

Оглавление

Предисловие к изданию на русском языке	9
Предисловие к четвертому изданию на английском языке.	12
Предисловие к первому изданию на английском языке	14
Список сокращений и условных обозначений.	18
ЧАСТЬ 1. ВВЕДЕНИЕ.	21
Глава 1. Что такое физикальная диагностика, основанная на доказательствах?	23
ЧАСТЬ 2. ИНТЕРПРЕТАЦИЯ ДАННЫХ	29
Глава 2. Диагностическая точность данных объективного осмотра	31
Глава 3. Использование таблиц	49
Глава 4. Использование калькулятора доказательной медицины (на платформе Expert Consult)	58
Глава 5. Надежность данных физикального обследования.	63
ЧАСТЬ 3. ВНЕШНИЙ ВИД ПАЦИЕНТА	83
Глава 6. Оценка психического статуса	85
Глава 7. Поза и походка	93
Глава 8. Желтуха	115
Глава 9. Цианоз	128
Глава 10. Анемия	134
Глава 11. Гиповолемия	139
Глава 12. Белково-энергетическая недостаточность и снижение массы тела.	143
Глава 13. Ожирение.	150
Глава 14. Синдром Кушинга.	156

ЧАСТЬ 4. ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ..	167
Глава 15. Частота и форма пульса	169
Глава 16. Аритмии	190
Глава 17. Артериальное давление	206
Глава 18. Температура тела	231
Глава 19. Частота дыхания и патологические формы дыхания ..	247
Глава 20. Пульсоксиметрия	265
ЧАСТЬ 5. ГОЛОВА И ШЕЯ	271
Глава 21. Зрачки	273
Глава 22. Диабетическая ретинопатия	301
Глава 23. Синдром красного глаза	309
Глава 24. Слух	319
Глава 25. Болезни щитовидной железы	329
Глава 26. Менингеальные симптомы	355
Глава 27. Периферическая лимфаденопатия	363
ЧАСТЬ 6. ЛЕГКИЕ	383
Глава 28. Осмотр грудной клетки	385
Глава 29. Пальпация и перкуссия грудной клетки	399
Глава 30. Аускультация легких	417
Глава 31. Дополнительные методы исследования	440
ЧАСТЬ 7. ОТДЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ	445
Глава 32. Пневмония	447
Глава 33. Хроническая обструктивная болезнь легких	455
Глава 34. Тромбоэмболия легочной артерии	465
Глава 35. Плевральный выпот	474

ЧАСТЬ 8. СЕРДЦЕ	479
Глава 36. Осмотр шейных вен.....	481
Глава 37. Перкуссия сердца.....	503
Глава 38. Пальпация области сердца.....	507
Глава 39. Аускультация сердца: общие принципы.....	524
Глава 40. Первый и второй тоны сердца.....	531
Глава 41. Третий и четвертый тоны сердца.....	548
Глава 42. Дополнительные сердечные шумы.....	561
Глава 43. Сердечные шумы: общие принципы.....	570
ЧАСТЬ 9. НЕКОТОРЫЕ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА	599
Глава 44. Аортальный стеноз.....	601
Глава 45. Аортальная регургитация.....	610
Глава 46. Дополнительные сердечные шумы.....	623
Глава 47. Болезни перикарда.....	641
Глава 48. Застойная сердечная недостаточность.....	650
Глава 49. Ишемическая болезнь сердца.....	663
ЧАСТЬ 10. ОРГАНЫ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ	679
Глава 50. Осмотр живота.....	681
Глава 51. Пальпация и перкуссия живота.....	685
Глава 52. Боли в животе и болезненность при пальпации брюшной стенки.....	707
Глава 53. Аускультация живота.....	726
ЧАСТЬ 11. КОНЕЧНОСТИ	733
Глава 54. Заболевания периферических сосудов.....	735
Глава 55. Диабетическая стопа.....	748
Глава 56. Отеки и тромбоз глубоких вен.....	755
Глава 57. Исследование опорно-двигательной системы.....	767

ЧАСТЬ 12. ОЦЕНКА НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА.	821
Глава 58. Исследование полей зрения	823
Глава 59. Нервы глазных мышц (III, IV и VI черепных нервов): оценка диплопии.	835
Глава 60. Другие черепные нервы	860
Глава 61. Исследование двигательной системы. Подходы к мышечной слабости.	878
Глава 62. Исследование сенсорной системы	907
Глава 63. Исследование рефлексов	927
Глава 64. Болезни нервных корешков, сплетений и периферических нервов	946
Глава 65. Координация и мозжечковые тесты	972
ЧАСТЬ 13. ОТДЕЛЬНЫЕ НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ.	981
Глава 66. Тремор и болезнь Паркинсона	983
Глава 67. Геморрагический и ишемический инсульты	992
Глава 68. Острое головокружение и нарушение равновесия	1000
Глава 69. Исследование неорганических неврологических заболеваний	1010
ЧАСТЬ 14. ОБСЛЕДОВАНИЕ В ОТДЕЛЕНИИ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ.	1019
Глава 70. Обследование пациентов в отделении интенсивной терапии.	1021
Приложение	1033
Предметный указатель	1119

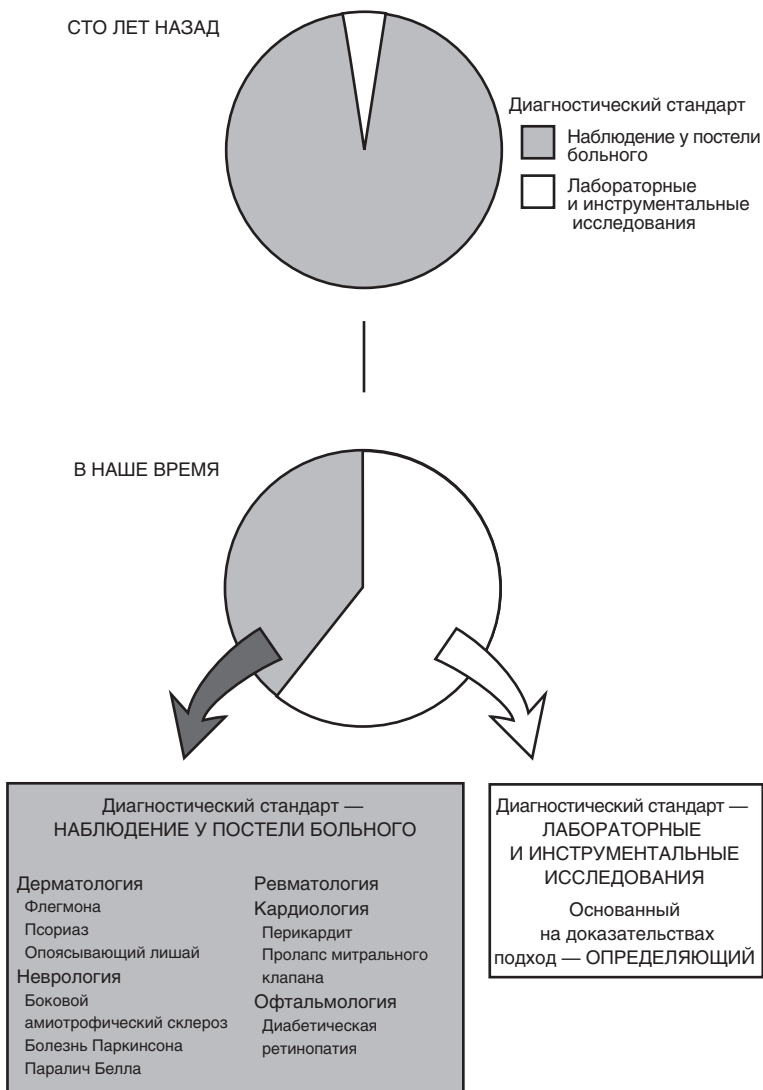
ГЛАВА 1

Что такое физикальная диагностика, основанная на доказательствах?

При диагностике болезни задача врача состоит в том, чтобы соотнести информацию, полученную о пациенте, с определенной категорией заболеваний (или конкретным диагнозом), и это подразумевает определение патогенеза, прогноза и лечения. Этот алгоритм позволяет врачу понять, что происходит с пациентом, и найти наиболее подходящий способ восстановления его здоровья. Сто лет назад категоризация заболевания практически полностью опиралась на эмпирическое наблюдение — то, что врач видел, слышал и чувствовал у постели пациента. Несмотря на то, что тогда уже были доступны некоторые специальные методы исследования (например, микроскопирование мокроты и мочи), их роль в диагностике в сравнении с традиционным осмотром была незначительна (рис. 1.1). Например, если в начале прошлого столетия за помощью обращался пациент с жалобами на лихорадку или кашель, диагноз крупозной пневмонии ставили на основании характерных для пневмонии признаков: лихорадка, тахикардия, тахипноэ, хрипящее дыхание, цианоз, отставание половины грудной клетки на пораженной стороне при дыхании, тупой перкуторный звук, усиленное голосовое дрожание, ослабленное дыхание (а затем патологическое бронхиальное дыхание), нарушения резонанса (усиление голосового дрожания, шепотная речь и эгофония), а также патологические шумы. Если перечисленных симптомов не обнаруживали, значит, у пациента *не* было пневмонии. Рентгенографическое исследование грудной клетки до начала XX в. широко не применялось, так что не могло помочь в диагностике.

Современная медицина, безусловно, опирается на технологичные методы в большей степени, нежели медицина вековой давности (к сча-

стью для пациентов), и для многих классов заболеваний диагностическим стандартом служит специальное исследование (см. рис. 1.1).



К примеру, если сегодня на прием приходит пациент с жалобами на повышение температуры и кашель, диагноз «пневмония» будет установлен при наличии инфильтрата на рентгенограмме. Диагностика систолических шумов также зависит от результата эхокардиографии, а асцита — от ультразвукового исследования (УЗИ) органов брюшной полости. В этих случаях для врача в первую очередь важны инструментальные методы, и решение о лечении пациента будет гораздо в большей степени зависеть от результатов лабораторно-инструментальных исследований, нежели от того, есть ли у него эгофония, распространение шума на сосуды шеи или изменение перкуторной тупости при асците. Такая опора на технологии приводит к противоречиям для студентов медицинских факультетов, которые тратят многие часы на освоение традиционных методов обследования и позже понимают, что их реальное значение в диагностике меркнет по сравнению с современными методами. Из этого закономерно возникает фундаментальный вопрос: какова диагностическая ценность традиционного физикального обследования? Устарело ли оно, и не стоит ли от него отказаться? Или оно полностью достоверно и используется недостаточно? Не лежит ли истина где-то между этими крайностями?

Анализ рис. 1.1 показывает, что современная диагностика делится на две части. Для одних классов заболеваний диагностическим стандартом продолжает оставаться эмпирическое наблюдение (вижу, слышу, ощущаю) так же как это было в начале прошлого столетия. К примеру,



Рис. 1.1. Эволюция диагностических стандартов. На рисунке дано сравнение диагностического процесса около ста лет назад (*наверху* — до появления современных лабораторно-инструментальных методов исследования) с современной диагностикой (*внизу*); показан относительный вклад в диагностические стандарты обследования у постели больного (обозначено *серым цветом*) и специальных методов исследования (обозначено *белым цветом*). Столетие назад большинство диагнозов ставили при помощи физикального осмотра, сегодня же специальным методом исследования принадлежит ведущая роль в диагностике. Тем не менее сегодня есть много примеров, когда диагноз основан только на данных обследования у постели больного (см. *текст на сером фоне в большой рамке* на рисунке). С другой стороны, доказательная физикальная диагностика в первую очередь касается тех заболеваний, для которых *диагностическим стандартом служат лабораторно-инструментальные методы исследования*, так как она позволяет выявлять классические симптомы, которые могут точно предсказать результат специального исследования, что будет обсуждаться в настоящем издании еще не раз

как врач может распознать флегмону? Единственный способ — подойти к постели пациента и при осмотре выявить лихорадку, ограниченную яркую эритему, повышенную температуру на пораженном участке, отек и болезненность. Невозможно поставить диагноз другим путем, используя современные технологии или нет. Также без традиционного физикального обследования невозможно диагностировать болезнь Паркинсона (прижизненно), паралич Белла или перикардит. Все перечисленные диагнозы, а также многие другие в области дерматологии, неврологии, заболеваний опорно-двигательного аппарата и офтальмологии полностью основаны на эмпирическом наблюдении опытным врачом, а лабораторно-инструментальные методы играют вспомогательную роль. Фактически единственная причина, по которой студенты-медики должны учить и совершенствовать методы традиционной диагностики, — это зависимость постановки множества диагнозов от данных, полученных непосредственно при осмотре пациента.

И напротив, физикальная диагностика, основанная на доказательствах, играет ключевую роль в выявлении заболеваний другой категории, систематизация которых основана на применении лабораторно-инструментальных исследований. Врачу необходимо знать результаты рентгенографического исследования грудной клетки при диагностике пневмонии, электрокардиографии (ЭКГ) при выслушивании систолического шума и УЗИ при асците. При каждой из этих проблем с помощью метода доказательной диагностики соотносят результаты традиционного обследования с данными диагностического стандарта, опирающегося на методы лабораторно-инструментальных исследований, а затем выделяют те данные, которые повышают или снижают вероятность определенного заболевания, отделяя их от второстепенных данных, не влияющих на эту вероятность. Применяя данный подход, можно при помощи расчетов по шкале Хекерлинга¹ предвидеть результаты рентгенографии грудной клетки (глава 32), по топографии патологического шума на поверхности грудной клетки прогнозировать результаты ЭКГ (глава 43) или по флуктуации и отекам предсказать результаты УЗИ органов брюшной полости (глава 51).

Таким образом, существует два разных подхода к физикальному обследованию. Для многих болезней (в диагностике которых пока нет

¹ По шкале Хекерлинга один балл присваивается каждому из пяти отдельных симптомов пневмонии: температура тела $>37,8$ °C, ЧСС >100 в минуту, патологические шумы, ослабленное дыхание, отсутствие бронхиальной астмы (см. главу 32).

технологических стандартов) полученные данные определяют диагноз. Для других, диагностика которых основана на инструментальных или лабораторных исследованиях, применение доказательного подхода быстро определяет те немногочисленные симптомы, по которым можно предсказать результаты дальнейших исследований согласно диагностическому стандарту. Оба подхода делают физикальный осмотр более результативным, точным и, наконец, более актуальным для лечения пациента.