

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие ко второму изданию	7
Список сокращений и условных обозначений	8
Глава 1. Введение в предмет.	9
1.1. Предмет и задачи пропедевтики	9
1.2. История развития медицины как науки	10
1.3. Отечественная терапевтическая школа	15
Глава 2. Методы физического обследования больного. Расспрос больного.	18
2.1. Жалобы больного	19
2.2. История настоящего заболевания (anamnesis morbi)	20
2.3. История жизни больного (anamnesis vitae)	22
Глава 3. Методы физического обследования больного. Осмотр больного	26
3.1. Настоящее состояние (status praesens)	26
3.2. Выражение лица больного	28
3.3. Общий вид больного (habitus)	30
3.4. Температура тела	36
3.5. Исследование внешних покровов	43
3.6. Исследование подкожной жировой клетчатки	49
3.7. Лимфатические узлы	51
3.8. Кожные придатки (дериваты)	51
3.9. Исследование костно-мышечной системы	54
3.10. Пальпация	56
3.11. Перкуссия	58
3.12. Аускультация	64
3.13. Дополнительные методы исследования	66
Глава 4. Методология диагностики.	71
4.1. Общий план диагностического исследования	72
4.2. Этика, деонтология, гомилетика	77
Глава 5. Система органов дыхания	79
5.1. Обследование больных с патологией верхних дыхательных путей	79
5.2. Инструментальные и лабораторные методы исследования органов дыхания	104
5.3. Основные легочные синдромы	117
5.4. Заболевания органов дыхания	121
Глава 6. Система органов кровообращения	151
6.1. Обследование больных с патологией сердца и сосудов	151
6.2. Заболевания сердечно-сосудистой системы	240
Глава 7. Система органов пищеварения	303
7.1. Общие принципы диагностики заболеваний органов пищеварительной системы	303

7.2. Общие принципы диагностики заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки	320
7.3. Заболевания органов пищеварения	348
7.4. Общие принципы диагностики заболеваний поджелудочной железы и кишечника.	362
7.5. Лабораторные методы исследования функций поджелудочной железы и кишечника.	380
7.6. Основные синдромы при заболеваниях тонкой кишки.	396
7.7. Воспалительные заболевания кишечника	399
7.8. Функциональные заболевания кишечника	404
7.9. Панкреатит.	406
7.10. Рак поджелудочной железы.	410
7.11. Ишемическая болезнь органов пищеварения	410
7.12. Обследование пациентов с заболеваниями билиарной системы и печени.	411
7.13. Клиническая картина заболеваний желчевыводящих путей.	452
Глава 8. Система органов мочевого выделения	479
8.1. Краткие анатомо-физиологические данные	479
8.2. Методы исследования почек.	480
8.3. Основные синдромы при заболеваниях почек.	492
8.4. Нефрит	496
8.5. Пиелонефрит.	498
8.6. Дистрофии почек (нефрозы).	499
8.7. Артериолосклероз почек (нефросклероз).	499
Глава 9. Система кроветворения	500
9.1. Краткие анатомо-физиологические данные	500
9.2. Методы обследования пациентов с заболеваниями крови	501
9.3. Лабораторно-инструментальные исследования	502
9.4. Эритроцитоз	504
9.5. Анемии	505
9.6. Лейкозы	507
9.7. Геморрагические диатезы	509
Глава 10. Эндокринная система.	511
10.1. Методы физического обследования больных	511
10.2. Болезнь Грейвса—Базедова	513
10.3. Гипотиреоз	515
10.4. Сахарный диабет	516
Глава 11. Неотложные состояния в клинике внутренних болезней	520
11.1. Бронхиальная астма	520
11.2. Сердечная астма	521
11.3. Анафилактический шок.	522
Заключение	527

Приложения	528
Приложение 1. Нормы основных лабораторных показателей	528
Приложение 2. Характеристика плевральной жидкости.	536
Приложение 3. Нормальные характеристики элементов электрокардиограммы по Г.А. Вечерскому, Л.Г. Баранову, В.Г. Лисютину (1985).	537
Приложение 4. Вычисление продолжительности систолы и систолического показателя на электрокардиограмме	538
Приложение 5. Электрокардиографические признаки локализации и распространенности инфаркта миокарда.	539
Приложение 6. Основные копрологические синдромы	540
Приложение 7. Анализ основных показателей фракционного многомоментного дуоденального зондирования	544
Приложение 8. Лабораторное исследование порций желчи.	545
Приложение 9. Нормальные показатели концентрации основных компонентов желчи ($X \pm m$, ммоль/л) по В.А. Максимову и А.Л. Чернышову (1986)	546
Приложение 10. Маркеры вирусных гепатитов и их клиническое значение	547
Приложение 11. Дифференциальная диагностика ком.	549
Приложение 12. Схема истории болезни	550
Контрольные вопросы	563
Источники приведенных иллюстраций.	568
Основная использованная литература	570
Предметный указатель	572

Глава 1

ВВЕДЕНИЕ В ПРЕДМЕТ

1.1. ПРЕДМЕТ И ЗАДАЧИ ПРОПЕДЕВТИКИ

В медицинском вузе существуют три кафедры, на которых студенты изучают терапию: пропедевтики внутренних болезней, факультетской и госпитальной терапии. В отечественной медицинской школе студент, будущий врач, изучает внутренние болезни последовательно, или поэтапно. На втором и третьем курсах студенты обучаются основам диагностики на первой клинической кафедре — кафедре пропедевтики внутренних болезней. На четвертом и пятом курсах занятия проводятся на кафедрах факультетской терапии, где изучают болезни и их лечение в классическом варианте. На выпускном курсе на кафедре госпитальной терапии студенты обучаются дифференциальной диагностике, индивидуальному лечению.

Умение проводить общее обследование пациента, интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных исследований абсолютно необходимо врачу любой клинической специальности для представления о состоянии организма в целом и понимания сущности патологических процессов, происходящих у пациента.

Пропедевтика (от *propedeu* — узнаю) — наука об основах диагностики внутренних болезней. Она учит студента самостоятельно обследовать больного наиболее доступными методами, выявлять важнейшие симптомы болезней, складывать их в синдромы и клиническую картину заболеваний, а 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 греч. *diagnosis* — распознавание, определение). Диагностика как наука изучает анатомо-физиологические особенности человека и его связи с окружающей средой, дает основание или базу для представлений, действий и рассуждений, которыми руководствуется врач, устанавливающий диагноз заболевания.

В процессе диагностики врач пользуется субъективными и объективными методами диагностики. *Субъективное исследование* — это расспрос больного, поскольку излагаемая больным информация бывает продуктом его субъективного восприятия сложившейся ситуации.

К *объективным исследованиям* относятся, прежде всего, физические методы, то есть исследования с помощью наших органов чувств (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация). Физические (физикальные) методы исследования больного являются основными.

К *дополнительным методам объективного исследования* относятся лабораторные и инструментальные исследования. Начиная со второй половины XIX в. на фоне бурного технического прогресса получили развитие разнообразные дополнительные методы исследования, оказавшие огромное влияние на понимание сущности патологических процессов, происходящих в организме больного. Наступил период чрезмерного увлечения дополнительными методами исследования, а основные, физические, стали в какой-то степени отходить на задний план. Выдающийся отечественный терапевт Ф.О. Гаусман еще в 1912 г. объяснял причину этого негативного явления следующим образом: «...гораздо легче проверить новый серологический метод, кожную реакцию Pirquet (Пирке) 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».

И в наши дни молодые доктора увлекаются инструментально-лабораторными исследованиями, пренебрегая основными методами исследования больного. Они не учитывают тот факт, что в условиях современной страховой медицины перед назначением любого дополнительного обследования следует четко представлять, с какой целью и какие исследования необходимо провести. Следует помнить, что любая инструментально-лабораторная методика бывает нагрузочной для больного, увеличивает стоимость и продолжительность обследования, может привести к ятрогенным (вызванным действиями медицинских работников) осложнениям.

Во всех случаях, прежде чем назначить дополнительное обследование пациента, врач обязан уже предполагать диагноз, действовать обоснованно и ожидать, что любое дополнительное исследование лишь подтвердит, дополнит, документирует, предварительный диагноз, не приведет к ухудшению состояния больного. Без уверенного владения основными субъективными и объективными методами диагностики не представляется возможным правильное назначение дополнительного обследования.

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 была не специальной отраслью знаний, а общим достоянием человечества. У древних ассирийцев, например, существовал обычай выводить больного на дорогу, где каждый идущий мимо давал ему свои советы.

Затем медицина стала сосредоточиваться в руках жрецов, которые объясняли болезни влиянием сверхъестественных сил — демонов. В ту эпоху возникла «демоническая теория» медицины.

Начиная 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 много заболеваний, например различные виды лихорадок. Для распознавания болезней еще древние египтяне применяли специальные методы исследования — осмотр, пальпацию (ощупывание), аускультацию (выслушивание).

В Древней Греции существовали две медицинские школы — книдосская (книдская) и косская. Известный представитель косской школы Гиппократ (около 460–371 гг. до н.э.) внес исключительный вклад в развитие диагностики самых различных заболеваний. Гиппократ принадлежал к роду асклеиадов — корпорации врачей, притязавшей на то, что она ведет свое происхождение от Асклепия, великого врача гомеровских времен, которого позднее стали считать богом. У асклеиадов медицинские познания передавались от отца к сыну, от учителя к ученику. Корпорация асклеиадов сохраняла в V в. до н.э., как и всякая культурная корпорация того времени, 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 поиски истины, которые оставались строго научными.

Первоначальное медицинское образование Гиппократ получил от своего отца, врача Гераклида, и других врачей острова. Затем много путешествовал и изучал медицину в разных странах по практике местных врачей. История жизни Гиппократа малоизвестна. Существоющие предания, относящиеся к его биографии, носят скорее легендарный характер. 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 одиннадцать, Галлер — восемнадцать, а Ковнер — только восемь 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 четыре 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 с позиций деонтологии (науке о долге), 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. Он выслушивал хрипы в легких, шум трения плевры, применял пальпацию печени и селезенки.

Считают, что Гиппократ использовал перкуссию для определения тимпани-та и непосредственную аускультацию при болезнях легких. Ему приписывают описание «шума плеска» при гидропневмотораксе. Гиппократ ввел в практику пальпацию пульса, предложил термин «пульс» — «сфигмос», различал его разновидности. Выдающийся российский терапевт В.Х. Василенко назвал метод подробного, объективного и точного наблюдения у постели больного методом Гиппократа.

До Гиппократа 50 симптомокомплексов (синдромов) обозначали как болезни (желтуха, горячка и т.д.), а самому Гиппократу принадлежит описание 42 синдромов.

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, дополнялась 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 подразделил 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 последующие столетия (**II–VII вв.**) явного прогресса в развитии медицины не было, и врачи пользовались существующими наработками корифеев медицинской науки.

В X в. значительный вклад в развитие медицины был внесен выдающимся таджикским врачом Абу Али ибн Синой (Авиценной). Авиценна описал симптомы многих заболеваний — плеврита, менингита, чумы, холеры, оспы, сибирской язвы («персидский огонь»), язвенной болезни желудка (ЯБЖ), 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 тыс. ученых были сожжены инквизицией.

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

Развитие клинико-анатомических исследований позволило установить, что проявления различных болезней связаны с определенными изменениями в органах человеческого тела. Это заставило искать причины заболеваний в анатомических изменениях. В практике возникли и стали применяться диагностические методы, направленные на установление этих анатомических изме-

нений. Так появились методы физической диагностики — перкуссия, пальпация и аускультация. В 1761 г. венский врач Леопольд Ауэнбруггер (Leopold Joseph Auenbrugger) ввел в практику перкуссию. После того как великий французский врач Ж.Н. Корвизар (Jean Nicolas Corvisart) в 1808 г. перевел труд Ауэнбруггера на французский язык, перкуссия получила всеобщее распространение.

В XIX в. Рене Теофиль Гиацинт Мари Лаэннек (Rene Theophile Hiacinthe Mari Laennec) разработал методику аускультации с помощью стетоскопа (рис. 1.1). 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. Свое детище Лаэннек назвал «Le Cylindre» — «цилиндр» размером 25×3 см. Первую пациентку, аускультацию которой Лаэннек провел новым инструментом, звали Мари Мелани Бассе (Marie Melanie Basset). Скоро Лаэннек, любивший греческий язык, переименовал свой инструмент в «стетоскоп» (букв. — «осматриватель груди») (рис. 1.2). Через 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 вероятна». В 1827 г. П.А. Пиорри (Pierre Adolphe Piorry) для перкуссии применил плессиметр, а М.А. Винтрих (Max Anton Vintrich) в 1841 г. — перкуссионный молоток.

С изобретением микроскопа медицина обогатилась не только сведениями о строении человеческого тела, но и открытием множества микробов в организме

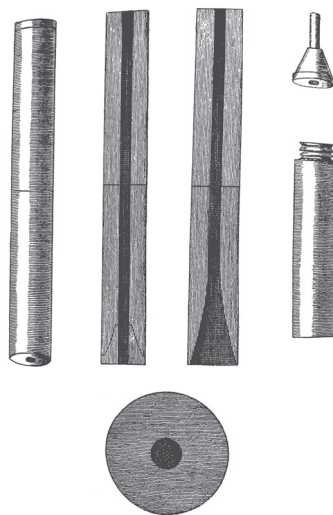


Рис. 1.1. Стетоскопы Р.Т.Г. Лаэннека — внешний вид и в разрезе