

# ПРОПЕДЕВТИКА ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ

*3-е издание*

*Учебное пособие*

Под ред. академика РАМН **В.Т.Ивашкина**  
и профессора **А.А.Шептулина**

Рекомендуется Учебно-методическим  
объединением по медицинскому и  
фармацевтическому образованию вузов  
России в качестве учебного пособия для  
студентов медицинских вузов



Москва  
«МЕДпресс-информ»  
2007

УДК 616-07 (075.8)  
ББК 54.1я73  
П81

*Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в любой форме и любыми средствами без письменного разрешения владельцев авторских прав.*

*Рецензенты:* зав. каф. пропедевтики внутр. болезней и гастроэнтерологии МГМСУ, д.м.н., проф. **И.В.Маев**;  
зав. каф. пропедевтики внутр. болезней РГМУ, д.м.н., проф. **А.В.Струтынский**

*Авторский коллектив:*

акад. РАМН **В.Т.Ивашкин**, проф. **С.Д.Подымова**, проф. **Ю.В.Тельных**, проф. **А.А.Шептулин**, доц. **В.Г.Авдеев**, доц. **О.М.Васильева**, доц. **В.С.Голочевская**, доц. **А.С.Трухманов**, доц. **И.Н.Уланова**, асс. **О.М.Драпкина**, асс. **В.Н.Зозуля**, асс. **Н.И.Коккина**, асс. **В.И.Лещенко**, асс. **Н.П.Макеева**, асс. **В.М.Нечаев**, асс. **А.В.Охлобystин**, асс. **А.С.Степенко**.

П81 **Пропедевтика внутренних болезней /** Под ред. акад. РАМН **В.Т.Ивашкина** и проф. **А.А.Шептулина**. — 3-е изд. — М.: МЕДпресс-информ, 2005. — 239 с.  
ISBN 5-98322-115-4

Учебник содержит основные сведения о методах клинического обследования больных, поможет правильно интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных методов исследования, разбираться в патогенезе основных клинических синдромов при заболеваниях внутренних органов и т.д. Наряду с этим в учебнике уделено внимание возникающим в ряде случаев при проведении стоматологических вмешательств ургентным терапевтическими ситуациям, при которых нужно поставить правильный диагноз и оказать первую врачебную помощь. Учебник соответствует программе преподавания пропедевтики внутренних болезней на стоматологическом факультете и впервые подготовлен специально для студентов, избравших эту специальность. Учет специфики основной профессии будущих выпускников обуславливает необходимость понимания студентами тех многообразных связей, которые существуют между заболеваниями внутренних органов и различными изменениями в полости рта.

Для студентов стоматологических факультетов и вузов.

УДК 616-07 (075.8)  
ББК 54.1я73

ISBN 5-98322-115-4

© Оформление, оригинал-макет.  
Издательство «МЕДпресс-информ», 2007

## ОГЛАВЛЕНИЕ

<b>Введение</b> ( <i>В.Т.Ивашкин, А.А.Шептулин</i> ) .....	7
<b>Глава 1.</b> Предмет и задачи пропедевтики внутренних болезней. Особенности преподавания пропедевтики внутренних болезней на стоматологическом факультете ( <i>В.Т.Ивашкин, А.А.Шептулин</i> ) .....	9
<b>Глава 2.</b> Методы клинического обследования больного .....	12
2.1. Расспрос больного ( <i>А.А.Шептулин</i> ) .....	12
Жалобы больного .....	12
Анамнез заболевания .....	13
Анамнез жизни .....	14
2.2. Физические методы исследования ( <i>А.С.Трухманов</i> ) ...	17
Общий осмотр .....	17
Пальпация .....	24
Перкуссия .....	25
Аускультация .....	26
<b>Глава 3.</b> Общая методология диагноза ( <i>В.Т.Ивашкин</i> ) .....	27
3.1. Основные принципы диагностического исследования .....	27
3.2. Виды диагноза .....	31
<b>Глава 4.</b> Система дыхания .....	34
4.1. Методы исследования .....	34
4.1.1 Расспрос ( <i>В.Г.Авдеев</i> ) .....	34
4.1.2. Физические методы исследования ( <i>В.Г.Авдеев</i> ) ...	38
Осмотр .....	38
Пальпация .....	43
Перкуссия .....	45
Аускультация .....	52
4.1.3. Лабораторные и инструментальные методы исследования ( <i>Н.И.Коккина, Н.П.Макеева</i> ) .....	57
4.2. Основные клинические синдромы ( <i>В.И.Лещенко</i> ) ...	75
Синдром уплотнения легочной ткани .....	76
Синдром бронхиальной обструкции .....	77
Синдром повышенной воздушности легочной ткани .....	77
Синдром скопления жидкости в плевральной полости .....	78

Синдром скопления воздуха в плевральной полости	80
Синдром образования полости в легком	81
<b>Глава 5. Система кровообращения</b>	83
5.1. Методы исследования	83
5.1.1. Расспрос ( <i>И.Н.Уланова</i> )	83
5.1.2. Физические методы исследования	85
Осмотр ( <i>И.Н.Уланова</i> )	85
Пальпация ( <i>И.Н.Уланова</i> )	87
Перкуссия ( <i>И.Н.Уланова</i> )	89
Аускультация ( <i>В.С.Голочевская</i> )	93
Исследование сосудов и измерение артериального давления ( <i>И.Н.Уланова</i> )	99
5.1.3. Инструментальные методы исследования	
( <i>О.М.Драпкина</i> )	102
5.2. Основные клинические синдромы	107
Синдром артериальной гипертензии ( <i>И.Н.Уланова</i> )	107
Синдром нарушения сердечного ритма ( <i>В.С.Голочевская</i> )	110
Синдром коронарной недостаточности ( <i>О.М.Драпкина</i> )	118
Синдром недостаточности митрального клапана ( <i>В.С.Голочевская</i> )	123
Синдром стеноза левого атриовентрикулярного отверстия ( <i>В.С.Голочевская</i> )	125
Синдром недостаточности аортального клапана ( <i>В.С.Голочевская</i> )	127
Синдром стеноза устья аорты ( <i>В.С.Голочевская</i> )	131
Синдром недостаточности трехстворчатого клапана ( <i>В.С.Голочевская</i> )	131
Синдром недостаточности кровообращения ( <i>О.М.Драпкина</i> )	133
<b>Глава 6. Система пищеварения</b>	138
<i>А. Пищевод, желудок, кишечник, поджелудочная железа</i>	138
6.1. Методы исследования	138
6.1.1. Расспрос ( <i>А.А.Шептулин</i> )	138
6.1.2. Физические методы исследования	
( <i>В.М.Нечаев</i> )	140
Осмотр	140
Пальпация	144
Перкуссия	148
Аускультация	149

Определение нижней границы желудка	149
6.1.3. Лабораторные и инструментальные методы исследования ( <i>А.В.Охлобыстин</i> )	151
6.2. Основные клинические синдромы	159
Синдром диспепсии ( <i>А.А.Шептулин</i> )	159
Синдром нарушенного кишечного пищеварения и всасывания ( <i>А.А.Шептулин</i> )	160
Синдром внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы ( <i>А.В.Охлобыстин</i> )	162
Синдром желудочно-кишечного кровотечения ( <i>А.А.Шептулин</i> )	163
<i>Б. Печень и желчные пути</i>	165
6.3. Методы исследования ( <i>С.Д.Подымова</i> )	165
6.3.1. Расспрос	165
6.3.2. Физические методы исследования	167
Осмотр	167
Перкуссия	169
Пальпация	170
6.3.3. Лабораторные и инструментальные методы исследования	171
6.4. Основные клинические синдромы ( <i>С.Д.Подымова</i> )	181
Желтуха	181
Портальная гипертензия	184
Гепатолиенальный синдром	186
Печеночная недостаточность	186
<b>Глава 7. Система мочевыделения</b>	188
7.1. Методы исследования ( <i>В.Н.Зозуля</i> )	188
7.1.1. Расспрос	188
7.1.2. Физические методы исследования	191
Осмотр	191
Пальпация	192
Перкуссия	194
Аускультация	195
7.1.3. Лабораторные и инструментальные методы исследования	195
7.2. Основные клинические синдромы ( <i>Ю.В.Тельных</i> )	202
Нефротический синдром	202
Синдром почечной артериальной гипертензии	203
Синдром почечной эклампсии	204
Синдром почечной недостаточности	205
<b>Глава 8. Система крови</b>	209
8.1. Методы исследования ( <i>А.С.Степенко</i> )	209
8.1.1. Расспрос	209

8.1.2. Физические методы исследования	210
Осмотр	210
Пальпация и перкуссия	211
8.1.3. Лабораторные и инструментальные методы исследования	214
8.2. Основные клинические синдромы (Ю.В.Тельных)	221
Синдром анемии	221
Геморрагический синдром	226
Миелопролиферативный синдром	227
Лимфопролиферативный синдром	228
<b>Глава 9. Система желез внутренней секреции</b>	230
9.1. Методы исследования (А.А.Шентулин)	230
9.1.1. Расспрос	230
9.1.2. Физические методы исследования	231
Осмотр	231
Пальпация	231
Перкуссия	234
Аускультация	234
9.1.3. Лабораторные и инструментальные методы исследования	234
9.2. Основные клинические синдромы (О.М.Васильева)	235
Синдром гипергликемии и глюкозурии	235
Синдром гипогликемии	237
Синдром гипертиреоза	237
Синдром гипотиреоза	239

## ВВЕДЕНИЕ

Учебный план подготовки врача-стоматолога включает в себя, как известно, и изучение пропедевтики внутренних болезней. Специальный учебник по пропедевтике внутренних болезней для студентов стоматологических факультетов отсутствует, и они вынуждены изучать данную дисциплину по учебникам и учебным пособиям, предназначенным для студентов лечебных факультетов.

Между тем, программа преподавания пропедевтики внутренних болезней на стоматологическом факультете существенно отличается от таковой для студентов лечебного факультета. Количество учебных часов, предусмотренных для изучения указанной дисциплины на стоматологическом факультете, значительно меньше того количества часов, которое отводится на преподавание пропедевтики внутренних болезней на лечебном факультете, в связи с чем многие изучаемые студентами-стоматологами вопросы не могут быть рассмотрены так подробно, как при преподавании этого предмета студентам лечебного факультета.

С другой стороны, при изучении пропедевтики внутренних болезней на стоматологическом факультете нельзя не учитывать специфики основной профессии будущих выпускников. Это обуславливает необходимость знания и понимания студентами тех многообразных связей, которые существуют между различными изменениями полости рта и заболеваниями внутренних органов.

При написании учебника пропедевтики внутренних болезней для студентов стоматологических факультетов авторы исходили из того, что будущие стоматологи должны знать основные методы клинического обследования больных и хорошо владеть практическими навыками непосредственного исследования, включающими в себя расспрос, осмотр, перкуссию, пальпацию и аускультацию, понимать патогенез и особенности основных клинических синдромов при заболеваниях внутренних органов, ориентироваться в основных лабораторных и инструментальных методах исследования больных, уметь интерпретировать результаты клинических и биохимических анализов крови, мочи, кала, мокроты, расшифровывать ЭКГ, знать основные изменения, выявляемые при рентгенологическом исследовании, и т.д.

Кроме того, необходимо иметь в виду, что выпускники стоматологических факультетов будут в своей повседневной деятельности сталкиваться с urgentными терапевтическими ситуациями, требующими неотложной помощи. К таковым относятся, например, приступы стенокардии или бронхиальной астмы, острые нарушения

сердечного ритма, гипертонический криз и т.д., возникающие при выполнении тех или иных стоматологических вмешательств. Стоматологи в таких ситуациях должны не только уметь поставить правильный диагноз, но и оказать первую врачебную помощь.

Учебник подготовлен коллективом сотрудников кафедры пропедевтики внутренних болезней ММА им. И.М.Сеченова. Прекрасно понимая, что в таком первом «специальном» учебнике может быть немало пробелов, авторы с благодарностью примут все замечания, направленные на его улучшение.

*Ответственные редакторы:  
академик РАМН В.Т.Ивашкин,  
профессор А.А.Шептулин*

---

## **ГЛАВА 1. ПРЕДМЕТ И ЗАДАЧИ ПРОПЕДЕВТИКИ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ. ОСОБЕННОСТИ ПРЕПОДАВАНИЯ ПРОПЕДЕВТИКИ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ФАКУЛЬТЕТЕ**

---

**Пропедевтика внутренних болезней** (греч. προαίδειο – обучать предварительно) представляет собой вводный курс в терапию, т.е. в область медицины, изучающую внутренние болезни. Аналогично пропедевтике внутренних болезней выделяют пропедевтику детских болезней, пропедевтику хирургических болезней, пропедевтику стоматологических заболеваний и т.д.

Пропедевтика внутренних болезней предполагает обучение основным и наиболее значимым дополнительным методам обследования больного.

*Основными клиническими методами исследования* больного являются расспрос, осмотр, ощупывание (пальпация), выстукивание (перкуссия), выслушивание (аускультация). Они не только позволяют во многих случаях сразу поставить диагноз заболевания или его осложнения (например, распознать диабетический кетоацидоз у больного сахарным диабетом по запаху ацетона изо рта), но и помогают врачу решить вопрос о том, какие дополнительные методы исследования нужно будет провести в том или ином случае.

*Дополнительные (лабораторные и инструментальные) методы исследования* часто выполняют не лечащие врачи, а другие специалисты. К таким методам относятся лабораторные (например, клинические, биохимические, иммунологические и другие анализы крови), рентгенологические, эндоскопические, морфологические, ультразвуковые и прочие методы исследования, позволяющие уточнить, подтвердить или опровергнуть первоначальный предположительный клинический диагноз.

Важным разделом пропедевтики внутренних болезней является **семиотика** (син.: семиология) – учение о признаках (симптомах) болезней. Большое внимание в пропедевтике внутренних болезней

уделяется также и различным **синдромам** (син.: симптомокомплексам). При этом под синдромом понимается совокупность симптомов, объединенных единым патогенезом. Например, у больных с синдромом уплотнения легочной ткани при пальпации, перкуссии и аускультации выявляются сходные характерные изменения, обусловленные общим патологическим процессом — замещением воздуха в альвеолах плотными элементами, причем характер этих плотных элементов (воспалительная инфильтрация при пневмонии, кровь при инфаркте легкого, ткань опухоли при раке и т.д.) может быть различным.

Одной из важных задач пропедевтики внутренних болезней является воспитание у будущего врача высоких морально-нравственных качеств, его готовности всегда прийти на помощь больному. Наука о взаимоотношениях врача и больного, о профессиональном долге медицинских работников носит название **медицинской деонтологии** (от греч. deon, deontos — долг, должное + logos — учение). Многие принципы медицинской деонтологии (в частности, сохранение врачебной тайны) студенты должны соблюдать при общении с больными уже в процессе изучения пропедевтики внутренних болезней.

Стоматологический профиль факультета вносит в преподавание пропедевтики внутренних болезней некоторые особенности. Будущий врач-стоматолог должен ясно представлять себе, что его профессиональная деятельность вряд ли окажется успешной без хорошего знания заболеваний внутренних органов, особенностей их диагностики и лечения. Так, состояние внутренних органов необходимо обязательно учитывать при решении вопроса об объеме оперативного стоматологического вмешательства, о выборе метода обезболивания, о степени риска стоматологической операции и т.д. Так, у больных с нарушениями свертывающей системы крови (при лейкозах, тромбоцитопениях, тяжелых заболеваниях печени и др.) следует считаться с опасностью тяжелого кровотечения даже после экстракции зуба.

Удаление зуба и другие вмешательства, затрагивающие пародонт (особенно при периостите и пародонтите), способны вызвать бактериемию, что может привести у больных с врожденными или приобретенными ревматическими пороками сердца (либо протезированными клапанами сердца) к развитию инфекционного эндокардита и, соответственно, обуславливает необходимость профилактического назначения антибиотиков при выполнении указанных вмешательств.

Обычные челюстно-лицевые операции и лечение околозубных тканей создают определенный риск для больных, принимающих кортикостероиды, иммунодепрессанты или цитостатики, поскольку эти препараты подавляют воспалительную реакцию, необходимую для заживления тканей, повышают опасность кровотечения и

развития очаговых инфекций вплоть до септических осложнений, замедляют регенерацию тканей.

Изменения, выявляемые стоматологом при исследовании полости рта, могут помочь в установлении правильного диагноза того или иного заболевания внутренних органов или же осложнений, обусловленных медикаментозной терапией. Так, тяжелый язвенный стоматит с выраженной кровоточивостью может быть проявлением острого гемобластоза. Кандидозный стоматит часто бывает результатом длительного и бесконтрольного применения антибиотиков. Воспаление десен (гингивит), приводящее к расшатыванию и выпадению зубов, в ряде случаев оказывается следствием дефицита витамина С.

Изменения языка также могут быть симптомами различных заболеваний внутренних органов. Например, ярко-красный, очень болезненный язык с выступающими сосочками характерен для дефицита никотиновой кислоты. Язык с блестящей и гладкой поверхностью за счет атрофии вкусовых сосочков носит название «лакированного» и встречается при раке желудка, В<sub>12</sub>-дефицитной анемии.

Знание стоматологом особенностей клинических проявлений и течения заболеваний внутренних органов необходимо еще и потому, что клинические симптомы, которые первоначально подчас трактуются как признаки заболеваний внутренних органов (например, головные боли, опухолевидные образования шеи и др.), могут быть в действительности обусловлены стоматологическими заболеваниями. Бактериемия при лихорадке неясного генеза может иметь одонтогенное происхождение, и поэтому обследование указанных больных должно включать в себя консультацию стоматолога и санацию полости рта.

Таким образом, современный врач-стоматолог должен быть высокообразованным клиницистом, имеющим обширные знания в других областях медицины (прежде всего терапии), способным правильно оценить общее состояние больного, выявить при осмотре полости рта симптомы, свидетельствующие о тех или иных заболеваниях внутренних органов, и оказать неотложную помощь при urgentных терапевтических ситуациях.

## ГЛАВА 2. МЕТОДЫ КЛИНИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО

Методы непосредственного обследования больного включают в себя расспрос и физические (физикальные) методы исследования (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация).

### 2.1. РАССПРОС БОЛЬНОГО

Расспрос больного играет исключительно важную роль в распознавании многих заболеваний внутренних органов. Однако столь важное диагностическое значение расспрос больного приобретает только в тех случаях, если он проводится полно, обстоятельно и методически грамотно.

Расспрос начинается с выяснения необходимых **паспортных данных** (фамилии, имени и отчества, возраста, пола, места проживания, профессии и места работы, даты госпитализации). Эти сведения не носят формальный характер, а играют важную диагностическую роль, поскольку те или иные заболевания часто бывают присущи определенному возрасту, полу, представителям конкретных профессий.

#### *Жалобы больного*

Жалобы больного играют важную роль в распознавании различных заболеваний и позволяют в ряде случаев сразу предположить правильный диагноз заболевания. Например, голодные, поздние и ночные боли в подложечной области (т.е. появляющиеся через 3–4 ч после еды, натощак и ночью и проходящие после приема пищи), возникающие в виде периодов продолжительностью 3–4 нед. в осеннее или весеннее время года, заставляют думать об обострении язвенной болезни.

Поскольку больной может предъявлять много различных жалоб, то логичным выглядит выделение из их круга *главных* (основных, ведущих) жалоб. При этом нужно помнить, что свои главные жалобы больной называет обычно в числе первых. Основная задача при сборе жалоб сводится к их максимальной детализации, т.е. выяснению всех черт, присущих тому или иному симптому (например,

локализации болей, их иррадиации, характера, интенсивности, продолжительности, связи возникновения болей с определенной причиной и их исчезновения после применения различных лекарственных препаратов). Например, давящие боли в загрудинной области, возникающие при ходьбе, иррадиирующие в левую руку, продолжающиеся 3–5 мин и проходящие после приема нитроглицерина, характерны для ишемической болезни сердца (стенокардии напряжения), тогда как кратковременные колющие боли в области верхушки сердца, возникающие при эмоциональной нагрузке и проходящие после приема корвалола, свойственны нейроциркуляторной дистонии (кардионевроз). Выяснение жалоб больного можно считать полным лишь в том случае, когда проведенный расспрос касался функционального состояния всех органов и систем организма (системы дыхания, кровообращения, мочеиспускания и др.).

#### *Анамнез заболевания*

Анамнез заболевания (anamnesis morbi) отражает вопросы, касающиеся времени и характера начала заболевания, его дальнейшего течения, проводившегося обследования и его результатов, применявшегося лечения и его эффективности.

Обычно решающее слово в определении времени начала заболевания отводится самому пациенту. При этом, однако, следует иметь в виду, что время действительного начала заболевания может быть иным, как правило, более ранним. Например, пациент может считать себя больным с того времени, когда у него впервые случился при профилактическом осмотре был выявлен порок сердца. Более углубленный расспрос, проводимый в таких случаях, позволяет все же нередко установить, что задолго до этого, как правило, в подростковом возрасте, больной часто страдал ангинами, которые могли привести к скрыто протекавшим ревматическим атакам и последующему формированию порока сердца.

При описании визитов к врачу или предшествовавших госпитализаций больные нередко делают упор на тот *диагноз*, который был им поставлен. Между тем гораздо большее значение имеют *исследования*, которые были проведены пациенту, и их результаты, а также применявшиеся *методы лечения* и их *эффективность*. Отмечая, что состояние больного на фоне проведенного лечения улучшилось, необходимо обязательно указывать, *как быстро наступило и в чем конкретно выразилось* это улучшение (исчезли боли, уменьшилась одышка).

При проведении расспроса важно показать *динамику развития* заболевания. Нужно обязательно отмечать, как чувствовал себя больной после выписки из стационара, соблюдал ли он назначенные режим и диету, принимал какие-либо лекарственные препараты и как это отражалось на его самочувствии. Завершая анамнез заболевания, следует указать причины настоящей госпитализации (ухудшение состояния, проведение контрольного обследования и др.).

### *Анамнез жизни*

Анамнез жизни (anamnesis vitae), представляющий собой своеобразную медицинскую биографию пациента по основным возрастным периодам, играет важную роль для правильного распознавания многих заболеваний. Недостаточно полное выяснение тех или иных анамнестических моментов, часто помогающих лучше понять конкретные факторы, способствующие возникновению и прогрессированию заболевания, отрицательно сказывается на качестве диагностики и нередко приводит к различным диагностическим ошибкам.

Прежде всего уточняют *место рождения* больного, что в ряде случаев может быть важным, поскольку имеются некоторые различия в распространенности отдельных заболеваний в тех или иных географических зонах. Выясняют *возраст родителей* больного к моменту рождения ребенка, так как известно, например, что если возраст родителей к моменту рождения ребенка превышает 40 лет, то у ребенка повышается частота возникновения некоторых генетически обусловленных аномалий.

Обязательно задают вопрос, *родился ли пациент в срок и каким ребенком по счету*. Эти сведения также могут играть определенную роль, поскольку недоношенные дети чаще страдают некоторыми заболеваниями. Ослабленные дети рождаются также в тех случаях, когда беременности у матери следуют друг за другом через короткие интервалы времени.

Необходимо обязательно выяснить, как вскармливался больной — *грудью или искусственно*. Отмечено, что искусственное вскармливание нередко приводит к возникновению диатеза, а в последующем — к развитию различных аллергических заболеваний.

Уточняется возраст, когда больной *начал ходить и говорить*, что позволяет судить о возможном отставании пациента в физическом и умственном развитии. Выясняют далее, в каком возрасте больной стал *учиться в школе*, как давалась учеба и сколько классов больной окончил. Если больному не удалось окончить школу, то уточняют, по какой причине он вынужден был прервать обучение (трудности в учебе и плохая успеваемость, материальные условия и т.д.). Точно так же характеризуют учебу больного в профессионально-техническом училище, техникуме или институте.

Отмечают, с какого возраста больной начал *работать*. Обращают внимание на условия его труда (продолжительность рабочего дня, сменная и сверхурочная работа, наличие профессиональных вредностей и т.д.); устанавливают, не связана ли его работа со значительным физическим или нервным напряжением.

При расспросе выясняют *жилищно-бытовые условия* пациента. Уточняют семейное положение больного и число членов семьи, проживающих вместе с ним. Отмечают, в какой квартире (отдельной, коммунальной, собственном доме и т.д.) проживали больной и члены его семьи в различные периоды жизни пациента, дается санитарная

характеристика жилых помещений, коммунальных удобств. Устанавливают материальный достаток семьи. Важно также знать, как проводит больной вне рабочее время и выходные дни, какой режим дня (в частности, продолжительность сна), использует ли он полноценно ежегодный очередной отпуск. Определяют круг интересов больного (чтение, просмотр телепередач, занятия физкультурой и спортом). Необходимо также выяснить, соблюдает ли больной правила личной гигиены, как часто принимает душ или ванну.

Особое внимание уделяют *режиму и характеру питания* больного. Неблагоприятную роль здесь могут играть большие перерывы между приемами пищи, поспешная еда и еда всухомятку, употребление чрезмерно горячей или слишком холодной пищи, пристрастие к грубой и острой пище, крепкому чаю и кофе. Важно установить полноценность пищевого рациона, в частности, содержание в нем белков животного происхождения, свежих овощей и фруктов.

В отдельную рубрику анамнеза жизни выносятся *вредные привычки*. Если больной курит, то указывают, с какого возраста он начал курить и какое количество сигарет выкуривает в течение дня. Отмечают, начиная с какого возраста, как часто, какие именно спиртные напитки и в каком количестве употребляет пациент.

Большое значение в анамнезе жизни имеет раздел, посвященный *перенесенным заболеваниям*, поскольку некоторые из них (на первый взгляд, сравнительно безобидные) могут играть важную роль в возникновении других, более тяжелых болезней. Так, перенесенные ангины в детском возрасте могут привести к возникновению ревмокардита и последующему формированию ревматического порока сердца. Другая стрептококковая инфекция — скарлатина — способна вызвать развитие острого гломерулонефрита. Перенесенные заболевания перечисляют в хронологическом порядке (начиная с детского возраста) с указанием года, когда больной их перенес или когда они возникли. При этом хотя бы кратко излагаются особенности течения заболеваний, применявшиеся методы лечения и их эффективность.

При сборе данных, касающихся анамнеза жизни, важную роль играет выяснение *наследственности* (семейного анамнеза). Беседуя с пациентом, необходимо очень подробно расспросить, чем страдают или страдали его ближайшие родственники, живы они или умерли. Следует обязательно уточнить причину смерти родственников и возраст, в котором они умерли, выяснить возраст родственников, которые живы. Вначале получают сведения о состоянии здоровья деда и бабушки по отцовской и материнской линиям. Далее оцениваются данные о состоянии здоровья отца и матери, дядей и теток по линиям отца и матери, родных и двоюродных братьев и сестер, мужа и жены, детей больного, племянников, внуков.

Изложение раздела о наследственности в истории болезни желательно дополнять составлением *генеалогической схемы* (семейной



родословной). Это приобретает особое значение в тех ситуациях, когда имеются основания думать о наследственном характере заболевания с тем или иным типом наследования. Составление такой схемы приносит пользу только тогда, когда в нее вносятся сведения о возможно большем числе родственников и, кроме того, известно, какими заболеваниями они страдали. При этом лучшие результаты получаются в тех случаях, когда родственники больного (в схеме — пробанда) вызываются активно, осматриваются врачом и при необходимости проходят дополнительное обследование.

В генетике выделены 3 основных типа наследования гена, ответственного за то или иное заболевание. При аутосомно-доминантном типе наследования с полной пенетрантностью (проявляемостью) мутантного гена происходит прямая передача заболевания от отца или матери детям. При этом заболевает половина детей мужского и женского пола. Члены семьи, не унаследовавшие мутантного гена, имеют здоровое потомство.

При аутосомно-рецессивном типе наследования гетерозиготное носительство не приводит к возникновению болезни, и заболевание проявляется только при гомозиготном носительстве. При наследовании, сцепленном с полом, мутантные гены связаны с X-хромосомой. При доминантном типе наследования заболевание одинаково проявляется у мужчин и женщин. При рецессивном типе наследования заболевание проявляется только у мужчин и не проявляется у женщин (типичным примером такого наследования служит гемофилия).

При расспросе женщин обязательно выясняют *гинекологический анамнез*. Различные аспекты, связанные с детородной функцией женщин, подробно изучаются в курсе акушерства и гинекологии и, естественно, не входят в компетенцию врача другой специальности. Вместе с тем основные вопросы гинекологического анамнеза выясняют независимо от того, каким заболеванием страдает больная.

Дело в том, что при многих заболеваниях внутренних органов возникают нарушения, затрагивающие гинекологическую сферу и касающиеся, например, течения беременности и родов. С другой стороны, беременность и роды могут, в свою очередь, оказать влияние на течение ряда соматических заболеваний. Так, например, во время беременности отмечается стойкая язвенной болезни. Течение ревматических пороков сердца после беременности и родов, напротив, нередко ухудшается, сопровождаясь развитием и прогрессированием явлений сердечной недостаточности.

Прежде всего уточняют время появления первых менструаций и становление менструальной функции. Обращают внимание на характер менструального цикла (регулярность менструаций, их продолжительность и т.д.) и его возможные изменения в связи с началом половой жизни, беременностью, родами. Устанавливают дату

последней нормальной менструации, время наступления климакса и его течение. Уточняют время возникновения первой беременности, а также общее число беременностей. Важно, кроме того, выяснить, как протекала каждая беременность, чем закончилась и в какие сроки, были ли осложнения во время родов и в послеродовом периоде, а также искусственные и самопроизвольные аборт. Отмечают время возникновения и выявления гинекологических заболеваний.

Большое значение имеет также выяснение *аллергологического анамнеза*. Повышенная чувствительность больного к каким-то запахам (некоторых растений, парфюмерных изделий и т.д.) может, например, играть провоцирующую роль в возникновении приступов бронхиальной астмы. Кроме того, непереносимость пациентом тех или иных лекарственных препаратов приходится учитывать при назначении лекарственной терапии.

Таким образом, подводя итог особенностям проведения расспроса пациента, необходимо заключить, что этот раздел непосредственного исследования больного дает много ценных сведений и оказывается удачным только в тех случаях, если расспрос проводится полно, обстоятельно и методично. Приступая к расспросу, необходимо четко представлять себе, какие вопросы и в какой последовательности нужно задать больному. В противном случае будут упущены многие данные, имеющие важное диагностическое значение.

## 2.2. ФИЗИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

**Объективное исследование** больного проводят по определенному плану. Сначала осуществляют общий осмотр больного, исследуют лимфатические узлы и костно-мышечную систему, затем, применяя последовательно методы пальпации, перкуссии, аускультации, оценивают состояние системы дыхания, кровообращения, пищеварения, мочеотделения, эндокринных желез и нервной системы.

### *Общий осмотр*

При общем осмотре определяют, прежде всего, **общее состояние больного**, которое может быть удовлетворительным, относительно удовлетворительным, средней тяжести, тяжелым и крайне тяжелым.

**Оценка сознания.** Сознание больного может быть ясным или измененным. Степени изменения сознания: ступор — состояние оглушения, при котором больной плохо ориентируется, на вопросы отвечает с запозданием; сопор — состояние спячки, из которого больной выходит при громком окрике на короткое время, но его рефлексы сохранены; кома — бессознательное состояние, характеризующееся полным отсутствием реакции на внешние раздражители, отсутствием рефлексов и расстройством жизненно важных функций. Наиболее часто встречаются алкогольная, печеночная, уремическая, гипогликемическая, диабетическая виды комы.



**Рис. 4.** Определение эластичности кожи.



**Рис. 5.** Определение отеков на внутренней поверхности голени.

Нарушение роста волос часто наблюдается при эндокринных заболеваниях. Чрезмерное оволосение всего тела (гирсутизм, гипертрихоз) может быть врожденным, но чаще отмечается при опухолях коры надпочечников и половых желез. Уменьшение роста волос выявляется при микседеме, циррозах печени, евнухоидизме и инфантилизме.

При бронхоэктатической болезни, врожденных пороках сердца и некоторых других заболеваниях ногти закругляются, приобретая вид часовых стекол.

Развитие подкожного жирового слоя бывает нормальным и в различной степени повышенным или пониженным. Жировой слой может распределяться равномерно, или его отложение происходит лишь в определенных областях. Чрезмерное развитие подкожного жирового слоя — ожирение (*adipositas*) вызывается как экзогенными, так и эндогенными причинами. Недостаточное развитие подкожного жирового слоя бывает обусловлено недоеданием, нарушением функции пищеварительных органов. Крайняя степень исхудания носит название кахексии. Определение индекса массы тела больного дополняет представление об его упитанности и позволяет объективно проследить ее динамику в процессе лечения ожирения или истощения.

Отеки могут быть обусловлены выходом жидкости из сосудистого русла через стенки капилляров и скоплением ее в тканях. Скопившаяся жидкость может быть застойного (транссудат) либо воспалительного (экссудат) происхождения.

Отеки, связанные с заболеваниями сердца, печени, почек и других органов, характеризуются локализацией на симметричных,



**Рис. 6.** Пальпация подчелюстных лимфоузлов.



**Рис. 7.** Пальпация задних поверхностных шейных лимфоузлов.



**Рис. 8.** Определение отеков на внутренней поверхности голени.

ограниченных местах с обеих сторон тела либо распространением по всему телу (анасарка). Транссудат может накапливаться и в полостях тела: брюшной (асцит), плевральной (гидроторакс) и полости перикарда (гидроперикард). Помимо осмотра, отек выявляют путем надавливания пальцем на кожу, покрывающую костные образования (в области внутренней поверхности голени, а также лодыжек, поясницы и др.) (рис. 5): при наличии отека после отнятия пальца остается ямка, исчезающая через 1–2 мин.

**Исследование лимфатической системы.** Для оценки состояния лимфатической системы помимо осмотра необходимо применять метод пальпации. Пальпируют подбородочные, подчелюстные, околушные, затылочные, передние шейные, задние шейные, яремные, надключичные, подключичные лимфатические узлы (рис. 6, 7, 8). Лимфатические узлы в норме не видны и не прощупываются. Если узлы можно прощупать, то необходимо отметить их размер, форму, консистенцию, подвижность, спаянность с кожей и окружающими тканями. В зависимости от характера патологического процесса величина их колеблется от горошины до яблока. Болезненность при пальпации лимфатического узла и покраснение кожных покровов над ним свидетельствуют о наличии воспалительного процесса. При наличии такового в полости рта обнаруживают увеличенные подчелюстные лимфатические узлы. При наличии метастазов в лимфатические узлы они плотные, поверхность их неровная, пальпация безболезненная. Увеличение подмышечных лимфатических узлов иногда обнаруживают при раке молочной железы. Рак желудка и режее рак кишечника могут метастазировать в лимфатические узлы шеи



Рис. 9. Пальцы, имеющие вид «баранных палочек».



Рис. 10. Положение рук при перкуссии.

слева (так называемый вирховский метастаз). Системное увеличение лимфатических узлов наблюдается при лимфолейкозе, лимфогранулематозе. В целях диагностики в неясных случаях прибегают к пункции или биопсии лимфатического узла.

**Осмотр мышечной системы.** Определяют степень ее развития, местную атрофию мускулатуры, в особенности конечностей. Диагностическую роль играет также определение мышечной силы и выявление расстройств функции мышц (судороги).

**Осмотр суставов.** Обращают внимание на их конфигурацию, ограниченность и болезненность движений в активном и пассивном состоянии, отечность, гиперемии близлежащих тканей.

**Осмотр конечностей.** Позволяет обнаружить варикозное расширение вен, отечность, изменения кожных покровов, мышц, дрожание конечностей, деформацию, припухлость и гиперемии в области суставов, язвы, рубцы.

Важное диагностическое значение имеют пальцы в виде баранных палочек (рис. 9) — колбовидных утолщений концевых фаланг пальцев руки и ног. Изменяется и форма ногтей: они напоминают часовые стекла.

### Пальпация

**Пальпация** — клинический метод исследования при помощи осязания с целью изучения физических свойств и чувствительности тканей и органов, топографических соотношений между ними и обнаружения некоторых функциональных явлений в организме (температуры кожи, пульсации сосудов, перистальтики кишечника).

Кожу или мышцы прощупывают, взяв их в складку для определения толщины, упругости, эластичности. Для определения температуры отдельных участков тела кладут руки на туловище и конечности, на симметричные суставы. Пальпаторно исследуют пульс. Пальпацией пользуются для оценки голосового дрожания. Огромную роль играет пальпация в диагностике заболеваний брюшной полости, при этом также применяют особые методики, описание которых дано в соответствующих разделах учебника.

По способу пальпации различают поверхностную и глубокую. Кроме того, применяется пальпация обеими руками, толчкообразная пальпация — для определения баллотирования плотных тел в брюшной полости при скоплении в ней жидкости, надколенника — при выпоте в коленном суставе. Глубокая пальпация используется для исследования органов брюшной полости.

### Перкуссия

**Перкуссия** — метод исследования внутренних органов, основанный на постукивании по поверхности тела обследуемого с оценкой характера возникающих при этом звуков. При опосредованной перкуссии постукивание производят пальцем по пальцу (рис. 10). При непосредственной перкуссии постукивают мягкостью кончика указательного пальца непосредственно по поверхности тела. С помощью топографической перкуссии определяют границы органов, их величину и форму. Сравнительную перкуссию проводят с целью сравнения звука на симметричных местах грудной клетки.

При перкуссии в зависимости от поставленных целей наносят перкуторные удары различной силы. Различают перкуссию громкую, тихую и тишайшую. Для выявления глубоко расположенных в легких патологических очагов следует пользоваться громкой перкуссией, поверхностно расположенных — тихой перкуссией, последняя применяется также для определения границ легких, печени, сердца. Для определения абсолютной тупости сердца пользуются тишайшей перкуссией.

Звуки, получаемые при перкуссии, различают по силе (ясности), высоте и оттенку. По силе выделяют громкий (или ясный) и тихий (или тупой) звук; по высоте — высокий и низкий; по оттенку — тимпанический звук. Громкий (ясный) звук при перкуссии у здоровых людей определяется над той частью грудной клетки и живота, где находятся органы, содержащие воздух или газ (легкие, желудок, кишечник). Тихий (притупленный или тупой) звук выслушивается при перкуссии в местах прилегания к грудной или брюшной стенке не содержащих воздуха органов — печени, сердца, селезенки, а также при перкуссии мышц. При повышенной воздушности легких (эмфизема) перкуторный звук называется коробочным.

У здоровых людей тимпанический звук возникает при перкуссии желудка и кишечника. Тимпанический оттенок перкуторного звука (притупленно-тимпанический звук) бывает при плеврите с неполным

---

## ГЛАВА 4. СИСТЕМА ДЫХАНИЯ

---

### 4.1. МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

#### 4.1.1. Расспрос

##### *Жалобы*

Для больных с заболеваниями органов дыхания характерны жалобы на кашель, одышку, боли в грудной клетке, кровохарканье.

**Кашель** (tussis) — внезапный взрывной выдох, направленный на освобождение дыхательных путей. Это хорошо известный, сложный рефлекс, который вызывается раздражением рецепторов блуждающего и верхнего гортанного нервов, расположенных в различных участках дыхательной системы. Наиболее чувствительными рефлексогенными зонами являются межчерпаловидная область, задняя стенка гортани, бифуркация трахеи, места ветвления долевых и сегментарных бронхов, а также плевра. Необходимо учитывать, что кашель может появляться и при раздражении рецепторов блуждающего нерва, находящихся вне дыхательной системы, в частности, в органах желудочно-кишечного тракта.

По характеру выделяют сухой (непродуктивный) кашель без отделения мокроты и влажный (продуктивный) кашель, сопровождающийся отделением мокроты.

Сухой кашель обычно бывает в начальных стадиях воспалительных процессов, поражающих трахею, бронхи или легочную ткань, когда мокроты мало и она густая и вязкая.

Кроме того, сухой кашель возникает при вдыхании веществ, раздражающих слизистую оболочку дыхательных путей, аспирации инородного тела, наличии эндобронхиальной опухоли, сдавлении трахеи и крупных бронхов опухолью или лимфатическими узлами средостения, а также при поражении плевры, заболеваниях гортани.

У ослабленных больных и лиц пожилого возраста кашлевой рефлекс подавлен, поэтому кашель либо не возникает, либо появляется небольшое покашливание.

Для непродуктивного или малопродуктивного кашля характерны приступы мучительного, надсадного, не приносящего облегчения

кашля с большим количеством кашлевых толчков без отделения мокроты или с отхождением небольшого количества вязкой слизистой или гнойно-слизистой мокроты. Нередко эти приступы кашля сопровождаются появлением признаков обструктивной дыхательной недостаточности (экспираторная одышка, цианоз, набухание вен шеи). Наиболее частыми причинами хронического малопродуктивного кашля являются бронхиальная астма и хронический обструктивный бронхит.

Появление влажного, продуктивного кашля обусловлено повышенным образованием трахеобронхиального или альвеолярного секрета при попадании его в бронхи. Для продуктивного кашля характерно отделение мокроты после нескольких кашлевых толчков, что приносит больному некоторое облегчение и не вызывает признаков обструктивной дыхательной недостаточности. Наиболее часто причиной продуктивного кашля, при котором выделяется мокрота, разная по характеру и количеству, являются острые и хронические воспалительные заболевания слизистой оболочки бронхов и паренхимы легких.

В диагностике патологии органов дыхания может помочь выяснение обстоятельств, при которых появляется или усиливается кашель. Например, кашель, возникающий при вдыхании холодного воздуха или физической нагрузке, может свидетельствовать о развитии бронхиальной астмы. Приступообразный сухой кашель, усиливающийся в ночное время при определенном положении пациента в постели, заставляет предположить наличие эндобронхиальной опухоли, сдавление трахеи или крупного бронха увеличенными лимфатическими узлами. Систематическое появление кашля во время еды позволяет заподозрить нарушение механизма глотания или образование трахеобронхиального свища.

**Кровохарканье** — выделение с кашлем крови вследствие деструкции дыхательных путей. Количество крови может быть небольшим, в виде кровянистых примесей в мокроте (haemoptys) или значительным, когда при кашле выделяется чистая алая кровь (haemoptoe). Легочное кровотечение считается массивным, когда количество крови составляет 600 мл и более в сутки.

Источником легочного кровотечения могут быть бронхиальные и реже — легочные сосуды. Венозное легочное кровотечение обычно бывает очень умеренным. Его причиной является легочная венозная гипертензия на фоне недостаточности левых отделов сердца.

Появление незначительных следов крови в мокроте может быть связано с деструкцией поверхностных сосудов при сильном кашле или быть обусловлено воспалительными процессами в бронхах (острым и хроническим бронхитом, реже бронхоэктазами). В любом случае это серьезный симптом, который требует расшифровки.

Более редкой причиной кровохарканья и легочных кровотечений являются опухоли, особенно карциномы, кровоснабжение которых

обеспечивается главным образом бронхиальными сосудами. Бронхогенный рак следует заподозрить при повторных, на протяжении нескольких дней, эпизодах кровохарканья даже при небольшом количестве крови. К нечастым причинам кровохарканья можно отнести инфаркт легкого, туберкулез, первичную аденому бронха, артериовенозные пороки развития, но эти ситуации требуют экстренного вмешательства, так как могут вызвать тяжелые кровотечения.

Легочное кровотечение следует отличать от кровавой рвоты (это позволяет сделать определение рН), от затекания крови при носовых кровотечениях и от попадания ее из полости рта или носоглотки.

**Боли.** Причины болей в грудной клетке чрезвычайно разнообразны, и их появление может быть связано с заболеваниями сердечно-сосудистой, дыхательной, нервной, костно-мышечной, кроветворной систем. При расспросе необходимо выяснить локализацию, иррадиацию болей, их характер, интенсивность, продолжительность, связь с дыханием, кашлем, положением тела, а также эффективность приема тех или иных лекарственных средств.

Болевые рецепторы отсутствуют в легочной ткани, и боли при заболеваниях дыхательной системы, как правило, имеют плевральное происхождение и наиболее характерны для сухого плеврита. Они появляются при растяжении воспаленной париетальной плевры (т.е. при глубоком дыхании, кашле) и отличаются высокой интенсивностью. Боли чаще всего локализуются в нижнелатеральных отделах грудной клетки («боль в боку»). При поражении диафрагмальной плевры боли могут иррадиировать в соответствующую сторону поражения половину шеи, надключичную область или живот (в связи с раздражением диафрагмальной части брюшины), симулируя картину аппендицита. Для того чтобы уменьшить интенсивность болевых ощущений, больной старается дышать поверхностно, не кашляет, принимает вынужденное положение на больном боку. При появлении в плевральной полости жидкости — экссудата — боли стихают.

Особенной остротой отличаются боли при развитии спонтанного пневмоторакса, такие боли локализуются в участке грудной клетки, который соответствует месту разрыва висцеральной плевры. Они сопровождаются выраженной одышкой, обусловленной ателектазом (спадением) легкого, цианозом, падением артериального давления из-за смещения органов средостения.

**Одышка** (dyspное) — неприятное ощущение затруднения дыхания или нехватки воздуха. Одышка при заболеваниях органов дыхания является следствием нарушения легочной вентиляции. Повышение в крови содержания углекислоты (гиперкапния) вызывает раздражение дыхательного центра и появление одышки.

Хотя в большинстве случаев одышка возникает при патологии органов дыхания, она также может быть признаком заболеваний сердечно-сосудистой системы, анемии, поражения центральной

нервной системы, психических расстройств, ожирения, токсических и других воздействий.

В процессе расспроса необходимо уточнить, в чем конкретно выражается у больного ощущение одышки. Больного может беспокоить нехватка воздуха при физической нагрузке, которая ограничивает его физические возможности, или для осуществления вдоха и выдоха ему необходимо приложить дополнительные мышечные усилия, или он ощущает острую потребность вдохнуть еще до завершения выдоха и т.п.

Необходимо также подтвердить наличие одышки результатами объективного исследования (подсчетом частоты дыхательных движений, оценкой глубины, ритма дыхания). Нужно выяснить, какая фаза дыхания в большей степени затруднена. В зависимости от этого выделяют инспираторную одышку (с затруднением вдоха), экспираторную одышку (с затруднением выдоха) и смешанную одышку.

Инспираторная одышка возникает: 1) при наличии механического препятствия в верхних дыхательных путях (гортань, трахея); 2) при ограничении способности легких к расширению, что приводит к снижению легочных объемов (ограничительный или рестриктивный тип нарушения вентиляции функции).

Причинами рестриктивной одышки являются:

1. Патология грудной клетки (например, кифосколиоз, болезнь Бехтерева).
2. Патология плевры (гидроторакс, пневмоторакс и фиброторакс).
3. Поражения паренхимы (пневмония, отек легких, интерстициальный легочный фиброз).
4. Нервно-мышечные болезни, приводящие к параличу дыхательных мышц.

Рестриктивная одышка бывает наиболее выраженной при физической нагрузке.

Экспираторная одышка чаще всего свидетельствует о сужении просвета мелких бронхов и бронхиол, что обуславливает повышение сопротивления воздушному потоку (обструктивный тип вентиляционных нарушений).

Обструктивная одышка (при бронхиальной астме, хроническом обструктивном бронхите, обструктивной эмфиземе) возникает даже в покое, что связано с повышением усилий, затрачиваемых на вентиляцию. Дыхание при этом затруднено и замедленно, особенно на выдохе. Причиной затрудненного выдоха при экспираторной одышке является раннее экспираторное закрытие бронхов, в основе которого лежит повышение внутрилегочного давления, уменьшение давления экспираторного воздушного потока на стенки бронхов, снижение эластических свойств легких.

Очень быстро, подчас внезапно развивающаяся одышка, сопровождающаяся острой нехваткой воздуха, называется удушьем.