

Ж.Д. Кобалава, С.В. Моисеев, В.С. Моисеев

# ОСНОВЫ ВНУТРЕННЕЙ МЕДИЦИНЫ



Под редакцией  
акад. РАМН В.С. Моисеева

---

---

Подготовлено под эгидой  
Ассоциации медицинских  
обществ по качеству

---

---



Москва  
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА  
«ГЭОТАР-Медиа»  
2014

### ИЗ ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ

Есть документальные свидетельства о клинической медицине в Древнем Египте, Вавилоне. Однако наибольшую известность приобрела медицина древних греков, представитель которой, Гиппократ (460–377 гг. до н.э.) оставил полное описание многих болезней (есть основания считать, что его труд создан многими авторами).

Характеристику части важных положений, касающихся античной медицины, дал В.Х. Василенко в статье «На грани античной и новой медицины» (1983), цитата из которой приведена ниже.

«Гиппократ был современником знаменитых философов (Демокрит, Гераклит), также сведущих во врачебном деле, однако он отделяет врачебную науку от изучения философии.

Полезно привести мнение самого Гиппократа: «...принести мудрость в медицину, а медицину в мудрость. Ведь врач-философ равен богу. Да и не много в самом деле различия между мудростью и медициной, и все, что пишется для мудрости, все это есть и в медицине, а именно: презрение к деньгам, совестливость, скромность, простота в одежде, уважение, суждение, решительность, опрятность, изобилие мыслей, знание всего того, что полезно и необходимо для жизни, отрицание суеверного страха перед богами, божественное превосходство».

Благотворное влияние оказал тезис Гиппократа: «добиваться в болезнях двоякого — принести пользу и не вредить» (*primum non nocere*).

В трудах Гиппократа можно найти и начала непосредственного исследования больных: выслушивание легких, ощупывание живота, применение зонда. Гиппократ также сделал вывод, что в организме имеются возможности преодоления болезни (*Natura sanat, medicus curat*), что, по мнению Клода Бернара, представляет первый научный закон медицины, причем многие его элементы стали известны только в наше время.

Известно множество примеров чудесного излечения больных от тяжелых заболеваний, однако документальное подтверждение этих фактов, как правило, отсутствует. Местом исцелений часто становились храмы, куда стремились те, кто терял надежду на выздоровление.

История сохранила имена целителей и врачей; некоторые из них действительно владели врачебным искусством. Можно вспомнить евангелиста Луку — врача по профессии из Антиохии Сирийской, который длительно был сподвижником апостола Павла. Чаще всего успешное врачевание в таких случаях связывалось с обращением к религии, и прежде всего христианской вере. В Киевской Руси трудились Агапит, Алимпий, Антоний и Лаврентий Печерские.

Среди врачей более позднего времени следует назвать Авиценну (Ибн Сину), который жил на территории нынешней центральной Азии (Таджикистан). Он оставил после себя описания болезней и методы лечения, которые представляют историческую ценность.

В эпоху Возрождения после длительного периода духовной диктатуры церкви, слепой веры и раболепия перед авторитетами у врачей появилась возможность полноценно изучать труды Гиппократа.

Томас Сиденхам (XVII в.) описал классические проявления некоторых болезней, например подагры, и сформулировал принцип нозологической самостоятельности отдельных патологических форм. Гарвею принадлежит концепция единой морфофункциональной системы кровообращения, которая была положена в основу клинической кардиологии.

В XVIII в. были заложены основы современной больничной сети. В 1765 г. в России открылся первый медицинский факультет при Московском университете.

В начале XIX в. развивалась французская школа медицины. К числу ее достижений можно отнести внедрение методов перкуссии (Корвизар) и аускультации (Рене Лаэннек). Лаэннек сделал свое открытие в 1816 г. и описал различные аускультативные изменения в легких. Открытие Лаэннека позволило значительно улучшить диагностику туберкулеза легких и заболеваний сердца.

Во второй половине XIX в. ведущей в медицине стала германская школа во главе с Иоганном Мюллером. В 20 немецких университетах были хорошо оснащенные клиники, что позволило проводить научные исследования в области фундаментальных и клинических наук. Среди предста-

вителей медицинской школы этого периода следует назвать Шванна, Генле, Вирхова, Гельмгольца.

В 1860–1870 гг. Луи Пастер заложил основы бактериологии, выявив факторы, ответственные за такие болезни животных и человека, как, например, холера. В 1882 г. Роберт Кох впервые обнаружил туберкулезные палочки и указал на их роль в развитии туберкулеза.

Зная изобретения Фаренгейта и Цельсия, немецкий профессор Вундерлих в 1871 г. предложил измерять температуру тела с помощью термометра. Риваррочи в 1890 г. сконструировал сфигмоманометр для измерения артериального давления. Его метод был существенно дополнен русским врачом Н.С. Коротковым, который предложил определять сосудистые тоны для измерения систолического и диастолического давления.

Российская медицинская (терапевтическая) школа была основана М.Я. Мудровым во второй половине XVIII в. Ее наиболее яркими представителями были С.П. Боткин, Г.А. Захарьин, А.А. Остроумов. С.П. Боткин работал в Петербурге в медико-хирургической академии. Он использовал новейшие достижения науки для обследования и лечения больных и создал крупную клиническую школу. В этой школе начинал свою деятельность И.П. Павлов — физиолог, получивший Нобелевскую премию за достижения в области гастроэнтерологии, доказательства роли условных рефлексов в регуляции пищеварения.

Г.А. Захарьин работал в Москве и усовершенствовал методы расспроса больных. Он консультировал множество пациентов из всех слоев общества и преподавал на медицинском факультете Московского университета. А.А. Остроумов предвосхитил возникновение медицинской генетики.

Развитие современной технологии в конце XIX — начале XX в. ознаменовалось выдающимися открытиями. Вильгельм Рентген в 1895 г. открыл X-лучи и основал рентгенологию, дав врачам чрезвычайно ценный диагностический метод. Эйнтховен в 1905 г. разработал электрокардиографию, чем стимулировал дальнейшее развитие кардиологии.

Уильям Ослер — выдающийся клиницист-интернист, работавший в США, а затем в Великобритании, — написал первое общепризнанное руководство по внутренней медицине.

В XX в. большое количество открытий в медицине, технике, химии, биологии значительно изменили клиническую практику. В 1920 г. были открыты основные витамины, начато применение инсулина при сахарном диабете, печеночной диеты при пернициозной анемии. После Второй мировой войны были впервые применены пенициллин

(Флеминг, 1944), стрептомицин (Ваксман, 1951), глюкокортикостероиды (Кендал, Хенч, 1948).

Российская медицинская школа в XX в. развивалась в значительной степени самостоятельно. Крупными ее представителями перед Второй мировой войной были Д.Д. Плетнев, Г.Ф. Ланг, М.П. Кончаловский, Н.Д. Стражеско. В.П. Образцову и Н.Д. Стражеско принадлежит приоритет в описании клиники тромбоза коронарной артерии (инфаркта миокарда) в 1909 г.

В послевоенный период наиболее выдающимися представителями клиники внутренних болезней в нашей стране были Е.М. Тареев (1895–1986) и А.Л. Мясников (1899–1965). Эти ученые основали крупные клинические школы. Исследования Тареева заметно продвинули развитие нефрологии, гепатологии (описал клиническую картину эпидемического гепатита В), ревматологии. А.Л. Мясников работал в области кардиологии, развил учение об артериальной гипертензии, атеросклерозе.

Прогресс медицины в последние десятилетия характеризовался дальнейшей специализацией, выделением из клиники внутренних болезней кардиологии, пульмонологии, гематологии, эндокринологии, гастроэнтерологии, нефрологии, ревматологии. Наряду с этим интеграция знаний привела к созданию специальности врача общей медицинской практики или так называемого семейного врача. Медицина в России развивалась самобытно, но в тесной связи с мировым прогрессом.

Е.И. Чазовым и сотрудниками в 1974 г. непосредственно в коронарную артерию было впервые введено тромболитическое средство, что доказало значимость тромбоза при инфаркте миокарда и позволило создать эффективный современный терапевтический подход — тромболитизис. Это достижение признано во всем мире и на сессии Американской ассоциации сердца было поставлено в один ряд с самыми выдающимися достижениями в изучении инфаркта миокарда. В созданном Е.И. Чазовым кардиологическом центре развитие этой отрасли медицины происходит в условиях интеграции клинической кардиологии (врачевание с использованием современных достижений диагностики и терапии), фундаментальной науки и профилактического направления на базе неинфекционной эпидемиологии. В стране созданы блоки кардиореанимации и интенсивной терапии, что позволило спасти жизнь тысячам больных, страдающих патологией сердца. В настоящее время кардиологи и терапевты применяют современные лекарственные препараты, которые доказали свою эффективность в крупных международных испытаниях и прежде

всего благоприятно влияют на продолжительность жизни больных.

На территории России и в ряде государств на постсоветском пространстве продолжается развитие кардиологии в тесном контакте с клиникой внутренних болезней. Наиболее яркий пример — развитие кардиологии и терапии в Киргизии (М.М. Миррахимов). В этом регионе впечатляют успехи высокогорной кардиологии и медицины, которые признаны и за рубежом. Активно развивается кардиология и в регионах России, прежде всего в Сибири (Р.С. Карпов).

Ревматология, которую выделили в 1960-е гг. Е.М. Тареев и А.И. Нестеров, далее развивалась при активном участии В.А. Насоновой и коллектива института ревматологии (ныне институт ревматологии имени В.А. Насоновой). Достижениями ревматологии стала не только эффективная борьба с ревматической лихорадкой, но и облегчение страданий больных остеоартрозом, ревматоидным артритом, системными заболеваниями соединительной ткани и более редкими заболеваниями, которые можно считать болезнями-«сиротами». В.А. Насонова (1923–2011) имела большой авторитет у ревматологов за рубежом, была избрана президентом Европейской лиги ревматологов.

Гематология, у истоков которой в нашей стране стояли А.Н. Крюков и И.А. Кассирский, развивалась благодаря А.И. Воробьеву, который широко известен своими работами в кардиологии и особенно интенсивной терапии внутренних заболеваний. На протяжении многих лет А.И. Воробьев остается председателем Московского терапевтического общества.

Последние десятилетия ознаменовались внедрением принципиально новых фармакологических средств, которые изменяют судьбу больных с сердечными, легочными, гематологическими и другими заболеваниями, а также применением техники как инвазивного, так и неинвазивного исследования для диагностики и лечения патологических состояний. Среди них следует назвать развитие трансплантологии, а также применение аортокоронарного шунтирования и чрескожных вмешательств на коронарных артериях.

В клинической фармакологии изучают новые лекарственные препараты с внедрением так называемой «качественной клинической практики» (GCP — Good Clinical Practice). Эта практика предусматривает и новые подходы к решению вопросов медицинской этики. Подробнее об этом рассказано в следующих разделах книги.

Особое внимание следует обратить на новое направление в медицине, которое на деле преследует цель профилактики различных заболе-

ваний. Его начало следует связать с проведением Фрамингамского исследования в США, которое направлено на выявление факторов риска различных, прежде всего сердечно-сосудистых, заболеваний. Чтобы предупредить болезни, важно не только изменить образ жизни (скорректировать питание, прекратить курить, заняться спортом), но и применять новые лекарства, которые не только улучшают качество жизни, но увеличивают выживаемость больных.

Важным является установление связей патологических процессов в разных органах, в частности сердца и почек, описание кардиоренального синдрома, что указывает на значение патологии почек, в том числе даже небольшого снижения клубочковой фильтрации в качестве фактора риска сердечно-сосудистых заболеваний.

На успехах генетики основаны новые клинические достижения, в частности трансплантация генов, корригирующих расстройства метаболизма, и пересадка стволовых клеток, существенно улучшающая процессы реабилитации после перенесенных тяжелых патологических состояний. Создание новых химиотерапевтических средств позволит изменить судьбу больных с такими вирусными заболеваниями, как ВИЧ-инфекция и вирусный гепатит.

Не исключено также создание широкодоступных механических и электрических устройств, которые заменят в будущем органы или отдельные их функции.

Важным обстоятельством современной медицины является высокая стоимость не только разработки новых эффективных методов диагностики и лечения, но и внедрения их в практическую деятельность. Высокая значимость экономических факторов, связанных с медициной, предъявляет высокие требования к социальной ответственности современных властных структур.

### Врач и больной

Эффективность лечения различных, прежде всего сердечно-сосудистых, болезней все чаще оценивают по влиянию терапии на продолжительность и качество жизни.

Качество жизни снижается в результате страданий, связанных с болезнью, а нередко и с депрессией, страхом перед болезнью и т.д. В связи с этим врачу необходимо поддержать больного психологически, выразить ему свое сострадание и сочувствие. У. Ослер говорил: «Важно, какая болезнь у больного, но еще более важно, у какого больного эта болезнь», поэтому с самого начала контакта с больным врачу следует стремиться оценить особенности его личности и психологии.

**Внутренняя картина болезни.** Интерес населения к результатам медицинских обследований и конкретным данным, полученным тем или иным специальным методом, растет. Больные очень часто с преувеличенным вниманием и даже с паникой относятся к тем или иным отклонениям, поэтому важно уточнение так называемой внутренней картины болезни. Нужно задавать вопросы о том, как сам больной оценивает тяжесть своей болезни, какие ее проявления для него наиболее неприятны. В соответствии с ответами проводится психологическая коррекция.

Распространена практика так называемого письменного информированного согласия больного на проведение диагностических и терапевтических процедур. При этом больному разъясняют их значение, важность или целесообразность, предоставляют информацию о других методах диагностики и лечения и риске вмешательства. Естественно, это более значимо при проведении инвазивных вмешательств (катетеризация сердца, ангиография, биопсия печени или почки).

**Ятрогения.** Источником болезненных проявлений и патологии могут быть разнообразные действия врача (ятрогения). Существует возможность тяжелых осложнений лекарственной терапии и патологических изменений в результате инвазивных диагностических вмешательств.

Не менее важным источником ятрогении может быть и слово врача. Неосторожно высказанное или неправильно понятое суждение о наличии и характере патологических изменений может быть причиной длительных переживаний, тревоги больного.

Следует учитывать, что популярная медицинская литература нередко служит источником преувеличенного внимания к собственным ощущениям и высказываниям врача, которые толкуются некомпетентными слушателями.

Именно из-за этого врач должен быть весьма осторожен в своих высказываниях и поведении у постели больного. В разговоре следует избегать ненужных деталей и технических моментов, ограничиваясь доступным и кратким объяснением и оптимистичными ответами на вопросы.

### Обследование больного

**Распрос** начинают с уточнения анкетных данных (имя и отчество, образование, профессия) и характера жалоб.

Следует дать больному высказаться, одновременно вопросами направляя его рассказ в нужное для врача русло. Уточняют характер жалоб, а также факторы, которые их провоцируют или уменьшают. При этом особенно важно уточнение связи жалоб (например, на боли в области сердца

и за грудиной) с увеличением нагрузки, прежде всего физической нагрузки, которая может вести к обострению коронарной недостаточности.

История заболевания позволяет оценить эволюцию клинических проявлений, результаты исследований и лечения, которые проводились ранее. Желательно документировать течение болезни выписками из медицинских документов. При этом удается получить большую информацию о данных предыдущих исследований. Следует с осторожностью подходить к установленным ранее диагнозам, хотя их, безусловно, не следует и игнорировать.

Важно выяснить характер перенесенных ранее заболеваний и их течение, поскольку связь ожидаемых изменений с предыдущими заболеваниями часто весьма вероятна.

Стоит уточнить проводимую ранее терапию: какие лекарственные средства были выписаны, в какой дозе, какова переносимость. При этом выясняют не только эффективность терапии, но и возможность ятрогенного, т.е. лекарственного, происхождения отдельных симптомов и проявлений болезни.

Изучение вредных привычек, особенно алкогольной интоксикации, иногда встречает затруднение, поскольку больные скрывают от врача этот факт. Выявить злоупотребление алкоголем можно на основании ряда маркеров хронической алкогольной интоксикации. Подробная беседа с больным и его родственниками о вреде алкоголя может иметь решающее терапевтическое значение.

Больше внимания следует уделять выяснению образа жизни, физической активности больного, особенностей его питания. Наличие заболеваний у родителей и других близких родственников может быть фактором риска имеющегося заболевания.

Собрать полный анамнез во время первого контакта с больным удается не всегда. Некоторые больные могут забыть или умышленно скрыть некоторые важные подробности. Не все отдают себе отчет о деталях своих ощущений и могут достаточно полно их описать. Это касается такой важной жалобы, как боли в грудной клетке и в области сердца. Поэтому, составив определенное впечатление о больном, врач должен задать наводящие вопросы, стремясь, по возможности, получить четкие короткие ответы «да» или «нет».

Некоторые больные склонны к детальному описанию происходившего с ними, отвлекаясь на несущественные детали. В этих случаях особенно важно, чтобы врач, уже имеющий представление о характере патологии, получил ответы на вопросы, которые позволили бы уточнить диагностическую концепцию и характер проблем больного, имеющих в настоящий момент.