

**СИМПТОМАТОЛОГИЯ
И СИНДРОМОЛОГИЯ
ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ.
РУКОВОДСТВО ПО МЕТОДАМ
ФИЗИКАЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ**

Под редакцией А.С.Мелентьева

УДК 616-07

ББК 54.1

С37

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

Авторы и издательство приложили все усилия, чтобы обеспечить точность приведенных в данной книге показаний, побочных реакций, рекомендуемых доз лекарств. Однако эти сведения могут изменяться.

Информация для врачей. Внимательно изучайте сопроводительные инструкции изготовителя по применению лекарственных средств.

Книга предназначена для медицинских работников.

Авторы: А.С.Мелентьев, И.А.Мелентьев, Г.П.Арутюнов, И.А.Дуванов, А.К.Рылова, А.Г.Арутюнов, М.И.Корсунская, Е.А.Колесникова, Н.В.Щербакова, Н.В.Рылова, Д.О.Драгунов, А.С.Симбирцева, А.В.Соколова, Н.А.Былова.

С37

Симптоматология и синдромология внутренних болезней. Руководство по методам физикального исследования / под ред. А.С.Мелентьева. – Москва : Умный доктор, 2019. – 464 с. : ил.

ISBN 978-5-6040667-5-1

Книга рекомендована Российским научным медицинским обществом терапевтов (РНМОТ) и Евразийской ассоциацией терапевтов (ЕАТ) в качестве руководства при изучении методов физикального исследования студентами медицинских вузов, в том числе обучающимися на педиатрических факультетах. Руководство может использоваться врачами, ординаторами и аспирантами для углубленного изучения симптомов и синдромов внутренних болезней. Наиболее сложным вопросам теории медицины, диагностики, профилактики и возрастным аспектам заболеваний внутренних органов посвящен специально выделенный в книге раздел, рекомендуемый для внеаудиторной самостоятельной работы студентов.

УДК 616-07

ББК 54.1

ISBN 978-5-6040667-5-1

© Оформление, оригинал-макет.
ООО «Умный доктор», 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

Сокращения	9
Предисловие	11
Глава I. Основоположники отечественной медицины	14
Глава II. Определение основных понятий и терминов дисциплины	31
II.1. Медицина	31
II.2. Врач	31
II.3. Здоровье и болезнь	32
II.4. Клиника	34
II.5. Курация	35
II.6. Клиническое мышление	35
II.7. Клиническое обследование	36
II.8. Терапия (внутренние болезни)	37
II.9. Симптомы/признаки	37
II.10. Синдромы	39
II.11. Диагноз	40
II.12. Диагностика	42
Глава III. Субъективные методы исследования	44
III.1. Расспрос	44
III.2. Выяснение жалоб	44
III.3. Изучение истории настоящего заболевания (<i>anamnesis morbi</i>)	47
III.4. Изучение истории жизни (<i>anamnesis vitae</i>)	50
Глава IV. Проведение объективного исследования	54
IV.1. Общий осмотр	54
IV.2. Общее состояние	54
IV.3. Сознание	58
IV.4. Положение больного	59
IV.5. Телосложение	60
IV.6. Масса тела	62

IV.7. Рост и осанка	62
IV.8. Температура тела	63
IV.9. Выражение лица	70
IV.10. Нос	71
IV.11. Ротовая полость	71
IV.12. Язык	72
IV.13. Глаза	72
IV.14. Шея	73
IV.15. Кожа	74
IV.16. Подкожный жировой слой	78
IV.17. Мышцы	80
Глава V. Пальпация (palpatio)	82
V.1. Физикальное исследование лимфатических узлов	87
V.2. Исследование молочных желез	91
V.3. Исследование щитовидной железы	92
V.4. Пальпация грудной клетки	97
V.5. Пальпация сердца	98
V.6. Оценка особенностей пульса	102
V.7. Пальпация органов брюшной полости	107
V.7.1. Поверхностная ориентировочная пальпация живота ..	107
V.7.2. Методическая глубокая скользящая пальпация по В.П.Образцову и Н.Д.Стражеско	109
V.7.3. Исследование прямой кишки	118
V.7.4. Пальпация печени	119
V.7.5. Пальпация желчного пузыря	120
V.7.6. Пальпация селезенки	121
V.8. Пальпация почек	122
V.9. Пальпация мочевого пузыря	124
V.10. Исследование половых органов	124
Глава VI. Перкуссия (percussio)	127
VI.1. Сравнительная перкуссия легких	132
VI.2. Топографическая перкуссия легких	136
VI.3. Перкуссия сердца	141
VI.4. Перкуссия живота	147
VI.4.1. Перкуссия печени	147
VI.4.2. Перкуссия селезенки	149
VI.4.3. Метод поколачивания как разновидность перкуссии ..	151

Глава VII. Аускультация (auscultatio)	152
VII.1. Аускультация легких	155
VII.2. Аускультация сердца	161
VII.3. Измерение артериального давления аускультативным методом	170
VII.4. Аускультация живота	172
Глава VIII. Симптоматология	174
VIII.1. Симптомы при заболеваниях бронхолегочной системы .	174
VIII.2. Симптомы при заболеваниях сердечно-сосудистой системы	182
VIII.3. Симптомы при заболеваниях пищеварительной системы	188
VIII.3.1. Симптомы при заболеваниях пищевода	189
VIII.3.2. Симптомы при заболеваниях желудка и двенадцатиперстной кишки	191
VIII.3.3. Симптомы при заболеваниях кишечника	196
VIII.3.4. Симптомы при заболеваниях печени и желчевыводящих путей	199
VIII.4. Симптомы при заболеваниях нервной системы и органов чувств	204
VIII.5. Симптомы при заболеваниях костно-мышечной системы и опорно-двигательного аппарата	205
VIII.6. Симптомы при заболеваниях мочевыделительной системы	213
VIII.7. Симптомы при заболеваниях системы кроветворения ..	215
VIII.8. Симптомы при заболеваниях эндокринной системы	216
Глава IX. Синдромология	218
IX.1. Бронхолегочные синдромы	218
IX.1.1. Синдром здоровых легких	218
IX.1.2. Острый бронхитический синдром	218
IX.1.3. Хронический бронхитический синдром с нарушением бронхиальной проходимости	219
IX.1.4. Синдром гипервоздушности легочной ткани (эмфизема с сопутствующим бронхитом)	221
IX.1.5. Сложный бронхообструктивный, бронхитический и эмфизематозный синдром	222
IX.1.6. Синдром очагового воспалительного уплотнения легочной ткани (очаговая, или бронхопневмония)	224
IX.1.7. Синдром долевого уплотнения легочной ткани (pneumonia lobaris)	225

IX.1.8. Синдром скопления жидкости в плевральной полости	228
IX.1.9. Плевральный синдром без выпота (сухой плеврит) .	229
IX.1.10. Компрессионный ателектаз	230
IX.1.11. Пневмоторакс	230
IX.1.12. Обтурационный ателектаз	231
IX.1.13. Синдром полости в легком	232
IX.1.14. Синдром локального расширения бронхов (бронхоэктазы)	233
IX.1.15. Синдром дыхательной недостаточности	234
IX.1.16. Астма (удушьё)	238
IX.1.17. Лучевая диагностика патологических бронхолегочных синдромов	240
IX.2. Синдромы при заболеваниях системы органов кровообращения	249
IX.2.1. Синдром здорового сердца	249
IX.2.2. Боль в грудной клетке, связанная с патологией сердца и сосудов	250
IX.2.3. Боль в грудной клетке, обусловленная экстракардиальной патологией	266
IX.2.4. Синдромы пороков сердца	273
IX.2.5. Синдром воспалительного поражения миокарда (миокардит)	291
IX.2.6. Синдром воспалительного поражения эндокарда (инфекционный эндокардит)	293
IX.2.7. Синдром воспалительного поражения перикарда (перикардит)	295
IX.2.8. Синдром артериальной гипертензии	298
IX.2.9. Синдром артериальной гипотензии	302
IX.2.10. Аритмический синдром	303
IX.2.11. Синдром сердечной недостаточности	308
IX.3. Синдромы при заболеваниях системы органов пищеварения	311
IX.3.1. Болевой синдром	311
IX.3.2. Синдром «острого живота»	318
IX.3.3. Синдром кишечной непроходимости	320
IX.3.4. Запоры	323
IX.3.5. Диарея	323
IX.3.6. Похудание, истощение	326
IX.3.7. Гастрозофагеальный рефлюксный синдром	330
IX.3.8. Синдром нарушения секреторной функции желудка	332
IX.3.9. Синдромы при заболеваниях кишечника	335
IX.4. Синдромы при заболеваниях печени и желчевыводящих путей	341

IX.4.1. Желтуха	342
IX.4.2. Портальная гипертензия и гепатолиенальный синдром	347
IX.4.3. Печеночная недостаточность и гепаторенальный синдром	353
IX.4.4. Недостаточность внешнесекреторной функции и особенности болевого синдрома при болезнях поджелудочной железы	356
IX.5. Синдромы при заболеваниях мочевыделительной системы	359
IX.5.1. Мочевой синдром	360
IX.5.2. Расстройства мочеиспускания	364
IX.5.3. Артериальная гипертензия	367
IX.5.4. Нефритический синдром	368
IX.5.5. Нефротический синдром	370
IX.5.6. Почечная недостаточность	373
IX.6. Синдромы при заболеваниях системы крови	385
IX.6.1. Синдром анемии при острой кровопотере	389
IX.6.2. Синдром гипохромной (железодефицитной) анемии	392
IX.6.3. Синдром гиперхромной анемии	396
IX.6.4. Синдром гемолитической анемии	398
IX.6.5. Лейкемический синдром	399
IX.6.6. Геморрагические диатезы	400
IX.6.7. Синдром гемофилии	402
IX.6.8. Синдром тромбоцитопенической пурпуры	402
IX.6.9. Синдром эритроцитоза и/или эритремии	403
IX.7. Синдромы эндокринной патологии и нарушений обмена веществ	407
IX.7.1. Патология щитовидной железы	408
IX.7.2. Синдромы нарушений углеводного обмена (гипер- и гипогликемия)	409
IX.7.3. Синдромы патологии надпочечников	411
IX.7.4. Синдромы при нарушении питания	412
Глава X. Дидактические материалы, предназначенные для самостоятельного внеаудиторного изучения студентами	414
X.1. Взаимодействие «врач – больной» в процессе лечения	414
X.2. Врачевание	422
X.3. Построение диагноза и основы диагностики	423
X.3.1. Клинический уровень диагностики	426
X.3.2. Методы познания, используемые в диагностике	427
X.4. Логическая система диагностического познания	429

Х.5. Профилактика заболеваний внутренних органов и факторы риска	439
Х.6. ИМ как наиболее грозная патология терапевтической клиники	447
Х.7. Остановка кровообращения и внезапная смерть	449
Список литературы	452

ПРЕДИСЛОВИЕ

Пропедевтика внутренних болезней как учебная дисциплина, изучаемая на педиатрическом факультете

Пропедевтика внутренних болезней (от *греч.* προπαίδευο – предуготовление, предварительное обучение) представляет собой первую клиническую дисциплину, целью которой является подготовка студентов для последующего усвоения всех многообразных аспектов клиники внутренних болезней. Изучение этой дисциплины позволяет усвоить начальные знания о причинах, механизмах развития и закономерностях проявления, особенностях течения и возможных исходах болезней терапевтического профиля, об их отличиях от нормы и друг от друга, а также об их месте в классификации болезней взрослого человека.

Важнейшей задачей пропедевтики внутренних болезней является освоение методов физикального исследования. Определение «физикальный» происходит от греческого *fusis* – природа, а слово *metod* означает путь. В пропедевтике внутренних болезней это путь к постижению природы страдания человека, т.е. к распознаванию болезни, и кроме того, это путь познания той индивидуальной почвы, на которой данная болезнь возникает у конкретного больного. Так, осуществлять расспрос (*interrogatio*) пациента позволяет данный от природы человеку дар речи. Проводить осмотр (*inspectio*) – дар зрения. Тактильная чувствительность позволяет осуществить ощупывание – пальпацию (*palpatio*), слух – выслушивание (аускультацию – *auscultatio*), а способность вызывать и отличать различные звуки при выстукивании позволяет проводить перкуссию (*percussio*).

Пропедевтические основы диагностики внутренних болезней включают:

- знание представителей основных терапевтических школ России и их вклад в развитие отечественной медицины;
- изучение теоретических основ и практическое овладение правилами и техникой использования физикальных методов исследования здорового и больного человека;
- навыки эффективного владения системным исследованием организма здорового и больного человека, оценку результатов такого исследования, позволяющую составить наиболее полное представление о состоянии здоровья пациента в целом;
- умение выявлять физикальные признаки патологических изменений, происходящих в организме больного человека, по данным его расспроса, осмотра, пальпации, перкуссии и аускультации;

- изучение клинической семиотики и синдромологии наиболее часто встречающихся терапевтических заболеваний, протекающих в классической форме;
- понимание механизмов возникновения (патогенеза) каждого патологического субъективного и объективного признака;
- умение или стремление обнаружить взаимную связь симптомов при формировании клинических синдромов;
- приобретение навыка выявления врожденных аномалий и заболеваний терапевтического профиля;
- выяснение диагностической значимости функциональных, инструментальных и лабораторных методов исследования;
- представления о принципах лечения заболеваний внутренних органов.

Наиболее сложными задачами, стоящими перед студентом при изучении пропедевтики внутренних болезней, являются выработка умения расспроса больного, его осмотра и овладение навыками перкуссии, пальпации и аускультации.

Переоценить диагностическую значимость физикальных методов исследования нельзя. С помощью одного только расспроса устанавливается от 55 до 70% правильных диагнозов. Отдельно от расспроса осмотр, пальпация, перкуссия и аускультация позволяют установить правильный диагноз в 20% случаев. Сочетание расспроса с осмотром, пальпацией, перкуссией и аускультацией наиболее эффективно, так как позволяет диагностировать около 90% заболеваний. Клиническая интерпретация диагностически значимой информации, получаемой с помощью физикальных методов исследования больного, и составляет предмет пропедевтики как основы, базиса и фундамента медицины. Поэтому пропедевтические знания и навыки – это знания и навыки, которые должен приобрести врач любой специальности: от педиатра, который лечит детей, до гериатра, оказывающего медицинскую помощь пожилым людям.

Пропедевтика внутренних болезней, с одной стороны, имеет междисциплинарный характер, который обусловлен необходимостью знаний, полученных в процессе изучения нормальной и патологической анатомии и физиологии, физики, химии, биологической химии, а с другой – служит методологической и методической основой для последующего изучения внутренних болезней на кафедрах факультетской и госпитальной терапии, кардиологии, пульмонологии, гастроэнтерологии, фтизиатрии, онкологии, педиатрии, гериатрии, фармакологии и других клинических дисциплин.

Значимость изучения на педиатрическом факультете пропедевтики внутренних болезней связана с тем, что формируемое с младенческого и детского возраста здоровье человека определяет состояние его организма и особенности личности на протяжении всей жизни и может отражаться на последующих поколениях.

При предварительной подготовке, осуществляемой в стенах взрослой пропедевтической клиники, студенты педиатрического факультета оказываются лучше подготовлены к освоению пропедевтики детских болезней

и, в частности, к курации младенцев и детей. В конечном итоге при дальнейшем обучении приобретенные на кафедре пропедевтики внутренних болезней умения и навыки являются методической основой, на которую «наслаивается» материал детской пропедевтической клиники, а также факультетской и госпитальной детских клиник. Такой подход способствует наиболее полному и наиболее глубокому представлению о возрастных аспектах антропопатологии и онтогенеза человека. Тем более что по-врачебному глубоко понять то, что происходит с маленьким пациентом, гораздо сложнее, чем со взрослым.

Таким образом, важность изучения пропедевтики внутренних болезней взрослых на педиатрическом факультете не вызывает сомнения.

Авторы сочли целесообразным с позиции преемственности передачи пропедевтических особенностей и технических тонкостей «рукодействия» при выполнении методических приемов физикального исследования больного использовать в качестве эталона иллюстративный материал из книг профессора А.А.Шелагурова (в модификации). Ценность этих иллюстраций определяется тем, что профессор А.А.Шелагуров являлся непосредственным продолжателем и прямым последователем таких основоположников пропедевтики, как В.П.Образцов, Н.Д.Стражеско, Г.Ф.Ланг, В.Х.Василенко.

Нам думается, что использование архивного иллюстративного материала позволяет максимально приблизить к первоисточнику процедуру передачи информации.

Таблицы объективных и субъективных признаков и патологических синдромов при заболеваниях внутренних органов заимствованы (в модификации) из капитального труда профессора М.В.Черноруцкого «Диагностика внутренних болезней».

ГЛАВА I. ОСНОВОПОЛОЖНИКИ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

Весомый вклад в становление и развитие учения о внутренних болезнях внесли М.Я.Мудров, Н.И.Пирогов, Г.А.Захарьин, С.П.Боткин, А.А.Остроумов, В.П.Образцов, Н.Д.Стражеско, М.П.Кончаловский, Г.Ф.Ланг, Д.Д.Плетнев, Е.М.Тареев, А.Л.Мясников, В.Х.Василенко, П.Е.Лукомский, Е.И.Чазов и др.

Матвей Яковлевич Мудров

М.Я.Мудров – создатель русской терапевтической школы.

- Автор идеи и организатор проведения практических занятий со студентами-медиками непосредственно у постели больного.
- Обучал студентов профилактике болезней и правилам гигиены.
- Впервые ввел в практику распознавания болезни систему углубленного расспроса больных – «анамнестический метод», включающий изучение истории жизни пациента и развития его заболевания.
- Ратовал за полноту и системность обследования больного путем изучения состояния всех органов и систем организма независимо от локализации патологического процесса.
- Разработал схему клинического исследования с заполнением истории болезни пациента («скорбный лист»).
- Большое значение придавал изучению индивидуальных особенностей пациента, что в настоящее время реализуется в принципе персонализированной медицины.
- Был активным приверженцем позиции, впервые выдвинутой Гиппократом, «лечить не болезнь, а больного», чему была посвящена его актовая речь на открытии медицинского факультета Московского университета.
- Отстаивал представление о единстве медицинской науки и врачебного искусства.

Наиболее полно характеристика личности, деятельности и уникальная роль М.Я.Мудрова раскрыты в труде академика Е.И.Чазова *«Истоки: из истории русской медицины и Московского университета. М.Я.Мудров»* (М.: Медицина, 1994).

На страницах этой книги обнаруживаем такие определения М.Я.Мудрова, как «*медицинский Ломоносов*» или «*эталон гиппократова врача*», замечательного педагога, который «оставил после себя на великой Руси много подобных себе воспитанников и учеников». Действительно, «доктор

Мудров» многое сделал для русской медицины, для Московского университета, «да, в конце концов, – пишет Е.И.Чазов, – для всего русского народа во славу Господа Бога и России».

М.Я.Мудров основал медицинский факультет при Московском университете, создал первую школу русских терапевтов, рассматривавших болезнь как страдание всего организма, первым заявил о медицине профилактической, и именно он предложил доктрину военной гигиены. «А его работы по дизентерии, холере, в борьбе с которой он погиб, – продолжает Е.И.Чазов, – разве это не подвиг врача?» Недаром образ М.Я.Мудрова как прекрасного практика был запечатлен Л.Н.Толстым в романе «Война и мир».

М.Я.Мудров был врачом семьи А.С.Пушкина и сам обладал литературными дарованиями.

В посмертном слове о М.Я.Мудрове, опубликованном вскоре после его гибели в «Вестнике естественных наук и медицины» в 1831 г., читаем: «М.Я.Мудров представляет собой целую эпоху усовершенствования медицинских наук в России и особенно в Московском университете... Смело можно сказать, что ученики М.Я.Мудрова составляют особое поколение врачей в России, врачей и образованных, и просвещенных... Пока существовать будет Москва, имя М.Я.Мудрова не придет в забвение... Будем же признательны к заслугам М.Я.Мудрова».

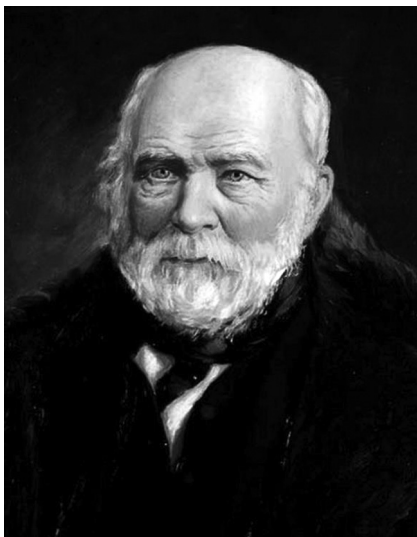
Николай Иванович Пирогов

Н.И.Пирогов, слушавший лекции проф. М.Я.Мудрова, относится к людям, над которыми время не властно. Представляя собой редчайшее сочетание в одном лице гениального хирурга, блистательного анатома, замечательного врача-практика и ученого-теоретика, обладая исключительной духовно-нравственной одаренностью, Н.И.Пирогов был глубоким мыслителем и талантливым педагогом.

Как всем хорошо известно, Н.И.Пирогов внес большой вклад в развитие оперативной хирургии и топографической анатомии, издав первый анатомический атлас под названием *«Топографическая анатомия, иллюстрированная разрезами, проведенными через замороженное тело чело-*



Матвей Яковлевич Мудров (1776–1831).



Николай Иванович Пирогов (1810–1881).

века в трех направлениях», ставший незаменимым руководством для врачей-хирургов. Им изучены анатомические предпосылки остановки кровотечения (топография сосудов), разработаны методы перевязки аорты, язычной артерии, хирургического внебрюшинного доступа к подвздошным артериям.

Н.И.Пирогову принадлежит создание ряда совершенно новых приемов в хирургии, благодаря которым ему удавалось в значительном числе случаев избегать ампутации конечностей. Один из таких приемов, используемых до настоящего времени, носит название «операция Пирогова».

Н.И.Пирогов весьма ценил «устремленность в будущее и практическую значимость» лекций М.Я.Мудрова, ведь даже приписываемая Н.И.Пирогову фраза о профилактической медицине как медицине будущего была услышана им на лекциях М.Я.Мудрова. Исходя из теоретических посылок М.Я.Мудрова, с которыми Н.И.Пирогов познакомился на лекциях профессора-терапевта, им были сформулированы принципы и организационно-методические приемы оказания первой помощи раненым, в частности: приближение медицинской помощи к полю боя, система сортировки больных и определение последовательности их эвакуации с поля боевых действий в зависимости от тяжести состояния. Н.И.Пироговым была обоснована преемственность в оказании помощи на различных этапах эвакуации, созданы подвижные госпитали, налажено использование эфирного обезболивания в полевых условиях, предложено использование крахмальных повязок для фиксации конечностей вместо лубков. Внедрение непосредственно на поле боя усовершенствований, разработанных Н.И.Пироговым, явилось основой принципиально новой медицинской дисциплины – военно-полевой хирургии. Классический труд Н.И.Пирогова *«Начала общей военно-полевой хирургии»* не утратил своего значения и до наших дней. Принципы организации помощи раненым стали фундаментом доктрины военно-полевой хирургии, на них было основано оказание медицинской помощи в период Великой Отечественной войны (1941–1945).

Настойчиво обосновывая необходимость развития науки и распространения научных знаний, Н.И.Пирогов неизменно подчеркивал их воспитательное значение. Его выдающийся педагогический труд *«Вопросы жизни. Дневник старого врача»* не утратил актуальности и для последующих поколений.



Евгений Михайлович Тареев
(1895–1986).

- Внес существенный вклад в изучение вирусных гепатитов, цирроза печени, диффузных заболеваний соединительной ткани (системная красная волчанка, узелковый периартериит, склеродермия, дерматомиозит).
- Автор капитального учебника по терапии «Внутренние болезни» (1951).

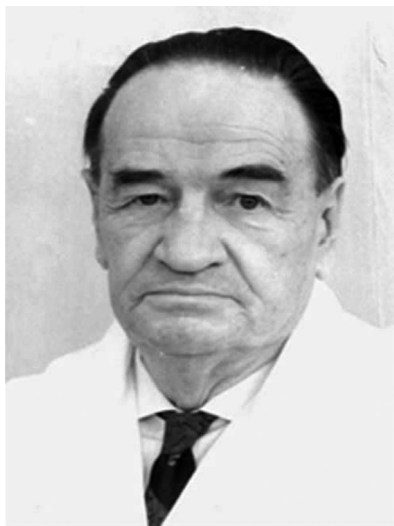
Александр Леонидович Мясников

Ученик Д.Д.Плетнева и Г.Ф.Ланга. В 1948 г. возглавил Институт терапии, в настоящее время – Российский кардиологический научно-производственный комплекс (РКНПК).

- Под руководством А.Л.Мясникова была создана терапевтическая служба военно-морского флота.
- Результаты проводимых многоплановых исследований А.Л.Мясникова нашли отражение в целом ряде монографий: «Болезни печени» (1934), «Клиника бруцеллеза» (1934), «Висцеральная малярия» (1936), «Клиника алиментарной дистрофии» (1945).
- Автор неоднократно переиздававшегося в нашей стране и за рубежом учебника для медицинских вузов «Пропедевтика внутренних болезней» (1956).
- Возглавил проводимые в стране исследования по атеросклерозу, ИБС и ГБ, показав тесную взаимосвязь этих заболеваний, что нашло отражение в монографии «Гипертоническая болезнь и атеросклероз» (1965). В этой книге предвосхищена идея сердечно-сосудистого континуума.
- Выдвинул нейрорематическую концепцию происхождения атеросклероза – монография «Атеросклероз» (1960).



Александр Леонидович Мясников
(1899–1965).



Владимир Харитонович Василенко
(1897–1987).

Владимир Харитонович Василенко

Ученик Н.Д.Стражеско, продолживший его исследования по созданию классификации и изучению патогенеза СН.

- Уделял большое внимание изучению болезней пищевода, язвенной болезни, рака желудка, создал основы современной гастроэнтерологии.
- Внес существенный вклад в создание теории диагностического поиска, изложенной в книге «Введение в клинику внутренних болезней».
- Является автором учебника «Пропедевтика внутренних болезней», выдержавшего несколько изданий.
- С 1948 по 1987 г. заведовал кафедрой пропедевтики внутренних болезней Первого московского медицинского института им. И.М.Сеченова, ныне кафедра носит имя В.Х.Василенко.
- Главный терапевт правительственного управления Министерства здравоохранения (1948–1957).
- Является автором книг «Болезни пищевода» (совместно с А.Л.Гребеневым и М.М.Сальманом; 1971), «Современные методы исследований в гастроэнтерологии» (ред., 1971), «Приобретенные пороки сердца» (1972); «Постгастрорезекционные расстройства» (совместно с П.И.Коржуковой, Н.О.Николаевым, В.Н.Пономаренко; 1974).
- Является Героем Социалистического Труда (1967), награжден 4 орденами Ленина, орденом Октябрьской Революции, орденом Боевого Красного Знамени, орденом Отечественной войны I и II степени, орде-



Павел Евгеньевич Лукомский
(1899–1974).



Евгений Иванович Чазов (1929).

«Терапевтический архив», «Советская медицина», «Cor et vasa», «American Heart Journal».

- На базе клиники под руководством П.Е.Лукомского был создан один из первых в стране блок интенсивной терапии для больных острым ИМ.

Евгений Иванович Чазов

- Выдающийся деятель отечественной медицины, лидер советской и российской кардиологии, генеральный директор ФГБУ «Российский кардиологический научно-производственный комплекс». С 1967 по 1986 г. – начальник 4-го Главного управления при Минздраве СССР. С 1988 по 1990 г. – министр здравоохранения СССР. Академик АМН СССР (1971), академик АН СССР (1979), Герой Социалистического Труда (1978), лауреат Ленинской премии (1982), трех Государственных премий СССР (1969, 1976, 1991), премии Совета Министров СССР и Государственной премии России (2004).
- Инициатор создания и сопредседатель международного движения «Врачи мира за предотвращение ядерной войны». В 1985 г. Е.И.Чазову была присуждена Нобелевская премия мира.
- Е.И.Чазов – автор многочисленных капитальных трудов, монографий и руководств по проблемам кардиологии и, кроме того, по методологии диагностики, вопросам этики и деонтологии врача, истории русской медицины и Московского университета.

* * *

Каждый из представителей этой плеяды замечательных врачей создал свою научную школу, а создателей научных школ, по определению выдающегося патоморфолога И.В.Давыдовского, «характеризует не только кипучая личная деятельность и не только обилие целенаправленных научных трудов, освещающих новые пути развития данной науки, но и борьба за это новое. Эта борьба фактически охватывает всю жизнь ученого... не просто новые факты, а новые творческие идеи, порожденные этими фактами, идеи, которые содействуют общему прогрессу медицины как науки, – вот что характеризует научную школу». Одной из них явилась школа русских педиатров.

Нил Федорович Филатов

Современная педиатрическая школа во многом обязана своим созданием замечательному врачу, талантливому педагогу Н.Ф.Филатову. Он явился основоположником пропедевтики детских заболеваний, впервые изложенной им в книге «Семиотика и диагностика детских болезней» (1890). В этом руководстве Н.Ф.Филатов детальнейшим образом разбирает жалобы, анамнез, результаты объективного исследования и значение отдельных симптомов (семиотику детских болезней), т.е. впервые излагает пропедевтические основы обследования ребенка.



Нил Федорович Филатов (1847–1902).

В нашей стране была учреждена премия за лучшие труды по педиатрии им. Н.Ф.Филатова, а в Москве ему установлен памятник с надписью «Другу детей».

- Работая в детской больнице в Москве на улице Бронной, выделил в качестве отдельных нозологических форм скарлатинозную краснуху, инфекционный мононуклеоз, описал поражение сердца при скарлатине у детей, участвовал в описании пятен Филатова–Коплика–Бельского как раннего признака кори.
- Совместно с Г.Н.Габричевским ввел в практику сывороточное лечение дифтерии.
- Создал «Лекции об острых инфекционных болезнях у детей» и «Клинические лекции», которые неоднократно переиздавались и были переведены на иностранные языки.



Александр Андреевич Кисель
(1859–1931).



Роман Осипович Лунц
(1871–1947).

- Предложил гибкий фонендоскоп, оказавшийся наиболее удобным для исследования у детей (фонендоскоп Филатова).

Александр Андреевич Кисель

Последователь Н.Ф.Филатова и ученик С.П.Боткина, Александр Андреевич Кисель был директором детской клиники медицинского факультета Высших женских курсов, ставших родоначальником нашего университета (РНИМУ им. Н.И.Пирогова).

- В 1930 г. сыграл исключительно важную роль в создании первого в мире педиатрического факультета (факультет охраны материнства, младенчества и детства [ныне – педиатрический факультет РНИМУ им. Н.И.Пирогова]). К тому времени он уже разработал учение о хронической туберкулезной интоксикации у детей.
- Организовал первую в СССР ревматологическую клинику.
- Пропагандировал улучшение бытовых условий для детей, создание для них правильного режима и питания.
- Организовывал проведение противотуберкулезных прививок новорожденным.
- Большое значение придавал деятельности студенческого научного кружка, в котором работали от 30 до 48 студентов.

Роман Осипович Луц

Организатор впервые созданной во 2-м Московском государственном медицинском институте (МГМИ) кафедры пропедевтики детских болезней (15 марта 1931 г.).

- Являлся прямым последователем основоположника русской педиатрии Н.Ф.Филатова.
- Основными научными разработками его кафедры стали проблемы физиологии детского возраста и диететика здорового и больного ребенка, что нашло отражение в первом учебнике по пропедевтике детских болезней «Физиология и диететика грудного ребенка» (1935).
- В 1940 г. был издан учебник по пропедевтике детских болезней (А.Ф.Тур, В.И.Молчанова, Н.Н.Лебедева, Ю.Ф.Домбровская). В 1985 г. сотрудниками кафедры А.В.Мазуриным и И.М.Воронцовым был издан учебник «Пропедевтика детских болезней».
- В 1932 г. впервые в стране на базе педиатрического факультета была создана кафедра пропедевтики внутренних болезней.

ГЛАВА IV. ПРОВЕДЕНИЕ ОБЪЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

IV.1. Общий осмотр

Несмотря на внедрение в клинику большого количества тонких инструментальных и весьма чувствительных лабораторных методов исследования, общий осмотр больного не потерял своей ценности до сих пор.

По результатам общего осмотра (*лат.* status praesens, inspectio) может быть сделан предварительный вывод об общем состоянии больного. Первичная оценка тяжести состояния больного производится на основании оценки состояния сознания, психики и положения пациента в постели.

Осмотр больного совершается системно, по определенному плану. Он начинается при первой встрече и в процессе разговора с ним.

Прежде всего дается предварительная оценка общего состояния больного.

IV.2. Общее состояние

Общее состояние больного может быть удовлетворительным, средней тяжести и тяжелым.

1. Удовлетворительное состояние (по Г.А.Захарьину – «случай несерьезный, когда опасности для жизни нет и быть не может»).
2. Состояние средней тяжести (по Г.А.Захарьину – «случай серьезный, где опасности для жизни нет, но она может появиться»).
3. Тяжелое состояние (по Г.А.Захарьину – «случай опасный, но не безнадежный»).
4. Крайне тяжелое (преагональное) состояние (по Г.А.Захарьину – «случай безнадежный»).
5. Терминальное (агональное) состояние.
6. Клиническая смерть.
7. Биологическая смерть.

Характеристика состояний:

1. Удовлетворительное состояние:
 - у здоровых лиц, допризывников;
 - при острых заболеваниях с благоприятным прогнозом, в период выздоровления, стихания обострения хронических процессов при компенсированных жизненно важных функциях систем органов;

- при неосложненных формах острых или хронических заболеваний;
- субъективные и объективные признаки заболевания выражены нерезко (сознание ясное, положение активное, температура тела нормальная или субфебрильная).

Больной не нуждается в неотложной врачебной помощи, лечение проводится на дому или в поликлинике.

2. Состояние средней тяжести:

- при выраженных обострениях, например, при бронхиальной астме, ГБ, крупозной пневмонии и т.д.;
- при заболеваниях, приводящих к декомпенсации жизненно важных функций организма;
- резкая выраженность жалоб (интенсивные боли, одышка, удушье, сильный кашель с возможным отделением мокроты, резкое похудание, задержка мочи, слабость, головокружение и др.);
- резкая выраженность объективных проявлений болезни (снижение двигательной активности, вынужденное положение тела, невозможность самостоятельно передвигаться, массивные отеки, резкая бледность, цианоз, желтуха, фебрильная лихорадка, геморрагические высыпания, частота сердечных сокращений (ЧСС) >100 уд./мин или резкая брадикардия, тахипноэ, возможен бронхообструктивный синдром, со стороны органов пищеварения возможны повторная рвота, диарея, нарастающие боли, появление признаков раздражения брюшины или непрофузного желудочно-кишечного кровотечения, нарастание асцита и т.д.).

Больной нуждается в неотложной врачебной помощи и экстренной госпитализации в связи с неопределенностью прогноза, вероятностью быстрого прогрессирования болезни и развития жизненно опасных осложнений.

3. Тяжелое состояние:

- быстрое нарастание клинической симптоматики при осложненном течении заболевания и плохом прогнозе выздоровления и жизни; например, при возникновении сердечной астмы у больного с ИМ, кровотечении при язвенной болезни желудка и др.;
- больные могут жаловаться на нестерпимые боли, не купирующиеся анальгетиками, в том числе наркотиками, с возможным развитием шока;
- больные нередко вялы, адинамичны, безучастны; контакт с врачом затруднен, возможно психомоторное возбуждение, судороги, бред или галлюцинации, обездвиженность, нарастающая кахексия, анасарка, признаки обезвоживания с пепельно-серой бледностью и сухостью кожи, исчезновение подкожной жировой клетчатки, гипотермия или высокая лихорадка;
- одышка более 40 дыхательных движений в 1 мин или удушье, расширение полостей сердца, глухость тонов сердца, сложные нарушения сердечного ритма, резко выраженная гипертензия или

гипотензия с возможным развитием ИМ, инсульта, отека легких, печеночно-почечной недостаточности;

- неукротимая рвота, профузная диарея, признаки разлитого перитонита, продолжающегося массивного кровотечения.

В связи с плохим прогнозом и реальной угрозой жизни больной нуждается в экстренной госпитализации и оказании квалифицированной медицинской помощи в условиях интенсивного наблюдения за его состоянием (реанимационное отделение, блок интенсивной терапии и т.д.).

4. Крайне тяжелое (преагональное состояние):

- столь резкое нарушение функции жизнеобеспечения (функции дыхания, кровообращения, сознания), что без срочного выполнения мероприятий интенсивного и реанимационного лечения больной может умереть в течение суток, в ближайшие часы и даже минуты;
- сознание угнетено вплоть до комы, хотя иногда может оставаться ясным;
- положение больного в постели обездвиженное (прострация), хотя возможны двигательные возбуждения и судороги с вовлечением дыхательной мускулатуры и диафрагмы вплоть до остановки дыхания;
- амимичное и мертвенно-бледное либо пепельно-серое лицо с заострившимися чертами, безучастный взгляд («лицо Гиппократ»);
- резкое ослабление тонов сердца (едва прослушиваются);
- АД не определяется;
- пульс определяется только на сонных артериях; частота дыхательных движений >60 в 1 мин;
- дыхание клокочущее, с пенистой мокротой розового цвета или прожилками крови, масса разнокалиберных влажных хрипов над всей поверхностью легких (отек легких). При бронхиальной обструкции дыхание может не выслушиваться (немое легкое);
- нередко шумное дыхание Куссмауля переходит в периодическое дыхание Чейна–Стокса или диссоциированное дыхание Грокко–Фругони.

Прогноз для жизни неблагоприятный. Лечение в условиях реанимационного отделения или блока интенсивной терапии, транспортировка и госпитализация крайне затруднены.

5. Терминальные состояния:

- преагональное;
- агональное;
- клиническая смерть.

Это «комплекс последних проявлений реактивных и приспособительных функций организма, характеризующихся глубоким нарушением его регуляторных систем:

- появление судорог;
- отек легких;
- сердечные аритмии;

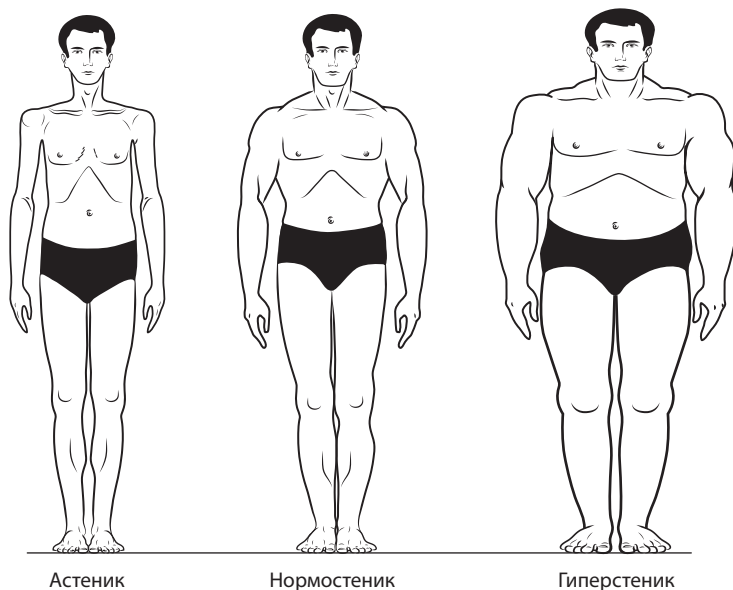


Рис. 4.1. Типы телесной конституции.

чрезмерная впечатлительность, тревожная мнительность, конфликт раннего самолюбия и преувеличенного чувства собственной неполноценности.

Гиперстенический тип телесной конституции (греч. «hyper» – «много», «sthenos» – «сила») (см. рис. 4.1) производит впечатление массивности, тяжести, упитанности и крепости в строении тела. Этому впечатлению способствует преобладание живота над грудной клеткой и поперечных размеров над продольными у лиц гиперстенической (пикнической, от греч. «crusnos» – плотный) конституции.

Мускулатура гиперстеников массивна, но малорельефна из-за обильной подкожной жировой прослойки; живот большой, тазовый пояс широкий; конечности по отношению к туловищу короткие и широкие.

Над- и подключичные ямки слабо выражены или не видны, межреберные промежутки узкие, слабо выражены, ребра располагаются почти горизонтально.

Эпигастральный угол $>90^\circ$. Плечи прямые, широкие, лопатки плотно прилегают к спине. Мышцы плечевого пояса хорошо развиты.

При неблагоприятных условиях жизни гиперстеники склонны к нарушениям обмена веществ (жирового, углеводного), часто страдают ожирением, подагрой, атеросклерозом, ишемической болезнью сердца (ИБС), АГ. Характерологически предрасположены к резким колебаниям настроения, бурным и сильно переживаемым эмоциям.

При снижении температуры тела в осенне-зимний период времени $<34,4^{\circ}\text{C}$ развивается гипотермия, при которой смертность у лиц старческого возраста достигает 50%.

При гипотермии $<30^{\circ}\text{C}$ возникает остановка сердца.

Признаки гипотермии:

- Объективно обнаруживается холодная на ощупь кожа не только конечностей, но и всего тела.
- Подкожная жировая клетчатка уплотняется, лицо приобретает одутловатость.
- Дыхание становится поверхностным, кашлевой рефлекс угнетается. Тахикардия сменяется брадикардией, развиваются артериальная гипотензия, различные виды аритмий и нарушений проводимости сердца. При ЭКГ появляется положительная в левых и отрицательная в правых грудных отведениях J-волна (так называемая волна Осборна) (рис. 4.2).
- Со стороны ЖКТ наблюдается замедление перистальтики кишечника, возможно развитие острой эктазии желудка.
- Выделение мочи увеличивается (полиурия, холодовый диурез), а в дальнейшем прекращается.

Неврологическая симптоматика проявляется:

- атактической походкой;
- замедленной речью;
- снижением сухожильных рефлексов;
- развитием патологических рефлексов;
- расширением зрачков, их вялой реакцией на свет;
- в некоторых случаях очаговой симптоматикой и судорогами.

Наиболее грозными, прогностически неблагоприятными и трудно диагностируемыми состояниями, сопровождающимися гипотермией, оказываются:

- пневмонии;
- панкреатиты;
- инфаркты внутренних органов;
- периферическая гангрена нижних конечностей.

Гипертермия в клинической практике. Гипертермия, развивающаяся из-за нарушения механизмов терморегуляции, может представлять собой значительную опасность, особенно в жаркую и влажную погоду из-за водного и солевого истощения.



Рис. 4.2. Волна Осборна при ЭКГ в отведении V_5 .

Клинически это проявляется:

- дезориентацией;
- спутанностью сознания;
- ортостатической гипотензией;
- нитевидным пульсом;
- тошнотой;
- рвотой;
- различными нарушениями сознания и судорогами.

Наиболее часты подъемы температуры:

- при обширных кровоизлияниях в головной мозг, затрагивающих центр терморегуляции;
- у онкологических больных при метастазах опухоли в печень и кости;
- при тяжелом СД с трофическими изменениями тканей.

Важнейшими *типами лихорадки* являются следующие:

1. *Постоянная, или устойчивая, лихорадка (febris continua)* – разница между утренней и вечерней температурой тела в пределах 1°C , чаще не выше $0,5^{\circ}\text{C}$ (рис. 4.3).

Такой тип лихорадки характерен для крупозной пневмонии и брюшного тифа.

2. *Послабляющая, или ремиттирующая, лихорадка (febris remittens)* – разница между утренней и вечерней температурой тела значительна: $1\text{--}2^{\circ}\text{C}$, а иногда и больше. Как утренняя, так и вечерняя температура тела обычно выше нормы (рис. 4.4).

Столь большие колебания температуры в течение суток характерны для гнойных процессов.

3. *Перебегающая, или интермиттирующая, лихорадка (febris intermittens)* – периодическое, приблизительно через равные промежутки ($1\text{--}3$ сут.), большей частью резкое повышение температуры

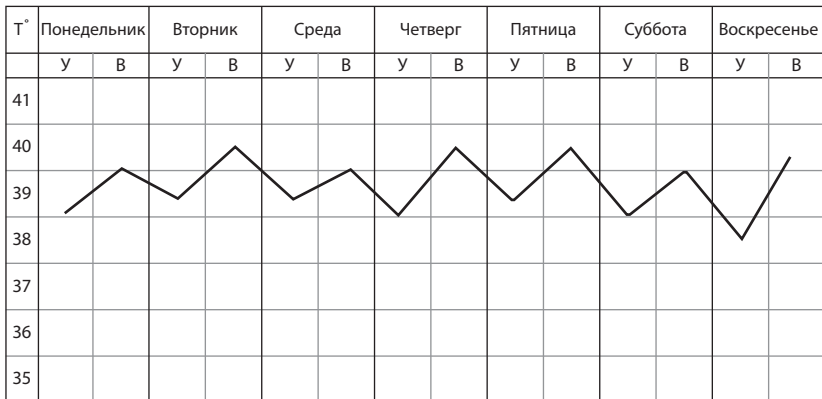


Рис. 4.3. Температурная кривая при постоянной лихорадке у пациента с крупозной пневмонией.

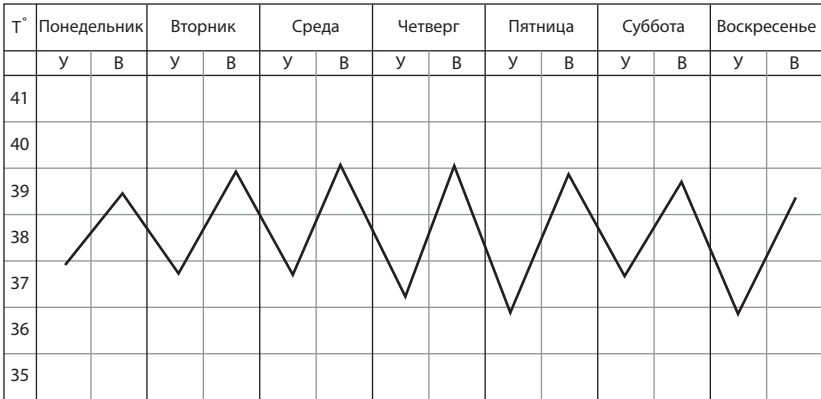


Рис. 4.4. Температурная кривая при ремиттирующей лихорадке у пациента с абсцессом легкого.

тела (чаще всего около 12.00, а иногда и ночью) на несколько часов с последующим снижением до нормы (рис. 4.5).

Перебегающая лихорадка особенно характерна для малярии.

4. *Гектическая лихорадка (febris hectica)* – лихорадка с суточными колебаниями температуры тела, достигающими до 4–5°C, с утренним снижением до нормы или до субнормальных цифр (рис. 4.6).

Характерна для активного туберкулеза с распадом тканей и для септических заболеваний с нагноением.

5. *Обратный, или извращенный, тип лихорадки (febris inversus)* – температура тела утром выше, чем вечером. Но у большинства паци-



Рис. 4.5. Температурная кривая при интермиттирующей лихорадке у пациента с малярией.

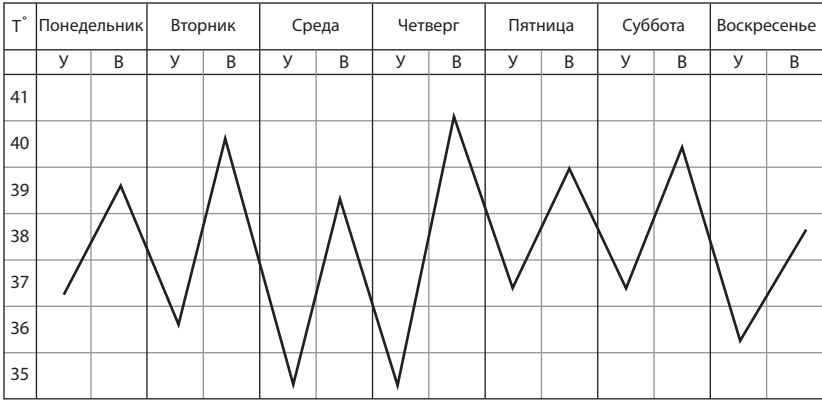


Рис. 4.6. Температурная кривая при гектической лихорадке у пациента с сепсисом.

ентов периодически бывает обычное повышение температуры тела к вечеру с малыми или большими колебаниями (рис. 4.7).

Чаще всего наблюдается при туберкулезе.

6. *Возвратная лихорадка (febris reccurens)* – характеризуется чередованием лихорадочных периодов с безлихорадочными (апирексия) (рис. 4.8).

В наиболее типичной форме наблюдается при возвратном тифе.

7. *Волнообразная лихорадка (febris undulans)* – характеризуется постепенным повышением температуры тела в течение определенного времени с последующим постепенным ее снижением и более или менее длительным безлихорадочным периодом, что создает впечатление ряда волн (рис. 4.9).

Часто (хотя и не всегда) наблюдается при бруцеллезе.



Рис. 4.7. Температурная кривая при обратной лихорадке у пациента с туберкулезом.

Так, при заболеваниях тела желудка пальпаторная болезненность чаще всего локализуется в эпигастриальной области. При патологии пилорической части желудка и двенадцатиперстной кишки болезненность локализуется в пилородуоденальной зоне и в точке диафрагмального нерва слева (*лево-сторонний френикус-симптом*).

При язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки болезненность может быть выявлена при надавливании и поколачивании по острым отросткам VII–XII грудных позвонков – *точки Опенховского*.

При заболеваниях желчевыводящих путей и печени болезненность локализуется в правом подреберье и эпигастрии, а также в *точке желчного пузыря* (проекция желчного пузыря на переднюю брюшную стенку – место пересечения наружного края прямой мышцы живота с правой реберной дугой) и *холедохопанкреатодуоденальной зоне Шоффара* (проекция головки поджелудочной железы и места вхождения холедоха с главным протоком поджелудочной железы в двенадцатиперстную кишку; рис. 5.8).

Дополнительные точки и области гиперестезии при патологии желчевыводящих путей располагаются в области правого плеча, в точке диафрагмального нерва справа (*правосторонний френикус-симптом, или симптом Мюсси*), а также в паравертебральных точках справа от тел VII–XI грудных позвонков и в области угла правой лопатки.

При поражении головки поджелудочной железы болезненность определяется преимущественно в холедохопанкреатодуоденальной зоне Шоффара, а также в правом подреберье.

При патологии тела и хвоста поджелудочной железы боль локализуется в области левого подреберья и левой реберной дуги.

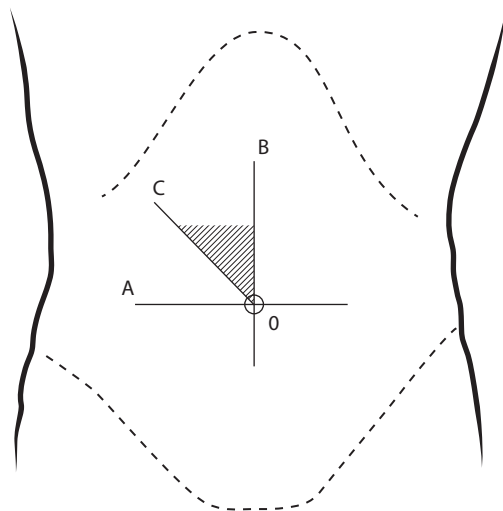


Рис. 5.8. Схема зоны Шоффара. O – пупочное кольцо; OC – биссектриса угла AOB; COB – зона Шоффара.

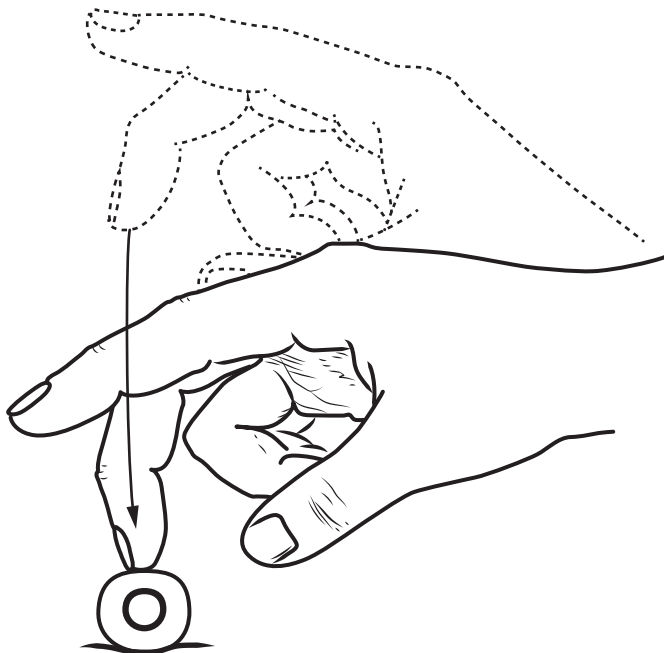


Рис. 6.2. Движение кисти при нанесении перкуторного удара.

перкутируемом месте совершают два одинаковых по силе удара с равными промежутками времени между ними.

В зависимости от силы перкуторного удара различают *громкую перкуссию*, при которой сила удара распространяется на глубину 7–8 см, *тихую перкуссию*, при которой вызванные ударом колебания распространяются на 3–4 см, и *перкуссию средней силы*, проникающую на 5–6 см вглубь. При *тишайшей (пороговой) перкуссии* удар распространяется на 2–3 см и не столько слышится, сколько тактильно ощущается пальцем-плессиметром, позволяющим почувствовать изменение сопротивления подлежащей удару ткани.

Так как оттенки тихих звуков улавливаются ухом значительно лучше, чем оттенки сильных звуков, следует избегать слишком сильной перкуссии, используя в первую очередь перкуторные удары средней и слабой силы, которые к тому же являются наименее неприятными для больного.

1. Общие правила перкуссии:
2. Проводя перкуссию, врач должен располагаться спиной к источнику света, положение врача и больного должно быть удобным для исследования.
3. Палец-плессиметр плотно прижимается к коже.
4. Палец-молоточек перпендикулярен пальцу-плессиметру.

5. Наносятся два отрывистых перкуторных удара через короткие интервалы времени.
6. Движение руки, наносящей перкуторные удары пальцем-молоточком, должно быть только в лучезапястном суставе.
7. Перкутировать надо очень осторожно, так как у больного человека сильные перкуторные удары могут вызывать неприятные ощущения или даже быть болезненными.
8. Руки врача должны быть теплыми, а ногти – коротко остриженными.

В зависимости от целей исследования различают *сравнительную* и *топографическую перкуссию*. Сравнительная перкуссия имеет целью сравнение анатомически одинаковых областей, а топографическая служит для отграничения друг от друга анатомически различных областей и определения проекции их границ на поверхность тела.

VI.1. Сравнительная перкуссия легких

Сравнительная (сопоставительная) перкуссия наиболее часто применяется для определения характера патологических изменений в легких и плевральной полости и используется для распознавания патологических бронхолегочных синдромов. При сравнительной перкуссии перкуторные удары средней силы наносятся на симметричные, равноудаленные друг от друга участки грудной клетки, что соответствует основному принципу сравнительной перкуссии – «сопоставляй сравнимое, сравнивай сопоставимое» (рис. 6.3).

Согласно этому принципу обязательным при сравнительной перкуссии является соблюдение равных условий при выстукивании симме-

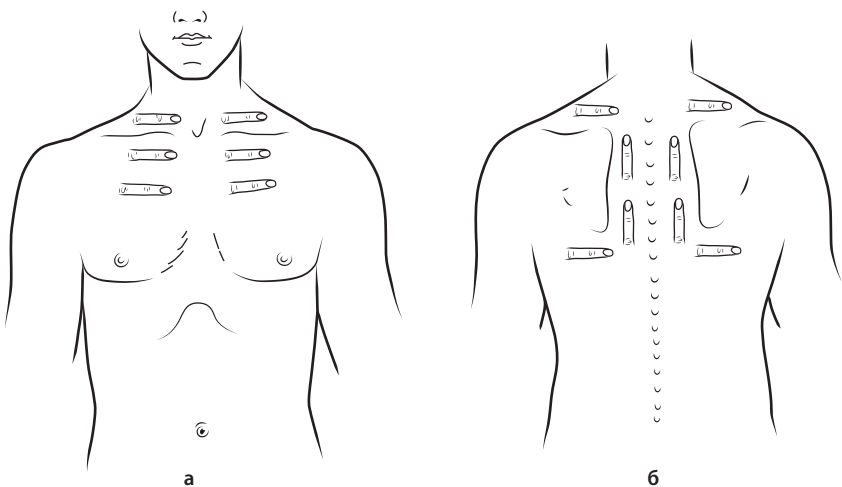


Рис. 6.3. Схема сравнительной перкуссии легких: а – спереди, б – сзади.

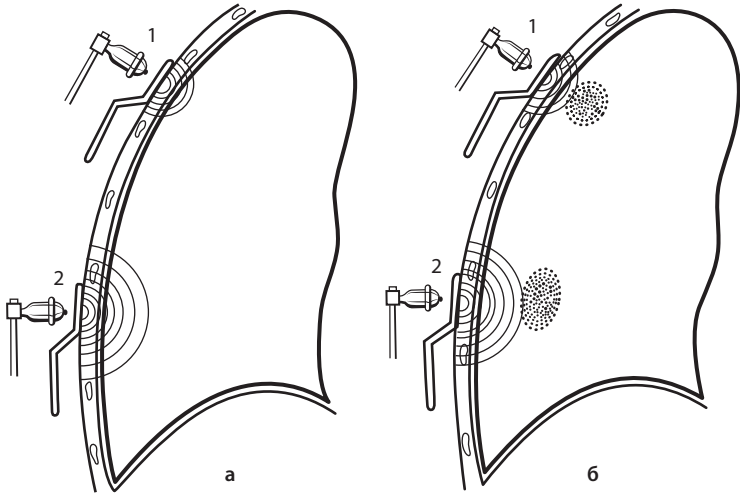


Рис. 6.7. Распространение перкуторного звука при слабой и сильной перкуссии в легких в норме (а) и при поверхностном расположении инфильтрата (б): 1 – слабая перкуссия; 2 – сильная перкуссия.

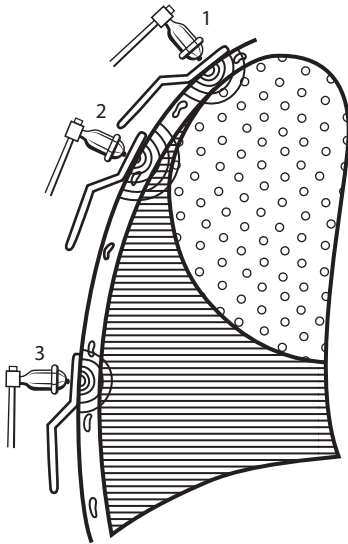


Рис. 6.8. Слабая перкуссия при выпотном плеврите: 1 – притупленный тимпанический звук; 2 – притупление перкуторного звука; 3 – абсолютно тупой перкуторный звук.

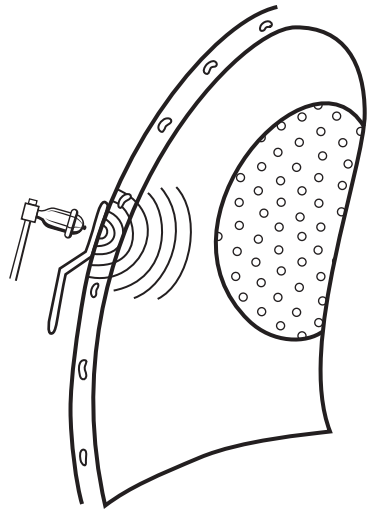


Рис. 6.9. Слабая перкуссия при пневмотораксе – тимпанический перкуторный звук.

Таблица 8.1. Характер симптоматики со стороны бронхолегочной системы при различных заболеваниях

Заболевание	Характер кашля	Характер мокроты	Сопутствующая симптоматика, особенности анамнеза
<i>Острые воспалительные заболевания</i>			
Ларингит	Сухой лающий	Слизистая (иногда)	Осиплость голоса; нередко вирусный назофарингит
Трахеобронхит	Сухой	Слизисто-гнойная (иногда)	Жжение и дискомфорт за грудиной
Вирусные и микоплазменные пневмонии	Частый сухой	Слизистая (нередко появляется в последующем)	Лихорадка, одышка, недомогание и головная боль
<i>Бактериальные пневмонии</i>			
Пневмококковая	Влажный	Гнойная или слизисто-гнойная с возможным появлением крови в виде прожилков или диффузного окрашивания в розоватый или ржавый цвет	Лихорадка, ознобы, одышка, боль в груди. Заболеванию нередко предшествует острая респираторная инфекция
Вызванная клебсиеллой	Влажный	Слизистая или гнойная мокрота с примесью крови или желеобразная красного цвета	Часто наблюдается ослабленных пожилых больных и лиц, страдающих алкоголизмом
<i>Хронические воспалительные заболевания</i>			
Синдром постназального затекания	Хронический	Слизистая или слизисто-гнойная	Сочетается с хроническим ринитом, нередко осложненным синуситом. Выделения из полости носа и придаточных пазух, которые можно увидеть на задней стенке глотки, приводят к многократным попыткам прокашляться
Хронический бронхит	Хронический	Слизистая или слизисто-гнойная, может быть с примесью крови в виде прожилков или даже кровянистая	Одышка (нередко, особенно в период обострения). В анамнезе многолетнее курение
Бронхоэктазы	Хронический	Гнойная, обильная, с неприятным запахом, может содержать прожилки крови или быть кровянистой	Частые бронхолегочные заболевания в анамнезе, нередко сочетающиеся с синуситом

Заболевание	Характер кашля	Характер мокроты	Сопутствующая симптоматика, особенности анамнеза
Туберкулез легких	Сухой надсадный, реже влажный	Слизистая, реже слизисто-гнойная, может содержать прожилки крови или быть кровянистой	На ранних стадиях течение бессимптомное, в дальнейшем – ночные поты, утомляемость, лихорадка и анорексия
Абсцесс легких	Продуктивный	Гнойная с гнилостным запахом, может содержать кровь	Выраженная адинамия, гектическая лихорадка, иногда спутанность сознания
Бронхиальная астма	Сухой, возникающий в начале приступа; в последующем малопродуктивный	Вязкая слизистая трудноотделяемая, отходящая главным образом в конце приступа	Приступ в виде удушья экспираторного типа, нередко осложнен аллергологический анамнез
<i>Злокачественные опухоли</i>			
Рак легких	Сухой, надсадный, редко влажный	Слизисто-гнойная с прожилками крови или кровянистого характера	Симптоматика определяется распространенностью и метастазированием опухоли. В анамнезе курение в течение многих лет
<i>Сердечно-сосудистые заболевания</i>			
Левожелудочковая недостаточность и митральный стеноз	Сухой, чаще всего возникающий при физической нагрузке или в ночное время. Продуктивный – при отеке легких	При отеке легких – розовая пенящаяся, возможно кровохарканье алой кровью	Одышка при физическом напряжении, ортопноэ и приступы удушья в ночное время. Часто сопровождается увеличением размеров сердца и мерцательной аритмией
Тромбоэмболия ветвей легочной артерии (инфарктная пневмония)	Сухой или влажный	Алого цвета или содержит прожилки крови	Внезапно развивающийся приступ удушья, боли в груди, сердцебиение. Возможно появление синкопальных состояний или преходящей мозговой симптоматики. В последующем развитие лихорадки. Нередко обнаруживается тромбофлебит или тромбоз глубоких вен нижних конечностей