

З. С. Скворцова, В. В. Скворцов

**ОСНОВЫ ПРОПЕДЕВТИКИ
ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ**

*Учебное пособие
для студентов медицинских вузов и врачей*

Санкт-Петербург
СпецЛит
2015

УДК 616.1—616.4
С42

Авторы:

Скворцова Зоя Савельевна — кандидат медицинских наук, доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней Волгоградского государственного медицинского университета (ВолгГМУ);

Скворцов Всеволод Владимирович — доктор медицинских наук, доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней ВолгГМУ

Рецензенты:

Б. Н. Левитан — заведующий кафедрой факультетской терапии Астраханской государственной медицинской академии, доктор медицинских наук, профессор;

М. А. Осадчук — заведующий кафедрой внутренних болезней Первого МГМУ им. И. М. Сеченова, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный деятель науки РФ

Скворцова З. С., Скворцов В. В.

С42 Основы пропедевтики внутренних болезней : учеб. пособие для студентов медицинских вузов и врачей / З. С. Скворцова, В. В. Скворцов. — Санкт-Петербург : СпецЛит, 2015. — 247 с.

ISBN 978-5-299-00625-4

В учебном пособии представлена схема обследования больного в терапевтической клинике. Предлагается алгоритм действия студента и врача у постели больного, подробно описана методика проведения расспроса и осмотра, формулируется синдромный подход в построении диагноза. Подчеркивается значение соблюдения законов биоэтики в проведении обследования.

Книга подготовлена в соответствии с программой по пропедевтике внутренних болезней для студентов лечебного факультета.

УДК 616.1—616.4

ОГЛАВЛЕНИЕ

УСЛОВНЫЕ СОКРАЩЕНИЯ.....	8
ВВЕДЕНИЕ. ОСОБЕННОСТИ СОВРЕМЕННОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО.....	9
Глава 1. ОФОРМЛЕНИЕ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ	12
1.1. Методика проведения расспроса (анализ жалоб, систематизация, анамнез заболевания, анамнез жизни)	12
Паспортные данные	13
Жалобы больного.....	14
Анамнез заболевания.....	18
Анамнез жизни	19
Методика проведения общего осмотра и осмотра по органам и системам	21
1.2. Клиническое значение осмотра больного (дополнительные комментарии)	32
Глава 2. ОСНОВЫ СЕМИОЛОГИИ И СИНДРОМОЛОГИИ В ПРОПЕДЕВТИКЕ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ.	44
2.1. Кардиология. Симптомы и синдромы	44
Стенокардия	44
Кардиалгия	46
Синдром да Коста	46
Коронарно-церебральный синдром	47
Синдром менеджера	47
Синдром Дресслера	47
Синдром артериальной гипертонии	48
Синдром Мартореля	50
Синдром Шарко	50
Синдром дуги аорты	50
Синдром Аэрза (Айерсы)	51
Синдром верхней полой вены	51
Синдром артериальной гипотонии	51
Синдром Хегглина	52
Сердечная недостаточность	52
Сосудистая недостаточность	55
Синдром аритмий сердца	58

Легочное сердце	58
Синдромы клапанных пороков	59
Синдромы поражения сердечной мышцы	61
Синдромы поражения перикарда	62
Симптомы	62
2.2. Пульмонология. Симптомы и синдромы	65
Синдром нарушения бронхиальной проходимости	65
Синдром уплотнения легочной ткани	69
Синдром скопления жидкости в плевральной полости	73
Синдром повышения воздушности легочной ткани	75
Синдром дыхательной недостаточности	76
Другие синдромы	82
Симптомы	83
Острая дыхательная недостаточность	84
2.3. Гастроэнтерология. Симптомы и синдромы	85
Синдромы желудочной и кишечной диспепсии	85
Пострезекционная диспепсия	87
Синдром малого желудка	87
Диспептические синдромы, появляющиеся через определенное время после приема пищи	88
Кишечная диспепсия	89
Болевой синдром при заболеваниях желудка и кишечника ...	92
Болевой синдром при заболеваниях кишечника	93
Синдром желудочно-кишечного кровотечения	94
Основные копрологические синдромы	95
Симптомы при заболеваниях пищевода и желудка	98
Симптомы при заболеваниях кишечника	99
Аппендикулярные симптомы	100
Перитонеальные симптомы	101
Семиология заболеваний печени и желчевыводящих путей ...	101
Синдром печеночной недостаточности (гепатаргии)	104
Мезенхимально-воспалительный синдром	107
Симптомы при заболеваниях печени и желчевыводящих путей	113
Пузырные симптомы	114
Симптомы и синдромы при заболеваниях поджелудочной железы	114
2.4. Нефрология. Симптомы и синдромы	115
Недержание, недержание и задержка мочи	116

Клиническое значение дизурии	118
Нарушение мочеотделения	118
Мочевой синдром	120
Нефротический синдром	131
Остронефритический синдром	132
Острая почечная недостаточность	133
Хроническая почечная недостаточность	134
Эклампсия	136
Почечная колика	137
Другие синдромы	138
Синдром Рейтера (уретроокулоиновиальный синдром) ...	140
Симптомы	141
2.5. Эндокринология. Симптомы и синдромы.	141
Гипоталамо-гипофизарные синдромы	141
Синдромы дисфункции надпочечников	142
Синдромы дисфункции щитовидной железы	143
Синдромы дисфункции поджелудочной железы	146
Синдромы гиперфункции поджелудочной железы	147
Синдромы дисфункции паращитовидных желез	147
Синдромы дисфункции половых желез	152
ПРИЛОЖЕНИЯ	154
Приложение 1. Современные методы исследования кислотообразующей функции желудка	154
Методика желудочного зондирования	155
Внутриполостная рН-метрия — «золотой стандарт» в гастроэнтерологии	165
Беззондовые методы исследования желудочной секреции ...	175
Радиотелеметрия	177
Иономанометрия	178
Приложение 2. ВИЧ-инфекция в практике терапевта	179
Этиология и эпидемиология	180
Патофизиология и иммунопатогенез	180
Классификация ВИЧ-инфекции	181
Симптоматология и диагностика ВИЧ-инфекции	184
Лечение ВИЧ/СПИДа	194
Важнейшие суперинфекции ВИЧ/СПИДа	198
Профилактика ВИЧ-инфекции	211

Приложение 3. Острые и хронические аллергозы	218
Клиническая картина, классификация и диагностические критерии	219
Анафилаксия и анафилактоидные реакции	221
Крапивница и отек Квинке	229
ЛИТЕРАТУРА	241

*Посвящается Учителям –
Недогоде В. В., Скворцовой З. С.*

УСЛОВНЫЕ СОКРАЩЕНИЯ

А/Г	— альбумино-глобулиновый
АГ	— артериальная гипертония
АД	— артериальное давление
АТ	— антитела
АШ	— анафилактический шок
ВО ЖКТ	— верхний отдел желудочно-кишечного тракта
ГЛАП	— генерализованная периферическая лимфаденопатия
ГНТ	— гиперчувствительность немедленного типа
ГРС	— гепаторенальный синдром
ГЭР	— гастроэзофагеальный рефлюкс
ГЭРБ	— гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь
ДГР	— дуоденогастральный рефлюкс
ДН	— дыхательная недостаточность
ДТЗ	— диффузный токсический зоб
ЖЕЛ	— жизненная емкость легких
ЖКБ	— желчно-каменная болезнь
ИБ	— иммуноблотинг
ИБС	— ишемическая болезнь сердца
ИВР	— искусственный водитель ритма
ИМТ	— индекс массы тела
ИФА	— иммуноферментный анализ
КЩР	— кислотно-щелочное равновесие
МВС	— мезенхимально-воспалительный синдром
ОБ	— объем бедер
ОДН	— острая дыхательная недостаточность
ОЕЛ	— общая емкость легких
ООЛ	— остаточный объем легких
ОПН	— острая почечная недостаточность
ОТ	— объем талии
ОЦК	— объем циркулирующей крови
ПЦР	— полимеразная цепная реакция
РЭС	— ретикулоэндотелиальная система
СОЭ	— скорость оседания эритроцитов
УЗИ	— ультразвуковое исследование
ФГС	— фиброгастроскопия
ФЖЕЛ	— форсированная жизненная емкость легких
ФОС	— фосфорорганические соединения
ХАГ	— хронический активный гепатит
ХОБЛ	— хроническая обструктивная болезнь легких
ХПН	— хроническая почечная недостаточность
ХСН	— хроническая сердечная недостаточность
ЦНС	— центральная нервная система
ЩФ	— щелочная фосфатаза
ЭКГ	— электрокардиограмма
ЭКС	— электрокардиостимулятор

ВВЕДЕНИЕ

ОСОБЕННОСТИ СОВРЕМЕННОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО

В последние годы бурно развивающиеся медико-биологические науки с успехами в различных областях, с одной стороны, дают надежду на успешное решение таких проблем, как продление человеческой жизни, лечение рака, атеросклероза, диабета, применение новых технологий в кардиохирургии, трансплантологии, генетике, а с другой — порождают тревогу, связанную с возможными негативными непредсказуемыми последствиями практического применения новых исследовательских достижений.

Лекарственный бум с лекарственной зависимостью, ростом аллергии, аутоиммунных болезней, дисбактериозом, достижения современной генетики с клонированием теплокровных животных и самого человека несут угрозу всему человечеству.

Подэгидой Совета Европы выработана всеобъемлющая Конвенция о защите прав и достоинств человека в связи с применением достижений биологии и медицины. Современный врач должен быть знаком с положениями этой конвенции и основными заповедями биоэтики, которые декларируют приоритет интересов и благ человека над интересами общества и науки. Особенно остро эта проблема возникла при экспериментальном лечении пациентов с выделением контрольной группы нелеченых больных и при применении современных инструментальных методов исследования. Большое внимание уделяется «информационному согласию», которое подразумевает, что прежде чем проводить обследование, назначить лечение, надо получить от больного согласие, а чтобы оно было осознанным, больной должен быть информирован о последствиях, осложнениях и других альтернативных способах лечения.

В конвенции говорится, что «каждый человек имеет право ознакомиться со всей собранной информацией о состоянии его здоровья». Конвенция уделяет большое внимание проблеме судебной защиты пациентов при нарушении их прав, возмещении ущерба.

В условиях экономической перестройки страны, внедрения медицинского страхования, дефицита средств, скудного финансирования учреждений здравоохранения и медицинской науки тем более важно утверждение принципов биомедицинской этики.

Программа диагностического обследования включает и непосредственный вербальный контакт с больным — традиционный рас-

спрос (*interrogatio*) и осмотр (*inspectio*) с использованием физических, непосредственно осуществляемых врачом методов исследования и дополнительных методов, из которых врач должен выбрать действительно необходимые и вместе с тем достаточные для данного больного.

Однако многие исследования бывают для больного утомительны или даже опасны, требуют сложного оборудования и специально подготовленного персонала. Задача врача — провести обследование максимально быстро, безопасно, экономично, сочетая научную обоснованность с экономической целесообразностью и гуманным отношением к больному. Назначение каждого диагностического исследования должно предвещать точное представление врача, что он хочет узнать, какие результаты ожидаемы.

В современной медицине часто используют скрининговые исследования и иногда применяют «батареи» биохимических тестов, от 6 до 24—40 одновременно выполняемых исследований на биохимических анализаторах, при этом весьма высока вероятность случайных изменений некоторых показателей, повышенная частота ложноположительных результатов.

Министерство здравоохранения России, используя заключения и рекомендации экспертов, предлагает наборы стандартов в обследовании и лечении любой из групп заболеваний. При этом применяется принцип клинической целесообразности на основе наличия факторов риска определенных заболеваний. Дополнительные исследования проводятся только на основе диагностической концепции, которая сложилась при непосредственном (физикальном) обследовании больного. Предлагаются лабораторно-инструментальные тесты и очередность проведения их для уточнения диагноза, определенной стадии болезни, степени функциональных нарушений, осложнений.

Любая диагностическая и лечебная манипуляция должны рассматриваться прежде всего с точки зрения их полезности для больного — насколько она способствует выздоровлению или улучшает качество жизни. Обследование всегда начинают с простых, надежных и информативных методов, часто результаты их проведения исключают проведение более сложных.

Предлагается так называемая ступенчатая диагностика. На **первой ступени** главное значение имеют хорошо собранные жалобы, анамнез и физические исследования, дополненные рутинными лабораторными методами — часто они позволяют поставить диагноз и назначить лечение уже 80 % больным.

Вторая ступень обычно осуществляется на базе специализированных отделений, диспансеров, здесь применяются целенаправлен-

ные исследования по показаниям, если диагноз неясен на первой ступени или недостаточно эффективно лечение.

Третья ступень — использование сложных методик, включая инвазивные и требующие дорогостоящей техники. Это осуществимо в крупных медицинских центрах, НИИ.

Цель диагностических алгоритмов — помочь врачу решать диагностические задачи путем проведения обследования кратчайшим оптимальным способом. За основу берут главный признак заболевания (симптом, синдром, лабораторный показатель).

Таким образом, диагноз является не целью, а только средством решения задачи — улучшения состояния здоровья и качества жизни человека.

Глава 1. ОФОРМЛЕНИЕ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ

Вашему вниманию предлагается **схема истории болезни**, которая позволяет провести грамотный расспрос, представляет перечень основных симптомов по различным органам и системам.

1.1. Методика проведения расспроса (анализ жалоб, систематизация, анамнез заболевания, анамнез жизни)

Interrogatio – расспрос – самый трудный раздел обследования больного (*examen*), так как в клинической характеристике любой соматической болезни принято выделять две стороны: внешнюю, объективную картину, поддающуюся регистрации, и внутреннюю, субъективную, относящуюся к психологии больного. Внутренняя картина болезни – это осознание больным своего заболевания, субъективный мир, присущий только данному конкретному субъекту. Она определяется его темпераментом, конституцией, характером, привычками, эмоциональными особенностями.

Деонтологическая практика должна быть направлена на нейтрализацию отрицательных и вызывание положительных эмоций. Обычно это спокойная, уверенная беседа, в которой врач, разговаривая с пациентом, как бы «переключает» мысли и переживания больного на предстоящее выздоровление. Положительную роль играет информированность больного о полученных благоприятных результатах исследования. К каждому больному должен быть найден сугубо индивидуальный подход.

Недооценка внутренней картины болезни, индивидуального субъективного мира больного делает общение врача и пациента формальным, односторонним, поверхностным, не приносящим ожидаемой пользы больному и профессионального удовлетворения врачу.

В. М. Бехтерев любил повторять, что если после беседы с врачом больному не стало легче, то это не врач.

История болезни, написанная врачом, – это главный медицинский и юридический документ. По ее оформлению судят о квалификации, грамотности врача, о его общей культуре, философской подготовке, проводят экспертизу адекватности применяемых методов исследования и лечения.

Очень важно правильно, подробно описать не только жалобы с их максимальной детализацией и систематизацией, но и настоящее состояние больного (*status praesens*). Здесь приводятся данные осмотра, пальпации, перкуссии, аускультации по органам и системам с проверкой отдельных, наиболее значимых симптомов, которые можно выявить только путем непосредственного обследования больного.

Это объективная картина клинического выражения болезни. Надо ли говорить, что полнота и качество обследования напрямую зависят от знаний и навыков врача. Овладение методами физического исследования является главной задачей студента медицинского вуза.

История болезни должна быть написана подробно, без сокращений и исправлений, на русском языке, с **выделением пяти основных разделов**:

- паспортные данные;
- жалобы больного;
- анамнез заболевания (*anamnesis morbi*);
- анамнез жизни (*anamnesis vitae*);
- настоящее состояние больного (*status praesens*) с исследованием по органам и системам.

История болезни заканчивается формулировкой *предварительного диагноза* и планом проведения дополнительных исследований.

Диагноз клинический основного и сопутствующего заболеваний, осложнений на основании проведенного исследования, включая лабораторно-инструментальные данные, обычно выставляется через трое суток после поступления больного в стационар.

Иногда, в особо трудных случаях диагностики, эти сроки отодвигаются, и в течение некоторого времени у больного может быть синдромный диагноз, например: «Лихорадка неясного генеза», «Диссеминированный процесс в легких», «Нефротический синдром неясного генеза» и т. д.

Паспортные данные

Фамилия, имя, отчество.

Возраст больного (дата рождения).

Национальность.

Дата поступления.

Профессия, должность (инвалид, безработный).

Место работы.

Домашний адрес (улица, дом, телефон родственников).

Наименование лечебного учреждения, отделения.

Кем направлен больной (ЦРБ, поликлиника, «самотеком»).

Диагноз при поступлении.

Диагноз клинический.

Диагноз клинический окончательный (заключительный).

_____ основное заболевание.

_____ осложнения.

_____ сопутствующие заболевания.

Жалобы больного

При расспросе больного необходимо помнить об основных деонтологических заповедях. Недопустим торопливый поверхностный беглый экскурс по основным датам заболеваний, мест и времени госпитализаций. Разговор должен быть глубоким, серьезным, тактичным, вместе с тем он должен показать компетентность и заинтересованность обследующего. Инициатива расспроса всегда должна быть в руках врача. Возможны две тактические линии поведения. «*Расспрос активный*» — с постоянной инициативой со стороны врача: основные и уточняющие вопросы — ответы больного. Разговор идет в форме активного диалога.

При ажитированном поведении больного, эмоциональной лабильности у больных с длительным стажем заболевания, особенно с безуспешным лечением, полезно вести «*пассивный расспрос*»; больному дают возможность высказаться, не прерывая его повествования, фиксируя письменно те вопросы, которые в порядке уточнения могут быть заданы больному после того, как он закончит свой рассказ. Таким образом, эта тактика расспроса ведет к монологу со стороны больного.

Иногда пациенту предлагают изложить все свои жалобы и историю заболевания письменно, или используя диктофон, или заполняя специально составленные опросники (скрининговое обследование с помощью компьютера).

Начиная беседу с больным, избегают вопросов типа: «Что у вас болит?», «На что жалуетесь?». Лучше начать с вопроса «Что вас беспокоит в настоящее время?» или «Что вас заставило обратиться к врачу?». Жалобы могут быть и очень разнообразными, многочисленными и, напротив, очень скудными. Часто их изложение зависит от общей культуры больного, характера его нервной системы, осведомленности в медицинских вопросах, медицинской терминологии.

Надо следить, чтобы больной не смешивал жалоб настоящего времени и прошлых. Кроме того, по ходу их изложения надо пытаться подразделять их на две большие группы: главные и дополнительные.

Главные, доминирующие жалобы, связанные с основным заболеванием больного и характеризующие особое состояние больного, и *дополнительные*, связанные с сопутствующими заболеваниями, надо записать по системе органов. И главные и дополнительные жалобы надо изложить четко, конкретно, подробно, используя часто выражения самого больного, не пытаясь их приукрасить, сократить и т. д. Некоторые проявления болезни пациент может и не отметить, не считая их существенными, поэтому полезно выяснить основные и дополнительные жалобы, используя опрос по органам и системам,

максимально детализируя каждую жалобу. Например, при жалобе на боли отмечают их характер, интенсивность, частоту, ритм, локализацию, иррадиацию, факторы, усиливающие, уменьшающие и сопровождающие боли, время появления, длительность.

Надо помнить, что только детально описанная жалоба пригодна для распознавания болезни.

Кроме того, нужно выделять жалобы *при поступлении* и *в момент курации*, отражая их динамику.

Система дыхания: уточняется наличие или отсутствие следующих признаков.

Кашель: постоянный или приступообразный, сухой или влажный — с мокротой. Условия, влияющие на его появление, усиление и уменьшение, время появления (утром, ночью), характер кашля (громкий, сильный, лающий, беззвучный).

Боли в грудной клетке: локализация, интенсивность, продолжительность, характер боли (острая, тупая, колющая, ноющая), связь с дыханием, кашлем, положением тела, что усиливает или ослабляет боль.

Одышка: экспираторная или инспираторная, выраженность, с чем связаны ее приступы, сопровождающие одышку симптомы, связь с запахами, в покое, при волнении, при разговоре, поведение больного во время приступа, в каком положении уменьшается одышка или какими лекарственными препаратами (ингаляциями) купируется.

Мокрота: количество (за сутки и за один раз), как отходит (легко, с трудом), зависимость отхождения от положения тела, консистенция, цвет, запах, облегчается ли самочувствие после отхождения мокроты (уменьшение одышки, болей).

Кровохарканье: интенсивность (количество) и цвет, алая или темная, сгустками или жидкая кровь.

Сердечно-сосудистая система: уточняется наличие или отсутствие следующих жалоб.

Одышка: интенсивность, время появления (в какое время суток), характер (постоянная, приступообразная), связь с физическими напряжениями (ходьбой по лестнице), в покое, при волнении, при разговоре, в каком положении уменьшается (вертикальном — сидя, в горизонтальном — на левом или правом боку, на спине).

Боль: локализация (в области сердца или за грудиной), время и условия возникновения (в покое, при физической нагрузке, при волнении, на холоде), характер и интенсивность, иррадиация, продолжительность, сопровождение болей чувством тоски, страхом смерти, слабостью, холодным потом, головокружением; чем купируется боль (валидолом, нитроглицерином, наротином, проходит без лекарств), частота болевых приступов.

Учебное издание

Скворцова Зоя Савельевна

Скворцов Всеволод Владимирович

**ОСНОВЫ ПРОПЕДЕВТИКИ
ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ**

Редактор *Дудина Е. И.*

Корректор *Диз Т. А.*

Компьютерная верстка *Габерган Е. С.*

Подписано в печать 10.08.2015. Формат 60 × 88^{1/16}.
Печ. л. 15,5. Тираж 1000 экз. Заказ №

ООО «Издательство „СпецЛит“».
190103, Санкт-Петербург, 10-я Красноармейская ул., 15
Тел.: (812) 495-36-09, 495-36-12
<http://www.speclit.spb.ru>.

Отпечатано в типографии «L-PRINT»,
192007, Санкт-Петербург, Лиговский пр., 201, лит. А, пом. 3Н

ISBN 978-5-299-00625-4



9 785299 006254