

ПРОПЕДЕВТИКА ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ

*Учебник для студентов стоматологических факультетов
медицинских вузов*

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 учебника для студентов,
обучающихся по специальности 040400-Стоматология*

4-е издание



Москва
«МЕДпресс-информ»
2013

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. кафедрой пропедевтики внутр. болезней и гастроэнтерологии МГМСУ, д.м.н., проф. **И.В.Маев**;
зав. кафедрой 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.Кокина**, асс. **В.И.Леценко**, асс. **Н.П.Макеева**, асс. **В.М.Нечаев**, асс. **А.В.Охлобыстин**, асс. **А.С.Степенко**.

П81 Пропедевтика внутренних болезней: Учебн. для студ. мед. вузов / Под ред. акад. РАМН **В.Т.Ивашкина** и проф. **А.А.Шептулина**. — 4-е изд. — М. : МЕДпресс-информ, 2013. — 240 с. : ил.

ISBN 978-5-98322-976-1

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 urgentным 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 978-5-98322-976-1

© Оформление, оригинал-макет.

Издательство «МЕДпресс-информ», 2005

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение (<i>В.Т.Ивашкин, А.А.Шентулин</i>)	7
Глава 1. Предмет и задачи пропедевтики внутренних болезней. Особенности преподавания пропедевтики внутренних болезней на стоматологическом факультете (<i>В.Т.Ивашкин, А.А.Шентулин</i>)	9
Глава 2. Методы клинического обследования больного	12
2.1. Расспрос больного (<i>А.А.Шентулин</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
Глава 3. Общая методология диагноза (<i>В.Т.Ивашкин</i>)	27
3.1. Основные принципы диагностического исследования	27
3.2. Виды диагноза	31
Глава 4. 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.Кокина, 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
Глава 5. Система кровообращения	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
Глава 6. Система пищеварения	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.Шентулин</i>)	159
Синдром нарушенного пищеварения и всасывания (<i>А.А.Шентулин</i>)	160
Синдром внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы (<i>А.В.Охлобыстин</i>)	162
Синдром желудочно-кишечного кровотечения (<i>А.А.Шентулин</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
Глава 7. Система мочевыделения	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
Глава 8. Система крови	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 (<i>Ю.В.Тельных</i>)	221
Синдром анемии	221
Геморрагический синдром	226
Миелопролиферативный синдром	227
Лимфопролиферативный синдром	228
Глава 9. Система желез внутренней секреции	230
9.1. Методы исследования (<i>А.А.Шентулин</i>)	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 (<i>О.М.Васильева</i>)	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.Шентулин*

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

Пропедевтика внутренних болезней (греч. *propaideuo* – 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, В₁₂-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. Бактериemia 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, мочевыделения 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 случайно 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 внерабочее время и выходные дни, какой режим дня больного (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 ремиссия 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 аборты. 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.

Оценка положения больного. Положение больного может быть активным, пассивным и вынужденным.

Активное положение свойственно больным со сравнительно легкими заболеваниями. Больной двигается легко, без ограничений, свободно меняя свое положение. Пассивное положение наблюдается при потере сознания и, реже, в случаях крайней слабости. Вынужденное положение больной принимает для ослабления или прекращения болезненных ощущений (боль, кашель, одышка). Например, вынужденное сидячее положение (ортопноэ) уменьшает тяжесть одышки. При сухом плеврите наблюдается вынужденное положение на больном боку. Во время приступа бронхиальной астмы пациент стоит или сидит, опираясь руками о край стола или стула со слегка наклоненной вперед верхней половиной туловища.

Оценка телосложения. В понятие «телосложение» (habitus) входят конституция, рост и масса больного. Различают три типа конституции человека: астенический, гиперстенический и нормостенический. Астенический тип характеризуется преобладанием продольных размеров тела над поперечными, конечностей — над туловищем, грудной клетки — над животом. Гиперстеническому типу свойственно преобладание поперечных размеров тела. Туловище относительно длинное, конечности короткие, живот значительных размеров, диафрагма стоит высоко. Нормостенический тип отличается пропорциональностью телосложения и занимает промежуточное положение между астеническим и гиперстеническим.

Осмотр головы. Форму и контуры головы изучают для определения симметрии и деформации костей черепа. Увеличение размеров черепа встречается при акромегалии и гидроцефалии. Непроизвольные движения головы бывают при паркинсонизме. Ритмическое покачивание головы наблюдается при недостаточности клапана аорты (симптом Мюссе). Производят осмотр кожи волосистой части головы для выявления ее повреждений, рубцов. Распределение волос может иметь неравномерный характер, при этом выявляются участки их отсутствия (алопеция). При пальпации кожи головы могут обнаруживаться объемные образования, а при травмах черепа — вдавленные переломы.

Осмотр глаз и век. Расширенная глазная щель с незакрывающимися веками наблюдается при параличе лицевого нерва; стойкое опущение верхнего века (птоз) представляет собой симптом поражения центральной нервной системы. Сужение глазной щели, вызванное отечностью лица, может быть при микседеме. Пучеглазие (exophthalmus) встречается при тиреотоксикозе.

Конъюнктивиты и склеры. Нижняя часть конъюнктивы доступна осмотру при оттягивании нижнего века вниз и взгляде пациента вверх. Верхняя часть конъюнктивы может быть осмотрена при выворачивании верхнего века с использованием стерильной салфетки. При осмотре склер обращают внимание на их цвет и васкуляризацию. Могут быть выявлены геморрагии, пигментные пятна и отек.

Размер зрачков при комнатном освещении измеряется в миллиметрах. Изучают реакцию зрачков на свет. Врач подносит источник света к правому виску пациента и освещает сбоку правый глаз таким образом, чтобы левый при этом не был освещен. Правый зрачок сокращается вследствие прямого попадания света, левый – рефлекторно (рис. 1). Прием повторяют с другой стороны.

Исследуют аккомодацию. Пациента просят взглянуть на удаленный, затем на близкий предмет. Зрачки при этом должны сократиться, а глазные яблоки сойтись.

Подвижность глазных яблок исследуется в восьми направлениях спереди от пациента (рис. 2). При этом может быть выявлен нистагм, т.е. произвольное быстрое подергивание глазных яблок. Содружественное движение глазных яблок координируется шестью мышцами под контролем трех пар черепных нервов. Необходимо зафиксировать несодружественное или непараллельное движение глазных яблок и определить, какие мышцы и нервы поражены. VI пара черепных нервов снабжает прямые боковые мышцы, поворачивающие глазные яблоки наружу в горизонтальном направлении. IV пара иннервирует верхние косые мышцы, контролирующее движение глазных яблок внутрь вниз. III пара снабжает оставшиеся четыре мышцы, обеспечивающие движения во всех остальных направлениях.

Сужение зрачков (myosis) наблюдается при уремии, опухолях мозга и внутричерепных кровоизлияниях, отравлении морфином. Расширение зрачков (midriasis) встречается при коматозных состояниях, а также при применении атропина. Неравномерность зрачков (anisocoria) отмечается при ряде поражений нервной системы.

Поля зрения исследуют для определения периферического зрения пациента в четырех квадрантах. Врач, находясь в полуметре перед

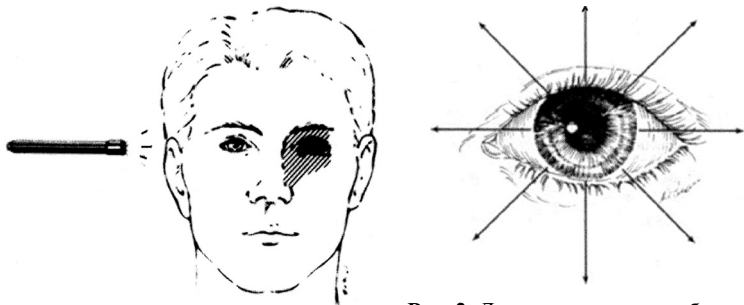


Рис. 1. Зрачковый рефлекс. Правый зрачок сокращается в ответ на прямое освещение, левый – рефлекторно.

Рис. 2. Движения глазного яблока. Глазные яблоки двигаются во всех восьми направлениях, следуя за движением руки врача и возвращаясь в исходное положение.

пациентом, прикрывает один свой глаз для осуществления контроля за полями зрения. Пациент прикрывает глаз на той же стороне, а другим смотрит в неприкрытый глаз врача. Рука врача движется на одинаковом расстоянии между ним и пациентом от периферии к центру, при этом фиксируется момент ее появления в каждом из полей зрения пациента по четырем квадрантам.

Острота зрения исследуется с помощью специальных таблиц. С помощью офтальмоскопа исследуются роговица, передняя камера глаза, радужка, задняя камера и сетчатка. При необходимости исследуются зрительный диск, сосуды сетчатки, пятно зрительного нерва.

Уши. Ушную раковину осматривают и пальпируют для выявления поражений кожи и опухолевых образований. Осмотр слухового прохода производят, осторожно оттянув ушную раковину вверх и назад. При этом необходимо обратить внимание на наличие поражения слизистой оболочки, отделяемого, в том числе геморрагического или гнойного, ушной серы и инородных тел. При необходимости производят осмотр барабанной перепонки для выявления ее перфорации, наличия жидкости за ней. Слух пациента проверяют, исследуя способность различать слова, произнесенные шепотом на расстоянии 30 см от головы.

Осмотр носа. Следует обратить внимание, нет ли резкого увеличения и утолщения или изменения его формы (см. рис. 3 на цв. вклейке). Ноздри осматривают с использованием носорасширителя, обращая внимание на поражение слизистой оболочки, искривление носовой перегородки, ее перфорацию. Носовые раковины изучают для выявления полипов и опухолей.

Осмотр рта. Изучают его форму (симметричность углов, постоянно открытый рот), окраску губ, высыпание пузырьков на них (herpes labialis), наличие трещин. При осмотре слизистой оболочки рта можно отметить изменение ее цвета, наличие дефектов, пятен пигментации, различных сыпей и кровоизлияний. Выраженные изменения десен могут наблюдаться при пародонтозе, сахарном диабете. При осмотре зубов должны быть отмечены неправильности их формы, положения, величины. Состояние зубов исследуется и фиксируется в определенном порядке с составлением зубной формулы.

Расстройство движения языка наблюдается при некоторых поражениях нервной системы. Значительное увеличение языка характерно для акромегалии, реже встречается при глосситах. В норме язык имеет розовую окраску, он чистый и влажный. При осмотре можно выявить местные патологические процессы в языке.

Осмотр зева. Осматривают передние и задние дужки миндалин, сами миндалины. При высунутом языке пациента и произнесении им долгого звука «а» язычок должен находиться в срединном положении.

Шею осматривают для определения симметрии и нормального шейного лордоза, а также наличия видимых выбуханий и опухолей. Кроме того, следует обратить внимание на набухание и пульсацию

ярменных вен, увеличение лимфатических узлов, увеличение щитовидной железы. Степень подвижности шеи изучается при поворотах головы влево и вправо, откидывании назад и нагибании вперед.

Осмотр кожи. Обращают внимание на окраску, эластичность, влажность кожи, различные высыпания и рубцы.

Окраска кожи зависит от степени кровенаполнения кожных сосудов, количества и качества пигмента, толщины кожи. Бледная окраска кожи связана с недостаточным наполнением кожных сосудов кровью (спазм сосудов кожи различного происхождения, скопление крови в расширенных сосудах брюшной полости при коллапсе, анемия). При некоторых формах анемии бледная окраска кожи принимает характерный оттенок: желтушный – при гемолитической анемии, землистый – при злокачественных новообразованиях. Красная окраска кожи может иметь преходящий характер при лихорадочных состояниях, перегревании тела. Постоянная красная окраска кожи наблюдается у больных эритремией. Синюшная окраска кожи (цианоз) обусловлена гипоксией при недостаточности кровообращения, хронических заболеваниях легких. Различных оттенков желтая окраска кожи и слизистых оболочек связана с нарушением обмена билирубина или с повышенным гемолизом эритроцитов. Коричневая окраска складок кожи наблюдается при недостаточности функции надпочечников. Иногда обнаруживаются очаги депигментации (vitiligo).

Эластичность кожи, ее тургор определяют взятием кожи (обычно брюшной стенки или разгибательной поверхности руки) в складку двумя пальцами (см. рис. 4). При нормальном состоянии кожи складка после снятия пальцев быстро исчезает, при пониженном тургоре долго не расправляется.

Влажность кожи, обильное потоотделение наблюдаются при снижении температуры у лихорадящих больных, а также при таких заболеваниях, как туберкулез, диффузный тиреотоксический зоб, малярия, гнойные процессы и др. Сухость кожи может быть обусловлена большой потерей организмом жидкости, например, при поносах, длительной рвоте.

Кожные сыпи разнообразны по форме, величине, цвету, стойкости, распространению. Они имеют большое диагностическое значение при ряде инфекционных болезней (корь, краснуха, ветряная оспа, тифы и др.).

Диагностическую роль может играть исследование дермографизма, проявляющегося изменением окраски кожи при ее механическом штриховом раздражении. Диагностическое значение имеют шелушение кожи, а также кожные рубцы (striae). Послеоперационные рубцы свидетельствуют о перенесенных операциях.

При циррозах печени нередко обнаруживаются телеангиоэктазии – «сосудистые звездочки», являющиеся одним из надежных признаков данного заболевания.



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,

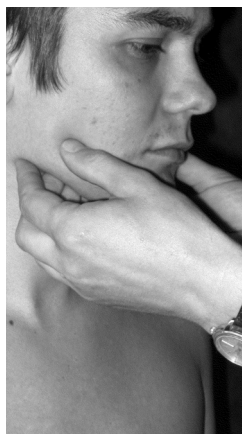


Рис. 6. Пальпация подчелюстных лимфоузлов.

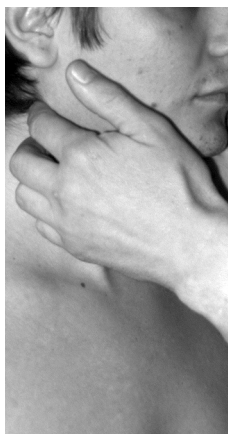


Рис. 7. Пальпация задних поверхностных шейных лимфоузлов.



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 лодыжка, 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, околоушные, 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 реже рак кишечника могут метастазировать в лимфатические узлы шеи



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

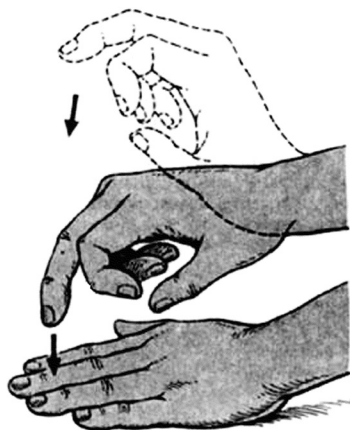


Рис. 10. Положение рук при перкуссии.

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, мышцы, дрожание конечностей, деформацию, припухлость и гиперемии в области суставов, язвы, рубцы.

Важное диагностическое значение имеют пальцы в виде барабанных 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 мякотью 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

сдавлением легкого выпотом (компрессионный ателектаз), при крупозной пневмонии (в начальной стадии и стадии разрешения). Тимпанический звук выслушивается также над большими кавернами, при открытом пневмотораксе.

Правила перкуссии. Средний палец левой руки врача плотно прижимается к перкутируемой поверхности. Удар наносят только движением кисти в лучезапястном суставе перпендикулярно поверхности тела больного. Он должен быть коротким и отрывистым. Перкуторные удары нужно наносить с одной и той же силой, т.е. они должны быть равномерными. При топографической перкуссии палец-пlessиметр нужно устанавливать параллельно предполагаемой границе органа. Перкуссию ведут от органа, дающего более громкий звук. Отметку границы делают по краю пальца, обращенного к зоне более ясного звука. Сравнительную перкуссию следует проводить на строго симметричных участках тела больного.

Аускультация

Аускультация — метод исследования внутренних органов, основанный на выслушивании звуковых явлений, связанных с их деятельностью.

Аускультация остается незаменимым диагностическим методом для исследования легких, сердца и сосудов, а также при определении артериального давления по способу Короткова. Аускультация показана при исследовании органов пищеварения (определение кишечных шумов), а также суставов.

Правила аускультации. Во время выслушивания мембрану фонендоскопа нужно плотно всей окружностью прижать к коже больного. Во время исследования в соответствии с поставленной задачей врач меняет положение пациента (например, в положении больного сидя или стоя лучше выслушивается диастолический шум аортальной недостаточности, а диастолический шум митрального стеноза лучше выявляется, если больной лежит на левом боку). Необходимо также регулировать дыхание больного. В некоторых случаях ему предлагают покашлять (например, после выделения мокроты выслушиваемые ранее в легких хрипы могут исчезнуть или изменить свою локализацию).

Симптомы, выявляемые при аускультации, описаны в главах, посвященных исследованию отдельных систем органов.

ГЛАВА 3. ОБЩАЯ МЕТОДОЛОГИЯ ДИАГНОЗА

3.1. ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Отношение врача к больному в значительной мере определяется диагнозом. Сквозь призму диагноза врач оценивает прогноз заболевания и лечебную тактику применительно к данному больному. Диагноз добывается в процессе диагностики (греч. *diagnosticos* – способный распознавать). Диагностика представляет собой первостепенный раздел клинической медицины. Содержание диагностики охватывает как процесс распознавания болезни, так и оценку индивидуальных биологических и социальных особенностей больного человека. Диагностика как деятельность врача включает в себя: целенаправленное медицинское обследование; истолкование выявленных симптомов, синдромов, лабораторных, инструментальных и морфологических признаков; обобщение полученных данных в виде установленного диагноза. Следовательно, содержательной частью диагноза выступают три раздела: семиотика, диагностическая техника (методы диагностического обследования больного); теория и методы диагностики (методология диагностики).

Семиотика, семиология (греч. *sema, semion* – знак, признак), или симптоматика, симптоматология – процесс собирания, выявления и оценки проявлений, признаков, симптомов, различных заболеваний или болезненных состояний. Содержание семиотики составляют симптомы, устанавливаемые в результате расспроса; непосредственного наблюдения; систематического осмотра, пальпации, перкуссии, аускультации самого больного; непосредственного исследования его выделений; проведения лабораторных, инструментальных, морфологических и лучевых методов исследования.

Гиппократ стремился выявить признаки болезни при обследовании больного «...из привычек, из образа питания, из рода жизни, из возраста больного, нравов, молчания, мыслей, сна, отсутствия сна, из сновидений, какие они и когда появляются; из подергиваний, из зуда, из слез, из приступов, из извержений, из мочи, из мокроты, из рвоты». Гиппократ оценивал болезненные проявления в их развитии:

«должно также смотреть на перемены в болезнях, из каких в какие происходят, и на отклонения, ведущие к гибели и разрешению, далее — пот, озноб, похолодание тела, кашель, чихание, икота, отрыжка, вздохи, ветры беззвучные или с шумом, истечения крови, геморрой. Исходя из всех этих признаков и того, что через них происходит, следует вести исследование».

Понятие **симптом** ввел в начале новой эры греческий врач Соран Эфесский. Он не систематизировал знания по семиотике. Симптом (греч. *symptoma* — совпадение) представляет собой характерный признак или проявление болезни или болезненного состояния.

Отдельные показательные (патогномоничные) симптомы определяют вероятное направление в течении данного болезненного процесса и возникающие изменения в его исходе. Имеющимися симптомами в очень большой степени определяется также и лечение данного заболевания. Следовательно, семиотика имеет большей частью решающее значение для распознавания, предсказания и лечения, а поэтому в порядке клинического расспроса и обследования стоит на первом месте.

Число известных и описанных симптомов очень велико, но, вероятно, не меньшее число не описано, так как из сотен и даже тысяч больных, страдающих даже одинаковой и весьма характерной болезнью, каждый болеет по-своему. При тщательном обследовании, особенно расспросе больных, в очень многих случаях обнаруживаются симптомы, нигде не описанные и не встречающиеся даже весьма опытному и внимательному клиницисту. Поэтому при обследовании больных в каждом отдельном случае каждый симптом должен быть вероятен, квалифицирован и сопоставлен с другими симптомами, благодаря чему может быть истолковано его происхождение и значение для диагноза, прогноза и выбора способов лечения. Более высокой ступенью процесса диагностики служит выделение **синдрома** в общей совокупности признаков болезни. Синдром представляет собой устойчиво воспроизводящуюся от одного клинического наблюдения к другому группу симптомов, объединенных общим патогенезом. Синдром выступает или как важное звено патогенеза болезни, или как ее сущностное проявление, или как осложнение болезни.

Синдром отражает способность организма реагировать относительно ограниченным числом типовых реакций на многочисленные раздражающие факторы. Поэтому диагностика синдрома служит важнейшей ступенью к диагнозу болезни, а также основанием к назначению патогенетической терапии еще до получения окончательного клинического диагноза.

Диагностическая техника (методы диагностического обследования больного) включает искусство врачебного наблюдения и исследования больного, а также разработку и применение специальных методов изучения морфологических и функциональных изменений организма больного.

Гиппократ, «отец медицины» (ок. 460–377 до н.э.), представлял в своих работах опыт многих поколений врачей Древней Греции. Он рассматривал наблюдение у постели больного как собственно врачебный метод исследования. По Гиппократу, необходимо изучать больного «...взглядом, осязанием, слухом, обонянием и вкусом... и... если симптомы проявления болезни выступают недостаточно ясно, то нужно оказать природе содействие» посредством назначения рвотного или слабительного, движения больного, встряхивания грудной клетки (*succusio Hippocratis*), применения зонда для исследования матки, маточного зеркала, ректального зеркала.

Древнеримский врач Гален (II в. н.э.) призывал врачей к знанию анатомии человека как необходимого условия умелой диагностики (анатомический принцип диагностики). Ибн-Сина (Авиценна, XI в. н.э.) в своем «Каноне врачебной науки» развил идеи Гиппократа; он также подчеркивал огромное значение непосредственного наблюдения у постели больного для правильного диагноза. Он, в частности, описывал большое число особенностей характера пульса, а по цвету, запаху, консистенции, вкусу и осадку мочи судил о заболевании, его течении, характере питания больного.

Венский врач Л.Ауэнбруггер (1722–1809) в 1761 г. сделал выдающееся открытие – разработал *метод перкуссии*. Ж.Корвизар (1755–1821) – основоположник французской научной школы терапевтов – проложил путь в клинику методу перкуссии Л.Ауэнбруггера. Парижский врач Р.Лаэннек (1781–1826), ученик Ж.Корвизара, сделал в 1819 г. следующее выдающееся открытие – он изобрел *стетоскоп* и *метод аускультации*.

В России большой вклад в разработку *метода системного расспроса* больного внесли М.Я.Мудров (1767–1831), Г.Я.Захарьин (1829–1897), А.А.Остроумов (1844–1908). Великий Н.И.Пирогов (1810–1881) в результате кропотливой работы с распилами замороженных человеческих трупов создал атлас, дающий возможность пространственного восприятия органов и тканей с их непосредственным и отдаленным окружением. Это послужило научной основой для дальнейшего развития **техники физикальных методов обследования** больного. Методами перкуссии, аускультации, пальпации блестяще владел основоположник отечественной научной медицины С.П.Боткин (1832–1889). В.П.Образцов (1849–1920), ученик С.П.Боткина и основоположник киевской школы терапевтов, внес большой вклад в дальнейшую разработку метода *скользящей пальпации* органов живота. Венский врач Л.Траубе (1818–1876) разработал и ввел в клиническую практику *метод термометрии*. Французский врач Малассе (Z.C.Mallasez, 1842–1909) ввел *подсчет форменных элементов крови*. Немецкий врач К.Эрлих (1854–1915) и русский Д.Л.Романовский (1861–1921) разработали *метод окраски мазков периферической крови* (1878–1891). Разработке и клиническому применению *методов эндоскопии* мы обязаны А.Кусмаулю (эзофагоскопия, желудочный зонд, 1867), И.Микуличу

(гастроскопия, 1881), М.Нитце (цистоскопия, уретроскопия, ректоскопия, 1879), Г.Киллиану (бронхоскопия, 1897). Немецкий физик К.Рентген в 1895 году разработал и продемонстрировал *рентгеновский метод* исследования, за что был удостоен Нобелевской премии. Голландский физиолог В.Эйнтховен (1903) разработал струнный гальванометр для регистрации биоэлектрического потенциала и создал основы для *электрокардиографического метода* исследования сердца. Русский врач Н.С.Коротков (1905) открыл сосудистые тоны (тоны Короткова) и разработал *аускультативный метод определения артериального давления*.

Изложенный короткий экскурс в прошлое дает ясное представление о том, что основной набор методов диагностического обследования больного, к которому в современной клинике постоянно прибегает каждый врач, был создан к началу XX столетия. Вместе с тем, работа над созданием и совершенствованием диагностической техники, однажды начавшись (Ассирия, Древний Египет, Древняя Греция, Китай), не прекращается и по настоящий день (радиоизотопные методы исследования, молекулярно-биологические и молекулярно-генетические методы исследования, методы визуальной диагностики: компьютерная томография, магнитно-резонансная томография и пр.).

Теория и методы диагностики (методология диагностики) формируются на положениях общей теории познания. Врач должен обладать большим объемом исторически сложившихся знаний, постоянно конкретизировать их в процессе повседневного наблюдения и накопления собственного клинического опыта. Работа в клинике требует сравнивать частные обобщенные врачебные наблюдения, классифицировать симптомы и синдромы, раскрывать связь между ними. Врачебное мышление формируется во вновь и вновь повторяющемся процессе обоснования, проверки и окончательного принятия диагностической гипотезы, т.е. собственно клинического диагноза.

Объектом клинического исследования служит человек, сложный как по строению и функции, так и по связям и взаимодействию с окружающей средой. Теория диагноза находится в постоянном взаимообогащении с общей теорией патологии. Поэтому историческое развитие диагностики и совершенствование диагноза как формы и способа клинического познания преломляются через основные положения теории патологии.

В клинической практике распознавание болезни часто осуществляется посредством неспецифических (т.е. присущих многим болезням) и неярко выраженных симптомов. Поэтому существенную часть диагностического процесса занимает своеобразное «взвешивание» симптомов, т.е. выяснение вероятности подозреваемой болезни именно через данные симптомы. Врач часто находится в положении, когда он должен принимать диагностическое решение не на данных, очень прямых и точных, но потенциально опасных для больного методов диагностики, а на основании разнообразных косвенных и, следовательно, менее точных методов. Это повышает в диагностическом

процессе роль врачебных умозаключений, так называемого клинического мышления.

Диагностический опыт врача имеет решающее значение в диагностике, ибо такой опыт развивает способность быстрого распознавания патологических изменений — на основании сходства выявленного комплекса клинических симптомов с уже наблюдавшимся врачом ранее. Такое сходство не всегда поддается точному формальному описанию, и врач скорее чувствует правильность выбранной концепции. Впоследствии, на основании дополнительных данных, это внутреннее чувство, т.е. врачебная интуиция, находит свое клиническое подтверждение.

В своей диагностической работе врач применяет три основных подхода: нозологический, синдромальный и диагностический алгоритм. На основании нозологического подхода врач устанавливает диагноз путем выявления совпадения всей имеющейся клинической симптоматики болезни с известными и описанными в учебниках и руководствах проявлениями данной нозологической формы. При синдромальном подходе выявление ведущего клинического синдрома, определяющего прогноз заболевания, служит промежуточным этапом на пути к формированию развернутого диагноза. Диагностический алгоритм представляет собой многоэтапный процесс мысленного или практического исключения менее вероятных диагнозов для обоснования наиболее вероятного диагноза. Такой подход наиболее широко применяется при проведении дифференциального диагноза. Существует вполне определенный свод правил, который постоянно должен держать в голове врач и который помогает в диагностической работе: диагноз должен следовать из имеющихся симптомов (синдромов); диагноз не должен вступать в противоречие ни с одним из имеющихся симптомов; диагноз должен выступать в качестве обобщающего вывода: этот вывод следует проверять новыми выявленными симптомами, в том числе и противоречащими первоначальному диагнозу; предпочтение следует отдавать диагнозу, в котором все многообразие симптоматики охватывается наименьшим числом включаемых в диагноз нозологических форм; из двух равно удовлетворяющих диагнозов выбирается тот, который проще.

3.2. ВИДЫ ДИАГНОЗА

Диагноз (греч. *diagnosis* — распознавание) означает медицинское заключение об имеющемся заболевании (травме) или о причине смерти. Эпидемиолог дает медицинское заключение об эпидемиологическом очаге. Следовательно, в медицине выделяют четыре вида диагноза: клинический (прижизненный); патологоанатомический; судебно-медицинский; эпидемиологический.

Болезнь может иметь одну причину (монокаузальный генез болезни и смерти), две причины (бикаузальный генез болезни и смерти)

или несколько факторов (мультикаузальный генез болезни и смерти). При монокаузальном генезе в структуру диагноза включают основное заболевание, осложнение (осложнения) основного заболевания, сопутствующие заболевания (табл. 1). При бикаузальном генезе структура диагноза усложняется, поскольку комбинированное основное заболевание должно отражать двухфакторную патогенетическую составляющую болезни. Вводятся такие понятия, как конкурирующее, сочетанное, фоновое и комбинированное основное заболевание.

Выделение основного заболевания часто оказывается нелегкой задачей. *Основным заболеванием* считается такое заболевание, которое само по себе или посредством своего осложнения выступает как причина обращения за медицинской помощью и/или как причина госпитализации и/или как причина смерти. *Осложнением основного заболевания* служит патологический процесс, патогенетически связанный с основным заболеванием и выступающий в форме синдрома, клинически отличающегося от главных проявлений основного заболевания. О наличии *конкурирующих основных заболеваний* мы говорим при обнаружении у больных двух или трех одновременно протекающих заболеваний, каждое из которых в отдельности может быть причиной смерти. *Фоновое заболевание* имеет важное значение в этиологии и патогенезе основного заболевания. Фоновое заболевание обуславливает такую особую тяжесть основного заболевания и способствует возникновению и неблагоприятному течению осложнений основного заболевания. К *сочетанным основным заболеваниям*

Таблица 1

Структура диагноза (по Г.Г.Автандилову, 1984)

Генез болезни и смерти		
Монокаузальный	Бикаузальный	Мультикаузальный
Основное заболевание	Комбинированное основное заболевание: а) два конкурирующих основных заболевания; б) основное и фоновое заболевание; в) два сочетанных основных заболевания	Полипатии: а) этиологически и патогенетически связанные несколько болезней («семейство болезней»); б) случайное сочетание нескольких болезней (ассоциация болезней)
Осложнение (осложнения)	Осложнения	Осложнения
Непосредственная причина смерти	Непосредственная причина смерти	Непосредственная причина смерти
Сопутствующие заболевания	Сопутствующие заболевания	

относят такие, которые не связаны с основным заболеванием ни этиологически, ни патогенетически.

Диагноз, по способу его установления, подразделяют на прямой и дифференциальный. *Прямой диагноз* ставится на основании выявления типичной совокупности симптомов или по наличию патогномичных симптомов (синдромов). *Дифференциальный диагноз* (diagnosis differentialis) проводится по установлению различий в симптоматике искомой болезни с симптоматикой всех других предполагавшихся заболеваний. На практике реализуются три параллельных способа проведения дифференциального диагноза: diagnosis per exclusionem, т.е. исключение всех предполагавшихся возможными заболеваний, за исключением одного, при целенаправленном диагностическом обследовании (диагностический алгоритм); diagnosis ex observatione — отрицание подозреваемых заболеваний; diagnosis ex juvantibus осуществляется на основе анализа эффективности проводимого лечения.

Врач, работая над диагнозом, должен ясно осознавать свою ответственность в отношении необходимых врачебных рамок, в которых правильный диагноз создает основу для эффективного лечения. Отсюда важно знание классификации диагноза по времени его установления. Мы выделяем *ранний диагноз* (diagnosis praecox) в том случае, когда он ставится в доклинической (асимптомной) стадии или на начальных проявлениях болезни. Диагноз оценивается как запоздалый в разгаре клинических проявлений или на стадии осложнений. *Ретроспективный диагноз* проводится путем анализа течения болезни за длительный период. *Посмертный диагноз* выставляется на основании данных патологоанатомического вскрытия.

Клиницист очень часто в своей работе с больным, ранее не лечившимся в данном лечебном учреждении, идет от диагноза меньшей степени доказанности к диагнозу большей степени доказанности. Различают *предварительный диагноз* (diagnosis probabilis), который врач выставляет в истории болезни сразу после первичного клинического обследования больного. В ближайшие 2–3 дня врач получает доказательную клиническую информацию и определенный объем сведений из лабораторных и инструментальных исследований. Это дает основание для формулирования в течение первых трех дней *клинического диагноза*, который, в свою очередь, служит основанием для дальнейшей диагностической и лечебной работы. В большом числе случаев клинический диагноз оказывается и *окончательным диагнозом*. Однако в ряде случаев постановка окончательного диагноза требует длительного наблюдения за больным и проведения сложных инвазивных исследований. Патологоанатомический диагноз представляет собой итог диагностического процесса после смерти больного. *Патологоанатомический диагноз* верифицирует и уточняет клинический (прижизненный) диагноз. Врач должен помнить, что, согласно Международной классификации болезней и причин смерти, основное заболевание и основная причина смерти рассматриваются как идентичные понятия.

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 частой 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

размеры, участие в дыхании, локализацию болезненности), оценить эластичность грудной клетки, определить голосовое дрожание, шум трения плевры, шум плеска жидкости в плевральной полости, треск – при подкожной эмфиземе, хруст – при смещении обломков ребер.

Эластичность (резистентность) грудной клетки определяют, сдвигая ее руками спереди и сзади, а также с боков (рис. 18). Повышенные резистентности наблюдают у пожилых людей, вследствие окостенения реберных хрящей, при эмфиземе легких. При пальпации межреберных промежутков можно выявить повышенную резистентность отдельных участков грудной клетки (например, при экссудативном плеврите).

Важное диагностическое значение при заболеваниях системы дыхания имеет определение **голосового дрожания** (*fremitus vocalis et restoralis*). Этот термин подразумевает восприятие на ощупь вибрации голоса больного, проводимого по бронхиальному дереву к стенке грудной клетки. Исследование проводят путем наложения ладоней на симметричные участки грудной клетки. При этом пациент должен громким голосом произносить слова, содержащие букву «Р» (например, «тридцать три», «тридцать четыре» и т.д.) (рис. 19, 20, 21).

В физиологических условиях в симметричных участках грудной клетки голосовое дрожание определяется примерно с одинаковой силой, причем в верхних участках оно проводится лучше, в нижних – хуже. Оно лучше проводится у мужчин с низким голосом, у людей, имеющих тонкую грудную клетку, и хуже – у женщин и лиц с развитой мускулатурой или подкожно-жировой клетчаткой.

Усиление голосового дрожания обнаруживают в тех случаях, когда улучшается проведение звука, т.е. при уплотнении легочной ткани

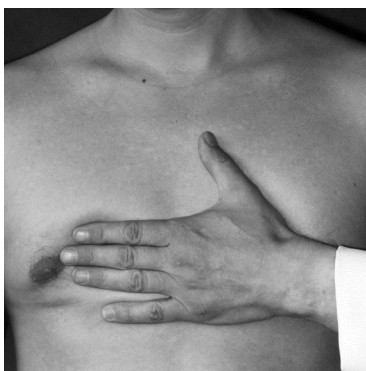


Рис. 18. Определение эластичности грудной клетки при надавливании на нее в передне-заднем направлении.

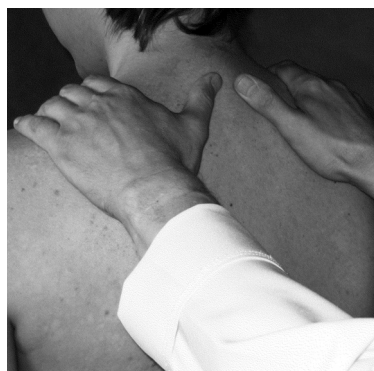


Рис. 19. Определение голосового дрожания сзади в надостных областях.

(пневмонии, пневмофиброзе, компрессионном ателектазе) или при наличии полости, сообщающейся с бронхом (абсцесс, каверна, большие бронхоэктазы).

Ослабление голосового дрожания возникает при скоплении жидкости или газа в плевральной полости, утолщении плевры, при повышении воздушности легочной ткани.

Перкуссия

Перкуссия является одним из важных методов исследования легких. Детальная оценка выявленных при перкуссии звуков позволяет получить достаточно четкое представление о физических свойствах подлежащих тканей и, таким образом, судить о морфологическом состоянии легких (сравнительная перкуссия), а также дает возможность определить границы легких и их подвижность (топографическая перкуссия).

Перкуссия проводится в положении больного стоя или сидя. Мышцы плечевого пояса пациента должны быть расслаблены, так как их напряжение может повлиять на характер перкуторного звука. Если больной ослаблен, на время исследования его надо посадить в постели и поддерживать. Тяжелых больных приходится исследовать лежа, поворачивая на тот или другой бок.

Сравнительная перкуссия легких проводится в симметричных участках грудной клетки, с применением метода громкой перкуссии, в определенной последовательности. Сначала проводят перкуссию по передней поверхности грудной клетки, заняв положение спереди и справа от больного. Начинают перкутировать с верхушек легких, для чего палец-плессиметр помещают выше ключицы, параллельно ей и наносят удары одинаковой силы сначала с одной, затем с другой

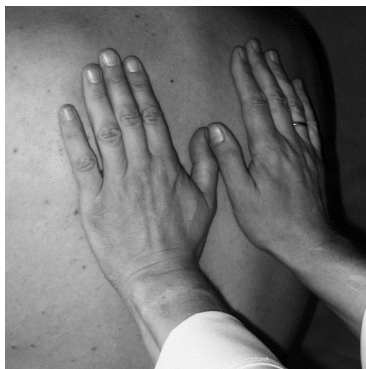


Рис. 20. Определение голосового дрожания сзади в межлопаточной области.

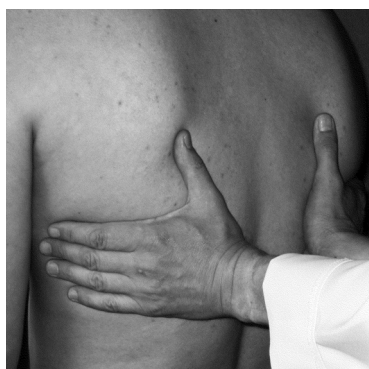


Рис. 21. Определение голосового дрожания сзади в подлопаточных областях.

стороны. Далее перкутируют по ключицам (они выполняют здесь роль плессиметра) (рис. 22). После этого палец-пlessиметр переносят ниже – в межреберные промежутки и перкутируют с обеих сторон по среднеключичным линиям, ограничиваясь слева уровнем третьего межреберья (ниже располагается сердечная тупость). Справа продолжают перкуссию до уровня пятого межреберья (рис. 23). Затем перкуссия проводится по средним подмышечным линиям, начиная с подмышечных ямок. Больного просят при этом заложить руки за голову. После этого переходят к перкуссии легких сзади. Перкутируют последовательно в надлопаточных (рис. 24), межлопаточных (рис. 25) и подлопаточных (рис. 26) областях. В надлопаточных и подлопаточных областях палец-пlessиметр располагают горизонтально, в межлопаточных – вертикально (попросив больного скрестить руки на груди) (рис. 27).

В норме над легкими определяется ясный легочный перкуторный звук, одинаковый в симметричных участках.

Притупление (укорочение) легочного перкуторного звука происходит в тех случаях, когда жидкость или плотная ткань замещает нормальную воздушную ткань легкого или заполняет плевральную полость. Это наблюдается при синдроме уплотнения легочной ткани (пневмония, обтурационный ателектаз, опухоль, пневмофиброз), скоплении жидкости (экссудата, трансудата, гноя, крови) в плевральной полости, при утолщении листков плевры. Значительный выпот в плевральную полость может сопровождаться появлением абсолютно тупого (бедренного) звука.

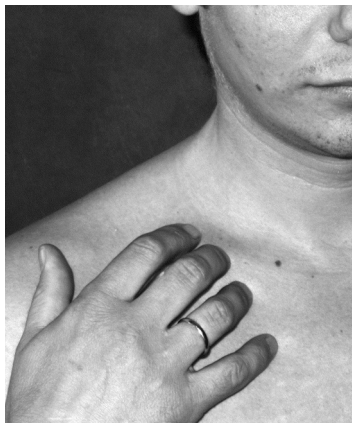


Рис. 22. Проведение сравнительной перкуссии легких спереди (удар пальцем-пlessиметром наносится непосредственно по ключице).

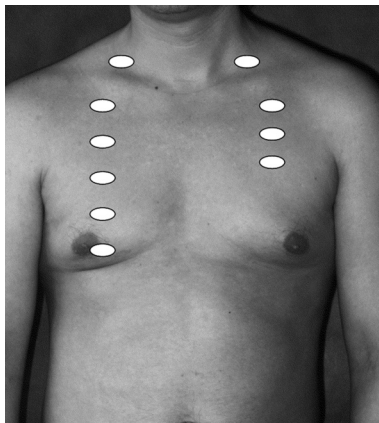


Рис. 23. Направление движения пальца-пlessиметра при проведении сравнительной перкуссии легких спереди.



Рис. 24. Проведение сравнительной перкуссии легких сзади в надостных областях.



Рис. 25. Проведение сравнительной перкуссии легких сзади в межлопаточной области.



Рис. 26. Проведение сравнительной перкуссии легких сзади в подлопаточных областях.

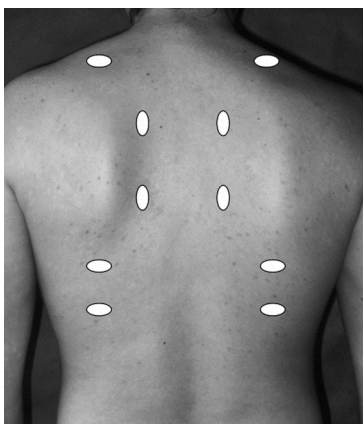


Рис. 27. Направление движения пальца-пlessиметра при проведении сравнительной перкуссии легких сзади.

При эмфиземе легких, которая сопровождается перерастяжением легких воздухом, потерей эластичности альвеол, усиливается тимпанический оттенок перкуторного звука, увеличивается его громкость. Такой звук называется коробочным (подушечным), так как он напоминает звук, возникающий при ударе по пустой коробке или по подушке.

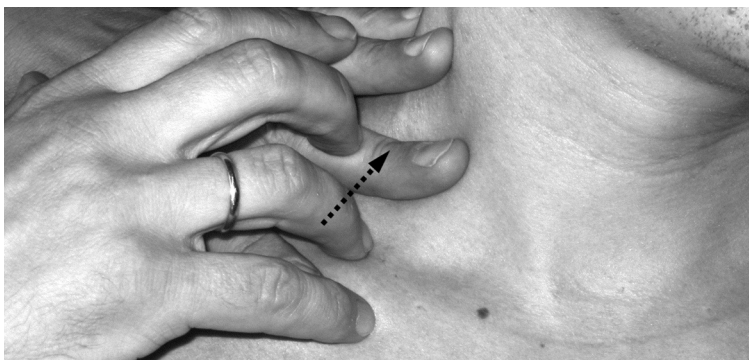


Рис. 28. Определение высоты стояния верхушки легкого спереди.



Рис. 29. Определение высоты стояния верхушки легкого сзади.



Рис. 30. Определение ширины поля Кренига.

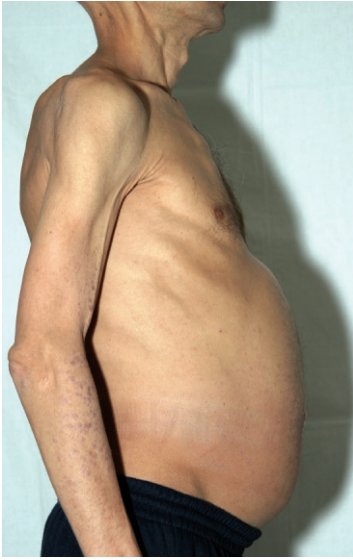


Рис. 75. Форма живота у больного с асцитом.



Рис. 76. Пупочная грыжа у больного с асцитом.

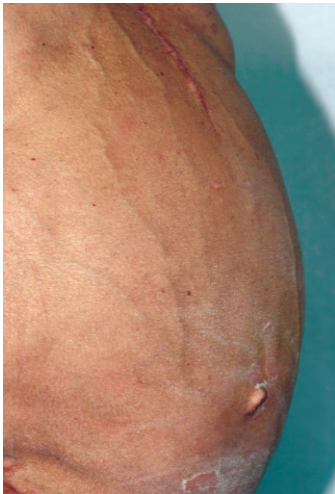


Рис. 77. Расширение подкожных вен живота у больного портальной гипертензией.



Рис. 78. Послеоперационный келоидный рубец на коже живота.



Рис. 91. Современные гастроскопы.



Рис. 92. Проведение гастроскопии.



Рис. 93. «Проведение колоноскопии.



Рис. 113. Пункция биопсии печени.



Рис. 98. Изменение формы живота при гепатомегалии. Показано положение нижнего края печени.