

1.5.2.1. Чувство неуверенности	63
1.5.2.2. Недостаток опыта	63
1.5.2.3. Чувство использования пациента	63
1.6. Физикальное обследование пациента	64
1.6.1. Правила проведения физикального обследования.	64
1.6.1.1. Общий осмотр	66
Практикум	76
Ответы	80
Глава 2. Строение и методы исследования кожи	83
2.1. Строение и методы исследования кожи	83
2.2. Исследование кожи и подкожной клетчатки	89
2.2.1. Анатомическое распределение кожных изменений	90
2.2.2. Морфология кожных элементов	90
2.3. Изменения кожного покрова	98
2.3.1. Изменения волосистого покрова и тургора кожи.	98
2.3.1.1. Гирсутизм и гипертрихоз	99
2.3.1.2. Тургор кожи	99
2.3.2. Диффузные изменения цвета кожи.	100
2.3.2.1. Наследуемая диффузная коричневая кожа	100
2.3.2.2. Меланизм	101
2.3.2.3. Приобретенный диффузный коричневый цвет кожи	101
2.3.2.4. Приобретенный диффузный голубовато-серый цвет кожи	101
2.3.2.5. Приобретенный пятнистый голубовато-серый цвет кожи.	101
2.3.2.6. Врожденная голубовато-серая кожа.	102
2.3.2.7. Приобретенная голубовато-серая окраска кожи	102
2.3.2.8. Приобретенная диффузная желтая кожа.	102
2.3.3. Злокачественная меланома.	103
2.3.4. Пролежни	103
Практикум	104
Ответы	106
Глава 3. Ожирение	109
3.1. Причины ожирения	110
3.2. Обследование пациентов с ожирением.	110
3.3. Симптомы и осложнения ожирения	111
3.3.1. Метаболические нарушения.	111
3.3.1.1. Гиперинсулинемия и инсулиновая резистентность	112
3.3.1.2. Сахарный диабет	112
3.3.1.3. Гиперлиппротеинемия	112
3.3.2. Клинические симптомы и осложнения	112
3.3.2.1. Артериальная гипертензия.	112
3.3.2.2. Синдром гиповентиляции	112
3.3.2.3. Атеросклероз	113

ОГЛАВЛЕНИЕ

Участники издания	19
Предисловие ко второму изданию	22
Список сокращений и условных обозначений	23
Введение	26
Глава 1. Диагноз	27
1.1. Основные принципы диагностического исследования	27
1.2. Методы клинического обследования больного	34
1.3. Расспрос пациента	36
1.3.1. Системный (клинический) расспрос пациента	36
1.3.2. Этика и технология расспроса пациента	37
1.3.2.1. Язык тела	38
1.3.2.2. Зрительный контакт	39
1.3.2.3. Невербальная поддержка	39
1.3.3. Вербальные приемы	39
1.3.3.1. Варианты вопросов	39
1.3.3.2. Жаргон	40
1.3.3.3. Повторные вопросы	40
1.3.3.4. Вербальная поддержка	41
1.3.3.5. Молчание	41
1.3.4. Структура расспроса пациента	42
1.3.4.1. Главная (основная) жалоба	43
1.3.4.2. История настоящего заболевания	43
1.3.4.3. Расспрос о состоянии систем организма	45
1.3.4.4. Характеристика личности пациента	46
1.3.4.5. Перенесенные заболевания и проведенные медицинские вмешательства	47
1.3.4.6. Семейный анамнез	48
1.3.5. Методика расспроса	49
1.3.5.1. Задаваемые вопросы	49
1.3.5.2. Создание истории болезни	50
1.3.5.3. Разъяснения, помогающие пациенту	52
1.3.5.4. Лекарственные средства и безрецептурные препараты	52
1.3.5.5. Вакцинопрофилактика	52
1.3.5.6. Беременность	53
1.3.5.7. История жизни пациента	53
1.3.5.8. Состояние систем организма	58
1.3.5.9. Окончание медицинского расспроса	59
1.4. Запись данных расспроса пациента в историю болезни	59
1.5. Трудности при общении с пациентом	59
1.5.1. Поведение пациента	61
1.5.2. Ситуационные трудности	62

3.4. Лечение	113
3.4.1. Диета	113
3.4.2. Физические нагрузки	115
Практикум	115
Ответы	116
Глава 4. Суставы	118
4.1. Клинические симптомы	118
4.1.1. Суставная боль	118
4.1.1.1. Локализация	118
4.1.1.2. Причины	119
4.1.1.3. Продолжительность артрита	119
4.1.1.4. Иррадиация	120
4.1.1.5. Интенсивность боли	120
4.1.1.6. Облегчающие и провоцирующие факторы	121
4.1.2. Скованность	121
4.1.3. Опухание (отек)	122
4.1.4. Внесуставные симптомы	123
4.1.5. Синдром Рейно	123
4.2. Анамнез	126
4.3. Физикальное обследование суставов	127
4.3.1. Плечевые суставы	131
4.3.1.1. Осмотр	131
4.3.1.2. Пальпация	132
4.3.1.3. Оценка амплитуды движений	132
4.3.2. Тазобедренные суставы	135
4.3.2.1. Общая последовательность исследования	135
4.3.2.2. Осмотр	137
4.3.2.3. Пальпация	138
4.3.2.4. Двигательная активность	138
4.3.3. Коленные суставы	138
4.3.3.1. Исследование	138
4.3.3.2. Осмотр	139
4.3.3.3. Пальпация	140
4.3.3.4. Перкуссия надколенника	141
4.3.3.5. Исследование стабильности сустава	142
4.3.4. Позвоночник	145
4.3.4.1. Шейный отдел позвоночника	146
4.3.4.2. Грудной отдел позвоночника	147
4.3.4.3. Поясничной отдел позвоночника	148
4.4. Исследование походки, рук, ног, позвоночника	149
4.4.1. Мышечно-скелетная система	149
4.4.2. Походка	150
4.4.3. Верхние конечности	150

4.4.4. Плечевые суставы	151
4.4.5. Позвоночник	151
4.4.6. Нижние конечности	152
4.5. Основные болезни суставов	152
4.5.1. Синдром Элерса—Данло	152
4.5.2. Фибромиалгия	153
4.5.3. Подагра	153
4.5.4. Псевдоподагра	154
4.5.5. Септический артрит	154
4.5.6. Псориатическая артропатия	155
4.5.7. Ревматоидный артрит	155
4.5.8. Синдром Рейтера	157
4.5.9. Синдром Бехчета	157
4.5.10. Серонегативные спондилоартриты	157
4.5.11. Анкилозирующий спондилит	158
4.5.12. Системный склероз	158
4.5.13. Ревматическая полимиалгия	159
4.5.14. Васкулиты	159
4.5.15. Остеоартрит	160
4.5.16. Системная красная волчанка	160
4.5.17. Синдром сухого кератоконъюнктивита	161
4.5.18. Синдром Шегрена	161
4.5.19. Разрыв кисты Бейкера	162
4.6. Лабораторная диагностика	162
Практикум	165
Ответы	168
Глава 5. Дыхательная система	175
5.1. Клинические симптомы	175
5.1.1. Кашель	175
5.1.1.1. Острый кашель	176
5.1.1.2. Хронический кашель	176
5.1.1.3. Пролонгированный кашель	177
5.1.2. Мокрота	178
5.1.3. Сухие хрипы	181
5.1.4. Одышка	181
5.1.5. Боль в грудной клетке	184
5.2. История болезни	186
5.3. Физикальное обследование	187
5.3.1. Общий осмотр в пульмонологии	188
5.3.2. Исследование грудной клетки	188
5.4. Детальное исследование дыхательной системы	189
5.4.1. Общий осмотр	189
5.4.2. Осмотр верхних конечностей	190

5.4.2.1. «Пальцы Гиппократы»	190
5.4.2.2. Гипертрофическая легочная остеоартропатия	192
5.4.2.3. Частота и ритм пульса	193
5.4.2.4. Хлопающий тремор	194
5.4.3. Осмотр лица, глаз	194
5.4.3.1. Отек лица	194
5.4.3.2. Синдром Горнера	195
5.4.3.3. Цианоз	195
5.4.3.4. Венозное давление в яремных венах	197
5.4.4. Осмотр грудной клетки	197
5.4.4.1. Топографическая последовательность осмотра грудной клетки	200
5.4.4.2. Подвижность грудной клетки	201
5.4.4.3. Частота дыхания	202
5.4.4.4. Характер дыхания	203
5.4.5. Пальпация грудной клетки	205
5.4.6. Перкуссия грудной клетки	209
5.4.6.1. Сравнительная перкуссия	211
5.4.6.2. Топографическая перкуссия	214
5.4.6.3. Высота стояния верхушек легких	215
5.4.6.4. Ширина верхушек легких (полей Кренига)	215
5.4.6.5. Нижняя граница легких	216
5.4.6.6. Подвижность нижнего легочного края	220
5.4.6.7. Голосовое дрожание	221
5.4.7. Аускультация легких	225
5.4.7.1. Основные дыхательные шумы	226
5.4.7.2. Дополнительные дыхательные шумы	230
5.4.7.3. Бронхофония	234
5.5. Основные синдромы дыхательной системы	237
5.5.1. Плевральный выпот	239
5.5.2. Уплотнение легкого	240
5.5.3. Ателектаз легкого	241
5.5.4. Рак легкого	241
5.5.5. Мезотелиома плевры	242
5.5.6. Бронхоэктатическая болезнь	243
5.6. Заболевания дыхательной системы	243
5.6.1. Инфекционные заболевания	243
5.6.2. Бронхиальная астма	246
5.6.3. Хроническая обструктивная болезнь легких	247
5.6.4. Фиброз легких	248
5.6.5. Эмфизема	249
5.6.6. Тромбоэмболия легочной артерии	250
5.6.7. Пневмоторакс	251
5.6.8. Ключевые симптомы	252

5.7. Исследование мокроты	254
5.7.1. Органолептическое исследование	254
5.7.2. Микроскопия мокроты	255
5.7.3. Бактериологическое исследование	256
5.8. Диагностические пробы.	256
5.8.1. Исследование функции внешнего дыхания	256
5.8.2. Бронхоскопия	260
5.9. Рентгенологическое исследование грудной клетки	260
5.9.1. Анализ рентгенограммы в норме	260
5.9.2. Изменения на рентгенограмме	269
5.9.2.1. Затемнение легочного поля	270
5.9.2.2. Плевральный выпот, коллапс и консолидация легкого ...	271
5.9.2.3. Пульмонэктомия	273
5.9.2.4. Очаговое поражение легкого	273
5.9.2.5. Полость в легком	274
5.9.2.6. Левожелудочковая недостаточность	274
5.9.2.7. Фиброз легких	275
5.9.2.8. Синдром просветления, или «черное» легочное поле	276
5.9.2.9. Хроническая обструктивная болезнь легких	276
5.9.2.10. Пневмоторакс	277
5.9.2.11. Тромбоэмболия легочной артерии	277
5.9.2.12. Изменения со стороны сердца	278
5.9.2.13. Изменения в корнях легких	279
Практикум	280
Ответы	282
Глава 6. Сердечно-сосудистая система.	286
6.1. Симптомы	286
6.1.1. Боль в груди	286
6.1.2. Одышка	291
6.1.2.1. Оценка одышки	292
6.1.3. Отеки голеностопных суставов и голеней	295
6.1.3.1. Классификация периферических отеков	296
6.1.4. Сердцебиение	296
6.2. Значение клинического исследования сердечно-сосудистой системы	298
6.3. Физикальное обследование сердечно-сосудистой системы	301
6.3.1. Лицо, глаза, язык	302
6.3.2. Венный пульс	304
6.3.3. Осмотр прекардиальной области	311
6.3.3.1. Пальпация прекардиальной области	314
6.3.4. Артериальный пульс	319
6.3.5. Перкуссия сердца	321
6.3.6. Аускультация сердца	326

6.3.6.1. Искусство аускультации	327
6.3.6.2. Аускультативные симптомы	330
6.3.6.3. Сердечные экстратоны	330
6.3.6.4. Дополнительные тоны	331
6.3.6.5. Сердечные шумы	332
6.3.6.6. Дифференциальная диагностика аускультативных симптомов	337
6.3.7. Артериальное давление	339
6.3.7.1. Измерение артериального давления	340
6.3.8. Периферические артерии	342
6.3.9. Крупные артерии	345
6.4. Исследования при сердечно-сосудистых заболеваниях	347
6.4.1. Рентгенография органов грудной клетки	347
6.4.2. Электрокардиография	351
6.4.2.1. Система регистрации электрокардиограммы	351
6.4.2.2. Нормальная электрокардиограмма	352
6.4.2.3. Анализ электрокардиограммы	355
6.5. Нарушения частоты сердечных сокращений, ритма и проводимости	361
6.5.1.1. Синусовая аритмия	364
6.5.1.2. Синусовая брадикардия	364
6.5.1.3. Синусовая тахикардия	364
6.5.1.4. Синдром слабости синусового узла	364
6.5.1.5. Предсердные тахиаритмии	365
6.5.1.6. Трепетание предсердий	365
6.5.1.7. Фибрилляция предсердий	366
6.5.1.8. Наджелудочковая тахикардия	368
6.5.1.9. Атриовентрикулярная узловая тахикардия <i>re-entry</i>	368
6.5.1.10. Синдром Вольфа—Паркинсона—Уайта и атриовентрикулярная тахикардия <i>re-entry</i>	369
6.5.1.11. Желудочковые экстрасистолы	369
6.5.1.12. Желудочковая тахикардия	371
6.5.1.13. <i>Torsades de pointes</i> («пируэт»)	373
6.5.1.14. Атриовентрикулярная блокада и блокада ножек пучка Гиса	374
6.5.1.15. Приступы Адамса—Морганьи—Стокса	377
6.5.1.16. Блокада пучка Гиса и гемиблок	377
6.6. Заболевания сердца	379
6.6.1. Ревматическая лихорадка (ревматизм)	379
6.6.2. Инфекционный эндокардит	379
6.6.3. Пороки сердца	380
6.6.3.1. Митральный стеноз	380
6.6.3.2. Недостаточность митрального клапана	383
6.6.3.3. Комбинированный митральный порок сердца	387

6.6.3.4. Стеноз устья аорты	388
6.6.3.5. Недостаточность аортального клапана	390
6.6.3.6. Комбинированный аортальный порок	392
6.7. Атеросклероз	394
6.7.1. Факторы риска	394
6.7.1.1. Ишемическая болезнь сердца	396
6.7.1.2. Стабильная стенокардия	396
6.8. Исследования	397
6.8.1. Электрокардиография	397
6.8.2. Нагрузочные пробы	398
6.8.3. Стенокардия у пациентов с нормальными коронарными артериями	398
6.8.4. Острый коронарный синдром	398
6.9. Артериальная гипертензия	405
6.9.1. Поражение органов-мишеней	407
6.9.1.1. Центральная нервная система	407
6.9.1.2. Сетчатка	408
6.9.1.3. Сердце	409
6.9.1.4. Почки	409
6.9.2. Злокачественная артериальная гипертензия, или фаза быстро нарастающей гипертензии	409
6.9.3. Лабораторно-инструментальные исследования	410
6.10. Заболевания миокарда	410
6.10.1. Миокардит	410
6.10.1.1. Клиническая картина и исследования	411
6.10.2. Кардиомиопатия	412
6.10.2.1. Дилатационная кардиомиопатия	412
6.10.2.2. Гипертрофическая кардиомиопатия	413
6.10.2.3. Правожелудочковая аритмогенная кардиомиопатия	414
6.10.2.4. Рестриктивная кардиомиопатия	415
6.10.2.5. Облитерирующая кардиомиопатия	415
6.11. Болезни перикарда	416
6.11.1. Острый перикардит	416
6.11.1.1. Перикардialный выпот	417
6.11.1.2. Тампонада сердца	418
6.11.1.3. Пункция перикарда (перикардиоцентез)	418
6.11.2. Хронический констриктивный перикардит	418
6.12. Заболевания сосудов	419
6.12.1. Феномен Рейно и болезнь Рейно	419
6.12.2. Аневризмы	420
6.12.2.1. Аневризма аорты	420
6.12.2.2. Неспецифические аневризмы	420
6.12.2.3. Синдром Марфана	420
6.12.2.4. Аортит	420
6.12.2.5. Аневризма грудного отдела аорты	421

6.12.2.6. Аневризма брюшного отдела аорты	421
6.12.2.7. Расслоение аорты.	421
6.12.2.8. Диагностика	422
6.13. Сердечная недостаточность.	422
6.13.1. Давление наполнения	422
6.13.2. Левосердечная недостаточность	423
6.13.3. Правосердечная недостаточность	423
6.13.4. Некардиальная недостаточность	423
6.13.5. Клиническая картина	424
6.13.5.1. Недостаточность левых отделов сердца	424
6.13.5.2. Недостаточность правых отделов сердца.	425
Практикум.	425
Ответы	431
Глава 7. Пищеварительная система	440
7.1. Особенности обследования пациентов с заболеваниями пищеварительной системы.	440
7.2. Функциональная анатомия и физиология	440
7.2.1. Пищевод, желудок и двенадцатиперстная кишка	440
7.2.1.1. Желудочная секреция	440
7.2.1.2. Гастрин, соматостатин и грелин	441
7.2.1.3. Защитные факторы	441
7.2.1.4. Тонкая кишка.	441
7.2.1.5. Переваривание и всасывание	441
7.2.1.6. Защитные системы тонкой кишки	443
7.2.1.7. Печень	443
7.2.1.8. Поджелудочная железа	446
7.2.1.9. Толстая кишка	446
7.2.1.10. Регуляция функции желудочно-кишечного тракта.	447
7.2.1.11. Нервная регуляция функций пищеварительного тракта	447
7.2.1.12. Гормоны пищеварительного тракта	449
7.3. Клинические симптомы	449
7.4. План обследования гастроэнтерологического больного	451
7.4.1. Осмотр	451
7.4.2. Расспрос.	455
7.5. Физикальное обследование.	479
7.5.1. Общий осмотр.	479
7.5.1.1. Детальное исследование	482
7.5.1.2. Осмотр верхних конечностей	483
7.5.1.3. Осмотр лица, глаз и губ.	486
7.5.1.4. Осмотр полости рта.	487
7.5.1.5. Пальпация шеи	489

7.5.1.6. Исследование грудной клетки	489
7.5.1.7. Осмотр живота	489
7.5.2. Перкуссия и пальпация живота	495
7.5.2.1. Перкуссия живота	495
7.5.2.2. Пальпация живота	499
7.5.2.3. Пальпация почек	515
7.5.3. Аускультация живота	516
7.5.4. Исследование печени	517
7.5.4.1. Перкуссия	518
7.5.4.2. Аускультация	521
7.6. Диагностические методы в гастроэнтерологии	521
7.6.1. Диагностика структурных нарушений	521
7.6.1.1. Обзорная рентгенография	521
7.6.1.2. Контрастные методы исследования	522
7.6.1.3. Ультразвуковое исследование, компьютерная и магнитно- резонансная томография	523
7.6.1.4. Ультразвуковое исследование	523
7.6.1.5. Компьютерная и магнитно-резонансная томография	524
7.6.1.6. Холангиография	525
7.6.1.7. Неинвазивная диагностика фиброза печени	525
7.6.1.8. Эндоскопические исследования	526
7.6.1.9. Гистологическое исследование	528
7.6.2. Диагностика инфекционных заболеваний	528
7.6.2.1. Бактериологическое исследование	528
7.6.2.2. Серологическое исследование	528
7.7. Функциональные методы исследования	528
7.7.1. Перистальтика ободочной и прямой кишки	531
7.7.2. Радиоизотопные методы исследования	532
7.7.3. Лабораторные исследования	532
7.7.3.1. Биохимические печеночные пробы	532
7.7.3.2. Общий анализ крови	534
7.7.3.3. Коагуляционные тесты	534
7.7.3.4. Иммунологические пробы	535
7.7.3.5. Морфологическое исследование	535
7.8. Синдромы и болезни пищеварительной системы	535
7.8.1. Заболевания пищевода	535
7.8.1.1. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь	536
7.8.1.2. Глоточно-пищеводный дивертикул	541
7.8.1.3. Синдром Мэллори–Вейсса	541
7.8.1.4. Ахалазия пищевода	541
7.8.1.5. Другие причины развития нарушений моторики пищевода	542
7.8.1.6. Варикозное расширение вен пищевода	542
7.8.2. Заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки	543
7.8.2.1. Острый гастрит	543

7.8.2.2. Хронический гастрит	544
7.8.2.3. Болезнь Менетрие	546
7.8.2.4. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки	546
7.8.2.5. Рак желудка	550
7.8.3. Заболевания желчного пузыря	552
7.8.3.1. Желчнокаменная болезнь (холелитиаз)	552
7.8.3.2. Холецистит	558
7.8.3.3. Острый холангит	559
7.8.3.4. Холедохолитиаз	559
7.8.4. Заболевания поджелудочной железы	561
7.8.4.1. Панкреатит	561
7.8.4.2. Рак поджелудочной железы	565
7.8.5. Заболевания печени	567
7.8.5.1. Желтуха	567
7.8.5.2. Гепатомегалия	573
7.8.5.3. Асцит	573
7.8.5.4. Острая печеночная недостаточность	577
7.8.5.5. Печеночная энцефалопатия	580
7.8.5.6. Хроническая болезнь печени	582
7.8.5.7. Цирроз печени	582
7.8.5.8. Билиарный холангит	582
7.8.5.9. Холангиокарцинома	583
7.8.5.10. Склерозирующий холангит	583
7.8.5.11. Синдром Бадда—Киари	583
7.8.5.12. Болезнь Вильсона	584
7.8.5.13. Гепатоцеллюлярная карцинома	585
7.8.6. Заболевания кишечника	586
7.8.6.1. Мальабсорбция	586
7.8.6.2. Воспалительные заболевания кишечника	589
7.8.6.3. Оклюзия мезентериальных артерий	592
7.8.6.4. Целиакия	592
7.8.6.5. Ишемический колит	594
7.8.6.6. Острая кишечная непроходимость	594
7.8.6.7. Дивертикулярная болезнь	594
7.8.6.8. Полипы толстой кишки	595
7.8.6.9. Колоректальный рак	595
7.8.6.10. Геморроидальная болезнь	600
7.8.6.11. Ангиодисплазия	600
7.8.6.12. Карциноидный синдром	601
7.8.6.13. Острая интермиттирующая порфирия	601
7.8.6.14. Эндокринные синдромы	601
Практикум	602
Ответы	604

Глава 8. Выделительная система	608
8.1. Функциональная анатомия и физиология выделительной системы	608
8.1.1. Почки и их функции	608
8.1.1.1. Нефроны	609
8.1.2. Мочеточники и мочевого пузыря	613
8.2. Расспрос пациента	614
8.2.1. Боль	615
8.2.2. Расстройства мочевыделения	618
8.2.3. Нарушения мочеиспускания	620
8.2.4. Изменения вида мочи	623
8.2.5. Отеки	626
8.2.6. Анамнез заболевания	627
8.2.7. История жизни	628
8.3. Физикальное обследование	629
8.3.1. Исследование почек	631
8.3.1.1. Перкуссия почек	631
8.3.1.2. Пальпация почек	631
8.3.1.3. Определение симптома Пастернацкого	635
8.3.2. Исследование мочевого пузыря	636
8.3.2.1. Перкуссия мочевого пузыря	636
8.3.2.2. Пальпация дна мочевого пузыря	637
8.3.3. Исследование мочеточников	637
8.3.3.1. Пальпация по ходу мочеточников	637
8.3.4. Аускультация почечных артерий	638
8.4. Дополнительные методы исследования	638
8.4.1. Лабораторные методы исследования	639
8.4.1.1. Общий анализ крови	639
8.4.1.2. Биохимический анализ крови	639
8.4.1.3. Иммунологические исследования	641
8.4.1.4. Общий (клинический) анализ мочи	641
8.4.1.5. Двухстаканная или трехстаканная проба Томпсона	654
8.4.1.6. Проба Нечипоренко	655
8.4.1.7. Анализ мочи, собранной за 24 часа	656
8.4.1.8. Исследование осмолярности мочи	656
8.4.1.9. Оценка микроальбуминурии	658
8.4.1.10. Исследование белка Бенс-Джонса	658
8.4.1.11. Бактериологическое исследование	658
8.4.1.12. Проба Зимницкого	659
8.4.1.13. Оценка скорости клубочковой фильтрации	662
8.4.2. Инструментальные методы исследования	664
8.5. Основные синдромы при заболеваниях мочевыделительной системы	670
8.5.1. Почечная колика	670

8.5.2. Нефротический синдром	671
8.5.3. Нефрит	672
8.5.4. Почечная артериальная гипертензия	673
8.5.5. Почечная эклампсия	676
8.5.6. Инфекция мочевыводящих путей	677
8.5.7. Синдром почечной недостаточности	678
8.5.7.1. Патогенез	678
8.5.7.2. Острая почечная недостаточность	679
8.5.7.3. Хроническая почечная недостаточность	685
8.6. Частная патология	689
8.6.1. Тубулоинтерстициальные болезни	689
8.6.1.1. Токсические и метаболические нефропатии	689
8.6.1.2. Интерстициальный нефрит	693
8.6.2. Гломерулярные болезни (гломерулопатии)	694
8.6.2.1. Гломерулонефрит	695
8.6.2.2. Гломерулопатии	695
8.6.2.3. Воспалительные гломерулопатии-гломерулонефриты . . .	696
8.6.2.4. Фокальный и сегментарный гломерулосклероз	701
8.6.2.5. Острый диффузный гломерулонефрит	703
8.6.2.6. Хронический гломерулонефрит	707
8.6.2.7. Болезнь Берже	708
8.6.3. Поражение почек при артериальной гипертензии (гипертензивная нефропатия)	709
8.6.4. Диабетическая нефропатия	710
8.6.5. Пиелонефрит	711
8.6.5.1. Этиология и патогенез	712
8.6.5.2. Острый пиелонефрит	712
8.6.5.3. Хронический пиелонефрит	714
8.6.6. Амилоидоз почек	715
8.6.7. Поликистозная болезнь почек	716
8.6.8. Мочекаменная болезнь	718
8.6.9. Обструктивная уропатия	721
8.6.10. Гемолитико-уремический синдром	722
8.6.11. Хроническая болезнь почек	722
Практикум	727
Ответы	728
Глава 9. Эндокринная система.	731
9.1. Сахарный диабет	731
9.1.1. Патогенетические основы клинических симптомов и синдромов сахарного диабета	731
9.1.2. Классификация сахарного диабета	732
9.1.3. Патогенез	732
9.1.4. Клиническая картина	735

9.1.4.1. Инсулинзависимый сахарный диабет	736
9.1.4.2. Инсулиннезависимый сахарный диабет	736
9.1.5. Лечение сахарного диабета	737
9.1.5.1. Диета	737
9.1.5.2. Инсулин.	738
9.1.5.3. Гипогликемические препараты.	739
9.1.6. Гипогликемия	739
9.1.7. Острые метаболические осложнения	743
9.1.7.1. Диабетический кетоацидоз	744
9.1.7.2. Гиперосмолярная кома.	750
9.1.8. Поздние осложнения сахарного диабета	752
9.1.8.1. Ангипатии.	753
9.1.8.2. Ретинопатия	753
9.1.8.3. Диабетическая нефропатия	754
9.1.8.4. Диабетическая невропатия	755
9.1.8.5. Диабетическая стопа	756
9.2. Основные синдромы и болезни щитовидной железы.	757
9.2.1. Клиническая оценка	759
9.2.1.1. Оценка акта глотания	759
9.2.1.2. Пальпация шеи	759
9.2.1.3. Методика пальпации щитовидной железы	761
9.2.1.4. Перкуссия ретростернально расположенного зоба	762
9.2.1.5. Аускультация сосудистого шума над узловым образованием или зобом	762
9.2.1.6. Клинический статус	762
9.2.2. Оценка функционального состояния щитовидной железы	765
9.2.2.1. Гипертиреоз	765
9.2.2.2. Гипотиреоз	768
9.2.3. Болезни щитовидной железы.	769
9.2.3.1. Продукция тиреоидных гормонов	769
9.2.3.2. Зоб	769
9.2.3.3. Тиреотоксинсекретирующая опухоль	775
9.2.3.4. Гипотиреоз	775
9.2.4. Основные синдромы и болезни паращитовидных желез	776
9.2.4.1. Регуляция метаболизма кальция.	778
9.2.4.2. Гипопаратиреоз	779
Практикум	779
Ответы	782
Глава 10. Заболевания системы крови	785
10.1. Функциональная анатомия и физиология системы крови	785
10.1.1. Клетки крови и их функции	785
10.1.1.1. Эритроциты	787
10.1.1.2. Лейкоциты	788
10.1.1.3. Тромбоциты	789

10.1.2. Красный костный мозг	790
10.1.3. Селезенка	791
10.1.4. Лимфатические узлы	792
10.1.5. Лимфоидная ткань, ассоциированная со слизистыми оболочками	793
10.1.6. Вилочковая железа	793
10.1.7. Система гемостаза	794
10.2. Непосредственное обследование пациента при заболеваниях системы крови	797
10.2.1. Значение физикального исследования	797
10.2.2. Расспрос пациента	798
10.2.2.1. Анализ жалоб	798
10.2.2.2. Сбор анамнеза	801
10.2.3. Объективное обследование	802
10.2.3.1. Общий осмотр	802
10.2.3.2. Исследование кожи и ее придатков и слизистых оболочек	802
10.2.3.3. Исследование лимфатических узлов	805
10.2.3.4. Исследование мышц, костей и суставов	805
10.2.3.5. Исследование селезенки	806
10.2.4. Дополнительные методы исследования	809
10.2.4.1. Клинический анализ крови	809
10.2.4.2. Основные типы отклонений в общем анализе крови	816
10.2.4.3. Исследование ретикулоцитов в крови	826
10.2.4.4. Исследование свертывания крови	828
10.2.4.5. Исследование костного мозга	832
10.3. Основные синдромы при заболеваниях системы крови	833
10.3.1. Анемический синдром	833
10.3.2. Синдром лимфаденопатии	835
10.3.3. Синдром спленомегалии	838
10.3.4. Синдром иммунодефицита	840
10.3.5. Синдром лейкомической инфильтрации	843
10.4. Частная патология	844
10.4.1. Анемии	844
10.4.1.1. Острая постгеморрагическая анемия	846
10.4.1.2. Железодефицитная анемия	847
10.4.1.3. Мегалобластная анемия	849
10.4.1.4. Гемолитическая анемия	853
10.4.1.5. Анемия хронических заболеваний	860
10.4.1.6. Апластическая анемия	861
10.4.2. Заболевания, протекающие с геморрагическим синдромом	862
10.4.2.1. Геморрагический синдром, связанный с нарушением первичного гемостаза	863
10.4.2.2. Заболевания с поражением сосудистой стенки	865

10.4.3. Нарушение коагуляции	866
10.4.3.1. Наследственные коагулопатии	866
10.4.3.2. Редкие наследственные нарушения свертываемости крови	868
10.4.3.3. Приобретенные коагулопатии	868
10.4.4. Опухоли системы крови	869
10.4.4.1. Острый лейкоз	871
10.4.5. Хронические миелопролиферативные заболевания	875
10.4.5.1. Истинная полицитемия	875
10.4.5.2. Хронический миелолейкоз	877
10.4.6. Хронические лимфопролиферативные заболевания	880
10.4.6.1. Хронический лимфолейкоз	881
10.4.6.2. Лимфомы	883
Практикум	889
Ответы	898
Рекомендованная литература	901
Предметный указатель	903

ВВЕДЕНИЕ

Обоснованный диагноз болезни позволяет ответить на вопрос пациента: «Доктор, почему я так плохо себя чувствую, что со мной происходит?» Диагноз помогает врачу понять патогенетические механизмы, лежащие в основе появления жалоб (симптомов), и дать объяснение возникновению тех объективных критериев, которые обнаруживают при дальнейших исследованиях. Клинический диагноз дает уверенность при обсуждении возможного риска и преимуществ планируемых верифицирующих диагностических процедур и позволяет обосновать в беседе с пациентом необходимость взаимодействия в осуществлении запланированного лечения.

Без обоснованного диагноза врач не может ответить на другие вопросы пациента: «Мне придется из-за болезни уйти с работы? Сколько мне еще осталось жить? Можно ли мне по-прежнему водить машину? Могу ли я путешествовать?» Такие вопросы, трудные для ответа даже при наличии определенного диагноза, могут заставить врача давать уклончивые, не удовлетворяющие пациента ответы, когда диагноз остается неясным. Неправильный диагноз может привести к прогрессированию болезни от стадии, когда она могла быть излечена, до стадии, когда получить ответ на лечение уже невозможно.

Если врач готов помочь больному человеку, он должен держать в голове ответы на три фундаментальных вопроса, задаваемых пациентами: «Чем я болею? Что со мной будет? Что мне сделать, чтобы выздороветь?»

Глава 1

ДИАГНОЗ

1.1. ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Учение о методах распознавания болезней называют **диагностикой** (от греч. *diagnostikos* — способный распознавать). *Диагностика* — раздел медицинской науки, излагающий методы и ход процесса обследования больного, наблюдения и рассуждения врача для распознавания болезни и оценки состояния больного в целях назначения необходимого лечения и профилактических мер. Распознавание болезни основано на обследовании больного и изучении проявлений (симптомов) заболевания. Итогом диагностического исследования считают определение диагноза болезни.

Диагностика как научная дисциплина состоит из трех основных разделов:

- ▶ диагностической техники (методов наблюдения и обследования больного);
- ▶ семиотики (изучения диагностического значения симптомов);
- ▶ собственно метода построения диагноза.

В соответствии с основными положениями клинического мышления необходимо стремиться в каждом случае рассматривать диагностическое исследование как предпосылку для лечения.

Отношение врача к больному в значительной мере определено **диагнозом**. Сквозь призму диагноза врач оценивает прогноз заболевания и лечебную тактику применительно к данному больному. Диагноз формируют в процессе диагностики, которая представляет 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:

- ▶ целенаправленное медицинское обследование;
- ▶ истолкование выявленных симптомов, синдромов, лабораторных, инструментальных и морфологических признаков;
- ▶ обобщение полученных данных в виде установленного диагноза.

Следовательно, содержательной частью диагноза выступают 3 раздела:

- ▶ семиотика;
- ▶ диагностическая техника (методы диагностического обследования больного);
- ▶ теория и методы диагностики (методология диагностики).

Семиотика, семиология (от 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 характера 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, отец медицины (ок. 460–377 гг. до н.э.), 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, чиханье, 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 систематизировал знания по семиотике. Симптом (от греч. *symptoma* — совпадение) представляет собой характерный признак, проявление болезни или болезненного состояния.

Отдельные показательные (патогномоничные) симптомы определяют вероятное направление в течении данного болезненного процесса и возникающие в его исходе изменения. Существующими симптомами в очень большой степени определяют также лечение данного заболевания. Следовательно, семиотика имеет 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 тысяч больных, страдающих даже одинаковой и весьма характерной болезнью, каждый болеет по-своему. При тщательном обследовании и особенно при расспросе больных в очень многих случаях обнаруживают симптомы, нигде не описанные и не встречаемые даже весьма опытным и внимательным клиницистом. Именно поэтому при обследовании больных в каждом отдельном случае каждый симптом должен быть верифицирован, квалифицирован и сопоставлен с другими, благодаря чему могут быть истолкованы его происхождение и значение для диагноза, прогноза и выбора способов лечения.

Более высокой ступенью процесса диагностики считают выделение синдрома в общей совокупности признаков болезни. **Синдром** представляет устойчиво воспроизводимую от одного клинического наблюдения к другому группу симптомов, объединенных общим патогенезом. Синдром выступает как важ-

ное звено патогенеза болезни, или как ее сущностное проявление, или как осложнение болезни.

Синдром отражает способность организма реагировать ограниченным числом типовых реакций на многочисленные раздражающие факторы. Именно поэтому диагностика синдрома представляет важнейшую ступень к постановке диагноза, а также основание 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 в организме больного.

Гиппократ 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 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 клиническую практику методу перкуссии Л. Ауэнбруггера. Парижский врач Р. Лаэннек (1781–1826), ученик Ж. Корвизара, в 1816 г. сделал выдающееся открытие — он изобрел стетоскоп и метод аускультации.

В России большой вклад в разработку метода системного расспроса больного внесли М.Я. Мудров (1776–1831), Г.А. 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 (физических) 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.

Л. Траубе (Traube L., 1818–1876, немецкий врач, основатель экспериментальной патологии) разработал и ввел в клиническую практику метод термометрии. Л.Ш. Малассе (Malassez L.Ch., 1842–1909, французский гистолог и анатом) ввел подсчет форменных элементов крови. П. Эрлих (Ehrlich P., 1854–1915, немецкий врач, иммунолог, гематолог, инфекционист) и русский врач Д.Л. Романовский (1861–1921) разработали метод окраски мазков периферической крови (1878–1891). Разработке и клиническому применению методов эндоскопии мы обязаны А. Куссмаулю (эзофагоскопия, желудочный зонд, 1867), Й. Микуличу-Радецки (Mikulicz-Radecki J., 1850–1905, польский хирург, разработал модели эзофагоскопа и гастроскопа, 1881), М. Нитце (Nitze M. C.-F., 1848–1906, немецкий уролог, разработал методы цистоскопии, уретроскопии, ректоскопии), Г. Киллиану (Killian G., 1860–1921, немецкий ларинголог, предложил метод бронхоскопии в 1897 г.). Немецкий физик В.К. Рентген в 1895 г. 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 (АД).

Изложенный короткий экскурс в прошлое дает ясное представление о том, что основной набор методов диагностического обследования больного, к которому в современной клинической практике 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, Древний Китай), не прекращается и по сей день — совершенствование радиоизотопных методов исследования, молекулярно-биологических и молекулярно-генетических методов, визуальной диагностики — компьютерной томографии (КТ), магнитно-резонансной томографии (МРТ) и др.

Теория и методы диагностики (методология диагностики) основаны 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. **Клиническая практика** требует умения сравнивать частные и 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, то есть 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. Именно 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 происходит посредством неспецифических (то есть присущих многим болезням) и неярко выраженных симптомов. Именно поэтому существенную часть диагностического процесса занимает своеобразное «взвешивание» симптомов, то есть выяснение вероятности подозреваемой болезни именно через данные признаки. Врач часто 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 показателей. Это повышает роль в диагностическом процессе врачебных умозаключений, так называемого клинического мышления.

Диагностический опыт врача имеет решающее значение в диагностике, так как он развивает способность быстро распознавать патологические изменения на основании сходства выявленного комплекса клинических симптомов с наблюдаемым 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, то есть врачебная интуиция, получает клиническое подтверждение.

В своей диагностической работе врач применяет **3 основных подхода**:

- ▶ нозологический;
- ▶ синдромальный;
- ▶ диагностический.

На основании **нозологического** подхода врач ставит 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, выступает 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. Такой подход наиболее широко применяют при **дифференциальной диагностике**. Существует вполне определенный свод правил, который врач постоянно должен помнить и который помогает в диагностической работе.

- ▶ Диагноз должен исходить из существующих 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 охватывает наименьшее число включаемых в диагноз нозологических форм.
- ▶ Из двух равно удовлетворяющих диагнозов выбирают тот, который проще.

Диагноз (от греч. *diagnosis* — распознавание) означает медицинское заключение об имеющемся заболевании (травме) или о причине смерти.

В медицине выделяют 4 вида диагноза:

- ▶ клинический (прижизненный);
- ▶ патологоанатомический;
- ▶ судебно-медицинский;
- ▶ эпидемиологический.

Диагноз — краткое врачебное заключение о сущности заболевания и состоянии больного, выраженное в терминах современной медицинской науки.

Различают типы:

- ▶ *diagnosis morbi* — обозначение болезни по принятой классификации;
- ▶ *diagnosis aegroti* — определение индивидуальных особенностей организма больного.

Болезнь может иметь происхождение:

- ▶ монокаузальное (одна причина болезни и смерти);
- ▶ бикаузальное (две причины);
- ▶ мультикаузальное (несколько факторов).

При **монокаузальном** генезе в структуру диагноза включают:

- ▶ основное заболевание;
- ▶ осложнение (осложнения) основного заболевания;
- ▶ сопутствующие заболевания (табл. 1.1).

Таблица 1.1. Структура диагноза

Генез болезни и смерти		
Монокаузальный	Бикаузальный	Мультикаузальный
Основное заболевание	Комбинированное основное заболевание: • конкурирующие основные заболевания; • основное и фоновое заболевания; • 2 сочетанных основных заболеваний	Полипатии: • этиологически и патогенетически связанные болезни (семейство болезней); • случайное сочетание нескольких болезней (ассоциация болезней)
Осложнение (осложнения)	Осложнения	Осложнения
Непосредственная причина смерти	Непосредственная причина смерти	Непосредственная причина смерти
Сопутствующие заболевания	Сопутствующие заболевания	—

При **бикаузальном** генезе структура диагноза усложнена, поскольку комбинированное основное заболевание должно отражать двухфакторную патогенетическую составляющую болезни. Вводят такие понятия, как конкурирующее, сочетанное, фоновое и комбинированное основное заболевания.

Выделение **основного заболевания** часто оказывается нелегкой задачей. Основным считают 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.