

ДИПЛОМ

№УМКД-2020-02-6

25 февраля 2020

Россия, Москва



награждается

Ушатенко Григорий Анатольевич

Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького

за **1** место

В V МЕЖДУНАРОДНОМ ПРОФЕССИОНАЛЬНОМ КОНКУРСЕ ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ ВУЗОВ

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС ДИСЦИПЛИНЫ - 2020

(в рамках требований ФГОС)

Степень карьерного роста: Профессора

Направление: Медицинские науки

Номинация: 1 Элемент УМКД: Рабочая программа,

Форма: Учебник

теоретические и практические материалы

Название конкурсной работы: Пропедевтика внутренних болезней

Директор по научным проектам

Романов А.О.



УЧЕБНИК

Г.А. Игнатенко, О.В. Ремизов, В.А. Толстой

ПРОПЕДЕВТИКА ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ

Министерство науки и высшего образования РФ

Рекомендовано Координационным советом по области образования «Здравоохранение и медицинские науки» в качестве учебника для использования в образовательных учреждениях, реализующих основные профессиональные образовательные программы высшего образования уровня специалитета по направлениям подготовки 31.05.01 «Лечебное дело», 31.05.02 «Педиатрия», 32.05.01 «Медико-профилактическое дело»

Регистрационный номер рецензии 601 от 21 февраля 2019 года



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2020

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие	9
Список сокращений и условных обозначений	11
Глава 1. От симптома к синдрому, от синдрома к диагнозу	13
Глава 2. Жалобы и анамнез	23
2.1. Общие сведения о сборе жалоб и анамнеза	23
2.2. Жалобы при патологии органов дыхания	29
2.3. Жалобы при патологии сердца и сосудов	34
2.4. Жалобы при патологии органов пищеварения	38
2.5. Жалобы при патологии мочевыделительной системы	48
Глава 3. Осмотр пациента	53
3.1. Общий осмотр	53
3.2. Осмотр при заболеваниях дыхательной системы	67
3.2.1. Статический осмотр грудной клетки	68
3.2.2. Динамический осмотр грудной клетки	73
3.3. Осмотр при поражении сердца и сосудов	76
3.3.1. Осмотр при поражении сердца	76
3.3.2. Осмотр при поражении сосудов	79
3.4. Осмотр при поражении пищеварительной системы	83
3.5. Осмотр при заболеваниях мочевыделительной системы	86
Глава 4. Перкуссия	89
4.1. Физические основы перкуссии	89
4.2. Техника перкуссии и перкуторные звуки	92
4.3. Топографическая перкуссия легких	98
4.4. Сравнительная перкуссия легких	108
4.5. Перкуссия сердца	114
4.6. Перкуссия сердца в норме	115
4.7. Изменения перкуторных границ сердца в патологии	118
4.8. Перкуссия органов пищеварения	121
4.9. Перкуссия при исследовании мочевыделительной системы	126
Глава 5. Аускультация	128
5.1. Общие сведения об аускультации легких	128
5.2. Основные дыхательные шумы	132
5.3. Дополнительные (добавочные) дыхательные шумы	139
5.4. Аускультация сердца (общие вопросы)	144
5.5. Аускультация сердца в норме. Тоны	145
5.6. Тоны сердца в патологии	147
5.7. Механизмы возникновения шумов	154
5.7.1. Органические шумы	156
5.7.2. Систолические шумы	159
5.7.3. Диастолические шумы	163
5.7.4. Систолидиастолические шумы	165
5.7.5. Функциональные, органофункциональные и экстракардиальные шумы	167
5.7.6. Аускультативная диагностика комбинированных и сочетанных пороков сердца	170

5.8. Аускультация сосудов	174
5.9. Аускультация органов брюшной полости	175
Глава 6. Пальпация	177
6.1. Пальпаторное исследование дыхательной системы	177
6.2. Пальпаторное исследование сердца и сосудов	181
6.2.1. Пальпаторное исследование сердца	182
6.2.2. Пальпаторное исследование сосудов	186
6.3. Пальпаторное исследование органов пищеварения	191
6.3.1. Поверхностная пальпация живота	192
6.3.2. Глубокая (скользящая) пальпация по методу Образцова—Стражеско	193
6.3.3. Пальпация паренхиматозных органов (печени, селезенки, поджелудочной железы)	198
6.4. Пальпаторное исследование почек и мочевыводящих путей	202
6.4.1. Пальпация почек	202
6.4.2. Пальпация мочевыводящих путей	204
6.5. Пальпаторное исследование щитовидной железы	205
6.6. Пальпаторное исследование лимфатических узлов	206
6.7. Пальпаторное исследование опорно-двигательного аппарата	206
Глава 7. Лабораторные методы диагностики	209
7.1. Лабораторная диагностика патологии органов дыхания	209
7.1.1. Общие клинические методы исследования	210
7.1.2. Цитологические методы исследования	214
7.1.3. Биохимические методы исследования	217
7.1.4. Микробиологические и вирусологические методы исследования	219
7.2. Лабораторная диагностика патологии сердечно-сосудистой системы	220
7.3. Лабораторная диагностика патологии пищеварительного тракта	222
7.3.1. Лабораторная диагностика патологии желудка	222
7.3.2. Лабораторная диагностика патологии печени	225
7.3.3. Лабораторная диагностика заболеваний поджелудочной железы	226
7.3.4. Лабораторная диагностика заболеваний тонкой и толстой кишки	227
7.4. Лабораторная диагностика патологии мочевыделительной системы	229
7.4.1. Исследование мочи	229
7.4.2. Исследование крови	247
7.4.3. Функциональное исследование почек	248
7.5. Лабораторная диагностика патологии крови	251
7.6. Лабораторная диагностика патологии опорно-двигательного аппарата	272
7.7. Лабораторная диагностика патологии эндокринной системы	274
7.7.1. Лабораторная диагностика патологии щитовидной железы	275
7.7.2. Лабораторная диагностика сахарного диабета	277
7.7.3. Лабораторная диагностика патологии надпочечников	279
Глава 8. Методы инструментальной диагностики	280
8.1. Методы инструментальной диагностики при патологии сердца	280
8.1.1. Эхокардиография	281
8.1.2. Рентгенография	297
8.1.3. Магнитно-резонансная томография	303
8.1.4. Радионуклидные методы исследования	304

8.1.5. Инвазивные методы исследования	304
8.1.6. Фонокардиография	305
8.2. Методы инструментальной диагностики при патологии сосудов	306
8.2.1. Ультразвуковое исследование сосудов	307
8.2.2. Рентгеновское исследование сосудов	307
8.2.3. Магнитно-резонансная томография сосудов	308
8.2.4. Сфигмография и флебография	308
8.2.5. Измерение давления крови в сосудах	310
8.3. Методы инструментальной диагностики при патологии дыхательной системы	312
8.3.1. Визуализирующие методы исследования	312
8.3.2. Эндоскопические методы исследования	319
8.3.3. Исследование внешнего дыхания	320
8.4. Методы инструментальной диагностики при патологии мочевыделительной системы	324
8.4.1. Методы лучевой диагностики	325
8.4.2. Методы радионуклидной диагностики	330
8.4.3. Эндоскопическая диагностика	331
8.4.4. Морфологическая диагностика	331
8.4.5. Тактика выбора методов инструментальной диагностики	332
8.5. Методы инструментальной диагностики при патологии пищеварительной системы	333
8.5.1. Рентгенологические методы исследования пищеварительной системы	334
8.5.2. Ультразвуковое исследование пищеварительной системы	341
8.5.3. Эндоскопические методы исследования пищеварительной системы	342
8.5.4. Другие методы инструментальной диагностики	343
8.6. Методы инструментальной диагностики при эндокринной патологии	345
8.7. Методы инструментальной диагностики при патологии костей и суставов	347
Глава 9. Электрокардиография	350
9.1. Клиническая анатомия проводящей системы сердца	350
9.2. Клиническая физиология сердца	351
9.3. Методы регистрации электрокардиограммы	362
9.4. Элементы электрокардиограммы в норме (зубцы, комплексы, интервалы, сегменты)	365
9.5. Электрическая ось сердца	368
9.6. Ритмы сердца	370
9.7. Электрокардиографическая диагностика гипертрофии камер сердца	372
9.8. Ишемия, ишемическое повреждение и инфаркт миокарда на электрокардиограмме	376
9.9. Блокады сердца	380
9.10. Нарушения ритма сердца (аритмии)	385
9.11. Синдромы предвозбуждения желудочков, или синдромы укороченного интервала <i>P-Q</i> : синдром Вольфа–Паркинсона–Уайта и синдром Клерка–Леви–Кристеско	390
Глава 10. Синдромы патологии дыхательной системы	392
10.1. Клиническая анатомия дыхательной системы	393
10.2. Нормальная и патологическая физиология системы внешнего дыхания	400

10.2.1. Дыхательные движения в норме	401
10.2.2. Дыхательные движения при патологии	404
10.2.3. Вентиляция легких. Механика дыхания	406
10.2.4. Газообмен в норме и его нарушения	412
10.2.5. Легочное кровообращение в норме и при патологии	415
10.3. Синдром бронхиальной обструкции	423
10.4. Синдром уплотнения легочной ткани	428
10.5. Легочная гипертензия и легочное сердце	430
10.5.1. Легочная гипертензия	430
10.5.2. Легочное сердце	432
10.6. Синдром повышенной воздушности легких (эмфизема легких)	437
10.7. Синдром полости в легком	441
10.8. Синдром скопления воздуха в плевральной полости (пневмоторакс)	444
10.9. Синдром скопления жидкости в плевральной полости	446
10.10. Синдром скопления воздуха и жидкости в плевральной полости	451
10.11. Синдром спадения легочной ткани (ателектаз)	453
10.12. Недостаточность внешнего дыхания	457
10.13. Острый респираторный дистресс-синдром взрослых	462
10.14. Синдром Пиквика	464
Глава 11. Синдромы патологии сердца и сосудов	467
11.1. Клиническая анатомия сердечно-сосудистой системы	467
11.2. Клиническая физиология сердечно-сосудистой системы	479
11.3. Артериальная гипертензия и гипотензия	492
11.4. Поражение миокарда	499
11.5. Кардиомегалия	501
11.6. Приобретенные пороки сердца	503
11.7. Сердечная недостаточность	519
11.8. Поражение перикарда	527
11.9. Нарушения ритма сердца	529
11.10. Врожденные пороки сердца	532
11.11. Стенокардия, инфаркт миокарда, острый коронарный синдром	553
11.12. Синдромы патологии сосудов	563
Глава 12. Синдромы поражения мочевыделительной системы	570
12.1. Клиническая анатомия мочевыделительной системы	570
12.2. Клиническая физиология мочевыделительной системы	575
12.3. Гипертензивный синдром (почечная артериальная гипертензия)	587
12.4. Отечный синдром	591
12.5. Мочевой синдром	592
12.6. Нефритический синдром	594
12.7. Нефротический синдром	595
12.8. Тубулоинтерстициальный синдром	598
12.9. Почечная недостаточность	600
12.10. Дизурический синдром	613
12.11. Гематурия	615
12.12. Почечная колика	616
Глава 13. Синдромы поражения органов пищеварения	619
13.1. Клиническая анатомия пищеварительной системы	619
13.2. Клиническая физиология органов пищеварения	629

13.3. Синдром поражения пищевода. Дисфагия	641
13.4. Синдромы поражения желудка и двенадцатиперстной кишки	643
13.5. Синдромы поражения печени	649
13.6. Синдром поражения поджелудочной железы. Синдром панкреатической недостаточности	664
13.7. Синдромы поражения кишечника	665
Глава 14. Синдромы поражения опорно-двигательного аппарата	671
14.1. Синдром артралгии	671
14.2. Артритический синдром	672
14.3. Поражение скелетной мускулатуры	676
Глава 15. Синдромы поражения эндокринной системы	677
15.1. Синдромы патологии гипоталамо-гипофизарной системы	677
15.2. Синдромы патологии щитовидной железы	681
15.3. Синдромы патологии надпочечников	683
15.4. Нарушение эндокринной функции поджелудочной железы	685
Глава 16. Синдромы патологии крови	689
16.1. Анемический синдром	689
16.2. Эритроцитозы	697
16.3. Миелопролиферативный синдром и лимфомы	699
16.4. Геморрагический синдром и коагулопатии	702
Тестовые задания	706
Эталоны ответов	770
Список литературы	772
Приложения	773
Приложение 1. Таблицы по синдромам для повторения и закрепления полученных знаний	773
Приложение 2. Таблицы для определения электрической оси сердца	809

Глава 2

ЖАЛОБЫ И АНАМНЕЗ

В этой главе рассмотрен самый первый этап общения врача с пациентом. В него входят мнение больного о самом себе, ощущения, обусловленные патологическим процессом (жалобы), история заболевания и история жизни, которые пациент сообщает врачу в вербальной форме. С этого раздела начинается общение врача с пациентом, которое завершается оформлением информации, полученной от пациента, в виде истории болезни — основного медицинского документа во врачебной деятельности. Для удобства изучения жалобы разделены по органам и системам.

2.1. ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ О СБОРЕ ЖАЛОБ И АНАМНЕЗА

Сбор жалоб и анамнеза (от греч. *anamnesis* — воспоминание) — первый этап обследования больного. Значение информации, полученной в этом разделе, для выявления синдрома, а затем и для постановки правильного диагноза трудно переоценить. Умело собранные и правильно интерпретированные жалобы позволяют приблизительно в 70% случаев сделать правильное предположение об имеющейся патологии уже на этапе беседы с пациентом.

Сбор субъективной информации складывается из следующих разделов (желательно именно в этом порядке):

- ▶ паспортной части;
- ▶ сбора и детализации жалоб (на момент осмотра или на последние дни);
- ▶ сбора общего анамнеза (лат. *anamnesis communis*);
- ▶ сбора анамнеза заболевания (лат. *anamnesis morbi*);
- ▶ сбора анамнеза жизни (лат. *anamnesis vitae*).

После получения информации по этим разделам врач делает предварительное заключение о характере патологического процесса и переходит к объективным методам исследования.

В паспортную часть входит следующая информация: фамилия, имя и отчество пациента, его пол, возраст, место жительства, место работы, занимаемая должность. Как правило, врач не собирает эту информацию, так как не оформляет амбулаторную карту пациента или историю болезни при стационарном лечении. Он пользуется уже готовой информацией, которую записали при оформлении амбулаторной карты в регистратуре поликлиники или в приемном отделении стационара. Как правило, информация, которая может помочь в диагностике, содержит раздел «место работы и занимаемая должность». Пример из практики.

Пример недооценки значимости паспортной части истории болезни. Пациентка М., 39 лет, поступила в клинику с предварительными диагнозами «пневмония», «легочный васкулит». Жалобы на одышку смешанного характера (затруднен и вдох, и выдох), незначительный кашель без мокроты и «серьезные» рентгенологические изменения в легких. За последние более чем полгода было проведено несколько амбулаторных и стационарных обследований по поводу имеющихся клинических и, особенно, рентгенологических признаков патологии легких (в том числе и в тубдиспансере), но диагноз так и не был выставлен. На вопрос «В чем заключается Ваша работа?», следовал ответ: «Сажу возле аппарата, жму на кнопки, снимаю показания с экрана монитора». Когда ситуация зашла в тупик, начался детальный анализ всей информации о больной. Оказалось, что загадочная аббревиатура ее места работы, записанной в истории болезни, ОКПЗМЛК (приведен случайный набор букв) — это мукомольная фабрика, где она «жмет на кнопки и снимает показания». Следует признать, что пациентка осознанно скрывала эту информацию (боялась потерять хорошо оплачиваемую работу). Дальнейшее выяснение условий работы привело к тому, что «кнопки еще надо было рассмотреть из-за мучной пыли», «респиратор часто снимала из-за невозможности дышать»... После этого связь профессиональной деятельности пациентки с ее болезнью стала очевидной. Следовательно, врач должен знать возможные профессиональные вредные факторы или выяснять у пациента вредные факторы на его предприятии, о которых он знает. Наиболее распространенными вредными производствами являются шахты, химические, металлургические производства и др.

Сбор жалоб можно условно разделить на четыре этапа:

- 1) больной рассказывает врачу о своих жалобах;
- 2) врач анализирует жалобы, выделяя из них основные (ведущие) и второстепенные;
- 3) врач детализирует жалобы, начиная с основных (ведущих);
- 4) врач анализирует жалобы и делает предварительное заключение.

Этап 1. После знакомства с пациентом и выяснения общей информации о нем (возраст, место работы и проживания) врач дает возможность больному рассказать о своих ощущениях *на сегодняшний день или за последнее время*. Обстановка во время расспроса должна быть максимально доброжелательной. Задача врача во время этого этапа выяснить жалобы, имеющиеся у пациента. Важно помнить, что не только врач собирает жалобы, оценивает эмоциональное состояние пациента, параллельно проводит его осмотр. То же самое делает и пациент. Он тоже оценивает врача (особенно при первой встрече). Оценивает практически все: способность свободно общаться, логичность задаваемых вопросов, одежду, прическу, запахи, в целом внешний вид врача. В силу этого беседа должна быть эмоционально спокойной и комфортной (она не должна превращаться в допрос). Именно поэтому во все времена врачам рекомендован консерватизм в одежде, прическе и т.д. На этом этапе желательно дать пациенту высказаться — в начале беседы в основном говорит пациент. Он не случайно приходит к врачу, «собирается с мыслями», готовит своеобразную «тронную речь» (многие больные даже записывают свои жалобы и вопросы к врачу, чтобы ничего не забыть). У кого-то эта речь занимает несколько фраз, а кто-то готов произносить ее десятки минут. Вторая ситуация недопустима из-за ограниченности времени, выделенного врачу на общение с одним пациентом. По этой причине желательно после первых фраз взять беседу в свои руки, задавать конкретные вопросы и получать на них ответы. Если больной не отвечает

на поставленный вопрос, необходимо поставить вопрос в другой форме, но все-таки получить ответ. Важно, чтобы больной сам нашел то слово, которое, по его мнению, лучше всего описывает его ощущения (врач не должен предлагать варианты ответов, ускоряя беседу). Недопустимо в беседе с пациентом использовать медицинскую терминологию. Даже если врач общается с коллегой, необходимо вести беседу обычными словами. Как показывает опыт, врачи могут по-разному понимать некоторые термины, что в итоге приводит к путанице и искажению клинической картины заболевания. Однако запись в истории болезни врач ведет уже с использованием медицинской терминологии. Многие пациенты начинают свой рассказ с того, когда и как они заболели, то есть они сразу переходят уже в раздел «история заболевания». В этом есть своя логика. Вместе с тем структура истории болезни построена таким образом, что вначале описывают жалобы в течение последнего времени (раздел «жалобы»), а потом идет раздел «история заболевания». В большинстве случаев врачу удается направить беседу в нужное ему русло. Если это сделать не получается (некоторые пациенты не могут быстро перестроиться), то тогда в беседе сначала будет обсужден анамнез заболевания, а уже потом изложены жалобы за последнее время. Это делается для экономии времени врача. В оформлении (написании) истории болезни ничего не поменяется. Первым разделом останется раздел «жалобы», а потом уже пойдет раздел «анамнез заболевания» (врач просто поменяет хронологию беседы местами).

Этап 2. Разделение сбора жалоб на этапы условно. Врач, выслушивая жалобы, сразу решает и другие задачи. В частности, на основании рассказа больного врач выделяет основные (главные, ведущие) жалобы и второстепенные. Первые, как правило, имеют решающее значение для диагностики, так как в них отражены основные проявления патологического процесса и часто его локализация. Второстепенные жалобы имеют значительно меньшее диагностическое значение, особенно если их оценивать в отрыве от основных. Жалобы на главные и второстепенные врач мысленно разделяет в процессе беседы, не сообщая об этом пациенту. К основным жалобам относятся *боль, одышка, кашель, кровохарканье, рвота, понос, потеря сознания, кровотечение* и др. Эти жалобы считают основными потому, что именно по ним (после их детализации) врач может предположить наличие определенного заболевания или синдрома. Разделить жалобы на основные и второстепенные не сложно. Пациент практически всегда начнет с того, что его серьезно беспокоит, то есть с основных жалоб. К второстепенным жалобам можно отнести слабость, быструю утомляемость, «разбитость». При анализе второстепенных жалоб невозможно сделать даже приблизительные выводы и предположения об имеющейся патологии. Например, пациент предъявляет единственную жалобу — «слабость». Список заболеваний, протекающих с жалобой «слабость», огромен. Такая ситуация потребует от врача проведения большого объема лабораторных и инструментальных исследований для выявления патологии.

Этап 3. Сходство субъективных проявлений (ощущений больного) при различных заболеваниях делает необходимым детализировать предъявленные жалобы. Для этого врач старается уточнить особенности каждой жалобы: локализацию (если это боль), время возникновения, причины возникновения

и стихания, продолжительность и т.д. При сборе жалоб очень важна детализация. Одни и те же жалобы характерны для разных заболеваний. Например, жалобы «одышка» или «боль» без их детализации мало что значат. Список заболеваний, сопровождающихся одышкой, достаточно длинный, как и список механизмов ее возникновения (см. начало раздела 2.2). С этой жалобой могут протекать заболевания дыхательной системы, сердечно-сосудистая, эндокринная патологии, заболевания почек, нервной системы и др. Неприятной для врача ситуацией может оказаться невнимательность пациента. На вопросы, детализирующие жалобу, врач получает ответ: «Не помню», «Не обращал внимания».

Этап 4. Правильная интерпретация жалоб еще более важный этап, чем сбор жалоб. Можно качественно собрать всю информацию, необходимую для правильных выводов, но так и не воспользоваться ею, так и не сделать эти выводы. Время, потраченное на сбор жалоб, их детализацию и правильный анализ, как правило, окупается сторицей, так как дает возможность уже на этом этапе сделать обоснованное предположение об имеющемся синдроме, а нередко и о заболевании. Это полностью зависит от врача. От уровня его знаний, от многообразия патологии, известной ему. И если на этом этапе будут сделаны ошибки, то это будут самые неприятные (обидные) для врача случаи, потому что может оказаться, что он знал и ту патологию, которая была выдвинута в качестве диагноза ошибочно, и ту, которая была истинной.

Пример ошибочной интерпретации жалоб. Пациент М., 69 лет, жалуется на неинтенсивную пекущую боль за грудиной, возникающую при физической нагрузке (работе в огороде, прежде всего при прополке). Боль без иррадиации, прекращается через несколько минут после отдыха. Формально все признаки указывают на стенокардию (боль, обусловленную ишемией миокарда, из-за сужения коронарной артерии). Однако некоторых «классических» признаков не хватает: например, иррадиации в левую руку или плечо. Но в реальной врачебной практике «классическая» боль встречается далеко не всегда. Основные признаки присутствуют — боль соответствующей локализации и связь этой боли с физической нагрузкой. И возраст, казалось бы, подходящий (атеросклероз коронарных артерий выражен обычно у людей в возрасте). Этот диагноз и был выставлен. Однако лечение, назначенное кардиологом, не дало никаких результатов. В чем была ошибка? Если читателю известно, что такое прополка, то эту работу сложно назвать «физической нагрузкой». При прополке более реальными жалобами были бы боли в пояснице (которые тоже отмечались у больного, но для него они уже стали привычными ощущениями за многие годы работы в огороде). Врач пошел на поводу у больного и принял его точку зрения о причинно-следственной связи основного симптома: нагрузка приводит к боли. Чтобы избежать ошибки, необходимо было выяснить, какую еще (желательно максимальную) физическую нагрузку он испытывает в своей повседневной деятельности. Оказалось, что тяжелее всего ему было преодолеть мост-переход над железнодорожным полотном (вверх 49 ступенек — он их давно пересчитал). Причем преодолевал он эти ступеньки, толкая велосипед и еще не менее 40 кг, прикрепленных к этому велосипеду (возил овощи и фрукты на рынок). Эта нагрузка вызывала невыраженную одышку, из-за которой он отдыхал около минуты. При этом никакой боли не испытывал. Вот это и есть ключевой момент. Минимальная нагрузка (прополка) дает пекущую боль за грудиной, а значительная — не дает. Дальнейшее обследование выявило рефлюкс (заброс) содержимого желудка в пищевод при наклоне туловища, что и приводило к появлению пекущей боли за грудиной. Существует прекрасное, проверенное временем врачебное правило: *«Не помогает лечение — ищи другую болезнь»*.

Необходимо помнить и следующее. Редко, но случается, что пациенты осознанно вводят врача в заблуждение, рассказывают о жалобах, которых на самом деле нет, или явно преувеличивают их выраженность.

Еще раз напомним наиболее важные моменты этого раздела:

- ▶ собирайте информацию от пациента, соблюдая определенную очередность (сначала жалобы, а потом история заболевания), хотя иногда ее можно поменять местами;
- ▶ не предлагайте пациенту варианты ответа, сокращая время беседы, пусть он сам подберет нужные слова для описания своих жалоб;
- ▶ добивайтесь конкретного ответа на конкретный вопрос;
- ▶ не используйте в беседе медицинскую терминологию;
- ▶ каждую существенную жалобу анализируйте отдельно (нежелательно спрашивать, например, о боли и одышке параллельно — можно упустить детали каждой из жалоб);
- ▶ к детализации жалоб подходите творчески, не идите на поводу у больного («доктор у меня болит желудок», «у меня стенокардия» и т.п. — такие фразы нельзя воспринимать напрямую).

Врач, разбирающийся в предполагаемой патологии, обычно задает пациенту большое количество вопросов, ищет уточнения — для него это важно потому, что он знает много сходных синдромов или похожих болезней. Это один из позитивных критериев оценки врача пациентом: «Он меня так долго расспрашивал...»

Знание многообразия причин и механизмов возникновения любой из жалоб необходимо для понимания особенностей и выявления патологического процесса у конкретного больного.

Приведем примеры правильного и неправильного описания жалоб в истории болезни.

Неправильное (неполное) описание жалоб. «Жалобы на боль в области сердца, одышку». Это совершенно недопустимое описание жалоб. Такую запись можно увидеть во многих амбулаторных картах или в историях болезни стационаров. И тем не менее вывод об имеющейся патологии может быть сделан верно. Здесь могут быть два варианта объяснения: 1) детализация жалоб была проведена, но врач сэкономил время на описании (все расспросил, но не стал подробно записывать — не самый худший вариант); 2) врач записал именно то, что и спросил, — детализации не было. С юридической точки зрения ни первый врач, ни второй не сделал свою работу качественно. Судя по таким записям, ни первый врач, ни второй формально не мог выдвинуть правильную диагностическую гипотезу.

Полное (правильное) описание жалоб. «Жалуется на боль за грудиной, обычно давящего характера, интенсивную, возникающую при ходьбе, подъеме на 2–3-й этаж. Продолжительность боли — 2–3 мин. После возникновения боли необходимо обязательно остановиться: “дальше не могу сделать и шага”. Боль отдает (в истории болезни уже допустимо написать — иррадирует) в левую лопатку и в левый плечевой сустав. Боль проходит после 1–2 мин отдыха. На фоне боли появляется одышка, характер одышки (на вдохе или на выдохе) уточнить не может».

Следующий раздел истории болезни — это **общий анамнез**. На самом деле этого раздела нет в реальной истории болезни, но он важен. Смысл этого

раздела в том, чтобы расспросить пациента (уже активно задавая вопросы) о его ощущениях. Почти каждый больной при таком расспросе вспомнит, что у него есть еще какие-то жалобы, о которых он забыл или не посчитал их важными. Этот раздел редко дает какую-то значимую информацию. Однако если врач заходит в тупик в диагностике, необходимо использовать этот раздел. Иногда информация из этого раздела может превзойти по важности даже ту информацию, которую врач получил при сборе жалоб. В студенческих историях болезни этот раздел используют как обучающий. Практика расспроса и общения с больными всегда важна для начинающих.

Анамнез заболевания — важная часть общения с пациентом. В ряде случаев анамнез заболевания становится важнее, чем жалобы на данный момент. Для некоторых заболеваний динамика патологического процесса настолько типична, что именно на этом этапе можно обоснованно предположить синдром или даже заболевание. Врач должен получить следующую информацию:

- ▶ когда началось заболевание;
- ▶ с каких симптомов началось заболевание;
- ▶ что, по мнению больного, спровоцировало это заболевание;
- ▶ какова была динамика симптомов (какие симптомы исчезали, какие появлялись, какие усиливались, какие ослабевали);
- ▶ какие обследования были проведены ранее (результаты обследования следует анализировать не со слов пациента, а из амбулаторной карты), какой диагноз был выставлен, какое лечение назначалось (названия препаратов и, если необходимо, их дозы), с каким эффектом;
- ▶ какова причина нынешнего обращения к врачу.

Описывать нужно именно состояние пациента, его ощущения, а не его перемещения из одной больницы в другую или сроки пребывания в различных стационарах. Если уже были проведены какие-либо лабораторные и/или инструментальные исследования, которые имеют значение для постановки диагноза (синдрома), то результаты этих исследований должны быть приведены в этом разделе (не дословно, а только наиболее значимые цифры или выводы). Качественно написанным этот раздел можно считать тогда, когда у врача, который не писал эту историю болезни, не возникает дополнительных вопросов по полноте представленной информации и он узнает патологию, которая описана. Как решить вопрос о том, какое заболевание описывать в истории болезни, если у пациента 3–4 заболевания. Сделать это несложно. В истории заболевания описывают ту болезнь, которая на данный момент беспокоит пациента в наибольшей степени. Второй принцип выбора — анализ состояния пациента специалистом в определенной области медицины (так называемым «узким специалистом»). В этом случае специалист описывает жалобы и анамнез заболевания только «своей» патологии (даже если она не выходит на первый план). Другие заболевания, имеющиеся у больного, перечисляют в анамнезе жизни.

Анамнез жизни. В этом разделе описывают всю информацию о здоровье пациента, которая не вошла в анамнез заболевания. Место рождения, особенности развития в детстве. Заболевания в детстве. Физическое развитие в дошкольные, школьные годы. Часто повторяющиеся заболевания (например, острые респираторные вирусные инфекции, ангины, пневмонии). Заболевания, потребо-

вавшие стационарного лечения (травмы, операции и т.п.). Заболевания, легко передаваемые от человека человеку (гепатиты, туберкулез, тифы, малярия, венерические болезни, вирус иммунодефицита человека). Переливания крови. Наследственные заболевания, встречающиеся у кровных родственников. Непереносимость лекарственных препаратов. Вредные привычки (табакокурение, употребление наркотиков, злоупотребление алкоголем).

2.2. ЖАЛОБЫ ПРИ ПАТОЛОГИИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Одышка — субъективное ощущение нехватки воздуха, заставляющее человека дышать глубже и/или чаще. В большинстве случаев увеличение глубины и частоты дыхания призвано создать оптимальные условия для существования организма при данном уровне метаболизма, поэтому одышка, как правило, возникает при физической нагрузке. Такую одышку принято считать *физиологической*.

В ряде случаев дыхательная или сердечно-сосудистая система не может обеспечить необходимое парциальное напряжение кислорода и углекислого газа (pO_2 и pCO_2) в крови, что приводит к появлению одышки при незначительной физической нагрузке или даже в покое. Такую одышку следует считать *патологической* и рассматривать как проявление какого-либо патологического процесса. Во многих случаях одышка имеет прямое отношение к патологии именно дыхательной системы. Однако было бы неправильно считать патологию дыхательной системы единственной причиной одышки. Одышка может возникать в различных ситуациях.

1. При истерии, неврозе, стрессовых ситуациях и т.п. (в этих случаях одышка обычно является субъективной, так как значительного увеличения глубины и частоты дыхания не происходит). В стрессовых ситуациях одышка готовит организм к предстоящей двигательной активности («бей или беги»), а значит, к более высокому уровню метаболизма. У человека эта приспособительная реакция реализуется нечасто и не в полной мере.

2. При поражении скелета грудной клетки (анкилозирующий спондилит, ушиб грудной клетки, перелом ребер и т.п.). В этих случаях одышка обусловлена либо ограничением движения ребер (при анкилозирующем спондилите), либо болью, которая ограничивает глубину дыхания (при травме).

3. При поражении дыхательной мускулатуры (травма или нарушение иннервации диафрагмы, ботулизм, выраженные миастении). Дыхание (прежде всего вдох) невозможно без работы дыхательных мышц (прежде всего инспираторных).

4. При высоком уровне стояния диафрагмы (ожирение, метеоризм, асцит, поздние сроки беременности и др.). Высокий уровень стояния диафрагмы ограничивает расправление легких во время вдоха (то есть ограничивается диафрагмальное дыхание).

5. При ацидозе (например, при диабетической коме или при поражении канальцевого аппарата почек). В этом случае возникает значительное увеличение глубины и частоты дыхания, что напоминает дыхание Куссмауля. Цель гипервентиляции — уменьшение ацидоза путем удаления из организма CO_2

и снижения $p\text{CO}_2$ в крови. CO_2 образуется из угольной кислоты (H_2CO_3 распадается на воду и CO_2).

6. При нарушении транспорта O_2 и CO_2 . Эта ситуация возникает при некоторых анемиях, отравлении угарным газом (СО). Снижение $p\text{O}_2$ в крови приводит к увеличению глубины и частоты дыхания из-за активации дыхательного центра (ДЦ).

7. При нарушении регуляции внешнего дыхания (ушибы, опухоли головного мозга, лекарственные препараты, влияющие на ДЦ, и др.). Эти факторы могут приводить к резкому угнетению дыхания, вплоть до его полной остановки.

8. При нарушении кровообращения [приобретенные заболевания, поражающие левые отделы сердца, врожденные пороки сердца (ВПС) и сосудов]. Большая группа болезней, приводящая к нарушению легочного и системного кровообращения или к смешиванию артериальной и венозной крови.

9. Патология дыхательной системы (причины возникновения одышки представлены ниже).

Большинство из представленных факторов не имеют прямого отношения к патологии бронхов или легких, но влияют на дыхательную систему:

- ▶ ограничивая вентиляцию легких (пункты 2, 3, 4);
- ▶ изменяя работу ДЦ (5, 6, 7) и др.

Причины одышки, обусловленные патологией дыхательной системы

1. Нарушение проходимости бронхов возникает при:

- ▶ спазме (обструкции) бронхов (бронхиальная астма или хронический обструктивный бронхит);
- ▶ утолщении слизистой оболочки бронхов (чаще при хроническом бронхите);
- ▶ скоплении секрета в просвете бронхов (чаще при бронхитах и бронхоэктатической болезни, реже при бронхиальной астме);
- ▶ перекрытии просвета или сдавлении бронха(-ов) (инородное тело в просвете бронха, перекрытие бронха опухолью или сдавление бронха опухолью, жидкостью при гидротораксе или воздухом при пневмотораксе).

2. Выключение (временное или стойкое) большого количества альвеол из газообмена:

- ▶ удаление доли легкого (лобэктомия) или всего легкого (пульмонэктомия);
- ▶ инфильтративные процессы (например, долевая пневмония);
- ▶ спадение легкого или его доли (ателектаз);
- ▶ сдавление легкого (массивный пневмоторакс, гидроторакс) и др.

3. Нарушение эластических свойств легочной ткани:

- ▶ перерастяжение легких при снижении эластических свойств (эмфизема легких);
- ▶ недостаточное расправление легких при повышении эластических свойств (при фиброзе легких).

4. Ограничение расправления легочной ткани, обусловленное внелегочными факторами:

- ▶ поражение грудной клетки и дыхательной мускулатуры (см. пункты 2, 3, 4 предыдущего списка);
- ▶ экссудативный и адгезивный (слипчивый) плеврит;
- ▶ высокое стояние диафрагмы (ожирение, метеоризм, асцит и др.).

Для выявления причин одышки немалую роль играет детализация этой жалобы.

Детализируя одышку, врачу необходимо выяснить:

- ▶ фазу, в которую нарушено дыхание (одышка экспираторная, инспираторная или смешанная);
- ▶ интенсивность и продолжительность одышки;
- ▶ факторы, провоцирующие одышку (физическая нагрузка, химические вещества, лекарства, положение тела, кашель, боль и др.);
- ▶ факторы, облегчающие или устраняющие одышку (определенное положение тела, лекарственные препараты, выделение мокроты и др.);
- ▶ сочетается ли одышка с другими жалобами (одышка предшествует появлению кашля или наоборот; одышка появляется при отечности ног; одышка появляется при возникновении боли в грудной клетке и т.д.);
- ▶ появляется (усиливается) или исчезает (ослабляется) одышка в определенное время года, после приема каких-либо лекарств и т.д.

Важно установить затруднен вдох или выдох. Затруднение вдоха (**инспираторная одышка**) характерно для:

- ▶ заболеваний, ограничивающих расправление легочной ткани (например, при накоплении жидкости в плевральной полости);
- ▶ инфильтративных заболеваний легких (например, пневмонии);
- ▶ инородного тела в просвете бронха;
- ▶ сердечной (левожелудочковой) недостаточности.

Затруднение выдоха (**экспираторная одышка**) возникает при спазме, отеке слизистой оболочки бронхов, то есть при бронхиальной обструкции (наиболее яркий пример — приступ бронхиальной астмы). **Смешанная одышка** возникает при:

- ▶ эмфиземе легких;
- ▶ выраженном пневмосклерозе;
- ▶ выраженном сужении голосовой щели или трахеи.

В последнем случае возникает шумное дыхание (**стридорозное дыхание**). Следует помнить, что многие больные не в состоянии оценить фазу, в которую нарушено дыхание.

При некоторых заболеваниях одышка имеет настолько характерные особенности, которые почти не оставляют сомнений в диагнозе (например, при приступе бронхиальной астмы).

Кашель — это сложный рефлекторный акт, проявляющийся резким ускорением выдоха (прежде всего из-за сокращения мышц живота) и возникающий при раздражении слизистой оболочки воздухоносных путей мокротой, инородными телами (пища и т.д.), при воспалении, развитии опухоли и других процессах. Следовательно, кашель — это защитный механизм, который способствует сохранению нормальной проходимости бронхов на любом уровне.

При появлении кашля необходимо выяснить:

- ▶ кашель постоянный или периодический;
- ▶ в какое время суток возникает или усиливается;
- ▶ выделяется ли во время кашля мокрота или кашель «сухой»;
- ▶ продолжительность и интенсивность кашля;

- ▶ тембр звуков, возникающих при кашле (лучше оценивать объективно, а не со слов больного);
- ▶ причины, приводящие к исчезновению или ослаблению кашля;
- ▶ связь кашля с другими проявлениями болезни (одышка, боль в грудной клетке и т.д.).

При выделении мокроты во время кашля важно уточнить:

- ▶ количество мокроты за сутки и время ее выделения (только утром или в течение всего дня);
- ▶ интенсивность кашля и положение туловища, в котором мокрота отходит лучше (особенно при выделении большого количества мокроты);
- ▶ цвет мокроты (слизистая, «стекловидная», желтая, зеленовато-желтая, розовая, с прожилками крови и т.д.);
- ▶ запах мокроты (без запаха или зловонная);
- ▶ возможное расслоение мокроты при ее собирании в прозрачную емкость (наблюдается в случае хронической полости в легком, при бронхоэктатической болезни и др.).

Кашель отмечается при большинстве заболеваний дыхательной системы. Так, сухой кашель (то есть без выделения мокроты) характерен для бронхита, некоторых вариантов туберкулеза легких, начальной стадии рака легкого, начальной стадии абсцесса легкого, поражения внутригрудных лимфатических узлов и др. На поздних стадиях многих из представленных заболеваний мокрота начинает появляться и нередко в больших количествах (абсцесс легкого, кавернозный туберкулез, рак легкого в стадии распада опухоли и др.). Выделение большого количества мокроты (иногда до 1,5–2 л в сутки) указывает на ее скопление в полости, расположенной в легком (абсцесс, туберкулезная каверна и др.) или в расширенных бронхах (bronхоэктазах). При выделении значительного количества мокроты необходимо уточнить положение, в котором мокрота отходит лучше. Обычно больной занимает положение на боку, противоположном пораженной стороне, что улучшает движение мокроты по дренирующему бронху.

Многие больные настолько привыкают к неинтенсивному кашлю (покашливанию), что не замечают его и не указывают в жалобах. Наиболее часто это встречается при бронхитах (например, бронхите курильщиков). В других случаях кашель бывает очень интенсивный. Приступы кашля становятся продолжительными и могут сопровождаться активизацией рвотного рефлекса, головокружением, цианозом, одутловатостью лица, расширением шейных вен.

Кровохарканье — выделение крови с мокротой. Количество крови в мокроте может быть минимальным (прожилки, «кровяные нити», розовая мокрота) или быть выраженным (мокрота полностью окрашена в красный цвет). Кровохарканье является, как правило, той жалобой, которая заставляет больного обратиться к врачу без промедления. Задача врача в этой ситуации установить причину возникновения крови в мокроте и ответить на принципиальный вопрос: источник кровотечения расположен в легких или за их пределами (носоглотка, полость рта, пищевод, желудок). Для решения этого вопроса выясняют наличие кашля (его интенсивность и продолжительность) перед кровохарканьем, цвет крови в мокроте (алая или вишневая), наличие пенистой мокроты.

Для легочного кровотечения характерен так называемый легочный анамнез, то есть наличие у больного кашля, одышки, эпизодов кровохарканья и др. В некоторых случаях (например, через несколько дней после тромбоэмболии ветвей легочной артерии — ЛА) мокрота может стать темно-красной (вишневой). При крупозной пневмонии характерно выделение коричневатой («ржавой») мокроты из-за наличия в ней гемосидерина (продукта распада эритроцитов).

Существует несколько механизмов появления крови в мокроте, основные из которых:

- ▶ деструкция кровеносных сосудов при патологическом процессе в бронхе или легочной ткани;
- ▶ эмболия ветвей ЛА;
- ▶ повышение давления крови в малом круге кровообращения (патология левых отделов сердца).

Последний механизм более характерен для венозного полнокровия легких при пороках митрального клапана (особенно при стенозах), поражении миокарда левого желудочка (ЛЖ). При этом мокрота становится розовой, пенистой или полностью окрашивается кровью.

Кровохарканье чаще всего возникает при тромбозе или эмболии ветвей ЛА, абсцессе легкого, бронхоэктатической болезни, туберкулезе легких, раке легкого, вирусной пневмонии, травме легкого. Для других заболеваний кровохарканье не характерно, но может появляться в определенных условиях (например, при выраженном истончении слизистой оболочки бронхов на фоне хронического бронхита). Большинство заболеваний дыхательной системы, при которых появляется кровохарканье, являются хроническими, поэтому существенное значение в выяснении причины кровохарканья может иметь анамнез заболевания.

Боль в грудной клетке. Причин возникновения боли в грудной клетке еще больше, чем причин появления крови в мокроте. Основные из них:

- ▶ заболевания сердца и перикарда [ишемическая болезнь сердца (ИБС), перикардит и др.];
- ▶ поражение органов средостения (опухоли, воспаление);
- ▶ поражение дыхательной системы (прежде всего плевры);
- ▶ поражение позвоночника и ребер (воспалительные и дегенеративные изменения позвоночника, приводящие к так называемому грудному радикулиту, воспаление грудино-реберных сочленений, травмы, опухоли, метастазы и др.);
- ▶ поражение кожи (рожистое воспаление, *herpes zoster* и др.);
- ▶ патология пищеварительного тракта (различные процессы в пищеводе, кардиальном отделе желудка, печени и др.);
- ▶ поражение межреберных мышц и диафрагмы (например, воспаление мышц, диафрагмальные грыжи) и др.

Боль, обусловленная поражением легких и плевры, имеет свои особенности, которые можно выявить при детализации этой жалобы. Одной из наиболее частых причин боли при патологии дыхательной системы является поражение плевры. При воспалении плевры движение висцерального листка плевры относительно париетального становится болезненным. Для плевральной боли характерны большая интенсивность и колющий характер, но самое главное —

усиление боли при вдохе, кашле, чихании; боль ослабляется в положении лежа на пораженной стороне или сидя с наклоном в пораженную сторону, когда пациент обхватывает и сжимает пораженную половину грудной клетки руками. Таким положением больной добивается минимального участия пораженного легкого в акте дыхания, а значит, и минимальной амплитуды движения висцерального листка плевры относительно париетального. При поражении реберного участка плевры боль может быть локализована в латеральных участках грудной клетки или в области лопаток (пациенты называют ее «боль в боку»). При поражении диафрагмальной плевры боль может быть сосредоточена за пределами грудной клетки (как правило, в животе), что приводит к диагностическим ошибкам. Возможны случаи, когда плевральная боль усиливается при повороте или наклоне туловища, что делает ее похожей на боль при поражении позвоночника.

При некоторых заболеваниях легких боль носит более монотонный (постоянный) характер и мало зависит от дыхания или кашля (например, при абсцессе легкого, раке легкого).

2.3. ЖАЛОБЫ ПРИ ПАТОЛОГИИ СЕРДЦА И СОСУДОВ

Субъективные ощущения имеют большое значение для выявления различных заболеваний сердца и сосудов. Несмотря на индивидуальность ощущений, большинство больных, страдающих одним и тем же заболеванием, предъявляют сходные жалобы. Принципиально важно не только максимально подробно и точно выявить субъективные ощущения больного, но и правильно их интерпретировать. Информация, получаемая врачом при сборе жалоб и анамнеза, позволяет в 70–75% случаев сделать правильное предположение об имеющейся патологии.

Методика сбора жалоб при патологии сердца и сосудов такая же, как и при заболеваниях других органов:

- ▶ собрать жалобы;
- ▶ выделить основные и второстепенные;
- ▶ детализировать жалобы;
- ▶ проанализировать жалобы.

Наиболее часто при заболеваниях сердца и сосудов пациенты жалуются на боль в грудной клетке (реже другой локализации), одышку, сердцебиение и перебои в работе сердца, отеки. Реже при болезнях сердца и сосудов встречаются головокружение, потеря сознания, кровохарканье, боль в правом подреберье, увеличение живота и некоторые другие жалобы. Рассмотрим подробнее наиболее часто встречающиеся из них.

Боль — одна из наиболее важных для диагностики и наиболее часто встречающихся жалоб не только при заболеваниях сердца и сосудов. Большую роль играет детализация жалоб. Представленная ниже схема детализации боли не только относится к патологии сердца или сосудов, но и имеет универсальный характер (то есть такую же схему можно применить при детализации боли, связанной с другой патологией).

1. Локализация — первое, что необходимо уточнить, если прозвучала жалоба «боль». При заболеваниях сердца и сосудов боль чаще всего локализуется в:

- ▶ грудной клетке — при ишемии и инфаркте миокарда (ИМ) чаще за грудиной или в области сердца; при воспалении перикарда обычно по контуру сердца; при расслоении аневризмы восходящего отдела аорты за грудиной; в случае расслоения аневризмы грудного отдела аорты характерна боль в спине и др.;
- ▶ голове — при артериальной гипертензии (АГ) чаще в затылочной области; при поражении сосудов головного мозга;
- ▶ животе — при ишемии и ИМ (особенно заднедиафрагмальной стенки — так называемый *абдоминальный вариант*), ишемии желудка и кишечника в случае сужения или тромбоза мезентериальных артерий, тромбозе сосудов почек, увеличении печени при ее венозном полнокровии (правожелудочковая или тотальная СН) и др.;
- ▶ пояснице — при тромбозе сосудов почек, расслоении аневризмы брюшного отдела аорты;
- ▶ нижних конечностях — при нарушении кровотока по артериям (атеросклероз, эмболия, аортоартериит и др.).

2. Характер боли может быть разнообразным. *Давящая* или *сжимающая* боль в грудной клетке (обычно за грудиной) характерна для стенокардии, *пекущая* — для ИМ, *колющая* — для перикардита.

3. Интенсивность боли может быть различной: *интенсивные боли* при ИМ и острой ишемии миокарда, *неинтенсивные боли* могут быть при большинстве заболеваний сердца [перикардитах, миокардитах, кардиомиопатиях (КМП) и др.].

4. Иррадиация — это направление отражения боли из места ее начальной локализации. Наиболее характерна иррадиация боли при ишемии миокарда (приступе стенокардии) в область левой лопатки, левой руки, левой половины шеи и левой половины нижней челюсти. Для некоторых заболеваний (например, перикардитов) иррадиация боли не характерна.

5. Продолжительность боли может быть различной. Она может длиться:

- ▶ несколько секунд (например, при поражении грудного отдела позвоночника с кардиалгией);
- ▶ несколько минут (например, во время приступа стенокардии);
- ▶ несколько часов (при ИМ, кардиалгии, перикардите и др.);
- ▶ несколько дней (при кардиалгии, перикардите).

Указанная продолжительность боли является ориентировочной и может существенно изменяться. Так, при ИМ боли могут продолжаться от нескольких минут, напоминая стенокардию, до нескольких дней. Однако наиболее характерная продолжительность — несколько часов. При поражении позвоночника боли в области сердца могут быть длительными.

6. Факторы, провоцирующие боль, — это одна из наиболее важных характеристик боли, позволяющая выявить закономерность ее появления. Так, боль *при ишемии миокарда* (приступе стенокардии) провоцируется физической или эмоциональной нагрузкой; *при поражении позвоночника* боль в области сердца вызывают движения туловища и головы (наклоны, повороты); *при ишемии*

нижней конечности (так называемая «*перемежающаяся хромота*») боль в ноге появляется во время продолжительной ходьбы; *при перикардите* боль не связана с провоцирующими факторами. В ряде случаев уточнение фактора, провоцирующего боль, имеет большее диагностическое значение, чем предыдущие пять пунктов.

7. Факторы, купирующие (облегчающие) боль. Эта характеристика не менее важна, чем локализация боли или факторы, ее провоцирующие. Так, боль *при стенокардии* быстро уменьшается или исчезает после нескольких минут физического покоя или после приема нитроглицерина; *при перикардите* боль облегчается при наклоне туловища вперед; *при функциональных заболеваниях сердца* боль в области сердца может исчезать при физической нагрузке.

8. Связь боли с другими жалобами. Так, *при приступе стенокардии* одновременно с болью пациенты могут отмечать потливость, одышку, чувство страха смерти. *При перикардите* боль сочетается с одышкой. Головная боль *при выраженном повышении артериального давления* (АД) может сочетаться с головокружением, нарушением остроты зрения, слабостью.

Обратите внимание, что боль в области сердца не всегда обусловлена поражением сердца или коронарных артерий. Боль, обладающая большим сходством с болью сердечного происхождения, может наблюдаться при:

- ▶ поражении пищевода и кардиального отдела желудка (например, при раке пищевода, язве или раке кардиального отдела желудка);
- ▶ грыже пищеводного отверстия диафрагмы;
- ▶ воспалении грудино-реберных сочленений (синдром Титце);
- ▶ поражении поджелудочной железы и желчевыводящих путей;
- ▶ поражении грудного и шейного отделов позвоночника;
- ▶ поражении легких и средостения и др.

Одышка — жалоба, которая характерна для заболеваний сердца в стадии декомпенсации (то есть когда сердечно-сосудистая система не может поддерживать необходимый минутный объем кровообращения — МОК). Причина возникновения кардиогенной одышки состоит в дисфункции левых камер сердца, приводящей к венозному полнокровию легких. Одышка обычно инспираторная или смешанная, появляется или усиливается при физической нагрузке, нередко сопровождается кашлем с выделением небольшого количества вязкой мокроты, иногда с примесью крови. При выраженном венозном полнокровии легких одышка возникает в покое. Особенно часто больные отмечают выраженную одышку в горизонтальном положении по ночам (*пароксизмальная ночная одышка*, или *кардиальная астма*), из-за чего вынуждены спать сидя. В этой ситуации положение сидя является вынужденным и называется *ортпноэ*. Облегчение состояния больных в вертикальном положении объясняется уменьшением притока крови по полым венам к правым отделам сердца. Наиболее выраженная одышка возникает при отеке легких.

Сердцебиение — это жалоба, которая появляется при учащенной работе сердца (тахикардии). Оно может возникать как во время физической нагрузки, так и в покое. В одних случаях сердцебиение появляется внезапно (например, при пароксизмальных тахикардиях), а в других — при физической нагрузке. Нередко больные не ощущают даже выраженной тахикардии (150–170 сокраще-

ний в минуту), но отмечают одышку и дискомфорт или боль в области сердца, общую слабость, головокружение. Эти жалобы возникают из-за нарушения кровообращения сердца и головного мозга. Слово «сердцебиение» больные могут использовать при ощущении сильных толчков в деятельности сердца без тахикардии или возникновении перебоев (аритмии) в сердечной деятельности, поэтому при появлении жалоб на сердцебиение врачу необходимо уточнить, какой смысл больной вкладывает в это слово.

Перебои в сердечной деятельности характерны для нарушения ритма сердца. Наиболее часто эта жалоба встречается при экстрасистолии и фибрилляции (мерцании) предсердий. При экстрасистолии пациенты отмечают эпизоды замирания или «остановки» сердца с последующим сильным толчком, при фибрилляции предсердий — беспорядочный сердечный ритм.

Отеки — жалоба, которую обычно предъявляют пациенты с поражением сердца или нарушением оттока крови по венозным или лимфатическим сосудам. Отеки при заболеваниях сердца появляются в первую очередь на стопах и голенях. Вначале они минимальны, и больные их не замечают. По мере увеличения отеков больные обращают внимание на то, что во второй половине дня обувь становится тесной. На голенях появляются следы от носков. При задержке большого количества жидкости в организме отеки возникают уже на бедрах, пояснице, брюшной стенке, то есть развивается *анасарка* (тотальная отечность). Нарастание отеков, как правило, сопровождается усилением одышки и снижением работоспособности.

Головокружение наиболее часто отмечается при поражении сосудов головного мозга или при нарушении мозгового кровообращения, обусловленном нарушением ритма сердца (см. *потери сознания*).

Потери сознания характерны для различных нарушений ритма сердца, общим признаком которых являются продолжительные паузы асистолии желудочков [некоторые варианты атриовентрикулярной (АВ) и синоатриальной (СА) блокад, фибрилляция желудочков и др.]. Значительно реже потери сознания (синкопальные состояния) возникают на фоне выраженной тахикардии. Неаритмогенные причины потери сознания обусловлены малым выбросом крови в аорту (например, при аортальном стенозе), поражением сосудов головного мозга с нарушением мозгового кровообращения и др.

Кровохарканье — признак значительного повышения давления крови в венозной системе легких. Как правило, кровохарканье, вызванное застоем крови в легких, сочетается с выраженной одышкой (встречается, например, при выраженных митральных пороках). Другими причинами кровохарканья могут быть поражения сосудов легких (например, при васкулитах), деструкция легочной ткани (туберкулез легкого, рак легкого, абсцесс легкого и др.). Важно помнить о псевдолегочном кровохарканье (кровотечение при поражении пищевода, гортани, желудка и др.).

Боли в правом подреберье — типичная жалоба при правожелудочковой или тотальной СН, синдроме нижней полой вены. Эта жалоба обусловлена увеличением печени из-за ее венозного полнокровия. При ее быстром увеличении (например, при тромбозе мелких ветвей ЛА) возникает интенсивная боль, а при ее хроническом венозном полнокровии — чувство тяжести в правом подреберье.

2.4. ЖАЛОБЫ ПРИ ПАТОЛОГИИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

Поражение органов пищеварения, как правило, сопровождается многочисленными жалобами. Количество жалоб и многообразие их вариантов у пациентов с гастроэнтерологической патологией обычно превосходит субъективные ощущения больных при поражении других органов и систем. С одной стороны, многообразие жалоб увеличивает шансы врача детально представить себе картину заболевания, но с другой (при незнании механизмов их появления) — может не позволить установить возможные патогенетические связи между симптомами заболевания. Кроме того, многие симптомы патологического процесса обычно имеют различные механизмы возникновения и, следовательно, характерны для различных заболеваний (в том числе и не связанных с патологией пищеварительного тракта).

Жалобы при заболеваниях пищевода

Наиболее часто встречающимися жалобами при поражении пищевода являются боль, дисфагия, изжога, отрыжка.

Боль (эзофагалгия) — самая распространенная жалоба при поражении пищевода. Боль обычно локализуется за грудиной, реже — в шее или в межлопаточной области. Поскольку такая локализация боли характерна для многих органов, принципиально важно выявить ее связь с актом глотания. Интенсивность боли варьирует в широких пределах: от тупой, ноющей, до интенсивной, нестерпимой. Нередко интенсивные боли, возникающие при глотании, заставляют больного отказываться от пищи.

Механизм развития эзофагалгии неоднороден. Спастические боли обусловлены избыточным сокращением мышц пищевода. Они возникают при интенсивной перистальтике пищевода, ахалазии кардии (несмыкание нижнего пищеводного сфинктера) и обычно описываются больными как «схваткообразные». При воспалении слизистой оболочки пищевода (эзофагите) причина появления боли заключается в раздражении нервных окончаний слизистого и подслизистого слоев пищевода. При злокачественном новообразовании пищевода боль носит практически постоянный характер и обусловлена прорастанием опухоли в серозную оболочку пищевода или в соседние органы.

Дисфагию больные описывают как затруднение при глотании или невозможность сделать глоток, нарушение прохождения пищи по пищеводу или ощущение ее остановки в пищеводе.

Затруднение глотания пищи может возникать из-за процессов, происходящих в ротовой полости, глотке и пищеводе, поэтому проблему нарушенного глотания врач должен рассматривать шире, чем только поражение пищевода. Различные воспалительные заболевания полости рта и носоглотки (стоматит, тонзиллит, ларингит, недостаточное выделение слюны при болезни Шёгрена и др.) могут вызвать дисфагию. Тяжелое нарушение глотания наблюдается при многих заболеваниях центральной нервной системы и поражении мышц глотки. В основе этого варианта дисфагии лежит нарушение иннервации, а следовательно, и синхронного сокращения мышц глотки при глотании. Причиной развития такого варианта дисфагии является поражение ствола головного мозга,

в котором расположены зоны, ответственные за иннервацию мышц глотки (так называемый «глотательный центр»). При некоторых заболеваниях, поражающих скелетную мускулатуру, например при дерматомиозите, также возникает дисфагия. При нарушении функционирования мышц глотки пища часто попадает в носоглотку. Нарушение глотания нередко приводит к поперхиванию и аспирации пищей верхних дыхательных путей с развитием аспирационной пневмонии или абсцесса легкого. Характерна также осиплость (нередко гнусавость) голоса.

При затрудненном глотании необходимо выяснить, насколько постоянны признаки дисфагии, каков характер пищи, вызывающей дисфагию, а также уровень дисфагии, сочетание дисфагии с другими симптомами (например, с болью). При органическом поражении пищевода дисфагия носит постоянный характер, затруднено глотание только или преимущественно плотного пищевого комка. При функциональной дисфагии глотание нарушается периодически и обычно трудности возникают при глотании только жидкой пищи (так называемая «парадоксальная дисфагия»). Уровень нарушения прохождения пищи большие, как правило, указывают достаточно точно. Определенную помощь в уточнении уровня задержки пищи может оказать время, прошедшее от момента глотка до начала дисфагии (1–2 с при поражении верхнего отдела пищевода, 4–5 с — среднего, 6–8 с — нижнего). Наиболее частыми причинами дисфагии являются сужение пищевода (при его опухоли, стриктурах, дивертикулах и др.), нарушение моторики пищевода и спазм пищеводно-желудочного перехода (ахалазия кардии), сдавление пищевода извне (увеличенными лимфатическими узлами, расширенной аортой, увеличенным сердцем, объемными процессами в средостении и др.).

Изжога — ощущение жжения у мечевидного отростка и нередко в нижней трети грудины или в эпигастрии. Больные могут описывать изжогу как жгучую боль в области мечевидного отростка. Обычно изжога возникает через некоторое время после приема пищи (особенно жирной и острой).

Изжога появляется вследствие раздражения слизистой оболочки пищевода при забросе (рефлюксе) в его нижний отдел содержимого желудка или двенадцатиперстной кишки. Основным раздражающим фактором в желудочном соке является соляная кислота, а в дуоденальном содержимом — желчные кислоты и панкреатические ферменты. Основной причиной желудочно-пищеводного или двенадцатиперстно-желудочно-пищеводного рефлюкса является дисфункция нижнего пищеводного сфинктера (пищеводно-желудочного сфинктера), при которой сфинктер не полностью смыкается.

Отрыжка — это выход в пищевод содержимого желудка (пищи или воздуха). Принято выделять отрыжку пищей и воздухом. Отрыжка воздухом может возникать как при выходе воздуха из желудка, так и при выходе воздуха из пищевода (при его накоплении на фоне дилатации пищевода). Отрыжка воздухом может быть звучной. Отрыжка часто возникает на фоне чувства распирания в эпигастрии или у мечевидного отростка. После отрыжки распирание исчезает. При отрыжке воздухом диагностическое значение имеет его запах. При застое пищи в пищеводе (при дивертикулах, ахалазии кардии) обычно определяется гнилостный запах, а при застое пищи в желудке — запах тухлых яиц.

Причина развития этого симптома заключается в сокращении мышц желудка при одновременном расслаблении нижнего пищеводного сфинктера. Основными причинами отрыжки пищей являются дисфункция нижнего пищеводного сфинктера, нарушение перистальтики желудка и повышение внутрибрюшного давления. Дисфункция нижнего пищеводного сфинктера возникает вследствие его неполного закрытия. Усиленная перистальтика желудка и повышение внутрибрюшного давления могут привести к отрыжке пищей без очевидной дисфункции нижнего пищеводного сфинктера.

Отрыжка пищей не сопровождается тошнотой, что отличает ее от рвоты. Ниже будут представлены и другие причины отрыжки.

Менее часто при поражении пищевода встречаются *гиперсаливация* (избыточное выделение слюны), *икота* (результат рефлекторного сокращения диафрагмы), *пищеводная рвота* (симптом, напоминающий рвоту, но обусловленный антиперистальтикой пищевода).

Жалобы при заболеваниях желудка и двенадцатиперстной кишки

Основными симптомами поражения желудка и двенадцатиперстной кишки являются боль, тошнота, рвота, отрыжка, нарушение аппетита, снижение массы тела.

Боль — важнейший симптом поражения желудка и двенадцатиперстной кишки. Чаще всего именно эта жалоба вынуждает больного обратиться к врачу.

Боли при заболеваниях желудка и двенадцатиперстной кишки, как правило, локализуются в эпигастральной области. При поражении тела желудка боль обычно локализуется слева от срединной линии живота; при поражении пилорического отдела и двенадцатиперстной кишки — справа от этой линии, при поражении кардиального отдела — в области мечевидного отростка. Приведенное правило не является абсолютным. Характер боли зависит от особенностей патологического процесса. *Спастический характер* боль приобретает при спазме гладкой мускулатуры желудка и двенадцатиперстной кишки (например, при язвенной болезни, гастрите). Эта боль характеризуется волнообразностью, средней или большой интенсивностью, быстрым нарастанием и быстрым уменьшением ее интенсивности. При избыточном растяжении желудка возникают так называемые *дистензионные боли* (малоинтенсивные, длительные, монотонные). Такая ситуация обычно складывается при гипомоторике желудка, нарушении эвакуации пищи из желудка (например, при стенозе пилорического отдела желудка). Наибольшую интенсивность имеют так называемые *перитонеальные боли*, возникающие при раздражении нервных окончаний, расположенных в париетальном листке брюшины (характерны, например, для прободной язвы желудка или двенадцатиперстной кишки). Перитонеальные боли — это непрерывные, нарастающие по интенсивности боли, которые имеют острый, режущий характер («кинжальная боль»), усиливаются при глубоком дыхании, движении туловища. *Иррадиация боли* имеет меньшее диагностическое значение из-за непостоянства и изменчивости мест иррадиации. При заболеваниях желудка и двенадцатиперстной кишки боль может иррадиировать в область сердца, левую лопатку (при поражении кардиального отдела желудка), при язве задней стенки желудка или двенадцатиперстной кишки — в спину

или левое подреберье. Иррадиация может указывать на развитие какого-либо осложнения (например, упорная иррадиация боли в поясничную область может возникать при пенетрации язвы двенадцатиперстной кишки в поджелудочную железу). Один из наиболее важных моментов — выявление *связи боли с провоцирующим фактором*. Обычно таким фактором являются прием пищи и ее характер. Для некоторых заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки эта связь настолько отчетлива, что позволяет сделать предположение о характере заболевания. При обнаружении возможной связи болевых ощущений с приемом пищи необходимо уточнить:

- ▶ через какое время после еды возникают боли;
- ▶ возникают ли боли натощак;
- ▶ беспокоят ли боли в ночное время.

Закономерность появления боли через определенные промежутки времени после приема пищи зависит от:

- ▶ локализации патологического процесса;
- ▶ его характера (воспаление, опухоль, язва);
- ▶ уровня секреции соляной кислоты (HCl);
- ▶ скорости эвакуации желудочного содержимого и др.

Боли, появляющиеся сразу после приема пищи, характерны для поражения кардиального отдела желудка. *Ранние боли* (возникают через 20–60 мин после еды) характерны для поражения средней и нижней трети желудка. *Поздние боли* (возникают через 1,5–3 ч после приема пищи) характерны для поражения пилорического отдела желудка или двенадцатиперстной кишки. Таким образом, прослеживается следующая закономерность: чем дистальнее от кардиального отдела желудка расположена язва, тем позже возникают боли после еды. Иногда «голодные» боли появляются через 5–7 ч после еды и исчезают после приема пищи (характерны для дуоденита, язв дуоденальной и пилорической локализации или для залуковичной патологии). Эти боли пациенту сложно связывать с приемом пищи. «Ночные» боли возникают по ночам и проходят после приема небольшого количества пищи (характерны для дуоденита, язв дуоденальной и пилорической локализации). Если даже не удастся установить связь боли с провоцирующим фактором, то необходимо выяснить какие-либо *факторы, уменьшающие интенсивность боли* или полностью купирующие ее.

К ним могут относиться:

- ▶ вынужденное положение тела (например, если язва желудка локализуется на задней стенке, то боль уменьшается в положении лежа на животе);
- ▶ провоцирование рвоты (больные могут использовать этот прием при избыточном растяжении желудка на фоне стеноза его выходного отдела или при наличии в желудке кислого содержимого при гиперсекреции HCl);
- ▶ прием пищи (например, при гиперсекреции HCl, в частности, на фоне дуоденальной язвы);
- ▶ лекарственные препараты (блокаторы H₂-рецепторов, антацидные препараты, спазмолитики и др.), по фармакологическим свойствам которых можно предположить характер патологического процесса.

Важно выяснить возможную связь боли с другими симптомами поражения желудка и двенадцатиперстной кишки (например, тошнотой, рвотой).

Рвота — это рефлекторный акт выталкивания содержимого желудка в пищевод, а затем в полость рта и носа. Акту рвоты часто предшествует ощущение тошноты, которая не всегда завершается рвотой.

Рвота возникает в результате активации рвотного центра (он расположен в продолговатом мозге), а также высших центров головного мозга (коры, таламуса, гипоталамуса), вестибулярного аппарата, хеморецепторной триггерной зоны. При поражении желудка рвота возникает в результате афферентной стимуляции рвотного центра. В реализации рвотного рефлекса участвуют диафрагма, наружные межреберные мышцы, мышцы живота, которые, быстро сокращаясь, значительно повышают внутрибрюшное давление. В это время расслабляется нижний пищеводный сфинктер и сокращается привратник, что обеспечивает однонаправленное движение содержимого желудка.

При детализации этой жалобы важно выяснить количество эпизодов рвоты, наступает ли облегчение после рвоты, предшествует ли рвоте тошнота, характер рвотных масс (количество, цвет, запах), содержимое рвотных масс (пища, сгустки крови, желчь и др.). Если в рвотных массах присутствует пища, то надо уточнить, переварена она или нет и как давно была съедена. Большое значение имеет связь рвоты с провоцирующими факторами: приемом пищи, изжогой, болью в эпигастрии и т.д.

Рвота не всегда указывает на поражение пищеварительного тракта. Так, рвота может возникать при поражении или повышенной чувствительности вестибулярного аппарата (например, при «морской болезни»), что приводит к активации рвотного центра. Рвоту могут спровоцировать изнурительный кашель, неприятные зрительные образы, запахи или вкусовые ощущения, повышение АД, интенсивная боль (например, при почечной колике), черепно-мозговая травма и др.

Тошнота — это тягостное, безболезненное ощущение приближающейся рвоты, которое сопровождается чувством тяжести и давления в эпигастральной области. На фоне тошноты часто появляются потливость, головокружение, слюнотечение. Причиной тошноты являются подпороговое (недостаточно выраженное) возбуждение рвотного центра и антиперистальтические движения желудка.

Отрыжка — это произвольный переход из желудка в пищевод, а затем и в полость рта газа и/или небольшого количества пищи. Именно поэтому при сборе жалоб необходимо уточнять характер отрыжки — только газ (так называемая «отрыжка воздухом») или в сочетании с пищей. Причины отрыжки могут быть не связаны с патологией желудка или нижнего пищеводного сфинктера (например, громкая «отрыжка воздухом» при заглатывании большого количества воздуха или употреблении сильногазированных напитков). В патологии отрыжка воздухом характерна для заболеваний желудка или двенадцатиперстной кишки. Можно выделить несколько вариантов отрыжки:

- 1) возникающая при секреторной недостаточности желудка; при этом в желудке начинаются процессы брожения, которые сопровождаются избыточным газообразованием; отрыжка с привкусом прогорклого масла или (реже) кислым;
- 2) появляющаяся при задержке эвакуации содержимого из желудка (например, при стенозе привратника); при этом наблюдается гниение белков

в желудке, что сопровождается отрыжкой «тухлым яйцом» (при гниении белков в большом количестве образуются сероводород и аммиак);

- 3) обусловленная попаданием содержимого двенадцатиперстной кишки в пищевод и полость рта, при этом больные жалуются на горечь во рту (из-за примеси желчи).

Важно помнить, что отрыжка возникает не только при заболеваниях желудка, но и при нарушении функционирования нижнего пищеводного сфинктера.

Нарушение аппетита может встречаться не только при поражении пищеварительного тракта, но и при заболеваниях других органов и систем. Из причин, нарушающих аппетит и имеющих отношение к патологии пищеварительного тракта, можно выделить следующие:

- ▶ гипосекреторные гастриты, рак желудка, стеноз привратника и другие состояния — приводят к снижению аппетита; при раке желудка встречается также отвращение к некоторым видам пищи (например, к мясу);
- ▶ боязнь принимать пищу из-за усиления боли (*ситофобия*), что характерно для язвенной болезни;
- ▶ заболевания пищеварительного тракта — редко обуславливают усиление аппетита.

Не следует путать усиление аппетита и необходимость часто принимать пищу (например, при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки из-за возникновения «голодной» боли). Усиление аппетита может также встречаться при снижении уровня глюкозы в крови (гипогликемии), например, после резекции желудка.

Изжога — ощущение жжения за грудиной и в эпигастрии. Эта жалоба обусловлена прежде всего нарушением функции нижнего пищеводного сфинктера, а не повышением секреторной функции желудка. Однако отрыжка часто встречается именно при повышенной секреции HCl обкладочными клетками желудка. При этом изжога становится длительной и мучительной. Частое попадание кислого содержимого желудка в пищевод может привести к развитию рефлюкс-эзофагита.

Нарушение стула. Эта жалоба может встречаться при некоторых вариантах поражения желудка и двенадцатиперстной кишки, но чаще — при заболеваниях кишечника. *Запоры* отмечаются при повышенной кислотообразующей функции желудка или в других случаях (ограниченный прием пищи, соблюдение диеты, включающей легкоусвояемую пищу, гиподинамия и др.). *Поносы* также могут наблюдаться при заболеваниях желудка (так называемые «гастрогенные поносы»). Наиболее часто они возникают вследствие значительного снижения или полного отсутствия HCl в желудочном соке (например, при анацидном гастрите или раке желудка).

Снижение массы тела может встречаться при тяжелом поражении желудка (например, раке желудка или рубцовом стенозе привратника или луковицы двенадцатиперстной кишки). В этих случаях снижение массы тела может быть резко выражено. Бывает, что умеренное снижение массы тела связано с соблюдением диеты, ситофобией или с другими факторами (например, обусловлено нарушением всасывания пищи в тонкой кишке).

Жалобы при патологии печени и желчевыводящих путей

Для заболеваний печени и желчевыводящих путей характерны следующие жалобы: боль в правом подреберье и/или эпигастрии, тошнота, рвота, желтушное окрашивание кожи, зуд кожи, изменение цвета кала, цвета мочи, повышение температуры тела, снижение аппетита, увеличение живота (асцит или гепатомегалия), нарушение сна, неустойчивое настроение и др.

Как видно из этого неполного списка, многие жалобы больных с поражением печени и желчевыводящих путей (боль, тошнота, рвота, снижение аппетита) напоминают жалобы при других заболеваниях органов пищеварения (например, при заболеваниях желудка или поджелудочной железы). Другие жалобы (желтушное окрашивание кожи, зуд кожи, особое изменение цвета кала и мочи) более специфичны для патологии печени и желчевыводящих путей.

Боль при заболеваниях печени и желчевыводящих путей может иметь различные варианты. Наиболее часто встречающаяся *локализация боли* — правое подреберье, эпигастрий, реже правая поясничная область. Для некоторых заболеваний печени и желчевыводящих путей характерна *иррадиация боли* (например, при воспалении желчного пузыря или при желчнокаменной болезни боль иррадирует в область правого плечевого сустава, надключичную область, правую лопатку, в область сердца).

Иррадирующая боль ощущается в тех участках тела, которые иннервируются тем же нейросегментом спинного мозга, что и пораженный орган. Появление иррадирующей боли обусловлено тем, что афферентные импульсы от различных органов и других структур имеют один и тот же центральный путь. Так, висцеральная афферентация от капсулы печени, капсулы селезенки, перикарда и других органов поступает в центральную нервную систему по диафрагмальному нерву.

Интенсивность и продолжительность боли при заболеваниях печени и желчевыводящих путей различны. Некоторые заболевания протекают с интенсивными болями. Например, для рака печени характерна постоянная боль, которая по мере увеличения опухоли и прорастания серозной оболочки усиливается и может становиться нестерпимой. Для желчнокаменной болезни характерна интенсивная приступообразная боль («печеночная» колика), которая быстро усиливается, достигая максимума, но через некоторое время ослабевает, вплоть до исчезновения. На высоте интенсивности боли часто появляются тошнота и рвота. При других заболеваниях печени и желчевыводящих путей (некоторых вариантах хронического гепатита, холецистита вне обострения) боль может отсутствовать или она выражена минимально. *Связь боли с провоцирующими факторами* для некоторых заболеваний очевидна, и больные отчетливо указывают на факторы, провоцирующие боль. Так, при холецистите боль возникает или усиливается при погрешностях в диете (употребление жирной, жареной, острой пищи), после стрессовых ситуаций или после значительной физической нагрузки. *К факторам, купирующим боль* при заболеваниях печени и желчевыводящих путей, можно отнести прием препаратов, устраняющих спазм гладкой мускулатуры [например, дротаверина (Но-шпы[®])] при заболеваниях, протекающих со спастическими болями (например, желчнокаменная болезнь с приступом

«печеночной колики»). В этих же случаях боль уменьшается или исчезает после прикладывания грелки к правому подреберью (в данном случае спазмолитическое действие оказывает тепло).

Тошнота и рвота частые жалобы при заболеваниях печени и желчевыводящих путей (особенно таких, как холецистит, гепатит, цирроз печени). Рвота при заболеваниях печени обычно многократная. Во время рвоты больные обращают внимание на примесь желчи в рвотных массах.

Желтушность кожи — одна из типичных жалоб при заболеваниях печени и желчевыводящих путей. Желтушное окрашивание кожи, в отличие от многих других жалоб, легко верифицировать при осмотре. Если желтуха действительно есть, то необходимо выяснить, сопровождается ли желтуха зудом кожи, изменением цвета кала и/или мочи, как давно она появилась, предшествовала ли появлению желтухи боль в правом подреберье. Анализ полученных ответов позволяет уже на стадии расспроса предварительно выявить тип желтухи. Так, *для паренхиматозной желтухи* (особенно если она развивается на фоне вирусного гепатита) характерно появление после нескольких дней немотивированной слабости, утомляемости, субфебрильного повышения температуры тела. Кроме желтухи отмечается также потемнение мочи. Зуд кожи может быть, но он обычно не выражен. *Для механической желтухи* характерно быстрое нарастание желтухи, боль в правом подреберье (наиболее частая причина механической желтухи — обтурация холедоха камнем), мучительный зуд кожи, выраженное потемнение мочи, позднее появление сероватого кала.

Появление перечисленных симптомов объясняется нарушением обмена пигментов. Обтурация холедоха камнем или его сдавление и прорастание опухолью приводят к повышению давления желчи в билиарной системе печени и выходу желчи в кровь (причина появления желтухи). Накопление в коже веществ, находящихся в желчи (в частности, желчных кислот), обуславливает раздражение нервных окончаний и появление кожного зуда. Конъюгированный билирубин, попавший в кровь, проходит базальную мембрану клубочкового аппарата почек и выделяется с мочой, что вызывает потемнение мочи (моча светло-коричневого цвета — цвета темного пива). Поскольку при механической желтухе желчь не попадает в кишечник, то нарушается дальнейший метаболизм билирубина (не образуются уробилин и стеркобилин), что приводит к обесцвечиванию кала (кал светло-серого цвета получил название «ахоличный кал»).

Повышение температуры тела может встречаться при большинстве заболеваний печени и желчевыводящих путей, но наиболее характерно для вирусного гепатита (А и В), цирроза печени, холецистита, холангита, абсцесса печени и др.

Увеличение живота — жалоба, которую предъявляют больные при асците (симптом, который часто возникает при портальной гипертензии). Уточнить причину увеличения живота можно во время осмотра живота и его перкуссии.

Геморроидальные кровотечения — могут являться косвенным признаком портальной гипертензии и объясняются активизацией портокавальных анастомозов.

Нарушение сна, снижение памяти, неустойчивое настроение, снижение интереса к окружающей жизни, событиям и др. — это жалобы, которые характерны для энцефалопатии при печеночной недостаточности. Простым тестом в этой

ситуации является просьба провести прямой (то есть 1, 2, 3, 4, 5 и т.д.) и обратный счет (то есть 30, 29, 28, 27 и т.д.). При энцефалопатии на фоне печеночной недостаточности больной при обратном счете обычно правильно называет только первые 4–5 цифр.

Жалобы при заболеваниях поджелудочной железы

Ни одна из жалоб, которые больные предъявляют при поражении поджелудочной железы, неспецифична. Вместе с тем совокупность жалоб обычно позволяет заподозрить заболевание поджелудочной железы. Наиболее часто встречаются следующие жалобы: боль, диспепсия, склонность к поносам, желтуха, потеря аппетита, снижение массы тела, слабость.

Боли обычно отмечаются при воспалении поджелудочной железы (панкреатите). Они локализуются в эпигастрии и левом подреберье. Интенсивные, быстро нарастающие боли характерны для острого панкреатита, а менее интенсивные и почти постоянные — для хронического. При хроническом панкреатите часто выявляют связь боли с приемом пищи или погрешностью в диете. У большинства больных при воспалении поджелудочной железы боль иррадирует в спину, то есть носит опоясывающий характер.

Причиной появления выраженных болей при воспалении поджелудочной железы является нарушение оттока панкреатического сока из поджелудочной железы и активации протеолитических ферментов, которые в норме активизируются только в двенадцатиперстной кишке. Это приводит к повреждению (некрозу) паренхимы поджелудочной железы.

Постоянные, длительные, нестерпимые и некупирующиеся боли в эпигастрии и левом подреберье встречаются при раке поджелудочной железы. Из-за прорастания опухоли чревного сплетения боль усиливается в положении на спине. В этом случае больные обычно занимают вынужденное положение — лежат на правом боку, животе или сидят согнувшись. При остром панкреатите на фоне интенсивной боли часто появляется многократная рвота и повышается температура тела. Иногда в эпигастрии и левом подреберье возникают боли, которые по своему характеру напоминают печеночную колику (приступообразные и волнообразные), что отмечается при наличии конкрементов (камней) в протоках поджелудочной железы.

Диспепсия характерна для большинства заболеваний поджелудочной железы и иногда выходит на первый план, опережая боль.

Диспепсические жалобы (метеоризм, урчание и переливание в животе) появляются в результате нарушения полостного пищеварения, что может быть обусловлено нарушением выделения панкреатического сока, недостаточным количеством ферментов в этом соке или недостаточным воздействием на него бикарбонатов. В любом из этих случаев нарушается полостное пищеварение в тонкой кишке, что приводит к ускоренному прохождению пищи по кишечнику (появляются поносы и увеличивается масса фекалий), дисбактериозу (вздутие живота), выделению токсических веществ (признаки интоксикации). Нарушение полостного пищеварения может вызывать нарушение пристеночного пищеварения и всасывания ряда веществ. Значительный дефицит пищеварительных

ферментов в панкреатическом соке может стать причиной выделения необычного кала. Например, полуформленный зловонный кал с «жирным» блеском появляется при дефиците панкреатической липазы в соке поджелудочной железы, что приводит к нарушению переваривания жиров. Подобный стул может наблюдаться и при нарушении выделения желчи в кишечник.

При выявлении диспепсических жалоб врачу необходимо выяснить причину их возникновения: поражение желудка, поджелудочной железы, печени или тонкой кишки.

Поносы характерны для заболеваний поджелудочной железы, которые протекают с недостаточным выделением панкреатического сока или изменением его состава. Так, низкая активность липаз, о которой упоминалось выше, приводит к тому, что жиры гидроксилируются бактериями, что активизирует выделение анионов и воды в кишечник. Это, в свою очередь, приводит к учащению стула (до 3–5 раз в сутки), увеличению его объема и наклонности к поносам.

Выявление такой жалобы, как поносы, требует уточнения следующих моментов: частоты стула, запаха, цвета и возможных примесей в кале, причины появления поносов и др. Детализация жалоб обязательна, так как поносы могут встречаться также при поражении желудка, печени или тонкой кишки.

Желтуха при поражении поджелудочной железы может возникать из-за нарушения оттока желчи по общему желчному протоку при отечности и уплотнении поджелудочной железы в области ее головки или (что бывает чаще) при прорастании общего желчного протока опухолью головки поджелудочной железы. При этом развивается классическая механическая желтуха, сопровождающаяся кожным зудом, выраженной желтушностью кожи, ахоличным (серым) калом и потемнением мочи.

Снижение массы тела характерно для снижения функции поджелудочной железы, что приводит к нарушению полостного пищеварения, а затем и всасывания различных веществ из тонкой кишки. Таким образом, синдром нарушенного всасывания (мальабсорбция) возникает из-за первичного нарушения пищеварения. Другой причиной снижения массы тела может быть опухолевая интоксикация (например, при раке поджелудочной железы).

Жалобы при заболеваниях кишечника

Жалобы при заболеваниях кишечника можно разделить на общие и местные.

К местным жалобам относят боли в животе, нарушение стула (запоры, поносы или их чередование), вздутие, урчание и «переливание» в животе, чувство неполного опорожнения кишечника, изменение цвета кала (белесоватый — при механической желтухе; черный, дегтеобразный — при кровотечении из желудка или проксимальных отделов тонкой кишки; примесь свежей крови в кале — кровотечение из дистальных отделов толстой кишки), его характера и/или появление в нем примесей (слизи, крови), изменение количества каловых масс и др. Местные жалобы значительно облегчают выявление самого факта поражения кишечника. Важно помнить, что почти все жалобы, характерные для заболеваний тонкой и толстой кишки, могут встречаться и при поражении желудка, печени или поджелудочной железы с последующим нарушением

пищеварения и появлением «кишечных» жалоб. При первичном поражении кишечника больные жалуются на чувство неполного опорожнения кишечника после дефекации, ложные позывы к дефекации, наличие свежей крови в кале.

К общим жалобам можно отнести снижение массы тела, слабость, истончение и выпадение волос, ломкость и поперечную исчерченность ногтей, снижение остроты зрения в сумерках, кровоточивость десен, боли в костях, немотивированные переломы костей и др. Появление общих жалоб характерно для заболеваний тонкой кишки с выраженным нарушением всасывания белков, жиров, витаминов, минеральных веществ. Незнание патогенеза возникновения тех или иных общих жалоб при поражении тонкой кишки не позволяет врачу связать местные жалобы с общими (особенно когда преобладают общие жалобы).

2.5. ЖАЛОБЫ ПРИ ПАТОЛОГИИ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

Боль — одна из основных жалоб больного, которая требует тщательной детализации (локализация, характер, продолжительность, интенсивность, иррадиация, причины, приводящие к появлению, усилению или ослаблению боли, и др.). При заболеваниях почек боль может быть локализована как в проекции почек (в поясничной области, реже в животе), так и за ее пределами. Боль в поясничной области может возникать по ряду причин: 1) растяжение капсулы при увеличении почек; 2) воспаление паранефральной клетчатки; 3) некроз ткани почек; 4) растяжение почечной лоханки при нарушении оттока мочи; 5) наличие камня в лоханке или мочеточнике и др. Каждая из причин придает болям особый характер. При растяжении капсулы почки (на фоне хронического пиелонефрита, острого гломерулонефрита, венозного полнокрывия почек и др.) боль обычно неинтенсивная, ноющая, продолжительная. Иррадиация боли в этих случаях не характерна. При воспалении паранефральной клетчатки (паранефрите) боль в пояснице может иметь различную интенсивность (чаще сильная). Некроз (инфаркт) ткани почки развивается при тромбозе или эмболии ветвей почечной артерии. Боль в этой ситуации интенсивная, односторонняя и, как правило, постоянная. Она продолжается от нескольких часов до нескольких дней и часто сопровождается выделением кровянистой мочи (макрогематурией). Нарушение оттока мочи приводит к растяжению почечной лоханки (например, при мочекаменной болезни, остром пиелонефрите, выраженной дистопии почки) и появлению постоянной боли в поясничной области различной интенсивности. При восстановлении проходимости мочеточника растяжение лоханки уменьшается и боли быстро стихают или исчезают.

При попадании камня в начальный отдел мочеточника возникают интенсивные спастические боли (*почечная колика*). Они обусловлены как спазмом мочеточника, так и растяжением почечной лоханки. При почечной колике боли интенсивные, приступообразные и обычно односторонние. Они часто иррадиируют по ходу мочеточника, к мочевому пузырю, в половые органы или по внутренней поверхности бедра. Во время приступа колики больные обычно беспокойны и не могут найти положение, в котором бы боль уменьшалась. Нередко приступ почечной колики сопровождается макрогематурией.

Важный момент в детализации боли в поясничной области — *выявление факторов, провоцирующих боль, и факторов, купирующих ее*. В ряде случаев пациенты не могут указать на связь возникновения боли в поясничной области с чем-либо. В других случаях боль в пояснице появляется при переохлаждении, изменении положения тела, частом сотрясении тела (например, при езде в транспорте по плохой дороге). Установление причины и механизма возникновения боли в пояснице позволяет правильно выбрать тактику лечения. Так, при почечной колике устранение спазма гладкой мускулатуры мочевыводящих путей уменьшает интенсивность боли или полностью купирует ее. Для этого используют спазмолитики, горячую ванну или прикладывают грелку к поясничной области. При другом механизме возникновения боли эти меры не дают эффекта.

Боли внизу живота, в надлобковой области могут появляться при воспалении мочевого пузыря или его растяжении (из-за нарушения оттока мочи). В последнем случае интенсивность боли различна и обычно зависит от степени растяжения мочевого пузыря. Головная боль (чаще в затылочной области) обычно связана с АГ, которая часто встречается при заболеваниях почек. Боль в области сердца или чувство тяжести в области сердца часто появляется при значительном повышении АД (продолжительная, неинтенсивная). Другой причиной боли в предсердечной области является фибринозный перикардит, который часто появляется в терминальной стадии хронической почечной недостаточности (ХПН).

Нарушение выделения мочи (дизурия) — одна из наиболее частых жалоб пациентов с заболеваниями мочевого пузыря. Нарушение выделения мочи может проявляться изменением:

- ▶ объема выделяемой мочи: увеличением (полиурией), уменьшением (олигурией) или прекращением выделения мочи (анурией);
- ▶ частоты и ритма выделения мочи в течение суток: увеличением частоты мочеиспусканий (поллакиурией), преобладанием ночного диуреза над дневным (никтурией) и др.

Изменение объема выделяемой мочи не всегда связано с поражением почек или мочевыводящих путей. Так, увеличение суточного диуреза (полиурия) встречается при увеличении объема выпиваемой жидкости, а уменьшение диуреза (олигурия) может быть связано с ограничением выпиваемой жидкости, потерей жидкости при рвоте, поносах, употреблении с пищей большого количества хлорида натрия, обильном потоотделении и др.

Полиурия — это выделение в течение суток более 2 л мочи. Полиурия имеет различные механизмы возникновения.

Объем выделяемой мочи зависит от величины клубочковой фильтрации и интенсивности реабсорбции. Увеличение объема выделяемой мочи (полиурия) развивается при:

- ▶ увеличении объема выпиваемой жидкости (выделяется моча низкой плотности);
- ▶ снижении концентрационной способности тубулярного аппарата почек (например, при тубулоинтерстициальном синдроме);
- ▶ снижении выделения антидиуретического гормона (АДГ), который стимулирует реабсорбцию воды собирательными трубками;

- ▶ снижении чувствительности эпителиальных клеток канальцев к АДГ;
- ▶ высокой осмолярности мочи (например, из-за значительной глюкозурии на фоне сахарного диабета), что затрудняет реабсорбцию воды и др.

Олигурия (суточный диурез менее 500 мл) при поражении мочевыделительной системы может быть обусловлена поражением почек или мочевыводящих путей. **Почечная олигурия** возникает при уменьшении клубочковой фильтрации и нарушении канальцевой реабсорбции. **Внепочечная олигурия** обусловлена нарушением оттока мочи по мочевыводящим путям (например, аденома предстательной железы).

Анурия — это прекращение выделения мочи. Анурия, как и олигурия, может иметь почечное и внепочечное происхождение.

Почечная анурия возникает при:

- ▶ тяжелом поражении гломерулярного фильтра (например, при остром гломерулонефрите, переливании несовместимой крови и др.);
- ▶ значительном снижении АД (на фоне шока, тяжелой СН, кровопотери и др.);
- ▶ выраженной канальцевой дисфункции (при некрозе эпителия канальцев на фоне отравления различными веществами).

В ряде случаев почечная анурия является следствием комбинации нескольких причин.

Внепочечная анурия обусловлена нарушением выделения мочи, то есть препятствием оттоку мочи. Наиболее часто это препятствие расположено на уровне нижних отделов мочевыводящих путей (в мочевом пузыре или мочеиспускательном канале), реже — на уровне мочеточников. Нарушение оттока мочи приводит к повышению давления мочи в мочевыводящих путях и лоханках, что сопровождается болью в пояснице, надлобковой области или по ходу мочеточников. По клиническим проявлениям внепочечную анурию может напоминать **ишурия**, при которой также нарушен отток мочи. Однако в этом случае оттоку мочи ничто не препятствует, а отсутствие мочеиспускания объясняется нарушением иннервации мочевого пузыря. Ишурия возникает из-за поражения спинного мозга, при различных невропатиях, бессознательном состоянии больного и др.

Об изменении объема выделяемой мочи узнают во время расспроса пациента, но более надежно определить суточный диурез (сбор мочи за сутки или проведение пробы Зимницкого).

Изменение частоты и ритма выделения мочи может сочетаться с изменением объема выделяемой мочи или возникать при сохраненном суточном диурезе. Этот вариант дизурии проявляется:

- ▶ учащением мочеиспускания (поллакиурией);
- ▶ преобладанием ночного диуреза над дневным (никтурией);
- ▶ выделением в течение суток одинаковых порций мочи через приблизительно одинаковые промежутки времени (изурией).

Поллакиурия может наблюдаться при значительной водной нагрузке. В этом случае не только повышается частота мочеиспусканий (более 6–7 раз в сутки), но и увеличивается суточный диурез (более 2 л в сутки). Такая ситуация может

соответствовать норме, но может встречаться в начальной стадии ХПН или в полиурической стадии острой почечной недостаточности (ОПН). Для уточнения характера поллакиурии необходимо провести лабораторные исследования (проба Зимницкого и др.). Поллакиурия может возникать при нормальном суточном диурезе (например, частое мочеиспускание малыми порциями при воспалении мочевого пузыря, аденоме предстательной железы).

Никтурия (преобладание ночного диуреза над дневным) может быть проявлением ХПН. В этом случае никтурия часто сочетается с полиурией и полидипсией. При СН никтурия может появляться на фоне уменьшения суточного диуреза. При выявлении никтурии важно оценить относительную плотность мочи (проба Зимницкого).

Изурия появляется при ХПН из-за снижения почками способности концентрировать мочу. В этом случае на суточный диурез и его распределение по порциям мало влияет объем выпитой жидкости и другие факторы (физическая нагрузка, температура окружающей среды), которые в норме изменяют объем разовых порций.

Изменение цвета мочи может встречаться при поражении как почек, так и мочевыводящих путей. Наиболее частым (и наиболее заметным для больного) изменением цвета мочи является ее покраснение. В этих случаях врачу важно выяснить:

- ▶ возможную связь этих изменений с болями в поясничной области (характерно для почечной колики, инфаркта почки и др.) или другими симптомами поражения мочевыделительной системы (боль в надлобковой области);
- ▶ особенности изменения цвета мочи (грязно-розовый цвет характерен для гломерулонефрита, красный — для гематурии, обусловленной выделением мочи из мочевыводящих путей, и т.д.);
- ▶ постоянство гематурии в течение продолжительного времени:
 - быстрое (в течение нескольких часов) изменение цвета мочи от красной до светло-желтой наблюдается при патологии мочевыводящих путей;
 - стабильное изменение мочи (ее грязно-розовый цвет) в течение нескольких дней характерно, например, для гломерулонефрита.

Возможны и другие варианты изменения цвета мочи:

- ▶ молочно-белый цвет может быть обусловлен попаданием лимфы в мочевыводящие пути (хилурия — редкий вариант патологии);
- ▶ желтая мутная моча отмечается при массивной лейкоцитурии или выделении большого количества кристаллов солей с мочой;
- ▶ коричневатая моча характерна для выделения с мочой билирубина;
- ▶ черная (или почти черная) моча встречается при алкаптонурии (выделяется гомогентизиновая кислота) или при распадающейся меланоме.

Отеки — один из наиболее важных симптомов поражения мочевыводящей системы. Отечный синдром имеет некоторые особенности. Так, отеки больше выражены утром (преимущественно на лице), а во второй половине дня отеки уменьшаются или исчезают.

При выраженной задержке жидкости появляются отеки на ногах, в поясничной области, в полостях (плевральных, перикарде, брюшной полости).

Тотальная отечность получила название *анасарка*. Выпот в полостях является трансудатом.

Отеки при поражении почек обусловлены различными механизмами. Причиной появления отеков может быть значительная потеря белков с мочой при поражении гломерулярного фильтра. При массивной протеинурии снижается содержание белка в плазме крови, что приводит к снижению онкотического давления и выходу воды за пределы сосудистого русла. Это так называемые гипопропротеинемические отеки. Другой механизм появления отеков связан со значительной задержкой в организме натрия, а значит, и воды.

Одышка обычно появляется при левожелудочковой СН, развивающейся на фоне АГ и гиперволемии. Как и для других случаев, для левожелудочковой СН характерна инспираторная или смешанная одышка. Выраженная одышка часто сочетается с отеками. На фоне одышки может возникать кашель с выделением розовой пенистой мокроты.

Тошнота, рвота, понос, снижение аппетита — проявления интоксикации, которые наблюдаются при выраженной почечной недостаточности.

Нарушение зрения обычно является результатом поражения сетчатой оболочки глаз (ретинопатии), развивающейся на фоне выраженной АГ.

Жалобы при патологии опорно-двигательного аппарата и эндокринной системы представлены в главах 14 и 15.

Итак, субъективное исследование пациента завершено. На данном этапе врач в большинстве случаев уже составил представление о характере патологии (о синдроме или нескольких синдромах). Нередко врач может высказаться более определенно, то есть назвать болезнь. Естественно, что эти выводы предварительные. При дальнейшем (объективном, лабораторном, инструментальном) обследовании либо это предположение подтвердится, либо какая-то важная информация заставит врача пересмотреть предварительные выводы.