

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие	3
-----------------------	---

ОБЩАЯ ЧАСТЬ

Глава 1. Общее представление о внутренних болезнях и задачах клинической медицины	8
Вступление студента в клинику и основы врачебной деонтологии.— <i>А. Л. Гребенев</i>	13
Глава 2. История развития диагностики.— А. Л. Гребенев	18
Краткий исторический очерк	18
Роль отечественных ученых в развитии диагностики и общей терапии внутренних болезней	20
Глава 3. Методы клинического обследования больного и общая симптоматология заболеваний внутренних органов.— А. Л. Гребенев	24
Расспрос больного	27
Жалобы больного	27
Анамнез болезни	28
Анамнез жизни	29
Физические методы исследования	33
Общий осмотр	33
Пальпация	44
Перкуссия	46
Аускультация	49
Инструментальные и лабораторные методы исследования	51
Антропометрия	52
Термометрия тела	53
Рентгенологическое исследование	59
Эндоскопия, цитологическое исследование, биопсия	62
Инструментально-функциональные методы исследования	63
Радиоизотопные методы исследования	63
Ультразвуковое исследование	64
Лабораторные методы исследования	66
Глава 4. Общая методология диагноза.— В. Х. Василенко	67
Значение медицинской теории для общего развития диагностики	67
Общий план диагностического исследования	70
Диагностическое наблюдение и исследование	72
Оформление диагноза	75
Виды диагноза	75
Метод и теория диагноза	75
Перспективы развития диагностики	84
Прогноз	89

СПЕЦИАЛЬНАЯ ЧАСТЬ

Глава 5. Система дыхания.— А. Л. Гребенев, А. А. Шептулин	96
Методы исследования.— <i>А. Л. Гребенев</i>	96

Расспрос	96
Физические методы исследования	101
Осмотр	101
Пальпация	107
Перкуссия	108
Сравнительная перкуссия	108
Топографическая перкуссия	111
Аускультация	115
Везикулярное дыхание	116
Бронхиальное дыхание	119
Везикулобронхиальное дыхание	120
Побочные дыхательные шумы	120
Бронхофония	124
Инструментальные и лабораторные методы исследования	125
Рентгенологическое исследование	125
Эндоскопическое исследование	125
Методы функциональной диагностики	126
Плевральная пункция	130
Лабораторные методы исследования.— <i>Н. Г. Плетнева</i>	131
Основные клинические синдромы	138
Синдром очагового уплотнения легочной ткани	138
Синдром образования полости в легком	139
Синдром скопления жидкости в полости плевры	139
Синдром скопления воздуха в полости плевры	139
Недостаточность функции внешнего дыхания	140
Частная патология.— <i>А. А. Шентулин</i>	143
Бронхиты	143
Острый бронхит	143
Хронический бронхит	145
Бронхиальная астма	148
Острые пневмонии	152
Крупозная пневмония	153
Очаговая пневмония	157
Абсцесс легкого	158
Плевриты	161
Сухой плеврит	162
Экссудативный плеврит	163
Бронхоэктатическая болезнь	166
Интерстициальная болезнь легких	169
Эмфизема легких	170
<i>Рак легкого.— А. Л. Гребенев</i>	171
Глава 6. Система кровообращения.— <i>В. С. Голочевская</i>	175
Методы исследования	175
Расспрос	175
Физические методы исследования	178
Осмотр	178
Пальпация	181
Перкуссия	183
Аускультация	186
Физические и инструментальные методы исследования сосудов	200
Исследование артериального пульса	200
Исследование капилляров	205
Исследование венозного пульса	206
Аускультация сосудов	207
Измерение артериального давления	208
Измерение венозного давления	213
Инструментальные методы исследования сердца	213

Электрокардиография	213
Векторкардиография	224
Эхокардиография	224
Фонокардиография	227
Реография	230
Методы исследования гемодинамики и функционального состояния сердечно-сосудистой системы	230
Зондирование сердца	234
Рентгенологическое исследование	235
Основные клинические синдромы	238
Нарушения ритма сердца	238
Недостаточность кровообращения	255
Частная патология	265
Ревматизм	265
Инфекционный эндокардит	269
Пороки сердца	272
Недостаточность левого предсердно-желудочкового клапана	272
Сужение левого предсердно-желудочкового отверстия	275
Недостаточность клапана аорты	280
Стеноз устья аорты	285
Недостаточность правого предсердно-желудочкового клапана	287
Комбинированные и сочетанные пороки сердца	289
Течение, прогноз и лечение при пороках сердца. Профилактика приобретенных пороков сердца	290
Кардиомиопатии	291
Миокардит	292
Перикардит	294
Сухой перикардит	294
Эксудативный перикардит	294
Гипертоническая болезнь	295
Атеросклероз	299
Ишемическая болезнь сердца	302
Стенокардия	302
Инфаркт миокарда	305
Кардиосклероз	311
Глава 7. Система пищеварения. — А. Л. Гребнев, А. А. Шептулин	312
<i>Пищевод. — А. Л. Гребнев, А. А. Шептулин</i>	312
Методы исследования. — А. А. Шептулин	312
Расспрос	312
Физические методы исследования	314
Инструментальные и лабораторные методы исследования	314
Рентгенологическое исследование	314
Эзофагоскопия	315
Другие методы исследования	315
Частная патология. — А. Л. Гребнев	316
Эзофагит	316
Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь	317
Рак пищевода	318
<i>Желудок. — А. А. Шептулин</i>	319
Методы исследования	319
Расспрос	319
Физические методы исследования	325
Осмотр	325
Пальпация	326
Перкуссия	326
Аускультация	327
Лабораторные и инструментальные методы исследования	327

Исследование секреторной функции.— <i>Н. Г. Плетнева</i>	327
Исследование концентрации гастрина в сыворотке крови	333
Исследование слизообразующей функции	334
Исследование двигательной функции	334
Рентгенологическое исследование	335
Гастроскопия	337
Морфологическое исследование	338
Ультразвуковое исследование	339
Методы диагностики <i>Helicobacter pylori</i>	339
Частная патология	341
Гастриты	341
Острый гастрит	342
Хронический гастрит	342
Функциональная диспепсия	345
Язвенная болезнь	346
Рак желудка	351
<i>Кишечник.— А. Л. Гребенев, А. А. Шентулин</i>	354
Методы исследования.— <i>А. А. Шентулин</i>	354
Распрос	354
Физические методы исследования	358
Осмотр	358
Пальпация.— <i>В. Х. Василенко, А. А. Шентулин</i>	359
Перкуссия	365
Аускультация	366
Лабораторные и инструментальные методы исследования	367
Исследование кала.— <i>Н. Г. Плетнева</i>	367
Рентгенологическое исследование кишечника	371
Эндоскопическое исследование	372
Ультразвуковое исследование	373
Исследование двигательной функции кишечника	374
Функциональные методы исследования	375
Основные клинические синдромы.— <i>А. Л. Гребенев</i>	375
Синдром недостаточности кишечного всасывания	375
Острый живот	377
Острые кровотечения из пищеварительного тракта	379
Частная патология.— <i>А. А. Шентулин</i>	381
Лактазная недостаточность	381
Целиакия	382
Синдром раздраженного кишечника	383
Дивертикулярная болезнь кишечника	386
Неспецифический язвенный колит и болезнь Крона	388
Рак толстой и прямой кишки	391
<i>Печень и желчные пути.— А. Л. Гребенев</i>	393
Методы исследования	393
Распрос	393
Физические методы исследования	395
Осмотр	395
Перкуссия	398
Пальпация	400
Аускультация	404
Лабораторные и инструментальные методы исследования	404
Функциональное исследование печени	404
Исследование дуоденального содержимого.— <i>Н. Г. Плетнева</i>	413
Рентгенологическое исследование	416
Радиоизотопные методы исследования	419
Ультразвуковое исследование	421
Пункционная биопсия	423
Лапароскопия	423

Основные клинические синдромы	425
Желтуха	425
Портальная гипертензия	427
Гепатолиенальный синдром	429
Печеночная недостаточность, печеночная кома	429
Частная патология	432
Гепатиты	432
Острые гепатиты	433
Хронические гепатиты	434
Хронические вирусные гепатиты	434
Хронический вирусный гепатит В	434
Хронический вирусный гепатит С	435
Хронический вирусный гепатит D	436
Аутоиммунный гепатит	436
Жировая инфильтрация печени и стеатогепатит	437
Цирроз печени	439
Холестатические заболевания печени	444
Первичный билиарный цирроз	444
Первичный склерозирующий холангит	446
Дискинезии желчного пузыря и желчевыводящих путей	447
Желчнокаменная болезнь	448
Холецистит	453
Острый холецистит	454
Хронический холецистит	455
Поджелудочная железа.— А. Л. Гребнев	457
Методы исследования	457
Расспрос	457
Физические методы исследования	458
Осмотр	458
Перкуссии	458
Пальпация	458
Лабораторные и инструментальные методы исследования	459
Лабораторные методы исследования	459
Рентгенологическое исследование	462
Радиоизотопные методы исследования	462
Ультразвуковое исследование	463
Основные клинические синдромы	464
Недостаточность (внешнесекреторная) поджелудочной железы	464
Частная патология	465
Панкреатит	465
Острый панкреатит	466
Хронический панкреатит	467
Глава 8. Система мочеотделения.— А. Л. Гребнев	470
Методы исследования	470
Расспрос	470
Физические методы исследования	474
Осмотр	474
Пальпация	475
Перкуссия	477
Лабораторные и инструментальные методы исследования	478
Исследование мочи.— Н. Г. Плетнева	478
Функциональное исследование почек.— Н. Г. Плетнева	487
Ультразвуковое исследование	490
Рентгенологическое исследование	491
Катетеризация мочевого пузыря	493
Цистоскопия	493
Биопсия почек	493

Радиоизотопные методы исследования	494
Основные клинические синдромы	495
Мочевой синдром	495
Почечные отеки	496
Нефротический синдром	499
Токсическая почка	499
Хронический нефротический синдром	500
Почечная артериальная гипертензия	502
Почечная эклампсия	504
Нефритический синдром	505
Почечная недостаточность, уремическая кома	506
Частная патология	510
Диффузный гломерулонефрит	511
Острый гломерулонефрит	511
Хронический гломерулонефрит	514
Амилоидоз почек	517
Почечнокаменная болезнь	519
Пиелонефрит	522
Острый пиелонефрит	522
Хронический пиелонефрит	522
Глава 9. Система крови.— А. Л. Гребнев	524
Методы исследования	524
Расспрос	524
Физические методы исследования	526
Осмотр	526
Пальпация	527
Перкуссия	529
Аускультация	529
Лабораторные и инструментальные методы исследования	529
Морфологическое исследование крови.— <i>Н. Г. Плетнева</i>	529
Пункция кроветворных органов.— <i>Н. Г. Плетнева</i>	537
Оценка гемолиза.— <i>Н. Г. Плетнева</i>	538
Исследование геморагического синдрома.— <i>Н. Г. Плетнева</i>	539
Рентгенологическое исследование	543
Радиоизотопные методы исследования	544
Частная патология	544
Анемии	544
Анемия от острой кровопотери	546
Железодефицитные анемии	547
В ₁₂ , фолиево-дефицитная анемия	550
Анемии хронических состояний	554
Аутоиммунная гемолитическая анемия	555
Миелоапластический синдром	557
Гемобластозы	560
Острые лейкозы	562
Хронические миелопролиферативные заболевания	565
Хронический миелолейкоз	565
Эритремия (истинная полицитемия)	567
Хронический лимфолейкоз	569
Лимфогранулематоз	571
Миеломная болезнь	574
Геморрагические диатезы	575
Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура	576
Глава 10. Система желез внутренней секреции и обмен веществ.— А. А. Шентулин	578
Методы исследования	578
Расспрос	578

Физические методы исследования	578
Осмотр	578
Пальпация	579
Перкуссия	580
Аускультация	580
Лабораторные и инструментальные методы исследования	580
Лабораторные методы исследования	580
Радиоизотопные методы исследования	581
Сканирование	582
Рентгенологическое исследование	582
Термография	583
Ультразвуковое исследование	583
Частная патология	583
Диффузный токсический зоб	583
Гипотиреоз	586
Сахарный диабет	588
Ожирение	593
Болезни витаминной недостаточности	596
Глава 11. Болезни костно-мышечной системы, суставов, диффузные заболевания соединительной ткани, аллергические болезни, системные васкулиты. — <i>А. Л. Гребенев</i>	598
Методы исследования	598
Расспрос	598
Физические методы исследования	601
Осмотр	601
Пальпация	602
Лабораторные и инструментальные методы исследования	604
Лабораторная диагностика.— <i>Н. Г. Плетнева</i>	604
Динамометрия	607
Рентгенологическое исследование	607
Биопсия	608
Основные клинические синдромы	608
Анафилактический шок	608
Аллергический отек	610
Крапивница	611
Синдром Рейно	611
Частная патология	612
Ревматоидный артрит	612
Остеоартроз	615
Геморрагический васкулит	616
Приложение 1. Лабораторные показатели у взрослых (норма). — <i>Н. Г. Плетнева</i>	618
Исследование крови и кроветворных органов	618
Клинические исследования	618
Биохимия крови	622
Исследование мочи и функции почек	628
Исследование слюны	630
Исследование желудочного сока	630
Микроскопия желудочного содержимого	631
Исследование желчи	632
Копрологическое исследование	632
Макроскопия кала	632
Микроскопия кала	633
Химический состав кала	633
Исследование спинномозговой жидкости	633
Исследование активности систем нейроэндокринной регуляции	634
Гипофизарно-надпочечниковая система	634

Гипофизарно-гонадная система	634
Ренин-альдостероновая система	635
Щитовидная железа	635
Другие гормоны	635
Приложение 2. Коэффициенты пересчета показателей, отражающих содержание веществ в биологических жидкостях	637
Предметный указатель	640

Глава 3. МЕТОДЫ КЛИНИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО И ОБЩАЯ СИМПТОМАТОЛОГИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ

«Обследование больного — комплекс исследований, проводимых для выявления индивидуальных особенностей больного, установления диагноза, подбора рационального лечения, наблюдения за течением болезни, определения прогноза.

Распознать болезнь можно, зная ее проявления, умея найти только ей присущие изменения в организме. Для обнаружения и изучения разнообразных проявлений болезни применяют различные способы исследования, начиная с расспроса больного, измерения температуры его тела и кончая более сложными методами исследования — изучением под микроскопом форменных элементов крови, химическим исследованием жидкостей организма, просвечиванием рентгеновскими лучами и т. д.

Здоровый человек не испытывает неприятных ощущений. Боли, тошнота, рвота, повышение температуры тела, увеличение селезенки появляются при той или иной болезни и считаются ее проявлениями, или симптомами (от греч. *symptoma* — совпадение). Одни симптомы (например, повышение температуры тела) свидетельствуют об изменении, происшедшем во всем организме, другие (например, понос) указывают на нарушение функции того или иного органа, третьи (например, увеличенная плотная печень) обнаруживают изменения строения органа.

Ощущения боли или тошноты относятся к *субъективным симптомам*: они являются отражением в сознании больного объективных изменений в его организме. Проявления заболеваний, обнаруживаемых при исследовании больного врачом (например, желтуха, увеличенная печень), считаются *объективными симптомами* болезни.

На основании лишь одного симптома распознать болезнь очень трудно: она определяется только по совокупности разных симптомов. Наибольшее число диагностических ошибок происходит вследствие недостаточного, неполного обследования больного, поэтому первым правилом диагностики является как можно более полное и систематическое изучение больного. Для того чтобы обследование было полным, его всегда проводят по определенному плану, т. е. составляют план обследования больного.

Этот план предусматривает последовательное изучение состояния больного вначале с помощью расспроса, затем с применением методов осмотра, пальпации, перкуссии, аускультации.

При расспросе больного сначала выясняют его жалобы, так как рассказ об испытываемых им неприятных ощущениях имеет не меньшее значение для распознавания болезни, чем всестороннее объективное обследование. Иногда предварительный диагноз заболевания основывается почти исключительно на субъективных симптомах (например, стенокардия, или грудная жаба, распознается на основании характера болей в области сердца;

желчнокаменная болезнь — по особенностям приступов болей в правом под-реберье). В еще большей степени диагнозу помогает подробный расспрос больного о том, когда возникло заболевание, какими симптомами оно проявлялось и как протекало до настоящего момента. Все эти сведения составляют так называемое воспоминание о настоящей болезни (*anamnesis morbi*).

После ознакомления с анамнезом заболевания собирают сведения о жизни больного, перенесенных им заболеваниях (*anamnesis vitae* — воспоминание о жизни). При собирании анамнеза этапы развития заболевания прослеживают на основании рассказа больного о себе или сведений, сообщаемых его родственниками.

Другой частью изучения больного является объективное исследование его состояния в настоящий момент (*status praesens*). При помощи различных диагностических способов — осмотра, измерения температуры тела, выстукивания, выслушивания, ощупывания, лабораторных, рентгенологических и других исследований — можно обнаружить патологические изменения, отклонения в строении и функции органов и систем, о которых больной может и не знать.

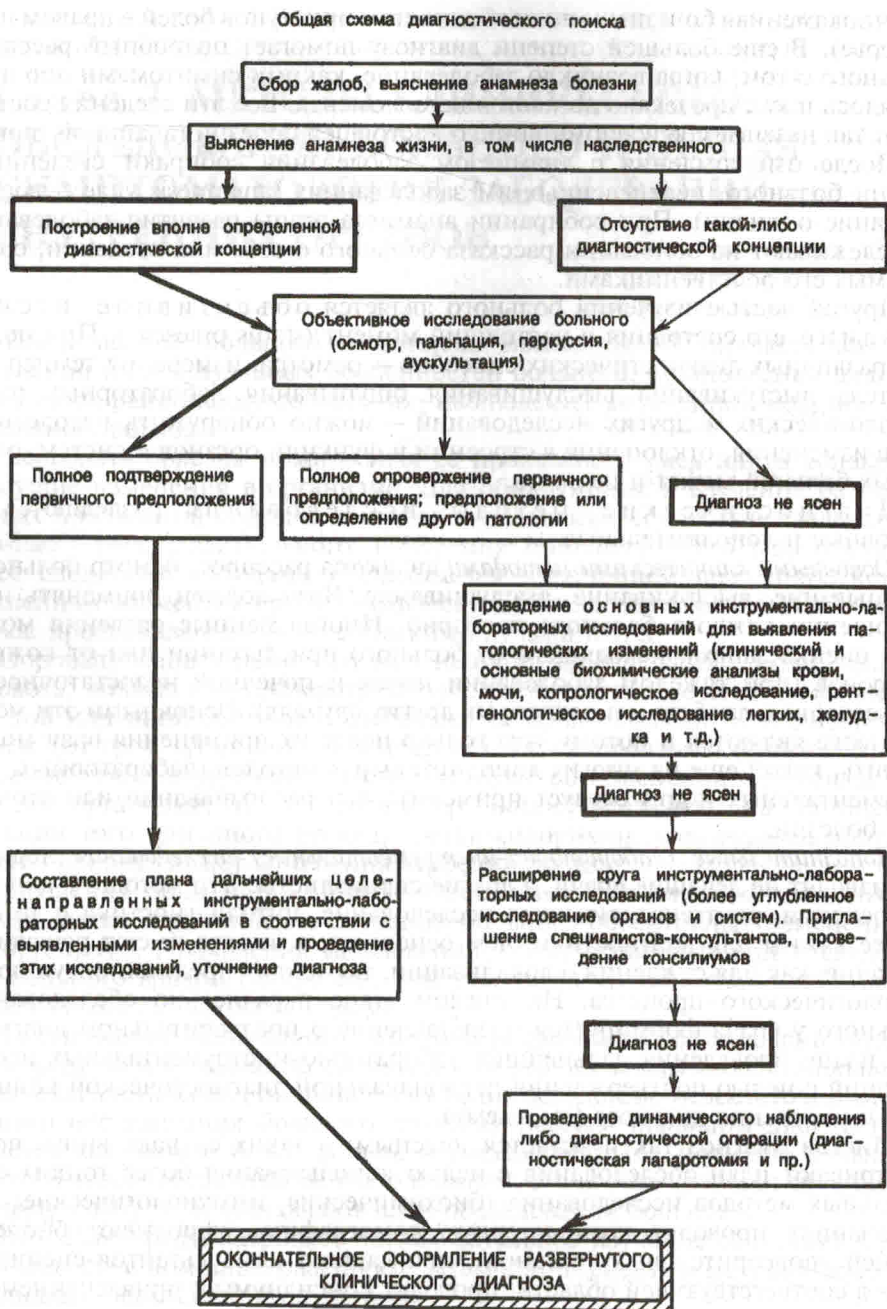
Диагностические методы исследования разделяются на основные и дополнительные.

Основными клиническими методами являются расспрос, осмотр больного, ощупывание, выстукивание, выслушивание. Врач должен применять их в отношении каждого больного повторно. Иногда ценные сведения может дать оценка запаха, исходящего от больного при дыхании или от кожных покровов (при тяжелом заболевании почек и почечной недостаточности, при сахарном диабете и в некоторых других случаях). Основными эти методы также являются и потому, что только после их применения врач может решить, какой еще из многих дополнительных методов (лабораторных, инструментальных и др.) следует применить для распознавания или уточнения болезни.

Дополнительные (лабораторно-инструментальные) исследования нередко производят не лечащие врачи, а другие специалисты. Эти методы (биопсия, эндоскопия, рентгенологическое исследование, цитодиагностика и др.) не менее важны для диагностики, чем основные, а иногда имеют решающее значение как для суждения о локализации, так и для определения сущности патологического процесса. На каждом этапе параллельно обследованию больного у врача формируется представление о предварительном диагнозе и о плане проведения дальнейших лабораторно-инструментальных исследований с целью подтверждения первоначальной диагностической концепции и уточнения диагноза (см. схему).

Иногда диагноз так и остается неясным; в таких случаях вновь рассматривают план обследования с целью использования более тонких специальных методов исследования (биохимические, иммунологические; при показаниях проводят компьютерную томографию, выполняют биопсию тканей «подозрительных» органов), приглашают консультантов-специалистов в соответствующей области, проводят консилиумы с привлечением ведущих клиницистов и т. д.

Если и на этом этапе диагноз не удастся установить и обосновать, то в одних случаях врачи ограничиваются наблюдением больного и повторным обследованием через какой-то промежуток времени (2—3 нед, 1—3 мес — в зависимости от состояния больного, скорости развития и прогрессирования симптомов и т. д.). В некоторых случаях врачи прибегают к диагностике «*ex juvantibus*», т. е. назначают лечение в соответствии с предполагаемым характером патологического процесса и наблюдают за его эффективностью.



Положительный результат лечения подтверждает правильность диагностической гипотезы. Наконец, в наиболее тяжелых случаях, когда небольшое промедление может угрожать жизни больного, приходится прибегать к диагностической операции, например к диагностической лапаротомии с ревизией органов брюшной полости — при очень резких непрекращающихся болях в животе, подозрении на непроходимость кишечника и т. д.

Во время болезни пациент обычно находится под наблюдением медицинского персонала и ему проводят повторные исследования, при которых отмечают изменения в субъективном и объективном состоянии, определяют направление развития болезни, оценивают эффект лечения. Все это составляет данные о течении болезни (*decursus morbi*).

Результаты расспроса и объективного обследования больного, сведения о течении болезни (дневник), а также о назначаемом лечении записывают в истории болезни или закладывают в компьютер.

На заглавном листе истории болезни пишут полный диагноз: основная болезнь, сопутствующая и осложнения. В конце истории болезни по окончании наблюдения больного пишут заключение, или эпикриз, где отмечают особенности заболевания и результаты проведенного лечения.

РАССПРОС БОЛЬНОГО

ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО

Вначале выясняют главные, или ведущие, или основные, жалобы, детально устанавливают их характер. Так, при наличии болей за грудной уточняют их локализацию, характер и интенсивность, время появления и связь их возникновения с различными причинами (физическое напряжение, кашель, прием и разный характер пищи и др.). Выясняют, чем снимаются боли. Проводят также детальный анализ всех других жалоб. Затем выясняют и анализируют общие жалобы. Например, при воспалении легких больной обычно жалуется на слабость, высокую температуру, боли в боку, кашель, отмечает, что заболевание началось несколько дней назад внезапно ознобом и покалыванием в боку при кашле и глубоком дыхании.

Расспрос и общий осмотр больного представляют собой два различных метода исследования, но на практике врач, впервые увидев больного, в первые минуты делает ряд общих заключений, которые необходимы для определения дальнейшей врачебной тактики.

В первую очередь отмечают наиболее важные и имеющие первостепенное значение характеристики: 1) общее состояние больного (удовлетворительное, тяжелое, крайне тяжелое); 2) состояния его сознания (ясное, нарушенное — разные степени и проявления заторможенности или возбуждения); 3) степень активности (активность сохранена, ограничена, резко ограничена); 4) наличие ярких внешних признаков болезни, требующих немедленного врачебного вмешательства (чаще всего повреждения — кровотечение из раны, признаки перелома или вывиха конечности и т. д.). Эта предварительная оценка общего состояния больного по основным критериям необходима для определения дальнейшей тактики врача: проводить ли дальше систематическое обследование больного или (при угрожающих жизни состояниях) срочно переходить к лечебным мероприятиям. При этом представление о предварительном диагнозе основывается на данных предшествующих посещений больного, на выписке из истории болезни либо на характерных внешних проявлениях заболевания или состоянии больного; такое представление опытный врач нередко получает при первом взгляде на больного либо со слов родных или очевидцев.

Изучение основных жалоб часто позволяет сделать заключение об общем характере заболевания. Высокая температура, например, обычно свидетельствует об инфекционном заболевании; кашель с мокротой указывает на возможность заболевания легких.

Установление начала заболевания позволяет судить о его характере — остром или хроническом.

Расспрос больного не ограничивается только этими основными вопро-

сами. Для того чтобы не пропустить каких-либо симптомов и выяснить состояние функций всех органов, **больного расспрашивают по определенной системе** (status functionalis). Выясняют изменения общего состояния (похудание, лихорадка, слабость, отеки, головная боль), состояния *дыхательной и сердечно-сосудистой систем* (сердцебиение, одышка, боли в области сердца, отеки на ногах), *желудочно-кишечного тракта* (расспрашивая об аппетите, глотании, выясняют, нет ли рвоты, болей в надчревной области и т. д.) и др.

У каждого больного при расспросе выясняют *состояние его нервной системы* в настоящее время: каково общее самочувствие, хорошо или плохо он спит, раздражителен или безразличен по отношению к окружающей обстановке, ощущает ли слабость, возбуждение, головную боль. Оценивают также *состояние сознания*, деятельность *органов чувств*. Кроме того, при расспросе больного о его поведении, реакциях на окружающую обстановку, отношении к труду и людям выясняют особенности высшей нервной деятельности в настоящее время и до болезни, стремясь определить тип нервной системы соответственно классификации И. П. Павлова. Основными качествами нервных процессов — торможения и возбуждения — являются их сила, подвижность и уравновешенность.

Слабость нервной системы человека проявляется низкой работоспособностью, нерешительностью, трусостью, податливостью чужим влияниям. Люди с сильной нервной системой отличаются большой работоспособностью, решительностью, самостоятельностью, настойчивостью в преодолении трудностей. При неуравновешенности нервных процессов с преобладанием возбуждения отмечаются беспокойство, раздражительность, нетерпеливость, несдержанность.

Для недостаточной подвижности нервных процессов характерны некоторая медлительность, трудность переключения, недостаточная приспособляемость к изменениям обстановки.

Так путем расспроса изучают функции главнейших систем организма — дыхания, кровообращения, пищеварения, выделения, двигательной, половой, нервной — и составляют представление о состоянии различных органов и систем больного.

АНАМНЕЗ БОЛЕЗНИ

При расспросе о развитии самой болезни (anamnesis morbi) нужно получить точные ответы на следующие вопросы: 1) когда началось заболевание; 2) как оно началось; 3) как оно протекало; 4) какие проводились исследования, их результаты; 5) какое проводилось лечение и какова его эффективность. В процессе такого подробного расспроса нередко вырисовывается общее представление о болезни.

История настоящего заболевания должна отражать развитие болезни от ее начала до настоящего момента. Сначала необходимо выяснить общее состояние здоровья перед возникновением болезни и постараться установить причины, ее вызвавшие. Подробно расспрашивают о первых признаках болезни, а затем в хронологической последовательности выясняют ее динамику, наличие рецидивов или обострений, периодов ремиссии, их длительность. Если в период обострения больной подвергался обследованию, нужно выяснить его результаты. При этом не следует побуждать больного к подробным описаниям посещений им различных лечебных учреждений, а выяснить лишь основные методы и результаты проведенных ранее исследо-

Глава 10. СИСТЕМА ЖЕЛЕЗ ВНУТРЕННЕЙ СЕКРЕЦИИ И ОБМЕН ВЕЩЕСТВ

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

РАССПРОС

Жалобы. Жалобы больных, страдающих эндокринными заболеваниями, могут быть разнообразными. К их числу относятся, например, жалобы на учащенное сердцебиение и перебои в работе сердца, лихорадку, чувство жара, потливость, повышенную возбудимость, поносы (при диффузном токсическом зобе), головные боли, связанные с повышением артериального давления (при гиперкортицизме, феохромоцитоме), выраженную слабость и мышечную адинамию (при хронической надпочечниковой недостаточности), снижение внимания, сонливость и ухудшение памяти (при гипотиреозе), повышенную жажду и стойкую полиурию (при сахарном и несахарном диабете) и т. д. Одним словом, трудно назвать органы и системы, нарушения функций которых не встречались бы при эндокринных заболеваниях.

Анамнез. При расспросе больных обращают внимание на перенесенные ими заболевания, способные в последующем привести к болезням органов эндокринной системы. Так, хроническая надпочечниковая недостаточность нередко является следствием перенесенного туберкулеза. Гипотиреоз развивается иногда после операции субтотальной резекции щитовидной железы по поводу диффузного токсического зоба. Острое воспаление щитовидной железы (тиреоидит) может быть осложнением пневмонии, острого тонзиллита или синусита.

Большое значение имеет выяснение семейного анамнеза. Наследственная предрасположенность играет, например, важную роль в возникновении таких заболеваний, как сахарный и несахарный диабет, диффузный токсический зоб, ожирение. В ряде случаев может иметь значение и место проживания больных. Так, к развитию эндемического зоба приводит низкое содержание йода в окружающей среде.

ФИЗИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Осмотр

При осмотре больного нередко выявляются различные симптомы, позволяющие сразу заподозрить то или иное эндокринное заболевание.

При заболеваниях щитовидной железы, например, обнаруживаются характерные изменения выражения лица. Испуганный или сердитый взгляд в сочетании с рядом глазных симптомов является типичным для больных с диффузным токсическим зобом. В свою очередь маскообразное и амимичное лицо наблюдается у больных с гипотиреозом. Увеличение размеров носа, губ, ушей и т. д. встречается при акромегалии. При ос-

мотре шеи иногда обнаруживаются изменения ее конфигурации, обусловленные выраженным увеличением щитовидной железы (зобом).

При ряде эндокринных заболеваний обращают на себя внимание и некоторые особенности телосложения больных. Например, при гипофизарном нанизме (карликовости) отмечается очень низкий рост (у мужчин ниже 130 см, у женщин ниже 120 см) с сохранением пропорций тела, свойственных детскому возрасту. Для больных, страдающих гигантизмом, напротив, характерен очень высокий рост, превышающий у мужчин 200 см, а у женщин—190 см.

При эндокринных заболеваниях часто выявляются различные изменения кожи. Так, гиперпигментация кожных покровов и слизистых оболочек с повышенным отложением меланина в области ладонных линий, округлости сосков встречается при хронической надпочечниковой недостаточности (болезни Аддисона). Широкие стрии красно-фиолетового цвета на кожных покровах живота и внутренней поверхности бедер обнаруживаются у больных с синдромом Иценко—Кушинга.

Бледная и холодная на ощупь кожа характерна для пациентов с гипотиреозом. Наоборот, у больных с диффузным токсическим зобом она при ощупывании обычно бывает горячей и отличается высокой эластичностью. Наклонность к гнойничковым и грибковым поражениям кожи, а также зудящие дерматозы свойственны больным сахарным диабетом. Сухость кожи, ломкость и выпадение волос наблюдаются при пангипопитуитаризме, гипотиреозе.

При ряде заболеваний может отмечаться и изменение нормального типа оволосения. Так, женский тип оволосения у мужчин встречается при евнухоидизме. Напротив, мужской тип оволосения у женщин (гирсутизм) появляется при синдроме Иценко—Кушинга, вирилизующих опухолях яичников.

При заболеваниях органов эндокринной системы часто обнаруживаются различные изменения степени развития и характера распределения подкожного жирового слоя. В частности, ожирение встречается при гипогонадизме, синдроме Иценко—Кушинга, причем в последнем случае наблюдается избыточное отложение жира в области шеи, туловища, живота и лица, принимающего при этом характерный вид «полной луны».

Похудание отмечается у больных диффузным токсическим зобом, при тяжелом течении сахарного диабета. У больных с пангипопитуитаризмом (гипоталамо-гипофизарной недостаточностью, или болезнью Симмондса) похудание может быть настолько выраженным, что такие пациенты становятся резко истощенными (кахектичными).

При эндокринных заболеваниях обнаруживаются также разнообразные изменения мышечной и костной систем. Например, для синдрома Иценко—Кушинга характерно уменьшение мышечной массы, приводящее к атрофии мышц. При акромегалии происходит усиленный рост костей в ширину, что обуславливает увеличение надбровных дуг, скуловых костей, нижней челюсти, кистей и стоп, утолщение ключиц, грудины, ребер. Боли в костях, а также патологические переломы (в первую очередь позвонков), связанные с остеопорозом, встречаются при гиперпаратиреозе, синдроме Иценко—Кушинга.

Пальпация

Пальпация является ценным методом, помогающим в диагностике заболеваний щитовидной железы. У здоровых людей щитовидная железа обычно не пальпируется, за исключением лиц (как правило, женщин) с очень

худой шеей. Прощупываемая щитовидная железа свидетельствует чаще всего о той или иной степени ее увеличения. Существует три наиболее распространенных **способа пальпации щитовидной железы**.

При первом способе врач, находящийся спереди от больного, ставит согнутые II—V пальцы обеих кистей за задние края грудино-ключично-сосцевидных мышц, а большие пальцы располагает в области щитовидных хрящей несколько кнутри от передних краев упомянутых мышц. В момент пальпации больного просят сделать глоток, в результате чего щитовидная железа перемещается вместе с гортанью и проходит под пальцами врача. Перешеек щитовидной железы пальпируется с помощью скользящих движений пальцев в вертикальном направлении.

При втором способе пальпации врач располагается справа и чуть спереди от больного. Для лучшего расслабления мышц шеи больного просят слегка наклонить голову вперед. Ладонью левой руки врач фиксирует сзади шею больного, а пальцами правой руки проводит пальпацию щитовидной железы. При этом пальпация правой доли производится большим пальцем, а пальпация левой доли — сложенными вместе остальными пальцами.

При третьем способе пальпации щитовидной железы врач находится сзади больного. Большие пальцы рук устанавливает на задней поверхности шеи, а остальные пальцы располагает над областью щитовидных хрящей кнутри от передних краев грудино-ключично-сосцевидных мышц.

Если щитовидную железу удастся пропальпировать, то характеризуют ее размеры, поверхность, консистенцию, наличие узлов, подвижность при глотании, болезненность. Измеряют окружность шеи на уровне щитовидной железы, располагая сантиметровую ленту сзади на уровне остистого отростка VII шейного позвонка, а спереди — на уровне наиболее выступающей области щитовидной железы. Размеры крупных узлов можно определить с помощью специального циркуля.

Перкуссия

Метод перкуссии может помочь в выявлении загрудинного зоба. В таких случаях над рукояткой грудины отмечается укорочение перкуторного звука.

Аускультация

При аускультации щитовидной железы у больных с диффузным токсическим зобом иногда выслушиваются шумы, обусловленные усиленной васкуляризацией щитовидной железы и ускорением кровотока.

ЛАБОРАТОРНЫЕ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Лабораторные методы исследования

Радиоиммунный метод определения содержания в крови различных гормонов получил в последние годы широкое распространение в диагностике эндокринных заболеваний. Этот метод основан на том, что гормонам, циркулирующим в крови, присущи антигенные свойства. Поэтому при применении специальных иммунных сывороток, содержащих тот или иной стандартный гормон, меченный радиоактивным изотопом, возникает своеобразная «конкуренция» между определяемым и стандартным гормонами, в

результате чего определяемый гормон вытесняет стандартный из иммунного комплекса антиген — антитело. По возникающим изменениям радиоактивности можно судить о концентрации исследуемого гормона. С помощью этого способа в настоящее время определяют содержание в крови инсулина, антидиуретического гормона, адренокортикотропного гормона (АКТГ), кортизола, тироксина (T_4) и трийодтиронина (T_3), тиреотропного гормона (ТТГ) и ряда других гормонов.

Для диагностики синдрома Иценко—Кушинга и хронической надпочечниковой недостаточности широко применяется определение уровня экскреции с мочой 17-оксикетостероидов (17-ОКС) и 17-кетостероидов (17-КС), а также альдостерона. Для распознавания феохромоцитомы (опухоль хромаффинной ткани надпочечников, секретирующей катехоламины) исследуют содержание катехоламинов в крови, а также определяют уровень экскреции катехоламинов и их метаболитов (ванилилминдальной и гомованилиновой кислот) с мочой.

У больных сахарным диабетом в обязательном порядке определяют показатели содержания глюкозы в крови и моче, уровень кетоновых тел в моче (в том числе и с помощью специальных экспресс-методов), отражающие тяжесть течения заболевания.

Для выявления поражения околощитовидных желез исследуют содержание кальция и фосфора в сыворотке крови и показатели их экскреции с мочой. Определение уровня калия и натрия в плазме позволяет судить о состоянии минералокортикоидной функции надпочечников.

Определение содержания йода, связанного с белками сыворотки крови (СБЙ), — один из наиболее распространенных способов оценки выработки тиреоидных гормонов, поскольку 90% белково-связанного йода составляет йод, содержащийся в тироксине. Нормальный уровень СБЙ составляет 270—670 нмоль/л. Повышение этих показателей свидетельствует о гиперфункции щитовидной железы, снижение — о ее недостаточной функциональной активности. При оценке результатов следует иметь в виду, что на содержание СБЙ могут влиять прием лекарственных препаратов, в состав которых входят органические соединения йода, а также введение рентгеноконтрастных йодсодержащих веществ.

Определение показателей основного обмена, отражающего интенсивность энергетических процессов в организме в условиях покоя, позволяет судить о выраженности действия тиреоидных гормонов на тканевом уровне. При исключении заболеваний и некоторых физиологических состояний, способных оказать влияние на основной обмен (например, болезни, протекающие с лихорадкой, надпочечниковая недостаточность, голодание, беременность и др.), повышение уровня основного обмена более чем на 10% может указывать на гиперфункцию щитовидной железы, а его снижение более чем на 10% — на наличие гипотиреоза.

Радиоизотопные методы исследования

Для распознавания эндокринных заболеваний в настоящее время широко применяются радиоизотопные методы исследования. Так, для диагностики заболеваний щитовидной железы часто используют определение поглощения радиоактивного йода щитовидной железой. Радиоактивный йод (^{131}I) вводят внутривенно или дают внутрь в виде раствора или капсулы. Подсчет поглощения ^{131}I производится с помощью сцинтилляционных датчиков через 2, 4 и 24 ч (рис. 152). В норме поглощение ^{131}I щитовидной железой нарастает постепенно, достигая максимума (20—29%) через 24 ч. При

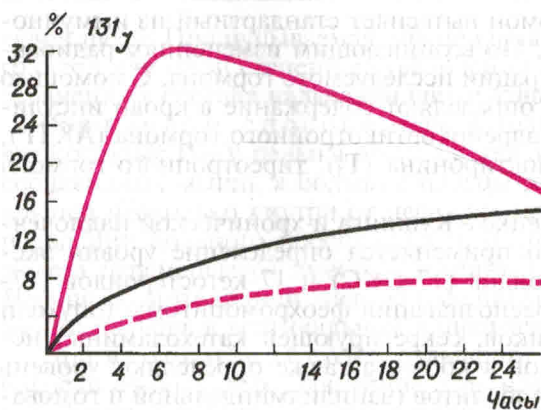


Рис. 152. Накопление ^{131}I в щитовидной железе.

1 — в норме; 2 — при тиреотоксикозе; 3 — при гипотиреозе.

диффузном токсическом зобе поглощение ^{131}I оказывается более высоким и максимум его приходится на первые 4—6 ч. При гипотиреозе максимальные показатели поглощения ^{131}I не превышают 15%, а нередко оказываются еще более низкими (3—5%). Для правильной оценки результатов исследования необходимо, чтобы в течение месяца перед его проведением больной не получал препаратов, содержащих йод и бром. В последние годы радиоактивное исследование функции щитовидной железы проводится с другими изотопами йода, имеющими меньший период полураспада (^{132}I), а также с изотопами технеция. Радиоизотопное исследование с использованием 19-йодхолестерина, меченого ^{131}I , применяется сейчас и для диагностики заболеваний надпочечников.

Сканирование

Для определения формы, размеров и исследования структуры щитовидной железы в настоящее время широко применяется сканирование (рис. 153). Сканирование не только дает возможность обнаружить узлы в щитовидной железе, но и позволяет определить их повышенную («горячие» узлы), нормальную («теплые» узлы) и пониженную («холодные» узлы) активность.

Рентгенологическое исследование

В распознавании заболеваний желез внутренней секреции важное место принадлежит рентгенологическому исследованию. При рентгенографии можно, в частности, обнаружить изменение формы турецкого седла (при опухолях гипофиза), утолщение костей свода черепа, кистей и стоп (при акромегалии), остеопороз трубчатых костей и позвонков (при гиперпаратиреозе, синдроме Иценко—Кушинга). По показаниям применяются и другие, более сложные рентгенологические методы исследования. Так, для диагностики опухолей гипофиза и надпочечников используются компьютерная томография и ЯМР-томография. В необ-

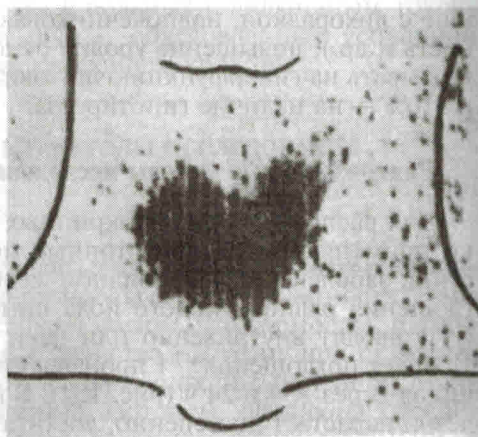


Рис. 153. Сканограмма щитовидной железы здорового человека.