



# СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие . . . . .	6
Авторский коллектив . . . . .	7
Список сокращений и условных обозначений . . . . .	12
<b>1. Введение в специальность . . . . .</b>	<b>15</b>
1.1. Внутренняя медицина и ее место в ряду других медицинских дисциплин ( <i>И.Ю. Юдина</i> ) . . . . .	15
1.1.1. Современные направления развития внутренних болезней . . . . .	18
1.1.2. Прогресс в диагностике и эволюция патологии . . . . .	21
1.1.3. Взаимосвязь этиологических факторов между стоматологическими заболеваниями и внутренними болезнями. . . . .	23
1.2. Врачебная этика и деонтология ( <i>Е.А. Смолярчук</i> ) . . . . .	26
1.2.1. Индивидуальная проблема . . . . .	29
1.2.2. Врачебная проблема . . . . .	30
1.2.3. Коллегиальная проблема . . . . .	33
1.2.4. Бригадная проблема . . . . .	34
1.2.5. Общественная проблема . . . . .	35
1.2.6. Административная проблема . . . . .	36
1.2.7. Коллективная проблема . . . . .	36
1.2.8. Социальная проблема . . . . .	37
1.2.9. Особенности деонтологии в стоматологии . . . . .	39
1.3. Рациональная фармакотерапия ( <i>Е.В. Реброва</i> ) . . . . .	43
<b>2. Пропедевтика внутренних болезней . . . . .</b>	<b>47</b>
2.1. Общие методы обследования больного ( <i>В.Ф. Маринин</i> ) . . . . .	47
2.2. Методика расспроса и сбора анамнеза ( <i>В.Ф. Маринин</i> ) . . . . .	47
2.3. Осмотр больного ( <i>В.Ф. Маринин</i> ) . . . . .	49
2.4. Методика пальпации ( <i>В.Ф. Маринин, А.А. Астаповский</i> ) . . . . .	57
2.5. Методика перкуссии ( <i>В.Ф. Маринин, А.А. Астаповский</i> ) . . . . .	63
2.5.1. Перкуторный звук над легкими в норме и при патологических состояниях . . . . .	68
2.6. Аускультация ( <i>В.Ф. Маринин, А.А. Астаповский</i> ) . . . . .	71
2.6.1. Физические основы аускультации . . . . .	71
2.7. Клинико-лабораторные исследования ( <i>Е.Ю. Никтин,   В.Н. Дроздов</i> ) . . . . .	77
2.7.1. Основные клинико-диагностические исследования. . . . .	79
2.8. Инструментальные методы исследования ( <i>Е.К. Кочеткова</i> ) . . . . .	97

2.9. Методология формулирования диагноза ( <i>В.Н. Дроздов</i> ) . . .	105
2.10. Значение истории болезни и ее основные разделы ( <i>А.А. Газданова</i> ) . . . . .	109
<b>3. Внутренние болезни</b> . . . . .	<b>115</b>
3.1. Болезни органов дыхания (под ред. профессора <i>Н.Б. Лазаревой</i> ) . . . . .	115
3.1.1. Основные клинические синдромы при заболеваниях системы органов дыхания ( <i>Н.Б. Лазарева</i> ) . . . . .	115
3.1.2. Стоматологические проявления при болезнях органов дыхания ( <i>Н.Б. Лазарева</i> ) . . . . .	129
3.1.3. Пневмонии ( <i>Н.Б. Лазарева</i> ) . . . . .	132
3.1.4. Бронхиальная астма ( <i>Т.М. Пономаренко</i> ) . . . . .	143
3.1.5. Хроническая обструктивная болезнь легких ( <i>Т.М. Пономаренко</i> ) . . . . .	153
3.2. Болезни органов кровообращения (под ред. профессора <i>О.Д. Остроумовой</i> ) . . . . .	162
3.2.1. Основные клинические синдромы при заболеваниях органов кровообращения ( <i>О.Д. Остроумова</i> ) . . . . .	163
3.2.2. Стоматологические проявления при болезнях органов кровообращения ( <i>О.А. Вартанова, О.Д. Остроумова</i> ) . . . . .	176
3.2.3. Гипертоническая болезнь ( <i>О.Д. Остроумова</i> ) . . . . .	180
3.2.4. Стенокардия ( <i>С.И. Сивков, А.С. Сивков</i> ) . . . . .	191
3.2.5. Инфаркт миокарда ( <i>И.Ю. Юдина</i> ) . . . . .	202
3.2.6. Аритмии сердца ( <i>Д.Н. Цветков</i> ) . . . . .	215
3.2.7. Сердечная недостаточность ( <i>Т.Е. Морозова</i> ) . . . . .	228
3.3. Болезни органов пищеварения . . . . .	235
3.3.1. Основные клинические симптомы и синдромы при заболеваниях желудочно-кишечного тракта ( <i>С.Ю. Сереброва</i> ) . . . . .	235
3.3.2. Стоматологические проявления при болезнях органов пищеварения ( <i>С.Ю. Сереброва</i> ) . . . . .	240
3.3.3. Кислотозависимые заболевания ( <i>С.Ю. Сереброва</i> ) . . . . .	244
3.3.4. Болезни кишечника ( <i>С.Ю. Сереброва, В.Н. Дроздов</i> ) . . . . .	255
3.3.5. Болезни печени ( <i>В.Н. Дроздов</i> ) . . . . .	271
3.3.6. Болезни желчного пузыря, желчевыводящих путей и поджелудочной железы ( <i>В.Н. Дроздов</i> ) . . . . .	283
3.4. Ревматология . . . . .	289
3.4.1. Синдромы в ревматологии ( <i>О.А. Воробьева</i> ) . . . . .	289
3.4.2. Стоматологические проявления заболеваний соединительной ткани ( <i>О.А. Обухова</i> ) . . . . .	299

3.4.3. Острая ревматическая лихорадка (О.А. Обухова) . . . . .	300
3.4.4. Хроническая ревматическая болезнь сердца и пороки сердца (О.А. Обухова) . . . . .	306
3.4.5. Инфекционный эндокардит (О.А. Обухова) . . . . .	310
3.4.6. Ревматоидный артрит (О.А. Обухова) . . . . .	314
3.4.7. Болезнь (синдром) Шегрена (О.А. Обухова) . . . . .	322
3.4.8. Системная красная волчанка (О.А. Обухова) . . . . .	327
3.5. Болезни крови . . . . .	332
3.5.1. Основные синдромы при заболеваниях крови (А.А. Багдасарян, В.Н. Дроздов) . . . . .	332
3.5.2. Стоматологические проявления заболеваний крови (А.А. Багдасарян, В.Н. Дроздов) . . . . .	336
3.5.3. Анемии (А.А. Багдасарян, В.Н. Дроздов) . . . . .	337
3.5.4. Гемобласты (А.А. Багдасарян, В.Н. Дроздов) . . . . .	343
3.5.5. Нарушения свертывания крови (В.Н. Дроздов) . . . . .	352
3.6. Эндокринные заболевания . . . . .	359
3.6.1. Стоматологические проявления при эндокринных заболеваниях (Г.И. Городецкая) . . . . .	360
3.6.2. Сахарный диабет (Г.И. Городецкая) . . . . .	362
3.6.3. Заболевания щитовидной железы (Г.И. Городецкая) . . . . .	379
3.6.4. Остеопороз (О.В. Рязанцева) . . . . .	386
3.7. Болезни почек . . . . .	394
3.7.1. Синдромы при заболеваниях почек (Г.С. Аникин) . . . . .	394
3.7.2. Стоматологические проявления при болезнях почек (Г.С. Аникин) . . . . .	402
3.7.3. Гломерулонефриты (Г.С. Аникин) . . . . .	403
3.7.4. Острый пиелонефрит (Г.С. Аникин) . . . . .	406
3.7.5. Острое повреждение почек (М.В. Лукина) . . . . .	408
3.7.6. Хроническая болезнь почек. Уремия (Г.С. Аникин) . . . . .	413
3.8. Аллергические заболевания. . . . .	416
3.8.1. Аллергический ринит и оральный аллергический синдром (А.А. Газданова) . . . . .	417
3.8.2. Аллергический конъюнктивит (А.А. Газданова) . . . . .	419
3.8.3. Аллергическая крапивница (А.А. Газданова) . . . . .	420
3.8.4. Ангионевротический отек (А.А. Газданова) . . . . .	421
3.8.5. Синдромы Стивенса—Джонсона и Лайелла (Е.К. Кочеткова) . . . . .	425
3.8.6. Анафилактический шок (А.А. Газданова) . . . . .	428
3.9. Лучевая болезнь (Н.И. Ленькова) . . . . .	432
Предметный указатель . . . . .	445

# 1. ВВЕДЕНИЕ В СПЕЦИАЛЬНОСТЬ

## 1.1. Внутренняя медицина и ее место в ряду других медицинских дисциплин

Система клинической подготовки студентов, обучающихся по специальности «Стоматология», включает междисциплинарный подход, составной частью которого является изучение клинических дисциплин, в том числе дисциплины «Внутренние болезни» как одного из основных предметов, адаптированных к данной специальности.

Внутренние болезни — одно из наиболее крупных направлений теоретической и практической медицины, научная дисциплина, задача которой изучение диагностики заболеваний внутренних органов в их различных клинических формах, изучение этиологии, патогенеза, профилактики и терапии.

Развитие общих представлений о болезни менялось на протяжении истории медицины. Деление медицины на внутреннюю, когда врачи лечат расстройства внутренних частей тела с помощью гигиенических средств и назначением лекарств внутрь, и наружную или хирургию — лечение болезней наружных частей, травм костей, мышц и органов, требующих хирургического вмешательства, установилось еще в доисторическую эпоху.

Первые ритуальные захоронения обнаруживаются у неандертальцев, живших около 350–35 тыс. лет назад. В 1960-е в пещере были обнаружены девять скелетов неандертальцев, причем многие из этих скелетов несут следы тяжелых патологий — следы болезней и травм. Люди с такими недугами не могли бы выжить самостоятельно, что свидетельствует о развитой взаимопомощи в коллективе неандертальцев.

Египетские врачеватели пользовались всеобщим признанием в Древнем мире. Наиболее известными врачевателями Древнего Египта были Имхотеп (XXVIII в. до н.э.), царь Атотис (XXVIII в. до н.э.), савонник фараона Мечен (XXVIII в. до н.э.), древнейший из известных в истории врачевателей зубов — Хеси-Ра (XXVIII в. до н.э.). Врачебная этика требовала, чтобы врачеватель, осмотрев больного, открыто сообщил ему о предполагаемом исходе лечения одной из трех фраз: 1) могу вылечить; 2) может быть, смогу вылечить; 3) не смогу вылечить. В тех случаях, когда излечение представлялось возможным, давались четкие рекомендации врачевателю, как ему действовать в определенной ситу-

ации. Несоблюдение установленных для врача правил каралось вплоть до смертной казни.

До недавнего времени существовало убеждение, будто медицина получила начало и развитие в Греции. В действительности же индийцы раньше многих народностей изучали окружающую природу и применяли свои знания к облегчению страданий. Медицинские познания собраны в священных гимнах, или ведах, именно в Яджур-веде, которая составлена не раньше IX в. до н.э. У них мы встречаем здравый взгляд на болезни и логические выводы относительно лечения. Сочинения имеют вид сборников, в которые вошли отрывки различных писателей.

Уже в 770–476 гг. до н.э. в Китае существовала книга «Нэй-Цзин» по медицине. Первые прививки от оспы были проведены в Китае еще за тысячу лет до нашей эры. Инокуляция содержимого оспенных пустил здоровым людям с целью их защиты от острой формы заболевания распространилась затем и в другие страны (Индию, Японию, Турцию, Византию, страны Малой Азии и Европы).

Одним из основателей медицины в Древней Греции признавался Асклепий — Асклэпий (др.-греч. Ἀσκληπιός), или Эскулап (лат. *Aesculapius*), — в древнегреческой и древнеримской мифологиях бог медицины. Лечение происходило в храмах, которых насчитывалось более 320. В Греции было несколько врачебных школ, которые соперничали одна с другой, и, стараясь привлечь больше учеников, в них стали преподавать медицину светским людям. Значимость Гиппократа заключается в том, что он сумел связать воедино все разрозненные течения (храмовую медицину, ее философские школы и медицину в гимназиях), поэтому его иногда называют «отцом медицины». Его сочинения были предметом особого изучения. Объяснения к ним и их критика составляют особую библиотеку. С падением Древней Греции медицинская наука пришла в ней в упадок. Вполне подходящим местом для наук и искусств оказалась Александрия, где Герофил возвел анатомию на недостижимую до этого высоту только потому, что в то время, когда его предшественники вскрывали трупы животных, он изучал человеческие. Он первый стал отличать нервы от сухожилий и доказал, что первые проводят ощущения.

Наиболее известным древнеримским медиком был Гален, пользовавшийся до XVII в. славой непогрешимого ученого, труды которого изучались в медицинских университетах до XIX в. включительно. Он написал 500 трактатов о медицине. Большинство их погибло, но оставшиеся составляют большой сборник. С разрушением Римской импе-

рии ключевую историческую роль в медицине начинают играть арабы и германские племена. В VII в. в исламских странах начинают активно распространяться просвещение и науки, ученые исламского мира продолжают развивать медицинские знания древних цивилизаций. Халифы покровительствуют наукам и ученым. В 873 г. при Ахмаде ибн Тулуне введена первая крупная государственная больница, предназначенная исключительно для бедных слоев населения. Знаменитейшие из арабских и персидских медиков — Аарон, Гонен, Ар-Рази, Ибн Сина (Авиценна), Альбукасис, Абдул-Латиф аль-Багдади.

В средневековой Западной Европе, в университетах на территории современной Германии, Англии и Франции, начиная с IX в., преподавалась медицина. Лечением занимались монахи и светские люди. Самой знаменитой из врачебных школ в Европе в Средние века была Салернская.

Значительный вклад в развитие диагностики и общей терапии внутренних болезней внесли русские клиницисты. Матвей Яковлевич Мудров — создатель русской терапевтической школы, впервые ввел в клиническую практику опрос больного, основав анамнестический метод, разработал схему клинического исследования и ведения истории болезни. Григорий Антонович Захарьин детально разработал анамнестический метод в диагностике заболеваний. Сергей Петрович Боткин создал физиологическое направление в медицине и заложил основы экспериментальной фармакологии, терапии и патологии в России. Алексей Александрович Остроумов доказал большое значение центральной нервной системы (ЦНС) в жизнедеятельности человека, разработал основные положения о рефлекторных нарушениях в органах под влиянием расстройств нервной системы. Василий Парменович Образцов разрабатывал и совершенствовал методы клинического исследования больного, создал и обосновал метод пальпации органов брюшной полости. Николай Дмитриевич Стражеско разработал классификацию недостаточности кровообращения. Георгий Федорович Ланг впервые выделил гипертоническую болезнь в самостоятельное заболевание, разработал классификацию болезней системы кровообращения. Александр Леонидович Мясников — известнейший отечественный терапевт, изучал проблемы атеросклероза, ишемической болезни сердца (ИБС), инфаркта миокарда (ИМ), гипертонической болезни. Евгений Михайлович Тареев — крупнейший отечественный терапевт, обосновал (совместно с П.Г. Сергиевым) вирусную природу сывороточного гепатита, описал внепеченочные проявления гепатита В, детально изучил алко-

гольные гепатиты и циррозы печени, острые и хронические нефриты, нефропатию при подагре, ревматизме, ревматоидном артрите (РА), так называемой периодической болезни, геморрагическом васкулите.

### **1.1.1. Современные направления развития внутренних болезней**

История развития медицины характеризуется непрекращающимся процессом дифференциации медицинских специальностей, выделения новых медицинских профессий. Это связано с расширением общих медицинских знаний и особенно с появлением новых специальных методов обследования больного и лечения, овладение которыми нередко требует трудоемкой подготовки.

В современной медицинской науке имеется тенденция к повышению уровня специализации и дроблению клинической медицины на узкоспециализированные разделы. Разделами внутренних болезней являются: гастроэнтерология — заболевания желудочно-кишечного тракта (ЖКТ); пульмонология — заболевания легких; гепатология — заболевания печени; нефрология — заболевания почек; кардиология — заболевания сердечно-сосудистой системы; гематология — заболевания крови и кроветворных органов; ревматология — заболевания соединительной ткани; инфекционные заболевания — заболевания, вызываемые болезнетворными микроорганизмами; эндокринология — заболевания эндокринной системы; гериатрия — терапия пожилых пациентов; спортивная медицина — патологические изменения, возникающие при занятиях спортом.

Выделение отдельных специальностей в клинической медицине не отменяет тем не менее необходимости детального и всегда максимально подробного обследования больного с особым вниманием к образу жизни, подразумевающего уточнение пищевых предпочтений, стажа курения и злоупотребления алкоголем, а также знакомства с наследственным анамнезом. Длительное наблюдение за пациентом и членами его семьи, в том числе детьми, во многих странах осуществляет врач общей практики (семейный врач), в обязанности которого входят не только диагностика и лекарственное лечение болезней внутренних органов. Появление специальности «семейный врач» служит лучшим доказательством тенденции интеграции в медицине, так как врач общей практики должен не только иметь глубокие представления о различных аспектах клинических проявлений внутренних болезней, но и постоянно совершенствоваться в определенных ее разделах (кардиология, нефрология, пульмонология) в системе непрерывного медицинского образования, а также обучения так называемым смежным дисциплинам, например



эндокринологии. Очень важная особенность деятельности семейных врачей — возможность внимательнее наблюдать своих пациентов в той среде, в которой они живут, прежде всего в семье. Они лучше могут оценить обстоятельства, влияющие на здоровье и, что особенно важно, способные оказать неблагоприятное воздействие на здоровье членов семьи (например, уже упомянутые особенности образа жизни, семейных привычек и т.п.). Важной особенностью современной медицины является тщательная систематическая оценка этиологических (причинных) факторов болезней. На протяжении всего периода изучения внутренних болезней их этиология всегда представляла важнейший раздел в деятельности клиницистов. При этом уже давно обращалось внимание на значение факторов окружающей среды и их взаимодействие с наследственностью (генетическими факторами). «Понятие о болезни непрерывно связано с ее причиной, которая исключительно всегда обуславливается внешней средой, действующей или непосредственно на заболевший организм, или через его ближайших или отдаленных родственников» (С.П. Боткин).

Поскольку, к сожалению, реализовать этиологический подход к пониманию болезни удастся далеко не всегда, хорошей возможностью решения проблем является использование широко распространенной в мире концепции так называемых факторов риска (ФР). XX в. открыл новое направление в деятельности врача — профилактику заболеваний, о важности которой говорили выдающиеся клиницисты прошлого, нередко ставившие профилактическую деятельность выше лечебной работы. «Предупредить развитие заболевания, уменьшить количество тех, кто заболел, будет еще важнее, чем вылечить захворавших», — писал С.П. Боткин. Во многом речь шла о профилактике инфекционных заболеваний, тогда как применительно к болезням внутренних органов обычно это было предупреждение обострений уже возникшего заболевания. Однако, исследуя условия возникновения того или иного заболевания, врачи прошлого пытались понять их комплексное воздействие, когда порой трудно бывает разделить собственно этиологический фактор от факторов окружающей среды, особенно образа жизни, привычек, складывающихся в течение поколений семьи больного.

Положение о ФР возникновения заболеваний является важнейшим в профилактике. Сущность его состоит в том, что вероятность возникновения заболеваний неодинакова у различных людей. Большая вероятность заболеть у людей, которые имеют ФР возникновения болезни. К ФР относятся особенности строения, физиологии, наследственности

отдельных лиц, а также условий жизни, питания, быта, привычек, наклонностей людей, которые могут способствовать развитию различных заболеваний.

Выявление ФР и их устранение при различных заболеваниях вносит ряд принципиально новых положений в возможности профилактики. Во-первых, объективизируются признаки и по ним субъективизируются лица, которые нуждаются в профилактике в первую очередь. Во-вторых, устранение ФР позволяет с высокой степенью вероятности ликвидировать возможности возникновения заболеваний. В-третьих, работа с пациентами с ФР позволяет резко повысить медицинскую и экономическую эффективность профилактики, снизить экономические затраты на эти мероприятия.

Факторы риска различными способами участвуют в тех или иных звеньях патогенеза заболеваний, поэтому соответственно возможности возникновения конкретного заболевания называются *кариесогенными*, *пародонтогенными* и т.д.

Наличие ФР не обязательно ведет к возникновению заболеваний. Каждый фактор имеет определенную вероятность и уровень информативности по отношению к возможности возникновения заболеваний. Для одних признаков она очень велика, для других мала, поэтому ранжирование ФР, их объединение для профилактики разных заболеваний очень значимы для разработки профилактических мер.

Каждый ФР может иметь конкретный направленный на его устранение способ борьбы, следовательно определение ФР, их количественная характеристика позволяют для каждого пациента индивидуализировать профилактические меры в зависимости от набора имеющихся ФР.

Концепция ФР, обосновывающая важность раннего выявления и устранения ФР с целью предупреждения болезней, имеющих популяционную значимость, стала основой для развития профилактики в клинической картине внутренних болезней.

- ▶ Первичная профилактика представляет собой выявление и коррекцию ФР у лиц, подверженных их воздействию, но еще не страдающих заболеванием [например, антигипертензивная терапия у больного с артериальной гипертензией (АГ) приводит к снижению риска развития ИМ, инсультов и хронической почечной недостаточности].
- ▶ Вторичная профилактика подразумевает коррекцию ФР у индивидуумов, страдающих заболеванием, с целью предупреждения

развития осложненных форм болезни (борьба с гиперхолестеринемией значительно снижает риск повторного ИМ у больного ИБС). Первичная и вторичная профилактика — одна из наиболее важных задач, стоящих перед врачом общей практики. Предупреждение атеросклероза и связанных с ним болезней сердечно-сосудистой системы в популяции позволяет сохранить здоровье населению трудоспособного возраста, что принципиально важно не только в социальном, но и экономическом аспекте. Таким образом, концепция ФР — очень важная составляющая медицины XXI в., ее профилактического направления. Наряду с традиционной диагностической и лечебной деятельностью, современный клиницист должен владеть принципами этой концепции и активно внедрять их в свои скрининговые популяционные программы, позволяющие выявлять людей, считающих себя здоровыми, однако относящихся к группе высокого риска развития тяжелого заболевания. В целом борьба с ФР является реальным способом профилактики болезней.

### **1.1.2. Прогресс в диагностике и эволюция патологии**

Современная медицина широко использует многочисленные высокоинформативные инструментальные и лабораторные методы исследования, что повышает точность диагностики, расширяет и углубляет представление о причинах, сущности и проявлениях многих болезней и, таким образом, существенно изменяет характер современного врачевания. Значительно меняются возможности лабораторных исследований. Однако клинический опыт учит: сколь бы ни были совершенны новые методы исследования, данные, полученные с их помощью, редко могут быть использованы без учета результатов традиционного обследования больного.

Современный этап развития учения о болезнях характеризуется большими изменениями в подходах к пониманию механизмов развития заболеваний человека, их классификации, диагностике, лечению. Изменения условий жизни, усиление или ослабление влияния различных факторов окружающей среды способствуют появлению или учащению одних видов патологии в противовес уменьшению частоты других, а возможности и достижения точных наук — в первую очередь генетики и молекулярной биологии — делают наиболее оптимальной тактику ведения больных.

Появление клинической фармакологии способствовало формированию системы принципов, нашедших свое выражение в положениях так