

ЗАДАНИЕ НА КАРАНТИН ДЛЯ ГРУППЫ 21-В 3 БРИГАДА

ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ ПО ПРЕДМЕТУ ПРОПЕДЕВТИКА ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ ТЕМА 1: Введение в предмет пропедевтика внутренних болезней. Схема обследования больного.

Схема обследования больного. Расспрос больного, диагностическое значение. История болезни.

Цель занятия: познакомиться со схемой обследования больного и написания академической истории болезни, значением истории болезни как научно-медицинского, медицинского и юридического документа, овладеть методикой расспроса больного.

Студент должен знать:

1. схему обследования больного;
2. последовательность проведения субъективного исследования больного;
3. последовательность заполнения паспортной части, диагностическое значение общих сведений о больном;
4. правила сбора жалоб, их значение и детализацию;
5. последовательность описания истории настоящего заболевания, значение;
6. последовательность описания истории жизни больного, значение;
7. значение истории болезни как научно-медицинского и юридического документа.

Студент должен уметь:

1. заполнить паспортную часть истории болезни;
2. правильно собрать жалобы;
3. последовательно собрать историю заболевания;
4. последовательно собрать историю жизни больного.

Студент должен овладеть практическими навыками:

1. расспроса больного;
2. записи данных расспроса в историю болезни.

1. Вопросы терминологии

Трудности овладения расспросом начинаются с разночтения некоторых терминов. Поэтому методические рекомендации целесообразно начать с определения основных понятий.

Расспрос – метод клинического обследования путем вербального контакта между врачом и пациентом, а также с лицами, которые могут располагать информацией, имеющей практическое значение для диагностики.

Жалобы – сведения, сообщаемые больным о неприятных или необычных ощущениях, отмечаемых им в момент общения с врачом или ставших поводом для его обращения за медицинской помощью

История настоящего заболевания (анамнез болезни, *anamnesis morbi*) – сведения о развитии заболевания от момента появления первых симптомов до момента обследования.

История жизни (анамнез жизни, *anamnesis vitae*) – сведения о жизни больного от рождения до настоящего момента, имеющие значение для

диагностики, лечения пациента и определения прогноза. Историю жизни называют «медицинской биографией пациента».

2. Цели расспроса

Успех любой деятельности невозможен без ясного понимания ее цели. Как и любой метод обследования, расспрос имеет своей целью получение следующей информации:

- данных, необходимых для диагностики;
- сведений, без которых невозможна адекватная терапия (например, сведения о пищевой и медикаментозной аллергии, диагностированных ранее хронических заболеваниях);
- информации, обеспечивающая адекватность поведения врача в конкретной ситуации (например, уточнить мотивы обращения за медицинской помощью).

Деятельность врача во время осмотра, помимо сбора информации, имеет и другие аспекты:

- психотерапия;
- повышение делового авторитета врача;
- эффективная конкуренция и реклама возможностей врача.

3. Структура расспроса

Расспрос складывается из следующих разделов:

1. общие сведения о больном;
2. жалобы;
3. история настоящего заболевания;
4. история жизни.

3.1. Общие сведения о больном

1. Фамилия, имя, отчество.
2. Пол.
3. Дата рождения.
4. Национальность (если есть необходимость).
5. Образование.
6. Социальное положение.
7. Профессия.
8. Место работы.
9. Занимаемая должность.
10. Семейное положение.
11. Домашний адрес.
12. Дата обращения за медицинской помощью (госпитализации).
13. Порядок обращения за медицинской помощью (госпитализацией): плановая или экстренная.
14. Кем направлен больной.
15. Сведения о медицинском страховании.

3.2. Жалобы

Этот раздел расспроса – неотъемлемая часть диагностического процесса. Выявление характерных жалоб – узловым моментом распознавания ряда заболеваний. Например, выявление стенокардии имеет решающее

значение для диагноза ИБС, а информация о характерном для дуоденальной язвы абдоминальном болевом синдроме определяет ход последующего диагностического поиска.

Диагностическая ценность жалоб зависит от степени их детализации.

Жалобы складываются из:

- субъективных проявлений болезни, которые беспокоят больного на момент курации;
- проявлений болезни, которые на момент обследования отсутствуют, но «периодически возникают в течение дня, недели или месяца»;
- симптомов болезни, возникающих «в ответ на некоторые специфические внешние факторы».

Сбор жалоб рационально разделить на несколько **этапов**.

1. Изложение пациентом жалоб.
2. Детализация излагаемых жалоб.
3. Предварительная оценка детализированных жалоб (выделение основных и дополнительных жалоб, главных и второстепенных): предположительное заключение о пораженной системе, составление перечня синдромов, при которых возможны излагаемые жалобы.
4. Опрос пациента о жалобах, которые возможны при заболеваниях системы (или систем), поражение которой (которых) предполагается при включенных в перечень синдромах, и их детализация.
5. Опрос о возможных при поражениях других органов и систем жалобах и их детализация;
6. Оценка выявленных на всех этапах расспроса жалоб, заключение о том, поражение каких органов и систем вероятно и уточнение перечня синдромов, при которых возможно наличие выявленных жалоб и вывод о необходимости дополнительного уточнения жалоб или их детализации.
7. Дополнительное уточнение и детализация жалоб.
8. Резюме по жалобам:
 - есть ли основание предположить наличие неотложных состояний, при которых время для оказания неотложной помощи жестко лимитировано;
 - при поражении каких органов и систем возможны выявленные жалобы;
 - поражение каких органов и систем, наличие каких синдромов наиболее вероятно;
 - перечень синдромов, проявлением которых могут быть выявленные жалобы.

3.3. История настоящего заболевания

Этот раздел расспроса позволяет получить сведения, необходимые для предположительной оценки характера патологического процесса, и выявить связь заболевания с вероятными этиологическими факторами.

Последовательность выяснения истории настоящего заболевания зависит от представлений пациента о характере заболевания.

Если пациент достаточно конкретно определяет момент начала заболевания, то последовательность выяснения истории настоящего заболевания следующая:

1. уточнить при необходимости время начала заболевания;
2. выяснить, какие симптомы отмечались в начале заболевания (первые-вторые сутки);
3. изложить перечень проведенных диагностических мероприятий и их результаты;
4. проанализировать последовательность и эффективность лечебных мероприятий, динамику симптомов от их появления до момента расспроса;
5. вынести предположение о характере и локализации патологического процесса;
6. активно расспросить о наличии аналогичных жалоб в прошлом и возможных клинических проявлениях хронических заболеваний, наличие которых может объяснить выявленную у больного патологию.

Если пациент сообщает о том, что у него ранее диагностировано хроническое заболевание, при обострениях которого имели место аналогичные отмеченным в настоящее время симптомы, то выяснение анамнеза настоящего заболевания целесообразно проводить в следующей последовательности:

1. уточнить время появления признаков заболевания, их динамику;
2. выяснить проводимые диагностические манипуляции, результаты параклинических методов обследования;
3. собрать сведения о проводимом ранее лечении (амбулаторном, стационарном, санаторно-курортном), его эффективности, переносимостью препаратов;
4. имеются ли признаки нарушения функции пораженного органа (системы), инвалидности по данному заболеванию, направлялся ли больной по этому поводу на освидетельствование, имеет ли группу инвалидности;
5. проследить динамику клинических симптомов заболевания и данных лабораторных и инструментальных методов в течение последнего года, особенно подробно в последние месяцы;
6. уточнить характер и время проведения лечебных мероприятий в течение последнего года и последнего месяца.

Если пациент затрудняется назвать время начала заболевания, то уточняют:

1. длительность существования выявленных симптомов;
2. их динамику в связи с изменением условий труда и жизни больного;
3. проведенные ранее диагностические мероприятия и их результаты;
4. эффективность проведенных ранее лечебных мероприятий.

3.4. История жизни

История жизни складывается из следующих разделов:

1. **Сведения общего характера** – выясняют:

- место рождения и проживания;
- психомоторное развитие в детском возрасте;
- образование;
- условия воспитания (в семье родителей, у родственников, опекунов, приемных родителей, в детском учреждении);
- условия жизни больного в прошлом и в настоящее время (жилищно-бытовые, особенности питания, уровень физической активности);
- длительность проживания в определенной местности;
- материально-бытовые условия в течение жизни;
- семейное положение.

1. **Сведения о перенесенных ранее заболеваниях.** Необходимо:

- выявить перенесенные заболевания в детском возрасте, во взрослом состоянии, их симптомы, течение;
- уточнить условия диагностики (диагноз установлен после клинического обследования, после проведения лабораторных и инструментальных методов обследования, консультации специалистов, хирургического вмешательства);
- при наличии хронического заболевания ознакомиться с его течением (особенно за последний год до обращения к врачу, проведенным ранее лечением (амбулаторным, стационарным, санаторно-курортным), его эффективностью. Выяснить частоту и общую продолжительность временной нетрудоспособности за последние 12 месяцев. Проводилась ли экспертиза для определения стойкой утраты трудоспособности, ее результаты. Если ранее была установлена стойкая утрата трудоспособности, то уточнить дату очередного переосвидетельствования);
- иметь сведения о лекарственных препаратах, назначенных врачом или принимаемых самостоятельно по поводу сопутствующих заболеваний, регулярности и частоте их приема;
- у каждого больного выяснять, болел ли он туберкулезом, вирусным гепатитом, венерическими заболеваниями.

1. **Сведения об операциях и травмах.** Необходимо узнать:

- названия перенесенных операций и даты их проведения;
- порядок выполнения операций (плановая, экстренная, срочная);
- показания для выполнения операции;
- характер анестезии;
- осложнения операции и анестезии;
- данные операционной диагностики, в том числе результаты морфологического исследования.

1. **Гемотрансфузионный анамнез** – сведения о переливаниях компонентов крови (проводилось ли переливание крови и кровезаменителей и реакция на эти манипуляции):

- дата,
- показания,

- состояние пациента в момент проведения трансфузии (нарушение сознания, наркоз),
- осложнения (симптомы, проведенные лечебные мероприятия).

1. **Наследственность** – выяснить заболевания кровных родственников.

Нужно расспросить больного о продолжительности жизни кровных родственников, (существенное значение имеет заболевание или смерть одного из родственников в молодом возрасте). Необходимо обратить внимание на наличие у близких:

- артериальной гипертензии;
- сахарного диабета;
- язвенной болезни;
- алкоголизма, туберкулеза;
- психических расстройств;
- злокачественных опухолей и других заболеваний.

1. **Эпидемиологический анамнез** – собрать сведения, имеющие значение для определения вероятности развития инфекционных заболеваний (контакт с больными инфекционными заболеваниями и лицами, у которых отмечены вероятные симптомы заразных болезней, соблюдение правил личной гигиены). Другие факторы, повышающие риск развития инфекционных заболеваний (например, посещение предприятий общественного питания).

2. **Профессионально-трудовой анамнез** – необходимо:

- собрать сведения о периоде учебы, характере последующей работы пациента;
- выяснить условия труда пациента (расспросить о фактической продолжительности рабочего дня, температурном режиме в рабочем помещении, контакте с промышленными пеллютантами, наличии шума, вибрации, лучевой нагрузки и других промышленных вредностях);
- получить информацию о соблюдении норм промышленной гигиены на предприятии (уточнить наличие мер коллективной и индивидуальной защиты, проведение профилактических мероприятий и периодических медицинских осмотров, их результаты);
- у мужчин необходимо собрать сведения о службе в армии (где служил, когда, род войск, как переносил службу); если больной не служил, уточнить причины.

1. **Вредные привычки и пристрастия** – уточнить особенности образа жизни больного, наличие вредных привычек: курения, употребления алкоголя, наркотиков, гиподинамии.

В настоящее время рассчитывают **индекс курящего человека** (количество выкуренных сигарет в день умножают на число месяцев в году), если индекс превышает 160, то курение представляет риск в отношении развития многих заболеваний, если более 200 – больного следует относить к категории «злостных курильщиков». Подсчитывают также **общее количество пачек/лет** (количество выкуриваемых сигарет в день умножают

на число лет и делят на 20). Если данное значение превышает 25, то больной может быть отнесен к категории «злостный курильщик».

Чтобы определить **уровень потребления алкоголя**, подсчитывают среднее количество употребляемого алкоголя в неделю в «дринках» (1 дринок – 12,5 г чистого алкоголя):

- низкий уровень – менее 1 дринка в неделю;
- средний уровень – 1-5 дринок в неделю;
- высокий уровень – 6 и более дринок в неделю.

Для выявления **злоупотребления алкоголем** можно воспользоваться вопросником CAGE:

1. Возникало ли у Вас ощущение того, что следует сократить употребление спиртных напитков?
2. Возникало ли у Вас чувство раздражения, если кто-то из окружающих говорил Вам о необходимости сократить употребление спиртных напитков?
3. Испытывали ли Вы когда-нибудь чувство вины, связанное с употреблением спиртных напитков?
4. Возникало ли у Вас желание принять спиртное на следующее утро после эпизода употребления алкоголя?

Положительный ответ на 3 – 4 вопроса позволяет с высокой степенью вероятности заподозрить алкогольную зависимость.

Расспрос больного об употреблении **наркотиков** должен проводиться в доверительной форме, недопустимо какое-либо давление на больного, необходимо для этого выбрать соответствующие условия (отсутствие посторонних, предрасположенность больного, искреннее желание помочь больному).

К вредным привычкам, имеющим значение в развитии многих заболеваний, относится также злоупотребление чаем и кофе.

1. **Диетический анамнез.** Необходимо выяснить:

- режим питания и его характер, соблюдение диеты (вегетарианство, смешанное питание, употребление преимущественно молочных или мясных продуктов);
- особенности питания, имеющие характер факторов риска (употребление больших количеств водорастворимых углеводов, тугоплавких жиров, значительных количеств поваренной соли, злоупотребление крепким кофе).

1. **Семейно-половой анамнез** необходимо собирать с особой деликатностью (опрос проводится только при наличии необходимых условий, после согласования с преподавателем). Выясняется:

- время начала и окончания менархе у женщин;
- особенности менструального цикла у женщин;
- возраст начала половой жизни;
- соблюдение гигиены половой жизни;
- сведения о перенесенных ранее заболеваниях, передающихся половым путем;

- течение беременностей и родов;
- количество аборттов;
- вес детей при рождении;
- мертворождение;
- способы контрацепции;
- возможные половые дисфункции у мужчин.

1. **Аллергологический анамнез.** Важно выяснить наличие аллергических реакций любой этиологии и подробно уточнить их симптомы и связь с конкретными продуктами питания, лекарственными препаратами и другими аллергенами.

Целесообразно собирать историю жизни именно в рекомендованной последовательности, так как каждый раздел истории жизни позволяет получить информацию, необходимую для полного и наиболее быстрого осуществления последующих этапов сбора *anamnesis vitae*.

При сборе анамнеза необходимо создавать атмосферу доверия, уверенности больного в необходимости и важности проводимых диагностических и лечебных мероприятий. Больной должен видеть в студенте сочувствие и желание помочь ему в выздоровлении.

2. НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ: освоить методику и технику наружного исследования; интерпретировать симптомы, выявляемые при наружном исследовании.

СТУДЕНТ ДОЛЖЕН ЗНАТЬ:

1. критерии тяжести состояния;
2. виды нарушения сознания, их критерии и диагностическое значение;
3. общий осмотр: диагностическое значение соответствия общего вида и паспортного возраста больного, осанки, походки, лица, глаз, носа, ушных раковин;
4. вынужденное положение: виды, их диагностическое значение;
5. понятия «телосложение», «конституция», их виды;
6. определение соотношения роста и веса (ИМТ), его диагностическое значение;
7. кожные покровы и видимые слизистые: объем исследования, диагностическое значение;
8. подкожная клетчатка: объем исследования, диагностическое значение;
9. лимфоузлы: объем исследования, диагностическое значение;
10. опорно-двигательный аппарат: объем исследования, диагностическое значение;
11. виды лихорадок, их диагностическое значение.

СТУДЕНТ ДОЛЖЕН УМЕТЬ:

1. пользоваться схемой исследования больного;
2. собирать анамнез;
3. правильно выполнять наружное исследование больного;
4. выявлять патологические признаки при наружном исследовании;

5. интерпретировать симптомы, выявляемые при наружном исследовании.

СТУДЕНТ ДОЛЖЕН ОВЛАДЕТЬ ПРАКТИЧЕСКИМИ НАВЫКАМИ:

1. расспроса больного и оформления фрагмента истории болезни;
 2. наружного исследования и оформления заключения.
1. ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ НАРУЖНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

1.1. Общий осмотр

Представление об **общем состоянии** больного (удовлетворительном, средней степени тяжести, тяжелом) складывается у врача на протяжении всего обследования больного, хотя во многих случаях такая оценка может быть дана при первом же взгляде на пациента.

Внешний вид у здорового человека обычно соответствует паспортному возрасту. Больные могут выглядеть:

- старше своего возраста (страдающие длительными истощающими заболеваниями или перенесшие нервно-психические потрясения);
- моложе своего возраста (инфантилизм).

Сознание может быть:

- 1) ясное;
- 2) нарушенное:
 - угнетенное: ступор, сопор, кома;
 - возбужденное (ирритативные нарушения): галлюцинации, бред.

Положение больного (активное, пассивное, вынужденное).

- Активное положение: пациент может произвольно менять положение своего тела.
- Пассивное положение: пациент не может произвольно изменить положение своего тела.
- Вынужденное положение пациент занимает для уменьшения тягостных ощущений.

Типичные вынужденные положения:

1. ортопноэ у легочного больного;
2. ортопноэ у кардиологического больного;
3. лежа на больном боку (сухой плеврит, бронхоэктатическая болезнь, абсцесс легкого);
4. лежа на здоровом боку (перелом ребер);
5. лежа на спине (сильные боли в животе: острый аппендицит, прободная язва желудка или ДПК);
6. лежа на животе (опухоль поджелудочной железы, острый панкреатит, язва задней стенки желудка);
7. коленно-локтевое положение (опухоль поджелудочной железы, острый панкреатит, язва задней стенки желудка, экссудативный перикардит);
8. сидя с наклоном вперед (экссудативный перикардит);
9. стоя – прекращение физической нагрузки (приступ стенокардии, перемежающаяся хромота);
10. лежа с согнутой в тазобедренном и коленном суставах ног на стороне поражения (паранефрит);

11. опистотонус: положение лежа на спине с опорой на затылок, таз и пятки (столбняк);
12. лежа на боку с запрокинутой головой и подтянутыми к животу согнутыми ногами (менингит).

Осанка:

1. правильная;
2. неправильная (сутулая, плоская, сколиотическая, кифосколиотическая).

Походка:

1. прямая, ровная (в норме);
2. хромота (поражение суставов, мышц, нервных стволов нижних конечностей);
3. перемежающаяся хромота;
4. атактическая: больной высоко поднимает колени и «припечатывает» стопы к полу (полиневрит, спинная сухотка);
5. спастическая: напряженные, медленные, ограниченные движения ног (инсульты, детский церебральный паралич);
6. паретическая: больной волочит, подтягивает пораженную ногу (инсульты, периферические невриты);
7. гемиплегическая: «нога косит, рука просит» (инсульты);
8. мозжечковая: шаткость при ходьбе, чаще в одну сторону (поражение мозжечка, вестибулярного аппарата);
9. «танцующая», «походка балерины»: больные передвигаются с трудом на носках с согнутыми конечностями (внутримышечные кровоизлияния, например, при цинге);
10. «с растопыренными ногами»: медленная шадящая осторожная (орхит);
11. «утиная» (поражения тазобедренных суставов, атрофия мышц тазового пояса).

Особенности головы, шеи:

1. гидроцефалия;
2. микроцефалия;
3. «башенный» череп;
4. рахитический череп;
5. кривошея;
6. произвольный тремор головы (паркинсонизм);
7. качание головы синхронно пульсу (симптом Мюссе) при недостаточности аортального клапана;
8. видимое увеличение щитовидной железы или лимфатических узлов.

Выражение лица:

1. спокойное, бодрое (при хорошем самочувствии);
2. безразличное (длительные истощающие заболевания, злокачественные опухоли);
3. страдальческое (наличие боли);
4. лихорадочное лицо (facies febrilis) (пневмония, брюшной тиф, сыпной тиф, возвратный тиф, сепсис);
5. утомленное, «помятое» (неврастения);

6. одутловатое лицо (поражение почек, местный венозный или лимфатический застой; «воротник Стокса»);
7. лицо Корвизара (тяжелая сердечная недостаточность);
8. лицо Гиппократата (агонирующие больные с «острым животом»);
9. facies mitralis (митральные пороки сердца);
10. акромегалическое лицо;
11. лицо «восковой куклы» (В₁₂- дефицитная анемия);
12. микседематозное лицо (гипотиреоз);
13. facies basedovica (гипертиреоз);
14. лунообразное лицо с явлениями гирсутизма (болезнь и синдром Иценко-Кушинга);
15. евнухоидное лицо: отсутствие усов и бороды, наличие мелких морщин;
16. «львиное лицо» (проказа);
17. «маска Паркинсона» (энцефалит);
18. risus sardonicus, сардоническая улыбка (столбняк);
19. асимметричное (перекошенное) лицо (неврит лицевого нерва или инсульт);
20. маскообразное лицо с «кисетным ртом» (системная склеродермия);
21. лицо при дерматомиозите: периорбитальный отек вначале бледный, затем кирпично-бурый (симптом «очков»);
22. «волчаночная бабочка» на лице (СКВ).

Глаза:

1. Ширина глазной щели:
 - увеличена (двустороннее пучеглазие при тиреотоксикозе, одностороннее – при опухолях орбиты и глазного яблока);
 - уменьшена (с двух сторон - поражение мышц век, западение глаз при обезвоживании, с одной стороны – парез шейной части симпатического нерва).
1. Зрачки:
 - расширение (неврастения, глистная инвазия, агония, отравление атропином);
 - сужение (двустороннее - уремия, опухоли и кровоизлияния внутри черепа, отравление морфием и никотином; одностороннее – у ювелиров, часовщиков)
 - анизокория (не имеет диагностического значения или бывает при поражении ЦНС);
 - реакция зрачков на свет (отсутствует или слабо выражена при отравлении морфием, атропином, заболеваниях зрительного нерва, комах);
 - пульсация зрачков (аортальная недостаточность, дыхание Чейн-Стокса)
 - аккомодация и нистагм.
1. Веки:
 - отечность (заболевания почек, венозный и лимфатический застой);
 - птоз односторонний (инсульт, опухоль мозга);
 - гиперпигментация (тиреотоксикоз, аддисонова болезнь);

- ксантомы (атеросклероз).
- 1. Конъюнктивы (гиперемия).
- 2. Наличие катаракты, косоглазия.
- 3. Окраска склер (гиперемированы, желтушные, «старческая дуга» - arcus senilis).

Нос:

1. увеличенный (акромегалия, микседема);
2. заостренный (обезвоживание, истощение, системная склеродермия);
3. седловидный (перелом, сифилис);
4. ринофима.

Ушные раковины:

1. изменения цвета (цианоз, багрово-красный);
2. тофусы (подагра).

Телосложение:

- правильное (пропорциональное, симметричное),
- неправильное (непропорциональное, несимметричное).

Конституциональный тип (нормостеник, астеник, гиперстеник).

Рост и вес. Индекс массы тела: $ИМТ = \text{вес (кг)} : \text{рост}^2 \text{ (м)}$.

Температура тела. В зависимости от степени ее повышения различают **лихорадку (febris):**

- субфебрильную (37 – 37,9 ° C);
- умеренную (38 – 38,9 ° C);
- высокую (39 – 39,9 ° C);
- чрезмерно высокую (40 – 40,9 ° C);
- гиперпиретическая (выше 41 ° C).

В зависимости от суточных колебаний температуры выделяют **типы** лихорадки:

1. постоянная (f. continua) – крупозная пневмония;
2. послабляющая (f. remittens) – туберкулез, очаговая пневмония, гнойные заболевания;
3. перемежающаяся (f. intermittens) – малярия;
4. гектическая, или истощающая (f. hectica) – сепсис, тяжелый туберкулез легких;
5. обратная (f. inversus) – сепсис, туберкулез, бруцеллез;
6. неправильная (f. irregularis) – сепсис, туберкулез, ревматическая лихорадка, инфекционный эндокардит).

По температурной кривой различают **формы** лихорадки:

1. возвратная (f. recurrens) – возвратный тиф, малярия;
2. волнообразная (f. undulans) – бруцеллез, лимфогранулематоз.

В зависимости от **продолжительности** лихорадка бывает:

1. эфемерная (1 – 2 дня) – легкие инфекции, перегревание на солнце;
2. острая (длится до 15 дней) – пневмония, инфекции, нагноительные процессы;
3. подострая (до 45 дней) – туберкулез, сепсис;

4. хроническая (длится более 45 дней) – паранеопластическая, малярия, тропические инфекции, коллагенозы, ВИЧ-инфекция.

1.2. Исследование кожи и видимых слизистых

Цвет:

- бледный (спазм сосудов, острая кровопотеря, анемия, коллапс);
- желтушный (гемолитическая анемия, поражение печени и желчевыводящих путей);
- цианоз (легочная и сердечная недостаточность);
- красный (лихорадка, гипертонический криз, эритремия);
- бронзовый (болезнь Аддисона);
- коричневый (тиреотоксикоз, болезнь Аддисона);
- землистый (онкологические заболевания);
- зеленоватый (хлороз);
- «кофе с молоком» (инфекционный эндокардит);
- пепельный (малярия).

Тургор:

1. сохранен;
2. снижен (истощение, обезвоживание, пожилой возраст).

Влажность:

1. повышена (лихорадка, вегетативный дисбаланс, туберкулез, гипертиреоз, гнойные процессы, малярия);
2. понижена (обезвоживание, гиповитаминоз, гипотиреоз).

Высыпания:

1. эритема (erythema) -рожа, скарлатина, солнечные ожоги, аллергические реакции:
 - узловатая эритема (туберкулез, острая ревматическая лихорадка, аллергия);
 - кольцевидная эритема (заболевания соединительной ткани);
1. пятно (macula):
 - а) воспалительное:
 - розеола – округлый участок кожи размером не более горошины розовато-красного цвета, не возвышающийся над уровнем кожи (тифы, паратифы, сифилис);
 - собственно пятно (ограниченное небольшое покраснение);
 - б) невоспалительное (невусы, телеангиоэктазии, геморрагические явления);
1. узелок (papula) - дерматиты, корь, красный плоский лишай, вторичный сифилис;
2. узел (nodus) – невоспалительный (липома, фиброма кожи, ретикулосаркома);
3. волдырь (urtica) – аллергическая сыпь (крапивница);
4. пузырек (vesicula) - герпес;
5. пузырь (bulla) – ожоги II – III степени;
6. гнойничок (pustula) – фолликулиты;
7. фурункул (furunculus);

8. карбункул (carbunculus);
9. гидраденит (hidradenitis);
10. эрозия (erosio);
11. ссадина (excoriatio);
12. язва (ulcus) – пролежни, трофические нарушения при поражении артерий и вен нижних конечностей.

Ногти:

- изменения цвета:
 - а) цианоз – дыхательная или сердечная недостаточность,
 - б) бледность – анемия,
 - в) пигментация – нарушения питания,
 - г) желтый цвет – нарушения лимфообращения,
 - д) зеленый, черный, бурый цвет – онихомикоз;
- симптом часовых стекол – хронические нагноительные заболевания, хроническая дыхательная недостаточность, билиарный цирроз печени;
- койлонихии – дефицит железа;
- онихгрифоз (когтевидный ноготь) – конституциональная особенность, поражения нервной системы, нарушения периферического кровообращения, hallus valgus;
- симптом «наперстка» – псориаз;
- точечные геморрагии под ногтевым ложем – васкулиты;
- ломкость, расслоение – недостаток витаминов и микроэлементов;
- исчерченность:
 - а) белые поперечные полосы – острая или хроническая почечная недостаточность,
 - б) пигментированные продольные полосы – первичная надпочечниковая недостаточность;
- бороздчатость:
 - а) продольная – возрастные изменения;
 - б) поперечная (бороздки Бо) – воспалительные процессы, повреждение ногтевого ложа при тяжелых заболеваниях, связанных с нарушениями обмена веществ (заболевания печени, кишечника, алиментарные расстройства, подагра), отравления таллием, мышьяком;
- утолщение – нарушения кровообращения, обморожение, ожог, перелом фаланги пальца;
- утолщение, изменение цвета и разрушение («крошащиеся») – онихомикоз.

Волосы:

- тип оволосения: по женскому типу у мужчин (феминизация), по мужскому типу у женщин (вирилизм) – при эндокринных заболеваниях, связанных с нарушением соотношения или выработки половых гормонов;
- гипертрихоз (генетически обусловленный, при эндокринных заболеваниях, сопровождающихся гиперандрогемией);

- гипотрихоз, облысение (генетически обусловленное, при нейроэндокринных нарушениях);
- поседение волос (ранняя седина – может быть обусловлена генетически, возникать после стрессов, часто является признаком раннего атеросклероза);
- выпадение бровей (микозы, микседема);
- гнездная плешивость (микозы);
- отсутствие блеска, ломкость волос (недостаток витаминов и микроэлементов).

1.3. Исследование подкожной клетчатки

Ожирение:

1. первичное (экзогенно-конституциональное);
2. вторичное (нейроэндокринное).

Истощение:

1. голодание, ведущее к алиментарной дистрофии;
2. нарушение переваривания и всасывания пищи, изменения аппетита (язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, энтериты, панкреатиты, гепатиты и т.д.);
3. длительные интоксикации и хронические инфекции;
4. злокачественные новообразования.

Отеки:

1. Местные – в результате:
 - местной аллергической реакции (отек Квинке);
 - острой воспалительной реакции кожи и подкожной клетчатки (флегмона);
 - регионарного нарушения венозного (флеботромбоз, тромбофлебит) или лимфатического (слоновость) оттока.
1. Распространенные – в результате:
 - повышения гидростатического давления в венозном русле большого круга кровообращения (правожелудочковая сердечная недостаточность);
 - снижения онкотического давления плазмы (нефротический синдром, тяжелые заболевания печени);
 - резкого уменьшения фильтрации в почках (почечная недостаточность, уремия);
 - нарушения сосудистой проницаемости (васкулиты, гломерулонефриты).

Отеки (местные или распространенные), в основе которых лежат нарушения венозного оттока, как правило, сочетаются с выраженным цианозом кожи. В других случаях цианоз не характерен и чаще всего отмечается бледность кожи.

Пастозность – малая степень отечности.

Анасарка – тотальный отек.

1.4. Исследование лимфоузлов

Имеет большое значение для диагностики заболеваний системы крови, злокачественных новообразований, туберкулеза, инфекционных и воспалительных заболеваний.

Изменения лимфоузлов могут быть:

1. распространенными (системными) – сепсис, некоторые заболевания соединительной ткани, заболевания крови;
2. местными (регионарными) – локальные гнойные процессы, метастазы рака.

Кроме того, выделяют изменения лимфоузлов:

1. воспалительные (лимфаденит);
2. невоспалительные (лимфаденопатия).

1.5. Исследование мышц

Атрофии мышц – у ослабленных больных, при параличе или парезе конечностей, при хронических поражениях суставов.

Гипертрофия мышц – у спортсменов, лиц физического труда.

Миастения – мышечная слабость.

Паралич мышц – утрата мышцами способности произвольно сокращаться.

Парез мышц – неполный паралич, частичное ослабление двигательной способности мышц.

Миалгия – болезненность мышц без других признаков воспаления.

Блефароспазм – судорожное сокращение мышц век.

Тик – непроизвольное сокращение отдельных групп мышц.

Судороги – непроизвольные сокращения мышц:

1. тетанические (тонические) – длительностью от нескольких минут до нескольких часов (менингиты, бешенство, столбняк);
2. клонические – быстро следующие одно за другим судорожные сокращения (эпилепсия).

Уплотнения и болезненность мышц могут быть:

1. локальными:
 - миозиты;
 - межмышечные гематомы;
 - кальцинаты (дерматомиозит, паразитарные поражения);
1. системными (миозиты).

1.6. Исследование костей

При осмотре:

- акромегалия – разрастание дистальных фаланг пальцев, скуловых костей, нижней челюсти;
- рахит – искривление голеней О- или Х- образно, «куриная грудь», рахитические «четки»;
- туберкулез костей – очаги гематогенного остеомиелита в эпифизе кости с образованием свищей;
- хронические нагноительные заболевания, хроническая гипоксия любого генеза, билиарный цирроз печени, наследственность – пальцы в виде «барабанных палочек»;

- плоскостопие.

При пальпации и поколачивании:

- множественная миелома – множественное поражение плоских костей в виде округлых дефектов костной ткани (при пальпации определяются очаги размягчения);
- лейкозы, В₁₂- дефицитная анемия, множественная миелома – болезненность при пальпации и поколачивании костей.

1.7. Исследование суставов

Дефигурация сустава – увеличение в объеме, сглаженность контуров, припухлость, связанные с воспалительным отеком синовиальной оболочки и периартикулярных тканей, а также с наличием выпота в полость сустава.

Деформация сустава – стойкое изменение формы, связанное с развитием анкилозов, остеофитов, повреждением мышечно-связочного аппарата и подвывихами.

Подвывих – неполное нарушение конгруэнтности суставных поверхностей.

Вывих – полное нарушение конгруэнтности суставных поверхностей.

Бурсит – воспаление суставной сумки.

Тендинит, тендовагинит – воспаление сухожилия и сухожильного влагалища.

Анкилоз – полная неподвижность в суставе в результате сращения суставных концов.

Контрактура – ограничение подвижности суставов, связанное с укорочением сухожилий, апоневрозов и мышц.

Признаки воспаления сустава:

- Calor – повышение местной температуры.
- Tumor – припухлость.
- Rubor – краснота.
- Dolor – боль.
- Functia laesae – нарушение функции.

1.8. Исследование позвоночника

При осмотре:

- физиологические изгибы позвоночника (их выраженность изменяется при остеохондрозе, туберкулезном поражении позвоночника, болезни Бехтерева и др.):

а) сглаженность;

б) подчеркнутость;

- сколиоз.

При пальпации и поколачивании:

- болезненность остистых отростков позвонков (остеохондроз, множественная миелома и др.);
- болезненность паравертебральных точек (остеохондроз);
- смещение позвонков.

Исследование функции позвоночника:

- ограничение подвижности;

- болезненность при движениях.
- Симптом нагрузки:**
- отрицательный (отсутствие болезненности) – в норме;
 - положительный (болезненность в определенном отделе позвоночника) – при остеохондрозе, болезни Бехтерева и др.

ЗАДАНИЕ:

1. Укажите примерный перечень вопросов, изучаемых при расспросе больного.
2. Классифицируйте типы телосложения человека.
3. На что необходимо обратить особое внимание при изучении наследственности больного?
4. Что такое история болезни?
5. Для чего необходимо проведение исследования лимфоузлов?

Задание представить к 20.11.2020 года на мою эл. почту: stp131@yandex.ru до 18.00.