

Алгоритм исследования больного

Пропедевтика внутренних болезней
Кафедра Внутренних болезней



План

1. *Виды состояния больного*
2. *Сознание*
3. *Температура*
4. *Особенности сбора жалоб*
5. *Особенности сбора анамнеза*
6. *План общего осмотра*
7. *Разбор общего осмотра*



Виды состояния больного:

- Удовлетворительное
- Средней тяжести
- Тяжелое
- Крайне тяжёлое (предагональное)
- Терминальное (агональное)

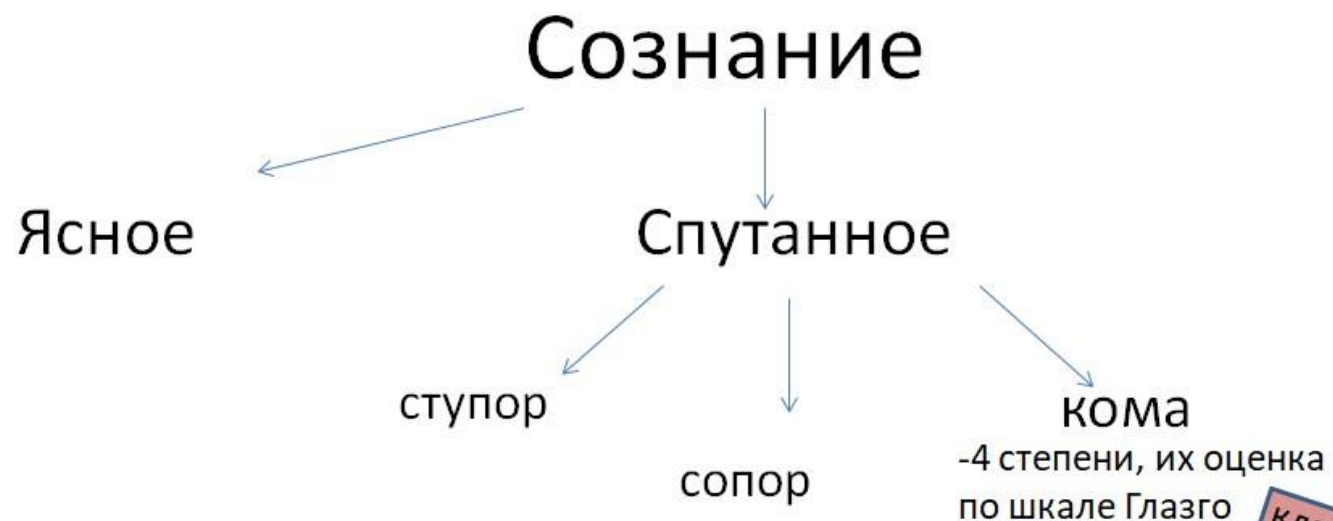
Удовлетворительное состояние определяется, когда функции жизненно важных систем компенсированы, субъективные и объективные проявления болезни выражены не резко, сознание ясное, положение активное, питание не нарушено, температура нормальная или субфебрильная.

Состояние **средней тяжести** определяется, когда функции жизненно важных систем находятся в стадии суб- и декомпенсации, однако, не представляют непосредственной угрозы для жизни больного. Выражены субъективные и объективные проявления заболевания, сознание сохранено или отмечается его помрачение. Двигательная активность больного ограничена, положение в постели, как правило, вынужденное, но больной обычно может себя обслуживать. Возможны озноб, высокая лихорадка, похудание и отёки.

Тяжёлое состояние обычно развивается в результате декомпенсации жизненно важных систем организма и может представлять угрозу жизни больного, либо привести к глубокой инвалидности. Сознание угнетено (ступор или сопор), возможен бред. Положение больного пассивное или вынужденное, обслуживать себя больной не может. Возможны кахексия, анасарка, асцит, диффузный цианоз, гипотермия или гипертермия. Симптомы заболевания резко выражены, выявляются признаки осложнений основного заболевания, иногда быстро прогрессирующего, что часто заслоняет клинику основной патологии (например, клиника нарушения мозгового кровообращения у больного гипертонической болезнью).

Крайне тяжёлое (преагональное) состояние наблюдается при резком нарушении функции жизненно важных систем организма, причём настолько выраженных, что без срочных лечебных мероприятий больной может погибнуть в ближайшее время.

Терминальное (агональное) состояние характеризуется угасанием сознания, расслаблением мускулатуры, исчезновением рефлексов; роговица становится мутной, дыхание периодическим (по типу Куссмауля, Чейн-Стокса, Биота). Пульс не прощупывается даже на сонных артериях. Агония может длиться минуты или часы.



- при соматических заболеваниях (печёночная, уремическая, гипоксическая при нарушении дыхания и кровообращения, эклампсическая);
- заболеваниях эндокринной системы (диабетическая, тиреотоксическая, гипотиреозидная, гипокортикоидная и др.)
- при опухолях (массивные злокачественные опухоли);
- острые отравления алкоголем, наркотическими веществами, угарным газом и др.
- передозировке сахароснижающих препаратов – гипогликемическая кома
- голодании – алиментарно-дистрофическая
- при тепловом ударе – гипертермическая
- Переохлаждении
- при недостаточности кислорода извне (удушение) – гипоксическая
- при электротравме.

классификация



Нарушение сознания

-1-я степень – оцепенение, оглушение (Stupor). Больной равнодушен к окружающему и своему состоянию, на вопросы отвечает замедленно, односложно, часто неосмысленно, находясь как бы в глубоком сне и выходя из него на короткое время .

-- 2-я степень – отупение, спячка (Sopor). Больной на вопросы не отвечает или отвечает односложно (“да-нет”), практически не реагирует на окружающих, но рефлексы ещё сохранены.

-- 3-я степень – кома (Coma) Полное угнетение сознания, отсутствие сухожильных рефлексов. Кому вызывают различные причины. При сахарном диабете возможны как гипергликемическая (диабетическая) так и гипогликемическая комы. При поражении печени – печёночная, при поражении почек – уремическая (азотемическая) кома. При нарушении мозгового кровообращения, тяжелых черепно-мозговых травмах, развивается церебральная кома. Нарушение сознания может идти и по типу возбуждения: бред, галлюцинации. Подобные состояния могут развиваться при воспалительных процессах, сопровождающихся тяжёлой интоксикацией.

Шкала комы Глазго

Каждый признак оценивается в баллах.

Открытие глаз (E, Eye):

спонтанное - 4 балла

как реакция на голос - 3 балла

как реакция на боль - 2 балла

отсутствует - 1 балл

Речевая реакция (V, Verbal):

больной ориентирован, дает быстрый и правильный ответ на заданный вопрос - 5 баллов

больной дезориентирован, спутанная речь - 4 балла

словесная окрошка, ответ по смыслу не соответствует вопросу - 3 балла

нечленораздельные звуки в ответ на заданный вопрос - 2 балла

отсутствие речи - 1 балл

Двигательная реакция (M, Motor):

выполнение движений по команде - 6 баллов

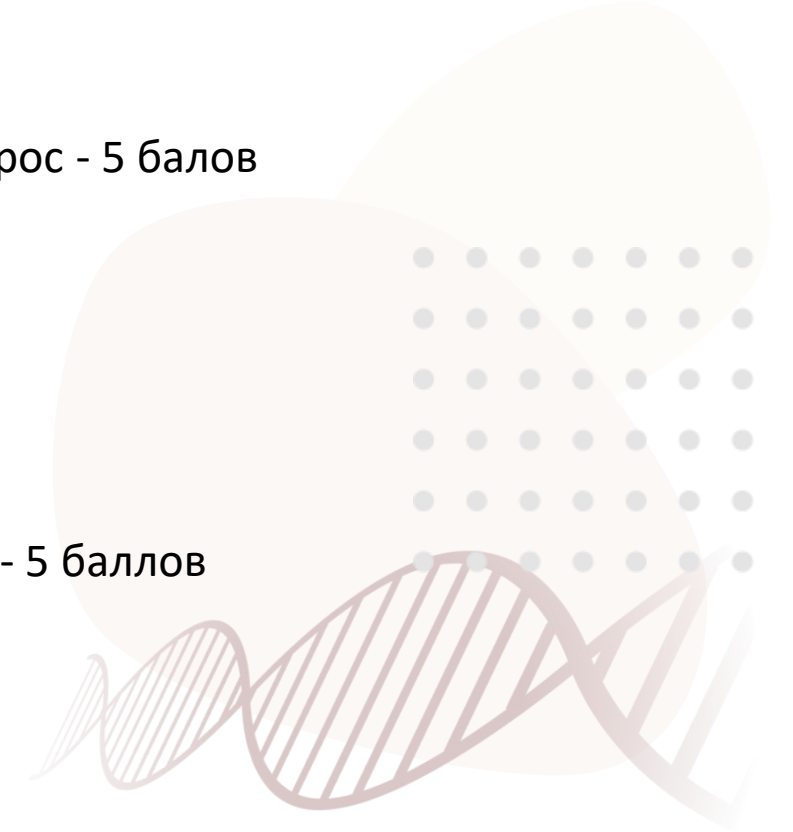
целесообразное движение в ответ на болевое раздражение (отталкивание) - 5 баллов

отдергивание конечности в ответ на болевое раздражение - 4 балла

патологическое сгибание в ответ на болевое раздражение - 3 балла

патологическое разгибание в ответ на болевое раздражение - 2 балла

отсутствие движений - 1 балл



Интерпретация полученных результатов по шкале комы Глазго:

15 баллов - сознание ясное

13-14 баллов - оглушение

9-12 баллов - сопор

4-8 баллов - кома

3 балла - гибель коры



Методика расспроса

можно:

- 1). Дать возможность больному высказаться в вольном стиле по разным этапам сбора жалоб и анамнеза, уточняя лишь отдельные детали.
- 2). Попросить больного ответить коротко и точно на поставленные вопросы.

При этом задаваемые больному вопросы должны быть ясными, четкими и понятными. Второй способ предпочтительнее, так как при этом врач не перегружается сведениями, которые не несут информации о самом заболевании, а получает сконцентрированные данные о развитии болезни.

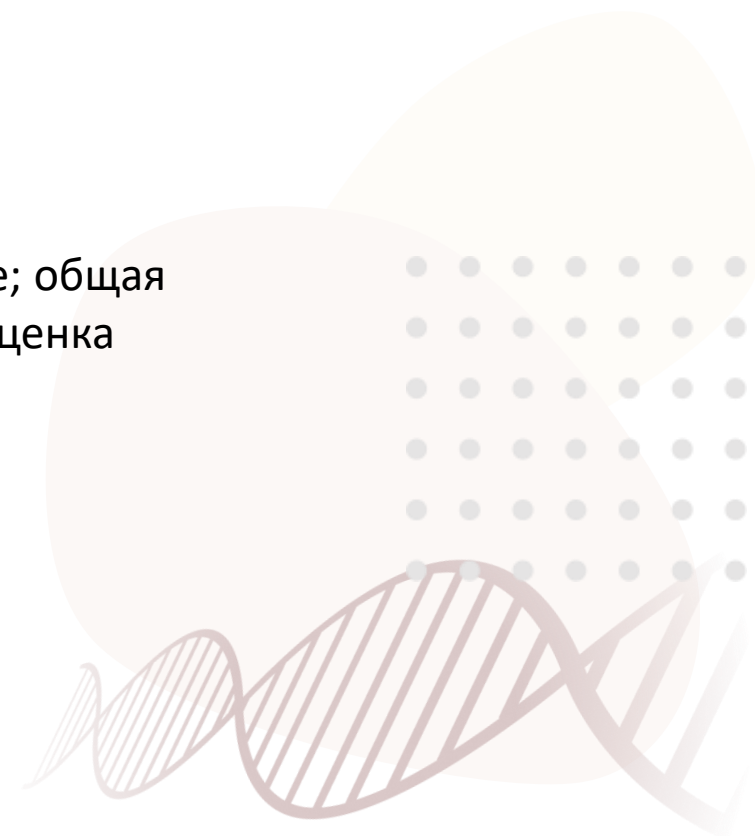
Расспрос является субъективным методом обследования, основанным на ощущениях больного, но он имеет большое значение для:

- ранней диагностики клинически ещё не выраженных форм заболеваний;
- постановки диагноза заболеваний с типичными клиническими проявлениями (например, ишемическая болезнь сердца: стенокардия);
- выяснения функциональных расстройств и нервно-психического состояния больного, при которых объективные методы постановки диагноза малоинформативны;
- выяснения связи данного заболевания с условиями труда и быта, а также с ранее перенесенными заболеваниями;
- изучения больного как личности и способа установления необходимого контакта между врачом и больным.

Жалобы

Начинается расспрос с выяснения жалоб больного по общему плану:

- место - (например, болевых ощущений), площадь, иррадиация;
- время - днем, ночью, -продолжительность (кратковременные, постоянные ощущения);
- количество - сколько? (например, мокроты) или интенсивность (боли);
- качество или характер – (например, болей): колющая, режущая и т.д.;
- причина, вызывающая болезненные ощущения (например: движения, положение тела, дыхание, прием пищи и т.п.);
- сопутствующие явления – рвота или нарушение стула при болях в животе; общая слабость, потливость, страх, повышение температуры и т.п. Правильная оценка жалоб может быть решающей в распознавании заболевания.



Анамнез заболевания

Расспрос больного в отношении развития заболевания также проводится по определенной схеме: - начало болезни – (когда и как она началась, остро или постепенно); Каковы были её первые проявления? -дальнейшее течение болезни – основные этапы её развития; - проводимое прежде лечение – какие мероприятия и средства назначались? Как они применялись? Каковы результаты лечения? В истории развития хронических заболеваний должны быть обязательно указаны: -год начала болезни (или сколько лет пациент считает себя больным); -первые симптомы заболевания; -динамика заболевания в хронологической последовательности от постановки диагноза до настоящего времени; -периоды обострения и ремиссии; -проводимые лечебные и профилактические мероприятия. Здесь необходимо всё детализировать: - какое лечение получал больной (в т. ч. перед госпитализацией); - эффективность лечебных и профилактических мероприятий; - суточная доза получаемых препаратов; - какие симптомы заболевания исчезли, какие появились в результате приёма препаратов; - продолжительность приема отдельных препаратов (дни, недели, годы); -непосредственные причины настоящей госпитализации или настоящего обращения: ухудшение состояния, неэффективность предыдущего планового лечения, поступление в порядке неотложной помощи, а также появление осложнений, требующих диагностического уточнения и медикаментозной коррекции. После подробного расспроса о настоящем заболевании переходят к расспросу о всей предшествовавшей ему жизни больного, особое внимание уделяя тем фактам, которые могли непосредственно повлиять на развитие болезни.

Анамнез жизни

Расспрос о жизни больного также ведётся в определённой последовательности и позволяет составить “медицинскую биографию” пациента.

Биографические данные. Выяснение места рождения и времени проживания на определённой территории позволит уточнить длительность пребывания больного в эндемических или экологически неблагоприятных районах по определенным заболеваниям. Как рос и развивался в детские и юношеские годы.

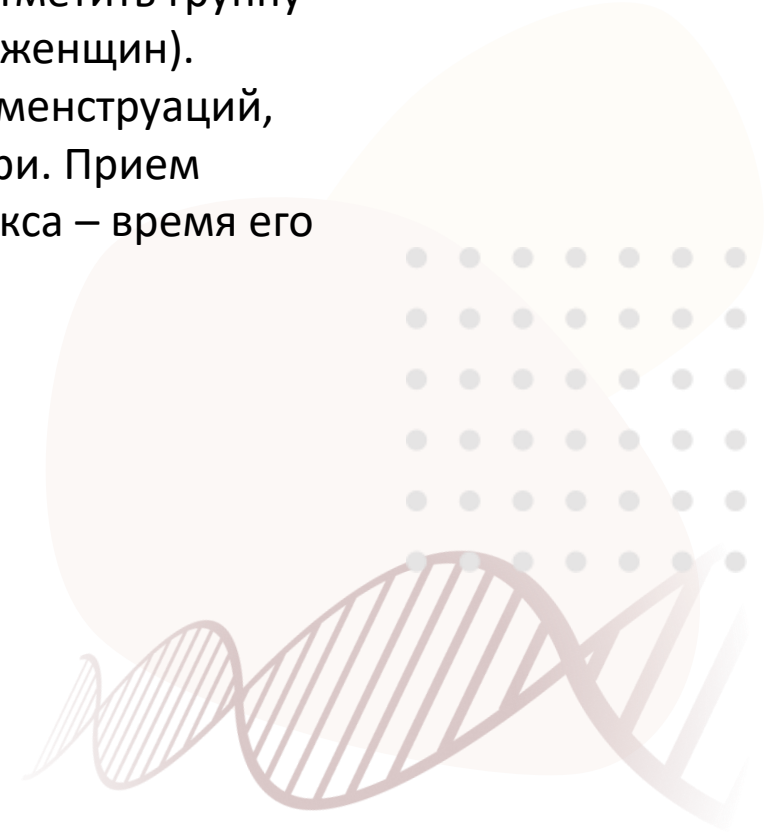
Образование больного, начало и характер трудовой деятельности.

Перенесенные заболевания в прошлом, наличие хронических заболеваний, а также травмы и операции подлежат подробному выяснению, так как многие заболевания (например, ревматическая лихорадка, дифтерия) оставляют после себя поражение сердца, и знание анамнестических данных упрощает и ускоряет правильную постановку диагноза. К примеру, черепно-мозговая травма часто предшествует развитию артериальной гипертензии. Выясняются профессиональные вредности: стресс, переохлаждение, лучевая энергия, вибрация, щёлочи, кислоты, металлы и др., которые могут приводить к развитию заболеваний внутренних органов (например: хронические бронхиты у литейщиков, пневмокониозы у шахтеров). Наследственность играет важную роль в развитии многих заболеваний (например: поликистоз почек, эссенциальная гипертензия, сахарный диабет и др.), поэтому важно выяснить наличие заболеваний у родителей больного, братьев, сестер, а также у его детей.

Привычные интоксикации (вредные привычки) могут быть как причинами болезни, так и факторами, провоцирующими обострение уже имеющихся хронических заболеваний (язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, хронического бронхита, хронического гепатита и др.). Поэтому важно выяснить – злоупотребляет больной алкоголем или нет? Если лечился от алкоголизма, то когда это было и каков результат? В каком количестве и как часто (ежедневно, периодически, эпизодически) больной употребляет алкоголь. В отношении курения следует выяснить, с какого возраста больной курит? Количество сигарет или папирос, выкуриваемых за сутки? Пользуется ли наркотическими средствами и какими? Когда впервые стал их использовать? Какова суточная доза и метод введения?

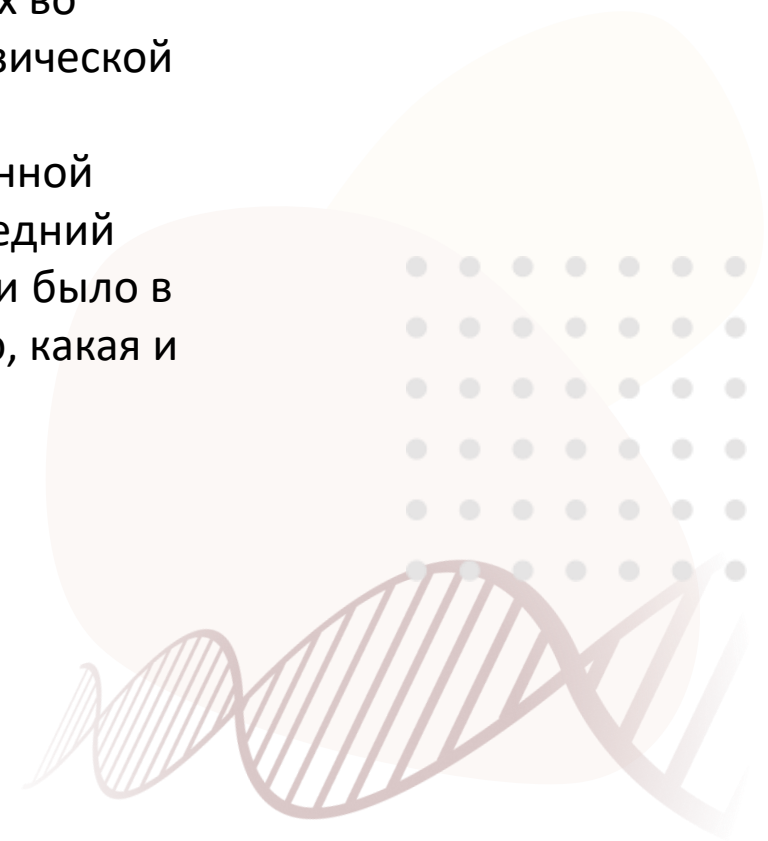
Аллергологический анамнез. Важно выяснить, не страдает ли больной аллергией в той или иной форме: кожные высыпания, бронхиальная астма, крапивница, отек лица или гортани, анафилактический шок. Не наблюдалось ли у больного аллергических реакций на определенные пищевые продукты, запахи, лекарственные препараты и среди них особенно на антибиотики (какие именно?), препараты йода, на вакцинацию. Данные об аллергических осложнениях обязательно отмечаются на титульном листе истории болезни.

Эпидемиологический анамнез. Он предусматривает выяснение контактов с инфекционными больными, пребывание больного в эпидемиологически опасных регионах. Были ли переливания крови, визиты к стоматологу за последние 6 месяцев. Не болел ли в прошлом больной туберкулезом, гепатитом, венерическими заболеваниями. Если туберкулезом больны родственники больного или соседи, то следует отметить группу их диспансерного учёта. Семейная жизнь и гинекологический анамнез (для женщин). Время создания семьи, здоровье детей, взаимоотношения в семье. Начало менструаций, их регулярность и продолжительность, болезненность, величина кровопотери. Прием контрацептивов, число беременностей, родов, аборт. При наличии климакса – время его появления, особенности течения. Следует выяснить также дату последнего гинекологического осмотра.



Материально-бытовые условия. Необходимо учитывать условия проживания больного: отдельная квартира или комната, отопление, освещение и др., а также характер питания больного (сколько раз в день принимает пищу, питается дома, в столовой; наедается или нет на ночь). Выяснение материальнобытовых условий больного тесно связано с выяснением характера его трудовой деятельности, отдыха (прогулки после работы, еженедельные загородные поездки, отдых во время отпуска), приверженности к здоровому образу жизни и уровень физической активности.

Страховой анамнез. Для острых заболеваний – с какого числа лист временной нетрудоспособности; для хронических заболеваний – с какого числа по следний лист временной нетрудоспособности? Сколько дней нетрудоспособности было в течение года по данному заболеванию? Если есть группа инвалидности, то, какая и с какого времени? По какому заболеванию? А также сроки последнего переосвидетельствования



Дополнительный расспрос о состоянии функций организма больного (Status functionalis). Собрав жалобы больного и анамнез, прежде чем перейти к объективному обследованию, следует провести ещё раз беглый, систематический опрос больного относительно состояния важнейших функций организма. Такой опрос позволит оценить в целом состояние организма и исключить возможные упущения. Он называется исследованием функционального состояния больного (Status functionalis) и включает в себя расспрос по системам:

- общие проявления заболевания: слабость, исхудание, лихорадка; - центральная нервная система: головная боль, обмороки, судороги, нарушение сна;
- сердечно-сосудистая система: боли в сердце, нарушение ритма (перебои), одышка, отёки нижних конечностей;
- дыхательная система: боли в грудной клетке при дыхании и кашле, кашель сухой или с мокротой, одышка;
- система органов пищеварения: нарушение аппетита, тошнота, отрыжка, рвота, вздутие живота, запоры, поносы;
- мочевыделительная система: отёки, боли в поясничной области, болезненное мочеиспускание, изменение цвета мочи; - система органов кроветворения: повышенная кровоточивость и кровоизлияния на коже и слизистых, извращение вкуса и затруднения при глотании, боли в костях, жалобы неврологического характера (парестезии, онемение и нарушение чувствительности в конечностях); - эндокринная система: жажда, сухость во рту, изменение массы тела, судороги, повышенная возбудимость, выраженная слабость, головная боль, повышение артериального давления.

План и правила общего осмотра

1. Положение больного
2. Телосложение
3. Гидратация
4. Температура тела
5. Осмотр лица
6. Кожа
7. Ногти
8. Подкожно-жировая клетчатка
9. Лимфатические узлы
10. Мышцы
11. Кости
12. Суставы



Положение тела при одышке



Компенсаторные позы, облегчающие оксигенацию и вентиляцию

Пароксизмальная ночная одышка



Питание

Алгоритм оценки:

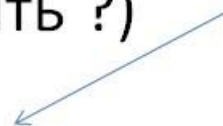
достаточного или пониженного питания
больного



Индекс массы тела (ИМТ)



Характер распределения жира (как
определить ?)



Центральный тип



Периферический тип



Индекс массы тела

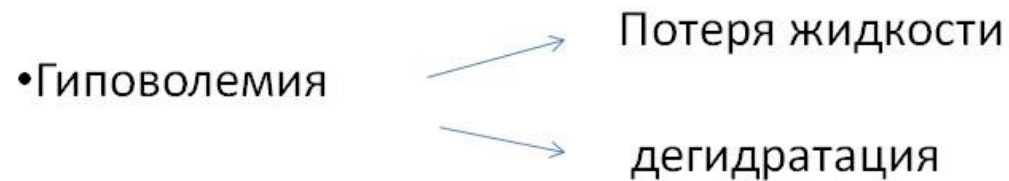
- Индекс массы тела = масса тела в кг / (рост в м)²
- Дефицит массы <18,5
- Выраженный дефицит <16,00
- Недостаточная масса тела 16,00- 18,49
- Норма: 18,5 – 24,99
- Избыточная масса тела: 25,00 - 29,99
- Ожирение >30,00
- Ожирение 1 степени 30,00 - 34,99
- Ожирение 2 степени 35,00 - 39,99
- Ожирение 3 степени - 40 и более



[Расчитать индекс массы тела,
калькулятор ИМТ \(calcus.ru\)](http://calcus.ru)

Степень гидратации

- Оценка тургора(эластичности) кожи



Для чего нужна **ортостатическая проба** и как ее выполнять?

- 1) Попросить больного лечь на спину
- 2) Подождать 2 минуты
- 3) Определить ЧСС и АД в положении лежа
- 4) Попросить больного встать
- 5) Подождите 1 мин.
- 6) Определите ЧСС и АД в положении стоя. ЧСС подсчитывают в течение 30 секунд, результат умножают на 2.



Степень гидратации

- Время заполнения капилляров

Нормы при $t 21^{\circ}\text{C}$:

2сек. –взрослый мужчина

3сек.-взрослая женщина

4,5сек.-пожилые

- Сухость слизистых
- Сухость подмышечных впадин
- Западение глаз
- Продольные борозды на языке

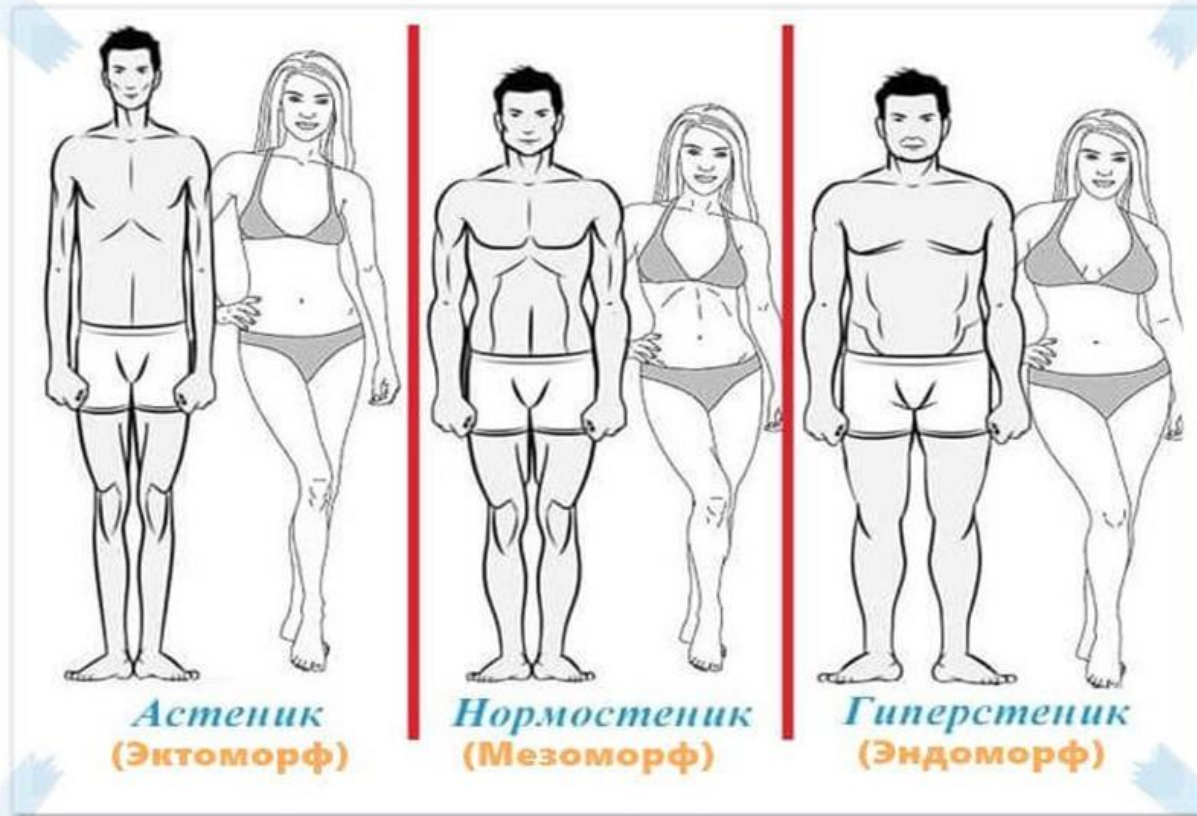


Другие симптомы для
оценки степени
дегидратации



Телосложение

- Нормостенический тип
- Астенический тип
- Гиперстенический тип



Мезоморф, эндоморф, эктоморф - типы телосложений

Термины эндоморф, мезоморф и эктоморф произошли от названий зародышевых листков.

Мезоморф. Характерны следующие черты:

- природная мускулистость,
- природная, естественная жилистость,
- широкие плечи,
- они легко теряют вес,
- легко набирают мышечную массу,
- эффективный и быстро сжигающий жиры метаболизм.

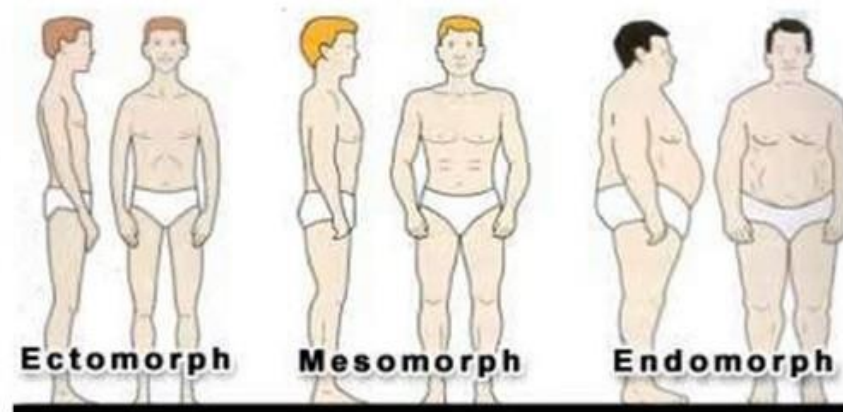
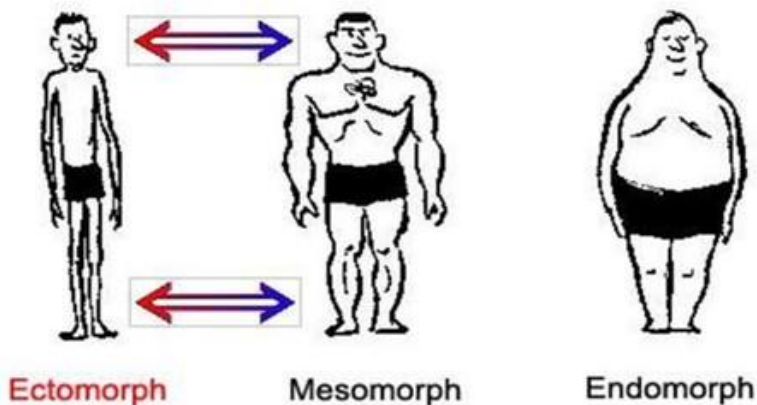
Эндоморф. Такой тип организма легко накапливает жир и тяжело его теряет. Метаболизм происходит достаточно медленно, вяло и поэтому они должны быть особенно осторожны с диетами. Особенности такого типа:

- склонность к лишнему весу,
- легко набирают вес,
- тяжело сжигают жировые отложения,
- широкие в талии,
- возможна чувствительность к углеводам,
- медленный метаболизм,
- тип тела более округленный или грушевидный.

Эктоморф. Обычно жилистые и худые. Кажется, что они могут есть все подряд и при этом ни чуточку не поправляться. Для людей такого типа тяжело набирать мышечную массу.

Характерные черты:

- быстрый обмен веществ,
- природная худоба и угловатость,
- тяжело набирают вес,
- необыкновенно энергичны, так как имеют повышенный уровень энергии.



походка

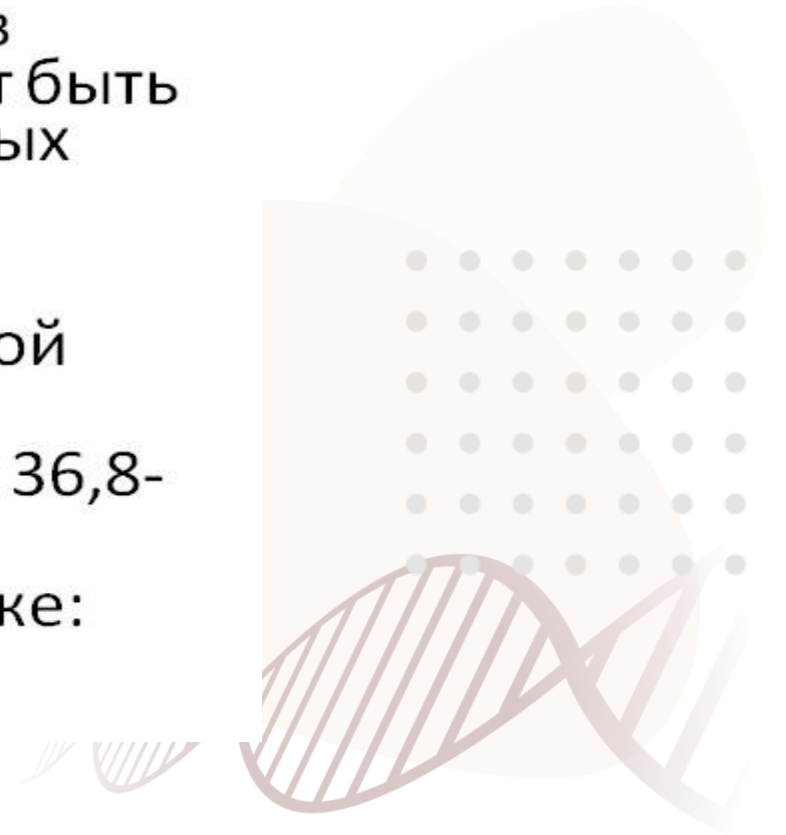
- На что нужно обратить внимание при сборе анамнеза?
 - Внезапное появление нарушений (часто их причина - заболевание кровеносных сосудов либо воздействия алкоголя, бензодиазепинов, нейролептиков)
 - Наличие мышечной слабости
 - Скованности в суставах конечностей
 - Затруднение при начале или прекращении ходьбы
 - Сочетание с головокружением/предобморочным состоянием
 - Сочетание с болью, онемением\парестезиями в конечностях
 - Нарастании нарушений походки по ночам.



Температура тела

Различные участки кожи имеют неодинаковую температуру. Обычно кожа головы, туловища и верхних конечностей на 5-7 градусов теплее, чем кожа стоп, температура которых колеблется в пределах 24-35 градусов. Температура может быть неодинаковой в левой и правой подмышечных впадинах, чаще слева на 0,1-0,30 С выше.

- Нормальная температура тела в подмышечной ямке: 36,3-36,9° С.
- Нормальная температура тела в полости рта: 36,8-37,3° С.
- Нормальная температура тела в прямой кишке: 37,3-37,7° С



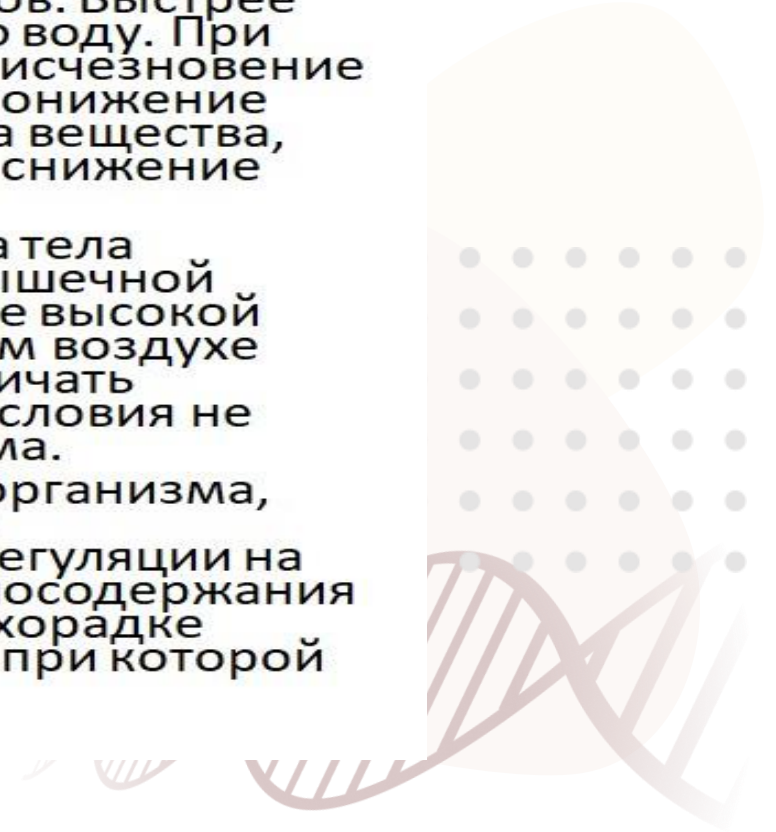
Температура тела — это не постоянная величина. Значение температуры зависит от:

- **Времени суток.** Минимальная температура бывает утром (3-6 часов), максимальная — во второй половине дня (14-16 и 18-22 часа). У работающих в ночное время могут быть обратные отношения. Разница между утренней и вечерней температурой у здоровых людей не превышает 1°C .
- **Двигательной активности.** Покой и сон способствуют снижению температуры. Сразу после еды также наблюдается небольшое повышение температуры тела. Значительное физическое напряжение может вызвать повышение температуры на 1 градус.
- **Фазы менструального цикла.** У женщин с нормальным температурным циклом кривая утренней влагалищной температуры имеет характерную двухфазную форму. Первая фаза (фолликулярная) характеризуется низкой температурой (до $36,7$ градусов), длится около 14 дней и связана с действием эстрогенов. Вторая фаза (овуляция) проявляется более высокой температурой (до $37,5$ градусов), длится около 12-14 дней и обусловлена действием прогестерона. Затем перед менструацией температура падает и начинается очередная фолликулярная фаза.



Отклонения от нормы

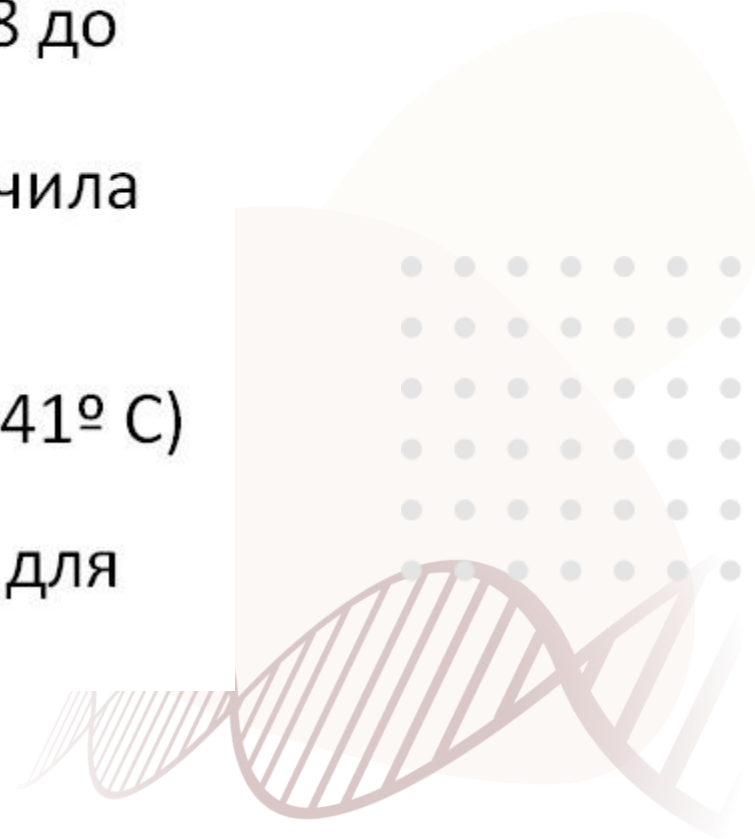
- **Гипотермия** — это состояние, при котором температура тела под влиянием внешних факторов опускается ниже 35 градусов. Быстрее всего гипотермия возникает при погружении в холодную воду. При гипотермии наблюдается состояние, подобное наркозу: исчезновение чувствительности, ослабление рефлекторных реакций, понижение возбудимости нервных центров и интенсивности обмена вещества, замедление дыхания и частоты сердечных сокращений, снижение сердечного выброса и артериального давления.
- **Гипертермия** — это состояние, при котором температура тела поднимается выше 37 градусов (при измерении в подмышечной ямке). Она возникает при продолжительном воздействии высокой температуры окружающей среды, особенно при влажном воздухе (например, тепловой удар). От гипертермии следует отличать лихорадку — повышение температуры, когда внешние условия не изменены, а нарушен процесс терморегуляции организма.
- **Лихорадка** — это защитно-приспособительная реакция организма, возникающая в ответ на действие раздражителей (чаще инфекционных) и выражающаяся в перестройке терморегуляции на поддержание более высокого, чем в норме, уровня теплосодержания и температуры тела. Температура при инфекционной лихорадке обычно не превышает 41° С, в отличие от гипертермии, при которой она бывает выше 41° С



- Лихорадка считается «**острой**» если длится не более 2 недель, и лихорадка называется «**хронической**» при её продолжительности более 2 недель
- Снижение температуры происходит (и выявляется на температурной кривой) различно. Постепенное, ступенеобразное снижение температуры в течение 2-4 суток с незначительными вечерними подъёмами называют **ЛИЗИСОМ**. Внезапное, быстрое окончание лихорадки с падением температуры до нормы в течение суток называют **КРИЗИСОМ**. Как правило, быстрое падение температуры сопровождается обильным потом. Этому феномену до начала эры антибиотиков придавали особое значение, поскольку он символизировал начало периода выздоровления.



- Повышенная температура тела от 37 до 38° С называется **субфебрильной** лихорадкой (от лат. sub под, ниже + febris лихорадка).
- Умеренно повышенная температура тела от 38 до 39° С называется **фебрильной** лихорадкой.
- Высокая температура тела от 39 до 41° С получила название **пиретической** (от греч. pyretos жар) лихорадки.
- Чрезмерно высокая температура тела (свыше 41° С) — это **гиперпиретическая** лихорадка. Такая температура сама по себе может быть опасна для жизни.



Постоянная, или устойчивая лихорадка (*febris continua*).

- Наблюдается постоянно повышенная температура тела и в течение суток разница между утренней и вечерней температурой не превышает одного 1°C . Считается, что подобное повышение температуры тела характерно для крупозного воспаления лёгких, брюшного тифа, вирусных инфекций (например, гриппа).

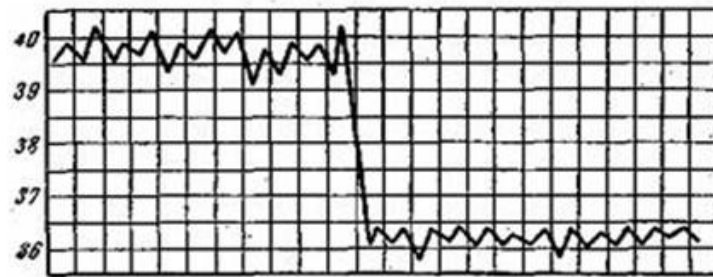


Рис. 4. Постоянная лихорадка с критическим падением температуры.

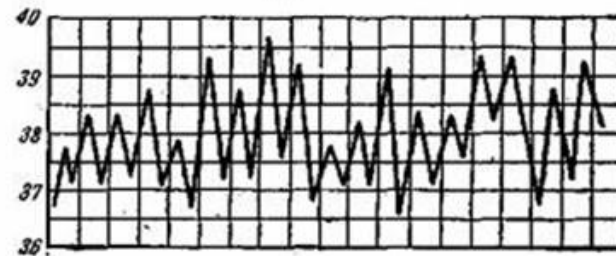
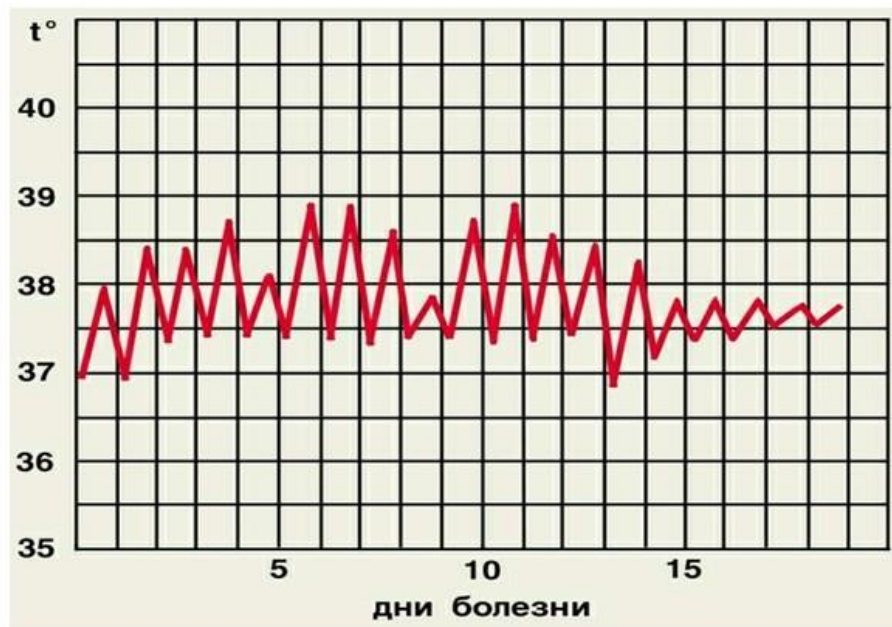


Рис. 5. Послабляющая лихорадка.

Активация W

2. Послабляющая лихорадка (febris remittens, ремитирующая).

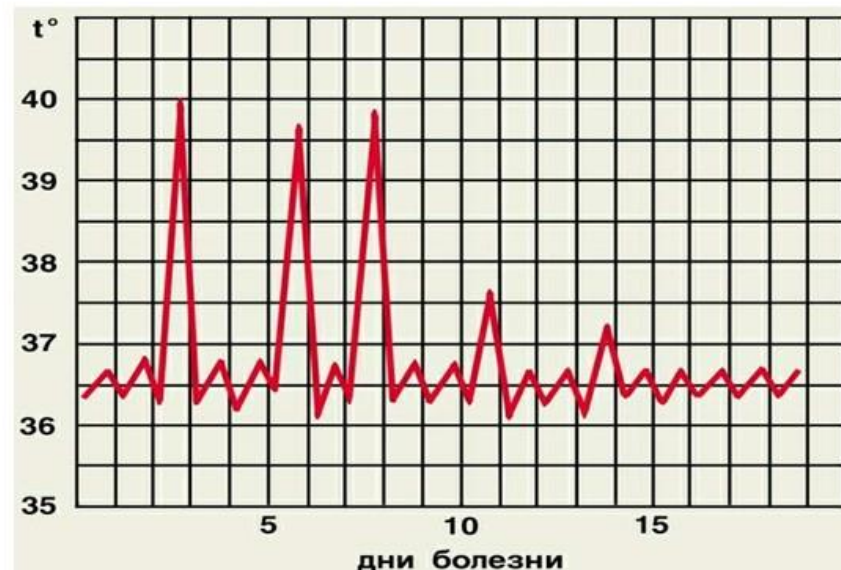
- Наблюдается постоянно повышенная температура тела, но суточные колебания температуры превышают 1°C . Подобное повышение температуры тела встречается при туберкулёзе, гнойных заболеваниях (например, при тазовом абсцессе, эмпиеме желчного пузыря, раневой инфекции), а также при злокачественных новообразованиях.



Активация W_i

3. Перемежающая лихорадка (febris intermittens, интермитирующая).

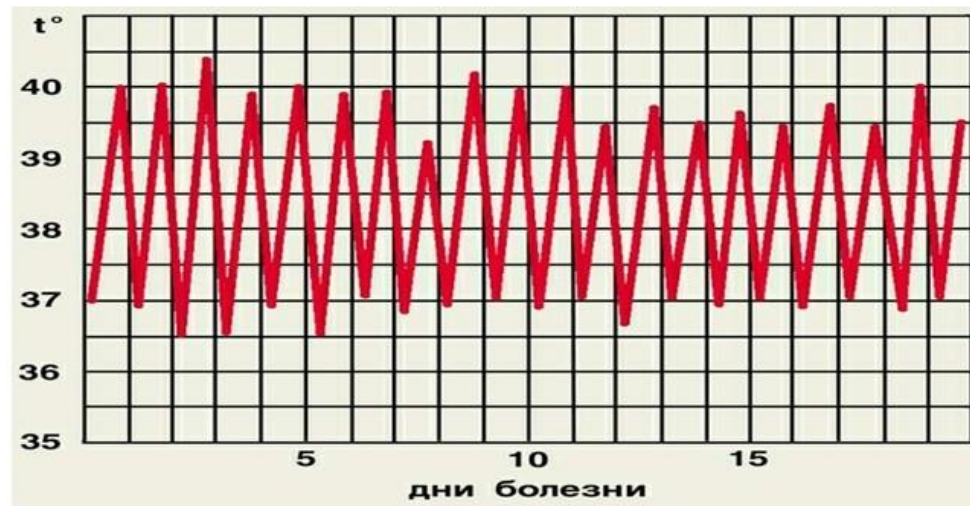
Суточные колебания, как и при ремитирующей, превышают 1°C , но здесь утренний минимум лежит в пределах нормы. Причём, повышенная температура тела появляется периодически, приблизительно через равные промежутки (чаще всего около полудня или ночью) на несколько часов. Перемежающая лихорадка особенно характерна для малярии, а также наблюдается при цитомегаловирусной инфекции, инфекционном мононуклеозе и гнойной инфекции (например, холангите).



Активация Wi

4. Истошающая лихорадка (febris hectica, гектическая).

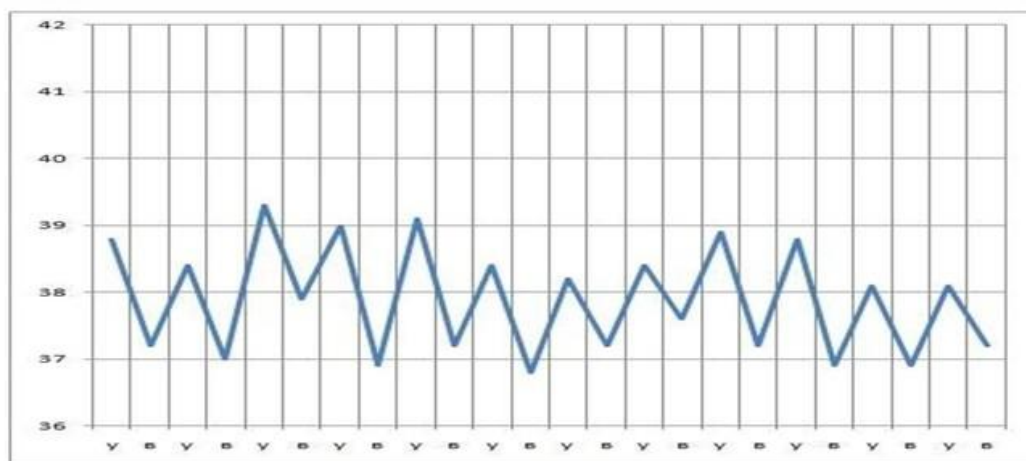
- По утрам, как и при интермитирующей, наблюдается нормальная или даже пониженная температура тела, но вот суточные колебания температуры доходят до 3-5° С и часто сопровождаются изнуряющими потами. Подобное повышение температуры тела характерно для активного туберкулёза лёгких и для септических заболеваний.



Дитирамбо Win

5. Обратная, или извращённая лихорадка (febris inversus)

- отличается тем, что утренняя температура тела больше вечерней, хотя периодически всё равно бывает обычное небольшое вечернее повышение температуры. Обратная лихорадка встречается при туберкулёзе (чаще), сепсисе, бруцеллёзе.



**ИЗВРАЩЕННАЯ (ОБРАТНАЯ)
 ЛИХОРАДКА**

Активация Wi

6. Неправильная, или нерегулярная лихорадка (febris irregularis)

- проявляется чередованием различных типов лихорадки и сопровождается разнообразными и неправильными суточными колебаниями. Неправильная лихорадка встречается при ревматизме, эндокардите, сепсисе, туберкулёзе.



Активация Wi



Волнообразная лихорадка (febris undulans)

характеризуется постепенным подъёмом температуры в течение определённого промежутка времени (постоянная или ремитирующая лихорадка в течение нескольких суток) с последующим постепенным снижением температуры и более или менее длительными периодами нормальной температуры, что даёт впечатление ряда волн. Точный механизм возникновения этой необычной лихорадки неизвестен. Часто наблюдается при бруцеллёзе и лимфогранулематозе.



Активация W



2. Возвратная лихорадка (febris recurrens, рекуррентная)

характеризуется чередованием периодов лихорадки с периодами нормальной температуры. В наиболее типичной форме встречается при возвратном тифе, малярии.



Активация V

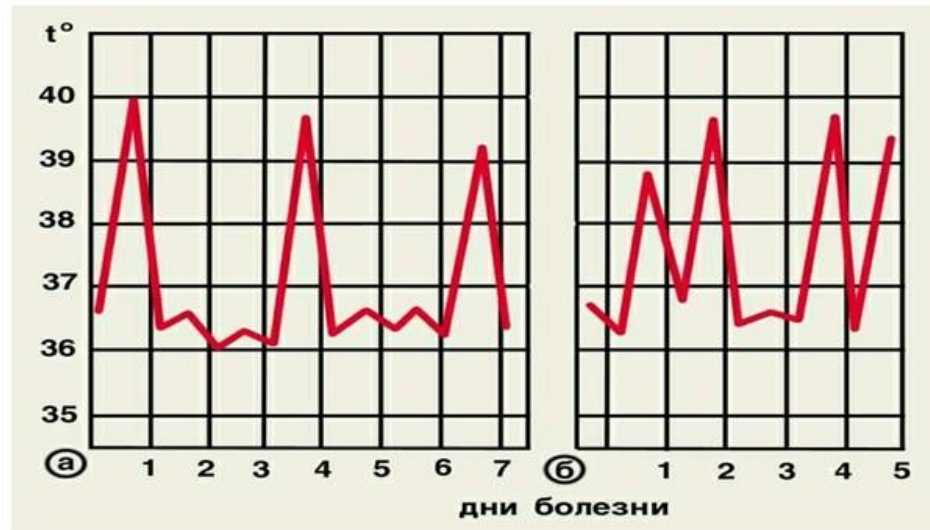
Трёхдневная лихорадка (febris tertiana)

- повторение приступов малярии через день.



Четырёхдневная лихорадка (febris quartana)

- повторение приступов малярии через 2 безлихорадочных дня.



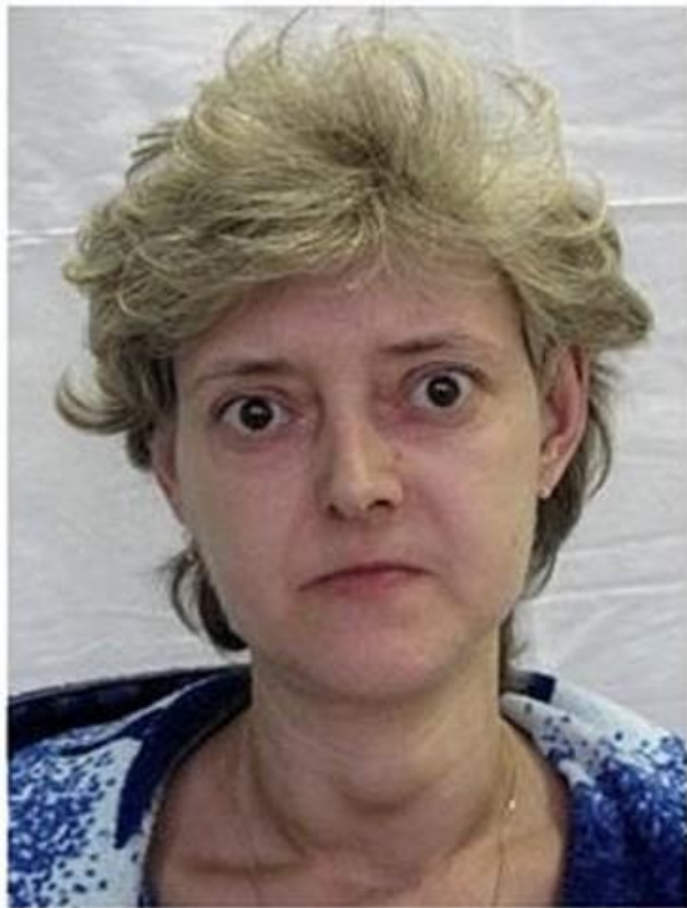
Температурные кривые при четырёхдневной малярии: а — приступы через 2 дня; б — приступы через 2 дня подряд с однодневным периодом апирексии.

Активация \

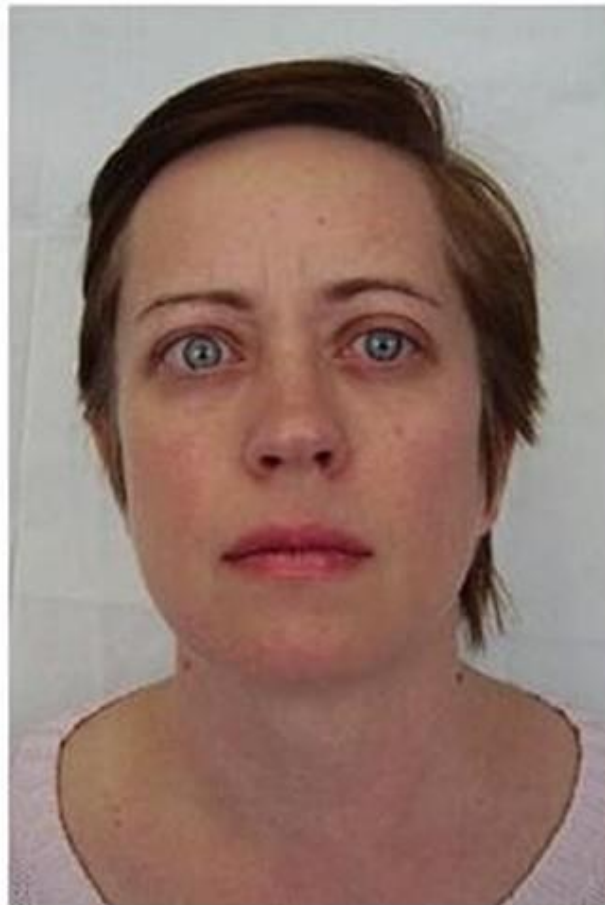
Табл. 1.2. Изменения лица, характерные для определенных заболеваний

ЭТИОЛОГИЯ	ЛИЦО	ЗАБОЛЕВАНИЕ
Врожденная	«Бычье лицо»	Синдром Грейга
	«Лицо эльфа»	Синдром Вильямса
	«Лицо херувима»	Херувизм
	«Лицо охотничьей собаки»	Халазодермия
	Харлоидное лицо	Синдром Харлера
	Лицо Моркио	Синдром Моркио
Инфекционная	Лицо Поттер	Синдром Поттер
	«Львиное лицо»	Лепра
	Лицо Антония	Лепра
	Ладьевидное лицо	Лепра
Эндокринно-метаболическая	Тетаническое лицо	Столбняк
	«Почечное» лицо	Хроническая почечная недостаточность
	Микседематозное лицо	Микседема
	Лицо Грейвса	Болезнь Грейвса
	Акромегалическое лицо	Акромегалия
Ревматологическая	Кушингоидное лицо	Синдром Кушинга
	Склеродермическое лицо	Прогрессирующий системный фиброз (склеродермия)
Сердечно-сосудистая	Лицо при системной красной волчанке	Системная красная волчанка
	«Аортальное» лицо	Аортальная недостаточность
	Лицо Корвизара	Аортальная недостаточность
	Лицо де Мюссе	Аортальная недостаточность
Неврологическая	Митральное лицо	Митральный стеноз
	Лицо Паркинсона	Болезнь Паркинсона
	Лицо Штейнерта	Миотоническая дистрофия
	Миастеническое лицо	Миастения (<i>Myasthenia gravis</i>)
Травматическая	Миопатическое лицо	Различные миопатии
	Симптом Бэттла	Перелом основания черепа
Смешанная	Симптом «очков»	
	Лицо Гиппократ	Терминальные состояния
	Аденоидное лицо	Аденоиды/ хронический аллергический ринит
	Ринофима	Различные
	Седловидный нос	Врожденный сифилис/ гранулематоз Вегенера/ полихондрит
	Лицо курильщика	Табакокурение

а



б



Лицо Грейвса





Лицо Курильщика

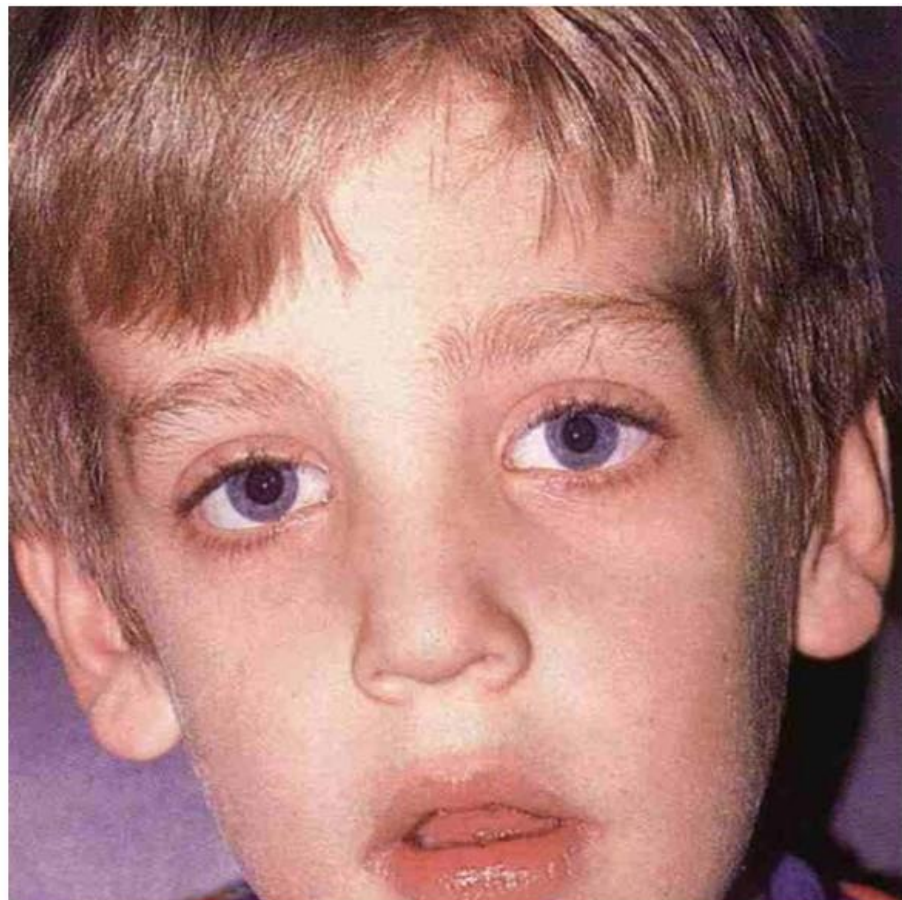




Ринофима



Седловидный нос



Аденоидное лицо

Лицо Гиппократа



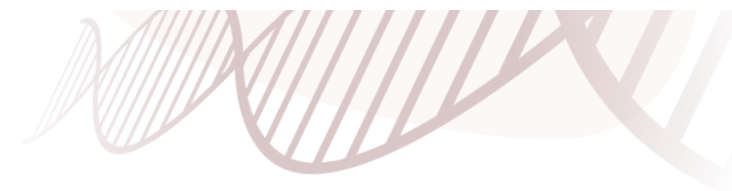


“raccoon eyes”

Симптом очков



Симптом Бэттла





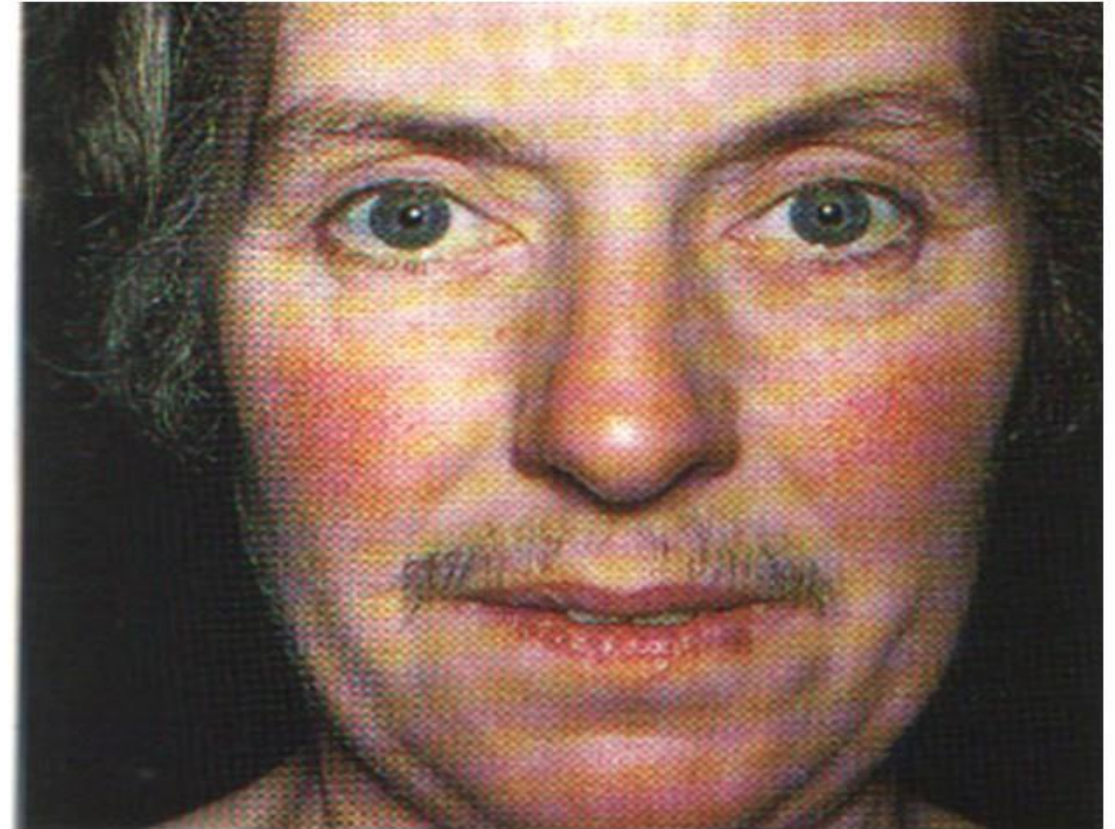
Миастеническое лицо



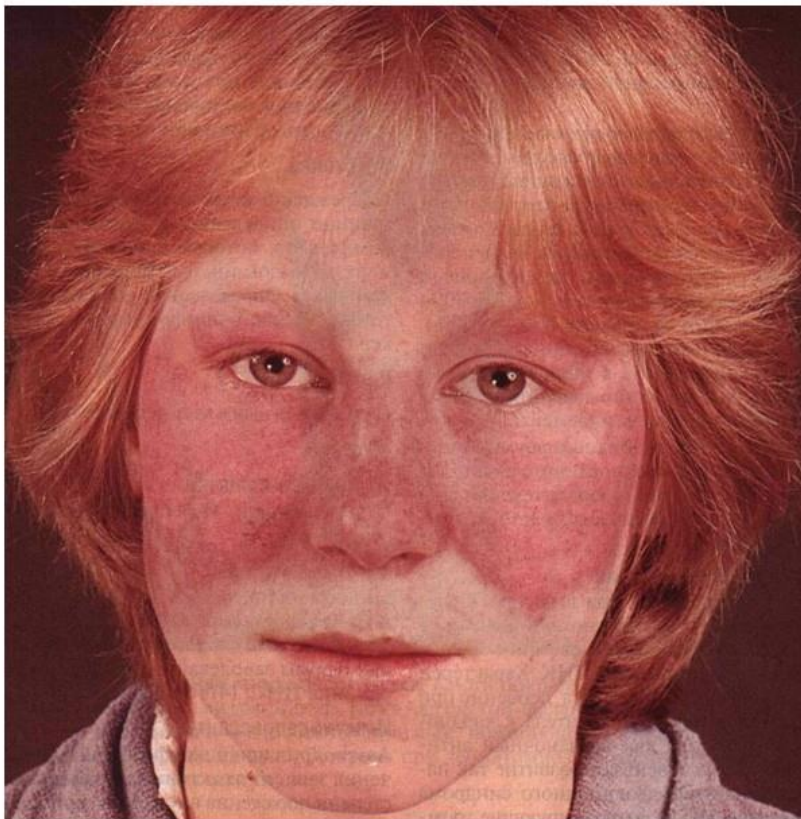
Лицо Штейнерта - миотоническая дистрофия (болезнь Штейнерта)



Лицо
Корвизара



Митральное лицо

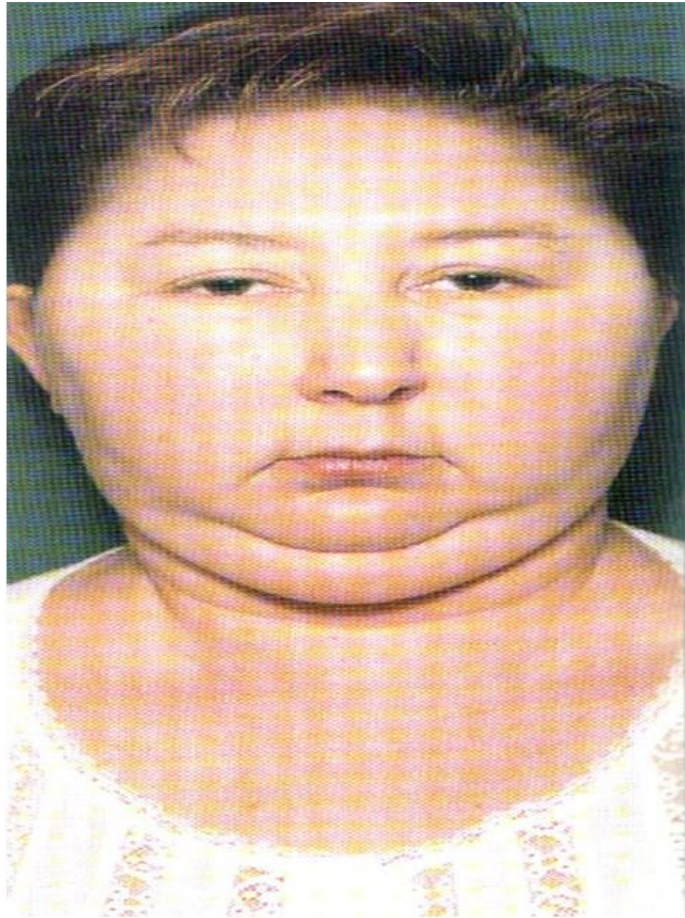


Лицо при системной красной волчанке (СКВ)

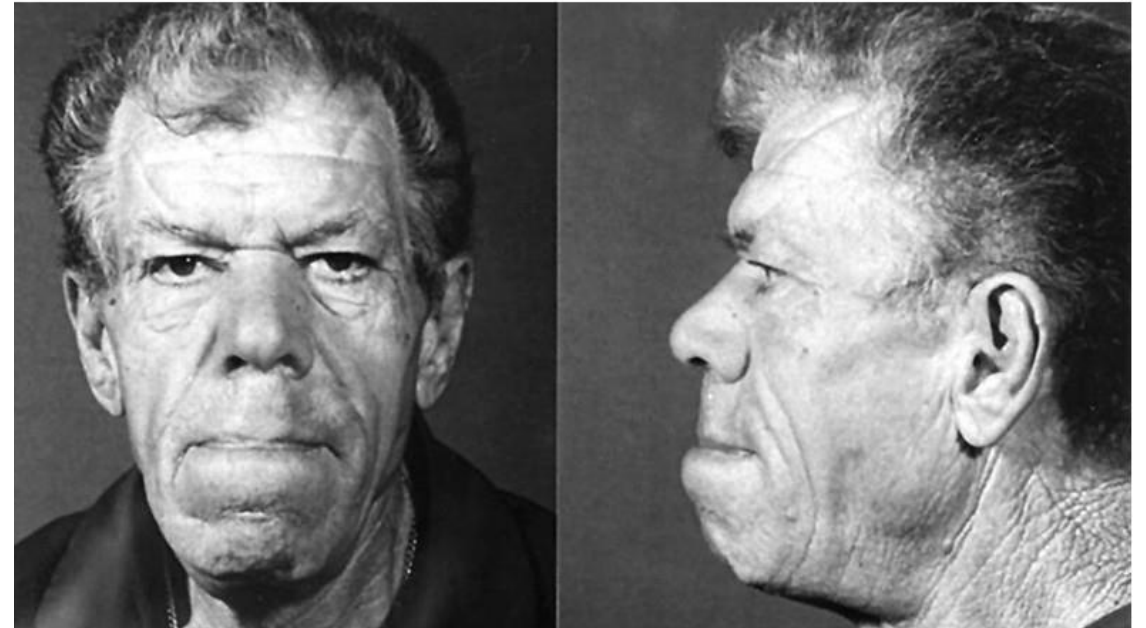


Склеродермическое лицо

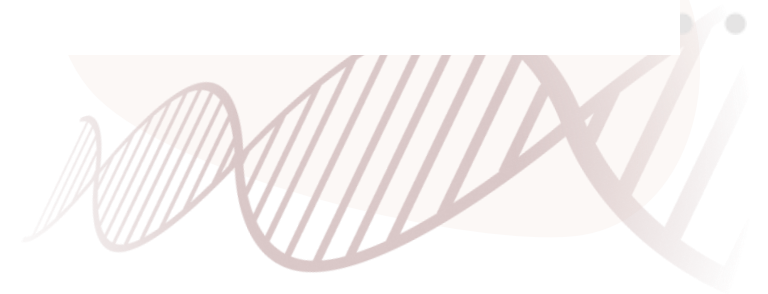




Кушингоидное лицо



Акромегалическое лицо





Микседематозное лицо



Нефротическое лицо

заболеваниях. Следовательно, врач обязательно должен тщательно осмотреть ногти.

14. Как правильно осматривать ногти на руках и на ногах?

Если ногти покрыты лаком, удалите его с помощью специальной жидкости (например, ацетона). Затем обратите внимание не только на цвет и форму ногтей, но и на их анатомические элементы (рис. 3.25):

- **лунку** — белое полулуние на проксимальном крае ногтевого ложа;
- **кутикулу** — тонкую кожу, прилегающую к проксимальной части ногтя;
- **перионихий** — эпидермис, формирующий стенки ногтя сзади и по бокам.

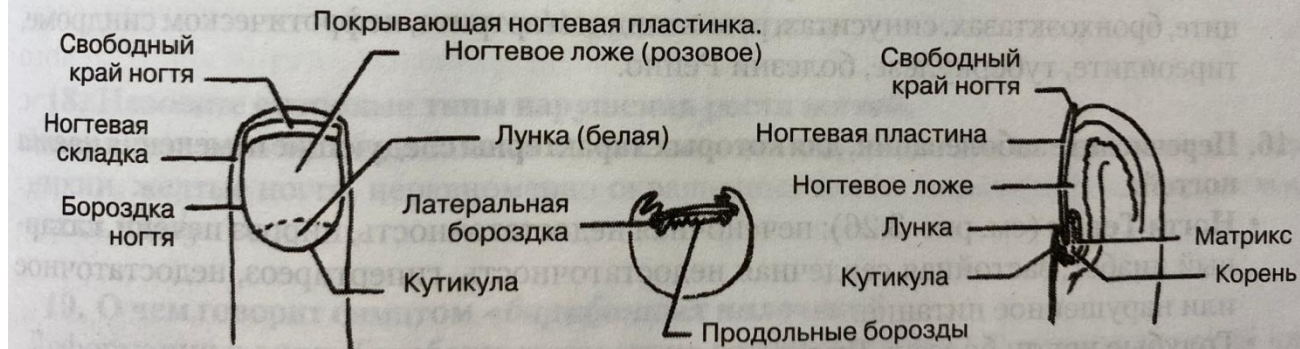


Рис. 3.25. Анатомия ногтя на руках. (Приводится с разрешения из: *DeGowin and DeGowiris, Diagnostic Examination. 6th ed. New York: McGraw-Hill, 1994*)



Рис. 3.25. Анатомия ногтя на руках. (Приводится с разрешения из: DeGowin and DeGowiris, *Diagnostic Examination*. 6th ed. New York: McGraw-Hill, 1994)

Хотя по ногтям на руках можно получить больше информации, чем по ногтям на ногах (поскольку они более быстро растут и меньше травмируются), всегда осматривайте ногти и на руках, и на ногах. Сначала осмотрите ноготь, не надавливая на него. Затем прижмите свободный край ногтя и посмотрите, изменится ли цвет пигментированного участка (что свидетельствует об изменении цвета, связанном с поражением сосудов ногтевого ложа, а не собственно ногтевой пластинки). Наконец, установите ручку-фонарик против подушечки пальца и просветите ноготь насквозь. Если при освещении пятно исчезает, оно также более вероятно обусловлено сосудистым компонентом, чем поражением мягких тканей или матрикса. При подозрении на грибковую инфекцию возьмите соскоб с поверхности ногтя и приготовьте КОН-препарат. Обратите внимание на то, что изменения ногтей при системных заболеваниях (в отличие от травмы) чаще затрагивают ногтевой матрикс, поэтому дистальный край измененного участка (например, пятна) обычно имеет форму дистальной части матрикса. Чтобы рассчитать время, прошедшее после первичного воздействия, необходимо измерить расстояние от проксимального края ногтя (кутикулы) до дистального края измененного участка, учитывая, что скорость роста ногтя составляет 0,1–0,15 мм в день.



16. Перечислите заболевания, для которых характерны следующие изменения цвета ногтей:

- **Ногти Терри** (см. рис. 3.26): печеночная недостаточность, цирроз печени, сахарный диабет, застойная сердечная недостаточность, гипертиреоз, недостаточное или нарушенное питание.
- **Голубые ногти**: болезнь Вильсона, аргирия, прием акрихина.
- **Ногти Линдсея** («половинные ногти», см. рис. 3–26) наблюдаются при хронической почечной недостаточности.
- **Линии Мюрке** характерны для гипоальбуминемии.
- **Линии Миза** (см. рис. 3.26): отравление мышьяком, болезнь Ходжкина, застойная сердечная недостаточность, лепра, малярия, химиотерапия, отравление угарным газом, другие тяжелые системные заболевания.
- **Темные продольные полосы**: меланома, доброкачественный невус, химическое окрашивание, вариант нормы у лиц с темной кожей.



Рис. 3.26. Характерные изменения ногтей



- **Продольные бороздки:** очаговая алопеция, витилиго, атопический дерматит, псориаз.
- **Геморрагии в виде заноз (линейные геморрагии):** подострый инфекционный эндокардит, системная красная волчанка, ревматоидный артрит, антифосфолипидный синдром, язвенная болезнь, злокачественные новообразования, прием оральных контрацептивов, беременность, псориаз, травма.
- **Телеангиэктазии:** ревматоидный артрит, системная красная волчанка, дерматомиозит, склеродермия.

7. Перечислите типы поражения ногтей.

- Нарушения роста.
- Поперечные линейные поражения.
- Продольные линейные поражения.
- Изменения, обусловленные поражением сосудов и ногтевого ложа.
- Инфекции.

НОГТИ

Нарушения роста

8. Назовите основные типы нарушения роста ногтей.

«Почечек», онихолизис, точечные вдавления, онихогрифоз, оних

Мышцы.

Оценивают:

Степень развития произвольной мускулатуры

Тонус мышц

Болезненность при ощупывании

Атрофия мышц

Судороги(тетанические-длительные (от минут до часов)-
менингит,бешенство,столбняк, клонические(быстрые,идушие один за
одним)-эпилептический припадок)



Костная система

Определить:

Форму костей

Наличие деформаций

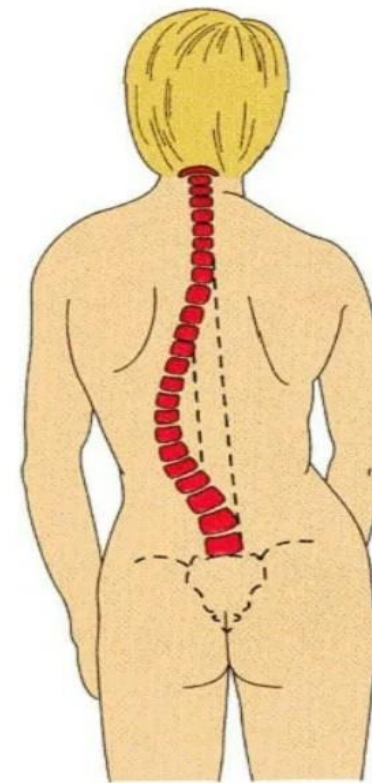
Болезненность при ощупывании, поколачивании

Деформации позвоночника:

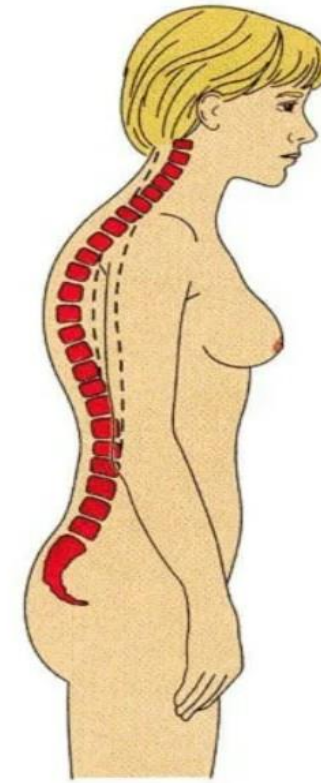
Кифоз-искривление выпуклостью назад

Лордоз-искривление выпуклостью вперед

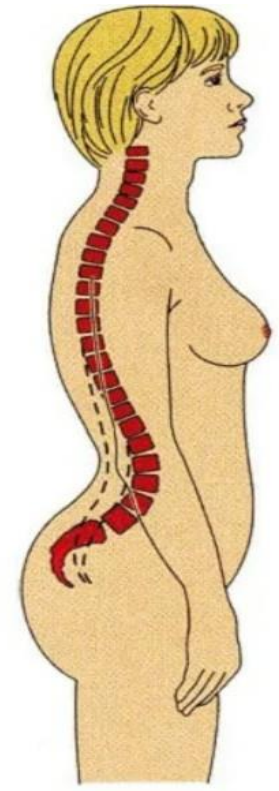
Сколиоз-искривление боковое



СКОЛИОЗ



КИФОЗ



ЛОРДОЗ

Суставы.

Конфигурация суставов.

Деформация суставов –стойкое изменение формы сустава, обусловленное деструкцией хряща и суставных концов костей, развитием анкилозов, костными разрастаниями, повреждениями мышечно-связочного аппарата и подвывихами суставов.

(ревматоидный артрит, деформирующий остеоартроз(узелки Бушаоа и Гебердена), контрактура Дюпюитрена

Изменение кожи.

Подвижность и болезненность суставов.

Определение болезненности

Определение характера боли

Определение при активных движениях

Определение боли при пассивных движениях

Определение крепитации



Литература:

Спасибо за внимание.
Жду ваших вопросов.

Дополнительная литература.

Обследование терапевтического больного. Распрос, общий осмотр, пальпация
(учебно-методическое пособие для студентов)

Под редакцией: Проф. Земцовского Э.В.

