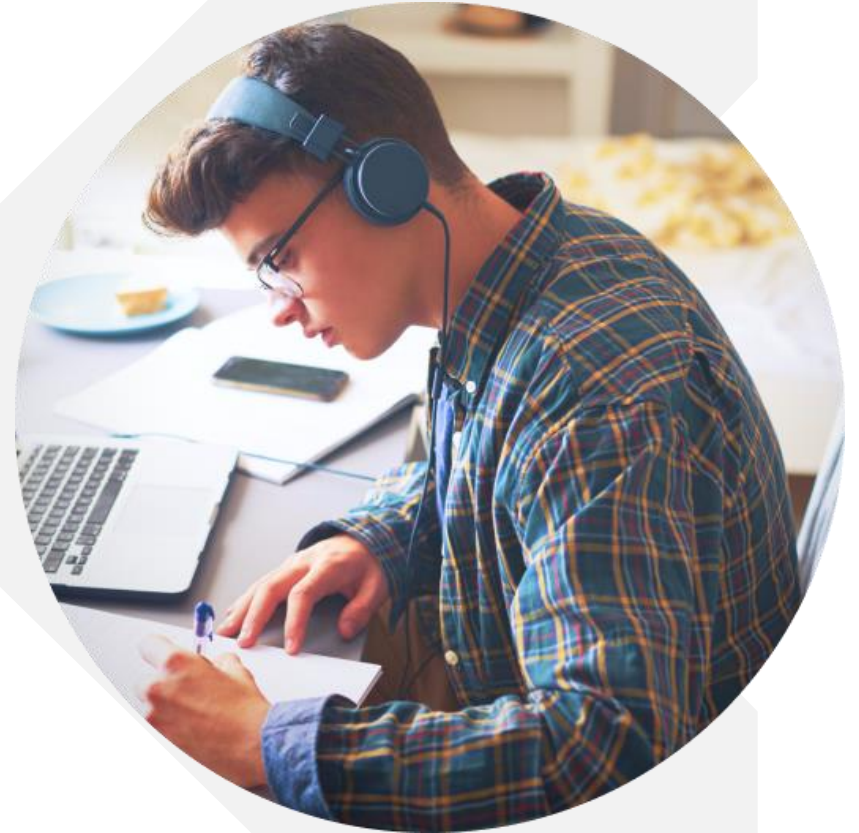


Объективные методы обследования



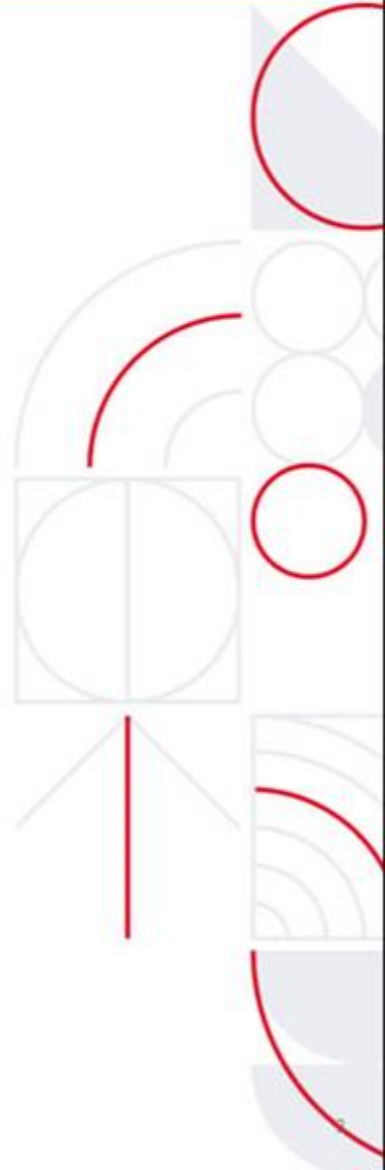
 *Кафедра внутренних болезней*

Доцент, КМН Митряшов Константин Владимирович



План лекции

1. Вводная часть – цель и задачи курса
2. Методика общего осмотра
3. Уровень сознания
4. Положение тела
5. Походка
6. Конституция тела
7. Домашнее задание
8. Литература



Цель и задачи дисциплины

Цель изучения дисциплины «МДК 02.01. Проведение медицинского обследования с целью диагностики, назначения и проведения лечения заболеваний терапевтического профиля» - формирование важных профессиональных навыков обследования больного с применением клинических и наиболее распространенных инструментально-лабораторных методов исследования; выявление симптомов и синдромов как основ клинического мышления, характеризующих морфологические изменения органов и функциональные нарушения отдельных систем в целом.

Задачи дисциплины:

1. приобретение знаний основных клинических симптомов и синдромов заболеваний внутренних органов и механизмов их возникновения;
2. обучение методам непосредственного исследования больного (расспроса, осмотра, пальпации, перкуссии, аускультации), обеспечивающими формирование профессиональных навыков обследования больного;
3. обучение важнейшим методам лабораторной и инструментальной диагностики заболеваний внутренних органов;
4. формирование представлений об основных принципах диагностического процесса
5. обучение оформлению медицинской документации (истории болезни)



ПК – профессиональная компетенция

ПК 2.1.Проводить обследование пациентов с целью диагностики неосложненных острых заболеваний и (или) состояний, хронических заболеваний и их обострений, травм, отравлений.

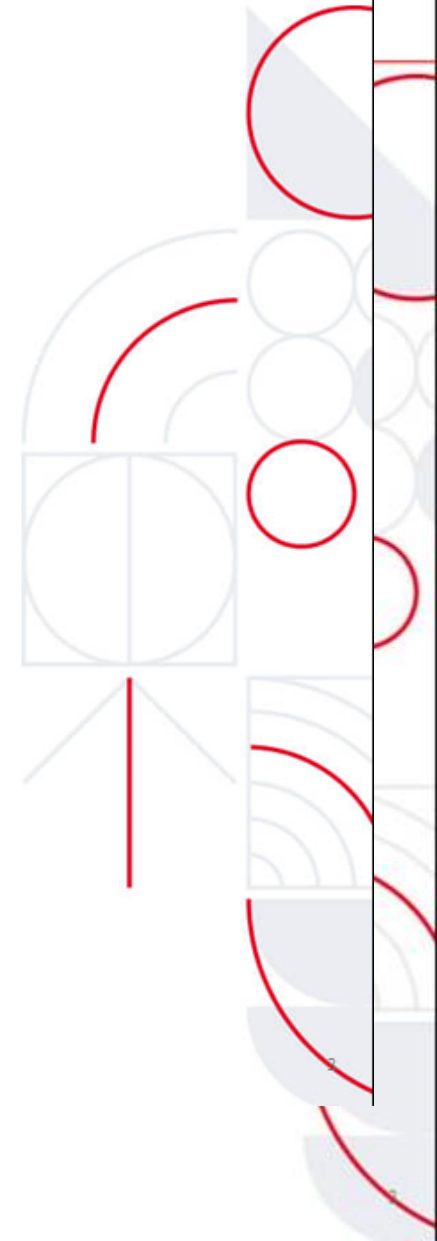
ПК 2.2.Назначать и проводить лечение неосложненных острых заболеваний и (или) состояний, хронических заболеваний и их обострений, травм, отравлений.

ПК 2.3.Осуществлять динамическое наблюдение за пациентом при хронических заболеваниях и (или) состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента

ПК.2.4.Проводить экспертизу временной нетрудоспособности в соответствии с нормативными правовыми актами.



Методика общего осмотра





Методика общего осмотра

Объективное обследование пациента начинают с визуального общего осмотра всего тела. Для проведения процедуры, пациента просят снять одежду до нижнего белья, ошибка - если пациент снимет только часть одежды, и какие-то участки тела останутся не изученными. Осмотр лучше проводить при дневном освещении или лампах дневного света, он должен быть систематическим. Грудную клетку осматривают в вертикальном положении, а живот осматривают и в положении стоя и на спине.

Перед началом осмотра тела оценивают уровень сознания, положение тела, походку, особенности питания, конституцию, выражение лица.





Уровень сознания





Сознание

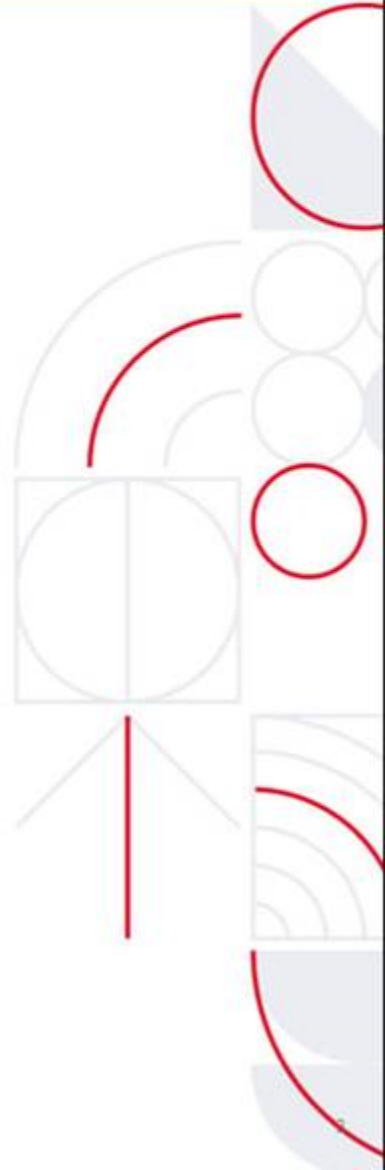
Сознание – свойство человека, способное к интеграции, оно определяется 2 функциями: осознание самого себя (содержание сознания) и бодрствование - реагирование на окружающую среду (уровень сознания).

Ясное сознание – это полная сохранность сознания, характеризующаяся адекватной реакцией на окружающую обстановку, полную ориентацию в месте и времени, бодрствование.



Нарушение сознания (Спутанное сознание)

1. **ступор** (оглушение, оцепенение),
2. **сопор** (отупение, спячка)
3. **полное угнетение сознания - кома** (подразделяется на несколько степеней и оценивается по шкале Глазго).





Сопор

Сопор – больной равнодушен к окружающему и своему состоянию, на вопросы отвечает замедленно, односложно, часто не осмысленно, находясь как бы в глубоком сне и выходя из него на короткое время.

Умеренное оглушение — это умеренная сонливость, частичная дезориентация, задержка ответов на вопросы (часто требуется повторение), замедленное выполнение команд.

Глубокое оглушение — глубокая сонливость, дезориентация, почти полное сонное состояние, ограничение и затруднение речевого контакта, односложные ответы на повторные вопросы, выполнение лишь простых команд.



Ступор

Ступор – прекращается речевой контакт, однако на значительные раздражители пациент способен открывать глаза, стонать. Отмечается почти полное отсутствие сознания, но сохраняются координированные защитные движения (одёргивание руки), открывание глаз на болевые и звуковые раздражители, эпизодически односложные ответы на многократные повторения вопроса, автоматизированные стереотипные движения, может отмечаться потеря контроля над тазовыми функциями.



Кома

Кома – глубокая степень угнетения сознания, характеризующаяся отсутствием любых проявлений осознанного поведения в ответ на любые раздражители.

Ведущим дифференциальным признаком комы от сопора является *неспособность больного открывать глаза на раздражители.*

Кому вызывают различные причины. Кома развивается при тяжелых черепно-мозговых травмах, инсультах, при воспалительных процессах в головном мозге, а также соматических заболеваниях сопровождающихся тяжёлыми нарушениями метаболизма (диабетическая кома, уремическая кома, алкогольная кома).

КОМЫ выделяют:

1. **Умеренная (кома I)** сохраняются хаотические некоординированные защитные движения на болевые раздражители, может сам глотать воду и жидкую пищу, рефлексы сохранены (повышены или понижены)
2. **Глубокая (кома II)** — отсутствие защитных движений, нарушение мышечного тонуса, отсутствие сухожильных рефлексов, грубое нарушение дыхания, сердечнососудистая декомпенсация.
3. **Запредельная, терминальная (кома III)** — агональное состояние, атония, арефлексия, снижается температура тела, витальные функции поддерживаются дыхательными аппаратами и сердечнососудистыми препаратами.



Шкала Глазго

Открытие глаз (E, Eye)	Речевая реакция (V, Verbal)	Двигательная реакция (M, Motor):
Открывает спонтанно - 4 балла как реакция на голос - 3 балла как реакция на боль - 2 балла отсутствует - 1 балл	дает быстрый и правильный ответ на заданный вопрос - 5 баллов спутанная речь - 4 балла ответ по смыслу не соответствует вопросу - 3 балла нечленораздельные звуки в ответ на заданный вопрос - 2 балла отсутствие речи - 1 балл	движения по команде - 6 баллов целесообразное движение в ответ на болевое раздражение - 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



Шкала Глазго

Оценка состояния сознания производится путем суммарного подсчета баллов из каждой подгруппы.

- 15 — ясное сознание,
- 13-14 — оглушение,
- 9—12 — сопор,
- 4—8. — кома,
- 3 балла — смерть мозга.

При описании уровня сознания отражается наличие или отсутствие психомоторного возбуждения; ориентировка пациента в собственной личности, месте, времени; доступность продуктивному контакту.



Положение тела



1. **Активное положение** — больной может легко изменять положение в зависимости от собственного желания без посторонней помощи, смена положений не усиливает болезненных ощущений, способность к самообслуживанию сохранена полностью.
2. **Пассивное положение** — больной лежит неподвижно, руки и ноги расслаблены, без посторонней помощи переместить их не может, способность к самообслуживанию утрачена, нуждается в постоянном уходе.
3. **Вынужденное положение** — поза, которая облегчает страдания больному, и в которой болезненные проявления (боль, одышка, кашель) минимальны. Больной сам принимает определенную позу и длительно сохраняет её. Вынужденное положение может быть стоя, сидя, лёжа.

- при остеохондрозе поясничного отдела позвоночника с болевым синдромом;
- поза Вернике-Манна - несколько согнута верхняя конечность и разогнута нижняя (из-за повышения мышечного тонуса) – после перенесённой черепно-мозговой травмы или инсульта.



Вынужденное положение сидя

- сидячее или полу сидячее положение облегчающее дыхание при тяжелой одышке,
- с опущенными ногами для депонирования крови (ортопноэ) - при сердечной недостаточности;
- сидя, наклонившись вперед, упираясь руками на колени или край кровати – при приступе бронхиальной астмы;
- сидя с наклоном вперед – при экссудативном перикардите.



Вынужденное положение лёжа

1. Лёжа на животе – при обострении язвенной болезни с локализацией язвы на задней стенке желудка; с опорой на колени и локти (колено-локтевое положение) – при экссудативном перикардите, сильных болях в брюшной полости;
2. Лёжа на спине с согнутыми в коленях ногами – при сильных болях в животе (острый аппендицит, прободная язва желудка или двенадцатиперстной кишки); лёжа на больном боку – при воспалительных, гнойных заболеваниях легких, плевритах, пневмотораксе; лёжа на больном боку с согнутыми и приведёнными к животу ногами – при остром аппендиците, паранефрите.

Вынужденное положение лёжа

3. Лёжа на боку с запрокинутой головой и вытянутым туловищем, с втянутым «ладьевидным» животом, согнутыми в локтевых суставах и прижатыми к груди руками, с согнутыми в тазобедренных и коленных суставах и прижатыми к животу ногами – при менингите (поза «взведённого курка, легавой собаки»).



Вынужденное положение лёжа

4. Частое изменение положения (больные мечутся, «не находят себе места») – при сильных болях (например, при почечной, печёночной, кишечной колике, инфаркте миокарда),
5. Поза «ваньки-встаньки» (симптом Розанова): больной лежит на левом боку с поджатыми к животу бедрами; при попытке повернуть больного на спину или на другой бок, он тот час же переворачивается и занимает прежнее положение – признак внутрибрюшного кровотечения вследствие разрыва селезёнки,

Походка.

Биомеханика походки довольно сложная, при ходьбе одна нога находится на земле, в то время как при беге обе ноги могут на небольшой промежуток времени отрываться от земли. При нормальной походке выделяют попеременную смену 2 фаз: фазы опоры и фазы перемещения. Под фазой опоры подразумевают все то время пребывания стопы на поверхности земли, начиная с момента соприкосновения пятки с землей. Фаза перемещения – период от отрыва носка стопы от земли и до соприкосновения пятки с землей. В координационной работе позы и походки принимают участие сразу несколько систем организма: скелетно-мышечная, нервная и органы чувств. И изменение в работе одной структуры или совокупности нескольких отразится на позе или походке человека.

Механизм походки состоит из следующих звеньев:

1. Сенсорное восприятие (органы чувств):

- Зрение даёт обратную связь при движениях тела касательно окружающих предметов. Особое значение приобретает зрение при снижении функционала проприоцептивных вестибулярных и слуховых систем.
- Проприоцепция (мышечное чувство) — ощущение положения частей тела и их движения в пространстве.
- Вестибулярный аппарат

2. Двигательные импульсы к мышцам и суставам.

3. Интеграция восприятия и движений (различные отделы ЦНС).

- Спинной мозг отвечает за координацию движений и передачу проприоцептивных и других сенсорных сигналов от суставов и мышц к высшим нервным центрам;
- Двигательная зона среднего мозга обеспечивает начало движения;
- Базальные ганглии отвечают за обеспечение автоматизма движения (например, размахивание руками в противофазе движений рук при ходьбе);
- Мозжечок обеспечивает поддержание правильной позы и равновесия тела, траекторию, скорость, ускорение.

Характерные виды походки:

1. **«Петушинная» (перонеальная)** - при вялом парезе мышц нижних конечностей (при страдании малоберцовых нервов, при полинейропатии).
2. **«Походка вразвалку»** - следствие слабости мышц таза или поражения тазобедренных суставов (коксартроз);
3. **Атаксическая походка**, когда нарушается согласованность движений, человек, ходит неустойчиво, широко ставит ноги, следствие поражения мозжечка.

Характерные виды походки:

1. **Семенящая походка**, когда человек ходит торопливо и небольшими шагами - болезнь Паркинсона, следствие приема нейролептиков или других лекарств;
2. **Гемипаретическая походка** - нижняя конечность описывает полукруг при ходьбе, встречаются - после перенесенной черепно-мозговой травмы или инсульта;
3. **Спастическая походка «ноги-ножницы»** - пациент ходит с распрямленными ногами, не отрывая подошвы от пола. Подобная походка бывает у пациентов с опухолью спинного мозга, спинальной травме, рассеянном склерозе и детском церебральном параличе, при тяжелых анемиях, печёночной недостаточности;

Характерные виды походки:



Конституция тела.

Конституция тела — это совокупность относительно устойчивых морфологических и функциональных признаков организма человека, обусловленных наследственностью и условиями жизни. Различают следующие виды конституции:

- 1. Нормостенический тип (мезоморф)**
- 2. Астенический тип (экторморф)**
- 3. Гиперстенический тип (эндоморф)**

Нормостенический тип (мезоморф)

Нормостенический тип (мезоморф) – правильное телосложение с пропорциональным соотношением частей тела.

- Скелетная мускулатура хорошо развита,
- грудная клетка правильной формы,
- реберный эпигастральный угол (между 10 ребрами спереди, с верхушкой в области мечевидного отростка) примерно 90 градусов.
- У них отмечается склонность к заболеваниям верхних дыхательных путей, двигательного аппарата, невралгиям, атеросклерозу коронарных сосудов.

Астенический тип (экторморф)

Астенический тип (экторморф) – определяется преимущественным развитием тела в длину.

- Мышцы слаборазвиты, плечи покатые, длинная шея,
- узкая грудная клетка.
- Эпигастральный угол < 90 градусов.
- Люди с астеническим типом отличаются повышенной возбудимостью нервной системы, склонностью к птозу (опущению) внутренних органов, неврозам, гипотензии, к туберкулезу, язвенной болезни.

Гиперстенический тип (эндоморф)

Гиперстенический тип (эндоморф) – определяется преимущественным развитием тела в ширину.

- Рост средний или чуть ниже среднего. Повышенное питание, мышцы развиты хорошо, плечи широкие, шея короткая,
- грудная клетка широкая.
- Эпигастральный угол > 90 градусов.
- Они отличаются относительно высоким АД, преобладанием процессов ассимиляции, склонны к ожирению, диабету, гипертонической болезни, инфаркту миокарда, желчнокаменной болезни.

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.

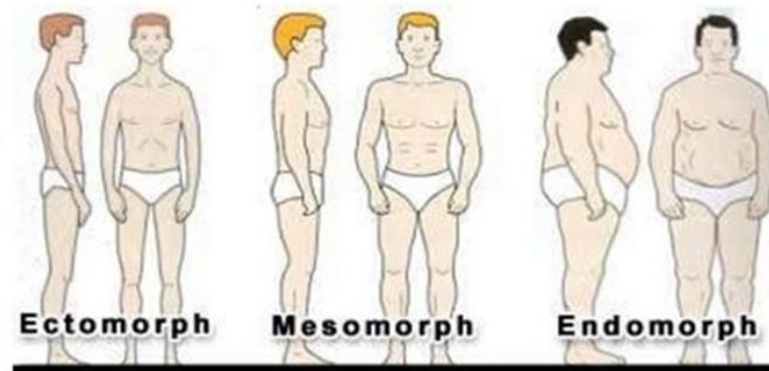
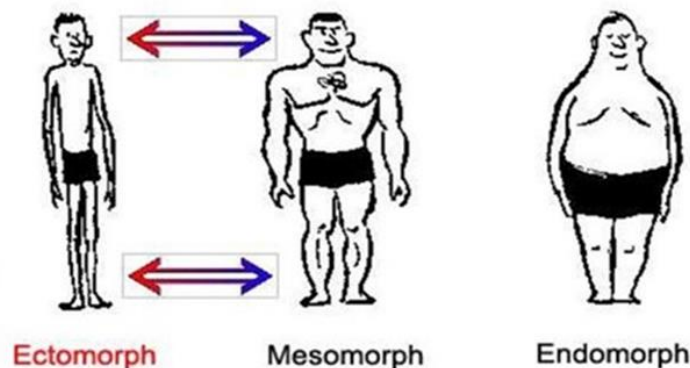
Эндоморф. Такой тип организма легко накапливает жир и тяжело его теряет. Метаболизм происходит достаточно медленно, вяло и поэтому они должны быть особенно осторожны с диетами. Особенности такого типа:

- 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.



Особенности питания.

ИМТ – индекс массы тела

Оценка питания пациента позволяет определить прогноз течения заболевания, либо предрасположенность к тем или иным болезням.

ИМТ – индекс массы тела, стандартный показатель определяемый, как отношение массы тела к росту, возведенное в квадрат:

$$\text{ИМТ} = \text{масса тела (кг)} / \text{рост}^2 \text{ (м)}$$

Исходя из полученных результатов, выделяют следующие градации массы тела:

- 16 и менее выраженный дефицит массы тела
- 16—18,5 недостаточная (дефицит) масса тела
- **18,5—25** норма
- 25—30 избыточная масса тела (предожирение)
- 30—35 ожирение первой степени
- 35—40 ожирение второй степени
- 40 и более ожирение третьей степени (морбидное)

Ожирение

По окружности талии и по отношению окружности талии к окружности бедер можно определить тип распределения ожирения.

Окружность талии измеряют между нижним ребром и гребнем подвздошной кости на выдохе – это положение ленты соответствует наименьшему обхвату талии.

Для измерения окружности бедер необходимо приложить сантиметровую ленту к самой полной части ягодиц.

Далее делим значение окружности талии к окружности бедер. Для мужчины норма $OT/OB = 0,83$, для женщин $OT/OB = 0,9$. При получении показателей выше 30 речь идет об ожирении.

Тип ожирения

Выделяют периферический и центральный тип ожирения.

- *Центральный тип ожирения* - подкожный жир распределяется нисходяще и откладывается преимущественно в верхней половине тела (шея, щеки, плечи, живот)
- *Периферический тип ожирения* – подкожный жир распределяется снизу вверх и откладывается в нижней части тела.

Для мужчин характерен центральный тип ожирения, для женщин – периферический.

Тип ожирения

Различают первичное и вторичное ожирение.

- Первичное (экзогенно-конституциональное) ожирение обусловлено энергетическим дисбалансом.
- Вторичное (нейроэндокринное) ожирение представляет собой не отдельное состояние, а симптом какого-либо заболевания центральной нервной и/эндокринной систем.

При показателях ИМТ $< 18,5$ речь идет о дефиците массы тела. Причинами могут быть: голодание, заболевания органов пищеварения, сопровождающиеся нарушением аппетита или процессов переваривания и всасывания пищи, длительные интоксикации, хронические инфекционные заболевания.

Выражение лица.

Патологическая маска

Характерные выражения лица для того или иного заболевания называют - патологическая маска. Надо отметить, что почти каждое заболевание так или иначе найдет свое отражение на лице, однако в этом пособии мы представим наиболее часто встречаемые патологические маски, а также те, названия которых Вы можете встретить на страницах медицинской литературы. Для удобства ниже будут представлена классификация патологических масок с описанием по этиологическому признаку.

Врожденные маски

Врожденные маски (они как правило, сочетаются с другими патологиями - синдактилия (сращение пальцев), полидактилией (увеличение количества пальцев), высоким положением лопатки, задержкой умственного развития и т.д.):

- «*Бычье лицо*» - характеризуется увеличением свода черепа, высоким лбом, высоким расположением темени, увеличенное расстояние между глазами - синдрома Грейга.
- «*Лицо эльфа*» - лицо, уплощенное с широким лбом, гипертелоризмом, маленьким, вздернутым носом, низко посаженными и развернутыми ушными раковинами, полными щеками, широким приоткрытым ртом, низким сипловатым голосом, недоразвитыми зубами, низким ростом - синдром Вильямса.
- «*Лицо херувима*» - лицо, характеризуется недоразвитием нижней челюсти, в связи с чем средняя часть лица резко выступает вперед. На фотографиях таких лиц в профиль контуры вписываются в форму треугольника, вершиной которого является кончик носа.

Врожденные маски

- *«Лицо охотничьей собаки»* - лицо, характеризуется антимонголоидным разрезом глаз, вывернутыми ноздрями, оттопыренными ушами, эпикантом.
- *Харлоидное лицо* – лицо с грубыми чертами, напоминает морду горгулий, характерно недоразвитие хрящей, костей, кифоз, деформация конечностей, ограничение подвижности суставов, лопатообразная деформация кистей рук, помутнению роговицы, гепатоспленомегалии, задержке умственного развития.
- *Лицо Моркио* - лицо с грубыми чертами, роговицы мутные, рот крупный, нос вывернут кпереди, шея короткая. Также характерна килевидная грудная клетка, выпирающий живот, гепатоспленомегалия.
- *Лицо Поттер* – лицо с гипертелоризмом с выступающими складками эпиканта, низко посаженными ушными раковинами, недоразвитым подбородком, уплощенным носом.

Врожденные маски



Инфекционные маски

- *«Львиное лицо»* - появление буров и борозд на лбу щеках, характерно для лепры.
- *Лицо Антония* – характерно поражение век и переднего сегмента глаз. Также характерно для лепры.
- *Ладьевидное лицо* – лицо имеет впалую форму, напоминает блюдо, выступающий лоб, выпуклый подбородок, сплюснутый нос и верхняя челюсть. Характерно для лепры.
- *Тетаническое лицо* – лицо с так называемой сардонической улыбкой: открытым ртом, губы максимально растянуты в поперечном направлении. Характерно для столбняка.

Инфекционные маски



Эндокринно-метаболические маски

- *Нефротическое лицо* – одутловатое лицо, за счет гипопротеинемических отеков. Возникает при хронической болезни почек.
- *Микседематозное лицо* – одутловатой лицо с землистым оттенком кожи (из-за скопления кератина), кожа сухая, шероховатая на ощупь, глаза мутные, волосы жесткие, наружная треть бровей отсутствует из-за выпадения. Характерно для тяжелой формы гипотиреоза.
- *Лицо Грейвса* – лицо, характеризующееся экзофтальмом (моно или бинокулярное смещение глазного яблока вперед), неполным смыканием век, на лице выражение испуга. Характерно для тиреотоксикоза.

Эндокринно-метаболические маски

- *Акромегалическое лицо* – лицо с грубыми чертами из-за утолщения лицевых костей, выступающей нижней челюстью, надбровными дугами, увеличенными губами и носом. Также у этих пациентов будут увеличены и остальные части тела. Характерно для акромегалии.
- *Кушингоидное лицо* – лицо имеет лунообразный вид, оно округлой формы, несколько отечное, маслянистое на вид и румяное. Характерны угри, патологическое выпадение волос, приводящее к их частичному или полному облысению в сочетании с избыточным оволосением лица. Дополнительно может отмечаться горб буйвола, жировые подушечки на щеках, стрии, ожирение по центральному типу.

Эндокринно-метаболические маски

- *Акромегалическое лицо* – лицо с грубыми чертами из-за утолщения лицевых костей, выступающей нижней челюстью, надбровными дугами, увеличенными губами и носом. Также у этих пациентов будут увеличены и остальные части тела. Характерно для акромегалии.
- *Кушингоидное лицо* – лицо имеет лунообразный вид, оно округлой формы, несколько отечное, маслянистое на вид и румяное. Характерны угри, патологическое выпадение волос, приводящее к их частичному или полному облысению в сочетании с избыточным оволосением лица. Дополнительно может отмечаться горб буйвола, жировые подушечки на щеках, стрии, ожирение по центральному типу.

Сердечно-сосудистые маски

- *Аортальное лицо* – бледное лицо с желтоватым оттенком. Характерно для аортальной недостаточности.
- *Лицо Корвизара* – лицо одутловатое с цианотичным оттенком, с опухшими веками сонным взглядом. Характерно для сердечной недостаточности.
- *Лицо де Мюссе* – характерно кивание головой при каждом сердечном сокращении. Характерно для аортальной недостаточности. Однако есть варианты, если кивок головы идет вбок в систолу, то это будет говорить в пользу недостаточности трикуспидального клапана.

Сердечно-сосудистые маски

- *Митральное лицо* – цианоз кончика носа, щек, мочек ушей, также стоп и кистей -акроцианоз. Возникает в связи со снижением насыщенности крови кислородом на периферии из-за низкого фиксированного сердечного выброса, что приводит к периферическому цианозу. Характерно для митрального стеноза. Если при этом присоединяется длительная легочная гипертензия и развивается правожелудочковая недостаточность, то кожа приобретает желтоватый оттенок.

Неврологические. маски

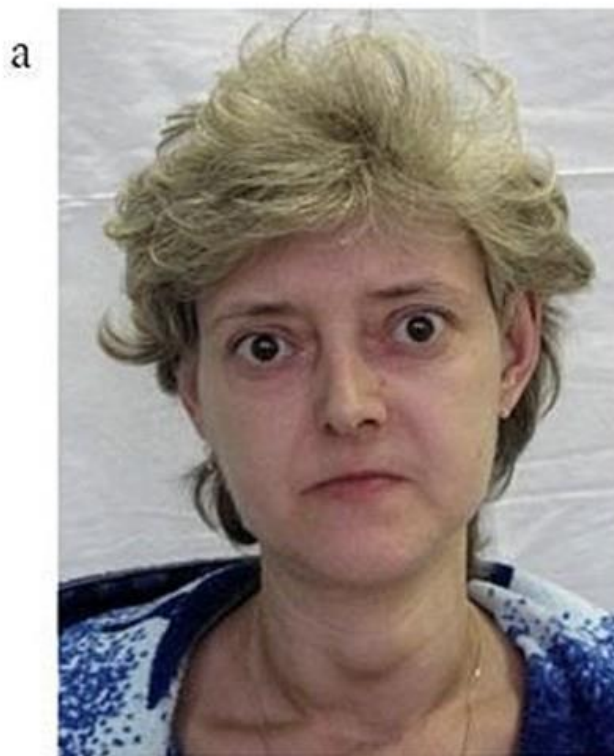
- *Лицо Паркинсона* – лицо приобретает вид маски- застывшее, апатичное.
Характерно для болезни Паркинсона.
- *Миастеническое лицо* – лицо с птозом (опущение верхнего века) и опущение углов рта. А также гипо-/амимия лица. Характерно для миастении.
- *Миопатическое лицо* (лицо Хатчинсона) – похоже на миастеническое лицо + выпяченные губы, офтальмоплегия и расслабление лицевых мышц.
Характерно для врожденных миопатий.

- *Симптом Бэттла* – кровоизлияние перед сосцевидным отростком или позади него, редко за барабанной перепонкой. Из-за перелома основания черепа. Кровоизлияние возникает на 3-12 сутки на стороне перелома или на противоположной стороне.
- *Симптом «очков»* - наличие на лице периорбитальных (вокруг глаз) кровоподтеков из-за травмы глаз, перелома черепа, внутричерепного кровотечения. Иногда появляется при амилоидозе.

- *Лицо Гиппократа* – лицо приобретает вид трагического, напряженного выражения, глаза запавшие, нос заострен, впалые щеки, впалые височные ямки, раскрыт рот, сухие потрескавшиеся губы, холодные уши, кожа свинцово-бледного оттенка. Характерно для терминального состояния любого хронического заболевания.

- *Аденоидное лицо* – рот приоткрыт, форма лица удлинена, выражение несколько глуповатое, ноздри сужены, нос длинный, тонкий, под нижними веками горизонтальные складки-линии Дени, горизонтальная складка над кончиком носа из-за постоянного вытирания выделений из носа ладонью или тылом кисти –«приветствии аллергика». Темные участки под глазами из-за венозного застоя. Характерно при гипертрофии аденоидов. Рот приоткрыт из-за неполной непроходимости верхних дыхательных путей.

- *Лицо курильщика* – лицо приобретает грубые черты лица, кожа морщинистая, сероватая, атрофичная, в связи с чем курильщики выглядят старше своего возраста. Характерно для курящего человека вне зависимости от стажа. Чем выше стаж курения и больше выкуренных сигарет в сутки, тем раньше и выраженнее проявляются описанные признаки.



Лицо Грейвса





Микседематозное лицо



Нефротическое лицо



Лицо Курильщика

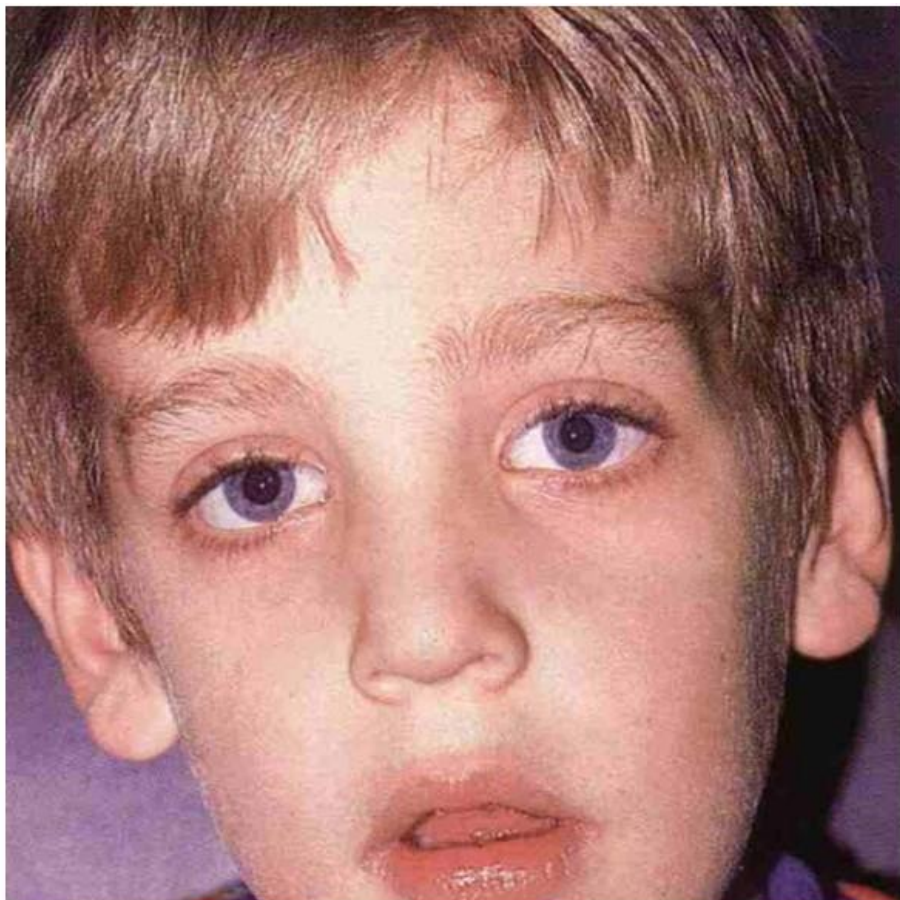




Ринофима



Седловидный нос



Аденоидное лицо

Лицо Гиппократа



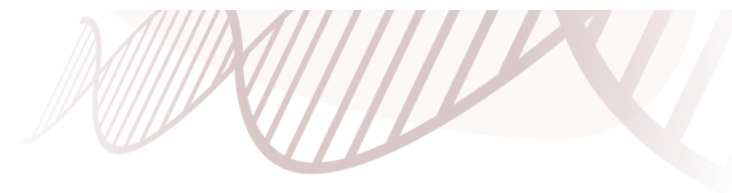


"raccoon eyes"

Симптом очков



Симптом Бэттла





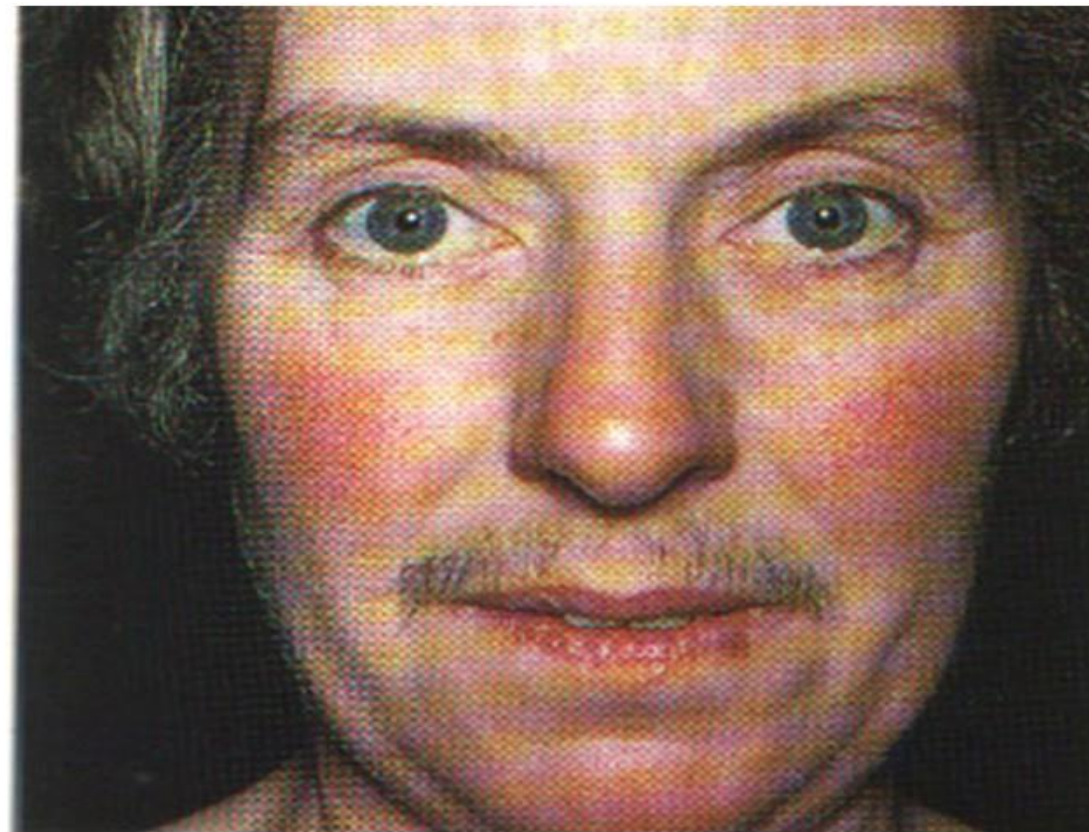
Миастеническое лицо



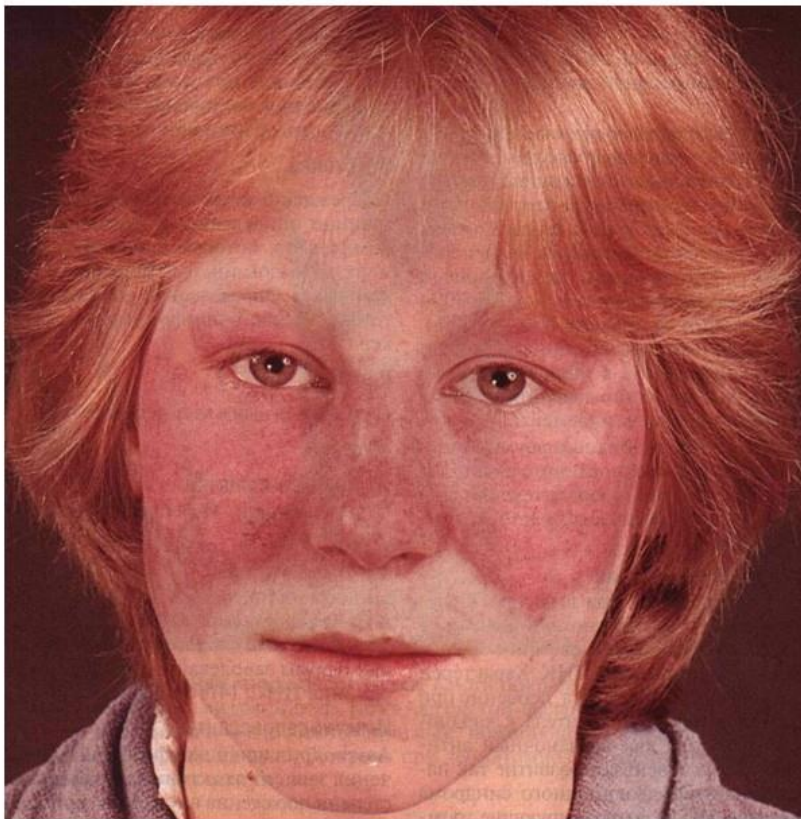
Лицо Штейнера - миотоническая
дистрофия (болезнь Штейнера)



Лицо
Корвизара



Митральное лицо

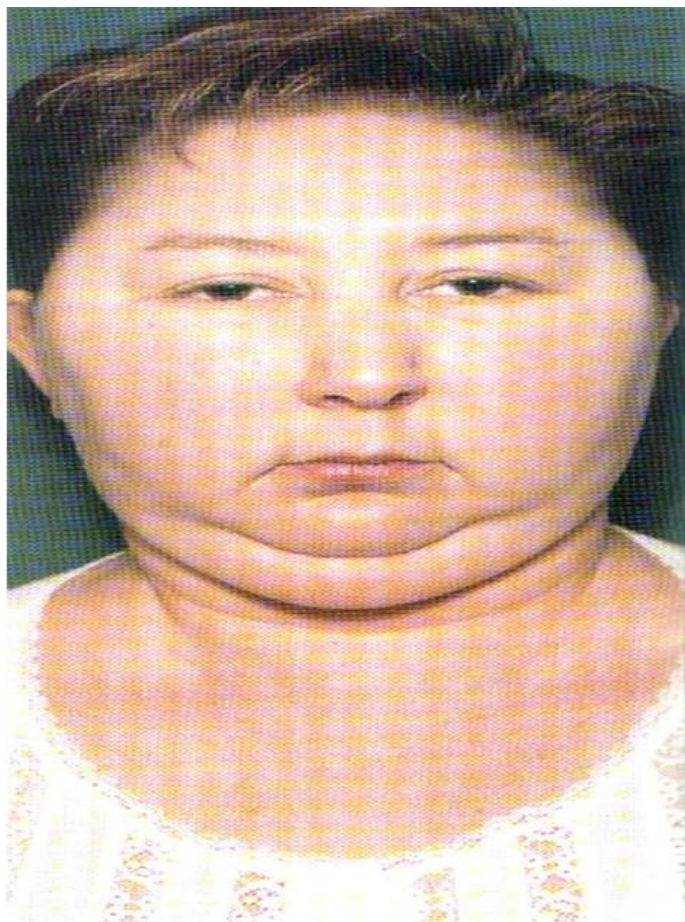


Лицо при системной красной волчанке (СКВ)

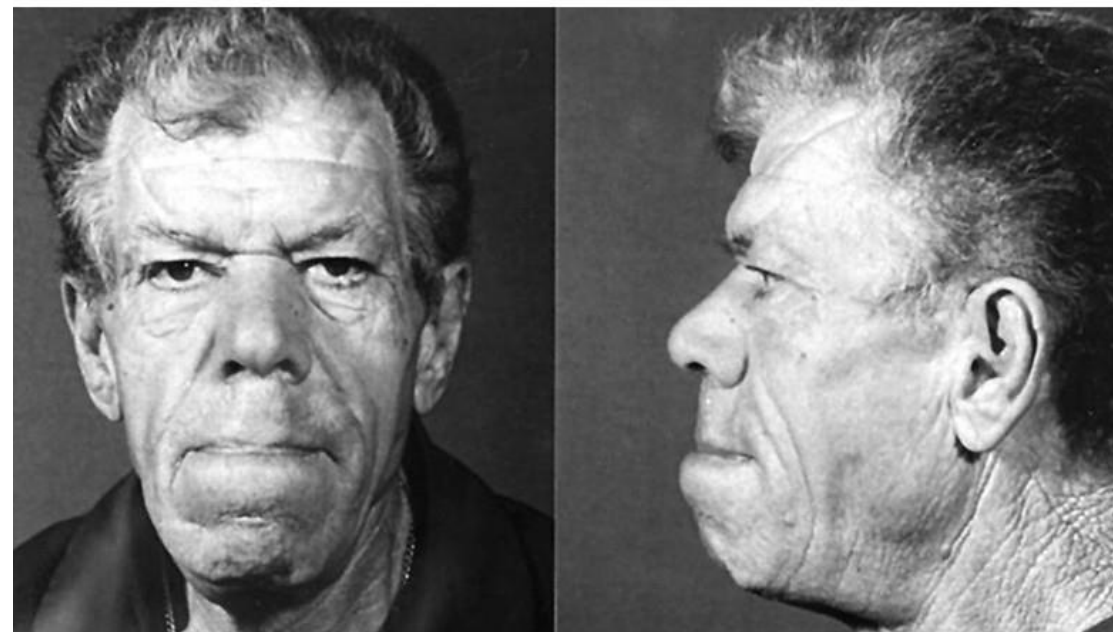


Склеродермическое лицо





Кушингоидное лицо



Акромегалическое лицо



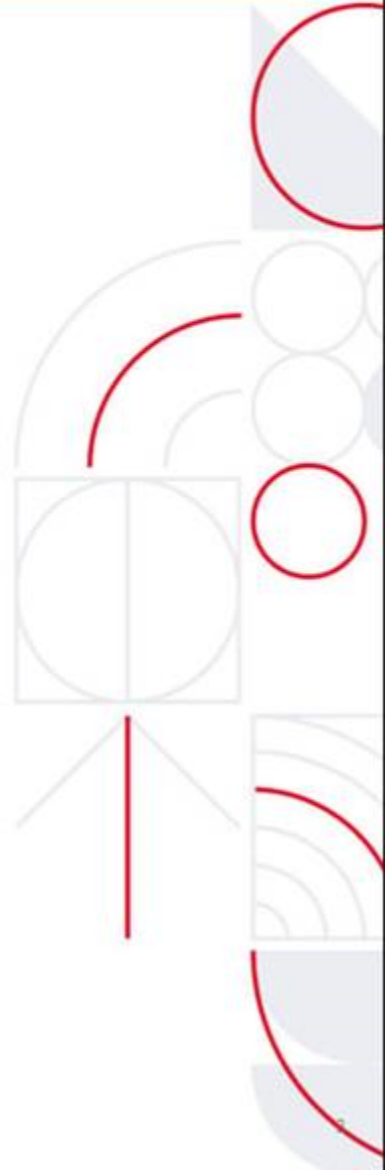


**Задание на практическое занятие –
определите патологическую маску.**



Домашнее задание

- Изучить литературу по данной теме
- Выполнить задание
- Повторить конспект лекции





Основная литература:

1. Гребенев А. Л. Пропедевтика внутренних болезней / А. Л. Гребенев. - 9-е изд., Учебное электронное издание. - М. : Умный доктор, 2021. - 544 с. - ISBN 9785604376935. - Текст : электронный // ЭБС "Букап" : [сайт]. - URL : <https://www.books-up.ru/ru/book/propedevtika-vnutrennih-boleznej-12480811>
2. Пропедевтика внутренних болезней: учебное пособие / под ред. Э. А. Доценко, И. И. Буракова. – Минск: РИПО, 2020. – 289 с. – режим доступа <https://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=599793>
3. Нечаев, В. М. Диагностика терапевтических заболеваний: учебник / В. М. Нечаев, И. И. Кулешова, Л. С. Фролькис. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 608 с. - ISBN 978-5-9704-7338-2. - Текст электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970473382.html>
4. Отвагина, Т. В. Терапия (оказание медицинских услуг в терапии): учебное пособие / Т. В. Отвагина. - Ростов-на-Дону: Феникс, 2022. - 395 с. (Среднее медицинское образование) - ISBN 978-5-222-38575-3. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785222385753.html>



Список литературы

Дополнительная литература:

1. Мудров М.Я. Избранные произведения. М., АМН СССР, 1949.
2. Гукасян А.Г. Предисловие. В кн.: М.Я. Мудров, Избранные произведения, М., 1949, с. 3-27.
3. Шойфет М.С. Мудров (1776 -1831). В кн.: 100 великих врачей. М., 2011, с.197-206.



ЦЕЛЬ 45 баллов!
Спасибо за внимание.