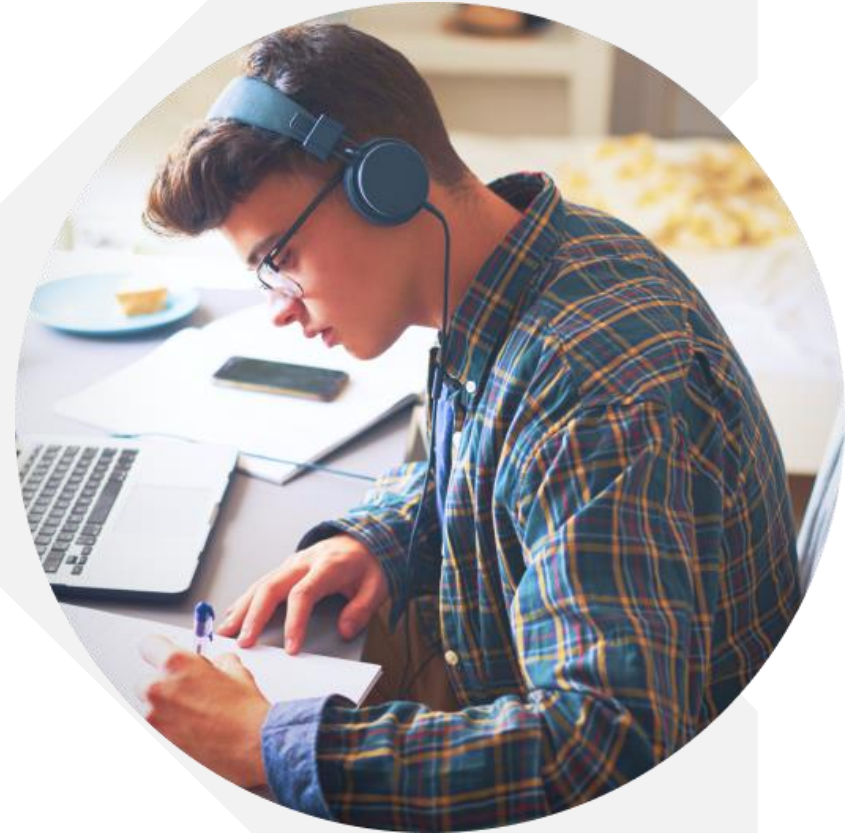


Объективные методы обследования



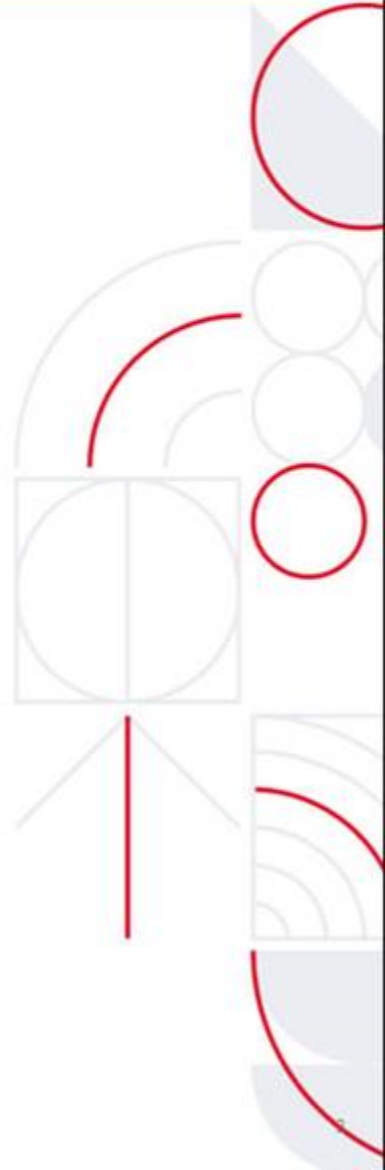
 *Кафедра внутренних болезней*

Доцент, КМН Митряшов Константин Владимирович



План лекции

1. Вводная часть – цель и задачи курса
2. Состояние кожи, ногтей.
3. Патологические элементы кожи
4. Общее состояние больного
5. Температура тела
6. Домашнее задание
7. 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.



Состояние кожи, ногтей.



Осмотр кожных покровов

1. Цвет
2. Влажность
3. Эластичность
4. Состояние волосяного покрова
5. Наличие высыпаний (морфологических элементов кожи)



**В норме цвет кожи у европейцев бледно-розовый.
Из патологических вариантов выделяют:**

- 1. Бледность;**
- 2. Желтушность;**
- 3. Гиперемию;**
- 4. Цианоз;**
- 5. Бронзовый;**
- 6. Землистый окрас кожи;**



Бледность может объясняться:

1. Низким содержанием гемоглобина в крови, что наблюдается при анемии (при анемии всегда бледными будут и слизистые оболочки, конъюнктивы, в отличие от других причин бледности)
2. Проблема с периферическим кровообращением. Здесь могут быть варианты:
 - Склонность к сосудистому спазму (при аортальных пороках сердца, ряд почечных заболеваний, гипертонический криз).
 - Перераспределение крови ввиду остро возникшей сосудистой недостаточности (обморок). В этом случае кровь депонируется в скелетной мускулатуре и расширенных сосудах брюшной полости.
3. Тип конституции. У астеников часто более глубокое расположение капилляров под кожей и несколько слабое их развитие.
4. Индивидуальные особенности деятельности нервной системы: реакция периферических сосудов на стресс, холод.

Бледность кожи

Бледность кожных покровов и слизистых у больных
железодефицитной анемией



69 летняя женщина.

Гемоглобин 8,1 г/дл, Эритроциты $4,13 \times 10^{12}/л$, ЦП = 0,6

гематокрит – 26,8%, Средний объем эритроцитов – 65 мкм³,





Гиперемия (покраснение кожи) может объясняться:

1. Расширение периферических сосудов (при лихорадке, перегревании, при приеме нитратов, никотиновой кислоты, алкоголя, при местном воспалении кожи, ожогах, при нервно-психическом возбуждении).
2. Увеличение содержания гемоглобина и числа эритроцитов в единице объема крови (эритроцитоз, полицитемия).

Красный и землистый цвет кожи





Желтушность кожи:

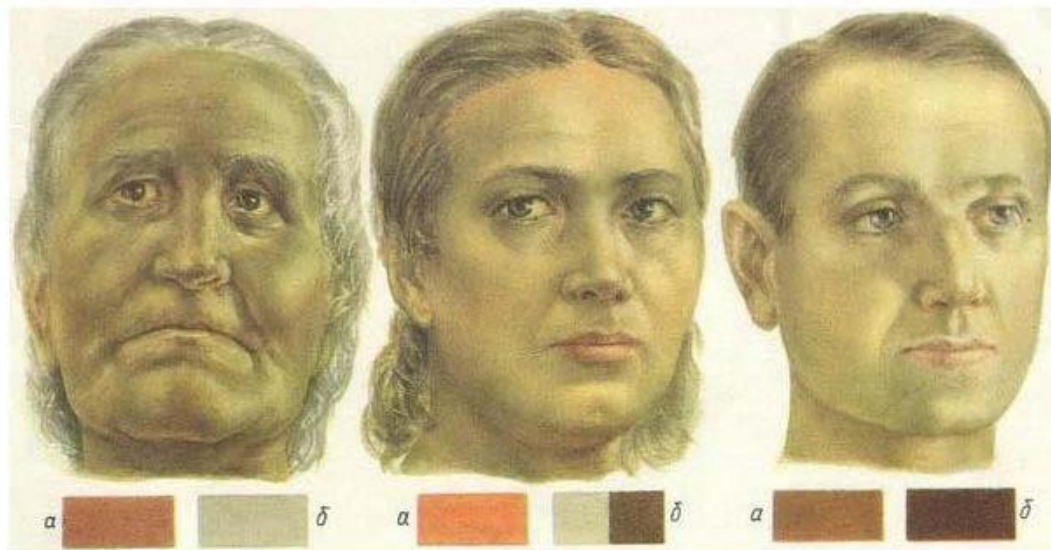
Жёлтый цвет кожи, у людей европейской расы, обусловлен накоплением в крови повышенного количества желчного пигмента – билирубина, окрашивающего кожу, видимые слизистые и ткани в желтый цвет. В зависимости от вызывающих данный симптом причин, желтушность может также варьировать и ввиду этого различают следующие виды желтух:

1. *гемолитическая (надпеченочная),*
2. *паренхиматозная (печеночная),*
3. *механическая (подпеченочная)*

Виды желтухи



Механическая Желтуха **Паренхиматозная Желтуха** **Гемолитическая Желтуха**
(обтурационная, подпечёночная) (печёночная) (надпеченочная)



a - цвет мочи, б- цвет кала

raznisa.ru



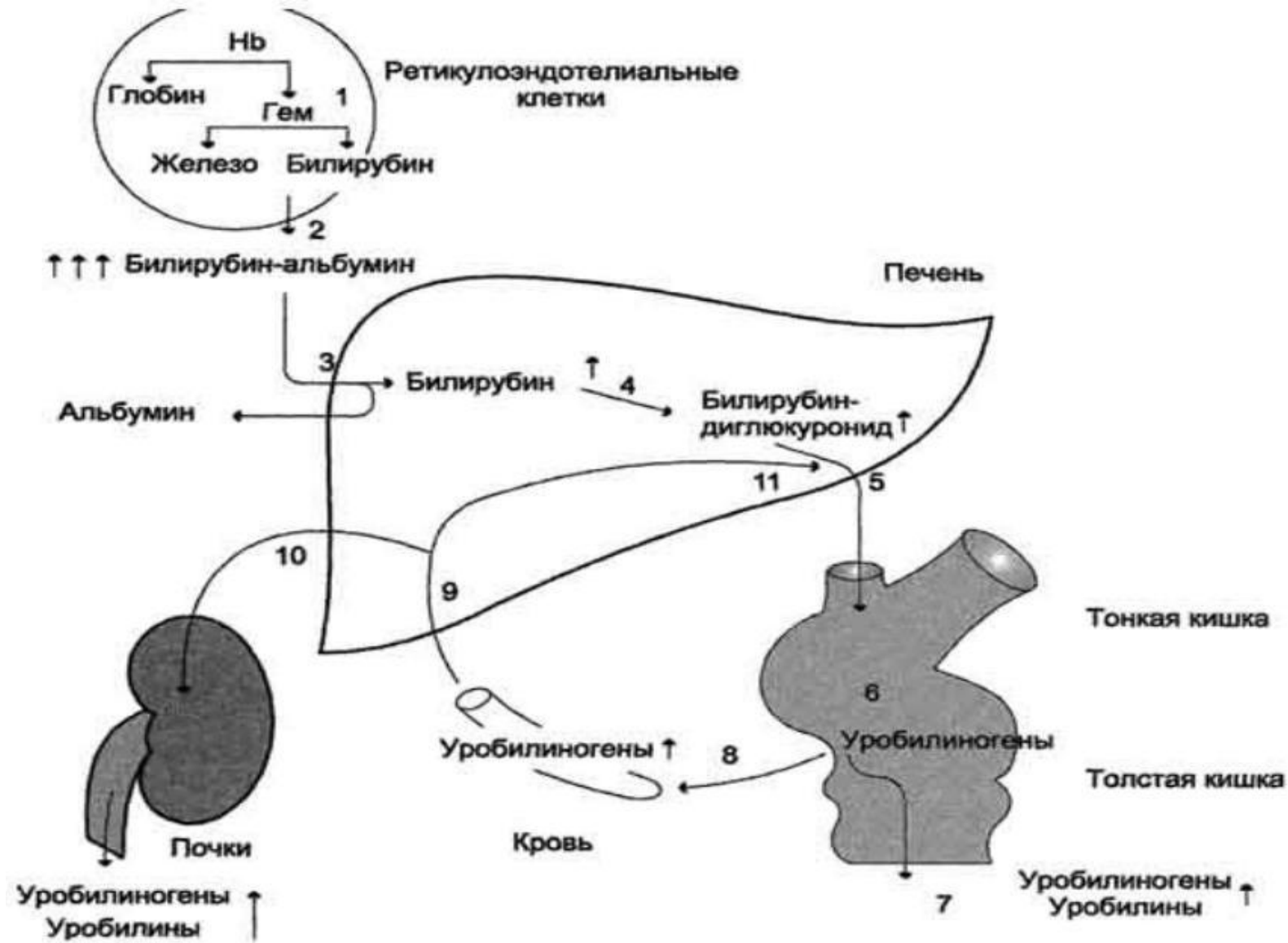
Сказка.

Прежде, чем мы с Вами разберем каждую из них, для лучшего понимания и запоминания, расскажем Вам небольшую сказку **о билирубине** и его супруге:

глюкуроновой кислоте. Жил когда-то билирубин, он был **СВОБОДЕН** и ни с кем своей судьбы **НЕ СВЯЗАЛ** и потому ходил по **НЕПРЯМОЙ** дороге. Оттого его иной раз называли: **свободный, не прямой, несвязанный билирубин**. Однажды он встретил прекрасную глюкуроновую кислоту и возжелал с ней связать свою жизнь.

Согласилась стать его женой глюкуроновая кислота. С этого момента билирубин был **СВЯЗАН** узами семейного союза, ходил он теперь **ПРЯМО** расправив спину, в общем, **НЕСВОБОДЕН** теперь билирубин, а в **СВЯЗАН** с глюкуроновой кислотой.

Оттого теперь билирубин называют **связанным, несвободным, прямым**.





Надпеченочная (гемолитическая) желтуха

Надпеченочная (гемолитическая) желтуха связана с ускоренным распадом эритроцитов (гемолизом). Характерно быстрое нарастание концентрации общего билирубина за счет *несвязанного билирубина (непрямого, свободного)* в плазме крови. Общий билирубин редко превышает 90 мкмоль/л. Также в желчи будет повышенное содержание желчных пигментов -плейохромия. В общем анализе крови (ОАК): анемия, увеличение количества ретикулоцитов (незрелых эритроцитов из-за повышенной регенерации эритроцитов).

Темная окраска кала и мочи (из-за повышенного содержания уробилиногена). Цвет кожи будет *лимонно-желтого оттенка*.



Печеночная (паренхиматозная) желтуха

Печеночная (паренхиматозная) желтуха: возникает в связи с нарушением улавливания клетками печени билирубина из крови и связывания его с глюкуроновой кислотой. В результате воспаления гепатоцитов и халангиол. Соответственно в биохимическом анализе крови видим повышение в крови концентрации *связанного билирубина*, который не экскретируется в желчные пигменты, а попадает опять в кровь преобразования несвязанного билирубина в связанный и экскреции его в желчь. Цвет кожных покровов *оранжеватого оттенка*.



Подпеченочная (механическая) желтуха

Подпеченочная (механическая) желтуха: возникает в связи с наличием механического препятствия к выделению билирубина с желчью в двенадцатиперстную кишку. Причинами могут быть: конкременты внутри- и внепеченочных желчных протоков, сдавление внепеченочных желчных протоков извне, рубцовые стриктуры внепеченочных желчных протоков, опухоль головки поджелудочной железы. В моче присутствуют желчные пигменты, моча темная цвета «пива». Уробилина, стеркобилина в кале нет, поэтому кал обесцвечен - ахоличный кал (цвет белой глины). При длительной обтурации может развиваться синдром цитолиза гепатоцитов, потому повыситься уровень АЛТ и АСТ. Цвет кожных покровов *зеленовато-бурый*.



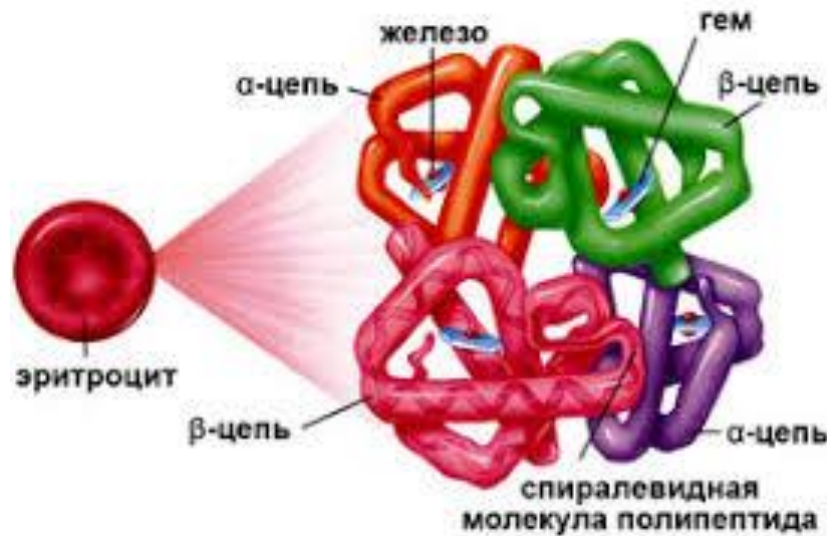
Ложная желтуха (псевдожелтуха, каротиновая желтуха)

Важно отличать такое понятие, как ложная желтуха (псевдожелтуха, каротиновая желтуха) — желтушный оттенок кожи, *без окрашивания слизистых оболочек*.

Накопление в коже каротинов при обильном употреблении в пищу моркови, свеклы, апельсинов, тыквы, а также при приёме внутрь акрихина, пикриновой кислоты и некоторых веществ, производимых на вредных производствах.

Цианоз (синюшная) окраска кожи.

Состояние возникает вследствие накопления в организме восстановленного гемоглобина из-за нарушения вентиляционной функции легких и газообмена, а также – при заболеваниях сердца, осложненных недостаточностью кровообращения.



Цианоз (синюшная) окраска кожи.

1. *Центральный цианоз*: он имеет распространенный (диффузный) характер и наблюдается при заболеваниях легких, сопровождающихся дыхательной недостаточностью. При надавливании или растирании мочки уха последняя становится менее синюшной по сравнению с окружающими участками кожи в течение короткого промежутка времени.
2. *Периферический цианоз*: для него характерен ограниченный характер на периферии (акроцианоз) мочки ушей, кончик носа, кисти, стопы. Наблюдается при заболеваниях сердца, протекающих с явлениями недостаточности кровообращения. При надавливании или растирании мочки уха мочка остается достаточно бледной более длительное время.

Цианоз



Cyanosis, deep blue color of face and lips characteristic of death by asphyxia. G. Gresham, Color Atlas of Forensic Pathology, 1975.



Другие патологические окраски кожи.

- *Бронзовая и темно-бурая окраска кожи.* Возникает вследствие отложения избыточного количества меланина в эпидермисе. Такая окраска кожи наблюдается обычно при недостаточности функции надпочечников (болезнь Аддисона). Ее не следует путать с окраской кожных покровов «цвета загара» в результате обильной инсоляции, при которой *не прокрашиваются кожные складки*.
- *Серо-бурый или коричневый цвет кожи.* Наблюдается при гемохроматозе, наследственном заболевании, в результате которого организм усваивает слишком большое количество железа, что приводит к отложению железа в организме и повреждению органов.

- *Землистый или серо-землистый оттенок кожи.* Такое изменение можно встретить при злокачественных опухолях внутренних органов, а также при септических состояниях, заболеваниях печени.

Помимо цвета важно оценить влажность кожи. Это определяется зрительно и ощупыванием.

- Повышенная влажность – при о.лихорадочных состояниях, гипогликемии, тиреотоксикозе
- Сухость кожи – при гипергликемии, микседеме, склеродермии, некоторых кожных заболеваниях, поносах, рвоте, резком истощении

Существенным значением обладают кожные элементы (дериваты кожи), которые обладают специфическим значением при выявлении кожных и не только кожных заболеваний. Ногти здорового человека имеют блеск, на них отсутствует поперечная исчерченность, окраска ногтей обычно бледно-розовая и соответствует окраске кожных покровов.

Тусклые ломкие ногти с наличием поперечной исчерченности наблюдаются при анемиях, авитаминозах, грибковых поражениях, дистрофических процессах в организме.

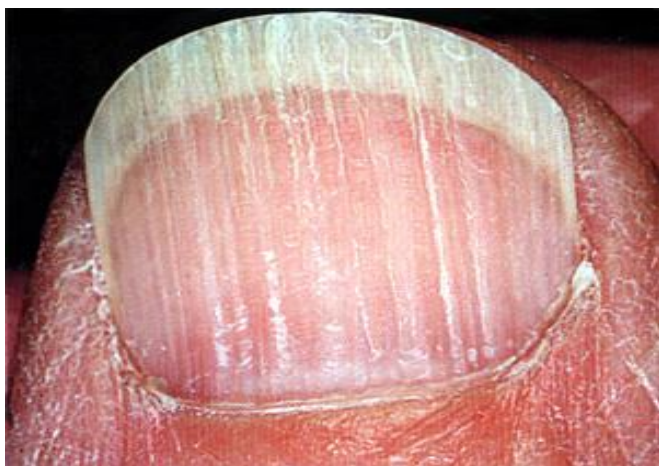
Выпуклые ногти в форме «часовых стекол» наблюдаются при хронических нагноительных заболеваниях легких, затяжном септическом эндокардите, а также при циррозе печени, хронической недостаточности кровообращения.

Вогнутые ногти (койлонихия) обычно наблюдаются при железодефицитных анемиях, авитаминозах, а также после обморожения.

Повышенная ломкость ногтей наблюдается у больных со снижением функции щитовидной железы (микседемой), у больных анемией.

Уплощенные ногти встречаются при акромегалии.

Осмотр ногтей



При оценке состояния волос, волосяного покрова определяют соответствие его полу и возрасту, наличие очагового выпадения. Обращают внимание на изменения сохранившихся волос – ломкость, сухость, истонченность, преждевременное выпадение ресниц, бровей, вросшие волосы и т.д. Эти изменения наблюдаются, главным образом, при ряде эндокринных заболеваний, инфантилизме, микседеме.

Повышенное выпадение волос наблюдается при лучевой болезни, сифилисе (очаговое);

Чрезмерное оволосение всего тела (гирсутизм, гипертрихоз) может быть врожденным, но чаще наблюдается при опухолях коры надпочечников (синдром Иценко-Кушинга), половых желез.

Также осмотру подвергаются видимые слизистые оболочки (слизистые оболочки полости рта, глотки, конъюнктивы и склеры). При осмотре слизистых оболочек следует обращать внимание на их окраску, влажность, наличие патологических элементов, сосудистый рисунок. Нормальная слизистая оболочка здорового человека имеет бледно-розовую окраску, достаточно влажная, на ней отсутствуют какие-либо патологические изменения. Сосудистый рисунок не выражен.



Патологические изменения окраски видимых слизистых.

1. *Бледность видимых слизистых и конъюнктив* наблюдается при аортальных пороках сердца (из-за недостаточного наполнения кровью сосудов), при спазме сосудов (охлаждение, страх, обморок). Резко выраженная бледность слизистых оболочек наблюдается при массивной кровопотере (анемиях).
2. *Гиперемия видимых слизистых оболочек и конъюнктивы* вызвано повышением содержания гемоглобина крови и наблюдается при эритремии, эритроцитозах различного происхождения (увеличенном содержании эритроцитов в крови), приеме некоторых сосудорасширяющих препаратов (нитриты). При воспалительных заболеваниях слизистой оболочки глаз наблюдается резкое ее покраснение



Патологические изменения окраски видимых слизистых.

3. *Мелкие кровоизлияния слизистой оболочки нижнего века глаз (пятна Лукина-Либмана)* наблюдаются при затяжном септическом эндокардите.
4. *Мелкие изъязвления на слизистой оболочке полости рта (афты)* наблюдается при стоматитах, заболеваниях желудочно-кишечного тракта.
5. *Желтушное окрашивание слизистой оболочки полости рта, склер* является признаком желтухи,
6. *Синюшное окрашивание слизистой губ (цианоз)* наблюдается при дыхательной недостаточности, хронической недостаточности кровообращения.

Осмотр видимых слизистых

- **Бледность** –при аортальных пороках сердца, охлаждение, страхе, обмороке, анемиях
- **Гиперемия**- при эритремии, эритроцитозах, приеме некоторых сосудорасширяющих препаратов (нитритов), конъюнктивитах
- **Пятна Лукина-Либмана** – мелкие кровоизлияния слизистой оболочки нижнего века при затяжном септическом эндокардите
- **Афты** –мелкие изъязвления на слизистой рта при стоматитах, заболеваниях ЖКТ
- **Иктеричность** – при желтухах
- **Цианоз** – губ при ДН, ХНК

Осмотр видимых слизистых

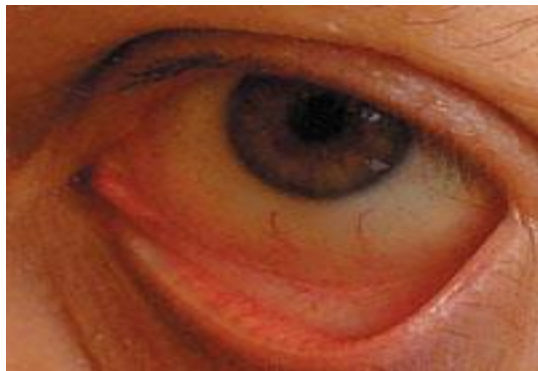


Рис. 2. Геморрагические высыпания на переходной складке конъюнктивы при инфекционном эндокардите и васкулитах.



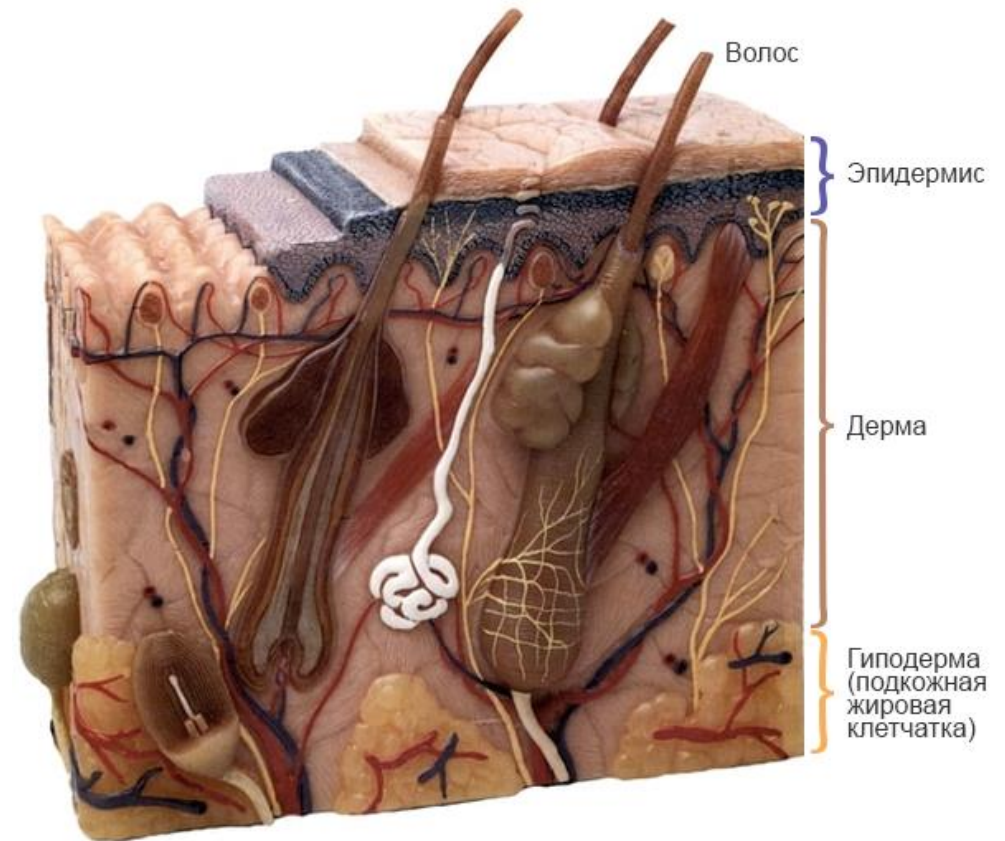


Патологические элементы кожи



Повреждения кожи

1. **Эрозия** – поверхностный дефект кожи в пределах эпидермиса
2. **Ссадина** – линейный дефект кожи в пределах эпидермиса
3. **Язва** – дефект проникающий через дерму до подкожной клетчатки, заживает рубцом



Патологические элементы кожи

1. **Узелок (папула)** – небольшое резко ограниченное образование (корь, красный плоский лишай, сифилис)
2. **Узел** – крупное плотное образование в глубоких слоях дермы и подкожной клетчатки (фибромы, липомы, ретикулосаркомы)
3. **Волдырь** – большое безполостное образование, отек эпидермиса и дермы (крапивница, аллергический дерматит)
4. **Пузырек** – мелкий пузырь до 5 мм локализованный в эпидермисе (herpes zoster, экзема)
5. **Пузырь** – большой пузырь локализованный между эпидермисом и дермой (ожоги 2 ст)
6. **Пустула** – пузырек содержащий гной, чаще в области волосяных фолликулов (стрептодермиях)

Патологические элементы кожи

- **Геморрагии, кожные кровоизлияния** – в виде красных пятен различной величины, формы и локализации при болезни Верльгофа, гемофилии, желтухах, ушибах, менингитах
- **Телеангиоэктазии, сосудистые звездочки** – расширение капилляров, которые при надавливании исчезают и появляются вновь вследствие заполнения их кровью. При циррозе печени, болезни Рандю-Ослера
- **Ксантелазмы** – образования восковидно-желтоватого цвета разнообразной формы, обычно располагаются у внутреннего угла глаза. Это отложения хс под эпидермисом в результате нарушения липидного обмена при желтухах, атеросклерозе. Отложение хс в других частях тела – **ксантомы**
- **Кожные рубцы, стрии** – белесоватые неглубокие рубцы на коже живота и бедер при ожирении, болезни Иценко-Кушинга, после беременности
- **Расчесы** – при желтухах, почечной недостаточности, лекарственной непереносимости

Патологические элементы кожи



Ксантелазмы, корь,
ветрянка, краснуха



Сыпь при краснухе



Сыпь при ветрянке



Коренная сыпь

Чесотка, вторичный сифилис (ожерелье Венеры)



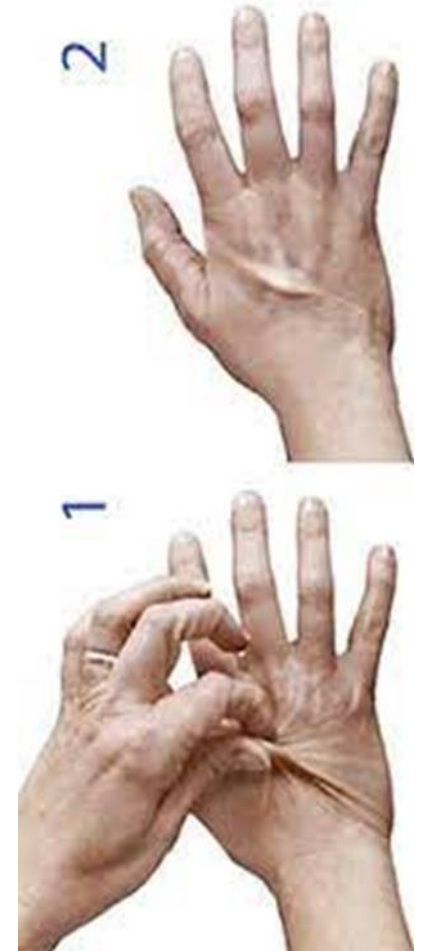
Тургор кожи

Тургор кожи – степень напряжения тканей, обусловленная состоянием иннервации, кровоснабжения и обмена веществ. Эластичность – гибкость или податливость кожи.

Методы определения тургора и эластичности:

- визуальный – визуально оценивается закругленность контуров и округлые формы тела, особенно черт лица;
- пальпаторный – оценивается состояние кожной складки на тыльной поверхности кисти между первым и указательным пальцами или предплечья в момент ее собирания или расправления, для чего следует двумя пальцами взять кожу в складку.

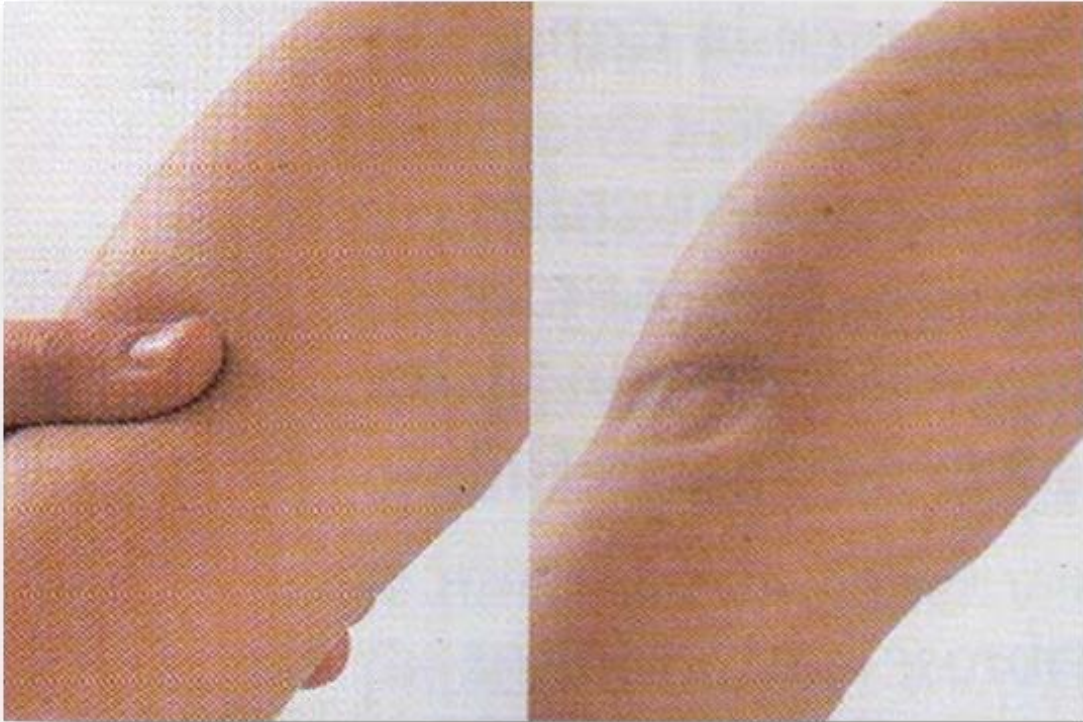
Диагностическое значение имеет снижение тургора в случаях онкологической патологии (раковая кахексия), стеноза привратника или пищевода, тяжелых гастроэнтеритов, эндокринных заболеваниях (Базедова болезнь и болезнь Аддисона), инфекционных заболеваниях с обезвоживанием (холера, дизентерия), особенно резко снижена упругость кожи (гиперэластичность кожи) при болезни Элерса–Данлоса.



Отеки

- **Общие** –распространение по всему телу или на симметричных областях (лицо, нижние конечности) при заболеваниях сердца, длительном голодании
- **Местные** - при ограниченных воспалительных процессах, отеке Квинке, флеботромбозах
- **Скрытые** – в ранних стадиях истинного отека, когда в интерстициальном пространстве может скопиться внешне незаметно 2-4л жидкости. Проявляются нарастанием веса, снижением диуреза
- **Пастозность** –незначительные отеки, которые не обнаруживаются при осмотре, тогда как при надавливании выявляется едва заметная ямка
- **Выраженные отеки** – определяемые на глаз, характеризуются припухлостью, натяжением и гладкостью кожи, при надавливании глубокая ямка
- **Анасарка** – массивные отеки п/к-жировой клетчатки всего тела со скоплением жидкости также в полостях (брюшной, плевральной, перикарде)

Отеки





Общее состояние больного





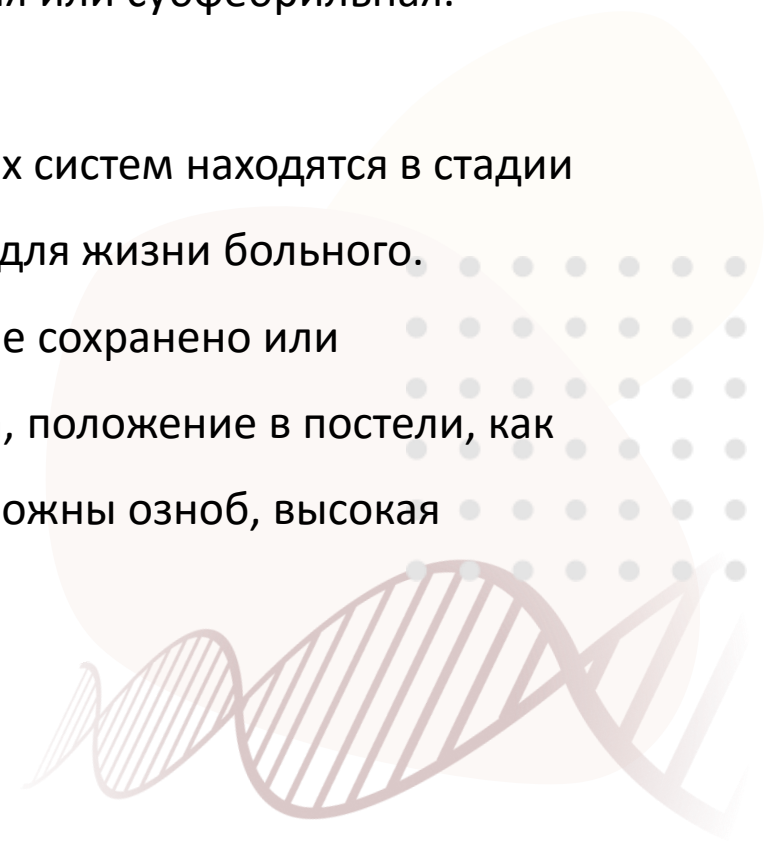
Общее состояние больного

Общее состояние больного интегральный показатель, который определяется по ряду признаков: состояние сознания, положение больного, осанка его, походка, выражение лица и состояние питания. Выделяют

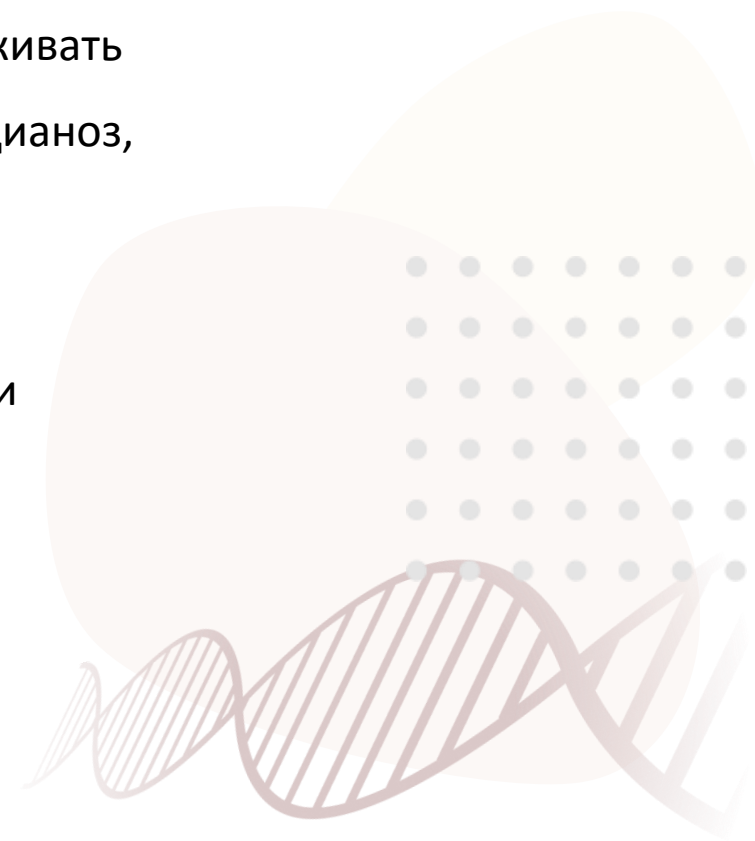
1. Удовлетворительное состояние больного;
2. Состояние средней тяжести,
3. Тяжелое состояние больного,
4. Крайне тяжелое состояние больного
5. Терминальное состояние больного

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).



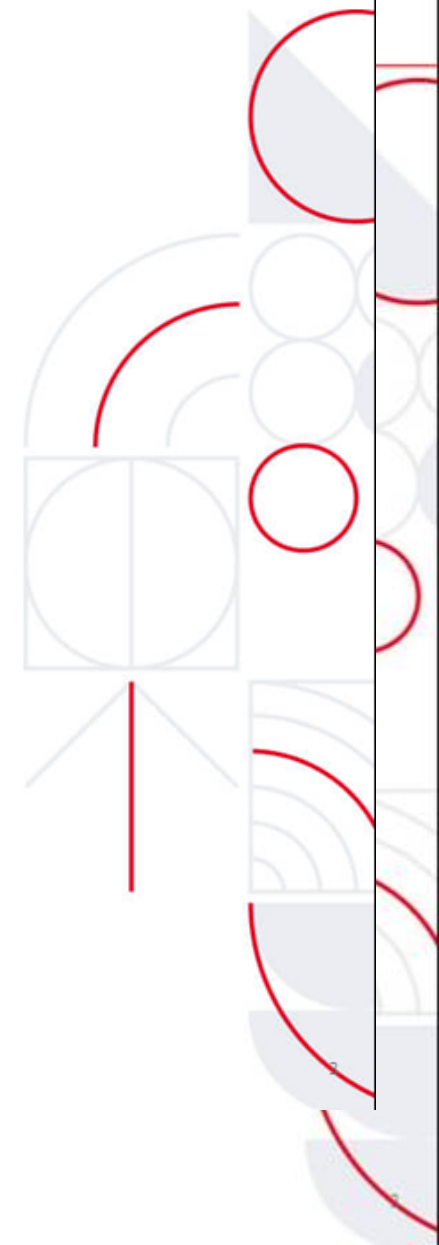
Крайне тяжёлое (преагональное) состояние наблюдается при резком нарушении функции жизненно важных систем организма, причём настолько выраженных, что без срочных лечебных мероприятий больной может погибнуть в ближайшее время.

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.





Температура тела.





Температура тела

Температура наряду с частотой сердечных сокращений (ЧСС), уровнем артериального давления (АД), сердечным ритмом, частотой дыхательных движений (ЧДД), сатурацией (насыщением) гемоглобина кислородом относится к основным физиологическим показателям, по которым судят о состоянии пациента. В норме у человека при измерении температуры в подмышечной впадине температура составляет 36,4 С - 36,9 С.





Температура тела

При интенсивной физической нагрузке температура тела увеличивается до 37 С. Физиологическое повышение температуры отмечается при беременности, в предменструальный период и при пищеварении. У женщин температура тела зачастую чуть выше, чем у мужчин. В течение суток есть колебания температуры, так в утренние часы с 01:00-08:00 часами утра минимальное значение, а между 16:00-21:00 часами вечера. При измерении температуры во рту (под языком), норма составляет 37,7 С. Ректальная температура выше температуры во рту на 0,55 С. При изменении температуры тела принято различать: гипотермию, лихорадку, гипертермию.



Температура тела

- *Гипотермия* – снижение внутренней температуры тела ниже 35 С. В таком состоянии организм неспособен к теплообразованию, в результате чего температура тела продолжает падать. Причиной гипотермии могут быть как первичные из-за внешних стимулов (переохлаждение), так и вторичными из-за расстройства терморегуляции сепсис, поражение ЦНС, острый инфаркт миокарда, эндокринные расстройства, отравление некоторыми лекарственными препаратами, опьянение тяжелой степени.



Температура тела

1. *Легкая гипотермия: 32-35 C* - спутанное сознание, тахипноэ, тахикардия, спазм сосудов, сонливость, озноб, атаксия, дизартрия, утрата координации тонких движений.
2. *Умеренная гипотермия: 28-32 C* - снижение уровня сознания, бред, брадикардия, редкое дыхание, *прекращение озноба*, замедление рефлексов, низкая температура мочи.
3. *Глубокая гипотермия: ниже 28 C* - кома, арефлексия, очень холодные кожные покровы наощупь, гипотония, отек легких, дыхательная недостаточность, глубокий ацидоз, фибрилляция желудочков.

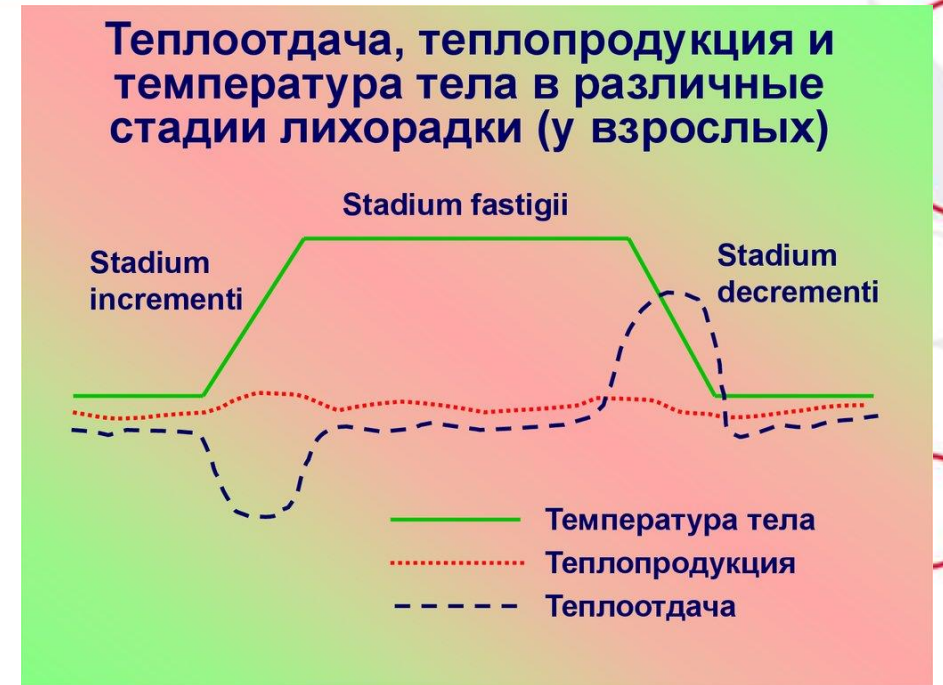


Температура тела

- ***Гипертермия*** - повышение температуры тела *свыше 40,6 С*. Повышение температуры обусловлено нарушением терморегуляции в ЦНС (гепертермия центрального генеза), частые причины: тепловой удар, инсульт, обширное поражение мозга ввиду гипоксии после клинической смерти.
- ***Лихорадка*** - повышение температуры тела *свыше 37 С при измерении в подмышечной впадине*, обусловленное инфекционным агентом в основном, но иногда встречается при аутоиммунном заболевании, злокачественном новообразовании, метаболических расстройствах.

Стадии лихорадки

- 1 стадия – нарастания температуры (stadium incrementi)
- 2 стадия – максимального подъема, стадия плато (stadium fastigium)
- 3 стадия – снижения температуры (stadium decrement).





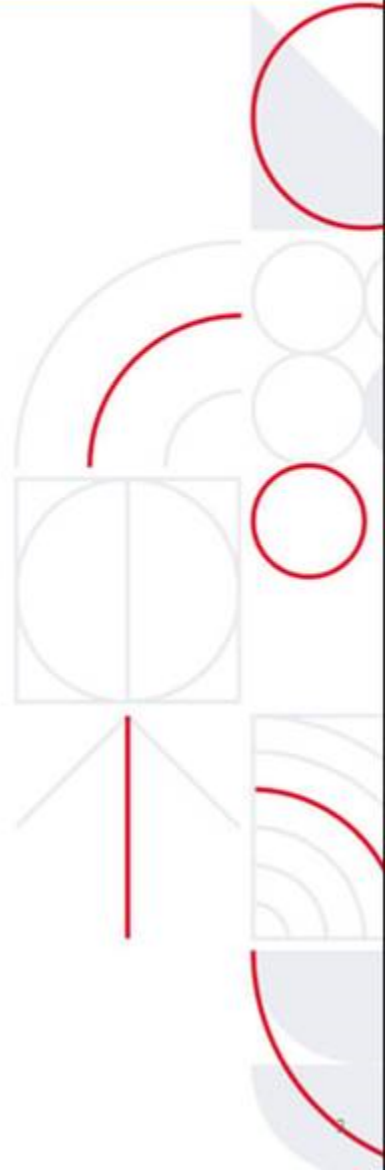
Лихорадка

- По длительности выделяют следующие типы лихорадки:

1. *Молниеносная лихорадка* – от нескольких часов до 1-2 суток
2. *Острая лихорадка* – до 15 суток
3. *Подострая лихорадка* – до 45 суток
4. *Хроническая лихорадка* – свыше 45 суток

- По уровню температуры различают:

1. *Субфебрильная лихорадка* – от 37 С до 38 С.
2. *Фебрильная лихорадка* – от 38 С до 39 С.
3. *Пиретическая лихорадка* – от 40 С до 41 С.
4. *Гиперпиретическая лихорадка* – свыше 41 С.



Лихорадка

- Тип лихорадки определяют по минимальному и максимальному значению температурной кривой (*минимум и максимум температуры и колебания этих показателей в течение суток*). По характеру течения различают:
 1. *Постоянная лихорадка* – длительное повышение температуры, разница между минимумом и максимумом не более 1°C . Встречается при крупозной пневмонии, сыпном и брюшном тифах.
 2. *Ремитирующая (послабляющая) лихорадка* – аналогична постоянной, но суточное колебание превышает $1-1,5^{\circ}\text{C}$, утренний минимум выше 37°C , без снижения до нормального уровня, характерна для гнойных заболеваний.

Лихорадка

3. *Интермиттирующая (перемежающаяся) лихорадка* – как при послабляющей лихорадке, суточное колебание температуры превышает $1-1,5^{\circ}\text{C}$, но утренний минимум в пределах нормы. Температура часто повышается до $39 - 40^{\circ}\text{C}$, с последующим быстрым (через несколько часов) снижением до нормы и ниже. Колебания повторяются через каждые 1- 3 дня. Этот тип лихорадки характерен для малярии.
4. *Гектическая (истощающая) лихорадка* – суточные колебания $3-5^{\circ}\text{C}$ со значительным подъемом и быстрым спадом температуры до нормальных и субнормальных величин. Падение температуры сопровождается слабостью с обильным потоотделением. Наблюдается при тяжелых формах туберкулеза, сепсисе, лимфогранулематозе.



Лихорадка

5. *Волнообразная лихорадка – чередование периодов постоянного повышения температуры с периодами снижения до нормальной температуры. Такая температура встречается при бруцеллезе, лимфогранулематозе.*
6. *Извращенная (обратный тип) лихорадка – подъем утренней температуры выше, чем вечерней. Встречается при туберкулезе легких, сепсисе.*
7. *Неправильная лихорадка – суточные колебания температуры разнообразной величины длительности. Встречается при ревматизме, дизентерии, гриппе.*
8. *Возвратная лихорадка – внезапный подъем температуры до 40°C и более сменяется ее падением через несколько дней до нормальной, которая держится в течение нескольких дней, а затем кривая температуры повторяется (чередование лихорадочных и безлихорадочных периодов). Встречается при возвратном тифе.*

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.

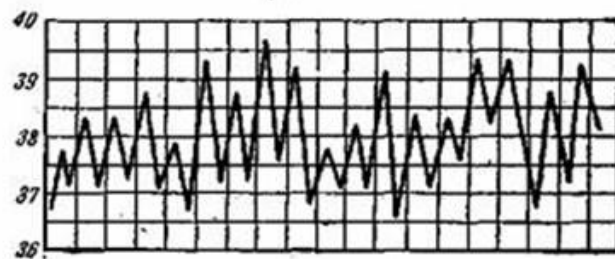
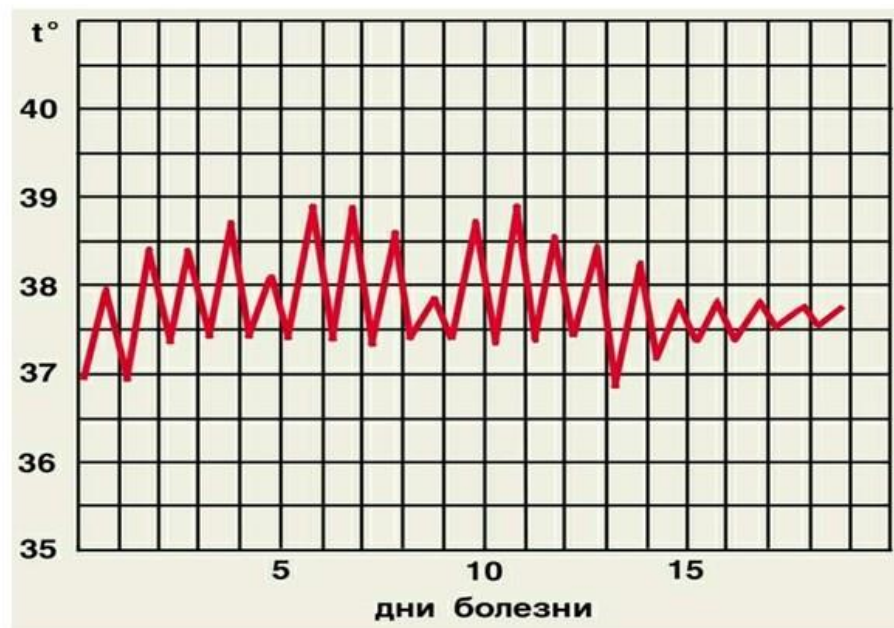


Рис. 5. Послабляющая лихорадка.

Активация W

2. Послабляющая лихорадка (febris remittens, ремитирующая).

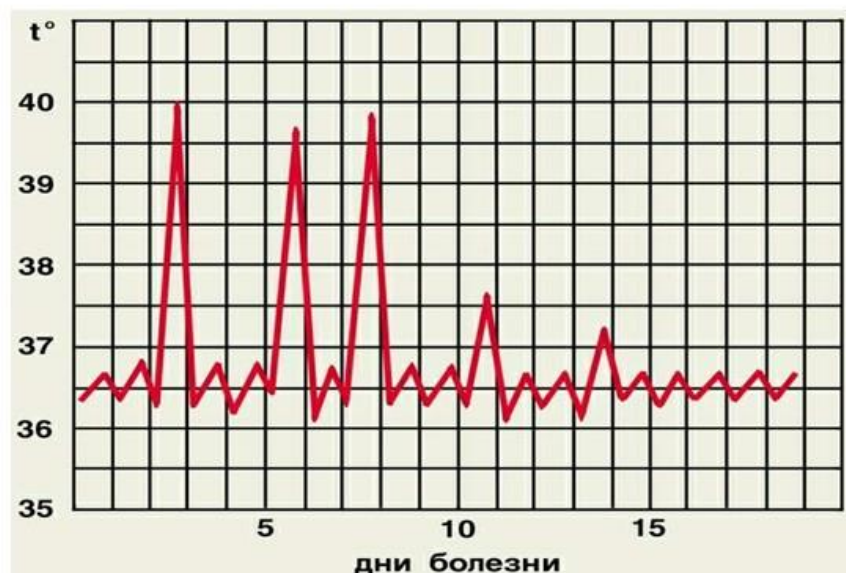
- Наблюдается постоянно повышенная температура тела, но суточные колебания температуры превышают 1°C . Подобное повышение температуры тела встречается при туберкулёзе, гнойных заболеваниях (например, при тазовом абсцессе, эмпиеме желчного пузыря, раневой инфекции), а также при злокачественных новообразованиях.



Активация W

3. Перемежающаяся лихорадка (*febris intermittens*, интермитирующая).

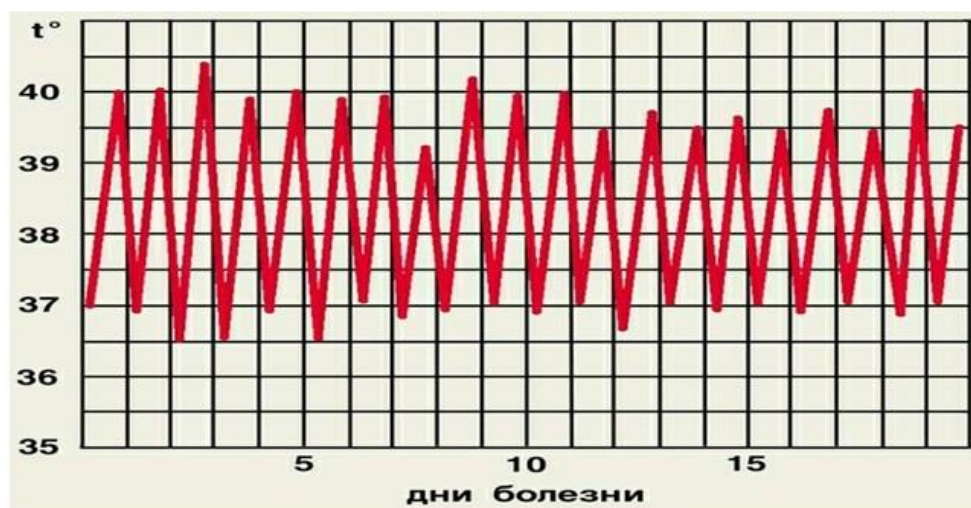
Суточные колебания, как и при ремитирующей, превышают 1°C , но здесь утренний минимум лежит в пределах нормы. Причём, повышенная температура тела появляется периодически, приблизительно через равные промежутки (чаще всего около полудня или ночью) на несколько часов. Перемежающаяся лихорадка особенно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



Активация Wi

4. Истошающая лихорадка (febris hectica, гектическая).

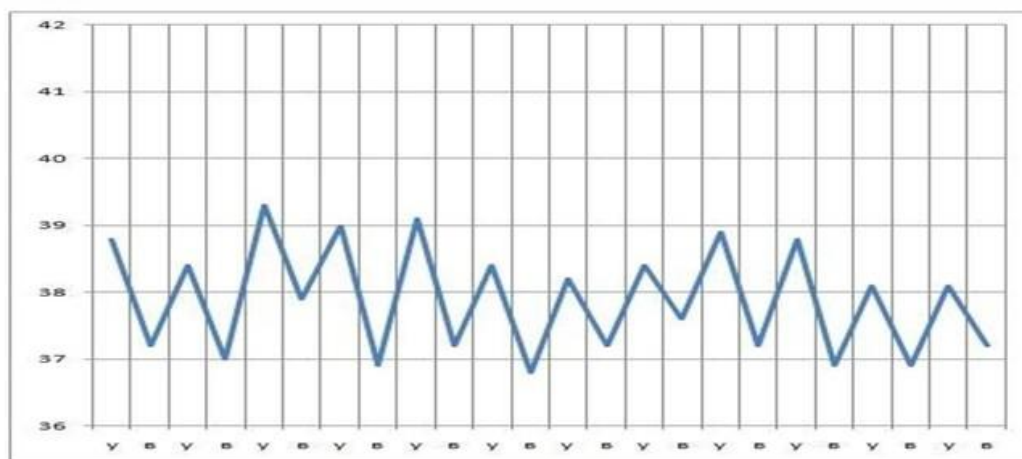
- По утрам, как и при интермитирующей, наблюдается нормальная или даже пониженная температура тела, но вот суточные колебания температуры доходят до 3-5° С и часто сопровождаются изнуряющими потами. Подобное повышение температуры тела характерно для активного туберкулёза лёгких и для септических заболеваний.



Активация 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 периодам 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 \



Различают следующие варианты падения температуры:

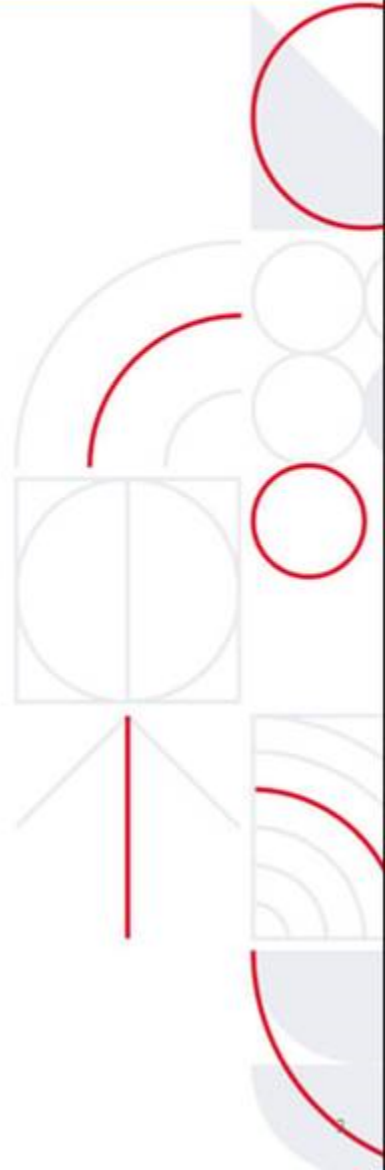
Кризисное падение температуры (кризис): быстрое (критическое) снижение температуры, особенно с очень высоких цифр — опасное состояние! При этом возникают значительные нарушения со стороны сердечнососудистой системы: учащение пульса, падение артериального давления; резкая сердечная слабость; возможная потеря сознания при попытках сесть или встать. Больной бледнеет, покрывается холодным липким потом.

Литическое падение температуры: состояние пациента при медленном (литическом) снижении температуры: небольшая испарина на коже, слабость. Обычно после падения температуры пациент засыпает, будить его при этом не следует.



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.