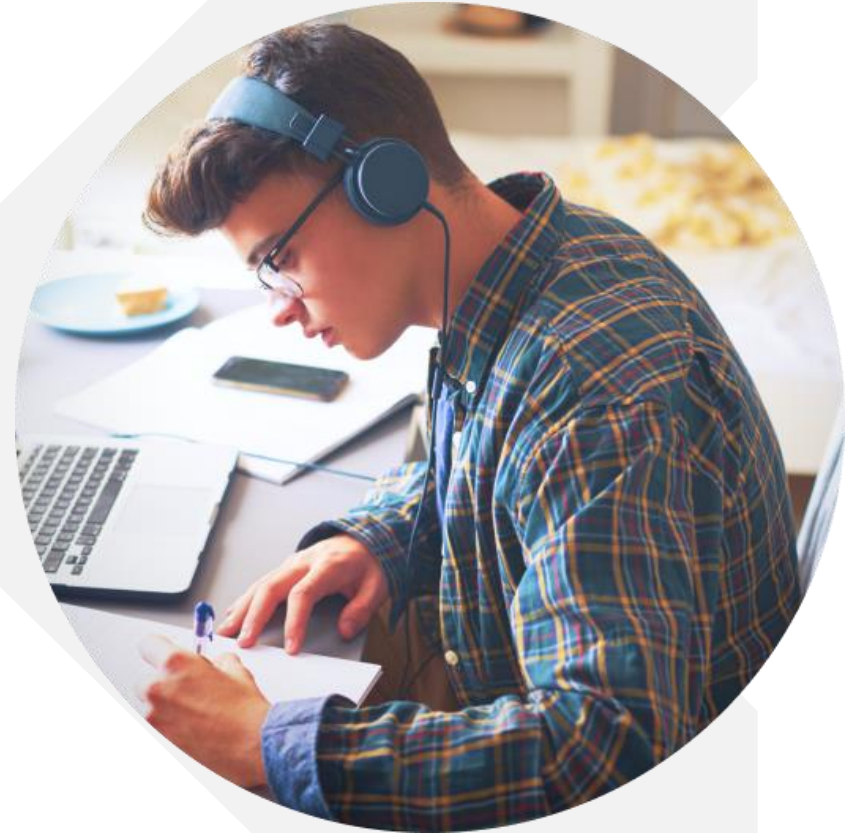


Объективные методы обследования



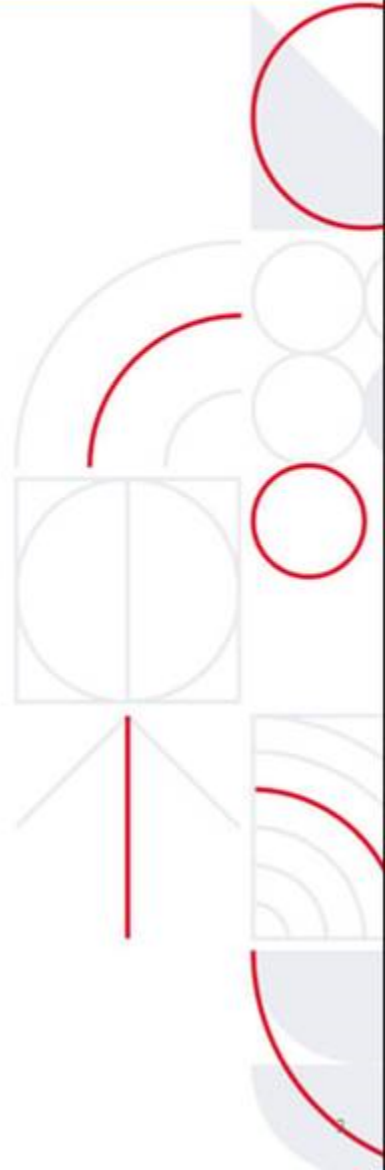
 *Кафедра внутренних болезней*

Доцент, КМН Митряшов Константин Владимирович



План лекции

1. Вводная часть – цель и задачи курса
2. Общее состояние больного
3. Температура тела
4. Осмотр участков тела по областям
5. Домашнее задание
6. 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.



Общее состояние больного





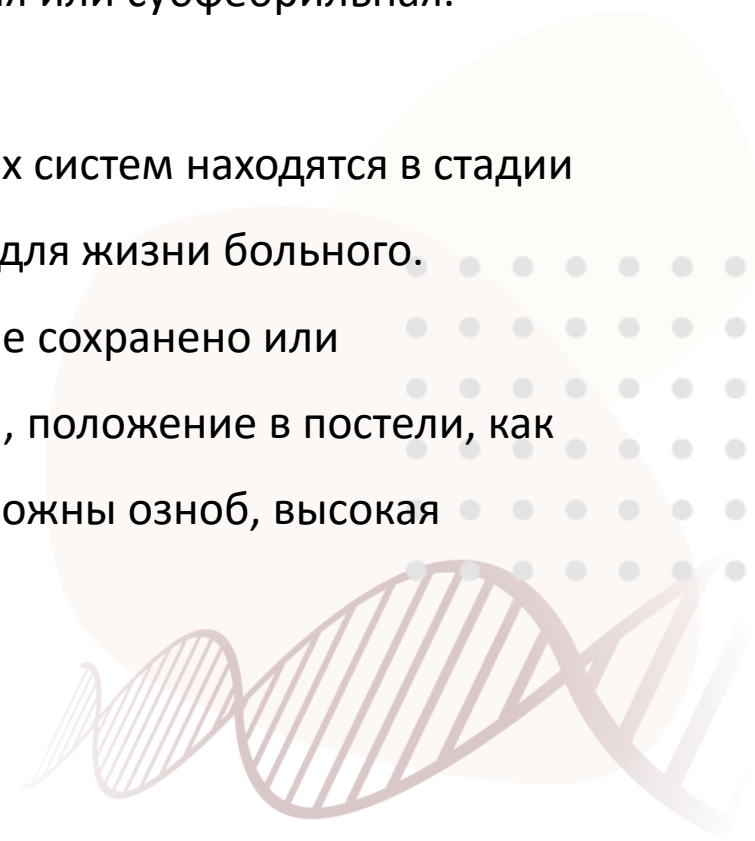
Общее состояние больного

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

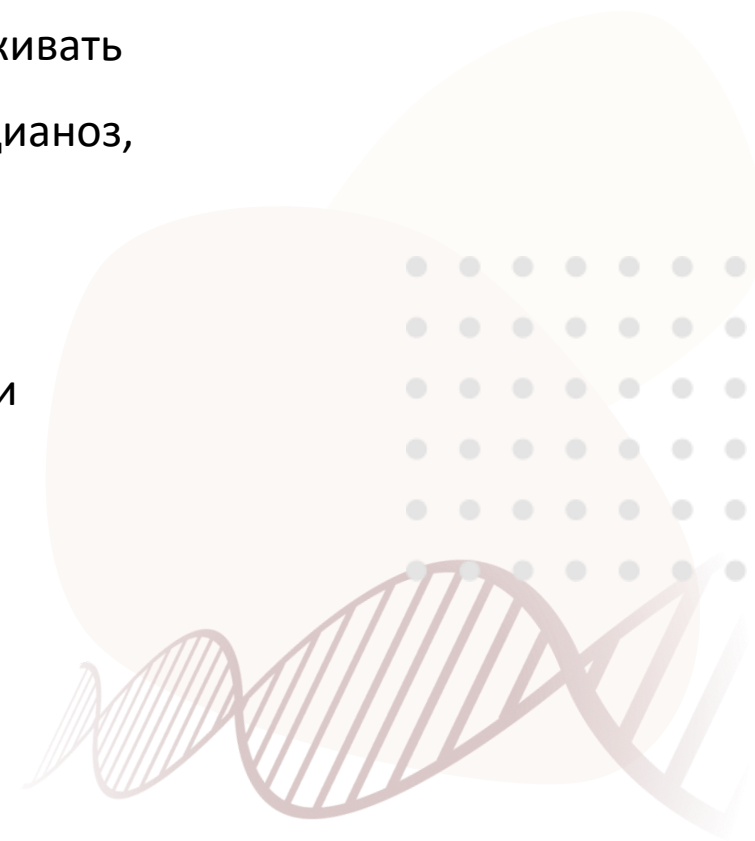
1. Удовлетворительное состояние больного;
2. Состояние средней тяжести,
3. Тяжелое состояние больного,
4. Крайне тяжелое состояние больного
5. Терминальное состояние больного

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).



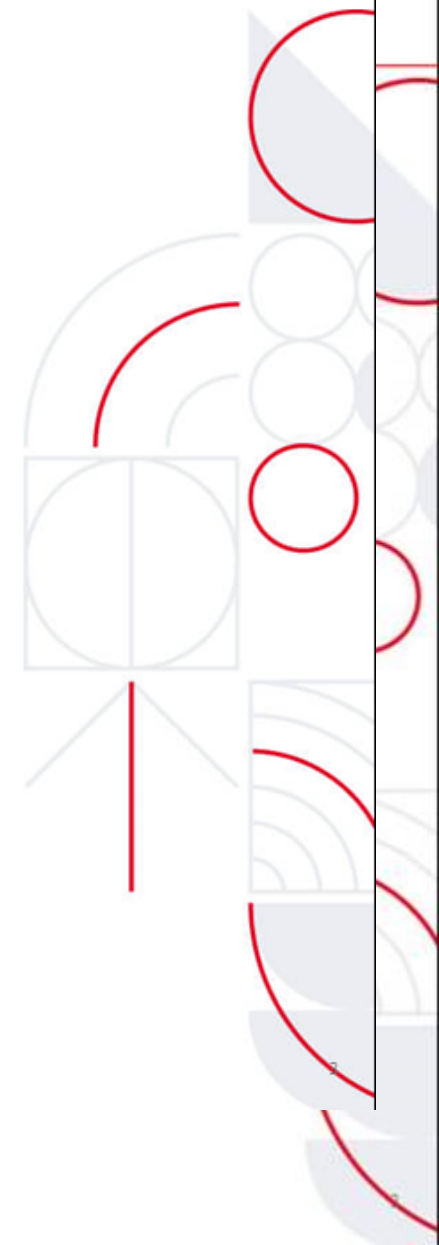
Крайне тяжёлое (преагональное) состояние наблюдается при резком нарушении функции жизненно важных систем организма, причём настолько выраженных, что без срочных лечебных мероприятий больной может погибнуть в ближайшее время.

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.

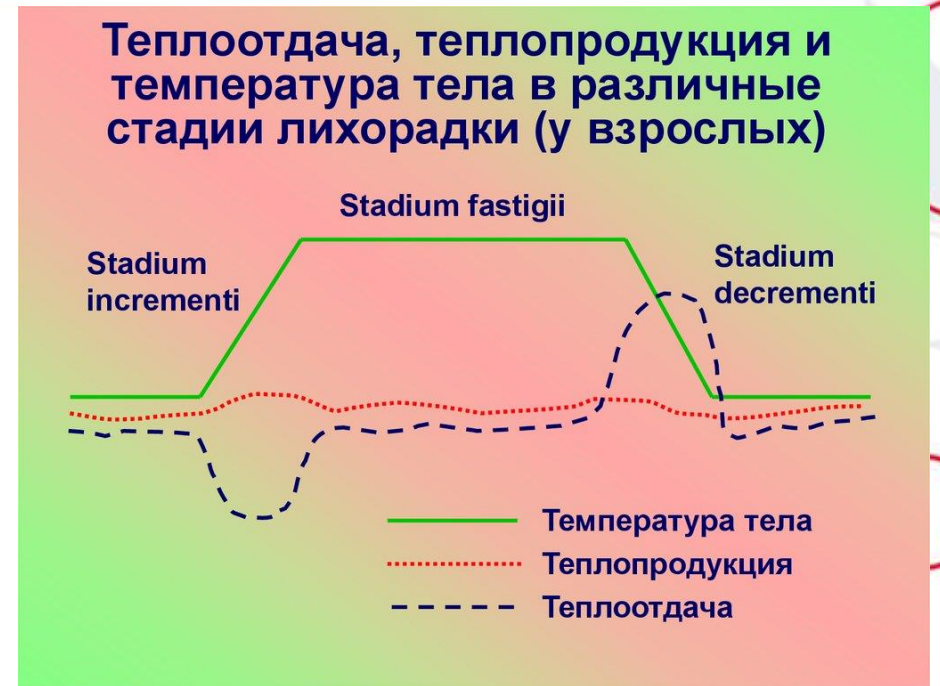


Температура тела

- ***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).





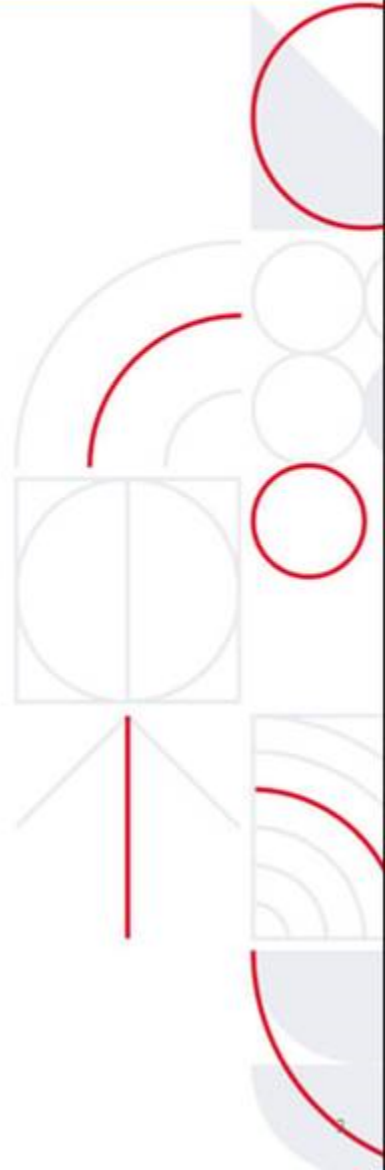
Лихорадка

- 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 °С. Встречается при крупозной пневмонии, сыпном и брюшном тифах.*
 2. *Ремитирующая (послабляющая) лихорадка – аналогична постоянной, но суточное колебание превышает 1-1,5 °С, утренний минимум выше 37 °С, 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 (истоющая) 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).

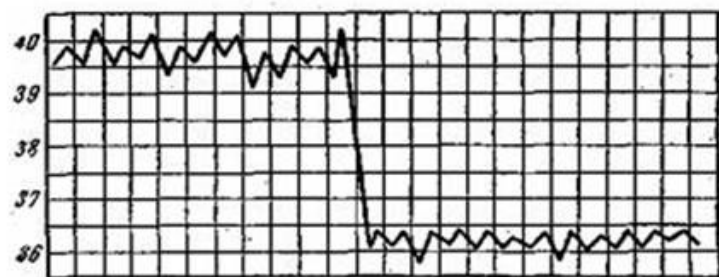


Рис. 4. Постоянная лихорадка с критическим падением температуры.

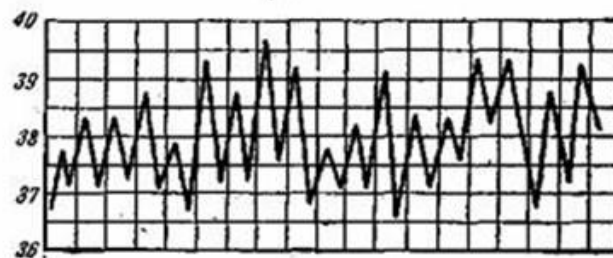
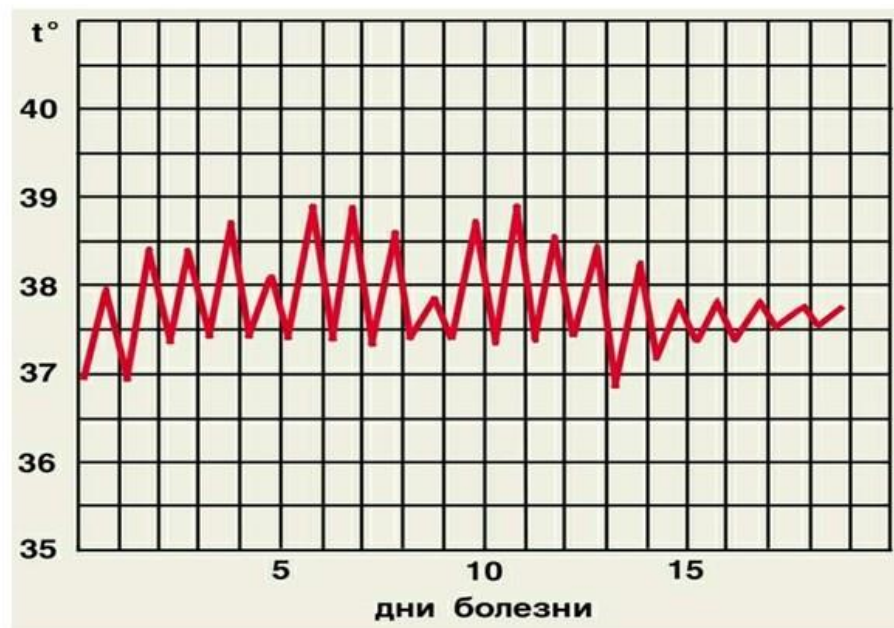


Рис. 5. Послабляющая лихорадка.

Активация W

2. Послабляющая лихорадка (febris remittens, ремитирующая).

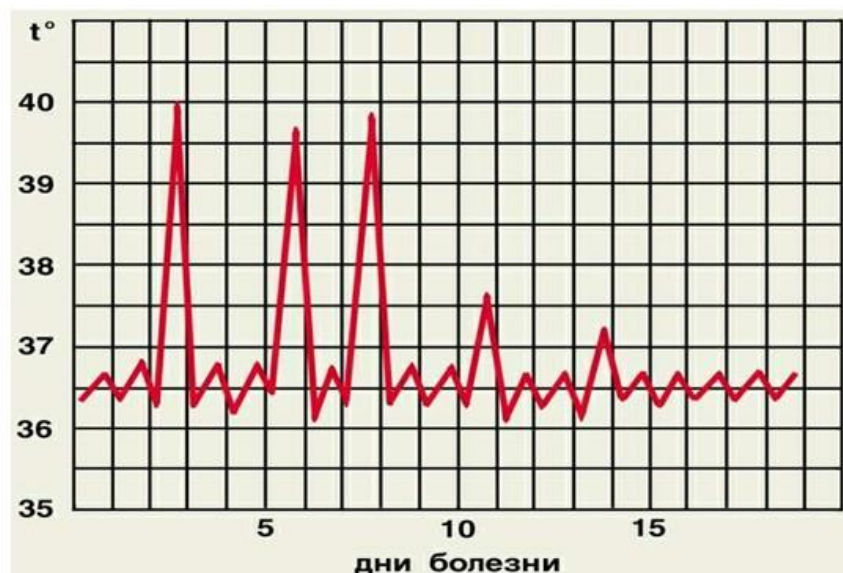
- Наблюдается постоянно повышенная температура тела, но суточные колебания температуры превышают 1°C . Подобное повышение температуры тела встречается при туберкулёзе, гнойных заболеваниях (например, при тазовом абсцессе, эмпиеме желчного пузыря, раневой инфекции), а также при злокачественных новообразованиях.



Активация W

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

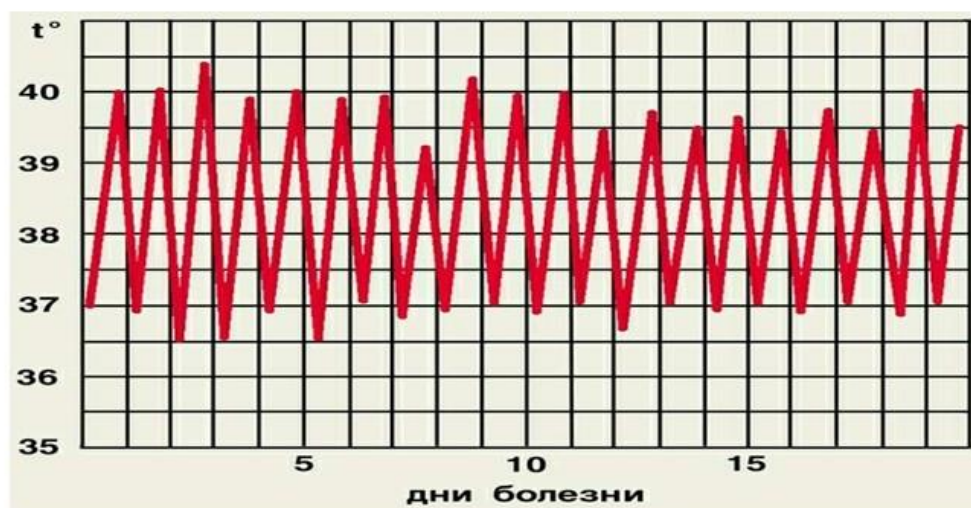
Суточные колебания, как и при ремитирующей, превышают 1°C , но здесь утренний минимум лежит в пределах нормы. Причём, повышенная температура тела появляется периодически, приблизительно через равные промежутки (чаще всего около полудня или ночью) на несколько часов. Перемежающаяся лихорадка особенно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



Активация Wi

4. Истошающая лихорадка (febris hectica, гектическая).

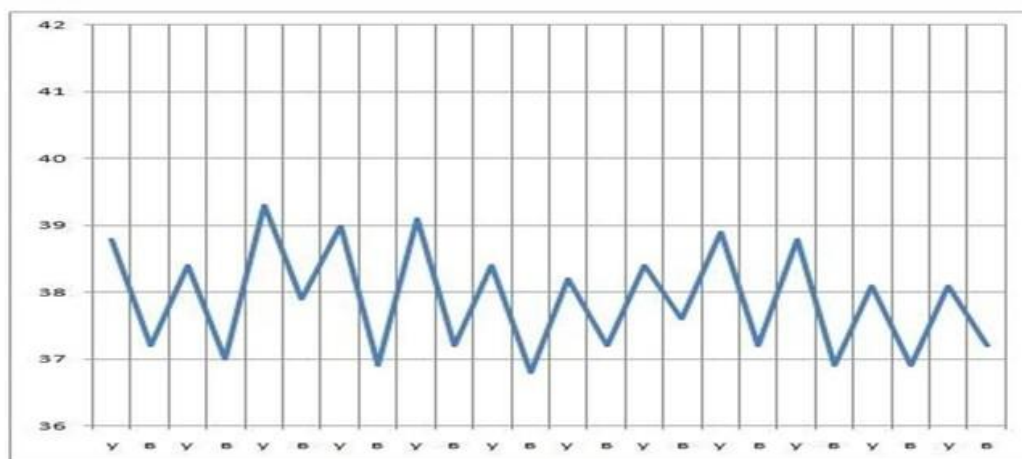
- По утрам, как и при интермитирующей, наблюдается нормальная или даже пониженная температура тела, но вот суточные колебания температуры доходят до 3-5° С и часто сопровождаются изнуряющими потами. Подобное повышение температуры тела характерно для активного туберкулёза лёгких и для септических заболеваний.



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 четырехдневной 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.



Осмотр участков тела по областям



Осмотр головы

Изменение размера головы (гидроцефалия, микроцефалия) и формы головы (квадратная форма, «башенный» череп), многие врождённые и наследственные аномалии развития у детей сопровождаются изменениями пропорций и формы черепа.

Варианты формы черепа (источник: Королёв И.П. Рентгеноанатомический атлас скелета (норма, варианты, ошибки интерпретации)).



Долихоцефалия



Мезоцефалия



Брахицефалия

www.rentgenogram.ru



Скафооцефалия



Акроцефалия



Батроцефалия



Осмотр головы

Ширина глазных щелей (сужение или расширение), наличие опущения век (**птоз**), положение глазного яблока в орбите (**экзофтальм** — выстояние к наружи «пучеглазие», **эндофтальм** западение внутрь), наличие косоглазия (отклонение глазного яблока в сторону при взгляде прямо), подёргивание глазных яблок (**нистагм**). Необходимо оценить размер, форму и симметричность зрачков, возможно расширение зрачка (**мидриаз**), сужение (**миоз**) и разные по величине зрачки (**анизокория**). Самыми частыми причинами глазных симптомов могут быть диабетические невропатии, заболевания щитовидной железы, компрессия аневризмой черепных нервов, нарушения мозгового кровообращения в стволе головного мозга, травмы, опухоли.



Осмотр головы

Мимика лица, подвижность мимических мышц. При поражении лицевого нерва будет отмечаться асимметрия или «перекос» лица, невозможность полностью закрыть глаз, трудности при удержании во рту жидкости. Дополнительно следует спросить о наличии слезотечения или сухости глаза, нарушении вкуса и неприятном усиленном восприятии звуков (**гиперакузия**). Для уточнения клинической картины, можно попросить пациента выполнить несколько простых мимических движений по команде врача.

Осмотр головы

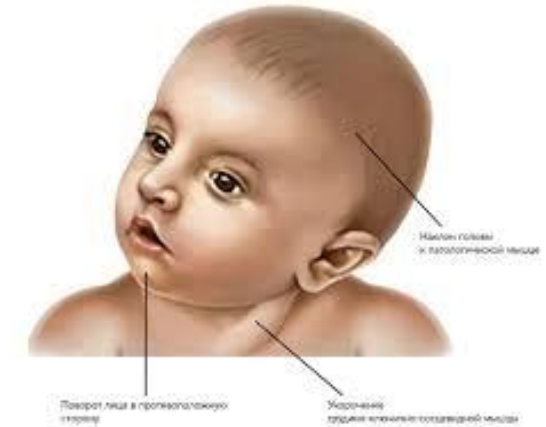
- Наморщить лоб и нахмурить брови. На пораженной стороне бровь остается неподвижной.
- Зажмурить глаза. На пораженной стороне глаз не закрывается — *лагофтальм* («заячий» глаз).
- Показать зубы (широко улыбнуться, оскалиться). Угол рта с пораженной стороны опущен, часть зубов закрыта, носогубная складка сглажена.
- Надуть щеки. На пораженной стороне воздух выходит через угол рта.
- Вытянуть губы в «трубочку» (свистнуть, дунуть на свечу). На пораженной стороне губы сохраняют форму треугольника.



Осмотр шеи

Важным симптомом служит ограничение движения головы при воспалении мозговых оболочек - ригидность, гипертонус затылочных мышц, выявляемая при попытке пассивного сгибания головы пациента основной симптом острого менингита. Искривление шеи в сторону (кровошея), может быть связана с воспалительным увеличением шейных лимфатических узлов и рефлексорным спазмом боковых мышц после перенесённой ангины (кровошея при болезни Гризеля), деформация шеи в переднем отделе, чаще всего связанна с увеличением щитовидной железы.

Рисунок 1. Врожденная мышечная кровошея



Осмотр шеи

Может быть заметна пульсация кивательных мышц как следствие переполнения глубже лежащих сонных артерий («пляска каротид»), либо пульсация и набухание яремных вен. Выраженный отек шеи, а иногда и лица, рук, верхней части груди и области лопаток, сопровождающийся набуханием кожных вен носит название «воротник Стокса», и служит признаком сдавления верхней поллой вены. Другой причиной может быть скопление воздуха в подкожно-жировой клетчатке (подкожная эмфизема) при пневмотораксе, ранении лёгкого или трахеи.



Осмотр туловища и конечностей

При осмотре мышц обращают внимание:

1. степень развития (удовлетворительная, слабая, атрофия, гипертрофия)
2. тонус (сохранен, снижен, повышен – ригидность мышц)
3. сила мышц (достаточна, снижена, симметрична)
4. болезненность и уплотнения при ощупывании





Осмотр туловища и конечностей

Можно выявить параличи (отсутствие движений из-за поражения мышц) и парезы (снижение силы мышц). Параличи и парезы характеризуются отсутствием или ограничением движений, повышением или значительным понижением мышечного тонуса и рефлексов, длительным сокращением мышц, возникновением патологических рефлексов сгибательной и разгибательной групп мышц. Для выявления небольшого по степени выраженности пареза («скрытого») применяют следующие пробы:



Осмотр туловища и конечностей

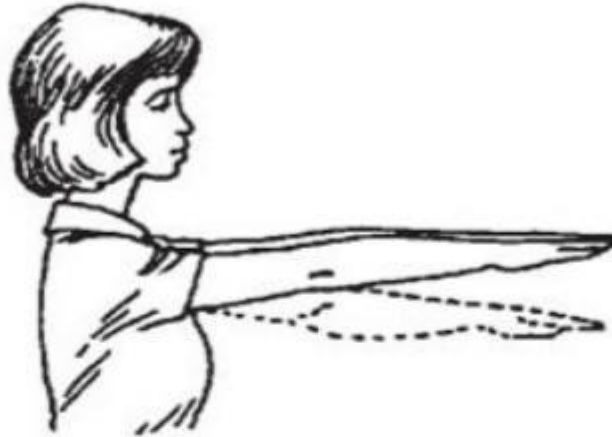
- 1. проба Барре верхняя** - при попытке удержать вытянутую руку перед собой на горизонтальном уровне в положении ладонями внутрь, вовлеченная рука медленно непроизвольно опускается вниз.
- 2. проба Барре нижняя** — в положении на животе при попытке удержать согнутую ногу в коленном суставе под углом 45 градусов, вовлеченная нога начинает медленно непроизвольно опускается вниз.
- 3. проба Русецкого** - обследуемый сидит с вытянутыми перед собой верхними конечностями, расположенными на одинаковом уровне, и по команде разгибает кисти. Если парез есть угол между предплечьем и кистью будет большим, чем на здоровой конечности.

Осмотр туловища и конечностей

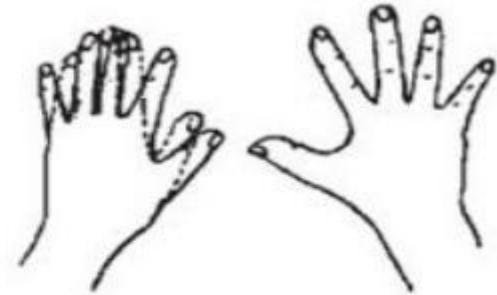
а



б



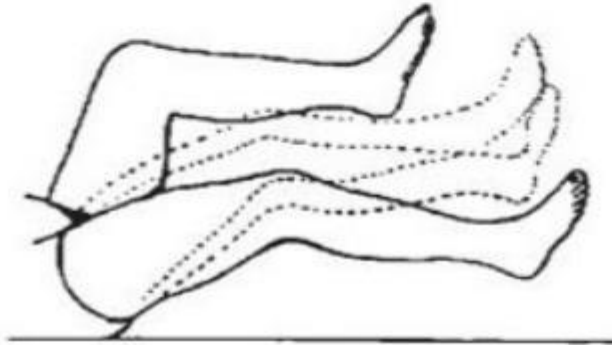
в



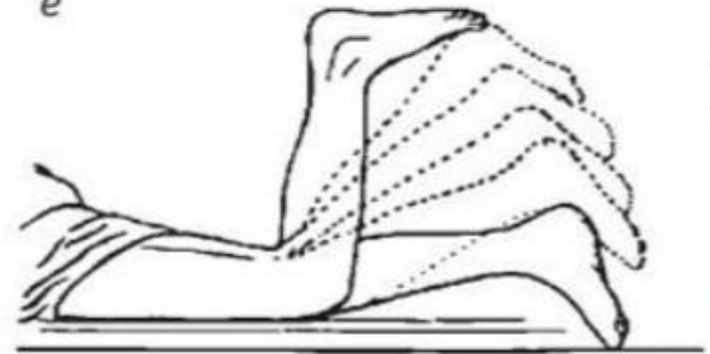
г



д



е





Осмотр туловища и конечностей

Силу мышц определяют путем оказания сопротивления движению, производимому обследуемым и, пытаясь преодолеть сопротивление и разогнуть фиксируемую пациентом конечность.

Измерение субъективное по шкале от 0 до 5 баллов:

- 0 — паралич (движений нет),**
- 1- движения по типу шевеления,**
- 2 —движения возможны на опоре, без преодоления силы тяжести конечности**
(1 и 2 балла говорят о глубоком парезе),
- 3 —пациент совершает активные движения, но не оказывает сопротивления врачу (умеренный парез),**
- 4 —пациент сопротивляется, но уступает в силе врачу (легкий парез),**
- 5 — сила полная.**

Осмотр туловища и конечностей

Для определения силы мышц используют механические кистевые динамометры (ручные, для кистей рук) и становые для мышц спины.

Оценку производят по специальным таблицам, где указаны нормы для конкретной половозрастной группы или по формуле:

- $(\text{сила мышц кисти, кг} / \text{масса тела, кг}) * 100$.
- Удовлетворительный показатель силы мышц кисти составляет для:
женщин - 50 ед; для мужчин - 55 ед.





Осмотр туловища и конечностей

Степень развития мускулатуры и массу мышц можно определить не только визуально, но и методом пальпации. Развитие мускулатуры оценивают по трёхбалльной системе:

- 1. При слабом развитии мускулатуры (1 балл)** — масса мышц туловища и конечностей в покое мала, во время напряжения изменение объёма мышц едва заметно, нижняя часть живота отвисает, нижние углы лопаток расходятся и отстают от грудной клетки, рельеф мышц выражен незначительно.
- 2. При среднем (2 балла)** — мышцы туловища в покое развиты умеренно, а мышцы конечностей — хорошо, при напряжении отчетливо изменяются их форма и объем.
- 3. При хорошем развитии (3 балла)** — мышцы туловища и конечностей хорошо видны в покое, при напряжении отмечается отчетливый рельеф сокращенных мышц. Однако в связи с сильно развитым подкожно-жировым слоем, особенно у маленьких детей, степень развития мышц часто определить трудно.



Осмотр туловища и конечностей

Визуально также можно выявить такие изменения как мышечную атрофию, деформации мышц, врожденные аномалии мышц. Атрофия мышечной массы характеризуется резким уменьшением ее объёма, в результате чего брюшко мышц по своей толщине и консистенции становится похожим на сухожилие. Мышечная атрофия может быть обратимым и необратимым нарушением трофики мышц с явлениями истончения и перерождения мышечных волокон, ослаблением или утратой их сократительной способности. Асимметрия мышечной массы — неодинаковая степень развития одноименных групп мышц. Для обнаружения асимметрии последовательно оценивают мышцы обеих половин лица, туловища, конечностей. Для выявления асимметрии, например, мышц конечностей, измеряют окружности бедер, голеней, стоп на одинаковых уровнях и сравнивают их.



Осмотр туловища и конечностей

Важнейшими показателями состояния мышечной системы являются тонус, сила и двигательная активность. **Мышечный тонус** — постоянное тоническое напряжение скелетных мышц, контролируемое центральной нервной системой, которое служит для обеспечения статической и динамической позы в пространстве. Для оценки тонуса можно также использовать метод визуализации и пальпации. При визуализации оцениваем координацию движений, позу. При пальпации мышечный тонус определяется на основании субъективного ощущения сопротивления, получаемого врачом при ощупывании различных групп мышц. А также возможно использовать пассивное сгибание и разгибание верхних и нижних конечностей (без участия пациента), полагаясь при этом на субъективное ощущение степени сопротивления, которое возникает при пассивных движениях.

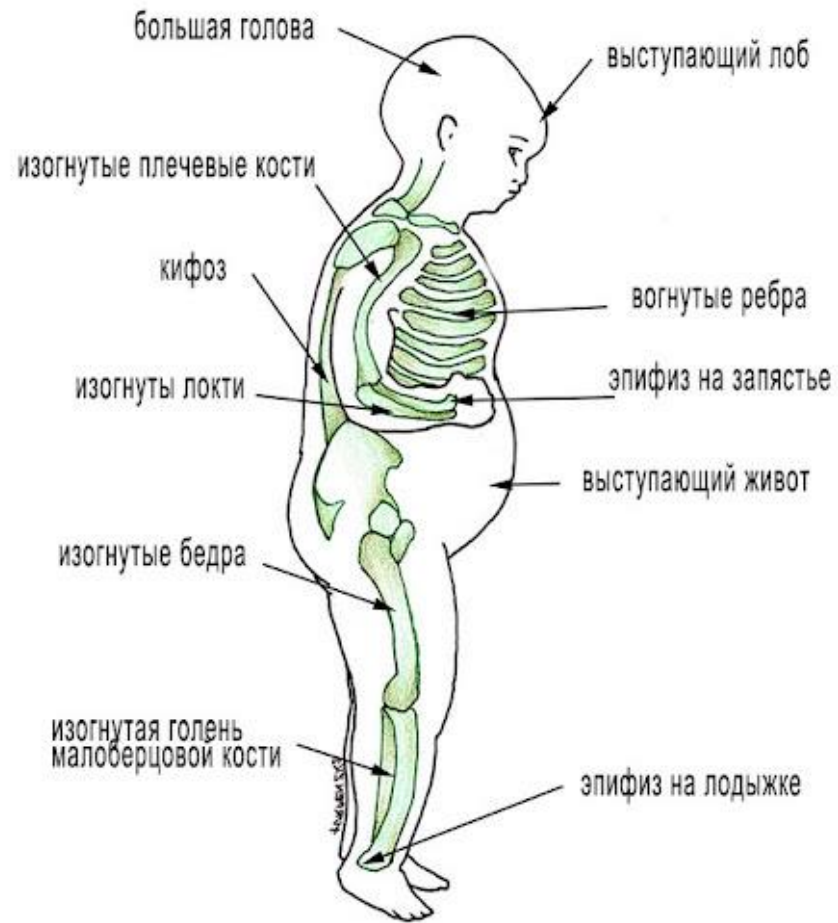


Осмотр туловища и конечностей

При осмотре опорно-двигательного аппарата обращают внимание на форму костей, наличие деформаций, симметричность. При акромегалии (поражение гипофиза) происходит ускоренный рост периферических участков костей конечностей (пальцев рук, ног), скуловых костей, нижней челюсти, что придает больному характерный вид. Рахитические изменения (недостаток витамина D и нарушение кальциевого обмена) выявляются в виде так называемой куриной груди, рахитических четок — утолщений у места перехода ребер в реберные хрящи, искривления нижних конечностей. При хронических болезнях сердца, лёгких, печени характерно утолщение концевых фаланг пальцев кистей и стоп «барабанные палочки» и ногтевых пластинок в виде «часовых стёкол».



Осмотр туловища и конечностей





Осмотр туловища и конечностей

Оценку позвоночника проводят в положении больного стоя и лежа, а также в движении (в процессе ходьбы). Вначале осматривают позвоночник в положении стоя со спущенными вдоль туловища руками. Если состояние пациента не позволяет ему стоять, исследование проводят в положении сидя, либо лежа. Осматривают больного спереди, с боков и сзади. Сравнивая обе стороны тела, определяют симметричность расположения надплечий и гребней подвздошных костей, а также мышц конечностей и туловища. При осмотре позвоночного столба отмечают выраженность физиологических изгибов, наличие патологических искривлений. В позвоночном столбе выделяют четыре разнонаправленных физиологических изгиба, которые при их увеличении становятся патологией.



Осмотр туловища и конечностей

- *Кифоз* - это искривление позвоночника в переднезадней (саггитальной) плоскости. Может быть как физиологическим (нормальным), так и патологическим. Физиологический кифоз наблюдается у всех людей в грудном отделе позвоночника. Патологический кифоз чаще развивается в грудном отделе, когда усиливается угол сгибания физиологического кифоза.
- *Лордоз* - это физиологический или патологический изгиб позвоночника, при котором его выпуклость обращена кпереди. Физиологический лордоз наблюдается у всех людей в поясничном и шейном отделе позвоночника.
- *Сколиоз* – это стойкое искривление позвоночника вбок относительно своей оси (во фронтальной плоскости). В процесс вовлекаются все отделы позвоночника, потому к боковому искривлению в последующем присоединяется искривление в переднезаднем направлении и скручивание позвоночника.



Осмотр туловища и конечностей



Здоровая
спина



Кифоз



Лордоз



Сколиоз



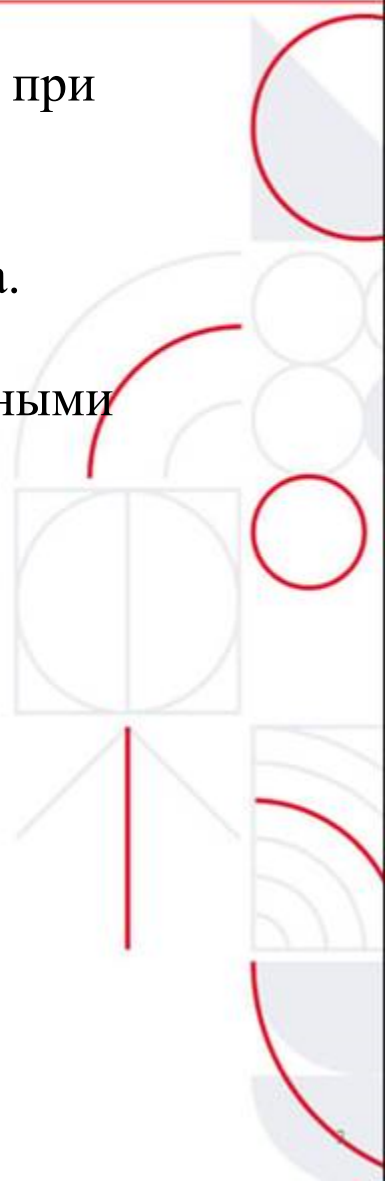
Осмотр туловища и конечностей

Осматривая суставы, врач концентрирует внимание на конфигурации, форме сустава (припухлость), цвет кожных покровов (гиперемия), объема активных и пассивных движений. Ограничение движений носит название *контрактура*, полная невозможность движений в суставе - *анкилоз*. Суставы осматривают в состоянии покоя (лежа, сидя, стоя), при переходе из одного состояния в другое, во время ходьбы. Отклонение в сторону от нормальной оси конечности носит название *девиация*. На коже отмечают наличие атрофических, рубцовых, узелковых, свищевых, отечных и других изменений. Больной сустав тщательно сопоставляется со здоровым суставом. Если поражены оба симметричных сустава, сравнивается степень поражения одного по отношению к другому, оценивается также тяжесть болезни каждого сустава в отдельности.



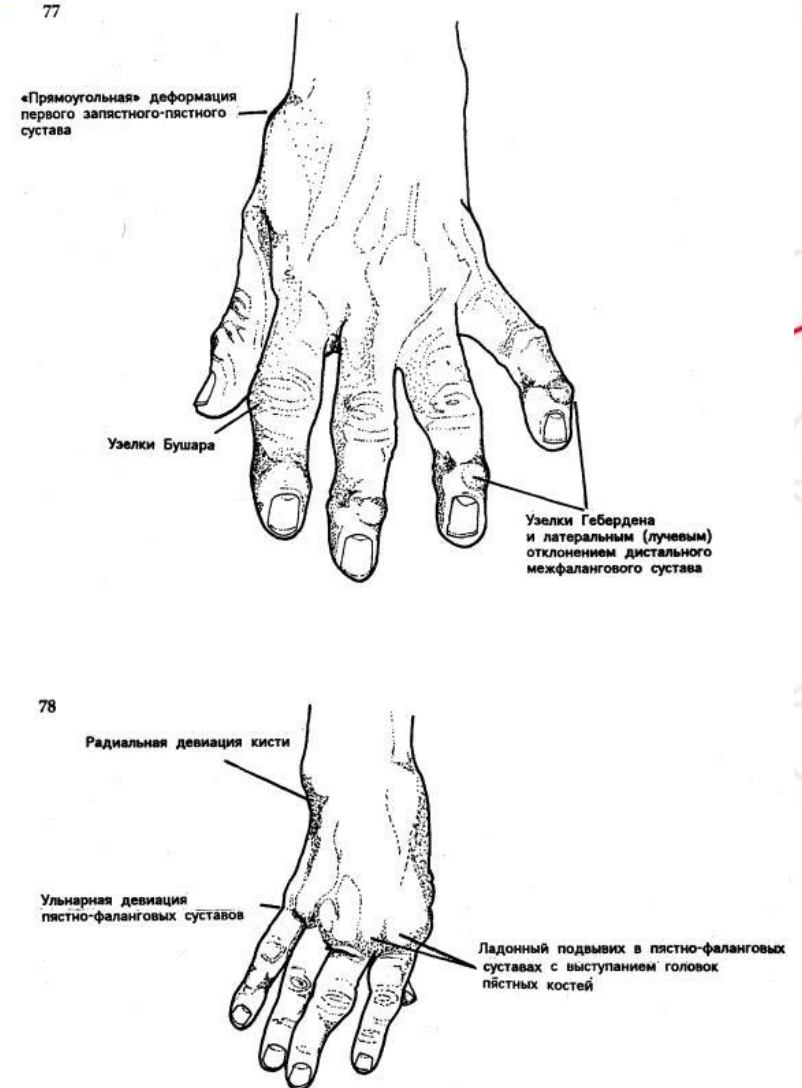
Осмотр туловища и конечностей

- *Дефигурация* – увеличение в объеме, сглаженность контуров, их припухлость (например, при воспалительном процессе в суставе). Эти изменения связаны с воспалительным отеком синовиальной оболочки и периартикулярных тканей, наличием выпота в полости сустава.
- *Деформация сустава* – это более стойкое изменение формы сустава, обусловленное костными изменениями суставных концов костей, костными разрастаниями.



Осмотр туловища и конечностей

- *Дефигурация* – увеличение в объеме, сглаженность контуров, их припухлость (например, при воспалительном процессе в суставе). Эти изменения связаны с воспалительным отеком синовиальной оболочки и периартикулярных тканей, наличием выпота в полости сустава.
- *Деформация сустава* – это более стойкое изменение формы сустава, обусловленное костными изменениями суставных концов костей, костными разрастаниями.



Осмотр туловища и конечностей

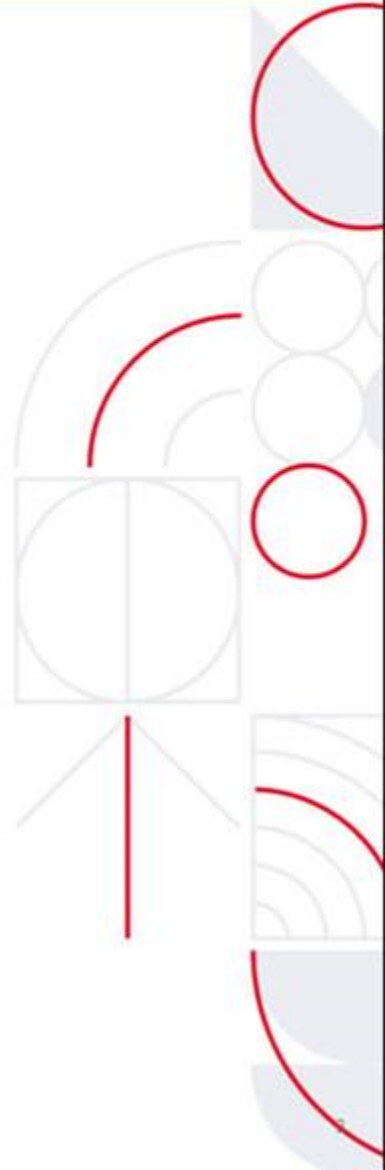
Изменение формы и величины суставов с одновременной их деформацией происходит при разнообразных воспалительных, обменно-дистрофических заболеваниях суставов: остеоартроз, болезнь Бехтерева, ревматизм, подагра, ревматоидный артрит. Изменение окраски покровов над суставом, болезненность и повышение температуры (суставы становятся горячими на ощупь) наблюдается при остром суставном ревматизме, артритах любой этиологии. Изменение подвижности суставов, ограничение подвижности вплоть до развития полной неподвижности сустава (анкилоз) наблюдается при ревматоидном артрите, деформирующих артрозах, болезни Бехтерева.





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.