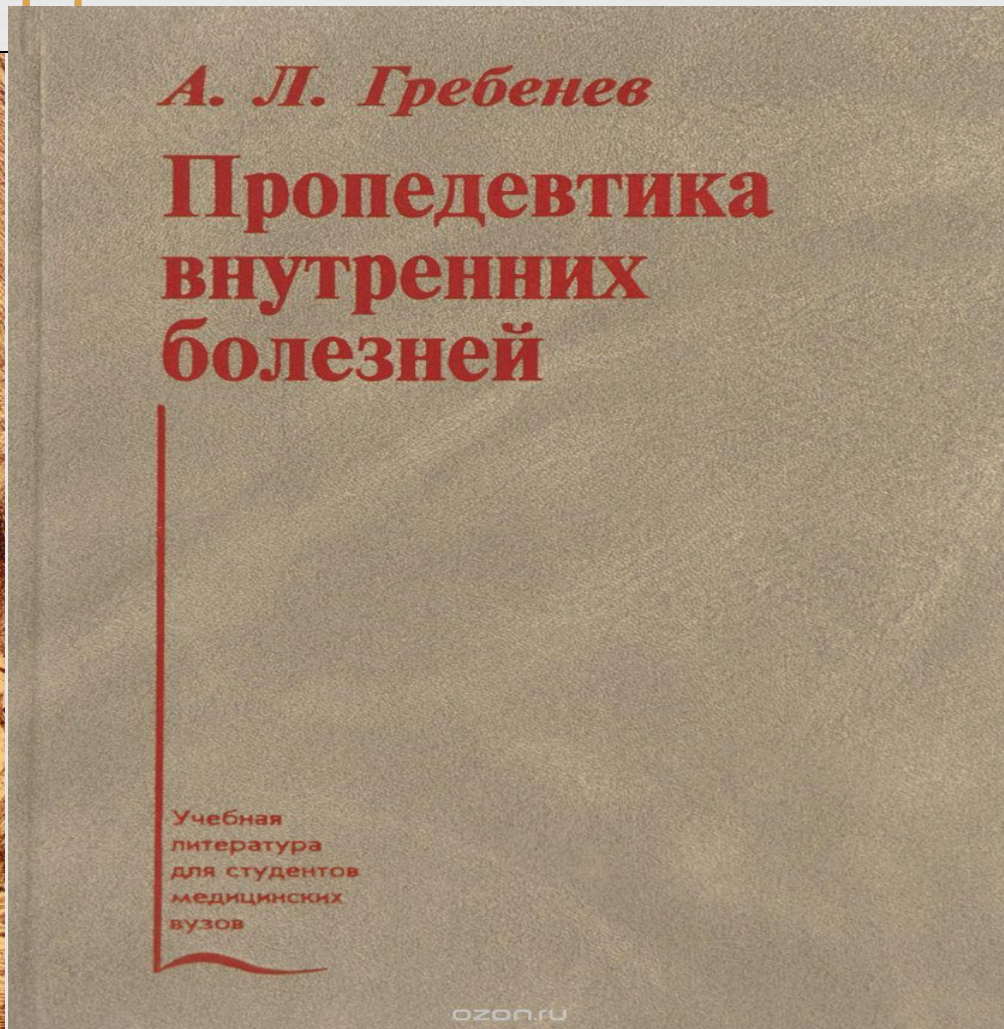
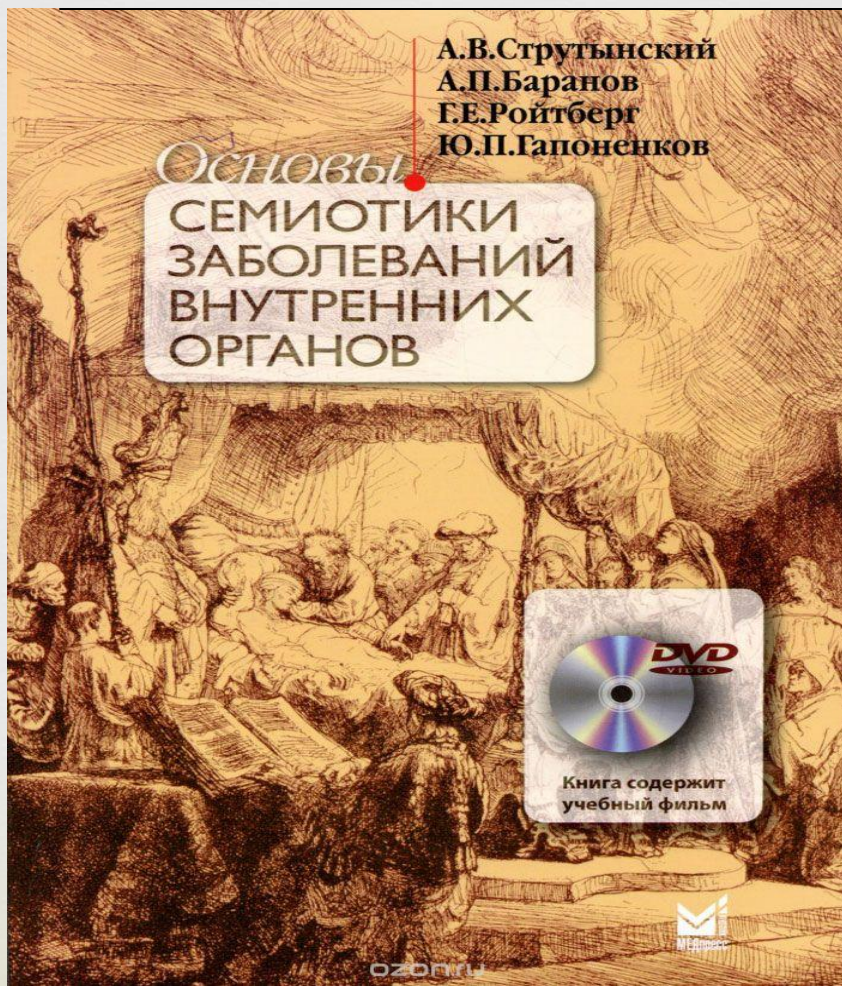


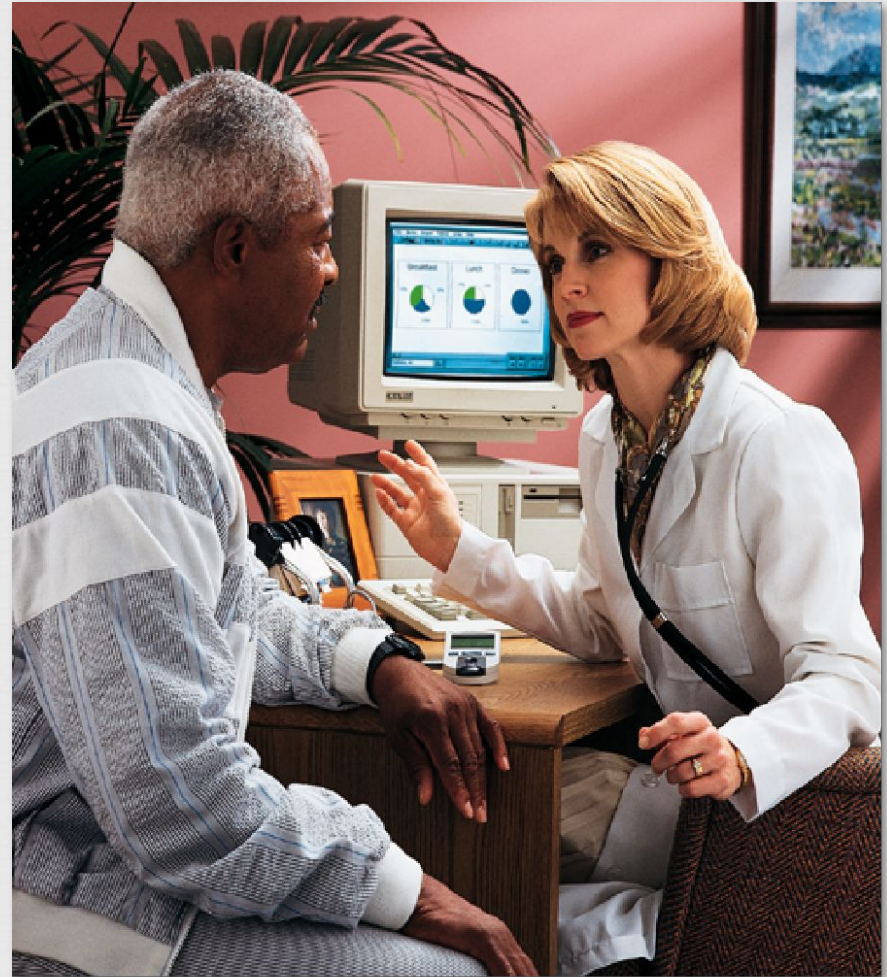
Пропедевтика внутренних болезней



Внутренние болезни или терапия

- Этот раздел медицины изучает этиологию, патогенез, диагностику, лечение, прогноз и профилактику заболеваний внутренних органов — сердца, легких, желудка, кишечника, почек, желез внутренней секреции, серозных оболочек, системы крови и суставов.

□ **Терапевт - самая
распространенная
медицинская
специальность в
мире**



Пропедевтика (от слова «propedeu»- узнаю) – это наука об основах диагностики внутренних болезней.

- **ПРОПЕДЕВТИКА** – и, ж. (книжн.).
Предварительный круг знаний о чём–н.
- *прил. пропедевтический, –ая, –ое. П. курс*
(краткий).

(Толковый словарь русского языка С.
И.Ожегова и Н.Ю.Шведовой)

□ Пропедевтика внутренних болезней – предварительное изучение внутренних болезней или введение в науку о внутренних болезнях

□ Изучая пропедевтику внутренних болезней будущий врач обучается методам диагностики заболеваний

□ *Qui bene diagnoscit, bene curat.*

□ Кто хорошо диагностирует, тот хорошо и лечит.

Основной задачей предмета **Пропедевтики внутренних болезней** является **изучение методов обследования** больных с диагностической целью, а также **изучение симптомов** или **признаков заболеваний**

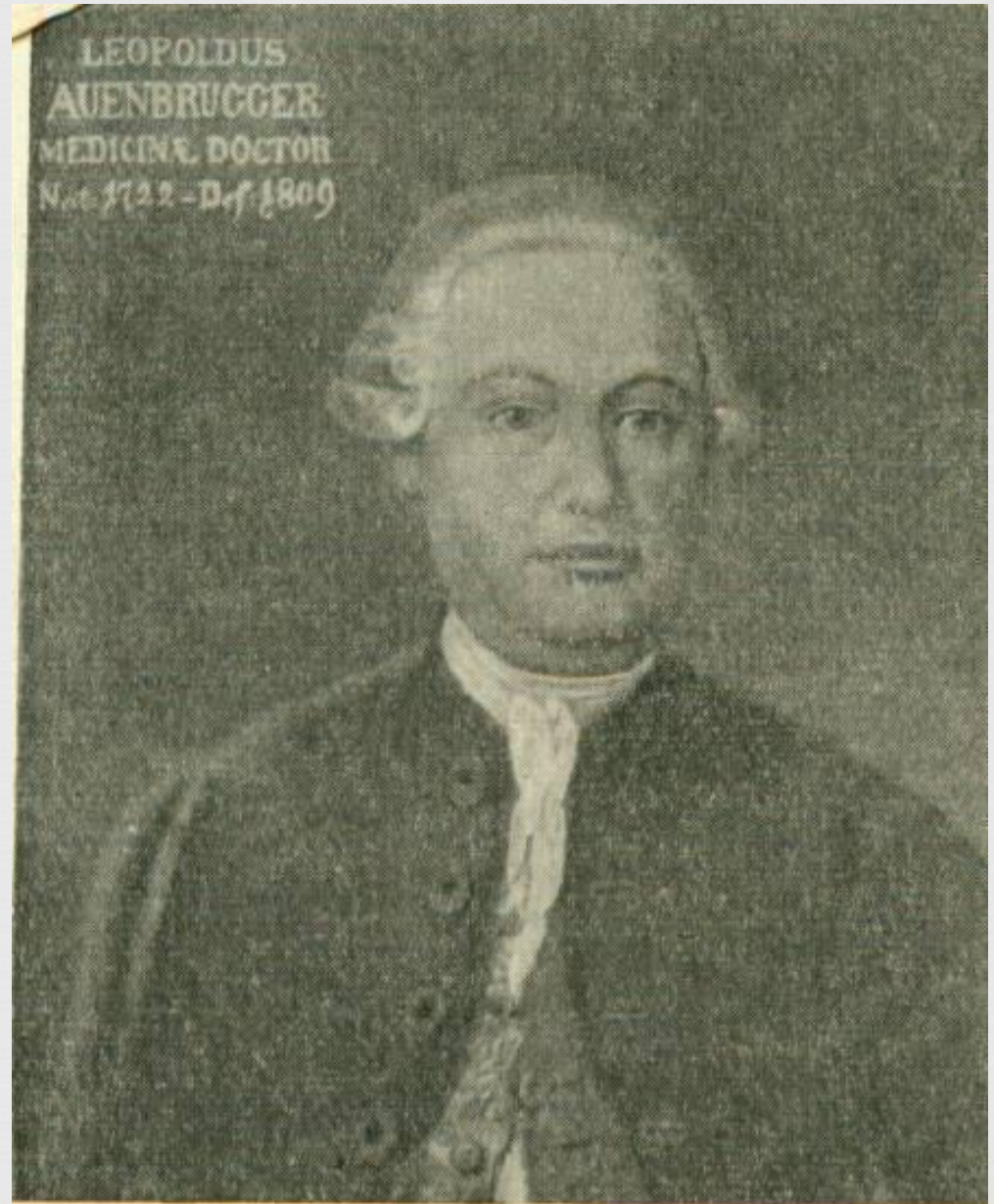
Диагностика болезней непрерывно связана с развитием медицины

- Гиппократ (460-377гг.до н.э.) – представитель Косской школы Древней Греции.
- Гиппократ для диагностики заболеваний пользовался «взглядом, осязанием, слухом, обонянием и вкусом» и впервые при лечении применил наблюдение у постели больного. Он выслушивал хрипы в легких, шум трения плевры, применял пальпацию печени и селезенки.

□ В X веке значительный вклад в развитие медицины был внесен выдающимся врачом Абу-Али-Ибн-Синой (Авиценной). Авиценна описал симптомы многих заболеваний – плеврита, менингита, чумы, холеры, оспы, сибирской язвы («персидский огонь»), язвенной болезни желудка, сахарного диабета и многих других.

Венский врач

**Леопольд
Ауэнбруггер
(1722-1809)-впервые
предложил метод
перкуссии (1761г.)**



Рене Лаэннек
(1781-1821) –
впервые
предложил метод
аускультации и
разработал первый
стетоскоп.





«В 1816 году я был приглашен к одной молодой даме, представлявшей общие признаки сердечной болезни, у которой прикладывание руки, а равно и перкуссия не дали никаких результатов вследствие имевшейся у нее значительной жировой подстилки. Но так как возраст и пол больной не позволили мне предпринять описанный выше метод исследования, то мне пришло на память известное акустическое явление: прикладывая ухо к одному концу бревна, можно прекрасно слышать дотрагивание иглой до другого конца его. Я взял лист бумаги, сделал из него узкий цилиндр, один конец которого приставил к сердечной области и, приложив ухо к другому концу его, я был столь же удивлен, как и обрадован тем, что мог слышать удары сердца гораздо громче и точнее, чем это мне представлялось до тех пор при непосредственном прикладывании уха».

Р. Лаэннек

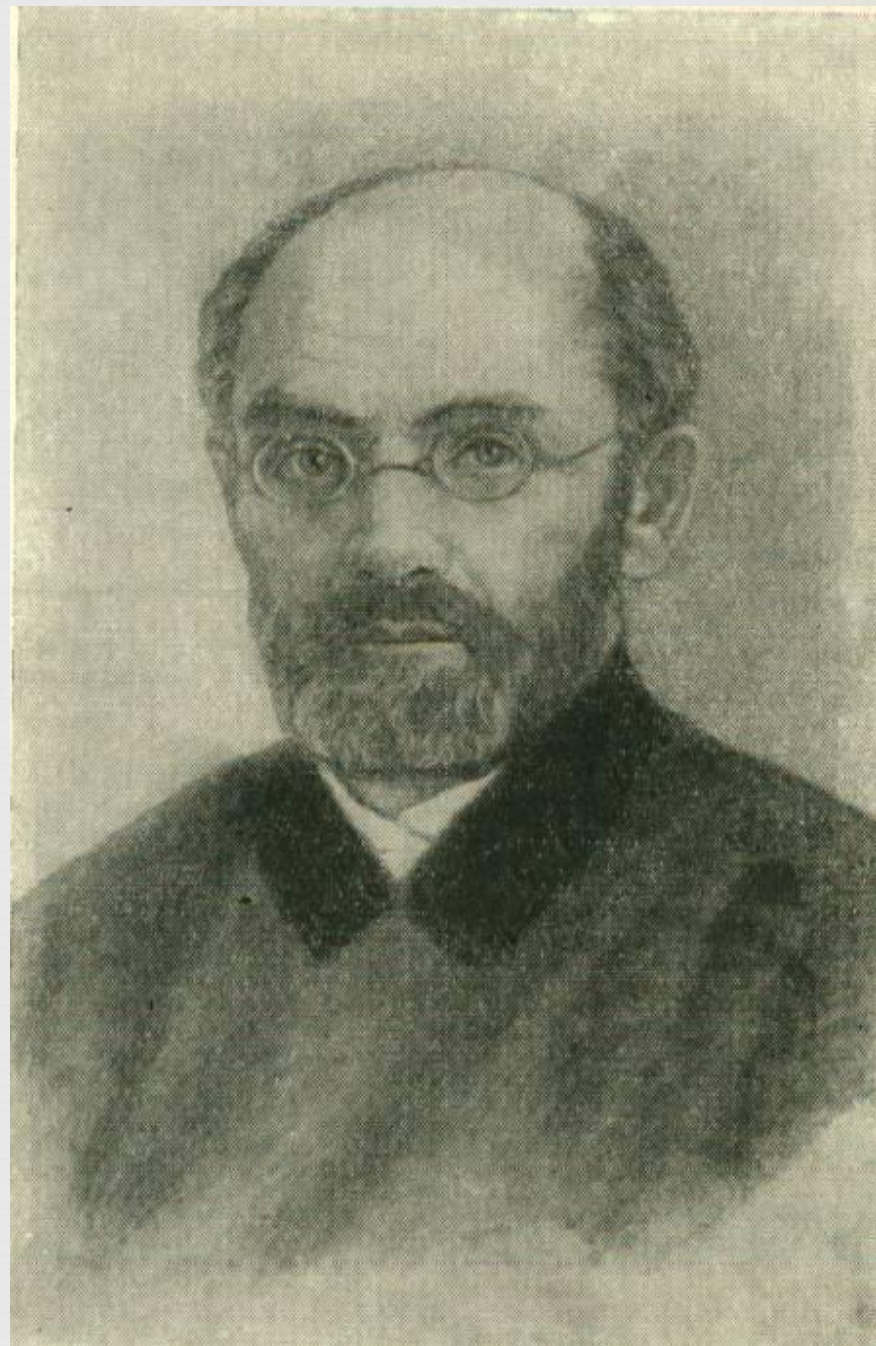
Стетоскопы, использовавшиеся врачами в XX веке



Матвей Яковлевич
Мудров -
(1776-1831) **внедрил в**
практику
метод системного
обследования
больного и ведение
истории
болезни



**Григорий Антонович
Захарьин -(1829-1897) –
предложил метод расспроса,
блестяще владел сбором
анамнеза**



□ Крупнейший французский клиницист Юшар писал: «Школа Захарьина опиралась на наблюдение, на точное знание анамнеза и этиологии, расспроса, воздвигнутого на высоту искусства». Г.А. Захарьину принадлежит приоритет в описании и объяснении появления зон повышенной кожной чувствительности при заболеваниях внутренних органов (зоны Захарьина-Геда), разработке диагностики и классификации туберкулеза. Великий клиницист считал, что лечение заболеваний должно быть всегда комплексным, включающим гигиенические мероприятия, диету и медикаментозные средства, климатотерапию. Он подчеркивал: «Победоносно спорить с недугами может лишь гигиена».

Сергей Петрович Боткин
(1832-1883) – создал теорию
диагностического мышления,
был **выдающимся**
клиницистом. Он считается
основоположником
физиологического
направления в медицине и
родоначальником
экспериментальной
фармакологии, терапии и
патологии в России.



«Теория эта должна вытекать из критического разбора всех найденных фактов. Чем шире и многостороннее образование врача, тем вернее будет критика фактов и тем вернее, конечно, будет гипотеза – результат критического разбора всего найденного. Эта...гипотеза и составляет...распознавание (diagnozis) болезни исследуемого индивидуума»

С. П. Боткин

**Василий
Парменович
Образцов**

**(1849-1920) – создал
терапевтическую
клиническую
школу. Разработал
метод глубокой,
скользящей
пальпации.**



**Николай Дмитриевич
Стражеско (1876 -
1920).** Труды по
патологии
кровообращения и
пищеварения,
ревматизму. Совместно
с В. П. Образцовым дал
классическое описание
клиники инфаркта
миокарда.



«Деонтология» наука о профессиональном поведении человека (deontos – должное, logos – учение).



Медицинская деонтология - наука о моральном, этическом облике человека, посвятившему себя благородному делу – заботе о здоровье людей; о взаимоотношениях врачей между собой, с другим медицинским персоналом, с больным и его родственниками.

Врачебная этика – наука о нормах поведения врача в обществе, об отношениях врача с больным, его родственниками, коллегами.

Основные деонтологические требования к врачу

1. Высокая квалификация врача
2. Понимание психологии больного
3. Высокие моральные и душевные качества (чуткость и внимание, умение выслушать, утешить, обнадежить, вселить в больного веру в выздоровление)
4. Чувство ответственности за пациента
5. Высокая культура врача
6. Способность принимать оптимальное решение в критических ситуациях. Решительность.
7. Способность признавать свои недостатки и ошибки.
8. Сохранение врачебной тайны

«Первое надобно познать болезнь, ибо познание болезни уже половина лечения»

М.Я. Мудров

Диагностика (diagnosticon – способность распознавать) – наука, изучающая процесс распознавания болезни.

- Изучение методов наблюдения и исследования больного – овладение врачебными навыками
- Изучение признаков (симптомов) и их диагностического значения – **семиотика** (симптоматология)
- Изучение **клинической картины** болезней
- Исследование особенностей мышления врача при распознавании болезни – методология диагноза

Признаки болезни (симптомы) и их диагностическое значение изучает **семиотика** (симптоматология)

- Признак, или симптом заболевания — это статистически значимое отклонение того или иного показателя от границ его нормальных величин или возникновение качественно нового, не свойственного здоровому организму явления.
- Симптомы бывают *субъективные* (жалобы) и *объективные* (выявляются при физикальном, лабораторном и инструментальном исследовании)

- **Патогномоничные** симптомы свойственны строго определенному заболеванию и не встречаются ни при каких других; в то же время данное заболевание никогда не протекает без этого симптома (*мегалобласты при B_{12} -дефицитной анемии*)
- **Специфические** симптомы указывают на поражение какого-либо органа или системы, но встречаются при разных патологических процессах (*язва желудка как симптом язвенной болезни и рака желудка*)
- **Неспецифические** (общие) симптомы обнаруживаются при разных заболеваниях и возникают вследствие функциональных расстройств нервной и сердечно-сосудистой системы (*слабость, головная боль и др.*)

Синдром – совокупность симптомов, объединенных единым механизмом развития



Например: изжога, отрыжка, тошнота и рвота представляют **синдром желудочной диспепсии**.

Удушье, тахикардия, цианоз и кашель характерны для **синдрома сердечной астмы**, обусловленной снижением функции левого желудочка сердца.

Диагноз – краткое определение сущности патологического процесса, отражающее его этиологию, патогенез и характеристику этих изменений.

Методы обследования больного

□ Основные методы обследования

- Анамнез (официальный анамнез, жалобы, анамнез заболевания, анамнез жизни)
- Физические (физикальные) методы (осмотр, пальпация, перкуссия и аускультация)

□ Дополнительные методы исследования

- Лабораторные
- Инструментальные

Жалобы



- **Основные жалобы** – те, которые предъявляет сам больной
- **Дополнительные жалобы** врач выявляет активно, задавая вопросы больному

Детализация жалоб: основные характеристики боли

- Характер боли (острая, тупая и т.д.)
- Локализация боли
- Распространение (иррадиация) боли
- Временная или постоянная боль
- Условия возникновения боли
- Условия облегчения боли
- Сопутствующие симптомы

«Распрос можно считать достаточно
полным, если по окончании его больной
ничего не может добавить»

Г.А.ЗАХАРЬИН

АНАМНЕЗ БОЛЕЗНИ

- При расспросе о развитии самой болезни (anamnesis morbi) нужно получить точные ответы на следующие вопросы: 1) когда началось заболевание; 2) как оно началось; 3) как оно протекало; 4) какие проводились исследования, их результаты; 5) какое проводилось лечение и какова его эффективность.
- В процессе такого подробного расспроса нередко вырисовывается общее представление о болезни.
- История настоящего заболевания должна отражать развитие болезни от ее начала до настоящего момента. Сначала необходимо выяснить общее состояние здоровья перед возникновением болезни и постараться установить причины, ее вызвавшие. Подробно расспрашивают о первых признаках болезни, а затем в хронологической последовательности выясняют ее динамику, наличие рецидивов или обострений, периодов ремиссии, их длительность.

АНАМНЕЗ БОЛЕЗНИ

- . Если в период обострения больной подвергался обследованию, нужно выяснить его результаты. При этом не следует побуждать больного к подробным описаниям посещений им различных лечебных учреждений, а выяснить лишь основные методы и результаты проведенных ранее исследований. Необходимо выяснить, чем лечили ранее больного (терапия сердечными гликозидами, сосудорасширяющими, мочегонными средствами, антибиотиками, гормонами и др.) и каковы результаты лечения. Наконец, нужно установить мотивы настоящей госпитализации (обострение болезни, уточнение диагноза и др.) или обращения к врачу.

АНАМНЕЗ ЖИЗНИ

- Сведения о жизни больного часто имеют большое значение для выяснения характера настоящего заболевания и установления причин и условий его возникновения. Анамнез жизни (anamnesis vitae) представляет собой медицинскую биографию больного по основным периодам его жизни (младенчество, детство, юношество, зрелый возраст).

АНАМНЕЗ ЖИЗНИ

□ Общепрографические сведения.

- Начинают собирать анамнез жизни с общепрографических сведений. Имеют значение такие данные, как место рождения, ибо известно, что некоторые болезни (например, эндемический зуб) распространены в одних местностях и редко встречаются в других. Далее выясняют возраст родителей больного при его рождении, родился ли он в срок, каким по счету ребенком был в семье, вскармливался грудью или искусственно, когда начал ходить, говорить, не было ли в детстве явных признаков рахита.
- Эти сведения позволяют оценить состояние его здоровья при рождении и в младенческом возрасте. Далее расспрашивают об общих условиях его жизни в детстве и юности (местность, семейные обстоятельства, жилищные условия, питание); следует выяснить также особенности его развития в эти периоды, не отставал ли он от сверстников в физическом или умственном отношении, как учился. Выясняют время наступления половой зрелости, ее влияние на общее состояние.
- У женщин нужно узнать число беременностей, родов, их течение, наличие абортсв и их осложнений.

АНАМНЕЗ ЖИЗНИ

□ Жилищно-бытовые условия.

□ Большое значение для состояния здоровья имеют жилищно-бытовые условия в различные периоды жизни больного (отдельная квартира или общежитие, комната в подвале, полуподвале, санитарные условия и т. д.). Нужно установить семейное положение больного, узнать, сколько человек живет вместе с ним, их состояние здоровья, какова материальная обеспеченность семьи. Большое значение для возникновения некоторых заболеваний имеет неправильное питание. Поэтому нужно выяснить режим питания больного, достаточно ли оно, сбалансирован ли его рацион по основным питательным веществам — белкам, жирам, углеводам, витаминам и др. Большое внимание следует уделить также режиму свободного времени больного: следует выяснить, достаточно ли он спит и отдыхает, бывает ли на свежем воздухе, занимается ли физической культурой и спортом.

АНАМНЕЗ ЖИЗНИ

□ Условия труда. Неблагоприятные условия и вредности также могут способствовать возникновению ряда заболеваний. Например, некоторые виды производственной пыли способствуют возникновению БА, хронических заболеваний бронхов и легких. Сильный шум, вибрация, высокая температура в помещении или, наоборот, сквозняки и холод при работе на улице также могут быть причиной заболеваний. В ряде случаев возможны промышленная интоксикация (ртутная, свинцовая, окисью углерода), а также лучевое поражение при несоблюдении техники безопасности. Имеет значение и режим работы. Знание неблагоприятной роли определенных производственных факторов позволяет выработать конкретные трудовые рекомендации для больного с учетом характера его заболевания.

АНАМНЕЗ ЖИЗНИ

□ Перенесенные заболевания. Необходимо также установить, какие болезни перенес больной до последнего заболевания. Некоторые инфекционные заболевания (например, корь, скарлатина) сопровождаются выработкой у больного стойкого иммунитета к данной инфекции; после других инфекционных болезней (например, рожа, ревматизм) остается склонность к их повторению. При ревматизме, дифтерии часто наблюдается поражение сердца; осложнением скарлатины может быть воспаление почек; после эндокардита остается порок клапанов сердца; сифилис иногда ведет к заболеванию внутренних органов.

АНАМНЕЗ ЖИЗНИ

□ Перенесенные заболевания. Следует учитывать, что больной может не знать о некоторых заболеваниях, перенесенных ранее, поэтому при наличии подозрения у врача следует расспросить больного, не было ли у него в прошлом симптомов, которыми эти болезни проявляются. К таким симптомам относятся, например, длительные лихорадочные состояния, опухание и болезненность суставов при ревматизме, общие отеки тела при некоторых заболеваниях почек, сильные приступообразные боли в пр.подреберье при заболеваниях ЖП и др. Всегда необходимо выяснить, не было ли более или менее тесного контакта с больными инфекционными заболеваниями, особенно при наличии эпидемии (например, гриппа).

АНАМНЕЗ ЖИЗНИ

□ Семейный и наследственный анамнез.

□ Выяснение состояния здоровья родственников (родители, братья, сестры) нередко помогает распознаванию заболевания у данного больного. Если кто-нибудь в семье страдает туберкулезом легких, то возможно заражение и заболевание туберкулезом других членов семьи.

□ Сифилис может передаваться внутриутробно от матери детям. Таким образом, инфекционные болезни могут поразить одновременно нескольких членов семьи. Сопоставляя заболевание больного с болезнями его родственников, можно сделать заключение о роли наследственности в происхождении или развитии заболевания. Наследственная предрасположенность проявляется в большинстве случаев только при определенных (провоцирующих) условиях. Поэтому при отсутствии этих факторов болезнь не возникает, а создание благоприятных условий часто укрепляет организм и может устранить наследственное предрасположение к болезни.

Аллергологический анамнез

- Учитывая, что у больных и даже у практически «здоровых» лиц нередко встречается патологически повышенная, или извращенная, реакция иммунной системы—аллергия (в патогенезе ряда заболеваний вн.органов она играет существенную роль), обязательно следует собрать аллергологический анамнез. Узнают, не было ли в прошлом у больного (а также у его родственников) аллергических реакций на пищ.продукты (клубника, яйца, крабы и т. д.), какие-либо ЛП, парфюмерные изделия, цветочную пыльцу и т. д. Аллергические реакции могут быть крайне разнообразными — от вазомоторного ринита, крапивницы, отека Квинке до анафилактического шока.

Общий осмотр

□ Общий осмотр включает оценку общего состояния больного, его сознания, положения, телосложения, измерение температуры тела, определение характерных для некоторых заболеваний особенностей выражения лица, а также оценку состояния кожи, ногтей, волосяного покрова, видимых слизистых оболочек, подкожной жировой клетчатки, лимфатических узлов, мышц, костей и суставов. Данные, полученные врачом при общем осмотре, имеют важнейшее диагностическое значение, позволяя, с одной стороны, выявить характерные (хотя нередко и неспецифические) признаки болезни, а с другой – дать предварительную оценку тяжести патологического процесса и степени функциональных расстройств.

□ При распознавании заболевания необходимо помнить, что заболевание какого-либо органа всегда вызывает нарушения во всем организме. Для того чтобы объективное исследование больного было полным и систематическим, его проводят по определенному плану. Сначала производят общий осмотр больного, затем, применяя ощупывание, выстукивание, выслушивание и другие методы исследования, изучают состояние систем дыхания, кровообращения, пищеварения, мочеотделения, движения, лимф.узлов, эндокринных желез, НС.

□ К числу объективных методов клинического исследования относятся также лабораторные, рентгенологические, эндоскопические и др.

ОБЩИЙ ОСМОТР

- *Общий осмотр* (inspectio) больного как диагностический метод сохранил свое значение для врача любой специальности, несмотря на все увеличивающееся количество инструментальных и лабораторных методов исследования.
- С помощью осмотра можно не только составить общее представление о состоянии организма больного в целом, но и поставить правильный диагноз «с первого взгляда» (акромегалия, тиреотоксический зоб и др.).
- Патологические признаки, обнаруженные при осмотре пациента, оказывают существенную помощь в собирании анамнеза и проведении дальнейших исследований.

Правила осмотра

- Для того чтобы полностью использовать все возможности осмотра, необходимо соблюдать определенные правила, касающиеся освещения, при котором он осуществляется, техники и плана его проведения.
- Освещение. Осмотр лучше всего производить при дневном освещении либо при лампах дневного света, так как при обычном электрическом освещении невозможно обнаружить желтушное окрашивание кожи и склер. Помимо прямого освещения, выявляющего весь контур тела и составные его части, следует применять и боковое освещение, которое позволяет обнаружить различные пульсации на поверхности тела (верхушечный толчок сердца), дыхательные движения грудной клетки, перистальтику желудка и кишечника.

Сознание

- **Сознание может быть ясным и спутанным.** Различают три степени **нарушения сознания:**
- 1) **Ступор** — состояние оглушения, из которого больного на короткое время можно вывести разговором с ним. Больной плохо ориентируется в окружающей обстановке, отвечает на вопросы медленно, с запозданием .
- 2) **Сопор (спячка)** — более выраженное нарушение сознания. Больной не реагирует на окружающих, хотя чувствительность, в том числе болевая, сохранена, на вопросы не отвечает или отвечает односложно («да – нет»), реагирует на осмотр .
- 3) **Кома:** больной находится в бессознательном состоянии, не реагирует на речь, обращенную к нему, на осмотр врача. Отмечается снижение или исчезновение основных рефлексов .



Внешний вид пациента с хроническим гломерулонефритом, циррозом печени и почечно-печеночной недостаточностью. Больной в состоянии оглушения (ступора), медленно и с запозданием отвечает на вопросы.



Внешний вид больной раком молочной железы с множественными метастазами, раковой интоксикацией. Реакции резко замедлены, лицо амимично, на вопросы не отвечает, но реагирует на осмотр (сопор).

Положение больного

- Различают активное, пассивное и вынужденное положение.
- Активное положение — это возможность активно передвигаться, по крайней мере в пределах больничной палаты, хотя при этом больной может испытывать различные болезненные ощущения.
- Пассивное положение — такое состояние, когда больной не может самостоятельно изменить приданное ему положение.
- Вынужденным называют такое положение, которое несколько облегчает страдания больного (боль, одышку и т.п.). Иногда вынужденное положение пациента настолько характерно для того или иного заболевания или синдрома, что позволяет на расстоянии поставить правильный диагноз.

□ При приступе БА (удушьё, сопровождающееся резким затруднением выдоха) больной занимает вынужденное положение сидя, упираясь руками о спинку стула, край кровати, колени. Это позволяет фиксировать плечевой пояс и подключать дополнительную дыхательную мускулатуру, в частности мышцы шеи, спины и грудные мышцы, помогающие произвести выдох.

□ При приступе сердечной астмы и отеке легких, обусловленном переполнением кровью сосудов малого круга кровообращения, больной стремится занять вертикальное положение (сидя) с опущенными вниз ногами, что уменьшает приток крови к правым отделам сердца и дает возможность несколько разгрузить малый круг кровообращения (положение orthopное).



Вынужденное положение (ортопноэ) у больного с инфарктом миокарда, осложненным острой левожелудочковой недостаточностью (сердечной астмой).

Вынужденное положение больного при приступе бронхиальной астмы





Вынужденное положение больного



Положение **сидя (ортопноэ)** без упора рук занимают больные с сердечной недостаточностью

Положение ортопноэ

(orthopное) — это вынужденное сидячее или полусидячее положение в постели, как правило, с опущенными вниз ногами. Такое положение характерно для больных с тяжелой левожелудочковой недостаточностью и выраженным застоем крови в малом круге кровообращения.

Положение ортопноэ больные занимают не только во время приступа сердечной астмы или отека легких, но и при выраженной одышке (ортопноэ), усиливающейся в горизонтальном положении.

Осмотр





a



б

Рис. 1. Вынужденное положение:

a — при сердечной недостаточности; *б* — при приступе
бронхиальной астмы

Положение больного

- **Больные с воспалением листков плевры** (сухим плевритом, □ плевропневмонией) и интенсивными плевральными болями часто занимают вынужденное положение лежа на больном боку или сидят, прижимая руками грудную клетку на стороне поражения. Такое положение ограничивает дыхательные движения воспаленных листков плевры и трение их друг о друга, что способствует уменьшению болей.

Положение больного

- Многие больные с односторонними заболеваниями легких (пневмонии, абсцесс легкого, бронхоэктазы) стараются лежать на больном боку. Это положение облегчает дыхательную экскурсию здорового легкого, а также уменьшает поступление мокроты в крупные бронхи, рефлекторно вызывающее мучительный кашель.

Вынужденное положение больного:



Рис. 1.6. Вынужденное положение больного с сухим плевритом.



1.7. Вынужденное положение больного с абсцессом верхней доли правого легкого

**Вынужденное положение больного
на больном боку при правостороннем плеврите**





а



б

Рис. 1.50. Фурункул: а — до вскрытия; б — после вскрытия виден некротический стержень.



Трофическая язва голени у больной с тромбозом глубоких вен.



Рис. 1.53. Больной с гидраденитом.



Пролежни в области крестца и большого вертела у тяжело больной.



Сосудистые звездочки на коже верхней половины туловища у больного с циррозом печени



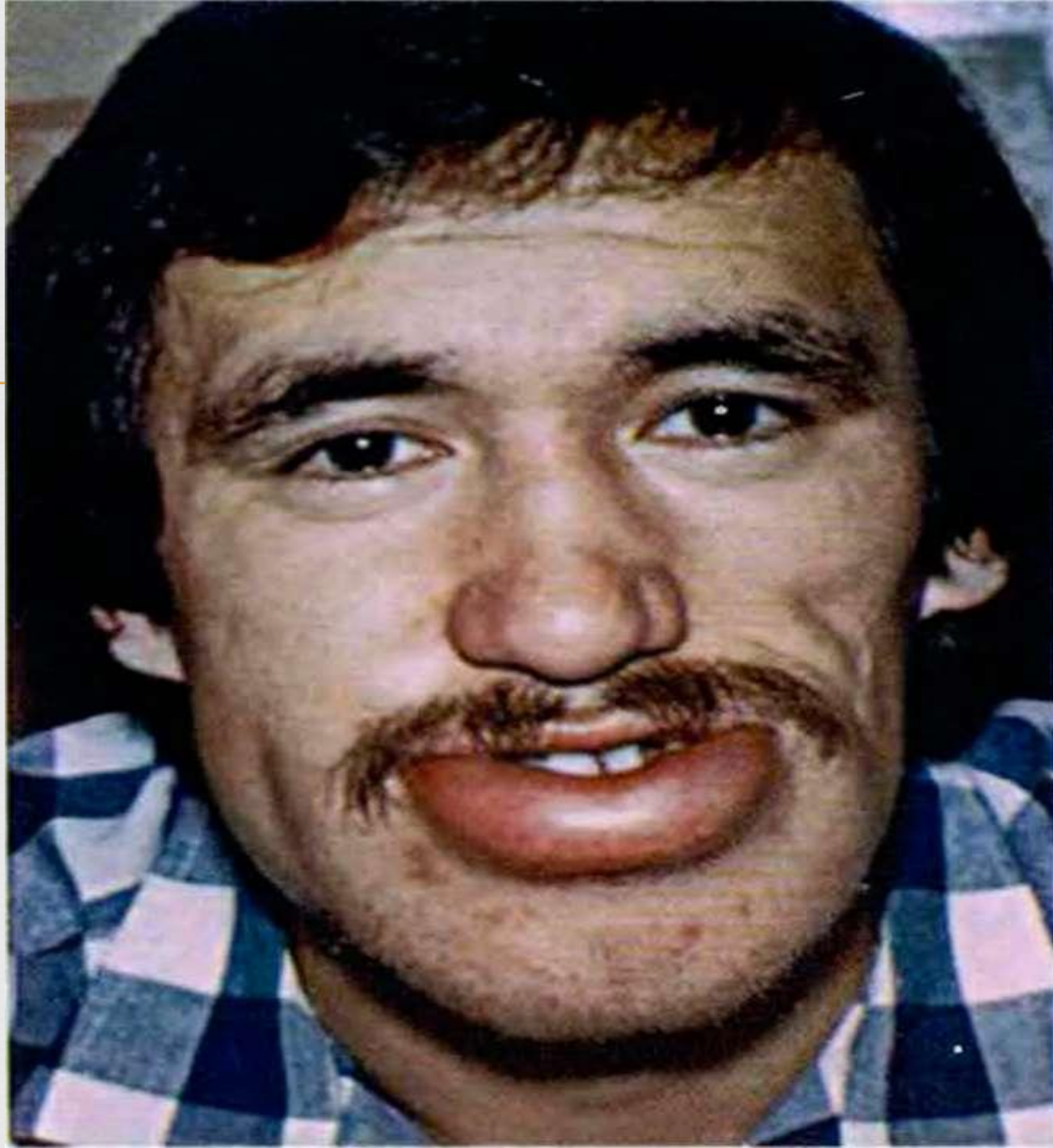
Печеночные ладони (эритема thenar и hypothenar) у больного с циррозом печени и печеночно-клеточной недостаточностью.



.67. Асцит и отечность подкожной жировой клетчатки у больного с сердечной недостаточностью.



Ограниченный местный цианоз у больного с варикозным расширением и тромбофлебитом вен нижних конечностей.



Внешний вид больного с аллергической реакцией на медикаменты (отеком Квинке). Заметна выраженная отечность нижней губы.



□ _____
Внешний вид трех больных раком молочной
железы с метастазами в подмышечные
лимфатические узлы (а, б, в).

Осмотр лица

- **Facies febris** (лицо лихорадящего больного) обычно возбужденное, кожа гиперемирована, характерен лихорадочный блеск глаз.
- **Facies nephritica** (лицо больного с заболеваниями почек) бледное, одутловатое, с отеками верхних и нижних век, отеками под глазами.
- **Facies mitralis** (лицо больного с декомпенсированными митральными пороками сердца) отличается выраженным цианозом губ, цианотичным румянцем на щеках в виде так называемой митральной бабочки.

Facies nephritica



Наиболее характерная деталь внешнего вида больного – *facies nephritica* – одутловатое, бледное лицо с припухшими веками и суженными глазными щелями.

Метаболический ацидоз при уремии ведёт к преобладанию катаболических процессов и развитию кахексии.



Facies mitralis. Заметны цианоз губ, цианотический румянец щек (митральная бабочка).

- **Лицо Корвизара** характерно для больных с выраженной сердечной недостаточностью. Лицо одутловато, кожа желтовато-бледная со значительным цианозом губ, кончика носа, ушей, рот полуоткрыт, глаза тусклые.
- **Facies Basedovica** (лицо больного с тиреотоксикозом): отмечается тревожное, раздраженное или испуганное выражение лица, глазные щели расширены, характерен своеобразный блеск глаз, выпячивание глазных яблок или экзофтальм.
- **Facies micsedemica** — лицо больного с гипофункцией щитовидной железы (микседемой). Округлое, одутловатое бледное лицо с утолщенными носом и губами. Характерно значительное ограничение мимики лица, тупой, иногда бессмысленный взгляд, отчего лицо становится крайне невыразительным.



Лицо Корвизара у больной с бивентрикулярной ХСН.

Нередко лицо одутловато, кожа желтовато-бледная со значительным цианозом губ, кончика носа, ушей, рот полуоткрыт, глаза тусклые (лицо Корвизара).

Определяется акроцианоз, одутловатость лица, набухание шейных вен

В тяжелых случаях внешний вид больных с бивентрикулярной ХСН весьма характерен:

обычно отмечается положение ортопноэ с

опущенными вниз ногами, выраженные отеки нижних конечностей,

акроцианоз,

набухание шейных вен,

заметно увеличение живота в объеме за счет асцита.



Рис. 3. Лицо больного с признаками акромегалии.

Изменение выражения лица

Facies basedovica - при ДТЗ с явлениями офтальмопатии. Характерны большие, широко раскрытые, выпученные, редко мигающие, блестящие глаза, придающие лицу выражение ужаса или гнева.



ОСМОТР

- При осмотре больных базедовой болезнью выявляется своеобразное выражение лица - широко раскрытые, блестящие, выпученные глаза
(facies basedovica)
- Пучеглазие (**exophthalmus**)- обусл. раздраж. шейн. симпатич. нерва, привод. к контрактуре глазничной (мюллеровой) мышцы, кот. охватывает гл. яблоко сзади и при сокращении выдвигает его из орбиты. При спастическом сокращении - возможно сдавление вен и лимф. путей, приводящих к разв. отека век и ретробульбарного пространства.



ПУЧЕГЛАЗИЕ

Микседема у взрослых



- У взрослых наблюдаются отеки , выпадение волос, заторможенность реакций, мышечная слабость, сухая кожа с восковидным отеком; общее нарушение обмена веществ.
- Причина: гипоплазия железы, интоксикация беременных матерей, наследственность, опухоли гипофиза.

- Лицо больной с системной красной волчанкой с характерными эритематозными или другими высыпаниями на спинке носа и щеках.
- Лицо больной с гирсутизмом, развившимся вследствие избытка тестостерона в организме, обусловленного поли- кистозным перерождением яичников. Отмечается оволосение лица по мужскому типу.
- Facies Hippocratica (лицо Гиппократата) характерно для больных с разлитым перитонитом, перфорацией язвы желудка или двенадцатиперстной кишки, непроходимостью кишечника. Лицо мертвенно-бледное, осунувшееся, с запавшими тусклыми глазами и заостренным носом, на лице заметны капельки пота.



Лицо больной с системной красной волчанкой (волчаночная бабочка).



Лицо больной с гирсутизмом. Заметно
оволосение по мужскому типу.

Гидроцефалия



Гидроцефалия

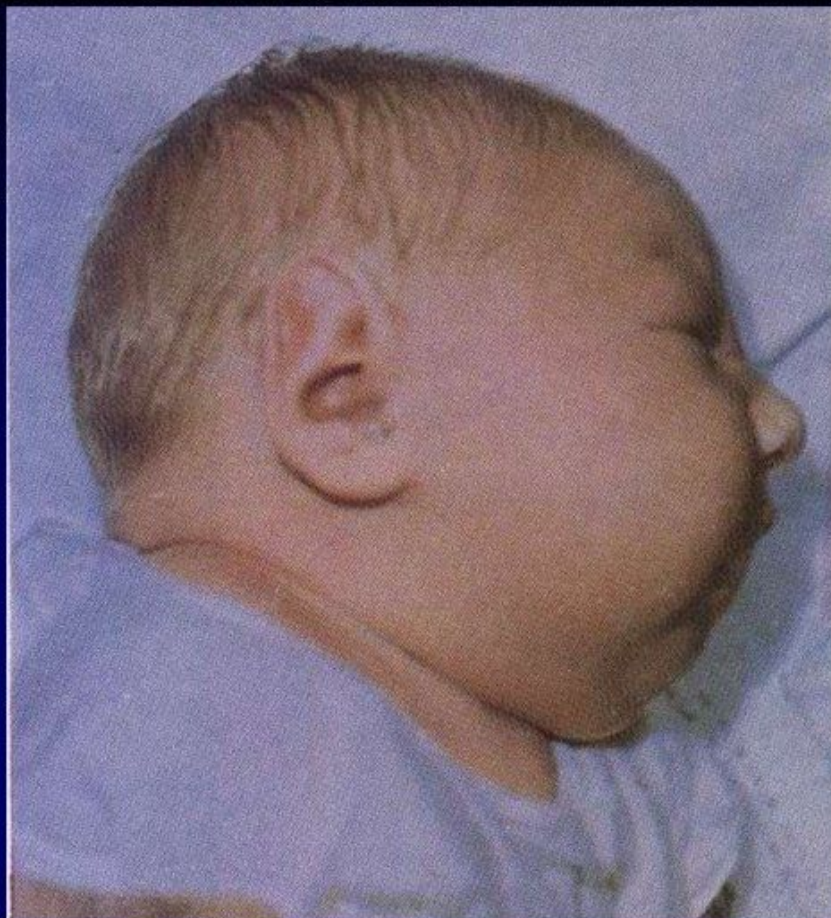


МИКРОЦЕФАЛИЯ

- Значительное уменьшение размеров черепа и соответственно головного мозга при нормальных размерах других частей тела. Микроцефалия сопровождается нарушением двигательных функций, судорожным синдромом и выраженной задержкой психического развития. Среди умственно отсталых детей больные с этой патологией составляют 20 %.
- Микроцефалия встречается как самостоятельный синдром (генетическая и приобретенные формы) и как симптом хромосомных болезней и некоторых нарушений обмена веществ.
- Причины - воздействие на развивающийся мозг неблагоприятных факторов: гипоксии, инфекции, интоксикации.







микроцефалия

Одутловатое лицо



«Львиное» лицо у больных лепрой



- Множественные двусторонние симметрично расположенные узелки или узлы - лепромы

до ...

...после



ЖИТЬ
здорово
ПРО ЖИЗНЬ

синдром
Кушинга

Болезнь и синдром Иценко-Кушинга

- Слабость, утомляемость, головная боль, боль в ногах и спине, сонливость, жажда.
- Характерно лунообразное лицо с ярким румянцем на щеках, гипертрихоз, ожирение с преимущественным отложением жира в области шеи в виде «загривка лося», в области спины, живота. На коже живота, спины, на плечах, бедрах, молочных железах формируются стрии багрового или фиолетового цвета.
- Остеопороз, артериальная гипертензия, понижается толерантность к глюкозе.



Осмотр голова, шея

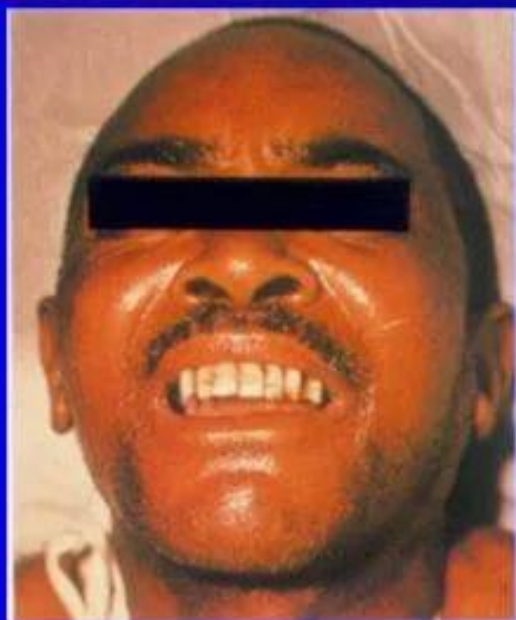
- Ожирение лица (лунообразное) при синдроме или болезни Иценко – Кушинга
- Фотография из паспорта, сделанная 9 месяцами ранее та же больная



Сардоническая улыбка



КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА СТОЛБНЯКА



- Инкубационный период – 5-14 дней, иногда до 1 мес.
- Тризм
- Затруднение при открывании рта
- Сардоническая улыбка
- Дисфагия
- Ригидность мышц затылка
- Гипертонус скелетных мышц, судороги
- Гипертермия, потливость, тахикардия, нарушения дыхания, сильные боли
- Затруднения мочеиспускания и дефекации
- Сознание сохранено

Критерии диагноза столбняка

- Анамнез (травма)
- Клиника
- Выделение *C. tetani* из ран и очагов воспаления





Кожа

- При исследовании кожи обращают внимание на ее цвет, влажность, эластичность, состояние волосяного покрова, наличие высыпаний, кровоизлияний, сосудистых изменений, рубцов и т.д.
- Окраска кожи. Практикующий врач чаще всего сталкивается с несколькими вариантами изменения цвета кожи и видимых слизистых оболочек: бледностью, гиперемией, цианозом, желтухой и коричневатым (бронзовым) цветом кожи.

Кожа

- **Бледность** может быть обусловлена двумя основными причинами:
 - **анемиями** любого происхождения с **уменьшением числа эритроцитов и содержания гемоглобина в единице объема крови**
 - **патологией периферического кровообращения:**
 - а) склонностью к **спазму периферических артериол** у больных с аортальными пороками сердца, гипертоническим кризом, некоторыми заболеваниями почек
 - б) перераспределением крови в организме при **острой сосудистой недостаточности (обморок, коллапс)** в виде депонирования крови в расширенных сосудах брюшной полости, скелетных мышцах и, соответственно, уменьшения кровенаполнения кожи и некоторых вн.органов.



Внешний вид больной с железодефицитной анемией



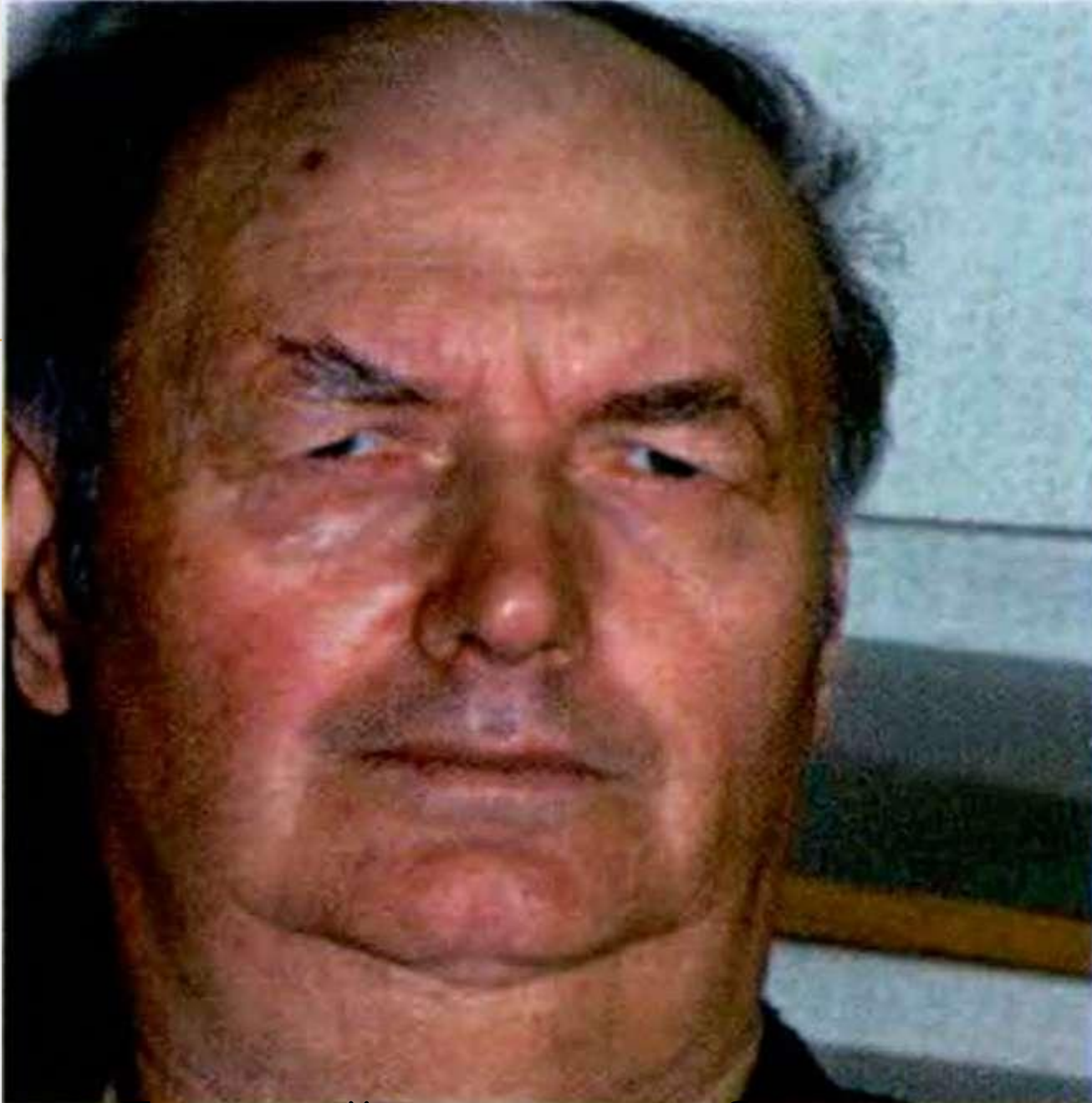
Бледность кожи с желтушным оттенком у больного раком желудка, метастазами в печень, костный мозг, раковой кахексией и вторичной анемией.

Кожа

□ Следует иметь в виду также конституциональные особенности цвета кожи у лиц с астеническим конституциональным типом (глубокое расположение под кожей капилляров или слабое их развитие) и индивидуальные реакции периферических сосудов (склонность к рефлекторному спазму) на эмоции, стресс, холод, которые встречаются даже у здоровых людей.

□ Бледность кожи, обусловленная анемией, обязательно сопровождается бледностью видимых слизистых оболочек и конъюнктив, что не характерно для случаев конституциональной бледности и бледности, возникшей в результате спазма периферических

- **Красный цвет кожи (гиперемия)** может быть обусловлен двумя основными причинами:
 - расширением периферических сосудов: а) при лихорадках любого происхождения; б) при перегревании; в) после употребления некоторых препаратов (никотиновой кислоты, нитратов) и алкоголя; г) при местном воспалении кожи и ожогах; д) при нервно-психическом возбуждении (гнев, страх, чувство стыда и т.п.);
 - увеличением содержания гемоглобина и числа эритроцитов в единице объема крови (эритроцитоз, полицитемия). В этих случаях гиперемия имеет своеобразный багровый оттенок, сочетаясь с легкой синюшностью кожи (цианозом).
- Следует иметь в виду также склонность к красноватой окраске кожи у лиц гиперстенического конституционального типа.



Багровый цвет кожи у больного с
эритроцитозом

□ Цианоз — синюшное окрашивание кожи и видимых слизистых оболочек, обусловленное увеличением в периферической крови (на ограниченном участке тела или диффузно) количества восстановленного гемоглобина.

□ **Запомните:**

□ Цианоз появляется, если абсолютное количество восстановленного гемоглобина в крови превышает 40—50 г/л. (Напомним, что количество общего гемоглобина в крови у здорового человека колеблется в пределах 120—150 г/л).

□ В соответствии с основными причинами различают три вида цианоза:

□ центральный цианоз развивается в результате недостаточной оксигенации крови в легких при различных заболеваниях органов дыхания, сопровождающихся ДН. Это диффузный (теплый) цианоз лица,



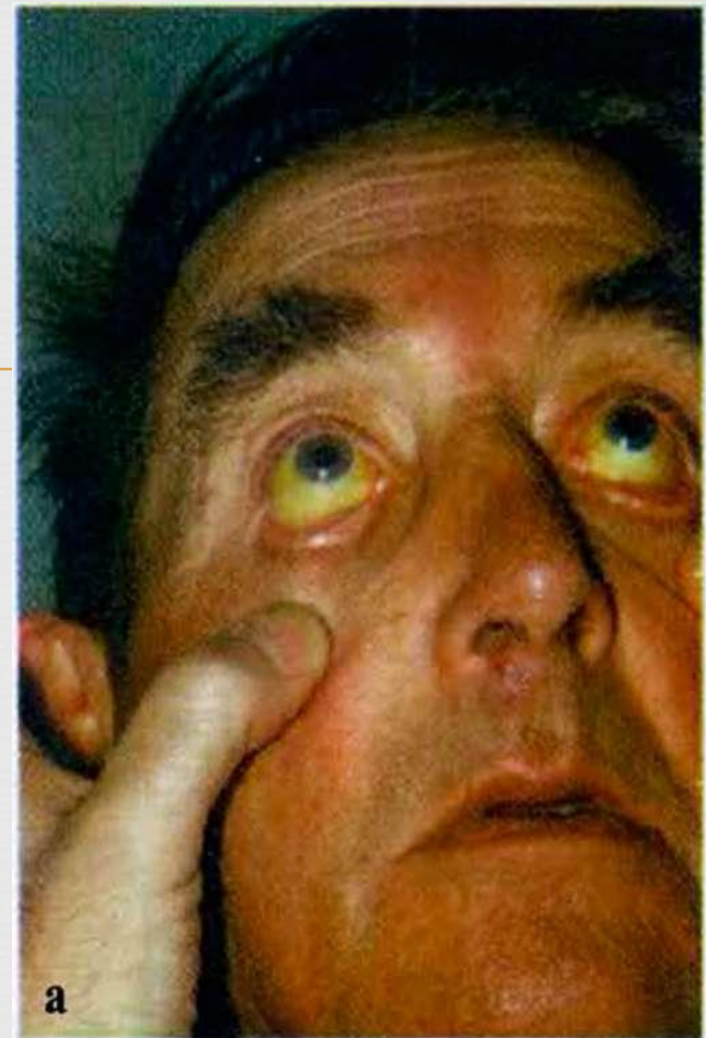
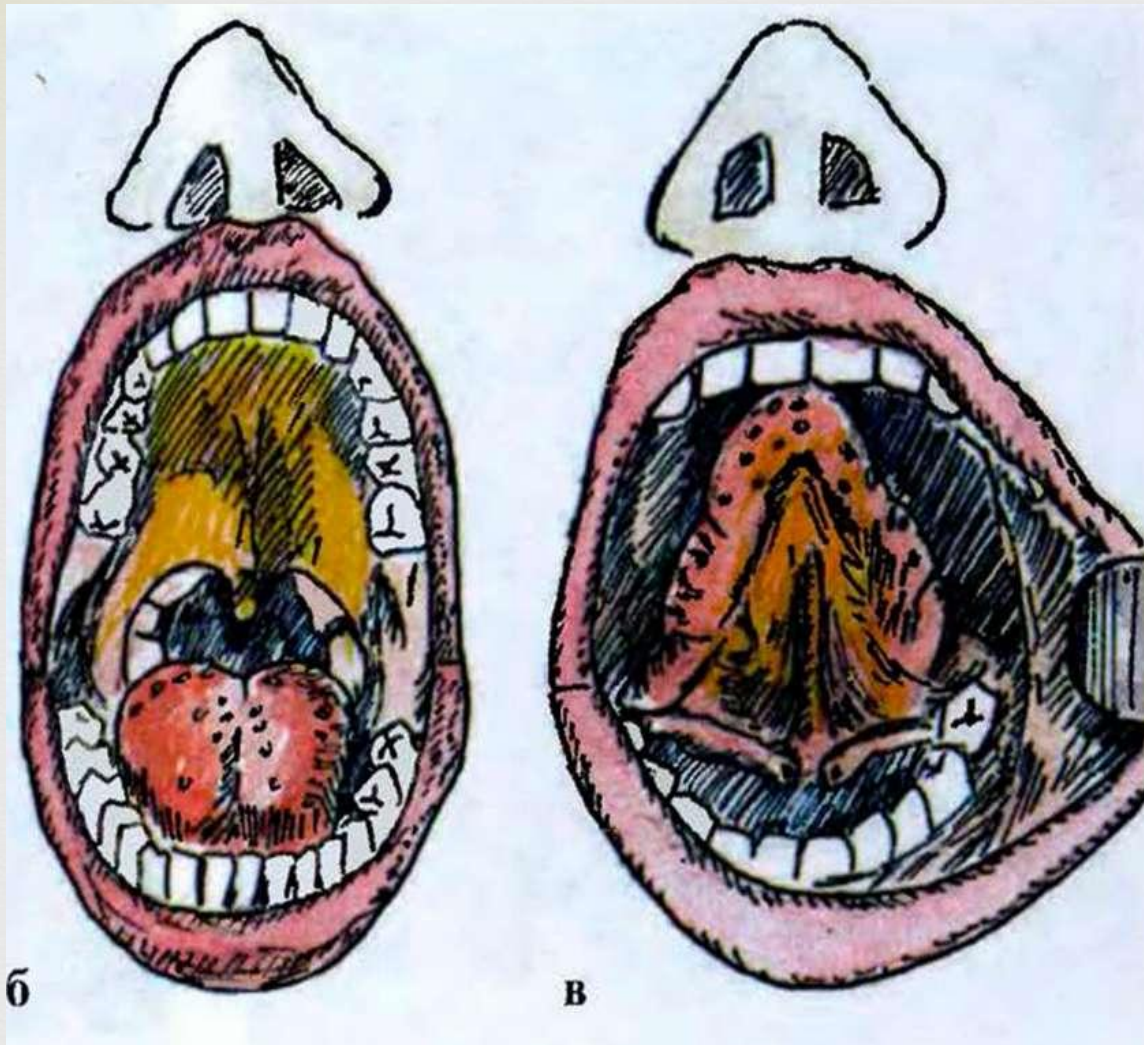
Периферический цианоз губ у больной с сердечной недостаточностью.

периферический цианоз (акроцианоз) появляется при замедлении кровотока на периферии, например, при венозном застое у больных с правожелудочковой СН. В этих случаях увеличивается экстракция O₂ тканями, что приводит к увеличению содержания восстановленного гемоглобина (больше 40—50 г/л), преимущественно в дистальных отделах (цианоз кончиков пальцев рук и ног, кончика носа, ушей, губ. Конечности при этом на ощупь холодные в связи с резким замедлением периферического кровотока:

ограниченный, местный цианоз может развиваться в результате застоя в периферических венах при их сдавлении опухолью, увеличенными лимф. узлами или при тромбозе вен (флеботромбоз, тромбофлебит).

Желтуха

- **Желтуха** в большинстве случаев обусловлена пропитыванием кожных покровов и слизистых оболочек билирубином при увеличении его содержания в крови. В соответствии с основными причинами гипербилирубинемии различают три разновидности желтухи:
 - 1) паренхиматозная (при поражении печеночной паренхимы);
 - 2) механическая (при обтурации общего желчного протока камнем или сдавлении его опухолью);
 - 3) гемолитическая (при усиленном гемолизе Эр).
- Механизмы возникновения гипербилирубинемии при этих трех разновидностях желтух.
- Запомните:
- Начальные признаки неинтенсивной желтухи (субиктеричность) лучше всего выявляются при осмотре склер, мягкого неба и нижней поверхности языка.



Методика выявления желтухи:

а — иктеричность склер; б — твердого и мягкого неба; в — нижней поверхности языка.

□ **Бронзовое (коричневое) окрашивание кожи** наблюдается при недостаточности надпочечников. Коричневая пигментация обычно проявляется не диффузно, а в виде пятен, особенно на коже открытых частей тела (лицо, шея, кисти рук), а также в местах, подвергающихся трению (в подмышечных впадинах, в области поясницы, на внутренних поверхностях бедер, половых органах) и в кожных складках ладоней.

□ **Кожные сыпи и повреждения.**

□ Кожные высыпания и геморрагии встречаются при многих заболеваниях вн.органов, являясь их важным диагностическим признаком. Отдельные кожные высыпания (или морфологические элементы) затрагивают **разные слои кожи**: эпидермис (1), дерму (2), подкожную клетчатку (3), а в ряде случаев и придатки кожи: потовые железы (4), сальные железы (5), волосяные фолликулы (6). По своим морфологическим свойствам, наличию и характеру воспалительной реакции и другим признакам кожные сыпи существенно отличаются друг от друга.

- Пятно (macula) отличается изменением цвета кожи на ограниченном участке, не возвышающемся над окружающими тканями и по плотности не отличающемся от здоровых участков кожи. Воспалительные пятна характеризуются воспалением эпидермиса и дермы и сопровождаются расширением сосудов дермы. Они встречаются при дерматитах, вторичном сифилисе и других заболеваниях.
-

□ К невоспалительным пятнам относят:

- 1) родимые пятна, nevus
- 2) сосудистые родимые пятна, обусловленные неправильным развитием сосудов (телеангиэктазии);
- 3) депигментированные пятна (
- Депигментированное пятно (macula) невоспалительного характера (vitiligo).
- 4) геморрагические пятна в виде петехий (мелкоточечных кровоизлияний) и синяков.
- **Запомните:**
- Пятно (macula) воспалительного характера.

Воспалительные пятна исчезают при надавливании на кожу пальцем и вновь появляются после прекращения давления. Невоспалительные пятна при надавливании на кожу не исчезают.

Витилиго

Витилиго — это заболевание кожи, которое характеризуется развитием пятен белого цвета вследствие потери или снижения функции меланоцитов, прежде всего в коже, волосах, сетчатке глаз.

Болезнь может начаться в любом

возрасте, но в 70% случаев — до 20 лет

• Нет единого мнения по поводу причин данного

заболевания.

• Выявлено, витилиго встречается в основном у женщин.



СИМПТОМЫ ВИТИЛИГО



В молодости на коже появляются безобидные пятна белого или светлого цвета различной величины, которые вскоре сливаются на довольно больших участках кожи и приобретают молочно белую окраску. Обычно это не сопровождается какими-либо ощущениями болевыми или другого характера, на пораженных участках чаще всего седеют

- **Узелок (papula)** представляет собой небольшое (от 2—3 мм до 1 см), резко отграниченное плотное образование, несколько возвышающееся над кожей и обусловленное воспалительным разрастанием верхних слоев дермы. Папулы встречаются при дерматитах, кори, красном плоском лишае, вторичном сифилисе и других заболеваниях .
- **Узел (nodus)** — резко отграниченное и выступающее над поверхностью кожи образование округлой формы и достаточно больших размеров (больше 3—4 см), исходящее из глубоких слоев дермы, подкожной жировой клетчатки. Врач нередко сталкивается с различными невоспалительными узлами, обусловленными новообразованиями кожи: фибромой кожи, липомой, ретикулосаркомой.
- **Волдырь (urtica)** представляет собой возвышающееся над поверхностью кожи бесполостное образование, разнообразной, иногда причудливой формы, размером от 3—4 мм до 10 см и более. Уртикарные элементы, появляющиеся при остром воспалении поверхностного сосочкового слоя дермы, сопровождающегося значительным расширением капилляров, чрезвычайно характерны для крапивницы , аллергического дерматита и др. Появление волдырей, как правило, сопровождается сильным зудом кожи.

- **Пузырек** (vesicula) — это поверхностное, слегка выступающее над окружающей кожей полостное образование размером от 1 до 5 мм, исходящее из эпидермиса. В полости пузырька обычно содержится серозная воспалительная жидкость. Пузырьки встречаются при herpes zoster, дерматитах, экземе и других заболеваниях.
- **Пузырь** (bulla) — поверхностный полостной морфологический элемент, подобный пузырьку, но больших размеров (до 3—5 см), содержащий серозную, кровянистую или гнойную жидкость. Буллезные пузыри на коже встречаются при токсико-аллергических дерматитах, ожогах II—III степени, пузырчатке, стрептококковом импетиго и т.п.
- **Пюйничок** (pustula) — это островоспалительное округлое образование размером от 1 до 10 мм, с гнойным содержимым, обычно располагающееся в области волосяных фолликулов. В этих случаях пустула носит название фолликулярного гнойничка (фолликулита).

□ **Фурункул** (*furunculus*) — острое гнойно-некротическое воспаление волосяного фолликула, распространяющееся на окружающие ткани (дерму, подкожную клетчатку). Фурункул представляет собой плотное, болезненное, выступающее над поверхностью кожи образование. При вскрытии фурункула отторгается некротический стержень и нередко образуется рубец.

□ **Карбункул** (*carbunculus*) — наиболее тяжелая форма гнойно-некротического поражения кожи и подкожной клетчатки, обычно развивающегося из нескольких слившихся фурункулов. Отмечаются значительная отечность, болезненность и гиперемия кожи над областью карбункула, а при его созревании выделяется густой желтовато-зеленоватый гной.

- **Гидраденит** (hidradenitis) — острое гнойное воспаление потовых желез и окружающих тканей чаще в подмышечной области. По клиническим проявлениям очень напоминает фурункул — это плотное болезненное образование со значительным покраснением кожи над ним . После вскрытия гидраденита выделяется гной и в последующем может образовываться рубец.
- **Эрозия** (erosio) — это поверхностный дефект кожи в пределах эпидермиса
- **Ссадина** (excoriatio) - линейный дефект кожи в пределах эпидермиса и дермы.
- **Язва** (ulcus) — более глубокое и распространенное нарушение целостности кожи (эпидермиса и дермы), подкожной клетчатки, мышц, иногда достигающее кости. Нередко язвы возникают в результате расстройств кровообращения (при варикозном расширении вен, тромбофлебитах, а также при стенозирующих поражениях артерий нижних конечностей)

□ Часто глубокие и распространенные изъязвления (**пролежни**) появляются у тяжелых ослабленных больных с острым или хроническим нарушением кровообращения, трофическими расстройствами при поражениях головного и спинного мозга. Пролежни обычно локализуются в участках кожи, подвергающихся постоянному давлению (в области крестца, ягодиц, лопаток, пяточной кости и т.п.).



а



б

Рис. 1.50. Фурункул: *а* — до вскрытия; *б* — после вскрытия виден некротический стержень.



Трофическая язва голени у больной с тромбофлебитом глубоких вен.



Рис. 1.53. Больной с гидраденитом.



Пролежни в области крестца и большого вертела у тяжело больной.

Розеола



Кожные высыпания

Розеола - пятнистая сыпь диаметром 2-3 мм, исчезающая при надавливании, обусловленная местным расширением сосудов. характерный симптом при брюшном тифе, паратифах, сифилисе, сыпном тифе.



Эритема



Эритема



Многоформная экссудативная эритема



Эритема



Эритема— слегка возвышающийся гиперемизированный участок, резко отграниченный от нормальных участков кожи. Эритема появляется у лиц с повышенной чувствительностью к некоторым пищевым продуктам (земляника, яйца, раки и др.) или после приема лекарственных препаратов (хинин, никотиновая кислота и др.), после облучения кварцевой лампой, а также при ряде инфекций, например роже, бруцеллезе, сифилисе и т. д.

Крапивница



Крапивница



□ Волдырная сыпь, или крапивница (urticaria), появляется на коже в виде круглых или овальных, сильно зудящих и слегка возвышающихся четко отграниченных бесполосных образований, напоминающих таковые при ожоге крапивой.

□ Представляет собой проявления аллергии.

Герпет.сыпъ



Герпес



Герпес



□ Герпетическая сыпь (herpes) — пузырьки диаметром 0,5—1,0см. В них содержится прозрачная, позднее мутнеющая жидкость. Через несколько дней на месте лопнувших пузырьков остаются засыхающие корочки. Эта сыпь располагается чаще всего на губах (herpes labialis) и у крыльев носа (herpes nasalis). Значительно реже она располагается на подбородке, лбу, щеках, ушах. Герпетическая сыпь встречается при гриппе и некоторых вирусных гриппоподобных заболеваниях, крупозном воспалении легких, малярии.

Пурпура

ПУРПУРА



васкулиты



инфекция

□ Пурпура — кожные кровоизлияния, обусловленные нарушениями свертываемости крови или проницаемости капилляров, наблюдается при тромбоцитопенической пурпуре (болезнь Верльгофа), гемофилии, цинге, капилляротоксикозе, длительной механической желтухе и др. Величина кровоизлияний весьма разнообразна: от мелких точечных кровоизлияний (петехии) до крупных гематом. Самые различные кожные высыпания появляются при аллергических реакциях организма.

□ Цинга – заболевание, прогрессирующее вследствие недостаточного содержания витамина С (аскорбиновой кислоты) в человеческом теле. Это, в свою очередь, приводит к нарушению выработки такого белка, как коллаген, отвечающего за надёжность стенок кровеносных сосудов и упругость соединительных тканей. В результате этого наблюдается постепенное разрушение хрящей и костей, снижение функциональности костного мозга.

Папулы

MEDIKL.info – медицинская энциклопедия



□ Папула (от лат. papula — узелок) — морфологический элемент кожной сыпи, представляющий собой бесполостное образование, возвышающееся над уровнем кожи. Наблюдается при аллергических и некоторых других заболеваниях.

Клинические признаки скарлатины

Специфические изменения языка - белый налёт на языке



19

«Малиновый язык» - ярко розовый с гипертрофированным и сосочками



Очищается с краев и кончика и на 2-3 день становится «малиновым»



**Рисунок 3. Скарлатина.
«Малиновый» язык**

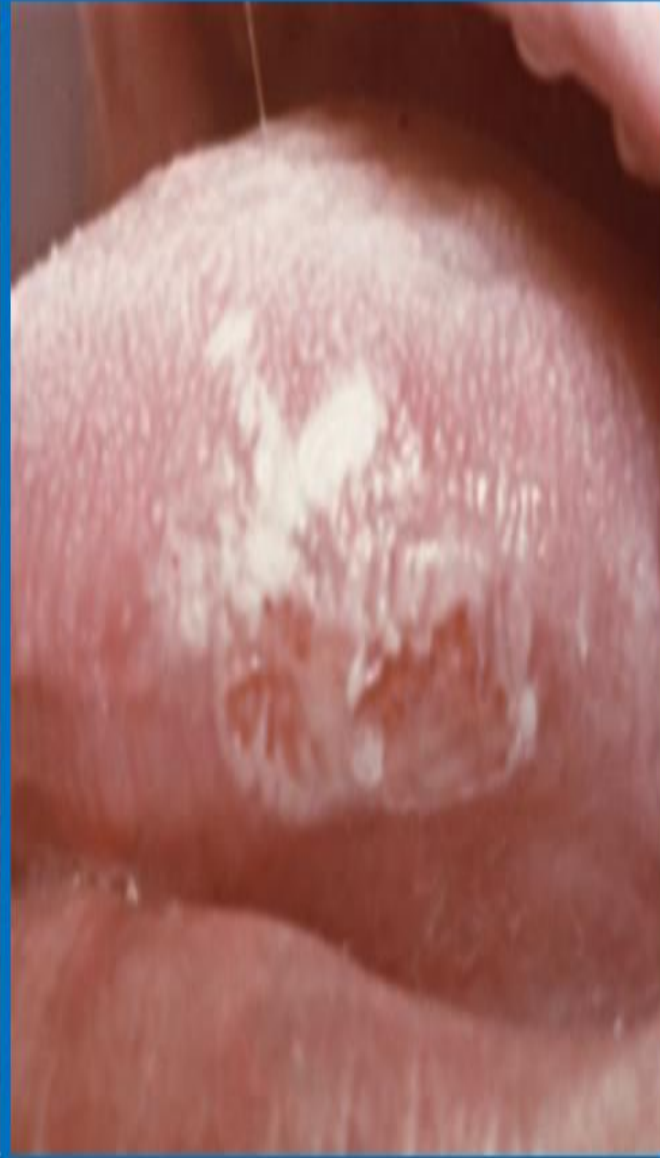
Проявления брюшного тифа



Изменение языка и слизистой оболочки ротовой полости

- ▶ Гунтеровский глоссит («лакированный», малиновый язык) — ярко-красная окраска языка и глянцеvitость его поверхности характерно для дефицита витамина B12 и фолиевой кислоты.





□ Эластичность кожи (тургор). Для определения эластичности (тургора) кожу вместе с подкожной клетчаткой захватывают двумя пальцами и образуют складку. Нормальная эластичность кожи характеризуется быстрым расправлением кожной складки после того, как пальцы врача разжимаются. При снижении эластичности кожи после разжимания пальцев складка некоторое время сохраняется.

□ **Запомните:**

□ Снижение эластичности кожи наблюдается:

□ а) у пациентов пожилого и старческого возраста;

□ б) при обезвоживании организма (неукротимая рвота, диарея и т.п.).

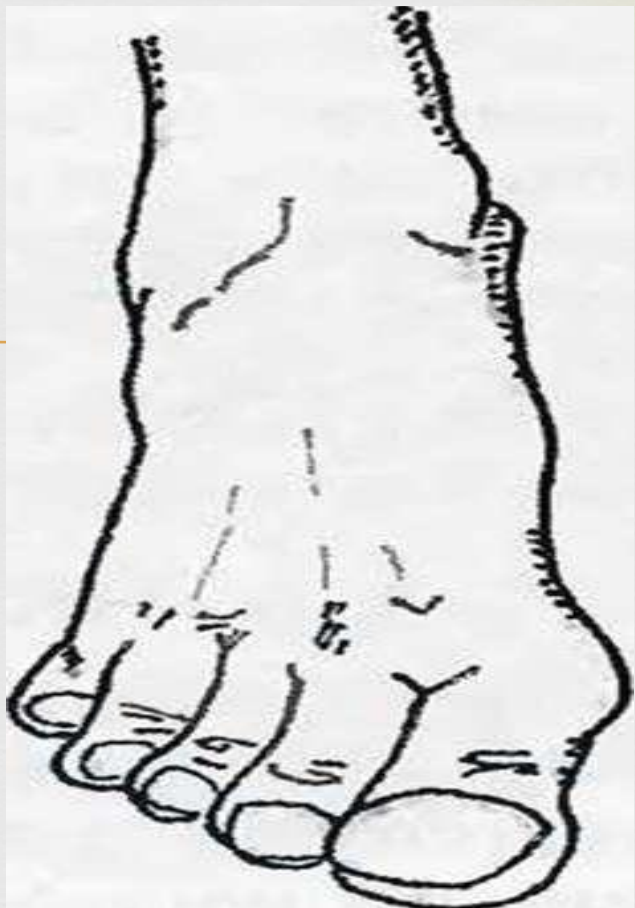
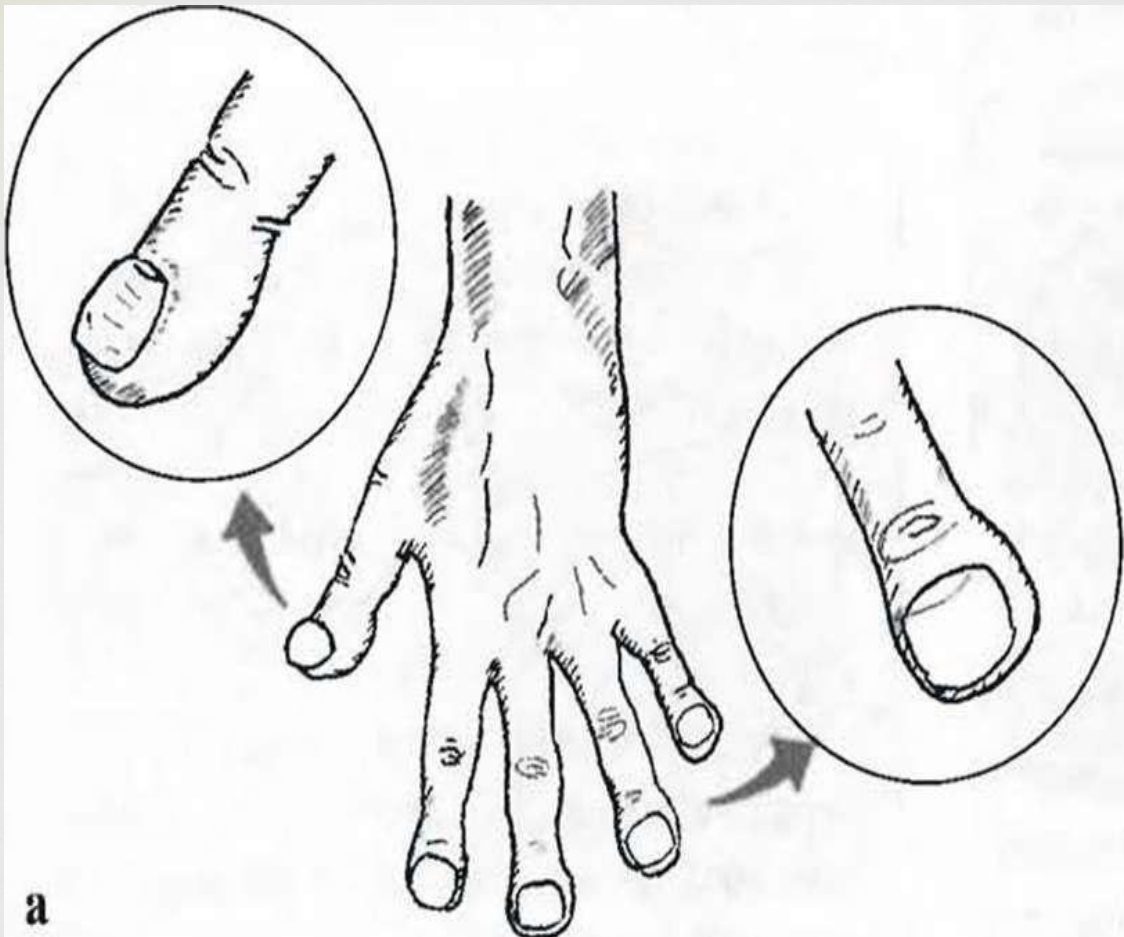
□ Повышение тургора кожи и увеличение ее напряжения нередко свидетельствуют о задержке жидкости в организме, часто сопровождающейся некоторой отечностью кожи (скрытые отеки).



Определение эластичности (тургора) кожи у здорового молодого человека (а, б).

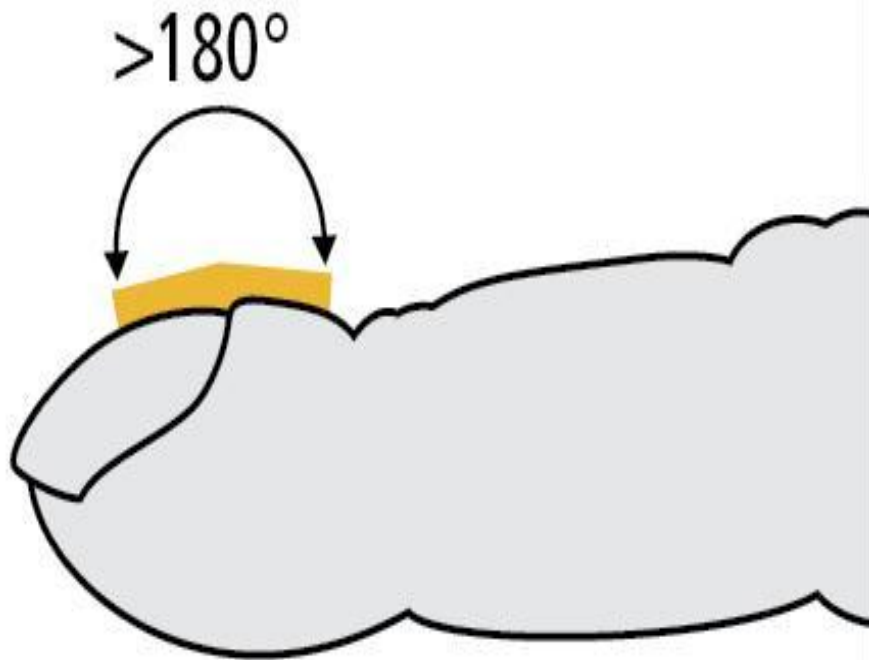
□ Основными (хотя и не единственными) причинами симптомов «часовых стекол» и «барабанных палочек» являются:

- длительные нагноительные процессы в легких (абсцессы, бронхоэктазы);
- подострый инфекционный эндокардит;
- некоторые врожденные пороки сердца и магистральных сосудов, сопровождающиеся выраженной тканевой гипоксией и цианозом;

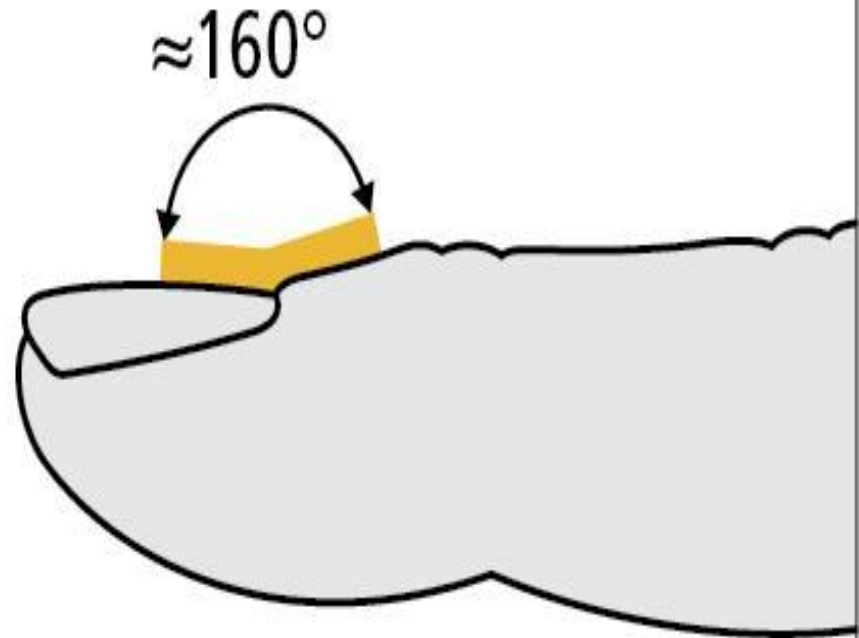


a

Барабанные палочки



палес в виде барабанной палочки



норма

Барабанные палочки, часовые

отек





Хотя симптом «барабанных палочек» не является патогномоничным для бронхоэктатической болезни и наблюдается при других хронических, особенно гнойных поражениях, все же следует иметь в виду, что такие пальцы при отсутствии заболеваний, могущих объяснить их образование, требуют обязательного бронхографического обследования больного, для выявления истинной причины заболевания.

Барабанные палочки, часовые стекла



□ Симптом барабанных палочек (барабанные пальцы, пальцы Гипократа) — колбовидное утолщение концевых фаланг пальцев кистей и стоп при хронических болезнях сердца, лёгких, печени с характерной деформацией ногтевых пластинок в виде часовых стёкол. При этом угол, который составляют задний ногтевой валик и ногтевая пластинка, если смотреть сбоку, превышает 180° . Ткань между ногтем и подлежащей костью приобретает губчатый характер, благодаря чему при надавливании на основание ногтя возникает ощущение подвижности ногтевой пластинки. У больного с барабанными палочками при сопоставлении вместе ногтей противоположных кистей между ними наблюдается исчезновение щели (симптом Шамрота).

□ Симптом барабанных палочек (барабанные пальцы, пальцы Гиппократата)

□ Барабанные пальцы не являются самостоятельным заболеванием, а представляют собой довольно информативный признак других заболеваний и патологических процессов.

□ Этот симптом, по всей видимости, был впервые описан Гиппократом, что объясняет одно из названий симптома барабанных палочек — пальцы Гиппократата (Digiti hippocratici).

Койлонихии



Телосложение

- Нормостенический тип характеризуется правильным телосложением с пропорциональным соотношением частей тела, хорошо развитой скелетной мускулатурой, правильной формой грудной клетки с реберным углом, приближающимся к прямому.
- Астенический тип отличается преимущественным развитием тела в длину, мышцы слабо развиты, плечи покатые, длинная шея, грудная клетка узкая и плоская (ее поперечный размер значительно превышает переднезадний), эпигастральный угол узкий (меньше 90°). Ребра идут косо, межреберные промежутки увеличены. Лопатки неплотно прилегают к грудной клетке.

Телосложение

Нормостенический тип

- характеризуется правильным телосложением с пропорциональным соотношением частей тела, хорошо развитой скелетной мускулатурой, правильной формой грудной клетки с реберным углом, приближающимся к прямому.



Телосложение

Астенический тип

отличается преимущественным развитием тела в длину, мышцы слабо развиты, плечи покатые, длинная шея, грудная клетка узкая и плоская (ее поперечный размер значительно превышает ,переднезадний), эпигастральный угол узкий (меньше 90°).

Рёбра идут косо, межреберные промежутки увеличены. Лопатки неплотно прилегают к грудной клетке.

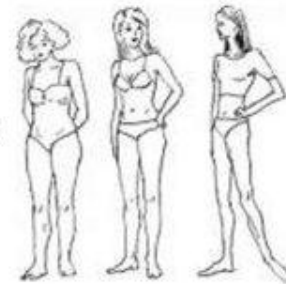
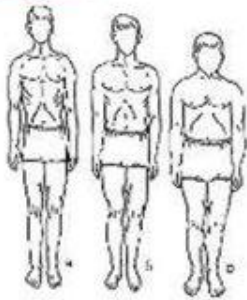


У людей астенического типа относительно небольшое сердце, расположенное вертикально (висячее сердце), более низкое стояние диафрагмы, границы легких, печени, желудка, почек нередко опущены; характерна гипотония, снижение секреторной и моторной активности желудка, гиперфункция щитовидной железы и гипофиза, более низкий уровень гемоглобина, холестерина, глюкозы крови.

Они чаще болеют язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, тиреотоксикозом, неврозами, туберкулезом.

Телосложение

– это комплексное морфологическое понятие, включающее рост, упитанность, форму тела, пропорциональность отдельных его частей и правильное их строение.



Различают 3 формы телосложения:

астеническое
(долихоморфное)



нормостеническое
(мезоморфное)



гиперстеническое
(брахиморфное)



Каждой форме свойственны свой рост, упитанность, свои пропорции тела, свои особенности расположения внутренних органов.

Телосложение

- Лица гиперстенического типа отличаются преимущественным развитием тела в ширину; среднего или ниже среднего роста, повышенного питания, мышцы развиты хорошо. Плечи широкие, шея короткая. Живот увеличен в объеме. Грудная клетка у гиперстеников широкая, ее переднезадний размер увеличен и приближается к поперечному. Эпигастральный угол тупой (больше 90°), ребра расположены более горизонтально, межреберные промежутки узкие.

Телосложение

Гиперстенический тип

отличается преимущественным развитием тела в ширину; среднего или ниже среднего роста, повышенного питания, мышцы развиты хорошо. Плечи широкие, шея короткая. Живот увеличен в объеме. Грудная клетка у гиперстеников широкая, ее переднезадний размер увеличен и приближается к поперечному.

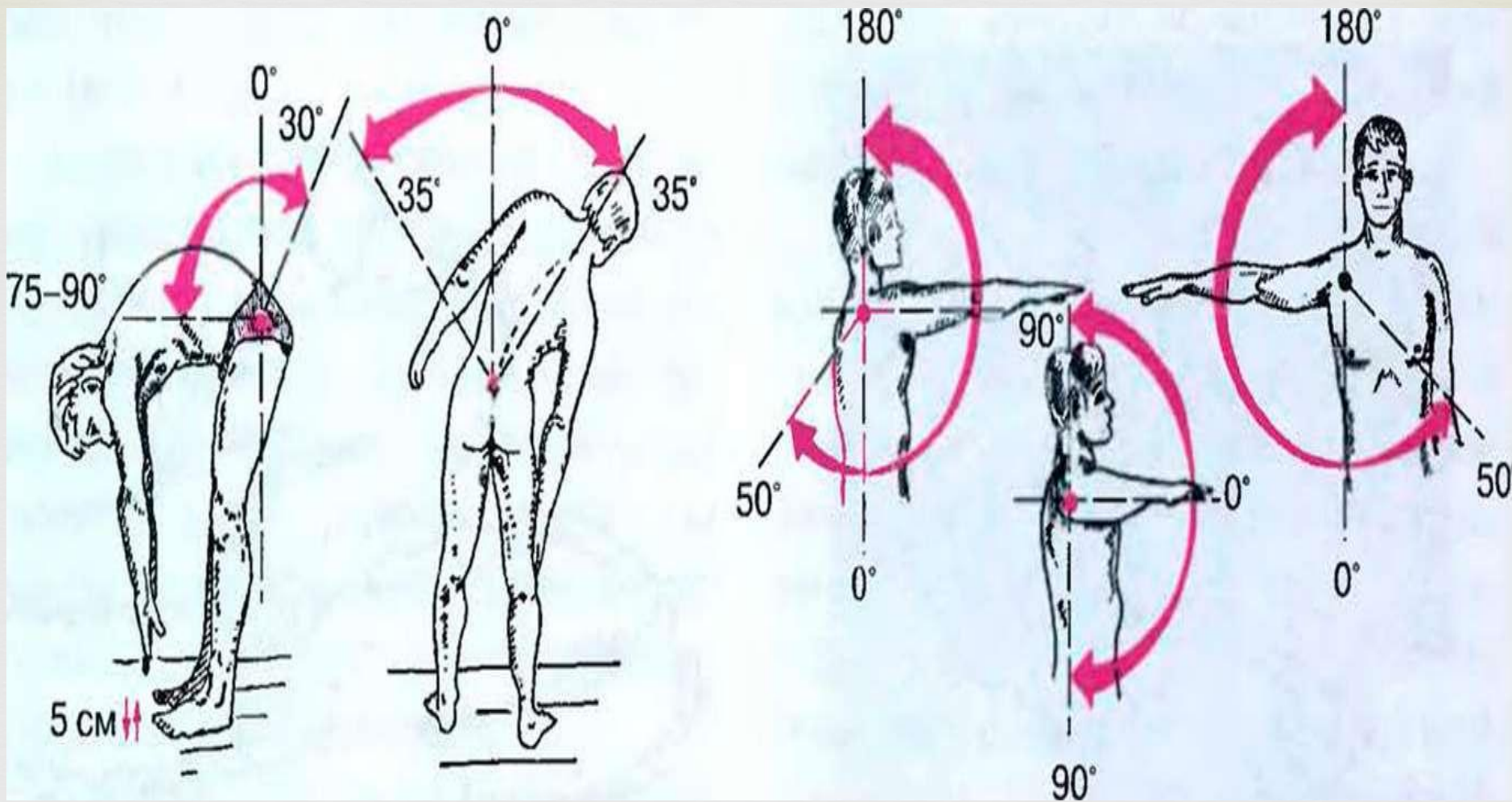
Эпигастральный угол тупой (больше 90°), ребра расположены более горизонтально, межреберные промежутки узкие



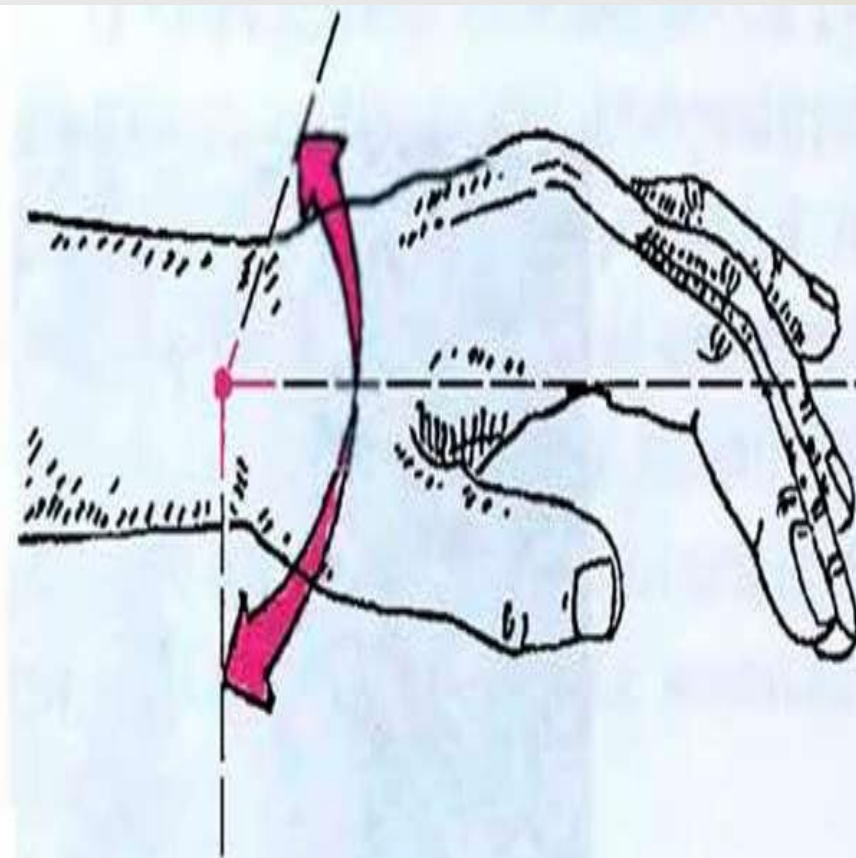
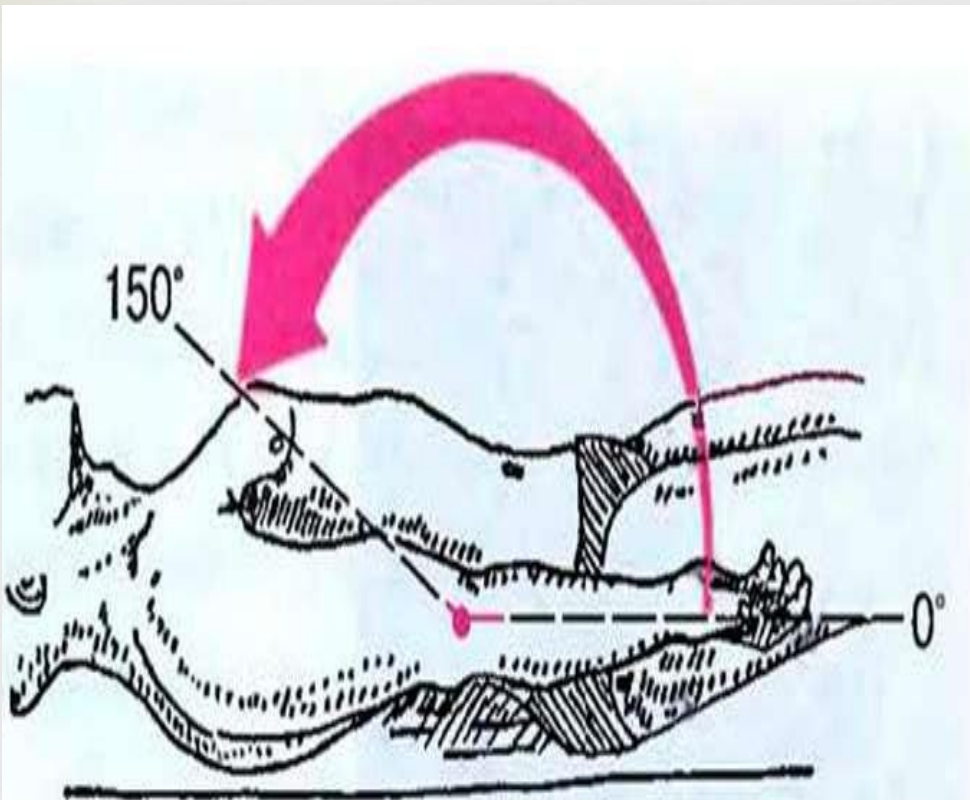
У людей гиперстенического типа относительно большие размеры сердца и аорты, высокое стояние диафрагмы, склонность к более высокому уровню АД, повышенному содержанию гемоглобина, холестерина, глюкозы крови. Они чаще болеют ожирением, ишемической болезнью сердца, гипертонической болезнью, сахарным диабетом, обменно-дистрофическими заболеваниями суставов.

Телосложение

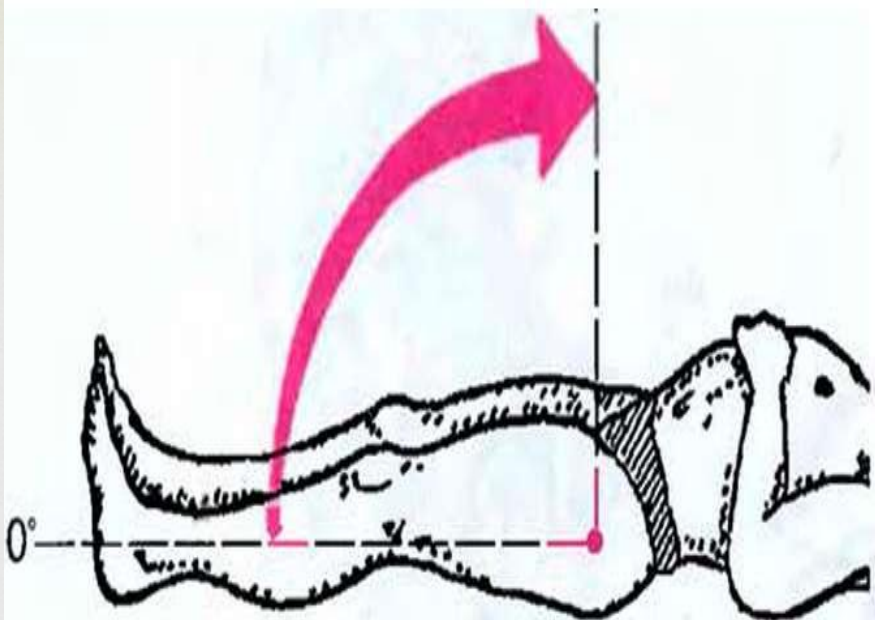
□ Оценка конституционального типа имеет определенное диагностическое значение. У людей астенического типа относительно небольшое сердце, расположенное вертикально «висячее сердце», более низкое стояние диафрагмы, границы легких, печени, желудка, почек нередко опущены. Для астеников характерна гипотония, снижение секреторной и моторной активности желудка, гиперфункция щитовидной железы и гипофиза, более низкий уровень гемоглобина, ХС, глюкозы крови. Они чаще болеют ЯБ двенадцатиперстной кишки, тиреотоксикозом, неврозами, туберкулезом. У людей гиперстенического типа относительно большие размеры сердца и аорты, высокое стояние диафрагмы, склонность к более высокому уровню АД, повышенному содержанию гемоглобина, холестерина, глюкозы крови. Они чаще болеют ожирением, ИБС, ГБ, СД, обменно-дистрофическими заболеваниями суставов.



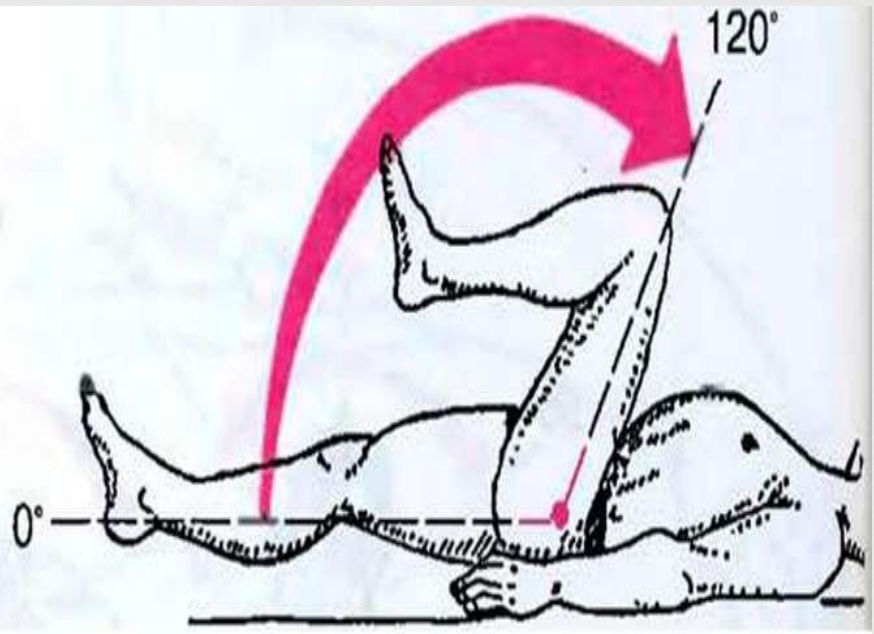
Объем активных движений в плечевом суставе в норме (по В.Ватес, 1979).



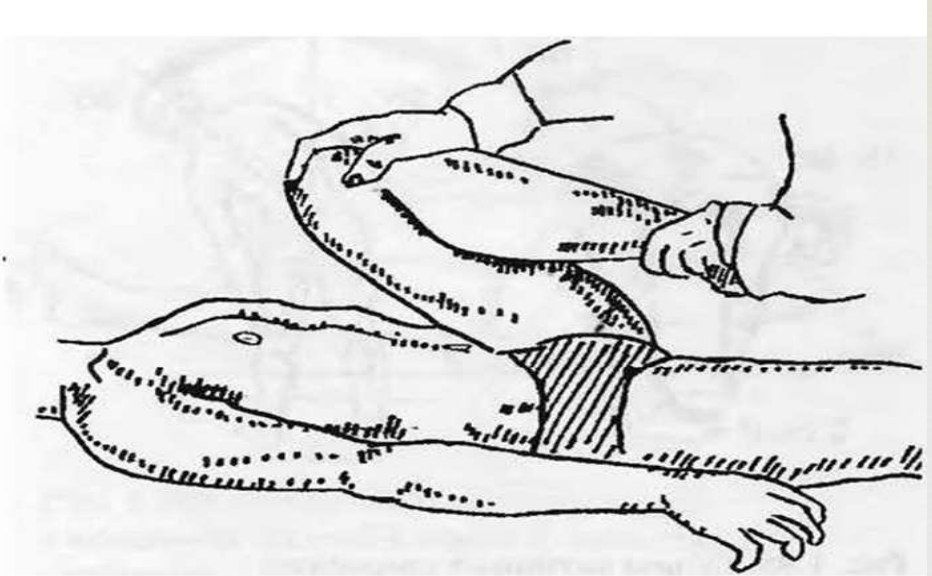
Объем активных движений в тораколумбальном отделе позвоночника в норме (по М. и Д.Доэрти, 1993).

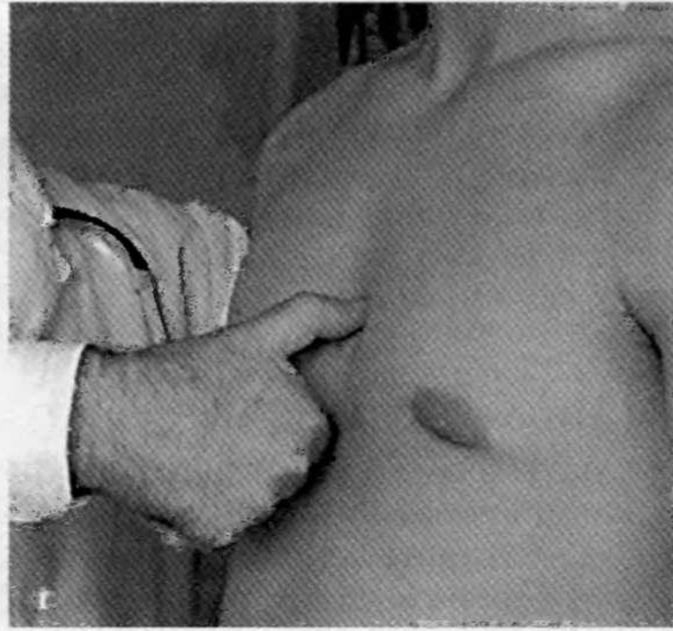
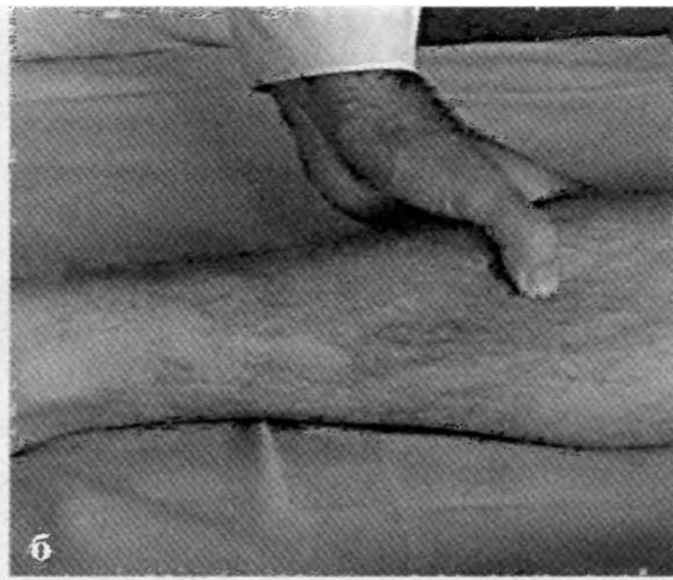


Объем активных движений в тазобедренном суставе в норме в сагиттальной плоскости.



Объем активных движений в тазобедренном суставе в норме (конечность согнута в коленном суставе).





Методика определения отеков: а — в области лодыжек; б — голеней; в — крестца; г — грудины.

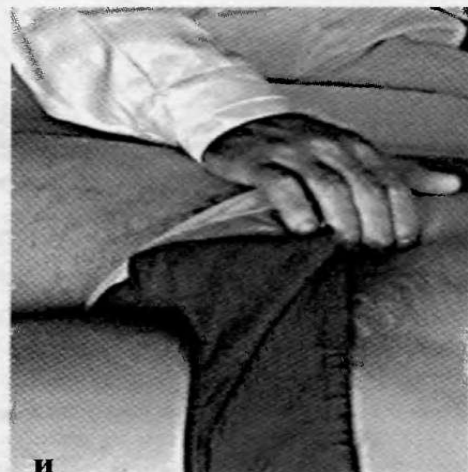
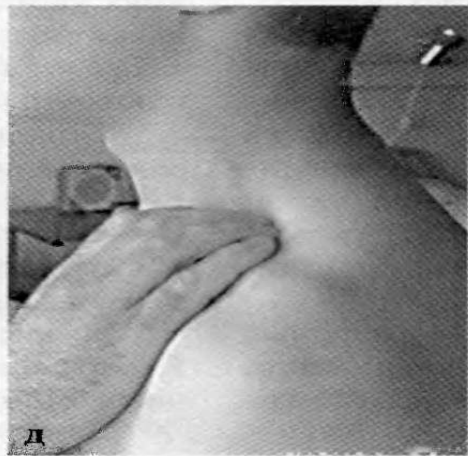
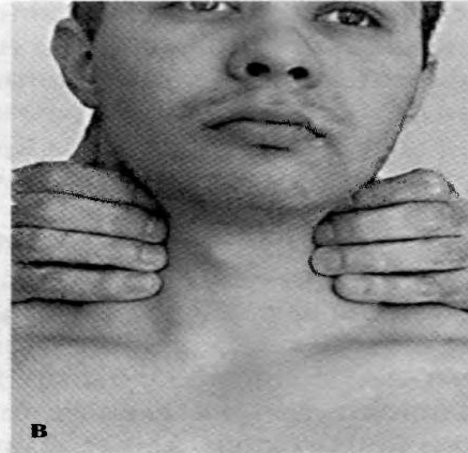


Рис. 1.70. Методика пальпации лимфатических узлов: а — подчелюстных; б — задних шейных; в — передних шейных; г — затылочных; д — надключичных; е, ж — подмышечных; з — локтевых; и — паховых.



Подагрические узлы (тофусы) в области ушных раковин (указаны стрелками).

в области ушных раковин



в области локтевых суставов

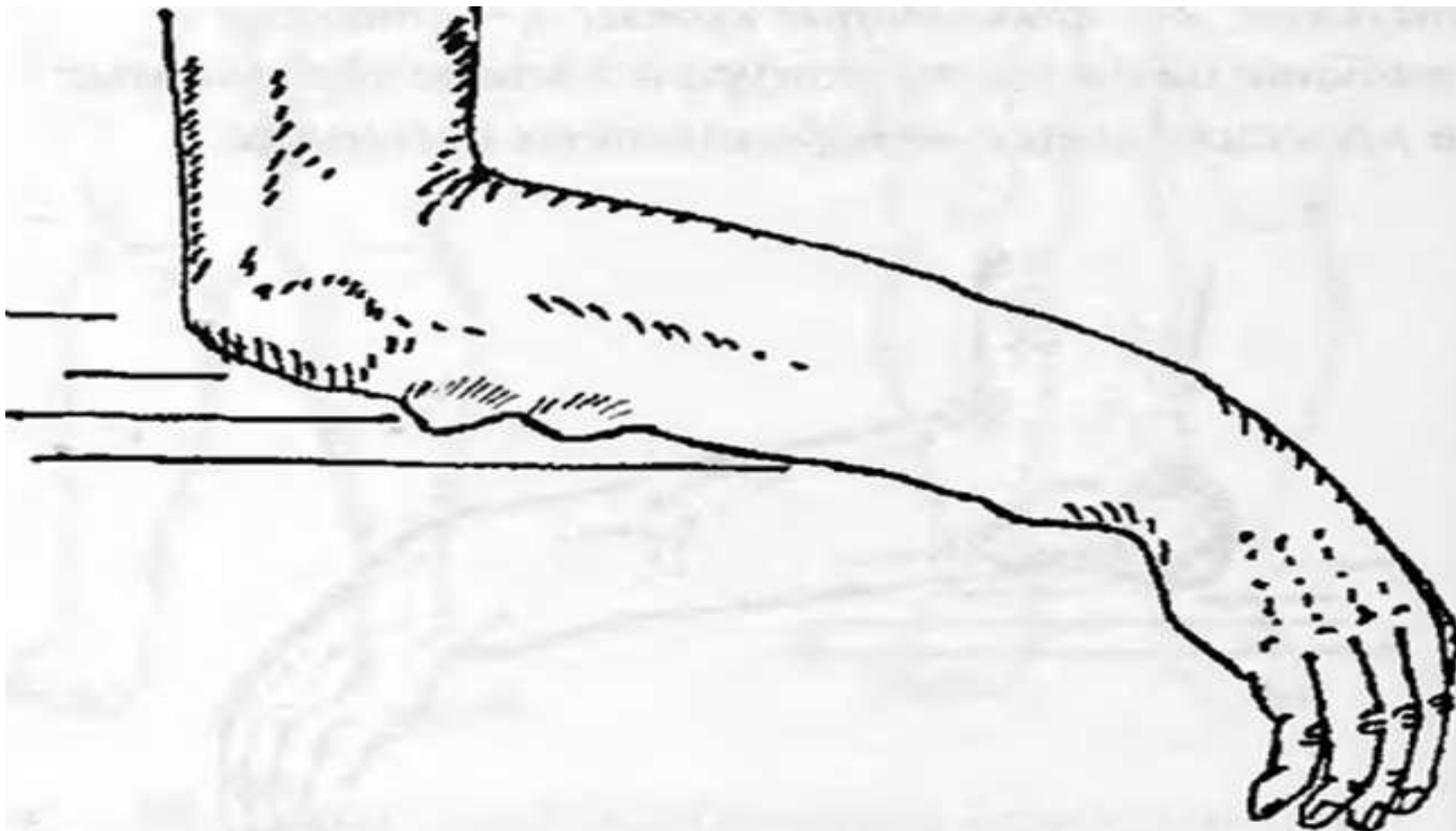


над суставами кистей

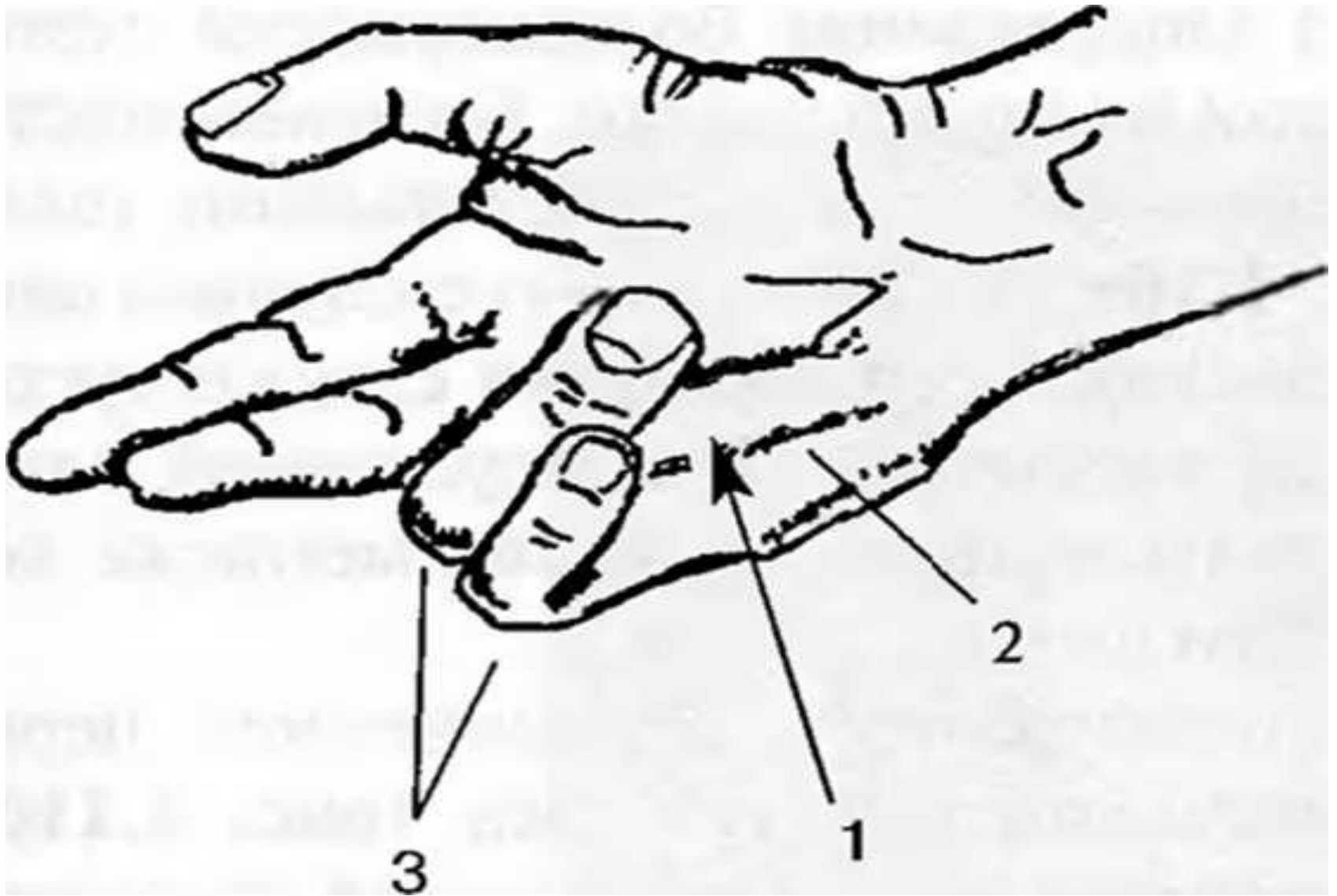


в области стоп (над суставами, в области пяток)





Ревматоидные узелки на разгибательной стороне предплечья вблизи локтевого сустава.



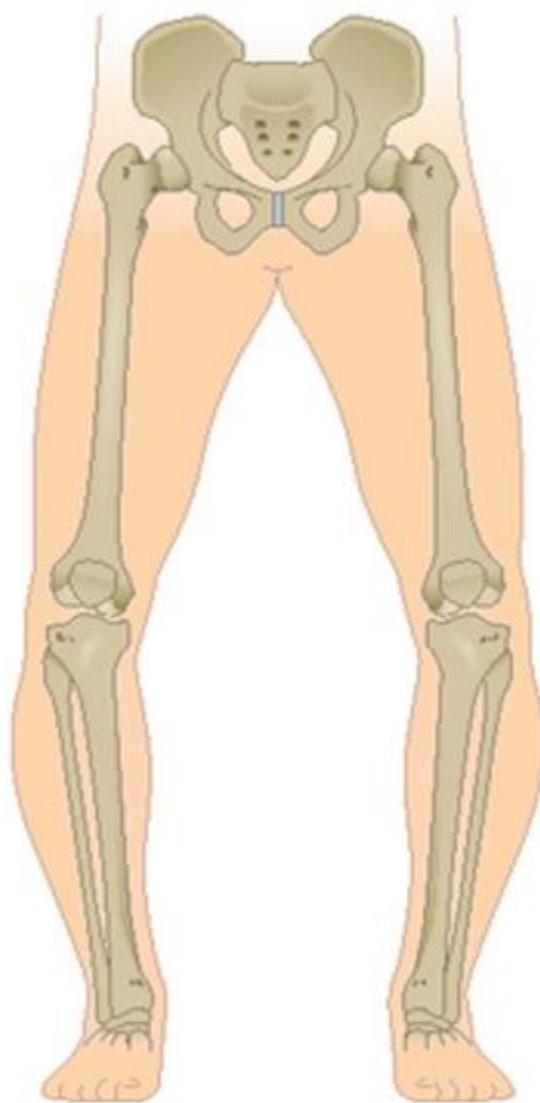
Контрактура Дюпюитрена: 1 — узловатое утолщение сухожилий IV и V пальцев; 2 — стягивание кожи; 3 - стойкая сгибательная контрактура в пястно-фаланговых и проксимальных межфаланговых суставах.

Контрактура Дюпюитрена

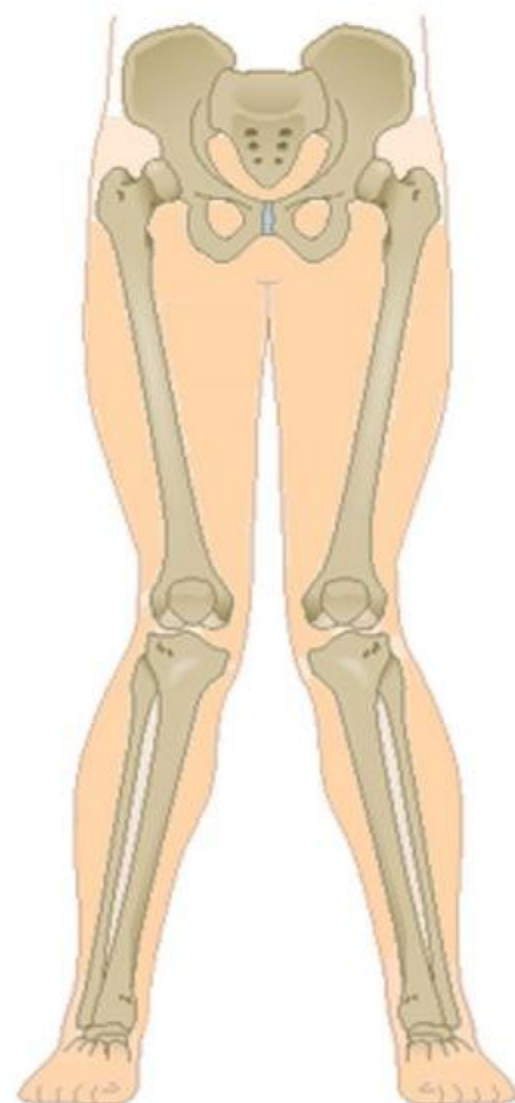




Нормальные колени
колени



Варусные колени
(О-образная деформация)

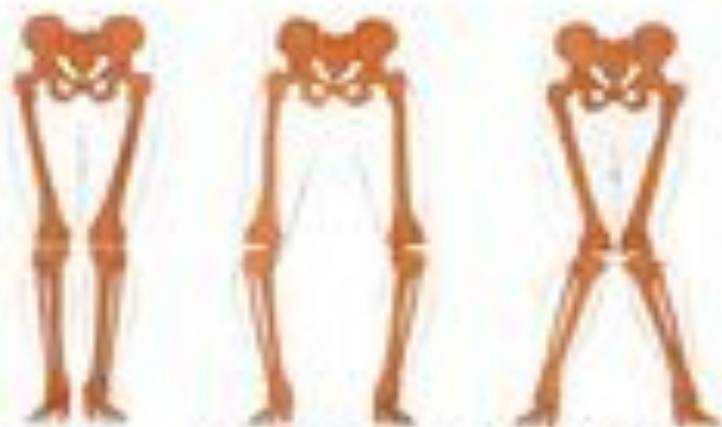


Вальгусные колени
(Х-образная деформация)





Нарушение оси конечности при гонартрозе Варусная и вальгусная деформация колена



ВАРУС ВАЛЬГУС





Анасарка



Асцит - жидкость в брюшной полости



Асцит проявляется увеличением живота, в положении лежа вода скапливается с боков (живот лягушки), а в положении стоя - внизу



85- метастаз Вирхова
характерен для рака:

- 1- желудка
- 2- легких
- 3- почек
- 4- простаты

**85 - Virchow metastasis
characteristic of cancer:**

- A - Stomach**
- 2 - light**
- 3 - renal**
- 4 - Prostate**

ГИДРОТОРАКС: ФИЗИКАЛЬНОЕ И ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

В большинстве случаев гидроторакс бывает двусторонним!

Пальпация:

над зоной накопления жидкости удаётся выявить ослабление или отсутствие голосового дрожания; ригидность грудной клетки.

Перкуссия:

- ❖ тупой перкуторный звук с косовосходящей верхней границей локально над местом предполагаемого скопления жидкости;
- ❖ смещение перкуторной границы тупости при изменении положения больного.

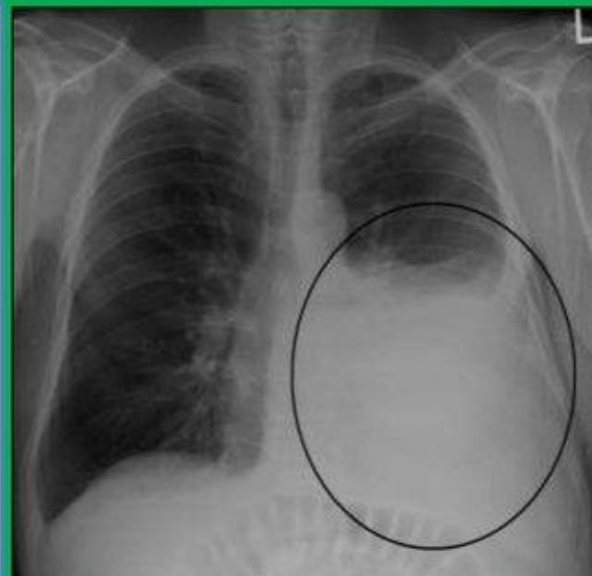
Аускультация: резкое ослабление или полное отсутствие везикулярного дыхания над пораженной областью.

Рентгеноскопия: наличие гомогенного затемнения различной величины с косовосходящей четкой верхней границей, нижним контуром прилегающей к куполу диафрагмы, смещаемой во время дыхательных движений.

УЗИ – оценка объема выпота

КТ

Плевральная пункция – признаки транссудата



Гидроперикард



**нормальный размер сердца
при рентгенографии**



гидроперикард

























