

Ташкентская Медицинская Академия

«Утверждаю»
Декан факультета ВСО
Профессор Рустамова Х.Е.
«_____» _____ 2013г.

По предмету «Теории сестринского дела»

Текст лекции № 11

На тему: Оценка функционального состояния пациента.
Правила собирания объективных и субъективных информации.

Для студентов I курса факультета
“высшее сестринское образование”

Ташкент - 2013

1. Лекция №11

2.1 Тема: Оценка функционального состояния пациента. Правила собирания объективных и субъективных информаций.

2.2 Цель лекции:

Эта лекция посвящена клиническим методам исследования – расспросу, осмотру, пальпации. Знание данных методов обследования поможет студентам в дальнейшем в постановке сестринского диагноза.

Научить их правильному сбору жалоб, их детализации, оценки данных осмотра, пальпации в постановке диагноза.

2.3 Задачи:

1. Научить студентов правильному сбору жалоб, их детализации.
2. Научить студентов всестороннему анализу данных анамнеза развития болезни.
3. Научить студентов полноценно собирать информацию о жизни пациента.
4. Научить студентов интерпретировать полученные данные при сборе *anamnesa morbi* и *anamnesa vitae*
5. Научить студентов правилам общего осмотра.
6. Научить студентов уметь правильно оценивать данные общего осмотра.
7. Научить студентов правилам метода пальпации
8. Обсудить со студентами значения метода пальпации
9. Научить студентов уметь анализировать данные пальпации при исследовании больных с заболеваниями легких, сердца, сосудов, органов брюшной полости.

2.4 Ожидаемые результаты

Студент должен:

1. Уметь правильно и последовательно собирать жалобы больных.
2. Уметь отличать основные жалобы от второстепенных.
3. Уметь в хронологическом порядке собирать данные о развитии настоящего заболевания

4. Уметь интерпретировать данные о жизни пациента.
5. Освоить навыки общего осмотра пациента.
6. Уметь анализировать данные осмотра.
7. Знать общие правила пальпации
8. Освоить навыки пальпации грудной клетки, области сердца, органов брюшной полости.
9. Уметь интерпретировать данные при пальпации грудной клетки, области сердца, органов брюшной полости.

2.5 Содержание лекции

План:

1. Расспрос
2. Осмотр больного
3. Пальпация

Чтобы поставить диагноз, необходимо получить определенные сведения (информацию). Эти сведения могут быть получены при опросе больного, во время непосредственного обследования его (с помощью физических методов) и, наконец, при лабораторно-инструментальном исследовании.

1. РАССПРОС

Получение информации при опросе больного традиционно рассматривается как субъективный метод исследования. Это не совсем правильно, так как жалобы больного имеют реальную основу в виду того или иного патологического процесса в различных органах и системах организма.

Опрос производят по определенной схеме, т.е. вопросы больному следует задавать в определенной последовательности. Схема опроса включает следующие разделы:

1) общие сведения о больном; 2) жалобы больного; 3) анамнез жизни; 4) анамнез болезни (история настоящего заболевания); 5) более детальное выяснение жалоб по отдельным системам и органам. Полученные сведения записывают в историю болезни.

Общие сведения. Эта часть истории болезни, так называемая паспортная часть, включает фамилию, имя, отчество больного, его возраст, образование, семейное положение, профессию, место работы и жительства.

Жалобы больного. Выяснение жалоб больного дает представление об особенностях проявления данной болезни. Иногда жалобы больного настолько характерны, что на их основании можно сразу предположить то или иное заболевание. Например, жалобы на приступы более сжимающего характера, локализующиеся за грудиной и возникающие во время физиче-

ской нагрузки (быстрая ходьба, подъем по лестнице), позволяют с очень большой долей вероятности предположить стенокардию напряжения. Появление болей в области надчрестья (эпигастрий) натощак или через 1-1,5 ч после еды дают основание заподозрить язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки. В то же время существует ряд жалоб так называемого общего характера: повышение температуры тела до субфебрильной, повышенная утомляемость, уменьшение массы тела. Такие симптомы встречаются при самых различных заболеваниях.

Больные не всегда могут четко рассказать о своих недомоганиях, поэтому следует учитывать уровень их развития и, в частности, наличие тех или иных медицинских знаний. Не следует задавать больному вопросы в форме, предусматривающей положительный или отрицательный ответы, так как это может исказить истинное положение дел.

Анамнез (история) болезни. При расспросе больного прежде всего необходимо выяснить, когда и с каких симптомов началось заболевание, было ли начало острым или постепенным, малозаметным для больного. Обязательно спрашивают, с чем сам больной связывает начало болезни. Далее выясняют динамику симптомов: их прогрессирование или обратное развитие. Выясняют также, какие с течением времени появились новые симптомы. Существенно установить, какие симптомы являются доминирующими. Следует иметь в виду, что многие внутренние болезни хронические и протекают волнообразно: наблюдаются периоды обострения, когда все (или почти все) симптомы усиливаются, появляются новые симптомы, и периоды ремиссии, во время которых «яркость» проявлений болезни стихает, симптомы «смягчаются» или исчезают. Поэтому при расспросе следует интересоваться течением болезни за длительный период. Следует также выяснить, какие исследования производили больному и какие получали результаты (многие больные могут знать, что, например, при исследовании крови у них определяли низкий гемоглобин или же при гастродуоденоскопии выявлялась язва желудка и пр.). Необходимо также расспросить о проводившемся ранее лечении: какие назначали лекарственные средства, дозировку, каково было их влияние, переносимость. Наконец, подробно выясняют течение болезни в период, непосредственно предшествующий обращению больного к врачу.

Выяснение основных проявлений болезни, характера ее течения, особенностей проводимого лечения и его эффективности имеет большое значение, так как при некоторых заболеваниях анамнез болезни бывает настолько характерен, что после беседы с больным можно поставить достаточно точный диагноз. Обычно больного просят рассказать о возникновении и течении заболевания, госпитализациях, проведенном лечении, операции и пр. Однако самому больному квалифицированно это сделать достаточно трудно. Он, как правило, начинает рассказывать о том, где, в каких лечебных учреждениях он был и что ему говорили, врачи, тогда как о симптоматике

самой болезни говорит лишь вскользь. Поэтому при расспросе следует постоянно контролировать ход беседы наводящими вопросами, направляя ее в русло сообщения больным все новых и новых фактов.

Информация о течении болезни, полученная от самого больного, может быть обширной (при длительном течении болезни) или очень краткой (чаще при острых заболеваниях внутренних органов или если болезнь только начала себя проявлять - «дебют» болезни).

Анамнез жизни.

Сначала расспрашивают о родителях больного и близких родственниках. Выясняют, живы ли они, чем болели при жизни, от какого заболевания умерли. Это важно, так как некоторые болезни встречаются у близких родственников (например, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, бронхиальная астма, гипертоническая болезнь, некоторые заболевания суставов). Речь не идет о передаче болезней по наследству (хотя такие болезни встречаются), передается лишь предрасположенность к заболеванию.

Далее начинают расспрос о жизни самого больного. Выясняют место рождения, возраст родителей при рождении больного, как больной рос, развивался (когда начал ходить, говорить), когда пошел в школу, когда началась трудовая деятельность. Необходимо выяснить условия, в которых он рос и развивался, а также условия всего последующего периода жизни. Расспрашивают о бытовых и жилищных условиях на всех этапах жизни больного, выясняют условия труда, влияние производственных вредностей (запыленность атмосферы, неблагоприятные микроклиматические условия). Например, запыленность атмосферы, контакт с химическими газообразными веществами могут способствовать развитию заболеваний органов дыхания. Выясняют также характер питания больного (регулярность, качественный и количественный состав); нерегулярное питание может вызвать заболевание органов пищеварения.

Существенное значение имеет выяснение бытовых интоксикаций (употребление алкоголя, курение). В настоящее время точно установлено, что никотин и алкоголь способствуют развитию самых разнообразных болезней.

Следует расспросить больного о заболеваниях, перенесенных в течение жизни, и установить, сопровождались ли они какими-либо осложнениями, какое проводилось лечение, госпитализировался ли больной.

Выясняют также, живет ли пациент половой жизнью и насколько регулярно, так как отклонения в половой жизни и неблагоприятная обстановка в семье могут отразиться на нервно-психическом состоянии. У женщин узнают о времени начала менструаций, их длительности и периодичности, были ли беременности, как они протекали, как проходили роды. Необходимо узнать время наступления климактерического периода (прекращение менструаций) и его течение (появление приливов, сердцебиения, повышение артериального давления, раздражительность). Все эти сведения помогают составить

впечатление о пациенте как о личности, о среде его обитания, факторах, могущих оказать влияние на возникновение и течение заболевания.

Аллергологический анамнез.

При расспросе больного следует также выяснить, были ли у него аллергические реакции на прием лекарственных средств или каких-либо пищевых продуктов, а также на химические вещества, растения, пыль, шерсть животных и т.д. Эти реакции могут выражаться в появлении крапивницы, вазомоторного ринита (внезапная заложенность носа с обильным жидким отделяемым), зуда кожи, отека лица и пр. Выяснение этих фактов может иметь значение для распознавания болезней, в основе которых лежат аллергические реакции, а также для того, чтобы избежать подобных реакций в будущем при проведении той или иной медикаментозной терапии.

НЕПОСРЕДСТВЕННОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

Непосредственное обследование больного (называемое также физикальным, так как информацию о больном получают с помощью органов чувств: зрения, слуха, осязания, обоняния) обычно считают объективным. Оно действительно объективное, так как в основе наблюдаемых симптомов лежат реальные патологические процессы. Но противопоставление этих симптомов сведениям, сообщаемым больным, неверно, потому что симптомы (например, изменение цвета кожных покровов, формы сустава, грудной клетки и пр.) оцениваются субъективно (один человек может заметить изменение ритмичности дыхания, а другой не может и т.д.). Поэтому лучше говорить о симптомах, сообщаемых больным, и симптомах, выявляемых при непосредственном (физикальном) обследовании больного. Непосредственное обследование начинают с осмотра, оценки общего состояния больного, затем переходят к пальпации, перкуссии и аускультации.

2. ОСМОТР БОЛЬНОГО

Осмотр является первым этапом общего исследования больного. По существу он начинается с первой встречи, т.е. когда врач или медицинская сестра входят в палату или когда больной входит в кабинет, где осуществляется амбулаторный прием. Осмотр продолжается в течение всего времени собирания анамнеза и непосредственного обследования больного.

Осмотр больного помогает установить много ценных симптомов: например, выявление желтушности кожных покровов и видимых слизистых оболочек при заболеваниях печени и желчных путей, при сердечной недостаточности можно обнаружить отеки на стопах и голеньях, синюшное окрашивание кожных покровов (цианоз), набухание шейных вен, увеличенное количество дыхательных движений.

Осмотр следует проводить по определенному плану с соблюдением ряда правил, при рассеянном естественном освещении, так как искусственное освещение искажает окраску кожных покровов, слизистых оболочек. Если приходится осматривать больного при искусственном освещении, то оно должно быть достаточно ярким. При осмотре определяют положение больного, общее его состояние, состояние кожных покровов и видимых слизистых оболочек, затем переходят к осмотру лица, головы, шеи, туловища, верхних и нижних конечностей.

Положение больного. Выделяют активное, пассивное и вынужденное положение больного. Положение может быть оценено как активное, если больной в состоянии самостоятельно сесть, встать, двигаться в постели, повернуться на бок. Пассивным считается положение, если больной неподвижен и не в состоянии самостоятельно изменить позу. Это больные, находящиеся в бессознательном состоянии, при длительных изнурительных заболеваниях, протекающих с резким упадком физических сил. Пассивное положение отмечается у больных с параличами, тяжелыми травмами. Следует отметить, что крайне тяжелые больные могут периодически быть в состояний возбуждения и пытаются сами активно изменить позу в постели, встать, начать ходить, несмотря на запрещение врача. Такое поведение больного не может быть оценено как истинно активное. Как пассивное положение нельзя оценивать желание больного лежать в постели и минимально двигаться даже при самом незначительном ухудшении общего самочувствия. При вынужденном положении больной принимает удобную для себя позу, при которой отмечается уменьшение неприятных ощущений (более подробно об этом сказано при описании конкретных заболеваний). Вынужденное положение имеет диагностическое значение, так как при тех или иных заболеваниях (обычно при усилении симптомов) больные занимают достаточно типичные позы.

Состояние сознания. Сознание может быть ясным или спутанным, еще выделяют состояние ступора (оцепенение), сопора (глубокое оглушение), комы (полная потеря сознания).

При спутанном сознании больной отвечает на вопросы с трудом. При ступоре больной также находится в помраченном состоянии, но более глубоко, чем при просто спутанном сознании; такой больной на громкий окрик может ответить, но эти ответы неосмысленны. Крайняя степень ступора - сопор. Больной находится как бы в полусне, не отвечает на вопросы, однако рефлексы у него сохранены. При состоянии комы отмечается полное угнетение функций ЦНС (сознание отсутствует, мышцы расслаблены, чувствительные и двигательные рефлексы полностью отсутствуют).

Нарушение сознания может быть длительным или коротким. Кратковременное нарушение сознания - следствие временного расстройства мозгового кровообращения, а длительное — результат серьезного заболевания ЦНС, нарушения кровообращения в мозге (кровоизлияние в мозг), тяжелой интоксикации (инфекционные болезни). Расстройство сознания может сочетаться с периодами возбуждения и бреда, что наблюдается при острых

инфекционных заболеваниях на фоне высокой температуры тела и выраженной интоксикации.

Осмотр лица.

При ряде заболеваний осмотр лица дает много диагностической информации. Так, при высокой температуре тела отмечают блеск глаз, гиперемия щек. Тяжелые хронические расстройства кровообращения сопровождаются одутловатостью лица, кожа (особенно губы, уши, кончик носа) приобретает синюшную окраску. При хирургических заболеваниях органов брюшной полости и развитии воспаления брюшины (перитонит) черты лица заостряются, глаза западают, кожа бледнеет, губы становятся синюшными. Для некоторых заболеваний почек характерны отеки лица, бледность кожи, набухлость век; отечность особенно выражена по утрам и локализуется под глазами. При некоторых хронических диффузных заболеваниях соединительной ткани (дерматомиозит) отмечается так называемый периорбитальный отек с фиолетовым оттенком кожи (симптом очков). Лицо больного со сниженной функцией щитовидной железы становится маскообразным, бледным, со слегка желтушным оттенком, отечное, мимика бедна. При заболеваниях сердца, протекающих с нарушением кровообращения в малом круге, отмечается так называемый митральный румянец - цианотическое окрашивание щек на фоне бледной кожи.

Осмотр глаз также может дать полезную информацию для диагноза. Так, при повышении функции щитовидной железы (гипертиреоз) отмечают широкое раскрытие глазной щели и набухание глазных яблок (пучеглазие, экзофтальм), пигментация век. При нарушении жирового обмена в толще кожи отмечают плоские желтые пятна - ксантомы. Для заболеваний печени и желчных путей, протекающих с нарушением оттока желчи, характерно желтушное окрашивание склер, в то время как желтушное окрашивание кожи может еще и не наступить.

Осмотр кожных покровов и видимых слизистых оболочек.

Окраска кожи и видимых слизистых оболочек зависит от ряда факторов: глубины залегания кровеносных сосудов, уменьшения или увеличения в крови уровня гемоглобина и эритроцитов, количества восстановленного гемоглобина (т.е. отдавшего тканям кислород, полученный при прохождении через сосуды легких), отложения в коже пигментов - красящих веществ (билирубин, меланин и др.). Имеет значение также спазм подкожных сосудов.

Бледность кожи обуславливается спазмом сосудов, низким содержанием гемоглобина и эритроцитов (анемия); в подобных случаях и видимые слизистые оболочки также бледные. Если бледность объясняется глубоким залеганием сосудов в коже, то видимые слизистые оболочки имеют нормальную розовую окраску.

Гиперемию (покраснение) кожных покровов вызывает расширение сосудов, которое наблюдается после приема горячей ванны, при лихорадке, после приема алкоголя, при сильном волнении. Некоторые лекарственные препараты, вызывающие резкое расширение мелких сосудов кожи (никотиновая кислота и ее производное - ксантинола никотинат), также обуславливают преходящую гиперемию кожных покровов. Постоянная гиперемиа кожных покровов и видимых слизистых оболочек может быть обусловлена чрезмерным увеличением количества эритроцитов (при эритремии или симптоматическом эритроцитозе).

Синюшность кожных покровов - цианоз бывает общим и местным. Общий цианоз возникает вследствие недостаточной артериализации крови в легочных капиллярах. Наблюдается при хронических заболеваниях легких, когда вследствие нарушения внешнего дыхания нарушается газообмен, снижается содержание кислорода в альвеолярном воздухе, а уровень углекислоты возрастает; кроме того, часть капилляров в клетках при хронических диффузных заболеваниях печени (хронические и острые гепатиты, циррозы печени).

Желтушное окрашивание кожи может наблюдаться также в результате приема некоторых лекарственных средств (акрихин, каротин и др.). В этих случаях склеры и слизистые оболочки не окрашиваются в желтый цвет, а в крови содержание билирубина не повышено.

Пигментация кожи может встречаться в норме и при заболеваниях. Так, у здоровых лиц пигментация (загар) появляется под воздействием солнечных лучей или ультрафиолетового облучения.

Возможна пигментация кожи при снижении функции надпочечников (гипокортицизм), причем наиболее пигментированы участки наибольшего трения кожи (на талии, шее).

На коже могут отмечаться участки депигментации (белая кожа) - витилиго. В исключительных случаях пигмент в коже отсутствует полностью (альбинизм). Патологическая пигментация обусловлена отложением в коже пигмента меланина или железосодержащих пигментов (гемохроматоз).

При осмотре кожи можно также выявить ограниченные участки пигментации: веснушки, родимые пятна. Необходимо обращать внимание на рубцы, расчесы. Обращают внимание на волосяной покров тела (наличие облысения, чрезмерное развитие волос у женщин - вирильный синдром; рост волос у женщин по мужскому типу на лобке, что обусловлено расстройствами в эндокринной сфере).

При осмотре можно выявить различные геморрагические высыпания: петехии (точечные кровоизлияния в кожу), более обширные кровоизлияния (пурпура). Кровоизлияния достаточно больших размеров, сначала багрово-красные, спустя некоторое время появляется желто-зеленоватый оттенок.

На коже могут выявляться различные высыпания, из которых наибольшее значение имеет крапивница - зудящие красно-розовые пятна, напоминающие волдыри от ожога крапивой. Некоторые сыпи после себя оставляют шелушение. Мелкое отрубевидное шелушение характерно для коревой сыпи,

крупнопластинчатое - для скарлатины. При осмотре целесообразно обратить внимание также на состояние кожи: наличие атрофии (истончения), сухость, морщинистость. При нарушениях обмена веществ, анемиях могут наблюдаться изменения ногтей: исчерченность, легкая ломкость. У людей с врожденным пороком сердца, хроническими нагноительными заболеваниями легких могут наблюдаться ногти в виде часовых стекол.

При осмотре могут быть обнаружены отеки. Отечная кожа бледная, гладкая, иногда с блеском. Отеки при заболеваниях сердца располагаются на стопах, голених, пояснице, при заболеваниях почек - на лице (одутловатость лица). стенках альвеол запустевает. Все это приводит к тому, что кровь в капиллярах меньше насыщается кислородом, что и обуславливает синюшность кожных покровов.

Местный, или периферический, цианоз, называемый еще акроцианозом, наблюдается обычно на кончиках пальцев, на носу, щеках, губах, ушных раковинах при заболеваниях сердца (сердечная недостаточность).

Местный цианоз возникает вследствие нарушения оттока венозной крови из какого-либо участка тела, обусловленного обычно нарушением проходимости вен (чаще всего при тромбозе).

Желтуха - окрашивание кожи и видимых слизистых оболочек в желтый цвет - отмечается при избыточном накоплении желчных пигментов (билирубина) в крови и при отложении их в толще кожи. Количество билирубина в крови может увеличиться вследствие нарушения оттока желчи по общему желчному протоку в результате закупорки его желчными камнями или сдавления опухолью головки поджелудочной железы, большого сосочка двенадцатиперстной кишки, при спайках и воспалительных изменениях в желчных путях. Другая причина - повышенное его образование вследствие увеличенного разрушения эритроцитов (гемолиз). Наконец, повышение билирубина в крови может быть обусловлено повреждением печеночных

Телосложение и конституция. Под конституцией понимают совокупность устойчивых морфологических и функциональных свойств организма. С особенностями конституции связана склонность человека к определенным заболеваниям. Существует несколько типов конституции, которым соответствуют те или иные формы телосложения (рис. 1).

Астенический тип:

длинные и тонкие конечности, узкие кисти и длинные пальцы рук, тонкий скелет. Шея удлинена, грудная клетка узкая, с широкими межреберными промежутками. Мускулатура развита слабо, кожа тонкая. Подкожный жировой слой развит слабо.

Гиперстенический тип:

отношение вертикальных размеров тела к горизонтальным уменьшено. Конечности и шея короткие и толстые. Грудная клетка широкая и короткая, плечи широкие. Кости широкие, мускулатура развита хорошо.

Нормостенический тип:

среднее между астеническим и гиперстеническим типами.

В жизни встречаются различные отклонения от описанных типов, часто у человека могут сочетаться признаки двух типов.

Ясно, что ни один из конституциональных типов сам по себе не может явиться причиной того или иного заболевания. Отмечено, что лица определенной конституции при определенных условиях более подвержены одним заболеваниям, а лица другой конституции - иным заболеваниям. Так, у лиц астенической конституцией чаще наблюдаются заболевания органов дыхания, желудочно-кишечного тракта (хронический гастрит, язвенная болезнь), а у лиц гиперстенической конституции — нарушения жирового обмена, болезни печени и желчных путей, ишемическая болезнь сердца.

Осмотр конечностей. Обращают внимание на степень развития мышечной системы. При некоторых заболеваниях суставов отмечается уменьшение мышечной массы (атрофия мышц), особенно тех мышц, которые приводят в движение данный сустав (например, при заболевании коленного сустава может развиваться атрофия мышц бедра). Следует также обращать внимание на состояние вен, которые могут быть расширены, а по их ходу могут наблюдаться варикозные узлы - участки резкого расширения вен. Варикозно расширенные вены более отчетливо выявляются при вертикальном положении больного. В области варикозно расширенных вен возможны пигментация и истончение кожи, язвы.

Осматривают также суставы больного: отмечают их форму, состояние кожных покровов, обращают внимание на объем движений в суставе.

При осмотре пальцев рук может наблюдаться внезапное побледнение кожи (синдром Рейно).

Дыхание.

При осмотре грудной клетки или живота больного можно определить число дыханий в минуту. Надо стараться считать так, чтобы больной не замечал этого, потому что он может невольно или преднамеренно изменить свое дыхание. Очень удобно считать число дыханий непосредственно после счета пульса, не отнимая руки от лучевой артерии, так как в этом случае больной будет уверен, что ему считают пульс. Если дыхание поверхностное и движение грудной клетки или живота трудно уловить, медицинская сестра, делая вид, что считает пульс, незаметно кладет (не прижимая) свою руку вместе с рукой больного ему на грудь или на живот и определяет дыхание. В нормальных условиях дыхательные движения ритмичны и число дыханий в покое составляет 16-18 в минуту, причем вдох в 2 раза короче выдоха, одно дыхание соответствует приблизительно четырем пульсовым ударам. Во время сна дыхание становится реже.

В некоторых случаях у больного отмечается неправильное (аритмичное) дыхание: он дышит то часто, то редко, с большими паузами. Такое дыхание

обычно не зависит от легочного заболевания, а связано с нарушением его регуляции вследствие поражения дыхательного центра.

К аритмичному дыханию относится так называемое чейн-стоксово дыхание. Оно характеризуется тем, что после более или менее продолжительной паузы появляются поверхностные редкие дыхательные движения, которые постепенно учащаются, углубляются, и сопровождаются шумом. Когда одышка достигает максимума, дыхательные движения постепенно становятся поверхностными, более редкими и опять наступает пауза. Появление чейн-стоксова дыхания всегда является показателем наступившего ухудшения в состоянии больного. Медицинская сестра должна немедленно сообщить об этом врачу.

Чейн-стоксово дыхание - признак понижения возбудимости дыхательного центра, его истощения. Его появление указывает на тяжелое заболевание мозга, расстройство мозгового кровообращения, возникающего при ряде заболеваний, и имеет плохое прогностическое значение.

Иногда больной дышит часто, но дыхание поверхностное. Такое дыхание наблюдается при сильных болях, сопровождающих дыхательные движения, например при плеврите или воспалении мышц, участвующих в дыхании. Лицо активное, выражение лица без особенностей, сознание ясное. Больной активен, может обслужить себя, активно беседует с медицинским персоналом. Могут выявляться многие симптомы болезни, но их наличие не мешает больному проявлять свою активность.

Состояние средней тяжести характеризуется более выраженными жалобами, обусловленными основными заболеваниями, больной предпочитает большую часть времени находиться в постели, так как активные действия усиливают общую слабость и болезненные симптомы. Сознание больного, как правило, ясное, выражение лица болезненное. При непосредственном обследовании больного выраженность патологических изменений со стороны внутренних органов и систем более существенна.

При тяжелом состоянии больной практически постоянно находится в постели, жалобы и симптомы болезни выражены значительно. Сознание может быть спутанным, однако нередко остается ясным. Выражение лица страдальческое. Активные действия больной совершает с трудом.

3. ПАЛЬПАЦИЯ

Пальпацию (ощупывание) больного обычно проводят параллельно с осмотром. В основе пальпации лежат осязательные ощущения, получаемые при соприкосновении руки врача с той или иной областью тела или подлежащим внутренним органом (печень, селезенка, сердце). При проведении пальпации следует соблюдать ряд правил: положение врача и больного должно быть удобно для проведения исследования (врач сидит справа от больного), руки врача должны быть теплыми, чтобы не вызвать неприятных ощущений. Пальпацию надо проводить мягко, так как грубая, резкая пальпация вызывает у больного неприятные ощущения (вплоть до боли), кроме

того, резкая пальпация живота вызывает напряжение мышц передней брюшной стенки, что не позволяет пропальпировать органы брюшной полости.

С помощью пальпации можно получить сведения о состоянии кожи. Влажность кожи зависит от выраженности потоотделения. Повышенная влажность отмечается при заболеваниях, сопровождающихся повышением температуры (пневмония, ревматизм и пр.). При быстром снижении температуры (например, после приема жаропонижающих препаратов или самопроизвольном снижении температуры) также отмечается выраженная потливость, причем пот холодный, а кожа бледная.

Сухость кожи наблюдается при чрезмерной потере жидкости (например, при сахарном диабете, после приема больших доз мочегонных препаратов, при почечной недостаточности, длительных поносах или нарушении всасывания жидкости в результате многократной обильной рвоты). Сухая кожа бывает при ряде внутренних заболеваний (например, при снижении функции щитовидной железы - гипотиреозе).

Пальпацией определяют и другие свойства кожи - эластичность и упругость (тургор). У здорового человека кожа эластична; она легко собирается в складку. При нормальной упругости собранная в складку кожа быстро расправляется. Понижение тургора кожи наблюдается у лиц пожилого и старческого возраста, а также при потере жидкости и продолжительных тяжелых заболеваниях.

Пальпация помогает определить степень развития подкожной жировой клетчатки. У людей со слабо развитой клетчаткой кожа легко собирается в складку, при значительном развитии жирового слоя кожные складки образуются с трудом (надо иметь в виду, что при значительных отеках кожа также с трудом собирается в складку). Пальпацией можно обнаружить локализованные отложения жира в виде жировых узлов (липомы).

Пальпация позволяет определить отеки. Надавливают пальцем в области предполагаемой локализации отека (следует нажимать на такое место, под которым расположена кость или мощные слои мышц, например на пояснице): при наличии отека на месте давления остается ямка. Отек может быть подвижным (легко смещаться при смене положения больным) или плотным (не перемещается при перемене положения). При длительном сохранении выраженных отеков наступает огрубение (индурация) кожи.

С помощью пальпации можно составить представление о состоянии мышц. Так, при длительных хронических заболеваниях мышцы атрофируются (становятся вялыми, дряблыми, истончаются), снижается их сократительная способность. Особенно четко такие явления наблюдаются при заболеваниях суставов, а также при истощении (например, при злокачественных новообразованиях), а также у лиц пожилого и старческого возраста.

Пальпация позволяет оценить состояние лимфатических узлов: они пальпируются на передней и боковой поверхностях шеи, в подмышечных ямках, под нижней челюстью, в паховых областях. В норме лимфатические узлы невелики (не более горошины), безболезненные, подвижные, не спаяны

между собой и окружающей клетчаткой, консистенция их мягкоэластическая. Лимфатические узлы увеличиваются при каких-либо воспалительных процессах на коже, трофических язвах. Наиболее часто увеличенные лимфатические узлы определяются при гемобластозах - опухолевых заболеваниях системы крови (лимфогранулематоз, хронический лимфолейкоз и др.), а также при метастазировании злокачественной опухоли (например, метастазирование рака молочной железы в лимфатические узлы подмышечной впадины). Болезненность при пальпации, спаяние с окружающей клетчаткой и между собой отмечаются при туберкулезе лимфатических узлов.

При пальпации костей можно установить участки болезненности, наличие искривлений, разрастание костной ткани (остеофиты), подкожные узелки в области крупных суставов (ревматоидный артрит, ревматизм и пр.), наличие выпота в полость сустава. Обширную информацию можно получить при пальпации брюшной полости, а также области сердца и периферических сосудов.

2.6 Преподавательские заметки по лекции

При чтении лекции необходимо акцентировать внимание на знания студентов по предметам: анатомия, физиология, философия. Лекция рассчитана на студентов, имеющих кругозор по этим предметам.

Вначале лекции необходимо провести активизацию полученных ранее знаний (“вызов”), который будет осуществляться путем диалога со студентами о анатомических, физиологических особенностях органов обследуемых систем, о применении принципа «холизма» при сборе информации о развитии болезни и о жизни пациента.

В ходе вызова будут заданы вопросы из ранее пройденного материала по вышеприведенным дисциплинам. Примерная затрата времени на данную фазу составляет 10 минут.

После проведения “вызова” переходим ко второй фазе – “осмысление”. В данной стадии чтения лекции необходимо четко и рационально изложить основные моменты лекции. Продемонстрировать слайды и таблицы освещающие сестринский процесс. Примерная затрата времени – 70 минут.

В третьей стадии чтения лекции проводится “размышление”. В данной стадии со студентами проводится повторный опрос знаний по теме лекции и задаются контрольные вопросы и совместно со студентами проводится ответ. Примерная затрата времени – 10 минут

2.7 Раздаточный материал

По теме лекции на несколько групп студентов будет распечатано приложение (основные слайды лекции). Помимо этого при желании студента, может ознакомиться с текстом лекции в электронном формате или распечатанном виде.

2.8 Оснащение лекции

Таблицы, слайды, слайдоскоп, видеокассета с записью практических навыков по методу пальпации.

2.9 Тематика самостоятельной работы студента в соответствии с лекцией и ее содержание

Тема: «Пальпация щитовидной железы» 4 часа
«Пальпаторные исследования суставов» 4 часа

2.10 Контрольные вопросы

1. Перечислите источники информации о болезни пациента
2. Какие жалобы пациента относятся к основным?
3. Какие жалобы пациента относятся к второстепенным?
4. В чем заключается принцип «холизма»?
5. Расскажите последовательность сбора информации о развитии болезни пациента.
6. Какое значение имеет сбор данных о жизни пациента при определении потребности пациента?
7. Расскажите общие правила и технику осмотра.
8. Расскажите поэтапно проведение общего осмотра
9. Перечислите виды положение больного.
10. Назовите степени угнетения сознания
11. Какие вы знаете конституционные типы?
12. Как может меняться окраска кожных покровов?
13. Как оценивается степень выраженности подкожной жировой клетчатки.
14. Общие правила проведения пальпации.
15. Какие показатели определяются при пальпации грудной клетки?
16. Какие показатели определяются при пальпации области сердца?
17. Какие показатели определяются при пальпации живота?

2.11 Рекомендуемая литература

А-основная:

1. Василенко В.Х, и Гребенев А.Л. "Пропедевтика внутренних болезней". М., 1989
2. Довгялло О.Г. и др. «Руководство к практическим занятиям по пропедевтике внутренних болезней», Минск. 1986
3. Жмуров В.А., Малишевский М.В. "Пропедевтика - внутренних болезней", 2001, Москва.
4. Шелагуров А.А. "Пропедевтика внутренних болезней". М., 1975

Б-дополнительная:

5. Гребенев А.Л., Шептулин А.А. «Непосредственное исследование больного», Москва, 2001
6. Елисеев Ю.Ю. и др. «Внутренние болезни», Москва 1999
7. Ивашкин В.Т., Султанов В.К. «Пропедевтика внутренних болезней» Практикум. Санкт-Петербург 2000 г.
8. Струтынский А.В., Баранов А.П. и др. «Основы семиотики заболеваний внутренних органов. Атлас», Москва., 1997
9. Шишкин А.Н. «Внутренние болезни. Распознавание. Семиотика. Диагностика» Санкт-Петербург, 2000 г.

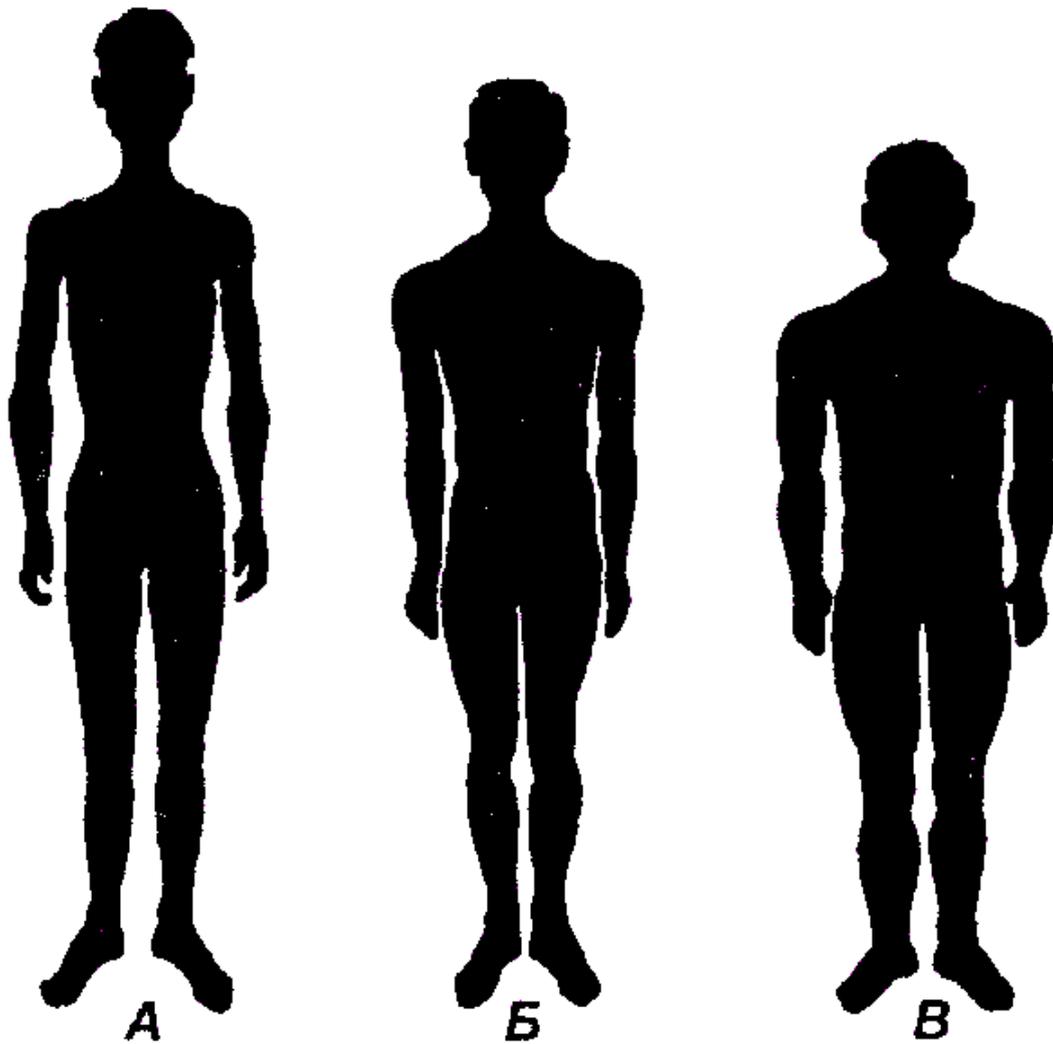


Рис. 1. Типы конституции человека

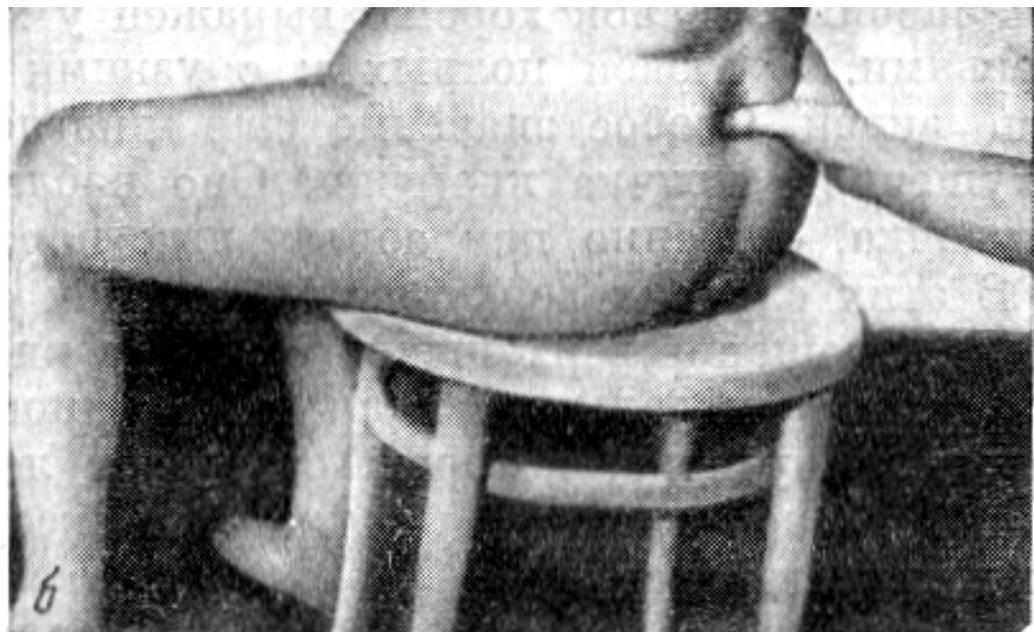
А – астенический, Б – нормальный,
В – гиперстенический.



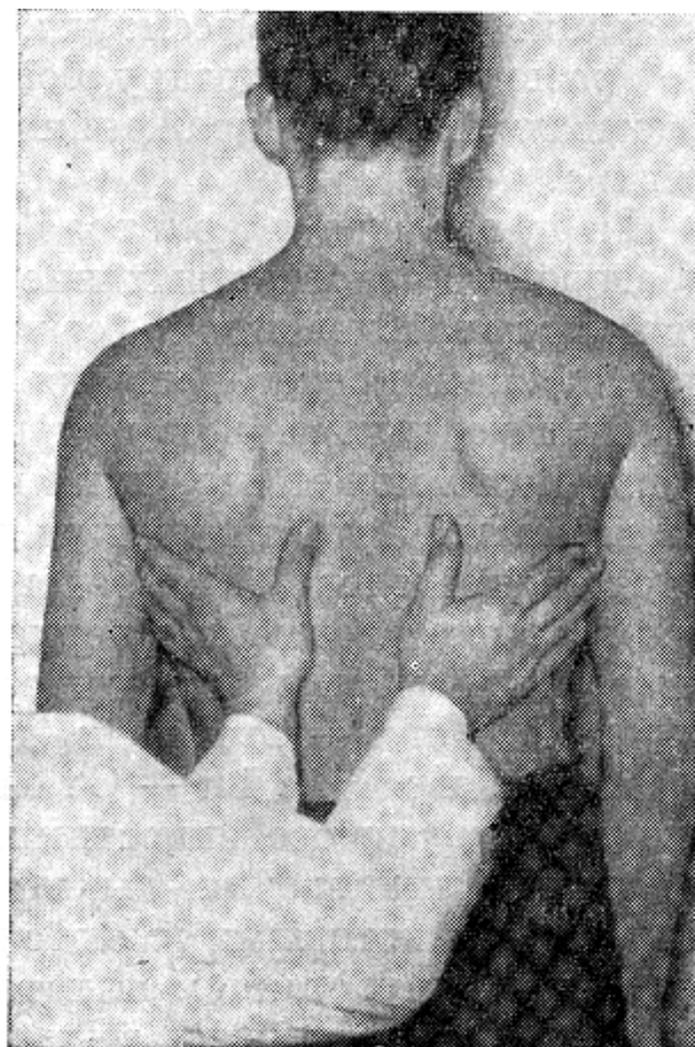
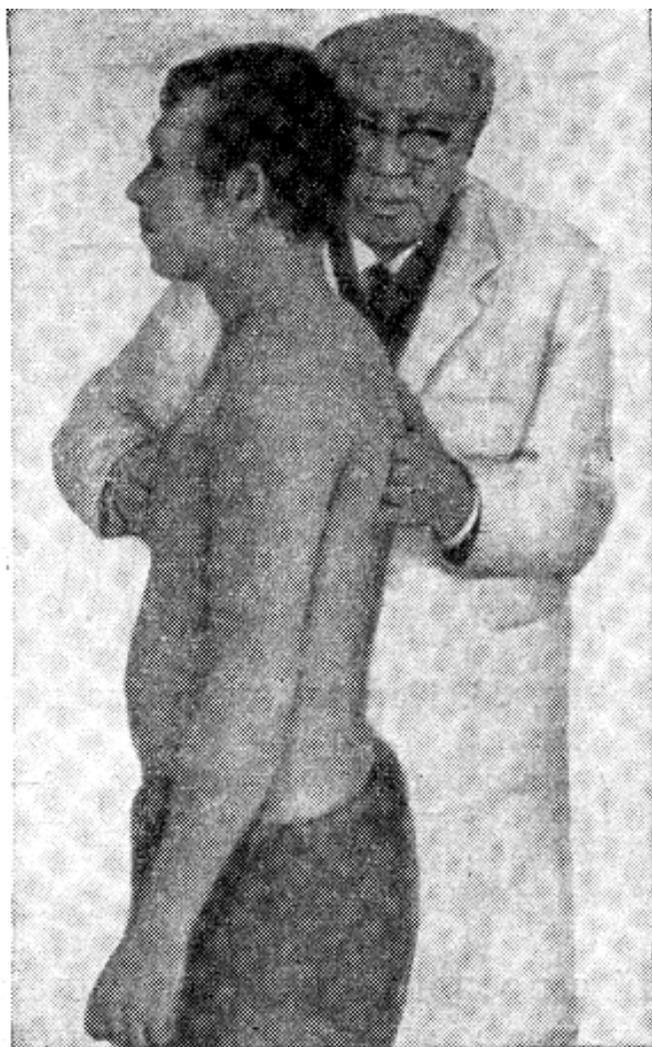
a



b

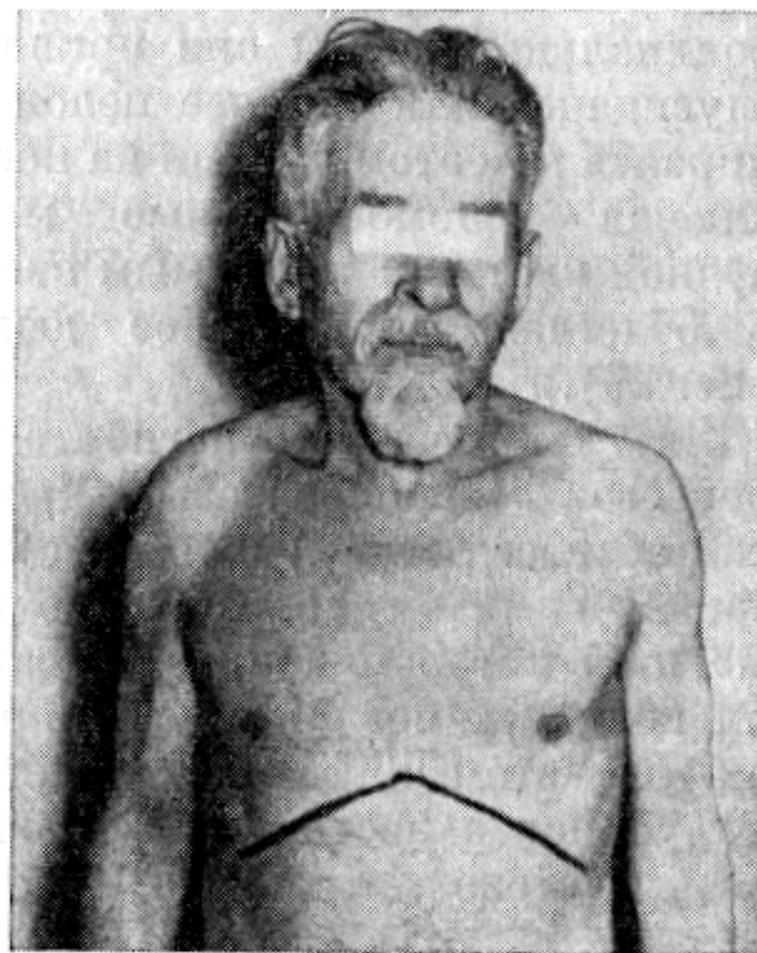
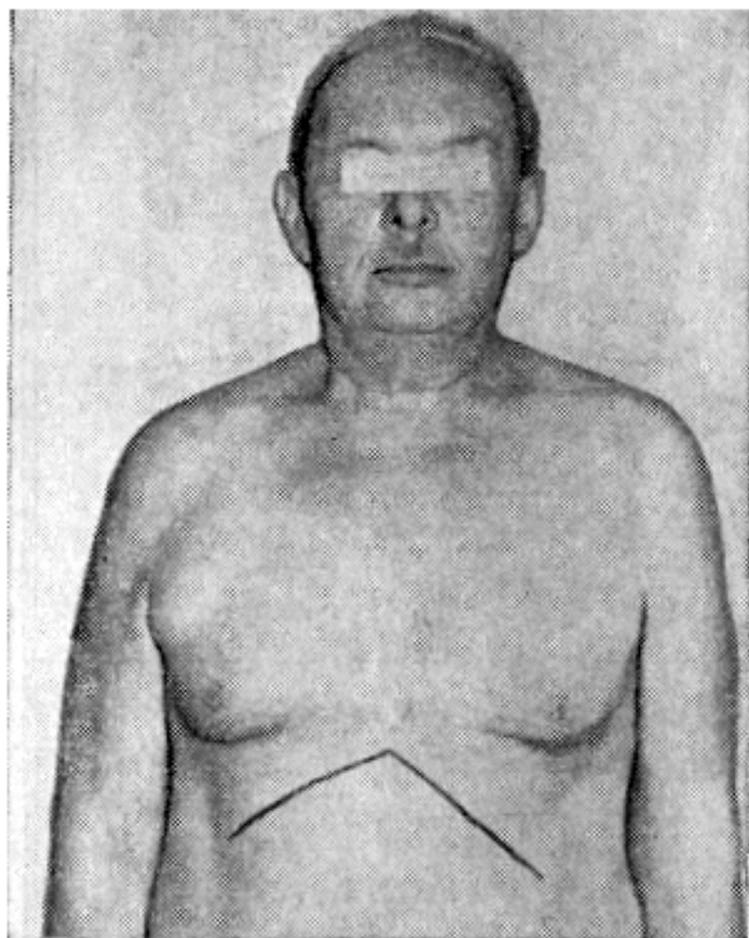


Определение отеков на ногах (а) и
пояснице (б).

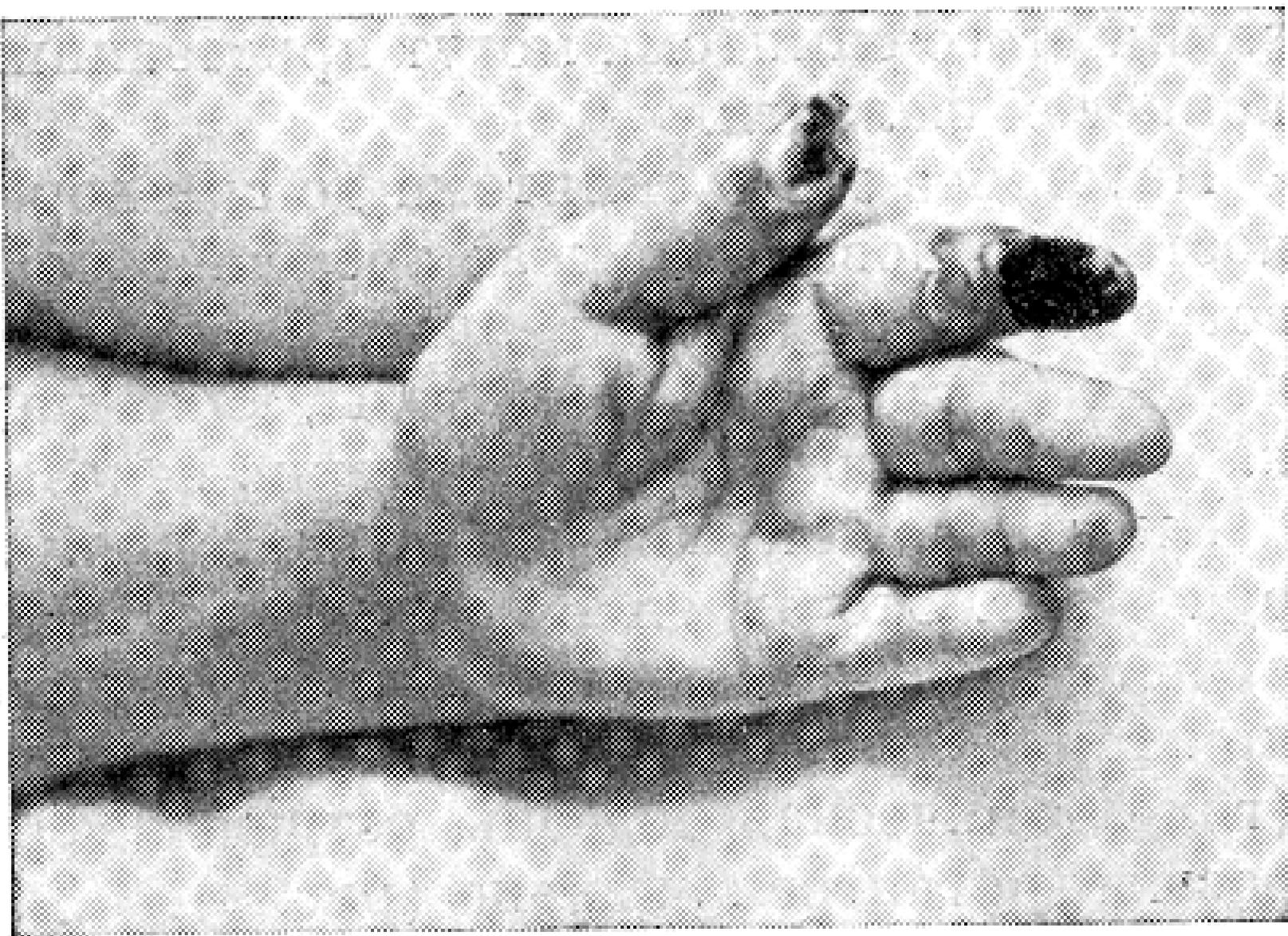


Определение резистентности грудной клетки.

Определение голосового дрожания.



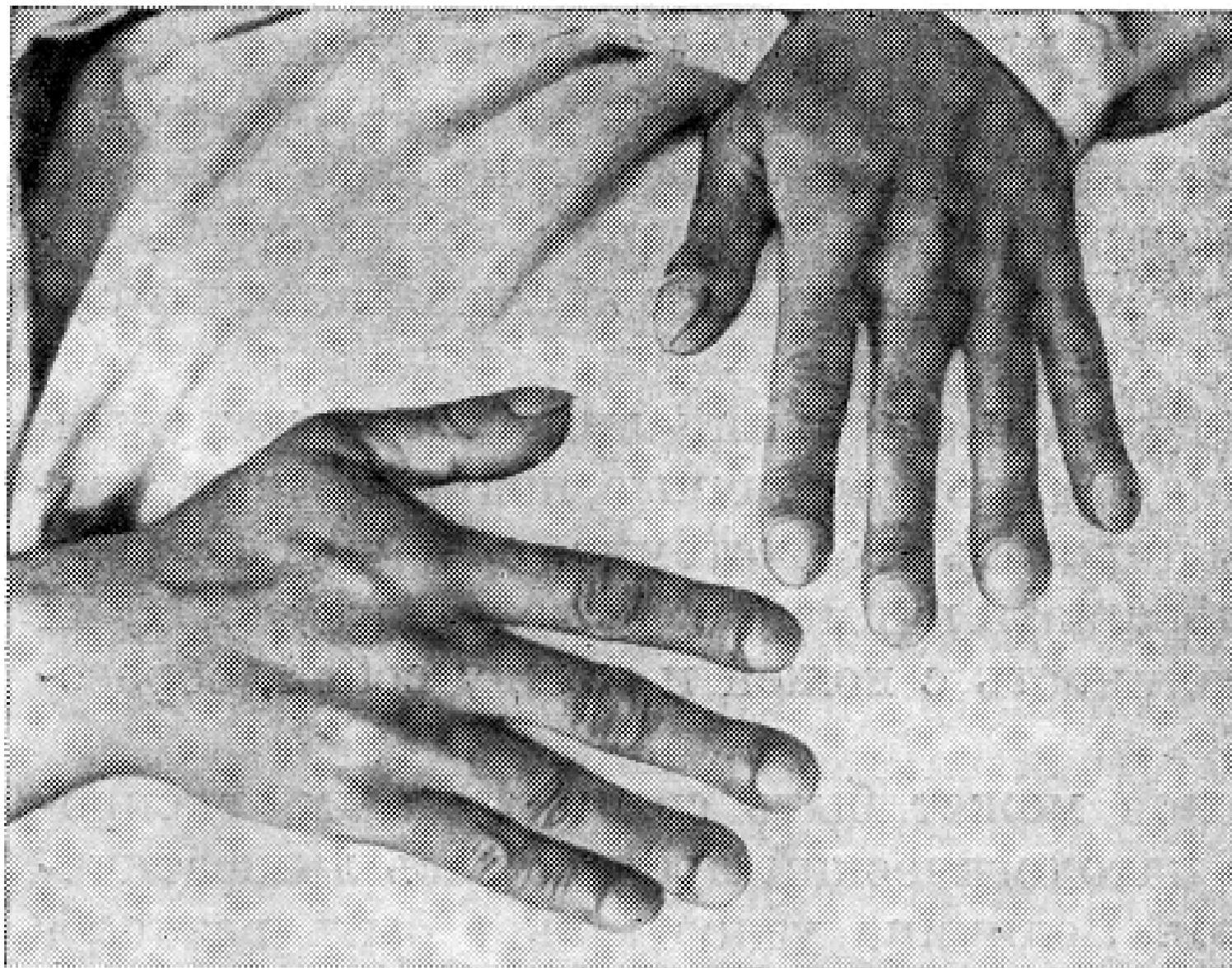
Гиперстеническая грудная клетка.
Эмфизематозная грудная клетка.



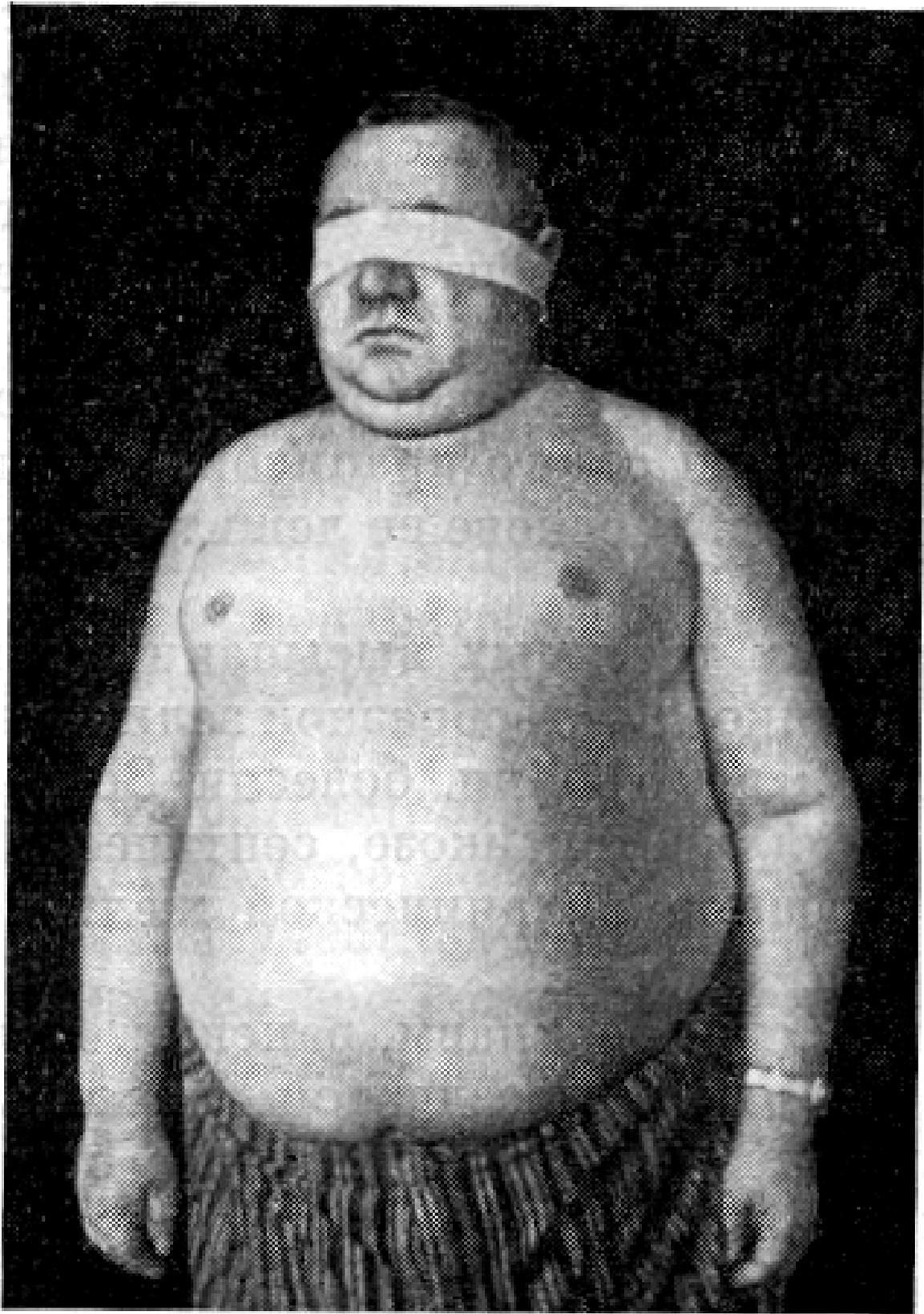
Гангрена большого и указательного
пальцев левой кисти.



Деформирующий артрит.



Пальцы в виде барабанных палочек.



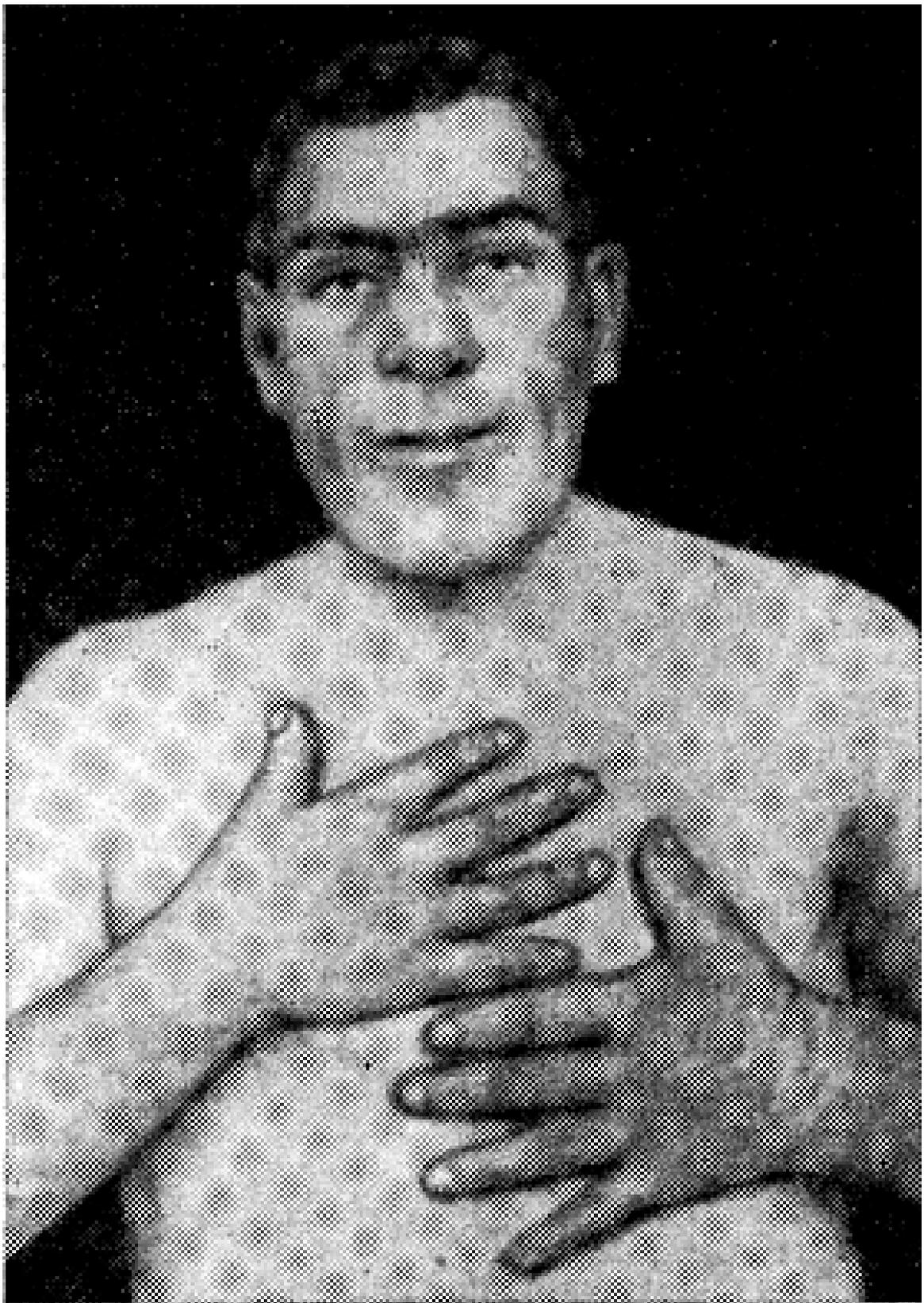
Резкое общее ожирение.



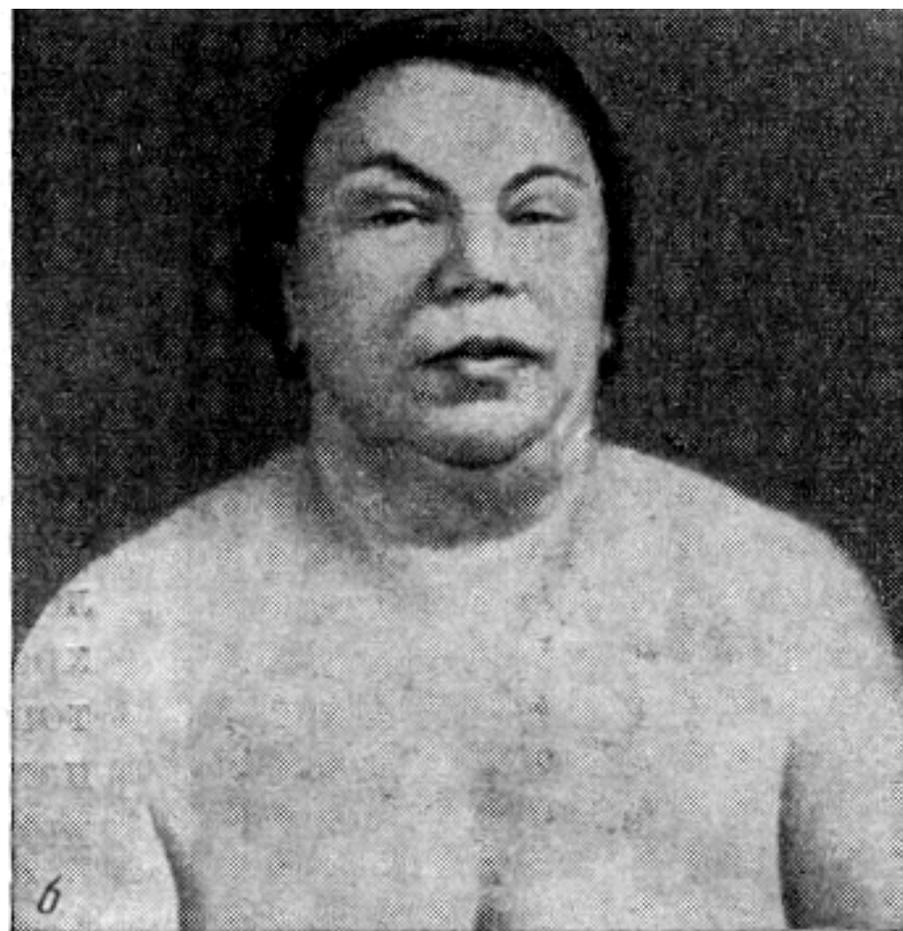
Варикозное расширение вен нижних конечностей.



Кахексия при злокачественном новообразовании.



Больной акромегалией.



Пучеглазие при базедовой болезни (а). Лицо при микседеме (б).

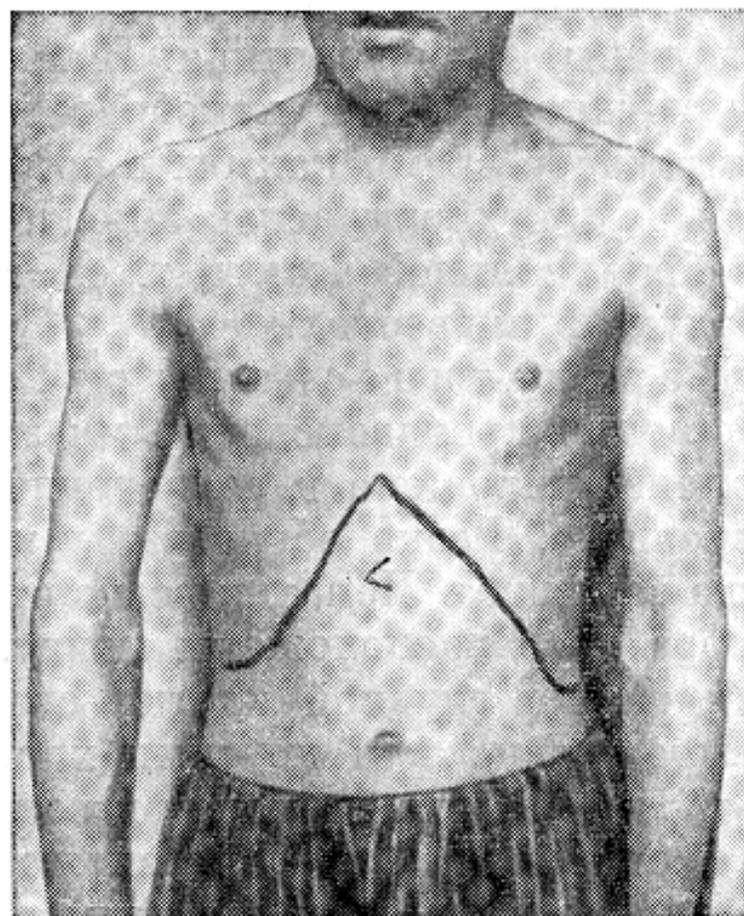
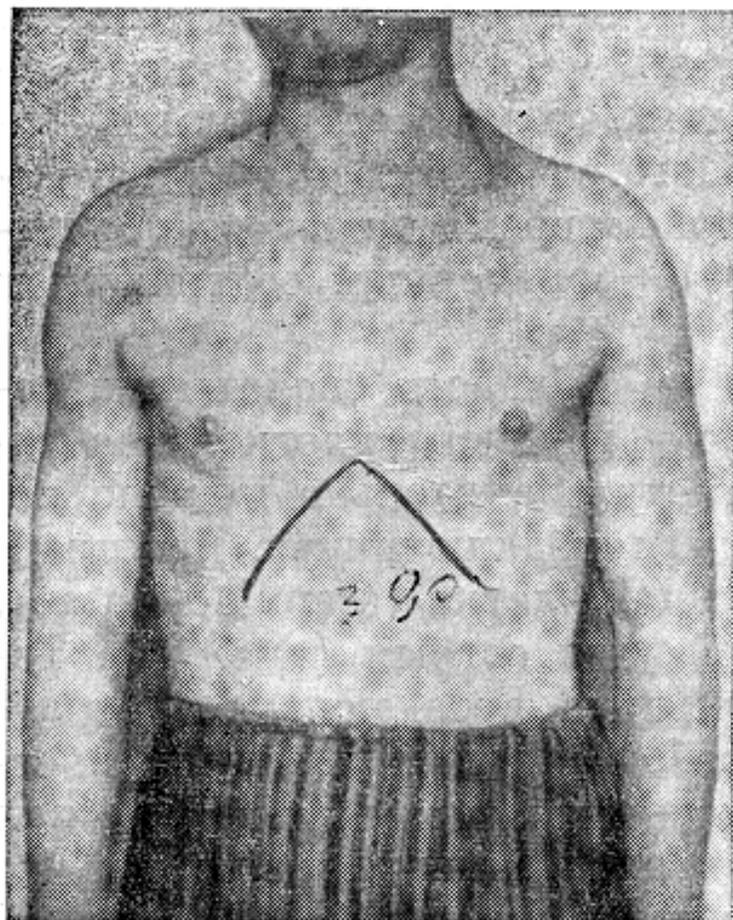


Вынужденное положение с резким расширением вен на шее у больного с заболеванием сердца.





Положение больного при
бронхиальной астме (ортопноэ).



Нормостеническая грудная клетка.

Астеническая грудная клетка.