

СОДЕРЖАНИЕ ЗАНЯТИЯ.
Хронологическая карта практического занятия.

№	Этапы проведения занятий	Распределение учебного времени
1.	8.30-8.35	Организационная часть
2.	8.35-9.15	Контроль исходного уровня предыдущего занятия
3.	9.20-10.05	Отработка практических навыков предыдущей темы, курация больных
4.	10.15-10.45	Теоретический разбор новой темы
5.	10.45-11.00	Отработка практических навыков новой темы
6.	11.00-11.10	Заключение практического занятия, подведение итогов.

Занятие № 1

1.1. Тема: Задачи предмета пропедевтики внутренних болезней. Порядок обследования больного. Схема истории болезни. Методы клинического обследования больного: расспрос, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация. Жалобы. История настоящего заболевания. История жизни больного. Разбор больного. Общий осмотр больного. Осмотр по частям тела: голова, лицо, шея, конечности, кожные покровы. Лихорадка. Термометрия. Антропометрия.

1.2. Цель: Ознакомить студентов с предметом пропедевтики. Объяснить задачи предмета пропедевтики. Дать понятие о врачебной деонтологии, врачебной тайне, врачебных ошибках (ятрогения). Научить студентов порядку обследования больного. Объяснить студентам значение истории болезни. Объяснить значение заполнения паспортной части истории болезни. Научить студентов правильно собирать жалобы и анамнез у больных. Ознакомить студентов с правилами общего осмотра и его значением для постановки диагноза. Указать на последовательность проведения осмотра. Рассказать о видах нарушения сознания. Научить студентов оценивать общее состояние, сознание, положение и тип конституции больного. Ознакомить студентов с правилами общего осмотра и его значением для постановки диагноза. Указать на последовательность проведения осмотра. Научить студентов выявлять изменения головы, черт лица, конфигурации шеи, оценивать состояние кожи, подкожно-жировой клетчатки, костно-мышечной системы и суставов. Ознакомить студентов с основами термометрии и антропометрии. Научить измерять температуру тела, рост, вес, вычерчивать температурные кривые и на основе полученных данных делать заключение о норме или патологии.

1.3. Задачи

1.3.1. Обсудить предмет пропедевтики и её задачи.

1.3.2. Рассмотреть понятие врачебной деонтологии.

- 1.3.3. Объяснить понятие врачебной тайны.
- 1.3.4. Обсудить врачебные ошибки.
- 1.3.5. Объяснить понятие семиотики и диагноза.
- 1.3.6. Научить студентов порядку обследования больного.
- 1.3.7. . Объяснить студентам значение общего осмотра для постановки диагноза.
- 1.3.8. Познакомить студентов с методикой и системой общего осмотра.
- 1.3.9. Научить правильно оценивать общее состояние больного.
- 1.3.10. Научить студентов оценивать состояние сознания больного.
- 1.3.11 Познакомить студентов с основными положениями больного.
- 1.3.12. Научить определять тип конституции пациента.
- 1.3.13. Познакомить студентов с методикой и системой общего осмотра.
- 1.3.14. Обсудить возможные изменения формы головы, черт лица, конфигурации шеи указывающие на ту или иную патологию.
- 1.3.15. Рассмотреть основные параметры на которые необходимо обратить внимание при оценке состояния кожных покровов, подкожно-жировой клетчатки, мышц.
- 1.3.16. Продемонстрировать на больных характерные изменения головы, черт лица, шеи и конечностей, позволяющие поставить правильный диагноз с “первого взгляда”.
- 1.3.17. Ознакомить студентов с основами термометрии и теплорегуляции.
- 1.3.18. Научить вычерчивать температурные кривые.
- 1.3.19. Научить студентов определять рост и вес больного.

Теоретическая часть

Слово «**пропедевтика**» - греческого происхождения и означает введение или предварительное обучение. Отсюда, главная цель предмета пропедевтики внутренних болезней - введение студентов в основной курс терапии, обучение азам терапевтической науки.

Задачи пропедевтики внутренних болезней. Обучить студентов врачебной технике или методам исследования. Изучение симптомов и синдромов, обнаруживаемых с помощью различных методов исследования - семиотика. Построение диагностических заключений на основе данных наблюдения - методика диагноза. Изучение частных вопросов внутренних болезней - нозологические формы в их классическом, типичном варианте. Основные принципы лечения внутренних болезней.

Врачебная деонтология

Врачебная деонтология - это наука о взаимоотношениях врача и лиц, вовлеченных в общеклинический процесс: -врач - больной; врач - родственники больного; врач - средний и младший медперсонал; врач - врач; врач - «врачебное» начальство; врач - органы правозащиты и правопорядка (прокуратура); врач - страховая медицинская компания (медицинские эксперты).

Взаимоотношения врача и больного глубоко своеобразны. Врач всегда должен помнить, что больной человек во многом качественно отличается от здорового. Под влиянием патологии внутренних органов мышление больного претерпевает значительные изменения. При этом меняется отношение к жизни,

работе, окружающей среде (родственникам, коллегам по работе и т. п.). Психические сдвиги наблюдаются практически при всех вариантах патологии внутренних органов и проявляются в той или иной степени глубокими переживаниями, волнением и даже страхом за свою судьбу. По образному выражению психиатров - «каждый больной страдает своей болезнью плюс страхом»,

Встреча врача и больного - один из важнейших моментов врачебной деонтологии. Взаимодействие врача и больного начинается с момента первого контакта, когда еще не произнесено ни слова. Каждый больной так или иначе присматривается к выражению лица врача, к его жестам, мимике и даже к одежде (врач всегда должен быть опрятен и чист).

От того, как врач выслушивает жалобы больного, собирает анамнез, проводит осмотр, во многом зависит доверие больного к врачу, что, безусловно, играет существенную роль в лечебном процессе.

Все отрицательные воздействия на больного со стороны врача и персонала носят название ятрогений. В большинстве случаев ятрогении возникают не по злому умыслу врача, а по неосторожности или небрежности. Ятрогении могут возникнуть, если врач говорит больному: «У вас неважное сердце», «У вас расширенное сердце», «У вас желудок в форме крючка».

Эвтаназия - процесс при котором с помощью назначенных лекарственных препаратов облегчается и ускоряется медицинская смерть, для того чтобы спасти больного с неизлечимой болезнью от тяжелых страданий. "Гуманная смерть" или по японским "смерть с достоинством". Долг хранения врачебной тайны считается раз гарной проблемой мировой деонтологии, так как различные сведения об интимных сторонах жизни, здоровье больного, и его членов семьи бесспорно доходит до семейного врача. Врач должен правильно обработать эти сведения, держать в тайне, разглашать об неименной или неинфекционной болезни больного, сведения о состоянии.

Общая семиотика - охватывает те признаки и свойства, которые должны быть отмечены и оценены у каждого больного независимо от конкретного заболевания. Возраст, пол и конституция больного - три основные признака, необходимые для общей характеристики больного. К общей семиотике также относят: оценку общего состояния больного, включая его сознание, положение тела, осанку, походку, выражение лица и состояние общего питания; ряд симптомов, главным образом Функционального порядка: лихорадка, боли, отеки, одышка и др.; ряд местных симптомов, имеющих общее значение.

Виды диагноза

По характеру и содержанию:

-этиологический, патогенетический, нозологический, патологоанатомический, анатомический, патофизиологический.

По способу построения и обоснования:

- прямой диагноз - распознавание идет от симптома к болезни;
- дифференциальный диагноз - когда приходится сопоставлять, взвешивать и выбирать между несколькими более или менее вероятными заболеваниями - это диагноз «путем исключения»;

- диагноз «путем наблюдения» - когда постановка диагноза удается только после более или менее длительного наблюдения за больным в случае появления в ходе болезни новых решающих симптомов или получения важных результатов дополнительного исследования;

- диагноз по лечебному эффекту - когда диагноз заболевания устанавливается на основании безусловно благоприятного результата специфического лечения.

По времени выявления заболевания:

- ранний диагноз - заболевание распознается в начале своего развития;) -поздний диагноз ~ заболевание распознается поздно; -секционный диагноз ставится на секционном столе (крайний вариант).

По степени достоверности:

- ориентировочный диагноз - выдвигается в ходе обследования больного как рабочая гипотеза; предварительный диагноз - ставится после первоначального исследования больного, ограничивающегося обычно расспросом и применением общеклинических методов исследования отдельных органов и систем; этот диагноз служит исходным для построения плана дальнейшего подробного обследования больного; окончательный клинический диагноз - устанавливается после всестороннего обследования больного; диагноз под вопросом - ставится в трудных случаях.

Диагностические ошибки:

- исходящие от болезни - неизвестность или большая редкость заболевания, исключительная его сложность, отсутствие или бедность симптомов, большое сходство данного заболевания с другим и т. п.; -исходящие от больного - невозможность собрать анамнез {бессознательное состояние больного, забывчивость, незнание), неправильный или искаженный анамнез в целях симуляции заболевания, невозможность провести объективное исследование (ожирение), наличие другого заболевания и т. д.;

- исходящие от врача - недостаточные знания пропедевтики внутренних болезней, невнимание (спешка, бессистемность обследования), большая внушаемость или излишняя самоуверенность (самовнушение) врача, переоценка данных исследования, неправильное суждение и т. п.;

- исходящие от внешней обстановки и условий исследования: теснота помещения, шум, недостаточное освещение и т. п. Диагностика (греч. ш'а^позИкоз - способный распознавать) - раздел медицинской науки, излагающий методы и ход процесса исследования больного, наблюдения и рассуждения врача для распознавания болезни и оценки состояния больного с целью назначения адекватного лечения

Таким образом, качество диагноза определяется не только субъективным и объективным исследованием больного, но и умением практических врачей логически мыслить.

История болезни является юридическим документом и заполняется при поступлении больного в клинику от начала поступления до момента выписки и смерти больного. Этот документ хранится в архивах клиники в течении 20 лет.

История болезни состоит из следующих частей: паспортная часть, жалобы больного при поступлении в клинику, история развития настоящего заболевания (Anamnesis morbi), семейного анамнеза и наследственности, история жизни больного (anamnesis vitae) Описание состояние больного в настоящее время, данных лабораторных и инструментальных исследований. Расспрос должен проводится строго по установленному плану, каждый вопрос и ответ на него больного имеют определенное диагностическое значение. При расспросе жалоб необходимо отделить основные жалобы, имеющих наибольшее диагностическое значение от второстепенных. При расспросе истории жизни больного уделить внимание отрицательным факторам, могущим способствовать возникновению и развитию заболевания (в семье, в быту, связанным с профессией, характером питания, вредными привычками и т.д.) Для того чтобы правильно собрать жалобы больного ему задается общий вопрос: «что вас беспокоит?» или «на что вы жалуетесь?» и представляется возможность свободно высказаться относительно того, что привело его к врачу. При этом прерывать больного можно только вопросами для уточнения или расширения получаемых данных. Возможность больного свободно высказаться имеет очень большое значение: это и выражение внимания врача к больному, это и начало доверия больного к врачу, это и возникновение нормальных взаимоотношений между ними.

Общий план обследования больного

Расспрос больного(interrogatio) - важнейший метод исследования больного человека, метод, свойственный только практической медицине и использующий речь как орудие общения людей, обмена их мыслей и взаимного понимания. Слово, помимо средства взаимного общения врача и больного, является еще и мощным лечебным фактором.

Общая схема расспроса (субъективное исследование)

- 1.Паспортная часть.
- 2.Расспрос о жалобах больного, его ощущениях и переживаниях.
- 3.Расспрос о настоящем заболевании, о его начале и последующем течении вплоть до дня исследования больного - анамнез заболевания (anamnesis morbi).
- 4.Расспрос о предшествовавшей жизни больного - анамнез жизни (anamnesis vitae).

Жалобы больного по их характеру можно разделить на три группы:

- группа совершенно определенных, четких жалоб (кашель, одышка, рвота, боль, отеки, повышение температуры) - наблюдаются при выраженных изменениях внутренних органов и систем;
- группа неопределенных неясных жалоб («нездоровится», «побаливает», «чувствую сердце») - встречаются при хронических заболеваниях или при разного рода функциональных расстройствах;
- группа жалоб, весьма многочисленных и разнообразных, чрезвычайно детализированных и в то же время очень неопределенных (невротические жалобы).

По содержанию жалобы делятся на:

- жалобы на морфологические изменения (изменение формы, положения, вида отдельных частей тела - отеки, опухоль); ~ жалобы на функциональные нарушения расстройство тех или иных функций организма - одышка, понос);
- жалобы на ненормальные ощущения (психические переживания) - боль, плохое самочувствие.

Объективное исследование больного (Status praesens)

С подробным изучением отдельных органов и систем - система органов дыхания, сердечно-сосудистая система, органы пищеварения, органы мочевого выделения, эндокринная система, нервная система.

1.Общий осмотр (inspectio).

2.Пальпация (palpacio).

3.Перкуссия (percussio).

4.Аускультация (auscultacio).

Расспрос (субъективное исследование) и объективное исследование больного являются основными (клиническими) методами исследования больного.

Расспрос

Для оценки общего состояния необходимо выяснить не отмечает ли больной:

- плохое самочувствие, общую слабость, повышенную утомляемость, разбитость, снижение работоспособности;
- похудание;
- развитие полноты;
- жажду;
- повышенную потливость;

Система органов дыхания

КАШЕЛЬ:

- сухой или с мокротой;
- время появления : утром, вечером, ночью;
- постоянный или периодический;
- характер кашля: громкий, сильный, беззвучный, лающий;
- условия появления кашля: в связи с определенным положением тела (каким именно), после еды и т.п.

МОКРОТА:

- суточное количество;
- как откашливается: легко, с трудом, в каком положении отходит лучше;
- характер и цвет мокроты;
- запах мокроты; консистенция; количество слоев и их характеристика.

КРОВОХАРКАНИЕ:

- « интенсивность - прожилки или чистая кровь;
- цвет крови: алая, темная;
- частота.

БОЛИ В ГРУДИ:

- характер боли: тупая, острая, ноющая, колющая;

- связь с дыханием;
- что облегчает боль;
- при надавливании на грудную клетку, при наклонах туловища в разные стороны.

ОДЫШКА:

- постоянная, в покое, при физическом напряжении, ходьбе, в зависимости от положения в постели, при разговоре;
- инспираторная, экспираторная, смешанная.

Сердечно-сосудистая система

ОДЫШКА

- постоянная, в покое, при физическом напряжении, ходьбе, в зависимости от положения в постели, при разговоре;
- инспираторная, экспираторная, смешанная.

БОЛИ В ОБЛАСТИ СЕРДЦА:

- постоянные или приступообразные;
- локализация (загрудинные, в области сердца, в области веоушечного толчка и т. д.);
- иррадиация;
- характер: ноющие, колющие, сжимающие, тупые;
- чем сопровождаются - ощущением тоски и страха,
- слабостью, холодным потом, головокружением и т.д.;
- интенсивность;
- продолжительность;
- частота болевых приступов;
- причины и обстоятельства появления болей (при физическом напряжении, волнении, во время сна и т.д.);
- поведение и положение больного во время приступов болей;
- что оказывает терапевтический эффект.

ОЩУЩЕНИЕ ПЕРЕБОЕВ СЕРДЦА

СЕРДЦЕБИЕНИЕ:

- характер сердцебиения: постоянное, приступами (интенсивность, длительность, частота);
- условия появления: при физическом напряжении, в покое, при перемене положения тела, при волнении и т.д.;
- чем сопровождаются (одышкой, болями в сердце и пр.), отчего проходит.

ОТЕКИ: на ногах и других местах, время их появления (утром, к вечеру)

ОЩУЩЕНИЕ ПУЛЬСАЦИИ: в каких частях тела, чем вызывается, от чего проходит.

ПРИЗНАКИ СПАЗМА ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ СОСУДОВ: перемежающаяся хромота, ощущение "мертвого пальца"; чем они вызываются, от чего проходят.

Система пищеварения.

АППЕТИТ: хороший, пониженный, повышенный, извращенный, отвращение к пище (какой).

НАСЫЩАЕМОСТЬ: обычная, быстрая, постоянное ощущение голода.

ЖАЖДА: сколько выпивает жидкости за сутки, сухость во рту.

ВКУС ВО РТУ: кислый, горький, металлический, сладковатый, притупление или потеря вкусовых ощущений.

ЗАПАХ ИЗО РТА: неприятный (гнилостный), сладковатый, аммиачный, кисловатый каповый, запах гниющих яблок и др.

ГЛОТАНИЕ И ПРОХОЖДЕНИЕ ПИЩИ: болезненное, затрудненное, какая пища не проходит?, извращение вкуса.

СЛЮНОТЕЧЕНИЕ:

ОТРЫЖКА: чем, время появления, выраженность, громкость.

ИЗЖОГА: связь с приемом пищи, что облегчает изжогу?

ТОШНОТА: зависимость от приема пищи и ее характера.

РВОТА:

- а) натощак, после приема пищи (сейчас же или через определенный промежуток времени); какие ощущения предшествуют рвоте, облегчает ли она самочувствие больного;
- б) характер рвотных масс: съеденной пищей, желчью, цвета кофейной гущи, с примесью свежей крови и т. п.; их запах (гнилостный, кислый и пр.), без запаха.

БОЛИ В ЖИВОТЕ:

- а) локализация и иррадиация боли;
- б) когда и при каких обстоятельствах возникает, до еды, после еды (через какое время), ночные боли. Не уменьшаются ли боли сейчас же после приема пищи? Другие факторы, облегчающие боли (рвота, прием медикаментов, тепло и т.д.);
- в) зависимость от характера пищи (грубой, жирной острой и т.д.) или ее количества;
- г) характер боли: острая, тупая, ноющая, в виде приступов или постепенно нарастающая;
- д) длительность болей;
- е) чем сопровождается;
- ж) не появляется ли желтуха, потемнение мочи, обесцвеченный стул после приступа боли. Распирание и тяжесть в подложечной и других областях. Вздутие живота. Отхождение газов. Урчание в животе.

СТУЛ:

- а) регулярный, нерегулярный, самостоятельный или после каких-либо мероприятий (клизмы, слабительные), затрудненный;
- б) запоры: по сколько дней бывает задержка стула; в) поносы: с чем связаны, частота стула в сутки;
- г) бывают ли тенезмы;
- д) характер каловых масс (жидкие водянистые, кашицеобразные, типа рисового отвара и пр.); цвет и запах кала; примеси: кровь, гной, остатки непереваренной пищи,

глисты;

- е) выделение крови (перед дефекацией, во время или в конце ее).
- ж) жжение, зуд, боли в области заднего прохода; выпадение прямой кишки.

Система мочевыделения.

БОЛИ В ПОЯСНИЧНОЙ ОБЛАСТИ: их характер (тупые, острые, приступообразные), иррадиация, длительность, от чего появляются или усиливаются, чем сопровождаются, что облегчает боли.

МОЧЕИСПУСКАНИЕ:

- свободное, с усилием, обычной струей, тонкой, прерывистой, отвисное вниз (опрашивать только мужчин).
- резь, жжение, боли во время мочеиспускания;
- частота мочеиспусканий, особенно ночью;
- количество мочи за сутки.

ЦВЕТ МОЧИ: нормальный, темный, цвета "мясных помоев", пива и т.д.

НАЛИЧИЕ КРОВИ ВО ВРЕМЯ МОЧЕИСПУСКАНИЯ: в начале, во всех порциях, в конце наличие непроизвольного мочеиспускания.

Опорно-двигательная система.

- Боли в конечностях, суставах. Характер болей, летучесть, связь с переменной погоды, с нагрузкой, с волнением; появление болей в покое, ночью.
- Припухлость суставов, их покраснение (каких именно).
- Затруднение при движении (в каких суставах), скованность по утрам, ее длительность.
- Боли и затруднения при движениях в позвоночнике (в • каких отделах), иррадиация болей.

Эндокринная система.

- Нарушения роста и телосложения.
- Нарушение веса (ожирение, истощение).
- Изменение кожи (чрезмерная потливость или сухость, огрубление ее, появление багровых кожных расхождений, изменение цвета).
- Нарушение первичных и вторичных половых признаков:

дисменорея и бесплодие у женщин; импотенция у мужчин (ее характер); оценка полового влечения.

- Нарушение волосяного покрова (избыточное развитие, появление его на несвойственных данному полу местах, выпадение волос).

Нервная система, органы чувств

- Ночной отдых (сон глубокий, поверхностный, с частыми пробуждениями, непродолжительный, без сновидений, с обильными устрашающего характера сновидениями, цветные сны и прочие);
- Состояние после сна (бодрость, прилив сил, комфорт, улучшение самочувствия, усталость, слабость, разбитость;
- Память (отличная, хорошая, обычная, сниженная, очень плохая).
- Настроение - в утренние часы и в первую половину дня (отличное, хорошее, удовлетворительное, плохое, очень плохое), во вторую половину дня (отличное, хорошее, удовлетворительное, плохое, очень плохое) .
- Внимание (отличное, хорошее, удовлетворительное, плохое, очень плохое)
- Головная боль (локализация, характер, с чем связано ее возникновение, периодичность, продолжительность, сопутствующие симптомы: шум в ушах, головокружение)

- Нарушение, походки, дрожание конечностей, судороги, нарушение кожной чувствительности.

Психический статус.

- Обеспокоенность своим здоровьем (отсутствует, незначительная, значительная, выраженная, с чувством паники);
- Восприятие боли (отсутствует, незначительная, значительная, выраженная, очень сильная, с потерей сознания);
- Изменение общего самочувствия после перенесенных , психотравмирующих ситуаций, эмоциональных

переживаний (не изменяется, ухудшение незначительное, значительное, резкое ухудшение состояния);

- Черты характера (мнительность, робость, неуверенность, несдержанность, склонность к проявлению неудовольствия, озлобленность, "вспышки" гнева);
- Воля (целеустремленность, решительность, самодисциплина, нерешительность, снижение работоспособности);
- Реакция на возникшие трудности (мобилизация своих возможностей, собранность, адекватная ответная реакция, возникновение скрытой тревоги, страх, растерянность, паническая суетливость, ухудшение общего самочувствия);
- Желание избавиться от недостатков (недостатков нет, недостатки есть, но желание избавиться от них отсутствует, желание значительное, желание выраженное, высокая готовность следовать целесообразным рекомендациям окружающих, советам и медицинским предписаниям).

ЛИХОРАДКА:

- Повышение температуры и пределы ее колебаний в течение суток (характер кривой).
- Быстрота повышения температуры и длительность лихорадочного периода, что снижает температуру.
- Предшествуют ли ознобы повышению температуры и появляется ли потливость после ее снижения, интенсивность потоотделения, ночные поты.

Осмотр

Осмотр (inspectio) — это метод диагностического исследования больного, основанный на зрительном восприятии врача. Для получения ценных и достоверных результатов при осмотре необходимо соблюдение определенных правил. Осмотр лучше проводить при дневном свете или при рассеянном искусственном, причем освещение может быть прямым или боковым. Последнее особенно удобно для выявления рельефа и контуров различных частей тела и пульсации на его поверхности. Техника осмотра очень проста: целиком или частично обнаженный больной должен быть весь последовательно осмотрен в прямом и боковом освещении. Осмотр проводится по определенному плану и начинается с момента встречи врача с больным. Во время беседы он оценивает внешний вид, манеру поведения, осанку, походку, выражение лица, сознание больного и т. д. Различают общий и местный осмотры. Первый касается всего больного в целом, проводится в начале всякого исследования. Местный осмотр

предусматривает осмотр отдельных частей тела, органов и систем. Для локализации патологических изменений (болезненность, поражение кожи) и проекции границ внутренних органов на наружную поверхность тела человека врач должен пользоваться едиными ориентирами и знать наружную клиническую топографию. Топографические линии и образуемые ими области определяют по естественным опознавательным пунктам человеческого тела.

Этими **опознавательными пунктами** являются:

- а) ключицы (claviculae);
- б) ребра (costae) и реберные дуги (первое ребро находится за ключицей);
- в) грудина (sternum), ее рукоятка (manubrium), тело (corpus) и мечевидный отросток (processus xiphoideus);
- г) угол Людовика (angulus Ludovici) — соединение рукоятки грудины с ее телом — опознавательный пункт для II ребра. При счете ребер спереди применяется такой прием: ключицу захватывают двумя пальцами (первым и вторым), затем указательный палец переставляют к первому, в 1-м межреберье, а большой скользящим движением перемещают во 2-е межреберье, охватывая таким образом II ребро; передвигая пальцы и охватывая одно ребро за другим, ведут счет ребер;
- д) остистые отростки позвонков (отдельно выделяется остистый отросток VII шейного позвонка, наиболее выступающий при наклоне головы вперед);
- е) лопатки (scapulae); нижний угол лопатки при опущенных руках находится на уровне VII ребра;
- ж) подвздошные кости, их гребешки (cristae ossis ilii);
- з) лобковое сочленение (symphysis osseum pubis);
- и) надключичные ямки (fossae supraclavicularis);
- к) подключичные ямки (fossae infraclavicularis);
- л) яремная ямка — над рукояткой грудины (fossae jugularis);
- м) подмышечные ямки (fossae axillaris);
- н) межреберные промежутки (fossae intercostalis);
- о) надлопаточные ямки (fossae suprascapularis);
- п) межлопаточное пространство (fossae interscapularis);
- р) поясничная область (regio lumbalis).

Опознавательными вертикальными линиями являются:

- 1) передняя срединная линия, linea mediana anterior, проходящая вертикально по середине грудины;
- 2) грудинные линии (ll. sternales dextra et sinistra), проходящие по краям грудины;
- 3) срединно-ключичные линии (ll. medioclavicularis) — вертикаль, проходящая через середину ключицы;
- 4) окологрудные линии (ll. parasternales dextra et sinistra) — по середине расстояния между грудинной и срединно-ключичной линиями;
- 5) передние подмышечные линии (ll. axillaries anterior dextra et sinistra), проходящие по переднему краю подмышечной впадины;
- 6) средние подмышечные линии (ll. axillaries media dextra et sinistra), проходящие через середину подмышечной впадины;
- 7) задние подмышечные линии (ll. axillaries posterior dextra et sinistra), проходящие по заднему краю подмышечной впадины;

- 8) позвоночная линия, или задняя срединная (linea mediana posterior), проходящая по остистым отросткам позвонков;
- 9) лопаточные линии (ll. scapularis dextra et sinistra), проходящие через угол лопатки при опущенных руках;
- 10) околопозвоночные линии (ll. paravertebralis dextra et sinistra) — посередине между позвоночной и лопаточной линиями.

Кроме того, существуют **горизонтальные линии** :

- а) двуреберная (l. bicostalis), соединяющая нижние концы реберных дуг;
- б) двуподвздошная (l. billiaca), соединяющая верхние передние ости подвздошных костей.

Горизонтальными линиями поверхность живота делится на ряд **областей**:

I — эпигастральная область — regio epigastrica — верхняя срединная часть передней брюшной поверхности, ограниченная сверху сходящимися к мечевидному отростку реберными дугами, с боков — парастермальными линиями, снизу — двуреберной линией;

II и III — подреберные области — regio hypochondrica dextra et sinistra, граничащие с эпигастральной справа и слева по тем же линиям;

IV — межастральная, или пупочная область — regio mesogastrica — расположенная в средней части живота, вокруг пупка, ограниченная сверху двуреберной, с боков — парастермальными, снизу — двуподвздошной линиями;

V и VI — боковые области, фланки живота, — regio abdominalis dextra et sinistra — области живота справа и слева от пупочной области;

VII — надлобковая область — regio suprapubica — нижняя средняя часть живота, ограниченная сверху двуподвздошной, с боков — парастермальными линиями, снизу — лобковым сочленением;

VIII и IX — подвздошные области — regio iliaca dextra et sinistra — справа и слева от надлобковой области.

Пальпация

Пальпация (от лат. palpatio — ощупывать, поглаживать) — клинический метод непосредственного исследования больного с помощью осязания для изучения физических свойств тканей и органов, топографических соотношений между ними, их чувствительности, а также для обнаружения некоторых функциональных явлений в организме.

Этот метод исследования известен еще со времен Гиппократов, однако вплоть до XIX века применение его ограничивалось изучением поверхностно расположенных органов (кожи, суставов, костей) и характеристик пульса. С середины XIX века в клиническую практику вошли методы изучения голосового дрожания и верхушечного толчка сердца, а систематическая пальпация брюшной полости стала обязательной лишь с конца XIX и начала XX веков.

Физиологической основой пальпации являются осязание и температурное ощущение ощупывающими пальцами. При прощупывании какого-либо органа или образования через промежуточную среду осязательное ощущение получается только в том случае, если плотность объекта пальпации превышает плотность этой среды. При движении ощупывающих пальцев осязательные ощущения возникают в

момент изменения консистенции тканей под пальцами или при препятствии движению. Относительно мягкий орган (кишку) можно пальпировать при движении пальцев только путем прижатия его к твердой основе.

В зависимости от преследуемых целей применяют два вида пальпации: поверхностную и глубокую.

Поверхностная пальпация производится одной или двумя руками, положенными ладонями, с вытянутыми пальцами без значительного надавливания на пальпируемую поверхность. Широкими и легкими скользящими движениями последовательно обследуется вся намеченная область. Этот способ пальпации использует главным образом осязание и находит применение при исследовании кожи, суставов, грудной клетки, живота как общее, ориентировочное исследование.

Глубокая пальпация имеет в своей основе по преимуществу мышечное и пространственное чувство, и служит для целей детального исследования и более точной локализации патологических изменений.

В настоящее время применяется глубокая методическая скользящая пальпация живота, методика которой будет подробно изложена в разделе «Исследование органов брюшной полости». При проведении пальпации необходимо неукоснительно соблюдать определенные правила. Врач сидит справа от больного, лицом к нему (наблюдая за реакцией больного на пальпацию). Руки врача должны быть теплыми (так как холод вызывает рефлекторное сокращение мышц), сухими, с остриженными ногтями, движения рук должны быть плавными, всякое усиление движения должно быть постепенным.

Больной лежит на твердой кушетке (на мягком ложе прогибается туловище, опускается таз, затрудняется равномерное расслабление мышц), голова вместе с плечами должна быть слегка приподнята, находясь на подушке, руки свободно расположены вдоль туловища, ноги вытянуты или слегка согнуты в тазобедренных и коленных суставах (для большего расслабления брюшных мышц).

Пальпацию нужно проводить не только в положении лежа на спине, но и в положениях больного лежа на боку, в коленно-локтевом и в вертикальном. Об особенностях пальпации в этих случаях будет рассказано в следующих главах.

Для получения с помощью пальпации надежных результатов требуются длительные и систематические упражнения в ней, сознательное ее применение. По выражению Боаса, необходимо «пальпировать думая и думать пальпируя».

Перкуссия

Перкуссия (от лат. *percussio* — выстукивание) — объективный метод исследования больного, состоящий в выстукивании участков тела и определении по характеру возникающего при этом звука физических свойств расположенных под перкутируемым местом органов и тканей (главным образом их различной плотности, воздушности, эластичности). Знаменитейший врач древности Гиппократ с помощью постукивания различал скопление в животе жидкости или газа. Однако научную основу метода систематической перкуссии разработал венский врач Л. Ауэнбруггер, который в 1761 г. опубликовал трактат «Новое открытие, позволяющее на основании выстукивания грудной клетки обнаружить скрытые грудные болезни». Автор предлагал производить перкуссию, нанося удары пальцами правой руки по грудной клетке. К сожалению, этот выдающийся

труд Ауэнбруггера не был должным образом оценен и в течение следующих 50 лет не использовался. В 1808 г. лейб-медик Наполеона Бонапарта Корвизар перевел книгу Ауэнбруггера на французский язык и не только применил, но и усовершенствовал метод перкуссии. Он использовал ее для распознавания заболеваний сердца и легких, для диагностики аневризмы аорты. В 1827 г. французский клиницист Пиори предложил для перкуссии плессиметр (от греч. *plessio* — ударяю, *metron* — мера) — пластинку, которая прикладывается к телу и по ней наносятся удары. Через 14 лет Винтрих применил для перкуссии специальный перкуSSIONный молоточек. В отличие от непосредственной перкуссии Ауэнбруггера перкуссия с использованием инструментов называется посредственной. В России метод выстукивания был впервые применен в конце XVIII века в Петербургском военном госпитале Я. А. Саголовичем, который выявил наличие жидкости в плевральной полости. В дальнейшем многие отечественные клиницисты успешно применяли и совершенствовали этот метод. В. П. Образцов предложил способ перкуссии, при котором указательный палец правой руки закладывается за средний палец той же руки и, соскальзывая с него, наносит удар по поверхности тела.

В настоящее время наибольшее распространение во всем мире получила методика непосредственной перкуссии пальцем по пальцу, предложенная русским ученым Г. И. Сокольским в 1835 году. В качестве плессиметра используется средний палец левой руки, а удары наносятся средним пальцем правой руки. Этот метод перкуссии позволяет оценить изменение перкуторного звука не только с помощью слуха, но и осязания пальцем-плессиметром.

При постукивании по участку тела возникают колебания подлежащих сред. Часть этих колебаний имеет частоту и амплитуду, достаточные для слухового восприятия звука. Затухание вызванных колебаний характеризуется определенной продолжительностью и равномерностью. Частота колебаний определяет высоту звука: чем Гюльше частота, тем выше звук. Соответственно этому различают высокие и низкие перкуторные звуки. Высота звука прямо пропорциональна плотности подлежащих сред. Так, при перкуссии участков грудной клетки в месте прилегания малоплотной воздушной легочной ткани образуются низкие звуки, а в области расположения плотной ткани сердца — высокие. Сила или громкость звука зависит от амплитуды колебаний: чем больше амплитуда, тем громче перкуторный звук. Амплитуда колебаний тела, с одной стороны, определяется силой перкуторного удара, с другой стороны, она обратно пропорциональна плотности колеблющегося тела. Продолжительность перкуторного звука характеризуется временем угасания колебаний, которое находится в прямой зависимости от исходной амплитуды колебаний и в обратной — от плотности колеблющегося тела: чем плотнее тело, тем короче перкуторный звук, чем меньше плотность, тем он более долгий. В зависимости от силы перкуторного удара различают громкую, тихую и тишайшую перкуссию.

Ткани человеческого тела неоднородны по плотности. Большую плотность имеют кости, мышцы, жидкости в полостях, печень, селезенка, сердце. Перкуссия в области расположения этих органов дает тихий непродолжительный или тупой перкуторный звук. К тканям или органам малой плотности относятся те, которые содержат много воздуха (легкие). Перкуссия легких с нормальной воздушностью

дает достаточно продолжительный и громкий звук, который называется ясным, легочным. Над желудком, петлями кишок, при скоплении воздуха в плевральной полости возникает гармонический музыкальный звук, похожий на звук при ударе в барабан — тимпанический звук (Гутрапоп — барабан).

Таким образом, при перкуссии тела здорового человека можно получить три основных перкуторных звука: ясный, тупой и тимпанический.

В зависимости от целей исследования выделяются два вида перкуссии: топографическая и сравнительная. При топографической перкуссии определяют границы и размеры органов, крупной полости или очага уплотнения. Сравнительная перкуссия имеет целью выявить наличие патологически измененных участков в легких, плевральных полостях, брюшной полости. Палец-плессиметр (средний палец левой руки) прикладывают к поверхности тела плотно на всем протяжении без большого давления. Другие пальцы руки должны быть отделены от пальца-плессиметра. Рука врача должна быть сухой и теплой. Располагается плессиметр параллельно искомой границе органа. Перкуторный удар наносится путем движения руки в лучезапястном суставе. Удары осуществляются согнутым средним пальцем правой руки по средней фаланге пальца-плессиметра строго перпендикулярно. Следует наносить два удара (ориентировочный и оценочный). Удары должны быть короткими и отрывистыми. При перкуссии границу органа следует отмечать по наружному краю пальца-плессиметра, обращенного к органу. Направление перкуссии всегда должно быть от ясного звука к тупому.

Одно из самых больших затруднений, которое испытывает врач, состоит в том, что он одновременно должен осуществлять проведение двух действий: извлекать звук и выслушивать его, причем более важной является вторая задача.

Аускультация

Аускультация (от лат. *auscultatio* — выслушивать) — выслушивание звуковых феноменов, возникающих при механической работе внутренних органов.

Акты дыхания, сокращения сердца, движения желудка и кишок вызывают в тканевых структурах упругие колебания, часть которых достигает поверхности тела. Эти колебания могут выслушиваться, если приложить ухо к телу больного (прямая, или непосредственная, аускультация) или через прибор для выслушивания (непрямая, или посредственная, аускультация).

Как метод исследования аускультация применялась в медицине очень давно. В работах Гиппократов приводятся сведения о шуме трения плевры, который сравнивается со «скрипом кожаного ремня», о влажных хрипах, напоминающих звуки при кипении уксуса.

Заслуга в разработке и внедрении во врачебную практику аускультации принадлежит французскому клиницисту Р. Лаэннеку (1781 — 1826), который в 1816 году впервые применил этот метод исследования, а в 1819 году опубликовал труд «О посредственной аускультации, или распознавании болезней легких и сердца, основанном, главным образом, на этом новом методе исследования». Лаэннеком был предложен и первый стетоскоп (*stethos* — грудь, *scopeo* — смотрю) — прибор для выслушивания. Он представлял собой полую, с каналом в 6 мм, деревянную трубку длиной 33 см, разнимающуюся для удобства посередине. В

дальнейшем стетоскоп подвергался многократным усовершенствованиям и многосторонним изменениям.

Лаэннек обосновал клиническую ценность аускультации, проверяя результаты ее по секционным данным, описал и дал названия почти всем аускультативным феноменам (везикулярное и бронхиальное дыхание, сухие и влажные хрипы, крепитация). В России метод аускультации был внедрен в 1825 году П. А. Чаруковским в Медико-хирургической академии.

Дальнейшее развитие аускультации связано с совершенствованием стетоскопа, изобретением Н. Ф. Филатовым бинаурикулярного стетоскопа, с введением в практику фонендоскопа.

Звуки, воспринимаемые при аускультации, характеризуются теми же свойствами, что и перкуторные звуки: силой, высотой, тембром, длительностью. Характер воспринимаемого ухом звука зависит в значительной степени от свойств тканей, отделяющих ухо человека от звучащего органа, и прежде всего от звукопроводимости и резонирующей способности. Хорошо проводят звуки плотные однородные ткани (например, уплотненная легочная ткань), мягкие воздушные ткани обладают плохой звукопроницаемостью.

Аускультативные признаки, сопровождающие деятельность различных органов, представляют собой шумы различной длительности. Изменение диапазонов частот этих шумов, воспроизводимое с помощью современной акустической измерительной аппаратуры с учетом особенностей слухового анализатора человека, показали, что аускультативные признаки занимают довольно широкую полосу частот: 20—5600 Гц — общий диапазон частот, в котором врачу удастся их распознать. Кроме того, было выявлено наличие для каждого из аускультативных признаков более узкого диапазона частот, в пределах которого признак сохраняет свою «мелодию» без искажения, — характерный диапазон частот (20—1400 Гц).

С точки зрения акустики и клиники можно различать аускультативные признаки низко-, средне- и высокочастотные с характерным диапазоном частот соответственно от 20 до 180 Гц, от 180 до 710 Гц и от 710 до 1400 Гц. Мелодия сложных звуков, в том числе и аускультативных признаков, определяется не только диапазоном частот, но также и распределением амплитуд в этом диапазоне частот, и длительностью сигнала. Чем выше частотный диапазон аускультативного признака, тем меньшей звуковой энергией он обладает. Так, частотный диапазон тонов сердца ниже диапазона частот шумов, и энергия тонов значительно выше энергии шумов сердца. При аускультации должны учитываться особенности слухового анализатора человека. Ухо человека воспринимает звуковые колебания с частотой от 20 до 2000 Гц, но наиболее чувствительно к частотам около 1000 Гц. Поэтому при равной звуковой энергии звуки с частотами, близкими к 1000 Гц, кажутся более громкими, чем звуки более низких или высоких диапазонов. Человек труднее воспринимает слабый звук вслед за сильным (громкий тон сердца маскирует тихий диастолический шум).

В настоящее время врачи пользуются и прямой, и непрямой аускультацией. При первом способе звуки воспринимаются без искажений с большей поверхности тела. Но он неприменим для аускультации определенных областей (надключичные ямки, подмышечные впадины и др.). Непрямая аускультация более гигиенична и удобна для врача, особенно при выслушивании тяжелого больного. Она позволяет

выслушивать более слабые и высокие звуки. Звуки с частотой колебаний от 20 до 200 Гц (III тон сердца) лучше выслушиваются при помощи стетоскопа, а звуки с частотой свыше 200 Гц (ди-астолический шум аортальной недостаточности) — с применением мембранного фонендоскопа. Для получения достоверных результатов при аускультации необходима тишина в помещении, комфортная температура воздуха, удобное положение больного и врача. Важное значение имеет герметизация системы «тело больного — ухо врача» (для чего необходимо плотное и полное прилегание раструба стетоскопа к выслушиваемой поверхности). В случае резко развитого оволосения кожных покровов необходимо участок кожи, где производится выслушивание, смочить водой (этим устраняется возникновение дополнительных звуковых явлений).

Следует в ряде случаев пользоваться такими приемами, как выслушивание дыхательных шумов после кашля, после физической нагрузки, с задержкой дыхания, на левом боку и т. п.

Аускультация является очень важным методом для распознавания различных заболеваний, особенно сердца, легких. Трудности заключаются не столько в слабой слышимости, сколько в дифференциации и правильном истолковании сложных звуков, что достигается только на основе опыта.

Anamnesis morbi.

В этом разделе отражается начало заболевания и его динамика до момента поступления в клинику (стационар). В процессе расспроса необходимо получить ответы на следующие вопросы:

1. Когда, где и при каких обстоятельствах заболел.
2. Как началось заболевание (остро, постепенно).
3. Каковы причины заболевания по мнению больного. Устанавливается возможное влияние на возникновение и течение заболевания условий внешней среды (профессиональных, бытовых, климато-погодных факторов), физического или психоэмоционального перенапряжения, интоксикаций, погрешности в диете. инфекционных заболеваний (аденовирусной инфекции, гриппа, ангина).
4. Каковы первые признаки болезни.
5. Когда и какая оказана первая медицинская помощь, ее эффективность. Какие изменения в состоянии больного произошли от момента начала заболевания до настоящего времени (динамика жалоб больного).
6. В случае хронического течения заболевания в хронологической последовательности отразить рецидивы болезни и их проявления, также периоды ремиссии, их длительность.
7. Какие исследования проводились больному, их результаты. При возможности используются амбулаторная карта, выписки из истории болезни, рентгенограммы, спирограммы, ЭКГ и другие документы.
8. Какое применялось лечение на различных этапах заболевания, его эффективность.
9. Что явилось причиной настоящего ухудшения, подробно описать основные симптомы его проявления.
10. Как изменилось состояние больного за время пребывания в стационаре до момента курации больного (конкретно по выраженности и характеристике симптомов).

Anamnesis vitae.

1. Место рождения, бытовые условия детства, перенесенные заболевания детского возраста.
2. Трудовой анамнез: когда начал работать, характер и условия работы, профессиональная вредность. Последующие изменения работы. Условия труда в настоящее время. Подробно охарактеризовать профессию. Характеристика рабочего помещения (температура, пыль, сквозняки, сырость, характер освещения, контакт с вредными веществами), длительность рабочего дня и перерыва в работе. Использование выходных дней и периодического отпуска. Бывают ли конфликты на работе.
3. Материально-бытовые условия: жилплощадь, количество проживающих на ней лиц. Характер питания - питается дома или в столовой, характер принимаемой пищи, регулярность и частота приемов, примерное меню.
4. Семейное положение в данный момент, есть ли дети, сколько, их здоровье (если умирали, то причина смерти). У женщин - начало месячных, когда были последние, сколько беременностей, аборт, выкидышей (причины их), сколько родов, были ли мертворожденные, вес детей при рождении.
5. Перенесенные заболевания (указать какие и в каком возрасте) операции, контузии, ранения, травмы. Для хронических заболеваний - начало, периоды обострений, последнее обострение, лечение.
6. Вредные привычки - алкоголь (конкретно: как часто употребляет, сколько), курение - с какого возраста, что курит, сколько в сутки, употребляет ли наркотики, крепкий чай, кофе, злоупотребление солью, пряностями.
7. Наследственность по линии отца и матери. Возраст родителей, их здоровье, если умерли, то в каком возрасте и причина смерти. Здоровье близких родственников {братья, сестры, дети). Клинико - генеалогический анализ. Венерические заболевания, туберкулез, описторхоз, вирусный гепатит, заболевания обмена веществ, психические заболевания в семье у больного.
8. Аллергологический анамнез (с указанием конкретных аллергенов).
9. Экспертный анамнез (продолжительность временной нетрудоспособности до поступления в клинику и в течение года).

Дополнительные методы:

1. Лабораторные:
 - 1.1. Обязательные: общий анализ крови, общий анализ мочи, кала на яйца глистов.
 - 1.2. Специальные (по показаниям): биохимия крови, иммунограмма и др.
2. Инструментальные: ЭКГ, спирография, ультразвуковое исследование, рентгенография органов грудной клетки, компьютерная томография, ЯМР-томография и т. д.

Методика проведения общего осмотра.

Осмотр является первым приемом для объективного исследования больного. Осмотр требует выполнения соответствующих условий: необходимо достаточное дневное освещение, лучше боковое, больной должен быть по возможности полностью раздет. Осмотр туловища и грудной клетки лучше проводить в вертикальном положении обследуемого. Живот следует осматривать в вертикальном и горизонтальном положении пациента. Осмотр должен быть систематичным. Пренебрегая планом осмотра, можно пропустить важнейшие признаки, дающие ключ к диагностике, например “печеночную ладонь”, сосудистые звездочки при циррозе печени. Осмотр определяет общее состояние больного, сознание, телосложение, конституции, положение, питание или упитанность и состояние внешних покровов.

Значение общего осмотра.

Общий осмотр как диагностический метод сохранил свое значение для врача любой специальности, несмотря на все увеличивающееся количество лабораторных и инструментальных методов исследования. Патологические признаки, обнаруженные при осмотре пациента, оказывают существенную помощь в собирании анамнеза и постановке диагноза. Например, изменение черт лица при акромегалии, истощение, дрожание опущенных век и пальцев, характерные глазные симптомы, увеличение щитовидной железы при тиреотоксическом зобе и др.

Общее состояние больного.

При демонстрации методики общего осмотра обращает внимание на общее состояние, которое может быть удовлетворительным, средней тяжести, тяжелым, крайне тяжелым и агональным. Общее состояние характеризуют следующие признаки состояния сознания, осанка, походка и питание больного.

Состояние сознания и виды его нарушения.

Дается понятие о состоянии сознания, которое может быть ясным, ступорозным, сопорозным, коматозным.

Сознание характеризуется как **ясное**, если больной ориентирован в собственной личности, месте, времени и окружающей обстановке, адекватно и без затруднений отвечает на вопросы.

Ступор (оглушение). Больной плохо ориентируется в окружающей обстановке, на вопросы отвечает с запазданием. Подобное состояние наблюдается при контузиях, некоторых отравлениях.

Сопор (спячка), из которой больной выходит на короткое время при громком крике или тормошении. Рефлексы сохранены. Подобное состояние может быть при инфекционных заболеваниях, в начальной стадии острой уремии.

Кома - бессознательное состояние, характеризующиеся полным отсутствием реакцией на внешние раздражители, отсутствием рефлексов и расстройством жизненно важных функций. В развитии комы ведущее место принадлежит расстройству кровообращения в головном мозге и аноксии.

Алкогольная кома- лицо цианотично, зрачки расширены, дыхание поверхностное, пульс малый, учащенный, артериальное давление низкое, запах алкоголя изо рта.

Апоплексическая кома - лицо багровое, дыхание замедленное, глубокое, шумное, пульс полный, редкий.

Анемическая кома - "мертвенная" бледность, липкий пот, нитевидный пульс, глухость тонов сердца, гипотония.

Гипогликемическая кома - при лечении диабета инсулином бледные, влажные кожные покровы, повышение мышечного тонуса, судороги.

Диабетическая (гипергликемическая) кома - при запущенном сахарном диабете. Запах ацетона, кожа сухая, тонус мышц и сухожильные рефлексы, мышечный тонус глазных яблок понижен.

Печеночная кома - при острой дистрофии и некрозе печеночной паренхимы и в конечном периоде цирроза печени. Клинические признаки судороги, дыхания Куссмауля, "печеночный запах" изо рта, увеличение или уменьшение печени, желтуха.

Уремическая кома - при острых токсических и в конечном периоде хронических заболеваний почек. Дыхание Куссмауля или Чейн-Стокса мышечные подергивания.

Эпилептическая кома - лицо цианотично, клонические и тонические судороги, прикус языка, непроизвольные мочеиспускание и дефекация, пульс учащен, глазные яблоки отведены в сторону, зрачки широкие, дыхание хриплое.

Положение больного

Демонстрируется положение больного: пассивное, активное, вынужденное.

Активное положение свойственно больным со сравнительно легкими заболеваниями либо в начальных стадиях тяжелых заболеваний. Больной легко изменяет свое положение в зависимости от обстоятельств.

Пассивное положение наблюдается при бессознательном состоянии или крайней слабости. Больные неподвижны, голова и конечности свешиваются в силу их тяжести, тело сползает с подушек к ножному концу кровати.

Вынужденное положение больной принимает для ослабления или прекращения имеющихся у него болезненных ощущений (боли, кашля, одышка, например, положение ортопноэ уменьшает тяжесть одышки при недостаточности кровообращения. При сухом плеврите больной лежит на больном боку, ограничивая движение плевральных листков.

При цереброспинальном менингите положение на боку с запрокинутой головой и приведенными к животу согнутыми в коленных суставах ногами. Лежачее положение на спине при аппендиците пробной язве желудка или двенадцатиперстной кишки).

Телосложение - типы конституции.

Конституция (constitutio)- совокупность функциональных и морфологических особенностей организма, сложившихся на основе наследственных и приобретенных свойств, и определяющая его реакции на воздействие эндо и экзогенных факторов.

Различают три типа конституции.

1. Астенический тип характеризуется преобладанием продольных размеров над поперечными, конечностей - над туловищем, грудной клетки - над животом.

Сердце и паренхиматозные органы у астеника относительно малых размеров, легкие удлинены, кишечник короткий, брыжейка длинная, диафрагма расположена

низко. Артериальное давление понижено, увеличена ЖЕЛ, уменьшена секреция и моторика желудка, всасывательная способность кишечника, гемоглобин крови, эритроциты.

В крови снижен уровень холестерина, кальция, мочевой кислоты, сахара, Гипофункция надпочечников и половых желез, гиперфункция щитовидной железы и гипофиза.

2. Гиперстенический тип - преобладают поперечные размеры над продольными. Живот преобладает над грудной клеткой. Диафрагма стоит высоко. Внутренние органы, за исключением легких относительно больших размеров чем у астеников. Кишечник длиннее, толстостенный. Лицам гиперстенического типа свойственно высокое артериальное давление, большее содержание гемоглобина, эритроцитов и холестерина. Гипермоторика и гиперсекреция желудка. Секреторная и всасывающая функции высокие. Гипофункция щитовидной железы и усиление функции половых желез и надпочечников.

3. Нормостеническая конституция отличается пропорциональностью телосложения и занимает промежуточное положение между астенической и гиперстенической.

Методика проведения общего осмотра.

Осмотр является первым приемом для объективного исследования больного. Осмотр требует выполнения соответствующих условий: необходимо достаточное дневное освещение, лучше боковое, больной должен быть по возможности полностью раздет. Осмотр туловища и грудной клетки лучше проводить в вертикальном положении обследуемого. Живот следует осматривать в вертикальном и горизонтальном положении пациента. Осмотр должен быть систематичным. Пренебрегая планом осмотра, можно пропустить важнейшие признаки, дающие ключ к диагностике, например “печеночную ладонь”, сосудистые звездочки при циррозе печени. Осмотр определяет общее состояние больного, сознание, телосложение, конституции, положение, питание или упитанность и состояние внешних покровов.

Значение общего осмотра.

Общий осмотр как диагностический метод сохранил свое значение для врача любой специальности, несмотря на все увеличивающееся количество лабораторных и инструментальных методов исследования. Патологические признаки, обнаруженные при осмотре пациента, оказывают существенную помощь в собирании анамнеза и постановке диагноза. Например, изменение черт лица при акромегалии, истощение, дрожание опущенных век и пальцев, характерные глазные симптомы, увеличение щитовидной железы при тиреотоксическом зобе и др.

Состояние кожных покровов и видимых слизистых.

При осмотре кожи обращают внимание на окраску, эластичность, влажность кожи, наличие сосудистых звездочек, рубцов, ксантелазм, пигментации и высыпаний. Бледная окраска кожи принимает характерный оттенок при различных формах малокровия: желтушный - при анемии Аддисона-Бирмера, зеленоватый - при хлорозе, землистый - при раковом малокровии, коричневый - при малярии, цвет "кофе с молоком" - при септическом эндокардите, красная окраска - при лихорадках, перегревании тела, эритремии. Цианоз наблюдается при

недостаточности кровоснабжения, заболеваниях легких. Желтая окраска кожи связана с патологией печени. Темно-бурая окраска кожи наблюдается при недостаточности функции надпочечников.

Эластичность кожи определяется взятием кожи (обычно брюшной стенки и разгибательной поверхности руки) в складку двумя пальцами.

Кожные высыпания разнообразны по форме, величине, цвету, стойкости, распространению (розеола, эритема, волдырная сыпь, пурпура). **Розеола**-пятнистая сыпь диаметром 2-3 мм., исчезающая при надавливании (брюшной сыпной тиф, паратифозные заболевания, сифилис). **Эритема**- слегка возвышающийся гиперемизированный участок кожи, резко ограниченный от нормальных участков (при аллергии, роже, септических заболеваниях, после облучения кварцевой лампой). **Волдырная сыпь** появляется на коже в виде круглых или овальных, сильно зудящих волдырей (при аллергии). **Герпетическая сыпь**- пузырьки диаметром от 0,5 до 1 см. В них вначале содержится прозрачная, а затем мутнеющая жидкость (при крупозном воспалении легких, малярии, гриппе). **Пурпура**- кожные кровоизлияния при болезни Верльгофа, гемофилии, цинге, механической желтухе.

Состояние подкожно- жировой клетчатки.

Развитие подкожно-жирового слоя может быть нормальным и в различной степени повышенным или пониженным. Чрезмерное развитие подкожного жирового слоя-ожирение может быть вызвано как экзогенными, так и эндогенными причинами. Недостаточное развитие подкожного жирового слоя бывает обусловлено конституциональными особенностями организма, недоеданием, нарушением деятельности пищеварительных органов. Крайняя степень исхудания носит название кахексии. Она наблюдается при длительных интоксикациях, злокачественных новообразованиях, туберкулезе, заболеваниях гипофиза, щитовидной и поджелудочной желез.

Методика исследования лимфатических узлов.

Преподаватель показывает методику пальпации лимфатических узлов. Определяет их величину, консистенцию, болезненность, подвижность, сращение их между собой и с кожей. Воспалительные процессы в полости рта приводят к увеличению подчелюстных лимфатических узлов. Увеличение шейных лимфоузлов встречается при туберкулезе легких, рак желудка, кишечника может метастазировать в лимфоузлы шеи (слева). Увеличение подмышечных лимфатических узлов при раке молочной железы. Системное увеличение лимфатических узлов наблюдается при лимфолейкозе, лимфогранулематозе, лимфосаркоматозе.

Методика исследования мышц, костей, суставов.

При осмотре мышечной системы определяется степень ее развития, наличие атрофии, болезненность при пальпации. Затем обращают внимание на различного рода дефекты со стороны костей черепа, грудной клетки, позвоночника и конечностей. Определяется болезненность костей при поколачивании. При исследовании суставов обращают внимание на их конфигурацию, ограниченность и болезненность при активном и пассивном движениях, отечность, гиперемия близлежащих тканей.

Осмотр головы.

После общего осмотра демонстрируется осмотр по частям тела: голова, ее форма и величина, положение. Фиксируют изменение размеров головы (макроцефалия, микроцефалия). Чрезмерное увеличение размеров головы встречается при гидроцефалии. Формы головы (квадратная форма, башенный череп). Квадратная форма головы с выдающимися лобными буграми встречается при врожденном сифилисе, рахите.

Положение головы (неподвижная, склонённая или запрокинутая голова) имеет диагностическое значение при шейном миозите, спондилоартрите. Наличие произвольных движений (например трясение головы) бывает при паркинсонизме, пульсация головы при недостаточности аортальных клапанов (симптом Мюссе). Даже обращают внимание на выражение лица, окраску, изменение черт.

Осмотр лица.

1. **Одутловатое лицо** встречается при болезнях почек, в результате венозного застоя при приступах удушья и кашля, в случае сдавления лимфатических узлов, сдавлении верхней полой вены ("воротник Стокса").

2. **"Лицо Корвизара"** характерно для сердечной недостаточности.

3. **Лихорадочное лицо** (facies febrilis) - при крупозной пневмонии, сыпном и брюшном тифе, туберкулезе имеет свои отличительные черты.

4. Изменены черты лица при эндокринных нарушениях:

акромегалическое лицо с увеличением выдающихся частей (нос, скулы, подбородок) - при акромегалии и беременности;

микседематозное лицо при снижении функции щитовидной железы: заплывшие с маленькими глазными щелями, с отсутствием волос на наружных половинах бровей;

facies basedovica при гиперфункции щитовидной железы с расширенными глазными щелями, пучеглазием, усиленным блеском глаз;

красное, лунообразное лицо с развитием бороды и усов у женщин характерно для болезни Иценко-Кушинга.

5. **"Львиное лицо"** с бугорчато узловатым утолщением кожи под глазами и над бровями с расширенным носом наблюдается при проказе.

6. **"Маска Паркинсона"** - амимическое лицо при энцефалите.

7. **Лицо "восковой куклы"** - одутловатое, очень бледное с желтоватым оттенком у больных анемией Аддисона-Бирнера.

8. **Risis sardonicus** - сардонический смех при столбняке.

9. **Лицо Гиппократата** (facies Hippocratica): запавшие глаза, заостренный нос, мертвенно-бледная с синюшным оттенком кожа лица, покрытая крупными каплями пота встречается при тяжелых заболеваниях органов брюшной полости.

10. Асимметрия движений мышц лица после кровоизлияния в мозг или неврите лицевого нерва.

Далее осмотр: глаз (пучеглазие, западание глаз, мидриаз, анизокория и т.д.); веки (птоз, ксантомы); нос (увеличение при акромегалии, уплотнение при сифилисе, резкие дыхательные движения при одышке); губы (цианоз, состояние углов рта:

симметричность, наличие трещин, высыпание пузырьков); полость рта (зубы, десны, язык, миндалины).

При ряде заболеваний вид **языка** имеет свои особенности:

- а) чистый, красный, влажный - при язвенной болезни;
- б) малиновый - при скарлатине;
- в) сухой, покрытый трещинами и темным коричневым налетом в центре и чистый у кончика и по краям - при брюшном тифе;
- г) полированный язык - при болезни Аддисона-Бирмера "лакированный" - рак желудка, пеллагра, арибофлавиноз.

Осмотр шеи.

При осмотре шеи обращают внимание на пульсацию сонных артерий, набухание и пульсацию наружных вен, увеличение лимфатических узлов, увеличение щитовидной железы.

Осмотр конечностей.

Осмотр конечностей позволяет обнаружить варикозное расширение вен, отечность, изменения кожных покровов, мышц, дрожание конечностей, деформацию, припухлость и гиперемия в области суставов, язвы, рубцы. Важное диагностическое значение имеют пальцы в виде "барабанных палочек" с изменением ногтей в виде часовых стекол. Наблюдается данный симптом при длительно текущих заболеваниях легких (хронические нагноительные процессы), сердца (подострый септический эндокардит, врожденные пороки), печени (цирроз).

Понятие о термометрии.

Болезненные процессы нередко расстраивают терморегуляцию, причем происходит или повышение температуры - гипертермия, или понижение - гипотермия. При этом в отношении температуры полагаться на субъективные ощущения больного нельзя, ибо при ощущении больным жара может быть нормальная температура (базедовизм, климактерический период) и, наоборот, при ознобе - высокая температура, кроме того, при длительном лихорадочном состоянии больные могут не замечать даже значительного повышения температуры.

Способы и принципы правильного измерения температуры.

Способы измерения температуры. Определение температуры на ощупь применяется преимущественно для определения местного похолодания или повышенной температуры кожи в области очага воспаления, например сустава. Определение температуры градусником даёт точные данные.

Температуру измеряют два раза в день между 7-9 часами утра и 5-7 часами вечера. При некоторых заболеваниях (малярия, туберкулез, сепсис), при которых температура быстро меняется или даёт подъемы в необычное время, измерение производится через более короткие промежутки времени (6-3 часа).

Места для измерения температуры: подмышечная впадина - практически наиболее удобное место, полость рта (даёт более точные цифры, прямая кишка (у маленьких детей, очень исхудалых и обессиленных больных). Кроме того, у детей температуру можно измерять в паховой складке. Соотношении между температурой тела и пульсом довольно постоянно. С повышением температуры тела на 1°C , пульс учащается на 10-12 ударов в минуту, а у детей ещё больше.

Несоответствие между высотой температуры тела и частотой пульса всегда подлежит подробному анализу.

Степени повышения температуры.

1. Субфебрильная температура 37-38⁰С
2. Умеренная лихорадка 38-39⁰С
3. Высокая лихорадка 39-40⁰С
4. Очень высокая лихорадка, свыше 40⁰С
5. Гиперпиретическая 41-42⁰С, она сопровождается тяжелыми нервными явлениями и сама является опасной для жизни.

Основные типы лихорадок.

1. Постоянная лихорадка (*febris continua*) - температура высокая, разница между утренней и вечерней цифрой до 1⁰С (характерна для крупозной пневмонии, брюшного тифа).
2. Послабляющая (*febris remittens*) - температура тела обычно выше нормы, разница между утренней и вечерней температуры 1-2⁰С (характерна для гнойных процессов).
3. Перемежающаяся (*febris intermittens*) - периодическое, приблизительно через равные промежутки времени (1-4 суток), большей частью резкое повышение температуры на несколько часов с последующим падением до нормы (характерна для малярии).
4. Гектическая (*febris hectica*) - лихорадка с суточными колебаниями, достигающими, до 4-5⁰С, с утренними падениями до нормальных или субнормальных цифр (характерна для активного туберкулеза, септических заболеваний и нагноением).
5. Обратный тип (*typus inversus*) - температура тела утром выше, чем вечером (наблюдается чаще при туберкулезе) или дневных приёмах жаропонижающих.
6. Возвратная (*f.recurens*) - характеризуется чередованием лихорадочных периодов с безлихорадочными (характерна для возвратного типа).
7. Волнообразная (*f.undulans*) - характеризуется постепенным подъёмом температуры в течение определенного времени с последующим падениями более или менее длительным периодом, что дает впечатление ряда волн (часто наблюдается при бруцеллезе).
8. Нерегулярная (*f.irregularis*) - чередование различных типов лихорадок.

Стадии лихорадки.

Ход температуры при острых лихорадочных заболеваниях: период нарастания температуры называется *stadium increvntenti*, период разгара лихорадочного состояния - *stadium fastigium*, период снижения - *sfadium decremenfi*.

Падение температуры может происходить различно:

- 1) постепенно в течение ряда дней - литическое;
- 2) с большими суточными размахами - амфиболитическая стадия;
- 3) ступеннообразно в течение 2-4 суток с небольшими вечерними подъёмами;
- 4) непрерывно в течение 24-48 часов;
- 5) внезапно за несколько часов критическое.

Понятие о гипотермии.

Гипотермия (температура ниже нормы - субнормальная) встречается при различных состояниях: коллаптоидных, при массивных кровопотерях, при голодании и истощении, в период выздоровления после инфекционных болезней, при сильном охлаждении, при критическом падении температуры.

Понятие об антропометрии

Антропометрия - метод исследования основанный на измерении морфологических и функциональных признаков человека при антропометрии определяют рост, массу, длину туловища, окружность головы, грудной клетки, шеи, живота, размеры таза, верхних и нижних конечностей. По этим показателям дается заключение о физическом развитии и имеющихся отклонениях.

Рост больного определяется ростометром. Средний рост для мужчин - 168-170 см, для женщин - 157-159см.

Вес определяется натошак после опорожнения кишечника и мочевого пузыря с помощью специальных медицинских весов , лучше всего обнаженным, в крайнем случае — в легкой одежде. Для ориентировки соответствия между весом и ростом можно отнять число 100 из цифры роста, разница должна равняться весу. Допускаются отклонения от этой цифры -10% для астеников; + 10% для гиперстеников.

Для оценки состояния питания больного используют **индекс Кетле**- индекс массы тела (ИМТ).

$$\text{ИК} = \text{Вес (кг)} / (\text{Рост (м)})^2$$

В норме он равняется 19-25 ед. Снижение ИК ниже 19 указывает на пониженное питание, увеличение его выше 25 – на избыточное питание.

Задания студентам

1. Рассказать план обследования больных	Ответ: сбор жалоб, анамнеза morbi, vitae, объективное обследование больного.
2.показать навыки опроса больных	Подход к больному, сбор и анализ жалоб, анамнеза morbi, vitae, объективное обследование больного
3. Рассказать дополнительные методы обследования	1.Лабораторные: 1.1. Обязательные: общий анализ крови, общий анализ мочи, кала на яйца глистов. 1.2.Специальные (по показаниям): биохимия крови, иммунограмма и др. 2.Инструментальные
4. Перечислить объективные методы исследования.	1.Общий осмотр (inspectio). 2.Пальпация (palpacia). 3.Перкуссия (percussio). 4.Аускультация (auscultacio).

Интерактивные методы обучения

Метод «Мозговой штурм». Проблема: Порядок заполнения историй болезней. Участвуют все студенты. Выбирается лидер. Записывают все высказывания. Затем обсуждается каждая предложенная идея. Итог подводит педагог через 20 мин.

Тесты:

1. Выберите высказывания, обозначенные цифрами, соответствующие правильные ответы с буквенными обозначениями.

1. Лицо Корвизора	А. при болезни Иценго – Кушенга
2. Лицо Гиппократ	В. при сердечной декомпенсации
3. Отечное, бледное лицо	С. при заболеваниях почек
4. Полулунное лицо	Д. при тотальном перитоните
5. Митральная бабочка	Е. при митральном стенозе

2. Выберите высказывания, обозначенные цифрами, соответствующие правильные ответы с буквенными обозначениями.

1. Спячка, из которой больной выводится при разговоре с ним.	А. Сопор
2. Отсутствие сознания с исчезновением рефлексов.	В. Ступор
3. Плохая ориентировка в местности, вялый, медленный ответ на вопросы.	С. Бред
4. к расстройствам памяти относятся	Д. Кома

3. Характерные изменения при Лице Гиппократ.

1. Бледное лицо с синюшным оттенком.	А. 3,5,6,7
2. С заостренными чертами	В. 1,2,5,7
3. Отечное, бледное лицо	С. 2,3,4,5
4. Тупое, невыразительное	Д. 1,2,3,4
5. Со страдальческим выражением	Е. 1,2,6,7
6. Желтовато бледное с синеватым оттенком	
7. С каплями пота на лбу	

4. Установите соответствие:

1. Субфебрильная температура	A. 38-39 C
2. Умеренная лихорадка	B. выше 40 C
3. Высокая лихорадка	C. 37-38 C
4. Очень высокая лихорадка	D. 41-42 C
5. Гиперпиретическое	E. 39-40 C

5. Установите соответствие:

1. Недостаточность питания	A. 41,0
2. Пониженное питание	B. 36,0 – 40,9
3. Нормальное питание	C. 31,0 – 35,9
4. Повышенное питание (предожирение)	D. 28,0 – 30,9
5. Ожирение 1 степени	E. 26,0 – 27,9
6. Ожирение 2 степени	F. ниже 19,0
7. Ожирение 3 степени	G. 20,0 – 25,9
8. Ожирение 4 степени	K. 19,0 – 19,9

6. Бледное лицо с желтоватым оттенком (кофе с молоком) встречается при:

- a. септическом эндокардите;
- b. туберкулезе;
- c. крупозной пневмонии;
- d. микседеме;
- e. Базедовой болезни.

7. Жалобы больного при лихорадке?

Выберите правильный набор ответов.

1. Шум в ушах	A. 1,4,5,6,7
2. Ощущение жара	B. 2,4,5,6,7
3. Озноб	C. 1,2,3,4,5
4. Разбитость	D. 1,3,4,5,6
5. Сухость во рту	

6. Отсутствие аппетита	
7. головная боль	

8. Увеличение скул, носа, подбородка, надбровных дуг, губ, языка, расхождение зубов характерный признак:

- a. акромегалии;
- b. микседемы;
- c. Базедовой болезни;
- d. туберкулезе;
- e. болезни Иценго-Кушинга.

9. Лунообразное с синюшным оттенком и выраженной волосистостью на губах и подбородке лицо бывает при:

- a. болезни Иценго-Кушинга;
- b. акромегалии;
- c. микседемы;
- d. Базедовой болезни;
- e. заболеваниях почек.

10. Гиперемия лица с раздувающимися крыльями носа и герпесом на губах и носу характерны для:

- a. крупозной пневмонии;
- b. туберкулеза;
- c. септического эндокардита;
- d. митрального порока;
- e. акромегалии.

11. Бледная с землянистым оттенком окраска кожи наблюдается при:

- a. злокачественных новообразованиях;
- b. заболеваниях легких;
- c. недостаточности кровообращения;
- d. нарушении обмена билирубина;
- e. недостаточности надпочечников.

13. Очаги депигментации в виде мелких пятнышек:

- a. лейкодерма;
- b. волдырь;
- c. розеола;
- d. крапивница;
- e. герпес.

14. Заостренные черты лица, западение глаз, появление обильного пота характерно для:

- a. лицо Гиппократата;
- b. лицо Корвизора;
- c. лицо почечного больного;
- d. лицо больного с акромегалией.
- e. все верно

15. Бред, галлюцинации могут развиваться при:

- a. крупозной пневмонии;
- b. сахарном диабете;
- c. заболеваниях печени;
- d. заболеваниях почек;
- e. кровоизлиянии в мозг.

16. К ирритативным расстройствам сознания относятся:

- a. бред
- b. возбуждение
- c. апатия
- d. оглушение
- e. сопор

17. Положение на боку с запрокинутой головой и приведенными к животу ногами встречается при:

- a. менингите
- b. панкреатите
- c. язвенной болезни желудка
- d. переломе ребер
- e. аппендиците

18. Для уменьшения кашля больные с заболеваниями легких принимают положение:

- a. на больном боку;
- b. на здоровом боку;
- c. лежа на спине;
- d. ортопноэ.
- e. все верно

19. Положение ортопноэ характерно для:

- a. сердечной астмы
- b. бронхогенного рака
- c. острого бронхита
- d. бронхиальной астмы
- e. очаговой пневмонии

20. Заостренные черты лица, западение глаз, появление обильного пота характерно для:

- a. лицо Гиппократового;
- b. лицо Корвизора;
- c. лицо почечного больного;
- d. лицо больного с акромегалией.
- e. все верно

21. Отечное, бледное лицо характерно для:

- a. заболеваний почек;
- b. клапанных пороков;
- c. септического эндокардита;
- d. туберкулеза;
- e. акромегалии.

Ситуационные задачи.

Задача №1.

У больной А. 46 лет, имеются суточные колебания температуры в пределах 36,6-40,2⁰ С. Повышение температуры предшествует сильный озноб, снижение сопровождается изнуряющим потоотделением.

Задача №2. Больная С. 63 лет поступила с жалобами на боли в области сердца, одышку при малейшей физической нагрузке, отеки на ногах, слабость. При осмотре: больная сидит на кровати с опущенными вниз ногами. Кожа бледная, чистая. Акроцианоз. В легких на фоне ослабленного дыхания выслушиваются незвонкие влажные хрипы, тоны приглушены, ритмичные. Пульс 78 уд. в мин. АД 130/80 мм.рт.ст.

Как называется положение больной. О какой патологии можно думать.

(Положение ортопноэ. У больной заболевание сердца)

Задача №3 В приемное отделение поступил больной Р. 56 лет в бессознательном состоянии. Со слов родственников больной в течении 20 лет болеет сахарным диабетом. При осмотре: кожа бледная, сухая. Тонус глазных яблок, мышц и сухожильных рефлексов снижен. Дыхание редкое, шумное, глубокое. Пульс 90 ударов в минуту. АД 90/60 мм.рт.ст.

Определите вид нарушения сознания. (Гипергликемическая кома)

Самостоятельная работа:

1. Провести осмотр, опрос больного. Нарисовать схему истории болезни – 2 балла
2. Подготовить доклад по теме – 5 баллов.
3. Подготовить таблицу по теме - 5 баллов.
4. Провести осмотр, опрос больного. Провести антропометрию, Термометрию - 2 балла
5. Подготовить доклад по теме - 5 баллов.
6. Подготовить таблицу по теме - 5 баллов.

Критерии оценки:

Балл	Оценка	Критерии
86-100	Отлично	Студент должен знать и рассказать какие имеются задачи по предмету пропедевтики внутренних болезней. Студент должен знать и уметь провести порядок обследования больного: сначала расспрос-выяснение основные и общих жалоб, собрать у больного анамнез-история настоящего заболевания и история жизни (семейный анамнез: аллергический, вредные привычки, эпидемиологический анамнез и др.), далее провести осмотр, ощупывание(аускультация), выстукивание(перкуссия), выслушивание (антропометрия).
71-85	Хорошо	Студент знает и умеет рассказать задачи предмета пропедевтики внутренних болезней. Может рассказать порядок обследования больного: выяснить жалобы, собрать

		анамнез (история болезни и жизни), рассказать общее понятие ощупывания, выстукивания, выслушивания, измерения.
55-70	Удовлетворительно	Студент может пересказать задачи предмета пропедевтики внутренних болезней. Может частично пересказать обследование больного: жалобы, анамнез, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация.
0-54	Неудовлетворительно	Студент не знает и не имеет представления о задачах предмета пропедевтики внутренних болезней. Не может рассказать обследование больного.

Практические навыки

Опрос больного

1 ШАГ Расспрос паспортных данных (год рождения, национальность, профессия, место работы, адрес, телефон).

2 ШАГ Сбор жалоб:

- основных, указывающих на нарушение функции того или иного органа или системы;

сопутствующих, характеризующих различные общие нарушения, способствующие дискомфорту.

3 ШАГ Сбор анамнеза заболевания:

- когда началось заболевание, к кому больной или родственники обращались;
- как началось заболевание, возможные причины, вызвавшие заболевание или его, обострение;
- как оно протекало, в периоды обострения, сезонность течения, в том числе по выпискам из истории болезни;
- какие проводились исследования, их результаты;
- какое проводилось лечение и какова его эффективность;
- наличие инвалидности и его давность.

4 ШАГ Сбор анамнеза жизни: ч

- общепрофигические сведения (место рождения, начало учебы, успеваемость, образования, материальная обеспеченность, физическая активность);

использование выходных дней, отпусков, условия проживания в прошлом и настоящем, дежурства, служба в армии (в каких рядах войск, длительность) если нет - причина;

- наследственность: наличие в семье (у родителей и близких родственников) артериальной гипертензии, сахарного диабета, алкоголизма, туберкулеза, психических расстройств, онкологические заболевания и другие;
- перенесённые заболевания, в том числе детские инфекции;
- условия труда и быта: вредная пыль, влияние солей тяжелых металлов (свинец, ртуть и т.п.), меры защиты от профессиональных вредностей;

- вредные привычки: курение, алкоголь (какие?, сколько?) и пристрастия (кофе, крепкий чай), наркотическая зависимость (какие?, сколько?, с какого возраста?);"
- семейная и половая жизни;

у женщин: время начала менструаций, болезненность, возраст вступления в брак, беременности, роды, мертворождение, аборт; у мужчин: потенция, либидо;

- характер питания, соблюдение диеты, сбалансированность питания, пищевые добавки, животные жиры, жареные блюда с острыми соусами, мясная пища, пряности, острые соусы, соблюдение диет для похудения, согласно болезни;

- лекарственный анамнез: какие лекарственные препараты часто и длительно применяли, наличие плохой переносимости, в т.ч. крови и заменителей, аллергические проявления;

эпидемиологический анамнез: проживание в эпидемиологически неблагоприятных зонах, учитывая климато- географические районы, наличие инфекционной неблагополучности, контакт с больными с инфекционными заболеваниями.

Практические навыки - измерение температуры тела

1 ШАГ Перед измерением температуры ртуть в термометре стряхивают до уровня 35-36°C

2 ШАГ Измеряется температура в подмышечной впадине (в течение 5 мин.), в полости рта (3 мин.), в прямой кишке (в течение 1-2 мин.).

3 ШАГ Отмечается результат измерения температуры. 4 ШАГ После измерения температуры термометр стряхивают и хранят в сосуде с раствором антисептика.

5 ШАГ Термометр, использовавшийся для измерения температуры в прямой кишке, обрабатывается спиртом и хранится отдельно от других термометров.

Практические навыки - антропометрия

1 ШАГ Измерения роста производится утром (без обуви).

2 ШАГ Больной становится на ростомер (пятки, икры, ягодицы, лопатки и затылок должны соприкасаться со стойкой).

3 ШАГ Голова устанавливается так, чтобы линия, соединяющая углы глаза с мочками ушей была параллельна полу

4 ШАГ Опускается планка на голову.

5 ШАГ Просят больного выйти из-под планки.

6 ШАГ Отмечают шкалу (см) соответственно уровню планки,

7 ШАГ Вес измеряется утром в одно и то же время.

8 ШАГ Вес измеряется после опорожнения мочевого пузыря и кишечника.

9 ШАГ Больной должен быть достаточно раздет (обязательно без обуви).

10 ШАГ Медицинские весы должны быть предварительно проверены.

11 ШАГ Измерение веса проводится с точностью до сотых граммов.

12 ШАГ Больной становится на весы. При измерении весы не должны колебаться.

Контрольные вопросы:

1. Что такое пропедевтика?
2. Что такое врачебная тайна?
3. Что такое врачебная деонтология?
4. Что такое врачебная ошибка?

5. Что такое диагноз?
6. Какие виды диагноза вы знаете?
7. На какие основные части делится история болезни?
8. Дайте определение основным и второстепенным жалобам?
9. Какую диагностическую роль имеет anamnesis morbi?
10. Какую диагностическую роль имеет anamnesis vitae?