

АО « Медицинский университет Астана»  
Кафедра хирургических болезней №1

# КУРАЦИЯ БОЛЬНОГО С ОФОРМЛЕНИЕМ УЧЕБНОЙ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ

Подготовила: Сагиденова А. 453ОМ

Проверил: : Күшкінбаев Ғ. Ж

Астана 2015

**ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ,  
КАК НАУЧНО -МЕДИЦИНСКИЙ И  
ЮРИДИЧЕСКИЙ ДОКУМЕНТ**

**ЦЕЛЬ:**

**ОСВОЕНИЕ НАВЫКА ВЕДЕНИЯ ИСТОРИИ  
БОЛЕЗНИ,  
КАК ОДНОГО ИЗ ВАЖНЕЙШИХ ЭТАПОВ  
ФОРМИРОВАНИЯ ВРАЧА**

# ДЕФИНИЦИЯ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ

**основной медицинский и  
юридический документ  
практического врача,  
представляет собой сжатый  
отфильтрованный отчет об эпизодах  
лечения пациента в системе  
здравоохранения.**

---

# КАК НАУЧНЫЙ ДОКУМЕНТ ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ ФОРМИРОВАЛАСЬ НА ПРОТЯЖЕНИИ ТРЕХ СТОЛЕТИЙ

- Выдающийся английский врач **Томас Сиденгам** в XVII веке ввел написание истории болезни.
- Он же **описал** оспу, малярию, корь, скарлатину; отличия кори от скарлатины, ревматизма от подагры; классифицировал и дал определение хореи, истерии, подагры, малярии, оспы.



Thomas Sydenham  
1624 -1689

- Сиденгам выдвинул концепцию инфекционных патологий как особого рода болезней.
- Одним из первых применял препараты: железа при анемии, хинина при малярии, ртути сифилисе, пребывание на свежем воздухе при туберкулезе.
- «Настойка Сиденхама» при кишечных заболеваниях: опий с добавлением корицы, гвоздики и шафрана.

Т. Сиденгам стал бакалавром медицины в Оксфордском университете (1648 г.). Степень доктора медицины присуждена в Кембриджском университете (1667).





# МАКСИМ ПЕТРОВИЧ КОНЧАЛОВСКИЙ (1875-1942)

Выдающийся российский и советский врач, крупный клиницист, основатель школы клиники внутренних болезней. **Определил структуру диагноза:** его нозологическую, морфологическую, патогенетическую и функциональные части. **Ввел определение прогноза.**

# КЛИНИЧЕСКОЕ МЫШЛЕНИЕ И ПРОБЛЕМНО - ОРИЕНТИРОВАННАЯ ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

Английский врач Лоуренс Вид (L. Weed, 1968):

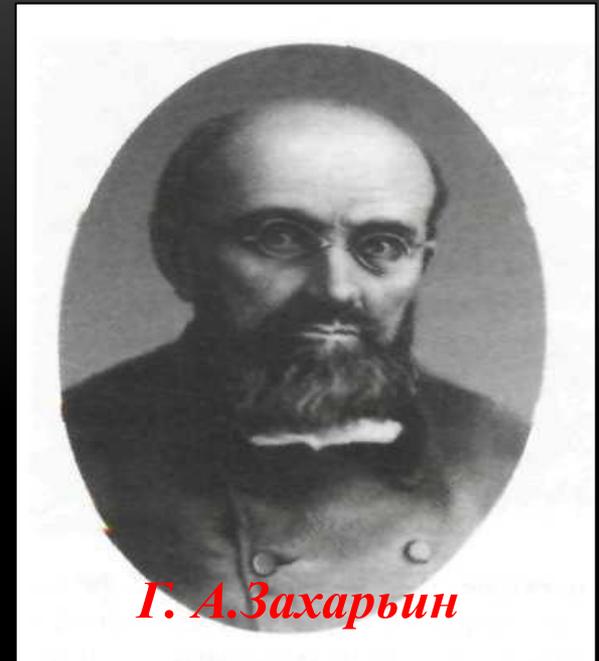
- первым проанализировал цели ведения истории болезни
- предложил ведение проблемно – ориентированной истории болезни, как ответ на вопрос врачей о том, как правильно работать с массивом информации о больном, который способна предоставить в распоряжение врача современная медицинская наука.

# ЦЕЛИ ВЕДЕНИЯ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ

1. Способствует лечению пациента.
2. Обеспечивает финансовую и юридическую отчетность .
3. Помогает проведению клинических исследований.

*Функции истории болезни будут меняться по мере того, как новые технологии обеспечат альтернативные методы регистрации и анализа данных, а финансовые и юридические органы установят новые требования к ведению документации и отчетности.*

# РАССПРОС БОЛЬНОГО



*Г. А. Захарьин*

*Две важных цитаты Григория Антоновича Захарьина*

1. «Кто хорошо расспрашивает, тот хорошо диагностирует».
2. «Расспрос можно считать достаточно полным, если по окончании его больной ничего не может добавить»

# *С ЗАХАРЬИНЫМ СВЯЗАН ВАЖНЫЙ ЭТАП РАЗВИТИЯ КЛИНИЧЕСКОГО МЫШЛЕНИЯ*

Им разработаны **принципы диагностики** - основа профессиональной деятельности современного врача.

**Схема обследования больного**, в которой особое место занимает **расспрос** с детальным изучением истории настоящего заболевания (**анамнез**), истории жизни больного с выявлением возможных причин факторов болезни, в том числе и в окружающей среде.

ДЛЯ ТОГО, ЧТОБЫ ИЗБЕЖАТЬ  
ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ОШИБОК, ВРАЧУ  
НЕОБХОДИМО УСВОИТЬ РЯД ПРАВИЛ,  
ОСНОВНОЕ ИЗ КОТОРЫХ –  
«СОБЛЮДЕНИЕ ПОЛНОТЫ И  
ИЗВЕСТНОГО , ОДНАЖДЫ ПРИНЯТОГО  
ПОРЯДКА В ИССЛЕДОВАНИИ»

*Г.А.Захарьин*

# СТЕРЕОТИПНЫЙ ПЛАН РАССПРОСА

1. Паспортные сведения (официальный анамнез)
2. Жалобы больного:
  - **Выяснение основных и дополнительных жалоб.**
  - **Детализация жалоб.**
  - **Подробный опрос относительно той системы, состояние которой, судя по жалобам нарушено.**
  - **Краткий расспрос о состоянии всех органов и систем даже тогда, когда нет оснований предполагать их патологию.**
3. История настоящего заболевания, включая динамику его развития.

# СТЕРЕОТИПНЫЙ ПЛАН РАССПРОСА

## 4.История жизни больного (анамнез жизни):

- краткие биографические данные
- семейно-половой анамнез
- трудовой и бытовой анамнез
- питание больного
- вредные привычки
- перенесенные заболевания
- Аллергологический анамнез.
- Наследственность, семейный анамнез, семейная родословная и генетический анамнез.

# ПРАВИЛА БЕСЕДЫ С БОЛЬНЫМ

- Необходимо представляться пациенту.
- Профессиональная культура врача не допускает критического обсуждения коллег.
- Благоприятная окружающая обстановка: отдельное теплое и светлое помещение, соблюдение тишины при осмотре.
- Внешний вид и одежда врача должны быть безупречны и аккуратны.
- Не давать заметить больному, что врач спешит.

# ПРАВИЛА БЕСЕДЫ С БОЛЬНЫМ

- Общение с пациентом на понятном ему языке - вопросы должны быть «приноровлены к интеллектуальности данного больного».
- Соблюдение последовательности осмотра больного (техника).
- Обследование пациентов противоположного пола из этических соображений проводят в присутствии среднего медицинского персонала, чтобы избежать обвинений в харассменте (от англ. harassment – сексуальные домогательства).

# ПРАВИЛА БЕСЕДЫ С БОЛЬНЫМ

- Достижению эффективного общения с пациентом помогает прием отражения - **пейсинг** (*нейролингвистическое программирование*).
- Копируются жесты и особенности речи пациента для создания обстановки, в которой все, что пациент видит, слышит, чувствует - представляется ему правильным, хорошим и справедливым.

# ПЕЙСИНГ - ЭТО СТРЕМЛЕНИЕ ПОКАЗАТЬ СОБЕСЕДНИКУ, ЧТО МЫ ПОНИМАЕМ ЕГО ЧУВСТВА

применяется в ситуациях, когда люди плохо знают друг друга, замкнуты, настроены скептически, находятся в оборонительной или наступательной позиции, нервничают...



# ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ

- Многие соматические жалобы обусловлены нервно-психическими расстройствами.
- Люди, страдающие депрессией возводят вокруг душевного страдания целую стену из соматических жалоб.
- Язык невербальной коммуникации- мимика, тон голоса, походка, жесты больного – помогают разобраться в ситуации.

# ПАЦИЕНТ ДОЛЖЕН ПОЧУВСТВОВАТЬ ИНТЕРЕС ВРАЧА НЕ ТОЛЬКО К СВОЕЙ БОЛЕЗНИ, НО И К СВОЕЙ ЛИЧНОСТИ

## **использовать приемы коммуникации**

**Поощрение :** « *Я вас внимательно слушаю...*»

**Конфронтация:** « *Вы что-то скрываете...*»

**Интерпретация:** « *Если я правильно понял, то..*»

**Эмпатия:** « *Я вас понимаю..*»

**Плодотворное молчание:** « *О чем вы сейчас думали?*»

# **ПРОБЛЕМА: ЖАЛОБЫ ПАЦИЕНТА**

**Основные жалобы** – те, которые  
предъявляет сам больной.

**Дополнительные жалобы** врач  
выявляет активно, задавая вопросы  
больному.

# ПРОБЛЕМА: ВОПРОСЫ БОЛЬНОМУ

## Вопросы открытого типа

Как, что, почему?.. - носят общий характер и представляют полную свободу изложения больному.

## Вопросы закрытого типа

Кто, когда, где?..- требуют более кратких и однозначных ответов «да» или «нет».

Умелое сочетание активного и пассивного опроса позволяет врачу деликатно направлять беседу в нужную сторону.

# ПРОБЛЕМА: ВОПРОСЫ БОЛЬНОМУ

Опрос построенный только на вопросах закрытого типа, занимает меньше времени, но многие детали анамнеза будут опущены или попадут в «прокрустово ложе» предполагаемого диагноза (возможно ошибочного!)

## Вопросы открытого типа

- Что вас беспокоит?
- Как вы заболели?
- Какова причина обращения к врачу?

## Вопросы закрытого типа

- Испытываете ли вы боль за грудиной при ходьбе?
- Когда у вас возникают боли?
- Принимаете ли вы валидол?

# ПРОБЛЕМА: ЖАЛОБЫ ПАЦИЕНТА

## Ведущие жалобы

- Начинают беседу чаще с жалоб открытого типа. Если жалоб очень много, их кратко записывают.
- Формулировка жалоб словами больного или в модификации врача: «кашляю кровью» - «жалобы на кровохарканье».

**Пример:** Мужчина 47 лет, строитель. Жалобы:

- одышка в течение 3 месяцев;
- усиление одышки в течение последней недели, особенно по ночам;
- сухой непродуктивный кашель.

# ПРОБЛЕМА: ЖАЛОБЫ ПАЦИЕНТА

- Детализация жалоб

*Например, характеристика боли*

1. характер боли;
2. локализация;
3. распространение (иррадиация);
4. временные они или постоянные;
5. условия облегчения боли;
6. условия усиления боли;
7. сопутствующие симптомы.

- Жалобы, выявляемые дополнительно и их детализация

# ПРОБЛЕМА: ЖАЛОБЫ ПАЦИЕНТА

- **Самочувствие больного до начала заболевания:**

многие больные, говоря о начале заболевания , указывают на дату резкого ухудшения самочувствия, тогда как в действительности заболевание началось значительно раньше.

# АНАМНЕЗ БОЛЕЗНИ - ANAMNESIS MORBI

*воспоминание о болезни - история возникновения и развития настоящего заболевания.*

- Дебют заболевания
- Динамика заболевания
- Причина обращения к врачу
- Эпидемиологический анамнез - в случаях инфекционной природы заболевания.

# ДЕБЮТ ЗАБОЛЕВАНИЯ

- Время начала заболевания - час, день, месяц, год .
- Особенности возникновения - острое или постепенное начало.
- Первые симптомы и последовательность их появления.
- Возможные причины болезни, по мнению пациента: переохлаждение, интоксикации, инфекции, нарушение питания, физическое переутомление, психическая травма;

# ДЕБЮТ ЗАБОЛЕВАНИЯ

## Какие меры предприняты больным?

- не обращал внимания;
- проводил самолечение;
- какие медикаменты принимал;
- каковы результаты обследований;
- эффект от проводимых мероприятий.

# ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАНИЯ

## Каково течение и развитие болезни?

- Изменения в динамике симптомов от начала заболевания до настоящего времени.
- Появление новых симптомов. Когда? Какие?.
- Результаты имеющихся обследований , лечения.
- Общая тенденция заболевания:  
прогрессирующее, стабильное, регрессирующее,  
особенности чередования ремиссии и обострения,  
влияние сезонных и др. факторов.

# ДИНАМИКА СИМПТОМОВ ПОРОЙ БЫВАЕТ ХАРАКТЕРНОЙ

Например,  
при ишемии миокарда

- боль в сердце может смениться
- одышкой,
- а одышка – отеками  
НОГ



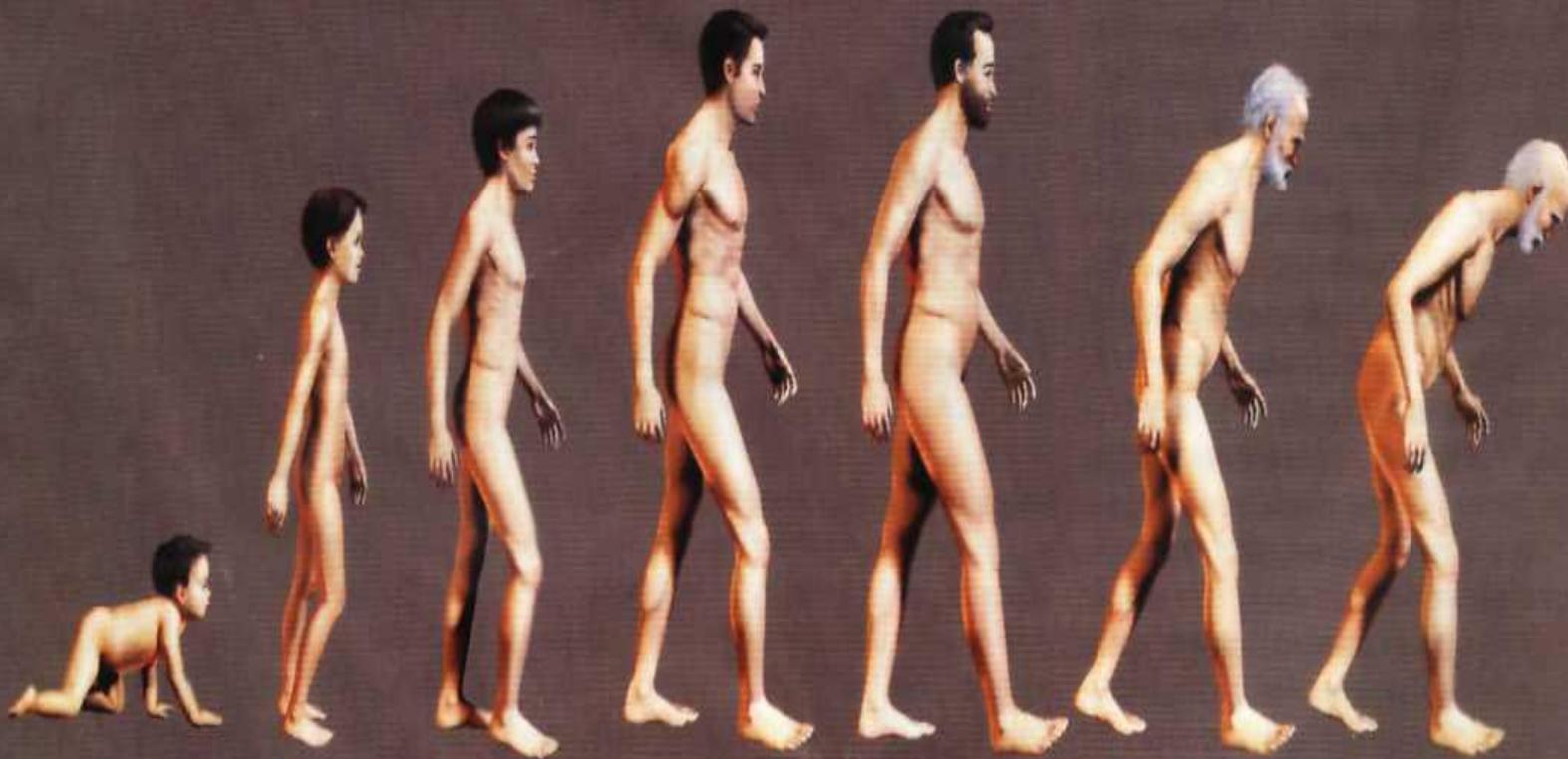
# ПРИЧИНА ОБРАЩЕНИЯ К ВРАЧУ

## *Ухудшение самочувствия или состояния*

- **Когда?**
  - **Чем вызвано?**
  - **Какие лекарства принимает по этому поводу?**
  - **Какие лекарства принимает в связи другими заболеваниями?**
-

# ИСТОРИЯ ЖИЗНИ

Остановить процесс старения  
пока еще никому не удалось



## **ИСТОРИЯ ЖИЗНИ - ANAMNESIS VITAE**

**Биографию больного изучают для того, чтобы выявить бытовые, профессиональные, наследственные, социальные и другие факторы, которые могли бы способствовать возникновению заболевания или спровоцировать его обострение.**

# ДЕТСТВО

- место рождения,
- социальный статус родителей,
- каким по счёту ребёнком,
- условия вскармливания в грудном возрасте,
- особенности развития и обучения,
- материально-бытовые условия жизни,
- взаимоотношения в семье.



# БОЛЕЗНИ ДЕТСКОГО И ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА

- корь
- краснуха
- эпидемический паротит
- коклюш
- гепатит «А»
- симптомы острой ревматической лихорадки в возрасте от 6 до 12 лет



# БОЛЕЗНИ ВЗРОСЛОГО ПЕРИОДА

- туберкулез, желтуха, анемия, бронхиальная астма, злокачественные заболевания и другие.
- Частота обращения за медицинской помощью, предшествующие госпитализации, когда, где, с каким эффектом проведено лечение.
- наличие у пациентов больничных листов.
- Психические заболевания в анамнезе.

# БОЛЕЗНИ ВЗРОСЛОГО ПЕРИОДА

- Кожно-венерические болезни: сифилис, гонорея, наличие ВИЧ-инфекции.
- Перенесенные травмы, операции интоксикации.
- Инвалидность и ее причины. Потребность в социальной опеке.
- Принимаемые лекарственные препараты, в том числе безрецептурного отпуска или «народные средства».
- Перенесённые гемотрансфузии

# ПРИНИМАЕТ ЛИ ПАЦИЕНТ ЛЕКАРСТВА?

- ❑ Как длительно?
- ❑ Регулярно или эпизодически?
- ❑ Спектр побочных эффектов принимаемых препаратов.
- ❑ Выясняют, пользуются ли женщины гормональными противозачаточными средствами или получают заместительную гормональную терапию.



# ИСТОРИЯ ЖИЗНИ

Вредные привычки:

- курение
- алкоголь
- наркотики
- промискуитет

Какова экспрессия этих факторов?

Какова длительность их проявления?

Есть ли зависимость от них?

## Оценка статуса курения

- Риск развития заболеваний в результате курения табака.
- Степень никотиновой зависимости - тест Фагерстрема.
- Желание пациента бросить или продолжить курение.
- Курил ли в прошлом, не является ли пассивным курильщиком?

### ИК - индекс курения

вычисляется путем умножения числа сигарет, выкуриваемых за день, на число 12.

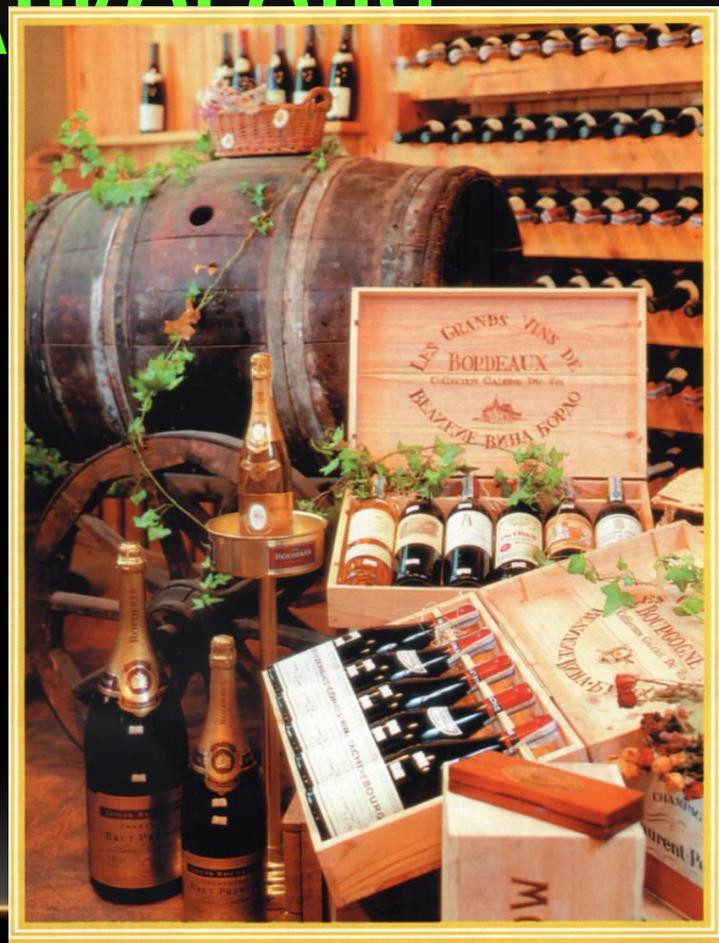
**ИК >140** - высокий риск развития ХОБЛ, ИБС, ЯБ



# ОЦЕНКА КОЛИЧЕСТВА УПОТРЕБЛЯЕМОГО АЛКОГОЛЯ

## *Методы оценки*

- **Вопросник SAGE.**
- **Количество спиртных напитков, соответствующих одной стандартной дозе .**



# ИСТОРИЯ ЖИЗНИ

## *профессиональный анамнез*

- образование
- профессия, профессиональный маршрут больного
- особенности трудовой деятельности
- профессиональные вредности
- ночные смены
- длительные командировки
- стрессовые и конфликтные ситуации

# ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ БОЛЕЗНИ

**Строители:** асбестоз, мезотелиома плевры.

**Угольщики:** антракоз легких.

**Шлифовщики:** силикоз легких.

**Скотники, ветеринарные техники:** бруцеллез.

**Красильщики( анилин):** рак мочевого пузыря.

**Медицинские работники:** гепатит В, аллергия на латекс.

**Ликвидаторы аварии на ЧАЭС:** неврозы, инфекционные заболевания дыхательных путей, патология щитовидной железы

# ИСТОРИЯ ЖИЗНИ

## **Материально-бытовые условия:**

жилищные, режим и характер питания, особенности отдыха, занятия спортом.

**Семейное положение:** состоит ли в браке, число детей, здоровье супруга и детей, взаимоотношения в семье, сексуальные отношения.

**Гинекологический анамнез: verte!**

# ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ

- **Возраст начала или окончания менструации, их характер?**
- **Количество беременностей, родов, выкидышей, абортов?**
- **Особенности протекания беременностей и родов?**



# ИСТОРИЯ ЖИЗНИ

## *Эпидемиологический анамнез*

- наличие у родственников, коллег по работе, близких знакомых туберкулёза, гепатита, дизентерии, других заразных заболеваний,
- контакт с птицами, домашними животными.
- Употребление в пищу сырого мяса, рыбы, молока.
- Посещение регионов мира, эндемичных по малярии, желтой или геморрагической лихорадке.

# ИСТОРИЯ ЖИЗНИ

## *Аллергия и атопия*

- **аллергические заболевания у больного и членов семьи первой степени родства (родители, братья, сёстры),**
- **непереносимость пищевых продуктов, лекарств, бытовая аллергия, поллиноз ингаляционных агентов( каких);**
- **какие были проявления непереносимости;**
- **какие проводились прививки в течение месяца от начала заболевания?**

# ИСТОРИЯ ЖИЗНИ

## *Наследственность*

- Наличие аналогичного заболевания у родственников 1-й степени родства,
- в каком возрасте возникло?
- Другие заболевания.
- Состояние здоровья, возраст и причина смерти членов семьи

**«ЧЕЛОВЕК ВИДИТ ТОЛЬКО ТО, ЧТО  
ЗНАЕТ» (ГЕТЕ)**

**1.Общее состояние больного.**

**2.Сознание.**

**3.Положение больного.**

**4.Телосложение.**

**5. Блиц - диагностика**

# САМЫЙ ПРОСТОЙ И НАИБОЛЕЕ ЕСТЕСТВЕННЫЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ, ОСНОВАННЫЙ НА ЗРИТЕЛЬНОМ ВОСПРИЯТИИ, ТАКТИЛЬНЫХ, СЛУХОВЫХ И ОБОНЯТЕЛЬНЫХ ОЩУЩЕНИЯХ ВРАЧА

- Качество информации, полученное с помощью подручных инструментов (офтальмоскоп, отоскоп, шпатель, сантиметровая лента, неврологический молоточек и другие инструменты) не уступает диагностическим возможностям современных средств имидж – диагностики.

# ОБЩЕЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНОГО

Первое впечатление о пациенте позволяет оценить **общее состояние больного**, исходя из этого построить **план обследования**. Представление о состоянии складывается из оценки сознания больного, отношения его к болезни и ряда симптомов (выраженный цианоз, одышка, кахексия и др.)

- **Удовлетворительное**
- **Относительно удовлетворительное**
- **Средней тяжести**
- **Тяжёлое**
- **Крайне тяжёлое**

# СОСТОЯНИЕ СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ (СЛЕВА) И ТЯЖЁЛОЕ (СПРАВА)



СОСТОЯНИЕ ТЯЖЁЛОЕ?



# ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ СОЗНАНИЯ – ПЕРВЫЙ ЭЛЕМЕНТ ОБЩЕГО ОСМОТРА ВРАЧОМ

- **Ясное сознание** : больной ориентирован в собственной личности, месте, времени, окружающей обстановке, адекватно отвечает на вопросы.
- **Нарушение сознания** разделяют на **изменение сознания** (изучается в курсе психиатрических болезней) и **угнетение сознания** (оглушение, сопор, кома, с некоторой оговоркой - и ступор).

# УГНЕТЕНИЕ СОЗНАНИЯ

**Ступор** (лат. stupor - **оглушение**) частичное выключение сознания с сохранностью словесного контакта на фоне повышения порога восприятия всех внешних раздражителей и снижения собственной активности.

Создается впечатление, что больной впадает в сон, недостаточно ориентирован в месте, времени, окружающей обстановке, отвечает на вопросы с запаздыванием, невпопад.

# УГНЕТЕНИЕ СОЗНАНИЯ

**Сопор** (лат. sopor – оцепенение, **беспамятство**, сон) – **выключение сознания с отсутствием словесного контакта при сохранении координированных защитных реакций (оборонительные движения) на болевые раздражители - «больного не удаётся разбудить».**

**Полное выключение сознания с утратой восприятия окружающей среды и самого себя, с различными по выраженности неврологическими и вегетативными нарушениями.**

**По степени тяжести выделяют умеренную, глубокую и запредельную кому.**



# НАРУШЕНИЯ СОЗНАНИЯ

**Обморок (syncope):** кратковременное на несколько секунд или минут потеря сознания ( острая недостаточность мозгового кровообращения неврогенного или соматогенного происхождения).

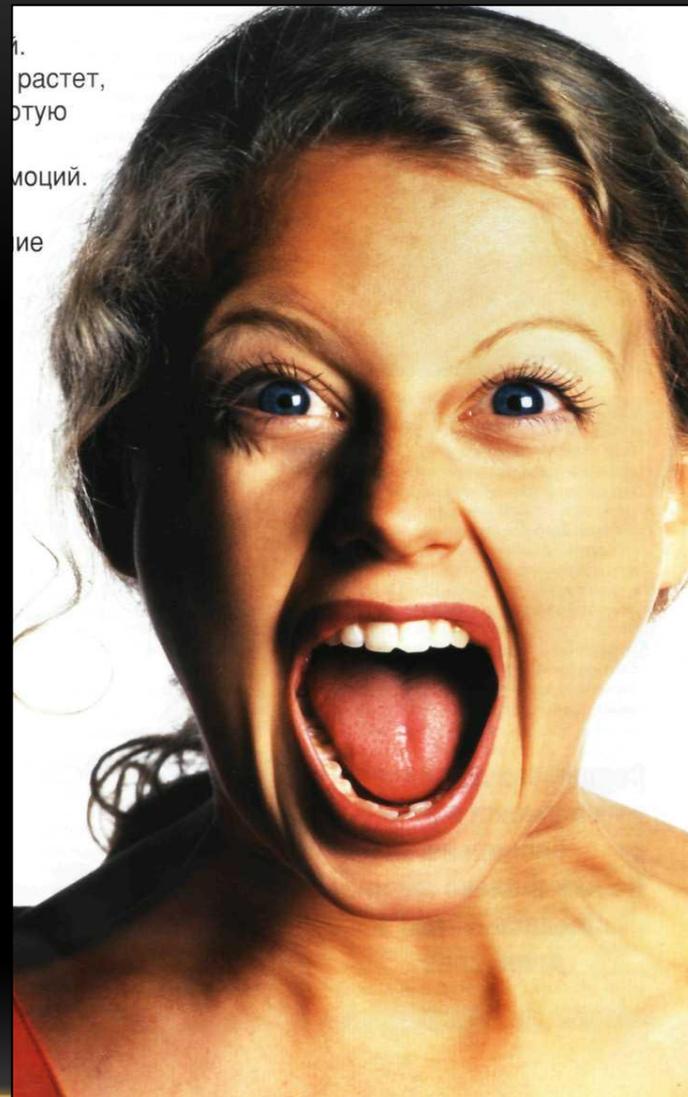
**Делирий:** чрезмерное возбуждение сознания с нереальностью ощущений, галлюцинациями и психомоторным возбуждением.

# У БОЛЬНОГО В СОЗНАНИИ ОЦЕНИВАЕМ

- Интеллект
- Темперамент
- Особенности психического статуса и поведения
- Нарушения эмоционального состояния
- Депрессию (подавленность)
- Апатию (равнодушие)
- Страх
- Тревогу
- Тоскливое настроение
- Плаксивость
- Наличие бреда, галлюцинаций.

# ОЦЕНИВАЕМ

- Эйфорию -неадекватная приподнятость настроения.
- Эмоциональную лабильность.
- Повышенную раздражительность.



**Больным  
токсическим  
зобом присуща  
эмоциональная  
лабильность,  
визуально -  
выражение  
испуга и  
широкое  
раскрытие  
глазной щели**



# Изменение сознания - ступор



**Вялый ступор**



**Депрессивный ступор**

**ИЗМЕНЕНИЕ СОЗНАНИЯ -  
КАТАТОНИЧЕСКИЙ СТУПОР С  
ВОСКОВОЙ ГИБКОСТЬЮ -  
КАТАЛЕПСИЯ**



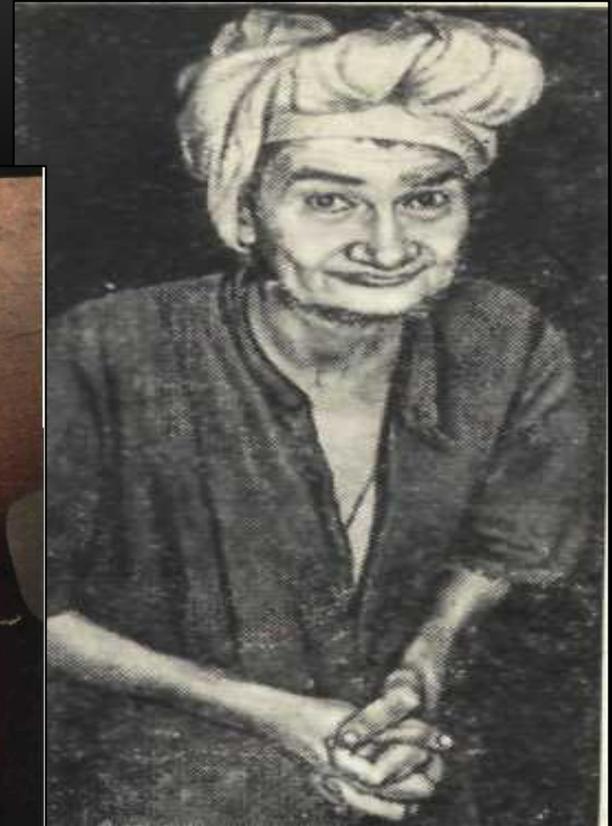
# Деменция



**Сенильный  
психоз**



**Олигофрения**



**Ипохондрический  
бред**

# Вербальные галлюцинации



**Больной слышит голоса,  
которые его оскорбляют**



**Больной слышит  
приятные для него голоса**

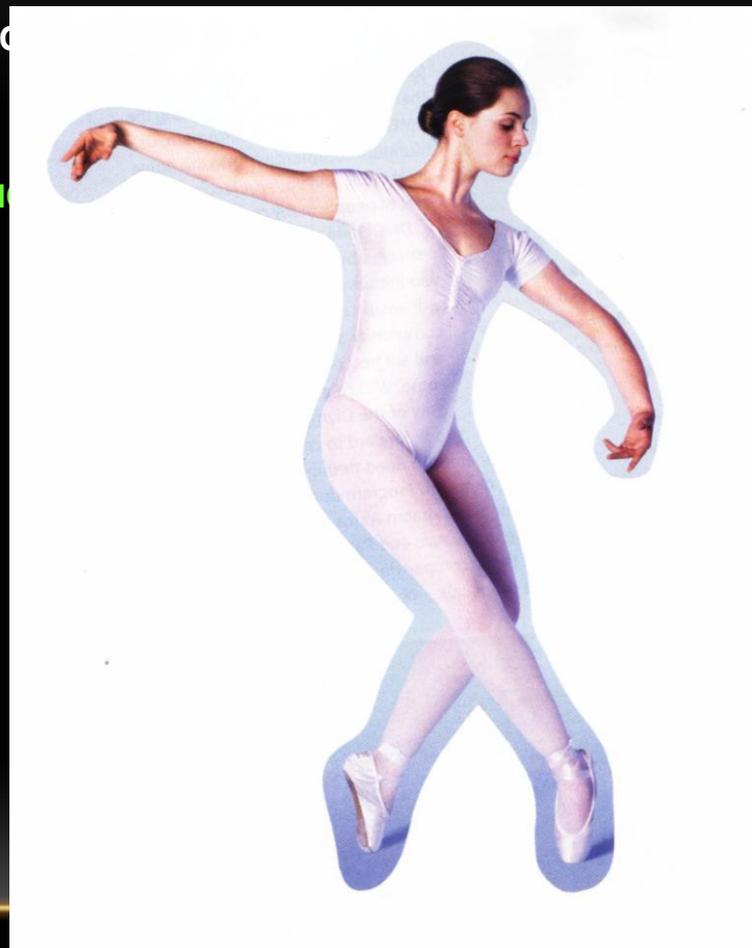
# Напряженный взгляд больного с бредом преследования



# ПОЛОЖЕНИЕ БОЛЬНОГО

О положении судят по способности самостоятельно передвигаться, свободно принимать любую позу, обслуживать себя.

Если такая способность не нарушена – положение



# ПОЛОЖЕНИЕ БОЛЬНОГО

## *активное, пассивное, вынужденное?*

**Активное положение** – легко изменяется в зависимости от обстоятельств

**Пассивное положение** – больной не в состоянии произвольно его изменить

**Вынужденное положение** – больной принимает сам для облегчения или прекращения болезненных ощущений (боль, кашель, одышка)

**Активное в постели** -  
не способен ходить,  
но может  
самостоятельно  
менять положение  
своего тела.

**Пассивное в постели**  
не в состоянии  
самостоятельно  
менять положение  
своего тела в  
постели.



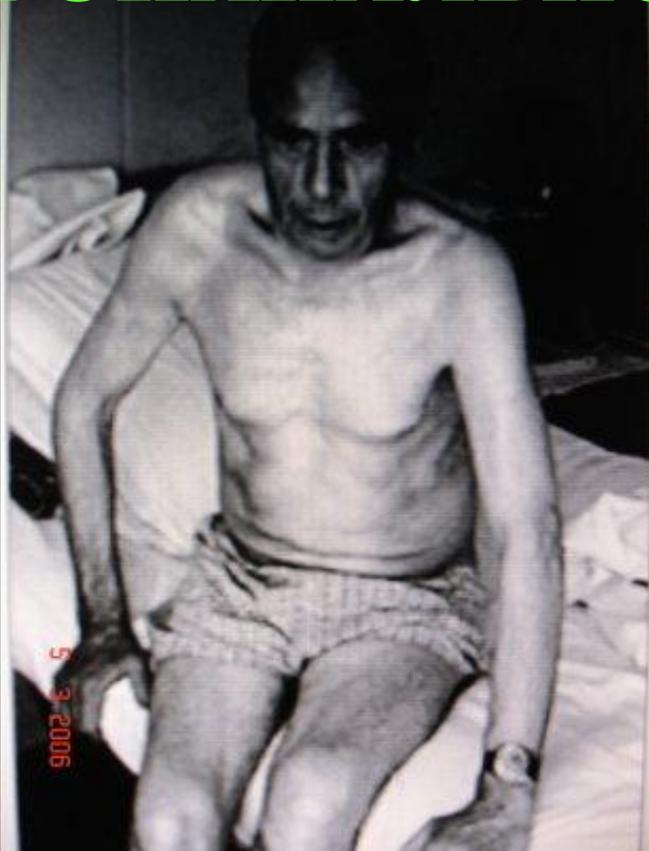
**Вынужденное** - способен двигаться, но для облегчения страданий - уменьшение одышки, кашля, болей - принимает определённую позу.

**Ортопноэ** - положение в постели полусидя, с высоко поднятым изголовьем и опущенными ногами.

# Вынужденное положение больного на больном боку при правостороннем плеврите



# ВЫНУЖДЕННОЕ ПОЛОЖЕНИЕ БОЛЬНОГО ПРИ ПРИСТУПЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ



# ТЕЛОСЛОЖЕНИЕ И ПОНЯТИЕ О КОНСТИТУЦИОННОМ ТИПЕ

*Оценка телосложения у больного включает:*

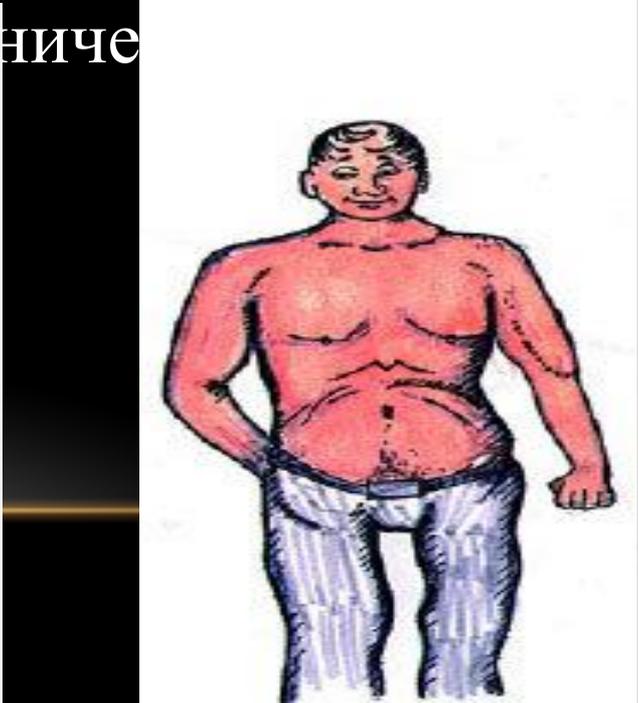
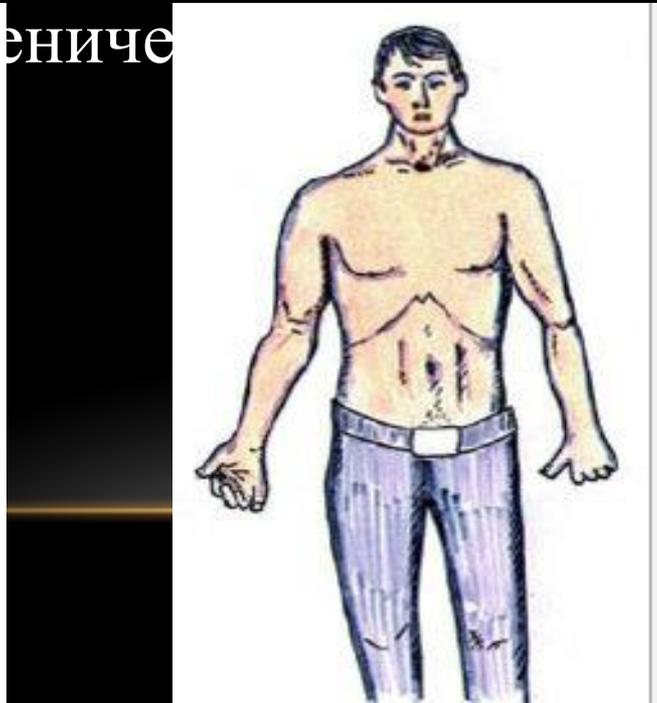
- конституцию
- рост
- массу тела

**Телосложение или habitus** - это соотношение роста и поперечных размеров тела, симметричность и пропорциональность отдельных его частей, а также одно из проявлений конституции.

**КОНСТИТУЦИЯ** – СОВОКУПНОСТЬ  
ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ И МОРФОЛОГИЧЕСКИХ  
ОСОБЕННОСТЕЙ ОРГАНИЗМА, СЛОЖИВШИХСЯ  
НА ОСНОВЕ НАСЛЕДСТВЕННЫХ И  
ПРИБРЕТЕННЫХ СВОЙСТВ.

## Конституциональные типы

по М. В. Черноруцкому - нормостенический,



# ОЦЕНКА РОСТА

- Нормальный рост 155 – 180 см.
- Гигантский рост выше 190 - 200 см
- Карликовый рост ниже 130–120 см
- Карликовость пропорциональная (нанизм)
- Карликовость с укорочением конечностей (хондродистрофия)

# ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ВИДЫ ТЕЛОСЛОЖЕНИЯ

- Наличие телесных повреждений
- Наличие физических недостатков:
  - отсутствие конечностей,
  - аномалий развития.
- Акромегалия
- Инфантилизм
- Евнухоидизм

# ПЕРВЫЕ ВПЕЧАТЛЕНИЯ И БЛИЦ-ДИАГНОСТИКА

В медицине, как и в другом искусстве, только ежедневная практика позволяет сделать  
«трудное - привычным,  
привычное – легким,  
а легкое - прекрасным».

К.С. Станиславский

# ПРОБЛЕМА: ПРИЧИНА НИЗКОРОСЛОСТИ

## Генетические аномалии:

- Ахондроплазия
- Синдром Шерешевского – Тернера
- Синдром Дауна

## Конституциональные факторы

- Низкорослость членов семьи

## Эндокринные болезни

- Гипопитуитаризм
- Гипотериоз

# ПРОБЛЕМА: ПРИЧИНА НИЗКОРОСЛОСТИ

## Системные заболевания

- Болезнь Крона
- Язвенный колит
- Почечная недостаточность

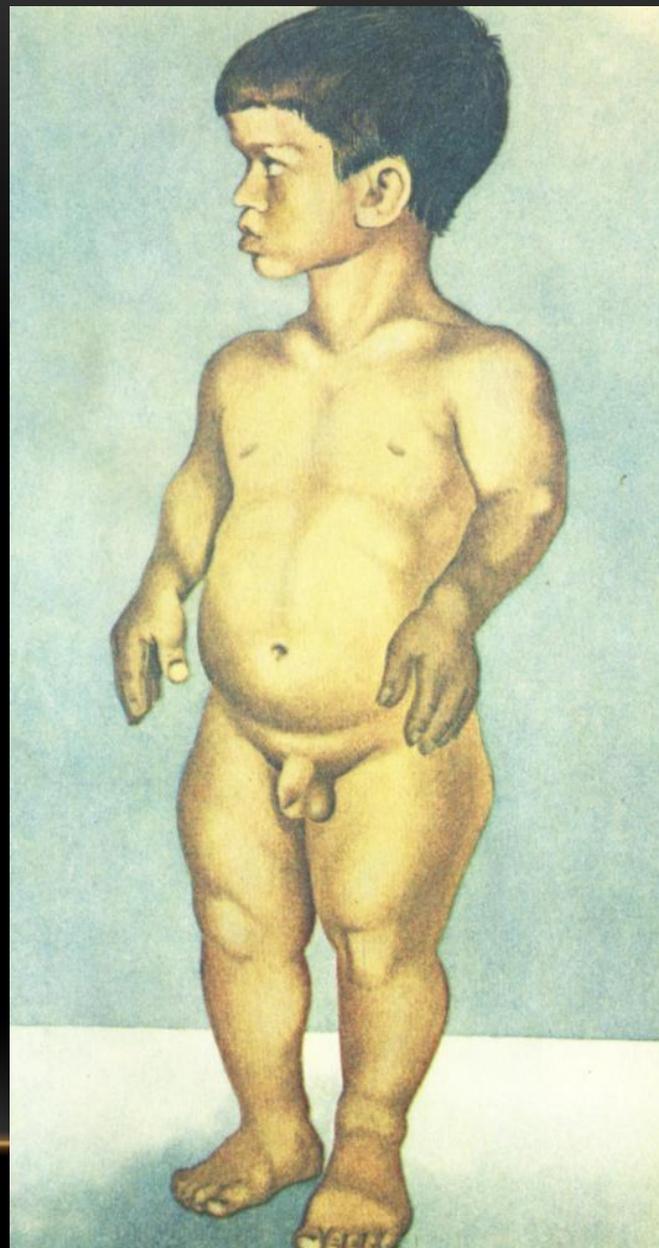
## Недостаточность питания

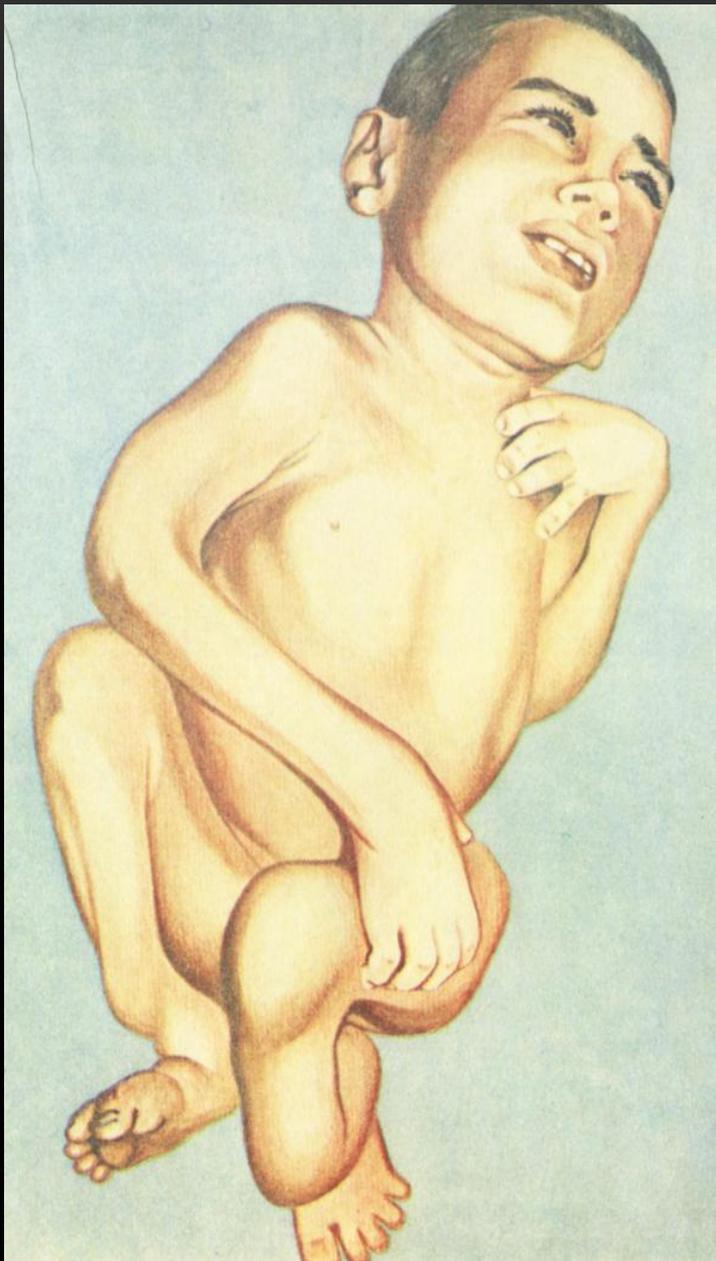
- Внутриутробная задержка роста
- Квашиоркор
- Хроническое голодание

# ХОНДРОДИСТРОФИЯ

Нарушение в образовании хрящевой ткани наследуется по аутосомно-доминантному типу.

- **Диспропорциональный карликовый рост:**
- мужчины 131см,
- женщины 125см.
- **Большая голова по отношению к размерам тела.**
- **Выраженное проксимальное укорочение конечностей.**
- **Вдавленная переносица.**



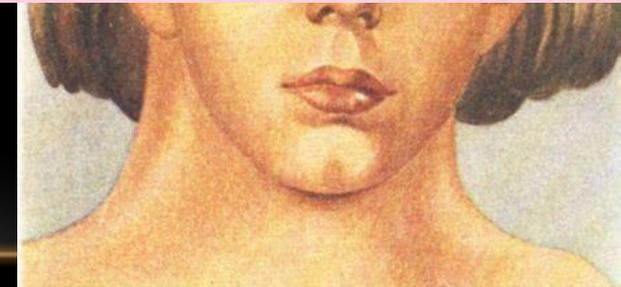
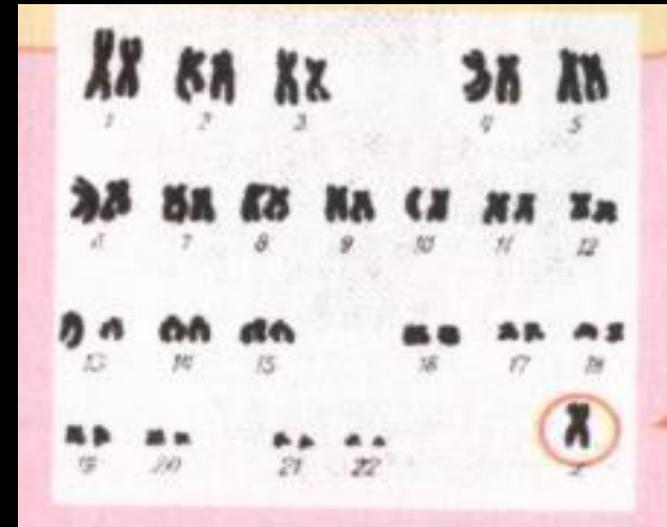
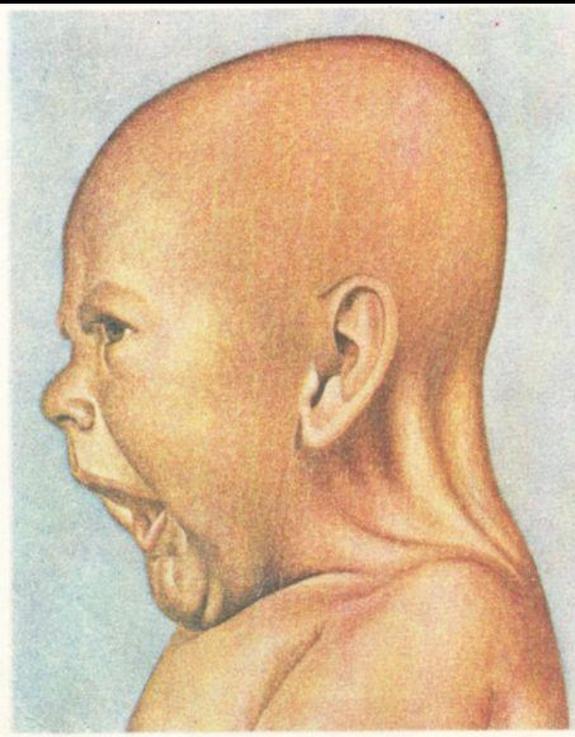


# ОСТЕОПАТИЯ

- искривление конечностей из-за патологических переломов костей,
- деформация позвоночника

# ХО КАРИОТИП (МОНОСОМИЯ ПО X ХРОМОСОМЕ)

1% ВСЕХ ЗАЧАТИЙ, 18,5 % СРЕДИ СПОНТАННЫХ АБОРТОВ



Единственная  
половая  
X- хромосома

# ТЕРНЕРА



- Низкорослость;
- половой инфантилизм; умственная отсталость;
- короткая шея;
- **двухсторонняя шейная складка – птеригий;**
- эпикантус - лицо «сфинкса»;
- аномалия ушных раковин и
- низкая посадка ушей;
- «рыбий» рот;
- сужение устья аорты и другие пороки сердца;
- вальгусная девиация предплечий.

# СИНДРОМ ДАУНА

## - ТРИСОМИЯ ПО 21 ПАРЕ ХРОМОСОМ



- Описал англ. врач Ленгтон Даун в 1866 году.
- Распространенность 1:700 – 1:800 и 10-12 % всех умственно отсталых детей.
- Нет гендерных, расовых и популяционных различий

# ПРОБЛЕМА: СИНДРОМ ДАУНА

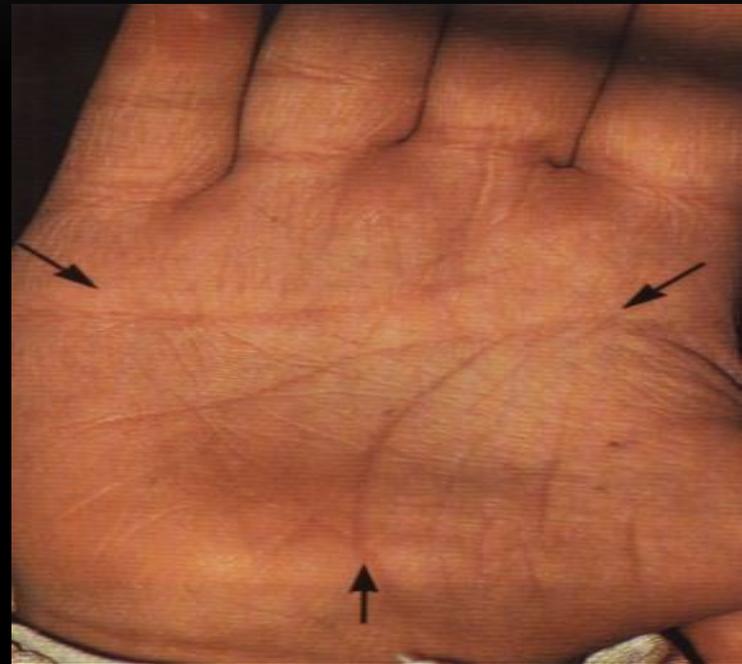
- Монголоидный разрез глаз, эпикантус.
- Низкий рост.
- Единственная поперечная складка на ладони.
- Клапанные пороки сердца
- Увеличение промежутка между I и II пальцами стопы.
- Умственная недоразвитие.



Продольная  
складка лба



Короткая широкая ладонь с единственной поперечной складкой (обезьянья)



Широкое лицо, увеличенный язык, эпикант, глаза раскосые, внутренние края их смещены вниз, переносица плоская.

Из-за нестабильности иммунной системы часты инфекционные и злокачественные заболевания.

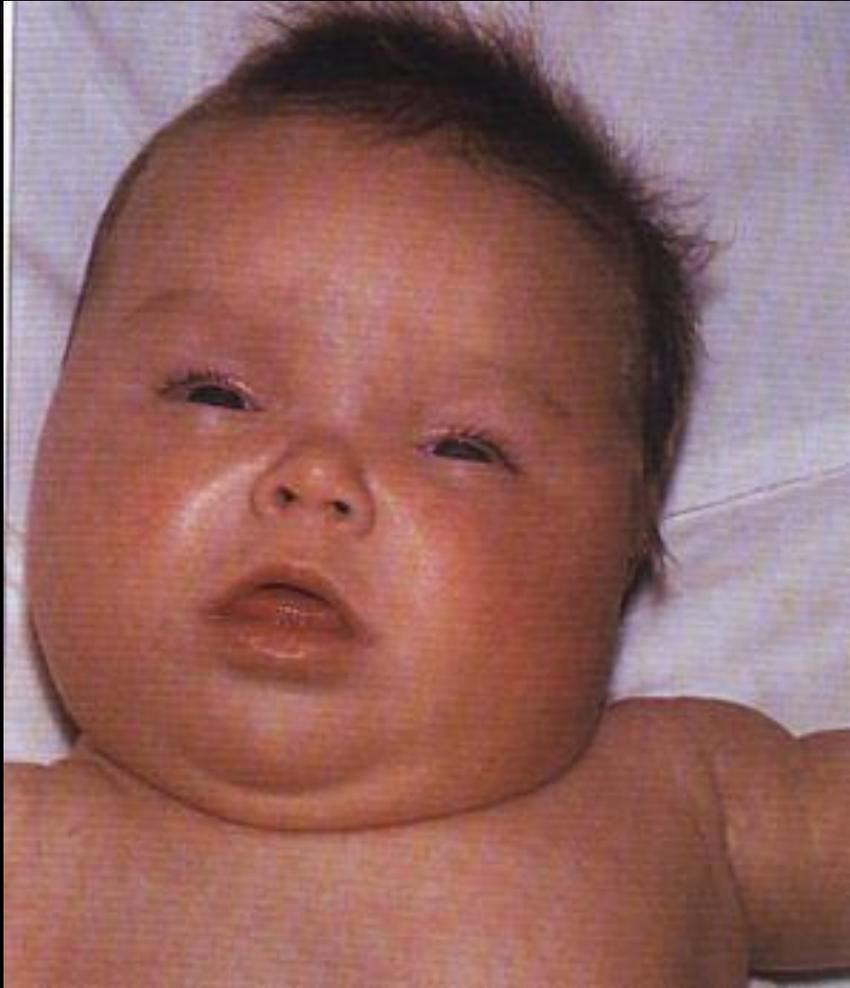
# КАРЛИКОВОСТЬ ПРИ СИНДРОМЕ ЛАРОНА

Семейная форма у сестер 6  
и 4 лет:

- **задержка роста**
- недоразвитие лицевого скелета
- **выступающий лоб**
- **запавшая переносица**
- **голубые склеры.**



**ВРОЖДЕННЫЙ ГИПОТЕРИОЗ:**  
**ТЕСТООБРАЗНОЕ ЛИЦО**  
**БОЛЬШОЙ ЯЗЫК**  
**СНИЖЕНИЕ ИНТЕЛЛЕКТА**



Квашиоркор



# НЕДОРАЗВИТИЕ У БОЛЬНОГО САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ I ТИПА, ВОЗРАСТ 17 ЛЕТ

У детей и подростков, страдающих СД, преобладание процессов катаболизма, при недостаточной компенсации углеводного обмена, может привести к задержке роста и полового созревания - **синдром Мориака.**



## ГИПОФИЗАРНЫЙ НАНИЗМ

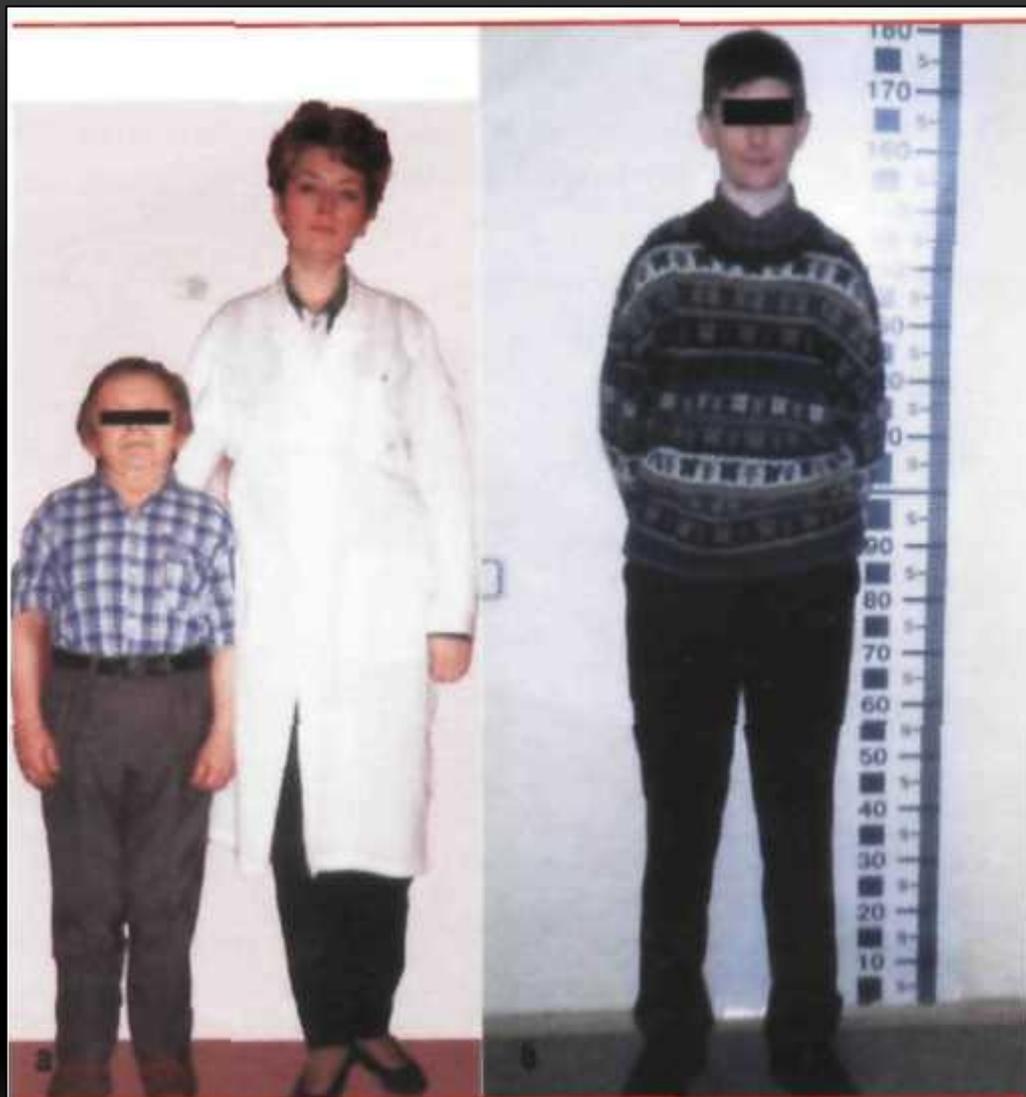
- **Гипофизарный нанизм у больного 17 лет (слева) и здоровый подросток того же возраста (справа)**

# ГИПОФИЗАРН ЫЙ НАНИЗМ

Слева:

мужчина 48 лет, рост  
124 см.

Справа: мужчина 22  
года, рост 180см -после  
лечения СТГ.



Условия **антенатального** и **перинатального периодов** в значительной степени влияют на физическое развитие детей после рождения:  
задержка внутриутробного развития (слева),  
рядом ребенок того же срока гестации



- \* **Перинатальный** от др.- греч. *peri* - около + лат. *natalis* - относящийся к рождению - околородовой период, который делится на:
- **антенатальный** (лат. *ante* - перед) - дородовой
  - **интранатальный** (лат. *intra* - внутри) - непосредственно роды
  - **постнатальный** (лат. *post* - после) - 7 дней (неделя) после родов

# АКРОМЕГАЛИЯ



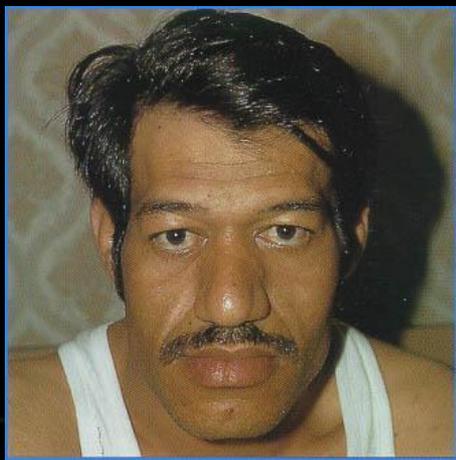
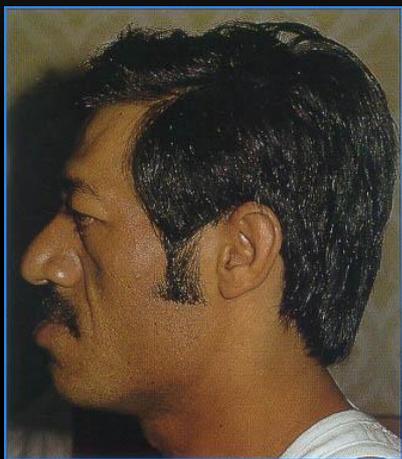
Прогрессирующее увеличение размеров кистей, стоп, нижней челюсти, внутренних органов, вследствие избыточной секреции соматотропина передней доли гипофиза (опухоль из эозинофильных клеток)

# ПРИЗНАКИ АКРОМЕГАЛИИ

ОТ ГРЕЧ АСРО- И МEGAS - БОЛЬШИЕ КОНЕЧНОСТИ

- Грубые черты лица
- Массивная нижняя челюсть, выдвигание вперед подбородка (прогнатизм)
- Утолщение губ и языка ( макроглоссия)
- Широкие ладони
- Влажная и жирная кожа
- Выраженный кифоз позвоночника
- Артериальная гипертензия
- Вторичный сахарный диабет
- Синдром ночного апноэ
- Битемпоральная гемианопсия (выпадение одноименных полей зрения)

# АКРОМЕГАЛИЯ



# Синдроме Клайнфельтера

трисомия XXX



*основные проявления:*

- Евнухоидизм
- высокий рост
- непропорционально длинные конечности
- гипоплазия яичек
- бесплодие
- склонность к ожирению
- нарушение психики (апатия или умственная отсталость).

*больному 10 лет*

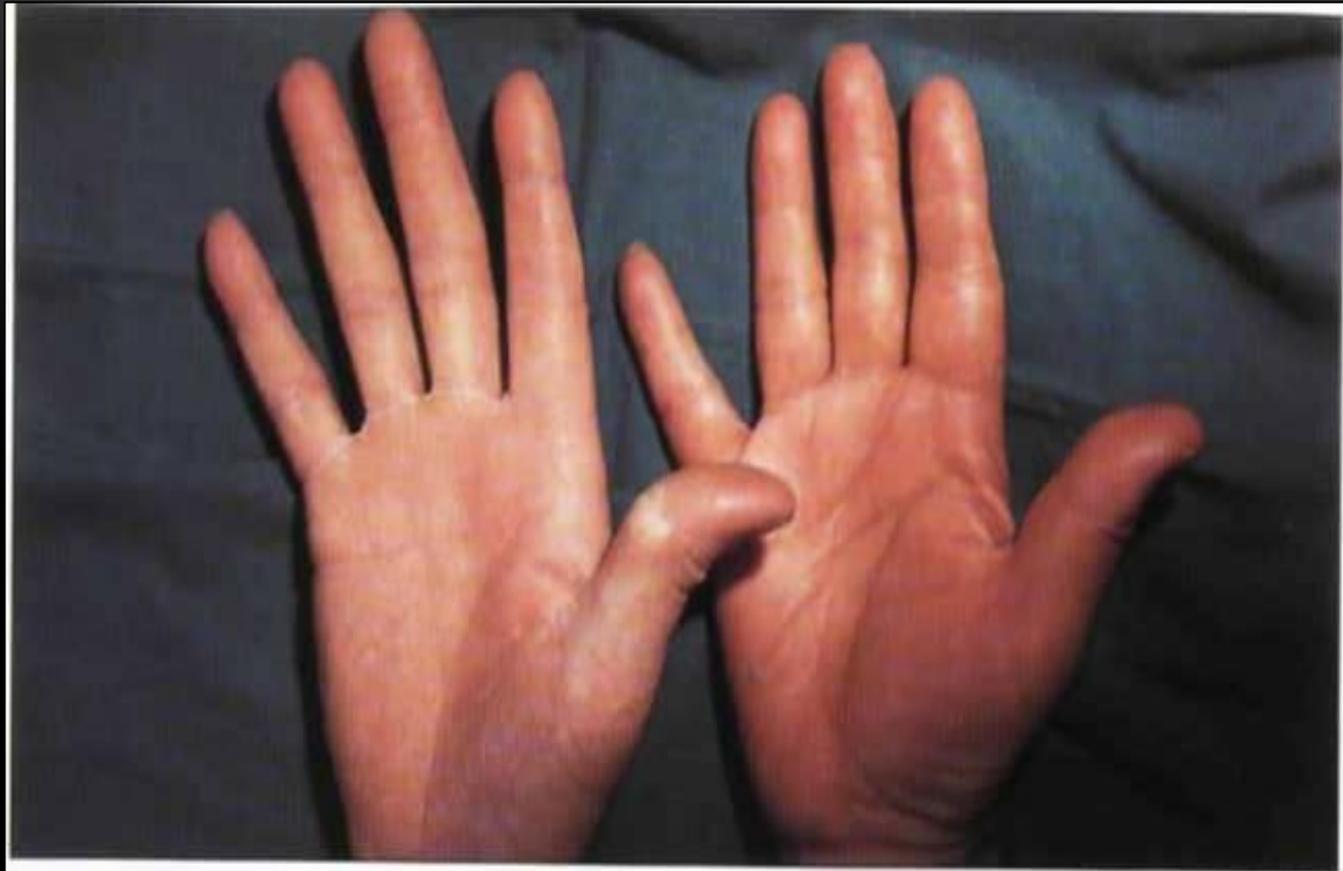
# СИНДРОМ МАРФАНА

- **Распространенность** - 1 на 10 000 (редко).
- **Аутосомно-доминантный тип наследования:** из-за генетических нарушений в метаболизме коллагена - системные клинические проявления.
- **Причины смерти:** разрыв аорты или ее расслоение (внезапная смерть); отрыв хорды, митральная регургитация и ХСН.



# СИНДРОМ МАРФАНА

- чрезмерно длинные и тонкие, несоразмерные с туловищем конечности;
- килевидная или воронкообразная грудная клетка,
- **СКОЛИОЗ** (изгиб позвоночника во фронтальной плоскости) или **кифоз** - изгиб позвоночника в сагиттальной плоскости выпуклостью назад (горб);
- недоразвитие жировой ткани и мускулатуры.



- **Арахнодактилия** – ведущий симптом **синдрома Марфана**.
- Пальцы на кистях аномально мобильны, **согнутый большой палец кисти может заходить за ребро ладони**.
- Аномальная растяжимость связочного аппарата

# СИНДРОМ МАРФАНА



- «готическое нёбо»
- **ВЫВИХ ИЛИ ПОДВЫВИХ хрусталика**, дислокация его в полость стекловидного тела;
- голубые склеры;
- аневризма аорты.

# РЕВИЗОВАННЫЕ ГЕНТСКИЕ КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА МАРФАНА (2010)

## Основные критерии диагностики

- Расширение аорты
- Эктопия хрусталика. Сочетание этих признаков – достаточно для установления диагноза.

## Важные дополнительные критерии диагностики

- Положительный семейный анамнез по СМ
- Молекулярно-генетическое исследование мутаций гена **FBN1**
- Признаки системного вовлечения соединительной ткани **7 баллов и более** (таблица)

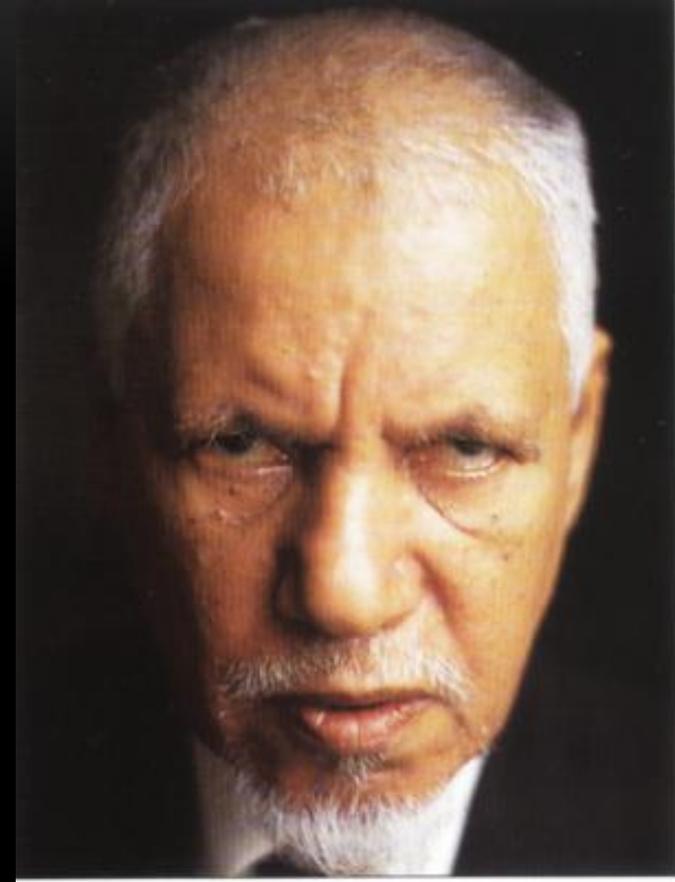
признак	баллы
Симптомы большого пальца и запястья	3
Симптомы большого пальца или запястья	1
Воронкообразная деформация грудной клетки	1
Килевидная деформация грудной клетки или ее асимметрия	2
Вальгусная деформация стопы	1
Плоскостопие	2
Спонтанный пневмоторакс	2
Дуральная эктазия	2
Протрузия тазобедренного сустава	2
Отношение верхней части туловища к нижней + отношение размаха рук к росту при отсутствии выраженного сколиоза	1
Сколиоз или тораколумбальный кифоз	1
Недоразгибание локтя	1
Наличие трех из пяти лицевых дизморфий	1
Стрии	1
Миопия 3 диоптрия и более	1
Пролапс митрального клапана	1

# БОЛЕЗНЬ ПАРКИНСОНА



Неподвижное лицо (маска), бедная мимика.

Семенящая походка: туловище сковано. Поза просителя, руки прижаты к туловищу и не движутся в такт ходьбе.



«Воздушная подушка», тремор, скованность

# СУДОРОГИ ПРИ СТОЛБНЯКЕ



*Ранняя стадия*

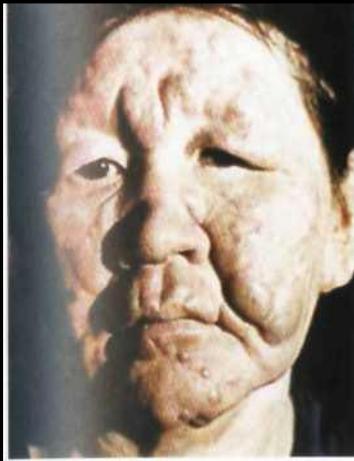


*Поздняя стадия*

*Спастическое напряжение шейных мышц*

*Сардоническая  
улыбка*

# «ЛЬВИНОЕ» ЛИЦО У БОЛЬНЫХ ЛЕПРОЙ



- Множественные двусторонние симметрично расположенные узелки или узлы - лепромы



# АЛЬБИНИЗМ

- Депигментация кожи и радужки.
- Белые волосы.
- Фотофобия.
- Нистагм.

Двуяйцовые близнецы.  
У одного из них мутация гена  
кодирующего тирозиназу -  
превращает тирозин в меланин