



Субъективные и объективные методы обследования в клинике внутренних болезней

План лекции

1. Классификация методов обследования пациента.
2. Этапы расспроса. Сбор жалоб.
3. Анамнез настоящего заболевания.
4. Анамнез жизни.
5. Последовательность общего осмотра.
6. Пальпация: определение, понятие, техника, семиотика.
7. Перкуссия: определение, правила, техника, семиотика.
8. Аускультация: определение, правила, техника.

Методы обследования

○ Группы методов:

Основные (клинические) методы исследования (только после их применения врач решает, какой из дополнительных методов следует применить для распознавания или уточнения болезни) – обследование непосредственно у постели больного:

- Субъективные – расспрос больного
- Объективные

○ **Дополнительные** (параклинические):

- Обязательные (клинический минимум) – ОАК, ОАМ, кал на яйца глистов, кровь на RW, рентгенография органов грудной клетки;
- Специальные - все остальные методы.

Методы обследования

Расспрос (*interrogatio*) больного:

- Паспортная часть.
- Расспрос о жалобах больного, его ощущениях и переживаниях.
- Расспрос о настоящем заболевании – анамнез заболевания (*anamnesis morbi*).
- Расспрос о предшествующей жизни больного – анамнез жизни (*anamnesis vitae*).

Методы обследования

Объективное исследование больного (status praesens) включает:

- Общий осмотр
- Подробное изучение отдельных органов и систем, начиная с органов дыхания, ССС, органов пищеварения, органов мочевого выделения, эндокринной системы, нервной системы.

Исследование органов и систем включает:

- Осмотр (inspectio);
- Ощупывание (palpatio);
- Выстукивание (percussio);
- Выслушивание (auscultatio).

Расспрос

По мнению виртуоза расспроса профессора Г.А. Захарьина, расспрос – это «медленный и тяжелый путь».

Паспортная часть.

- ФИО больного
- Возраст, дата рождения
- Место жительства
- Место работы, должность
- Дата поступления
- Кем был направлен
- Диагноз, с которым больной был направлен в стационар

Расспрос

Жалобы

Различают **главные** (основные) и **дополнительные** жалобы.

"На что жалуетесь?", "Что беспокоит?".

В начале беседы дают возможность высказаться самому больному, затем задают необходимые дополнительные вопросы. Все жалобы, излагаемые больным, записываются в отредактированном виде, желательно **посистемно**.

Задача врача **"рассортировать"** жалобы **посиндромно** или **посистемно**, записать их **детально, кратко и чётко**.

Расспрос

Болевой синдром

- Локализацию боли,
- Иррадиацию, или распространение, боли,
- Продолжительность и интенсивность боли,
- Характер боли (тупые, разрывающие, жгучие, давящие, колющие, сжимающие,),
- Причины возникновения боли,
- Факторы, усиливающие боль,
- Факторы, облегчающие боль (лекарства, физические факторы – тепло или холод, поза),
- Сопутствующие болям симптомы (тошнота, головокружение и др.),
- Закономерности появления боли (если имеются).

Анамнез настоящего заболевания

- Когда, где и при каких обстоятельствах впервые в жизни заболел.
- Причины, вызвавшие заболевание (по мнению больного). Предшествующие заболеванию условия (переохлаждение, переутомление и т.п.)
- Остро или постепенно началось заболевание и как оно проявилось вначале.
- Динамика симптомов и появление новых признаков заболевания.
- Причины ремиссии, их продолжительность, а также причины и частоту обострений заболевания.

Анамнез настоящего заболевания

- Когда и в какие лечебные учреждения обращался больной.
- Какие виды обследования ему проводились и их результаты. Чем и с каким эффектом лечился больной.
- Мотивы настоящей госпитализации (ухудшение течение болезни, обследование для уточнения диагноза, экспертиза и т. п.).
- Если больной в стационаре и переходит под наблюдение другого врача, то отражается динамика его состояния от момента курации до дня осмотра больного.

Анамнез жизни

- Как протекали детство, младенчество и юность пациента.
- Место рождения больного и возраст его родителей при рождении ребёнка. Особенности вскармливания.
- Возраст, когда больной начал говорить, ходить, учиться в школе.
- Материальный достаток семьи, характер питания больного, отставание больного от сверстников в физическом и психическом развитии.
- Жилищные условия, характер питания.

Анамнез жизни

- Трудовой анамнез: особое внимание необходимо обратить на вид профессии и на характер труда и условия на рабочем месте.
- Вредные привычки: с какого возраста и какое количество табачных изделий выкуривает в день, их виды, виды спиртных напитков как часто, в каких дозах они употребляются больным.
- Половой анамнез: у женщин - беременность, их исходы, регулярность менструаций.
- Какими заболеваниями ранее страдал больной (останавливаются на гепатите, ЗППП, туберкулезе)
- Аллергологический анамнез.
- Семейный анамнез, наследственность больного.

Общий осмотр

Правила осмотра:

Освещение: дневной свет или лампы дневного света. Применяется прямое освещение и боковое (чаще для выявления пульсаций, для выявления дыхательных движений грудной клетки,);

- В помещении должно быть тепло и тихо;
- Температура воздуха должна быть комфортной (18-25 градусов);
- Пациент должен быть обнажен по пояс и полностью, если в тяжелом состоянии;
- Врач стоит спиной к источнику света;
- Руки врача должны быть сухие и теплые и с коротко подстриженными ногтями.

Общий осмотр

Оценка общего состояния больного

Положение в постели

Состояние сознания

Выражение лица

- Телосложение (конституция)
- Антропометрические данные: рост, вес, ИМТ $\text{кг}/\text{м}^2$
- Термометрия
- Кожные покровы и видимые слизистые
- Волосистые, состояние ногтей
- Состояние питания: подкожная жировая клетчатка
- Отеки
- Регионарные лимфатические узлы
- Мышечная система
- Костно-суставная система

Общий осмотр

Общее состояние больного:

- Удовлетворительное – хорошее самочувствие больного и компенсированная работа всех систем организма;
- Средней степени тяжести – когда есть выраженные жалобы и субкомпенсация работы отдельных систем организма;
 - Тяжелое состояние – наличие декомпенсации одной или нескольких систем организма;
 - Крайне тяжелое состояние – есть непосредственная угроза жизни больного.
 - Терминальное – сопор или кома.

Общий осмотр

Положение больного:

- **Активное** – больной может свободно передвигаться, принимать удобное положение, обслуживать себя;
- **Вынужденное** – это положение, которое больной принимает для облегчения своего самочувствия:
 - положение на больном боку – заболевания плевральных листков;
 - положение ортопное – это возвышенное положение в постели с опущенными ногами – характерно для больных с сердечной недостаточностью;
- **Пассивное** – это положение при котором больные не могут двигаться самостоятельно (больные в коме, с инсультом).

Общий осмотр

Сознание:

Ясное – это способность человека ориентироваться в пространстве, времени, собственной личности и способность четко отвечать на поставленные вопросы;

Нарушенное:

Оглушенность – человек заторможен, двигается медленно, на поставленные вопросы отвечает с задержкой.

Ступор (Stupor – оцепенение, оглушенность)– больные чаще спят или дремлют, но если их растормошить могут односложно ответить на вопросы;.

Сопор (Sopor – отупение или беспамятство)– «спячка» - больные на вопросы не отвечают, но рефлексы сохранены.

Отсутствие сознания (кома) – полная потеря сознания, на раздражители не реагирует, рефлексы отсутствуют.

Общий осмотр

Шкала Глазго

Признак реакции	Характер	Оценка (баллы)
Открывание глаз	Спонтанное	4
	В ответ на обращенную речь	3
	В ответ на болевые раздражители	2
	Отсутствует	1
Двигательная активность	Выполняет команды	6
	Отталкивает болевой раздражитель	5
	Отдергивает конечность на боль	4
	Тоническое сгибание на боль	3
	Тоническое разгибание на боль	2
	Отсутствует	1

Общий осмотр

Шкала Глазго

Признак реакции	Характер	Оценка (баллы)
Речевая реакция	Правильная речь	5
	Спутанная речь	4
	Непонятные слова	3
	Нечленораздельные звуки	2
	Отсутствует	1

Примечание: 15 баллов – ясное сознание; 13-14 – оглушение, 9-12 – сопор, 4-8 - кома, 3-смерть мозга

Общий осмотр

Общий вид:

Выражение лица — в норме спокойное, доброжелательное.

Форма лица	Очень бледное	Гиперемированное	Цианотичное
Обычной формы	анемия аортальные пороки конст. особенность	Facies febris Facies lupus Алкоголизм	Facies mitralis Врожденные «синие» пороки
Одутловатое (отечное)	Facies nephritica/nephrotica	Инфекции Кушингоид Микседема	Facies Corvisari “blue bloaters
С заострен. чертами и впалыми глазами	Facies Hippocratica Кахексия Склеродермия		

Общий осмотр

Общий вид:

- При паркинсонизме имеется застывшая мимика, создающая впечатление **маскообразности лица**.
- При столбняке отмечается **risus sardonicus** (risus - смех, sardonicus - язвительный, злобно-насмешливый), сардонический смех, с судорогами мышц смеха, что типично для тетануса. Имеется тризм - уменьшение отверстия рта.

Глаза. Экзофтальм и широкие глазные щели типичны для Базедовой болезни.

Общий осмотр

Тип конституции:



Астеник

Нормостеник

Гиперстеник

Отличительные признаки	Астеник	Гиперстеник
Рост	В длину	В ширину
Туловище	Длинное	Короткое
Грудная клетка	Узкая и плоская	Широкая и выпуклая
м/реберья	Широкие, косые	Узкие, горизонт.
Эпигастральный угол	<90 градусов	>90 градусов
Живот	Малого объема	Большого объема
Диафрагма	Низкая	Высокая

Общий осмотр

Телосложение (правильное, неправильное, с указанием характера) – это пропорциональность всех частей тела человека:

○ **Правильное** – тело должно состоять из всех частей, симметричное, рост и вес должны быть пропорциональными, осанка прямая, походка твердая умеренная, росто-весовой показатель должны соответствовать норме (индекс Кетле, индекс массы тела и высчитывается по формуле $\text{вес/кг} \div \text{рост в метрах в квадрате}$; в норме равен 18,5-25).

○ **Походка, осанка.**

Общий осмотр

Термометрия:

- Термометрия

Норма: $36,8 \pm 0,4$ °C (min в 6.00 , max в 18.00)

По высоте различают температуру:

- Субфебрильную – 37-38°
- Умеренную повышенную – 38,1-39 °
- Высокую – 39.1-40 °
- Чрезмерно высокую – 40.1-41 °
- Гиперпиретическую – свыше 41 °

Общий осмотр

Виды лихорадки:

По длительности:

Острая (не более 2 недель)

○ **Хроническая**

Снижение температуры:

Постепенное, ступенеобразное снижение температуры в течение 2-4 суток с незначительными вечерними подъёмами называют **ЛИЗИСОМ**.

Внезапное, быстрое окончание лихорадки с падением температуры до нормы в течение суток называют **КРИЗИСОМ**.

Общий осмотр

Виды лихорадки:

- 1. Постоянная, или устойчивая лихорадка (febris continua).** Наблюдается постоянно повышенная температура тела и в течение суток разница между утренней и вечерней температурой не превышает одного 1°C .
- 2. Послабляющая лихорадка (febris remittens, ремитирующая).** Суточные колебания температуры превышают 1°C .
- 3. Перемежающаяся лихорадка (febris intermittens, интермитирующая).** Суточные колебания, как и при ремитирующей, превышают 1°C , но здесь утренний минимум лежит в пределах нормы.

Общий осмотр

Виды лихорадки:

4. Истошающая лихорадка (febris hectica, гектическая). По утрам, как и при интермиттирующей, наблюдается нормальная температура тела, но вот суточные колебания температуры доходят до 3-5⁰ С и часто сопровождаются изнуряющими потами.

5. Обратная, или извращённая лихорадка (febris inversus) отличается тем, что утренняя температура тела больше вечерней.

6. Неправильная, или нерегулярная лихорадка (febris irregularis) проявляется чередованием различных типов лихорадки и сопровождается разнообразными и неправильными суточными колебаниями.

Общий осмотр

Кожные покровы:

Цвет – в норме от бледно-розового до черно-синего, в зависимости от расовой принадлежности.

- Бледная – при анемии.
- Покраснение – при лихорадке.
- Гиперемия с цианозом – при эритремии.
- Желтушная:
 - Надпеченочная (гемолитическая). Цвет – лимон.
 - Печеночная (паренхиматозная). Цвет – апельсин.
 - Подпеченочная (механическая). Цвет – грейпфрут.
- Цианоз (центральный. периферический).
- Бронзовая окраска - при недостаточности надпочечников или при циррозе печени.
- Землистая окраска – при новообразованиях

Общий осмотр

Кожные покровы:

- **Целостность** – наличие ран, травм, гипер- или депигментации, указывается локализация изменений.
- **Влажность** – гипергидроз, сухость кожных покровов и нормальное состояние.
- **Эластичность (тургор)** – определяется на тыльной поверхности предплечья. Кожная складка должна быстро расправляться.
- **Высыпания.**

Общий осмотр

Кожные покровы:

Патологические элементы:

- Ксантелазмы (на веках) и ксантомы (на коже) – желтые холестериновые бугорки, наблюдаются при гиперлипидемиях;
- Сосудистые звездочки (исчезающие при надавливании). Бывают при гепатитах и циррозах печени.
- Рубцы и стрии (белые рубцовые полосы, возникшие вследствие сильного растяжения кожи).
- Геморрагии – красные пятна различной величины и формы. Бывают при заболеваниях крови.
- Розеолы – розовые пятна диаметром 2- 3 мм.
- Эритема – кожная гиперемия, возвышающаяся над поверхностью кожи.

Общий осмотр

Кожные покровы:

Волосы. Выраженность волосяного покрова, цвет, целостность, блеск;

Ногти. Оценивается цвет ногтевого ложа, цвет ногтевой пластинки, блеск в этой области, целостность, исчерченность.

○ **Слизистые оболочки** (глаз, наружные половые органы, ротовой полости): цвет (бледно-розовые); влажность (умеренно влажные); высыпания.

○ **Подкожная клетчатка:** степень развития и равномерность распределения (оценивается толщина складки во 2 м/р по среднеключичной линии и на уровне пупка кнаружи от края прямой мышцы живота – в норме 1-2 см).

Общий осмотр

Лимфатические узлы

В норме не пальпируются.

Последовательность

пальпации: подчелюстные, подбородочные, передние и задние околоушные, затылочные, передние и задние шейные, надключичные, подключичные, подмышечные, локтевые, паховые, подколенные.



Общий осмотр

Лимфатические узлы

Лимфоаденопатия – увеличение одного или нескольких лимфатических узлов.

При наличии пальпируемых узлов оценивают характер изменений. **При доброкачественных изменениях** кожные покровы над лимфоузлами не изменены, лимфоузлы подвижны, не спаяны с окружающими тканями и между собой.

Злокачественные изменения – бугристость, болезненность, спаяны между собой и с окружающими тканями, неподвижны, возможно изменение цвета кожи над лимфоузлом.

Общий осмотр

Периферические отеки и пастозность тканей.

Отеки могут быть местные и общие.

По этиологии:

1. Кардиальные отеки - при СН
2. Гипоонкотические – при заболеваниях почек.
3. Венозные отёки - варикозная болезнь вен ног.
4. Лимфатические отёки – лимфангит, слоновость
5. Мембраногенные отеки – аллергический отек, токсический отек
6. Эндокринные отеки - микседема, водянка беременных, циклические отеки при ПМС.
7. Ятрогенные (лекарственные).
8. Другие варианты доброкачественных отеков.

Общий осмотр

Диагностика отеков.

1. Осмотр – отечная конечность увеличена в объеме, контуры сглажены.
2. Пальпация – надавливание большим пальцем в области большеберцовой кости, крестца, тыла стопы – ямка на коже.
3. Контрольное взвешивание в динамике.
4. Контроль за водным балансом.
5. Измерение окружности живота и конечностей в динамике.
6. Определение жидкости в полостях.
7. Проба Мак-Клюра-Олдрича: в/к 0,1 мл NaCl рассасывается в норме через 45-50 мин.

Общий осмотр

Мышцы оценивают сверху вниз (лицо, туловище, конечностей):

Степень развития;

Симметричность;

○Сила, тонус;

○Болезненность;

○Наличие уплотнений.

Кости:

○Пропорциональность;

○Деформация;

○Болезненность при пальпации и поколачивании (чаще проводят по эпифизам и диафизам трубчатых костей и по плоским костям);

○Костная крепитация

Общий осмотр

Суставы (также смотрят в зависимости от сложности сустава):

- Форма;
- Деформация;
- Отечность;
- Цвет кожи;
- Температура кожи;
- Болезненность при пальпации;
- Объем активных и пассивных движений;
- Наличие хруста при движениях.

Пальпация

Пальпация (от лат. *palpatio* «ощупывание») - метод медицинского обследования больного.

Пальпация основана на осязательном ощущении, возникающем при движении и давлении пальцев или ладони ощупывающей руки. С помощью пальпации определяют свойства тканей и органов: положение, величину, форму, консистенцию, подвижность, топографические соотношения, а также болезненность исследуемого органа.

Виды пальпации:

 Поверхностная и глубокая

 Одной рукой и бимануальная

Пальпация

Общие правила пальпации.

Больному следует придать такое положение, чтобы достичь наибольшего расслабления его мускулатуры.

Пальпируют в различных положениях больного (стоя, сидя, лежа).

3. Положение исследующего (врача или фельдшера) должно быть удобным, не вызывающим напряжения и утомления.
4. Движения должны быть возможно более легкими, мягкими, не вызывающими болевых ощущений. Руки теплые, ногти на них коротко острижены.
5. Начинать пальпацию следует со здоровых участков, а также всегда сравнивать больную сторону со здоровой (сравнительная пальпация).

Перкуссия

Перку́ссия (лат. *percussio*, буквально — нанесение ударов, здесь - постукивание) - заключается в выстукивании отдельных участков тела и анализе звуковых явлений, возникающих при этом.

Метод перкуссии складывается из трех основных моментов:

1. Получение звука — техника и методика перкуссии
2. Оценка получаемого звука
3. Умение применять перкуссию для решения конкретных диагностических задач — частная перкуссия

Классификация перкуссии

По технике исполнения:

1. Непосредственная (практически все ее варианты полностью вышли из употребления).
2. Опосредованная.

В соответствии с диагностическими задачами:

1. Сравнительная перкуссия – оценка и сравнение перкуторного звука над анатомически одинаковыми (симметричными) областями (легкие).
2. Топографическая перкуссия – отграничение паренхиматозных органов от органов, содержащих воздух, и определение границ как первых, так и вторых.

Классификация перкуссии

По глубине проникновения в ткани

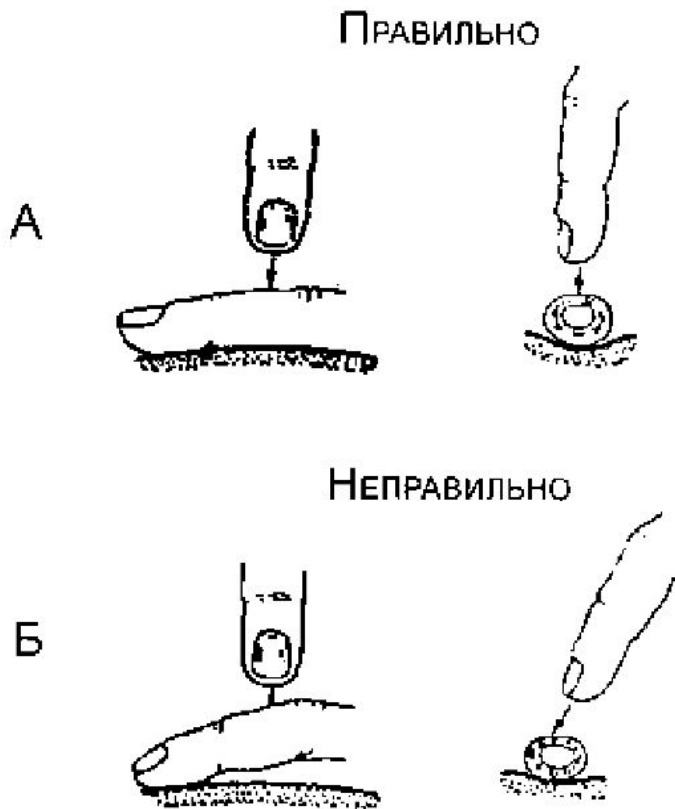
Вид перкуссии	Перкуторный удар	Площадь распространения	Глубина проникновения в ткани	Область применения
Глубокая (громкая)	Сильный (громкий)	4-6 см	До 7 см	Сравнит. перкуссия легких
Поверхностная (тихая)	Слабый (тихий)	2-3 см	До 4 см	Топографич. перкуссия
Пороговая (тишайшая)	Очень слабый (тишайший)	1-2 см	До 2 см	Топографическая перкуссия сердца

Техника перкуссии

Основные требования к технике перкуссии:

1. Плессиметром служит вторая фаланга среднего пальца левой руки (реже фаланга указательного пальца)
2. Палец-плессиметр своей ладонной поверхностью прикладывается к перкутируемому месту плотно, но без особого давления.
3. Остальные пальцы отодвинуты от пальца-плессиметра и чуть приподняты над перкутируемой поверхностью

Техника перкуссии



1. Плексиметром служит вторая фаланга среднего пальца левой руки (реже фаланга указательного пальца)

2. Палец-плексиметр своей ладонной поверхностью прикладывается к перкутируемому месту плотно, но без особого давления.

3. Остальные пальцы отодвинуты от пальца-плексиметра.

Техника перкуссии

Палец-молоточек:

1. Используется средний палец правой руки (реже – указательный). Две последние фаланги должны быть выпрямлены и находиться почти под прямым углом к основной фаланге.
2. Остальные пальцы должны быть отодвинуты от пальца-молоточка.
3. Движения для удара должны производиться только в лучезапястном суставе. Удар осуществляется в перпендикулярном направлении.
4. Удар должен быть быстрым, отскакивающим и коротким (**правило БОК**).
5. На каждом месте производят два одинаковых и с равномерными промежутками времени удара.

Техника перкуссии



Оценка перкуторного звука

Основные

Производные

от

основных

(дополнительные)

Ясный легочный

**Тупой
(бедренный)**

Тимпанический

Притупленный

Притупленно-

тимпанический

Коробочный

Аускультация

Аускультация – это метод исследования, заключающийся в выслушивании звуковых явлений, возникающих в организме в результате колебаний тех или иных его элементов, и в суждении по характеру звука о физическом состоянии органов.

Виды аускультации

1. **Непосредственная аускультация** – производится путем прикладывания уха к телу больного.
2. **Посредственная (опосредованная) аускультация** – производится посредством стетоскопа (фонендоскопа).

Аускультация

Инструменты для аускультации

Стетоскопы бывают твердыми и гибкими (с резиновыми трубками).

Твердый стетоскоп представляет собой цилиндрическую трубку с раструбом (воронкой) на одном конце и плоским блюдцеобразным расширением (для ушной раковины) – на другом.

Гибкий стетоскоп (стетоскоп Филатова) отличается от твердого тем, что у него от раструба идут две резиновые трубки, концы которых вставляются в ушные раковины исследователя. **Фонендоскоп** – это гибкий стетоскоп с встроенной в раструб мембраной.

Условия аускультации

1. В помещении, где осуществляется аускультация, должно быть тепло, так как при охлаждении тела пациента в скелетной мускулатуре возникают фибриллярные сокращения.
2. Во время аускультации должна соблюдаться полная тишина, всякие разговоры и ходьба недопустимы.
3. Пациент должен быть раздет до пояса, так как трение одежды о его кожу может вызвать дополнительные звуковые волны.
4. Обильный волосяной покров затрудняет аускультацию, его необходимо слегка смочить или смазать вазелином (трение о волосы имитирует крепитацию).

Правила аускультации

1. Аускультацию необходимо проводить в положении пациента стоя или сидя. Сердце дополнительно выслушивается в положении пациента лежа на спине, на левом боку, под углом 45° , а также после физической нагрузки. Аускультация брюшной полости производится дополнительно в положении пациента лежа.

2. Теплый раструб стетоскопа или головка фонендоскопа должна плотно, но не сильно прилегать к выслушиваемой поверхности. Стетоскоп нельзя ставить на ребра, лопатки и другие костные образования.

Правила аускультации

3. Раструб стетоскопа или головку фонендоскопа необходимо удерживать за конечную часть двумя пальцами неподвижно, чтобы не вызывать образования дополнительных звуков. К раструбу стетоскопа и его трубкам не должны прикасаться одежда пациента, руки и др.
4. Оливы трубок необходимо тщательно подобрать по размеру слуховых проходов врача и вставлять в уши так, чтобы они не вызывали неприятных ощущений.
5. Выслушивание рекомендуется производить одним и тем же инструментом с точки зрения как стандартизации звуковых явлений, так и гигиены.

Применение аускультации

Метод аускультации как объективного исследования наибольшее значение имеет при исследовании легких и сердечнососудистой системы.

Она широко применяется также при исследовании брюшной полости (выслушивание перистальтики кишечника, шума сужения кишок, шума трения брюшины, биения сердца плода у беременных).

В сочетании с перкуссией этот метод используется для определения нижней границы желудка.