



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. Перемежающая 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. **Истощающая 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-Клюора-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

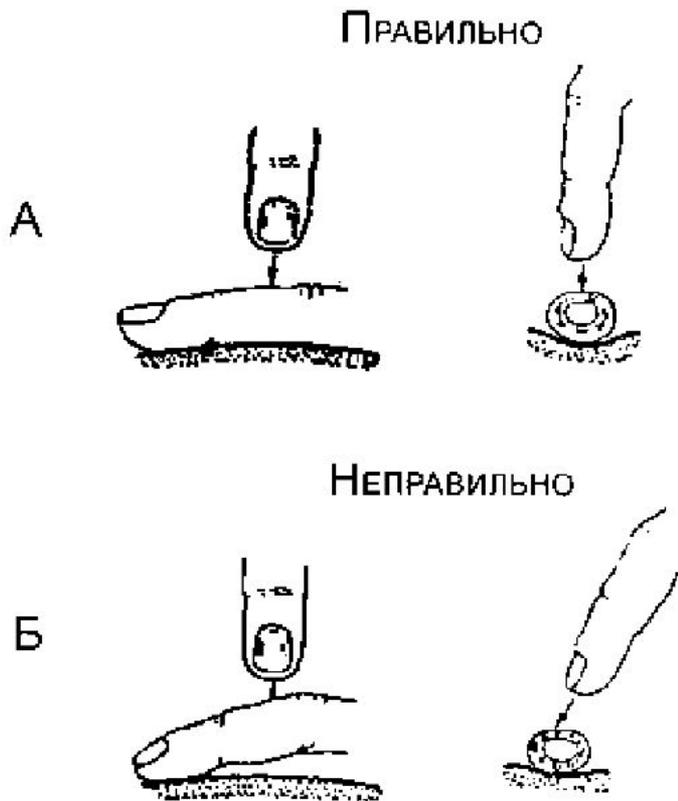
Вид перкуссии	Перкуторный удар	Площадь распространения	Глубина проникновения в ткани	Область применения
Глубокая (громкая)	Сильный (громкий)	4-6 см	До 7 см	Сравнит. перкуссия легких
Поверхностная (тихая)	Слабый (тихий)	2-3 см	До 4 см	Топографич. перкуссия
Пороговая (тишайшая)	Очень слабый (тишайший)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