

Доктор медицинских наук Ермакова Маргарита Александровна

# История развития учения о внутренних болезнях

**Основные терапевтические школы.  
Врачебная этика и деонтология**

**Типы лихорадок  
Антропометрия**

# Понятие пропедевтики внутренних болезней

- Учение о методах распознавания заболеваний носит название
- диагностики или пропедевтики. Термином *«диагностика»* обозначают весь процесс исследования, наблюдения и рассуждения
- врача для определения болезни и состояния больного.
- Пропедевтика – одна из первых клинических дисциплин в обучении врача, при освоении которой студент впервые применяет
- свои теоретические знания в практической медицине.

# **Пропедевтика – это наука об основах диагностики внутренних болезней.**

**В клинике внутренних болезней клинической терапевтической школой следует считать творческий врачебный коллектив, отвечающий, как минимум, следующим четырем критериям: яркая творческая личность создателя школы; наличие нескольких учеников; общность естественно-научных взглядов, основных направлений исследований, развиваемых концепций и врачебного подхода к вопросам диагностики и лечения; многолетнее повседневное общение учителя и учеников в процессе лечебной и исследовательской деятельности.**

- В основе современных медицинских знаний о многочисленных заболеваниях человека, методах их распознавания и способах борьбы с ними лежит опыт, накопленный тысячелетиями. Представления о болезнях и диагностике как научных дисциплинах формировались вместе с развитием биологических и других наук, поэтому история диагностики составляет часть общей истории медицины. Состояние и развитие учения о болезнях и распознавании их тесно связаны с философскими воззрениями каждой эпохи и конкретными знаниями законов природы.
- В первобытном обществе врачувателю, обладавшему эмпирическими и ритуальными приемами, обычно приписывалось таинственное влияние. С течением времени жрецы и врачеватели, которым постоянно приходилось оказывать помощь раненым и больным, действительно приобретали некоторый опыт в распознавании и лечении болезней.
- В период становления медицины простые и наглядные проявления болезней — переломы и ранения, рвота и понос, ощущение боли и жара — составляли, по-видимому, основы примитивной диагностики. Распознавание болезни основывалось на простейших эмпирических знаниях (опыт) и приемах исследования — осмотре, ощупывании, расспросе, которые применялись безопределенного плана, методики и подробного изучения симптоматики заболеваний.

- В Древнем Египте и Индии при лечении больных обращалось внимание на температуру кожных покровов (похолодание, более теплые, чем в норме), применялось, правда, в примитивном виде, выслушивание и ощупывание; в Китае появилось учение о пульсе. Наибольшее значение для развития диагностики имела медицина Древней Греции — книдская и косская школы (Гиппократ); последнюю рассматривают как родоначальницу научной клинической медицины.

- Диагностическое исследование Гиппократ (460 — 377 гг. до н. э.) основывалось на тщательном наблюдении у постели больного: «... суждения делаются посредством глаз, ушей, носа, рук и других известных нам способов, т. е. взглядом, осязанием, слухом, обонянием и вкусом», путем сравнения со здоровым или предшествующим состоянием больного. В некоторых случаях применялись воздействия на больного для выявления определенных реакций или симптомов: «если симптомы болезни выступают недостаточно ясно, то нужно оказать природе содействие» — заставляли обследуемого двигаться или встряхивали его грудную клетку (*succussio Hippocratis*). Для диагностики применялись и некоторые инструменты, например зонд для исследования матки, маточное и ректальное зеркала. Гиппократ выслушивал хрипы в легких и шум трения плевры, он проводил ощупывание печени и селезенки.
- Главное значение Гиппократ придавал оценке общего состояния больного, а не поискам мест поражения и названию болезни, так как считал, что благополучие части зависит от целого.

- После Гиппократова диагностика в течение многих столетий развивалась главным образом в частностях, постепенно обогащалась новыми методами исследований, симптоматологией новых болезней. Однако большой вклад в развитие медицины и диагностики внесли труды К. Галена (129 — 201 гг.) «Corporus medicorum» и Ибн-Сины (Авиценны — 980 — 1037 гг.) «Канон врачебной науки», влияние которых продолжалось до XVI в. как в Европе, так и в странах Арабского Востока.
- С эпохой Возрождения появляются новые диагностические методы. Существенными для диагностики были попытки А. Т. Парацельса и др. ввести методы химического и физического исследований в медицину, затем И. Б. Ван-Гельманта и Я. Сильвиуса, открывших явления ферментации и значение равновесия кислот и оснований. С. Санторио, пользуясь весами и гигрометром, пытался измерить обмен веществ в специальной камере, а Д. Борелли применил законы механики и математики для объяснения работы сердца и скелетных мышц

- В XVIII и XIX вв. в клинику вводятся новые ценные методы исследования больного. В 1758 г. предложена термометрия (де Гаен). Значительным событием для этого времени было изобретение Л. Ауэнбруггером в 1761 г. перкуссии, еще большим достижением — изобретение стетоскопа и разработка метода аускультации Р. Лаэннеком в 1819 г. Большое значение для дальнейшего развития диагностики имели широкое внедрение в клиническую практику термометрии Л. Траубе и Ц. Вундерлихом (50-е годы XIX в.) и лабораторных исследований С. П. Боткиным (60-е годы XIX в.). Важное значение имела разработка метода систематического опроса больного — сбора анамнеза (М. Я. Мудров, Г. А. Захарьин) и методической пальпации органов брюшной полости В. П. Образцовым (1887).
- Почти до начала XX в. важнейшими и основными способами клинического исследования больных были наблюдение и физическое исследование путем ощупывания, выслушивания, измерения температуры тела, взвешивания и т. п. Однако наряду с разработкой основных клинических методов диагностического исследования практическая медицина в течение последнего столетия стала обогащаться новыми дополнительными (лабораторными и инструментальными) диагностическими методиками.



**Лидерами столичной терапевтической элиты во второй половине 1920-х годов и в 1930-е годы были Д.Д.Плетнев, М.П.Кончаловский, Е.Е.Фромгольд, а также Э.М.Гельштейн, В.Ф.Зеленин, А.Н.Крюков, Р.А.Лурия и М.И.Певзнер.**

**Помимо общепризнанной школы М.П.Кончаловского, выявлены еще пять крупных научных школ - кардиологические школы Д.Д.Плетнева и В.Ф.Зеленина, общетерапевтическая школа Е.Е.Фромгольда, преимущественно гематологическая школа А.Н.Крюкова и гастроэнтерологическая школа М.И. Певзнера.**

**Терапевтические школы В.Ф.Зеленина, Д.Д.Плетнева, Е.Е.Фромгольда сыграли важную роль в становлении кафедр внутренних болезней в МСИ –**

**МГМСУ: большая часть терапевтических кафедр была создана представителями этих школ. (1935 – середина 1990-х гг.)**

**Матвей Яковлевич Мудров (1776-1831) - создатель русской терапевтической школы, впервые ввел в клинику опрос больного, основав анамнестический метод, разработал схему клинического исследования и ведения истории болезни**

**Сергей Петрович Боткин(1832-1889) создал физиологическое направление в медицине и заложил основы экспериментальной фармакологии, терапии и патологии в России. С. П. Боткин создал теорию развития болезней, придавая ведущее значение нервной системе, что позволило доказать роль нервных центров в регуляции кроветворения, температуры тела. Боткин С. П. считается основоположником военно-полевой терапии**

**Григорий Антонович Захарьин(1829-1897) детально разработал анамнестический метод в диагностике заболеваний. Захарьин описал зоны повышенной чувствительности кожи при заболеваниях внутренних органов.**

**Василий Парменович Образцов(1849-1920) - разрабатывал и совершенствовал методы клинического исследования больного, создал и обосновал метод пальпации органов брюшной полости. Им была предложена непосредственная перкуссия органов грудной и брюшной полостей, непосредственная аускультация сердца для распознавания ритма галопа и III тона сердца, описана клиническая картина тромбоза коронарных артерий.**

**Георгий Федорович Ланг(1875-1948) впервые выделил гипертоническую болезнь в самостоятельное заболевание, разработал классификацию болезней системы кровообращения.**

**Максим Петрович Кончаловский(1875-1942) расширил значение синдромного подхода в диагностике заболеваний, создал новую инфекционно-аллергическую теорию ревматизма, описал его клинические формы и особенности течения, разработал показания и противопоказания к переливанию крови в клинике внутренних болезней, описал клиническую картину позднего хлороза, симптом «жгута» при тромбоцитопениях, развил учение о гемопозитической функции желудка.**

**Николай Дмитриевич Стражеско (1876-1952) был учеником и преемником В.П. Образцова, продолжил разработку методов исследования внутренних органов, изложенные в книге «Основы физической диагностики заболеваний брюшной полости»**

**Алексей Александрович Остроумов (1844-1906) активно пропагандировал важность сочетания теории с практикой и придавал большое значение физике, химии, биологии для развития клинической медицины.**

- Одной из важных задач пропедевтики внутренних болезней является воспитание у студентов высоких морально-нравственных качеств, его готовности всегда прийти на помощь больному. в работе врача всегда должна присутствовать этика. Наука о взаимоотношениях врача и больного носит название *медицинской деонтологии* (deon, dentos – долг, должное + logos –учение).



**Этика — наука о сущности закона возникновения и исторического развития морали. Врачебная этика — теоретическая основа морали, часть общей этики, которая изучает общественные обязанности врача, специфическую сущность, закономерности развития и формирования врачебной морали, отношение врача к общим принципам морали и общества. Выполняет регулирующую роль в обществе, тесно взаимодействует с политическими и правовыми формами управления.**

**Особенности врачебной этики:**

- 1) рассматривает отношение врача к человеку с нарушенным состоянием здоровья или риском возникновения нарушений**
- 2) изучает особенности развития, зависимость врачебной морали от условий практической деятельности врача**
- 3) охватывает не только вопросы, касающиеся отношений врач-больной, но и определяет норму поведения врача в быту, его высокую культуру, физическую и моральную чистоплотность.**

**Врачебная деонтология — это совокупность принципов регулирования и норм поведения врача, обусловленная спецификой его деятельности и положением в социальном обществе.**

**Медицинская деонтология – учение о должном образе общения, поведения; комплекс этических правил, норм и принципов, которыми руководствуется врач; морально-нравственный компонент деятельности врача; совокупность соответствующих профессиональных, морально-этических и правовых принципов и правил, составляющих понятие врачебного долга. Регламентируется директивами и должностными инструкциями.**

**Основные разделы врачебной этики и медицинской деонтологии:**

- 1) врач-общество, врач-государство, врач-право, врач-закон**
- 2) врач-больной**

## **Основные модели взаимоотношений врач-больной:**

**Патернисткая – врач полностью берет на себя ответственность за лечение и его исход.**

**Теоретическая — вера больного в своего врача**

**Автономная — врач сообщает больному о состоянии, возможных методах лечения, врач и больной действуют совместно.**

**Зависимость жизни больного от врача – врач может сделать ошибку.**

**Медицинские ошибки бывают: диагностические, прогностические, лечебные, деонтологические (ятрогении — результат неосторожных слов врача и медицинского персонала).**

## **Модели взаимодействия врач-пациент по Лесняку (2003)**

- Активно-пассивная-врач выполняет свою работу без участия пациента**
- Покровительственная-врач выполняет роль наставника по отношению к пациенту, доносит до него только часть информации и сам принимает решение**
- Информативная- врач доносит до больного всю информацию, решение принимает больной**
- Интерпритивная –врач консультирует больного, помогает принять решение**
- Совещательная- врач активно вовлекает пациента в обсуждение, в результате чего помогает принять решение**



## **Классификация профессионально-этических проблем по П.А. Леусу (1997):**

- Индивидуальные- врач в себе**
- Врачебные: врач-пациент**
- Коллегиальные: врач-врач**
- Бригадные: врач-средний и младший персонал**
- Административные врач-администрация**
- Коллективные врач-коллектив**
- Общественные врач-население**
- Социальные врачебное общество-население**

# Лихорадка

- Лихорадка (febris) — это защитно-приспособительная реакция организма, которая возникает в ответ на действие патогенных раздражителей и выражается в перестройке терморегуляции на поддержание более высокого, чем в норме, уровня температуры тела.
- От лихорадки следует отличать гипертермию — повышение температуры, когда процесс терморегуляции организма не нарушен, а повышенная температура тела обусловлена изменением внешних условий. Температура тела при инфекционной лихорадке обычно не превышает  $41^{\circ}\text{C}$ , в отличие от гипертермии, при которой она бывает выше  $41^{\circ}\text{C}$

# **Виды лихорадок в зависимости от степени повышения температуры**

- субфебрильная лихорадка, температура - 37- 38 °С;
- малый субфебрилитет, температура - 37- 37,5 °С;
- большой субфебрилитет, температура - 37,5- 38 °С;
- умеренная лихорадка, температура - 38- 39 °С;
- высокая лихорадка, температура - 39- 40 °С;
- очень высокая лихорадка,
- температура - свыше 40 °С;
- гиперпиретическая лихорадка, температура - 41- 42 °С, сопровождается тяжелыми нервными явлениями и является опасной для жизни.

•

# Тип 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  $1^{\circ}$  С. Считается, что подобное повышение температуры тела характерно для крупозного воспаления лёгких, брюшного тифа, вирусных инфекций (например, гриппа).
- **2. Послабляющая лихорадка (febris remittens, ремитирующая).** Наблюдается постоянно повышенная температура тела, но суточные колебания температуры превышают  $1^{\circ}$  С. Подобное повышение температуры тела встречается при туберкулёзе, гнойных заболеваниях (например, при тазовом абсцессе, эмпиеме желчного пузыря, раневой инфекции), а также при злокачественных новообразованиях.

# Тип лихорадки

- **3. Перемежающаяся лихорадка (febris intermittens, интермиттирующая).** Суточные колебания, как и при ремитирующей, превышают  $1^{\circ}$  C, но здесь утренний минимум лежит в пределах нормы. Причём, повышенная температура тела появляется периодически, приблизительно через равные промежутки (чаще всего около полудня или ночью) на несколько часов. Перемежающаяся лихорадка особенно характерна для малярии, а также наблюдается при цитомегаловирусной инфекции, инфекционном мононуклеозе и гнойной инфекции (например, холангите).

# Тип лихорадки

- **4. Истошающая лихорадка (febris hectica, гектическая).** По утрам, как и при интермитирующей, наблюдается нормальная или даже пониженная температура тела, но вот суточные колебания температуры доходят до 3-5<sup>0</sup> С и часто сопровождаются изнуряющими потами. Подобное повышение температуры тела характерно для активного туберкулёза лёгких и для септических заболеваний.
- **5. Обратная, или извращённая лихорадка (febris inversus)** отличается тем, что утренняя температура тела больше вечерней, хотя периодически всё равно бывает обычное небольшое вечернее повышение температуры. Обратная лихорадка встречается при туберкулёзе (чаще), сепсисе, бруцеллёзе.
- **6. Неправильная, или нерегулярная лихорадка (febris irregularis)** проявляется чередованием различных типов лихорадки и сопровождается разнообразными и неправильными суточными колебаниями. Неправильная лихорадка встречается при ревматизме, эндокардите, сепсисе, туберкулёзе.

# Форма лихорадки

- **1. Волнообразная лихорадка (febris undulans)** характеризуется постепенным подъёмом температуры в течение определённого промежутка времени (постоянная или ремитирующая лихорадка в течение нескольких суток) с последующим постепенным снижением температуры и более или менее длительными периодами нормальной температуры, что даёт впечатление ряда волн. Точный механизм возникновения этой необычной лихорадки неизвестен. Часто наблюдается при бруцеллёзе и лимфогранулематозе.
- **2. Возвратная лихорадка (febris recurrens, рекуррентная)** характеризуется чередованием периодов лихорадки с периодами нормальной температуры. В наиболее типичной форме встречается при возвратном тифе, малярии.

# форма лихорадки

- **Однодневная, или эфемерная лихорадка** (*febris ephemera* или *febriculara*): повышенная температура тела наблюдается в течение нескольких часов и больше не повторяется. Встречается при лёгких инфекциях, перегревании на солнце, после переливания крови, иногда после внутривенного введения лекарственных средств.
- **Ежедневное повторение приступов** — озноб, жар, падение температуры — при малярии называется ежедневной лихорадкой (*febris quotidiana*).
- **Трёхдневная лихорадка** (*febris tertiana*) — повторение приступов малярии через день.
- **Четырёхдневная лихорадка** (*febris quartana*) — повторение приступов малярии через 2 безлихорадочных дня.
- **Пятидневная лихорадка пароксизмальная** (синонимы: Вернера-Гиса болезнь, лихорадка окопная или траншейная, риккетсиоз пароксизмальный) — острая инфекционная болезнь, вызываемая риккетсией *Rochalimasea quintana*, переносимой вшами, и протекающая в типичных случаях в пароксизмальной форме с повторными четырёх-, пятидневными приступами лихорадки, разделёнными несколькими днями ремиссии, или в тифоидной форме с многодневной непрерывной лихорадкой.



# **Симптомы, сопровождающие лихорадку**

- **повышение температуры тела**
- **учащение пульса и дыхания;**
- **тахикардия**
- **несоответствие между высокой температурой тела и частотой пульса**
- **Потливость**
- **Снижение количества выделяемой мочи**
- **Озноб**
- **Жажда**
- **Головная боль**
- **Ощущение жара**

# Антропометрия

- **Антропометрия** (от греч. antropos — человек, metreo — измеряю) - измерение основных физических показателей человека
- (массы тела, роста, окружности грудной клетки, живота).

- **Антропометрия** - это комплекс изучения групповых и индивидуальных морфологических особенностей человеческого тела. При этом изучаются измерительные и описательные признаки. Измерительные признаки выражаются в абсолютных и относительных числах (масса тела, рост и т. д.); описательные - половые, конституциональные, расовые и другие особенности тела - даются в описательной форме или выражаются в условных единицах (баллах). Антропометрия включает два вида показателей – соматометрию и физиометрию. Соматометрия- измерение параметров тела: роста, веса, окружности груди, шеи. Физиометрия– измерение функциональных показателей: жизненной емкости легких, силы мышц и др.

# Основные показатели антропометрии

- Рост(длину тела) измеряют ростомером. Измеряемый должен прикасаться к стойке прибора тремя точками: пятками, ягодицами и лопаточной областью; голова должна быть в таком положении, чтобы козелок уха и наружный угол глазницы находились на одной горизонтальной линии.
- Вес тела устанавливают с помощью медицинских весов. Измеряемый становится на середину площадки весов. Взвешивание рекомендуется производить утром, натощак.
- Окружность груди измеряют сантиметровой лентой. Накладывают ее на грудную клетку сзади по углу лопаток, спереди — под соском (у женщин под грудью, на IV ребре).

## Формулы для определения должествующих антропометрических показателей у взрослых

- **Весоростовой индекс = вес (г) / рост (см)**
- В норме средний показатель – 370 – 400 г на 1 см роста у мужчин, 325 – 375 г на 1 см роста у женщин.
- **2. Формула Брока-Бругша**
- Нормальная масса тела = рост – 100 (при росте 155 – 165 см)
- Нормальная масса тела = рост – 105 (при росте 166 – 175 см)
- Нормальная масса тела = рост – 110 (при росте 175 и выше)
- При этом принимают во внимание, что в возрасте свыше 30 лет масса тела может быть больше у мужчин на 2,5-6 кг, у женщин — на 2,5-5 кг, особенно с учетом объема грудной клетки (узкая, широкая, нормальная).
- **3. Индекс Кеттле (ИК) = масса тела, кг / длина тела, м<sup>2</sup>**
- В норме ИК = 19 – 26
- Повышение данного индекса говорит об избыточной массе тела, уменьшение данного индекса – о недостатке массы. Примечание: расчет этого индекса дает ложные данные для следующих категорий людей – беременных или кормящих женщин, спортсменов с выраженной мускулатурой тела (например, культуристов), престарелых и подростков до 18 лет.

## Формулы для определения долженствующих антропометрических показателей у взрослых

- **Индекс пропорциональности грудной клетки (индекс Эрисмана) = обхват грудной клетки в паузе (см) – рост (см) / 2**
- Ф. Ф. Эрисман (1842-1915) гигиенист, основатель московской гигиенической школы. **Индекс Эрисмана** - антропометрический индекс физического развития, представляющий собой разность между длиной окружности груди и половиной высоты тела (роста). В норме данный показатель у мужчин равен + 5,8 см, у женщин = + 3,3 см
- Полученная разница, если она равна или выше данных цифр, указывает на хорошее развитие грудной клетки, разница ниже или с отрицательным значением говорит об узкой грудной клетке.
- **индекс пропорциональности между окружностью грудной клетки и ростом стоя (%) равен окружности грудной клетки (см) деленный на рост стоя (см) и умноженный на 100%. Норма: 50-52%. Показатель менее 50% характерен для узкогрудых, а более 52% - для широкогрудых.**
- **показатель крепости телосложения (Пинье) = рост (см) – (масса тела, кг + окружность груди в фазе выдоха, см)**
- Разность меньше 10 – крепкое телосложение
- 10 – 20 – хорошее
- 21 – 25 – среднее
- 26 – 35 – слабое
- более 36 – очень слабое.

# Типы телосложения по Черноруцкому

- **Гипостенический тип телосложения** характеризуется относительно низким расположением диафрагмы, вытянутой сверху вниз грудной клеткой (и относительно уменьшенной окружностью), вытянутой шеей, узкими плечами, длинными и тонкими конечностями, обычно значительно выше среднего ростом. Мышечная масса слабо развита. Количество жировой ткани обычно ниже среднего - в том числе и у женщин. Особенности внутреннего строения - обусловлены вытянутой грудной клеткой - сердце обычно небольшое, форма сердца удлинённая, капельно-образная, легкие также удлинённые, всасывательная способность желудочно-кишечного тракта понижена.
- **Нормостенический тип телосложения** характеризуется хорошим (значительно лучшим, чем у гипостенического типа телосложения) развитием мышечной массы, и как следствие прочным и развитым костным скелетом. Количество жировой ткани примерно соответствует средним показателям. Особенности внутреннего строения - грудная клетка выпуклая, плечи широкие, длина конечностей пропорциональная. Все характеристики соответствуют средним.
- **Гиперстенический тип телосложения** характеризуется высоко расположенной диафрагмой, относительно большим по размерам сердцем, обычно ростом относительно веса ниже среднего, грудной клеткой округлой формы - сплюсненной сверху вниз, обычно короткой шеей. Особенности внутреннего строения обусловлены округлой грудной клеткой. Количество жировой ткани обычно выше среднего. Кровь характеризуется высоким содержанием холестерина. Всасывательная способность желудочно-кишечного тракта высокая.

# ОЦЕНКА КОНСТИТУЦИИ

- Антропометрические
- данные
- *Рост*
- • Карликовость
- 150 см
- • Гигантизм 190 см
- *Масса тела*
- • ИМТ
- • Окружность талии
- • Окружность бедер
- • Отношение окружности талии к
- окружности бедер



# Причины задержки роста

- **Генетические:**
  - • ахондоплазия;
  - • синдром Турнера;
  - • синдром Дауна
- **Системные заболевания:**
  - • болезнь Крона;
  - • язвенный колит;
  - • почечная недостаточность
- **Конституциональные:**
  - • родители низкого роста
- **Эндокринные:**
  - • гипопитуитаризм;
  - • гипотиреоз
- **Недостаточное питание:**
  - • внутриутробная задержка роста;
  - • кахексия;
  - • квашиоркор;
  - • голодание

| <b>Отличительные признаки</b>   | <b>Астеник</b>                  | <b>Гиперстеник</b>           | <b>Нормостеник</b>      |
|---------------------------------|---------------------------------|------------------------------|-------------------------|
| <b>Рост</b>                     | <b>В длину</b>                  | <b>В ширину</b>              | <b>Пропорционально</b>  |
| <b>Туловище</b>                 | <b>Длинное</b>                  | <b>Короткое</b>              | <b>Пропорциональное</b> |
| <b>Грудная клетка</b>           | <b>Узкая и плоская</b>          | <b>Широкая и выпуклая</b>    | <b>Пропорциональная</b> |
| <b>межреберья</b>               | <b>Широкие, косонис-ходящие</b> | <b>Узкие, горизонтальные</b> | <b>Пропорциональные</b> |
| <b>Эпигастральный угол</b>      | <b>&lt;90 градусов</b>          | <b>&gt;90 градусов</b>       | <b>90 градусов</b>      |
| <b>Живот</b>                    | <b>Малого объема</b>            | <b>Большого объема</b>       | <b>Пропорциональный</b> |
| <b>Высота стояния диафрагмы</b> | <b>Низкая</b>                   | <b>Высокая</b>               | <b>Нормальная</b>       |

# Причины ожирения

- **Окружающая среда:**
  - недостаточная физическая активность;
  - обилие пищи;
  - избыточное потребление алкоголя;
  - лекарства (трициклические антидепрессанты, стероиды);
  - нищета
- **Заболевания (<1%!):**
  - болезнь Иценко—Кушинга;
  - гипотиреоз;
  - поликистоз яичников;
  - генетические заболевания

# ОЦЕНКА КОНСТИТУЦИИ

## ТИПЫ ОЖИРЕНИЯ

- **Абдоминальное ожирение**
- (Центральное, типа «яблока»,  
гипертрофическое)
- Отношение окружности талии к окружности бедер 1,0 (мужчины);  
0,85 (женщины)
- **Глютеофemorальное ожирение**
- (Периферическое, типа «груши»,  
гиперпластическое)
- Отношение окружности талии к окружности бедер <1,0 (мужчины);  
<0,85 (женщины)

# ОЦЕНКА КОНСТИТУЦИИ

## ТИПЫ ОЖИРЕНИЯ

- **Окружность талии – косвенный показатель количества висцерального жира**
- **Последствия ожирения**
  - • АГ
  - • СОАС
  - • Одышка
  - • Рестриктивная ДН
  - • Инсульт
  - • СД 2 типа
  - • Желчнокаменная болезнь
  - • Грыжи
  - • ИБС
- **Последствия ожирения**
  - Тромбоз глубоких вен
    - • Варикозное расширение вен
    - • Остеоартроз
    - • Повышенный риск развития колоректального рака, рака молочной железы, яичников и предстательной железы

# ОЦЕНКА КОНСТИТУЦИИ

## типы ожирения

- **Высокий риск развития заболеваний!**
- При ИМТ  $> 27$  кг/м<sup>2</sup>:
- нет сопутствующей патологии – у 28% пациентов;
- есть сопутствующая патология – у 72% пациентов

# ОЦЕНКА КОНСТИТУЦИИ

## Синдром снижения массы тела



# ОЦЕНКА КОНСТИТУЦИИ

## Синдром снижения массы тела

- **Основные причины:**

- *Депрессия*
- *Нервная анорексия*
- *Диета*
- *Алкоголь*
- **Эндокринные болезни:**
  - – гипертиреоз;
  - – сахарный диабет
- *Онкология*
- **Хронические инфекции:**
  - – туберкулез;
  - – ВИЧ

- **Основные причины:**

- **Заболевания ЖКТ:**
  - – нарушение всасывания;
  - – воспалительные
  - заболевания кишечника
- **Органная недостаточность:**
  - – сердце;
  - – почки;
  - – легкие;
  - – печень
- **Системное воспаление**
  - – ревматоидный артрит;
  - – васкулит;
  - – СКВ



• СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ