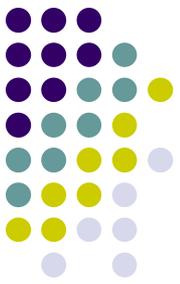


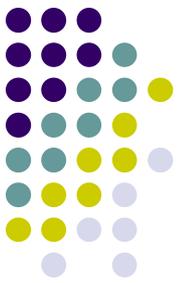


Общий осмотр больных. Поверхностная пальпация.

Клиническая лекция



- ОСМОТР больного (inspectio) – самый простой и наиболее естественный метод исследования, основанный на зрительном восприятии врача.
- Правила общего осмотра:
- *Хорошее освещение*
- *Техника (последовательность осмотра больного)*
- *Соблюдение плана осмотра*



Общее состояние больного

- Удовлетворительное
- Средней тяжести
- Тяжелое
- Крайне тяжелое
- Представление об общем состоянии больного складывается из оценки его сознания, отношения его к болезни и ряда общих симптомов (выраженный цианоз, одышка, кахексия и др.)

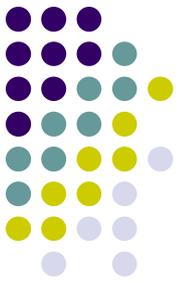
Состояние больной средней тяжести



Состояние больной тяжелое



Расстройства сознания



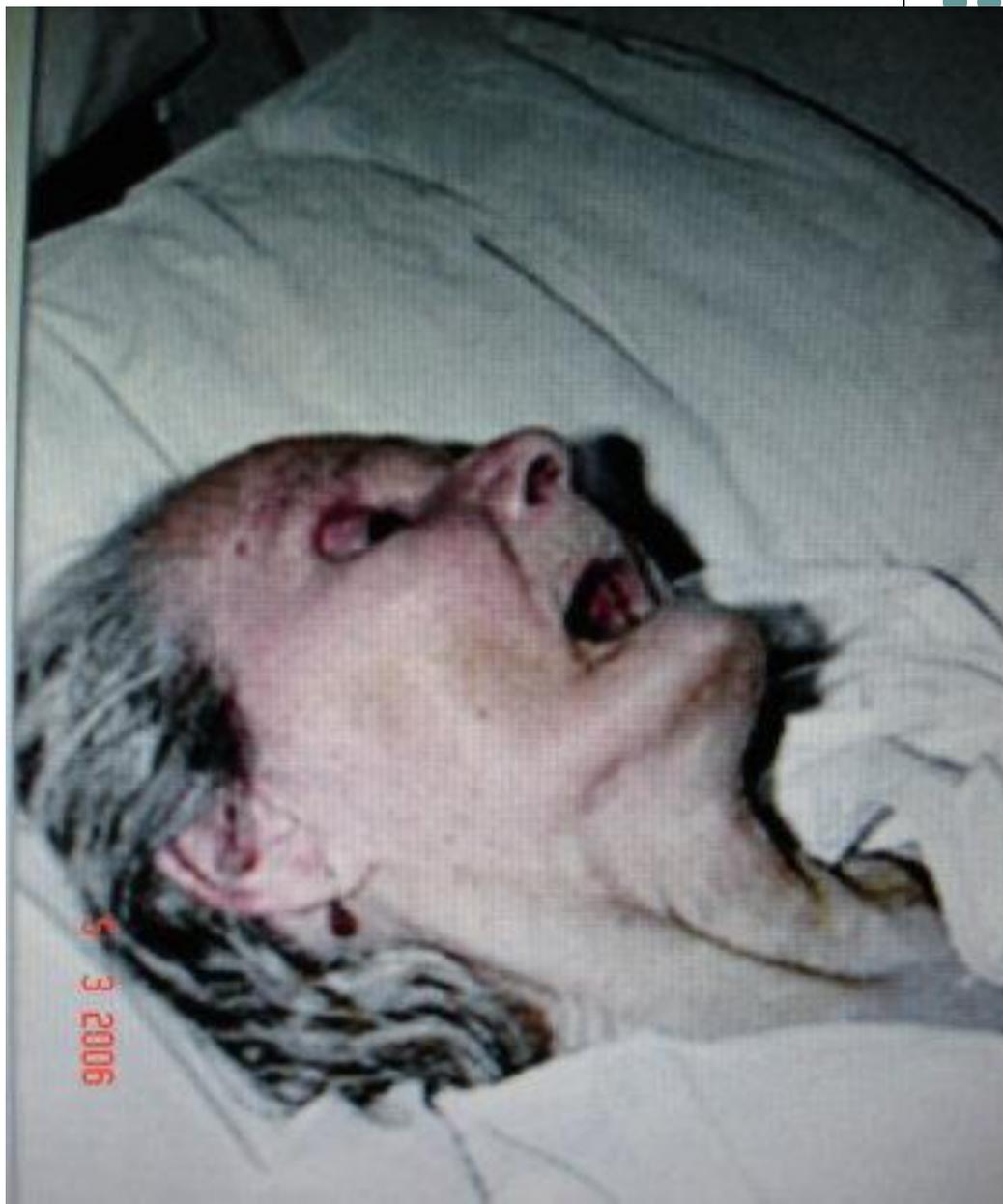
- **Ступор (состояние оглушения)** – расстройство сознания с нарушением уровня внимания. Словесный контакт сохранен, но больной вяло, с опозданием отвечает на вопросы.
- **Сопор (спячка)**– более выраженное нарушение сознания с сохранением реакции на сильные раздражители. Больной не реагирует на окружающих, но при окрике может односложно ответить на вопросы.
Рефлексы при этом сохранены.

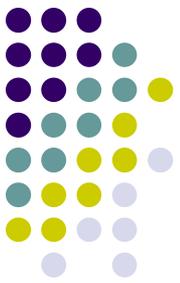


Кома

- Наиболее глубокое выключение сознания (сознание отсутствует), невозможен словесный контакт с больным, снижены или отсутствуют основные рефлекссы

**Больная с мозговым
инсультом в коматозном
состоянии**





Положение больного

- **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)

Положение больного при приступе бронхиальной астмы



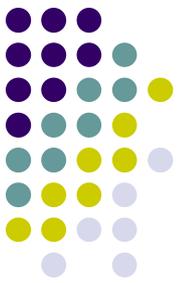


Вынужденное положение больного на больном боку при правостороннем плеврите



5 3 2006

Page 17



Оценка телосложения включает оценку конституции, роста, массы тела больного

Конституция – совокупность функциональных и морфологических особенностей организма, сложившихся на основе наследственных и приобретенных свойств.

М.В.Черноруцкий различал три конституциональных типа: астенический, гиперстенический и нормостенический.

Типы конституции

(классификация М.В.Черноруцкого)



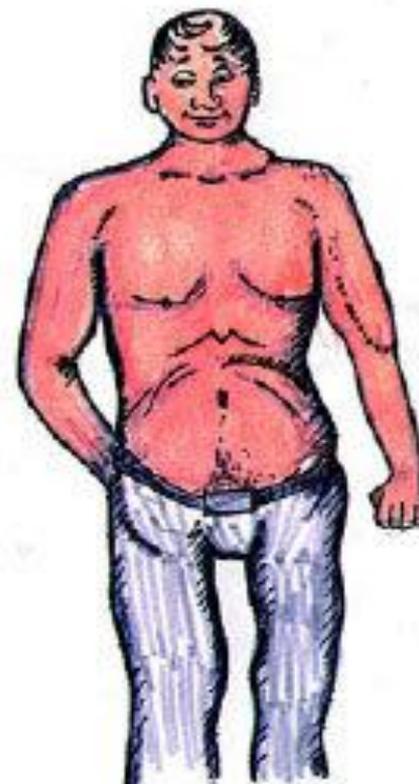
Астенический



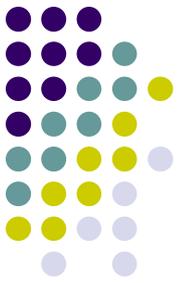
Нормостенический



Гиперстенический



У людей астенического типа



- *Относительно небольшое сердце, расположенное вертикально (висячее сердце)*
- *Границы легких, печени, желудка, почек нередко опущены*
- *Характерна гипотония*
- *Снижение секреторной и моторной активности желудка*
- *Гиперфункция щитовидной железы и гипофиза*
- *Более низкий уровень Hb, холестерина, глюкозы крови*
- **Они чаще болеют язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, туберкулезом, тиреотоксикозом, неврозом.**



У людей гиперстенического типа

- Относительно большие размеры сердца и аорты
- Высокое стояние диафрагмы
- Склонность к более высокому уровню АД
- Склонность к повышенному содержанию Нв, холестерина , глюкозы крови
- *Они чаще болеют ожирением, ишемической болезнью сердца, гипертонической болезнью, сахарным диабетом, обменно-дистрофическими заболеваниями суставов.*

Оценка роста и массы тела



- Диапазон нормального роста - 155 – 180 см.
- Рост выше 190–200 см – гигантский
- Рост ниже 130–120 см – карликовый
- Индекс массы тела (ИМТ) $\frac{\text{масса тела (кг)}}{\text{рост (м)}^2}$
 - 18,5–24,9 – норма**
 - 25–29,9 – избыточная масса тела**
 - 30 и более – ожирение I, II и III ст.**



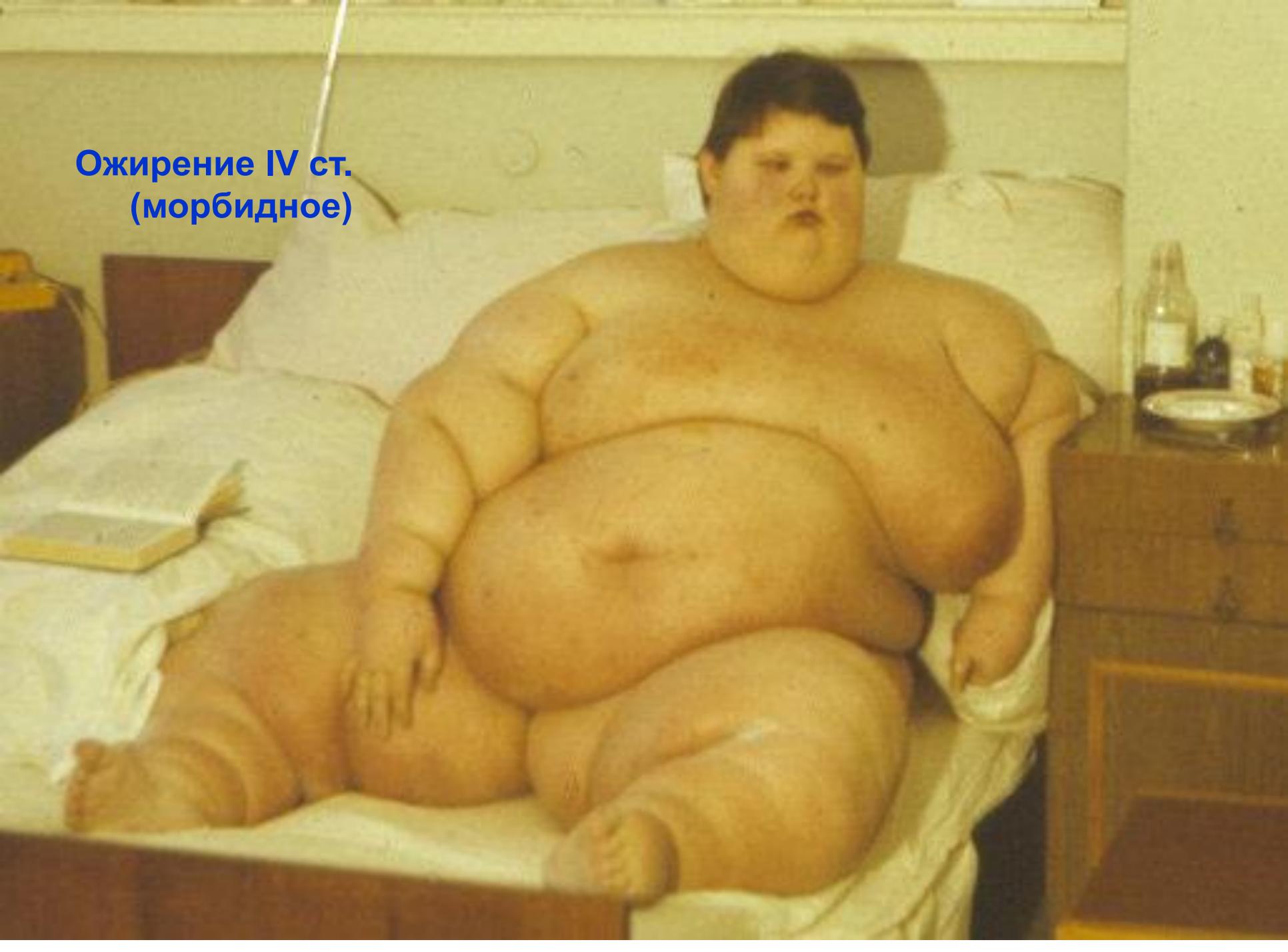
Кахексия у больного раком легких



Ожирение III ст



Ожирение IV ст.
(морбидное)





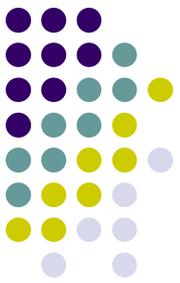
При исследовании кожи обращают внимание на ее

- цвет,
- влажность,
- эластичность,
- состояние волосяного покрова,
- наличие высыпаний, кровоизлияний, сосудистых изменений, рубцов и т. д.

Окраска кожи. Практикующий врач чаще всего сталкивается с несколькими вариантами изменения цвета кожи и видимых слизистых:

- бледностью,
- гиперемией,
- цианозом,
- желтухой и коричневатым (бронзовым) цветом кожи.

Изменения цвета кожных покровов



- **Бледность** отмечается при анемиях, спазме поверхностных артерий, при отеках
- **Покраснение кожи (hyperemia)** – при повышении содержания эритроцитов и Hb крови, расширении кожных сосудов
- **Синюшность или цианоз (cyanosis)** – при накоплении в крови восстановленного Hb при дыхательной (диффузный, теплый) или сердечной недостаточности (периферический или холодный – акроцианоз)

Бледность и отечность лица у больной





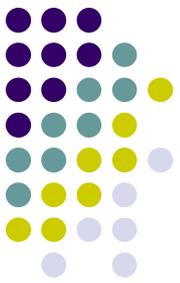
**Периферический цианоз
(акроцианоз)**





Центральный цианоз





- **Желтуха (icterus)** развивается при отложении в коже желчного пигмента – билирубина.
- Это наблюдается при болезнях печени (гепатит, цирроз), нарушении оттока желчи, заболеваниях крови (гемолитическая желтуха)

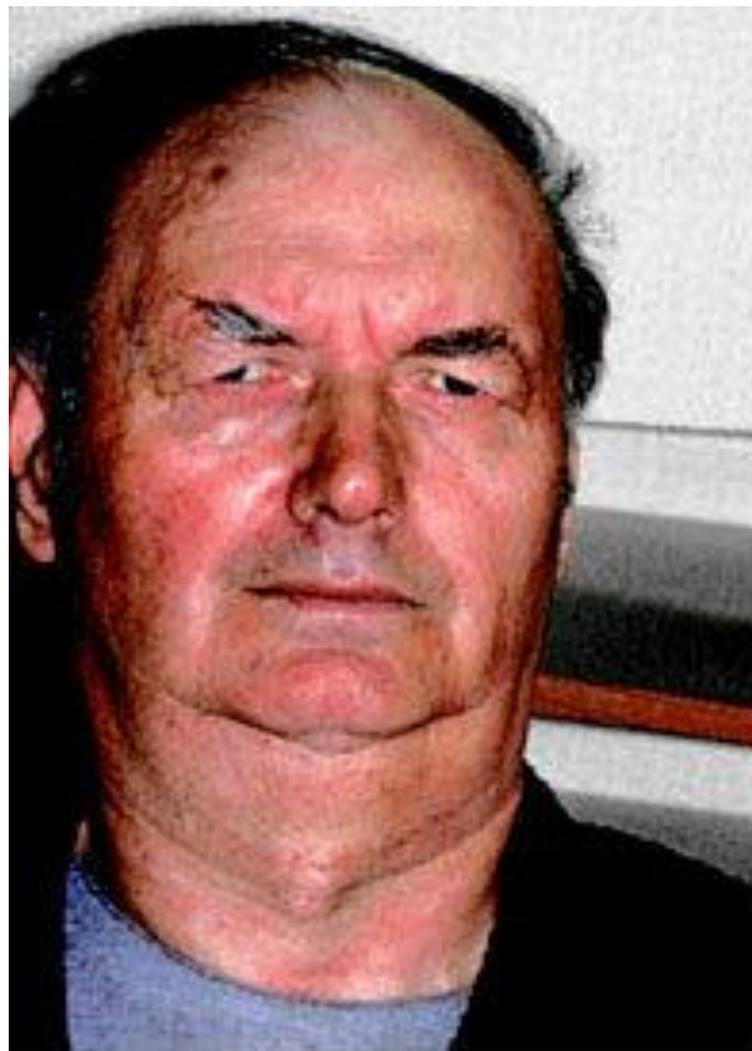


**Желтуха и
сосудистые
звездочки у
больного
циррозом
печени**





**Гиперемия лица у
больного с
эритроцитозом**

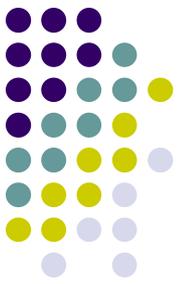


**Симптом «бабочки» у
больной красной
волчанкой**



Выражение испуга и широкое раскрытие глазной щели у больной токсическим зобом

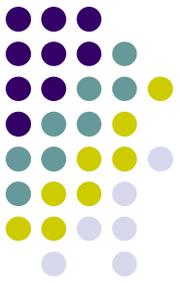




**Бронзовая
пигментация
ладоней у больного с
надпочечниковой
недостаточностью**



ОТЕКИ



- **Отеки** – oedema-избыточное накопление жидкости в тканях и полостях организма

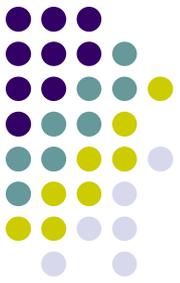
Сердечные отеки – при патологии сердечно-сосудистой системы

Почечные отеки - при патологии почек

Отечный синдром при сердечной недостаточности



Застойная (гипостатическая) экзема при отежном синдроме

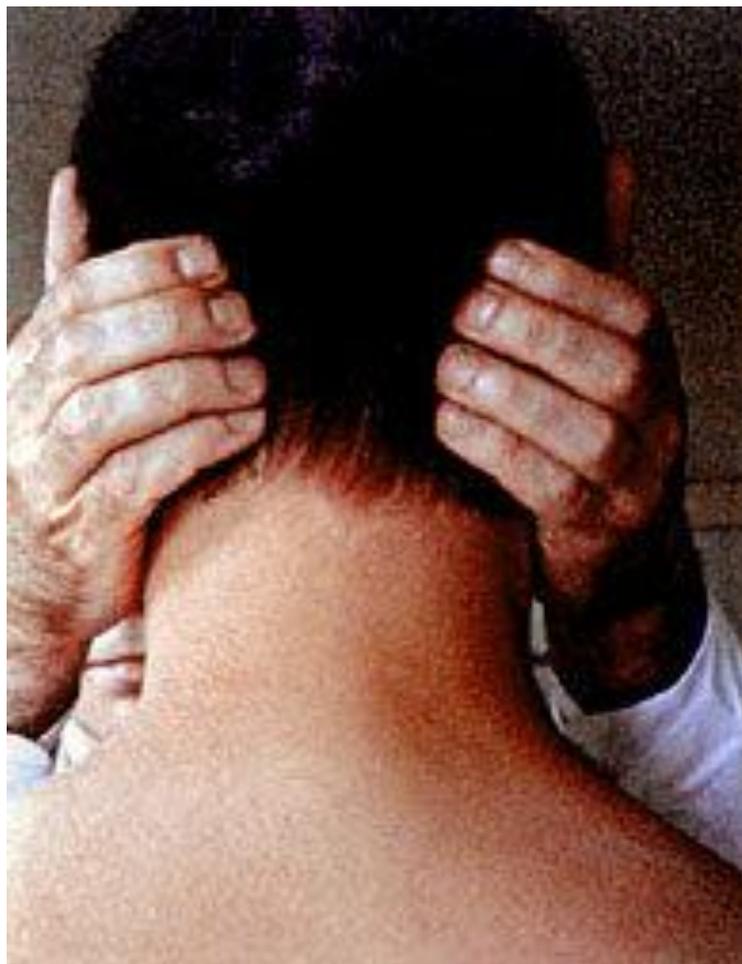


Пальпация лимфатических узлов



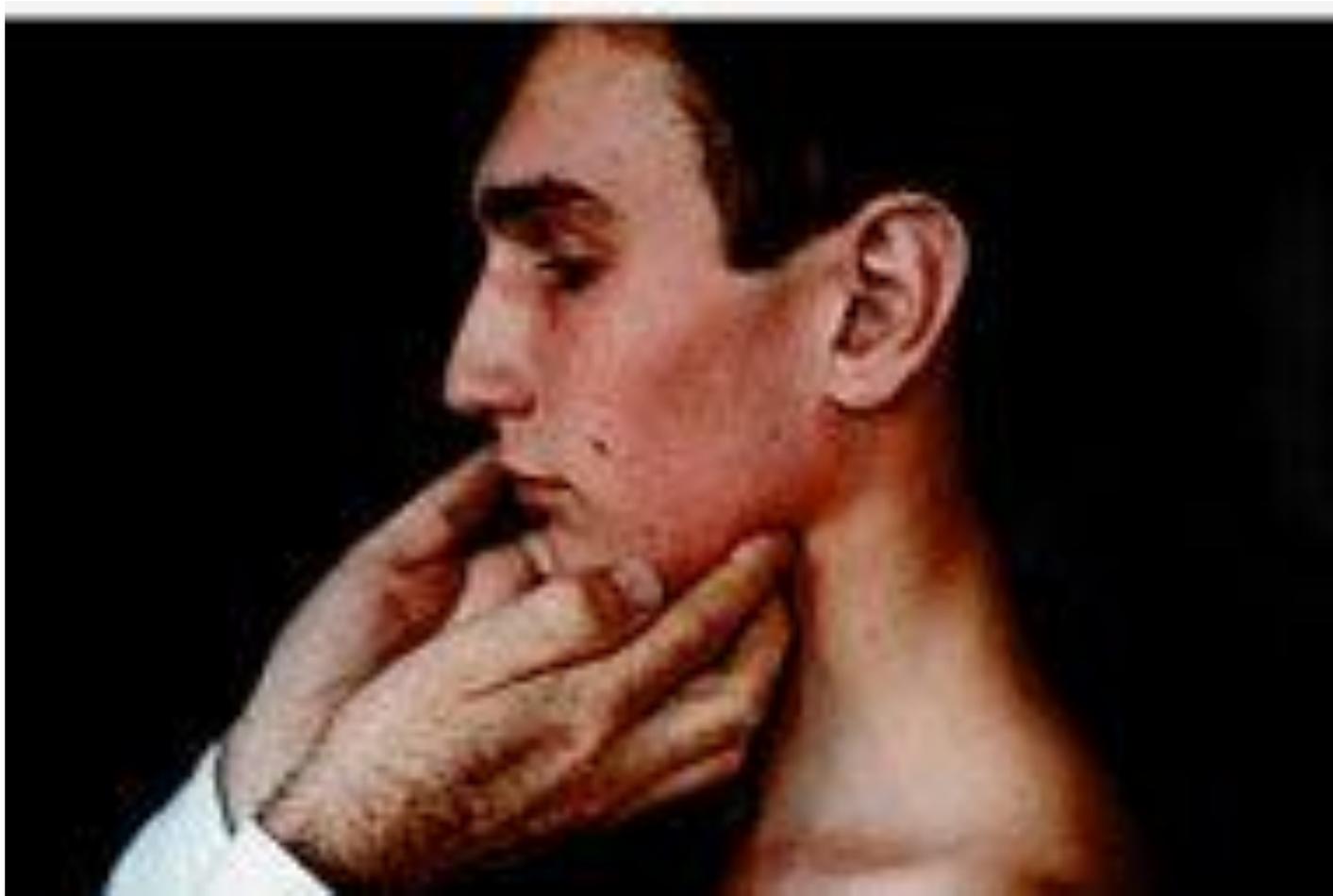
- Локализация
- Величина
- Консистенция
- Поверхность
- Подвижность или спаянность с клетчаткой и между собой
- Болезненность при пальпации
- Состояние кожи над ними

Пальпация затылочных лимфоузлов





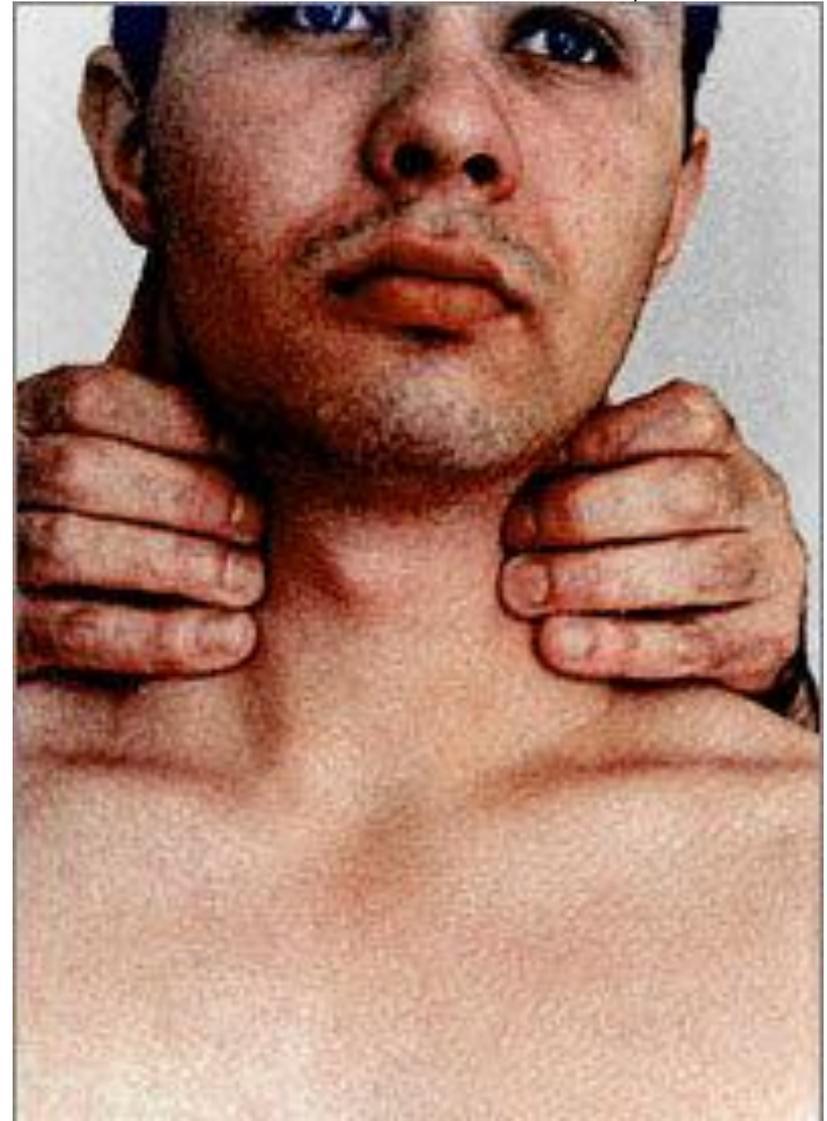
Пальпация подчелюстных лимфоузлов





Пальпация шейных лимфоузлов

Пальпируются задние и передние группы шейных лимфатических узлов.
Граница между ними – грудино-ключично-сосцевидная мышца.

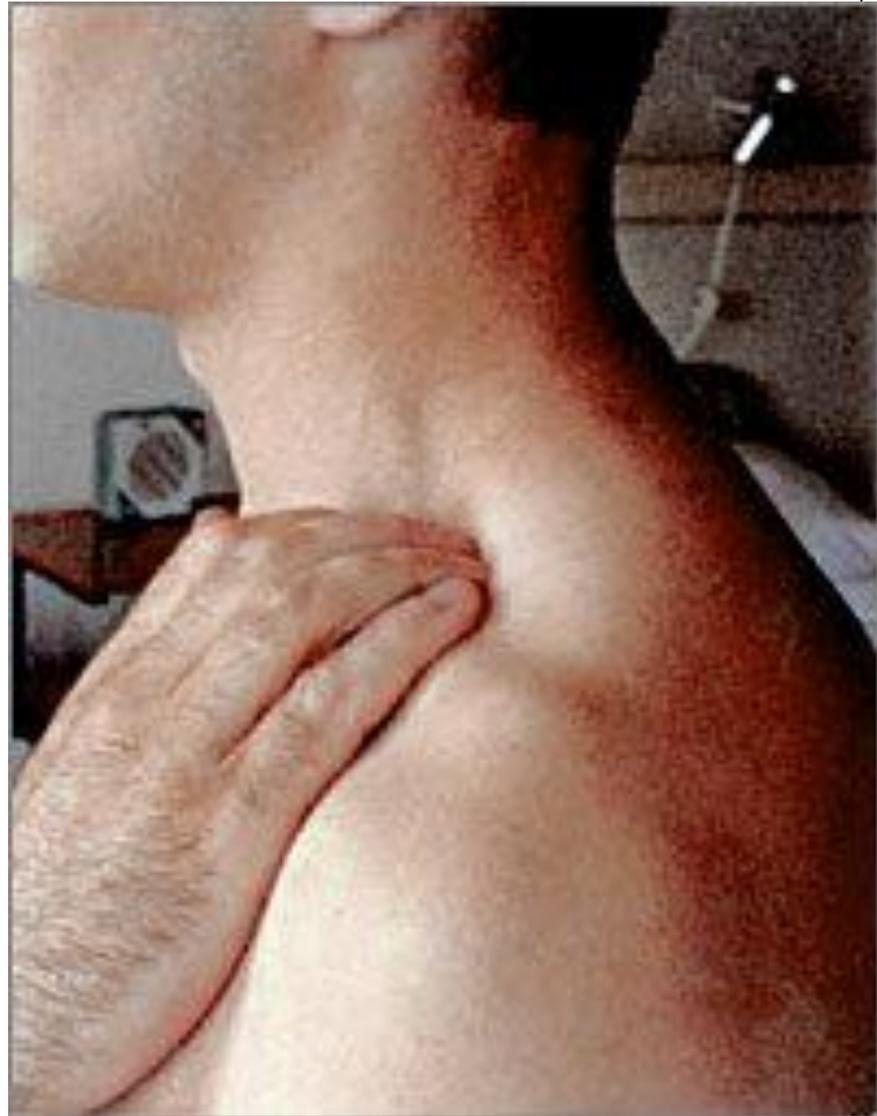


Пальпация задних шейных лимфоузлов



Пальпация надключичных лимфоузлов

Пальпируем
надключичные и
подключичные
лимфатические узлы.



Пальпация подмышечных лимфоузлов

Просим пациента немного отвести руки от туловища и в это время заводим пальцы кистей глубоко вверх. Затем просим пациента опустить руки и проводим пальцами вниз скользящими движениями прижимая пальцы к грудной клетке.

