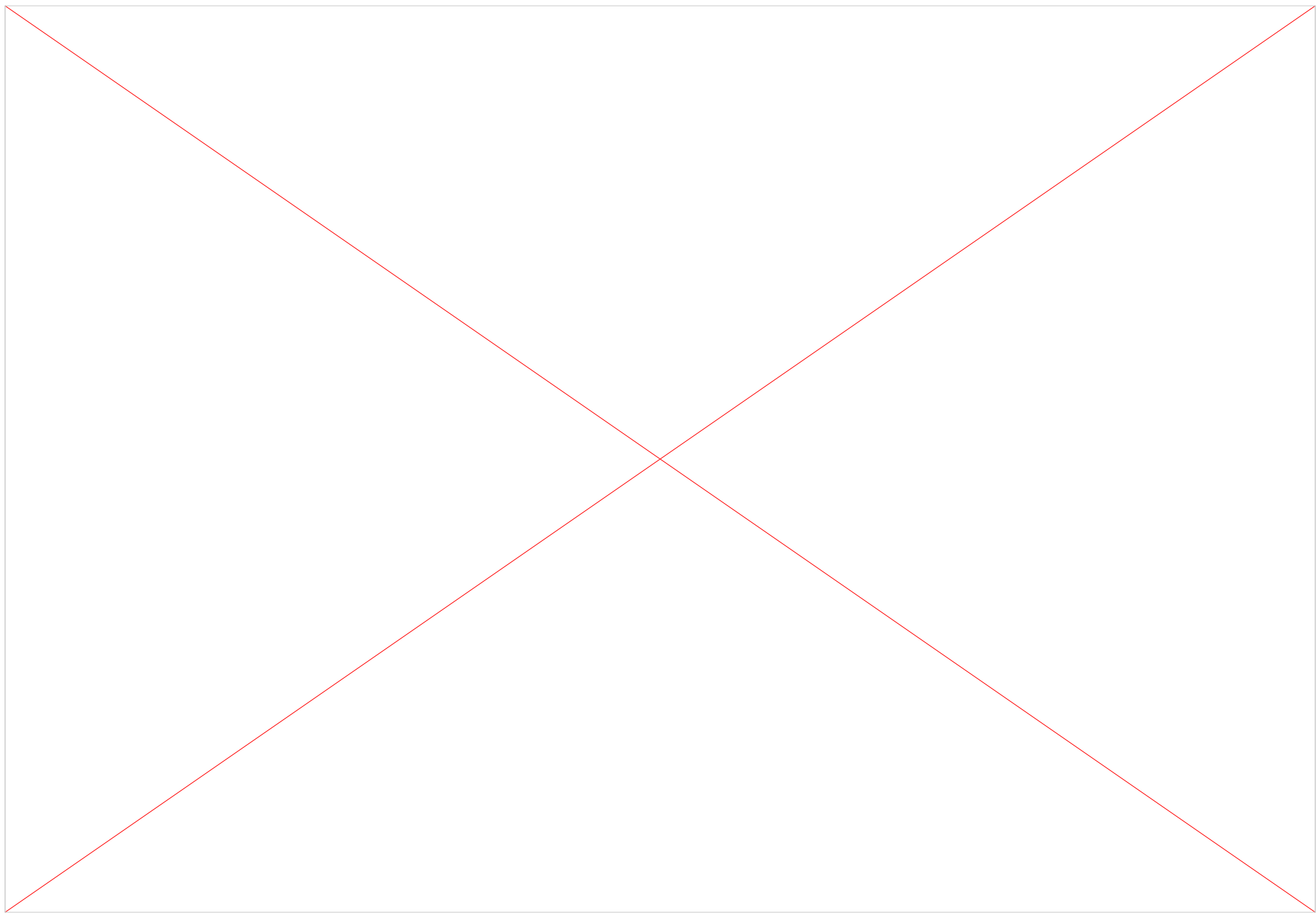


# Пропедевтика в хирургии

Мартынюк А.П.



# РАССПРОС БОЛЬНОГО

Расспрос больного, представляющий собой один из методов непосредственного исследования пациента, играет исключительно важную роль в диагностике многих заболеваний внутренних органов. Те или иные жалобы пациента, характерные этапы развития болезни, некоторые особенности анамнеза жизни позволяют нередко с самого начала высказать правильное предположение о диагнозе заболевания, который в дальнейшем часто подтверждается различными объективными методами исследования (в том числе лабораторными и инструментальными).  
Особое диагностическое значение расспрос больного приобретает лишь в том случае, когда он проводится полно, обстоятельно и методически грамотно.

# ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО

Хорошо известно, что жалобы пациента, порой достаточно характерные, позволяют нередко сразу заподозрить то или иное заболевание, а иногда и сразу поставить точный диагноз. Вместе с тем полное выяснение, правильная систематизация и грамотное изложение в истории болезни жалоб больного представляет в ряде случаев значительные трудности не только для студентов, но и для врачей с многолетним стажем работы.

Поскольку больной может предъявлять много различных жалоб, то становится необходимым выделение из их круга главных (основных, ведущих) жалоб. При этом нужно помнить, что свои главные жалобы больной обычно называет в числе первых. Например, больной, страдающий ревматическим митральным пороком сердца, может предъявить много различных жалоб (одышка, кашель, кровохарканье, перебои в работе сердца и т.д.), но первой при этом обычно всегда называет одышку, добавляя нередко фразу, что «если бы не одышка, то жить бы было бы».

# АНАМНЕЗ ЖИЗНИ

В принципе же недостаточно полное выяснение многих анамнестических моментов, часто помогающих лучше понять конкретные факторы, способствующие возникновению и про-грессированию заболевания, безусловно отрицательно сказывается на качестве диагностики и приводит нередко к различным диагностическим ошибкам. Уточняют место рождения больного, что в ряде случаев может быть важным, поскольку имеются некоторые различия в распространенности тех или иных заболеваний в различных географических зонах. Выясняют возраст родителей больного при его рождении, так как известно, например, что если возраст родителей к моменту рождения ребенка превышает 40 лет, то у ребенка повышается частота возникновения некоторых генетически обусловленных аномалий. Обязательно задают вопрос, родился ли пациент в срок и каким ребенком по счету. Определенные дети рождаются также в

ПЕРЕНЕСЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

ВРЕДНЫЕ ПРИВЫЧКИ

НАСЛЕДСТВЕННОСТЬ (семейный  
анамнез)

ЖЕНЩИНАМ (ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ)

# ОБЩИЙ ОСМОТР

Порядок общего осмотра и осмотра отдельных участков тела, а также многочисленные изменения, которые удается выявить с помощью данного метода исследования при различных заболеваниях. Термин «Общий осмотр» является в определенной мере условным, поскольку в действительности он не ограничивается только осмотром тех или иных областей тела, а включает в себя и некоторые другие методы непосредственного исследования (например, пальпацию лимфоузлов, поколачивание по плоским и трубчатым костям и т.д.). Приступая к осмотру, нужно всегда помнить о многократно подчеркнутых общих правилах его проведения. К ним относятся, в частности, использование для осмотра дневного освещения, проведение осмотра в определенной последовательности, осмотр одних и тех же областей тела (например, живота) в горизонтальном и вертикальном положении больного и др. Нужно, однако, заметить, что некоторые из этих правил предусматривают выполнение тех или иных условий, которые, надо сказать, не всегда имеются (осмотр больного вечером или ночью). Другие правила (например, осмотр в разном положении пациента) могут быть не всегда выполнимыми из-за тяжести состояния пациента.

# ОБЩИЙ ВИД

Студенты часто начинают осмотр больного с оценки его сознания, как это рекомендуется в некоторых учебниках. Между тем врач любой специальности (терапевт, хирург, невропатолог) в первую очередь всегда определяет общее состояние больного, поскольку этот признак в ряде случаев оказывается решающим для выработки тактики всех последующих диагностических и лечебных мероприятий. Оценка общего состояния больного (**удовлетворительное, относительно удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое и крайне тяжелое**) не всегда бывает достаточно легким делом и во многом зависит от опыта и квалификации врача. Так, состояние больного далеко не всегда коррелирует с сознанием и положением больного.

Важным этапом общего осмотра является оценка **СОЗНАНИЯ** больного, которое может быть ясным или помраченным. Существуют различные виды помраченного сознания, которые подробно излагаются и изучаются в курсе психиатрии. Важно, тем не менее, запомнить, что любой вид помраченного сознания включает в себя несколько основных черт: отрешенность больного (невозможность правильного восприятия окружающего мира), нарушение ориентировки в пространстве и времени, а также в своей собственной личности, бессвязность мышления, полную или частичную амнезию (отсутствие у больного воспоминаний, связанных с периодом помраченного сознания).



Оценка **положения больного**, которое может быть активным, пассивным, а также вынужденным (облегчающим, например, при одышке, или щадящим — при травме), обычно больших трудностей не вызывает. Примеры пассивного и вынужденного положения достаточно многочисленны и весьма характерны. Следует лишь иметь в виду, что двигательная активность человека и его положение не всегда соответствуют друг другу. Так, во многих случаях положение больного, находящегося в постели, будет активным. Напротив, при приступе стенокардии может наблюдаться вынужденное положение стоя, а при почечной колике отмечается двигательное беспокойство пациента, постоянно изменяющего свою позу, также являющееся, по существу, вариантом вынужденного положения.

Определяют **тип его телосложения** (конституцию). Внешние признаки, отличающие тот или иной тип телосложения, весьма показательны и обычно хорошо известны студентам. Напомним лишь, что для лиц гиперстенической конституции, отличающихся преобладанием поперечных размеров тела над продольными, характерными являются преимущественно средний рост, сравнительно длинное туловище и относительно короткие конечности с широкими кистями рук и короткими пальцами, округлая форма головы и широкое лицо, наклонность к облысению, короткая и толстая шея, широкие и прямые плечи, короткая и широкая грудная клетка с тупым эпигастральным углом, большие размеры живота (со значительным расстоянием между реберной дугой и гребнем подвздошной кости), широкий тазовый пояс, хорошее развитие подкожного жирового слоя и мышечной ткани.

Отличительными чертами лиц **астенической конституции**, характеризующихся преобладанием продольных размеров тела над поперечными, служат обычно высокий рост, достаточно короткое туловище и сравнительно длинные и тонкие конечности с узкими кистями и длинными пальцами, удлинённый (долихоцефалический) череп, длинное и узкое лицо, тонкая и длинная шея с хорошо выраженным выступом гортани («адамовым яблоком»), узкие и покатые плечи, длинная, узкая и плоская грудная клетка с острым эпигастральным углом, небольшие размеры живота, узкий таз, слабое развитие подкожного жирового слоя и мускулатуры. **Нормостеники**, занимающие как бы промежуточное положение между представителями крайних конституциональных типов, имеют пропорциональное телосложение и хорошо развитую мускулатуру. Следует иметь в виду, что в литературе можно встретить различные термины, используемые для характеристики конституциональных типов. Так, астенический тип телосложения часто обозначается как цефалический, дыхательный, лептосомный, долихоморфный и т.д., нормостенический - как мышечный, атлетический, мезо-морфный и др., гиперстенический — как пикнический, абдоминальный, пищеварительный, брадисомный и т.д. Телосложения определяют антропометрические показатели - **рост** больного и его **массу тела**.

В тех случаях, когда больной может стоять и ходить, оценивают его **осанку и походку**.

При осмотре **ГОЛОВЫ** фиксируют изменение ее размеров (макроцефалия, микроцефалия), формы (например, квадратная форма головы, башенный череп), положения (неподвижная, склоненная или запрокинутая голова), наличие произвольных движений. При осмотре **лица** прежде всего оценивают его выражение. Следует иметь в виду, что выражение лица и изменения, которые вообще можно получить при осмотре лица (например, изменение черт лица, отечность и т.д.), — это далеко не одно и то же. Выражение лица не включает в себя такие, например, изменения, как «митральное лицо», «лицо Корвизара» и другие (как иногда указывается в некоторых учебниках), а отражает душевное состояние больного. В большинстве случаев, правильно понимая содержание данного понятия, студенты обычно находят много различных оттенков для характеристики выражения лица («спокойное», «приветливое», «хмурое», «унылое», «разбуженное», «испуганное», «растерянное» и т.д.); при тяжелой болезни, интенсивных болях и некоторых других состояниях выражение лица становится страдальческим. При осмотре лица обращают также внимание на изменение его черт, окраску кожи и губ, наличие каких-либо высыпаний (например, герпес на губах), появление отечности, состояние мимики и др.

При осмотре **ВЕК** отмечают наличие их отечности, а также изменения их окраски, обращают внимание на появление на коже век каких-либо отложений (например, холестерина), опущение верхнего века (птоз). Оценивают **величину глазных щелей** (их расширение или сужение), **блеск глаз**; выявляют выпячивание (экзофтальм) или западение (энофтальм) глазных яблок. Слегка надавливая пальцами рук на **глазные яблоки**, отмечают их тонус, который в ряде случаев (например, при диабетической коме) может быть резко сниженным. Обращают внимание на наличие **косоглазия**, а также непроизвольного ритмичного колебания глазных яблок (нистагм).

Осматривая **кОНЪЮНКТИВЫ**, отмечают возможные изменения ее окраски, а также появление в ней кровоизлияний. Оценивают состояние **роговицы** (помутнение, рубцы). При осмотре **зрачков** обращают внимание на их расширение (мидриаз) или сужение (миоз), а также на их неодинаковую ширину (анизокория). При необходимости (особенно если больной находится в коматозном состоянии) определяют реакцию зрачков на свет. В норме в ответ на попадание в глаз лучей света зрачок суживается, что свидетельствует о сохраненной реакции зрачков на свет. Реакцию зрачков на аккомодацию проверяют - просят посмотреть на кончик предмета (карандаш), который последовательно приближают, а затем удаляют от них. При нормальной реакции на аккомодацию зрачки в первом случае суживаются, а во втором — расширяются. Если этого не происходит говорят об отсутствии реакции зрачков

При осмотре **носа** отмечают изменение его размеров, формы, окраски, наличие телеангиоэктазий; обращают внимание на возможные дыхательные движения крыльев носа, наблюдающиеся, например, при тяжелой одышке. При осмотре **рта** отмечают его форму, симметричность углов рта, пороки развития губ, степень их смыкания, окраски, наличие сухости губ и каких-либо высыпаний на них. Постоянно полуоткрытый рот может свидетельствовать о затруднении носового дыхания, но иногда встречается также и при некоторых психических заболеваниях. Особенности проведения осмотра полости рта будут представлены в разделе, посвященном исследованию органов пищеварения.

При осмотре **шеи** обычно рекомендуется обращать внимание на пульсацию сонных артерий, набухание и пульсацию наружных яремных вен, увеличение лимфатических узлов, щитовидной железы (эти вопросы будут подробно рассмотрены в соответствующих разделах). Кроме того, оценивают форму шеи, посадку головы, определяют наличие изменений кожных покровов, отека.

**ИССЛЕДОВАНИЕ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ.** Исследование кожных покровов проводится с помощью осмотра и пальпации. В процессе осмотра не следует ограничиваться только какой-то одной областью. Ценные в диагностическом плане данные можно получить лишь в том случае, если последовательно осматриваются кожные покровы лица, шеи, туловища, конечностей. При осмотре прежде всего обращают внимание на окраску кожных покровов и ее изменения (бледность, гиперемия, цианоз, желтушность и т.д.). Как уже говорилось выше, окраску кожных покровов можно правильно оценить только в том случае, если осмотр проводится при естественном освещении. При ярком искусственном освещении «маскируется» не только желтушность кожных покровов, но также нередко и их бледность. Важно помнить, что бледность кожи не всегда связана с каким-либо патологическим процессом, а может быть обусловлена толщиной и прозрачностью кожи, особенностью расположения в ней капилляров. Поэтому во избежание ошибок целесообразно сравнить окраску кожных покровов с окраской видимых слизистых оболочек (лучше всего — конъюнктивы). Менее интенсивная окраска конъюнктивы подтверждает патологическую природу бледности кожных покровов, тогда как нормальная окраска, соединительной оболочки глаза свидетельствует о том, что бледность кожных покровов возможно и не связана с каким-либо заболеванием.

Различные изменения окраски кожных покровов (гиперемия, бледность) иногда бывают обусловлены и нервно-рефлекторными реакциями при волнении, возбуждении, страхе. При выявлении цианоза следует иметь в виду, что он раньше всего отмечается в тех участках, в которых создаются наименее благоприятные условия кровообращения в силу удаленности от сердца, где имеется тонкая кожа и где лучше всего «просвечивают» кровеносные сосуды (губы, кончики носа и ушей, под ногтями). Не всегда легко выявляется слабая желтушная окраска кожных покровов (субиктеричность). Здесь следует помнить, что субиктеричность лучше всего обнаруживается при осмотре склер (для этого большими пальцами оттягивают книзу нижнее веко). Появление участков гиперпигментации кожных покровов не всегда свидетельствует о имеющихся нарушениях функции надпочечников. Такая гиперпигментация иногда наблюдается у не очень чистоплотных людей (особенно при повышенной потливости) и бывает выражена обычно в местах, подверженных частому трению (подмышечные впадины, кожные покровы под молочными железами и т. д.). Обращают внимание на наличие различных высыпаний (розеолы, эритема, везикулы, папулы, пустулы и др.), геморрагии, расчесов, шелушения, телеангиоэктазий, отложений холестерина под эпидермисом (ксантомы), рубцов (после операций, ожогов, ранений), пролежней. При их отсутствии обычно указывают, что кожные покровы являются чистыми.

При исследовании кожных покровов оценивается также их эластичность (в некоторых учебниках данное свойство именуется тургором кожи).

**Влажность** кожных покровов определяют с помощью поглаживания ладонной или тыльной поверхностью кисти кожных покровов на симметричных участках туловища и конечностей (прежде всего в подмышечных ямках, на ладонях и подошвах). В норме кожные покровы бывают умеренно влажными, что связано с постоянным выделением на поверхность тела мельчайших капелек пота. Оценивая изменения влажности кожи, необходимо все же иметь в виду, что степень потливости вообще является индивидуальным свойством и может быть различной даже у здоровых людей. Следствием усиленного потоотделения может быть появление специфических высыпаний (потницы) в виде мельчайших белесоватых пузырьков, покрывающих поверхность кожи наподобие росы. При исследовании кожных покровов обращают также внимание на **изменения роста волос**, их выпадение, ломкость.

Оцениваются состояние **ногтей** и их возможные изменения (ломкость, истончение или утолщение, неровность, появление ложкообразных ногтей и ногтей в форме «часовых стекол»). **Исследование подкожного жирового слоя.** Степень развития подкожного жирового слоя оценивается по толщине кожной складки, взятой большим и указательным пальцами на животе на уровне пупка или на боковой поверхности грудной клетки. В норме толщина составляет около 2 см. Более тонкая складка указывает на недостаточное развитие подкожного жирового слоя. Складка кожи на животе толщиной более 2—3 см говорит в пользу избыточности подкожного жирового слоя. О пониженном питании свидетельствуют также четко обозначенные контуры ребер (в норме они видны в нижнебоковых отделах грудной клетки) и западение межреберных промежутков, резко выраженные над- и подключичные ямки, выступающие ключицы, позвонки, гребни



При появлении **отеков** (местных или общих) отмечаются увеличение объема тканей и органов, изменение их контуров (сглаживание нормальных ямок и костных выступов). Эластичность кожных покровов при этом снижается, растянутая за счет отека кожа (например, в области век) выглядит прозрачной и приобретает в результате сглаживания складок повышенный блеск. При осмотре кожи отмечаются также четко выраженные следы от поясов, ремней, носков и т.д. В тех случаях, когда отечность является признаком воспаления, она характеризуется гиперемией отечной кожи, местным повышением Для выявления отеков надавливают пальцем на кожу в тех местах, где костные образования прилегают непосредственно к коже (в области внутренней поверхности голеней, лодыжек, поясницы, грудины). При наличии отеков появляется ощущение мягкой и тестоватой ткани и, кроме того, образуются ямки, исчезающие через 1—2 минуты. Необходимо, однако, иметь в виду, что при длительно существующих отеках кожа становится более плотной, и при надавливании на нее ямки могут не образовываться. Слабая отечность, которая не сопровождается появлением отчетливых ямок, носит название пастозности. При выявлении отеков нужно также помнить, что у больных с сердечной недостаточностью отечность голеней и стоп обнаруживается сначала только к вечеру, а утром она может бесследно исчезать. У больных с заболеваниями почек отеки, наоборот, выражены лучше утром и отмечаются чаще на лице.

**ИССЛЕДОВАНИЕ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ** Обычно считают, что у здорового человека лимфоузлы не видны и не доступны пальпации. Это справедливое в большинстве случаев правило следует принимать лишь с определенными оговорками. Так, учитывая широкую распространенность среди населения различных заболеваний зубов (кариес, периодонтит, пародонтоз и др.), приходится считаться с тем, что у многих людей удается без особого труда прощупать подчелюстные лимфатические узлы. У практически здоровых людей вследствие мелких, порой незаметных травм кожных покровов нижних конечностей, могут пальпаторно определяться небольшие (размером с горошину) паховые лимфоузлы. По мнению ряда авторов, обнаружение при пальпации одиночных мелких подмышечных узлов также может не являться скольлибо серьезным диагностическим признаком. Все же следует еще раз подчеркнуть, что более значительное увеличение лимфатических узлов, особенно в тех случаях, когда оно выявляется уже при осмотре, всегда служит симптомом того или иного заболевания, порой весьма серьезного. При исследовании различных групп лимфатических узлов полученные данные необходимо обязательно сравнивать с результатами осмотра и пальпации одноименной (симметричной) группы лимфоузлов с другой стороны.

**ИССЛЕДОВАНИЕ МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМЫ** Детальное исследование мышечной системы, включающее в себя выявление разнообразных нарушений развития, тонуса, мышечной силы, функций отдельных мышц, проводится обычно невропатологом и потому подробно изучается в курсе нервных болезней. Однако врач любой специальности должен владеть основными приемами исследования мышечной системы, поскольку те или иные ее изменения могут встречаться и при заболеваниях внутренних органов. Прежде всего отмечают наличие жалоб больного на мышечную слабость и мышечную утомляемость при выполнении различных движений. Иногда эти жалобы касаются многих групп мышц, но чаще затрагивают вполне определенные группы (например, жевательных, мимических мышц и т.д.). Больной может также жаловаться на непроизвольные фибриллярные подергивания отдельных групп мышц, ограничение и полное отсутствие активных (произвольных) движений. При осмотре прежде всего обращают внимание на степень развития мышечной ткани, наличие атрофии или гипертрофии отдельных мышц и мышечных групп. Атрофия мышц часто наблюдается у больных с периферическими параличами и парезами, при повреждении спинного мозга, длительном вынужденном пребывании в неподвижном положении (так называемая атрофия от бездействия). При наличии атрофии отдельных мышц или асимметрии в их развитии измеряют и сравнивают окружность голени, бедра, плеча, предплечья на здоровой стороне и на стороне поражения. Гипертрофия мышц встречается значительно реже (например, при некоторых наследственно обусловленных заболеваниях) и касается обычно отдельных групп мышц (икроножных, четырехглавых,

**ИССЛЕДОВАНИЕ КОСТНОЙ СИСТЕМЫ** При исследовании костной системы прежде всего обращают внимание на жалобы больного. Так, острые, внезапно появившиеся боли после травмы могут свидетельствовать о переломах костей; тупые, постепенно нарастающие боли в костях нередко бывают связаны с каким-либо воспалительным процессом; упорные, изнуряющие, часто четко локализованные боли встречаются при метастазах в кости злокачественных опухолей. При осмотре определяют наличие различных деформаций костей черепа, позвоночника, грудной клетки, таза, конечностей. Так, могут отмечаться изменения формы нижних конечностей в виде Х-образных (*genu valgum*) или О-образных (*genu varum*) ног. Укорочение одной из конечностей можно обнаружить при остеомиелите. При этом осмотр обязательно проводится при разном положении больного, а также при его движении. При акромегалии наблюдается чрезмерное увеличение пальцев рук и ног, скуловых костей, нижней челюсти. У больных, страдающих врожденными пороками сердца, инфекционным эндокардитом, циррозом печени, бронхоэктатической болезнью, происходит утолщение концевых фаланг пальцев рук, в результате чего пальцы принимают характерную форму барабанных палочек. У больных системной склеродермией отмечаются изменения другого рода, когда вследствие разрушения концевых фаланг пальцы рук укорачиваются и заостряются, приобретая порой форму коротко очинённого карандаша. Различные изменения часто можно обнаружить при осмотре костей грудной клетки и позвоночника .

**ИССЛЕДОВАНИЕ СУСТАВОВ** Прежде всего выясняют при расспросе наличие у больного возможных жалоб на боли в тех или иных суставах, которые могут быть постоянными или, например, летучими (т.е. быстро исчезать в одном суставе и появляться в другом), возникать самостоятельно или при движении.

Обязательно уточняют, испытывает ли пациент утреннюю скованность в суставах, отмечает ли он ограничение движений в тех или иных суставах (тугоподвижность) и наличие хруста при движении и т.д. Исследование суставов проводят при различном положении больного (стоя, сидя, лежа, а также при ходьбе), соблюдая при этом определенный порядок. Вначале оценивают состояние суставов кисти, затем переходят к исследованию локтевых и плечевых суставов, височно-нижнечелюстного сустава, шейного, грудного и поясничного отделов позвоночника, крестцово-подвздошных суставов, крестца и копчика, тазобедренных и коленных суставов, суставов стопы. Результаты, полученные при исследовании каждого из симметричных суставов, обязательно сравниваются между собой. При осмотре обращают внимание на изменение конфигурации суставов (например, увеличение их в объеме, веретенообразная форма), сглаженность их контуров, изменение окраски кожных покровов над суставами (гиперемия, блеск).

**ИССЛЕДОВАНИЕ СИСТЕМЫ ДЫХАНИЯ** Непосредственные методы исследования системы дыхания включают в себя расспрос больного, исследование верхних дыхательных путей, осмотр и пальпацию грудной клетки, перкуссию и аускультацию легких. Диагностическая ценность получаемых при этом данных во многом зависит от правильности выполнения тех или иных приемов исследования.

**ИССЛЕДОВАНИЕ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ.** Больные с заболеваниями сердечно-сосудистой системы могут предъявлять самые различные жалобы: на боли в области сердца, учащенное сердцебиение, перебои в работе сердца, одышку, приступы удушья, кашель, кровохарканье, отеки, лихорадку, головные боли, головокружение и т.д. Следует лишь иметь в виду, что если у больных с заболеваниями органов дыхания приступы удушья часто связаны с явлениями бронхоспазма, то у больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы они, как правило, обуславливаются наличием левожелудочковой недостаточности.

**ИССЛЕДОВАНИЕ СИСТЕМЫ ПИЩЕВАРЕНИЯ** С целью распознавания заболеваний органов пищеварения применяются различные методы непосредственного исследования: расспрос больного, осмотр полости рта и глотки, пальпация живота и др. Важные в диагностическом плане данные можно получить уже при правильной оценке жалоб больного, особенностей возникновения и течения заболевания.

**ИССЛЕДОВАНИЕ СИСТЕМЫ МОЧЕВЫДЕЛЕНИЯ** При исследовании мочевыделительной системы последовательно проводятся расспрос больного, осмотр области почек, пальпация почек и мочевого пузыря, определение симптома Пастернацкого и перкуссия мочевого пузыря.

## ИССЛЕДОВАНИЕ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ И НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОЙ СФЕРЫ

**ИССЛЕДОВАНИЕ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ** Исследование эндокринной системы, представляющее собой один из заключительных разделов клинического исследования больного, включает в себя расспрос, осмотр области шеи и пальпацию щитовидной железы (в необходимых случаях — также перкуссию и аускультацию), измерение окружности шеи на уровне щитовидной железы, определение специальных глазных симптомов, указывающих на повышение ее функции.

**ИССЛЕДОВАНИЕ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОЙ СФЕРЫ** Полноценное исследование нервно-психического статуса больного можно провести лишь в том случае, если врач прекрасно знает симптоматику нервных и психических заболеваний, хорошо владеет специальными методами исследования, применяемыми в неврологии и психиатрии. Понятно, что проводимое при этом исследование ограничивается преимущественно расспросом больных. Оценка психического статуса больного традиционно начинается с оценки того, насколько правильно пациент ориентируется в пространстве, времени и собственной личности.

**В зависимости от локализации заболевания описывается подробно**

**локализация. ДИАГНОЗ. ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ.**

**СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ !**