Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Локтионова Оксана Геннадьевна
Должность: проректор по учебной работе
Дата подписания: 08.09.2026 07:48:17
Уникальный программный ключ:
0b817ca911e6668abb13a5d426d39e5f1c11eabbf73e943df4a4851fda56d089

МИНОБРНАУКИ РОССИИ

Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Юго-Западный государственный университет»
(ЮЗГУ)

Кафедра биомедицинской инженерии

УТВЕРЖДАЮ
Проректор по учебной работе
_____ О.Г. Локтионова
«19» 09 2025 г.

ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ

Методические указания по выполнению практических работ
для студентов направления
30.05.03 «Медицинская кибернетика»

Курск 2025

УДК 616.00

Составитель: С.П. Серегин

Рецензент

Доктор медицинских наук, профессор *В.А. Иванов*

Внутренние болезни : методические указания по выполнению практических работ для студентов направления 30.05.03 «Медицинская кибернетика» / Юго-Зап. гос. ун-т; сост.: С.П. Серегин. – Курск, 2025. – 91 с.

Содержат методические указания к выполнению практических работ по дисциплине «Внутренние болезни». Приведена краткая теоретическая информация.

Предназначены для студентов направления 30.05.03 «Медицинская кибернетика» профиля «Медицинские информационные системы», а также других специальностей, изучающих «Внутренние болезни».

Текст печатается в авторской редакции

Подписано в печать 19.09.25. Формат 60х84 1/16.
Усл.печ. л. 5,28. Уч.-изд. л. 4,78. Тираж 30 экз. Заказ 1150. Бесплатно.
Юго-Западный государственный университет.
305040, г. Курск, ул. 50 лет Октября, 94.

СОДЕРЖАНИЕ

Практическая работа №1. Схема истории болезни. Основные принципы расспроса больных……. 4
Практическая работа №2. История развития учения о внутренних болезнях. Общий осмотр…….. 6
Практическая работа №3. Понятие о внутренней картине болезни…….. 10
Практическая работа №4. Понятие о внутренней картине здоровья……..... 26
Практическая работа №5. Составление истории болезни пациента……. 31
Практическая работа №6. Жалобы и анализ больных с заболеваниями дыхательной системы, осмотр и пальпация грудной клетки, дифференциальный диагноз, алгоритмический подход……... 55
Практическая работа №7. Аускультация легких…… 61
Практическая работа №8. Исследование функции внешнего дыхания……..... 66
Практическая работа №9. Жалобы, анамнез, осмотр и пальпация при заболеваниях сердечно-сосудистой системы, дифференциальный диагноз заболеваний ССС, построение алгоритмов диагностики…….. 69
Практическая работа №10. Аускультация сердца. Тоны сердца… 76
Практическая работа №11. Расспрос, осмотр, перкуссия и аускультация при заболеваниях желудочно-кишечного тракта. Построение алгоритмов диагностики заболеваний Ж.К.Т…… 80
Практическая работа №12. Лабораторные и инструментальные методы обследования больных с заболеваниями печени и желчевыводящих путей…… 84
Практическая работа №13. Исследование функции почек. Дифференциальный диагноз заболеваний мочевыделительной системы, построение алгоритмов диагностики…….. 88

Практическая работа №1
Схема истории болезни. Основные принципы расспроса больных

Деонтология - наука о взаимоотношениях врача и больного, о долге и обязанностях врача.

Расспрос больного. Расспрос должен проводиться в определенном порядке, по схеме, чтобы не упустить никаких сведений, относящихся к заболеванию пациента. Данные расспроса записываются в историю болезни.

Схема истории болезни:

I раздел – паспортная часть (Ф.И.О., дата рождения, адрес, место работы и занимаемая должность, дата поступления в стационар).

II раздел – жалобы. Выясняют жалобы на день поступления в стационар. Необходима детализация каждой жалобы, т.е. следует подробно выяснить все признаки каждой жалобы. Среди жалоб надо выделить главные (ведущие) и второстепенные. Изучение основных (главных) жалоб позволяет сделать заключение об общем характере заболевания.

III раздел – история настоящего заболевания (Anamnesis morbi). Следует выяснить и записать когда началось заболевание, с чем оно связано, какие симптомы болезни были в самом начале, как протекало заболевание, результаты проведенных исследований, какое проводилось лечение, каковы были результаты лечения. Необходимо подробно расспросить о причинах и проявлениях последнего ухудшения, в связи с чем больной был госпитализирован.

IV раздел – история жизни (Anamnesis vitae). Это медицинская биография больного по основным периодам его жизни. Следует выяснить когда и где родился пациент, в какой семье, как развивался в детские годы, как учился, с какого возраста начал работать, кем работал, какие были трудовые условия и профессиональные вредности. Необходимо уточнить семейное положение. У женщин узнать число беременностей, родов, абортов и их осложнения; у мужчин – служил ли в армии (если нет, то по какой причине). Подробно надо расспросить больного о перенесенных ранее заболеваниях, операциях и травмах. Отдельно спросить, не болел ли пациент и его родственники туберкулезом, вирусным гепатитом, венерическими и психическими заболеваниями. Необходимо выяснить есть ли в семье наследственные болезни. Расспросить о вредных привычках (курение, алкоголь, наркотики); установить наблюдавшиеся ранее аллергические реакции на

прием медикаментов, некоторых пищевых продуктов, на препараты бытовой химии; были ли в прошлом гемотрансфузии, как их перенес. Также уточняется время потери трудоспособности в связи с данным заболеванием.

V раздел – настоящее объективное состояние больного (Status praesens objectivus). В этом разделе записывают данные осмотра, пальпации, перкуссии, аускультации по системам.

VI раздел – Данные лабораторных и инструментальных методов исследования.

VII раздел – Диагноз.

VIII раздел – Лечение.

IX раздел – Дневники. Пишутся ежедневно, в них отражается состояние больного, динамика симптоматики заболевания.

X раздел – Эпикриз (выписной, этапный, переводной, посмертный). Это итог истории болезни, общее заключение по ней.

Задачи для упражнений

Задача 1. Женщина, 26 лет, жалуется на головную боль, слабость, кашель со слизисто-гнойной мокротой, повышение температуры тела, колющие боли в правой половине грудной клетки при вдохе. Выделите главные и второстепенные жалобы.

Задача 2. При дальнейшем расспросе установлено, что заболела после переохлаждения 3 дня назад. С ознобом повысилась температура до 39ºС, появился кашель с мокротой, боли в грудной клетке при дыхании, головная боль, слабость. Какая система поражена?

Задача 3. Мужчина, 40 лет, жалуется на ноющие боли в эпигастральной области, возникающие натощак, изжогу, отрыжку. Болен 12 лет. Периодически беспокоили боли в области желудка, изжога. При исследовании желудочного сока кислотность была повышена. При ФГС обнаружили язву в 12-перстной кишке. Больной курит много лет, алкоголь не употребляет. В настоящее время работа связана с частыми командировками, нерегулярным питанием. Отец больного страдал язвенной болезнью 12-перстной кишки. О заболевании какой системы можно думать? Какие условия могли способствовать развитию болезни?

Контрольные вопросы

1. Что такое деонтология?
2. Для чего нужно соблюдать принципы деонтологии?
3. Дайте определение понятию «история болезни».

4. Что такое детализация жалобы?
5. Какие жалобы следует считать основными и какие второстепенными?
6. Дайте определение понятию «анамнез».
7. Какова роль отечественных ученых в разработке методики собирания анамнеза?
8. Какие вопросы необходимо отразить в анамнезе заболевания?
9. Какие вопросы необходимо отразить в анамнезе жизни?

Практическая работа №2.
История развития учения о внутренних болезнях. Общий осмотр

Осмотр — метод диагностического обследования больного, основанный на зрительном восприятии врача. Различают общий и специальный осмотр больного. После тщательного общего осмотра врач может приступить к специальному, или местному, осмотру и другим видам исследования

Общий осмотр больного является одним из основных методов обследования больного для врача любой специальности. Хотя он представляет собой лишь первый этап диагностического обследования, с его помощью можно получить представление об общем состоянии больного, ценную информацию, необходимую для постановки диагноза болезни, а иногда и для суждения о прогнозе заболевания. Результаты общего осмотра предопределяют в известной степени применение других целенаправленных методов врачебного исследования. Небрежное отношение к осмотру может осложнить дальнейшее обследование и привести к диагностическим ошибкам.

Общий осмотр больного лучше проводить при дневном освещении, так как при нем сохраняется реальный цветовой тон осматриваемого объекта. Искусственные источники освещения могут изменять цветовую гамму, искажать оттенки окраски кожи и слизистых оболочек. Из поля зрения могут выпасть такие важные признаки, как желтизна, синюшность, пигментация и т.д. Предпочтительно прямое и боковое освещение. При прямом освещении лучше выявляются весь контур тела, части тела и цветовые оттенки на освещенной поверхности. Боковое освещение позволяет лучше выявить движения внутренних органов, отражающиеся на поверхности тела (дыхательные движения грудной клетки, различные пульсации, сердечный и верхушечный толчок, перистальтические движения желудка и кишечника). Проходящий свет,

то есть просвечивающий через ткани, используется для специальных видов осмотра.

Осмотр проводится по определенному плану: вначале оценивают общее состояние больного по состоянию его сознания, положению, совокупности внешних черт телосложения, типа конституции, роста и веса, осанке, походке; затем последовательно проводят осмотр головы, лица, шеи, кожи, подкожной клетчатки, лимфатических узлов, мышечной системы, конечностей, туловища, наружных половых органов.

Осмотр больного дает представление и о психическом состоянии больного (апатия, возбуждение, изменения взора, подавленность) и т.п.

Задачи для упражнений

Ситуационная задача 1

У больного заболевание сердца, осложнённое сердечно-сосудистой недостаточностью. Лицо одутловатое, синюшное, глаза слезятся, рот полуоткрыт, выраженная одышка в покое, анасарка.

Вопросы:

А) Дайте оценку общего состояния больного.

Б) Какое он занимает положение?

В) Как называется описанное лицо?

Г) Поясните понятие «анасарка».

Ситуационная задача 2

Больной 19 лет. Студент вуза, жалуется на тошноту, рвоту, схваткообразные боли в подложечной области и по всему животу. Дважды был жидкий стул. Температура 37,2°С.Чувствует слабость. Заболел остро. Накануне вечером был в гостях, где ел жареное мясо с острыми приправами, пирожные с кремом, пил сладкие газированные напитки. Ранее подобных явлений не было, какими-либо другими заболеваниями не болел.

Вопросы:

А) Какие жалобы являются основными?

Б) Какие жалобы можно отнести к жалобам общего характера?

Ситуационная задача 3

Больной 50лет, фермер, жалуется на приступы удушья по ночам. Вне приступов чувствует себя здоровым. Считает, что заболел год назад, когда впервые ночью внезапно испытал чувство нехватки воздуха. В

дальнейшем приступы стали повторяться с возрастающей частотой. Обратил внимание, что приступы, бывают, когда спит на пуховой перине. При перемене места сна становится легче. Из анамнеза жизни: рос и развивался нормально. Заболеваний в детстве не помнит. Травм, операций не было. С 28 лет занимается сельским хозяйством. Условия быта хорошие. Вредные привычки отрицает. Мать больного страдает бронхиальной астмой. Аллергологический анамнез: аллергия на мед, укусы пчел (зуд, ощущение жара, слабость, недомогание, чиханье, заложенность и обильное водянистое отделяемое из носа, затруднение дыхания, особенно при работе в поле).

Вопросы:

А) Какова предполагаемая природа заболевания? Обоснуйте ваше предположение.

Б) Какие важные сведения аллергологического анамнеза, кроме приведенных в условии задачи,

необходимо выяснить у больного?

В) К какому специалисту необходимо направить больного на консультацию?

Ситуационная задача 4

У больного лицо бледное с синюшным оттенком, глаза глубоко ввалившиеся, роговицы тусклые, черты лица осунувшиеся, нос заострен, лицо покрыто холодным потом. Вопросы: Эпонимическое название этого выражения лица, для какого заболевания оно характерно?

Ситуационная задача 5

При осмотре: больной ходит, выражение лица спокойное, кожные покровы обычной окраски, на вопросы отвечает четко, общается с желанием. Вопросы:

Оцените общее состояние больного.

Ситуационная задача 6

При осмотре больной 72 лет: сидит с опущенными ногами, выражение лица страдальческое, при разговоре одышка, кожные покровы цианотичные, стопы и голени отечные. В анамнезе – хроническое заболевание сердца.

Вопросы:

Оцените общее состояние больного, положение больного.

Ситуационная задача 7

При осмотре больной 35 лет, суставы кистей рук припухшие, при пальпации болезненны, кожа над ними гиперемирована, горячая на ощупь, движения в суставах ограничены.

Вопросы:

О какой патологии можно думать?

Ситуационная задача 8

При осмотре позвоночника обнаружено отклонение его линии в сторону в грудном отделе.

Вопросы:

Ваше заключение.

Ситуационная задача 9

В отделение поступил больной с выраженными отеками по всему телу.

Вопросы:

1.Как называется такое состояние?

2. Как называется скопление жидкости в брюшной полости?

3. Как называется скопление жидкости в плевральной полости?

4. Как определить наличие отеков на поверхности тела?

Ситуационная задача 10.

Пациент при росте 158 см весит 84 кг, эпигастральный угол 90°.

Вопросы:

1. Определите конституциональный тип пациента

2. Определите ИМТ.

3. Оцените степень питания пациента.

4. Назовите цифры ИМТ, характерные для ожирения. 6

5. Какие степени ожирения Вы знаете?

Контрольные вопросы

1. Какие действия необходимо сделать в начале обследования пациента?

2. Как происходит сбор анамнеза?

3. Что такое пальпация?

4. Что необходимо перед подготовкой пациента к инструментальным методам исследования?

5. Как производится оценка цвета кожных покровов?

Практическая работа №3.
Понятие о внутренней картине болезни

Внутренняя картина болезни (ВКБ) — совокупность представлений человека о своём заболевании, результат творческой активности, которую проделывает пациент на пути осознания своей болезни[1]. Феномен ВКБ представляет собой один из самых разработанных в психосоматическом поле. Термин введён Р. А. Лурией в 1935 году. Исследования ВКБ развиваются преимущественно в русле российской клинической психологии.

Врач, учитывающий внутреннюю картину болезни пациента, имеет возможность более полно понять этиологию, патогенез болезни и скорректировать ход лечения, основываясь на особенностях личности больного. Этот феномен представляет оценку болезни и субъективного здоровья, что может оказывать влияние на дальнейшее представление о своём состоянии в ходе течения болезни[3]. Динамика феномена зависит от пола, возраста, тяжести болезни, её продолжительности, так и от характеристик личности, таких как, например, система ценностей и мотивов.

Коррекция позиции по отношению к своей болезни психологическими средствами ведет к улучшению состояния, профилактике рецидивов, облегчению тяжести страданий, а также снятию тревоги[4]. Изучение внутренней картины болезни является значимой областью не только для медицинских работников и психологов, но и становится центральным звеном в анализе личностной проблематики больного: для исследователей субъективная картина болезни начинает выступать в качестве увеличительного стекла, позволяющего заглянуть во внутренний мир больного

Влияние соматического состояния на психику человека может быть как патогенным, так и саногенным (оздоравливающим). Что касается последнего аспекта, то врачам хорошо известно, как с каждым днем при выздоровлении от тяжелого соматического недуга происходит и улучшение (санация) психического состояния больного: улучшается настроение, появляется бодрость и оптимизм. Вероятно, не случайно широко распространено известное выражение: «В здоровом теле - здоровый дух». Физически здоровые люди всегда легче переносят жизненные неурядицы, чем больные. По-видимому, в ряде случаев даже можно говорить о «внутренней картине здоровья» и ее влиянии на психическую сферу человека (Николаева В.В., 1987).

Считается, что определить степень физического здоровья человека достаточно просто - здоровый человек удовлетворен функционированием своего организма. Эту степень здоровья достоверно устанавливает медицина, используя соответствующие методики осмотра, лабораторные исследования. Сложнее оценить психическое состояние человека, найти критерии психического и социального благополучия человека. В частности, одним из центральных в психологии здоровья является понятие о норме психического развития, которое позволяет говорить о соответствии биологического и психологического возрастов человека. Думается, что психолог и врач, которые работают с показателями здоровья человека, должны исходить из того, что у любого человека на уровне житейской психологии присутствуют свои представления о нормальности человека в любой конкретный период его жизни. В этом смысле бытовое представление человека о возрасте, о возможностях возраста - чувствования, действия, самоотношения - является тем конкретным материалом, который определяет содержание внутренней картины здоровья

Как человек относится к своему здоровью, т.е. без понимания его внутренней картины здоровья, невозможно понять внутреннюю картину болезни, которая, как полагают, является лишь частным случаем первой. Переживание чувства здоровья связано не только с отсутствием болезни и инвалидности, но и с наличием полноценного физического, психического и нравственного состояния, которое позволяет оптимально, без всяких ограничений осуществлять общественную и прежде всего трудовую деятельность. Внутренняя картина здоровья - составная часть самосознания, представление о своем физическом состоянии, сопровождающееся своеобразным эмоциональным, чувственным фоном.

При оценке психологии здоровья важно различать понятия "состояние здоровья" и «самочувствие». Состояние здоровья - истинное положение дел в организме по данным врачебного осмотра. Самочувствие же субъективно и не всегда точно отражает объективное состояние здоровья. Неполнота и искажения внутренней картины болезни возможны у маленьких детей, а также в силу своеобразия структуры личности - нестабильности самооценки, «Я-образа» в целом и физического «Я», зависимости собственной самооценки от оценок других людей.

Рядом отечественных авторов представлены показатели психического здоровья, причем по этому параметру (с учетом жалоб на

здоровье самого человека) выделяются четыре группы людей:

1 -я группа - совершенно здоровые, жалоб нет;

2-я группа - легкие функциональные нарушения, эпизодические жалобы астено-невротического характера, связанные с конкретными психотравмирующими событиями, напряжение адаптационных механизмов под влиянием отрицательных микросоциальных факторов;

3-я группа-лица с доклиническими состояниями и клиническими формами в стадии компенсации, стойкие астено-невротические жалобы вне рамок трудных ситуаций, перенапряжение механизмов адаптации (в анамнезе у таких лиц неблагополучие беременности, родов, диатезы, травмы головы и хронические инфекции);

4-я группа - клинические формы заболевания в стадии субкомпенсации, недостаточность или поломка адаптационных механизмов.

Критерии психического здоровья основываются на понятиях «адаптация», «социализация» и «индивидуализация».

Понятие «адаптация» включает способность человека осознанно относиться к функциям своего организма (пищеварения, выделения и др.), а также его способность регулировать свои психические процессы (управлять своими мыслями, чувствами, желаниями). Пределы индивидуальной адаптации существуют, но адаптированный человек может жить в привычных для него геосоциальных условиях.

Социализация определяется по трем критериям, связанным со здоровьем человека.

Первый критерий связан со способностью человека реагировать на другого человека как на равного себе («другой такой же живой, как и Я»).

Второй критерий определен как реакция на факт существования определенных норм в отношениях с другими и как стремление следовать им.

Третий критерий - как человек переживает свою относительную зависимость от других людей.

Существует для каждого человека необходимая мера одиночества, и если человек эту меру переступает, то он чувствует себя плохо. Мера одиночества - это своеобразная соотнесенность необходимости в независимости, уединенности от других и своего места среди своего окружения.

Индивидуализация, по К.Г. Юнгу, позволяет описывать становление отношения человека к самому себе. Человек сам создает в

психической жизни свои качества, он осознает свою собственную неповторимость как ценность и не позволяет разрушать ее другим людям. Способность признавать и сохранять индивидуальность в себе и других - один из важнейших параметров психического здоровья.

Возможности адаптации, социализации и индивидуализации имеются у каждого человека, степень их реализации зависит от социальной ситуации его развития, идеалов нормативного человека данного общества в данный конкретный момент. Однако можно заметить и недостаточность этих критериев для полного описания внутренней картины здоровья. Она в частности связана еще и с тем, что любой человек потенциально имеет возможность посмотреть на свою жизнь со стороны и оценить ее (рефлексия).

Существенной особенностью рефлексивных переживаний является то, что они возникают помимо воли и индивидуальных усилий. Они являются предпосылками духовной жизни человека, в которой, в отличие от психической жизни, результатом является переживание жизни как ценности. Духовное здоровье человека, как подчеркивают многие психологи (Маслоу А., Роджерс К. и др), проявляется прежде всего в связи человека со всем миром. Это может проявляться разнообразно - в религиозности, в чувствах красоты и гармонии, восхищения перед самой жизнью, радости от жизни. Переживания, в которых осуществляется связь с другими людьми, соответствие конкретному идеалу человека и составляют содержание внутренней картины здоровья как трансцендентального целостного представления о жизни.

Влияние болезни на психику человека

Наибольшее значение для практической деятельности врача представляет патогенное влияние соматического состояния на психику, под которым подразумевается не что иное, как нарушение психической деятельности человека в условиях соматической болезни.

На сегодняшний день является достаточно установленным, что имеются два основных вида патогенного влияния соматической болезни на психику человека: соматогенный и психогенный. Реально оба вида влияний представлены в единстве нарушений психики, однако соматогенный и психогенный компоненты могут выступать в различных соотношениях в зависимости от заболевания.

Соматогенное влияние болезни на психику. Связано с непосредственным воздействием на центральную нервную систему соматических вредностей (нарушение гемодинамики или интоксикация)

и самих интенсивных болевых ощущений. Особенно большую роль соматогенные влияния на психику играют при врожденных пороках сердца и заболеваниях почек. Мучительная боль бывает при метастазах злокачественных опухолей в позвоночнике. Интенсивная боль, накапливающиеся в крови вредные вещества или кислородная недостаточность, непосредственно воздействуя на головной мозг, вызывают нарушения в нервно-психической сфере. Весь комплекс нарушений в нервно-психической сфере при этом часто именуют термином «соматогения». По своей структуре соматогении характеризуются полиморфизмом проявлений - от неврозоподобных нарушений до психотических (с бредом, галлюцинациями) расстройств.

Психогенное влияние болезни на психику. Следует признать, что интоксикационные воздействия на центральную нервную систему наблюдаются лишь при некоторых соматических заболеваниях, тяжелом их течении и специфическими для клиники внутренних болезней не являются. Основной же формой влияния соматического заболевания на психику человека является психологическая реакция личности на сам факт заболевания и его последствия, имеющиеся при болезни астению, болезненне ощущения и нарушения общего самочувствия.

Субъективно-психологическую сторону любого заболевания чаще всего обозначают понятием «внутренняя (или аутопластическая) картина болезни». Последняя характеризуется формированием у больного определенного рода чувствований, представлений и знаний о своем заболевании.

В отечественной литературе проблема целостного рассмотрения личности и болезни поднималась в трудах таких врачей-интернистов, как М.Я. Мудров, СП. Боткин, Г.А. Захарьин, Н.И. Пирогов и другие. В последующем этот клинико-личностный подход развивался на основе положений нервизма (Сеченов И.М., Павлов И.П.) и кортико-висцеральной теории (Быков К.М., Курцин И.Т).

Соматопсихическое направление как таковое, в центре внимания которого находится вопрос влияния соматической болезни на личность, в отечественной медицине было заложено в трудах психиатров С.С. Корсакова, П.Б. Ганнушкина, В.А. Гиляровского, Е.К. Краснушкина, В.М. Бехтерева.

Болезнь как патологический процесс в организме двояким образом участвует в построении внутренней картины болезни:

Телесные ощущения местного и общего характера приводят к возникновению сенсорного уровня отражения картины заболевания.

Степень участия биологического фактора в становлении внутренней картины болезни определяется тяжестью клинических проявлений, астенией и болевыми ощущениями.

Болезнь создает трудную для больного жизненно-психологическую ситуацию. Эта ситуация включает в себя множество разнородных моментов: процедуры и прием лекарств, общение с врачами, перестройка отношений с близкими и коллегами по работе.

Эти и некоторые другие моменты налагают отпечаток на собственную оценку болезни и формируют окончательное отношение к своему заболеванию.

В механизмах взаимоотношений психики и сомы большую роль играют так называемые механизмы «замкнутого круга». Нарушения, первоначально возникающие в соматической (равно и в психической) сфере, вызывают реакции в психике (соме), а последние являются причиной дальнейших соматических (психических) нарушений. Так по «замкнутому кругу» развертывается целостная картина болезни. Особенно велика роль «замкнутого круга» в патогенезе психосоматических болезней и маскированной депрессии.

В научной литературе для описания субъективной стороны заболевания используется большое количество терминов, которые были введены различными авторами, но часто употребляются весьма сходным образом.

Аутопластическая картина болезни (Гольдшейдер А., 1929) - создается самим больным на основе совокупности его ощущений, представлений и переживаний, связанных с его физическим состоянием («сенситивный» уровень болезни базируется на ощущениях, а «интеллектуальный» уровень болезни является результатом размышлений больного о своем физическом состоянии).

Внутренняя картина болезни - в понимании известного терапевта Лурия Р.А. (1944-1977) не соответствует обычному пониманию субъективных жалоб больного; структура ее в отношении как сенситивной, так и интеллектуальной части аутопластической картины болезни, по Гольдштейну, находятся в очень большой зависимости от личности больного, его общего культурного уровня, социальной среды и воспитания.

Переживание болезни (Шевалев Е.А., Ковалев В.В., 1972) - общий чувственный и эмоциональный тон, на котором проявляются ощущения, представления, психогенные реакции и другие психические образования, связанные с болезнью. «Переживание болезни» тесно

связано с понятием «сознание болезни», хотя и не идентично ему.

Отношение к болезни (Рохлин Л.Л., 1957, Скворцов К.А., 1958) - вытекает из понятия «сознание болезни», что и формирует соответствующее реагирование на болезнь. Отношение к болезни складывается из восприятия больным своей болезни, ее оценки, связанных с ней переживаний и вытекающих из Такого отношения намерений и действий.

Внутренняя картина болезни

Углубление знаний о психологической стороне заболеваний в отечественной теории и практике медицины привело к появлению к настоящему времени множества различных концептуальных схем, раскрывающих структуру внутреннего мира больного человека. Многообразие терминов, в которых описывается субъективная сторона болезни, характерно и для зарубежных исследователей. Однако в большинстве современных психологических исследований внутренней картины заболевания при различных нозологических формах болезней в ее структуре выделяется несколько взаимосвязанных сторон (уровней):

болевая сторона болезни (уровень ощущений, чувственный уровень) - локализация болей и других неприятных ощущений, их интенсивность и т.п.;

эмоциональная сторона болезни связана с различными видами эмоционального реагирования на отдельные симптомы, заболевание в целом и его последствия;

интеллектуальная сторона болезни (рационально-информационный уровень) связана с представлениями и знаниями больного о его заболевании, размышлениями о его причинах и последствиях;

волевая сторона болезни (мотивационный уровень) связана с определенным отношением больного к своему заболеванию, необходимостью изменения поведения и привычного образа жизни, актуализацией деятельности по возвращению и сохранению здоровья.

На основании этих сторон у больного создается модель заболевания, т.е. представление о ее этиопатогенезе, клинике, лечении и прогнозе, которая определяет «масштаб переживаний» и поведение в целом.

Между истинным положением дел со здоровьем и «моделью болезни» больного часто нет знака равенства. Значение болезни в восприятии больного может как преувеличиваться, так и приуменьшаться.

При адекватном типе реагирования (нормонозогнозия) больные

правильно оценивают свое состояние и перспективы, их оценка совпадает с оценкой врача.

При гипернозогнозии больные склонны переоценивать значимость отдельных симптомов и болезни в целом, а при гипонозогнозии - склонны их недооценивать.

При диснозогнозии у больных наблюдаются искажение восприятия и отрицание наличия болезни и ее симптомов с целью диссимуляции или из-за страха ее последствий. Анизогнозия - полное отрицание болезни как таковой, типична для больных с алкоголизмом и онкологическими заболеваниями.

Внутренняя картина болезни, характеризуя целостное отношение к заболеванию, тесно связана с осознанием больным своей болезни. Степень осознанности своего заболевания во многом зависит от образованности и общего культурного уровня пациента, хотя полного соответствия здесь часто не наблюдается (как, например, при анизогнозиях). Даже при психических заболеваниях больной не может не давать естественных, психологически понятных и характерных для его личности реакций на свое заболевание. Причем при этом у некоторых больных имеется иногда смутное и неотчетливое осознание своей болезни, но бывает и так, что отчетливое осознание болезни может сочетаться с безразличным, тупым отношением к ней.

Степень осознанности своей болезни больным может нарушаться при некоторых очаговых поражениях мозга. Например, поражениям задних отделов левого полушария чаще сопутствует адекватная внутренняя картина болезни, в то время как при поражении задних отделов правого полушария наблюдалось сочетание адекватного когнитивного уровня осознания внутренней картины болезни с неадекватным эмоциональным представлением больных о своих перспективах, расхождение между планами на будущее и реальными возможностями. Неадекватная внутренняя картина болезни (неполное представление о своем состоянии) в сочетании с недостаточным ее эмоциональным переживанием характерна для лиц с поражением левой лобной области, а поражение правой лобной доли мозга также сопровождается расхождением между когнитивными и эмоциональными планами внутренней картины болезни (Виноградова Т.В., 1979).

Задача врача - коррекция модели болезни, коррекция "масштаба переживаний". Однако при коррекции внутренней картины болезни следует учитывать множество факторов. Например, если для успешного

лечения алкоголизма анизогнозию требуется ликвидировать, то надо ли устранять таковую при онкологических заболеваниях, однозначного ответа нет.

Типы реакции на болезнь

Можно выделить три главных типа реакции больного на свое заболевание: стеническая, астеническая и рациональная.

При активной жизненной позиции больного к лечению и обследованию говорят о стенической реакции на болезнь. Есть, однако, и негативная сторона этого типа поведения, так как больной может быть слабо способным к выполнению необходимых ограничений стереотипа жизни, накладываемых заболеванием.

При астенической реакции на заболевание у больных имеется наклонность к пессимизму и мнительности, но они относительно легче, чем больные со стенической реакцией, психологически приспосабливаются к заболеванию.

При рациональном типе реакции имеет место реальная оценка ситуации и рациональный уход от фрустрации.

Ряд авторов (Рейнвальд Н.И., 1969; Степанов А.Д., 1975; Лежепекова Л.Н., Якубов П.Я., 1977) описывает типы отношения к болезни, имея в виду характер взаимодействия, складывающийся при этом между врачом и пациентом

Типы личностной реакции на заболевание (Якубов Б.А., 1982)

Содружественная реакция. Эта реакция характерна для лиц с развитым интеллектом. Они как бы с первых же дней заболевания становятся "ассистентами" врача, демонстрируя не просто послушание, но и редкую пунктуальность, внимание, доброжелательность. Они безгранично доверяют своему лечащему врачу и признательны ему за помощь.

Спокойная реакция. Такая реакция характерна для лиц с устойчивыми эмоционально-волевыми процессами. Они пунктуальны, адекватно реагируют на все указания врача, точно выполняют лечебно-оздоровительные мероприятия. Они не просто спокойны, а даже представляются «солидными» и «степенными», легко вступают в контакт с медицинским персоналом. Могут иногда не осознавать свою болезнь, что мешает врачу выявить влияние психики на болезнь.

Неосознаваемая реакция. Такая реакция, имея патологическую основу, выполняет в ряде случаев роль психологической защиты, и эту форму защиты не всегда следует устранять, особенно при тяжелых заболеваниях с неблагоприятным исходом.

Следовая реакция. Несмотря на то, что заболевание заканчивается благополучно, больные находятся во власти болезненных сомнений, в ожидании рецидива заболевания. После болезни астенизированы, угнетены, даже депрессивны, склонны к ипохондрическим реакциям, продолжают посещать лечебное учреждение и считают, что стали хроническими, неизлечимыми больными.

Негативная реакция. Больные находятся во власти предубеждений, тенденциозности. Они подозрительны, недоверчивы, с трудом вступают в контакт с лечащим врачом, не придают серьезного значения его указаниям и советам. У них часто возникает конфликт с медицинским персоналом. Несмотря на психическое здоровье, они демонстрируют подчас так называемую «двойную ориентировку».

Паническая реакция. Больные находятся во власти страха, легко внушаемы, часто непоследовательны, лечатся одновременно в разных лечебных учреждениях, как бы проверяя одного врача другим врачом. Часто лечатся у знахарей. Их действия неадекватны, ошибочны, характерна аффективная неустойчивость.

Разрушительная реакция. Больные ведут себя неадекватно, неосторожно, игнорируя все указания лечащего врача. Такие лица не желают менять привычный образ жизни, профессиональную нагрузку. Это сопровождается отказом от приема лекарств, от стационарного лечения. Последствия такой реакции бывают часто неблагоприятными.

В типологии реагирования на болезнь Н.Д. Лакосиной и Г.К. Ушакова (1976) в качестве критерия, взятого за основу классификации типов, выделяется система потребностей, которые фрустрируются заболеванием: витальная, общественно-профессиональная, этическая, эстетическая или связанная с интимной жизнью. Другие авторы полагают, что реакция на болезнь в значительной степени обуславливается прогнозом заболевания.

В любом случае, в целях преодоления изменившегося самочувствия и различных проявлений болезни личностью вырабатывается комплекс адаптационных (приспособительных) приемов. Е.А. Шевалев (1936) и О.В. Кербиков (1971) определяют их как реакции адаптации, которые могут быть как компенсаторного (искусственное ограничение контактов, подсознательная маскировка симптомов, сознательное изменение режима дня, характера работы и т.п.), так и псевдокомпенсаторного характера (отрицание и игнорирование болезни).

Другими словами, заболевший на основе своей концепции болезни определенным образом изменяет привычный образ жизни, свою

трудовую деятельность и в этом отношении самые разные соматические заболевания могут создать однотипные жизненные обстоятельства для человека.

Р. Баркер (Barker R., 1946) выделяет 5 типов отношения к болезни: избегание дискомфорта с аутизацией (характерен для пациентов с невысоким интеллектом); замещение с нахождением новых средств достижения жизненных целей (лица с высоким интеллектом); игнорирующее поведение с вытеснением признания дефекта (у лиц со средним интеллектом, но высоким образовательным уровнем); компенсаторное поведение (тенденции агрессивного переноса неадекватных переживаний на окружающих и др.), невротические реакции.

В содержании внутренней картины болезни отражается не только наличная жизненная ситуация (ситуация болезни), но и преморбидные (доболезненные) особенности личности больного, его характер и темперамент. Преморбидные особенности личности во многом могут объяснять предпочтительность появления у больных тех или иных форм реагирования на заболевание.

Патологические формы реагирования на болезнь (переживание болезни) описываются исследователями в психиатрических терминах и понятиях: депрессивный, фобический, истерический, ипохондрический, эйфорически-анизогнозический и другие варианты (Ше-валев Е.А., 1936; Рохлин Л.Л, 1971; Ковалев В.В., 1972; Квасенко А.В., Зубарев Ю.Г., 1980 и др.). В этом аспекте довольно широкую популярность приобрела классификация типов отношения к болезни, предложенная А.Е. Личкои, Н.Л. Ивановым (1980). Типы отношения к болезни данной классификации могут идентифицироваться и с помощью специальной психологической методики (опросник), предложенной авторами.

Тип отношения к болезни (Личко А.Е.)

1. Гармоничный (Г) (реалистичный, взвешенный). Оценка своего состояния без склонности преувеличивать его тяжесть, но и без недооценки тяжести болезни. Стремление во всем активно содействовать успеху лечения. Стремление облегчить близким тяготы ухода за собой. В случае понимания неблагоприятного прогноза заболевания - переключение интересов на те области жизни, которые останутся доступными больному, сосредоточение внимания на своих делах, заботе о близких.

2. Эргопатический (Р) (стенический). «Уход от болезни в работу». Характерно сверхответственное, подчас одержимое, стеничное

отношение к работе, которое в ряде случаев выражено еще в большей степени, чем до болезни. Избирательное отношение к обследованию и лечению, обусловленное, прежде всего стремлением, несмотря на тяжесть заболевания, продолжать работу. Стремление во что бы то ни стало сохранить профессиональный статус и возможность продолжения активной трудовой деятельности в прежнем качестве.

3. Анозогнозический (З) (эйфорический). Активнее отбрасывание мысли о болезни, о возможных ее последствиях, вплоть до отрицания очевидного. При признании болезни - отбрасывание мыслей о возможных ее последствиях. Отчетливые тенденции рассматривать симптомы болезни как проявления «несерьезных» заболеваний или случайных колебаний самочувствия. В связи с этим нередко характерны отказ от врачебного обследования и лечения, желание «разобраться самому» и «обойтись своими средствами», надежда на то, что «само все обойдется». При эйфорическом варианте этого типа - необоснованно повышенное настроение, пренебрежительное, легкомысленное отношение к болезни и лечению. Желание продолжать получать от жизни все, что и ранее, несмотря на болезнь. Легкость нарушений режима и врачебных рекомендаций, пагубно сказывающихся на течении болезни.

4. Тревожный (Т) (тревожно-депрессивный и обсессивно-фобический). Непрерывное беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений неэффективности и даже опасности лечения. Поиск новых способов лечения, жажда дополнительной информации о болезни и методах лечения, поиск «авторитетов», частая смена лечащего врача. В отличие от ипохондрического типа отношения к болезни, в большей степени выражен интерес к объективным данным (результаты анализов, заключения специалистов), нежели к субъективным ощущениям. Поэтому - предпочтение слушать о проявлениях заболевания у других, а не предъявлять без конца свои жалобы. Настроение тревожное. Как следствие тревоги - угнетенность настроения и психической активности.

При обсессивно-фобическом варианте этого типа - тревожная мнительность, которая, прежде всего, касается опасений не реальных, а маловероятных осложнений болезни, неудач лечения, а также возможных (но малообоснованных) неудач в жизни; работе, взаимоотношениях с близкими в связи с болезнью. Воображаемые опасности волнуют более чем реальные. Защитой от тревоги становятся приметы и ритуалы.

5. Ипохондрический (И). Чрезмерное сосредоточение на субъективных болезненных и иных неприятных ощущениях. Стремление постоянно рассказывать о них врачам, медперсоналу и окружающим. Преувеличение действительных и выискивание несуществующих болезней и страданий. Преувеличение неприятных ощущений в связи с побочными действиями лекарств и диагностических процедур. Сочетание желания лечиться и неверия в успех, постоянных требований тщательного обследования у авторитетных специалистов и боязни вреда и болезненности процедур.

6. Неврастенический (Н). Поведение по типу «раздражительной слабости». Вспышки раздражения, особенно при болях, при неприятных ощущениях, при неудачах лечения. Раздражение нередко изливается на первого попавшегося и завершается раскаянием и угрызениями совести. Неумение и нежелание терпеть болевые ощущения. Нетерпеливость в обследовании и лечении, неспособность терпеливо ждать облегчения. В последующем - критическое отношение к своим поступкам и необдуманным словам, просьбы о прощении.

7. Меланхолический (М) (витально-тоскливый). Сверхудрученность болезнью, неверие в выздоровление, в возможное улучшение, в эффект лечения. Активные депрессивные высказывания вплоть до суицидных мыслей. Пессимистический взгляд на все вокруг. Сомнение в успехе лечения даже при благоприятных объективных данных и удовлетворительном самочувствии.

8. Апатический (А). Полное безразличие к своей судьбе, к исходу болезни, к результатам лечения. Пассивное подчинение процедурам и лечению при настойчивом побуждении со стороны. Утрата интереса к жизни, ко всему, что ранее волновало. Вялость и апатия в поведении, деятельности и межличностных отношениях.

9. Сенситивный (С). Чрезмерная ранимость, уязвимость, озабоченность возможными неблагоприятными впечатлениями, которые могут произвести на окружающих сведения о болезни. Опасения, что окружающие станут жалеть, считать неполноценным, пренебрежительно или с опаской относиться, распускать сплетни и неблагоприятные слухи о причине и природа болезни и даже избегать общения с больным. Боязнь стать обузой для близких из-за болезни и неблагожелательного отношения с их стороны в связи с этим. Колебания настроения, связанные, главным образом, с межличностными контактами.

10. Эгоцентрический (Э) (истероидный). «Принятие» болезни и поиски выгод в связи с болезнью. Выставление напоказ близким и

окружающим своих страданий и переживаний с целью вызвать сочувствие и полностью завладеть их вниманием. Требование исключительной заботы о себе в ущерб другим делам и заботам, полное невнимание к близким. Разговоры окружающих быстро переводятся «на себя». Другие люди, также требующие внимания и заботы, рассматриваются как «конкуренты», отношение к ним - неприязненное. Постоянное желание показать другим свою исключительность в отношении болезни, непохожесть на других. Эмоциональная нестабильность и непрогнозируемость.

11. Паранойяльный (П). Уверенность, что болезнь - результат внешних причин, чьего-то злого умысла. Крайняя подозрительность и настороженность к разговорам о себе, к лекарствам и процедурам. Стремление приписывать возможные осложнения или побочные действия лекарств халатности или злому умыслу врачей и персонала. Обвинения и требования наказаний в связи с этим.

12. Дисфорический (Д) (агрессивный). Доминирует гневливо-мрачное, озлобленное настроение, постоянный угрюмый и недовольный вид. Зависть и ненависть к здоровым, включая родных и близких. Вспышки озлобленности со склонностью винить в своей болезни других. Требование особого внимания к себе и подозрительность к процедурам и лечению. Агрессивное, подчас деспотическое отношение к близким, требование во всем угождать.

Практическая часть

Заполнить пробелы:

1. Субъективные ощущения человека во время болезни носят ____ характер.
2. Как правило, люди, страдающие хроническими, длительно текущими заболеваниями, знают о своем заболевании _____, чем пациенты с острыми хроническими заболеваниями.
3. За последние десятилетия культурный и интеллектуальный уровень наших пациентов заметно _____ .
4. Во время болезни у пациента могут формироваться как позитивные для развития его личности _____ , так и негативные.
5. ВКБ - это осознанное _____ представление пациента о своем заболевании.
6. Каждый уровень ВКБ имеет значимость для диагностики, лечения, ухода и _____ с пациентом.
7. С точки зрения В.В. Николаевой, в основе преодоления кризиса

развития личности при хроническом соматическом заболевании лежит потребность в ____.

Верно или неверно:

1. Во время болезни пациент может испытывать положительные эмоции.

2. Мнения сестринского персонала и пациента о его состоянии могут сильно различаться.

3. Сестринский персонал может использовать личный опыт пациента при введении ему инсулина.

4. Апатия — это расстройство, характеризующееся длительным отказом от приема пищи.

Выбрать правильный ответ:

1. Интеллектуальный уровень болезни — это:

а) отношение больного к своему заболеванию;

б) основные знания о причинах, сущности, тяжести, течении и возможных последствиях заболевания;

в) переживания в связи с заболеванием;

г) комплекс субъективных ощущений больного, вызванных болезнью.

2. Формирование ВКБ зависит от:

а) особенностей личности пациента;

б) специфики заболевания;

в) состояния взаимоотношений в семье;

г) все ответы верны.

3. Преморбид — это:

а) состояние, характеризующееся повышенным настроением с чувством удовольствия и переоценкой собственной личности;

б) внутреннее состояние организма, побуждающее или ведущее его к действию;

в) патологическая кожная чувствительность;

г) личностные особенности, на фоне которых развивается болезнь;

д) постижение эмоционального состояния, проникновение в переживания другого человека.

4. Ипохондрия — это:

а) чрезмерная озабоченность собственным физическим здоровьем;

б) патологически повышенное радостное настроение с недостаточной критической оценкой своего состояния;

в) безразличие к себе, окружающим лицам, событиям;

г) повышенная утомляемость, частая смена настроения, раздражительность, слабость, слезливость;

д) неконтролируемое поглощение пищи с последующим приемом слабительного или рвотного средства.

5. Гипотимия — это:

а) снижение памяти;

б) пониженное настроение;

в) пониженная чувствительность;

г) снижение уровня кислорода в тканях;

д) пониженное давление.

Найти соответствие:

1. Уровни ВКБ: 1. Чувственный 2. Эмоциональный 3. Интеллектуальный 4. Мотивационный	Сущность каждого уровня: а) знания пациента о своем заболевании; б) оценка болезни и выбор путей борьбы с ней; в) снижение настроения, грусть, разочарование; г) субъективные ощущения: боль, тошнота, головокружение и т.д.

Контрольные вопросы

1. Охарактеризуйте структуру ВКБ.
2. Какой из уровней ВКБ, на ваш взгляд, самый важный и почему?
3. Какие ощущения может испытывать человек во время болезни?
4. Опишите динамику эмоциональной сферы пациента во время заболевания.
5. Как и по каким причинам могут отличаться интеллектуальные уровни ВКБ у разных категорий пациентов?
6. Какие факторы оказывают влияние на формирование ВКБ?
7. Перечислите критерии, по которым можно оценить изменения личности, которые происходят у больного человека?
8. Вспомните, что такое депрессия, эйфория, апатия.
9. Перечислите основные клинические проявления депрессии.

Практическая работа №4.
Понятие о внутренней картине здоровья

Внутренняя картина здоровья (ВКЗ) — продукт познавательной и личностной активности субъекта, целостное представление человека о здоровье, его ценности, путях его достижения и поддержания, а также оценка собственного состояния и доступных психических и физических ресурсов.

Термин был впервые употреблен В. М. Смирновым и Т. Н. Резниковой в 1983 г. Начало разработки феномена ВКЗ было обусловлено несколькими причинами. Во-первых, глобальным переходом науки от патоцентрической парадигмы к саноцентрической, то есть перемещением фокуса внимания с лечения болезни на поддержание здоровья, а также рассмотрением его в культурно-историческом контексте и контексте психосоматического развития индивида. Во-вторых, изменением ценностных установок общества и превращение субъектного (активного) отношения к здоровью в эталон. Наконец, введение данного конструкта можно объяснить развитием понятия внутренней картины болезни (ВКБ), которое предполагает учёт и субъективной картины здоровья в качестве точки отсчета.

Структура внутренней картины здоровья

Проблема структуры ВКЗ отражает её субъективный аспект[4]. Внутренняя картина здоровья представляет собой сложный психологический феномен, который включает в себя ряд уровней. Однако структура ВКЗ варьируется у разных авторов[3][5].

Уровни ВКЗ

В соответствии *с руководством по психологии* здоровья рассматриваются следующие уровни ВКЗ:

Сенсорный уровень

Сенсорный уровень является базовым в становлении ВКЗ. Телесный опыт состоит из самочувствия и образа тела.

Самочувствие формируется на основе интрацептивных ощущений, которые играют ведущую роль в младенческом возрасте. Первичное различение телесных сигналов идёт по линиям базовых потребностей (боль - не боль, голод - сытость, тепло - холод, сухость - влага, приятность - неприятность). При этом, на данном возрастном этапе самочувствие человека представляет собой психосоматическое единство: как с точки зрения единства интероцептивных и эмоциональных процессов, так и с точки зрения разделённость его с

матерью.

Образ тела формируется на основе экстероцепции и метакогнитивных механизмов (например, привязанности и социально - эмоциональной обратной связи).

В целом можно сказать, самочувствие и образ тела представляют собой два вектора психосенсорного развития. Так, первый представляет собой дифференциацию ощущений, а второй - их интеграцию.

Когнитивный уровень

К когнитивному уровню относятся представления о здоровье, когнитивные аттитюды, локус контроля здоровья.

Представления о здоровье - это определение субъектом здоровья как такового. Они являются наиболее широко изученными в психологии, как в рамках ВКЗ, так и в подходах к построению моделей поведения, связанного со здоровьем. Специфика подхода ВКЗ заключается в системном подходе: когнитивный уровень изучается не только сам по себе, но и во взаимодействии с другими уровнями.

Существуют разные взгляды на развитие когнитивного уровня ВКЗ. Среди наиболее распространённых можно выделить теории, построенные на основе стадий когнитивного развития по Ж. Пиаже (например, R. Bibace & M. E. Walsh) и теории врожденного понимания (C. Kalish). Также предлагаются модели, согласно которым представления о здоровье и болезни у детей формируются по принципу схем (С. Нормандо), на основе субъективного опыта болезни (S. L. Goldman), социального научения (А. Бандура) и локуса контроля (J. B. Rotter).

Эмоциональный уровень

К эмоциональному уровню ВКЗ относятся аффективные аттитюды, тревога и страхи, связанные со здоровьем. Аффективные аттитюды - это чувства по отношению к объектам, связанным со здоровьем. Тревога о здоровье - это тревога, которая связана с неверной интерпретацией телесных ощущений и восприятие их как опасных для здоровья. Высокий уровень тревоги о здоровье связан с ипохондрией.

Данный уровень изучен гораздо меньше в связи недостаточностью методологического аппарата: эксплицитные методики и методы самоотчета были недостаточны для изучения неосознаваемых установок в отношении здоровья. Данная проблема была частично решена с введением имплицитных методик (например, имплицитного ассоциативного теста).

Ценностно-мотивационный уровень

Ядром данного уровня является ценность здоровья - абстрактная мотивация по сохранению своего физического и психического благополучия. Сюда же относятся и ценности, которые могут противоречить этой мотивации и создавать ценностный конфликт, отражающийся на когнитивном и эмоциональном уровнях. Именно с ним многие исследователи связывают амбивалентные аттитюды и возникновение тревоги о здоровье.

Структура ВКЗ по Ананьеву

По В. А. Ананьеву, ВКЗ включает в себя когнитивный, эмоциональный и поведенческий уровни.

Когнитивный уровень

Когнитивный уровень представляет собой рациональную сторону ВКЗ и включает в себя совокупность субъекта о здоровье: причины, содержание, возможные прогнозы, а также оптимальные способы сохранения, укрепления и развития здоровья.

Эмоциональный уровень

Эмоциональный уровень — это чувственная сторона ВКЗ, которая включает в себя переживание здорового самочувствия, связанное с комплексом ощущений, формирующих эмоциональный фон.

Поведенческий уровень

Поведенческий уровень ВКЗ является моторно-волевой стороной. Это совокупность усилий, стремлений, конкретных действий здорового человека, обусловленных его системой верований (когнитивный уровень) и направленных на достижение субъективно значимых целей.

Формирование внутренней картины здоровья

И здоровье, и болезнь человека объективируются его телесностью. Телесность, в свою очередь, развивается подобно любой высшей психической функции, через усвоение системы значений и способов регулирования ребёнком его телесных проявлений. Важную роль в этом процессе играет значимый взрослый, который является посредником между ребёнком и миром культуры. В силу своей социальности, ВКЗ подвержена влиянию культурных эталонов и стереотипов. Социум задает идеалы внешности и эталоны здоровья, предлагает различные формы контроля над своим самочувствием[2].

Таким образом, формирование внутренней картины здоровья идет путем интериоризации общественных значений и смыслов в процессе взаимодействия ребёнка с ближайшим социальным окружением (семья, учителя, врачи, сверстники, СМИ). Часто одинаково релевантная информация, получаемая из разных источников, оказывается

противоречивой, что негативно сказывается на главной функции ВКЗ — регуляции деятельности индивида в отношении его поведения, направленного на поддержание здоровья[2].

Формирование ВКЗ является гетерохронным, то есть уровни ВКЗ развиваются неравномерно на разных возрастных этапах[5]. ВКЗ ребёнка — важная часть его Я-концепции, которая представляет собой совокупность установок, направленных им на свое здоровье. Формирование ВКЗ в процессе развития ребёнка проходит несколько этапов. Для каждого этапа характерны основные психологические системообразующие факторы, влияющие на отношение ребёнка к своему здоровью[1]. Первый этап охватывает период младенчества. Это этап эмоциональной привязанности ребёнка к матери. Эмоциональная привязанность — основа здорового эмоционального и социального развития ребёнка в последующие годы.

Второй этап охватывает период раннего детства. Это этап формирования идентичности и подражания. Примерно с полутора до двух лет ребёнок начинает осознавать свои возможности и свое состояние. Формирование ВКЗ осуществляется по типу родительского отношения к здоровью, ребёнок подражает поведению родителей в отношении своего здоровья.

Третий этап - это этап конкретно-ситуативного представления о здоровье и эмоционального отношения к нему. Охватывает период дошкольного возраста.

Четвертый этап — этап осознания и эмоционально-оценочного отношения к своему здоровью. Этот этап охватывает младший школьный возраст.

Пятый этап — этап возникновения социальной установки личности подростка на свое здоровье, которая включает в себя когнитивные, эмоциональные и поведенческие компоненты

Практическая часть

Заполнить пробелы**:**

1. Представления человека о здоровье определяют его _____ по отношению к здоровью.
2. ВКЗ можно рассматривать как целостное представление человека о его ____.
3. Можно говорить о ____, ____и ____ возрастах человека.
4. У современного человека часто отсутствует _____к здоровому образу жизни.

5. Медицинская модель обучения здоровому образу жизни основана на ____людей.
6. Один из лучших способов лечения - _____.
7. Критерии психического здоровья в первую очередь основаны на ____ ____ ____.
8. При распределении ресурсов следует отдавать приоритет службам, ориентированным на здоровья, а не на ____.

Верно или неверно:

1. Сейчас не принято назначать длительный постельный режим даже после операции.
2. Один из критериев биологического возраста — возможность адаптации к окружающей среде.
3. Человек может иметь отменное физическое здоровье, но быть болен психически и духовно.
4. Можно оценить как здоровье индивида, так и здоровье группы.

Выбрать правильный ответ:

1. Социализация - это:

а) понятие, отражающее степень адаптации человека к окружающей среде;

б) процесс становления личности человека;

в) понятие, отражающее степень соответствия положения человека существующим в данной культуре нормам;

г) постижение эмоционального состояния, проникновение в переживания другого человека.

2. Здоровье - это:

а) состояние динамического равновесия между человеком и окружающей средой;

б) оптимальный уровень функционирования индивидуумов, семейств и общин;

в) состояние, позволяющее людям достигать оптимального уровня жизнедеятельности;

г) состояние, позволяющее человеку гармонично развиваться во всех направлениях;

д) все ответы верны.

3. Рефлексия - это:

а) процесс познания человеком своих внутренних психических свойств, состояний, процессов;

б) способность одновременного успешного выполнения двух или более различных видов деятельности;

в) способность человека осознанно сосредоточиться на самом себе;

г) способность человека представить, как он воспринимается партнером по общению.

Контрольные вопросы

1. Что такое негативная и позитивная концепции здоровья?
2. Какие взгляды на здоровье и болезнь в основном распространены в России?
3. Почему здоровье определяется через показатели заболеваемости и уровень смертности?
4. Дайте характеристики составляющим здоровья.
5. В соответствии с Приказом Минздрава РФ № 249 «О номенклатуре специальностей среднего медицинского и фармацевтического персонала» от 09.081997, в частности, медсестринский персонал должен иметь способности к обучению пациентов здоровому образу жизни. Какие модели обучения она может использовать?
6. Почему могут возникнуть трудности при обучении человека здоровому образу жизни?

Практическая работа №5.
Составление истории болезни пациента

История болезни на каждом этапе развития медицины отражала соответствующий взгляд ученых на схему обследования больного, логическое построение диагнозе на основе оценки клинических проявлений болезни, сложного взаимодействия факторов внешней среды, условий жизни и труда, комплексный подход к лечению больного и прогнозу.

Историческая справка:

Еще в 1677г. доктор Петр Пантанус и лекарь Яган Тирик Шартлинг после осмотра больного Самсона Емельянова в «докторской сказке», то бишь истории болезни, записали суть его заболевания таким образом: «Болезнь у него нутренняя каменная в почках и мочею выходят крупные и мелкие каменья; а как у него те каменья выходят, и в то время он бывает при смерти: да от той же болезни и голове великий лом, и от того лому и от болезни глаза попортило с великой натуги и теми глазами мало видит;

и если ему, от такой великой болезни куды на ветер выходить - и ему окромя смерти себя ожидать нечего. И за той болезнью ныне и впредь ему Самсону государя службу служить не мочно. (Матер.для истории медицины в России, вып.4. СПб., 1885, с. 916).

Большое значение правильному ведению истории болезни и ценности ее для клиники придавал основоположник отечественной терапии М.Я.Мудров (1776-1831 гг.). За 22-летний период работы в клинике М.Я.Мудров собственноручно написал 20 000 историй болезни, которые очень ценил. Он написал в частности: «Сие сокровище (т.е. истории болезни) для меня дороже всей моей библиотеки. Печатные книги везде можно найти, а истории болезни нигде».

Он считал, что история болезни должна иметь «достоинства точного повествования о случившемся происшествии, поэтому она должна быть справедливой. В ней подлежат описанию лишь достоверные факты, а небывалых выдумывать не должно для оправдания своего лечения либо для утверждения какого-либо умозрения или системы». Далее ... «надобно все писать в порядке, писать ежедневно и ежедневно проверять ход болезни с лечением. Сие то и составляет историю болезни или клиническую».

История болезни обычно заполняется при первичном осмотре больного по установленной форме и в определенной последовательности на специальном унифицированном бланке, состоящем из титульного листа и вкладных листов различного назначения. Завершается история болезни эпикризом, который представляет собой резюме с кратким описанием хода диагностического процесса, проводимого лечения с оценкой его эффективности, указаний по состоянию трудовой способности, рекомендаций больному реабилитационно-профилактического плана.

При выписке больного все заполненные истории болезни, включая температурный и лист врачебных назначений, подшивают к карте стационарного больного, после чего ее подписывает лечащий врач и зав.отделением, затем историю болезни передают в архив, где она хранится в течение 25 лет.

СХЕМА ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ

Медицинская карта № больного

Дата и время поступления Дата выписки из клиники Отделение , палата №

Проведено койко-дней

Вид транспортировки: на каталке, в кресле, может идти (подчеркнуть)

Группа крови Резус-принадлежность

I. ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ (паспортная часть)

- Фамилия, имя, отчество
- Возраст
- Пол
- Постоянное место жительство: вписать адрес
- Место работы, профессия или должность
- Диагноз направившего учреждения
- Диагноз при поступлении
- Диагноз клинический (дата установления -не позднее 3-х дней после поступления)
  - основной
  - осложнения основного
  - сопутствующий
- Исход заболевания:
  - выздоровление
  - улучшение
  - без перемен
  - ухудшение
  - смерть
- Трудоспособность
  - восстановлена полностью
  - снижена
  - временно утрачена
  - стойко утрачена

II. РАССПРОС БОЛЬНОГО

1. ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО

При всем многообразии жалоб, встречающихся при том или ином заболевании внутренних органов, все их можно разделить на две категории:

1. Это группа совершенно определенных, четких жалоб, указывающих на поражение того или иного органа или системы -это основные жалобы: кашель, боли в грудной клетке, одышка- при заболеваниях органов дыхания, диспепсические расстройства, боли в животе - при патологии ЖКТ и т.д.

2. Группа неопределенных, неясных жалоб без указания на поражение какого-нибудь определенного органа или системы - это

второстепенные жалобы (типа плохого самочувствия, общей слабости, неустойчивости настроения, нарушенного сна, появления повышенной потливости, снижения интереса к работе) которые могут встречаться при разного рода функциональных расстройствах или хронических заболеваниях.

Опрос необходимо проводить подробно, при наличии жалоб уточнить их характер и детализировать.

Система органов дыхания:

а) Кашель

- постоянный или периодический
- время появления (утро, ночь)
- характер кашля (тихий, короткий, «лающий»)
- сопровождается ли он болями в грудной клетке
- выделение мокроты (сухой или влажный)

б) Мокрота

- отходит легко или с трудом
- характер (слизистый, слизисто-гнойный, гнойный, кровянистый), количество за сутки запах (гнилостный)

в) Кровохарканье

- частота
- интенсивность
- количество крови
- характер (кровь с мокротой, жидкая кровь, сгустки крови, прожилки крови, розовая пенистая)
- цвет (алый, темный)

г) Боли в грудной клетке

- локализация
- характер (острый, тупой, ноющий, колющий)
- связь с дыханием, кашлем, положением тела, движением грудной клетки
- иррадиация
- периодичность
- мероприятия, облегчающие боли (ограничение глубины дыхания, вынужденное положение, прием лекарств)

д) Одышка

- постоянная или периодическая
- время и условия ее появления (ночью, утром, днем, вечером, при физическом напряжении, при подъеме в гору или по лестнице, при ходьбе по ровному месту или в покое)

- характер одышки (инспираторная, экспираторная, смешанная, приступы удушья)
- положение, облегчающее состояние больного
- при наличии удушья- факторы, провоцирующие приступы
- характер удушья
- сила, продолжительность, частота приступов
- мероприятия, способствующие ликвидации удушья

Жалобы на кашель могут быть признаком раздражения слизистой оболочки бронхов, воспаления плевры, воспалительного процесса в легких, но они, кроме того, бывают обусловлены сдавлением опухолью ветвей блуждающего нерва, застоем крови в малом круге кровообращения, гастроэзофагеальным рефлюксом и т.д. То есть кашель может быть признаком как заболеваний органов дыхания (в большинстве случаев), так и других органов и систем. Следует помнить и о том, что кашель иногда возникает как побочное действие некоторых лекарственных препаратов- ингибиторов АПФ, b-блокаторов (провоцирует бронхообструкцию), нестероидных противовоспалительных препаратов (аспириновая бронхиальная астма).

Причины появления болей в грудной клетке также многообразны: это и заболевания органов дыхания (пневмонии, плевриты, рак легкого, плевры), и патология сердечно-сосудистой системы (ИБС, миокардиты, перикардит), патология нервно-мышечного аппарата (невралгии, миозиты), позвоночника (остеохондроз с корешковым болевым синдромом).

Одышка чаще всего является признаком патологических процессов в органах дыхания, сердечно-сосудистой системе, отмечается при анемиях, интоксикациях.

Система кровообращения

а) Боли в области сердца

- локализация (за грудиной, в области верхушки)
- характер (сжимающие, давящие, жгучие, тупые, острые, колющие, ноющие и т.д.)
- интенсивность
- иррадиация (в левую лопатку, руку, ключицу, нижнюю челюсть и т.д.)
- постоянные или приступообразные
- связь болей с физической нагрузкой (какой именно- этажи, пройденные метры), волнением
- бывают ли боли в покое

- поведение больного при болях («замирает», мечется, останавливается)
- продолжительность
- мероприятия, облегчающие боли (вынужденное положение, прием нитроглицерина (как быстро снимает боль))

б) Сердцебиения

- постоянные или периодические
- длительность
- интенсивность
- условия, провоцирующие появление (нагрузки, волнение, прием пищи, метеозависимость)
- мероприятия, облегчающие состояние

в) Перебои в работе сердца

- постоянные или периодические
- частота
- условия, провоцирующие их появление (физическая нагрузка, прием пищи, волнение, в покое, во время сна)
- мероприятия, купирующие перебои в работе сердца (покой, задержка дыхания, натуживание, прием антиаритмиков, успокоительных средств)

г) Одышка

- постоянная или периодическая
- условия, при которых она появляется (при физическом напряжении (каком), в покое)
- время суток (день, ночь)
- характер одышки
- интенсивность
- положение больного (произвольное, горизонтальное, вертикальное, ортопное)
- сопровождается ли кашлем
- мероприятия, облегчающие состояние больного (вынужденное положение, ингаляции кислорода, наложение жгутов на конечности, введение сердечных препаратов и диуретиков и т.д.)

д) Отеки

- локализация
- степень выраженности
- постоянные или исчезающие
- время появления (утром, вечером)

Детализация каждой из жалоб позволяет, иногда даже только на

основании расспроса, решить вопрос о каком заболевании сердечно-сосудистой системы идет речь. Так, сжимающие боли за грудиной, провоцируемые физической нагрузкой, с иррадиацией в левую руку, продолжительностью не более получаса, заставляющие больного остановиться, замереть, и проходящие после приема нитроглицерина в течение 1-3 минут, свидетельствуют о наличии у больного стенокардии напряжения. Болевой приступ при инфаркте миокарда при той же локализации, характере и иррадиации, имеет черты более выраженной интенсивности, большей продолжительности, характеризуется отсутствием эффекта от нитратов, больной может метаться от боли.

Болевые ощущения при вегетососудистой дистонии обычно ощущаются не за грудиной, а в области верхушки сердца. Они колющего характера, беспокоят больного постоянно, не иррадиируют, чаще всего бывают связаны с различным эмоциональным напряжением. Эффект отмечается от седативных препаратов.

Воспалительные заболевания сердца, миокардиты, чаще сопровождаются постоянными ноющими болями по всей области сердца, ощущением несильного давления на сердце, которое работает как будто в плотно облегающей затрудняющей работу сердца оболочке («ватное» сердце).

Отеки удел далеко зашедших органических поражений сердечно-сосудистой системы с ослаблением сократительной способности миокарда самого различного происхождения.

Система пищеварения

а) Аппетит

- повышенный, пониженный, отсутствует
- отвращение к еде (анорексия), к какой именно еде, страх перед едой, извращение вкуса (потребность есть мел и т.д.)

б) Вкус во рту

- нормальный, кислый, горький, металлический, сладковатый
- отсутствие вкусовых ощущений

в) Нарушение глотания

- болезненное, затрудненное, невозможное
- какая пища проходит (твердая, жидкая)
- на каком уровне ощущает остановку пищи
- болезненность при глотании (одинофагия)

г) Изжога

- частота
- интенсивность и длительность

- связь с приемом пищи, и какой
- что облегчает изжогу

д) Отрыжка

- воздухом, съеденной пищей, горькая, кислая, тухлым яйцом
- связь с приемом пищи
- частота и продолжительность

е) Тошнота

- частота, продолжительность, интенсивность и зависимость от приема и характера пищи
- сопровождается ли рвотой

ж) Рвота

- натощак, после еды (сразу или через определенный срок), независимо от приема пищи, на высоте болей
- предшествует ли тошнота
- частота
- вкус (кислый, горький, без вкуса)
- количество рвотных масс (обильное, незначительное)
- запах рвотных масс (кислый, гнилостный, зловонный)
- характер рвотных масс (съеденной пищей, желчью, кровью (алая, темная, в виде «кофейной гущи»)).
- Ведет ли рвота к облегчению болей, тошноты

з) Чувство распирания и тяжести в животе

- зависимость от приема и рода пищи, от количества съеденного

и) Вздутие живота (метеоризм)

- разлитое, локализованное
- отхождение газов (свободное, обильное, затрудненное)

к) Стул

- регулярный, нерегулярный
- запоры (по сколько дней не бывает стула)
- что предпринимает для послабления стула
- количество кала
- поносы
- сколько раз в сутки
- тенезмы
- связь с волнением, приемом пищи, временем суток
- консистенция и форма кала (оформленный, колбасовидный, лентовидный, овечий, кашицеобразный, жидкий, водянистый, в виде рисового отвара)
- примесь (слизь, кровь, гной, остатки непереваренной пищи,

глисты)

- цвет (коричневый, темный, глинистый, дегтеобразный, обесцвеченный)
- запах (обычный, кислый, зловонный) л) Боли в животе
- локализация (подложечная область, правое или левое подреберья, в подвздошных областях, пупочной и т.д.)
- иррадиация (в спину, плечо, лопатку, пах, ногу и т.д.)
- постоянные или периодические (приступообразные, схваткообразные)
- возникают сразу или постепенно
- характер болей (острые, тупые, ноющие, тянущие, жгучие, режущие)
- продолжительность и интенсивность болей
- связь с приемом пищи (натощак, ночные, через какое время после приема пищи)
- связь с характером пищи (грубая, острая, сладкая, кислая и т.д.)
- связь болей с ходьбой, тряской ездой, работой, подъемом тяжестей, натуживанием, дефекацией, метеоризмом)
- мероприятия, облегчающие боли.

Характеристика аппетита дает представление о многом. Так, избыточная, чрезмерная потребность в еде (булимия- волчий голод) может быть признаком эндокринной патологии, или психического заболевания. В то же время повышенный аппетит с одновременной боязнью приема пищи (ситофобия) - характерный признак язвенной болезни желудка с повышенной секрецией. Полная потеря аппетита, появление отвращения к мясным продуктам - признак рака желудка.

Неприятный вкус во рту, как правило, обусловлен кариесом, гингивитом, стоматитом, лакунарной ангиной, желудочно-кишечными диспепсиями. При гастроэзофагеальной рефлюксной болезни возможен кислый вкус во рту, при синдроме ахилии- металлический, при билиарной патологии- горький.

Отрыжка воздухом является признаком аэрофагии, горькая отрыжка

- дуоденогастрального рефлюкса, кислая - гастроэзофагеального рефлюкса; горько-едкая - накоплением в желудке кислот брожения (масляной и др.); отрыжка тухлым яйцом - связана с застоем пищи в желудке (например, при стенозе привратника).

Тошнота натощак с обильным и длительным слюнотечением

довольно часто наблюдается при глистных инвазиях. Тошнота со рвотой вне приема пищи может быть обусловлена повышением внутричерепного давления, и сопровождаться головными болями. Рвота с предшествующей тошнотой на высоте болей, приносящая облегчение, характерна для обострения язвенной болезни. Обильная рвота с остатками пищи, съеденной накануне, нередко является признаком стеноза привратника Рвота желчью, не приносящая облегчения - частый признак билиарной патологии. Рвота «кофейной гущей»- симптом желудочного кровотечения.

Боли в животе - наиболее частая жалоба может быть признаком многих желудочно-кишечных заболеваний. Необходимо учитывать связь возникновения или исчезновения болей с приемом пищи, характер и скорость развития болевого синдрома. Для язвенной болезни двенадцатиперстной кишки характерны голодные, ночные боли, больной испытывает облегчение после еды. При желчной колике боли возникают после жирной, острой, жареной пищи, они носят интенсивный характер (по типу колики), иррадиируют в правую половину спины, вверх в правую ключицу, могут сопровождаться повышением температуры тела, тошнотой, рвотой, не приносящей облегчения. На следующий день после приступа может появиться желтушность склер и кожи, потемнение мочи, посветление кала. Боли в левом подреберье большинство больных связывает, часто ошибочно, с заболеванием поджелудочной железы. В реальности эти боли часто вызваны патологией фундального отдела и тела желудка, селезеночного угла толстой кишки, левой почки. Боли при заболеваниях кишечника могут носить дистензионный (из-за метеоризма и вздутия кишечника) и спастический характер.

Нарушения стула, наряду с метеоризмом, нуждаются в детализации при расспросе, уточнении провоцирующих причин, характеристике кала. Это позволяет уточнить, о какой диспепсии идет речь (бродильной или гнилостной). При бродильной больные обращают внимание на обильное газообразование, нерезкий запах испражнений, кашицеобразная или жидкая их консистенция сероватого или зеленоватого цвета. Нередко - пенистый характер кала. При гнилостной диспепсии кал обычно пятнистый, темно,-или светлокоричневый, мягкий или слабооформленный, резко зловонный и необильный.

На кишечное кровотечение могут указывать жалобы на появление крови в кале. Чем ниже расположен источник кровопотери, тем более явственно будет примесь неизмененной крови к калу. При кровотечении

из верхних участков желудочно-кишечного тракта кал приобретает форму дегтеобразного (мелена).

Система мочеотделения

а) Боли

локализация (поясничная область, над лобком, по фланкам)

характер (ноющие, тупые, острые, резких, раздирающие)

постоянные или периодические (приступообразные)

условия, провоцирующие боли (переохлаждение,

физическое напряжение, тряская езда, быстрая ходьба или бег, прием спиртных напитков, пива и т.д.)

поведение больного при болях (больной мечется от боли)

иррадиация (в надлобковую область, в пах, в половые органы)

мероприятия, облегчающие состояние больного (грелка, горячая ванна, инъекции обезболивающих средств и т.п.)

сопровождаются ли дизурическими расстройствами

сопровождаются ли повышением температуры тела

б) Мочеиспускание

частота, особенно ночью

свободное, произвольное или затрудненное

ложные позывы на мочеиспускание

изменение струи мочи (тонкая, слабая, прерывистая)

боли при мочеиспускании (рези, жжение, в начале, в

конце, в течение всего мочеиспускания)

количество выделяемой за сутки мочи

цвет мочи (соломенно-желтый, темный, цвета пива,

красный, цвет мясных помоев)

выделение видимой на глаз крови с мочой

Боли с двусторонней локализацией в поясничной области ноющего, тупого характера, продолжительные, без иррадиации, уменьшающиеся в горизонтальном положении (в теплой постели) характерны для гломерулонефритов. Односторонняя локализация болей может быть при мочекаменной болезни с приступом почечной колики, пиелонефрите (но он м.б. и двусторонний), при инфаркте почки, паранефрите. Боли острые, сопровождаются лихорадкой, интоксикацией. Боль при почечной колике сопровождается, помимо прочего, иррадиацией по ходу мочеточника в мочевой пузырь и наружные половые органы. Боли при почечной колике могут сопровождаться дизурическими расстройствами, гематурией. Успокаиваются они после применения тепла (грелки, горячая ванна), инъекций обезболивающих препаратов и спазмолитиков.

Односторонняя локализация болей не острого, а тупого характера, интенсивных, сопровождающихся гематурией, характерна для опухолевого процесса в почках.

Надлобковая локализация в сочетании с дизурией (частое болезненное мочеиспускание - странгурия), может наблюдаться при воспалении мочевого пузыря, наличии в нем конкрементов. Ослабление струи мочи у мужчин - характерная черта аденомы предстательной железы.

Нервная система

а) Сон

- нормальный или нарушен (бессонница, трудное засыпание, тревожный сон, сновидения, кошмары, сонливость днем, продолжительность сна)

б) Настроение

- ровное, спокойное, неустойчивое, возбужденное, тревожное, тревожно-мнительное, вспыльчивое, подавленное, вялое, апатичное, депрессивное, эйфоричное

в) Память

- сохранена, снижена

г) Головные боли

- локализация, характер, интенсивность, периодичность, время и условия появления, продолжительность, поведение при болях, сопровождаются ли боли тошнотой, рвотой

д) Головокружение

- условия появления (резкая перемена положения тела больного, физическая нагрузка, учащение дыхания, прием лекарств, связь с головными болями, обмороками)
- мероприятия, облегчающие состояние больного

Субъективные неврологические признаки, выявляемые при расспросе, могут иметь место у больных, страдающих какими-либо определенными заболеваниями нервной системы, однако аналогичные жалобы встречаются и у больных терапевтического профиля. Так, головные боли отмечаются при гипертонической болезни, хронических интоксикациях. В ряде случаев головные боли беспокоят больных при ЛОР патологии -отите, гайморите, фронтите, заболеваниях глаз (глаукоме). Нарушения сна, настроения, памяти в сочетании с головными болями, головокружением являются признаком атеросклеротической энцефалопатии; приливы к голове, внезапное ощущение жара - признаком климактерических дисгормональных

расстройств.

Эндокринная система

а) Слабость (в какой степени выражена)

б) Утомляемость (быстрота ее наступления)

в) Работоспособность (сохранена, снижена, утрачена)

г) Похудание или прибавление в весе (как долго и в какой степени)

д) Повышенный аппетит или его отсутствие е) Ощущение жара, приливы к голове, жажда ж) Раздражительность, лабильность настроения, апатия з) Потливость, дрожание рук

Жалобы на общую слабость, утомляемость, отечность и сухость кожи, плохой аппетит, снижение работоспособности, сонливость, безразличие к окружающему, снижение интеллекта являются симптомами гипотиреоза.

В то время как слабость в сочетании с потливостью, раздражительность, дрожание рук, потеря веса, сердцебиение, эмоциональная лабильность, суетливость, мышечная слабость, длительный субфебрилитет могут быть проявлением гипертиреоза.

Наличие жажды с потреблением большого количества жидкости (полидипсия), повышенного аппетита (булимия), выделения большого количества мочи (полиурия), упорного фурункулеза, зуда кожных покровов, особенно в области наружных половых органов, являются главными признаками сахарного диабета.

Костно-мышечная система

Суставы

а) Боли

- локализация, симметричность
- характер (ноющие, сверлящие, дергающие, тупые, острые)
- постоянные или периодические
- связь с движением, метеозависимость

б) в)

летучесть болей

факторы, провоцирующие боли

зависимость от времени суток

мероприятия, облегчающие боли

Утренняя скованность

Ограничение подвижности (в каком объеме)

Кости и мышцы

а) Боли

- локализация, характер, периодичность, иррадиация, связь с

движением

- мероприятия, облегчающие боли

б) Судороги

в) Мышечная слабость

Летучие боли характерны для ревматического артрита; симметричность поражения мелких суставов кистей рук в сочетании с утренней скованностью- признаки ревматоидного полиартрита. Выраженные боли в первом плюснефаланговом суставе большого пальца стопы, сопровождаемые резкой гиперемией и отеком этого сустава, так называемые «простынные боли» (больной не может из-за болей прикрыть больную ногу простыней или одеялом) - симптом классического приступа подагры.

Органы чувств

а) Зрение

нормальное, сниженное. пользуется ли очками

мелькание «мушек» перед глазами, пелена, сеточка и т.д. сумеречное зрение (нормальное, сниженное) боковое зрение (нормальное, нарушенное) боль в глазах жжение, слезотечение Слух

нормальный, сниженный, глухота шум в ушах

выделения из ушей, их характер (гнойный, сукровичный) заложенность ушей

боль (локализация, характер, иррадиация, периодичность, продолжительность, условия появления и уменьшения или исчезновения болевых ощущения)

в) Осязание

- нормальное, пониженное

г) Вкус

- сохраненный, нарушенный (каким образом)

2. АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ (ANAMNESIS MORBI)

Анамнез заболевания имеет значение для определения стадии заболевания, характерных черт течения патологического процесса, выбора адекватной терапии и прогноза.

При этом необходимо выяснить:

а) Начало заболевания

когда и как началось, остро или постепенно, исподволь

- каковы были первые симптомы
- причины появления болезни по мнению больного

б) Последовательность развития новых симптомов, время их появления

в) Динамика заболевания: прогрессирующее или с периодами обострений и ремиссий. Частота обострений за год. Длительность ремиссий

г) Диагностические исследования, проведенные за время болезни и их результаты

д) Лечебные мероприятия, которые проводились больному до поступления в стационар и их влияние на течение болезни

е) При хроническом заболевании- когда проводилось предшествующее стационарное лечение и с каким эффектом

ж) Причины данной госпитализации: ухудшение, неэффективность амбулаторного лечения, по «скорой помощи».

3. АНАМНЕЗ ЖИЗНИ (ANAMNESIS VITAE)

а) Детство и юность

- состояние здоровья и развития
- детские болезни

б) Зрелый возраст

- условия труда и быта
- перенесенные заболевания, травмы, операции в хронологическом порядке (указывать заболевания, выходящие за рамки основной патологии)
- отдельно выяснить, не болел ли ревматизмом, хроническим тонзиллитом

в) Вредные привычки

- курение (число выкуриваемых сигарет в день, давно ли курит)
- употребление алкоголя (количество, регулярность)

г) Аллергологический анамнез

- переносимость больным лекарств
- сведения о переносимости пищевых продуктов
- аллергологические заболевания у родственников с первой степенью родства (родители, братья, сестры)

д) Наследственность

- здоровье отца, матери, других близких родственников
- в случае смерти кого-либо из родственников- причины их смерти и возраст
- не было ли в семье психических заболеваний

е) Эпидемиологический анамнез

- туберкулез, венерические заболевания, вирусный гепатит, ВИЧ - в анамнезе
- пребывание в эпидемиологически неблагополучных районах

- контакт с инфекционными больными
- профессиональный фактор (доярка, работник мясокомбината)
- употребление в пищу недоброкачественных продуктов и сырой воды из водоемов
- ранее перенесенные инфекционные заболевания
- возникновение подобных заболеваний среди окружающих (в коллективе, в семье)

ж) Г инекологический анамнез у женщин

- нарушения менструального цикла
- гинекологическая патология, операции, аборты
- роды, осложнения в течение беременности и родов
- менопауза

III ПЕРВИЧНАЯ ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ГИПОТЕЗА

Пишется ее обоснование с учетом данных, полученных при расспросе, приводятся те жалобы, данные анамнеза заболевания и жизни, на основании которых можно предположить диагноз заболевания.

IV ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Общий осмотр (inspectio): оценивают степень тяжести больного (легкая, средней степени, тяжелая и крайне тяжелая) по таким критериям, как положение больного, состояние сознания, необходимо оценить состояние питания больного, основные гемодинамические показатели, что осуществляется как при общем осмотре, так и при местном осмотре по системам.

1. Положение

- активное, пассивное, вынужденное (какое, например, ортопноэ)

2. Сознание

- ясное, ступор, сопор, кома, бред, состояние алкогольного или наркотического опьянения
- ориентация больного в окружающей обстановке, во времени, в пространстве

3. Телосложение

- нормостеническое, астеническое, гиперстеническое

4. Рост. Вес тела

5. Кожа

- цвет (нормальный, гиперемия, бледность, цианоз, желтушность (иктеричность))
- пигментация, сыпь, кровоизлияния, шелушение, рубцы,

«сосудистые звездочки», гематомы, ксантомы и ксантелазмы, мраморный рисунок кожи и др.

- влажность (нормальная, повышенная, сухость)
- эластичность кожи, тургор кожи

6. Видимые слизистые оболочки

- цвет (нормальный, бледный, синюшный)

7. Подкожная жировая клетчатка

- степень развития (выражена умеренно, слабо, вплоть до кахексии или чрезмерно развита)
- отеки, их распределение (лицо, веки, конечности, поясница, общие), выраженность, консистенция (плотные, мягкие, тестоватые). Пастозность (внешне отеков не видно, но при надавливании образуется ямка)

8. Доступные пальпации лимфатические узлы

- при их наличии- количество, размеры, консистенция, подвижность, болезненность при пальпации, спаянность с окружающими тканями и между собой, состояние кожи над лимфоузлами

9. Мышцы

- степень развития мышечной массы (признаки атрофии, гипертофии), симметричность рельефа мышц
- тонус мышц и их тургор
- мышечная сила в баллах (в норме соответствует 5 баллам)
- наличие судорог (тонических, клонических)
- болезненность при пальпации

10. Кости

- деформации
- болезненность при пальпации и постукивании

11. Суставы

- внешний вид
- деформации
- подвижность (активная, пассивная)
- болезненность при пальпации и движении, при активных резистивных движениях
- хруст и крепитация при движениях в суставах
- признаки воспаления в суставах (гиперемия, отек, местная гипертермия, скопление синовиальной жидкости в полости сустава)

12. Осмотр головы, шеи (если есть какие-либо особенности, например, укрупнение черт лица при акромегалии, воротник Стокса,

митральный румянец, лицо Гиппократа и др.)

13. Волосы: рост (обильный, скудный, по мужскому или по женскому типу, отсутствие волос, гирсутизм, повышенная ломкость и др.)

14. Ногти: вид нормальный, или в виде часовых стекол, исчерченность, ломкость, матовость и др.

Система органов дыхания:

1.Осмотр грудной клетки

- форма: нормальная (нормостеническая, астеническая, гиперстеническая), патологическая (паралитическая, эмфизематозная, рахитическая, воронкообразная, кифосколиотическая, ладьевидная и др.)
- асимметрия грудной клетки (западение, выпячивание каких-либо ее отделов)
- равномерность участия половин грудной клетки в акте дыхания
- тип дыхания (брюшной, грудной, смешанный)
- число дыхательных движений в одну минуту
- глубина дыхательных движений (глубокое, поверхностное)
- одышка (инспираторная, экспираторная, смешанная)
- ритм дыхания (правильный, Чейн-Стокса, Биота, Куссмауля

2. Пальпация грудной клетки

- регидность грудной клетки
- болезненность грудной клетки при пальпации, усиление или ослабление болевых ощушений при наклонах туловища в больную и здоровую сторону
- пальпация голосового дрожания и его характеристика: проводится равномерно умеренно, возможно усиление или ослабление на каких-то определенных участках

(указывать, используя клиническую топографию грудной клетки, естественные и искусственные ориентиры)

3. Сравнительная перкуссия грудной клетки

- характеристика перкуторного звука над легкими (ясный легочный, тупой, притупленный, тимпанический,

коробочный) с уточнением локализации патологических изменений

4. Топографическая перкуссия

- высота стояния верхушек легких спереди и сзади (спереди-над ключицами, сзади- соответствие уровню 7 шейного позвонка)

• ширина полей Кренига (ширина верхушек легких) - справа и слева

• определение нижних границ легких по линиям:

• - правой окологрудинной среднеключичной

- правой и левой передней подмышечной средней подмышечной задней подмышечной лопаточной околопозвоночной необходимо указывать на уровне каких по счету ребер или межреберий находятся искомые границы

• определение подвижности нижнего края легких по линиям (в сантиметрах)

- правого среднеключичной

- правого и левого средней подмышечной лопаточной

5. Аускультация легких

• характер дыхательного шума:

- везикулярное дыхание (нормальное, ослабленное, усиленное, жесткое)

- патологическое бронхиальное дыхание (локализация), наличие оттенков-амфорическое, бронхо-везикулярное

• отсутствие основных дыхательных шумов (локализация)

• добавочные дыхательные шумы и их характеристика:

- сухие хрипы (свистящие, гудящие, жужжащие)

- влажные хрипы (мелко,-средне,-крупнопузырчатые, звучные, незвучные, их локализация)

- крепитация (локализация)

- шум трения плевры

- бронхофония (воспринимается в норме как невнятное бормотание, усиленная, ослабленная, отсутствует)

Система кровообращения: 1. Осмотр области сердца и сосудов

• выпячивание грудной клетки в области сердца - сердечный горб

• верхушечный толчок (локализация)

• сердечный толчок (есть, нет)

• пульсация сосудов шеи, яремных вен (положительный или отрицательный венный пульс), височных артерий

2. Пальпация области сердца и сосудов

• пальпация верхушечного толчка и определение его свойств (локализация, ширина, площадь, сила, резистентность, высота)

• определение симптома «кошачьего мурлыканья» - систолическое, диастолическое дрожание (локализация, характер, выраженность)

• определение пульса на лучевых артериях и определение его свойств (одинаковость, ритм, частота, эластичность сосудистой стенки, наполнение, напряжение, дефицит пульса)

• пальпация пульса на сонных и бедренных артериях, задней артерии голени и тыльной артерии стопы, с симметричным сопоставлением изучаемых свойств

• Определение истинной и передаточной пульсации печени

3. Перкуссия границ относительной тупости сердца и сосудистого пучка

• определение высоты стояния правого купола диафрагмы

• правой границы

• левой границы

• поперечника сердца

• верхней границы

• правого контура сердца

• левого контура сердца

• конфигурации сердца

• ширины сосудистого пучка

4. Перкуссия границ абсолютной тупости сердца

• правой

• левой

• верхней

5. Аускультация сердца и сосудов

• тоны сердца

ясные, чистые, громкие, тихие, приглушенные, глухие

- первый тон

усиление, ослабление, приглушение, хлопающий, раздвоение

• второй тон

усиление, ослабление, раздвоение

• добавочные тоны

-тон открытия митрального клапана (ритм перепела)

- ритм галопа (протодиастолический, мезодиастолический, пресистолический)

• шумы сердца

- отношение к фазам сердечной деятельности-систолический, диастолический (протодиастолический, мезодиастолический,

пресистолический)

- место наилучшего выслушивания
- интенсивность шума (резкий, слабый)
- тембр (нежный, мягкий, грубый, дующий, свистящий и др.)
- продолжительность (короткий, продолжительный)
- проведение (в подмышечную ямку, межлопаточное пространство, на сосуды шеи)
- изменение шума (усиление, ослабление) при перемене положения тела больного (стоя, лежа, на левом боку) и после физической нагрузки
- экстракардиальные шумы

шум трения перикарда, плевроперикардиальный шум

- аускультация крупных сосудов
- двойной тон Траубе и двойной шум Виноградова-Дюрозье на бедренных артериях (при недостаточности аортального клапана)
- шум «волчка» на яремной вене (при анемиях)

6. Артериальное давление

- на левой руке -на правой руке

Система пищеварения: 1.Исследование полости рта

- запах (неприятный, гнилостный, зловонный, тухлых яиц и т.д.)
- десны, зубы
- язык (форма, величина, характер поверхности, обложенность, изъязвления, атрофия сосочков,

«географический» язык, «кардинальский» язык, влажность и т.д.)

2. Исследование живота в вертикальном положении

- осмотр
- форма живота (нормальной конфигурации, выпячен, втянут)
- расширение вен па передней брюшной стенке и направление тока крови в них, «голова медузы»
- рубцы, сыпи, пигментации
- наличие грыж
- пальпация живота
- подложечной области, правого и левого фланка живота
- перкуссия
- наличие признаков свободной жидкости в брюшной полости

3. Исследование живота в горизонтальном положении

- осмотр
- форма живота, его изменение по сравнению с вертикальным

положением, общее или местное выпячивание, метеоризм, лягушачий живот, запавший живот

- состояние пупка,
- перистальтика
- пальпация поверхностная
- степень напряжения брюшного пресса (резистентность, ригидность)
- болезненность (местная или общая)
- объемные образования (опухоли)
- определение грыж, расхождения мышц передней брюшной стенки
- зоны гиперестезии
- определение отечности передней брюшной стенки
- пальпация глубокая с оценкой: формы, величины, консистенции, подвижности, урчания кишечника и желудка, болезненности, диаметра отделов кишечника, характера пальпируемой поверхности, края (для печени и селезенки)
- сигмовидная кишка
- нисходящий отдел
- слепая кишка
- восходящий отдел
- терминальный участок подвздошной кишки, симптом «гусиного пера» (аппендикс)
- большая кривизна желудка
- пилорический отдел желудка
- поперечно-ободочная кишка
- нижний край печени печень
- селезенка (если увеличена - указать степень увеличения)
- поджелудочная железа
- желчный пузырь
- Определение симптомов Кера, Ортнера, Курвуазье, панкреатических точек и зон
- перкуссия живота
- определение наличия свободной жидкости в брюшной полости (методами перкуссии и флюктуации)
- размеры печени (определение границ печени по Курлову и по Образцову)
- Размеры селезенки (определение поперечного и продольного размеров)

• аускультация живота
- кишечная перистальтика
- шум трения брюшины над печенью и селезенкой
- брюшной отдел аорты, почечные артерии

Система мочевыделения: 1. Осмотр поясничной области
- выпячивание поясничной области
- покраснение и отечность кожи на пораженной стороне

2. Пальпация почек в вертикальном положении
- отрицательный или положительный результат
- болезненность
- состояние прощупываемой почки -форма, величина, консистенция, характер поверхности, подвижность

3. Пальпация почек в горизонтальном положении
- отрицательный или положительный результат
- болезненность
- состояние пальпируемой почки- форма, величина, консистенция, характер поверхности, подвижность

4. Пальпация мочевого пузыря
5. Перкуссия почек и мочевого пузыря
- симптом поколачивания (положительный, отрицательный)

V ОБОСНОВАНИЕ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО ДИАГНОЗА

Пишется, основываясь на данных расспроса и осмотра больного, данных пальпации, перкуссии, аускультации с подробным указанием тех признаков, которые подтверждают предварительный диагноз.

VI ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНОГО

1. План обследования больного (в соответствии со стандартами по каждой нозологической единице)
- лабораторные исследования
- инструментальные исследования
- консультации специалистов

2. Результаты лабораторных и инструментальных исследований
3. Заключения специалистов-консультантов

VII КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ

Пишется, основываясь на данных расспроса, осмотра, объективного исследования, лабораторных и инструментальных показателей, проводится анализ симптомов и синдромов, которые подтверждают диагноз заболевания.

VIII ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОГО

IX ДАННЫЕ КЛИНИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ

БОЛЬНОГО

1. Дневник

Дневник истории болезни заполняется каждый день и отражает динамику состояния больного за истекшие сутки и эффективность назначаемых лечебных мероприятий

Тяжелым больным заполняется почасовой дневник с четким наложением всех мероприятий и их результатов, описанием новых симптомов, обоснованием новых назначений

Ежедневно отмечается температура, частота пульса, сердечных сокращений, частота дыхания, АД, стул, диурез.

2. Этапный эпикриз

Каждые 10 дней пишется этапный эпикриз, который подводит итоги состояния больного за предшествующий период и обосновывает дальнейшую тактику ведения больного

3. Эпикриз

История болезни обычно завершается эпикризом, в котором кратко описываются:

- основные жалобы больного
- история заболевания
- объективные данные
- основные лабораторные и инструментальные исследования
- диагностическое резюме
- течение заболевания во время наблюдения
- проведенное лечение и его результаты
- дальнейшие рекомендации в отношении режима, лечения и трудоустройства

Задачи для упражнений

Составьте историю болезни по пациенту, данному преподавателем

Контрольные вопросы

1. Назовите разделы истории болезни (ИБ).

2. Как называется первый раздел ИБ? Перечислите пункты, которые входят в первый раздел ИБ. Объясните необходимость изучения каждого пункта данного раздела.

3. Как называется второй раздел ИБ?

4. Дайте определение термину «Анамнез». Что в переводе с греческого языка обозначает

«Анамнез»? К какому методу исследования больного относится

анамнез? Назовите основоположника анамнестического метода в России. Назовите врача, который довел сбор анамнеза до высоты искусства.

5. Перечислите разделы анамнеза.

6. Назовите правила сбора анамнеза.

7. На какие две группы подразделяются жалобы больного при поступлении?

8. Дайте определение главным и второстепенным жалобам.

9. Что означает детализация жалоб?

Практическая работа №6.
Жалобы и анализ больных с заболеваниями дыхательной системы, осмотр и пальпация грудной клетки, дифференциальный диагноз, алгоритмический подход

Жалобы. При патологии органы дыхания можно разделить на 2 группы:

1 – проявление бронхо-легочно-плеврального синдрома;

2 – проявление синдрома интоксикации.

К проявлениям бронхо-легочно-плеврального синдрома относятся жалобы на: кашель, мокроту, боли в грудной клетке, одышку, удушение.

Механизм возникновения жалоб:

1. Кашель – защитный рефлекторный акт, который возникает при раздражении кашлевых рецепторов инородными телами зкзо- и эндогенного происхождения. Кашлевые рецепторы дыхательной системы находятся в слизистой воздухоносных путей (гортань, трахея и бронхи в местах разветвления). При раздражении кашлевых рецепторов импульсы идут в кашлевой центр в продолговатом мозгу и от туда распространяются по двигательным волокнам нижнего гортанного нерва, вызывая замыкание голосовой щели. Одновременного импульсы идут и по двигательным волокнам диафрагмального нерва к мышцам диафрагмы и по волокнам межреберных нервов к выдыхательным мышцам, обусловливая их сокращение и внезапный быстрый и сильный выдох. Так как голосовая щель в это время закрыта, происходит резкое повышение давления в воздухоносных путях, которое, достигнув определённой степени, с силой раскрывает голосовую щель. Воздух при этом вырывается через голосовую щель с большой скоростью и уносит инородные массы из дыхательных путей.

Кашлевой центр может возбуждаться под влиянием раздражений,

поступающих из других мест, расположенных вне дыхательных путей.

Кашель может возникнуть при охлаждении кожи, раздражении слухового прохода, надавливание на печень. Кашель может иметь и отрицательное действие. Поскольку при кашле повышается внутрибронхиальное и внутриальвеолярное давление, кашель может способствовать развитию бронхоэктазов и эмфиземы. Перемещение инородных масс приводит к распространению инфекции по дыхательным путям.

2. Мокрота – патологическое отделяемое органов дыхания, выбрасываемое при кашле. Образуется при воспалительных и нагноительных процессах в бронхах, легких и плевре при сообщении их с бронхом.

3. Кровохарканье – возникает при нарушении целостности сосудов (разрушение сосудов при ране легкого, бронхоэктазах, абсцессах, гангрене легкого) и при повышении проницаемости сосудистой стенки (васкулиты).

4. Боли в грудной клетке возникают:

В результате раздражения болевых рецепторов, которые имеются в листках плевры (но нет в бронхах и альвеолах). Эти боли носят колющий характер, усиливаются при глубоком вдохе, кашле, т.е. когда увеличивается экскурсия легких и происходит трение пораженных воспалительным процессом листков плевры и раздражение болевых рецепторов.

Боли могут быть связаны с патологическим процессом в грудной стенке – межреберной невралгией (боли локализуются в межреберьях, усиливаются при наклоне в больную сторону), миозитом (боли усиливаются при глубоком вдохе и наклоне в здоровую сторону), заболеваниями ребер, (боль при пальпации ребер, при движениях, при пальпации неровность ребра, при переломе ребер – хруст).

При заболеваниях сердца (коронарная болезнь) боли локализуются за грудиной, носят сжимающий характер, возникают при физических и эмоциональных нагрузках, купируются приемом нитроглицерина.

5. Одышка – отражает недостаток кислорода в организме. При патологии органов дыхания она возникает как результат нарушения функции внешнего дыхания – газообмена между внешней средой и кровью легочных капилляров, который включает вентиляцию (газообмен между внешним воздухом и альвеолами), диффузию и перфузию. Нарушение на любом этапе внешнего дыхания приводит к тому, что кровь в легких не подвергается достаточной оксигенации. В

крови уменьшается количество кислорода и повышается содержание углекислоты, что вызывает раздражение дыхательного центра и появление одышки.

6. Удушье (астма) – резко выраженная одышка, возникающая в виде приступа. При заболеваниях легких удушье обусловлено внезапно возникающем нарушением вентиляции в результате нарушается проходимость бронхиол или верхних дыхательных путей (гортань, трахея).

Техника пальпации:

Для определения болезненности ладонной поверхности пальцев рук укладывают на симметричные участки грудной клетки. Пальпируют ребра, межреберные промежутки, мышцы грудной клетки.

При отсутствии патологических процессов грудной стенки (в норме) болезненность не определяется. Боль по ходу межреберий говорит о межреберной невралгии, боль и хруст по ходу ребер, деформация ребер говорит об их травме. Болезненность мышц отличается при миозите.

Для определения эластичности сдавливают грудную клетку, укладывая руки на грудину и позвоночник на одном уровне и на боковые поверхности грудной клетки. В норме у людей молодого и среднего возраста грудная клетка эластична (поддается сдавлению). Снижение эластичности (ригидность рудной клетки) может быть при эмфиземе легких, экссудативном плеврите, гидротораксе, пневмотораксе, при окостенении реберных хрящей в пожилом возрасте.

Для определения голосового дрожания ладони прикладывают на симметричные участки грудной клетки вначале на верхние отделы спереди, затем на боковые области в верхних и нижних отделах, затем сзади надлопаточные, межлопаточные и надлопаточные области и предлагают сказать несколько слов с буквой «Р», меняя руки.

Задачи для упражнений

Задача 1. Больной К., 41 год, слесарь. Жалобы на кашель с небольшим отделением слизисто-гнойной мокроты (до 1ст.л. в сутки), больше по утрам. Кашель беспокоит 4 года. Год назад перенес воспаление легких. Курит с 20 летнего возраста по 20-25 сигарет в день.

Какова наиболее вероятная локализация и характер патологического процесса в легких?

1) поражение плевры;
2) хронический воспалительный процесс в бронхах;

3) гнойный воспалительный процесс в бронхах (бронхоэктазы) или в легком (абсцесс);
4) изолированное поражение альвеол;
5) воспалительное поражение альвеол в бронхах.

Задача 2. Больной М., 36 лет, рабочий. Госпитализирован с жалобами на кашель с выделением мокроты с неприятным гнилостным запахом (250-300 мл за сутки). Кашель усиливается в положении больного лежа на правом боку. При осмотре выявлены положительные симптомы «барабанных пальцев» и «часовых стекол».

Каковы наиболее вероятные локализации и характер патологического процесса в легких?

1) поражение плевры;
2) хронический воспалительный процесс в бронхах;
3) гнойный воспалительный процесс в бронхах (бронхоэктазы) или в легком (абсцесс);
4) изолированное поражение альвеол;
5) воспалительное поражение альвеол в бронхах.

Задача 3. Больной О., 32 года, монтажник. Госпитализирован с жалобами на колющие боли в правой половине грудной клетки, усиливающиеся при глубоком вдохе, на повышение tº тела до 37,9º. Больной лежит на правом боку, правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания.

Какова наиболее вероятная локализация и характер патологического процесса в легких?

1) поражение плевры;
2) хронический воспалительный процесс в бронхах;
3) гнойный воспалительный процесс в бронхах (бронхоэктазы) или в легком (абсцесс);
4) изолированное поражение альвеол;
5) воспалительное поражение альвеол в бронхах.

Задача 4. В отделение поступил больной Т., 50 лет, инженер. Жалобы на боли в правой половине грудной клетки, усиливающиеся при дыхании, тихий сухой кашель, сопровождающийся усилением болей в грудной клетке справа, повышение температуры до 37,5º. Положение больного вынужденное – больной лежит на правом боку, прижимая правую половину грудной клетки.

Какова наиболее вероятная локализация и характер патологического процесса в легких?

1) поражение плевры;
2) хронический воспалительный процесс в бронхах;
3) гнойный воспалительный процесс в бронхах (бронхоэктазы) или в легком (абсцесс);
4) изолированное поражение альвеол;
5) воспалительное поражение альвеол в бронхах.

Задача 5. Больной С., 49 лет, бухгалтер. Жалобы на удушье, возникшее за 2 часа до госпитализации, сухой приступообразный кашель. Осмотр: состояние тяжелое. Положение вынужденное – больной сидит в постели, опираясь на нее руками, грудная клетка эмфизематичная, число дыхательных движений до 1'=30, резко затруднён выдох. Отмечается диффузный цианоз, набухание жидких вен, участие вспомогательной мускулатуры при дыхании.

Какова наиболее вероятная причина удушья?

1) уменьшение дыхательной поверхности легких (долевое воспалительное уплотнении);
2) снижение эластичности легких вследствие эмфиземы;
3) спазм мелких бронхов;
4) механическое препятствие в верхних дыхательных путях (трахеи, крупных бронхов).

Задача 6. В отделение поступил больной Н., 60 лет, рабочий. Жалобы на одышку, возникающую при быстрой ходьбе, подъеме по лестнице. Одышка беспокоит 5-6 лет. Других жалоб нет. Грудная клетка бочкообразная, обе половины одинаково участвуют в акте дыхания. Грудная клетка ригидная. Голосовое дрожание ослабленоодинаково над симметричными участками грудной клетки.

Какова наиболее вероятная причина одышки?

1) уменьшение дыхательной поверхности легких (долевое воспалительное уплотнении);
2) снижение эластичности легких вследствие эмфиземы;
3) спазм мелких бронхов;
4) механическое препятствие в верхних дыхательных путях (трахеи, крупных бронхов).

Задача 7. В отделение поступила больная К., 34 года,

преподаватель. Жалобы на одышку в покое, усиливающуюся при физической нагрузке, повышение t^{o} тела до 39^{o}, кашель с небольшими (до 1 ч.л. за сутки) количеством ржавой вязкой мокроты. На боли в грудной клетке, связанные с дыханием. Правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания. Число дыхательных движений за 1 минуту – 36. Диффузный цианоз, герпес на губах.

Какова наиболее вероятная причина одышки?

1) уменьшение дыхательной поверхности легких (долевое воспалительное уплотнении);
2) снижение эластичности легких вследствие эмфиземы;
3) спазм мелких бронхов;
4) механическое препятствие в верхних дыхательных путях (трахеи, крупных бронхов).

Задача 8. Больной М., 70 лет, пенсионер. Жалобы на выраженную одышку в покое. Больной сидит в постели, отмечается выраженный диффузный цианоз. Дыхание шумное, слышное на расстоянии, затруднен вдох и выдох.

Какова наиболее вероятная причина одышки?

1) уменьшение дыхательной поверхности легких (долевое воспалительное уплотнении);
2) снижение эластичности легких вследствие эмфиземы;
3) спазм мелких бронхов;
4) механическое препятствие в верхних дыхательных путях (трахеи, крупных бронхов).

Задача 9. Больной Е., 43 года, столяр. При осмотре выявлено следующее: левая половина грудной клетки отстает в акте дыхания, несколько увеличена в размерах. Межреберные промежутки немного выбухают. Голосовое дрожание над левой половиной грудной клетки ослаблено.

Признаки какого синдрома у больного?

1) жидкость или воздух в плевральной полости;
2) обтурационный ателектаз;
3) воспалительное уплотнение доли легкого.

Задача 10. У больного А., 73 года, при осмотре выявлено следующее: западение правой половины грудной клетки и отставание ее в акте дыхания. Голосовое дрожание над нижней половиной грудной

клетки справа не определяется.

Признаки какого синдрома у больного?

1) жидкость или воздух в плевральной полости;
2) обтурационный ателектаз;
3) воспалительное уплотнение доли легкого.

Задача 11. У больного В., 35 лет, рабочий, при осмотре выявлено отставание правой половины грудной клетки при дыхании, голосовое дрожание над нижней половиной грудной клетки справа усилено.

Признаки какого синдрома у больного?

1) жидкость или воздух в плевральной полости;
2) обтурационный ателектаз;
3) воспалительное уплотнение доли легкого.

Контрольные вопросы

1. Перечислите основные жалобы при заболеваниях органов дыхания
2. Что представляет собой механизм возникновения кашлевого значения?
3. При каких условиях возникает сиплый и беззвучный кашель?
4. При каких заболеваниях выделяется большое количество мокроты в определенном положении больного?
5. Какие заболевания дыхательной системы сопровождаются болями в грудной клетке? Расскажите о механизме возникновения болей в грудной клетке
6. Что такое одышка, механизм возникновения при заболеваниях органов дыхания?

Практическая работа №7. Аускультация легких

Виды аускультации: посредственная и непосредственная.

Непосредственная аускультация проводилась путем прикладывания уха врача к поверхности тела больного. При этом звук не искажался, но данные воспринимались с большей поверхности и не со всех мест грудной клетки. Данный метод не гигиеничен.

Посредственная аускультация проводится с помощью фонендоскопа или стето-фонендоскопа гигиенична, выслушивает небольшой участок грудной клетки, но искажает звук.

Правила аускультации: в помещении должно быть тихо, тепло; больной находится в положении стоя или сидя; стетоскоп плотно прилежит к поверхности тела; выслушивают симметричные области, в направлении сверху вниз, сначала спереди, а затем сзади; при спокойном и форсированном дыхании.

Основные дыхательные шумы: везикулярное и бронхиальное дыхание.

Везикулярное дыхание (альвеолярное) – напоминает звук «Ф», слышен весь вдох и 1/3 выдоха, выслушивается в над- и подключичных областях, во 2 и 3 межреберьях латеральнее среднеключичных линий, в подмышечных областях, надостной ямке, межлопаточном пространстве, ниже углов лопаток. Образуется за счет суммации колебаний стенок альвеол во время дыхания.

Усиление везикулярного дыхания в норме – у худых, астеников, детей, при физической нагрузке.

Ослабление везикулярного дыхания в норме – у толстых, гиперстеников, во время сна.

Усиление везикулярного дыхания в патологии (жесткое дыхание) – при неравномерном сужении просвета бронхов и бронхиол (хронический бронхит, бронхоэктатическая болезнь). Удлинение выдоха при спазме мелких бронхов (бронхиальная астма).

Ослабление везикулярного дыхания в патологии при уменьшении количества вентилируемых альвеол (пневмония, туберкулез, пневмосклероз, пневмофиброз), уменьшении дыхательной экскурсии (спайки, гидроторакс, пневмоторакс), отеке и набухании стенок альвеол (отек легких, альвеолиты), снижении вентиляции альвеол (обтурационный ателектаз, миастения, невриты, невралгии), снижении эластичности альвеол (эмфизема).

Саккадированное дыхание - это разновидность везикулярного дыхания состоящее из прерывистых вдохов. Данный вид дыхания можно выслушать во время мышечной дрожи (плач, смех, на холоде). В патологии при туберкулезе верхних долей легкого, за счет неодновременного расправления альвеол.

Бронхиальное дыхание (ларинготрахеальное) – напоминает звук «Х», выслушивается на передней поверхности шеи, яремной вырезке, у места соединения тела и рукоятки грудины, сзади на уровне 3 и 4 грудных позвонков. Образуется за счет завихрений тока воздуха при прохождении через голосовую щель.

Патологическое бронхиальное дыхание выслушивается в местах

альвеолярного дыхания, за счет уплотнения легочной ткани (пневмония, туберкулез, компрессионный ателектаз, пневмофиброз, пневмосклероз).

Разновидности бронхиального дыхания: амфорическое, металлическое, стенотическое дыхание.

Амфорическое дыхание напоминает собой звук, который можно получить, если дуть над горлышком пустой бутылки. Выслушивается при наличии в легких тонкостенной полости диаметром 5-6 см соединенной с бронхом (кавернозный туберкулез, абсцесс легкого).

Металлическое дыхание имеет высокий тембр и громкий звук, напоминающий удар по металлу. Возникает при открытом пневмотораксе.

Стенотическое дыхание это усиление бронхиального дыхания. Возникает при стенозе гортани, опухолях гортани, сужении трахеи, сужении и опухоли бронхов, увеличении щитовидной железы.

Везикуло – бронхиальное дыхание (смешанное) на вдохе напоминает звук «Ф», а на выдохе звук «Х». Выслушивается при очаговом уплотнении легочной ткани (очаговая пневмония, инфильтративный туберкулез легких).

Побочные дыхательные шумы: хрипы, крепитация, шум трения плевры.

Хрипы бывают сухие и влажные. Сухие хрипы возникают при наличии в бронхах вязкой, густой мокроты, спазме гладкой мускулатуры бронхов, отеке стенки бронхов и образовании фиброзной ткани.

Сухие хрипы делят на басовые (низкие) и дискантовые (высокие). При сужении мелких бронхов выслушиваются дискантовые, а при сужении бронхов среднего и крупного калибра басовые сухие хрипы. Сухие хрипы чаще выслушиваются при хроническом обструктивном бронхите, бронхиальной астме и бронхоэктатической болезни.

Влажные хрипы делятся на мелко -, средне - и крупнопузырчатые. Влажные хрипы образуются при прохождении воздуха через участок бронха заполненного жидкостью (кровью, экссудатом, транссудатом). Образующиеся при этом пузырьки воздуха, на границе сред жидкость-воздух, лопаются, что и создает звуковой феномен. Калибр влажных хрипов зависит от калибра бронхов, где находится патологический процесс.

Мелкопузырчатые хрипы выслушиваются при отеке легких, альвеолитах, бронхиолитах.

Среднепузырчатые хрипы выслушиваются при бронхитах.

Крупнопузырчатые хрипы выслушиваются при

бронхоэктатической болезни, абсцессе легкого и кавернозном туберкулезе.

Крепитация возникает на высоте вдоха при разлипании спавшихся альвеол. Обязательным условием ее образования является наличие в полости альвеол небольшого количества жидкого секрета. Напоминает треск волос над ухом или хруст снега. Выслушивается при крупозной пневмонии в 1 и 3 стадию, при инфаркте легкого, инфильтративном туберкулезе и левожелудочковой недостаточности.

Шум трения плевры возникает при исчезновении межплевральной жидкости, утолщении листков плевры, появлении неровностей и шероховатостей на поверхности плевры. Этот шум выслушивается на вдохе и выдохе, чаще в нижнелатеральных отделах грудной клетки. Шум трения плевры выслушивается при крупозной пневмонии, сухом плеврите, туберкулезе легких, раке легких, азотемической уремии.

Дифференциальная диагностика побочных дыхательных шумов:

- только хрипы изменяются при покашливании;
- крепитация слышна только на высоте вдоха;
- шум трения усиливается при надавливании фонендоскопом;
- при имитации дыхания выслушивается только шум трения плевры.

Бронхофония – метод исследования легких заключающийся в выслушивании проведения звука по бронхам на поверхность грудной клетки. Больной шепотом произносит фразу, содержащую буквы «Р» или «Ч». У здорового человека голос проводится одинаково на симметричные точки грудной клетки. Усиление бронхофонии определяется при синдроме уплотнения легочной ткани, при наличии пустой полости сообщающейся с просветом бронха. Ослабление бронхофонии наблюдается при кахексии, ожирении, эмфиземе, гидротораксе, пневмотораксе.

Эгофония проводится точно так же как бронхофония, только обычным по громкости голосом. Данные эгофонии интерпретируются так же как голосовое дрожание и бронхофония.

Задачи для упражнений

Задача 1. У больного при осмотре выявлено отставание правой половины грудной клетки в акте дыхания, болезненность при пальпации правой половины грудной клетки, усиление голосового дрожания ниже угла правой лопатки и притупленно-тимпанический звук. При

аускультации выслушивается дыхательный шум напоминающий хруст снега, который выслушивается на высоте вдоха и не усиливается при надавливании фонендоскопом. Какой дыхательный шум выслушивается у больного? Как он образуется?

Задача 2. При поступлении в клинику больной жаловался на колющие боли в грудной клетке при кашле, сухой кашель, повышение температуры тела до 37,8 о С. При осмотре отставание левой половины грудной клетки в акте дыхания, снижение дыхательной экскурсии левого легкого, ослабление везикулярного дыхания, на фоне которого выслушивается дыхательный шум, усиливающийся при надавливании фонендоскопом, не исчезающий при имитации дыхания. Как называется данный дыхательный шум? Как он образуется?

Задача 3. У больного крупозной пневмонией на фоне усиления голосового дрожания, тупого перкуторного звука, усиления бронхо- и эгофонии выслушивается слабый шум напоминающий звук «Ф». Как называется данный дыхательный шум? Как он образуется?

Задача 4. У больного туберкулезом легких на фоне усиления голосового дрожания в области надостной ямки справа, тимпанического перкуторного звука и ослабленного везикулярного дыхания, выслушивается громкий дыхательный шум, напоминающий звук, который возникает, если дуть над горлышком пустой бутылки. Как называется данный дыхательный шум? Как он образуется? Когда выслушивается?

Задача 5. При поступлении в стационар больной жалуется на приступы экспираторного удушья, непродуктивный кашель со стекловидной мокротой. При осмотре грудная клетка эмфизематозная, при пальпации ригидная, голосовое дрожание ослаблено, нижние границы легких опущены на 1 ребро, верхние смещены вверх, перкуторный звук коробочный. Как изменится аускультативная картина легких? Какие побочные дыхательные шумы можно выслушать при этом заболевании и как они образуются?

Контрольные вопросы

1. Назовите виды аускультации легких?
2. Что такое везикулярное дыхание, как оно образуется?

3. Где выслушивается везикулярное дыхание?
4. Когда выслушивается ослабление везикулярного дыхания?
5. Когда выслушивается усиление везикулярного дыхания?
6. Что такое бронхиальное дыхание, как оно образуется?
7. Как образуется патологическое бронхиальное дыхание?
8. Назовите виды патологического бронхиального дыхания?
9. Как образуются хрипы?

Практическая работа №8.
Исследование функции внешнего дыхания

Внешнее дыхание – это газообмен между внешним и альвеолярным воздухом. Вентиляция альвеол поддерживает необходимый состав альвеолярного газа. Это процесс механического обновления воздуха.

Спирография – графическая регистрация дыхательных объемов в условиях основного обмена. Все полученные при исследовании данные приводятся к стандартным условиям по температуре, влажности и атмосферному давлению. Для этого применяют специальные номограммы. Фактические данные, полученные при исследовании сравнивают с должными показателями, которые рассчитывают по специальным формулам и таблицам, в процентном соотношении.

Дыхательный объем (ДО) – это то количество воздуха, которое человек вдыхает в покое. В среднем этот показатель равен 500 мл.

Число дыхательных движений в минуту (ЧДД) – подсчитывают число дыханий на 5 см, что соответствует 1 минуте при стандартной скорости движения бумаги (50 мм/сек).

Минутный объем дыхания (МОД) – это тот объем воздуха, который может пройти через легкие человека за 1 мин. при спокойном дыхании. В норме МОД равен 5 – 10 л. МОД=ЧСС*ДО. МОД увеличивается при тиреотоксикозе (увеличение основного обмена), при сердечной недостаточности (нарушение диффузии газов при застое крови в малом круге кровообращения) и уменьшается при гипотиреозе.

Жизненная емкость легких (ЖЕЛ) – это то количество воздуха, которое человек может выдохнуть после максимально глубокого вдоха. На величину ЖЕЛ у здорового человека влияют пол, возраст, рост и вес. ЖЕЛ состоит из резервного объема вдоха (РОвд.), резервного объема выдоха (РОвыд.) и МО. ЖЕЛ снижается при застое крови в легких (левожелудочковая недостаточность, гипертензия малого круга кровообращения), при нарушении бронхиальной проходимости,

уменьшении дыхательной поверхности и снижении дыхательной экскурсии. Должная ЖЕЛ рассчитывается по номограммам. ДЖЕЛ не должна отличаться от ЖЕЛ более чем на 15 – 20 %.

Форсированная жизненная емкость легких (ФЖЕЛ) - это то количество воздуха, которое больной выдыхает при быстром, форсированном выдохе, была предложена Б.Е.Вотчал (1847). ФЖЕЛ всегда меньше ЖЕЛ на 0,2 – 0,3 л, если исследование проведено правильно. При быстром выдохе воздух испытывает сопротивление со стороны бронхов, поэтому снижение ФЖЕЛ говорит о совокупном уменьшении диаметра бронхов.

Форсированная жизненная емкость легких за 1 сек. (ФЖЕЛ1сек) – разновидность ФЖЕЛ, введена французом Тиффно. ФЖЕЛ1 сек. Составляет от ЖЕЛ не менее 85 %.

Проба Вотчала/Тиффно – основной показатель бронхиальной проходимости. Рассчитывается как отношение ФЖЕЛ1сек. к ЖЕЛ и умноженное на 100 %. В норме не менее 75 %. Снижается при бронхиальной обструкции.

Максимальная вентиляция легких (МВЛ) – это максимальное количество воздуха, которое может быть провентилировано легкими за 1 минуту. У здорового человека эта величина составляет 80 – 200 л/мин. Должную максимальную вентиляцию легких (ДМВЛ) рассчитывают по формуле:

ДМВЛ=0,5 х ЖЕЛ х 35 (А.Г.Дембо)

ДМВЛ=0,33 х ДЖЕЛ х 35 (Д.Реаволу)

МВЛ не указывает на тип вентиляционной недостаточности, но дает ответ о вентиляционных резервах легких.

Показатель скорости движения воздуха (ПСДВ) – отношение МВЛ к ЖЕЛ умноженное на 100 %.

Резерв дыхания (РД) – разница между МВЛ и МОД. РД это показатель, который характеризует функциональный резерв легких. При дыхательной недостаточности он снижается. У здорового человека он равен 70 – 180 л.

Пневмотахометрия - исследование максимальных объемных скоростей вдоха (МОСвд) и выдоха (МОС выд) за 1 сек. Зависит от величины дыхательного усилия и суммарного просвета бронхиального дерева. В норме составляет 4-6 л/сек. В среднем МОС выд. Немного больше МОСвд. Это имеет огромное значение для выявления бронхиальной обструкции, при которой МОСвыд резко снижается. Должную МОСвыд находят по формуле: ДМОСвыд = ДЖЕЛ х 1,2 (где

1,2 эмпирический коэффициент Баделяна).

Общая емкость легких (ОЕЛ) – объем газа, находящийся в легких после максимального вдоха. ОЕЛ состоит из ЖЕЛ и ООЛ (остаточный объем легких равен 1 – 1,5 л). Определяется с помощью газоаналитических приборов при вдыхании гелия или азота. ООЛ возрастает при обструктивных и рестриктивных изменениях в легких.

Определение скорости кровотока проводят с помощью внутривенного введения магнезии, эфира, радиоизотопов. Для определения скорости кровотока по малому кругу кровообращения используют эфир. Время от введения эфира в локтевую вену до появления паров эфира в выдыхаемом воздухе составляет 4 – 8 с. Это время удлиняется при снижении сократительной способности миокарда и гипертензии малого круга кровообращения.

Систолическое давление в легочной артерии (СДЛА) – показатель, который можно измерить прямым (кровавым) и косвенным (бескровным) способом. Прямой метод используют в специализированных клиниках, занимающихся операциями на сердце. Косвенный метод используется более широко, т.к. не требует проведения катетеризации сердца и сосудов. Больному проводят поликардиографию и определяют продолжительность фазы изометрического расслабления правого желудочка (ФИР).

Задачи для упражнений

Задача 1. У больного по спирограмме ЧДД= 20 в 1 мин., ДО= 750мл. Рассчитайте и оцените МОД.

Задача 2. У больного по спирограмме ДО=600 мл, РОвд.=1400 мл, РОвыд.=1300 мл. Рассчитайте ЖЕЛ.

Задача 3. У больного по спирограмме МОД=12 л, ДО=450 мл, ЖЕЛ=2,5 л, ФЖЕЛ=2,1 л, ДЖЕЛ=3,2 л, ФЖЕЛ 1сек=1,7 л. Рассчитайте показатель пробы Вотчала/Тиффно, дайте заключение о типе вентиляционной недостаточности.

Задача 4. У больного ДЖЕЛ =3,4 л. Рассчитайте ДМОС выд.

Задача 5. У больного по спирограмме ДО=700 мл; ЖЕЛ=3,2 л; ФЖЕЛ1сек=2,8л; МВЛ=65 л. Рассчитайте показатели пробы В/Т, дайте

заключение о типе вентиляционной недостаточности.

Задача 6. Рассчитайте СДЛА, если ФИР = 0,08 с, ЧСС = 95 в 1 мин.

Контрольные вопросы

1. Что такое внешнее дыхание?
2. Какие методы исследования функции внешнего дыхания вы знаете?
3. Назовите показатели механики дыхания?
4. Дайте определение дыхательной недостаточности?
5. Какие стадии дыхательной недостаточности вы знаете?
6. Какие типы нарушений вентиляции вы знаете?
7. Отчего зависят показатели функции внешнего дыхания?
8. Как рассчитываются должные показатели внешнего дыхания?
9. Какие показатели ФВД изменятся при обструкции бронхов?
10. Какие показатели ФВД изменятся при рестриктивных нарушениях вентиляции?
11. Какие показатели ФВД изменятся при смешанном типе нарушения вентиляции?
12. Что такое оксигемометрия?

Практическая работа №9.
Жалобы, анамнез, осмотр и пальпация при заболеваниях сердечно-сосудистой системы, дифференциальный диагноз заболеваний ССС, построение алгоритмов диагностики

Жалобы. Причины:

- нарушение метаболизма;
- нарушение гемодинамики из-за снижения сократительной способности миокарда.

Для нарушения метаболизма миокарда характерны жалобы:

- боли в области сердца;
- перебои в работе сердца.

При недостаточной сократительной способности левых отделов сердца беспокоит:

- одышка;
- удушье;
- кашель;
- кровохарканье;

- сердцебиение.

При снижении сократительной способности правых отделов сердца у больных появляется:

- сердцебиение;
- боль (тяжесть) в правом подреберье;
- отеки.

История заболевания и жизни. Выяснение истории заболевания и жизни проводится по общей схеме.

Порядок расспроса:

- установление времени появления первых симптомов заболевания, их характеристика;
- причины возникновения – связь с переносными инфекциями и другими заболеваниями, переохлаждениями, физическими и нервными нагрузками;
- лечение: выясняется, какое проводилось лечение, его эффективность, назначалась ли поддерживающая терапия после выписки из стационара (с выяснением названий препаратов и доз), принимал ли больной препараты;
- причины обострения заболевания, частота обострений, их проявление;
- повод к госпитализации.

История жизни:

- условия труда – обращается внимание на факторы, способствующие развитию заболевания и влияющие на его течение;
- условия быта – проживание в сыром, холодном помещении, нервные нагрузки, физические перегрузки, малоподвижный образ жизни;
- перенесенные заболевания (ангины, ревматизм, сифилис и др., при которых поражается сердечно-сосудистая система);
- у женщин необходимо выяснить, как протекали беременности, роды, климакс, так как в эти периоды обычно проявляются симптомы поражения сердечно-сосудистой системы;
- наследственность – обращается внимание на заболевания сердечно-сосудистой системы у родственников.

Осмотр. Виды осмотра: общий осмотр и местный осмотр.

Последовательность пальпации:

- пальпация верхушечного толчка;
- пальпация сердечного толчка;
- определение «кошачьего мурлыканья»;

- другие пульсации.

Задачи для упражнений

Задача 1. Больной К., 42 года, инженер. Поступил в стационар с жалобами на давящие боли за грудиной с иррадиацией в левую руку и левую лопатку, возникающие при быстрой ходьбе, купирующиеся в покое и после приема нитроглицерина, на слабость, раздражительность, бессонницу.

Анамнез: считает себя больным в течение 2-х лет, когда появились боли за грудиной при быстрой ходьбе. Обращался к врачу, который порекомендовал принимать нитроглицерин при болях. Ухудшение состояния в течение 2-х недель после психоэмоционального перенапряжения. Усилились и участились боли за грудиной, стали возникать при меньших нагрузках, появилась слабость, раздражительность, плохой сон.

1) Какой наиболее вероятный характер заболевания?

а) коронарная недостаточность;

б) поражение сердца воспалительного генеза.

2) Есть ли признаки левожелудочной сердечной недостаточности?

а) да;

б) нет.

3) Есть ли признаки правожелудочковой сердечной недостаточности?

а) да;

б) нет.

Задача 2. Больная 20 лет, учащаяся техникума. Жалобы на боли в области сердца, тупые, неинтенсивные, постоянные, приемом глицерина не купируются, на перебои в работе сердца, на боли в лучезапястных суставах, усиливающиеся при движениях, их припухлость и покраснение, на повышение температуры до 38°С.

Анамнез: с детства частые ангины, последний раз переболела ангиной 25 недель назад. 2 недели спустя появилась припухлость, покраснение и боли при движениях в коленных суставах, повышение температуры до 37,2-37,8□. К врачу не обращалась. Через 7 дней боли в коленных суставах уменьшились, но появились боли в лучезапястных суставах с их покраснением и припухлостью, присоединились

постоянные тупые боли в сердце, перебои в работе сердца.

Осмотр: положение активное. Отмечается покраснение кожи и припухлость в области лучезапястных суставах, объем движений в них ограничен.

1) Какой наиболее вероятный характер заболевания?
а) коронарная недостаточность;
б) воспалительное поражение миокарда.

2) Есть ли признаки левожелудочной сердечной недостаточности?
а) да;
б) нет.

3) Есть ли признаки правожелудочковой сердечной недостаточности?
а) да;
б) нет.

Задача 3. Больной П., 62 года, пенсионер. Жалобы на частые загрудинные боли с иррадиацией в левую лопатку, давящего характера, возникающие при обычной ходьбе на расстояние более 10м., в ночное время, купирующиеся нитроглицерином, на одышку в покое, усиливающуюся при малейших нагрузках, кашель со скудной мокротой слизистого характера, приступы удушья по ночам.

Анамнез: болеет 3 года, когда впервые появились боли за грудиной, иррадиирующие под левую лопатку при ходьбе, купирующиеся нитроглицерином, через год появилась одышка при ходьбе, 2 недели назад стали возникать приступы удушья по ночам, одышка беспокоила в покое, усиливалась при малейших нагрузках, появился кашель.

Осмотр: положение полусидя в постели, диффузный цианоз, отеков нет, печень не увеличена.

1) Какой наиболее вероятный характер заболевания?
а) коронарная недостаточность;
б) поражение сердца воспалительного генеза.

2) Есть ли признаки левожелудочной сердечной недостаточности?
а) да;
б) нет.

3) Есть ли признаки правожелудочковой сердечной недостаточности?
а) да;
б) нет.

Задача 4. Больная Б., 36 лет, инвалид II гр. Жалобы на одышку при ходьбе, приступы удушья смешанного характера сопровождающиеся кашлем с обильной пенистой мокротой в ночное время, сердцебиение, тяжесть в правом подреберье, отеки на ногах.

Анамнез: в детстве часто болела ангинами, в возрасте 10 лет перенесла ревматизм, после которого стали выявлять порок сердца. Плохо справляется с физическими нагрузками (появляется одышка), освобождалась от занятий физкультурой. 3 года назад после перенесенной ангины одышка усилилась, стала отмечать тяжесть в правом подреберье, а затем стали беспокоить отеки на ногах, которые купировались приемом мочегонных средств. 2 недели назад вновь перенесла ангину, после которой стали возникать приступы удушья по ночам с кашлем и выделением объемной пенистой мокроты.

Осмотр: состояние тяжелое, положение вынужденное – сидя в постели. Выражен акроцианоз, цианотический румянец на щеках, кожа с желтушным оттенком, отеки на ногах до колен. Выраженная эпигастральная пульсация под мечевидным отростком, верхушечный толчок слабо выражен.

1) Какой наиболее вероятный характер заболевания?
а) коронарная недостаточность;
б) поражение сердца воспалительного характера.

2) Есть ли признаки левожелудочной сердечной недостаточности?
а) да;
б) нет.

3) Есть ли признаки правожелудочковой сердечной недостаточности?
а) да;
б) нет.

4) Как можно обозначить лицо больного?

а) митральное;
б) аортальное;
в) лицо Корвизора.

Задача 5. Больной Р., 58 лет, инвалид II гр. Жалобы на отеки ног, тупые ноющие боли в правом подреберье, увеличение живота в объеме, на общую слабость, кашель с отделением гнойной мокроты с прожилками крови и неприятным запахом (до 200мл за сутки), на одышку смешанного характера.

Анамнез: 17 лет страдает хроническим бронхитом, бронхоэктазами. Несколько раз перенес воспаление легких. 5 лет назад стали возникать одышка и отеки на ногах. Лечился амбулаторно и в стационаре. 2 недели назад после переохлаждения состояние ухудшилось: усилилась одышка, отеки ног, увеличился в размерах живот. Усилился кашель с мокротой, появилось кровохарканье.

Осмотр: состояние тяжелое. Диффузный цианоз, акроцианоз, отеки стоп и голеней, асцит, набухание шейных вен, увеличение печени. Выявлен правосторонний гидроторакс. Положительные симптомы «барабанных пальцев» и «часовых стекол».

1) Есть ли признаки левожелудочной сердечной недостаточности?
а) да;
б) нет.

2) Есть ли признаки правожелудочковой сердечной недостаточности?
а) да;
б) нет.

3) Есть ли признаки тотальной сердечной недостаточности?
а) да;
б) нет.

4) Есть ли признаки коронарной недостаточности?
а) да;
б) нет.

5) Есть ли признаки поражения сердца ревматической этиологии?
а) да;

б) нет.

Задача 6. При осмотре больного выявлено «митральное лицо», виден и хорошо пальпируется сердечный толчок и эпигастральная пульсация, на верхушке «кошачье мурлыканье». Отеков и увеличения печени не обнаружено.

Признаки какого синдрома имеются у больного?
а) гипертрофия левого желудочка;
б) гипертрофия правого желудочка.

Задача 7. При осмотре больного отмечается бледность кожных покровов, «аортальное лицо», выраженная пульсация периферических артерий. Верхушечный толчок хорошо виден на глаз, при пальпации усилен, высокий, резистентный, смещен влево и вниз. Видна эпигастральная пульсация.

Признаки какого синдрома имеются у больного?
а) гипертрофия и дилатация левого желудочка;
б) гипертрофия и дилатация правого желудочка.

Задача 8. Осмотр сердца: верхушечный толчок хорошо виден на глаз в V межреберье по среднеключичной линии. Пальпация: верхушечный толчок в V межреберье по левой среднеключичной линии, усилен, локализован. Сердечный толчок и эпигастральная пульсация не выявляются.

Признаки какого синдрома имеются у больного?
а) гипертрофия левого желудочка без его дилатации;
б) значительная дилатация левого желудочка;
в) гипертрофия и дилатация левого желудочка;
г) гипертрофия и дилатация правого желудочка.

Задача 9. Осмотр сердца: на глаз хорошо виден сердечный толчок и эпигастральная пульсация. Верхушечный толчок не виден. Пальпация: верхушечный толчок расположен в V межреберье 0,5см внутрь от среднеключичной линии. Пальпируется сильный сердечный толчок и сильная эпигастральная пульсация под мечевидным отростком, усиливающаяся при вдохе.

Признаки какого синдрома имеются у больного?

а) гипертрофия левого желудочка без его дилатации;

б) гипертрофия и дилатация левого желудочка;

в) гипертрофия правого желудочка;

г) гипертрофия и дилатация правого желудочка.

Контрольные вопросы

1. Классифицируйте жалобы при патологии сердечно-сосудистой системы.
2. Расскажите о жалобах, обусловленных нарушением метаболизма миокарда, назовите причины и механизм возникновения.
3. Расскажите о жалобах при снижении сократительной способности левого желудочка, механизме возникновения.
4. Расскажите о жалобах при снижении сократительной способности правого желудочка, механизме возникновения.
5. Как выявить скрытые отеки?

Расскажите об изменении положения больного при разных видах патологии сердечно-сосудистой системы.

Практическая работа №10.
Аускультация сердца. Тоны сердца

При ритмических сокращениях сердца человека возникают звуковые явления, которые называются сердечными тонами.

В физиологических условиях над областью сердца выслушиваются два тона, периодически сменяющие друг друга. Первый тон выслушивается во время систолы желудочков и поэтому называется систолическим, второй тон выслушивается во время диастолы и называется диастолическим. Первый и второй тоны разделены между собой беззвучными паузами.

Фазовая структура сердечного цикла. Сокращение сердца начинается с систолы предсердий, после которой следует сокращение желудочков.

Систола желудочков включает:

- фазу асинхронного сокращения, когда еще не все участки миокарда охвачены сократительным процессом и внутрижелудочковое давление не повышается;
- фазу изометрического сокращения, наступающую при охвате

сократительным процессом основной массы миокарда; в этой фазе закрываются атриовентрикулярные клапаны и значительно повышается внутрижелудочковое давление;

- фазу изгнания, когда при повышении внутрижелудочкового давления выше уровня давления в аорте и легочном стволе открываются клапаны аорты и легочного ствола (полулунные).

По окончании изгнания начинается расслабление желудочков – период диастолы, во время которой полулунные клапаны закрываются. При закрытых предсердно-желудочковых (атриовентрикулярных) и полулунных клапанах желудочки продолжают расслабляться, пока давление в них не станет ниже, чем в предсердиях (фаза изометрического расслабления). Поскольку в начале диастолы разница велика, желудочки наполняются быстро (фаза быстрого наполнения), затем кровоток замедляется (фаза медленного наполнения). После этого начинаются систолы предсердий, а сердечный цикл повторяется.

Происхождение тонов сердца. Происхождение первого тона довольно сложное и он состоит из четырех компонентов:

Первый основной компонент первого тона образуется при захлопывании атриовентрикулярных клапанов и колебаний эластических створок замкнутых клапанов в период изометрического сокращения. Поэтому он называется клапанным компонентом. Причем, чем быстрее сокращается мышца желудочков, тем сильнее колебания створок клапанов и, соответственно, более сильный звук первого тона и наоборот.

Второй компонент первого тона называется мышечным. Он также образуется в фазу изометрического сокращения в результате колебательных движений мышечной оболочки обоих желудочков.

Третий компонент первого тона сосудистый и возникает в результате колебаний начальных отделов аорты и легочного ствола в период изгнания.

Четвертый предсердный компонент первого тона образуется в результате сокращений стенок предсердий. Этот звук совпадает с окончанием диастолы сердца и предваряет систолическое напряжение желудочков.

Происхождение второго тона значительно проще. Он образуется в начале диастолы и состоит из двух компонентов:

Первый компонент второго тона клапанный, вызван захлопыванием створок полулунных клапанов аорты и легочного ствола.

Второй компонент сосудистый и образуется в результате колебаний

стенок аорты и легочной артерии в результате резкого падения давления в них в начале диастолы.

Иногда у здоровых молодых людей выслушиваются также третий и четвертый тоны. Впервые они были описаны Образцовым.

Третий тон непостоянен и может выслушиваться в виде слабого глухого звука в начале диастолы вскоре после второго тона, будучи как бы его эхом. Считается, что третий тон образуется при быстром расслаблении желудочков в начале диастолы.

Четвертый тон также непостоянен и может выслушиваться в виде тихого низкочастотного звука в конце диастолы. Его появление связано с колебаниями стенок желудочков при быстром поступлении струи крови из предсердий во время их систолы (предсердный компонент).

Задачи для упражнений

Задача 1. Больная В., 42 лет. В течение 10 лет страдает ревматизмом, митральным стенозом. Какие изменения тонов сердца можно выслушать у данной больной при аускультации?

а) ритм «перепела»;
б) ритм «галопа»;
в) мерцательная аритмия;
г) акцент II тона на легочной артерии;
д) акцент II тона на аорте;
е) ослабление II тона на аорте;
ж) приглушенность тонов сердца;
з) ослабление I тона на верхушке.

Задача 2. Больной А., 56 лет. Поступил в отделение реанимации с крупноочаговым инфарктом миокарда в переднебоковой стенке. Какие изменения тонов сердца можно выслушать у данного больного при аускультации?

а) ритм «перепела»;
б) ритм «галопа»;
в) мерцательная аритмия;
г) акцент II тона на легочной артерии;
д) акцент II тона на аорте;
е) ослабление II тона на аорте;
ж) приглушенность тонов сердца;
з) ослабление I тона на верхушке.

Задача 3. Больной Г., 60 лет, путевой рабочий. В течение многих лет страдает хроническим обструктивным бронхитом, эмфиземой легких. Какие изменения тонов сердца можно выслушать у данного больного при аускультации?

а) ритм «перепела»;
б) ритм «галопа»;
в) мерцательная аритмия;
г) акцент II тона на легочной артерии;
д) акцент II тона на аорте;
е) ослабление II тона на аорте;
ж) приглушенность тонов сердца;
з) ослабление I тона на верхушке.

Задача 4. Больная Д., 49 лет. Длительное время страдает артериальной гипертензией с высокими цифрами артериального давления. Какие изменения тонов сердца можно выслушать у данной больной при аускультации?

а) ритм «перепела»;
б) ритм «галопа»;
в) мерцательная аритмия;
г) акцент II тона на легочной артерии;
д) акцент II тона на аорте;
е) ослабление II тона на аорте;
ж) приглушенность тонов сердца;
з) ослабление I тона на верхушке.

Задача 5. Больной К., 23 лет. Находится в отделении кардиологии с диагнозом подострый септический эндокардит, недостаточность аортального клапана 3 степени. Какие изменения тонов сердца можно выслушать у данного больного при аускультации?

а) ритм «перепела»;
б) ритм «галопа»;
в) мерцательная аритмия;
г) акцент II тона на легочной артерии;
д) акцент II тона на аорте;
е) ослабление II тона на аорте;
ж) приглушенность тонов сердца;
з) ослабление I тона на верхушке.

Контрольные вопросы

1. Расскажите внутрисердечную гемодинамику и работу сердца в течение сердечного цикла.
2. В каких положениях больного проводят аускультацию?
3. Какими приемами пользуются для уточнения данных аускультации?
4. Что такое тон? Сколько тонов выслушивается в норме?
5. Охарактеризуйте тоны по частоте, амплитуде и другим физическим параметрам.
6. Перечислите составные компоненты каждого тона.

Практическая работа №11. Расспрос, осмотр, перкуссия и аускультация при заболеваниях желудочно-кишечного тракта. Построение алгоритмов диагностики заболеваний Ж.К.Т.

Расспрос позволяет выявить основные жалобы, особенности анамнеза больных с патологией желудочно-кишечного тракта.

Аппетит - желание пациента принимать пищу. Изменение аппетита встречается, кроме патологии желудочно-кишечного тракта, при инфекционных заболеваниях, расстройствах обмена веществ и др.

Например, аппетит может быть сохранен при неосложненной язвенной болезни с нормальной желудочной секрецией.

Повышение аппетита отмечается при язвенной болезни с локализацией язвы в двенадцатиперстной кишке. Крайняя степень повышения аппетита - булимия или «волчий голод» отмечается при инсуломе поджелудочной железы.

Понижение аппетита чаще наблюдается при пониженной секреторной функции желудка (хронический гастрит, язвенная болезнь с локализацией язвы в желудке, начальные стадии рака желудка.)

Анорексия (отсутствие аппетита) более характерна для рака желудка. От потери аппетита следует отличать воздержание от приема пищи из-за боязни возникновения болей (цитофобия), это встречается при язвенной болезни желудка с локализацией язвы в желудке.

Парарексия – извращение аппетита, выражается в пристрастии к несъедобным веществам (уголь, мел, керосин и пр.). Наблюдается при ахлогидрии, у беременных. У больных раком желудка и других органов нередко возникает отвращение к мясу.

Извращение вкуса сводится к неприятному вкусу во рту и притуплению вкусовых ощущений.

Кислый вкус во рту отмечается при повышенной кислотности желудочного сока.

Горький вкус во рту отмечается при патологии гепато-билиарной системы.

Дисфагия - нарушение прохождения пищи по пищеводу, наиболее часто встречается при заболеваниях пищевода.

Болезненное прохождение пищи отмечается при эзофагитах, ожогах пищевода, грыже пищеводного отверстия диафрагмы.

Затруднение прохождения пищи встречается при органическом сужении пищевода при раке, рубцовых стенозах, сдавлении пищевода аневризмой аорты, опухолью средостения, а также может быть функциональным при кардиоспазме, т.е. спастическом сокращении нижнего пищеводного сфинктера.

Необходимо отличать функциональную дисфагию от органической. Органическая является постоянной и с течением времени может постепенно прогрессировать. Вначале затруднено прохождение преимущественно твердой пищи, затем затрудняется прохождение жидкой пищи, а затем и воды. Функциональная дисфагия, встречающаяся у больных неврозом, непостоянна и может быть парадоксальной: больной не может проглотить воду и при этом хорошо принимает твердую пищу.

Отрыжка - это рефлюкс, т.е. обратный заброс содержимого желудка в пищевод и ротовую полость. Отрыжка обусловлена сокращением мускулатуры желудка при открытом кардиальном отверстии. Регургитация- отрыжка пищей, с поступлением в рот небольшой части желудочного содержимого. Отрыжка воздухом (эруктация)- выхождение через рот воздуха, скопившегося в желудке или пищеводе. Может являться следствием заглатывания атмосферного воздуха (аэрофагия), чаще это встречается у детей, а также при торопливой еде, жевании «резинки», приеме газированных напитков. Механизм образования газа связан, в основном, с забросом в желудок дуоденального содержимого, имеющего щелочную реакцию, при этом происходит реакция нейтрализации с образованием углекислого газа.

Кислая отрыжка обычно сочетается с гиперсекрецией желудочного сока и чаще возникает во время приступа болей при язвенной болезни. Отрыжка может быть также симптомом гастроэзофагальной рефлюксной болезни и грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, при

этом отрыжка чаще возникает, если больной после еды принимает горизонтальное положение или наклоняет туловище вперед.

Отрыжка с запахом прогорклого масла появляется при процессах брожения в желудке за счет образования масляной, молочной и др. органических кислот, при снижении эвакуаторной функции желудка.

Отрыжка с гнилостным запахом («тухлых яиц») характерна для стеноза привратника с большим расширением желудка и обильным застоем в нем. Запах обусловлен распадом белковых веществ с выделением сероводорода.

Изжога - ощущение жжения в эпигастральной области и за грудиной. Изжога при повышенной кислотности возникает вследствие заброса в пищевод желудочного сока, содержащего в большом количестве соляную кислоту. Особенно характерна изжога для язвенной болезни, она может быть также симптомом грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, гастроэзофагальной рефлюксной болезни, хронического холецистита, панкреатита. Упорная изжога может быть также при компенсированном стенозе привратника, в связи с повышением внутрижелудочного давления и появлением гастроэзофагального рефлюкса.

Изжога при пониженной кислотности возникает в результате образования в желудке большого количества органических кислот при процессах брожения и забросе их в пищевод.

Тошнота - рефлекторный акт, связанный с раздражением блуждающего нерва, проявляется трудно определяемым своеобразным тягостным чувством давления в подложечной области.

Рвота - сложный рефлекторный акт, во время которого происходит непроизвольное выбрасывание содержимого желудка, обусловленный возбуждением рвотного центра.

Задачи для упражнений

Задача 1. Мужчина 28 лет. Много курит. Питается нерегулярно. Осенью прошлого года в течение нескольких недель беспокоили боли в подложечной области, преимущественно во второй половине дня, через 4-6 часов после еды. Зимой болей не было. В конце марта боли возобновились, появляются не только днем, но и ночью, проходят после приема пищи. О наличии какого заболевания можно думать у данного пациента на основании жалоб и анамнеза? Как будут выглядеть язык и живот при осмотре?

Задача 2. Мужчина 56 лет, отмечает боли в эпигастральной области через 1,5-2 часа после еды, может пропускать прием пищи из-за боязни болей. Иногда на высоте болей возникает рвота, после чего боли стихают. О каком заболевании можно думать на основании жалоб больного? Какое нарушение аппетита у больного?

Задача 3. Больной жалуется на кислую отрыжку и изжогу. В то же время при анализе желудочного содержимого выявлено не повышение, а снижение секреторной активности желудка. Объясните, с чем связана изжога? Укажите какие признаки характеризуют изжогу при гипо- и гиперсекреторных гастритах.

Задача 4. У больного отмечается обильная рвота мало измененной пищей, с примесью слюны и слизи, без рвотных движений. Для поражения какого отдела желудочно-кишечного тракта характерен этот симптом? Уточните, в какое время по отношению к приему пищи в этом случае должна наступить рвота? Перечислите заболевания, при которых рвота наступает через 10-15 минут после еды; через 2-3 часа, 4-6 часов после еды.

Задача 5. У больного возникло кровотечение с выделением крови через рот. Опишите, по каким признакам можно отличить желудочное кровотечение от легочного?

Задача 6. У больного отмечаются тяжесть и давление в эпигастральной области после еды, отрыжка, тошнота, неприятный вкус во рту, особенно по утрам. Для какого синдрома характерны такие проявления? Какие заболевания могут протекать с данными жалобами?

Задача 7. У больного отмечается урчание и переливание в животе, вздутие живота, неустойчивость стула. Для какого синдрома характерны такие проявления?

Задача 8. При осмотре живот увеличен в объеме, пупок выпячен, вокруг пупка сеть расширенных вен. Какова причина увеличения живота? Какие методы физического исследования могут это подтвердить? Какая патология к этому приведёт? Как может измениться форма живота у данного больного при перемене положения тела?

Задача 9. При каком положении больного перкуссия поможет выявить асцитическую жидкость в количестве немногим более 500мл?

Задача 10. Больной в течение многих лет в осенне-весеннее время испытывает изжогу, боли в эпигастральной области. При обследовании 3 года назад выявлена язвенная болезнь с локализацией язвы в пилорическом отделе желудка, лечился в стационаре. Впоследствии боли повторялись, но к врачу не обращался. В течение последних 4-х месяцев предъявляет жалобы на чувство тяжести в эпигастральной области после еды, отрыжку с запахом тухлых яиц, облегчение наступает после рвоты, которую вызывает самостоятельно. Похудел на 3 кг. О наличии какого осложнения язвенной болезни можно предположить на основании жалоб и анамнеза? Где находится большая кривизна желудка в норме и возможно ли ее изменение у данного пациента.

Контрольные вопросы

1. Назовите основные жалобы при заболеваниях желудочно-кишечного тракта.
2. Расскажите о нарушении аппетита, вкуса, слюнотечении.
3. Что такое дисфагия, отрыжка, изжога, тошнота, рвота?
4. Расскажите о боли в животе (механизм возникновения, локализация, иррадиация, характер, интенсивность, условия возникновения, связь с приемом пищи).
5. В чем проявляются признаки пищеводного, желудочного, кишечного кровотечений?
6. Какие особенности анамнеза при заболеваниях желудочно-кишечного тракта?

Практическая работа №12
Лабораторные и инструментальные методы обследования больных с заболеваниями печени и желчевыводящих путей

Определение участия печени в пигментном обмене. Отражением пигментной функции печени является содержание в крови, а также в кале и моче билирубина и продуктов его восстановления. Еще в начале 20 века Ван ден Берг подметил различное взаимодействие желтушной сыворотки с сульфодиазореактивом при желтухах различной этиологии. При механической желтухе сыворотка больного сразу становится

красной после добавления диазореактива, при гемолитической – лишь после прибавления к ней спирта. Реакция в первом случае называлась прямой, во втором – непрямой. Оказалось, что непрямую реакцию дает свободный билирубин, а прямую - билирубинглюкуронид (связанный билирубин).

Нормальное содержание билирубина в крови: общий – 3,4 – 22,2 мкмоль/л, прямой (связанный) – 0-5,1 мкмоль/л. Обмен билирубина в норме и его изменения при различных видах желтух подробно приведены в предыдущей теме.

Углеводный обмен. В клетках печени при участии энзимных систем происходит синтез гликогена, его депонирование и гликогенолиз, а также гликонеогенез. Поддержание уровня сахара в крови обеспечивается, помимо печени, деятельностью других органов и систем – поджелудочной железой, гипофизарно- надпочечниковой системой и др. В связи с этим содержание сахара натощак меняется лишь при тяжелых поражениях печени, и выявление недостаточности ее возможно лишь при помощи функциональных проб. Проба с нагрузкой глюкозой малоэффективна, так как глюкоза усваивается не только печенью. Лучше проводить пробу с галактозой (она не усваивается никакими тканями и органами, кроме печени).

Роль печени в белковом обмене. В печени происходит синтез и депонирование белков, усвоение и отложение белка, обезвреживание, удаление продуктов распада. Часть аминокислот подвергается дезаминированию и периаминированию. Освобождающиеся аминокислоты превращаются печенью в менее токсичную мочевину. Из аминокислот печень строит белки собственной ткани, а также белки крови: альбумины, глобулины, фибриноген, протромбин, гепарин, некоторые ферменты. В печени образуются соединения белков с липидами (липопротеиды) и углеводами (гликопротеины). При заболеваниях печени обычно изменяется не общее количество белка, а соотношение различных белковых фракций, т.е. развивается диспротеинемия.

Жировой обмен. Печень играет роль в синтезе и расщеплении жиров, фосфолипидов и холестерина, в поддерживании в постоянстве его уровня в крови. В норме холестерин в сыворотке крови составляет 3,9 – 5,2 ммоль/л. При тяжелых формах острого и хронического гепатита количество липидов и холестерина снижается. При механической желтухе количество холестерина повышается. Большую ценность имеет определение степени эстерификации холестерина, т. е. соединения его с

жирными кислотами. В норме 60-70% всего холестерина крови находится в эфиросвязанном виде, в норме коэффициент эстерификации равен 0,6 – 0,7. При болезнях печени количество эстерифицированного холестерина уменьшается, и коэффициент эстерификации снижается.

Исследование ферментов печени. Печеночные клетки содержат многочисленные ферменты, регулирующие происходящие в печени обменные процессы. Поражение гепатоцитов приводит к увеличению поступления в кровь одних ферментов и уменьшению выработки других. Ферменты делятся на 3 группы: секреторные, индикаторные и экскреторные.

Обезвреживающая функция. Токсические вещества, поступающие из воротной вены, задерживаются и обезвреживаются за счет ферментативных процессов, происходящих в печени (окисление, восстановление, гидролиз, дезаминирование, связывание). Купперовские клетки являются фагоцитами и поглощают микробов. Для исследования обезвреживающей функции печени проводят пробу Квика- Пытеля. Утром натощак дают 6 гр. бензойнокислого натрия и 100 гр. воды. В течение 4 часов собирают мочу. Бензойнокислый натрий соединяется в печени с глицином, образуя гипуровую кислоту, ее в моче должно быть 70-80%, т.е. около 4 гр. При хронических заболеваниях печени выделение гипуровой кислоты уменьшается.

Выделительная функция. Нерастворимые в воде или связанные с белками вещества выделяются печенью. Нормальная выделительная способность печени ограничена. Так, при значительном усилении гемолиза здоровая печень неспособна вывести весь билирубин из крови и он в ней накапливается, поражение паренхимы при гепатите или циррозе также уменьшает выделительные возможности печени. Для выявления нарушенной выделительной функции печени, особенно при безжелтушных формах заболевания, большое значение имеют пробы с введением в кровь веществ, подлежащих выведению с желчью.

Задачи для упражнений

Задача 1. У больного с хроническим вирусным гепатитом В имеется легкая желтушность кожных покровов и склер, единичные телеангиоэктазии на верхней половине туловища, гинекомастия, умеренный кожный зуд, бессонница. Проявления каких синдромов имеются у данного пациента?

Задача 2. У пациента имеются желтуха и кожный зуд. Какие обследования необходимо провести для подтверждения холестатического синдрома? Измениться ли уровень билирубина, и каким образом? При какой патологии может встречаться данный синдром?

Задача 3. Больной 51 года, имеющий избыточную массу тела предъявляет жалобы на чувство горечи во рту по утрам, ноющие боли в правом подреберье, возникающие после приема жирной и жареной пищи, периодически температура тела повышается до субфебрильных цифр. Ваш предположительный диагноз? Назначьте план обследования. Какие предполагаете результаты?

Задача 4. При ультразвуковом обследовании в желчном пузыре пациента обнаружен конкремент диаметром 2 см. Будете ли Вы исследовать моторику желчного пузыря, как предполагалось ранее? Ответ обоснуйте.

Задача 5. Во время дуоденального зондирования порция В не получена. Как Вы считаете, почему это произошло и Ваши предполагаемые действия?

Задача 6. У пациента с циррозом печени имеется выраженный асцит: живот резко увеличен в объеме, кожа с трудом собирается в складку, больной испытывает значительный дискомфорт и одышку. Состояние тяжелое, больной пониженного питания, кожные покровы желтушны, на коже множественные подкожные геморрагии. Также у пациента имеется геморрой со склонностью к кровотечениям. Вследствие выраженного асцита пальпацию печени провести не удалось, перкуторно и по данным УЗИ нижний край печени по срединоключичной линии на уровне реберной дуги. Время свертывания крови в пределах нормы, имеется снижение протромбинового индекса.

Будете ли данному пациенту проводить парацентез, лапароскопию и пункционную биопсию печени? Ответ обоснуйте. Чем объяснить проявления геморрагического синдрома у данного пациента?

Задача 7. У пациента 17 лет слабость, тошнота, боли в суставах. Находился в контакте с больными вирусным гепатитом А. Кожные покровы обычной окраски. Какие биохимические исследования могут

подтвердить диагноз гепатита в преджелтушный период?

Задача 8. У донора в крови обнаружен HbsAg. О каких состояниях это может свидетельствовать и может ли данный человек являться донором крови?

Контрольные вопросы

1. Какие существуют функции печени?
2. Опишите участие печени в пигментном обмене.
3. Опишите участие печени в углеводном обмене.
4. Расскажите о методика проведения и диагностической ценности проб с галактозой и с инсулином.
5. Какова роль печени в белковом обмене?
6. Дайте определение белковым фракциям методом электрофореза.
7. Дайте понятие о диспротеинемии, диагностической ценности.

Практическая работа №13
Исследование функции почек. Дифференциальный диагноз заболеваний мочевыделительной системы, построение алгоритмов диагностики

В фиксации почки существенную роль играет почечная фасция, соединительнотканные пучки от которой пронизывают жировую капсулу и врастают в фиброзную капсулу почек, адвентицию лоханки и крупных сосудов. Эти пучки как бы подтягивают почку к фасции. Почечная фасция, окружающая жировую капсулу, совершенно открыта книзу. Вот почему при значительном похудании почки приобретают большую смещаемость. В фиксации почек большое значение имеет внутрибрюшное давление, сосуды, мочеточники.

В норме почки обладают некоторой подвижностью, они смещаются при дыхании, прыжках, поднятии тяжестей. Почки имеют бобовидную форму, масса 120-200 г, длина 10-15 см, ширина 5-7 см, толщина 3-5 см.

В общем осмотре пациента с целью выявления признаков заболеваний почек необходимо обратить внимание на общее состояние, положение исследуемого, на отсутствие или наличие отеков, на очертания лица.

Состояние здорового человека удовлетворительное, положение активное, отеки на лице и других частях тела отсутствуют, лицо имеет

нормальные очертания и привычные черты.

При заболеваниях почек общее состояние пациента может быть от удовлетворительного до крайне тяжелого с потерей сознания, что зависит от характера, распространенности и выраженности патологического процесса. Тяжелое состояние возможно при остром и хроническом гломерулонефрите, при развитии почечной недостаточности любого генеза, а также при гнойном поражении почек или паранефральных тканей, при опухоли почки, некоторых вариантах мочекаменной болезни.

Большинство пациентов с патологией почек ведут себя активно, пассивными они бывают при тяжелом течении острых и хронических заболеваний, в период развития почечной недостаточности. При некоторых заболеваниях пациенты занимают особое, вынужденное положение. Так, при паранефрите они чаще лежат на больном боку с согнутыми ногами в тазобедренном и коленном суставах и приведенной ногой к животу на стороне поражения. Это способствует расслаблению поясничной мышцы и ослаблению боли в области почки.

Пальпации почек должна предшествовать пальпация поясничных областей. Она проводится поглаживанием и небольшим погружением пальцев врача в мягкие ткани пространства от XI—XII ребра до подвздошных костей с обеих сторон от позвоночника. Ощупыванием оценивается характер рельефа области почек с обеих сторон с целью выявления выбухания или припухлости, определяется локальная температура кожи, тургор кожи и подкожной клетчатки. Погружением пальцев в ткани выявляется отечность кожи и подкожной клетчатки, а также болезненность.

У здорового человека ощупывание поясничных областей безболезненное, их рельеф слева и справа одинаковый, выбуханий, отечности кожи и подкожной клетчатки нет, температура кожи не отличается от температуры других участков тела.

Выраженная болезненность при пальпации поясничной области наблюдается при воспалении околопочечных тканей, особенно при заднем паранефрите, такое возможно при карбункуле почки. Небольшая чувствительность в виде гипералгезии может быть при пиелонефрите, мочекаменной болезни, иногда при опухоли почки.

Выбухание области почки назад, чаще с одной стороны, возникает при паранефрите, оно имеет разлитой характер, эластичное, болезненное, с повышенной местной температурой. При компрессии пальцем выявляется отек кожи и подкожной клетчатки. Ограниченное

выбухание в поясничной области возможно при опухоли почки.

Задачи для упражнений

Задача 1. Больному назначена проба Зимницкого.

1) Цель назначения пробы?
2) В какое время начинается выполнение пробы?
3) С каким интервалом собирают порции мочи, в течение какого времени?

Задача 2. Больному проведена проба по Зимницкому. Получены результаты: количество мочи за сутки 1500 мл, в первых 4-х порциях - 1000 мл, в следующих - 500 мл. Удельный вес - 1010, 1016, 1025, 1018, 1005, 1012, 1020, 101I. Оцените результаты.

Задача 2. Больному проведена проба Зимницкого. Полученные результаты: количество мочи 500 мл, в первых 4-х порциях 200 мл, в следующих 300 мл. Удельный вес - 1005, 1008, 1006, 1010, 1009, 1010, 1006, 1007.Оцените полученные результаты.

Задача 4. Больному проведена проба Фольгарда на сухоедение. Получены результаты: количество мочи: 75 60 30 25, удельный вес: 1018 1025 1036 1040.

Оцените полученную пробу.

Задача 5. Больной К. страдает хроническим гломерулонефритом в течение 20 лет. При исследовании азотистые шлаки в пределах нормы. В пробе Зимницкого полиурия, никтурия, изогипостенурия.

1) Есть ли у больного ХПН?
2) Если есть, то какая стадия?

Задача 6. У больного при исследовании концентрация мочевины 16 ммоль/л, креатинина 360 мкмоль/л, остаточного азота 60 ммоль/л.

1) Как называется повышение азотистых шлаков в крови?
2) При какой стадии ХПН может наблюдаться этот симптом?

Задача 7. Больной К., 54 лет. С детства страдает хроническим гломерулонефритом. Состояние тяжелое, сознание отсутствует, запах аммиака. Кожные покровы бледные, сухие, следы расчесов. Дыхание глубокое. При аускультации сердца шум трения перикарда.

1) Какой синдром у больной?
2) Какова причина этого синдрома?
3) Чем обусловлена клиника ХПН?

Контрольные вопросы

1. Что представляет собой современная теория мочеобразования?
2. Классифицируйте методы исследования азотовыделительной функции почек.
3. Расскажите о методике проведения пробы Зимницкого, оценке водовыделительной, концентрационной, аккомодационной функций.
4. Расскажите о методике пальпации почек.
5. Каковы показания к проведению диагностики состояния мочевыделительной системы?