

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ  
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

**СЕВЕРО-КАВКАЗСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ АКАДЕМИЯ**

**МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ**

**КАФЕДРА: «ПРОПЕДЕВТИКА ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ»**

Т.А. Айбазова  
М.И. Айбазова  
Ф.А. Борлакова  
З.А. Борлакова  
Ф.М. Хапаева

# **ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ**

Учебно-методическое пособие  
(субъективные и объективные  
методы обследования)

г. Черкесск, 2023 г.

УДК 614.253  
ББК 53,4  
И 90

Рассмотрено на заседании кафедры «Пропедевтика внутренних болезней»

Протокол №6/23 от «06» 09. 2022 г.

Рекомендовано к изданию редакционно-издательским советом СКГА.

Протокол №24 от «26» 09. 2022 г.

**Рецензенты:** Коцелевец С.М. – д.м.н, доцент, зав. Кафедрой пропедевтики внутренних болезней

И90 **Айбазова, Т.А.** История болезни: учебно-методические пособие (субъективные и объективные методы обследования) / Т.А. Айбазова, М.И. Айбазова, Ф.А. Борлакова, З.А. Борлакова. – Черкесск: БИЦ СКГА, 2023.– 20с

Учебно-методическое пособие подготовлено в соответствии с тематическим планом по дисциплине «Ситуационное моделирование в расследовании преступлений» для обучающихся Юридического института СКГА. В нем отражены организационно-методические указания по изучению дисциплины «Ситуационное моделирование в расследовании преступлений», даны типовая рабочая программа дисциплины, планы лекций и практических занятий с указанием общей и специальной литературы, вопросы для подготовки к зачету по дисциплине.

Учебно-методическое пособие предназначено для обучающихся Юридического института СКГА, может быть использовано другими учебными заведениями и лицами изучающими ситуационное моделирование в расследовании преступлений.

**УДК 614.253**  
**ББК 53,4**

## Содержание

Расспрос (субъективный метод обследования)	4
История настоящего заболевания (ANAMNESIS MORBI)	7
История жизни, семейный анамнез (ANAMNESIS VITAE)	7
Состояние в настоящее время (STATUS PRAESENS UNIVERSALIS)	9

## Схема истории болезни

Из чего состоит расспрос или субъективная часть истории болезни?

Распознать болезнь можно, только зная ее проявления, умея найти изменения в организме, по которым можно заключить, что человек болен и какой именно болезнью. Для обнаружения и изучения разнообразных проявлений болезни применяются различные способы обследования: субъективные и объективные. Полученную информацию систематизируют и заносят в историю болезни, которая состоит из расспроса (субъективная часть), общего осмотра больного, осмотра по системам, данных лабораторных и инструментальных методов обследования (объективная часть).

Умение расспросить больного дается не сразу. Если больному самому предоставить возможность излагать жалобы и историю заболевания, то получаются неполные и неточные данные. Часто больные забывают о некоторых фактах своей болезни или не связывают свое настоящее состояние с тем, что происходило с ними неделю, а может и месяц назад. Подробно останавливаются на событиях, маловажных для настоящего заболевания, скрывают какие-либо заболевания или вредные привычки.

Начинают расспрос со знакомства, заполняют паспортные данные больного: ФИО, дату рождения, пол, место жительства, профессию и место работы, номер страхового полиса, СНИЛС, данные документа, удостоверяющего право на льготное обеспечение, инвалидность (если есть), номер телефона самого больного и контактные данные близкого родственника больного. На титульный лист стационарной истории болезни выносят диагноз (предварительный и заключительный), дату поступления и выписки, аллергии на препараты, данные о ранее выданном больничном листе, данные о социально значимых заболеваниях: инфекционных (ВИЧ, гепатиты, сифилис...) и паразитарных (педикулез...). Далее приступают к систематическому возможно полному расспросу больного, задавая ему вопросы в определенном порядке.

Вначале выясняют главные (ведущие) жалобы, то что заставило человека обратиться к врачу. Детально устанавливают их характер (детализация жалоб). Так, при наличии болей за грудиной уточняют их локализацию, характер и интенсивность, время появления и влияние различных причин на их возникновение (физическое напряжение, кашель, прием и разный характер пищи и др.), выясняют, чем снимаются боли. Так же проводят детальный анализ всех других жалоб.

Расспрос больного не ограничивается только этими основными вопросами. Для того чтобы не пропустить каких-либо симптомов и выяснить состояние функций всех органов, больного расспрашивают по определенной системе (*status functionalis*). Выясняют изменения общего состояния (похудание, лихорадка, слабость, отеки, головная боль), состояния дыхательной и сердечно-сосудистой систем (сердцебиение, одышка, боли в

области сердца, отеки на ногах), желудочно-кишечного тракта (распрашивая об аппетите, глотании, выясняют, нет ли рвоты, болей в надчревной области и т. д.) и др. У каждого больного при расспросе выясняют состояние его нервной системы в настоящее время: каково общее самочувствие, хорошо или плохо он спит, раздражителен или безразличен по отношению к окружающей обстановке, ощущает ли слабость, возбуждение, головную боль. Оценивают также состояние сознания, деятельность органов чувств. Кроме того, при расспросе больного о его поведении, реакциях на окружающую обстановку, отношении к труду и людям выясняют особенности высшей нервной деятельности в настоящее время и до болезни, стремясь определить тип нервной системы соответственно классификации И. П. Павлова. Основными качествами нервных процессов — торможения и возбуждения — являются их сила, подвижность и уравновешенность. Слабость нервной системы человека проявляется низкой работоспособностью, нерешительностью, трусостью, податливостью чужим влияниям. Люди с сильной нервной системой отличаются большой работоспособностью, решительностью, самостоятельностью, настойчивостью в преодолении трудностей. При неуравновешенности нервных процессов с преобладанием возбуждения отмечаются беспокойство, раздражительность, нетерпеливость, несдержанность. Для недостаточной подвижности нервных процессов характерны некоторая медлительность, трудность переключения, недостаточная приспособляемость к изменениям обстановки. Так, путем расспроса изучают функции главнейших систем организма — дыхания, кровообращения, пищеварения, выделения, двигательной, половой, нервной и составляют представление о состоянии различных органов и систем больного.

История настоящего заболевания (*anamnesis morbi*) — раздел о развитии самой болезни. Включает ответы на следующие вопросы:

Когда началось данное заболевание?

Как оно началось?

С чем пациент связывает возникновение данного заболевания?

Как протекало заболевание?

Какие проводились исследования (лабораторные и инструментальные) и их результаты?

Какое проводилось лечение и его эффективность?

Если заболевание хроническое, то подробно описывают последнее обострение (которое в данный момент привело пациента к Вам) и выясняют периоды обострения и ремиссий, пытаются найти какую-то закономерность появления обострений, когда впервые проявилось данное заболевание.

История жизни (*anamnesis vitae*) представляет собой медицинскую биографию больного по основным периодам его жизни (младенчество, детство, юношество, зрелый возраст).

Общебиографические сведения. Начинают собирать анамнез жизни с общебиографических сведений. Имеют значение такие данные, как место

рождения, ибо известно, что некоторые болезни (например, эндемический зоб) распространены в одних местностях и редко встречаются в других. Далее выясняют возраст родителей больного при его рождении, родился ли он в срок, каким по счету ребенком был в семье, вскармливался грудью или искусственно, когда начал ходить, говорить, не было ли в детстве явных признаков рахита. Эти сведения позволяют оценить состояние его здоровья при рождении и в младенческом возрасте. Далее спрашивают об общих условиях его жизни в детстве и юности (местность, семейные обстоятельства, жилищные условия, питание); следует выяснить также особенности его развития в эти периоды, не отставал ли он от сверстников в физическом или умственном отношении, как учился. Выясняют время наступления половой зрелости, ее влияние на общее состояние. У женщин нужно узнать число беременностей, родов, их течение, наличие аборт и их осложнений.

**Жилищно-бытовые условия.** Большое значение для состояния здоровья имеют жилищно-бытовые условия в различные периоды жизни больного (отдельная квартира или общежитие, комната в подвале, полуподвале, санитарные условия и т. д.). Нужно установить семейное положение больного, узнать, сколько человек живет вместе с ним, их состояние здоровья, какова материальная обеспеченность семьи. Большое значение для возникновения некоторых заболеваний имеет неправильное питание. Поэтому нужно выяснить режим питания больного, достаточно ли оно, сбалансирован ли его рацион по основным питательным веществам — белкам, жирам, углеводам, витаминам и др. Большое внимание следует уделить также режиму свободного времени больного: следует выяснить, достаточно ли он спит и отдыхает, бывает ли на свежем воздухе, занимается ли физической культурой и спортом.

**Условия труда.** Неблагоприятные условия и вредности также могут способствовать возникновению ряда заболеваний. Например, некоторые виды производственной пыли способствуют возникновению бронхиальной астмы, хронических заболеваний бронхов и легких. Сильный шум, вибрация, высокая температура в помещении или, наоборот, сквозняки и холод при работе на улице также могут быть причиной заболеваний. В ряде случаев возможны промышленная интоксикация (ртутная, свинцовая, окисью углерода), а также лучевое поражение при несоблюдении техники безопасности. Имеет значение и режим работы. Знание неблагоприятной роли определенных производственных факторов позволяет выработать конкретные трудовые рекомендации для больного с учетом характера его заболевания.

**Перенесенные заболевания,** в том числе травмы, операции, переливания крови, инфекционные заболевания и контакт с инфекционными больными за последний месяц. Необходимо также установить, какие болезни перенес больной до последнего заболевания. Некоторые инфекционные заболевания (например, корь, скарлатина) сопровождаются выработкой у больного стойкого иммунитета к данной инфекции; после других

инфекционных болезней (например, рожа, ревматизм) остается склонность к их повторению. При ревматизме, дифтерии часто наблюдается поражение сердца; осложнением скарлатины может быть воспаление почек; после эндокардита остается порок клапанов сердца; сифилис иногда ведет к заболеванию внутренних органов. Следует учитывать, что больной может не знать о некоторых заболеваниях, перенесенных ранее, поэтому при наличии подозрения у врача следует расспросить больного, не было ли у него в прошлом симптомов, которыми эти болезни проявляются. К таким симптомам относятся, например, длительные лихорадочные состояния, опухание и болезненность суставов при ревматизме, общие отеки тела при некоторых заболеваниях почек, сильные приступообразные боли в правом подреберье при заболеваниях желчного пузыря и др. Всегда необходимо выяснить, не было ли более или менее тесного контакта с больными инфекционными заболеваниями, особенно при наличии эпидемии (например, гриппа).

Семейный и наследственный анамнез. Выяснение состояния здоровья родственников (родители, братья, сестры) нередко помогает распознаванию заболевания у данного больного. Если кто-нибудь в семье страдает туберкулезом легких, то возможно заражение и заболевание туберкулезом других членов семьи. Сифилис может передаваться внутриутробно от матери детям. Таким образом, инфекционные болезни могут поразить одновременно нескольких членов семьи. Сопоставляя заболевание больного с болезнями его родственников, можно сделать заключение о роли наследственности в происхождении или развитии заболевания. Наследственная предрасположенность проявляется в большинстве случаев только при определенных (провоцирующих) условиях. Поэтому при отсутствии этих факторов болезнь не возникает, а создание благоприятных условий часто укрепляет организм и может устранить наследственное предрасположение к болезни. Принято различать наследственные (генотипические) и ненаследственные (паратипические) заболевания, однако это деление не совсем точно. С развитием генетики стало очевидно, что ряд заболеваний, при которых, казалось бы, фактор наследственности не играет роли, в действительности являются генотипическими. Врачи чаще всего имеют дело с такими заболеваниями, при которых передается по наследству не болезнь, а лишь большая или меньшая предрасположенность к ней (гипертоническая болезнь, атеросклероз, желчнокаменная болезнь и др.). Под влиянием определенных внешних условий эта предрасположенность может реализоваться – тогда возникает заболевание. Необходимо учитывать, что наследуемый признак может иметь разную степень выраженности или, согласно генетической терминологии, экспрессивности. Факт наследования болезней не всегда проявляется достаточно ясно: заболевание может выявиться лишь у одного члена многочисленной семьи, иногда передается через поколение или проявляется у лиц определенного пола (например, явные проявления гемофилии отмечаются только у мужчин, но заболевание

передается от деда к внуку через внешне здоровую дочь). Нередко передающееся по наследству заболевание ошибочно причинно связывают с каким-либо внешним фактором, а он в действительности лишь способствовал проявлению этого заболевания.

Аллергические реакции. Учитывая, что у больных и даже у практически «здоровых» лиц нередко встречается патологически повышенная, или извращенная, реакция иммунной системы—аллергия (в патогенезе ряда заболеваний внутренних органов она играет существенную роль), обязательно следует собрать аллергологический анамнез. Узнают, не было ли в прошлом у больного (а также у его родственников) аллергических реакций на пищевые продукты (клубника, яйца, крабы и т. д.), какие-либо лекарственные препараты, парфюмерные изделия, цветочную пыльцу и т. д. Аллергические реакции могут быть крайне разнообразными — от вазомоторного ринита, крапивницы, отека Квинке до анафилактического шока.

Вредные привычки (алкоголизм, курение, наркомания), или, правильнее, привычные интоксикации, могут и сами привести к развитию определенных заболеваний (цирроз печени, хронический бронхит), усугублять течение других заболеваний. Поэтому выяснение их также крайне важно.

Экспертный (страховой) анамнез включает в себя наличие или отсутствие полиса ОМС или ДМС, сведения о ранее выданных больничных листах за последние 12 месяцев.



## **СОСТОЯНИЕ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ (STATUS PRAESENS UNIVERSALIS)**

Общее состояние: удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое, крайне тяжелое (складывается у врача на протяжении всего обследования больного)

Положение:

- активное (возможность активно передвигаться в пределах больничной палаты),
- пассивное (больной не может изменить приданное положение самостоятельно,
- вынужденное (это положение, которое занимает больной, чтоб облегчить страдания (боль, одышку и т.п.).

Вынужденные положения:

– При приступе бронхиальной астмы (удушье, с резким затруднением выдоха), больной занимает положение сидя, упираясь руками о спинку стула, край кровати, колени, для того, чтоб зафиксировать плечевой пояс и подключить дополнительную мускулатуру и осуществить выдох.

– При приступе сердечной астмы и отеке лёгких (положение Ортопноэ), обусловленном переполнением кровью сосудов малого круга кровообращения. Больной стремится занять вертикальное положение (сидя) с опущенными вниз ногами, что уменьшает приток крови к правым отделам сердца и дает возможность разгрузить малый круг кровообращения.

– При воспалении листков плевры (сухой плеврит, плевропневмония), больной занимает положение лежа на больном боку или сидя, прижимая руками грудную клетку на стороне поражения. Такое положение ограничивает дыхательные движения воспалительных листков плевры и трение их друг о друга, что способствует уменьшению болей.

– Больной с обострением язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки и сильными болями в животе нередко занимают положение лежа на спине или боку, прижимая руками болезненную область живота и сгибая в коленях, что несколько уменьшает напряжение брюшного пресса.

– При резких болях в животе, обусловленных заболеваниями поджелудочной железы (панкреатиты, рак) или язвой желудка с локализацией на задней стенке больные предпочитают лежать на животе, подкладывая подушку и подтягивая под себя согнутые ноги. Такое положение уменьшает давление воспалительного органа на чревное сплетение и несколько облегчает страдания больного.

Сознание:

- ясное
- спутанное (нарушение сознания, различают 3 вида):

1. Ступор – состояние глушения, из которого больного на короткое время можно вывести разговором с ним. Больной плохо ориентируется в окружающей обстановке, отвечает на вопросы медленно, с запозданием.

2. Сопор (спячка) – более выраженное нарушение сознания. Больной не реагирует на окружающих, хотя рефлексы (чувствительные, болевые) сохранены, на вопросы отвечает односложно («да» – «нет»), реагирует на осмотр.

3. Кома – больной находится в бессознательном состоянии, не реагирует на осмотр врача. Отмечает снижение или исчезновение основных рефлексов.

Выражение лица и глаз:

– *Facies febris* (лицо лихорадящего больного – обычно возбужденное, кожа гиперемирована, характерен лихорадочный блеск глаз);

– *Facies nephritica* (лицо больного с заболеваниями почек – бледное, одутловатое, с отеками верхних и нижних век, отеками под глазами);

– *Facies mitralis* (лицо больного с декомпенсированным митральным пороком сердца – отличается выраженным цианозом губ, цианотичным румянцем на щеках в виде так называемой митральной бабочки);

– *Facies Bazedovica* (лицо больного с тиреотоксикозом – отмечается тревожное, раздраженное или испуганное выражение лица, глазные щели расширены, выпячивание глазных яблок или экзофтальм);

– *Facies Hippocratica* (лицо Гиппократата – характерно для больных с разлитым перитонитом, перфорацией язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, непроходимость кишечника. Лицо мертвенно-бледное, осунувшееся, с запавшими тусклыми глазами, на лице заметны капельки пота);

– *Facies misedemica* (лицо больного с гипофункцией щитовидной железы (микседемой). Округлое, одутловатое бледное лицо с утолщенными носом и губами. Характерно значительное ограничение мимики лица, тупой, иногда бессмысленный взгляд, отчего лицо становится крайне невыразительным);

– Лицо Корвизара (характерно для больных с выраженной сердечной недостаточностью – лицо одутловатое, кожа желтовато-бледная со значительным цианозом губ, кончика носа, ушей, рот полуоткрыт, глаза тусклые);

– Лицо больного с системной красной волчанкой с характерным эритематозными или другими высыпаниями на спинке носа и щеках;

– Лицо больной с гирсутизмом, развившемся вследствие избытка тестостерона в организме, обусловленного поликистозом яичников. Отмечается оволосение лица по мужскому типу.

Телосложение:

– Нормостеническое (характеризуется правильным телосложением с пропорциональным соотношением частей тела, хорошо развитой скелетной мускулатурой, эпигастральный угол равен  $90^\circ$ ),

– Астеническое (отличается преимущественным развитием тела в длину, мышцы плохо развиты, плечи покатые, длинная шея, грудная клетка узкая, эпигастральный угол меньше  $90^\circ$ , ребра идут косо, межреберные промежутки увеличены),

– Гиперстеническое (преимущественным развитием тела в ширину, среднего или ниже среднего роста, повышенного питания, плечи широкие, шея короткая, живот увеличен в объеме, эпигастральный угол больше  $90^\circ$ , ребра расположены более горизонтально, межреберные промежутки узкие).

Рост \_\_\_\_\_ см

Вес \_\_\_\_\_ кг

\*Окружность грудной клетки \_\_\_\_\_ см

Индекс массы тела (ИМТ =  $\frac{\text{масса (кг)}}{\text{рост (м}^2\text{)}}$ ) \_\_\_\_\_

– выраженный дефицит массы тела (16 и менее)

– недостаточность массы тела (16-18,5)

– норма (18,5-24,99)

– избыточная масса тела (25-30)

– ожирение I степени (30-35)

– ожирение II степени (35-40)

– ожирение III степени (40 и более)

Кожные покровы:

– Бледность кожи может быть обусловлена двумя основными причинами:

1) анемия любого происхождения с уменьшением числа эритроцитов и содержания гемоглобина в единице объема крови;

2) патологией периферического кровообращения:

а) склонностью к спазму периферических артериол у больных с аортальными пороками сердца, гипертоническим кризом, некоторыми заболеваниями почек;

б) перераспределением крови в организме при острой сосудистой недостаточности (обморок, коллапс) в виде депонирования крови в расширенных сосудах брюшной полости, скелетных мышцах и уменьшения кровенаполнения кожи и некоторых внутренних органов.

– Красный цвет кожи (гиперемия) может быть обусловлен двумя основными причинами:

1) расширением периферических сосудов:

а) при лихорадках любого происхождения;

б) при перегревании;

в) после употребления некоторых препаратов (никотиновой кислоты, нитратов) и алкоголя;

г) при местном воспалении кожи и ожогах;

д) при нервно-психическом возбуждении (гнев, страх, чувство стыда и т.п.);

2) увеличением содержания гемоглобина и числа эритроцитов в единице объема крови (эритроцитоз, полицитемия).

– Цианоз – синюшное окрашивание кожи и видимых слизистых оболочек, обусловленное увеличением в периферической крови. Различают 3 вида:

1) центральный цианоз развивается в результате недостаточной оксигенации крови в легких при различных заболеваниях органов дыхания, сопровождающихся дыхательной недостаточностью. Это диффузный цианоз лица, туловища, конечностей;

2) периферический цианоз (акроцианоз) появляется при замедлении кровотока на периферии, например, при венозном застое у больных с правожелудочковой сердечной недостаточностью. Это цианоз кончика пальцев рук и ног, кончика носа, ушей, губ.

3) ограниченный, местный цианоз может развиваться в результате застоя в периферических венах при их сдавлении опухолью, увеличенными лимфатическими узлами или при тромбозе вен (флеботромбоз, тромбофлебит).

– Желтушная окраска кожи (желтуха) в большинстве случаев обусловлена пропитыванием кожных покровов и слизистых оболочек билирубином при увеличении его содержания крови. Различают 3 вида желтух:

1) паренхиматозная (при поражении печеночной паренхимы);

2) механическая (при обтурации общего желчного протокола камнем или сдавлении его опухолью);

3) гемолитическая (при усиленном гемолизе эритроцитов).

– Бронзовое (коричневое) окрашивание кожи наблюдается при недостаточности надпочечников. Коричневая пигментация обычно проявляется не диффузно, а в виде пятен, особенно на коже открытых частей тела (лицо, шея, кисти рук), а также в местах трения кожи (в подмышечных впадинах, в области поясицы, на внутренней поверхности бедер, половых органов).

Кожные сипи и повреждения (затрагивают разные слои кожи: эпидермис, дерму, подкожную клетчатку, а в ряде случаев и придатки кожи: потовые железы, сальные железы, волосяные фолликулы). Различают:

– Пятно отличается изменением цвета кожи на ограниченном участке не возвышающемся над окружающими тканями. Бывают воспалительные пятна (характеризуются воспалением эпидермиса и дермы и сопровождаются расширением сосудов дермы. Они встречаются при дерматитах, вторичном сифилисе и других заболеваниях) и невоспалительные пятна (родимые пятна,

сосудистые родимые пятна (обусловленные неправильным развитием сосудов – телеангиэктазии), депигментированные пятна, геморрагические пятна в виде петехий (мелкоточечных кровоизлияний) и синяков.

– Узелок представляет собой небольшое (от 2-3 мм до 1 см), резко отграниченное плотное образование, несколько возвышающееся над кожей и обусловленное воспалительным разрастанием верхних слоев дермы. Папулы встречаются при дерматитах, кори, красном плоском лишае и др.

– Узел – резко отграниченное и выступающее над поверхностью кожи образование округлой формы и достаточно больших размеров (больше 3-4 см), исходящее из глубоких слоев дермы, подкожной жировой клетчатки (фиброма, липома, ретикулосаркома)

– Волдырь представляет собой возвышающееся над поверхностью кожи бесполостное образование, разнообразной формы, размером от 3-4 мм до 10 см и более.

– Пузырек – это поверхностное слегка выступающее над окружающей кожей полостное образование размером от 1 до 5 мм, исходящее из эпидермиса. В полости пузырька обычно содержится серозная воспалительная жидкость. Пузырьки встречаются при простом герпесе, дерматитах, экземе и др.

– Пузырь – поверхностный полостной морфологический элемент, подобный пузырьку, но больших размеров (до 3-5 см), содержащий серозную, кровянистую или гнойную жидкость. Буллезные пузыри на коже встречаются при токсико-аллергических дерматитах, ожогах 2-3 степени и т.п.

– Гнойничок – это островоспалительное округлое образование размером от 1 до 10 мм, с гнойным содержимым, обычно располагающееся в области волосяных фолликулов.

– Фурункул – острое гнойно-некротическое воспаление волосяного фолликула, распространяющееся на окружающие ткани (дерму, подкожную клетчатку). Фурункул представляет собой плотное, болезненное, выступающее над поверхностью кожи образование.

– Карбункул – наиболее тяжелая форма гнойно-некротического поражения кожи и подкожной клетчатки, обычно развивающегося из нескольких слившихся фурункулов. Отмечаются значительная отечность, болезненность и гиперемия кожи над областью карбункула, а при его созревании выделяется густой желтовато-зеленоватый гной, часто с примесью крови.

– Гидраденит – острое гнойное воспаление потовых желез и окружающих тканей, чаще в подмышечной области.

– Эрозия – это поверхностный дефект кожи в пределах эпидермиса.

– Ссадина – линейный дефект кожи в пределах эпидермиса и дермы.

– Язва – более глубокое и распространенное нарушение целостности кожи, подкожной клетчатки, мышц, иногда достигающее костей.

Эластичность кожи (тургор) - для определения эластичности (тургора) кожу вместе с подкожной клетчаткой захватывают двумя пальцами и образуют складку.

– сохранен (характеризуется быстрым расправлением кожной складки после того, как пальцы врача разжимаются);

– снижен (после разжимания пальцев складка некоторое время сохраняется, бывает у лиц пожилого и старческого возраста, при обезвоживании организма (неукротимая рвота, диарея и т.п.);

– повышен и увеличение ее напряжения (свидетельствуют о задержке жидкости в организме (скрытые отеки)).

Температура тела (N 36,4 – 36,9) \_\_\_\_\_

Различают несколько температурных кривых:

Постоянная лихорадка – длительное повышение температуры с суточными колебаниями, не превышающими 1 °С

Послабляющая лихорадка – длительное повышение температуры тела с суточным колебаниями, превышающими 1 °С

Перебегающая лихорадка – высокая лихорадка, на 1-2 дня сменяющаяся нормальной температурой тела (ниже 37 °С), а затем вновь повышающаяся до 38-40 °С

Истощающаяся лихорадка – значительное повышение температуры тела до 39-41 °С в течение суток утром сменяется нормальной температурой. Повышение температуры сопровождается выраженными ознобами, а ее снижение – изнуряющим потоотделением.

Возвратная лихорадка – длительная лихорадка сменяется коротким периодом нормальной температурой тела, после чего наступает новый ее подъем.

Волнообразная лихорадка – периоды постепенного повышения температуры тела в течение нескольких дней сменяются периодами плавного ее снижения.

Пальцы и ногти (руки, ноги):

– Симптом «часовых стекол» (барабанные палочки) – ногти при этом симптоме приобретают значительную выпуклость, как у часовых стекол, в большинстве случаев сочетаясь с утолщением концевых фаланг пальцев рук и ног в виде барабанных палочек, которое возникает вследствие пролиферации мягких тканей ногтевых фаланг пальцев (длительные нагноительные процессы в легких (абсцессы, бронхоэктазы), подострый инфекционный эндокардит, билиарный цирроз печени);

– Койлонихии – это ложкообразные вдавления ногтей, сочетающиеся с их исчерченностью (появляются при дефиците железа в организме, например, у больных с хроническими железodefицитными анемиями);

– Симптом наперстка – точечные углубления на поверхности ногтевой пластинки, возникающие у больных псориазом.

– Точечные геморрагии под ногтевым ложем, встречаются при выраженном нарушении сосудистой проницаемости, например, у больных васкулитом.

Лимфатические узлы, доступные пальпации (от 6 мм до 20 мм) – некоторые из лимфатических узлов можно пропальпировать даже у здорового человека подчелюстные, подмышечные и паховые лимфатические узлы. Они сравнительно небольших размеров, мягкой консистенции, безболезненные, умеренно подвижные и не спаяны друг с другом и с кожей. А другие лимфатические (задние и передние шейные, затылочные, надключичные, локтевые и т.п) узлы не пальпируются в норме.

Нужно оценить:

Величину \_\_\_\_\_

Консистенцию – мягко-, плотноэластическая

Болезненность – безболезненные, болезненные

Подвижность – малоподвижные, неподвижные, подвижные, легко смещаются

Спаянность с кожей и окружающими тканями – не спаяны, спаяны, имеются рубцы в \_\_\_\_\_

Подкожно-жировая клетчатка:

– Ожирение (чрезмерное развитие подкожной жировой клетчатки):

а) первичное (экзогенно-конституциональное) или алиментарно-обменное ожирение, в основе которого лежит энергетический дисбаланс (абсолютное или относительное увеличение поступления энергии с пищей и уменьшение ее расхода за счет гиподинамии);

б) вторичное (нейроэндокринное) ожирение, являющееся лишь синдромом других заболеваний, обусловленных поражением центральной нервной и эндокринной систем (болезнь Иценко-Кушинга, гипотиреоз, травм и опухолей головного мозга и др.).

– Похудание (уменьшение подкожного жирового слоя), причины:

а) голодание, ведущее к развитию алиментарной дистрофии;

б) заболевания органов пищеварения, сопровождающиеся нарушением аппетита и процессов переваривания всасывания пищи (гастриты, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, энтериты, панкреатиты, гепатиты, циррозы печени и др.);

в) длительные интоксикации и хронические инфекционные заболевания;

г) злокачественные новообразования, когда похудение может достигать степени кахексии.

Отеки – важный симптом многих заболеваний внутренних органов. Выраженность отечного синдрома может быть различной: от небольшой пастозности подкожной клетчатки до анасарки (отек всего тела) с

выраженными отеками и скоплением жидкости в серозных полостях (асцит, гидроторакс и др.). Для выявления периферических отеков используют:

1) метод пальпации – надавливания большим пальцем на кожу и подкожную клетчатку в области лодыжек, голеней, крестца, грудины и т.п. При наличии отеков в этих местах остаются ямочки;

2) наблюдение за динамикой массы тела;

3) измерение количества выпитой жидкости и выделенной мочи (диурез).

Различают отеки:

– Местные отеки чаще всего обусловлены:

а) регионарным нарушением венозного оттока (флеботромбоз, тромбоз флебит) или лимфооттока (слоновость);

б) острой воспалительной реакцией кожи и подкожной клетчатки;

в) местной аллергической реакцией кожи, отеком Квинке.

– Распространенные отеки при заболеваниях сердца, почек и других внутренних органов обусловлены, как правило сочетанием нарушений многих механизмов, участвующих в регуляции водно-электролитного баланса в организме, а также механизмов, способствующих удержанию жидкости в сосудистом русле:

а) повышением гидростатического давления в венозном русле большого круга кровообращения (например, при правожелудочковой сердечной недостаточности);

б) активацией ренин-ангиотензин-альдостероной системы почек, что способствует задержке натрия и воды в организме;

в) снижением онкотического давления плазмы при гипопротеинемии (нефротический синдром, тяжелые заболевания печени);

г) резким уменьшением процесса фильтрации в почках (почечная недостаточность, уремия);

д) нарушением сосудистой проницаемости (гломерулонефрит, васкулиты и др.)

Оценить:

Локализацию отеков – лицо, ноги, анасарка, руки

Время возникновения отеков – утро, вечер

Температура – теплые, холодные

Цвета – бледные, синюшные, красные, коричневые

Симметричность \_\_\_\_\_

Консистенция отеков – плотные, мягкие, умеренной плотности

Болезненность – нет, есть

Мышцы: Развитие – удовлетворительное, слабое, сильное (симметричные)

Тонус – нормальный, повышенный, пониженный

Атрофия мышц (нередко возникает у ослабленных больных, у пациентов страдающими некоторыми заболеваниями нервной системы)



(инфаркт головного мозга и т.п), сопровождающимися параличом или парезом конечностей, а так же хронических поражениях суставов)

Болезненность – нет, есть

Локализация \_\_\_\_\_

Связь болезненности с активными движениями – нет, есть

Связь болезненности с пассивными движениями – нет, есть

При исследовании мышц важно также правильно охарактеризовать иногда встречающиеся произвольные сокращения мышц – судороги. Различают:

Тетанические судороги – сравнительно длительные (от нескольких минут до нескольких часов) судорожные сокращения мышц (менингиты, бешенство, столбняк);

Клонические судороги – быстро следующие одно за другим судорожные сокращения мышц (например, при эпилептических припадках).

Кости: Деформация – нет, есть, в области \_\_\_\_\_

Из патологических деформаций костей чаще других встречаются деформации позвоночника. Различают: 1) кифоз – искривление позвоночника выпуклостью назад, нередко с образованием горба; 2) лордоз – искривление позвоночника выпуклостью вперед; 3) сколиоз – боковые искривления позвоночника. Нередко обнаруживается сочетание кифоза и сколиоза (кифосколиоз).

У больных с анкилозирующим спондилоартритом (болезнь Бехтерева) наблюдается сочетание гиперлордоза шейного и кифоза грудного отделов позвоночника, что ведет к очень характерным изменениям осанки больного – так называемая «поза просителя».

Суставы:

1. Конфигурация – не изменена, изменена (Изменения конфигурации суставов могут быть обусловлены разными причинами. При воспалительных заболеваниях суставов (артритах), как правило, наблюдается увеличение их в объеме, сглаживание контуров суставов, их припухлость. Нередко в этих случаях кожа над областью пораженного сустава гиперемирована, ее температура повышена. Обычно эти изменения формы сустава бесследно исчезают при своевременном начатом эффективном противовоспалительном лечении.

2. Деформация – это более стойкое изменение формы суставов, обусловленное деструкцией хряща и суставных концов костей, развитием анкилозов, костными разрастаниями, повреждениями мышечно-связочного аппарата и подвывиха суставов. Многие заболевания проявляются характерными деформациями суставов. Так, при ревматоидном артрите кисти приобретают форму лап моржа. Отмечается характерная ульнарная девиация кисти – отклонение III, IV и V пальцев в сторону локтевой кости,

обусловленное подвывихами в пястно-фаланговых суставах с выступанием головок пястных костей, а также лучевая девиация лучезапястного сустава. При деформирующем остеоартрозе наблюдаются подвывих пястно-фаланговых суставов и латеральная девиация дистальных межфаланговых суставов, плотные узелки в тыльно-боковых отделах дистальных межфаланговых суставов и проксимальных межфаланговых суставов, обусловленные костными разрастаниями (остеофитами). У больных с распространенным остеоартрозом при исследовании в вертикальном положении (нагрузка весом) нередко выявляются характерные деформации коленных суставов. Варусная деформация коленных суставов – О – образные ноги, свидетельствуют о преимущественном поражении медиального отдела суставов (потеря хряща). Вальгусная деформация коленного сустава – Х – образные ноги, связана с поражением хряща во всех отделах коленного сустава.

3. Изменение кожи над пораженными суставами чаще проявляются в виде гиперемии и гипертермии, что свидетельствует об остром воспалительном процессе в суставе и околоуставных тканях. Температуру кожи в области сустава лучше оценивать, прикладывая тыльную поверхность кисти исследуемого, причем на очень непродолжительное время (не более 0,5 – 1,0 сек), так как более длительное прикосновение может уравнивать температуру кожи больного и исследуемого.

4. Подвижность и болезненность. Определяют объем активных и пассивных движений в суставах. Активные движения произвольно выполняет сам больной. Пассивные движения в исследуемых суставах осуществляет врач при полном мышечном расслаблении пациента.

а) определение болезненности суставов при их ощупывании. Болезненность, определяемая по ходу суставной щели, в большинстве случаев свидетельствует о поражении самого сустава или о наличии внутрисуставной патологии (например, разрыва мениска коленного сустава).

б) определение характера боли, возникающей при движении в суставах. Для воспаления синовиальной оболочки сустава характерно появление так называемой стрессовой боли при движениях (незначительная боль при средних по амплитуде движениях, которая резко усиливается в крайних точках сгибания и разгибания). Боль одинаковой интенсивности на всем протяжении движения чаще связана с механическими изменениями в суставе (разрушением хряща или кости).

в) определение болезненности при резистивных активных движениях в суставах является важным признаком поражения периатрикулярных тканей. Исследование проводится следующим образом. Врач пытается произвести движение в суставе, а пациент при этом оказывает активное сопротивление этому движению, напрягая соответствующие мышцы.

г) определение соотношений объема активных и пассивных движений. В большинстве случаев при воспалении синовиальной оболочки наблюдается

одинаковое ограничение как активных, так и пассивных движений в суставах.

д) определение крепитации (хруста) при движениях. Крепитация определяется пальпаторно на всем протяжении сгибания или разгибания пораженного сустава. Легкая, еле заметная крепитация обычно свидетельствует о воспалении синовиальной оболочки, сумки или сухожильного влагалища. Грубая крепитация указывает на поражение хряща или кости.

Заключение:

Для острого воспаления синовиальной оболочки сустава характерны:

- а) деформация сустава, его припухлость и выпот в полость сустава;
- б) покраснение и гипертермия кожи;
- в) болезненность суставной щели (капсулы);
- г) стрессовый характер боли при движениях;
- д) легкая крепитация (хруст);
- е) одинаковое ограничение объема активных и пассивных движений в суставе.

2. Для поражений суставов, сопровождающихся разрушением хрящей и костной ткани, характерны:

- а) значительная деформация сустава с патологическими подвывихами, костными разрастаниями и другими изменениями;
- б) грубая крепитация (хруст) при движениях;
- в) одинаковой интенсивности боль на всем протяжении сгибания или разгибания сустава.

3. Для поражения периартикулярных тканей характерны:

- а) болезненность при пальпации периартикулярных точек;
- б) боль при резистивных активных движениях в суставах;
- в) больший объем пассивных движений в суставах по сравнению с активными.

АЙБАЗОВА Татьяна Александровна  
АЙБАЗОВА Марьям Исааковна  
БОРЛАКОВА Фатима Аубекировна  
БОРЛАКОВА Зубайда Аубекировна  
ХАПАЕВА Фатима Муссаевна

# ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

Учебно-методическое пособие  
(субъективные и объективные  
методы обследования)

Корректор Чагова О.Х.  
Редактор Чагова О.Х.

Сдано в набор 04.09.2023 г.  
Формат 60x84/16  
Бумага офсетная.  
Печать офсетная.  
Усл. печ. л.1,16  
Заказ № 4771  
Тираж 100 экз.

Оригинал-макет подготовлен  
В Библиотечно-издательском центре СКГА  
369000, г. Черкесск, ул. Ставропольская, 36