

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»		044 – 47 / 11 ()
Лекционный комплекс по дисциплине «Пропедевтика внутренних болезней»		1 стр. из _____

ЛЕКЦИОННЫЙ КОМПЛЕКС

Название дисциплины: «Пропедевтика внутренних болезней»

Код дисциплины PVB 3205

Название ОП: 6В10103 «Стоматология»

Объем учебных часов/кредитов: 180 ч. (6 кредитов)

Курс и семестр изучения: 3 курс, V семестр

Объем лекций: 10

Шымкент, 2023-2024 г

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»	044 – 47 / 11 ()
Лекционный комплекс по дисциплине «Пропедевтика внутренних болезней»	2 стр. из _____

Лекционный комплекс разработан в соответствии с модульной учебной программой «Человек и здоровье» ОП «Медицина» и обсуждена на заседании кафедры

Зав. кафедрой, профессор д.м.н. Бекмурзаева Э.К.

Протокол № 11 от «29» 06. 2023г.

OŃTÚSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»	044 – 47 / 11 ()
Лекционный комплекс по дисциплине «Пропедевтика внутренних болезней»	3 стр. из _____

Лекция№1:

1. Тема: Значение внутренних болезней в общемедицинском образовании. Задачи пропедевтической клиники. Схема истории болезни. Расспрос и общий осмотр больных.

2. Цель: Ознакомить студентов с введением в клиническую медицину, дать общее представление о заболеваниях внутренних органов и задачах внутренней медицины, об основах врачебной деонтологии. Изучить принципы общего осмотра больного: оценки сознания, положения, кожи и подкожно - жировой клетчатки, костно – суставной системы.

3. Тезисы лекции:

Очень важным моментом является умение врача общаться с больным человеком. Отношения врача и больного человека, долг и обязанности врача называются врачебной деонтологией (греч. deon, deonos-долг, logos — чтение). Медицинская деонтология-это соблюдение медицинскими работниками этических правил при исполнении ими обязанностей по профессии.

Теперь, учитывая вышеизложенное, мы собираемся выделить основные направления на пути клинического исследования:

- 1.болезнь- это патологическое изменение организма, поэтому необходимо различать, какое из них является патологическим изменением, а какое-реакцией организма.
- 2.не рассматривать болезнь как поражение отдельного органа или одной системы, а изучать функцию всех физиологических систем в то время. Задача определения типа и существования болезни.
3. Учитывая принцип единства человеческого организма и окружающей среды, следует выявить этиологические причины, в том числе учитывать общественную, политико-социальную ситуацию.
4. принцип Нервизма, т. е. установление места возникновения и развития заболевания нервной системы, в том числе и нервной системы.

МЕТОДЫ КЛИНИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ

Мы разделяем симптомы болезни, то есть симптомы (от греч. symptoma— прямой), на субъективные и объективные. Проявление объективных изменений в заболевшем организме в его сознании (тошнота, головокружение, учащенное сердцебиение, чувство боли и т.д.) — субъективный признак. А признаки заболевания, выявленные при обследовании больного (увеличение печени, опухоли, сердечная аритмия и др.) — считаются объективными.

Расспрос начинается сначала со сбора жалоб пациента. Значение человеческих чувств при выявлении заболевания не менее важно, чем объективное обследование. Некоторые диагнозы (например, стенокардия, или стеснение в груди) ставятся на основании субъективных жалоб. Когда появились симптомы, каковы первые симптомы, изменения, которые произошли до сих пор (anamnesis morbi — воспоминания о развитии этого заболевания), помогут вам поставить диагноз самостоятельно. После анамнеза заболевания задается история его жизни (anamnesis vitae — воспоминания о жизни). Жизненный путь больного складывается из его собственных слов или разговора с родственниками.(см. диалог)

Объективное исследование состояния больного на тот момент (status praesens) является основной областью обследования больного человека. Наряду со многими методами исследования — осмотром, измерением температуры тела, пальпацией, перкуссией, аускультацией-лабораторные, рентгеновские и др. исследования выявляют патологические изменения в строении органов и систем организма.

Методы диагностического исследования подразделяются на основные и дополнительные. Основные клинические методы включают обследование, осмотр, пальпацию, перкуссию и аускультацию пациента. Врач должен применять их к каждому заболеванию, и только после этого, для подтверждения диагноза, он выберет необходимые из дополнительных методов исследования .



ОПРОС ПАЦИЕНТА

Метод опроса пациента также известен как " сбор анамнеза". "Анамнез" происходит от греческого слова *anamnesis*— воспоминание. Опрос должен проводиться в следующем порядке: 1) отдел документов; 2) жалобы; 3) История болезни; 4) История жизни больного. К справочным данным относятся фамилия, имя, отчество, возраст, пол, профессия, место жительства больного. У них есть свои места в выявлении различных заболеваний. Например, в молодом возрасте чаще встречаются язвенная болезнь, желтуха и др., рак, атеросклероз, инфаркт миокарда и др. Поэтому врач смотрит на возраст больного, который пришел с диспепсическими жалобами, и если это пожилой человек, то сначала ищет опухоль желудочно-кишечного тракта, а у молодого человека-более легкие, чем у него, гастриты, язвенные заболевания. Чаще всего болеют корью, краснухой, коклюшем дети.

ЖАЛОБЫ ПАЦИЕНТА

Жалобы больного следует рассматривать сразу в основном и дополнительном виде. Иногда бывает трудно определить степень их значимости. Жалоба, выраженная эмоциями, также может не иметь прямого отношения к основному заболеванию. Врач обязан точно определить каждую основную жалобу пациента. Это само по себе является важным диагностическим решением. Жалобы имеют отдельное место в ощущении боли внутри вас. У больного-должен быть четкий ответ на следующие вопросы: 1) место нахождения болевого ощущения; 2) его характеристика(острая, хроническая, судорожная); 3) сила, или прогрессирование— 4) Распространенность, передача; 5) причины, вызвавшие чувство боли, время ее возникновения; 6) меры, усиливающие или уменьшающие чувство боли (физический труд, нервозность и др.).Боль в области грудины может возникать и прекращаться из-за физической нагрузки или распространяться нитроглицерином.точно так же. А связь заболевания с приемом пищи-П. И., То есть появление на натошак, замедление после еды, способствует выявлению наличия язвенной болезни желудка.

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ БОЛЕЗНИ

При изучении истории развития болезни больного человека (*anamnes morbi*) следует получить конкретные ответы на вопросы: 1) Когда вы начали болеть?; 2) Первые признаки (симптомы) заболевания; 3) причины, вызвавшие заболевание; 4) течение, течение (усиление, временная гибель, вновь добавленные и измененные симптомы) заболевания; 5) методы исследования, проведенные до настоящего времени, и полученное лечение, его выводы, влияние лечения

ИСТОРИЯ ЖИЗНИ БОЛЕЗНИ

История жизни пациента (*anamnes vitae*) — это медицинская биография, отражающая основные этапы его жизни (младенчество, детство, юность, зрелость).

Семейный и наследственный анамнез. Данные о заболевании и причинах смерти родителей и близких родственников имеют большое значение в диагностике, особенно в прогнозировании заболевания. Инфекционные заболевания могут передаваться нескольким людям в одной семье, например туберкулез. Патологическая наследственность часто передается в виде предрасположенности к заболеванию, которое может перерасти в заболевание только при определенных условиях. Организм человека может сопротивляться заболеванию, если не возникает ситуации, усугубляющей заболевание.

Общее зрение (*inspectio*) — этот метод очень помогает в распознавании различных заболеваний. Врачи иногда увлекаются другими методами исследования (рентгенологическими, лабораторными, инструментальными) и не принимают во внимание решающее значение физических методов исследования для диагностики многих заболеваний.

Этому методу исследования придавалось особое значение в ранние времена, поскольку у врача не было других методов обследования, поэтому при определении диагноза пациента он полагался только на зрение. Сейчас в наше время широко используются различные чувствительные инструментальные методы. Тем не менее методы физического исследования не утратили своей сущности.



Правила осмотра. Для полного обследования больного должны соблюдаться следующие правила:

1. попадание света в комнату, где осматривают больного, является условным. А при ежедневном электрическом освещении пожелтение кожи и слизистых оболочек глаз выглядит не очень хорошо, поэтому при отсутствии дневного света лучше использовать лампы дневного света. А для визуального выявления различных пульсов, дыхательных движений грудной клетки, движений желудка и кишечника, при падении света, боль в боку, на которую он ложится, садится, ложится.

2. комната, в которой находится пациент, должна быть не только светлой, но и теплой. Проверка должна проводиться быстро и систематически, стараясь не оставаться голым в течение длительного времени. Больного сначала осматривают в положении стоя, а затем лежа.

3. теплота руки врача и головы стетофонендоскопа должна быть приблизительно близка к теплу человеческого тела.

4. общее осмотр всегда желательно выполнять с определенной системой: сначала поочередно смотреть на знаки, имеющие общее значение, а затем на детали тела (голова, лицо, шея, лицо, конечности, кожа, кости, суставы, кожные, подкожные слои, волосы, вросшее покрытие).

Общее осмотр начинают с ориентации сознания, осанки, телосложения, затем измеряют температуру и собирают антропометрические данные. Общее состояние пациента можно определить по четырем типам: удовлетворительное (в норме), умеренное (ниже нормы), тяжелое и агоническое (со смертельным исходом). Затем идет проверка сознания болезни.

Состояние сознания определяется следующими видами: 1) открытое сознание; 2) нечеткое сознание - пациент не может определить свое окружение, хотя правильно ответил на вопрос. 3) ступор — пациент не понимает своего окружения, просто реагирует на сопли. 4) сопор — пациент постоянно спит и реагирует только на то, что кричит от громкого звука, но не понимает смысла сказанного. 5) кома — бессознательное, бессознательное состояние больного, иногда рефлексы также полностью исчезают.

Типы телосложения. Физическое строение (конституция) человека — это совокупность морфологических и функциональных особенностей организма, которые часто передаются от отца к ребенку, но претерпевают изменения под влиянием окружающей среды, особенно социальной ситуации. Изменение конституции телосложения происходит в соответствии с функцией нервной и эндокринной систем. Поэтому здесь следует учитывать и типы человеческого темперамента. Они бывают следующими: 1) холерик-характер вспыльчивый, сильный; 2) флегматик-характер сдержанный, простой; 3) сангвиник-характер сдержанный, стремительный; 4) меланхолик-вспыльчивый, слабый характер.

Учитывая морфологические и функциональные особенности человеческого организма, профессор М. В. Черноруцкий разделил людей на три конституциональных типа: астеник, нормостеник, гиперстеник.

Исследование слоя кожи. Жалоба, обращающая внимание на состояние кожного слоя, - это кожный зуд. Кожный зуд иногда связан с изменением кожного покрова (псориаз), может возникать и как внешнее проявление заболеваний внутренних органов (Заболевания печени и желчных путей, лимфогранулематоз), а также как первый признак аллергических заболеваний.

Следующее, на что следует обратить внимание, - это изменение цвета кожи. Бледность и покраснение кожи у людей с заболеваниями вегетативной нервной системы чередуются. А постоянная бледность кожи и увеличение бледности с каждым днем наблюдаются в следующих случаях: внезапное либо постепенное кровотечение (язвенная болезнь, геморрой, гинекологические заболевания), заболевания системы крови (гемолитическая анемия, болезнь Верльгофа и др.), острые и хронические инфекционные заболевания, сепсис, злокачественные новообразования, отравление и т.д. Но иногда даже у здорового человека наблюдается бледность лица из-за плохого развития подкожных сосудов.



Бледность кожи также обусловлена другими причинами: сдавление кожных сосудов при заболеваниях почек; состояния, приводящие к сужению сосудов (боязнь, обмороки, рвота, гипертонический криз, обморожение); недостаточность крови в сосудистой системе (сужение устья аорты, недостаточность аортального клапана). Особенно стоит обратить внимание на внезапную бледность кожи, так как в этих случаях (язвенная болезнь, перитонит и т.д.) больному может потребоваться оказание помощи. Обычно лица при этих заболеваниях внезапно бледнеют, голова кружится и теряет сознание, учащается пульс и падает артериальное давление.

Бледность бывает разной. При малокровии (анемии Аддисона-Бирмера, гемолизической анемии), вызванной гемолизом с незначительной желтизной кожи, при хлорозе-зеленоватой, а при злокачественных новообразованиях-землистой окраски. В случае некоторых заболеваний цвет кожи привлекает синяк, который называется синяком (цианозом). Тусклый оттенок кожи обусловлен повышенным содержанием в крови ранее восстановленного гемоглобина. Есть две разные причины: первая-ухудшение периферического кровообращения, вторая-недостаток газообмена в легких. Иногда обе эти причины идут рука об руку, то есть обнаруживаются в голове одного человека.

В результате ухудшения сердечной деятельности артериальная кровь, вытекающая из легких, поступает в кислород, однако из-за замедления кровообращения в периферических кровеносных сосудах в ткани поступает больше кислорода, чем обычно. В результате повышается прежний восстановленный гемоглобин в составе венозной крови. Такая плесень называется ложной мучнистой росой.

4.Иллюстративный материал: презентация.

5.Литература: указана в последней странице силлабуса

6. Контрольные вопросы (обратная связь):

- 1.Что такое болезнь?
- 2.Назовите причины болезней.
- 3.Назовите правила осмотра.
- 4.На какие признаки обращают внимание при осмотре кожи больного?

Лекция№2:

1. Тема: Расспрос, осмотр, пальпация больных с патологией дыхательной системы.

Диагностическое значение.

2. Цель: Ознакомить с методами исследования и семиотики поражений органов дыхания.

3. Тезисы лекции:

Осмотр грудной клетки

При общем осмотре выявляется большое количество симптомов, обнаруживаемых при патологии органов дыхания.

Среди основных симптомов тяжелой дыхательной недостаточности у пульмонологического пациента развивается угнетение сознания, которое указывает на гипоперфузию головного мозга. К общему типу больного, восстановлению в постели, цвету кожи и видимой кремовой корки, наличию отеков, отличительной форме последних фаланг (пальцы в виде «сигнальных палочек»).

Входит в детальное рассмотрение:

- * осмотр полости носа;
- * изменение голоса;
- * просмотр груди;
- * оценка показателей дыхания

Осмотр носовой полости:

- * изменение внешней формы носа;



- * состояние слизистой оболочки носа;
- * герпетическая сыпь (наблюдается на пораженной стороне);
- * способ дыхания (с носом, ртом, пустым, затрудненным);
- * вспомогательные носовые пазухи (болезненность при пальпации?);
- * выделения из носа (в небольших количествах, без, в больших количествах, сливочные, гнойные, кровянистые);
- * смещение крыльев носа (есть, нет).

Гортань: изменение голоса (охриплость, афония) может быть признаком многих заболеваний, кроме того, при заболеваниях органов дыхания (ларингит, опухоль гортани, полип голосовых связок и др.).

Грудная клетка

Осмотр грудной клетки следует проводить в строгой последовательности:

- * тип груди;
- * симметричность груди;
- * дыхательная экскурсия (измерение окружности груди);
- * оценка показателей дыхания;
- * тип дыхания (грудная, брюшная, смешанная).

При осмотре пациента пациент должен раздеваться голым до пояса, при стоянии или сидении должен получать равномерный свет со всех сторон.

Тип груди

Конституциональные типы: нормостенические, гиперстенические, астенические.

Критерии определения конституциональной формы груди:

- * соотношение между передне-задним и поперечным диаметрами;
- * направление движения стен и ключиц;
- * объем межреберных проемов;
- * четкость угла соединения туловища и ручки (угол наклона);
- * размер эпигастрального угла;
- * положение лопатки снаружи грудной клетки.

Варианты нормальных типов груди

◆Нормостенический:

- размер спереди-сзади больше, чем размер по горизонтали;
- стены изогнуты вниз, перегородки не очевидны;
- эпигастральный угол 90° .

◆Астенический:

- размер спереди-сзади больше, чем размер по горизонтали;
- стены очень низкие, перегородки четкие;
- эпигастральный угол ниже 90° ;

◆Гиперстенический:

- передний-задний размер равен горизонтальному размеру;
- стены расположены горизонтально, перегородки узкие;
- эпигастральный угол более 90° .

Патологические формы груди

◆Эмфизематозный-короткие, сильнорасширенные, бочкообразные, горизонтальнорасположенныеребра, реберныепромежуткисильноувеличеныиприподнятыплечи (напоминающие состояние максимально глубокого дыхания), выпуклость в области над ключицей, при пальпации снижается упругость груди и при перкуссии коробчатый ударный звук, характерный для больных эмфиземой легких.



♦Вялый-оченьдлинный, плоский, ребрасильнонаклоненывниз, ключицыоченьвыступающие вперед, надключичные ямки опускаются вниз (похоже на восстановление максимального выдоха), что характерно для похудевших больных, особенно больных туберкулезом.

♦Рахитический, птичьягрудка—грудьопускаетсябоку, выступаетпередгрудкой («куриная грудка») и участки ребер, которые переходят в хрящи, утолщаются и шероховатые («мешеловые бугорки»), обнаруживаются у пациентов, перенесших мешель в раннем детстве.

♦Воронкообразнаягрудь («сапожнаягрудь") - врожденноеуглублениенижнейчастигруди.

♦Лодочковаягрудь-врожденноеовальноеуглублениеверхнейисреднейчастигрудины.

♦Искривлениепозвоночника: латерально—сколиоз, спереди—лордоз, сзади—кифозикифосколиоз, латеральноисзадивызываеточеньвыраженнуюразвитуюасимметриюгрудной клетки (травмы, аномалии скелета, туберкулезные поражения костей, мешел и др.).

Симметричность обеих половинок груди оценивается при прямом и боковом свете, свободном, нормальном дыхании спереди и сзади. Симметричность дыхания проводится при взгляде на грудь спереди и сзади пациента на фоне глубоких дыхательных движений. Тогда впереди-расположение реберных дуг с удобными ориентациями и их дыхательная экскурсия, а сзади — расположение лопаток и их движения при дыхании. У пациентов с астеническим телосложением лопатки узкие, поэтому необходимо попросить пациента поднять руку на затылок, а локоть-на бок, при этом реберные дуги имеют хорошую форму, и при дыхании можно заметить небольшую задержку одной половины груди. При осмотре спины рука больного располагается свободно по всему телу . Движения обеих половин нормальной груди симметричны.

Пальпация груди. Голосовое дрожание

При пальпации груди оценивают:

- * эластичность (резистентность);
- * вибрация голоса (неизменная, усиленная, ослабленная, отсутствующая, локализация изменений);
- * расположение боли;
- * обнаружение шума трения плевры при поглаживании;
- * определение степени экскурсии-определение окружности грудной клетки в пределах 4-х межреберных промежутков: на спокойном дыхании, глубоком вдохе и выдохе.

В зависимости от степени окостенения реберного хряща на основании упругости груди и определяется по ощущению ее карциномы при надавливании на грудь.

Причины снижения упругости грудной клетки(ригидность):

- * сильное затвердевание легочной ткани;
- * гидроторакс;
- * эмфизема легких;
- * опухоль плевры.

Голосовое дрожание-когда пациент произносит слова, в которые входит звук «Р» ("сорок четыре"), происходит колебание, определяемое пальпацией в симметричных очагах от голосовых связок и вне грудной клетки легочной ткани. В этот момент необходимо оценить проведение низкочастотных звуковых колебаний. У пациентов с низким тембром голоса, правой половиной и верхней частью груди, особенно в области кончика, голосовая вибрация сильнее (короткий правый бронх проводит звук сильнее). У женщин голосовое дрожание вибрация слабо выражена (связана с высоким тембром голоса).

Голосовая вибрация обусловлена проницаемостью бронхиального дерева, плотностью легочной ткани и тем, что колебания более или менее плотны при переходе от ткани к ткани с одной плотностью (феномен разделения проводящих сред, при котором колебания сильно ослабевают).

OÑTÚSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»	044 – 47 / 11 ()
Лекционный комплекс по дисциплине «Пропедевтика внутренних болезней»	9 стр. из _____

Голосовое дрожание равномерно распространяется на симметричные очаги правой и левой груди, возникающие в результате колебаний голосовых связок.

4. Иллюстративный материал: презентация.

5. Литература: указана в последней странице силлабуса

6. Контрольные вопросы (обратная связь):

1. Какие знаете основные и дополнительные жалобы больных при заболеваниях органов дыхания?
2. Что такое боль и кашель?
3. Назовите виды грудной клетки.
4. Что такое пальпация?
5. Дайте характеристику перкуссии грудной клетки.

Лекция №3:

1. Тема: Аускультация легких в норме и патологии. Диагностическое значение.

2. Цель: на основе интеграции фундаментальных и клинических дисциплин обучить студентов основам клинического обследования органов дыхания в норме; овладеть навыками осмотра, пальпации грудной клетки и перкуссии легких.

3. Тезисы лекции:

Аускультация легких

Аускультация-это объективный метод изучения, слушая звуки, возникающие в функционирующих органах. Изучает физическое состояние органов, которые слушаются, в зависимости от характера звуков.

При аускультации необходимо придерживаться следующих правил:

- * в комнате должно быть тихо и тепло;
- * грудь пациента должна быть полностью обнаженной, пациент должен стоять вертикально;
- * состояние врача должно быть комфортным, свободным;
- * стетоскоп (фонендоскоп) должен плотно прилегать к телу пациента и не давить слишком сильно;
- * больной должен дышать глубоко, спокойно, через нос. Необходимо сделать несколько глубоких дыхательных движений пациента, а затем попросить его дышать спокойно, свободно;
- * при аускультации необходимо постоянно определять фазу дыхания в зависимости от движений грудной клетки пациента;
 - в каждой точке аускультации необходимо прослушивать не менее 2 дыхательных циклов;
 - * необходимо использовать только один стетоскоп (фонендоскоп).

Порядок аускультации:

- * на обеих половинах груди следует слушать с регулярностью в симметричных точках (в очагах, таких как относительная перкуссия).
 - если данные о местах, которые могут быть повреждены, начинают аускультацию со здоровой стороны;
 - * слушание начинается с кончиков легких, затем фонендоскоп перемещается сверху вниз по передней части груди, после чего прослушиваются подмышечные впадины, боковая и задняя части груди;
 - * при проведении аускультации легких в боковой части груди пациент поднимает руку на голову;
 - * при проведении аускультации в межлопаточное пространство по показаниям врача больной прикладывает руку к груди, чтобы лопатки двигались наружу от позвоночника;



* для оценки основных шумов дыхания через нос пациент слушает вышеупомянутые вспышки на свободном тихом фоне;

• при наличии дополнительных шумов дыхания для определения характера звуков используются следующие специальные методы: пациент должен дышать глубоко, дыхание прослушивается на фоне усиленного вдоха и выдоха, когда он лежит на боку или спине после кашля, когда он плотно вставляет фонендоскоп, врач просит пациента дышать и используются другие диагностические методы.

При аускультации легких оценивают:

- * основные шумы дыхания (характер дыхания);
- * дополнительные дыхательные шумы в легких и их характер;
- * бронхофония.
- * стетоскоп (фонендоскоп) должен плотно прилегать к телу пациента и не давить слишком сильно;
- * больной должен дышать глубоко, спокойно, через нос. Необходимо сделать несколько глубоких дыхательных движений пациента, а затем попросить его дышать спокойно, свободно;
- * при аускультации необходимо постоянно определять фазу дыхания в зависимости от движений грудной клетки пациента;
 - в каждой точке аускультации необходимо прослушивать не менее 2 дыхательных циклов;
 - необходимо использовать только один стетоскоп (фонендоскоп).

4. Иллюстративный материал: презентация.

5. Литература: указана в последней странице силлабуса

6. Контрольные вопросы (обратная связь):

1. Что такое основные шумы?

2. Когда происходит слабое везикулярное дыхание.

3. Причины, приводящие к появлению мокрого свистка.

4. Причины, приводящие к сухому хрипу

5. Чем влажные хрипы отличаются от скрипа и шума трения?

Лекция №4

1. Тема: Расспрос, осмотр, пальпация и перкуссия больных с патологией сердечно-сосудистой системы. Диагностическое значение.

2. Цель: Освоить методы клинического исследования и семиотики поражений сердечно-сосудистой системы.

3. Тезисы лекции:

Обследование верхушки сердца и сердечного тремора методом пальпации. Пальпацией можно определить трепетание верхушки сердца, общее сердцебиение, пульсации в области сердца, дрожь в грудной клетке. Для определения верхушки сердца кладем ладонь правой руки в область сердца, пальцы должны лежать между третьим и четвертым ребрами, ориентируясь в подмышечной впадине. Ладонь должна давить на кончик сердца. Итак, определив верхушку сердца, мы должны обратить внимание на его общий характер. При пальпации исследуют место, где лежит верхушка сердца, его площадь, силу, высоту, упругость. Для этого необходимо кончиком трех пальцев правой руки, упомянутых выше, точно определить точку, в которой находится верхушка сердца. Если толчок конца сердца занимает значительную площадь, мы выбираем самую внешнюю, самую нижнюю точку. Следует попросить пациента держать грудь наклоненной вперед, так удобнее будет найти толчок конца сердца.



Под площадью сердечного толчка мы подразумеваем движение грудной клетки под влиянием толчка, который в нормальных условиях имеет диаметр 1-2 см. Если он больше 2 см-раскидистый и меньше — считается ограниченным. Диссеминированный толчок указывает на увеличение размеров сердца, состояние, которое возникает, когда человек истощается, когда межреберные промежутки широкие, когда нижняя часть левого легкого сокращается. При ожирении, заболеваниях легких, низком расположении диафрагмы встречается ограниченная форма подталкивания, то есть сердце встречается с меньшим объемом грудной клетки. Под высотой сердечного толчка мы подразумеваем амплитуду колебаний грудной клетки. По высоте сердечко делится на две части: вверх и вниз.

При исследовании методом пальпации давление, оказываемое концом сердца на пальцы, называется силой прикосновения к концу сердца. Это происходит из-за сокращения левого желудочка. Как и два предыдущих свойства, сила толчка зависит от толщины грудной клетки и близости к ней конца сердца. Что еще более важно, он соответствует силе сокращения левого желудочка.

При пальпации можно заметить эластичность сердечного ритма, а это значит, что при гипертрофии мышца левого желудочка уплотняется, повышается ее эластичность. А когда левый желудочек сильно опускается, ощущается " куполообразный " толчок, потому что в любом случае сердце плотно прилегает к грудной полости.

В нормальных условиях сердечный толчок лежит между пятым ребром на 1-2 см вправо от линии средней ключицы. Если пациент лежит на левой стороне, эта точка может смещаться на 2 см влево, если она лежит на правой стороне, на 1-1,5 см вправо. А когда человек стоит прямо, таких изменений быть не должно. Внесердечные причины также влияют на смещение сердечного конца. К ним относятся подтяжка грудной клетки вверх, изменение объема грудной клетки, выпячивание легких и т. д.

Из-за повышенного давления в брюшной полости грудная перегородка приподнята (ожирение, беременность и т. д.). При сгибании кончик сердца смещается влево, поднимается вверх и лежит горизонтально. Напротив, при опускании грудной перегородки (понижение давления в брюшной полости, эмфизема легких, астенический тип строения тела, вялость, висцероптоз) — она снижается. Все это влияет на вертикальное положение трех сердец, повернутых вниз, вправо.

Давление может повышаться в одной части полости легочного мешка, что чаще всего происходит при скоплении жидкости, как при ней (при экссудатном плеврите, одностороннем гидротораксе, гемотораксе), когда сердце смещается в противоположную сторону. В этот момент также соответствующим образом смещается толчок конца сердца.

Когда легкие выпячиваются, уменьшаются в размерах и при обтурационных хлестазах (злокачественные новообразования, инородные тела, распространившиеся из бронхов в легкие), кончик сердца смещается в сторону, измененную отрезками патологии. Расширение и утолщение левого желудочка из-за сердечных заболеваний (дефект аортального клапана, недостаточность функции двустворчатого клапана, повышение артериального давления в большом кровообращении, атеросклероз, кардиосклероз) сдвигает толчок конца сердца влево, из-за недостатка функции аортального клапана он перемещается влево и вниз.

При врожденных аномалиях-если брюшная полость расположена на противоположной стороне (situs viscerum inversus), сердце лежит на правой стороне, поэтому подтяжка сердца также находится на правой стороне.

Что особенно важно, так это то, что если в сердечном мешке накапливается много поцелуев, прикосновение к сердечному наконечнику вообще не ощущается, и оно не соответствует относительной замкнутости. Когда жидкость скапливается в полости левого легочного мешка (экссудативный плеврит, гидроторакс, гемоторакс), трепетание конца сердца не ощущается.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»	044 – 47 / 11 ()
Лекционный комплекс по дисциплине «Пропедевтика внутренних болезней»	12 стр. из _____

Когда оболочка сердца прикрепляется к груди, в этот момент в фазе систолы наблюдается, что сердце движется назад, а не движется вперед, называя такой толчок отрицательным толчком конца сердца.

Помимо нажатия на кончик сердца, необходимо также обратить внимание на нажатие на сердце, которое описывает функцию правого желудочка. Этот толчок не наблюдается у здоровых людей, поэтому его очень трудно обнаружить. Сердечный толчок определяется методом пальпации в желудочке (гипертрофия) и при расширении (дилатация).

Большое диагностическое значение имеет определение симптома " кошачье мурлыканье " (flemissementsateare — кошачье мурлыканье), написанное французскими учеными. Причина, по которой это называется: если вы пальпируете сердце, вы почувствуете покалывание, которое проявляется при поглаживании спины кошки. Этот симптом возникает при сужении митрального отверстия в фазе диастолы, при сужении его клапана в фазе систолы аорты, вследствие непокрытия легочной артерии или Батталовского канала в легочном стволе.

4.Иллюстративный материал: презентация.

5.Литература: указана в последней странице силлабуса

6. Контрольные вопросы (обратная связь):

1. Что такое грудная жаба?
2. Каковы причины возникновения сердечного горба?
3. Чем образован и где локализуется видимый верхушечный толчок?
4. Как определяется относительная сердечная тупость?
5. Для чего определяется абсолютная сердечная тупость?

Лекция №5

1.Тема: Методы исследования крупных и периферических сосудов. Диагностическое значение.

2. Цель: Освоить методы клинического исследования и семиотики поражений крупных и периферических сосудов.

3. Тезисы лекции:

Пальпационное исследование сердечного толчка. Пальпацией можно определить трепетание кончика сердца, общее сердцебиение, пульсации в области сердца, дрожь в груди. Для определения касания конца сердца кладем ладонь правой руки в область сердца, пальцы должны лежать между третьим и четвертым ребрами, ориентируясь в подмышечной впадине. Ладонь должна давить на кончик сердца. Итак, определив верхушку сердца, мы должны обратить внимание на его общий характер. При пальпации исследуют место, где лежит верхушка сердца, его площадь, силу, высоту, упругость. Для этого необходимо кончиком трех пальцев правой руки, упомянутых выше, точно определить точку, в которой находится кончик сердца. Если толчок конца сердца занимает значительную площадь, мы выбираем самую внешнюю, самую нижнюю точку. Следует попросить пациента держать грудь наклоненной вперед, так почему бы и нет, так удобнее будет найти толчок конца сердца.

Под площадью сердечного толчка мы подразумеваем движение грудной клетки под влиянием толчка, который в нормальных условиях имеет диаметр 1-2 см. Если он больше 2 см-раскидистый и меньше — считается ограниченным. Диссеминированный толчок указывает на увеличение размеров сердца, состояние, которое возникает, когда человек истощается, когда межреберные промежутки широкие, когда нижняя часть левого легкого сокращается. При ожирении, заболеваниях легких, низком расположении диафрагмы встречается ограниченная форма подталкивания, то есть сердце встречается с меньшим объемом груди.

Под высотой сердечного толчка мы подразумеваем амплитуду колебаний грудной клетки. По высоте сердечко делится на две части: вверх и вниз.



При исследовании методом пальпации давление, оказываемое концом сердца на пальцы, называется силой прикосновения к концу сердца. Это происходит из-за сокращения левого желудочка. Как и два предыдущих свойства, сила толчка зависит от толщины грудной клетки и близости к ней конца сердца. Что еще более важно, он соответствует силе сокращения левого желудочка.

При пальпации можно заметить эластичность сердечного ритма, а это значит, что при гипертрофии мышца левого желудочка уплотняется, повышается ее эластичность. А когда левый желудочек сильно опускается, ощущается " куполообразный " толчок, потому что в любом случае сердце плотно прилегает к грудной полости.

В нормальных условиях сердечный толчок лежит между пятым ребром на 1-2 см вправо от линии средней ключицы. Если пациент лежит на левой стороне, эта точка может сместиться на 2 см влево, если она лежит на правой стороне, на 1-1,5 см вправо. А когда человек стоит прямо, таких изменений быть не должно. Внесердечные причины также влияют на смещение сердечного конца. К ним относятся подтяжка грудной клетки вверх, изменение объема грудной клетки, выпячивание легких и т. д.

Из-за повышенного давления в брюшной полости грудная перегородка приподнята (ожирение, беременность и т. д.). При сгибании кончик сердца смещается влево, поднимается вверх и лежит горизонтально. Напротив, при опускании грудной перегородки (понижение давления в брюшной полости, эмфизема легких, астенический тип строения тела, вялость, висцероптоз) — она снижается. Все это влияет на вертикальное положение трех сердец, повернутых вниз, вправо.

Давление может повышаться в одной части полости легочного мешка, что чаще всего происходит при скоплении жидкости, как при ней (при экссудатном плеврите, одностороннем гидротораксе, гемотораксе), когда сердце смещается в противоположную сторону. В этот момент также соответствующим образом смещается толчок конца сердца.

Когда легкие выпячиваются, уменьшаются в размерах и при обтурационных аталектазах (злокачественные новообразования, инородные тела, распространившиеся из бронхов в легкие), кончик сердца смещается в сторону, измененную отростками патологии. Расширение и утолщение левого желудочка из-за сердечных заболеваний (дефект аортального клапана, недостаточность функции двустворчатого клапана, повышение артериального давления в большом кровообращении, атеросклероз, кардиосклероз) сдвигает толчок конца сердца влево, из-за недостатка функции аортального клапана он перемещается влево и вниз.

При врожденных аномалиях-если брюшная полость расположена на противоположной стороне (situs viscerum inversus), сердце лежит на правой стороне, поэтому подтяжка сердца также находится на правой стороне.

Когда жидкость скапливается в полости левого легочного мешка (экссудативный плеврит, гидроторакс, гематоракс), трепетание конца сердца не ощущается.

Когда оболочка сердца прикрепляется к грудной клетке, в этот момент в фазе систолы наблюдается, что сердце движется назад, а не движется вперед, называя такой толчок отрицательным толчком конца сердца.

Помимо нажатия на верхушку сердца, необходимо также обратить внимание на нажатие на сердце, которое описывает функцию правого желудочка. Этот толчок не наблюдается у здоровых людей, поэтому его очень трудно обнаружить. Сердечный толчок определяется методом пальпации в желудочке (гипертрофия) и при расширении (дилатация).

Большое диагностическое значение имеет определение симптома " кошачье мурлыканье " (flemissements a teare — кошачье мурлыканье), написанное французскими учеными. Причина, по которой это называется: если вы пальпируете сердце, вы почувствуете покалывание, которое проявляется при поглаживании спины кошки. Этот симптом возникает при сужении митрального



отверстия в фазе диастолы, при сужении его клапана в фазе систолы аорты, вследствие непокрытия легочной артерии или Батталовского канала в легочном стволе.

Другие трепетания (пульсации) сердца

У здорового человека биение аорты заметно не наблюдается. Определяется пальпацией только при расширении. При расширении верхней части аорты удар наблюдается с правой стороны туловища, а при расширении его дуги - около рукоятки грудины.

Эпигастральная пульсация (симптом Хатцера) - это когда верхняя часть живота поднимается синхронно с сердечным ударом по зрению, что происходит одновременно с поражением правого желудочка, а также с поражением брюшной аорты и печени. Если эпигастральная пульсация возникает из-за удара правого желудочка, она становится более выраженной при вдохе, а если она вызвана пульсацией брюшной аорты, она, наоборот, уменьшается при вдохе. Пальпацией можно определить пульсацию печени.

4. Иллюстративный материал: презентация.

5. Литература: указана в последней странице силлабуса

6. Контрольные вопросы (обратная связь):

1. Чем обусловлена пульсация шейных сосудов?
2. Каковы причины возникновения пульсации сонных артерий («пляска каротид»)?
3. В чем отличие положительного и отрицательного венозного пульса?
4. Чем обусловлена пульсация в надчревной области?
5. Какие методы используются для определения АД?

Лекция №6

1. Тема: Аускультация сердца в норме и патологии. Диагностическое значение.

2. Цель: Изучить студента аускультацию. Выслушивание сердца является наиболее важным из физикальных методов исследования сердечно-сосудистой системы. При аускультации оцениваются звуки, возникающие в сердце при его работе (тоны, шумы).

3. Тезисы лекции:

Аускультация

Сердце нужно слушать, как показано ниже.

Поза пациента. Врач должен привыкнуть слушать пациентов с сердечно-сосудистой системой в каждом конкретном случае, как в вертикальном положении, так и в положении лежа. Хорошо слышны звуки, возникающие в некоторых позах больных, пороках сердца. Например: протодиастолический шум, возникающий при недостаточности функции аортального клапана, лучше всего слышен в вертикальном положении пациента, систолический шум, возникающий при недостатке функции двустворчатого клапана, лучше слышен, когда пациент лежит. При сужении двустворчатого клапана лучше всего наблюдать, когда пациент лежит на левом боку. Шум трения сердечного мешка, у основания сердца, отчетливо и хорошо слышен, когда пациент наклоняется вниз грудью.

Поза врача: когда вы проходите через сердце, врач должен стоять справа от пациента. Ничто не должно мешать врачу ставить стетоскоп на точки прослушивания.

Непосредственно и с помощью стетоскопа. Он использует стетоскоп или фонендоскоп, если вы слушаете сердце, чтобы различать звук, который появляется в каждой точке сердца. Некоторые звуки лучше всего слышны, когда сердце бьется прямо в ладонь. Когда вы слушаете сердце здорового человека, вы также можете услышать третий тон в дополнение к двум тонам.



Сердце необходимо слушать на каждой фазе дыхания: очень часто сердце слушают, когда оно не дышит, потому что в это время звук в легких мешает звуку сердца. Для этого пациент отдыхает, полностью выдыхает, а затем, не задерживая дыхание, слушает сердце, не следует сильно растягивать эту паузу, прослушивание можно повторить несколько раз с помощью этого метода.

Точки и их места, которые слушают сердце перед грудью. Отверстия сердечных клапанов лежат у основания сердца, они расположены очень близко друг к другу в проекции перед грудью. Проекция двустворчатого клапана находится слева на стыке третьего ребра с грудиной; аортальный клапан находится посередине грудины у хряща третьего ребра; клапан легочной артерии - слева от грудины, между вторым ребром; трехстворчатый клапан находится позади грудины, в середине линии, проходящей между двумя точками, то есть слева от ребра, где встречается хрящ третьего ребра, а справа-пятое ребро на стыке хряща.

Конечно, такое близкое расположение клапанов очень затрудняет различение звуков, возникающих в сердце. Поэтому в результате длительного клинического наблюдения в зависимости от точек прослушивания сердца и того, где звук лучше передается от каждой струны, был сделан следующий вывод : доказано, что звук, создаваемый двустворчатой пластиной, лучше слышен от конца сердца.

Аортальный клапан расположен на правом краю грудины между вторым ребром . Легочная артерия-вторичная межреберная артерия на левом крае грудины. Трехстворчатый клапан-расположен в нижней части грудины у основания ее мечевидного отростка .

Дополнительную точку от аортального клапана отморозил Боткин С. п., Так эта точка названа в честь этого человека Боткинская точка . Это соответствует тому месту, где третья и четвертая ребра прикреплены к левому краю грудины. Внутри упомянутых точек находится двустворчатый клапан, который не достигает своей истинной проекции. Звук, который появляется в этом клапане, проходит через толстую мышцу левого желудочка ближе к груди во время фазы систолы, поэтому звук лучше слышен. Аортальный клапан находится между вторым ребром-правым ребром грудины-где-то далеко от его истинной проекции, и хороший звук такого звука напрямую зависит от кровотока.

Порядок слушания сердца. Сердце слушает в порядке, указанном ниже: звуки, которые появляются в двустворчатом клапане из трех первых сердец (первая точка). Вторая межреберная перегородка находится справа от аортальный клапан (вторая точка), а затем слева от второй стенки между легочный артериальный клапан (третья точка). В нижней части туловища у основания семеподобного отростка - трехстворчатый клапан (четвертая точка). В самом конце точка Боткина, он расположен слева от грудины между третьей и четвертой стенами. Это приглушает звук, слышимый от аортального клапана. Пороки развития сердечных клапанов чаще всего встречаются в двустворчатых и аортальных клапанах.

Очень эффективно слушать сердце после физических нагрузок. При сердцебиении звук необъяснимо очевиден, если состояние пациента может быть затруднено, необходимо попросить пациента встать, несколько раз согнув колени. Когда это происходит, кровоток ускоряется из-за быстрого сокращения сердечной мышцы, что помогает четко различать звук (пресистолический шум в сужении двустворчатого клапана).

Звуки, которые слышны при прослушивании сердца здорового человека. В нормальных условиях у здоровых людей оба тона (тона) из пяти точек звучат так: I тон появляется в фазе систолы желудочка, поэтому его называют систолическим. Тон II возникает во время диастолической фазы желудочка, поэтому его называют диастолическим. После звука (тона) I следует короткая пауза, которая соответствует времени перекачки крови из желудочка (периодичность 0,20 сек.). При прослушивании сердца в этот период не слышно прохождения крови из желудочка в аорту, в легочную артерию, почему отверстие между желудочком и кровеносными

OÑTÚSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»	044 – 47 / 11 ()	
Лекционный комплекс по дисциплине «Пропедевтика внутренних болезней»	16 стр. из _____	

сосудами широкое, при прохождении крови не происходит помех, поэтому кровь проходит без шума, при этом дополнительных звуков не возникает.

I звук (тон) состоит из короткой паузы, т. е. систолической фазы желудочка.

После II звука (тона) происходит длительная пауза, при этом кровь переходит из предсердия в желудочек, атриовентрикулярное отверстие широко расположено в нормальной паховой области, кровь плавно переходит в желудочек. Поэтому звук не слышен. Прерывистая пауза после звука (тона) II состоит из диастолы желудочка. Большой разрыв составляет около 0,43 сек. тянется. В некоторых случаях кроме звука I и II (тон) могут быть слышны и звуки III-IV (тон) .

III звук (тон) первым услышал В. П. Образцов и зафиксировал механизм его возникновения. Когда этот желудочек быстро наполняется кровью,

Механизм возникновения сердечных звуков (тонов). Чтобы лучше понять механику этого, лучше сначала овладеть функцией сердца. Необходимо знать фазу, в которой сначала происходит сокращение предсердий, а затем сокращение желудочков и выдавливание содержимого. Чтобы узнать, как возникают звуки сердца: важно понимать фазы сердечного цикла.

Специфические стадии сокращения желудочка и его от -:

1.фаза асинхронного сокращения; в это время практически не сокращается существующая часть миокарда, т. е. не покрывается вся площадь, а давление в брюшной полости не повышается.

2.фаза изометрического сокращения; в это время сокращаются части основных областей миокарда, в этой фазе атриовентрикулярные клапаны закрываются, и, таким образом, начинает повышаться давление в брюшной полости хотя бы небольшого желудочка.

3.фаза перекачки крови: в результате повышения давления внутри желудочка открываются клапаны крупных кровеносных сосудов. Таким образом, кровь течет (идет) в сторону.

После перекачки крови желудочек начинает расслабляться-это стадия диа-стола, при которой закрываются седлищные клапаны аорты. Хотя атриовентрикулярные и седлищные клапаны закрыты, желудочки все еще расслабляются, этот период длится до тех пор, пока давление в желудочке не станет ниже давления в предсердиях (изометрическая фаза расслабления). После этого открываются атриовентрикулярные отверстия, и кровь начинает поступать в желудочки. В голове диастолы разница в давлении в предсердиях и желудочках очень высока, поэтому желудочек быстро наполняется кровью (фаза быстрого наполнения желудочков). После этого начинает течь кровь (фаза прилива). После этого начинается систола предсердий, и так повторяется сердечный цикл.

Слышимый I звук (тон) возникает из звуков в голове систолы. Образование выпуклости происходит в результате сокращения мышечного Стита желудочка (мышечного компонента). Движение и закрытие атрионентрикулярных клапанов, а также движение папиллярных плотей (компонент клапана) из-за этого. Кроме того, существует также доля сокращения предсердий в образовании звука I (предсердный компонент). Мы узнали, что когда кровь течет из желудочка в кровеносные сосуды (в первый раз), происходит движение аорты и легочной артерии (сосудистый компонент). Таким образом, звук I возникает при приложении силы к изометрическим желудочкам и при начальном перекачивании крови в кровеносные сосуды. I прерывность звука (тона) 0,08—0,12 сек.

II механизм образования звука обусловлен закрытием аортальных и легочных артерий, а также движением сосудов. Его продолжительность 0,05-0,08 сек.

Как отличить систолу желудочка от диастолы?

Когда вы слушаете сердце, вы должны уметь отличать систолу желудочка от диастолы. Он имеет большое значение в диагностике сердечных заболеваний.

Встречается также при пороках развития сердечных клапанов (отсутствие функции двухстворчатых и трехстворчатых клапанов-кружево, сужение устья аорты), пороках сердца, рожденных изнутри

OÑTÚSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»	044 – 47 / 11 ()	
Лекционный комплекс по дисциплине «Пропедевтика внутренних болезней»	17 стр. из _____	

(сужение устья легочной артерии, непокрытие трубки Баталова и оставление щели между желудочками).

При этом в сердце слышны систолические шумы, а при других пороках также могут быть слышны такие звуки (сужение предсердно-желудочковых отверстий слева, справа, шум из-за отсутствия функции клапанов аортальной и легочной артерий слышен в фазе диастолы). Очень важно знать, в какой фазе сердца возникает шум.

Чтобы отличить систолу от диастолы, необходимо уметь отличать звук I (тон) от звука II (тон). Между звуком I (тон) и звуком II (тон) существует короткая пауза, которая соответствует систоле желудочка, то есть звук I и последующая короткая пауза. Диастола желудочка II звук (тон), прерывистый от паузы до тона. Оба звука отличаются присущими им свойствами.

1. I звук (тон) звучит лучше трех сердец, как громкий, так и громкий, прерывистый.

2. II звук (тон) появляется после короткой паузы. Причины этого заключаются в том, что звуки, присутствующие в двустворчатом клапане на кончике сердца, хорошо распространяются. Он возникает из-за усиленного сокращения левого желудочка, движения хордовых нитей клапанов I звук (тон). II звук (тон) появляется в этом удаленном месте и слабо распространяется в эту область.

3. I звук (тон) соответствует ритму сердца, пульсу и пульсу.

4. звук II лучше слышен между ребрами справа (аорта) и по краю грудины, слева (легочная артерия), чем звук I. Здесь также хорошо слышен звук II, вызванный закрытием клапанов в форме лунного

4. Иллюстративный материал: презентация.

5. Литература: указана в последней странице силлабуса

6. Контрольные вопросы (обратная связь):

1. Назовите причины возникновения шумов сердца.
2. Что выслушивается при аускультации сердца.
3. Диагностическое значение шумов сердца.
4. Особенности при аускультации сердца.
5. Назовите точки выслушивания сердца.

Лекция №7

1. Тема: Методы исследования больных с патологией пищеварительной системы.

Диагностическое значение.

2. Цель: Изучить студента определить факторы риска заболеваний желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) – для выделения групп риска и последующего проведения комплекса медицинской профилактики.

3. Тезисы лекции:

Дисфагия-это нарушение прохождения пищи через пищевод. Это один из наиболее распространенных симптомов при заболеваниях пищевода. Пациент чувствует, что его пищевод застревает (пищевод сужается) и он болен. Дисфагия вызвана органическим или функциональным сужением пищевода. Постепенно начинается органическое сужение, которое усиливается при раке. Сначала кладут, потом кладут, а в конце еще и жидкую пищу. При распаде рака возникает ощущение, что проводимость пищевода восстанавливается, хотя и временно. Когда инородное тело попадает в пищевод, а также когда слизистая оболочка пищевода горит из-за попадания токсичных веществ, дисфагия возникает мгновенно. Он также может возникать из-за того, что внешние тела опускаются в пищевод и сдавливают его, часто из-за аневризмы сердца, опухоли сердечного мешка. Функциональное сужение пищевода, несомненно, происходит из-за рефлекторности мышц пищевода, то есть из-за нарушения иннервации при неврозе, а также из-за сильного сужения и сокращения мышц пищевода.



Заблевание (долор) - это заблевание, которое наблюдается при воспалении слизистой оболочки пищевода, т. е. при эзофагите. Когда слизистая оболочка пищевода обгорает под воздействием щелочей и кислот, пациент ощущает боль по всей длине пищевода. Заблевание пищевода передается в две середины лопатки. Кардия ахалазия при боли боль обычно передается на спину, верхнюю часть грудины, шею, под подбородком, челюсть. Продолжительность болезни может длиться несколько минут или часов. Грыжа пищеводного отверстия в грудной перегородке указывает на то, что при желудочно-пищеводной рефлюксной болезни боль передается к левой стороне грудной клетки и ощущается как болезнь сердца.

Рвота (etesis, votitus) — это вызвано сужением пищевода. Пища скапливается над суженным участком правой мышцы, где она расширяется, и выталкивает пищу наружу в виде рефлекса в результате сокращения ее мышц. Рвота отличается несколькими симптомами: она протекает без отрыжки, больной чувствует, что еда застаивается. При изучении состава рвоты необходимо убедиться в том, содержит ли она непереваренные пищевые отходы или соляную кислоту, пепсин. Если в рвоте появляется гнилостный запах, это указывает на дивертикул пищевода или на распад злокачественного новообразования.

Возврат пищи из пищевода происходит потому, что она не может пройти через суженное место пищевода. Этот признак часто наблюдается при заблеваниях нервной системы. В то же время это также может быть вызвано сужением нижней части пищевода.

Слюнотечение-этот признак встречается при эзофагите. Сужение пищеводного отверстия (сужение) иногда также происходит из-за рака.

Ощущение гнилостного запаха-при раке пищевода и ахалазии кардии возникает из-за накопления кухонных отходов и их гниения.

Симптом изжоги(рыgosis) — она ощущается в нижней части грудины. Это также вызвано тем, что остатки пищи в желудке возвращаются в нижнюю часть пищевода и, как таковые, возникают в результате рефлюкса эзофагита (обратного оттока).

Кровотечение. Это наблюдается при язве пищевода, а также вызвано травмой пищевода под воздействием инородных тел, распадом злокачественной опухоли. Иногда расширенная вена пищевода возникает из-за кровотечения из кровеносного сосуда, соединения его кремового слоя с кардиальной частью пищевода и желудка, усиления напряжения в его области, небольшого разрыва сосудов (синдром Меллори-Вейсы).

История болезни

Течение заблевания усиливается при органическом поражении пищевода и при его функциональных заблеваниях (ахалазия кардио) иногда может чередоваться поочередно, в зависимости от психических причин. В результате опроса истории жизни пациента можно определить ожог пищевода (щелочью, кислотой). Стоит знать, с каким другим заблеванием он страдал в прошлом, особенно с сифилисом. Жалоба пациента связана с дисфагией, а иногда и с сифилисными изменениями. Наличие боковины пищевода может быть связано с ранее перенесенным бронхоаденитом, особенно туберкулезом.

Физические методы исследования

Значение физических методов исследования в диагностике заблеваний пищевода невелико, что обусловлено анатомо-топографическим расположением пищевода и малым потенциалом применения методов прямого исследования. При общем осмотре можно заметить, что пациент сильно истощен, так как при раке пищевода и ахалазии нарушается ход дна по пищеводу. Когда вы испытываете длительное сужение пищевода, его более высокая часть несколько расширяется, что может постепенно сдавливать легкие, вызывая рестриктивное сужение дыхания.

Инструментальные и лабораторные методы исследования

Рентгенологическое исследование. При рентгенологическом исследовании пациент вдыхает контрастное вещество, при прохождении его через пищевод исследуются состояние, двигательная



функция, положение, форма, объем и контур слоя крема. В настоящее время используются следующие виды рентгеновского метода: контрастная рентгеноскопия и рентгенография, метод удвоенной усиленной контрастности, рентгенокимография, рентгенотелевидение, рентгенокинематография, компьютерная томография, пневмомедиастинография, ядерно-магнитный резонанс и др. Рентген, особенно с изменением положения пациента в различных условиях, дает много информации.

Эзофагоскопия

Эзофагоскопия дает больше данных при описании рака и язвы пищевода, повреждения слизистой оболочки (воспаление, атрофия, геморрагические и эрозивные изменения), чем рентгеновский метод. При необходимости биоптат извлекается из кремового слоя пищевода, полученный материал направляется на гистологическое и бактериологическое исследование. Эзофагоскопия позволяет проводить ряд лечебных манипуляций: расширение (удаление) пищевода, склерозирование варикозно расширенных вен, полипэктомия, сжигание кровеносного сосуда электрическим током.

Другие методы исследования

Цитологическое исследование. Этот метод также используется для исследования рака пищевода. В качестве материала исследуется соскоб с места повреждения или подозрения слоя воды или крема, промытого пищеводом.

Внутрибрюшинная рН-метрия. Показатель внутрипищеводного рН ниже 4,0, измеренный в течение 10 секунд, является признаком того, что содержимое желудочной кислоты постоянно поднимается в пищевод (гастроэзофагальный рефлекс).

Манометрия пищевода. Этот метод изучает способность мышц пищевода сокращаться. На разных уровнях пищевода размещаются датчики. Пациенту делают глоток воды. В нормальных условиях давление в области нижнего сфинктера пищевода составляет 20-40 мм. ртутного столбу. При ахалазии повышается давление и способность сфинктера расслабляться.

Баллокимографический метод. Этот метод используется для выявления функциональных и структурных изменений пищевода. Погружение, на краю которого установлен баллон из тонкой резины, вдыхается больному, на него приходится около 100-200 мл. воздух отправляется. Подсоединяя другой конец погружения к регистрирующему инструменту, записывается эзофагограмма. С помощью этого метода можно определить силу, ритм, частоту сокращений мышц пищевода (в норме 3 раза в минуту), волновые сокращения.

Фармакологические испытания. Пациенту вводят нитроглицерин под язык или вводят атропиновый раствор внутримышечно. При изменении функционального характера снижается тонус суженной правой мышцы, улучшается ее проводимость. А при органическом сужении пищевода такого явления не наблюдается.

4. Иллюстративный материал: презентация.

5. Литература: указана в последней странице силлабуса

6. Контрольные вопросы (обратная связь):

1. Какие знаете основные жалобы при заболеваниях органов пищеварительной системы?
2. На что необходимо обратить внимание при общем осмотре больных?
3. Какие виды пальпации живота знаете?
4. Какую информацию дает глубокая пальпация живота?
5. Какие еще физикальные методы используются при обследовании больных

Лекция №8

1.Тема: Методы исследования больных с патологией мочеполовой системы. Диагностическое значение.

OŃTÚSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»	044 – 47 / 11 ()	
Лекционный комплекс по дисциплине «Пропедевтика внутренних болезней»	20 стр. из _____	

2. Цель: Изучить студента определить факторы риска заболеваний мочеполовой системы – для выделения групп риска и последующего проведения комплекса медицинской профилактики.

3. Тезисы лекции:

Жалобы пациента с заболеваниями почек различаются. Основные жалобы: боль (головная боль, боль цвета почек и мочевыводящих путей, болезненность при сидении на моче), отек, нарушение выделения мочи, ухудшение зрения, жар, кожный зуд.

Чувство боли. В некоторых случаях у больного возникают такие жалобы, как головная боль, головокружение, ухудшение зрения. При остром и хроническом нефрите, хроническом пиелонефрите, первичном и вторичном нефросклерозе, поликистозе почек практически все эти жалобы вызваны повышением артериального давления. При остром и хроническом гломерулонефрите, пиелонефрите поражается поясничная область. Механизм данных заболеваний обусловлен главным образом увеличением почек в соответствии с кровоостанавливающим действием и натяжением наружных оболочек. Характерны острые сопутствующие заболевания почек, которые начинаются с цвета почек и распространяются по мочевому пути вниз по мочевому пути. Механизм такого болезненного ощущения – раздражение нервных окончаний в пути ЗПР при движении камня по мочевому пути происходит из-за сокращения гладкой стенки мочевого тракта. При заболеваниях мочевого пузыря (цистит, туберкулез, папилломатоз) надбровная дуга болезненна.

Одна из основных жалоб пациента — опухоль. Он присутствует при хроническом гломерулонефрите, липоидном нефрозе, амилоидозе почек. Механизмы возникновения опухолей почек: 1) из-за постоянного присутствия белка с мочой снижается общее содержание белка в плазме крови (гипопротеинемия). Поэтому снижается онкотическое давление; 2) нарушается клубочковая фильтрация и канальцевая реабсорбция по причине заболевания почек, ухудшается выделение натрия и воды, в тканях накапливается вода; 3) усиливается проницаемость стенок капилляров; 4) нарушается нейроэндокринная регуляция солевого обмена. Опухоли почек быстро развиваются и быстро распространяются, начиная с лица и распространяясь по всему телу, бледного цвета, более бледного, чем отпечатки.

Одна из следующих основных жалоб — нарушение мочеиспускания. Его виды: полиурия, анурия, олигурия, поллакиурия, никтурия, изурия, дизурия, стрэнгурия. Количество выделяемой мочи в течение определенного периода времени называется диурезом. При нормальных условиях у здорового человека врожденный диурез составляет около 1-1,5 л, нарушение диуреза называется дизурией. Полиурией называют наличие суточного диуреза более двух литров. Причины полиурии делятся на внечелюстные и внечелюстные.

Причины, связанные с почками: 1) сбалансированная стадия почечной недостаточности, 2) когда опухоль возвращается.

Внепеченочные причины полиурии: 1) сахарный диабет; 2) сахарный диабет; 3) при приеме мочеточников.

Олигурией называют секрецию суточного диуреза менее 500 мл. Причины олигурии связаны с почками и вне почек.

Причины, связанные с почками: 1) острый нефрит; 2) стадия отека нефроза; 3) острая почечная недостаточность.

Внечелюстные причины: 1) при повышенном потоотделении (обильном потоотделении); 2) при непрекращающемся похмелье; 3) при вздутии живота; 4) при опухолях.

Анурия – это остановка мочеиспускания. Анурия является внечелюстной причиной почечной и внечелюстной. Почечная анурия возникает из-за того, что почки не вырабатывают мочу (при острой почечной недостаточности). Внепеченочная анурия также известна как ишурия. Встречается при обструкции мочевыводящих путей (камень, опухоль, гипертрофия предстательной железы).



Поллакиурия-частое опорожнение кишечника. Это характерно для воспаления мочевого пузыря и гортани. В нормальных условиях сидение на моче происходит 4-7 раз в сутки.

Никтурия-это обильное выделение мочи в ночное время. В нормальных условиях отношение дневного диуреза к ночному диурезу равно 3: 1. Никтурия, присутствующая в заболевании почек, встречается в сочетании с полиурией.

Изурия-это выделение мочи в одно и то же мольшере каждый раз в течение суток. Дизурия-затруднение, болезненность из-за болезненности при мочеиспускании.

Стриангурия — выделяется с ощущением недержания мочи-брожения, что характерно для воспаления мочевого пузыря и мочевого пузыря.

Изменения цвета мочи. В нормальных условиях цвет мочи бледно-желтый. Цвет мочи зависит от ее концентрации, содержания в ней веществ. При наличии билирубина в моче-зеленовато-коричневый цвет — при наличии уробилина-красновато-коричневый цвет, некоторые грубые (аспирин) окрашиваются в бледно-красный цвет,

Цвет мочи также будет зависеть от размера. Моча бледно-желтая при полиурии и темно-желтая при олигурии. При смешивании крови с мочой ее цвет становится мутным, белым, как в мясном помое, при смешивании гноя. Ухудшение зрения происходит из-за сужения арте-РИИ глазного дна, отека сетчатки глаза. При заболеваниях пиелонефрита, пиелита, цистита, уретрита у больного повышается температура из-за воспаления мочевыводящих путей.

История развития болезни. Для того чтобы определить развитие заболевания почек, необходимо срочно выяснить у больного, при каких болезнях болела блоха. Нередко причиной развития острого нефрита является воспаление верхних дыхательных путей, опоясывающий лишай. А хронические инфекции (туберкулез, сифилис), хронические гнойные заболевания (абсцессы легких, бронхоэктазы, остеомиелит) приводят к развитию амилоидоза почек. Пациенты с сулемой, висмутом, йодом могут заболеть некронефрозом.

История жизни болезни. От больного необходимо выяснить, какими заболеваниями болели блохи: пиелитом, пиелонефритом, а также были ли заболевания острым нефритом, почечнокаменной болезнью, осложненной полиграфией, скарлатиной, или нет. Нужно спросить у женщин, как прошел период беременности, были ли в этот период опухоли, изменения мочи. Для врача очень важно знать, когда пациент с заболеваниями почек страдает тяжелым простудным заболеванием, которое влияет на течение или обострение заболевания.

Методы физического исследования

Осмотр панциря. При наружном осмотре больного наблюдается бледность и отечность кожного покрова. Бледность кожного слоя возникает из-за подавления кровеносных сосудов опухолевой костью и анемии (уменьшается образование эритропоэтина).

При заболеваниях почек отек бывает разной степени; от видимого или незаметного отека опухоль может массово поражать все тело. Опухоль, которая распространилась по всему телу, называется анасарка. Рак почки имеет ряд отличий от рака сердца: 1) рак почки развивается быстро, распространяется быстро, рак сердца развивается медленно и распространяется медленно;

Цвет мочи также будет зависеть от размера. Моча бледно-желтая при полиурии и темно-желтая при олигурии. При смешивании крови с мочой ее цвет становится мутным, белым, как в мясном помое, при смешивании гноя. Ухудшение зрения происходит из-за сужения артерии глазного дна, отека сетчатки глаза. При заболеваниях пиелонефрита, пиелита, цистита, уретрита у больного повышается температура из-за воспаления мочевыводящих путей.

4.Иллюстративный материал: презентация.

5.Литература: указана в последней странице силлабуса

6. Контрольные вопросы (обратная связь):

1. Какие знаете основные жалобы при заболеваниях органов мочеполовой системы?



2. На что необходимо обратить внимание при общем осмотре больных?
3. Как проводится пальпация почек?
4. Какую информацию дает пальпация почек?
5. Какие еще физикальные методы используются при обследовании больных?

Лекция №9

1. Тема: Методы исследования больных с патологией эндокринной системы.

Диагностическое значение.

2. Цель: Изучить студента определить факторы риска заболеваний эндокринной системы – для выделения групп риска и последующего проведения комплекса медицинской профилактики.

3. Тезисы лекции:

Сбор анамнеза жизни

При опросе истории жизни выясняется место рождения и современное место жительства больного. Например, географическое расположение стока может привести к эндемичному кормлению (из-за недостатка йода в почве и воде стока).

Большое внимание уделяется особенностям индивидуального физического развития больного в детстве и подростковом возрасте. Можно заподозрить кант-диабет у матери или врожденный гипотиреоз у пациента, посмотрев на увеличение веса и рост ребенка при рождении (крупный плод).

При сахарном диабете и ряде заболеваний эндокринная патология часто развивается в молодом возрасте.

Особое внимание уделяется началу полового созревания и появлению вторичных половых признаков, эндокринные заболевания часто возникают в период полового созревания. При сборе медицинского анамнеза пациент ранее страдал какими-либо заболеваниями, были ли травмы и операции, необходимо запросить эпидемиологический, аллергологический и лекарственный анамнез.

Следует спросить, были ли черепно-мозговые травмы, рубцовая железа, лучевая терапия и операции гипоталамо-гипофизарной области и надпочечников. Факторами, приводящими к развитию распространенного токсического фуража, являются: психические заболевания, воспалительные заболевания, черепно-мозговые заболевания, болезни носоглотки.

Большое значение придается лекарственному анамнезу. Могут возникнуть следующие ситуации:

- * лекарственный тиреотоксикоз и гипотиреоз;
- * при длительном введении кортикостероидов возникает трогенный синдром Иценко-Кушинга;
- * синдром гиперпролактинемии при применении контрацептивов, нейролептиков, антидепрессантов, гормонов, турлерірогенные виды;
- * токсическое поражение надпочечников при применении цитостатиков;
- * надпочечниковая недостаточность при прерывистой терапии глюкокортикоидом.

Гинекологический анамнез у женщин должен быть собран в полном объеме. При заболеваниях эндокринной системы у женщин развиваются нарушения репродуктивной функции (бесплодие, выкидыши, преждевременные роды), нарушения менструального цикла.

Наследственность играют важную роль в развитии таких заболеваний, как сахарный диабет, распространяющийся токсический корм, ожирение, бесконтактный диабет, аутоиммунные заболевания желез, карликовость, гигантские заболевания.

Обследование больных с заболеваниями эндокринной системы

Обследование больных заболеваниями эндокринной системы, проводится по общепринятым методам физического исследования. К ним относятся общее обследование, исследование по парами и прямое обследование щитовидной железы.



При общем осмотре стоит обратить внимание на черты лица и особенности поведения больного:

- * подвижность, беспорядочность, напряженная жестикуляция и растерянность, тревожное выражение лица, редко моргание глаз, потеря глаз, блестящие глаза;
- * медленные движения, онемение, опухшее лицо без мимики;
- * наличие у больного замкнутого характера, доброжелательность к окружающей среде;
- "лунное лицо»;
- * изменение формы шеи;
- * размеры тела наукаса и соотношение частей, рост:
 - гигантский рост;
 - карлик;
 - увеличение размеров конечностей, большие черты лица, большая голова;
- * изменения волосатости тела:
 - редкие волосы выход;
 - быстрый рост волос у детей;
 - изменение типа происхождения волос;
- * тамактуальный характер и особенности жировых выделений:
 - похудение;
 - увеличение массы тела;
 - скопление жировых складок в области тазового пояса;
 - равномерное распределение жира по всему телу;
 - большое скопление жировых отложений на свекрови, лице;
- * изменения кожи:
 - нежный, влажный, раскаленный, горячий на ощупь;
 - каткыл кожа, бледная;
 - тонкая, атрофированная, дряблая кожа, с большим количеством мелких морщин;
 - дряблая кожа, дряблая, дряблая;
 - жирожигающие, угревые, стрии;
 - бронзового цвета.

При нарушении функции эндокринных желез меняется образ больного. При акромегалии наблюдается высокий рост при увеличении размеров лицевых костей, подбородка, носа, удлинении конечностей.

Акромегалия-заболевание, характеризующееся непропорциональным ростом тканей, мягких тканей и внутренних органов из-за чрезмерной выработки соматотропного гормона. Причиной заболевания является эозинофилическая аденома гипофиза.

Пациенты, страдающие болезнью Аддисона, сильно истощены. Внешний вид больного болезнью Аддисона развивается в результате недостаточности гормонов коры надпочечников.

Болезнь Аддисона (хроническая недостаточность коры надпочечников) - первичная недостаточность надпочечников

Осмотр и пальпация щитовидной железы

Лицо больного сильно выражено: при эутиреоидном состоянии-лицо больного при гипотиреозе — анемическое, опухшее, при тиреотоксикозе — беспокойное, истощенное, тревожное, с выпученными глазами. В кормушке, расположенной за грудиной, проецируются шейные и нагрудные вены пациента. При симпатическом подавлении нерва развивается синдром Бернара-Горнера (птоз, миоз, энофтальм).

Шею больного следует смотреть спереди. Если есть фурункул (увеличение щитовидной железы по разным причинам), вам следует потребовать от больного глотать. Когда пациент глотает, приманка движется вверх. Врач должен выявить образование узелков в фурункуле (например, если фурункул находится за грудиной).



Нормальная язычная железа при осмотре не видна, консистенция видна только при увеличении, без пальпации из-за ее мягкости. Бугорок железы можно пальпировать при глотании больного.

Пальпация щитовидной железы. В нормальных условиях щитовидная железа пальпирования. При пальпации можно определить неспецифическое или узловое поражение, расположение узелков, подвижность железы при глотании, внешние изменения, характерные для поражения язычной железы.

При компрессионном синдроме, расположенном за грудиной, шейные и нагрудные вены, отмечается одышка и дисфагия. В узлах большого размера (более 3,0 см в диаметре) деформируется шея, вывихиваются шейные вены, наблюдается «гигантский» фурункул.

Перкуссия щитовидной железы-проводится для определения прикорма, расположенного в верхней части грудины (верхней части грудины) за грудиной.

Аускультация. При гиперфункции щитовидной железы над железой слышен шум. Причина появления шума связана с увеличением васкуляризации железы. Так же наблюдается пульсация катарской железы. Систолический шум над щитовидной железой характерен для распространенного токсического поедания. При массивном расположении за грудиной, богатой утрамбовкой гортани, может быть слышен инспираторный стридор-ный вдох.

При массивном расположении за грудиной, богатой утрамбовкой гортани, может быть слышен инспираторный стридор-ный вдох.

При бесплодии следует описать следующие симптомы железы:

- * размер;
- * форма;
- * плотность и однородность консистенции;
- * степень подвижности;
- * болезненность и срастание с кожей и корширующими тканями. На протяжении многих лет врачи диагностировали-

жүгін обращался. В настоящее время для выявления заболеваний желез широко применяется ультразвуковое исследование желез.

Размеры щитовидной железы увеличиваются при тиреотоксикозе (болезнь Базедова, болезнь Грейвса), тиреоидите, болезни Пламмера, опухоли железы, бесплодии.

При тиреотоксикозе жаберная железа увеличивается равномерно или увеличивается определенная часть железы. Консистенция железы может быть доброкачественной, железа не прилипает к коже и корширующим тканям, не смещается, не болев.

При тиреоидите-железа неравномерно увеличивается, уплотняется, болезненно, кожа в области железы гиперемиируется, становится горячей на ощупь.

При токсической аденоме щитовидной железы (болезнь Пламмера — сопровождается образованием узелка (аденомы)) — в железе четко очерчен узелок с четко очерченными контурами, узел смещается при разгибании, не болит.

При злокачественных опухолях щитковидных желез в железе образуется липкое, при жужжании неподвижное, плотное или бугристое образование. Голос больного становится хриплым, появляется инспираторное шумное дыхание.

Степени увеличения щитовидной железы. Степени увеличения пяточной железы определяются по классификации организации здравоохранения (ВОЗ) (1994) и Николаева О. В. (1995). Согласно рекомендациям ВОЗ, если каждая часть пяточной железы больше дистальной фаланги большого пальца больного, пяточная железа считается увеличенной .

Если при пальпации щитковидной железы обнаруживается узелок, врач назначает следующие основные и сопутствующие исследования.



4. Иллюстративный материал: презентация.

5. Литература: указана в последней странице силлабуса

6. Контрольные вопросы (обратная связь):

1. Какие знаете основные жалобы при заболеваниях органов эндокринной системы?
2. На что необходимо обратить внимание при общем осмотре больных?
3. Как проводится пальпация щитовидной железы?
4. Какую информацию дает пальпация щитовидной железы?
5. Какие еще физикальные методы используются при обследовании больных?

Лекция №10

1. Тема: Методы исследования больных с патологией кроветворной системы.

Диагностическое значение.

2. Цель: Изучить студента определить факторы риска заболеваний кроветворной системы – для выделения групп риска и последующего проведения комплекса медицинской профилактики.

3. Тезисы лекции:

Методы исследования при заболевании системы кроветворения

Несмотря на несомненную значимость данных, получаемых с помощью специальных методов исследования пациента, общепринятые клинические методики могут дать ценную информацию.

Физическое исследование проводится в полном объеме, как при исследовании состояния систем с другими органами:

- * Окраска слизистых оболочек кожным покровом (а также изменение кожных покровов)
- * Изменение языка
- * Увеличение лимфатических узлов
- * Увеличение печени и селезенки
- * Изменение состояния систем с другими органами-в первом ряду костная и нервная системы

Пальпация лимфатических узлов

В нормальных условиях периферические лимфатические узлы представляют собой округлую или овальную структуру размером от 5 до 20 мм. Они не превышают уровень кожи и поэтому не видны невооруженным глазом при общем осмотре. Пальпируют следующие лимфатические узлы: затылочный, задний, передний, челюстной, подбородочный (металлический), надключичный и подколечный, подмышечный, локтевой, паховый. Кончиками пальцев скользящим круговым движением проводят пальпацию в проецируемой области переданных лимфатических узлов и максимально вдавливая в более плотные структуры (кости, мышцы). В процессе пальпации обращает внимание на свойства: размер, форма, консистенция, болезненность, подвижность, сцепление между собой и с прилегающими тканями, состояние кожного покрова над лимфатическими узлами.

Ультразвуковое исследование лимфатических узлов позволяет выявить выраженное увеличение лимфатического узла. Неизмененные лимфоузлы при эхографии не определяются особо крупными размерами, аналогичными акустическим свойствам окружающих тканей. Минимальный размер выраженных лимфатических узлов 8-9 мм. Лимфоузлы, выявленные при ультразвуковом исследовании, являются патологически измененными и требуют проведения дальнейшего диагностического мероприятия. Чаще всего лимфоузлы располагаются в стволовых сосудах или в воротах органов. При не очень больших размерах они приобретают гипоэхогенный вид с ярко выраженной гладкой формой. При прогрессирующем развитии патологического процесса увеличиваются размеры лимфатических узлов, структура становится более однородной, может увеличиваться эхогенность. Форма узлов неоднородна, возникает тенденция к образованию



конгломератов. С изменением структуры узла достоверно не контролируется различие между типом патологического процесса

Оптимальным методом оценки всех групп лимфатических узлов является КТ. При КТ лимфоузлы имеют однородную округлую форму мягких тканей. Основным критерием наличия патологического процесса является определение размеров дымовых труб. Размер не увеличенных лимфатических узлов, выявленных при КТ, не превышает диаметра ямки. В соответствии с этим лимфоузлы при диаметре 8-10 мм являются кальцинированными. Аномальный размер выраженных многожелменных узлов является признаком патологического процесса. Структура и денситометрическая плотность узлов условно изменяют его размеры. Из их локализации наиболее дифференцированы оценки размеров тазуальных лимфоузлов.

МРТ одного нормального лимфатического узла зависит от типа изображения.

T1 - ВИ-неизмененный лимфатический узел имеет однородную овальную и округлую форму, однородную структуру, отчетливую форму. Он четко дифференцируется от окружающих его тканей. Патологически измененные лимфатические пары могут достигать значительных размеров, а также иметь неравномерную структуру и форму.

В подозрительных случаях радионуклеидное исследование опирается на Эд-позитронно-эмиссионную томографию (ПЭТ).

Ультразвуковое исследование. Расположение селезенки подходит для ультразвукового исследования. Структура селезенки мелкозернистая, эхогенность ниже эхогенности печени, капта определяется в виде гиперэхогенной линии, вблизи ворот видны сосуды, все размеры селезенки легко измеряются.

Компьютерная томография. КТ определяет уплотнение и размер, структуру агзы. При КТ селезеночный мешок не обнаруживается. После введения контраста хорошо видны сосуды селезенки и визуально видно скопление контраста в организме.

Магнитно-резонансная томография. Позволяет без контраста определять сосуды селезенки, строение и все размеры органа.

Лабораторно-инструментальные методы исследования:

Лабораторные методы:

1. ОАК
2. ОАМ
3. Копроскопия
4. биохимия крови: билирубин общий, с фракциями, АЛТ, АСТ, ферритин, сывороточное железо.
5. определение осмотической резистентности эритроцитов
6. реакция Кумбса

Инструментальные методы:

1. пункция грудины
2. Трепанобиопсия
3. эндоскопическое исследование
4. УЗИ
5. рентгенологическое исследование

4. Иллюстративный материал: презентация.

5. Литература: указана в последней странице слайдбуса

6. Контрольные вопросы (обратная связь):

1. Какие знаете основные жалобы при заболеваниях органов кроветворной системы?
2. На что необходимо обратить внимание при общем осмотре больных?
3. Как проводится пальпация лимфатических узлов?
4. Какую информацию дает перкуссия селезенки?

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН

**MEDISINA
AKADEMIASY**

«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ



SOUTH KAZAKHSTAN

**MEDICAL
ACADEMY**

АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»

Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»

044 – 47 / 11 ()

Лекционный комплекс по дисциплине «Пропедевтика внутренних болезней»

27 стр. из _____

5. Какие еще физикальные методы используются при обследовании больных?

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН

**MEDISINA
AKADEMIASY**

«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ



SOUTH KAZAKHSTAN

**MEDICAL
ACADEMY**

АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»

Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»

044 – 47 / 11 ()

Лекционный комплекс по дисциплине «Пропедевтика внутренних болезней»

28 стр. из _____