**Основные методы обследования больного**

Симптомы болезни, на основании которых можно поставить диагноз, назначить лечение и оценить его эффективность, могут быть получены при обследовании больного, которого включает субъективное и объективное обследование.

**Субъективные методы**

Сначала собирают общие сведения о больном (фамилия, имя, отчество, возраст). Знание профессии и бытовых условий больного позволяет иногда выяснить причину заболевания.

Во время расспроса о симптомах и развитии самой болезни – анамнез заболевания – нужно получить точные ответы на следующие вопросы: 1) на что жалуется больной; 2) когда началось заболевание; 3)как оно началось; 4) как оно протекало. Изучение основных жалоб больного позволяет сделать предварительное заключение о характере болезни. Например, высокая температура, внезапное начало характерны для инфекционных заболеваний. Жалобы на боли в области сердца, возникшие в связи с физической нагрузкой и отдающие в левую руку, заставляют думать о стенокардии. Боли в животе, возникающие спустя 1-2 часа после еды или ночью, натощак, позволяют предположить язву двенадцатиперстной кишки. При выяснении течения болезни часто приходится задавать больному дополнительные вопросы, уточняющие, какие условия усиливают болезненные симптомы или снимают их; какое влияние оказывало предшествующее лечение. К дополнительным вопросам можно отнести следующие: условия труда и быта, окружающая обстановка, в которой началось заболевание, усиление или ослабление симптомов, какое проводилось лечение.

Сведения о жизни больного – анамнез жизни – часто имеют большое значение для определения настоящего заболевания. Необходимо выяснить условия труда и быта в различные периоды жизни, выяснить, нет ли у больного вредных привычек (курение, злоупотребление алкоголем, пристрастие к наркотикам), какие он перенес заболевания, операции, психические травмы, половая жизнь, семейный состав, психологическая обстановка.

Собирая данные о наследственности, выясняют здоровье семьи, долголетие ближайших родственников. Следует установить, не было ли у родственников болезней, которые могли бы отразится на потомстве (сифилис, туберкулез, алкоголизм, рак, болезни сердца, нервные и психические заболевания, болезни крови – гемофилия, заболевания, связанные с нарушением обмена веществ). Знание о неблагоприятной наследственности помогает установить предрасположение больного к этим заболеваниям. Жизнь организма неразрывно связана с внешней средой и возникновение болезней всегда зависит от воздействия окружающей среды: от больных родителей часто рождаются ослабленные дети, легко заболевающие при неблагоприятных условиях жизни. Неблагоприятную наследственность нужно обязательно учитывать и проводить профилактические меры.

**Объективные методы**

Объективные методы больного позволяет получить сумму достоверных симптомов, необходимую для того, чтобы установить диагноз. Объективное исследование состоит из: 1) осмотра; 2) ощупывания (пальпация); 3) выстукивания (перкуссия); 4) выслушивания (аускультация).

**Осмотр**

При осмотре определяется общий вид больного и общее состояние – удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое и очень тяжелое. Вначале определяют положение больного, состояние внешних покровов (кожи, слизистые оболочки), затем осматривают отдельные участки тела (лицо, голова, шея, туловище, верхние и нижние конечности).

**Положение больного**

Активным называется такое положение больного, когда больной в состоянии самостоятельно вернуться, сесть, встать.

Пассивным называется положение, когда больной очень слаб, истощен, находится в бессознательном состоянии, обычно находится в постели и без посторонней помощи не может изменить своего положения.

При некоторых заболеваниях больные чувствуют себя относительно нормально только в определенном, вынужденном положении. У больных, страдающих язвенной болезнью желудка, боли облегчаются при коленно-локтевом положении. При заболевании сердца больной вследствие одышки стремится принять сидячее положение со свешенными ногами.

**Состояние сознания**

Различают несколько состояний сознания: ясное, ступор, сопор, кома.

Ступор (оцепенение) – состояние оглушения, больной плохо ориентируется в окружающей обстановке, отвечает на вопросы вяло, с опозданием, ответы больного бывают неосмысленными.

Сопор (субкома) – состояние спячки, если больного вывести из этого состояния громким окликом или тормошением, то он может ответить на вопрос, а потом вновь в глубокий сон.

Кома (полная потеря сознания) связана с поражением центров головного мозга. При коме наблюдается расслаблением мышц, утрата чувствительности и рефлексов, отсутствуют реакции на любые раздражители (световые, болевые, звуковые). Кома может быть при сахарном диабете, кровоизлияниях в мозг, отравлениях, хроническом нефрите, тяжелых поражениях печени.

При некоторых заболеваниях наблюдаются расстройства сознания, в основе которых лежит возбуждение центральной нервной системы. К ним относят бред, галлюцинации (слуховые и зрительные).

**Выражение лица**

Выражение лица позволяет судить о внутреннем состоянии больного. Оно может выражать тревогу, тоску, страх. При лихорадке наблюдается покраснение щек, возбуждение, блеск глаз. Бледное одутловатое лицо с опущенными веками бывает у больных, страдающих болезнями почек. При столбняке типично выражение лица, напоминающее саркастическую улыбку.

Неподвижный взгляд, направленный в одну точку, встречается у больных менингитом. Пучеглазие и блеск глаз наблюдается при базедовой болезни. При отравлении алкоголем, наркотиками, уремии наблюдается сужение зрачков, а при отравлении атропином зрачки расширены. При поражении печени выражена желтушность склер.

**Общее строение тела**

Существует три основных типа конституции людей: нормостенический, астенический, гиперстенический.

Нормостенический тип характеризуется пропорциональностью в строении тела, умеренно развитой подкожно – жировой клетчаткой, крепкой мускулатурой, конусовидной грудной клеткой. Длина рук, ног и шеи соответствует размерам туловища.

Для астеников характерно преобладание продольных размеров над поперечными. Шея длинная и тонкая, плечи узкие, лопатки часто отстоят от грудной клетки, надчревный угол острый, мускулатура развита слабо, кожа тонкая и бледная. Подкожно – жировая клетчатка развита недостаточно, диафрагма стоит низко. У астеников артериальное давление понижено, обмен веществ усилен.

У гиперстеников подчеркнуты поперечные размеры. Для них характерно значительное развитие мускулатуры и подкожно-жировой клетчатки. Грудная клетка короткая и широкая, направление ребер горизонтальное, надчревный угол тупой, плечи широкие и прямые. Конечности короткие, голова большая, кости широкие, диафрагма стоит высоко, обмен веществ понижен, отмечается склонность к повышенному артериальному давлению.

**Осмотр кожи и слизистых оболочек**

Осмотр кожи позволяет выявить изменение окраски, пигментацию, шелушение, сыпь, рубцы, кровоизлияния, пролежни и т.д. Изменение цвета кожи зависит от окраски крови, толщины кожи, просвета сосудов кожи. Окраска кожи может изменяться из-за отложения в ее толщине пигментов.

Бледность кожных покровов и слизистых оболочек может быть постоянной и временной. Бледность может быть связана с кровопотерями хронического и острого характера (маточное кровотечение, язвенная болезнь). Бледность наблюдается при анемии, обмороках. Временная бледность может возникнуть при спазме кожных сосудов при испуге, охлаждении, во время озноба.

Ненормальная краснота кожи зависит от расширения и переполнения кровью мелких сосудов (наблюдается при психическом возбуждении). Красный цвет кожи у некоторых больных зависит от большого количества эритроцитов и гемоглобина в крови (полицитемия).

Цианоз – синевато-фиолетовая окраска кожи и слизистых оболочек связана с чрезмерным увеличением в крови углекислого газа и недостаточного насыщения ее кислородом. Различают общий и местный цианоз. Общий цианоз развивается при сердечной и легочной недостаточности; при некоторых врожденных пороках сердца, когда часть венозной крови, минуя легкие, смешивается с артериальной; при отравлении ядами (бертолетова соль, анилин, нитробензол), превращающими гемоглобин в метгемоглобин. Цианоз лица и конечностей может наблюдаться при многих заболеваниях легких вследствие гибели их капилляров (пневмосклероз, эмфизема, хроническая пневмония).

Местный цианоз, который развивается на отдельных участках, может зависеть от закупорки или сдавливания вен, чаще всего на почве тромбофлебита.

Желтуха – окрашивание кожи и слизистых оболочек вследствие отложения в них желчных пигментов. При желтухе всегда наблюдается желтое окрашивание склер и твердого неба, что отличает ее от пожелтения другого происхождения (загар, применение акрихина). Интенсивность желтушной окраски варьируется от светло-желтой до оливково-зеленой. Слабая степень желтушности носит название субиктеричности.

Желтушное окрашивание кожи наблюдается при избыточном содержании желчных пигментов в крови. Это происходит в случае нарушения нормального оттока желчи из печени в кишечник по желчному протоку при закупорке его желчным камнем или опухолью, при спайках и воспалительных изменениях в желчных путях. Такая форма желтухи называется механической или застойной.

Количество желчных пигментов в крови может увеличиваться при заболевании печени (гепатит), когда желчь, образовавшаяся в клетке, поступает не только в желчные ходы, но и в кровеносные сосуды. Такая форма желтухи называется паренхиматозной.

Встречается и гемолитическая желтуха. Она развивается в результате избыточного образования желчных пигментов в организме вследствие значительного распада эритроцитов (гемолиз), когда освобождается много гемоглобина, из-за которого образуется билирубин (гемолитическая желтуха). Встречается при врожденной и приобретенной неустойчивости эритроцитов, малярии, а также при отравлении различными ядами.

Бронзовое, или темно-бурое окрашивание кожи свойственно аддисоновой болезни (при недостаточности функции коры надпочечников).

Усиленная пигментация может быть причиной изменения цвета кожи. Пигментация бывает местной и общей. Иногда на коже имеются ограниченные участки пигментации -–веснушки, родимые пятна. Альбинизмом называется частичное или полное отсутствие пигментации, отсутствие на отдельных участках кожи называется витилиго. Небольшие участки кожи, лишенные пигмента, называются лейкодермы, если же они возникли на месте сыпей – псевдолейкодермы.

Кожные сыпи и кровоизлияния. Наиболее характерные высыпания встречаются при кожных, острых инфекционных заболеваниях.

При аллергических состояниях может развиваться крапивница, которая напоминает сыпь при ожоге крапивой и сопровождается зудом.

Может иметь место покраснение кожи на ограниченном участке вследствие расширения сосудов. Большие розово-красные пятна на коже называют эритемой.

Бугорки представляют легко прощупываемое скопление клеток в коже. Такие образования наблюдаются при ревматизме.

Влажность кожи зависит от потоотделения. Повышенная влажность бывает при ревматизме, туберкулезе, базедовой болезни. Сухость встречается при микседеме, сахарном и несахарном мочеизнурении, поносах, общем истощении.

Важно оценить тургор кожи – ее напряжение, эластичность. Тургор кожи зависит от содержания в ней внутриклеточной жидкости, крови, лимфы и степени развития подкожно-жировой клетчатки. Понижение тургора наблюдается при обезвоживании, опухолях.

Кровоизлияния наблюдаются при ушибах, кожных, инфекционных болезнях и т.д. Кровоизлияния встречаются при сепсисах, анемии, авитаминозе. Кровоизлияния в кожу бывают различной величины и формы.

Состояние волос и ногтей. Чрезмерный рост волос в областях, свободных от волосяного покрова, свидетельствует об эндокринных расстройствах. Выпадение волос и их ломкость характерны для базедовой болезни, гнездное выпадение волос – при сифилисе. Волосы выпадают и при заболеваниях кожи – фавусе, себорее. Ломкость и расслаивание ногтей наблюдается при нарушении витаминного обмена, заболевании нервной системы. При грибковых поражениях ногти становятся тусклыми, утолщенными и крошатся.

Пролежни возникают вследствие нарушения кровообращения и целости поверхностных слоев у лежачих больных в местах наибольшего давления. Пролежни могут захватывать подкожный жировой слой и мышцы.