

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
НОУ ВПО «ДАГЕСТАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ
ИНСТИТУТ»
КАФЕДРА ЕСТЕСТВЕННО-НАУЧНЫХ И МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН

Шихнебиев Д.А., Расулов М.М., Магомедова Р.А.

**СУБЪЕКТИВНЫЙ И ОБЪЕКТИВНЫЙ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ
ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО**

Учебно-методическое пособие для самостоятельной работы студентов

Махачкала - 2014

Рецензент: доцент, доктор медицинских наук Гусейнов А.А.

Шихнебиев Д.А., Расулов М.М., Магомедова Р.А. Субъективный и объективный методы исследования терапевтического больного: учебно-методическое пособие для самостоятельной работы студентов. - Махачкала: ДМСИ, 2014. - 13 с.

Учебно-методическое пособие включает сведения об основных методах субъективного и объективного исследования больного в клинике. Пособие составлено в соответствии с требованиями Федерального государственного образовательного стандарта по специальности 060201 «Стоматология», учебным планом и рабочей программой.

Предназначено для студентов стоматологического института.

Рекомендовано Учёным советом ДМСИ к применению в учебном процессе.

Протокол № 7 от 25.02.2014г.

Субъективный и объективный методы исследования терапевтического больного

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

Несмотря на развитие науки и техники, появление новой аппаратуры используемой в практике врача терапевта, субъективные и объективные методы исследования остаются актуальными в практике врача не только терапевтического профиля, но и других направлений. Поэтому для молодого врача знание этих методов исследования является важным.

Под субъективным методом исследования понимается расспрос больного. Есть мнение, что это не совсем правильно, так как выявляемые путем расспроса симптомы часто могут быть установлены врачом и объективно, например, одышка, отеки, кашель.

Расспрос (*interrogatio*) больного включает в себя выяснение жалоб, истории заболевания - *anamnesis* (воспоминание) *morbi* (*morbus* - болезнь), истории жизни (*anamnesis vitae*) больного.

Независимо от специальности каждый врач должен владеть методом расспроса для диагностики болезни. Знаменитый профессор московского университета Г.А.Захарьин (1829 - 1897) совершенствуя довел метод расспроса до высоты искусства. Как утверждают опытные специалисты, правильно провести расспрос больного, особенно для начинающего врача - задача трудная. Для этого необходимо иметь выдержку, такт, знания и умение.

Начиная расспрос врач задает больному общий вопрос: "Что Вас беспокоит?" или "На что Вы жалуетесь?" и дать ему возможность свободно высказаться по поводу причины, которое привело его к врачу. При этом врач показывает больному своё внимание к его состоянию и способствует появлению доверия больного к себе. Кроме этого, при изложении больным его жалоб врач имеет возможность изучить больного, оценивать его психическое состояние, отношение к болезни, интеллектуальный уровень. Всё это даёт возможность врачу получить первое представление о его состоянии. В дальнейшем врач проводит целенаправленный расспрос, уточняя и детализируя каждую жалобу,

строго придерживаясь определенных правил. Постановка, форма и содержание вопросов должны быть заданы с учётом уровня общего развития больного. При этом вопросы должны быть простыми и ясными, речь врача доброжелательной, а беседа проведена в спокойной обстановке, желательно наедине с больным.

Объективное исследование 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 (*inspectio*) основан на зрительном восприятии врача. Соблюдение определенных правил позволяет врачу получить наиболее ценные и достоверные результаты. Проводить осмотр лучше при дневном или при рассеянном искусственном освещении. Больной полностью или частично обнаженный должен быть весь последовательно осмотрен в прямом и боковом освещении.

Осмотр начинается с момента, когда больной входит в кабинет врача. Во время беседы оценивается внешний вид, манера поведения, осанка, походка, выражение лица, форма лица, цвет кожных покровов, сознание больного и т.д.

Различают общий и местный осмотр. Общий осмотр касается всего больного в целом, проводится в начале любого исследования. Местный осмотр предусматривает осмотр отдельных частей тела, органов и систем (сердца, печени, полости рта и т.д.).

Следующим клиническим методом исследования является пальпация (*palpatio*). Метод основан на исследовании больного с помощью осязания и даёт возможность изучения физических свойств тканей и органов, топографических соотношений между ними, их болезненности. Метод пальпации хотя и известен со времен Гиппократов, однако вплоть до XIX века применение его ограничивалось изучением состояния кожи, суставов, костей и свойств пульса. С середины XIX века в клиническую практику вошли изучение голосового дрожания и верхушечного толчка сердца, а систематическая пальпация брюшной полости стала обязательной лишь с конца прошлого и начала нынешнего века.

Пальпацию различают поверхностную и глубокую. Для получения общих ориентировочных представлений пользуются поверхностной пальпацией. Глубокая пальпация позволяет получить более точную локализацию

патологических изменений. Наиболее полно разработана глубокая, скользящая методическая пальпация живота, методика которой будет подробно изложена в разделе. Проникающая пальпация, которая является разновидностью глубокой пальпации используется для определения болезненности в определенных точках (аппендикулярной, желчного пузыря и др.).

При проведении пальпации необходимо строго соблюдать определенные правила. Врач сидит справа от больного, лицом к нему, наблюдая за его реакцией. Руки врача должны быть теплыми (холод вызывает рефлекторное сокращение мышц), сухими, с остриженными ногтями, движения рук - плавными, всякое усиление давления - постепенным. Больной лежит на твердой кушетке, если пальпация проводится в лечебном учреждении, если на дому, то на твёрдой постели (на мягкой постели туловище прогибается, при этом таз опускается, затрудняется равномерное расслабление мышц), голова вместе с плечами должна быть слегка приподнята, находясь на подушке, руки свободно расположены вдоль туловища, ноги вытянуты или слегка согнуты в тазобедренных и коленных суставах с упором под стопы или подкладыванием валика под колени.

Пальпация может проводиться в положении больного как лежа на спине, так лежа на боку, а также в вертикальном положении.

Перкуссия (percussio) является объективным методом исследования больного. Суть перкуссии заключается в выстукивании участков тела и определении по характеру возникающего при этом звука физических свойств, расположенных под перкутируемым местом органов и тканей (главным образом их различной плотности, воздушности, эластичности). Ещё Гиппократ с помощью перкуссии выявлял скопление в животе жидкости или газа.

Венский врач Л. Ауенбруггер в 1761 г. опубликовал трактат "Новое открытие, позволяющее на основании выстукивания грудной клетки обнаружить скрытые грудные болезни ". Автор предлагал производить перкуссию, нанося удары пальцами правой руки по грудной клетке. Но метод, к сожалению, не был должным образом оценен и долго не использовался врачами. В 1808 г. лейб-медик Наполеона Бонапарта Корвизар, не только применил, но и усовершенствовал метод перкуссии и использовал её для диагностики заболеваний сердца, легких, аневризмы аорты.

В России метод выстукивания был впервые применен в конце XVIII века в Петербурге Я.А.Саполовичем - с помощью этого метода выявил наличие

жидкости в плевральной полости. В дальнейшем многие отечественные клиницисты успешно применяли и совершенствовали этот метод.

В настоящее время наибольшее распространение во всем мире получила методика непосредственной перкуссии пальцем по пальцу, которую в 1835 г. предложил русский ученый Г.И.Сокольский. В качестве плессиметра он использовал средний палец левой руки, а удары наносил средним пальцем правой руки. Этот метод перкуссии позволяет оценить изменение перкуторного звука не только с помощью слуха, но и осязания пальцем-плессиметром.

Суть перкуссии заключается в том, что при постукивании по участку тела возникают колебания подлежащих сред. Часть этих колебаний имеет частоту и амплитуду достаточные для слухового восприятия звука обследуемым. Различают высокие и низкие перкуторные звуки. Высота звука прямо пропорциональна плотности подлежащих сред. Так, при перкуссии участков грудной клетки в месте прилегания воздушной легочной ткани образуются низкие звуки, а в области расположения плотной ткани сердца высокие. Сила или громкость звука зависит от амплитуды колебаний, которая с одной стороны, определяется силой перкуторного удара, с другой - обратно пропорциональна плотности колеблющегося тела. Продолжительность перкуторного звука характеризуется временем угасания колебаний, которое находится в прямой зависимости от исходной амплитуды колебаний и в обратной - от плотности колеблющегося тела.

Известно, что ткани человеческого тела неоднородны по плотности. Кости, мышцы, жидкости в полостях, печень, селезенка, сердце имеют большую плотность. Перкуссия в области расположения этих органов дает непродолжительный, тихий, высокий или тупой перкуторный звук. Малую плотность имеют ткани и органы, которые содержат много воздуха (легкие). Перкуссия легких с нормальной воздушностью дает достаточно продолжительный, громкий, низкий звук, который называется ясным легочным. Над желудком, петлями кишок, при скоплении воздуха в плевральной полости возникает громкий, продолжительный, низкий, гармонический музыкальный звук, похожий на звук при ударе в барабан - тимпанический звук (tympanon - барабан).

В зависимости от силы перкуторного удара различают перкуссию громкую, тихую и тишайшую. В зависимости от целей выделяются два вида перкуссии: топографическая и сравнительная. При топографической перкуссии определяют границы и размеры органов или образований. Сравнительная перкуссия имеет

целью выявить наличие патологических изменений в симметричных участках легких, плевральных полостях, брюшной полости.

Правильное проведение перкуссии имеет свои особенности. Так, средний палец левой руки, палец-плессиметр, прикладывают плотно на всем протяжении без большого давления. Другие пальцы не должны быть к нему прижаты. Располагается плессиметр параллельно искомой границе органа. Перкуторный удар наносится движением кисти в лучезапястном суставе средним пальцем правой руки по средней фаланге пальца-плессиметра, строго перпендикулярно ей. Следует наносить два удара (ориентировочный и оценочный). Удары должны быть короткими и отрывистыми.

Перкуссию проводят всегда от ясного звука к тупому. Границу органа следует отмечать по наружному краю пальца-плессиметра, обращенному к зоне ясного звука.

Следующим методом объективного исследования является аускультация. Аускультация (*auscultatio*) - выслушивание звуковых феноменов, возникающих при механической работе внутренних органов. Дыхание, сокращение сердца, движение желудка и кишок вызывают в тканевых структурах упругие колебания, часть которых достигает поверхности тела. Эти колебания могут выслушиваться, если приложить ухо к телу больного (прямая или непосредственная аускультация) или через прибор для выслушивания (непрямая или опосредованная аускультация).

Как метод исследования аускультация применялась в медицине очень давно. В работах Гиппократов приводятся сведения о шуме трения плевры, который сравнивается со "скрипом кожаного ремня", о влажных хрипах, напоминающих звуки при кипении уксуса.

Французский врач Р.Лаэннек впервые разработал, применил и внедрил метод аускультации во врачебную практику в 1816 г. В 1819 г. он же опубликовал труд "О посредственной аускультации и распознавании болезней легких и сердца, основанном, главным образом, на этом новом методе исследования". Лаэннеком был предложен и первый стетоскоп (*stethos* - грудь, *scopere* - смотрю) - прибор для выслушивания. Он представлял собой полую, с каналом в 6 мм, деревянную трубку длиной 33 см, раздвигавшуюся для удобства посередине. В дальнейшем стетоскоп подвергался многократным усовершенствованиям и изменениям.

Впоследствии Лаэннек обосновал клиническую ценность аускультации, проверяя результаты ее по секционным данным, описал и дал название почти

всем аускультативным феноменам (везикулярное и бронхиальное дыхание, сухие и влажные хрипы, крепитация). В России метод аускультации был внедрен в 1825 г. П. А. Чаруковским в Медико-хирургической академии.

Звуки, воспринимаемые при аускультации, характеризуются силой, высотой, тембром, длительностью. Характер воспринимаемого ухом звука зависит в значительной степени от свойств тканей, отделяющих ухо человека от звучащего органа, а также от звукопроводимости и резонирующей способности. Хорошо проводят звуки плотные, однородные ткани, например, уплотненная легочная ткань.

Звуковые колебания с частотой от 20 до 2000 гц ухо человека воспринимает, но наиболее чувствительно ухо к частотам около 1000 гц. Поэтому при равной звуковой энергии звуки с частотами, близкими к 1000 гц, кажутся более громкими, чем звуки более низких или высоких диапазонов. Труднее воспринимается слабый звук вслед за сильным.

В настоящее время врачи пользуются и прямой, и непрямой аускультацией. При прямом способе звуки воспринимаются без искажений. Но он неприменим для аускультации определенных областей (надключичные ямки, подмышечные области и др.). Непрямая аускультация более гигиенична, удобнее для врача, особенно при выслушивании тяжелого больного. Она позволяет выслушивать более слабые и высокие звуки. Звуки с частотой колебаний от 20 до 200 гц (III тон сердца) лучше выслушиваются при помощи стетоскопа, а звуки с частотой свыше 200 гц (диастолический шум аортальной недостаточности) - с применением мембранного фонендоскопа.

Проведение аускультации, как и перкуссии имеет свои правила и особенности. Для получения достоверных результатов при аускультации необходима тишина в помещении, комфортная температура воздуха, удобное положение больного и врача. Важно обеспечить герметизацию системы "тело больного - ухо врача", прежде всего плотное и полное прилегание раструба стетоскопа к выслушиваемой поверхности. При густом волосяном покрове участок кожи, где производится выслушивание, можно смочить водой, чем устраняется возникновение дополнительных звуков. Следует в ряде случаев пользоваться такими приемами, как выслушивание дыхательных и сердечных шумов после кашля, физической нагрузки, при задержке дыхания, перемене положения тела и т.п.

Метод аускультации является очень важным для распознавания различных заболеваний, особенно сердца, легких. Трудности заключаются не столько в слабой слышимости, сколько в дифференциации и правильном истолковании сложных звуков, что достигается только на основе опыта.

Для локализации патологических изменений (болезненность, поражение кожи) и проекции границ внутренних органов на наружную поверхность тела человека врач должен пользоваться едиными ориентирами и знать наружную клиническую топографию. Топографические линии и образуемые ими области определяют по естественным опознавательным пунктам человеческого тела. Этими опознавательными пунктами являются:

- 1) ключицы;
- 2) ребра и реберные дуги;
- 3) грудина, ее рукоятка, тело и мечевидный отросток;
- 4) угол Людовика (*angulus Ludovici*) - соединение рукоятки грудины с ее телом - опознавательный пункт для 2-ого ребра;
- 5) остистые отростки позвонков (отдельно выявляется остистый отросток 7-го шейного позвонка - наиболее выступающий при наклоне головы вперед);
- 6) лопатки, нижний угол которых при опущенных руках находится на уровне 7-го ребра;
- 7) гребни подвздошных костей;
- 8) лобковое сочленение;
- 9) надключичные и подключичные ямки;
- 10) яремная ямка;
- 11) подмышечные ямки;
- 12) межреберные промежутки;
- 13) надлопаточные ямки;
- 15) межлопаточное пространство;
- 16) поясничная область.

Опознавательными вертикальными линиями являются:

- 1) передняя срединная линия (*linea mediana anterior*), проходящая вертикально по середине грудины;
- 2) грудинные линии (*ll. sternalis dextra et sin.*), проходящие по краям грудины;
- 3) срединноключичные линии (*ll. medioclavicularis dex. et sin.*) - вертикаль, проходящая через середину ключицы;

4) окологрудные линии (ll. parasternalis dex. et sin.) по середине расстояния между грудинной и срединноключичной линиями;

5) передние подмышечные линии (ll. axillaris anterior dex. et sin.), проходящие по переднему краю подмышечной впадины;

6) средние подмышечные линии (ll. axillaris media dex. et sin.), проходящие через середину подмышечной впадины;

7) задние подмышечные линии (ll. axillaris posterior dex. et sin.), проходящие по заднему краю подмышечной впадины;

8) позвоночная линия или задняя срединная (l. mediana posterior), проходящая по остистым отросткам позвонков;

9) лопаточные линии (ll. scapularis dex. et sin.), проходящие через угол лопатки при опущенных руках;

10) околопозвоночные линии (ll. paravertebralis dex. et sin.) - посередине между позвоночной и лопаточной линиями.

Горизонтальные опознавательные линии:

1) двуреберная (l. bicostalis), соединяющая нижние концы реберных дуг;

2) двуподвздошная (l. biiliaca), соединяющая верхние передние ости подвздошных костей.

Поверхность живота делится на ряд областей:

1) эпигастральная - regio epigastrica - верхняя срединная часть передней брюшной поверхности, ограниченная сверху сходящимися к мечевидному отростку реберными дугами, с боков - парастернальными линиями, снизу - двуреберной линией;

2) подреберные области - regio hypochondrica dex. et sin. - граничащие с эпигастральной справа и слева по тем же линиям;

3) мезогастральная или пупочная - regio mesogastrica - расположенная в средней части живота, вокруг пупка, ограниченная сверху двуреберной, с боков - парастернальными, снизу - двуподвздошной линиями;

4) боковые области живота - regio abdominalis dex. et sin. - области живота справа и слева от пупочной области;

5) надлобковая - regio suprapubica - нижняя средняя часть живота, ограниченная сверху двуподвздошной, с боков - парастернальными линиями, снизу - лобковым сочленением;

6) подвздошные области - regio iliaca dex. et sin. - справа и слева от надлобковой области.

Под авторской редакцией

Тираж 100

Издано в ДМСИ, ул. Азиза Алиева, 25.

