

Синдромальная диагностика для использования написания учебной истории на кафедре клинической фармакологии и фармакотерапии (цит. Г.А. Игнатенко с соавт. «Пропедевтика внутренних болезней»)

Синдромы	Жалобы	Осмотр	Пальпация	Перкуссия	Аускультация	Лабораторные методы	Инструментальные методы
Бронхиальная обструкция	<p>Кашель без мокроты или с минимальным её количеством, на фоне которого появляются эпизоды экспираторной одышки. При выраженной бронхиальной обструкции экспираторная одышка становится постоянной.</p>	<p>При выраженной бронхиальной обструкции (особенно при эмфиземе легких): удлинённый выдох через сомкнутые губы; пациент занимает вынужденное положение тела (сидя или стоя с упором на руки); наблюдается цианоз (не всегда), бочкообразная грудная клетка (на стадии эмфиземы легких), набухание яремных вен, явно удлинённый выдох. Набухание яремных вен-показатель выраженной бронхиальной обструкции, осложнившейся эмфиземой легких и легочным сердцем</p>	<p>Межреберные промежутки расширяются во время эпизодов выраженной обструкции (кратковременно) и при присоединении эмфиземы легких(постоянно), голосовое дрожание ослабевает по мере развития эмфиземы легких. Без эмфиземы легких голосовое дрожание не изменяется</p>	<p>Выраженная бронхиальная обструкция (или на стадии эмфиземы): нижние края легких опущены, верхушки приподняты, поля Крёнига расширены; подвижность нижнего края ограничена (или отсутствует); звук с тимпаническим оттенком</p>	<p>Дыхание везикулярное ослабленное, выдох удлинён. Слышны свистящие или жужжащие хрипы(исключительно или преимущественно на выдохе). Бронхофония ослаблена ли не определяется.</p>	<p>При бронхиальной обструкции вызванной бронхиальной астмой, в мокроте выявляются спирали Куршмана, кристаллы Шарко-Лейдена. В крови эозинофилия. При хроническом бронхите специфических признаков нет. Эритроцитоз и гипоксемия при развитии ДН</p>	<p>Наиболее важны: 1) Спирография; 2) Пневмотахометрия; Они позволяют выявить : 1) наличие бронхиальной обструкции; 2) локализацию бронхиальной обструкции; 3) степень бронхиальной обструкции; 4) обратимость бронхиальной обструкции. Снижаются: ОФВ1 и ФЖЕЛ; соотношение ОФВ1 /ФЖЕЛ с оценкой МОС 25, МОС 50, МОС 75. Фармакологические пробы (обратимость бронхиальной обструкции)</p>

Синдромы	Жалобы	Осмотр	Пальпация	Перкуссия	Аускультация	Лабораторные методы	Инструментальные методы
Уплотнение легочной ткани	Отдышка чаще инспираторная (при больших объемах поражения); часто отмечается кашель (зависит от заболевания); боль в грудной клетке (не всегда)	Зависит от характера и объема уплотненной легочной ткани. При большом объеме инфильтрации легкого пораженная сторона увеличена (межреберья втянуты). В любом случае пораженная сторона отстает при дыхании.	При сохраненной проходимости бронхов голосовое дрожание усилено	Притупление прекурторного звука в месте уплотнения легкого или притупленно- тимпанический звук в начальной стадии уплотнения(пневмония I или III стадии)	Дыхание бронхиальное (или с бронхиальным оттенком); крепитация(в I или III стадиях пневмонии), мелкопузырчатые звучные влажные хрипы (во II стадии) .Бронхофония усилена	Тактика лабораторного обследования зависит от предполагаемой причины(заболевания), вызвавшей синдром	Рентгенологическое исследование грудной клетки и/или компьютерная томография (затемнение зоны уплотнения). Методы позволяют не только выявить синдром , но и во многих случаях установить причину(назвать заболевание)

Синдромы	Жалобы	Осмотр	Пальпация	Перкуссия	Аускультация	Лабораторные методы	Инструментальные методы
Легочное сердце	Одышка (вариант соответствует основному заболеванию), отеки на ногах, распирание в шее из-за расширения яремных вен, тяжесть в правом подреберье из-за гепатомегалии, возможно увеличение живота из-за асцита	Отеки (при хроническом легочном сердце); цианоз кожи и слизистых оболочек(интенсивность зависит от гипоксемии); яремные вены расширены(часто систолическая пульсация); форма грудной клетки зависит от характера легочной патологии(бочкообразная при бронхиальной обструкции и эмфиземе). Пульсация в эпигастрии(сердечный толчок из-за дилатации ПЖ). Относительно редко наблюдаются признаки асцита	Отеки (теплые цианотичные). Голосовое дрожание зависит от процесса в легких. Сердечный толчок(то есть в эпигастрии). Пальпаторная верификация отеков на ногах и гепатомегалии. Отечность брюшной стенки при асците	Данные перкуссии зависят от патологического процесса в легких; расширение правой границы сердца(из-за расширения ПЖ и ПП); расширение верхней границы сердца(из-за расширения ЛА);перкуссия обычно позволяет подтвердить асцит	Аускультация легких зависит от характера процесса. Аускультация сердца: акцент II тона над ЛА(признак ЛГ), систолический шум у мечевидного отростка(недостаточность трикуспидального клапана) усиливается при вдохе (положительная проба Корвальо)	Не информативны	Рентгенологическое исследование: расширение ПЖ и ЛА. Гипертрофия правого желудочка и предсердия – по данным ЭхоКГ и ЭКГ. Относительная недостаточность трикуспидального клапана(ЭхоКГ). Легочная гипертензия(ЭхоКГ). Проведение ЭхоКГ может быть затруднено или невозможно из-за выраженной эмфиземы

Синдромы	Жалобы	Осмотр	Пальпация	Перкуссия	Аускультация	Лабораторные методы	Инструментальные методы
Повышенная воздушность легких (эмфизема)	Одышка и кашель характерны для эмфиземы легких, развившейся на фоне бронхиальной обструкции, только одышка(кашель очень редко) наблюдается при первичной эмфиземе легких	При выраженной эмфиземе видна эмфизематозная грудная клетка (межреберья широкие, надключичные ямки выступают, переднезадний размер увеличен, плечи приподняты, эпигастральный угол тупой). Цианоз при развитии ДН(особенно характерен для выраженной бронхиальной обструкции)	Межреберные промежутки широкие, голосовое дрожание ослаблено с обеих сторон	Нижний край легкого опущен, его экскурсия ограничена(или отсутствует). Перкуторный звук симметричный с тимпаническим оттенком(коробочный)	При первичной эмфиземе дыхание везикулярное ослабленное и обычно без хрипов. При эмфиземе, развившейся на фоне бронхоспазма, дыхание жесткое с удлинением выдохом, часто слышны сухие хрипы на выдохе (свистящие, жужжащие)	Не информативны	Важны спирография, пневмотахометрия и бодиплетизмография. Оценивают ООЛ,ФОЕ, ОЕЛ. Чем больше ООЛ, тем более выражена эмфизема. Нарушения в тесте поток-объем(пневмотахометрия). Рентгенография(повышенная прозрачность легких, низкое расположение диафрагмы и др.)

Синдромы	Жалобы	Осмотр	Пальпация	Перкуссия	Аускультация	Лабораторные методы	Инструментальные методы
Полость в легком	Кашель сухой или с мокротой (при обострении заболевания мокроты много), одышка (не всегда), боль в грудной клетке (не всегда)	Пораженная сторона может быть увеличена, уменьшена или не изменена(зависит от варианта патологии, на фоне которой возникает полость). При крупных полостях пораженная сторона отстаёт в акте дыхания. При хронических полостях часто возникает деформация ногтей « часовые стекла» и дистальных фаланг пальцев (« барабанные палочки»)	Голосовое дрожание усилено в зоне расположения крупной полости	Легче выявить крупные, поверхностные полости(тимпанический оттенок звука). Толстостенные полости дают притупленно- тимпанический звук. В настоящее время крупная полость в легком встречается редко	Если бронх проходим, то дыхание бронхиальное или с бронхиальным оттенком. Над крупными полостями дыхание амфорическое. Хрипы влажные, сухие или отсутствуют (зависит от характера мокроты)	Мокрота гнойная с эластическими волокнами (признак свежей деструкции легочной ткани) и часто с примесью эритроцитов	Решающее значение имеет рентгенография (отчетливо видна полость). С помощью метода можно не только выявить полость, но и указать причину её возникновения (не всегда)

Синдромы	Жалобы	Осмотр	Пальпация	Перкуссия	Аускультация	Лабораторные методы	Инструментальные методы
Воздух в плевральной полости (пневмоторакс)	Одышка (обычно инспираторная), боль в грудной клетке, иногда кашель. В некоторых случаях жалобы могут отсутствовать	Пораженная половина грудной клетки увеличена, отстаёт (или вообще не участвует) в акте дыхания; признаки правого желудочковой СН (отёки, гепатомегалия, расширение яремных вен) наблюдаются не всегда. При выраженном пневмотораксе развивается диффузионный цианоз. Возможно снижение АД (коллапс)	Межрёберные промежутки широкие, голосовое дрожание резко ослаблено или отсутствует (зависит от выраженности пневмоторакса)	Перкуторный звук тимпанический. Диафрагма значительно опущена и почти неподвижна (или вообще неподвижна)	Данные зависят от варианта пневмоторакса. При выраженном закрытом пневмотораксе дыхание не определяется. При открытом пневмотораксе могут выслушиваться громкие высокочастотные звуки (дыхание с металлическим оттенком)	Не информативны	Обычно достаточно классического рентгенологического исследования грудной клетки в прямой проекции. При ограниченном пневмотораксе могут возникать сложности даже при рентгенологическом исследовании

Синдромы	Жалобы	Осмотр	Пальпация	Перкуссия	Аускультация	Лабораторные методы	Инструментальные методы
Жидкость в плевральной полости(гидроторакс)	Одышка (инспираторная)- её степень зависит от выраженности гидроторакса; тяжесть (при массивном выпоте). Перед накоплением жидкости может отмечаться боль в поражённой половине из-за фибринозного плеврита (не всегда)	При незначительном выпоте визуальные признаки отсутствуют. При большом выпоте (1,5-2 л и более) поражённая половина грудной клетки увеличена в её нижних отделах и отстаёт в акте дыхания	Голосовое дрожание не изменено при минимальном гидротораксе ; ослаблено при умеренном гидротараксе;и исчезает при массивном выпоте в полости плевры	При небольшом объёме жидкости (менее 400 мл) отклонений нет. При умеренном и большом выпоте нижний край лёгкого приподнят (возможна линия Эллиса-Дамуазо). При массивном выпоте тупость над всей поражённой половиной	В зоне накопления жидкости дыхание ослаблено или отсутствует (в зависимости от объёма выпота) . Над зоной накопления умеренного объёма жидкости дыхание везикулярное ослабленное. При массивном выпоте дыхание отсутствует	Пункция плевральной полости позволяет определить, чем представлен выпот (экссудат, трансудат, кровь, лимфа)	Рентгенологическое исследование позволяет выявить даже незначительный объём жидкости в плевральной полости

Синдромы	Жалобы	Осмотр	Пальпация	Перкуссия	Аускультация	Лабораторные методы	Инструментальные методы
Гидропневмоторакс	Одышка (инспираторная), боль в поражённой половине грудной клетки. Другие жалобы зависят от фоновой патологии. Обычно генез воспалительный или травматический, поэтому жалобы, как правило, есть	При незначительном гидропневмотораксе визуальные признаки могут отсутствовать. При выраженном гидропневмотораксе поражённая половина увеличена и отстаёт в акте дыхания (как и при гидротораксе или пневмотораксе)	Голосовое дрожание ослаблено (при умеренном гидропневмотораксе) или отсутствует (при выраженном гидропневмотораксе)	Притуплённо тимпанический звук определяется на границе жидкости и воздуха. Ниже этого уровня звук тупой, а выше- тимпанический. Этот уровень не изменяется при дыхании	Дыхание обычно отсутствует либо резко ослаблено (возможно и громкое бронхиальное дыхание, которое сочетается со звуком кальяна). Добавочные звуки (редко): шум кальяна (водяной дудки) и звук падающей капли	Можно исследовать плевральный выпот (чем представлен, чувствительность флоры к антибиотикам и др.)	Решающее значение имеет рентгенологический метод исследования (хорошо выявляется даже незначительный гидропневмоторакс)

Синдромы	Жалобы	Осмотр	Пальпация	Перкуссия	Аускультация	Лабораторные методы	Инструментальные методы
Полный обтурационный ателектаз	Одышка обычно инспираторная. Другие жалобы (боль, кровохарканье, кашель) зависят от заболевания, на фоне которого развился полный ателектаз	При незначительных участках спадения лёгочной ткани (сегмент) визуальные признаки отсутствуют. При спадении больших участков (всё лёгкое или доля) поражённая половина уменьшается в объёме и отстаёт при дыхании. Межрёберные промежутки в зоне ателектаза втянуты. При любом варианте компрессионного ателектаза поражённая половина грудной клетки увеличена	При неполном ателектазе (дистелектазе) доли лёгкого или всего лёгкого голосовое дрожание ослаблено, при полном ателектазе - исчезает	Тупой перкуторный звук при полном ателектазе. Перкуссия эффективна только при от ателектазе доли или всего лёгкого. Полный ателектаз сегмента обычно не выявляется	При полном ателектазе доли или всего лёгкого дыхание и хрипы в проекции ателектаза отсутствуют. Крайне сложно аускультивно заподозрить ателектаз сегмента лёгкого	Не информативны	Рентгенологический метод позволяет выявить участок спадения лёгочной ткани (даже на уровне сегмента), а при исследовании боком - и его локализацию. С помощью бронхоскопии можно установить причину полного ателектаза или дистелектаза

Синдромы	Жалобы	Осмотр	Пальпация	Перкуссия	Аускультация	Лабораторные методы	Инструментальные методы
Хроническая дыхательная недостаточность	Одышка (характер зависит от варианта патологического процесса), цианоз (при гипоксемическом варианте ДН). Слабость, признаки право желудочковой СН (см. лёгочное сердце)	Осмотр информативен только при выраженной ДН. Цианоз (чаще диффузный, но может отсутствовать), изменение грудной клетки (асимметричная, бочкообразная и др.). зависят от варианта патологии. Признаки правожелудочковой СН: расширение яремных вен, гепатомегалия, отёки и др. (если развилось лёгочное сердце)	Ширина межрёберных промежутков и изменение голосового дрожания зависят от варианта патологии лёгких. Параллельно с ДН развивается синдром ЛГ и начинает формироваться синдром лёгочного сердца	Перкуторные данные зависят от патологии лёгких, которая привела к ДН. Чаще встречается ДН на фоне бронхиальной обструкции (особенно на стадии эмфиземы лёгких). В этом случае перкуторный звук с тимпаническим оттенком	Варианты дыхания и добавочных шумов зависят от патологии, на фоне которой развилась ДН. При обструктивном варианте- сухие хрипы на выдохе, выдох удлинен	Исследование газового состава крови по рО ₂ и рСО ₂ . Достоинства метода : метод точнее, чем пульсоксиметрия, и О ₂ и СО ₂ . Недостаток -метод инвазивный(исследуют артериальную кровь). Эритроцитоз наблюдается при выраженной ДН	Пульсоксиметрия - простой способ оценки степени сатураций кислородом капиллярной крови (метод информативен при гипоксемическом варианте ДН). Спирография позволяет определить тип ДН (обструктивный, рестриктивный, смешанный). При обструктивном варианте ДН определяют степень обструкции

Синдромы	Жалобы	Осмотр	Пальпация	Перкуссия	Аускультация	Лабораторные методы	Инструментальные методы
Острый респираторный дистресс-синдром взрослых	Одышка различной степени выраженности, кашель (с мокротой или без). Другие жалобы характеризуют заболевание, на фоне которого развился этот синдром. Важно выявить связь между патологическим фактором и развитием этого синдрома	Инспираторная одышка характерна для любой стадии (от незначительной в I стадии до резко выраженной в III и IV стадиях), признаки цианоз (со II стадии), признаки угнетения сознания (ступор, сопор, кома) могут появиться в III и IV стадиях	Выраженность голосового дрожания зависит от стадии процесса (чаще ослаблено). Этот метод применяет редко из-за его малой диагностической значимости и тяжести состояния больного	Динамика перкуторных данных колеблется от нормы (в I стадии) до притуплённо-тимпанического и притуплённо перкуторного звука (в III и IV стадиях)	Дыхание везикулярное ослабленное (реже с бронхиальным оттенком), разнокалиберные влажные хрипы с двух сторон	Определение напряжения основных газов крови (рO ₂ и рCO ₂). По этим параметрам можно оценить степень выраженности с синдрома ДН	Рентгенография (признаки «шокового лёгкого»)- основной метод выявления этого синдрома. Пульсоксиметрия (сатурация кислорода в артериальной крови) позволяет оценить степень ДН

Синдромы	Жалобы	Осмотр	Пальпация	Перкуссия	Аускультация	Лабораторные методы	Инструментальные методы
Синдром Пиквика	Одышка при незначительной физической нагрузке, сонливость днём в любом положении тела (сидя и даже стоя), эпизоды апноэ ночью, ожирение, мышечные подёргивания, головная боль после сна и др.	Признаки выраженного ожирения (III и IV степеней) и цианоз (не всегда), сонливость. Отёки на ногах, расширение яремных вен (при возникновении синдрома ЛГ и лёгочного сердца.). Асцит который сложно обнаружить из-за ожирения	Голосовое дрожание ослаблено или не определяется из-за экстрапульмональных факторов (ожирение)	Нижние края лёгких приподняты (из-за ожирения), их подвижность ограничена	Дыхание везикулярное ослабленное (особенно в нижних отделах лёгких). В этих же отделах возможно появление ложной крепитации	Определение напряжения основных газов крови (рО ₂ и рСО ₂). По этим параметрам можно оценить степень выраженности синдрома ДН	Пульсоксиметрия (сатурация кислорода в артериальной крови). ЭхоКГ позволяет обнаружить ЛГ, дилатацию ПЖ, недостаточность трикуспидального клапана (признаки хронического лёгочного сердца)

Синдромы	Жалобы	Осмотр	Перкуссия	Пальпация	Аускультация	ЭКГ	Рентген	ЭхоКГ
Синдром сердечной недостаточности	Одышка различной интенсивности (от минимальной до удушья в покое), сердцебиение, отёки на ногах, увеличение живота из-за асцита(относительно редко), тяжесть в правом подреберье, кровохарканье, трофические язвы на голених и др.	В начальной стадии визуальных признаков нет. Цианоз кожи и слизистых оболочек, набухание и/или пульсация шейных вен, отеки голеней(реже бёдер, поясницы-анасарка), асцит, трофические язвы на голених, умеренная желтушность склер, кожи	Расширение одной или нескольких границ сердца; перкуторное выявление гидроторакса, асцита, увеличенной печени. Важно, чтобы асцит, гидроторакс, гепатомегалия не были проявлением внесердечной патологии	Пальпаторное выявление (подтверждение): отёков на ногах; отечности брюшной стенки; увеличенной печени; изменений свойств верхушечного толчка (разлитой нерезистентный)	Зависит от патологии, которая привела к этому синдрому. Ритм галопа-признак тяжелого поражения миокарда. Влажные хрипы в лёгких-признак венозного полнокровия лёгких	Метод не информативен (не позволяет оценить насосную функцию сердца)	Увеличение тени сердца. Появляются венозное полнокровие лёгких, гидроторакс	Позволяет установить причины, приводящие к СН, но не всегда-саму СН (особенно при поражении правых отделов сердца) и степень её выраженности

Синдромы	Жалобы	Осмотр	Перкуссия	Пальпация	Аускультация	ЭКГ	Рентген	ЭхоКГ
Митральные пороки сердца	В стадии компенсации порока жалоб нет. При декомпенсации: одышка (от минимальной до удушья), кровохарканье, сердцебиение. Позднее отёки на ногах, тяжесть в правом подреберье, увеличение живота (асцит)	В стадии компенсации визуальных признаков нет. Декомпенсация: цианоз кожи и слизистых оболочек (акроцианоз), набухание и/или пульсация шейных вен, отёки на ногах, асцит, умеренная желтушность кожи и др.	Изменения появляются в стадии декомпенсации. Расширение границ сердца во все стороны (незначительное); перкуторные признаки гепатомегалии, асцита. Перкуторные признаки гидроторакса	Пальпаторное выявление (подтверждение): отёков на ногах; отечности брюшной стенки; увеличенной печени. Диастолическое «кошачье мурлыканье» на верхушке сердца при митральном стенозе	При стенозе: «ритм перепела», пресистолический, мезодиастолический шумы на верхушке, акцент II тона на ЛА. При недостаточности: систолический шум на верхушке, ослабленный I тон	Признаки гипертрофии ЛП. В поздних стадиях признаки ПЖ и ПП. Предсердные экстрасистолы, фибрилляция или трепетание предсердий (обычно при декомпенсации порока)	Изменяется тень сердца («митральная конфигурация»); при декомпенсации - венозное полнокровие лёгких, гидроторакс	Самый важный метод для выявления митральных пороков сердца. Позволяет не только выявить сам порог, но и оценить его выраженность

Синдромы	Жалобы	Осмотр	Перкуссия	Пальпация	Аускультация	ЭКГ	Рентген	ЭхоКГ
Аортальные пороки сердца	В стадии компенсации жалоб нет (компенсация длится долго). В стадии декомпенсации: головокружение; потери сознания; одышка; боли в области сердца, напоминающие стенокардию; нарушение ритма сердца	Умеренная бледность кожи при аортальном стенозе (декомпенсация). «Пляска каротид» и другие визуальные признаки при аортальной недостаточности (при выраженном пороке)	Расширение границ сердца влево. Изменение границ сердца появляются уже в стадии компенсации	В стадии компенсации верхушечный толчок разлитой и резистентный. В стадии декомпенсации размеры толчка больше, резистентность снижается. Систолическое «кошачье мурлыканье» при аортальном стенозе в области грудины	Стеноз слышен с первых лет его появления (громкий шум в систолу на аорте и в 5-й точке, проводится на сонные артерии и др.). Аортальная недостаточность слышна намного хуже (протодиастолический шум в 5-й точке и на аорте)	Признаки гипертрофии левого желудочка, желудочковые нарушения ритма: желудочковые тахикардии, экстрасистолы, трепетание желудочков). Частой причиной смерти является фибрилляция желудочков	Появляется аортальная конфигурация сердца	Самый важный метод для выявления аортальных пороков сердца. Позволяет не только выявить сам порог, но и оценить степень его выраженности

Синдромы	Жалобы	Осмотр	Перкуссия	Пальпация	Аускультация	ЭКГ	Рентген	ЭхоКГ
Трикуспидальные пороки сердца	<p>Отёки на ногах, набухание шейных вен, тяжесть в правом подреберье (из-за увеличенной печени), увеличение живота (из-за асцита). Жалобы появляются в стадии декомпенсации</p>	<p>Цианоз; набухание (при стенозе) или пульсация (при недостаточности) шейных вен. Отёки на ногах. Увеличение живота (асцит). Появление сердечного толчка (пульсация в эпигастрии при выраженной трикуспидальной недостаточности)</p>	<p>Самостоятельные пороки трикуспидального клапана-большая редкость. Изменение границ сердца будет зависеть от того, с поражением какого или каких ещё клапанов сердца сочетается трикуспидальный порок. Перкуторные признаки гепатомегалии, асцита</p>	<p>Возможно, визуальное и пальпаторное выявление сердечного толчка (пульсация у мечевидного отростка). Пальпируются увеличенная печень, отёки на ногах</p>	<p>Мелодия трикуспидальных пороков соответствует митральным порокам, но выслушивается у мечевидного отростка. При аускультации важно использовать пробу с вдохом (проба Риверо-Корвальо)</p>	<p>Признаки пертротрофии ПП, реже ПЖ. Этот порок сердца не встречается как изолированный. Результат: возможны сочетания гипертрофии ПП с гипертрофии ЛП, ПЖ, ЛЖ. Нарушения ритма: предсердная экстрасистолия, трепетание, фибрилляция предсердий</p>	<p>Изменяется тень сердца (расширяются правые отделы)</p>	<p>Самый важный метод для выявления трикуспидальных пороков сердца. Позволяет не только обнаружить сам порок, но и оценить степень его выраженности</p>

Синдромы	Жалобы	Осмотр	Перкуссия	Пальпация	Аускультация	ЭКГ	Рентген	ЭхоКГ
Пульмональные пороки сердца	Очень редкие пороки сердца. Стеноз практически всегда врождённый, а недостаточность- относительная. Отёки на ногах, набухание шейных вен, тяжесть в правом подреберье (увеличенная печень), увеличение живота (асцит)	Цианоз: набухание или пульсация шейных вен. Отёки на ногах. Увеличение живота (асцит). Возможно появление сердечного толчка (пульсация у мечевидного отростка)	Расширение границ сердца вправо или влево. Перкуторные признаки гепатомегалии, асцита	Возможно визуальное и пальпаторное выявление сердечного толчка (пульсация у мечевидного отростка). Пальпируются увеличенная печень, отёки на ногах	При стенозе ЛА: систолический шум над точкой ЛА без проведения. Здесь ослаблен II тон. При недостаточности ЛА : протодиастолический шум над ЛА, II тон здесь ослаблен	Признаки гипертрофии ПЖ иПП. Гипертрофию ПЖ на ЭКГ выявляют реже , чемПП. Характерно появление предсердных экстрасистол, фибрилляции, трепетания предсердий (обычно в стадии декомпенсации порока)	Изменяется тень сердца (расширяются правые отделы)	Самый важный метод для выявления пульмональных пороков сердца. Позволяет не только выявить сам порок, но и оценить степень его выраженности

Синдромы	Жалобы	Осмотр	Перкуссия	Пальпация	Аускультация	ЭКГ	Рентген	ЭхоКГ
Врожденные пороки сердца	Жалобы могут отсутствовать, они зависят от варианта ВПС. При большинстве ВПС больные жалуются на одышку, отёки, тяжесть в правом подреберье	При большинстве ВПС: цианоз кожи, признаки застоя крови в полых венах (при шунтовых пороках), пульсация артерий (коарктация аорты). При многих ВПС: «сердечный горб», деформация ногтей («часовые стёкла»)	Расширение границ сердца. Изменение границ сердца зависит от варианта ВПС	При ВПС, приводящем к гипертрофии ЛЖ (коарктация аорты), - разлитой, резистентный верхушечный толчок, при септальных ВПС-сердечный толчок. Пальпаторные признаки: гепатомегалия, отеки, асцит	При большинстве ВПС изменяются тоны и появляются шумы (как именно, зависит от конкретного варианта ВПС)	Признаки гипертрофии камеры сердца (каких именно, зависит от конкретного варианта ВПС). Обычно изменения на ЭКГ появляются уже в подростковом возрасте	Тень сердца увеличивается(как именно, зависит от конкретного варианта ВПС)	Самый важный метод для выявления ВПС. При некоторых ВПС необходимы: катетерное исследование камер сердца (или крупных сосудов): контрастирование аорты, ЛА, камер сердца

Синдромы	Жалобы	Осмотр	Перкуссия	Пальпация	Аускультация	ЭКГ	Рентген	ЭхоКГ
Артериальная гипертензия	Головные боли (чаще затылочная область), сердцебиение, одышка, головокружение. Реже- носовые кровотечения, слабость. Жалобы могут отсутствовать	Специфических визуальных признаков нет	Расширение границ сердца влево при длительной АГ	Верхушечный толчок может становиться разлитым (смещаться влево и вниз) и резистентным при длительной АГ	Изменение АД тонометром. Возможен акцент II тона на аорте	Признаки гипертрофии ЛЖ (при длительном повышении АД). Метод не очень надёжен	Изменяется тень сердца (расширение влево из-за гипертрофии ЛЖ)	Признаки гипертрофия ЛЖ. Снижение насосной функции ЛЖ (при длительном повышении АД)

Синдромы	Жалобы	Осмотр	Перкуссия	Пальпация	Аускультация	ЭКГ	Рентген	ЭхоКГ
Синдром поражения миокарда	Одышка, перебои в работе сердца и/или тахикардия, отёки и/или другие признаки СН. Жалобы могут отсутствовать	Цианоз: набухание или пульсация шейных вен. Отёки на ногах. Увеличение живота (асцит). Визуальные проявления патологии могут отсутствовать	Расширение границ сердца-обычно в поздних стадиях. Перкуторные признаки гепатомегалии, асцита при развитии СН	Возможно визуальное и пальпаторное увеличение площади и появление резистентности верхушечного толчка	Ослабление громкости тонов. Появления галопных тонов. Различные аритмии	Нарушение ритма и/или проводимости. Признаки гипертрофии камер сердца. Нарушение реполяризации миокарда (изменение сегмента ST и зубца T)	Возможно увеличение тени сердца, венозное полнокровие лёгких	Дилатация и/или гипертрофия камер сердца, снижение систолической и/или диастолической функций миокарда

Синдромы	Жалобы	Осмотр	Перкуссия	Пальпация	Аускультация	ЭКГ	Рентген	ЭхоКГ
Синдром поражения перикарда	Боли в области сердца (при фибронозном перикардите), одышка, головокружение, слабость . При незначительном гидроперикарде жалобы могут отсутствовать	Возможно расширение яремных вен. Визуальные признаки отёков на ногах, иногда асцита	Расширение поперечника сердца (зависит от выраженности гидроперикарда). Верхняя граница сердца в норме	При выраженном гидроперикарде исчезает верхушечный толчок. Возможно появление «парадоксального пульса». Признаки СН(отёки, асцит, увеличение печени)	Шум трения перикарда при фибронозном перикардите. Ослабление (вплоть до исчезновения) тонов сердца на верхушечке сердца и у мечевидного отростка(на основании сердца тоны не изменяются)	Уменьшение вольтажа комплексов QRS(при выраженном гидроперикарде), нарушение реполяризации желудочков (не всегда)	Увеличение тени сердца в поперечнике при выраженном гидроперикарде. Фибронозный перикардит рентгенологически не выявляется	Самый важный метод для выявления любого варианта перикардита. Позволяет выявить как фибронозный, так и экссудативный (даже с минимальным выпотом) перикардит

Синдромы	Жалобы	Осмотр	Перкуссия	Пальпация	Аускультация	ЭКГ	Рентген	ЭхоКГ
Стенокардия	<p>Давящая боль за грудиной или в области сердца с иррадиацией влево(плечевой сустав, лопатка, рука шея, нижняя челюсть). Продолжается несколько минут. Боль провоцируется физической нагрузкой, проходит в покое или после приёма нитроглицерина</p>	<p>Специфических визуальных признаков нет</p>	<p>Границы сердца не изменяются</p>	<p>Специфических изменений нет</p>	<p>Специфических аускультативных признаков нет</p>	<p>Изменение сегмента ST зубца Т. Типично: горизонтальная депрессия сегмента ST, различные изменения зубца Т (чаще увеличение его амплитуды и заострение). Используют нагрузочные пробы и запись ЭКГ в течение 24 ч</p>	<p>При обычном рентгенологическом исследовании сердца изменений не выявляют. Коронарография- наиболее точный способ диагностики. Она позволяет выявить место и степень сужения коронарных артерий</p>	<p>Специфических признаков нет</p>

Синдромы	Жалобы	Осмотр	Перкуссия	Пальпация	Аускультация	ЭКГ	Рентген	ЭхоКГ
Инфаркт миокарда	Боль напоминает стенокардию, но обычно более интенсивная, продолжительная (до нескольких часов и даже дней), пекущая. Потливость, одышка, перебои в деятельности сердца	Специфических визуальных признаков нет. Часто потливость, бледность кожи	Границы сердца не изменяются или несколько расширяются влево	Специфических изменений нет	Возможно ослабление громкости тонов, появление галопных тонов. Различные аритмии (наиболее часто желудочковая экстрасистолия)	Для ИМ с зубцом Q: патологический зубец Q, элевация сегмента ST(в острой стадии), отрицательный зубец T (в подострой стадии и стадии рубца). Для ИМ без зубца Q: отрицательный зубец T в первые 2-3 нед. ЭКГ не всегда позволяют выявить ИМ	При обычном рентгенологическом исследовании сердца изменений не выявляют . Коронарография позволяет обнаружить место тромбирования коронарной артерии	Локальное снижение сократительной функции миокарда. Лабораторная диагностика: увеличение в крови содержания тропонинов T и I, миоглобина, увеличение активности креатинфосфокиназы

Синдромы	Жалобы	Осмотр	Перкуссия	Пальпация	Аускультация	ЭКГ	Рентген	ЭхоКГ
Нарушение ритма сердца	Ощущение перебоев в работе сердца (не всегда). Обмороки или похожие состояния (обычно при брадикардии). Нарушение ритма сердца больной может не ощущать	Специфических и визуальных признаков нет. Возможно визуальное выявление аритмии при видимой аритмичной пульсации артерий	Изменение границ сердца не имеет значения для выявления этого синдрома	При исследовании пульса обнаруживают аритмию. Некоторые нарушения ритма при исследовании пульса не выявляются (например, эктопические ритмы с нормальной ЧСС, трепетание предсердий 4:1, некоторые блокады)	При аускультации сердца выявляют большинство аритмий. Аускультативно невозможно обнаружить эктопические ритмы с нормальной ЧСС, трепетание предсердий 4:1, некоторые блокады	Единственный метод точной диагностики нарушений ритма сердца. Короткие эпизоды нарушения сердца легче выявить при холтеровском мониторинге ЭКГ	Специфических изменений нет	Специфических изменений нет

Синдромы	Жалобы	Осмотр	Перкуссия	Пальпация	Аускультация	Лабораторные методы	Инструментальные методы
Дисфагия	Затруднение при проглатывании пищи, чувство застревания (остановки) пищи в пищеводе, чувство распирания за грудиной или боль за грудиной при застревании пищи и др.	Можно выявить снижение массы тела (нередко выраженное)	Не информативна	Не информативна	Не информативна	Не информативны	Наиболее важны рентгенологический и эндоскопический методы. Первый позволяет выявить сужение пищевода (возможно причину сужения), расширения пищевода выше места сужения, локализацию и особенности сужения, перистальтику пищевода (или её отсутствие) и др; второй- осмотреть слизистую оболочку пищевода, выявить сужение, причину сужения, взять биопсию из выбранных участков

Синдромы	Жалобы	Осмотр	Перкуссия	Пальпация	Аускультация	Лабораторные методы	Инструментальные методы
Диспепсия	Под диспепсией понимают сочетание болевого синдрома (обычно дистензионный вариант боли) в верхней части живота и симптомов диспепсии (изжога, тошнота, чувство тяжести в эпигастрии после еды, отрыжка воздухом или пищей, вздутие живота)	Малоинформативен	Не информативна	Болезненность в эпигастральной области	Не информативна	Исследует кислотообразующую функцию желудка, выполняют рН-метрию. Определяет наличие <i>Helicobacter pylori</i> (один из наиболее частых факторов, вызывающих патологию слизистой оболочки). При необходимости-биопсия желудка. При кишечной диспепсии исследуют кал(для оценки степени переваривания пищи),выполняют биопсию	В зависимости от предполагаемого уровня поражения могут быть использованы ФГДС (при необходимости с биопсией), ирригоскопия, колоноскопия (при необходимости с биопсией)

Синдромы	Жалобы	Осмотр	Перкуссия	Пальпация	Аускультация	Лабораторные методы	Инструментальные методы
Абдоминалгия	<p>Наиболее информативны следующие жалобы: Спастическая боль: острая, с внезапным началом, волнообразная, точно локализованная, часто иррадиирующая .Дистензионная боль не имеет определённой локализации, не интенсивная, монотонная, продолжительная, неиррадирующая. Перитонеальная боль может возникать как постепенно, так и внезапно, интенсивная, может быть локальной и разлитой (для верификации перитонеальной боли важна пальпация). Жалобы при сосудистой боли: боль внезапная интенсивная, нарастающая</p>	<p>Осмотр важен для перитонеальной боли : доскообразный живот, не участвует в дыхании. При сосудистой боли (эмболия мезентериальных сосудов) при осмотре часто выявляют вздутие живота</p>	<p>Не информативна</p>	<p>Пальпация наиболее важна для выявления перитонеальной боли. Боль сочетается с положительным пальпаторным симптомом Щеткина-Блюмберга</p>	<p>При перитонеальной и сосудистой боли часто возникает парез из кишечника (при аускультации живота звуки перистальтики не слышны)</p>	<p>Боль выявить лабораторно невозможно, поэтому лабораторные тесты используют как косвенные маркеры патологии. Так, при тромбозе сосудов увеличивается концентрация D-димера в крови, но указать локализацию тромбоза лабораторно невозможно. При мезентериальном тромбозе и перитоните, как правило, выявляют признаки общевоспалительной реакции (значительный или умеренный лейкоцитоз из-за увеличения количества нейтрофилов, увлечение СОЭ)</p>	<p>Направлены на выявление причины абдоминалгии. В зависимости от варианта боли используют УЗИ (прежде всего печени и желчевыводящих путей), ФГДС, колоноскопию, рентгенологическое исследование как с контрастированием (желудка или кишечника), так и без контрастирования (выявляют признаки кишечной непроходимости- чаши Клойбера, характерный признак перитонита, мезентериального тромбоза), КТ, селективную ангиографию (при мезентериальном тромбозе)</p>

Синдромы	Жалобы	Осмотр	Перкуссия	Пальпация	Аускультация	Лабораторные методы	Инструментальные методы
Мальабсорбция	<p>Неустойчивый стул (чаще поносы) и снижение массы тела. Все клинические признаки мальабсорбции можно разделить по дефициту тех или иных веществ. При белковой недостаточности : снижение массы тела и отеки; при гиповитаминозе: дефицит витамина А – нарушение сумеречного зрения; дефицит витамина В12 и/или фолиевой кислоты- гиперхромная анемия; дефицит аскорбиновой кислоты – кровоточивость десен; кровоизлияния; дефицит рибофлавина - ангулярный стоматит, хейлит: дефицит тиамин-бессонница, парестезии, боль в ногах; дефицит никотиновой кислоты- глоссит, псевдопеллагра; дефицит минеральных веществ; слабость, анемия, сухость кожи, переломы костей(остеопороз), нарушения ритма сердца и др.</p>	<p>При умеренной мальабсорбции видна бледность слизистых оболочек и кожи(анемия), при выраженной мальабсорбции наблюдаются отеки, изменения кожи, ногтей, волос и др.</p>	<p>Неинформативна</p>	<p>Умеренная болезненность при пальпации отрезков кишечника, «переливание жидкости», урчание</p>	<p>Неинформативна</p>	<p>Выявляют дефицит белков- в плазме крови гипопроteinемия (обычно содержание белка менее 45-50 г/л), диспротеинемия (больше глобулинов, меньше альбуминов); витамин ов, жиров- снижение в крови содержания холестерина, фосфолипидов ; минеральных веществ в крови прежде всего Ca^{2+}, Na^+, K^+, Fe^{++} и др.) Причину дефицита жиров, белков и других веществ позволяет уточнить исследования кала; недостаток крахмала-амилозы, мышечных волокон -креаторея, жира- стеаторея</p>	<p>Направлены на выявление причины развития синдрома мальабсорбции(получение биопсийного материала при эндоскопическом исследовании и его дальнейшее морфологическое исследование) или некоторых косвенных признаков этого синдрома(например, выявление остеопороза при рентгенологическом исследовании костей, денситометрии)</p>

Синдромы	Жалобы	Осмотр	Перкуссия	Пальпация	Аускультация	Лабораторные методы	Инструментальные методы
Раздраженная толстая кишка	<p>Жалобы можно условно разделить на кишечные и внекишечные. Кишечные симптомы: боль в животе(обычно неинтенсивная, длительная, проходящая после дефекации);запоры; поносы(особенно в утренние часы) или чередование запоров и поносов; повышенное выделение газов (флатуленция); вздутие живота (метеоризм); чувство неполного опорожнения после дефекации и др. Внекишечные симптомы: утомляемость, головная боль, нервозность, кардиалгия, боль в крестцовой области и др.</p>	Не информативен	Не информативна	Отрезки толстой кишки часто спазмированы. Урчание при пальпации сигмовидной кишки	Не информативна	При проведении клинических и биохимических анализов крови патологии не выявляют. При исследовании кала также патологии не обнаруживают	Направлены на исключение органической патологии органов пищеварения Для этого используют эндоскопические методы исследования толстой кишки (колоноскопию) , рентгенологическое исследование толстой кишки (ирригоскопию), а также ректороманоскопию. В план обследования необходимо включать УЗИ органов брюшной полости

Синдромы	Жалобы	Осмотр	Перкуссия	Пальпация	Аускультация	Лабораторные методы	Инструментальные методы
Желтуха	<p>Жалобы зависят от причины желтухи. При надпеченочной желтухе (обусловлена массивным гемолизом) возникают слабость, головокружение, шум в голове и другие симптомы (признаки анемии). При печеночной желтухе; боли в правом подреберье, повышение температуры тела, слабость, тошнота и другие симптомы (признаки гепатита). При подпеченочной желтухе могут встречаться интенсивная боль в животе, тошнота, рвота и др. Саму желтуху можно оценить по трем жалобам: зуд кожи, цвет мочи цвет кала. Зуд отсутствует и моча не темнеет при гемолитической желтухе. Ахоличный (серый)кал характерен для механической желтухи</p>	<p>Незначительна я желтуха видна только на склерах. Наиболее светлый оттенок желтого (цвет незрелого лимона) отмечают при надпеченочной желтухе. Оценка типа желтухи по цвету кожи не надежна</p>	<p>Не информативна</p>	<p>Отключенный желчный пузырь (симптом Терье -Курвуазье) при механической желтухе. Увеличение печени наиболее характерно для паренхиматозно й желтухи, селезенки – для надпеченочной и подпеченочной</p>	<p>Не информативна</p>	<p>Исследуют кровь, мочу и кал. При надпеченочной желтухе: уровень общего билирубина в крови повышен за счет неконъюгированного, конъюгированный билирубин в норме, билирубин в моче отсутствует, уробилин в моче определяется (при гемолизе), содержание стеркобилина в кале повышено. При печеночной желтухе; уровень билирубина повышен за счет обеих фракций. В моче появляются билирубин и уробилин . Стеркобилин в кале есть. При подпеченочной желтухе повышен уровень конъюгированного билирубина . Стеркобилина в кале, уробилина в моче нет</p>	<p>Важны для определения причины подпеченочной и печеночной желтухи. УЗИ брюшной полости (печень, ее протоки, желчный пузырь, портальная вена, селезенка) рентгеновская КТ и МРТ. При подпеченочной желтухе обычно обнаруживают расширение общего желчного протока (более 8 мм) и расширение внутрипеченочных желчных протоков. Часто выявляют и причину холестаза(камень в протоке, увеличение головки поджелудочной железы и др.) .Могут иметь значения ФГДС, холангиография</p>

Синдромы	Жалобы	Осмотр	Перкуссия	Пальпация	Аускультация	Лабораторные методы	Инструментальные методы
Холестаза	Холестаза-задержка желчи в печени. При внепеченочном холестазае нарушается отток желчи по общему желчному протоку(приводит к механической желтухе). При внутрипеченочном холестазае происходит внутриклеточная и внутриканальцевая задержка желчи, Типичные жалобы, зуд кожи, желтушность, нарушение пищеварения и всасывания	Типичная желтушная форма холестаза, но желтуха может и отсутствовать. Часто встречаются ксантомы (особенно вокруг глаз). Гиперпигментация кожи	Не информативна	Чаше печень увеличена	Не информативна	В крови увеличивается содержание конъюгированного билирубина. В моче выявляют билирубин и уробилин. Биохимические маркеры холестаза; щелочная фосфатаза; гаммаглутамилтранспептидаза; лайцинаминопептидаза; 5-нуклеотидаза. При длительном холестазае повышается уровень липидов; холестерина, фосфолипидов, триглицеридов,липопротеино в(особенно липопротеинов низкой плотности)	Используют в основном, чтобы отличить внутрипеченочный холестаза от внепеченочного

Синдромы	Жалобы	Осмотр	Перкуссия	Пальпация	Аускультация	Лабораторные методы	Инструментальные методы
Наследственные желтухи	<p>В большинстве случаев это доброкачественные нарушения обмена билирубина с преходящей желтушностью склер и кожи. Нарушение конъюгации билирубина, при низкой активности уридиндифосфатглюкурозилтрансферазы в случае синдромов Жильбера, Криглера-Найяра. Для них характерно увеличение содержания неконъюгированного билирубина(синдром Дубина-Джонсона,синдром Ротора) в крови увеличивается содержание конъюгированного билирубина</p>	<p>Поскольку жалобы обычно отсутствуют, осмотр становится наиболее важным каноническим способом распознавания желтухи. Прежде всего необходим осмотр склер, так как желтуха обычно не выражена</p>	<p>Не информативна</p>	<p>Чаще печень незначительно увеличена</p>	<p>Не информативна</p>	<p>Исследуют кровь и мочу, по которым определяют тип желтухи. Для некоторых желтух существуют пробы с голоданием, фенобарбиталом и др. Для некоторых вариантов наследственных желтух разработаны высокоточные генетические тесты(например , для синдрома Жильбера). Иногда применяют биопсию печени</p>	<p>Используют для того, чтобы отличить наследственные (доброкачественные) желтухи от желтух, связанных с воспалительными заболеваниями печени или патологией желчевыводящих путей(УЗИ печени, КТ,сцинтиграфия)</p>

Синдромы	Жалобы	Осмотр	Перкуссия	Пальпация	Аускультация	Лабораторные методы	Инструментальные методы
Портальная гипертензия	Основная жалоба – увеличение живота(из-за асцита). Вначале увеличение незначительное .Позднее больному становится тесной привычная одежда. Возможны пищеводные и геморроидальные кровотечения. При надпочечном варианте асциту предшествует поражение сердца(выражены признаки СН). При печеночном варианте наблюдается диспенсия (тошнота, поносы, метеоризм, исхудание),при подпеченочном – размеры печени нормальные	Признаки асцита; увеличение живота, блестящая натянутая кожа живота, сглажен или выпячен пупок. Активны венозные анастомозы: расширенные подкожные вены на брюшной стенке , геморроидальные вены	Перкуссиию проводят в положении лежа(жидкость во фланках живота) и стоя (горизонтальный уровень жидкости). Важно, чтобы асцит был обусловлен портальной гипертензией, а не другой причиной	Отечность брюшной стенки при пальпации, незначительные отеки на ногах. Из-за асцита печень обычно пальпировать не удастся	Не информативна	Лабораторное обследование больных портальной гипертензией проводят для установления причин появления этого синдрома, а не для выявления самого синдрома. Прежде всего это касается печеночного варианта. Уточняют причину поражения печени, которая привела к формированию портальной гипертензии(тесты на вирусные гепатиты, уровень трансаминаз в крови и др.)	Основные признаки : расширенная воротная вена(УЗИ , спленопортография и др.); повышение давления в печени и воротной вене(гепатоманометрия и портоманометрия) расширение зон пищевода – рентген с контрастированием пищевода и эзофагогастроскопия; расширения геморроидальных вен- пальцевое исследование прямой кишки, ректороманоскопия); печень и селезенка(изменение структуры и размеров при УЗИ,сцинтиграфии,КТ и др.). При надпеченочном варианте : ЭхоКГ, определить центральное венозное давление (должно быть значительно повышено)

Синдромы	Жалобы	Осмотр	Перкуссия	Пальпация	Аускультация	Лабораторные методы	Инструментальные методы
Гепатаргия и гепатодепрессия	<p>Гепатодепрессия- незначительное нарушение функций печени, выявляемое лабораторно. Гепатаргия- сочетание метаболических нарушений и признаков энцефалопатии. Энцефалопатия проявляется нарушением психики(возбуждение, сменяющейся апатией, ухудшение памяти и др.), нарушением сознания (ступор, сопор, кома) и двигательными расстройствами (тремор по типу « летящей птицы») и др.</p>	<p>Характерны печеночный(сладковатый) запах изо рта, снижение АД, отеки, асцит, ригидность мышц конечностей, патологические типы дыхания (чаще Чейна- Стокса), патологические симптомы (Бабинского, Гордона) и др.</p>	<p>Перкуторные признаки асцита</p>	<p>Верификация отеков, асцита</p>	<p>Не информативна</p>	<p>Для лабораторной диагностики печеночно-клеточной недостаточности используют нагрузочные тесты(бромсульфалеиновая проба) и оценивают изменение концентрации введенного вещества в сыворотке крови. Нарушение синтетической функции печени: снижение уровня общего белка в крови(особенно альбуминов), проконвертина; уменьшение активности холинэстеразы. Подтверждение портально-печеночной недостаточности: увеличение в крови содержания аммиака</p>	<p>Помогают уточнить причины развития печеночной недостаточности (гепатит, цирроз и др.) или выявить признаки какого-либо синдрома(например, признаки портальной гипертензии- расширение портальной вены, признаки асцита и др.). Для этого наиболее часто применяют УЗИ, КТ и сцинтиграфию печени</p>

Синдромы	Жалобы	Осмотр	Перкуссия	Пальпация	Аускультация	Лабораторные методы	Инструментальные методы
Гепатолиенальный синдром	Гепатолиенальный синдром- это сочетание увеличения печени (гепатомегалии) и селезенки(спленомегалии). Жалобы : геморрагии, тяжесть в правом подреберье	Дает мало информации. Верификация кожных геморрагий	Перкуторное выявление увеличения печени и селезенки	Выявление увеличенной печени и селезенки	Не информативна	При гиперспленизме (увеличении функционирования селезенки) в крови выявляют тромбоцитопению, анемию, лейкопению(нарушается один показатель или все)	Инструментальные методы диагностики позволяют выявить гепатомегалию и спленомегалию. Для этого обычно используют УЗИ ,реже- КТ и сцинтиграфию

Синдромы	Жалобы	Осмотр	Перкуссия	Пальпация	Аускультация	Лабораторные методы	Инструментальные методы
Гепаторенальный синдром	Уменьшение суточного диуреза (вплоть до анурии), слабость, выраженная утомляемость, отсутствие аппетита, стойкое снижение АД	Визуальные признаки асцита, желтухи, симптомов портальной гипертензии и других признаков поражения печени	Перкуторные признаки асцита	Пальпаторная верификация асцита, отеков	Не информативна	Имеют решающее значение. Суточный диурез менее 500 мл. СКФ низкая (40 мл/мин и менее). Высокий показатель осмолярности мочи (выше чем плазмы)	Характерна гипотония. Используют методы ,позволяющие выявить асцит, гепатомегалию, спленомегалию, портальную гипертензию(УЗИ, КТ, МРТ)

Синдромы	Жалобы	Осмотр	Перкуссия	Пальпация	Аускультация	Лабораторные методы	Инструментальные методы
Мочевой синдром	Больной может обратить внимание на изменение цвета мочи (прежде всего при макрогематурии). Часто жалобы отсутствуют	Специфических изменений нет	Специфических изменений нет	Специфических изменений нет	Специфических изменений нет	Общий анализ мочи. Гематурия (от минимальной до макрогематурии), лейкоцитурия, протеинурия (незначительная или умеренная), цилиндрурия, кристаллурия, бактериурия. Изменения могут встречаться как по отдельности, так и в комбинации	Выбор метода зависит от патологии. При макрогематурии в случае предполагаемого рака мочевого пузыря выполняют УЗИ мочевого пузыря, цистоскопию, биопсию, при протеинурии в случае предполагаемого гломерулонефрита-биопсию почки и т.д

Синдромы	Жалобы	Осмотр	Перкуссия	Пальпация	Аускультация	Лабораторные методы	Инструментальные методы
Дизурический синдром	<p>Нарушаться может объем выделяемой мочи, ритм её выделения или и то и другое. Нарушение объема : полиурия (более 2 л/сутки), олигурия(менее 500 мл/сутки), анурия (менее 0,05 л/сут).</p> <p>Более точный расчет олигурии: диурез менее 0,5 мл/кг в час в течении 24 ч.</p> <p>Нарушение ритма : поллакиурия,никтурия, ишурия, стангурия</p>	<p>Специфических изменений нет</p>	<p>Специфических изменений нет</p>	<p>Возможна пальпаторная болезненность в надлобковой области при увеличении мочевого пузыря (при ишурии)</p>	<p>Специфических изменений нет</p>	<p>Исследования мочи по Зимницкому позволяет выявить полиурию, олигурию, анурию и никтурию, суточный сбор мочи- полиурию, олигурию, анурию</p>	<p>Устанавливают причину дизурии. Например, проводят УЗИ предстательной железы при ишурии (объемное образование предстательной железы, затрудняющее отток мочи). Увеличение почек при УЗИ – одно из проявлений ренального варианта ОПП(проявляется олигурией или анурией)</p>

Синдромы	Жалобы	Осмотр	Перкуссия	Пальпация	Аускультация	Лабораторные методы	Инструментальные методы
Гематурия	<p>Макрогематурию можно выявить визуально(красноватый или коричневатый цвет мочи). Микрогематурия не изменяет цвет мочи (обнаруживают случайно). Важно уточнить, постоянство выделения красноватой мочи , наличие сгустков крови в моче, болей при мочеиспускании</p>	<p>Необходима визуальная оценка мочи, которая позволяет обнаружить покраснение мочи , ее мутность и др.</p>	<p>Специфических изменений нет</p>	<p>Специфических изменений нет</p>	<p>Специфических изменений нет</p>	<p>Обычно достаточно общего клинического анализа мочи. Иногда исследуют мочу по Нечипоренко. Это анализы позволяют выявить эритроцитурию, степень ее выраженности, возможное изменение формы и/или структуры эритроцитов, сочетание эритроцитурии с другими изменениями (протеинурией, цилиндрурией и т.д.)</p>	<p>Выявляют причину гематурии. Объекты исследования: 1) мочевого пузыря (УЗИ, цистоскопия, биопсия); 2)предстательная железа (УЗИ, биопсия); 3) мочеточники (УЗИ, экскреторная урография); 4) почки (УЗИ, биопсия). При необходимости КТ, экскреторная урография</p>

Синдромы	Жалобы	Осмотр	Перкуссия	Пальпация	Аускультация	Лабораторные методы	Инструментальные методы
Почечная колика	Интенсивная, спастическая, волнообразная боль в поясничной области (реже во фланке живота на стороне поражения) с иррадиацией в промежность, половые органы, внутреннюю поверхность бедра, надлобковую область	Специфических изменений нет	Положительный симптом Пастернацкого на стороне поражения	Специфических изменений нет	Специфических изменений нет	Можно выявить макрогематурию (при осмотре мочи, но не всегда). При исследовании осадка мочи эритроциты не изменены («свежие» эритроциты). Возможна незначительная протеинурия (до 1 г/л)	УЗИ почек и/или рентгенологический метод (обычно экскреторная урография) позволяют выявить конкремент и его расположение в мочевыделительной системе. Иногда необходимо проведение КТ

Синдромы	Жалобы	Осмотр	Перкуссия	Пальпация	Аускультация	Лабораторные методы	Инструментальные методы
Нефритический синдром	Симптомов может быть много, но наиболее значимы для диагностики отеки, мутная грязно-розовая моча, повышение АД, головная боль, тошнота (нередко рвота), олигурия. Нередко боли в животе, слабость	Отеки различной степени выраженности (вплоть до анасарки). Обычно хорошо видны параорбитальные отеки	Перкуссия при анасарке позволяет заподозрить асцит, гидроторакс. Гидроперикард (редко)	Верификация отеков	Специфических изменений нет. Ослабление или исчезновение дыхания при умеренном и выраженном гидротораксе	Классические лабораторные признаки: протеинурия (менее 3,5 г/сут; чаще 1-3 г/сут); выраженный мочевой осадок: эритроцитурия (чаще макрогематурия с большим количеством измененных эритроцитов), лейкоцитурия, цилиндрурия. Возможно снижение функции почек (оценивают по степени снижения СКФ)	Стойкое и значительное повышение АД. Возможно увеличение размеров почек. Верификация задержки жидкости в полостях(асцит и гидротарокс; гидроперикард- редко) с помощью УЗИ и рентгена

Синдромы	Жалобы	Осмотр	Перкуссия	Пальпация	Аускультация	Лабораторные методы	Инструментальные методы
Нефротический синдром	Жалобы связаны с отечным синдромом (вплоть до анасарки). Отечность различной степени выраженности. Характерна олигурия. В некоторых случаях (при выраженной анасарке) боль в животе (из-за гиповолемии)	Визуальные проявления отечного синдрома	Перкуссия при анасарке позволяет заподозрить асцит, гидроторакс, гидроперикард (редко)	Верификация отеков	Специфических изменений нет. Возможно ослабление или отсутствие дыхания при умеренном и выраженном гидротораксе	Гипопротеинемия (иногда резко выраженная – до 40 г/л). Диспротеинемия – уменьшение содержания альбуминов (гипоальбуминемия) и увеличение содержания глобулинов (гиперглобулинемия), гиперлипидемия (плазма может приобретать белесоватый цвет). В моче- массивная протеинурия (более 3,5 г/сут) при высокой относительной плотности мочи. В крови – значительное увеличение СОЭ	Возможное увеличение размеров почек. Верификация задержки жидкости в полостях(асцит и гидроторакс; гидроперикард- редко) с помощью УЗИ. Повышение АД не характерно(в отличие от нефритического синдрома)

Синдромы	Жалобы	Осмотр	Перкуссия	Пальпация	Аускультация	Лабораторные методы	Инструментальные методы
Артериальная гипертензия	АГ, развивающаяся на фоне какой-либо известной патологии, принято называть симптоматической. Жалобы: головная боль (обычно в затылочной области), головокружение, тяжесть в области сердца, пелена перед глазами, утомляемость и др. Жалобы могут отсутствовать	Бледность кожи или гиперемия	При длительно существующей или выраженной АГ расширение границ сердца влево	При длительно существующей или выраженной АГ верхушечный толчок может разлитым и резистентным	Акцент II тона на аорте (не всегда). Используют также для исключения коарктации аорты, стеноза почечной артерии	Анализ мочи, подтверждающие поражение почек (протеинурию, эритроцитурию, цилиндрурию). Поиск симптоматической АГ - поиск гормонально активных опухолей, продуцирующих катехоламины (феохромцитомы, феохромоцитомы); минералокортикоиды (первичный или вторичный альдостеронизм - болезнь или синдром Конна); глюкокортикоиды (первичный или вторичный гиперкортицизм - болезнь или синдром Иценко-Кушинга) и др.	УЗИ сердца (гипертрофия ЛЖ) и сосудов, почек, надпочечников; доплеровское исследование сердца и сосудов; рентгеноконтрастное исследование сердца и сосудов (выявляют причину АГ и изменения, к которым она привела, - гипертрофию ЛЖ, сморщивание почек). ЭКГ - выявление гипертрофии ЛЖ (не лучший метод). Измерение АД

Синдромы	Жалобы	Осмотр	Перкуссия	Пальпация	Аускультация	Лабораторные методы	Инструментальные методы
Острое повреждение почек	Зависят от причины, вызвавшей ОПП, и ее выраженности. Проявляется интоксикацией (слабость, отсутствие аппетита). Важно выявить олигурию или анурию. Часто жалоб нет	Визуальные проявления неспецифичны. В начальных стадиях можно выявить умеренные отеки (не всегда)	Специфических признаков нет	Специфических признаков нет	Специфических признаков нет	Верифицировать олигурию или анурию в начальных стадиях. Изменения в осадке мочи неспецифичны. Снижение СКФ- наиболее точный показатель ОПП(особенно при неолигурических вариантах ОПП).В стадии полиурии повышаются СКФ и концентрационная функция почек (вплоть до нормализации при благоприятном исходе	В большинстве случаев выявляют увеличение размеров почек (УЗИ почек). При постренальном варианте ОПП важно исследовать мочевыводящие пути для выявления места обструкции (УЗИ, цистоскопия)

Синдромы	Жалобы	Осмотр	Перкуссия	Пальпация	Аускультация	Лабораторные методы	Инструментальные методы
Хроническая почечная недостаточность	Жалобы зависят от стадии. В начальной стадии жалоб нет или они минимальны: жажда, никтурия. При уремии: слабость, одышка, анорексия, тошнота, рвота, бессонница, поносы, зуд кожи, боль в области сердца(сухой перикардит), тахикардия и др.	При выраженной хронической почечной недостаточности (уремии) отчетливая бледность кожи из-за анемии (бледно-желтушная кожа), расчесы на теле, уремический запах, угнетение сознания(ступор, сопор, кома)	Специфических признаков нет	Специфических признаков нет	При уремическом перикардите скребущий шум в области сердца - шум трения перикарда. Шум лучше выслушивается в зоне абсолютной тупости сердца	Косвенный признак нарастания ХПН- появления и прогрессирование анемии. Он позволяет отличать ХПН от ОПП (при ОПП анемии нет). Наиболее точно оценить функцию почек можно по СКФ. Если в норме СКФ превышает 90 мл/мин, то при терминальной ХПН она становится менее 15мл/мин. Появляется и прогрессирует гиперкалиемия	При ХПН отмечают сморщивание почек (УЗИ). Это важный признак отличающий ХПН от ОПП. При ОПП размеры почек увеличиваются

Синдромы	Жалобы	Осмотр	Перкуссия	Пальпация	Аускультация	Лабораторные методы	Инструментальные методы
Тубулоинтерстициальный синдром	Чаще жалобы отсутствуют (синдром выявляют лабораторно). При выраженном тубулоинтерстициальном синдроме : слабость, жажда, полиурия, одышка, боли в костях, спонтанные переломы, судороги, мозжечковые нарушения , жалобы соответствующие мочекаменной болезни	Обычно признаков этого синдрома нет. При нарушении реабсорбции аминокислот-фотодерматит, изменения кожи, напоминающие пеллагру мозжечковые нарушения (походка, координация движений и др.). При развитии ХБП – бледность кожи	Специфических изменений нет	Специфических изменений нет	Из-за канальцевого ацидоза дыхание становится более глубоким и частым (усиленное везикулярное дыхание – по типу дыхания Куссмауля)	Выявляют потерю различных веществ с мочой; 1) неспецифические изменения (протеинурия, эритроцитурия, цилиндрурия; 2) изменения, свойственные тубулоинтерстициальному синдрому; глюкозурия (при нормальном уровне глюкозы в крови); фосфаты в моче; щелочная реакция мочи (рН 8,5 и более) из-за потери бикарбонатов с мочой; наличие аминокислот в моче и др. В крови: повышение СОЭ, анемия, гипергаммаглобулинемия , дефицит веществ, которые теряются с мочой	Позволяют выявить последствия выраженного дефицита веществ в организме. Например при синдроме Фанкони-Дебре -Де Тони появляется остеопороз (рентген костей и суставов). При остром развитии могут возникать тяжелые поражения легких(рентген)

Синдромы	Жалобы	Осмотр	Перкуссия	Пальпация	Аускультация	Лабораторные методы	Инструментальные методы
Уремическая кома	Нарастают проявления уремии: тошнота, рвота, зуд кожи, слабость, гиподинамия, возможны галлюцинации. Прогрессирует угнетение сознания (ступор, сопор), которое завершается комой	Визуальные признаки соответствуют уремии (бледность и сухость кожи, следы расчесов, заторможенность, сонливость, миоз). Дыхание Чейна-Стокса или Куссмауля. Симптом Кёрнига и Брудзинского	Специфических изменений нет	Специфических изменений нет	Глубина дыхания обычно увеличивается, часто слышны влажные хрипы с двух сторон, может появиться шум трения перикарда	Данные лабораторного обследования указывают на уремию(значительное повышение уровня креатинина и мочевины в плазме крови, резкое снижение СКФ). Неспецифические изменения в моче(протеинурия, эритроцитурия, цилиндрурия) гиперкалиемия	Имеют вспомогательное значение. Тяжесть состояния больного обычно не позволяет их использовать

Синдромы	Жалобы	Осмотр	Перкуссия	Пальпация	Аускультация	Лабораторные методы	Инструментальные методы
Хлоргидропеническая кома	Выражены рвота и/или понос (потеря жидкости часто связана с приемом мочегонных, слабительных, частыми клизмами, удалением жидкости при асците). Слабость, отсутствие аппетита. Боль в мышцах и судороги (особенно в икроножных). Жажда. Снижение АД. Ступор, сопор, а затем кома	Кожа становится сухой, снижается тургор кожи, черты лица заостряются, глаза западают. Характерны обмороки. Снижаются сухожильные рефлексы, кома развивается постепенно	Специфических изменений нет	Тахикардия, пульс малого наполнения	Тахикардия	Необходимо исследовать хлориды, натрий и калий в крови (содержание уменьшено). Неспецифические изменения в моче (протеинурия, цилиндрурия), относительная плотность мочи снижена. Признаки сгущения крови(повышенный показатель гематокрита , относительный эритроцитоз). Снижение СКФ. Гипокалиемия	На ЭКГ можно выявить косвенные признаки электролитных нарушений: уменьшение амплитуды Т, депрессия сегмента ST , увеличение (иногда очень значительное) амплитуды зубцов U (признак гипокалиемии, которая возникает на фоне гипохлоремии

Синдромы	Жалобы	Осмотр	Перкуссия	Пальпация	Аускультация	Лабораторные методы	Инструментальные методы
Гипертиреоз	Сердцебиение, аритмии, повышение АД, повышенная возбудимость, эмоциональная неуравновешенность, дрожь, нарушена концентрация внимания, нарушение аппетита, сочетается с похудением, тенденция к поносам (усилена перистальтики кишечника). Общие симптомы: потливость, субфебрилитет	Гипергидроз кожи, сбивчивая речь, затрудняющая сбор жалоб и анамнеза, тремор. Глазные симптомы: 1) симптом Грефе-полоска склеры над верхним краем радужки при опускании глаз (сходный симптом Дальримпля); 2) симптом Штельвага - редкое мигание; 3) симптом Мёбиуса (парез конвергенции глаз) – при приближении предмета к носу глаза сходятся, а потом произвольно возвращаются в исходное положение	Не информативна	Обычно увеличение щитовидной железы	Из-за гиперкинеза миокарда может выслушиваться функциональный систолический шум как в области сердца (на верхушке, аорте), так и над крупными артериями. Систолический шум может выслушиваться и в области щитовидной железы	Позволяют доказать наличие гипертиреоза, его первичный или вторичный характер. Для первичного гипертиреоза (поражения именно щитовидной железы) характерно повышение уровня свободного Т ₄ (значительно чаще) или свободного Т ₃ (реже) в сочетании с низким уровнем ТТГ. Для вторичного гипертиреоза (аденома гипофиза) характерно повышение уровня Т ₃ и/или Т ₄ в сочетании с высоким уровнем ТТГ. Из неспецифических изменений - переходящая гипергликемия	Направлены на исследование структурных изменений щитовидной железы, а при вторичном гипертиреозе - гипофиза. Выполняют УЗИ щитовидной железы (при необходимости биопсию), МРТ головного мозга (исследование гипофиза). Реже проводят исследование щитовидной железы с помощью изотопов

Синдромы	Жалобы	Осмотр	Перкуссия	Пальпация	Аускультация	Лабораторные методы	Инструментальные методы
Гипотиреоз	<p>Проявления противоположны гипертиреозу. Брадикардия, вялость, апатия, сонливость, снижение аппетита, увеличение массы тела, запоры (вплоть до кишечной непроходимости), сухость кожи, затрудненная речь, огрубление голоса. Гипотиреоз в детстве может привести к отставанию в физическом развитии и кретинизму</p>	<p>Маскообразное, аммиачное лицо, периорбитальные отеки, отечность языка (отпечатки зубов на боковых поверхностях языка), отеки на ногах, сухость кожи, микседематозное поражение кожи (микседематозный лишай)- бугристость и гиперпигментация кожи (чаще у мужчин)</p>	<p>Перкуторные признаки выпота в плевральную полость, полость перикарда, брюшную полость (асцит)</p>	<p>Увеличение щитовидной железы. Верификация отеков</p>	<p>При значительном выпоте в полость перикарда ослабевают тоны на верхушке сердца и у мечевидного отростка. Может ослабевать везикулярное дыхание</p>	<p>Исследуют уровень Т₃, Т₄ и ТТГ. При первичном гипотиреозе низкий уровень Т₃ и Т₄ сочетается с высоким уровнем ТТГ. При вторичном гипотиреозе (гипофизарная патология) низкий уровень ТТГ приводит к снижению выработки Т₃ и Т₄. Редкий вариант- третичный гипотиреоз. В его основе лежит повреждение гипоталамуса (уменьшается выработка ТТГ, а значит Т₃ и Т₄)</p>	<p>Направлены на обнаружение возможных структурных изменений в щитовидной железе. При вторичном или третичном гипотиреозе исследуют гипофиз и гипоталамус. Методы исследования: УЗИ щитовидной железы (при необходимости – биопсия). МРТ головного мозга (исследование гипофиза и гипоталамуса)</p>

Синдромы	Жалобы	Осмотр	Перкуссия	Пальпация	Аускультация	Лабораторные методы	Инструментальные методы
Гипергликемия	Основные жалобы при сахарном диабете: жажда, (полидипсия) и полиурия. Часто беспокоят зуд кожи, похудание, утомляемость. При выраженной гипергликемии и кетоацидозе могут возникать тошнота и рвота, угнетение сознания, глубокое дыхание (напоминающее дыхание Куссмауля)	Патогномоничных признаков нет	Не информативен	Мягкие глазные яблоки (при развитии комы)	Тахикардия	Цели лабораторной диагностики: 1) выявление сахарного диабета; 2) определение его типа (1-й или 2-й); 3) выявление осложнений. При сахарном диабете уровень глюкозы в крови натощак повышен (при диабетической коме в несколько раз). При диабетической коме-кетоновые тела в моче. Осмолярность плазмы растет при гиперсмолярной коме. Исследуют мочу для выявления нефропатий (протеинурия) и др.	Выявление возможных осложнений сахарного диабета: ЭКГ при стенокардии или инфаркте миокарда, УЗИ почек при нефропатии (при необходимости нефробиопсия). Исследование периферических сосудов при ангиопатии (УЗИ и доплеровское исследование артерий, ангиография). Исследование головного мозга(МРТ или КТ)

Синдромы	Жалобы	Осмотр	Перкуссия	Пальпация	Аускультация	Лабораторные методы	Инструментальные методы
Гипогликемия	Характерные жалобы: чувство голода, тревоги, страха, тремор конечностей, выраженная потливость, нарушенная координация	Расширение зрачков, потливость, тремор, возбуждение, нарушение координации движений. Реже встречаются симптомы, характерные для неврологической патологии	Не информативна	Не информативна	Не информативна	Выявление гипогликемии в момент максимума клинических проявлений и сопоставление данных с клинической картиной. Если больной находится в коме, то внутривенное введение 40% декстрозы (Глюкозы*) быстро выводит его из бессознательного состояния	Для поиска возможной инсулиномы проводят МРТ

Синдромы	Жалобы	Осмотр	Перкуссия	Пальпация	Аускультация	Лабораторные методы	Инструментальные методы
Надпочечниковая недостаточность	Слабость, похудание, депрессия, гиперпигментация кожи и слизистых оболочек, снижение АД. Пристрастие к соленой пище (из-за потери натрия). Неинтенсивные боли в животе (но могут быть и сильными), чередование запоров и поносов. Характерна тахикардия. Выраженная гипотония может приводить к анурии	Гиперпигментация кожи (особенно в местах трения кожи об одежду, гиперпигментация ладонных линий) и слизистых оболочек (особенно губ, десен, щек). Из-за этого синдром получил название «бронзовая болезнь»	Не информативна	Не информативна	Не информативна	Лабораторные изменения гиперкалиемия и гипонатриемия; низкий уровень альдостерона и кортизола; высокий уровень ренина и АКТГ. В общем клиническом анализе крови: лейкопения, лимфоцитоз. В 98% случаев выявляют антитела к ферменту P450c21 (аутоиммунное поражение надпочечников). Важно решить вопрос о первичном или вторичном генезе гипокортицизма. При первичном – снижается уровень и альдостерона, и кортизола. При вторичном (из-за поражения гипофиза)- снижается выработка только кортизола (вследствие низкого уровня АКТГ)	МРТ головы (исследование гипофиза). Рентгенологическое исследование легких для исключения туберкулёзного процесса (туберкулёз- один из этиологических факторов поражения надпочечников)

Синдромы	Жалобы	Анамнез заболевания	Осмотр	Пальпация	Аускультация и перкуссия	Лабораторные методы	Инструментальные методы
Ревматоидный артрит	Симметричность в поражении суставов, три и более пораженных сустава. Характерно поражение плюснефаланговых, проксимальных межфаланговых, лучезапястных суставов. Припухание, ограничения движений в них. Утренняя скованность более 30 мин (чем дольше скованность, тем активнее воспаление). Снижение мышечной силы кистей. При длительном течении деформация суставов	Артрит относится к хроническим эрозивным артритам. Боль и утренняя скованность в суставах-ежедневные жалобы. Исчезновение или уменьшение симптомов достигается только медикаментозно. Спонтанные улучшения не характерны. Постепенно вовлекаются новые суставы. При длительном анамнезе возникают деформации суставов (ульнарная девиация кистей, деформация по типу « шеи лебедя», « пуговичной петли»и др.)	Припухание, ограничение движений в суставах, прежде всего кистей. Деформация мелких суставов кистей и стоп. Ревматоидные узелки. Выявляют различные варианты деформаций суставов	Местное повышение температуры тела над суставами, пальпаторное выявление ревматоидных узелков	Не имеют значения	Для подтверждения ревматоидного артрита в крови определяют антитела к циклическому цитруллинированному виментину. Абсолютной специфичности нет. Еще менее специфичен ревматоидный фактор. Степень активности воспаления оценивают по СОЭ(часто 30-60 мм/ч) и уровню СРБ. Желательно его количественное определение	Наиболее важным методом является рентгенологический (исследуют прежде всего кисти и стопы). В зависимости от стадий выявляют эпифизарный остеопороз, сужение суставной щели, кистовидные просветления в эпифизах, узурацию суставных поверхностей, приводящую к подвывихам суставов. Финальная стадия патологического процесса-анкилозирование сустава

Синдромы	Жалобы	Анамнез заболевания	Осмотр	Пальпация	Аускультация и перкуссия	Лабораторные методы	Инструментальные методы
Подагрический артрит	<p>Острый подагрический артрит обычно начинается с 1 плюснефалангового сустава. Выраженная боль, отечность, покраснение, местное и часто общее повышение температуры тела. Начинается внезапно, обычно в ночное время. Интенсивная боль обычно затрудняет ходьбу. В поздних стадиях появляются «подагрические шишки» (тофусы)</p>	<p>Первые подагрические «атаки» относительно кратковременны (5-10 дней). Ярко выражен межартральный период полной ремиссии. Постепенно вовлекаются новые суставы, увеличивается продолжительность приступов, появляются тофусы. Как правило, поражаются почки (мочекаменная болезнь или другие варианты нефропатии). В поздних стадиях функция суставов и/или почек может значительно нарушиться</p>	<p>При остром артрите: выраженная отечность, гиперемия и болезненность сустава. Тофусы располагаются в области суставов или на удалении (например, ушные раковины)</p>	<p>При остром артрите резкая боль при пальпации, гипертермия кожи. Тофусы-малоподвижные, белесоватые образования под кожей (размером от 1-2 мм до нескольких сантиметров)</p>	<p>Не имеют значения</p>	<p>Определяют уровень мочевой кислоты (финальный этап пуринового метаболизма) в плазме крови. Во время острого артрита появляются неспецифические изменения в крови (лейкоцитоз, сдвиг нейтрофилов влево, увеличение СОЭ). Динамическое наблюдение за уровнем СКФ (подагрическая нефропатия- одна из причин развития ХПН)</p>	<p>Рентгенологическое исследование суставов позволяет выявить специфические признаки в поздних стадиях заболевания («симптом пробойника» в суставах стоп- обычно в области I плюснефалангового сустава). УЗИ почек (в почках часто обнаруживают уратные конкременты)</p>

Синдромы	Жалобы	Анамнез заболевания	Осмотр	Пальпация	Аускультация и перкуссия	Лабораторные методы	Инструментальные методы
Остеоартроз (остеоартрит)	<p>Поражаться могут любые суставы (только крупные суставы, только мелкие суставы кистей или и те и другие), возможна асимметричность. Боль может не сопровождаться припуханием. Скованность кратковременна (стартовая скованность – сложно сделать первые 10-15 шагов). Пораженные суставы могут деформироваться, движения ограничены. Боль провоцируется движением. Болезненный хруст в суставах</p>	<p>Чаще поражаются коленные и тазобедренные суставы, из мелких суставов- дистальные межфаланговые суставы кистей, значительно реже страдают проксимальные межфаланговые суставы. Мелкие суставы поражаются, как правило, у женщин. Боли могут быть постоянными или эпизодическими. Возможен синовит коленных суставов. Поражение коленных и тазобедренных суставов может значительно нарушать ходьбу</p>	<p>Деформация дистальных межфаланговых суставов- узелки Гебердена и (реже)проксимальных узелки Бушара. Узелки Гебердена и Бушара встречаются почти исключительно у женщин. Увеличение коленных суставов из-за периартикулярной отечности или синовита</p>	<p>Пальпаторная крепитация в суставах (прежде всего в коленных, при активном и пассивном движении в них)</p>	<p>Не имеют значения</p>	<p>Лабораторных признаков заболевания нет. В анализах крови обычно отсутствуют признаки воспаления (СОЭ не повышена, нормальный уровень СРБ). Если развивается синовит коленного сустава , то лабораторные признаки воспаления выявить можно</p>	<p>Рентгенологическое исследование позволяет выявить: 1) Сужение суставных щелей (наличие и степень выраженности);2) остеофиты (их наличие и выраженность). УЗИ суставов позволяет оценить состояние связочного аппарата и хрящей</p>

Синдромы	Жалобы	Анамнез заболевания	Осмотр	Пальпация	Аускультация и перкуссия	Лабораторные методы	Инструментальные методы
Анкилозирующий спондилит (болезнь Бехтерева)	Характерны боль и скованность в позвоночнике преимущественно ночью и утром (длится часами). Движения (наклоны, повороты туловища) приносят облегчение. У большинства появляются боли в суставах верхних и нижних конечностей (чаще в плечевых и тазобедренных). Могут возникать органические поражения (глаза, легкие, клапанный аппарат сердца и др.)	Заболевание начинается обычно в 20-30 лет. Вначале симптомы выражены мало (может начинаться не с позвоночника, а с поражения суставов), позднее боль и скованность более выражены в ночные и утренние часы, состояние улучшается при движении. Скованность (до нескольких часов) и ограничение движений в позвоночнике. Признаки воспаления (по показателям СОЭ и СРБ) с первых лет болезни. Постепенно подвижность в шейном и поясничном отделах позвоночника нарушается значительно и необратимо. Выявляют родственников со схожей патологией (не всегда)	В ранних стадиях заболевания малоинформативен. В поздних стадиях появляются классические признаки анкилозирующего спондилита: «поза просителя», ограничение подвижности (вплоть до ее полного отсутствия) в шейном и поясничном отделах позвоночника	Позволяет выявить болезненность в пара-вертебральных точках любого отдела позвоночника, в проекции крестцово-подвздошных сочленений	Не информативны	Лабораторных тестов, позволяющих абсолютно надежно выявить анкилозирующий спондилит, не существует. Верификация по гену лейкоцитарной гистосовместимости (человеческий лейкоцитарный антиген- HLA) наиболее точна (чувствительность – 90%, специфичность – 92%). Для анкилозирующего спондилита характерно наличие антигена HLA-B27. HLA-B27 также встречается при сходных патологиях (реактивном и псориатическом артрите). Для выявления воспаления оценивают СОЭ (типично 30-60 мм/ч) и уровень СРБ (многократно повышен)	Рентгенологический метод основной. Ранние изменения видны в крестцово-подвздошных сочленениях (двусторонний сакроилеит). Надежнее сакроилеит выявляют на МРТ. В поздних стадиях появляются вертикальные остеофиты или синдесмофиты. Они являются причиной ограничения подвижности в позвоночнике. Двусторонние синдесмофиты в рентгенографии получили название симптома «бамбуковой палки»

Синдромы	Жалобы	Анамнез заболевания	Осмотр	Пальпация	Аускультация и перкуссия	Лабораторные методы	Инструментальные методы
Остеохондроз, спондилез позвоночника	Боли обычно локализуются в поясничном отделе. Могут быть как тупыми (ноющими), так и острыми. Чаше провоцируются длительным пребыванием туловища в одном положении или наклонами и поворотами. Боли проходят в покое или при наклоне туловища вперед. После сна боли обычно уменьшаются или исчезают. Нередко боли иррадируют по задней или боковой поверхности бедра. Клиническая картина определяется отделом позвоночника, который поражен (например, при патологии шейного отдела отмечаются головные боли, шум в ушах и др.)	Заболевание обычно начинается в возрасте 50 лет (при травмах позвоночника боли могут начинаться значительно раньше). В начале заболевания характерны длительные безболевые периоды. По мере прогрессирования заболевания боли становятся все продолжительнее и интенсивнее, без болевые периоды- короче (вплоть до исчезновения)	Ограничение подвижности в поражённом отделе позвоночника обусловлено болью. Пациенты могут занимать вынужденное положение, облегчающее боль	Пальпаторная болезненность в паравертебральных точках пораженного отдела позвоночника	Не информативны	Лабораторных методов диагностики невоспалительного поражения позвоночника нет. Выполняют общий клинический анализ крови, прежде всего определяют СОЭ и уровень СРБ, чтобы исключить воспалительный генез патологического процесса (показатели СОЭ и СРБ остаются в норме)	Очевидно преимущество МРТ позвоночника перед классическими рентгенограммами в прямой и боковой проекциях. Типичные изменения: снижение высоты межпозвонковых щелей- чаще в пояснично- крестцовом отделе; краевые разрастания тел позвонков(« шипы»- остеофиты); снижение костной плотности тел позвонков. Остеофиты могут соединять соседние позвонки (клювовидные остеофиты)