

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УКРАИНЫ
Харьковский национальный медицинский университет

ОБЩИЙ ОСМОТР БОЛЬНОГО. ОСМОТР ОТДЕЛЬНЫХ ЧАСТЕЙ ТЕЛА

***Методические указания к практическим занятиям
по пропедевтике внутренней медицины
для студентов медицинских факультетов
высших медицинских учебных заведений
III–IV уровней аккредитации***

Утверждено
ученым советом ХНМУ.
Протокол № 11 от 19.11.2015.

**Харьков
ХНМУ
2016**

Общий осмотр больного. Осмотр отдельных частей тела : метод. указ. к практ. занятиям по пропедевтике внутренней медицины для студентов мед. фак-тов высш. мед. учебных заведений III–IV уровней аккредитации / сост. Т. В. Ащеулова, О. Н. Ковалёва, Н. Н. Герасимчук. – Харьков : ХНМУ, 2016. – 22 с.

Составители Т. В. Ащеулова
 О. Н. Ковалёва
 Н. Н. Герасимчук

ОСМОТР ГОЛОВЫ

Изменение величины и формы головы имеет диагностическое значение. Чрезмерное увеличение размеров черепа встречается при так называемой головной водянке (гидроцефалия). Голова ненормально малых размеров (микроцефалия) наблюдается у людей с врожденным умственным недоразвитием. Квадратная форма головы, уплощенная сверху, с выдающимися лобными буграми может свидетельствовать о перенесенном рахите.

Положение головы имеет диагностическое значение при шейном миозите или спондилоартрите. Непроизвольные движения головы (трясение) бывают при паркинсонизме (заболевание ЦНС), покачивание головы синхронно с деятельностью сердца (симптом Мюссе) наблюдается при аортальной недостаточности, имеющиеся на голове рубцы могут направить мысль врача на путь выяснения причины упорных головных болей, эпилептиформных припадков.

ОСМОТР ЛИЦА

1. *Одутловатое лицо* наблюдается: а) вследствие общего отека при болезнях почек – отечное, бледное, с равнодушным, сонливым взглядом; характерно для хронической почечной недостаточности ("сморщенная почка"), *нефротическое лицо* (*facies nephritica*) – резко отечное, заплывшее, бледно-серого цвета, с отечными веками и узкими глазными щелями, до неузнаваемости обезображенное; характерно для острого гломерулонефрита; б) в результате местного венозного застоя при частых приступах удушья и кашля; в) *воротник Стокса* (*collum Stoksi*) – одутловатые бледные лицо и шея: в случае сдавления лимфатических путей при больших выпотах в полости плевры и перикарда, при опухолях средостения, увеличении медиастинальных лимфатических узлов, слипчивом плевроперикардите, сдавлении верхней полой вены.

2. *Лихорадящее лицо* (*facies febrilis*) – гиперемия кожи с широко раскрытыми блестящими глазами, нередко с голубоватым оттенком склер, полукрытым ртом, сухими губами и возбужденным выражением. При различных инфекционных заболеваниях отличается некоторыми особенностями: *пневмония* характеризуется односторонним румянцем на стороне воспаления (за счет рефлекторного расширения сосудов); *сыпной тиф* – общая гиперемия одутловатого лица, с инъекционными склерами ("кроличьи глаза", по Ф. Г. Яновскому); *брюшной тиф* – бледность кожи с небольшой гиперемией в сочетании с цианозом; *возвратный тиф* – со слегка желтушным оттенком. У лихорадящих больных туберкулезом обращают на себя внимание "горящие глаза" на исхудавшем бледном, с ограниченным румянцем на щеках лице.

3. "*Лицо Корвизара*" (*facies Corvisara*, *facies cordiaca*) – черты обрюзглые, желтовато-бледные, с синеватым оттенком. Рот постоянно полукрыт, губы цианотичны, глаза слипающиеся, тусклые. Характерно для тяжелой сердечной недостаточности.

4. *Изменены черты лица и его выражение при различных эндокринных нарушениях:* а) *акромегалическое лицо (facies acromegalyca)* с увеличением выдающихся частей (нос, подбородок, скулы) наблюдается при акромегалии и в меньшей степени у некоторых женщин при беременности; б) *базедово лицо (facies basedovica)* – подвижное, богатое мимикой, быстро краснеющее, влажное с большими, широко открытыми, выпученными, немигающими, блестящими глазами (экзофтальм), придающие лицу выражение застывшего испуга, страха, гнева, характерно для тиреотоксикоза; в) *микседематозное лицо (facies myxoedemica)* свидетельствует о снижении функции щитовидной железы, характерно для гипотиреоза и микседемы: широкое, круглое, равномерно заплывшее, с сухой бледно-желтой кожей, лишенное наружных половин бровей, со сглаженными контурами лица, с ушедшими вглубь (застывшими глазами) (энофтальм), а наличие румянца на бледном фоне напоминает лицо куклы; г) *лунообразное кушингоидное лицо (facies selenica)* – круглое, лунообразное, с интенсивно красной лоснящейся кожей и явлениями гипертрихоза (усы, борода у женщин); характерно для болезни Кушинга или синдрома Иценко–Кушинга, либо при длительном приеме глюкокортикоидных препаратов.

5. *"Львиное лицо" (facies leonica)* – с бугорчато-узловатыми утолщениями кожи под глазами и над бровями и с расширенным носом и глубокими складками кожи; характерно для проказы (лепры).

6. *Лицо "восковой куклы" (facies pupae cerate)* – слегка одутловатое, очень бледное с желтоватым оттенком и как бы просвечивающейся кожей характерно для В₁₂-дефицитной анемии (анемии Аддисона–Бирмера).

7. *Анемическое лицо (facies anemica)* – бледное "бескровное лицо" у больных тяжелой железодефицитной анемией.

8. *Маскообразное лицо ("маска Паркинсона", facies amimica)* – амимичное, маскообразное, со сглаженными складками лица; свойственно большим энцефалитом, паркинсонизмом, психическими заболеваниями.

9. *"Сардоническая улыбка" ("risus sardonicus")* – рот растянут, как при смехе, с одновременной складкой на лбу, как при гнев ("верхняя часть лица сердится, а нижняя смеется"); обусловлена тоническим сокращением мимической мускулатуры лица при столбняке, гипопаратиреозе.

10. *Лицо Гиппократа (перитонеальное лицо, facies Hippocratica)*. Описанные впервые Гиппократом изменения черт лица, связанные с коллаптоидным состоянием, обусловленным гнойным перитонитом, тяжелым энтероколитом, перфорацией язвы желудка или двенадцатиперстной кишки, разрывом желчного пузыря, параличом сосудов у агонирующих больных. Лицо мертвенно-бледное, с синюшным, землистым оттенком, резко заострившимися чертами лица, глубоко запавшими, страдальческими глазами, крупными каплями холодного пота на лбу. Является прогностически неблагоприятным признаком.

11. *Асимметричное лицо (facies asymmetrica)* характеризуется односторонней сглаженностью носогубной складки, опущением одноименного угла рта. Наблюдается у больных, перенесших инсульт, неврит тройничного или лицевого нервов.

ОСМОТР ГЛАЗ И ВЕК

Осмотр глаз и век дает возможность выявить ряд важных симптомов. Отечность нижних век ("мешки под глазами") служит первым проявлением острого нефрита и наблюдается также при анемиях, бессоннице, приступообразном кашле, но иногда может возникать (особенно по утрам), и у здоровых людей. Далее обращают внимание на окраску век (темные веки – болезнь Аддисона, тиреотоксикоз, туберкулез), местное отложение холестерина на веках в виде желтых пятнышек (ксантом) – атеросклероз, желчекаменная болезнь, заболевания печени.

Совокупность таких симптомов, как одностороннее западение глазного яблока, сужение глазной щели, опущение верхнего века и сужение зрачка, составляет синдром Горнера–Клода Бернара, вызванный поражением на одноименной стороне глазозрачковой симпатической иннервации.

Мюоз (myosis) – сужение зрачков, наблюдается при геморрагическом инсульте, уремии, внутримозговых кровоизлияниях, опухолях, воспалительных процессах, сыпном тифе, спинной сухотке, хронических отравлениях никотином, хлороформом, наркозе (у морфинистов – "точечный зрачок").

Мидриаз (midriasis) – расширение зрачков, наблюдается при испуге, а в патологии – при коматозных состояниях (за исключением уремической и апоплексической комы); односторонний мидриаз при сифилисе, иногда при аневризме аорты, анемии, гельминтозах.

Анизокория (anisocoria) – неравномерное расширение зрачков; наблюдается при синдроме Горнера, сифилисе, мигрени.

Косоглазие (strabismus) может свидетельствовать о параличе глазных мышц; встречается при некоторых острых инфекциях (дифтерии), интоксикациях (ботулизм, отравлением свинцом), а также может быть результатом сифилитического, туберкулезного поражения головного мозга и его оболочек (менингит) и следствием кровоизлияния в мозг.

ОСМОТР НОСА, ПОЛОСТИ РТА

Изменения носа, имеющие диагностическое значение.

Красный нос часто признак пониженного тонуса кожных сосудов, может наблюдаться при хроническом алкоголизме и неврастении. *Цианоз кончика носа (acrocyanosis)* при сердечной недостаточности. *Участие крыльев носа в дыхании* – объективный признак выраженной одышки. *Седловидный нос (nasus selliformis)*, обусловленный деформацией наружного носа, с наличием впадины в средней части спинки в результате недоразвития или разрушения хрящей носа или носовых костей, наблюдается

при травмах или является признаком третичного сифилиса. Деформация мягких тканей носа наблюдается при волчанке.

При исследовании рта обращают внимание на его положение, размеры, симметричность углов, оценивают форму губ, высыпания, изменения на слизистых ротовой полости, осматривают десны, зубы, особое внимание уделяют осмотру языка, оценивают запах изо рта, состояние миндалин. При осмотре полости рта оцениваются: окраска слизистой оболочки, наличие на ней сыпи, изъязвлений, рубцов, а также строение неба (высокое "готическое небо" и "волчья пасть" при врожденной патологии).

Диагностическое значение имеют следующие изменения слизистой оболочки полости рта: *желтушность* для истинных (патологических) желтух, причем желтушность слизистой мягкого неба появляется раньше иктеричности склер и является ранним признаком вирусного гепатита; *пятна Филатова–Копплика (энантема Филатова)*, вначале беловатые, а затем красные пятнышки с бледно-синеватыми точками в центре являются элементом сыпи на слизистой и ранним признаком кори (до появления сыпи на коже); *коричневые пятна* на слизистой рта характерны для болезни Аддисона; *кровоточивости, афты* – мелкие язвочки серо-желтого цвета с красной каймой, высыпания можно обнаружить при заболеваниях крови и геморрагических диатезах. Разрыхленность, набухание и легкое кровотечение десен характерно для цинги (с гипо- и авитаминозом). При хроническом отравлении свинцом по ходу свободного края десен появляется серая "*свинцовая*" кайма (кайма Бэртона); гноеетечение из десен наблюдается при пиорее, сахарном диабете.

Отсутствие многих зубов имеет большое значение в этиологии ряда болезней пищеварительной системы. Кариозные зубы как источник инфекции могут явиться причиной заболевания других органов. Расхождение зубов с большими промежутками между ними свойственно акромегалии. "*Гетчинсоновы зубы*" – расхождение верхних резцов с полулунными вырезками по свободному краю и их поперечной исчерченностью характерны для врожденного сифилиса.

Язык играет важную роль в диагностике внутренних заболеваний. По изречению древних врачей "*язык – зеркало желудка*". Изменения со стороны языка могут наблюдаться при заболеваниях внутренних органов, при некоторых поражениях нервной системы, инфекционных и наследственных заболеваниях. Значительное увеличение языка характерно для микседемы и акромегалии, реже встречается при глосситах. При ряде заболеваний вид языка имеет свои особенности: чистый, красный и влажный – при язвенной болезни; малиновый – при скарлатине; сухой, покрытый трещинами и темным коричневым налетом – при тяжелых интоксикациях и инфекциях; обложенный налетом в центре и у корня и чистый у кончика и по краям – при брюшном тифе; локальные утолщения эпителия языка,

так называемые лейкоплакии (предраковые изменения) – у курильщиков. Атрофия сосочкового слоя придает поверхности языка ярко-красный цвет, гладкость, глянцевитость ("полированный", "лакированный язык"), которая может наблюдаться при понижении секреторной функции желудка, применении антибиотиков, раке желудка, хронических колитах, пеллагре, циррозе печени, мегалобластной анемии. При осмотре можно выявить и местные патологические процессы в языке (язвы различной этиологии, следы от прикусывания языка во время эпилептического припадка).

ОСМОТР ШЕИ

При осмотре шеи следует обратить внимание на пульсацию сонных артерий (признак недостаточности клапанов аорты, тиреотоксикоз), набухание и пульсацию наружных яремных вен (недостаточность трехстворчатого клапана), увеличение лимфатических узлов (туберкулез, лимфолейкоз, лимфогранулематоз, метастазы рака), диффузное или частичное увеличение щитовидной железы.

Существует несколько приемов *пальпации щитовидной железы*. Щитовидную железу можно пальпировать одной рукой или двумя одновременно, врач при этом может находиться перед пациентом или позади. Выбирают прием в зависимости от строения шеи и характера изменений в железе.

Пальпация щитовидной железы осуществляется в два этапа: сначала проводится поверхностная пальпация, следом глубокая. Исследование проводят в покое и во время глотания, при этом пациент находится в положении стоя или сидя. *Поверхностная пальпация* проводится обычно правой рукой – осуществляется скользящее движение по передней поверхности шеи от середины щитовидного хряща до яремной вырезки, левая при этом фиксирует затылок больного. *Глубокая пальпация* производится большими пальцами обеих рук, их располагают на передней поверхности долей или перешейка, а остальные пальцы охватывают шею полукольцом.

Перешеек щитовидной железы пальпируется скользящим движением большого пальца одной руки по средней линии шеи, направленным сверху вниз. При исследовании оцениваются следующие параметры:

- размеры и характер увеличения (диффузное, узловое, смешанное);
- консистенция (плотно- или мягкоэластическая);
- особенности поверхности (гладкая, бугристая);
- наличие или отсутствие узловатых образований;
- болезненность;
- пульсация (в норме отсутствует).

В норме *щитовидная железа* пальпаторно практически не определяется, поверхность ее гладкая, консистенция мягкоэластическая однородная.

ОСМОТР КОЖИ

При исследовании кожных покровов следует обращать внимание на цвет кожи, ее влажность, тургор, наличие отечности, состояние венозной сетки, волосяного покрова, наличие кровоизлияния в коже, сыпей, рубцов.

Цвет кожи. Для верного суждения о расцветке кожи лучше всего проводить ее осмотр при дневном освещении. В норме цвет кожи – бледно-розовый. Он предопределен наличием пигмента, степенью развития сосудистой сетки кожи, количеством крови в кожных капиллярах, морфологическим и химическим составом крови, толщиной кожи и ее иннервацией. *Бледность кожных покровов* может быть обусловлена анемией. Бледность кожи без анемии наблюдается при спастическом сокращении сосудов кожи (кратковременном – головокружение, тошнота или длительном – нефрит).

Краснота кожи, или гиперемия, ограниченное или диффузное покраснение кожи, может быть физиологической и патологической. *Физиологическая гиперемия* наблюдается при поверхностном расположении сосудов (постоянная и равномерная), либо при вазомоторных реакциях из-за расширения сосудов (работа в горячих цехах, пребывание на солнце, волнение, употребление алкоголя) в виде пятен на коже, чаще лице и шеи; отличается лабильностью и неравномерностью.

Патологическая гиперемия также может носить постоянный и преходящий характер. *Постоянная диффузная гиперемия* наблюдается при значительном повышении уровня гемоглобина и эритроцитов в крови при болезни Вакеза (эритремия), истинной полицитемии, злокачественных новообразованиях. *Преходящая гиперемия*, обусловленная рефлекторным расширением сосудов, может наблюдаться при высокой лихорадке, пневмонии и мигрени с односторонним румянцем на пораженной стороне (вследствие рефлекторного расширения сосудов).

Цианоз, или синюшность, – синевато-фиолетовый цвет кожи и слизистых оболочек, обусловленный изменением качественного состава крови (избыточное содержание углекислого газа и восстановленного гемоглобина) или венозным застоем. В зависимости от распространенности различают диффузный (центральный, общий), периферический (акроцианоз), местный цианоз. *Диффузный (общий) цианоз* может наблюдаться при хронических заболеваниях органов дыхания; отравлении гемолитическими ядами с образованием метгемоглобина (бертолетовой солью, нитробензолом); смешение крови при врожденных пороках (незаращение межжелудочковой и межпредсердной перегородки). *Периферический цианоз или акроцианоз* наблюдается при венозном застое и накоплении восстановленного гемоглобина в крови у больных сердечной недостаточностью. *Местный или локальный цианоз* наблюдается при сдавлении сосудов и парезе сосудодвигательных нервов у больных тромбозом.

Желтушность, или иктеричность, кожных покровов и слизистых оболочек обусловлена повышением содержания билирубина в крови (билирубинемия). Окраска кожи от светло-лимонного до оранжевого и зеленоватых оттенков зависит от степени билирубинемии. Начальная и незначительная желтушность слизистых оболочек и склер называется *субиктеричностью* (*subicterus*) и наблюдается у больных сердечной недостаточностью вследствие сдавления желчных протоков при застойной печени, при выраженной кахексии, хроническом алкоголизме.

Различают физиологическую, ложную и патологическую желтухи.

Физиологическую желтуху можно наблюдать у новорожденных в первые дни после рождения (физиологическая желтуха новорожденных), обусловлена гемолизом избыточного количества эритроцитов в результате перестройки и адаптации организма к внешнему дыханию.

Ложная желтуха, или ксантоз, обусловлена употреблением большого количества моркови и апельсинов (пищевая желтуха) или применением акрихина и пикриновой кислоты (лекарственная желтуха).

Патологическую (истинную) желтуху в зависимости от причин возникновения условно делят на следующие виды: *гемолитическая, или надпеченочная, светло-лимонный оттенок* кожи, обусловлена повышенным гемолизом эритроцитов и накоплением в крови непрямого билирубина; наблюдается при малярии, В₁₂-дефицитной анемии, сепсисе, отравлении гемолитическими ядами; *parenхиматозная, или печеночная, шафраново-желтый оттенок* кожи, обусловлена поражением гепатоцитов и нарушением их функции (превращения непрямого билирубина в прямой), наблюдается при вирусном гепатите, отравлениях гепатотоксическими ядами; *механическая, или подпеченочная*, кожа желтого оттенка, позже вследствие окисления билирубина приобретает зеленоватый, затем темно-оливковый и, наконец, — черно-желтый оттенок; обусловлена нарушением оттока желчи в результате сдавления желчевыводящих путей и накоплением в крови прямого и непрямого билирубина, наблюдается при заболеваниях желчевыводящих путей (калькулезный холецистит, желчнокаменная болезнь), опухоли головки поджелудочной железы, рубцовых изменениях в области фатерова сосочка двенадцатиперстной кишки. Дифференциальная диагностика желтух представлена в *табл. 1*.

Бронзовая расцветка наблюдается при аддисоновой болезни. Причину пигментации связывают с гиперсекрецией и увеличением активности меланоформного гормона гипофиза. Может отмечаться полное отсутствие пигмента (альбинизм) или частичная потеря на отдельных участках кожи в виде белых пятен.

Влажность кожных покровов проверяют путем скольжения тыльной поверхностью кистей рук на симметричных участках тела. В норме кожа влажная, что зависит от постоянного выделения на поверхность кожи микроскопических капель пота. Усиленная влажность кожи наблюдается при избыточном потовыделении, например, при высокой температуре

окружающей среды, при употреблении за короткий промежуток времени большого количества жидкости, при тяжелой мышечной работе, критическом падении температуры тела, тяжелых эндокардитах, септических состояниях и др.

Таблица 1

Дифференциальная диагностика желтухи

Клинические признаки	Виды желтух	
	Истинные	Ложные
Локализация желтухи	Появляются прежде всего на мягком небе, склерах, слизистых губ, затем желтеют кожные покровы и, наконец, кожа ладоней и стоп; исчезает желтуха в обратной последовательности	Сначала локализуется на ладонях и стопах, но никогда не распространяется на слизистые оболочки и склеры
Зуд кожи	Присутствует	Отсутствует
Расчесы на коже	Присутствуют	Отсутствуют

Повышенная сухость кожи наблюдается при большой потере организмом жидкости при рвоте, поносе, при избыточном выведении жидкости из организма почками, например, при сахарном диабете, а также при сниженной функции потовых желез, например, при введении атропина, при гипотиреозе.

Тургор кожи – степень напряжения тканей, обусловленная состоянием иннервации, кровоснабжения и обмена веществ. Эластичность – гибкость или податливость кожи.

Методы определения тургора и эластичности:

- **визуальный** – визуально оценивается закругленность контуров и округлые формы тела, особенно черт лица;
- **пальпаторный** – оценивается состояние кожной складки на тыльной поверхности кисти между первым и указательным пальцами или предплечья в момент ее сгибания или распрямления, для чего следует двумя пальцами взять кожу в складку.

При этом в случае нормального тонуса чувствуется, что кожа плотная, но упругая, имеет достаточную толщину, не отделяется от подкожной клетчатки и мгновенно расправляется после снятия пальцев. Диагностическое значение имеет снижение тургора в случаях онкологической патологии (раковая кахексия), стеноза привратника или пищевода, тяжелых гастроэнтеритов, эндокринных заболеваниях (Базедова болезнь и болезнь Аддисона), инфекционных заболеваниях с обезвоживанием (холера, дизентерия), особенно резко снижена упругость кожи (гиперэластичность кожи) при болезни Элерса–Данлоса.

Кожные элементы – общее название очаговых патологических изменений кожи и слизистых оболочек, которые являются как симптомами поражения самой кожи, так и внешним проявлением заболеваний внутренних органов, инфекционных заболеваний, аллергических процессов.

Метод выявления – осмотр при дневном свете. Если при осмотре выявлена сыпь – по ней проводят пальцем (возвышается она над поверхностью кожи или нет) или слегка надавливают на нее для отличия розеола от петехий: розеола при надавливании исчезают, а петехии сохраняются. При наличии рубцов определяют не только их локализацию, но и пальпаторно сращение с подлежащими тканями. Некоторые кожные элементы представлены в *табл. 2*.

Таблица 2

Кожные элементы

Кожный элемент	Характеристика
Эритема	Ограниченное покраснение кожи, возвышающееся над ее поверхностью, наблюдается при рожистом воспалении, узловатой эритеме, септических заболеваниях, менингите, а также при применении лекарств (хинин, йод, бром) и пищевых продуктов (земляника, раки). У больных системной красной волчанкой наблюдается эритема кожи лица в виде бабочки
Розеола	Бледно-розовые крупные пятнышки диаметром 2–3 мм (с булавочную головку, конопляное зерно или чечевичку), слегка возвышающиеся над кожей и наблюдаются при брюшном тифе, сыпном тифе, сифилисе (характерный признак второго периода заболевания), реже гриппе и паратифах
Петехия	Очень мелкие точечные кровоизлияния, подобно розеоле, с кровоизлиянием в центре (напоминают красные точки)
Кровоподтеки	Красные пятна различной величины, формы, локализации, сохраняющиеся при надавливании и изменяющие окраску в процессе эволюции от красно-фиолетового до желто-зеленого и белесоватого цвета. Проявляются при травмах, ушибах, укусах, заболеваниях крови (гемофилия, болезни Верльгофа, острые лейкозы, мегалобластная анемия, капилляротоксикоз), заболеваниях печени (цирроз, эхинококкоз), гипо- и авитаминозах (витаминов С и К), инфекционных заболеваниях, (сыпной тиф, ботулизм, септические заболевания)
Телеангиоэктазии, или "сосудистые звездочки"	Темно-красные пятна на коже, слизистой оболочке диаметром 2–10 мм, исчезающие при надавливании; обусловлены расширением мелких сосудов при нарушении функции печени (циррозе)
Макула	Ограниченное пятно
Крапивница, или уртикарная сыпь	Четко ограниченные бледно-розовые с перламутровым оттенком, возвышающиеся над кожей, сильно зудящие волдыри (подобно ожогу крапивы); при аллергических реакциях, гельминтозах, заболеваниях органов пищеварения, сахарном диабете
Папула	Узелкоподобное образование, которое не имеет полости и которое несколько поднимается над поверхностью кожи
Пустула	Пузырькоподобное образование на коже, заполненное гноем
Рубец	Плотные образования, состоящие из гиалинизированной, богатой коллагеновыми волокнами соединительной ткани, возникшие в результате репаративной регенерации как исход воспалительного процесса, свидетельствующие о перенесенных травмах, ожогах, операциях, инфекциях (оспа, туберкулез, сифилис)

Кожный элемент	Характеристика
Язва	Дефект кожи или слизистой оболочки и подлежащих тканей с нарушенным или значительным замедленным заживанием. Различают в зависимости от этиологии: гангренозные, варикозные, химические, лучевые язвы, стероидные
Пролежни	Трофические расстройства кожи (сначала покраснение кожи, а затем и образование глубокой язвы), которые чаще всего возникают у тяжелых и истощенных больных, которые длительный период находятся на постельном режиме, например, при тяжелых поражениях головного и спинного мозга
Десквамация	Шелушение кожи, отделение с поверхности кожи розовых чешуек эпидермиса
Экскориация	Расчесы на коже в виде линейных поверхностных нарушений целостности кожи слизистых
Расширение подкожных вен	На передней брюшной стенке образуется своеобразный рисунок, который получил название «голова Медузы» (<i>caput Medusa</i>); обусловлено образованием кава-кавальных анастомозов вследствие повышения давления в системе воротной вены при ее тромбозе или сдавления извне; наблюдается у больных с портальным циррозом печени, сердечной недостаточностью (застой в большом круге кровообращения)

ДЕРИВАТЫ КОЖИ

Волосной покров. Определяют тип оволосения, выпадение волос, поседение, гипертрихоз (чрезмерное оволосение всего тела). Гипертрихоз может быть врожденным, но чаще при опухолях коры надпочечников (синдром Иценко–Кушинга), половых желез. Уменьшение роста волос – при микседеме, циррозах печени, евнухоидизме и инфантилизме.

Ногти. Определяется их форма, например, в виде "часового стекла" при заболеваниях печени, легких; ломкость цвет, исчерченность ногтей. Повышенная ломкость наблюдается при микседеме, анемиях, гиповитаминозах.

РАЗВИТИЕ ПОДКОЖНО-ЖИРОВОЙ КЛЕТЧАТКИ

Оценивая подкожную клетчатку, обращают внимание на степень ее развития и равномерность отложения на разных участках тела. В целях определения состояния упитанности применяют, кроме осмотра, пальпацию, а также антропометрические методы. С этой целью над пространством Траубе (в левом подреберье) двумя пальцами собирают кожную складку и измеряют ее толщину. В норме толщина этой складки составляет около 2 см. Толщина менее 1,5 см свидетельствует о сниженной степени упитанности, свыше 2 см – о чрезмерной. Более точные данные о состоянии упитанности можно получить определяя индекс массы тела, о чем уже было сказано ранее.

ОТЕКИ

Отек – форма нарушения водного баланса организма, характеризующаяся накоплением избытка жидкости в межклеточном пространстве и/или полостях тела. *Начальные отеки (пастозность)*, в основном кожи и подкожной клетчатки, характеризуются побледнением и снижением эластичности кожи, при пальпации определяются появлением неглубоких "ямок" на ограниченных участках (голени), которые быстро исчезают (до 1 мин).

Виды отеочной жидкости

- Транссудата – бедной белком (менее 2 %) жидкости.
- Экссудата – богатой белком (более 3 %, иногда до 7–8 %) жидкости, часто содержащей форменные элементы крови.
- Слизи, представляющей собой смесь из воды и коллоидов межклеточной ткани, содержащих гиалуроновую и хондроитинсерную кислоты. Этот вид отека называют слизистым, или микседемой. Микседема развивается при дефиците в организме йодсодержащих гормонов щитовидной железы.

Классификация отеков

По распространенности выделяют общие и местные отеки.

К общим отекам, которые распространяются на значительную часть кожи и подкожно-жировой клетчатки, относятся сердечные, почечные, кахектические, ангионевротические, воспалительные (ревматоидный артрит), к местным – застойные (тромбофлебит), воспалительные (рожистое воспаление, инфильтрация), ангионевротические (отек Квинке), аллергические (укусы насекомых).

Скопление жидкости в полостях соответственно называется: *асцит* (брюшной полости), *гидроторакс* (плевральной), *гидроперикард* (перикардиальной), *гидроцеле* (между листками серозной оболочки яичка), *гидроцефалия* (избыток жидкости в желудочках мозга – внутренняя водянка мозга и/или между мозгом и черепом – в субарахноидальном или субдуральном пространстве – внешняя водянка мозга). *Общий отек*, распространяющийся на всю кожу и подкожно-жировую клетчатку (водянка кожи) и сопровождающийся скоплением жидкости в полостях, называется *анасаркой*.

Методы выявления отеков

1. *Визуальный*: сравнение симметричных участков конечностей, обращая внимание на их размеры, выраженность контуров подкожных вен, сухожилий и костей, состояние кожных покровов (припухлость, блеск, дистрофические явления).

2. *Пальпаторный*: кончиками пальцев надавливают на кожу, расположенную вблизи подлежащей кости (большеберцовая, крестцовая, тыльная поверхность стопы и кисти) – появление ямки в месте пальпации свидетельствует о наличии отека, которые сохраняются в течение 1–2 мин, за исключением слизистого отека при микседеме (ямки не остаются).

3. *Взвешивание*: контрольное взвешивание в динамике для выявления скрытых отеков, которые на ранних стадиях не имеют внешних проявлений, а сопровождаются увеличением массы тела.

4. *Контроль за количеством выпитой и выделенной жидкости за сутки*.

ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ

Периферические лимфатические узлы группируются в подкожной клетчатке различных областей тела, где могут быть обнаружены пальпаторно, а при значительном увеличении — и визуально.

Исследование лимфатических узлов проводят в одноименных симметричных областях, соблюдая определенную *последовательность*: *подчелюстные, затылочные, околушные, заднешейные, переднешейные, надключичные, подключичные, аксиллярные, кубитальные, паховые, подколенные*. Пальпируют одновременно четырьмя пальцами обеих рук симметричные группы лимфатических узлов, за исключением кубитальных и паховых узлов, которые пальпируют поочередно, при этом одной рукой сгибают конечность больного, а другой в это время пальпируют лимфатические узлы, расположенные у основания сгиба конечности.

Размеры лимфатических узлов желательно указывать в миллиметрах или сантиметрах, а не путем сравнения с чем-либо, например, с горошиной, фасолью и др. Если лимфатический узел имеет округлую форму, необходимо указать его диаметр, а если овальную — наибольший и наименьший размеры. *В норме лимфоузлы визуально и пальпаторно не определяются*. Небольшие, диаметром от нескольких миллиметров до 1 см, одиночные лимфатические узлы могут в норме пальпироваться в подчелюстных, паховых и реже в подмышечных областях. Они округлой формы, плотноэластической консистенции, подвижные, безболезненные. Более значительное увеличение лимфатических узлов в этих областях, а также пальпируемые лимфатические узлы в других областях тела, как правило, является патологическим признаком.

Увеличение лимфатических узлов бывает местным и генерализованным. Так, увеличение лимфатического узла в какой-либо одной области обычно свидетельствует о наличии воспалительного процесса или метастазирующего опухолевого поражения в органах (тканях), из которых в данный узел оттекает лимфа, либо на патологические изменения аналогичного происхождения в самом лимфатическом узле. При остром воспалении лимфатического узла (лимфаденит) он обычно мягковато-эластической консистенции, резко болезненный, кожа над ним часто гиперемирована и горячая на ощупь. Узел может нагнаиваться с вовлечением в воспалительный процесс окружающих тканей (периаденит), а иногда вскрывается с образованием свища, из которого отходит гной. При мета-

стазе рака в лимфатический узел или первичном опухолевом его поражении (лимфосаркома) узел плотной или даже твердой консистенции, неправильной формы, иногда с неровной поверхностью. Постепенно увеличиваясь в размерах, опухоль прорастает в окружающие ткани, и пораженный лимфатический узел становится малоподвижным.

При лимфогранулематозе в дебюте заболевания выявляются выраженное увеличение и уплотнение одной из групп лимфатических узлов, чаще всего в шейных, надключичных или паховых областях. Узлы при этом могут быть одиночными или в виде тесно спаянных крупных конгломератов, но, как правило, не связаны с кожей, подвижны, безболезненны и не нагнаиваются.

Увеличенные лимфатические узлы преимущественно в затылочной области – это типичный симптом краснухи, а увеличение, главным образом, заднешейных лимфатических узлов – инфекционного мононуклеоза. Цепочки умеренно увеличенных лимфатических узлов в области шеи часто наблюдаются у больных хроническим тонзиллитом.

Появление одного или нескольких увеличенных плотных лимфатических узлов в левой надключичной ямке у медиального конца ключицы – характерный признак метастазирующего рака желудка ("вирховская железа"). Увеличение подмышечных лимфатических узлов, не связанное с нагноительными процессами в области верхних конечностей, может быть вызвано метастазами рака молочной железы.

МЫШЕЧНАЯ СИСТЕМА

Следующим этапом является исследование мышечной системы; последняя характеризуется степенью развития отдельных мышечных групп, тонусом и силой мышц. *Состояние мышц оценивают визуально, пальпаторно и проверяют их силу.*

Степень развития мышц определяют визуально: чем больше развитие мышц, тем более выражена выпуклость частей тела контур мускулатуры. Выраженность мускулатуры конечностей, кроме того, оценивается величиной диаметра конечностей визуально или измерением сантиметровой лентой. В резко выраженных случаях слабого развития мышцы можно говорить об атрофии. Атрофические состояния резче всего выражены при различных формах прогрессивных мышечных атрофий и дистрофий и при вялых параличах. Обратное состояние – гипертрофия тех или иных отдельных мышц или мышечных групп – чаще всего является рабочей гипертрофией. От истинной гипертрофии мышц надо отличать псевдогипертрофию, когда отложение жира имитирует картину хорошо развитых мышц (некоторые формы прогрессивной мышечной дистрофии).

Тонус мышц оценивается степенью сопротивления, получаемого при пассивных движениях, например, при сгибании и разгибании рук

и ног; некоторое представление о тонусе дает и пальпация мышц. Чем плотнее мышцы, тем выше их тонус. Для определения тонуса мышцы захватывают пальцами, сдавливают и оценивают ощущения по следующим критериям: сохранен (хороший – мышцы умеренно плотные, эластичные), повышенный (тонус мышц ассиметрично повышен), снижен (дряхлость мышц). Гипертония мышц затылка имеется при менингитах, гипертония мышц живота – при перитонитах и других воспалительных поражениях органов брюшной полости; воспалительные процессы в суставах и костях могут быть причиной гипертонии отдельных мышечных групп конечностей; это же может вызываться и поражением самих мышц – миозитом, внутримышечным кровоизлиянием. Общая гипотония характерна для многих заболеваний – рахита, болезни Дауна, врожденной миотонии, прогрессивной мышечной дистрофии. Гипотония отдельных мышечных групп чаще всего зависит от поражения периферического отдела рефлекторной дуги (невриты, полиомиелит) и обычно сочетается с атрофией этих же мышц.

Сила мышц определяется путем сравнения силы симметричных групп мышц: больного просят одновременно сжать обе одноименные руки исследующего и сравнивают их силу давления. Для определения *силы мышц-сгибателей* больного просят удерживать конечность (руки или ноги) в согнутом состоянии, а исследующий пытается их разогнуть. Для определения *силы мышц-разгибателей* исследующий пытается поочередно согнуть разогнутые в суставе конечности больного, который удерживает ее в таком положении. Исследование силы мышц нижних конечностей проводят у больного в положении лежа, а верхних конечностей – сидя или стоя. Диагностическое значение имеет наличие судорог – внезапное непроизвольное сокращение мышц. Различают клонические и тонические судороги. *Клонические судороги* – кратковременное сокращение мышц, чередующееся с их расслаблением. *Тонические судороги* характеризуются длительным напряжением мышц (от нескольких минут до нескольких часов и даже дней). Особенно типичны судороги для столбняка, отравления стрихнином (симптом ригидности, опистотонус, тризм жевательных мышц "сардоническая улыбка"), бешенства (судороги мышц гортани, голосовой щели, дыхательных мышц), эпилепсии, истерии, гипопаратиреозе ("рука акушера", "рыбий рот", "сардоническая улыбка").

КОСТНАЯ СИСТЕМА И СУСТАВЫ

Отмечается состояние позвоночника (искривление, ограничение подвижности), потом проводят осмотр конечностей. Определяется пропорциональность их размеров, искривления, состояние конечных фаланг пальцев рук и ног. Оценивается состояние суставов, их конфигурация, подвижность (активная и пассивная), отечность, болезненность, наличие хруста при движениях.

Детальный осмотр позвоночника проводится последовательно по отделам, начиная с шейного. Его лучше совмещать с пальпацией, что позволяет выявить не только явные, но и скрытые выпячивания, западения, смещение отдельных или нескольких позвонков, выявить участки болезненности, уплотнения и напряжения мышц, опухолевидные образования. После статического осмотра сбоку и сзади позвоночник осматривается во время наклонов вперед, в стороны, назад. При этом обращают внимание на степень участия в движении каждого отдела позвоночника. Выключение из ритма движения отдельных позвонков, группы или целого отдела позвоночника указывает на локализацию патологического процесса. В случае обнаружения отклонений при осмотре и пальпации необходимо четко указать их анатомическую локализацию – отдел позвоночника или конкретный позвонок (позвонки). Отсчет позвонков обычно начинают с VII шейного позвонка, имеющего наиболее выступающий назад остистый отросток, особенно при наклоне головы вперед. Счет проводится сверху вниз. При мощной мускулатуре отсчет позвонков лучше проводить лежа при максимальном расслаблении мышц исследуемого. У больных с ожирением остистые отростки прощупать не удастся. Выраженность изгибов позвоночника вперед и назад можно ориентировочно оценить с помощью приема Форестье. Исследуемого ставят спиной к стене и просят прижать к ней затылок, лопатки, ягодицы и пятки. Здоровому это удастся легко. При выраженном грудном кифозе или лордозе шейного отдела прижать к стенке затылок не удастся.

Больному (с учетом его общего состояния) предлагают выполнить полный объем движений поочередно во всех суставах:

- верхних конечностей (сжать пальцы в кулак, круговые движения в лучезапястных, локтевых, плечевых суставах);
- нижних конечностей (сгибание и разгибание пальцев стоп, круговые движения в голеностопных, коленных, тазобедренных суставах);
- одновременно проверить подвижность позвоночника и суставов нижних конечностей можно, попросив пациента присесть на корточки.

Движения, выполняемые пациентом самостоятельно, оцениваются как *активные движения в суставах*. Если же больной не может выполнить самостоятельно движения или же они ограничены, тогда врач сам проверяет *пассивные движения в суставах*. Для этого врач одной рукой берет исследуемый сустав, а другой рукой пытается произвести в нем движения, отмечая степень и объем данного сустава.

Тестовые задания для самоконтроля

1. Выпадение волос из внешней части бровей наблюдается при:
А. Гипертиреозе. С. Сахарном диабете. Е. Болезнь Иценко-Кушинга.
В. Микседеме. Д. Ревматизме.
2. У больных, которые находятся в пассивном положении, отеки легче всего обнаружить:
А. На стопах. Д. На нижних конечностях.
В. На лице. Е. В пояснично-крестцовом участке.
С. На верхних конечностях.
3. Как называется накопление жидкости в брюшной полости?
А. Гидроторакс. С. Плеврит. Е. Перикардит.
В. Асцит. Д. Анасарка.
4. В приемное отделение доставлен больной в бессознательном состоянии. Какое положение в постели он занимает?
А. Активное. Д. Вынужденное, лежа на животе.
В. Вынужденное, лежа на спине. Е. Любое из перечисленных выше.
С. Пассивное.
5. Больной страдает врожденным вывихом обоих тазобедренных суставов. Какая походка характерна для него?
А. Паретическая. С. Кукольная. Е. Утиная.
В. Петушиная. Д. Гемиплегическая.
6. При осмотре больного врач отметил лунообразное лицо. Для какого патологического состояния характерно такое лицо?
А. Анемия. С. Митральный порок. Е. Болезнь Иценко-Кушинга.
В. Акромегалия. Д. Тиреотоксикоз.
7. Как называется лицо больного язвенной болезнью, осложненной прободением язвы?
А. Лицо Гипократа. С. "Львиное лицо". Е. Маскообразное лицо.
В. Лицо Корвизара. Д. Лунообразное лицо.
8. Как называется лицо больного с сердечной недостаточностью?
А. Лицо Гипократа. С. "Львиное лицо". Е. Маскообразное лицо.
В. Лицо Корвизара. Д. Лунообразное лицо.
9. При каком заболевании наблюдается "полированный язык"?
А. Язвенная болезнь. С. В₁₂-дефицитная анемия. Е. Брюшной тиф.
В. Цирроз печени. Д. Холецистит.
10. При каком заболевании наблюдается "лакированный язык"?
А. Язвенная болезнь. Д. Рак желудка.
В. Цирроз печени. Е. Хронический гастрит.
С. В₁₂-дефицитная анемия.

11. При общем осмотре обнаружено, что лицо больного желтовато-бледное, с синеватым оттенком, черты обрюзглые. Рот постоянно полуоткрыт, губы цианотичны, глаза тусклые. Характерно для тяжелой сердечной недостаточности. Как называется такой тип лица у больного?

- А. Лицо "Корвизара". D. "Львиное лицо".
 В. "Одутловатое" лицо. Е. "Акромегалическое" лицо.
 С. Лицо "Гиппократа".

12. У больной при обследовании обнаружено широкое, круглое, равномерно заплывшее, с сухой бледно-желтой кожей, лишенное наружных половинок бровей, со сглаженными контурами лица, с ушедшими вглубь (застывшими) глазами (энофтальм). Наличие румянца на бледном фоне напоминает лицо куклы. Как называется такой тип лица у больной?

- А. Лицо "Корвизара". D. "Львиное лицо".
 В. "Микседематозное" лицо. Е. "Акромегалическое" лицо.
 С. Лицо "Гиппократа".

13. При осмотре у больного: лицо мертвенно-бледное, с синюшным, землистым оттенком, резко заострившимися чертами лица, глубоко запавшими, страдальческими глазами, крупными каплями холодного пота на лбу. Как называется такой тип лица?

- А. Лицо "Корвизара". D. "Львиное лицо".
 В. "Микседематозное" лицо. Е. "Акромегалическое" лицо.
 С. Лицо "Гиппократа".

14. Больной 62 лет находится в реанимационном отделении без сознания. Какое положение в постели в данной ситуации?

- А. Активное. С. Орточное. Е. Горизонтальное.
 В. Вынужденное. D. Пассивное.

15. Больной 23 лет высокого роста, лицо узкое, шея тонкая и длинная, узкая и плоская грудная клетка, эпигастральный угол менее 90°. Какой тип конституции в данном случае?

- А. Нормостенический. С. Астенический. Е. Рахитический.
 В. Гиперстенический. D. Неправильный.

Эталоны правильных ответов на тестовые задания

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
В	Е	В	С	Е	Е	А	В	С	Д	А	В	С	А	С

Учебное издание

ОБЩИЙ ОСМОТР БОЛЬНОГО. ОСМОТР ОТДЕЛЬНЫХ ЧАСТЕЙ ТЕЛА

***Методические указания к практическим занятиям
по пропедевтике внутренней медицины
для студентов медицинских факультетов
высших медицинских учебных заведений
III–IV уровней аккредитации***

Составители Ащеулова Татьяна Вадимовна
 Ковалёва Ольга Николаевна
 Герасимчук Нина Николаевна

Ответственный за выпуск Ащеулова Т. В.



Редактор М. В. Тарасенко
Корректор Е. В. Рубцова
Компьютерная верстка Е. Ю. Лавриненко

Формат 60×84/16. Усл. печ. л. 1,3. Зак. № 16-33234.

**Редакционно-издательский отдел
ХНМУ, пр. Науки, 4, г. Харьков, 61022
izdatknmu@mail.ua**

Свидетельство о внесении субъекта издательского дела в Государственный реестр издателей, изготовителей и распространителей издательской продукции серии ДК № 3242 от 18.07.2008 г.

ОБЩИЙ ОСМОТР БОЛЬНОГО. ОСМОТР ОТДЕЛЬНЫХ ЧАСТЕЙ ТЕЛА

***Методические указания
к практическим занятиям
по пропедевтике внутренней медицины
для студентов медицинских факультетов
высших медицинских учебных заведений
III–IV уровней аккредитации***