**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**

**Харківський національний медичний університет**

**ЗАГАЛЬНИЙ ОГЛЯД ХВОРОГО.**

**ОГЛЯД ОКРЕМИХ ЧАСТИН ТІЛА**

***Методичні вказівки до практичних занять***

***з пропедевтики внутрішньої медицини для студентів медичних факультетів***

***вищих медичних навчальних закладів***

***III-IV рівнів акредитації***

Затверджено

вченою радою ХНМУ.

Протокол № від .

**Харків**

**ХНМУ**

**2018**

Загальний огляд хворого. Огляд окремих частин тіла: Метод. вказ. до практичних занять з пропедевтики внутрішньої медицини для студентів медичних факультетів вищих медичних навчальних закладів III-IV рівнів акредитації / Скл. Т.В. Ащеулова, Н.М. Герасимчук. - Харків: ХНМУ, 2018. - 21 с.

Складачі Т.В. Ащеулова

Н.М. Герасимчук

**ОГЛЯД ГОЛОВИ**

Зміна величини й форми голови має діагностичне значення. Надмірне збільшення розмірів черепа зустрічається при, так званій, головній водянці (гідроцефалія). Голова ненормально малих розмірів (мікроцефалія) спостерігається в людей з уродженим розумовим недорозвиненням. Квадратна форма голови, сплощена зверху, з видатними лобовими буграми може свідчити про перенесений рахіт.

Положення голови має діагностичне значення при шийному міозиті або спондилоартриті. Мимовільні рухи голови (трясіння) бувають при паркінсонізмі (захворювання ЦНС), погойдування голови синхронно з діяльністю серця (симптом Мюссе) спостерігається при аортальній недостатності, наявні на голові фляки можуть наштовхнути лікаря на шлях з'ясування причини завзятих головних болів, епілептоїдних припадків.

**ОГЛЯД ОБЛИЧЧЯ**

1. *Одутле обличчя* спостерігається: а) внаслідок загального набряку при хворобах нирок *–* набрякле, бліде, з байдужим, сонливим поглядом; характерно для хронічної ниркової недостатності (“зморщена нирка”), *нефротичне обличчя (facies nephritica) –* різко набрякле, що заплило, блідо-сірого кольору, з набряклими повіками й вузькими очними щілинами, до невпізнанності спотворене; характерно для гострого гломерулонефриту; б) у результаті місцевого венозного застою при частих приступах ядухи й кашлю; в) *комір Стокса (collum Stoksi)* – одутлі бліді обличчя й шия: у випадку здавлювання лімфатичних шляхів при великих випотах у порожнині плеври й перикарда, при пухлинах межистіння, збільшенні медіастинальних лімфатичних вузлів, злипливому плевроперикардиті, здавлюванні верхньої полої вени.

2. *Лихоманкове* *обличчя (facies febrilis) –* гіперемія шкіри, із широко розкритими блискучими очима, нерідко із блакитнуватим відтінком склер, напіввідчиненим ротом, сухими губами й збудженим виразом. При різних інфекційних захворюваннях відрізняється деякими особливостями: *при пневмонії* характеризується однобічним рум'янцем з боку запалення (за рахунок рефлекторного розширення судин); *при висипному тифі* – загальна гіперемія одутлого обличчя, з ін´єкційними склерами (“кролячі очі”, за Ф.Г.Яновським); *при* *черевному тифі* – блідість шкіри з невеликою гіперемією в комбінації із ціанозом; при *поворотному тифі* – зі злегка жовтяничним відтінком. У хворих з туберкульозом і лихоманкою, дуже помітні “палаючі очі” на змарнілому, блідому, з обмеженим рум'янцем на щоках обличчям.

3. «*Обличчя Корвізара» (facies Corvisara, facies cordiaca) –*жовтувато-бліде, із синюватим відтінком риси брезклі. Рот постійно напіввідчинений, губи ціанотичні, очі, що злипаються, тьмяні. Характерно для важкої серцевої недостатності.

4. *Змінені риси обличчя і його вираз при різних ендокринних порушеннях:* а) *акромегалічне обличчя (facies acromegalica)* зі збільшеннямчастин, що випирають (ніс, підборіддя, вилиці) спостерігається при акромегалії й, меншою мірою, в деяких жінок при вагітності; б) *базедове обличчя (facies basedovica) –* рухливе, багате мімікою, що швидко червоніє, вологе з великими, широко відкритими, випнутими, немиготливими, блискучими очима (екзофтальм), що надають обличчю виразу застиглого переляку, страху, гніву, характерно для тиреотоксикозу; в) *мікседематозне обличчя (facies myxoedemica)* свідчить про зниження функції щитоподібної залози, характерно для гіпотиреозу й мікседеми: широке, кругле, що рівномірно заплило, із сухою блідо-жовтою шкірою, позбавлене зовнішньої частини брів, зі згладженими контурами обличчя, зі збіглими вглиб (застиглими очима) (енофтальм), а наявність рум'янцю на блідому тлі нагадує обличчя ляльки; г) *місяцеподібне кушингоїдне обличчя (facies selenica)* – кругле, *місяцеподібне*, з інтенсивно червоною лискучою шкірою і явищами гіпертрихозу (вуса, борода в жінок); характерно для хвороби Кушинга або синдрому Іценко-Кушинга, або при тривалому прийомі глюкортикоїдних препаратів.

5. *«Лев´яче обличчя” (facies leonica) –* з горбково-вузлуватими стовщеннями шкіри під очима й над бровами й з розширеним носом і глибокими складками шкіри; характерно для прокази (лепри).

6. *Обличчя «воскової ляльки» (facies pupae cerate)* – злегка одутле, дуже бліде з жовтуватим відтінком, що наче просвічується шкірою, характерно для В12-дефіцитної анемії (анемії Аддісона-Бірмера).

7. *Анемічне обличчя (facies anemica)* – бліде “безкровне обличчя” у хворих важкою залізодефіцитною анемією.

8. *Маскоподібне обличчя (“маска Паркінсона”, facies amimica) –* амімічне, маскоподібне, зі згладженими складками обличчя; властиво хворим енцефалітом, паркінсонізмом, психічними захворюваннями.

9. *«Сардонічна посмішка» (“risus sardonicus”) –* ротрозтягнутий, як при сміху, з одночасною складкою на чолі, як при гніві (“верхня частина обличчя гнівається, а нижня сміється”); обумовлена тонічним скороченням мімічної мускулатури обличчя при правці, гіпопаратиреозі.

10. *Обличчя Гіппократа (перитонеальне обличчя, facies Hyppocratica)* описані вперше Гіппократом зміни рис обличчя, пов'язані з коллаптоїдним станом, обумовленого гнійним перитонітом, важким ентероколітом, перфорацією виразки шлунка або дванадцятипалої кишки, розривом жовчного міхура, паралічем судин в агонуючих хворих. Обличчя мертвотно-бліде, із синюшним, землистим відтінком, рисами обличчя, що різко загострилися, глибоко запалими, страждальницькими очима, великими краплями холодного поту на чолі. Є прогностично несприятливою ознакою.

11. *Асиметричне обличчя (facies asymmetrica)* характеризується однобічною зглаженістю носогубної складки, опущенням однойменного кута рота. Спостерігається у хворих, що перенесли інсульт, неврит трійцевого або лицьового нерву.

**ОГЛЯД ОЧЕЙ І ПОВІК**

Огляд очей і повік дає можливість виявити ряд важливих симптомів. Набряклість нижніх повік “мішки під очима” служить першим проявом гострого нефриту й спостерігається також при анеміях, безсонні, нападоподібному кашлі, але іноді може виникати, особливо вранці, й у здорових людей. Далі звертають увагу на фарбування повік (темні повіки – хвороба Аддісона, тиреотоксикоз, туберкульоз), місцеве відкладання холестерину на повіках у вигляді жовтих цяток (ксантом) – атеросклероз, жовчнокам´яна хвороба, захворювання печінки.

Сукупність таких симптомів, як однобічне западання очного яблука, звуження очної щілини, опущення верхньої повіки й звуження зіниці, становить синдром Горнера-Клода Бернара, викликаний поразкою на однойменній стороні окозіничної симпатичної іннервації.

*Міоз**(myosis)* – звуження зіниць, спостерігається при геморрагічному інсульті, уремії, внутрішньочерепних крововиливах, пухлинах, запальних процесах, висипному тифі, спинній сухотці, хронічних отруєннях нікотином, хлороформом, наркозі, (у морфіністів – “крапкова зіниця”).

*Мідріаз (midriasis)* – розширення зіниць, спостерігається при переляку, а в патології – при коматозних станах (за винятком уремічної й апоплексичної коми); однобічний мідріаз при сифілісі, іноді при аневризмі аорти, анемії, гельмінтозах.

*Анізокорія (anisocoria)* – нерівномірне розширення зіниць; спостерігається при синдромі Горнера, сифілісі, мігрені.

*Косоокість (stabismus)* може свідчити про параліч очних м'язів; зустрічається при деяких гострих інфекціях (дифтерії), інтоксикаціях (ботулізм, отруєння свинцем), а також може бути результатом сифілітичної, туберкульозної ураження головного мозку і його оболонок (менінгіт) і наслідком крововиливу в мозок.

**ОГЛЯД НОСА, ПОРОЖНИНИ РОТА**

Зміни носа, що мають діагностичне значення.

*Червоний ніс* часто є ознакою зниженого тонусу шкірних судин, може спостерігатися при хронічному алкоголізмі й неврастенії. *Ціаноз кінчика носа (аcrocyanosis*) – при серцевій недостатності. *Участь крил носа в диханні* – об'єктивна ознака вираженої задишки. *Сідлоподібний ніс (nasus selliformis*), обумовлений деформацією зовнішнього носа, з наявністю западини в середній частині спинки в результаті недорозвинення або руйнування хрящів носа або носових костей, спостерігається при травмах або є ознакою третинного сифілісу. Деформація м'яких тканин носа спостерігається при вовчакові.

При дослідженні рота звертають увагу на його положення, розміри, симетричність кутів, оцінюють форму губ, висипання, зміни на слизових ротової порожнини, оглядають ясна, зуби, особливу увагу приділяють огляду язика, оцінюють запах з рота, стан мигдалин. При огляді порожнини рота оцінюються: фарбування слизової оболонки, наявність на ній висипу, виразок, фляків, а також будова піднебіння (високе “готичне піднебіння” і “вовча паща” при вродженій патології).

Діагностичне значення мають наступні зміни слизової оболонки порожнини рота: *жовтушність* для дійсних (патологічних) жовтух, причому жовтушність слизової м'якого піднебіння з'являється раніше іктеричності склер і є ранньою ознакою вірусного гепатиту; *плями Філатова-Копплика (енантема Філатова)*, спочатку білуваті, а потім червоні цятки із блідо-синюватими крапками в центрі є елементом висипу на слизовій і ранньою ознакою кору (до появи висипу на шкірі); *коричневі плями* на слизовій рота характерні для хвороби Аддісона; *крововиливи, афти* – дрібні ранки сіро-жовтого кольору із червоною облямівкою, висипання можна виявити при захворюваннях крові й геморрагічних діатезах. Розпушеність, набрякання й слабка кровотеча ясен характерні для цинги (з гіпо- і авітамінозом). При хронічному отруєнні свинцем по ходу вільного краю ясен з'являється сіра “*свинцева” облямівка (облямівка Бертона*); гноєтеча з ясен спостерігається при піореї, цукровому діабеті.

Відсутність багатьох зубів має велике значення в етіології ряду хвороб травної системи. Каріозні зуби як джерело інфекції можуть стати причиною захворювання інших органів. Розбіжність зубів з великими проміжками між ними властиво акромегалії. *“Гетчинсонові зуби”*– розбіжність верхніх різців з напівмісячними вирізками по вільному краю й їх поперечною зчерченістю характерні для вродженого сифілісу.

Язик відіграє важливу роль у діагностиці внутрішніх захворювань. За виразом прадавніх лікарів *“язик – дзеркало шлунка”.* Зміни з боку язика можуть спостерігатися при захворюваннях внутрішніх органів, при деяких ураженнях нервової системи, інфекційних і спадкоємних захворюваннях. Значне збільшення язика характерно для мікседеми й акромегалії, рідше зустрічається при глоситах. При ряді захворювань вид язика має свої особливості: чистий, червоний і вологий – при виразковій хворобі; малиновий – при скарлатині; сухий, покритий тріщинами й темним коричневим нальотом – при важких інтоксикаціях й інфекціях; обкладений нальотом у центрі й у кореня та чистий біля кінчика й по краях – при черевному тифі; локальні стовщення епітелію язика, так звані лейкоплакії (передракові зміни) – у курців. Атрофія сосочкового шару надає поверхні язика яскраво-червоний колір, гладкість, блиск (“полірований”, “лакований язик”), яка може спостерігатися при зниженні секреторної функції шлунка, застосуванні антибіотиків, раку шлунка, хронічних колітах, пелагрі, цирозі печінки, мегалобластній анемії. При огляді можна виявити й місцеві патологічні процеси в язиці (виразки різної етіології, сліди від прикушування язика під час епілептичного припадку).

**ОГЛЯД ШИЇ**

При огляді шиї слід звернути увагу на пульсацію сонних артерій (ознака недостатності клапанів аорти, тиреотоксикозу), набрякання й пульсацію зовнішніх яремних вен (недостатність тристулкового клапана), збільшення лімфатичних вузлів (туберкульоз, лімфолейкоз, лімфогранулематоз, метастази раку), дифузійне або часткове збільшення щитоподібної залози.

Існує кілька прийомів *пальпації щитоподібної залози.* Щитоподібну залозу можна пальпувати однієї рукою, або двома одночасно, лікар при цьому може перебувати перед пацієнтом або за. Вибирають прийом залежно від будови шиї й характеру змін у залозі.

Пальпація щитоподібної залози здійснюється у два етапи: спочатку проводиться поверхнева пальпація, слідом глибока. Дослідження проводять у спокої й під час ковтання, при цьому пацієнт перебуває в положенні стоячи або сидячи. *Поверхнева пальпація* проводиться зазвичай правою рукою — здійснюється ковзний рух по передній поверхні шиї від середини щитоподібного хряща до яремної вирізки, ліва при цьому фіксує потилицю хворого. *Глибока пальпація* проводиться великими пальцями обох рук, їх розташовують на передній поверхні часток або перешийка, а інші пальці охоплюють шию півкільцем.

Перешийок щитоподібної залози пальпується ковзним рухом великого пальця однієї руки по середній лінії шиї, спрямованим зверху вниз. При дослідженні оцінюються наступні параметри:

- розміри й характер збільшення (дифузійне, вузлове, змішане);

- консистенція (щільно або м´якоеластична);

- особливості поверхні (гладка, горбиста);

- наявність або відсутність вузлуватих утворень;

- болючість;

- пульсація (у нормі відсутня).

У нормі *щитоподібна залоза* пальпаторно *практично не визначається, поверхня її гладка, консистенція* м´якоеластична *однорідна.*

**ОГЛЯД ШКІРИ**

При дослідженні шкірних покривів слід обертати увагу на колір шкіри, її вологість, тургор, наявність набряклості, стан венозної сітки, волосяного покриву, наявність крововиливу в шкірі, висипів, фляків.

***Колір шкіри.***Для вірного судження про колір шкіри найкраще проводити її огляд при денному освітленні. У нормі колір шкіри — блідо-рожевий. Він визначений наявністю пігменту, ступенем розвитку судинної сітки шкіри, кількістю крові в шкірних капілярах, морфологічним і хімічним складом крові, товщиною шкіри й її іннервацією. *Блідість шкірних покривів* може бути обумовлена анемією. Блідість шкіри без анемії спостерігається при спастичному скороченні судин шкіри (короткочасному — запаморочення, нудота, або тривалому – нефрит).

*Червоність шкіри або гіперемія* – обмежене або дифузне почервоніння шкіри, може бути фізіологічною й патологічною. *Фізіологічна гіперемія* спостерігається при поверхневому розташуванні судин (постійна й рівномірна), або при вазомоторних реакціях за рахунок розширення судин (робота в гарячих цехах, перебування на сонці, хвилювання, вживання алкоголю) у вигляді плям на шкірі, частіше обличчі й шиї; відрізняється лабільністю й нерівномірністю.

*Патологічна гіперемія* також може носити постійний і минущий характер. *Постійна дифузна гіперемія* спостерігається при значному підвищенні рівня гемоглобіну й еритроцитів у крові при хворобі Вакеза (еритремія), істинній поліцитемії, злоякісних новоутвореннях. *Минуща гіперемія*, обумовлена рефлекторним розширенням судин, може спостерігатися при високій лихоманці, пневмонії й мігрені з однобічним рум'янцем на ураженій стороні (внаслідок рефлекторного розширення судин).

*Ціаноз або синюшність* – синювато-фіолетовий колір шкіри й слизових оболонок, обумовлений зміною якісного складу крові (надлишковий вміст вуглекислого газу й відновленого гемоглобіну) або венозним застоєм. Залежно від поширеності розрізняють дифузний (центральний, загальний), периферичний (акроціаноз), місцевий ціаноз. *Дифузний (загальний) ціаноз* може спостерігатися при хронічних захворюваннях органів дихання; отруєнні гемолітичними отрутами з утворенням метгемоглобіну (бертолетовою сіллю, нітробензолом); змішання крові при вроджених вадах (незарощення міжшлуночкової і міжпередсердної перегородки). *Периферичний ціаноз або акроціаноз* спостерігається при венозному застої й нагромадженні відновленого гемоглобіну в крові у хворих серцевою недостатністю. *Місцевий або локальний ціаноз* спостерігається при здавлюванні судин і парезі судинорухових нервів у хворих тромбофлебітом.

*Жовтушність або іктеричність*шкірних покривів і слизових оболонок обумовлена підвищенням вмісту білірубіну в крові (білірубінемія). Фарбування шкіри від світлолимонного до жовтогарячого й зеленуватих відтінків залежить від ступеня білірубінемії. Початкова й незначна жовтушність слизових оболонок і склер називається *субіктеричністю* (*subicterus*) і спостерігається у хворих серцевою недостатністю внаслідок здавлювання жовчних протоків при застійній печінці, при вираженій кахексії, хронічному алкоголізмі.

Розрізняють фізіологічну, неправильну й патологічну жовтяниці (диференціальна діагностика останніх відображена в таблиці 3).

*Фізіологічну жовтяницю* можна спостерігати у немовлят у перші дні після народження (фізіологічна жовтяниця немовлят), обумовлена гемолізом надлишкової кількості еритроцитів у результаті перебудови й адаптації організму до зовнішнього дихання.

*Неправильна жовтяниця або ксантоз* обумовлена вживанням великої кількості моркви й апельсинів (харчова жовтяниця) або застосуванням акрихіну й пікринової кислоти (лікарська жовтяниця).

*Патологічну (істинну) жовтяницю* залежно від причин виникнення умовно ділять на наступні види: *гемолітична або надпечіночна, світло-лимонний відтінок* шкіри, обумовлена підвищеним гемолізом еритроцитів і нагромадженням у крові непрямого білірубіну; спостерігається при малярії, В12-дефіцитній анемії, сепсисі, отруєнні гемолітичними отрутами; *паренхіматозна або печіночна шафраново-жовтий відтінок* шкіри, обумовлена ураження гепатоцитів і порушенням їх функції (перетворення непрямого білірубіну в прямій), спостерігається при вірусному гепатиті, отруєннях гепатотоксичними отрутами; *механічна або підпечінкова* жовтого відтінку, пізніше, внаслідок окиснення білірубіну здобуває зеленуватий, потім темно-маслиновий і нарешті – чорно-жовтий відтінок; обумовлена порушенням відтоку жовчі в результаті здавлювання жовчновивідних шляхів і нагромадженням у крові прямого й непрямого білірубіну, спостерігається при захворюваннях жовчно-вивідних шляхів (калькульознй холецистит, жовчнокам’яна хвороба), пухлини голівки підшлункової залози, рубцевих змінах в області фатерова сосочка дванадцятипалої кишки. Диференціальну діагностику жовтух представлено в *таблиці 1*.

**Таблиця 1**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Клінічні ознаки | Види жовтух | |
| Істинна | Хибна |
| Локалізація жовтяниці | З'являється насамперед на м'якому піднебінні, склерах, слизових губ, потім жовтіють шкірні покриви, і нарешті, шкіра долонь і стоп; зникає жовтяниця у зворотній послідовності | Спочатку локалізується на долонях і стопах, але ніколи не поширюється на слизові оболонки й склери |
| Сверблячка шкіри | присутня | відсутня |
| Розчухи на шкірі | присутні | відсутні |

*Бронзовий* колір спостерігається при аддісоновій хворобі. Причину пігментації зв'язують із гіперсекрецією й збільшенням активності меланоформного гормону гіпофіза. Може відзначатися повна відсутність пігменту (альбінізм), або часткова втрата на окремих ділянках шкіри у вигляді білих плям.

***Вологість шкірних покривів*** перевіряють шляхом ковзання тильною поверхнею кистей рук на симетричних ділянках тіла. У нормі шкіра волога, що залежить від постійного виділення на поверхню шкіри мікроскопічних крапель поту. Посилена вологість шкіри спостерігається при надлишковому потовиділенні, наприклад при високій температурі навколишнього середовища, при вживанні за короткий проміжок часу великої кількості рідини, при важкій м'язовій роботі, при критичному спаді температури тіла, при важких ендокардитах, септичних станах та ін.

Підвищена сухість шкіри спостерігається при великій втраті організмом рідини при блювоті, поносі, при надлишковому виведенні рідини з організму нирками, наприклад при цукровому діабеті, а також при зниженій функції потових залоз, наприклад при введенні атропіну, при гіпотиреозі.

***Тургор шкіри –*** ступінь напруги тканин, обумовлена станом іннервації, кровопостачання й обміну речовин. Еластичність – гнучкість або піддатливість шкіри.

Методи визначення тургору й еластичності:

*– візуальний* – візуально оцінюється заокругленість контурів і округлі форми тіла, особливо рис обличчя;

*–пальпаторний* – оцінюється стан шкірної складки на тильній поверхні кисті між першим і вказівним пальцями або передпліччя в момент її збирання або розправлення, для чого треба двома пальцями взяти шкіру в складку.

При цьому у випадку нормального тонусу, відчувається, що шкіра щільна, але пружна, має достатню товщину, не відділяється від підшкірної клітковини й миттєво розправляється після зняття пальців. Діагностичне значення має зниження тургору у випадках: онкологічної патології (ракова кахексія), стенозу воротаря або стравоходу, важких гастроентеритів, ендокринних захворюваннях (Базедова хвороба й хвороба Аддісона), інфекційних захворюваннях зі зневоднюванням (холера, дизентерія), особливо різко знижена пружність шкіри (гіпереластичність шкіри) при хворобі Елерса-Данлоса.

***Шкірні елементи*** – загальна назва осередкових патологічних змін шкіри й слизових оболонок, які є як симптомами ураження самої шкіри, так і зовнішнім проявом захворювань внутрішніх органів, інфекційних захворювань, алергійних процесів.

*Метод виявлення* – огляд при денному світлі. Якщо при огляді виявлений висип – по ній проводять пальцем (піднімається він над поверхнею шкіри чи ні) або злегка надавлюють на неї для відмінності розеоли від петехій: розеоли при натисненні зникають, а петехії зберігаються. При наявності фляків визначають не тільки їх локалізацію, але й пальпаторно зрощення з підлягаючими тканинами. Деякі шкірні елементи представлено в *таблиці 2*.

**Таблиця 2**

|  |  |
| --- | --- |
| Еритема | Обмежене почервоніння шкіри, що піднімається над її поверхнею, спостерігається при бешиховому запаленні, вузлуватій еритемі, септичних захворюваннях, менінгіті, а також при застосуванні ліків (хінін, йод, бром) і харчових продуктів (суниця, раки). У хворих системним червоним вовчаком спостерігається еритема шкіри обличчя у вигляді метелика |
| Розеола | Блідо-рожеві великі цятки діаметром 2-3 мм (зі шпилькову голівку, конопельне зерно або чечевичку), що злегка піднімаються над шкірою й спостерігаються при: черевному тифі, висипному тифі, сифілісі (характерна ознака другого періоду захворювання), рідше грипі й паратифах. |
| Петехія | Дуже дрібні крапкові крововиливи, подібно розеолі, із крововиливом у центрі (нагадують червоні крапки). |
| Синці | Червоні плями різної величини, форми, локалізації, що зберігаються при натисненні, й змінюють фарбування в процесі еволюції від червоно-фіолетового до жовто-зеленого й білуватого кольору. Проявляються при травмах, забитий місцях, укусах, захворюваннях крові (гемофілія, хвороби Верльгофа, гострі лейкози, мегалобластна анемія, капілляротоксикоз), захворювання печінки (цироз, ехінококоз), гіпо- і авітамінозах (вітамінів С и К), інфекційних захворюваннях, (висипний тиф, ботулізм, септичні захворювання) |
| Телеангіоектазії, або “судинні зірочки” | Темно-червоні плями на шкірі, слизовій оболонці діаметром 2-10 мм, що зникають при натисненні; обумовлені розширенням дрібних судин при порушенні функції печінки (цирозі) |
| Макула | Обмежена пляма |
| Кропивниця або уртикарне висисипання | Чітко обмежені блідо-рожеві з перламутровим відтінком, що піднімаються над шкірою пухирі, що сильно сверблять (подібно опіку кропиви); при алергійних реакціях, гельмінтозах, захворюваннях органів травлення, цукровому діабеті |
| Папула | Вузликоподібне утворення, яке не має порожнини, і яке трохи піднімається над поверхнею шкіри |
| Пустула | Міхуроподібне утворення на шкірі, заповнене гноєм |
| Рубець | Щільні утворення, що складаються із гіалінізованої, багатої колагеновими волокнами сполучної тканини, що виникли в результаті репаративної регенерації як результат запального процесу, що свідчить про перенесені травми, опіки, операції, інфекції (віспа, туберкульоз, сифіліс) |
| Виразка | Дефект шкіри або слизової оболонки й підлягаючих тканин з порушеним або значним уповільненим заживанням. Розрізняють залежно від етіології: гангренозні, варикозні, хімічні, променеві виразки, стероїдні |
| Пролежні | Трофічні розлади шкіри (спочатку почервоніння шкіри, а потім і утворення глибокої виразки), які найчастіше виникають у важких і виснажених хворих, які тривалий період перебувають на ліжковому режимі, наприклад, при важких ураженнях головного й спинного мозку |
| Десквамація | Лущення шкіри, відділення з поверхні шкіри рожевих лусочок епідермісу |
| Екскоріація | Розчухи на шкірі у вигляді лінійних поверхневих порушень цілісності шкіри слизових |
| Розширення підшкірних вен | На передній черевній стінці утворюється своєрідний малюнок, який називають «*голова Медузи»* (*caput Medusa*); обумовлене утворенням кава-кавальних анастомозів внаслідок підвищення тиску в системі воротної вени при її тромбозі або здавлювання ззовні; спостерігається у хворих з портальним цирозом печінки, серцевою недостатністю (застій у великому колі кровообігу) |

**ДЕРИВАТИ ШКІРИ**

***Волосяний покрив.*** Визначають тип оволосіння, випадання волосся, посивіння, гіпертрихоз (надмірне оволосіння всього тіла). Гіпертрихоз може бути вродженим, але частіше при пухлинах кори надниркова залоза (синдром Іценко-Кушинга), статевих залоз. Зменшення росту волосся – при мікседемі, цирозах печінки, євнухоїдизмі й інфантилізмі.

***Нігті.*** Визначається їхня форма, наприклад у вигляді «годинникового скла» при захворюваннях печінки, легенів; ламкість, колір, зчерченість нігтів. Підвищена ламкість спостерігається при мікседемі, анеміях, гіповітамінозах.

**РОЗВИТОК ПІДШКІРНО-ЖИРОВОЇ КЛІТКОВИНИ**

Оцінюючи підшкірну клітковину, звертають увагу на ступінь її розвитку й рівномірність відкладання на різних ділянках тіла. З метою визначення стану вгодованості застосовують, крім огляду пальпацію, а також антропометричні методи. Із цією метою над простором Траубе (у лівому підребер'ї) двома пальцями збирають шкірну складку й вимірюють її товщину. У нормі товщина цієї складки становить близько 2 см. Товщина менш 1,5 см свідчить про знижений ступінь вгодованості, понад 2 см – про надмірний. Більш точні дані про стан угодованості можна одержати визначаючи індекс маси тіла, про що вже було сказано раніше.

**НАБРЯКИ**

***Набряк*** – форма порушення водного балансу організму, що характеризується нагромадженням надлишку рідини в міжклітинному просторі й/або порожнинах тіла. *Початкові набряки (пастозність)*, в основному шкіри й підшкірної клітковини, характеризуються зблідненням і зниженням еластичності шкіри, при пальпації визначаються появою неглибоких «ямок» на обмежених ділянках (гомілки), які швидко зникають (до 1 хвилини).

***Види набрякової рідини***

• Транссудату — бідної білком (менш 2%) рідини

• Ексудату — багатої білком (більш 3%, іноді до 7-8%) рідини, що часто містить формені елементи крові.

• Слизу, що представляє собою суміш із води й колоїдів межуточной тканини, що містять гіалуронову й хондроітинсірчану кислоти. Цей вид набряку називають слизовим, або мікседемою. Мікседема розвивається при дефіциті в організмі гормонів щитоподібної залози, що містять йод.

***Класифікація набряків***

*За поширеністю виділяють загальні й місцеві набряки.*

До загальних набряків, які поширюються на значну частину шкіри й підшкірно-жирової клітковини, відносяться: серцеві, ниркові, кахектичні, ангіоневротичні, запальні (ревматоїдний артрит), до місцевих – застійні (тромбофлебіт), запальні (бешихове запалення, інфільтрація), ангіоневротичні (набряк Квінке), алергійні (укуси комах).

Скупчення рідини в порожнинах відповідно називається: *асцит* (черевної порожнини), *гідроторакс* (плевральної), *гідроперикард* (перикардіальної), *гідроцеле* (між листками серозної оболонки яєчка), *гідроцефалія* (надлишок рідини в шлуночках мозку – внутрішня водянка мозку й/або між мозком і черепом – у субарахноідальному або субдуральному просторі – зовнішня водянка мозку). *Загальний набряк*, що розповсюджується на всю шкіру й підшкірно-жирову клітковину (водянка шкіри), й супроводжується скупченням рідини в порожнинах, називається *анасаркою*.

***Методи виявлення набряків***

*1. Візуальний:* порівняння симетричних ділянок кінцівок,звертаючи увагу на їх розміри, виразність контурів підшкірних вен, сухожиль і костей, стан шкірних покривів (припухлість, блиск, дистрофічні явища).

2. *Пальпаторний:* кінчиками пальців надавлюють на шкіру, розташовану поблизу підлягаючої кістки (великогомілкова, крижова, тильна поверхня стопи й кисті) – поява ямки в місці пальпації свідчить про наявність набряку, які зберігаються протягом 1-2 хв., за винятком слизового набряку при мікседемі (ямки не залишаються).

3. *Зважування:* контрольне зважування в динаміці для виявлення прихованих набряків, які на ранніх стадіях не мають зовнішніх проявів, а супроводжуються збільшенням маси тіла.

4. *Контроль над кількістю випитої й виділеної рідини за добу.*

**ЛІМФАТИЧНІ ВУЗЛИ**

Периферичні лімфатичні вузли групуються в підшкірній клітковині різних областей тіла, де можуть бути виявлені пальпаторно, а при значному збільшенні — і візуально.

*Дослідження лімфатичних вузлів* проводять в однойменних симетричних областях, дотримуючи певної *послідовності: підщелепні, потиличні, привушні, задньошийні, передньошийні, надключичні, підключичні, аксилярні, кубітальні, пахові, підколінні.* Пальпують одночасно чотирма пальцями обох рук симетричні групи лімфатичних вузлів, за винятком кубітальних і пахових вузлів, які пальпують по черзі, при цьому однієї рукою згинають кінцівку хворого, а іншою в цей час пальпують лімфатичні вузли, розташовані в основі згину кінцівки.

Розміри лімфатичних вузлів бажано вказувати в міліметрах або сантиметрах, а не шляхом порівняння із чим-небудь, наприклад, з горошиною, квасолею й ін. Якщо лімфатичний вузол має округлу форму, необхідно вказати його діаметр, а якщо овальну форму, — найбільший і найменший розміри. *У нормі лімфовузли візуально й пальпаторно не визначаються*. Невеликі, діаметром від декількох міліметрів до 1 см, одиночні лімфатичні вузли можуть у нормі пальпуватися в підщелепних, пахових і, рідше, у пахвових областях. Вони округлої форми, щільноеластичної консистенції, рухливі, безболісні. Більш значне збільшення лімфатичних вузлів у цих областях, а також лімфатичні вузли, що пальпуються в інших областях тіла, як правило, є патологічною ознакою.

Збільшення лімфатичних вузлів буває місцевим і генералізованим. Так, збільшення лімфатичного вузла в якій-небудь одній області зазвичай свідчить про наявність запального процесу або метастазуючого пухлинного ураження в органах (тканинах), з яких у даний вузол відтікає лімфа, або на патологічні зміни аналогічного походження в самому лімфатичному вузлі. При гострому запаленні лімфатичного вузла (лімфаденіт) він зазвичай м´якувато-еластичної консистенції, різко болючий, шкіра над ним часто гіперемована й гаряча на дотик. Вузол може нагноюватись із залученням у запальний процес навколишніх тканин (періаденіт), а іноді розкривається з утворенням свища з якого відходить гній. При метастазі раку в лімфатичний вузол або первинному пухлинному його ураженні (лімфосаркома) вузол щільної або навіть твердої консистенції, неправильної форми, іноді з нерівною поверхнею. Поступово збільшуючись у розмірах, пухлина проростає в навколишні тканини й уражений лімфатичний вузол стає малорухомим.

При лімфогранульоматозі на початку захворювання виявляються виражене збільшення й ущільнення однієї із груп лімфатичних вузлів, частіше всього в шийних, надключичних або пахових областях. Вузли при цьому можуть бути одиночними або у вигляді тісно спаяних великих конгломератів, але, як правило, не пов'язані зі шкірою, рухливі, безболісні й не нагноюються.

Збільшені лімфатичні вузли переважно в потиличній області — це типовий симптом краснухи, а збільшення, головним чином, задньошийних лімфатичних вузлів — інфекційного мононуклеозу. Ланцюжки помірно збільшених лімфатичних вузлів в області шиї часто спостерігаються у хворих хронічним тонзилітом.

Поява одного або декількох збільшених щільних лімфатичних вузлів у лівій надключичній ямці біля медіального кінця ключиці — характерна ознака метастазуючого рака шлунка ("вирховська залоза"). Збільшення пахвових лімфатичних вузлів, не пов'язане з гнійними процесами в області верхніх кінцівок, може бути викликане метастазами раку молочної залози.

**М'ЯЗОВА СИСТЕМА**

Наступним етапом є дослідження м'язової системи; остання характеризується ступенем розвитку окремих м'язових груп, тонусом і силою м'язів. *Стан м'язів оцінюють візуально, пальпаторно й перевіряють їхню силу.*

*Ступінь розвитку м´язів визначають візуально:* чим більше розвиток м´язів, тим більше виражена опуклість частин тіла контур мускулатури. Виразність мускулатури кінцівок, крім того, оцінюється величиною діаметра кінцівок візуально або виміром сантиметровою стрічкою. У різко виражених випадках слабкого розвитку м'яза можна говорити про атрофію. Атрофічні стани різкіше всього виражені при різних формах прогресивних м'язових атрофій та дистрофій і при млявих паралічах. Зворотний стан — гіпертрофія тих або інших окремих м'язів або м'язових груп — найчастіше є робочою гіпертрофією. Від дійсної гіпертрофії м'язів треба відрізняти хибногіпертрофію, коли відкладання жиру симулює картину добре розвинених м'язів (деякі форми прогресивної м'язової дистрофії).

*Тонус м'язів* оцінюється ступенем опору, одержуваного при пасивних рухах, наприклад при згинанні й розгинанні рук і ніг; деяке уявлення про тонус дає й пальпація м'язів. Чим щільніше м'язи, тем вище їх тонус. Для визначення тонусу м'яз захоплюють пальцями, здавлюють і оцінюють відчуття за наступними критеріями: збережений (гарний – м'язи помірно щільні, еластичні), підвищений (тонус м'язів асиметрично підвищений), знижений (дряхлість м'язів). Гіпертонія м'язів потилиці наявна при менінгітах, гіпертонія м'язів живота — при перитонітах й інших запальних ураженнях органів черевної порожнини; запальні процеси в суглобах і кістках можуть бути причиною гіпертонії окремих м'язових груп кінцівок; це ж може викликатися й поразкою самих м'язів — міозитом, внутрішньом'язовим крововиливом. Загальна гіпотонія характерна для багатьох захворювань — рахіту, хвороби Дауна, вродженої міотонії, прогресивної м'язової дистрофії. Гіпотонія окремих м'язових груп, найчастіше залежить від ураження периферичного відділу рефлекторної дуги (неврити, поліомієліт) і зазвичай сполучається з атрофією цих же м'язів.

*Сила м'язів* визначається шляхом порівняння сили симетричних груп м'язів: хворого просять одночасно стиснути обидві однойменні руки, досліджувача й порівнюють їх силу тиску. Для визначення *сили м'язів-згиначів* хворого просять утримувати кінцівку (руки або ноги) у зігнутому стані, а досліджувач намагається їх розігнути. Для визначення *сили м'язів-розгиначів* досліджувач намагається по черзі зігнути розігнуті в суглобі кінцівки хворого, який утримує її в такому положенні. Дослідження сили м'язів нижніх кінцівок проводять у хворого в положенні лежачи, а верхніх кінцівок – сидячи або стоячи. Діагностичне значення має наявність судом – раптове мимовільне скорочення м'язів. Розрізняють клонічні й тонічні судоми. *Клонічні судоми* – короткочасне скорочення м'язів, що чергуються з їхнім розслабленням. *Тонічні судоми* характеризуються тривалою напругою м'язів (від декількох хвилин до декількох годин і навіть днів). Особливо типові судоми для правця, отруєння стрихніном (симптом ригідності, опістотонус, тризм жувальних м'язів “сардонічна посмішка”), сказу (судоми м'язів гортані, голосової щілини, дихальних м'язів), епілепсії, істерії, гіпопаратиреозі („рука акушера”, „риб'ячий рот”, „сардонічна посмішка”).

**КІСТКОВА СИСТЕМА Й СУГЛОБИ**

Відзначається стан хребта (скривлення, обмеження рухливості), потім проводять огляд кінцівок. Визначається пропорційність їх розмірів, скривлення, стан кінцевих фаланг пальців рук і ніг. Оцінюється стан суглобів, їх конфігурація, рухливість (активна й пасивна), набряклість, болючість, наявність хрускоту при рухах.

*Детальний огляд хребта* проводиться послідовно по відділах, починаючи із шийного. Його краще сполучати з пальпацією, що дозволяє виявити не тільки явні, але й приховані випинання, западання, зсув окремих або декількох хребців, виявити ділянки болючості, ущільнення й напруги м'язів, пухлиноподібні утворення. Після статичного огляду збоку й позаду хребет оглядається під час нахилів уперед, у сторони, назад. При цьому звертається увага на ступінь участі в русі кожного відділу хребта. Вилучення з ритму руху окремих хребців, групи або цілого відділу хребта вказує на локалізацію патологічного процесу. У випадку виявлення відхилень при огляді й пальпації необхідно чітко вказати їхню анатомічну локалізацію — відділ хребта або конкретний хребець (хребці). Відлік хребців зазвичай починають із VII шийного хребця, що має найбільш виступаючий назад остистий відросток, особливо при нахилі голови вперед. Рахунок проводиться зверху вниз. При потужній мускулатурі відлік хребців краще проводити лежачи при максимальному розслабленні м'язів досліджуваного. У хворих з ожирінням остисті відростки прощупати не вдається. Виразність вигинів хребта вперед та назад можна орієнтовно оцінити за допомогою прийому Форестьє. Досліджуваного ставлять спиною до стіни й просять притиснути до неї потилицю, лопатки, сідниці й п'яти. Здоровому це вдається легко. При вираженому грудному кіфозі або лордозі шийного відділу притиснути до стінки потилицю не вдається.

Хворому (з обліком його загального стану) пропонують виконати повний обсяг рухів по черзі у всіх суглобах:

– верхніх кінцівок (стиснути пальці в кулак, кругові рухи в променезап´ясткових, ліктьових, плечових суглобах);

– нижніх кінцівок (згинання й розгинання пальців стоп, кругові рухи в гомілковостопних, колінних, тазостегнових суглобах);

– одночасно перевірити рухливість хребта й суглобів нижніх кінцівок можна, попросивши пацієнта присісти навпочіпки.

Рухи, виконувані пацієнтом самостійно, оцінюються як *активні рухи в* суглобах. Якщо ж хворий не може виконати самостійно рухи або ж вони обмежені, тоді лікар сам перевіряє *пасивні рухи в суглобах.* Для цього лікар однієї рукою бере досліджуваний суглоб, а іншою рукою намагається виробити в ньому рухи, відзначаючи ступінь і обсяг даного суглоба.

**Тестові завдання для самоконтролю**

1. Випадіння волосся із зовнішньої частини брів спостерігається при:

*А. Гіпертиреозі.*

*В. Мікседемі.*

*С. Цукровому діабеті.*

*D. Ревматизмі.*

*Е. Хворобі Іценко-Кушинга.*

2. У хворих, які перебувають у пасивному положенні, набряки легше всього виявити:

*А. На стопах.*

*В. На обличчі.*

*С. На верхніх кінцівках.*

*D. На нижніх кінцівках.*

*Е. У попереково-крижовій ділянці.*

3. Як називається акумуляція рідини в черевній порожнині:

*А. Гідроторакс.*

*В. Асцит.*

*С. Плеврит.*

*D. Анасарка.*

*Е. Перикардит.*

4. У прийомне відділення доставлений хворий у несвідомому стані. Яке положення в ліжку він займає?

*А. Активне.*

*B. Вимушене, лежачи на спині.*

*С. Пасивне.*

*D. Вимушене, лежачи на животі.*

*Е. Кожне з вище перерахованих.*

5. Хворий страждає вродженим вивихом обох тазостегнових суглобів. Яка хода характерна для нього?

*А. Паретична.*

*B. Півняча.*

*С. Лялькова.*

*D. Геміплегічна.*

*Е. Качина.*

6. При огляді хворого лікар відзначив місяцеподібне обличчя. Для якого патологічного стану характерно таке обличчя?

*А. Анемії.*

*В. Акромегалії.*

*С. Мітральної вади.*

*D. Тиреотоксикозу.*

*Е. Хвороби Іценко-Кушинга.*

7. Як називається обличчя хворого виразковою хворобою, ускладненої проривом виразки?

*А. Обличчя Гіппократа.*

*B. Обличчя Корвізара.*

*С. «Левине обличчя».*

*D. Місяцеподібне обличчя.*

*Е. Маскоподібне обличчя.*

8. Як називається обличчя хворого із серцевою недостатністю?

*А. Обличчя Гіппократа.*

*B. Обличчя Корвізара.*

*С. «Левине обличчя».*

*D. Місяцеподібне обличчя.*

*Е. Маскоподібне обличчя.*

9. При якому захворюванні спостерігається «полірований язик»?

*А. Виразкова хвороба.*

*B. Цироз печінки.*

*С. В12-дефіцитна анемія.*

*D. Холецистит.*

*Е. Черевний тиф.*

10. При якому захворюванні спостерігається «лакований язик»?

*А. Виразкова хвороба.*

*B. Цироз печінки.*

*С. В12-дефіцитна анемія.*

*D. Рак шлунка.*

*Е. Хронічний гастрит.*

11. При загальному огляді виявлено, що обличчя хворого, жовтувато-бліде, із синюватим відтінком, риси брезклі. Рот постійно привідкритий, губи ціанотичні, очі тьмяні. Характерно для важкої серцевої недостатності. Як називається такий тип обличчя у хворого?

*А. Обличчя «Корвізара».*

*В. «Одутле» обличчя.*

*С. Обличчя «Гіппократа».*

*D. «Левине обличчя».*

*Е. «Акромегалічне» обличчя.*

12. У хворої при обстеженні виявлене широке, кругле, що рівномірно заплило, із сухою блідо-жовтою шкірою, позбавлене зовнішніх половин брів, зі згладженими контурами обличчя, зі збіглими вглиб (застиглими очима) (енофтальм). Наявність рум'янцю на блідому тлі нагадує обличчя ляльки. Як називається такий тип обличчя у хворого?

*А. Обличчя «Корвізара».*

*В. «Мікседематозне» обличчя.*

*С. Обличчя «Гіппократа».*

*D. «Левине обличчя».*

*Е. «Акромегалічне» обличчя.*

13. При огляді у хворого: обличчя мертвотно-бліде, із синюшним, землистим відтінком, рисами, що різко загострилися, очима, що глибоко запали, страждальницькими очима, великими краплями холодного поту на чолі. Як називається такий тип обличчя ?

*А. Обличчя «Корвізара».*

*В. «Мікседематозне» обличчя.*

*С. Обличчя «Гіппократа».*

*D. «Левине обличчя».*

*Е. «Акромегалічне» обличчя.*

14. Хворий С., 62 р., перебуває в реанімаційному відділенні, без свідомості. Яке положення в ліжку в даній ситуації?

*А. Активне.*

*Б. Вимушене.*

*С. Ортопное.*

*D. Пасивне.*

*Е. Горизонтальне.*

15. Хворий В. 23 р., високого зросту, обличчя вузьке, шия тонка й довга, вузька й пласка грудна клітина, епігастральний кут менш 90˚. Який тип конституції в цьому випадку?

*А. Нормостенічний.*

*B. Гіперстенічний.*

*С. Астенічний.*

*D. Неправильний.*

*Е. Рахітичний.*

**Еталони правильних відповідей на тестові завдання:**

1.В; 2.Е; 3.В; 4.З; 5.Е; 6.Е; 7.А; 8.B; 9.З; 10.D, **11**.А; 12.B; 13.C; 14.D; 15.С.

Методичні вказівки

**ЗАГАЛЬНИЙ ОГЛЯД ХВОРОГО.**

**ОГЛЯД ОКРЕМИХ ЧАСТИН ТІЛА**

Складачі: Тетяна Вадимівна. Ащеулова

Ніна Миколаївна Герасимчук

Відповідальний за випуск Ащеулова Т.В.

Редактор \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Коректор\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Комп’ютерна верстка\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

План 201\_\_\_, поз.\_\_\_, Ризографія.

Ум.друк.л.\_\_\_.Наклад 300 екз. Зам. №\_\_\_\_. Ціна\_\_\_\_.

пр. Науки, 4, м.Харків, ХНМУ, 61022

Редакційно-видавничий відділ