

В.М. Нечаев

ПРОПЕДЕВТИКА КЛИНИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН

**Под общей редакцией
академика РАН В.Т. Ивашкина**

УЧЕБНИК ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ УЧИЛИЩ И КОЛЛЕДЖЕЙ

Министерство образования и науки РФ

Рекомендовано ГОУ ВПО «Московская медицинская академия
имени И.М. Сеченова» в качестве учебника для студентов
учреждений среднего профессионального образования,
обучающихся по специальности 31.02.01 «Лечебное дело»
по ПМ. 01 «Диагностическая деятельность»,
МДК. 01.01. «Пропедевтика клинических дисциплин»



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2018

СХЕМА ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ. СУБЪЕКТИВНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. ОБЩИЙ ОСМОТР

Врачебная история болезни является одним из основных медицинских документов. В ней отражены результаты субъективного и объективного исследования больного, данные лабораторно-инструментальных методов исследования больного, записи сторонних консультантов, клинический диагноз и его обоснование, характер лечения с указанием медикаментов и их дозировок, а также динамика заболевания в виде дневников и этапных эпикризов. История болезни есть в то же время юридический документ, по которому в значительной степени оценивается качество медицинской помощи.

История болезни оформляется по официально утвержденному стандарту в определенном порядке. На титульном листе приводятся паспортные данные, сведения о страховой компании с указанием серии и номера страхового полиса. Затем следуют данные опроса (сбор жалоб, анамнеза заболевания и анамнеза жизни) и общего осмотра больного, исследование органов дыхания, кровообращения, пищеварения, мочеотделения, внутренней секреции и нервно-психический статус и (при необходимости) хирургический статус. После данных клинического обследования формулируется предварительный диагноз и намечается план инструментального обследования пациента.

Опрос больного начинается с детального выяснения его жалоб, которые по своей диагностической ценности подразделяются на основные и второ-

степенные. Основными называются жалобы, указывающие на диагноз основного заболевания. На практике это то, что в наибольшей степени беспокоит больного. Второстепенными являются жалобы, указывающие на диагноз сопутствующего (фонового) заболевания, или же дополняющие и конкретизирующие основные. Следует иметь в виду, что диагностическая ценность различных жалоб в процессе обследования больного может существенно измениться. Пример: у больного Н. наибольшие страдания вызывают сильные боли в коленных суставах, обусловленные артрозом. В гораздо меньшей степени его беспокоит дегтеобразный жидкий стул (мелена), вызванный кровоточащей медикаментозной язвой желудка. Несмотря на специфику субъективного восприятия пациентом собственного состояния, диагнозом основного заболевания будет язва желудка.

Некоторые больные не всегда способны вразумительно выразить свои ощущения. В этих случаях им следует задавать наводящие вопросы или же опрашивать близких и родственников. Чем опытнее врач, чем больше он знаком с картиной различных заболеваний, тем легче ему подобрать вопросы, необходимые для детализации предъявленных жалоб. Диагностически значимыми являются лишь те жалобы, которые отображают конкретные симптомы заболеваний. Жалобы «на гастрит» или «бронхиальную астму» некорректны. Уже из полученных ответов врач в состоянии составить себе представление о той системе органов, нарушение функции которой лежит в основе заболевания. Далее при необходимости задаются вопросы относительно иных симптомов, которыми может проявляться данное заболевание, но на которые сам больной в силу ряда причин не обращает должного внимания.

После выяснения жалоб проводится сбор данных анамнеза настоящего заболевания (*anamnesis morbi* — от греч. *anamnesis* — воспоминание). Врач выясняет у больного:

- когда, вследствие чего и с каких конкретно симптомов началось его заболевание;
- какие действия предпринял пациент по этому поводу (обратился за помощью в медицинское учреждение, занялся самолечением и тому подобное);
- если заболевание носит хронический характер и протекает уже длительное время, то какой диагноз был установлен при первом обращении и какими диагностическими методиками данный диагноз был подтвержден;
- характер проводившегося в тот период лечения (желательно с указанием названий лекарственных препаратов), его эффективность, побочные эффекты;
- динамика заболевания (улучшение, ухудшение, отсутствие явной динамики) и конкретные ее проявления.

Следующий раздел истории болезни отображает анамнез жизни больного (*anamnesis vitae*). В обязательном порядке он должен содержать условия труда и быта в прошлом и в настоящее время, предшествующие (перенесенные) заболевания, семейный анамнез и наследственность (с составлением родословной больного), перечень вредных привычек, аллергологический анамнез (с указанием конкретных аллергенов, в том числе и лекарственных, и форм аллергических реакций — крапивница, отёк Квинке, поллиноз, анафилаксия и прочие) и гинекологический анамнез (характер менструаций, количество беременностей и их исход, перечень гинекологических заболеваний).

При сборе анамнеза требуются искусство и умение, которые даются только с опытом. Поскольку большинство пациентов стремятся максимально рассказать врачу о своих страданиях, то лучше всего вначале их не останавливать, а дать возможность свободно высказаться. Однако, выбрав благоприятный момент, следует деликатно направить рассказ больного по определенному руслу, согласно вышеизложенной схеме. Нельзя внушать больному желательные для врача ответы и в то же время увлечь себя в сторону определенного диагноза, как это имеет место в случаях длительных хронических заболеваний, когда сам пациент уже составил о своем заболевании твердое и нередко ложное убеждение.

Вопросы необходимо формулировать четко и понятно с учетом культурного уровня собеседника. Деликатные аспекты заболевания и жизни больного лучше выяснять косвенным образом, поскольку на прямые вопросы в таких случаях врач рискует получить ложные ответы.

Осмотр больного фактически начинается с первых же минут общения, т.е. уже при сборе жалоб и данных анамнеза. Выявленные врачом при первом осмотре симптомы могут явиться исходным пунктом для постановки конкретных вопросов при сборе анамнеза. Важное достоинство осмотра по сравнению с иными методами состоит в возможности получения не изолированных, относящихся к ограниченному участку организма, а комплексных данных, позволяющих составить заключение о характере пациента, его настроении, общем развитии и прочее. Это имеет большое значение как для диагноза, так и для прогноза.

Осматривать больного лучше всего при дневном освещении по определенной системе. Вначале проводится общий осмотр (с головы до ног независимо от предположительной локализации болезненного процесса), а затем местный (голова, шея, лицо, туловище, конечности, кожа, кости, суставы, видимые слизистые, волосы).

По результатам общего осмотра дается заключение об общем состоянии больного, т.е. о его положении, состоянии сознания, психическом статусе и телосложении.

Положение больного в постели бывает активным, пассивным и вынужденным. Активность положения предполагает возможность произвольной его смены самим пациентом. Пассивным называется такое положение, которое определяется законом тяжести. Оно свойственно крайне ослабленным лихорадящим больным, тяжело-раненым и лицам в бессознательном состоянии. Пассивное положение является признаком тяжелого общего состояния.

Вынужденным называется положение, которое больной сознательно или бессознательно принимает с целью облегчения своих страданий. Оно имеет столь большое диагностическое значение, что опытный врач при одном лишь взгляде на такого больного в состоянии дать заключение о характере заболевания.

При сердечной одышке вследствие выраженного застоя крови в малом круге кровообращения пациент вынужденно сидит, опустив руки и ноги вниз (ортопноэ). В этом случае венозный возврат крови к сердцу и, соответственно, одышка уменьшаются. Больные с кардиомегалией стараются лежать только на правом боку (тре-попноэ); на левом боку они испытывают выраженный дискомфорт в области сердца. Пациент с бронхиальной астмой в момент тяжелого ее приступа предпочитает сидеть или стоять, чуть наклонившись вперед и опираясь руками на край кровати или стола. В подобном положении облегчается участие вспомогательных мышц в дыхании и одышка уменьшается. Если одно лёгкое плохо вентилируется вследствие воспалительного его уплотнения (пневмония), сдавления жидкостью в плевральной полости (экссудативный плеврит, гидроторакс) или газом (пневмоторакс), то больной лежит на больном боку, поскольку здоровая половина грудной клетки свободнее участвует в дыхании. При сухом плеврите и переломе рёбер пациент предпочитает лежать на здоровом боку: прижатие больной стороны к кровати усиливает боль. Лица с большими полостями в лёгком (абсцесс, туберкулёзная каверна) выбирают положение на каком-либо одном боку, поскольку при переворачивании на противоположную сторону значительно усиливается кашель вследствие попадания жидкой мокроты в бронхи.

Сдавление чревного сплетения увеличенной в объеме поджелудочной железой (индуративный панкреатит, опухоль поджелудочной железы) вынуждает больного значительно наклонять туловище вперед или даже принимать коленно-локтевое положение, существенно облегчающие боль в животе. При острых воспалительных процессах в зоне *m. psoas* (паранефрит, острый аппендицит) больные на соответствующей стороне сгибают ногу в коленном

или тазобедренном суставах: попытка разогнуть ногу усиливает боль. Для острого менингита характерно вынужденное положение с запрокинутой назад головой (ригидность затылочных мышц) и притянутыми к животу ногами.

Состояние сознания различаются по степени его расстройства.

- Ступор есть состояние оглушения: пациент с трудом отвечает на вопросы, плохо ориентируется в пространстве. Спонтанная деятельность полностью отсутствует. Нет даже инстинкта самосохранения. Ступор встречается главным образом при шизофрении, реже — при интоксикациях, черепно-мозговой травме, контузиях, энцефалите.
- Сопор (спячка, сомнолентное состояние): будучи представлен сам себе, пациент впадает в спячку, из которой на короткое время его выводит торможение или громкий окрик. Он реагирует на болевые раздражители, почти не говорит. Такой больной способен проглотить глоток воды, но пищу в большинстве случаев долго держит во рту не глотая. Патологические рефлексy не обнаруживаются, но физиологические рефлексy постепенно угасают. Встречается при интоксикациях, почечной недостаточности, инфекционных болезнях, передозировке психотропных препаратов. Ступор и сопор обозначают также термином «сумеречное состояние» (*confusio*, дезинтеграция сознания).
- Гиперсомния — появление периодов дневного сна, очень похожих на нормальный физиологический сон вследствие поражения инфундибулярно-гипофизарной системы. Гиперсомния существует в следующих формах:
 - нарколепсия (неодолимая сонливость днем). Периоды такого сна продолжаются от нескольких минут до получаса и повторяются по несколько раз в день. Посредством мощных психических раздражителей их можно задержать, но не устранить полностью. В подавляющем большинстве случаев никакого причинного заболевания выявить не удается. Прогноз благоприятный: нарколепсия спонтанно исчезает спустя несколько лет;
 - периодическая гиперсомния с полифагией (синдром Кляйне–Левина) наблюдается преимущественно у молодых мужчин в виде гнетущей усталости и повышенной сонливости. В состоянии бодрствования наблюдается дисфория (дурное настроение) и постоянное чувство голода с плохой насыщаемостью (полифагия). Этиология и патогенез не известны;
 - синдром Пиквика (назван по имени известного литературного персонажа) — перемежающаяся нарколепсия

с периодами апноэ и дыхательной недостаточностью. Встречается при поражении ствола мозга.

- Кома есть глубокое бессознательное состояние (отсутствие бодрствования), из которого вывести больного не удастся никакими внешними усилиями. Исчезают произвольные движения и различные ощущения. Организм теряет способность реагировать на внешние и внутренние раздражители. Жизнедеятельность осуществляется лишь на уровне основных вегетативных функций. Роговичный и зрачковые рефлексы не вызываются. На начальных стадиях некоторых видов комы могут наблюдаться симптомы возбуждения (печёночная кома, синдром Морганьи—Адамса—Стокса).
 - Кома наступает при поражении различных отделов ЦНС (кора больших полушарий головного мозга, сосудодвигательный центр, средний мозг, ретикулярная формация). Кома может развиваться вследствие воздействия целого ряда факторов: механических (массивная опухоль головного мозга, внутречерепная гематома, повышение внутречерепного давления), химических (отравление углекислым газом, этанолом, наркотиками), гормональных (адреналовый криз, тиреотоксический криз, гипотиреоз, синдром Симмондса, гипергликемическая кома, гипогликемическая кома), эндогенных интоксикаций (уремическая, диабетическая, печёночная комы), нарушениях кровообращения (синдром Морганьи—Адамса—Стокса). Наряду с продолжительным бессознательным состоянием часто встречается и кратковременное, продолжающееся от нескольких мгновений до нескольких минут, — обморок (синкопе). В подавляющем большинстве случаев его причиной является острая ишемия головного мозга.
- Выделяют также ограничение сознания (делирий, бред), сопровождающееся галлюцинациями, психомоторным возбуждением и характерное для тяжелых инфекционных заболеваний (крупозная пневмония, сыпной тиф) и некоторых отравлений (алкоголь, наркотики). Делирий имеет неблагоприятное прогностическое значение.

Телосложение (*habitus*). Понятие телосложения вбирает в себя рост, вес (массу тела), форму тела, степень развития и тонус скелетной мускулатуры, строение скелета. Необходимые при этом данные, помимо осмотра, можно получить посредством антропометрии.

В нормальных условиях рост человека зависит от его наследственности. Для народов Северной Европы рост в 190 см не является исключительным. У африканских пигмеев рост в 160 см

считается высоким. Нарушения роста вызваны в первую очередь эндокринными заболеваниями. Гигантизм (рост выше 200 см) развивается вследствие нарушения функции передней доли гипофиза с гиперпродукцией соматотропного гормона (гипофизарный гигантизм) или вследствие снижения функции половых желёз (гипогенитальный гигантизм) в период полового созревания. Если же гиперпродукция соматотропного гормона наступает в зрелом возрасте, то возникает акромегалия (увеличение в первую очередь размеров кистей, стоп, носа, подбородка и скул). Карликовостью (нанизмом) считается рост менее 145 см у мужчин и менее 135 см у женщин. Карликовость может быть следствием:

- нарушения обмена веществ (алиментарная недостаточность, дефицит витамина D, хроническая гипоксия, сахарный диабет в детском возрасте);
- нарушения развития костей (хондродистрофия, синдром Дауна);
- гормональных дисфункций (снижение выработки соматотропного гормона, детский гипотиреоз, опухоли половых желёз, аденогенитальный синдром).

Очень часто аномалии роста сочетаются с диспропорциями в величине туловища и конечностей. Классическим тому примером является синдром Марфана: арахнодактилия («паучьи пальцы»), высокий рост с чрезмерно длинными конечностями (при этом длина распрямлённых рук больше длины тела), впалая грудь, кифосколиоз, долихоцефалия, длинное узкое лицо, подвывих хрусталика, миопия, глаукома, дефект перегородки сердца, недостаточность аортальных клапанов.

Вес (масса тела) в нормальных условиях зависит от множества факторов, и в первую очередь от наследственности, пищевого стереотипа, образа жизни. Количественным показателем веса человека является индекс массы тела (ИМТ, индекс Кетле), для лиц старше 20 лет рассчитываемый по формуле:

$$\text{Индекс массы тела} = m/h^2,$$

где m — масса тела в килограммах; h — рост человека в метрах.

ИМТ менее 15 расценивается как острый дефицит веса, 15–20 — дефицит веса, 20–25 — нормальный вес, 25–30 — избыточный вес, свыше 30 — ожирение.

Различают местное и общее (генерализованное) ожирение. Первое наблюдается при гиперкортицизме, или синдроме Иценко–Кушинга (лунообразное лицо, ожирение верхней половины тела, цианотичный румянец, багрово-синюшные стрии на животе, бёдрах, пояснице (рис. 3-1); симметричном аденолипоматозе (отложение жира преимущественно на плечах и шее), стеатомастии

вследствие евнухоидизма, прогрессирующей липодистрофии (отложение жира ниже талии при худобе верхней половины тела). Для мужчин характерно изолированное ожирение живота (тип Фальстафа, «пивное брюхо» немецких авторов; рис. 3-2), а для женщин — поясное ожирение (таз, бёдра).

Генерализованное, или общее, ожирение (рис. 3-3) может иметь психогенный (булимия как вариант соматизированной депрессии), генитальный (климакс, кастрация), гипоталамический (случаи адипозо-генитальной дистрофии, сопровождающиеся повышенной сонливостью, нарушением терморегуляции, снижением половой функции, нарушением окостенения и полиурией с выделением мочи низкой относительной плотности) и диэнцефальный генез. Диэнцефальное ожирение начинается после полового созревания и внешне напоминает гипоталамическое, однако в этом случае отсутствует нарушение окостенения. Диэнцефальный синдром может быть следствием опухоли гипофиза или воронки гипоталамуса, туберкулёза основания третьего желудочка мозга, менингита.

Стойкое снижение индекса массы тела называют худобой. В подавляющем большинстве случаев она отражает конституциональные особенности и не является патологическим признаком (рис. 3-4). Диагностическое значение имеет похудание, т.е. снижение ИМТ по отношению к привычному, постоянному весу. Крайняя степень похудания называется кахексией, проявляющаяся также землистым оттенком кожи, гипопропротеинемическими отёками, снижением температуры тела, брадикардией и, главное, резкой слабостью.

Обычно похудание сопровождается снижением аппетита, вплоть до полного его отсутствия (анорексия). Однако при некоторых

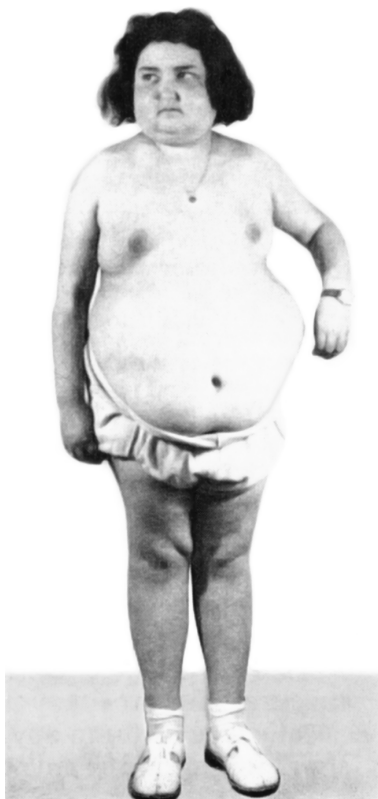


Рис. 3-1. Синдром Иценко—Кушинга

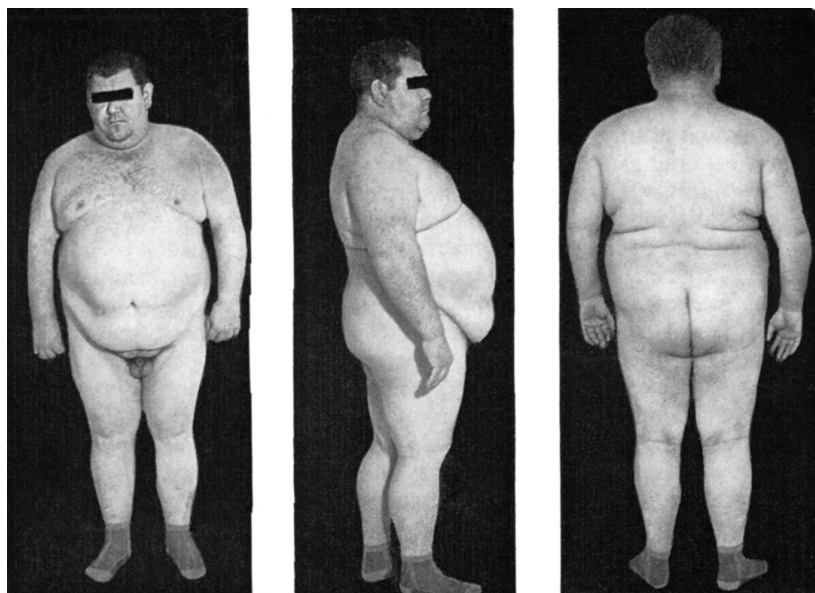


Рис. 3-2. Мужское ожирение по типу Фальстафа

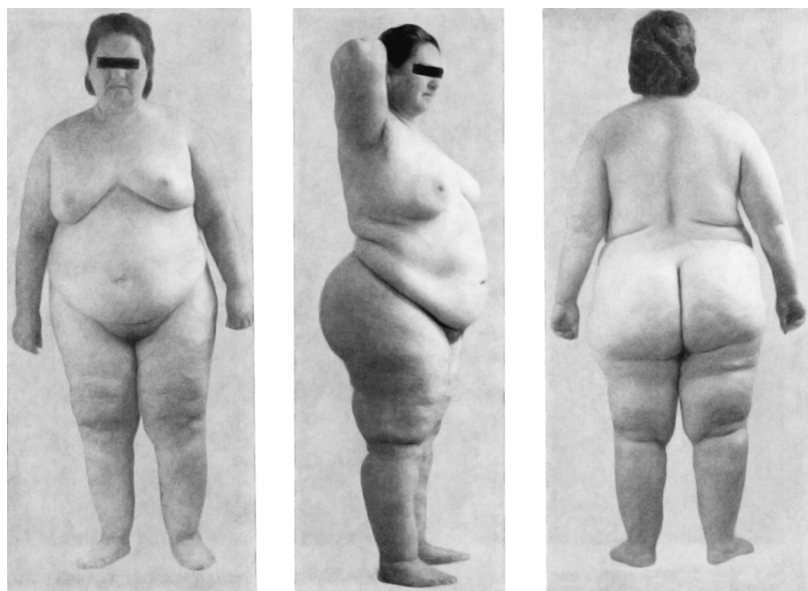


Рис. 3-3. Генерализованное ожирение

заболеваниях (гипертиреоз, сахарный диабет I типа) человек может терять вес и на фоне полифагии.

Похудание той или иной степени выраженности развивается вследствие:

- декомпенсированных стенозов пищевода и желудка различного происхождения (ожоги пищевода, ахалазия кардии, злокачественные новообразования);
- нарушенного переваривания и всасывания пищи в тонкой кишке (глютеновая энтеропатия, внешнесекреторная панкреатическая недостаточность, опухоли тонкой кишки);
- злокачественных новообразований различной локализации («раковая кахексия»);
- хронической сердечной недостаточности на поздних стадиях («сердечная кахексия»);
- эндокринных заболеваний с повышенным катаболизмом (гипертиреоз, сахарный диабет I типа, гипопитуитаризм);
- длительно протекающих хронических заболеваний (туберкулёз, распространенный атеросклероз в старческом возрасте);
- гельминтозов (аскаридоз, тениоз);
- произвольного упорного отказа от приема пищи (истерия, шизофрения, маниакально-депрессивный психоз, нервная анорексия, длительный пост).

Обычно патологическое снижение массы тела сопровождается мышечной атрофией различной выраженности. Степень развития скелетной мускулатуры определяется осмотром и пальпацией, позволяющей оценить и мышечный тонус. Общая мышечная атрофия с резким ослаблением тонуса наблюдается также при миопатическом синдроме в рамках дерматомиозита, *myasthenia gravis*, полимиозита. Местная мышечная атрофия со снижением сократительной функции (парез) или полным ее отсутствием (паралич) бывает в первую очередь при поражении соответствующих центров в головном мозге (инсульт, сдавление центра опухолью), реже —



Рис. 3-4. Конституциональная худоба

вследствие периферической нейропатии (сахарный диабет, гиповитаминоз В и РР, алкоголизм).

Мышечный гипертонус является одним из важных признаков болезни Паркинсона. При ощупывании мускулатуры таких больных часто определяется ригидность (феномен «зубчатого колеса»).

Результаты исследования телосложения человека обобщены в понятии конституциональный тип. Конституция — совокупность унаследованных и приобретенных морфофункциональных особенностей данного человека, определяющая специфику его реакции на факторы окружающей среды. Среди здоровых лиц можно выделить три основных конституциональных типа: астенический, нормостенический и гиперстенический.

Для лиц астенической конституции характерны преобладание продольных размеров тела над поперечными, узкая и плоская грудная клетка, длинные и тонкие кости, узкие плечи, стройность фигуры, долихоцефалия с узким лицом, умеренное или даже слабое развитие скелетной мускулатуры. Лицам гиперстенической конституции свойственны, напротив, преобладание поперечных размеров над продольными, широкая и выпуклая грудь, коренастая фигура, плечи широкие и покатые, брахицефалия с широким лицом, хорошее развитие скелетной мускулатуры. Лица нормостенической конституции занимают промежуточное положение.

Исследование кожи осуществляется преимущественно посредством ее осмотра и уточняется ощупыванием. Поскольку кожные изменения могут распределяться неравномерно, целесообразно проводить осмотр всего тела. При этом изучается цвет кожи, ее влажность, тургор, отёчность, состояние венозной сети, волос и ногтей, наличие высыпаний и рубцов.

При оценке цвета кожи необходимо исключить влияние сторонних факторов. Осмотр лучше всего производить при рассеянном дневном освещении. Окраска стен комнаты в холодные тона способствует ложному впечатлению о бледности кожных покровов, а освещение электрической лампой с красным абажуром — напротив, о цветущем виде лица пациента. В физиологических условиях цвет кожи обусловлен ее толщиной и степенью развития сосудистой сети.

- Бледность кожи, как правило, вызвана анемией. В то же время при бледности кожи анализ крови нередко обнаруживает нормальные показатели. Подобная бледность может быть обусловлена невоспалительным отёком кожи (например, у больных с заболеваниями почек вследствие сдавления кровеносных сосудов отёчной жидкостью) или же спазмом ее сосудов, особенно на лице, вследствие обморока, аффектив-

ных состояний (страх, гнев). Бледность кожи наблюдается и при неравномерном распределении крови в периферическом сосудистом русле, камерах сердца (дилатационная кардиомиопатия) или сосудах брюшной полости (острый перитонит).

- В физиологических условиях стойкое покраснение кожи, особенно на лице и шее, есть следствие продолжительного воздействия яркого солнца и ветра. В то же время локальное покраснение кожи лица с расширением сети подкожных сосудов является одним из характерных признаков хронического алкоголизма. Непродолжительное появление красных пятен на лице и шее (*erythema pudoris*) обусловлено психогенными вазомоторными реакциями (стыд, волнение). Краснота кожи лица с характерным нездоровым блеском глаз часто наблюдается у лихорадящих больных, в том числе туберкулёзом («чахоточный румянец»). Приступы мигрени нередко сопровождаются односторонней гиперемией лица. Последняя характерна также и для собственно кожных заболеваний (дерматиты, рожа, флегмона). Покраснение кожи на обширных ее участках (плетора) вызвано повышением эритроцитов и гемоглобина при полицитемии.
- Цианоз (синюха), т.е. багрово-фиолетовая окраска кожи, может быть общим (центральным) и местным (периферическим). Общий цианоз развивается при повышении в крови восстановленного гемоглобина вследствие хронической дыхательной недостаточности, когда нарушается оксигенация крови в лёгких, а также при врожденных пороках сердца со сбросом крови из правых отделов сердца в левые. Местный цианоз, при котором характерную окраску приобретают ограниченные участки кожи, может быть симптомом локального венозного застоя при сдавлении или закупорке вены (тромбофлебит), а также пареза сосудосуживающих нервов от холода и на парализованных конечностях. Акроцианоз (кончики пальцев, нос, губы, щёки) развивается вследствие замедления периферического кровотока при сердечной недостаточности.
- Желтуха (*icterus*) наблюдается при отложении в коже и слизистых оболочка жёлчного пигмента билирубина (подробнее см. раздел «Методы исследования больных с заболеваниями органов пищеварения»).
- *Бронзовая окраска кожи*, напоминающая сильный загар, характерна для *гипокортицизма* (болезни Аддисона). Пигментация раньше всего появляется на открытых участках тела и выражена в наибольшей степени в тех местах, которые и в естественных условиях окрашены сильнее всего (подмышечная область, промежность, соски). Постепенно коричневая

пигментация охватывает все тело, свободной от нее остается лишь кожа ладоней и подошв.

- Состояние, когда вся кожа лишена своего нормального пигмента, называется *альбинизмом*. Депигментацию в виде белых пятен (*витилиго*) связывают с хроническими диффузными поражениями печени. При вторичном сифилисе нередко появляются мелкие белые пятна (*leucoderma*) на месте бывших розеолезных высыпаний.
- Физиологическое *повышение влажности кожи (гипергидроз)* наблюдается при высокой температуре окружающей среды (страны с жарким климатом, горячие цеха предприятий). Усиленное потоотделение бывает при критическом падении повышенной температуры тела у острых лихорадящих больных (крупозная пневмония, сепсис), после приема жаропонижающих препаратов, а также в период повышения температуры тела (острый суставной ревматизм). Для туберкулёза характера сильная потливость во вторую половину ночи.
- Выраженная *сухость кожи и слизистых оболочек* — в первую очередь результат обезвоживания организма вследствие продолжительного поноса (холера), частой рвоты (отравления, токсикоз первой половины беременности), стеноза пищевода или привратника (злокачественные опухоли), чрезмерного выделения воды почками (несахарный диабет).
- *Тургор кожи* отражает ее эластичность и оценивается пальпаторно (двумя пальцами на тыльной стороне кисти собирается кожная складка, которая должна мгновенно расправляться после отнятия пальцев). «Хороший» тургор есть свойство молодой и здоровой кожи. Он обусловлен степенью развития подкожной жировой клетчатки и кровоснабжения, содержанием жидкости в коже. Определенное диагностическое значение имеет снижение тургора у лиц молодого возраста.
- *Отёки* — проникновение жидкой части крови или лимфы из сосудистого русла в межклеточное пространство (*тканевой отёк*) или свободные полости организма (*полостной отёк*) — плевральную (*гидроторакс*), брюшную (*асцит*), полость перикарда (*гидроперикард*). Выраженные отёки можно обнаружить визуально. Кожа выглядит припухшей, правильная форма отёкших частей теряется вследствие сглаживания нормальных ямок и костных выступов. При сильных отёках эпидермис может отслаиваться, образуя пузыри, из которых при их прорыве вытекает жидкость. При надавливании на отёчные места пальцем обычно появляется ямка, сохраняющаяся в течение нескольких минут после отнятия пальца. Отёки бывают *общие и местные*. Общими называются отёки, распростра-

няющиеся либо по всему телу, либо на ограниченные места, но симметрично с обеих сторон (заболевания сердца, почек). Генерализованный отёк называется *анасаркой*. Местные отёки располагаются асимметрично и вызваны локальным нарушением крово- и лимфообращения.

- *Подкожная эмфизема* — наличие в подкожной клетчатке воздуха, который попадает туда либо через наружную рану, либо при разрыве воздухосодержащего органа (разрыв пораженной злокачественной опухоли стенки пищевода или лёгочных альвеол при переломе рёбер). Сначала воздух проникает в рыхлую клетчатку средостения, а затем — под кожу. При газовой гангрене эмфизема может образоваться непосредственно в самой коже под влиянием анаэробных бактерий. Подкожная эмфизема определяется пальпаторно по феномену *крепитации*, внешне напоминающую хруст снега под ногами при сильном морозе и возникающую при перемещении пузырьков воздуха в подкожной клетчатке.
- *Кожные высыпания* имеют большое диагностическое значение.
 - *Розеола* представляют собой небольшие (2–4 мм) округлые бледно-розовые пятна (расширение мелких сосудов), исчезающие и вновь появляющиеся при надавливании. Обычно они располагаются на коже живота и нижней части груди при сыпном тифе, вторичном сифилисе, вирусных инфекциях.
 - *Эритема* — более крупное (до 3–4 см) очаговое покраснение кожи, резко отграниченное от нормальных участков и нередко слегка выступающее над поверхностью (экзантема). Эритема имеет аллергический генез (пищевая и лекарственная аллергия), отмечается при сепсисе, менингите. Ее разновидностью является *узловатая эритема (erythema nodosum)*, морфологическим субстратом которой является глубокий аллергический васкулит кожи; чаще встречается у женщин и локализуется на голени или на предплечье. Это неспецифическая реакция, сопровождающая туберкулёз, саркоидоз, ревматизм, злокачественные новообразования различной локализации.
 - *Крапивница* появляется на коже в виде зудящих волдырей аллергического происхождения, напоминающих таковые при ожоге крапивой.
 - *Герпес* (лишай) представляет собой пузырьки размером 5–10 мм, наполненные жидкостью. Спустя несколько дней пузырьки лопаются и на их месте образуются подсыхающие корочки. Герпетическая сыпь вызвана вирусами (*V. Herpes simplex*, *V. Herpes zoster*, *V. Herpes ruber planum*).

- *Кожные кровоизлияния (геморрагии)* выглядят в виде красных пятен различной формы, величины и локализации. С течением времени они меняют свою окраску на зеленый, желтый, бледнеют и исчезают совсем. От эритем они отличаются тем, что при надавливании не исчезают. *Петехии* есть мелкие точечные кровоизлияния в кожу. Их происхождение связано с тромбоцитопениями и тромбоцитопатиями различной этиологии (аутоиммунная тромбоцитопеническая пурпура Верльгофа, симптоматические тромбоцитопении при менингите, скарлатине, дифтерии, милиарном туберкулёзе, лейкозах, гемолизе, системной красной волчанке, лекарственной болезни). Более крупные кожные кровоизлияния в виде пятен (*экхимозы*) и кровоподтеков (*суффизий*) обычно наблюдаются при нарушениях плазменного гемостаза (различные формы гемофилии, гипопротромбинемии и пр.).
- *Оволосение* человека зависит в первую очередь от пола. Отсутствие половых различий в оволосении свидетельствует в пользу гипогонадизма. Усиленное выпадение волос и их ломкость могут быть признаком гипертиреоза, дефицита железа. Полное выпадение волос отдельными участками (гнездное облысение) наблюдается среди прочего при сифилисе (*alopescialuetica*). Временное выпадение волос сопровождается тяжелые инфекционные заболевания (например, брюшной тиф). Усиленное оволосение у мужчин в нормальных условиях встречается у некоторых народов (в нашей стране — на Кавказе). Чрезмерное оволосение у женщин на ногах, молочных железах, лице называется *гирсутизмом* и обычно является следствием верилизирующей опухоли яичников.

Выражение лица имеет очень важное диагностическое и прогностическое значение. Спокойное выражение лица свидетельствует о хорошем самочувствии пациента и, напротив, страдальческое выражение лица говорит о тяжести заболевания.

Некоторые изменения на лице патогномичны. Например, при *системной склеродермии* ротовое отверстие уменьшается и открывается с трудом, вокруг него и на коже губ появляется множество мелких складок («кисетный рот»). Губы истончаются, сжимаются и иногда оттягиваются вверх, обнажая зубы. Кожа лица также истончена и кажется натянутой, нос заостряется. В целом лицо такого больного напоминает маску — «лицо византийской иконы» (рис. 3-5).

Отёчное лицо характеризуется сглаживанием складок и морщин, сильным припуханием век (*лицо Корвизара*). Лицо больных с тяжелым острым перитонитом или кишечной непроходимостью

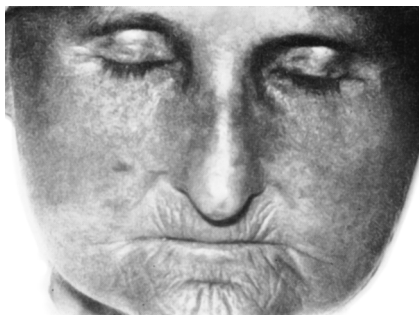


Рис. 3-5. Лицо больной с системной склеродермией

выглядит мертвенно-бледным и сильно осунувшимся: глаза ввалились, нос заострен, кожа покрыта холодным липким потом (*лицо Гиппократово*). У больных столбняком вследствие судорожных сокращений мимических мышц рот расширяется, как при смехе, а верхняя часть лица и лоб образуют складки, как при печали, что симулирует два противоположных настроения и в медицине обозначается как *сардонический смех*. При гипертиреозе лицо приобретает тревожно-пытливое выражение из-за широко раскрытых блестящих и выпученных глаз (*экзофтальм*; рис. 3-6). Сальное лунообразное лицо с багрово-синюшным румянцем характерно для синдрома Иценко–Кушинга, а увеличение выступающих частей лица — для акромегалии (см. выше). Асимметрия лица с опущением угла рта на одной стороне может быть результатом перенесенного нарушения мозгового кровообращения.

При осмотре *глаз* обращают внимание на глазную щель и веки, глазные яблоки, конъюнктиву, роговицу и зрачки.

Отёчность век наблюдается в первую очередь при заболеваниях почек, реже — при микседеме и трихинеллёзе. Опущение верхнего века (*птоз*) развивается вследствие поражения *n. oculomotorius* в рамках нарушения мозгового кровообращения, сифилиса мозга или при синдроме



Рис. 3-6. Лицо больного гипертиреозом

Клода Бернара—Горнера (см. далее). *Пучеглазие (экзофтальм)* с обеих сторон развивается вследствие отёка ретробульбарной клетчатки при гипертиреозе. Односторонний экзофтальм есть симптом кровоизлияния в глазницу или ретробульбарного воспаления. *Западение глазных яблок (энофтальм)* с обеих сторон наблюдается при сильном обезвоживании, а с одной стороны — при синдроме Клода Бернара—Горнера.

При осмотре зрачков следует в первую очередь обратить внимание на их ширину, которая зависит от состояния *m. sphincter papillae* (иннервируется глазодвигательным нервом) и *m. dilatators papillae* (иннервируется симпатическим нервом). *Сужение зрачка (миоз)* есть результат раздражения глазодвигательного или пареза симпатического нервов. Оно отмечается при уремии, воспалительных процессах и кровоизлияниях внутри черепа, отравлении опиатами и никотином, спинной сухотке. *Расширение зрачка (мидриаз)* есть результат пареза глазодвигательного или раздражения симпатического нервов. Оно встречается при интенсивных болях, сифилисе, комах (кроме уремической), отравлении холинолитиками.

Различная ширина зрачков называется *анизокорией*. Для решения вопроса о характере анизокории (мидриаз — с одной стороны или миоз — с другой) необходимо проверить реакцию зрачков на свет: патологический процесс будет с той стороны, где реакция на свет изменена (снижена или отсутствует вовсе).

Синдром Клода Бернара—Горнера — гомолатеральные птоз, миоз и энофтальм, а также местное повышение кожной температуры и усиление потоотделения на соответствующей половине лица. Причиной данного синдрома могут быть сдавление симпатического ствола массивной опухолью верхушки лёгкого или аневризмой грудного отдела аорты.

Лимфатические узлы. При осмотре и пальпации лимфатических узлов на шее, в подмышечной, паховой и других областях обращают внимание на их *величину, консистенцию, болезненность и подвижность*. В норме лимфатические узлы не видны и не пальпируются. В противном случае это свидетельствует об их воспалении (*регионарный лимфаденит*) или развитии в них новообразования (*лимфомы, метастатическое поражение*). Мягкая (эластичная) консистенция лимфатических узлов свидетельствует о свежести патологического процесса, плотная — о прорастании рубцовой соединительной тканью. Бугристость наряду с твердостью консистенции указывает на наличие злокачественных новообразований, а болезненность и местное покраснение кожи над ними — на острый воспалительный процесс в самих узлах и в окружающих тканях (периаденит). Нагноение лимфатических узлов очень часто имеет место при туберкулёзном их поражении.

Суставы. При осмотре и пальпации суставов акцент делают на изменение их величины, формы и функции. Увеличение сустава со сглаживанием его контуров, болезненностью при движении и пальпации, местное повышение кожной температуры и гиперемия по сравнению с симметричным суставом есть признаки *острого артрита*. Различают *моноартрит* (поражение одного сустава), *олигоартрит* (поражение нескольких суставов) и *полиартрит* (поражение многих суставов). По степени нарушения суставной функции и конфигурации выделяют *деформирующий и анкилозирующий артрит* (ярким тому примером является ревматоидный полиартрит). Утолщения и наросты на дистальных межфаланговых суставах кистей и в меньшей степени стоп (*узелки Гебердена*) характерны для подагрического артрита. Утолщение концевых фаланг пальцев рук (*«барабанные» пальцы, симптом Пьер Мари—Бамберга*) наблюдается при некоторых хронических заболеваниях сердца и лёгких.

Термометрия тела имеет важнейшее диагностическое значение. Чаще всего термометрию проводят в подмышечной ямке, однако наиболее точные данные получают при измерении температуры в прямой кишке (*ректальная температура*), которая не зависит от температуры окружающей среды.

В нормальных и патологических условиях температура у человека в течение суток существенно колеблется. Термометрию обычно проводят дважды в сутки — в 7–9 и в 17–19 часов. Поскольку при некоторых заболеваниях температура повышается и в другие часы, ее измерение полезно осуществлять каждые 2–3 часа, а полученные при этом данные отображать в виде графика (*температурная кривая*). В нормальных условиях температура тела у человека колеблется в пределах 36,4–37,0 °С. Повышение температуры (*лихорадка*) обычно сопровождается характерной мышечной дрожью (*ознобом*), а ее падение — обильным потоотделением и общей слабостью.

По степени повышения выделяют:

- субфебрильную температуру (37–38 °С);
- умеренно повышенную температуру (38–39 °С);
- высокую температуру (39–40 °С);
- чрезмерно высокую температуру (выше 40 °С). Температура выше 41 °С называется гиперпирексией и может осложняться отёком головного мозга.

В зависимости от величины суточных колебаний различают три основных типа лихорадки:

- *постоянная (febris continua)*, когда температура повышена в течение суток, а разница между максимальной и минимальной ее величиной не превышает 1 °С;
- *послабляющая (febris remittens)*, температура повышена в течение суток, но суточные ее колебания превышают 1 °С;

- *перемежающаяся (febris intermittens)*, когда лихорадка чередуется с нормальной или даже пониженной температурой. Нередко температура подымается и падает по несколько раз в сутки, причем каждый подъем сопровождается ознобом, а падение — усиленным потоотделением. Такая лихорадка называется *гектической (febris hectica)*. Иногда при этом более высокая температура наблюдается не по вечерам, а по утрам (*febris inversus*).

Скоропреходящая лихорадка продолжительностью не более одних суток называется *эфемерной (febris ephemera)* и наблюдается при abortивном течении некоторых инфекционных заболеваний (грипп, сыпной тиф), а также при перегревании на солнце (*гипертермии*), сильном душевном волнении, после гемотрансфузий, парацетеза и даже асептически проведенных оперативных вмешательств (*резорбционная лихорадка*).

Пониженной считается температура менее 36,4 °С. Помимо случаев общего переохлаждения и длительного голодания, она сопровождает массивные кровопотери, декомпенсированную недостаточность кровообращения, острые инфекционные заболевания на стадии реконвалесценции.

Вопросы для самоконтроля

1. Опишите вынужденное положение, принимаемое больным с застоем крови в малом круге кровообращения.
2. Что такое трепаноз?
3. Что такое гиперсомния?
4. Что такое акромегалия?
5. Напишите формулу расчета индекса Кетле.
6. Опишите внешние проявления синдрома Иценко—Кушинга и укажите его причину.
7. Что такое erythema pudoris?
8. Для какого заболевания характерна бронзовая окраска кожных покровов?
9. Для какого заболевания характерно «лицо византийской иконы»?
10. Опишите внешние проявления синдрома Клода Бернара—Горнера?