

Общий осмотр

Общее состояние

- Удовлетворительное
- Средней тяжести
- Тяжелое
- Крайне тяжелое

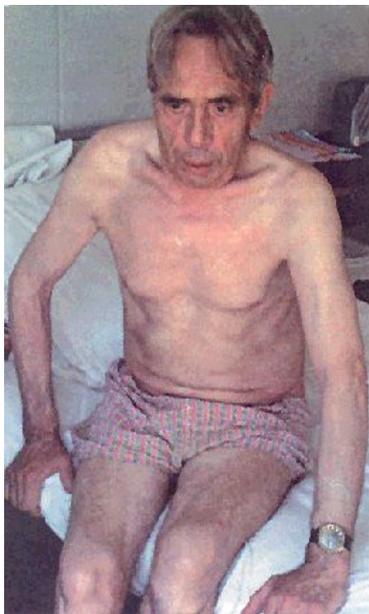
Сознание

- Ясное
- ступор - состояние оглушения из которого больного можно вывести разговором с ним, больной плохо ориентируется в окружающей обстановке, отвечает на вопросы медленно с запозданием
- сопор - больной без сознания, не реагирует на окружающих, рефлексy сохранены, реагирует на осмотр
- кома - больной без сознания полное отсутствие реакций на внешние раздражители, нарушение или отсутствие рефлексов и расстройство жизнедеятельности функций



Положение

- Активное – возможность передвигаться в пределах палаты, хотя больной и испытывает при этом болезненные или неприятные ощущения.
- Пассивное – больной не может самостоятельно изменить приданное ему положение
- Вынужденное – такое положение, которое облегчает состояние больного



Телосложение

Нормостенический тип

- характеризуется правильным телосложением с пропорциональным соотношением частей тела, хорошо развитой скелетной мускулатурой, правильной формой грудной клетки с реберным углом, приближающимся к прямому.



Телосложение

Астенический тип

отличается преимущественным развитием тела в длину, мышцы слабо развиты, плечи покатые, длинная шея, грудная клетка узкая и плоская (ее поперечный размер значительно превышает ,переднезадний), эпигастральный угол узкий (меньше 90°). Рёбра идут косо, межреберные промежутки увеличены. Лопатки неплотно прилегают к грудной клетке.

У людей астенического типа относительно небольшое сердце, расположенное вертикально (висячее сердце), более низкое стояние диафрагмы, границы легких, печени, желудка, почек нередко опущены; характерна гипотония, снижение секреторной и моторной активности желудка, гиперфункция щитовидной железы и гипофиза, более низкий уровень гемоглобина, холестерина, глюкозы крови.

Они чаще болеют язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, тиреотоксикозом, неврозами, туберкулезом.



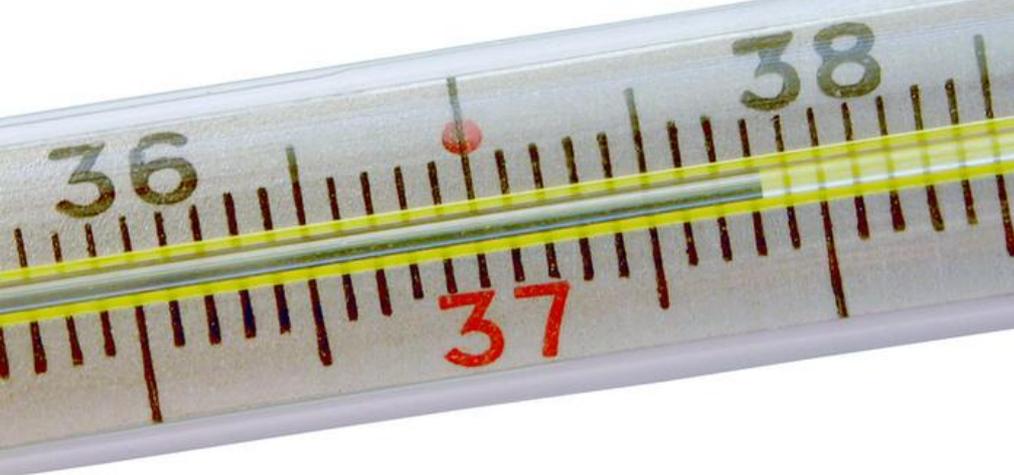
Телосложение

Гиперстенический тип



отличается преимущественным развитием тела в ширину; среднего или ниже среднего роста, повышенного питания, мышцы развиты хорошо. Плечи широкие, шея короткая. Живот увеличен в объеме. Грудная клетка у гиперстеников широкая, ее переднезадний размер увеличен и приближается к поперечному. Эпигастральный угол тупой (больше 90°), ребра расположены более горизонтально, межреберные промежутки узкие

У людей гиперстенического типа относительно большие размеры сердца и аорты, высокое стояние диафрагмы, склонность к более высокому уровню АД, повышенному содержанию гемоглобина, холестерина, глюкозы крови. Они чаще болеют ожирением, ишемической болезнью сердца, гипертонической болезнью, сахарным диабетом, обменно-дистрофическими заболеваниями суставов.



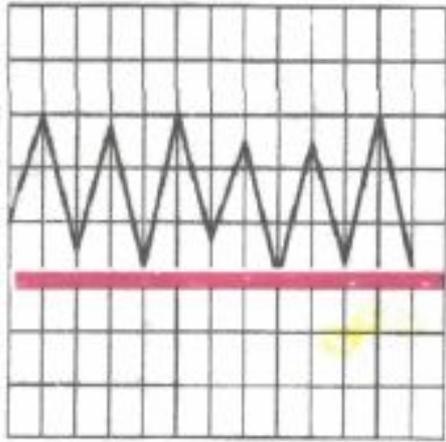
Температура тела

У здорового человека температура тела колеблется в небольших пределах:
от $36,4^{\circ}\text{C}$ до $36,9^{\circ}\text{C}$.

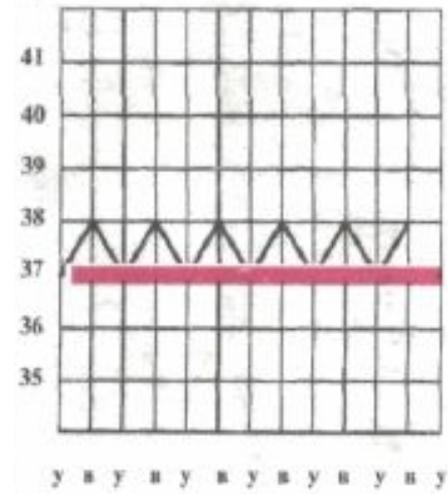
В зависимости от суточных колебаний температуры тела и ее изменения на протяжении болезни различают несколько температурных кривых:

Температура тела

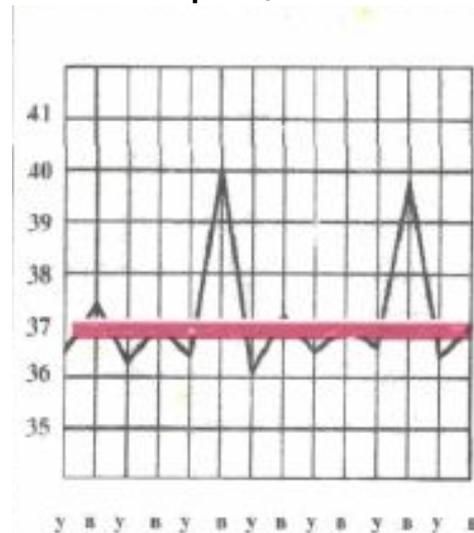
Постоянная лихорадка (febris continua): длительное повышение температуры с суточными ее колебаниями, не превышающими 1°C



Ремиттрирующая или послабляющая лихорадка (febris remittens): длительное повышение температуры тела с суточными колебаниями, превышающими 1°C . Характерна для гнойных воспалительных и септических процессов в организме

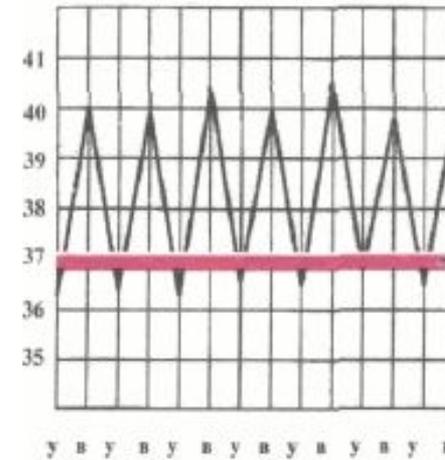


Перебегающая лихорадка (febris intermittens): высокая лихорадка, на 1-2 дня сменяющаяся нормальной температурой тела (ниже 37°C), а затем вновь повышающаяся до $38-40^{\circ}\text{C}$. Перебегающая (интермиттирующая) лихорадка характерна для малярии.



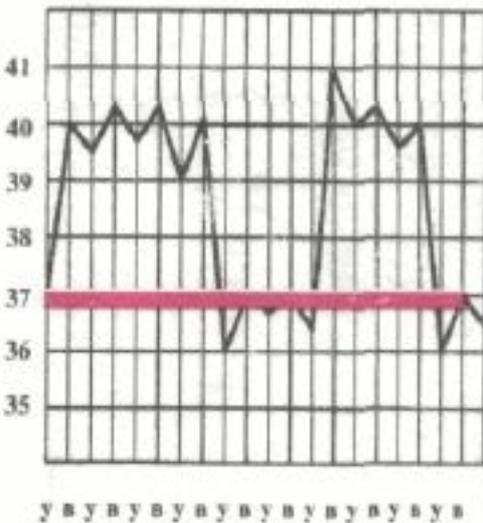
Температура тела

Истошающая или гектическая лихорадка (febris hectica): значительное повышение температуры тела до 39-4 °С (чаще к вечеру) в течение суток утром сменяется нормальной температурой. Повышение температуры сопровождается выраженными ознобами, а её снижение — изнуряющим потоотделением. Характерна для гнойных воспалительных и

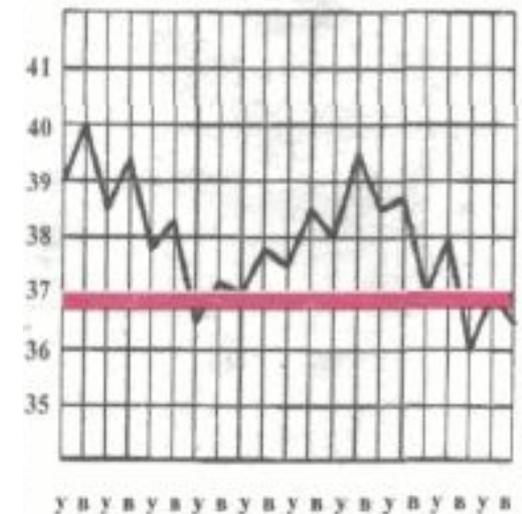


ов в организме

Возвратная лихорадка (febris recurrens): длительная лихорадка сменяется коротким периодом нормальной температуры тела, после чего наступает новый ее подъем. Возвратная лихорадка чаще встречается при возвратном тифе.



Волнообразная лихорадка (febris undulans): периоды постепенного повышения температуры тела в течение нескольких дней сменяются периодами плавного её снижения.



1.9.

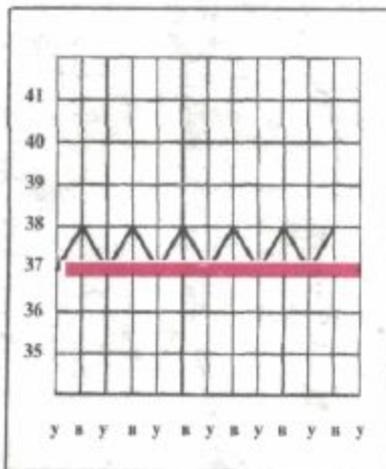


Рис.1.9. Постоянная лихорадка (*febris continua*).

1.10.

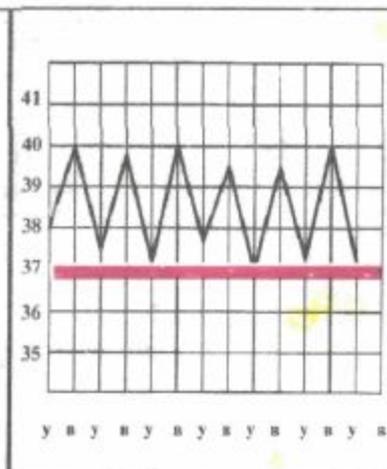


Рис.1.10. Послабляющая лихорадка (*febris remittens*).

1.11.

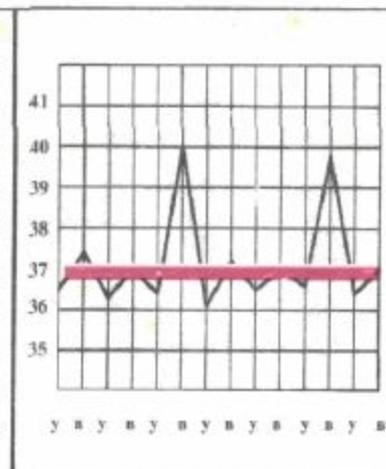


Рис.1.11. Переменная лихорадка (*febris intermittens*).

1.12.

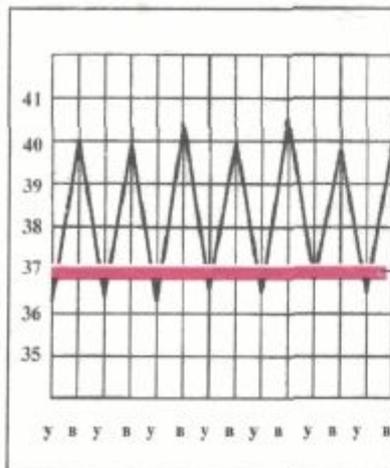


Рис.1.12. Истощающая лихорадка (*febris hectica*).

1.13.

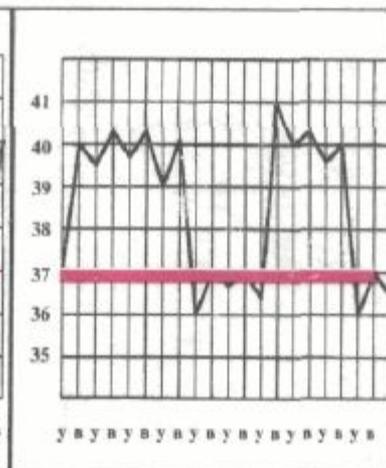


Рис.1.13. Возвратная лихорадка (*febris recurrens*).

1.14.

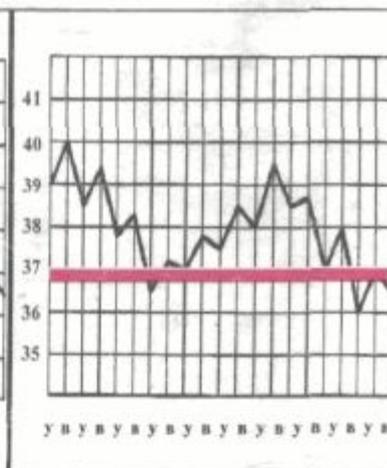


Рис.1.14. Волнообразная лихорадка (*febris undulans*).

Осмотр лица

Facies febris (лицо лихорадящего больного) обычно возбужденное, кожа гиперемирована, характерен лихорадочный блеск глаз.



Осмотр лица



Facies nephritica (лицо больного с заболеваниями почек) бледное, одутловатое с отеками верхних и нижних век, отеками под глазами.



Лицо Корвизара характерно для больных с выраженной сердечной недостаточностью.

Лицо

одутловато, кожа желтовато-бледная со значительным цианозом губ, кончика носа, ушей, рот полукрывает, глаза тусклые.



Facies mitralis (лицо больного с декомпенсированными митральными пороками сердца) отличается выраженным цианозом губ, цианотичным румянцем на щеках в виде так называемой митральной бабочки.

Осмотр лица



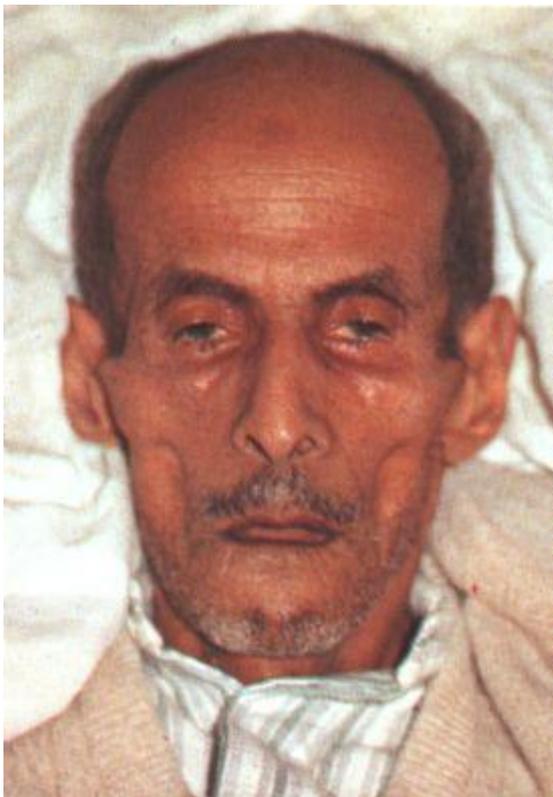
Facies Basedovica (лицо больного с тиреотоксикозом) отмечается тревожное, раздраженное или испуганное выражение лица, глазные щели расширены, характерен своеобразный блеск глаз, выпячивание глазных яблок, экзофтальм.



Facies micsedemica лицо больного с гипофункцией щитовидной железы (микседемой). Округлое, одутловатое бледное лицо с утолщенными носом и губами. Характерно значительное ограничение мимики лица, тупой, иногда бессмысленный взгляд, отчего **лицо больной с гирсутизмом**, лицо становится вследствие развития в организме, Отмечается оволосение лица по мужскому



Осмотр лица



Facies Hippocratica (лицо Гиппократ) характерно для больных с разлитым перитонитом, перфорацией язвы желудка или двенадцатиперстной кишки, непроходимостью кишечника. Лицо мертвенно-бледное, осунувшееся, с запавшими тусклыми глазами и заостренным носом, на лице заметны капельки пота



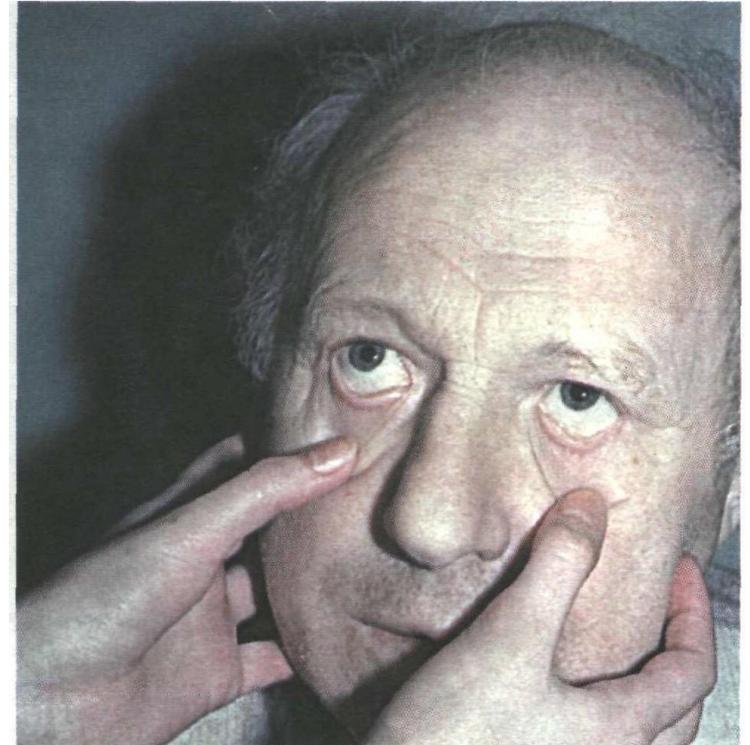
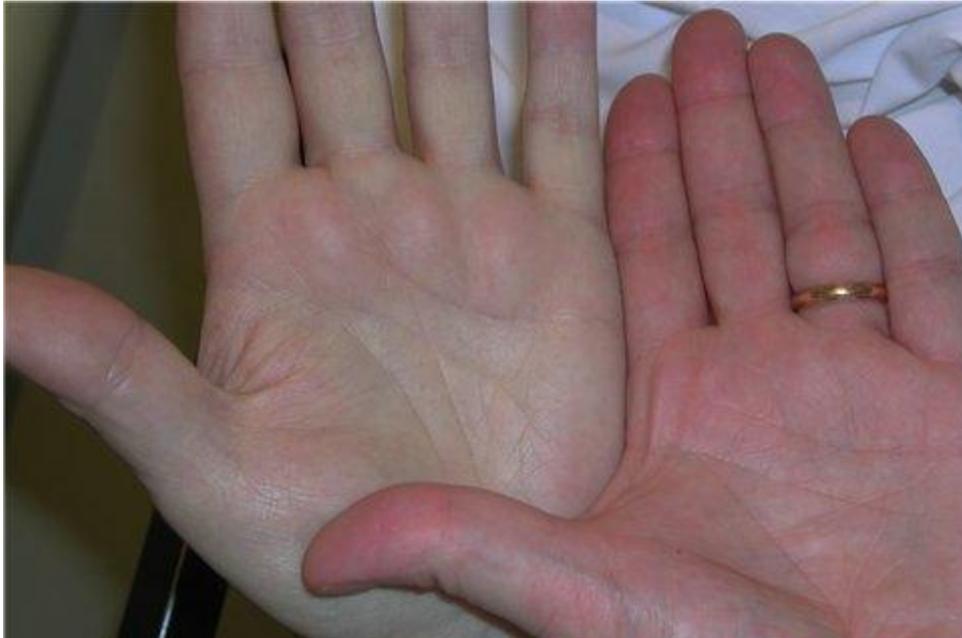
Лицо больной с системной красной волчанкой с характерными эритематозными или другими высыпаниями на спинке носа и щеках.

Осмотр кожи

Цвет

Бледный цвет кожи

1. *Анемия (обязательно наличие бледности слизистых)*
2. *Патология периферического кровообращения*
3. *Перераспределение крови при острой сердечно-сосудистой недостаточности (обморок, коллапс)*



Цианоз (от греч. куанеос — темно-синий) — синюшное окрашивание кожных покровов и слизистых оболочек. Патологический симптом, наблюдаемый при различных заболеваниях, сопровождающихся расстройством кровообращения и дыхания. Просвечивая через кожные покровы, темная кровь придает им синеватый оттенок, особенно в тех областях, где кожа тоньше (губы, щеки, ушные раковины и др.).



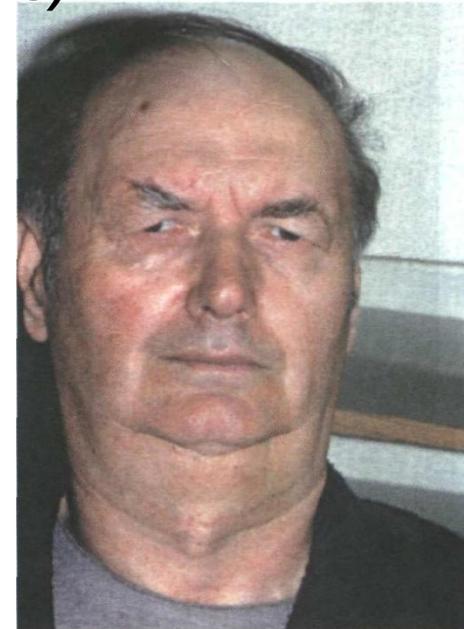
Периферический цианоз обусловлен сердечной недостаточностью, при которой скорость кровотока резко снижается. На фоне высокого уровня восстановленного гемоглобина в капиллярах синюшность проявляется в местах, подвергающихся охлаждению. Это стопы ног, кисти рук, ушные раковины. Иногда затрагиваются губы и кончик носа.

Центральный цианоз диагностируется при дыхательной недостаточности, когда имеется патология в функционировании бронхов или легких (например, стеноз легочного ствола), или в случае врожденных дефектов в структуре сердечных перегородок. Этот тип также носит название диффузный. В большей степени он проявляется на слизистых оболочках органов и тех участках тела, которые защищены тонкой кожей (лицо, губы и т.д.). Оттенок может варьироваться от фиолетового до практически черного, что менее заметно на смуглой коже.



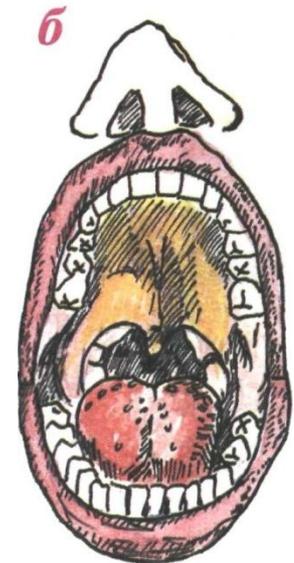
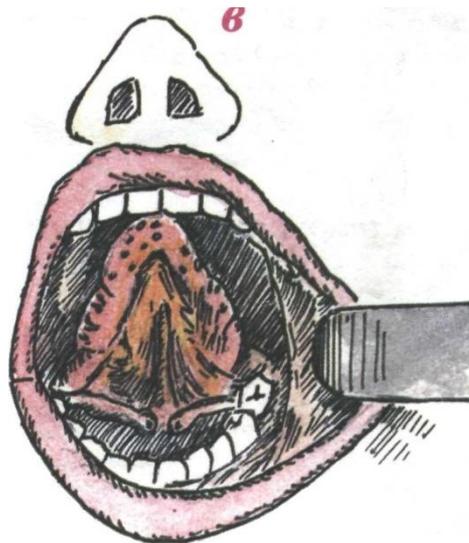
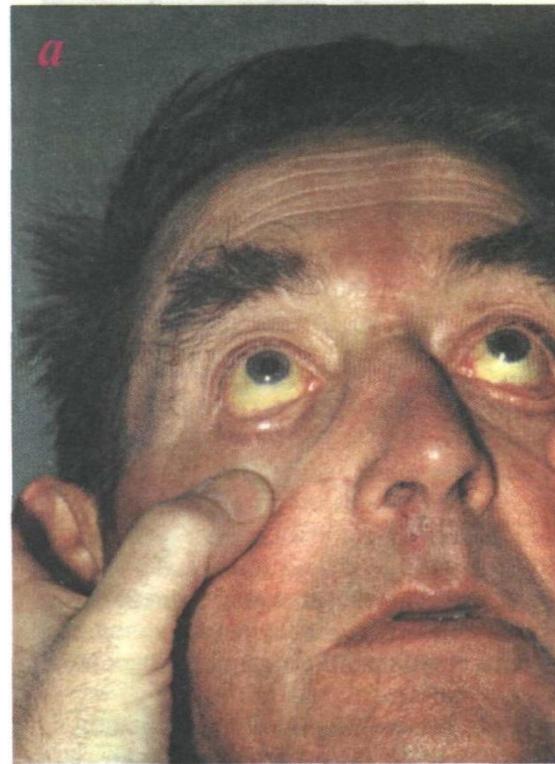
Красный цвет кожи, гиперемия

1. **Расширение периферических сосудов (лихорадка, перегревание, употребление некоторых препаратов: коринфар, никотиновая кислота; употребление алкоголя; местное воспаление кожи, психо-эмоциональное возбуждение)**
2. **Увеличение гемоглобина (ХОБЛ, эритремия и т.д)**
3. **Гиперстеники**



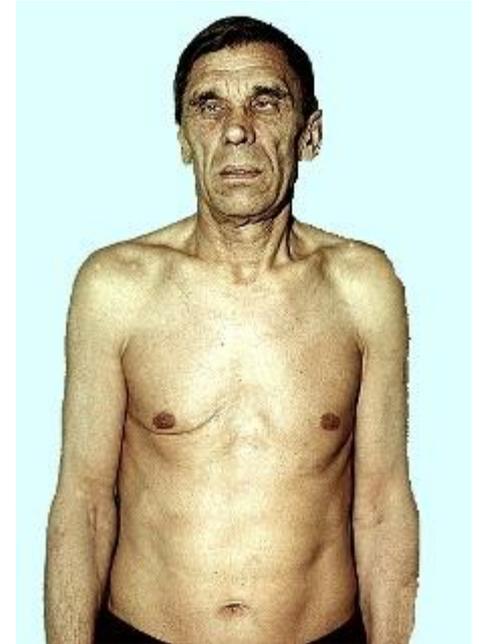
Багровый цвет кожи у больного с эритремией

Желтуха



Бронзовое (коричневое) окрашивание кожи

Аддисонова болезнь (син. бронзовая болезнь, недостаточность надпочечников, хроническая первичная недостаточность надпочечников) это такое эндокринное заболевание, связанное с поражением коры обоих надпочечников и существенным уменьшением или полным прекращением выработки и выброса синтезируемых в них гормонов.



Высыпания

```
graph TD; A[Высыпания] --> B[первичные - морфологические элементы, возникающие первыми на не измененной коже]; A --> C[вторичные - появляющиеся в результате эволюции первичных элементов на их поверхности или возникающие после их исчезновения];
```

первичные -

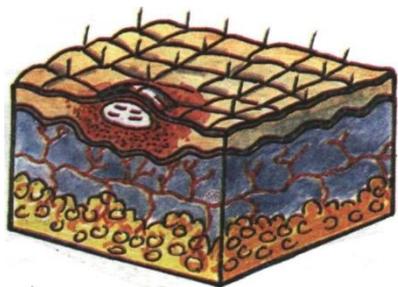
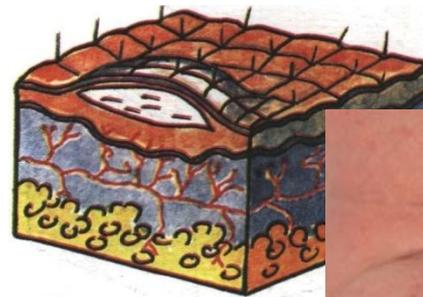
морфологические элементы,
возникающие первыми на не
измененной коже

вторичные –

появляющиеся в результате эволюции
первичных элементов на их поверхности
или возникающие после их
исчезновения

Первичные морфологические элементы кожных сыпей.

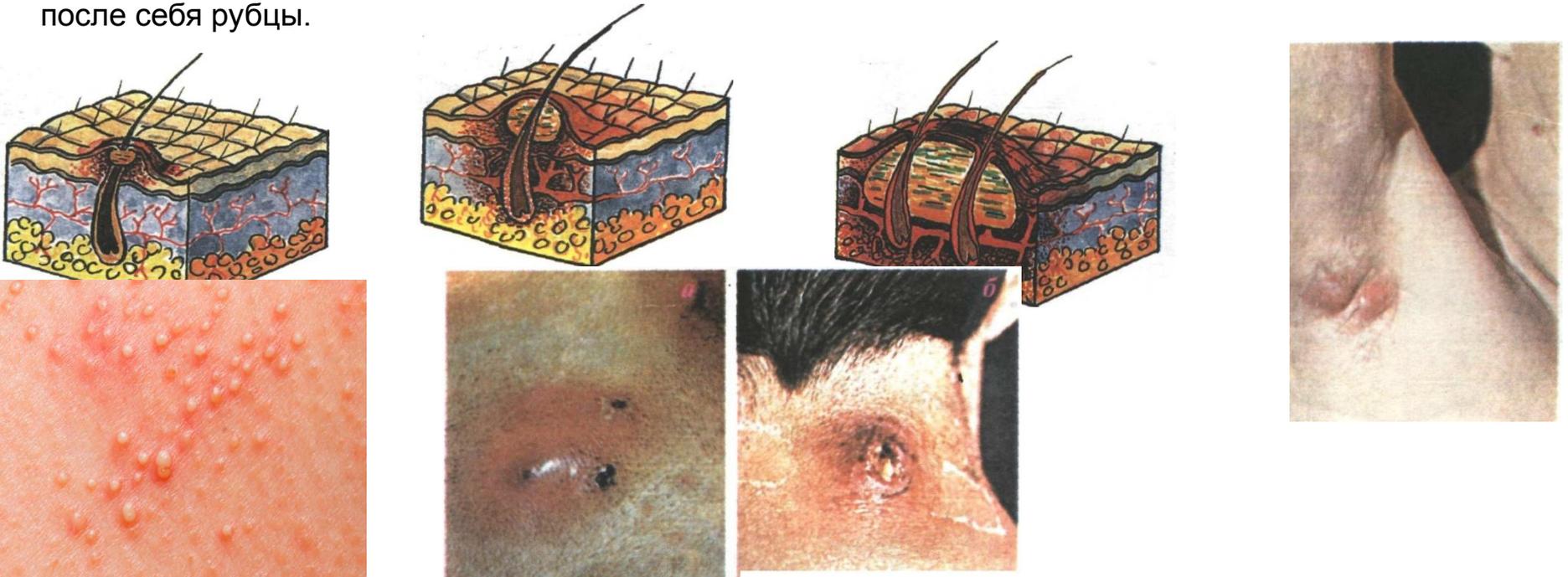
Пузырек – первичный полостной морфологический элемент, размеры которого до 0,5 см в диаметре, имеющий дно, покрывку и полость, заполненную серозным или серозно-геморрагическим содержимым. При вскрытии пузырьков образуются множественные мокнущие эрозии, которые в дальнейшем эпителизируются, не оставляя стойких изменений кожи. Различают пузырьки однокамерные (при экземе) или многокамерные (при герпесе).



Пузырь (Bulla) – первичный полостной морфологический элемент, состоящий из дна, покрывки и полости, содержащей серозный или геморрагический экссудат. Покрывка может быть напряженной или дряблой, плотной или тонкой. Отличается от пузырька большими размерами – от 0,5 см до нескольких сантиметров в диаметре. На месте вскрывшихся пузырей образуются эрозивные поверхности, которые в дальнейшем эпителизируются, не оставляя рубцов.

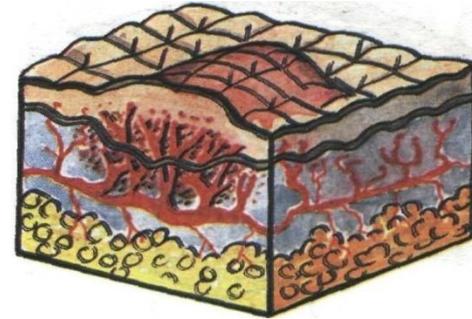
Первичные морфологические элементы кожных сыпей.

Гнойничок (pustula) – первичный полостной морфологический элемент, заполненный гнойным содержимым. Формируются в устье фолликула или захватывают до 2/3 его длины, т. е. располагаются в эпидермисе или сосочковом слое дермы. При регрессе пустулы гнойное содержимое может ссыхаться в желтовато-коричневую корочку, которая затем отпадает. На месте фолликулярных поверхностных пустул не остается стойких изменений кожи, возможна лишь временная гипо – или гиперпигментация. Глубокие фолликулярные пустулы захватывают при своем формировании весь волосяной фолликул и располагаются в пределах всей дермы (глубокий фолликулит), захватывая нередко и гиподерму – **фурункул, карбункул**. При регрессе пустулы экссудат ссыхается в корки, после отторжения которых остается временная де – или гиперпигментация . На их месте остаются рубцы. Пустулы также могут сформироваться вокруг выводных протоков сальных желез (например, при вульгарных угрях) и, так как проток сальной железы открывается в устье волосяного фолликула, тоже носят фолликулярный характер. Глубокие пустулы, сформировавшиеся вокруг выводных протоков апокриновых потовых желез при **гидрадените**, образуют глубокие абсцессы, вскрывающиеся через свищевые ходы и оставляющие после себя рубцы.



Первичные морфологические элементы кожных сыпей.

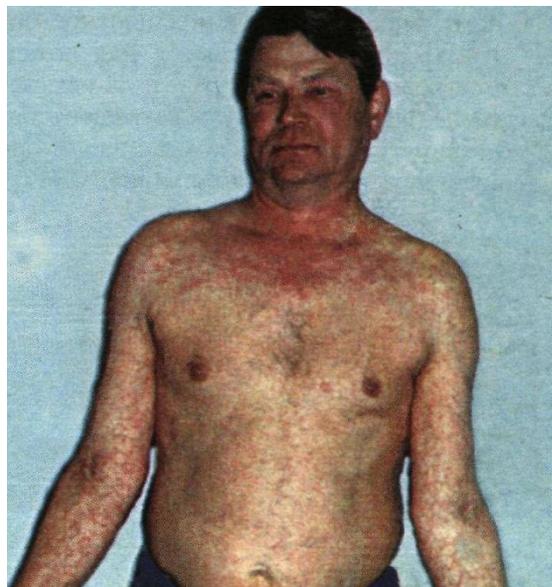
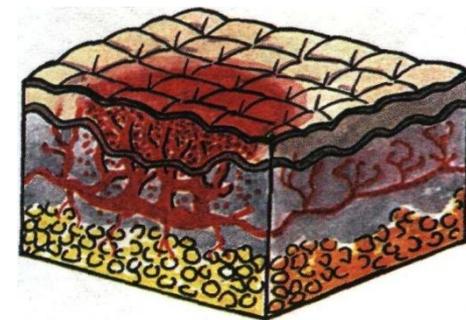
Волдырь (*urtica*) – первичный бесполосной морфологический элемент, возникающий в результате ограниченного островоспалительного отека сосочкового слоя дермы и отличающийся эфемерностью (существует от нескольких минут до нескольких часов). Исчезает бесследно. Возникает обычно как аллергическая реакция немедленного, реже замедленного типа на эндогенные или экзогенные раздражители. Наблюдается при укусах насекомых, крапивнице, токсидермиях. Клинически волдырь представляет собой плотноватый возвышающийся элемент округлых или неправильных очертаний, розового цвета, иногда с белесоватым оттенком в центре, сопровождающийся зудом, жжением.



Первичные морфологические элементы кожных сыпей.

Пятно (macula) характеризуется локальным изменением окраски кожного покрова, без изменений его рельефа и консистенции. Пятна бывают воспалительные и невоспалительные

Воспалительные пятна имеют розово-красную, иногда с синюшным оттенком, окраску и при надавливании бледнеют или исчезают, а при прекращении давления восстанавливают свою окраску. В зависимости от размеров делятся на розеолы (до 1 см в диаметре) и эритемы (от 1 до 5 см и более в диаметре). Примером розеолезной сыпи может служить сифилитическая розеола, эритематозной – проявления дерматита, токсидермии и др.



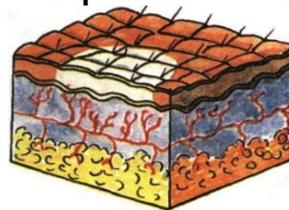
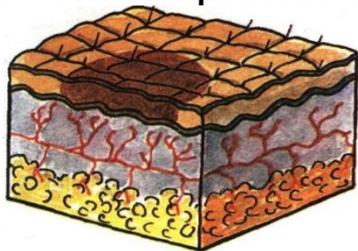


Невоспалительные пятна

Пятна пигментные

При недостатке меланина – гипо- или депигментированные пятна.

При избытке меланина в коже
Отмечаются гиперпигментированные.



РосБНД000700

Врожденной
генерализованной
депигментацией
проявляется
альбинизм.

Врожденные:
родимые пятна
(невусами).



Приобретенные:
веснушки,
хлоазма,
загар



Приобретенные:
лейкодерма,
ВИТИЛИГО.





Невоспалительные пятна

Сосудистые пятна

Стойкое расширение сосудов в виде красных сосудистых звездочек (телеангиэктазии)



В частности, под воздействием эмоциональных факторов (гнев, страх, стыд) нередко отмечается покраснение кожи лица, шеи и верхней части груди, которое получило название эритемы стыдливости. Такое покраснение обусловлено кратковременным расширением сосудов.



При нарушении проницаемости сосудистых стенок образуются геморрагические пятна в виде петехий (мелких кровоизлияний) и синяков

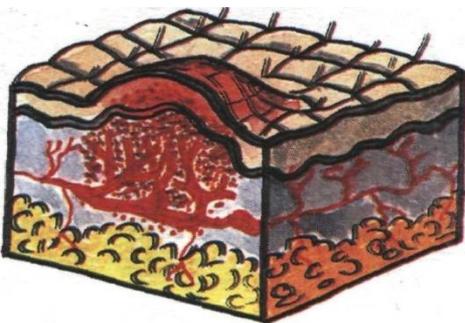


Первичные морфологические элементы кожных сыпей.

Узел.

Узел (nodus) – первичный бесполосной инфильтративный морфологический элемент, залегающий глубоко в дерме и гиподерме и имеющий большие размеры (от 2 до 10 см и более в диаметре). По мере развития патологического процесса, как правило, происходит изъязвление узла с последующим рубцеванием.

Узелок (papula) – первичный бесполостной морфологический элемент, от 2-3мм до 1 см, характеризующийся изменением окраски кожи, ее рельефа, консистенции и разрешающийся, как правило, бесследно.



Невоспалительные узелки:
бородавки, папилломы, ксантомы.

Воспалительные папулы встречаются гораздо чаще:
при псориазе, вторичном сифилисе, красном плоском лишае, экземе и т. д.



Первичные морфологические элементы кожных сыпей.

При наличии одного вида первичного морфологического элемента кожных сыпей (например, только папул или только пузырей) говорят о мономорфном характере сыпи.

В случае одновременного существования разных двух и более первичных элементов (например, папул, везикул, эритемы) сыпь называется полиморфной (например, при экземе).

Вторичные морфологические элементы кожных сыпей.

Гипо – и гиперпигментация на месте рассосавшихся первичных элементов (папул, пустул и др.). Например, на месте бывших папул при псориазе чаще остаются участки депигментации, точно соответствующие бывшим первичным элементам, получившие название псевдолейкодермы, а при регрессе папул красного плоского лишая обычно остается гиперпигментация, сохраняющаяся в течение нескольких недель и даже месяцев.



Трещина – вторичный морфологический элемент, представляющий собой линейное нарушение целостности кожного покрова в результате снижения эластичности кожи. Трещины подразделяются на поверхностные (располагаются в пределах эпидермиса, эпителизируются и регрессируют бесследно, например, при экземе, нейродермите и др.) и глубокие (локализуются в пределах эпидермиса и дермы, нередко кровоточат с образованием геморрагических корок, регрессируют с формированием рубца).

Вторичные морфологические элементы кожных сыпей.

Экскориация - проявляется нарушением целостности кожного покрова в результате механического повреждения его при травмах и расчесах. Ссадина иногда может появиться первично (при травмах). В зависимости от глубины повреждения кожного покрова экскориации могут регрессировать бесследно или с образованием гипо- или гиперпигментации.



Эрозия возникает при вскрытии первичных полостных морфологических элементов и представляет собой нарушение целостности кожного покрова или слизистой оболочки в пределах эпидермиса (эпителия). Эрозии появляются на местах везикул, пузырей или поверхностных пустул и имеют те же очертания и размеры, что и первичные элементы. Иногда эрозии могут образовываться и на папулезных высыпаниях, особенно при их локализации на слизистых оболочках (эрозивные папулезные сифилиды, эрозивно-язвенный красный плоский лишай). Регресс эрозий происходит путем эпителизации и заканчивается бесследно.

Вторичные морфологические элементы кожных сыпей.



Чешуйка – представляет собой отторгнувшиеся роговые пластинки, формирующие шелушение. Чешуйки располагаются рыхло, легко снимаются (при псориазе) или сидят плотно и удаляются с большим трудом (при красной волчанке). Серебристо-белые чешуйки характерны для псориаза, желтоватые – для себореи, темные – для некоторых разновидностей ихтиоза. В отдельных случаях наблюдаются пропитывание чешуек экссудатом и формирование чешуйко-корок (при экссудативном псориазе).

Язва – представляет собой нарушение целостности кожного покрова в пределах соединительнотканного слоя дермы, а иногда даже и подлежащих тканей. Возникает при вскрытии бугорков, узлов или глубоких пустул. В язве выделяют дно и края, которые могут быть мягкими (туберкулез) или плотными (рак кожи). Дно может быть гладким (твердый шанкр) или неровным (хроническая язвенная пиодермия), покрытым разнообразным отделяемым, грануляциями. Края бывают подрытыми, отвесными, блюдцеобразными. После заживления язв всегда остаются рубцы.



Вторичные морфологические элементы кожных сыпей.

Корка – возникает при ссыхании содержимого пузырьков, пузырей, гнойничков. Массивные, многослойные, конические, гнойно-геморрагические корки получили название рупий.



Рубец – возникает при заживлении язв, бугорков, узлов, глубоких пустул. Представляет собой новообразованную грубоволокнистую соединительную ткань (коллагеновые волокна). В их пределах отсутствуют придатки кожи (полосы, потовые и сальные железы), эпидермис гладкий, блестящий, иногда имеет вид папиросной бумаги. Цвет свежих рубцов красный, затем пигментированный, а в исходе – белый.

Вторичные морфологические элементы кожных сыпей.



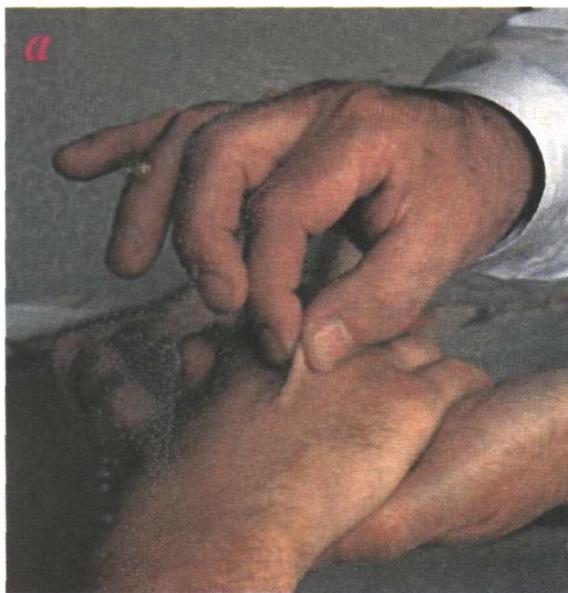
Лихенификация (син. лихенизация) - характеризуется утолщением, уплотнением кожи за счет папулезной инфильтрации, усилением кожного рисунка. Кожа в пределах очагов лихенификации напоминает шагреньевую. Подобные изменения нередко формируются при упорных зудящих дерматозах, проявляющихся папулезными эффоресценциями (атопический дерматит, нейродермит, хроническая экзема).

Веgetация - характеризуется разрастанием сосочкового слоя дермы, имеет ворсинчатый вид, напоминающий цветную капусту или петушиные гребешки. Веgetации нередко возникают на дне эрозивно-язвенных дефектов (влажные веgetации) при вегетирующей пузырчатке, на поверхности первичных папулезных высыпаний (сухие веgetации) при остроконечных кондиломах.



Тургор кожи

- Производится ощупыванием (пальцами берут кожу в складку).
- О тургоре и эластичности кожи можно судить по времени расправления складки на тыле кисти.
- При хорошем тургоре она расправляется моментально, при пониженном и у стариков — держится до нескольких минут.



Осмотр ногтей



• **Симптом часовых стекол.** Ногти при этом симптоме приобретают значительную выпуклость, как у часовых стекол, в большинстве случаев сочетаясь с утолщением концевых фаланг пальцев рук и ног в виде барабанных палочек, которое возникает вследствие пролиферации мягких тканей ногтевой фаланги пальцев.

Койлонихии — это ложкообразные вдавления ногтей, сочетающиеся с их истонченностью. Койлонихии чаще появляются при выраженном сидеропеническом синдроме (дефиците железа в организме), например, у больных с хроническими железодефицитными анемиями.



Точечные геморрагии под ногтевым ложем встречаются при выраженном нарушении сосудистой проницаемости, например, у больных васкулитом.



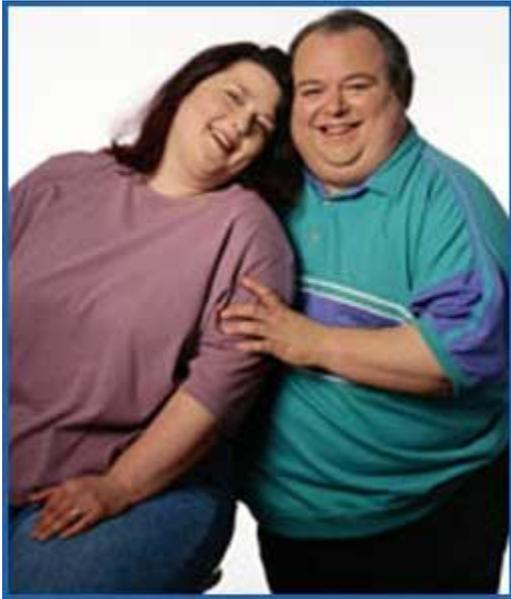
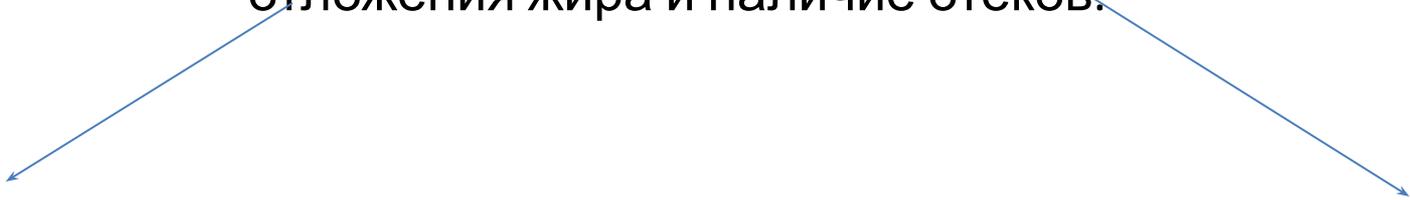
• **Симптом наперстка** — точечные углубления на поверхности ногтевой пластинки, возникающие у больных псориазом. Ногти мутнеют, приобретают поперечную или продольную истонченность, истончаются и атрофируются (онихолизис с дистрофическими изменениями ногтей).

Грибковое поражение ногтей



Подкжно-жировая клетчатка

При исследовании подкожной жировой клетчатки обращают внимание на степень ее развития, места наибольшего отложения жира и наличие отеков.



Ожирение



Кахексия

Индекс массы тела (ИМТ)

([англ.](#) *body mass index (BMI)*)

величина, позволяющая оценить степень соответствия массы [человека](#) величина, позволяющая оценить степень соответствия массы человека и его [роста](#) и, тем самым, косвенно оценить, является ли масса недостаточной,

$$\text{ИМТ} = \frac{\text{масса тела (кг)}}{\text{рост}^2 \text{ (м}^2\text{)}}$$

Индекс массы тела	Соответствие между массой человека и его ростом
16 и менее	Выраженный дефицит массы
16—18,5	Недостаточная (дефицит) масса тела
18,5—25	Норма
25—30	Избыточная масса тела (предожирение)
30—35	Ожирение первой степени
35—40	Ожирение второй степени
40 и более	Ожирение третьей степени (морбидное)

Отношение объема талии (ОТ) к объему бедер (ОБ)

Для мужчин: $ОТ/ОБ = 0,95$ или менее.

Для женщин: $ОТ/ОБ = 0,88$ или менее.

Андроидный (мужской, абдоминальный) тип ожирения характеризуется преимущественным отложением жира в области верхней половины туловища, на животе и увеличением висцерального жира (в сальнике, брыжейке и ретроперитонеальной области).

Гиноидное ожирение (женский тип, глутеофemorальное, ягодично-бедренное или "нижнее") характеризуется равномерным распределением жира с преобладанием в области ягодиц и бедер.

Отеки

важный симптом многих заболеваний внутренних органов.
Выраженность отечного синдрома может быть различной: от небольшой пастозности подкожной клетчатки до анасарки с выраженными отеками и скоплением жидкости в серозных полостях (асцит, гидроторакс и др.).

**Периферические
отеки**



**Распространенные
отеки**

Местные



Периферические отеки

- метод пальпации — надавливания большим пальцем на кожу и подкожную клетчатку в области лодыжек, голеней, крестца , грудины и т. п.. При наличии отеков в этих местах остаются ямочки;
- наблюдение за динамикой массы тела;
- измерение количества выпитой жидкости и выделенной мочи (диурез). Последние два способа наиболее пригодны для установления скрытых отеков.



Распространенные отеки

- при заболеваниях сердца, почек и других внутренних органов обусловлены, как правило, сочетанием нарушений многих механизмов, участвующих в регуляции водно-электролитного баланса в организме, а также механизмов, способствующих удержанию жидкости в сосудистом русле:
- 1) повышением гидростатического давления в венозном русле большого круга кровообращения (например, при правожелудочковой сердечной недостаточности);
- 2) активацией ренин-ангиотензин-альдостероновой системы почек, что способствует задержке натрия и воды в организме;
- 3) снижением онкотического давления плазмы при гипопротеинемии (нефротический синдром, тяжелые заболевания печени);
- 4) резким уменьшением процесса фильтрации в почках (почечная недостаточность, уремия);
- 5) нарушением сосудистой проницаемости (гломерулонефрит, васкулиты и др.).



Местные отеки

острая
воспалительная
реакция
кожи и
подкожной
клетчатки:

Регионарное нарушение
венозного оттока (флеботромбоз,
тромбофлебит) или лимфооттока
(слоновость):



местная аллергическая
реакция кожи, отек
Квинке.



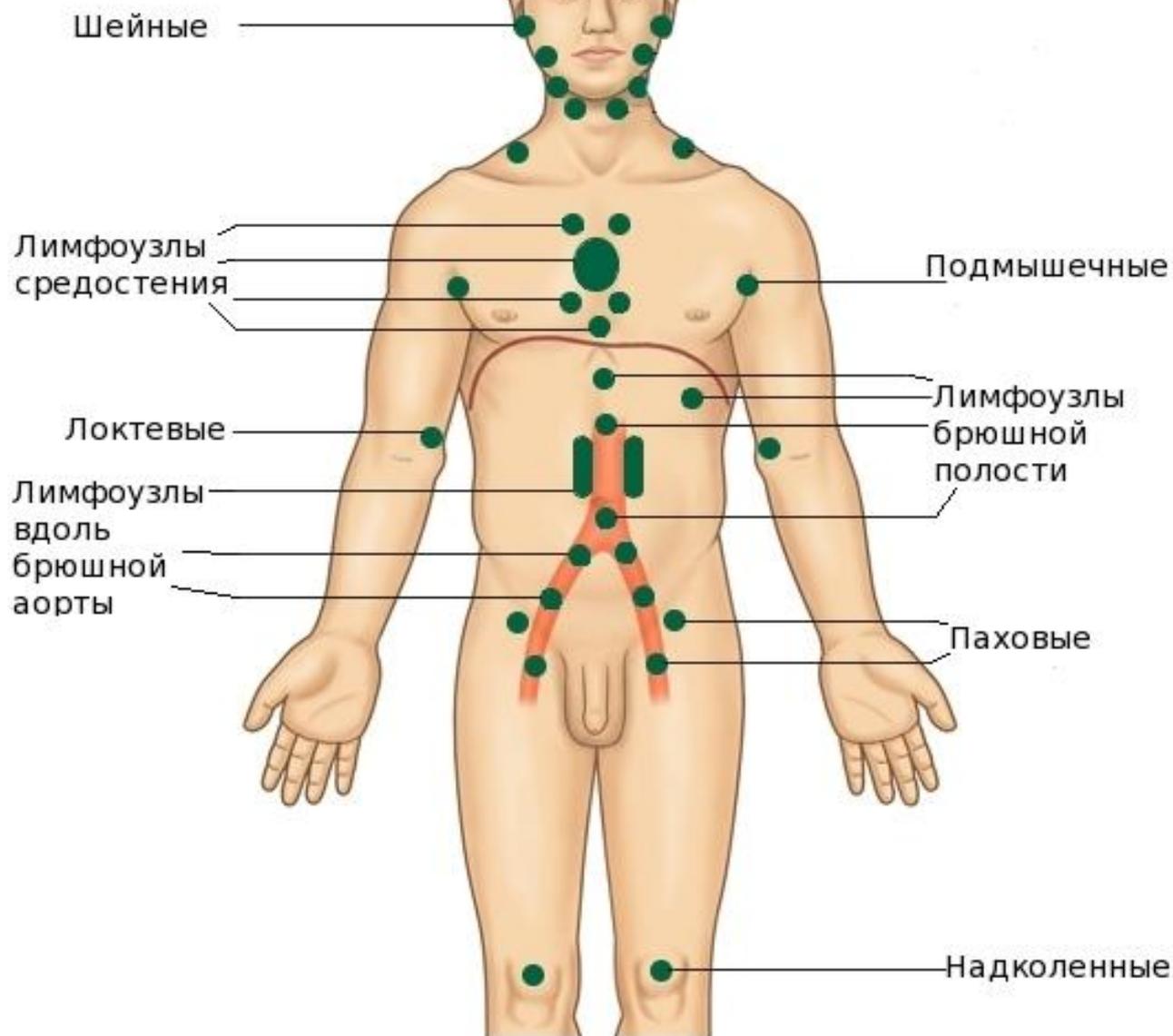
Лимфатические узлы

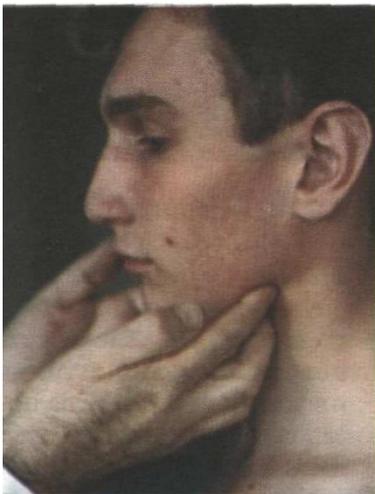
- В норме периферические лимфоузлы представляют собой округлые или овальные образования размером от 5 до 20 мм. Они не выступают над уровнем кожи и поэтому не выявляются при осмотре. Однако некоторые из лимфатических узлов можно пропальпировать даже у здорового человека (подчелюстные, подмышечные, паховые). Они сравнительно небольших размеров, мягкой консистенции, безболезненные, умеренно подвижные и не спаяны друг с другом и с кожей.
- Пальпируют лимфоузлы кончиками пальцев, производя ими скользящие круговые движения в области предполагаемой локализации данной группы лимфоузлов и по возможности прижимая их к более плотным образованиям (костям, мышцам).
- Пальпируя лимфоузлы, обращают внимание на их размеры, форму, консистенцию, болезненность, подвижность, сращения между собой и с окружающими тканями, состояние кожи над лимфоузлами.

- В практической деятельности врач может встретиться с двумя типами изменений лимфоузлов:
- 1) с распространенным, системным поражением лимфоузлов, которое может быть обусловлено как воспалительными их изменениями (например, при некоторых инфекциях), так и изменениями, связанными с опухолевым разрастанием при некоторых заболеваниях крови;
- 2) с местным увеличением регионарных лимфатических узлов как воспалительного (локальные гнойные процессы), так и неопластического характера (метастазы рака). Для правильной интерпретации местного увеличения лимфоузлов необходимо хорошо представлять типичные пути лимфооттока из различных областей тела.

- Лимфатические узлы при островоспалительных лимфаденитах всегда болезненны, слегка уплотнены. Иногда, особенно при гнойно-некротических процессах в коже и нагноившихся ранах, между областью воспаления и увеличенными лимфатическими узлами можно заметить красноватый тяж, обусловленный воспалением соответствующих лимфатических сосудов (лимфангоитом).

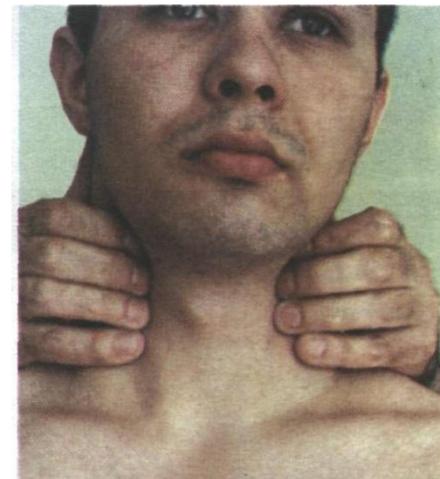
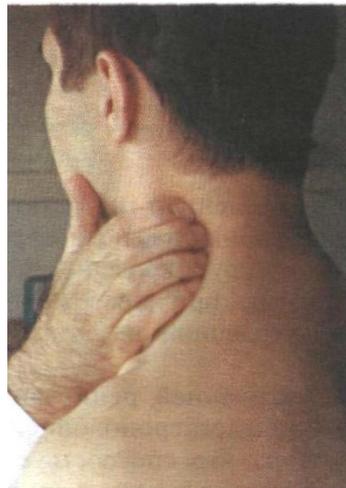
Схема расположения лимфатических узлов на теле человека





Подчелюстные

Задние шейные



Передние шейные



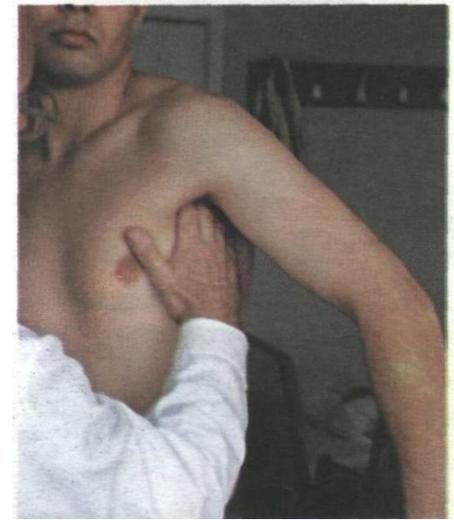
Затылочные



Надключичные



Подмышечные

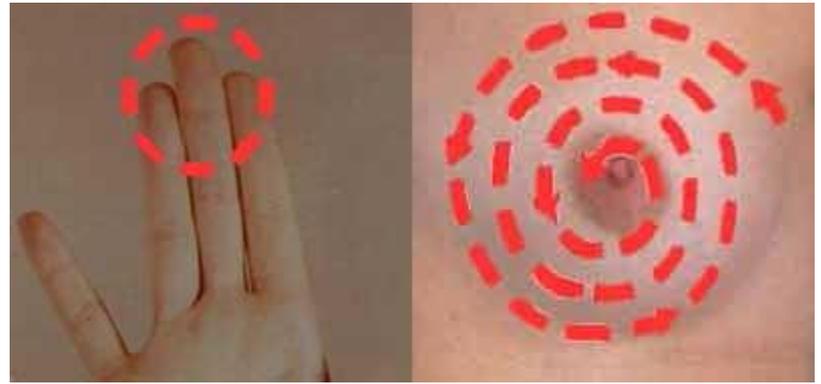


Локтевые



Паховые

Молочная железа



Пальпацию необходимо осуществлять в положении больной стоя, лежа на спине и на боку. Обследуют всю железу вокруг соска, последовательно по квадрантам и область субмаммарной складки.

При поверхностной пальпации определяют консистенцию ткани железы, наличие уплотненных участков или опухолей, взаимоотношение их с окружающими тканями.

При глубокой пальпации необходимо определить плотность опухоли, её размеры, форму, характеристику (чёткость) краёв, наличие в ткани железы других узлов и уплотнений.

При втянутых сосках необходимо обратить внимание на изъязвления, мацерацию. В положении лёжа легче прощупать все отделы железы, особенно при ее больших размерах.

В конце исследования необходимо слегка сдавить область ареолы и соска с целью выявления выделений и их характера. Наличие небольшого количества серозных выделений само по себе не является признаком заболевания, о чём следует сразу информировать пациентку.

Мышцы



- При исследовании мышц оценивают степень развития произвольной мускулатуры, тонус мышц, а также болезненность при их ощупывании.
- Атрофии мышц нередко возникают у ослабленных больных, у пациентов, страдающих некоторыми заболеваниями нервной системы, сопровождающимися параличом или парезом конечностей, а также при хронических поражениях суставов.
- При исследовании мышц важно также правильно охарактеризовать иногда встречающиеся непроизвольные сокращения мышц — судороги. Различают:
 - 1) тетанические судороги — сравнительно длительные (от нескольких минут до нескольких часов) судорожные сокращения мышц (менингиты, бешенство, столбняк);
 - 2) клонические судороги — быстро следующие одно за другим судорожные сокращения мышц (например, при

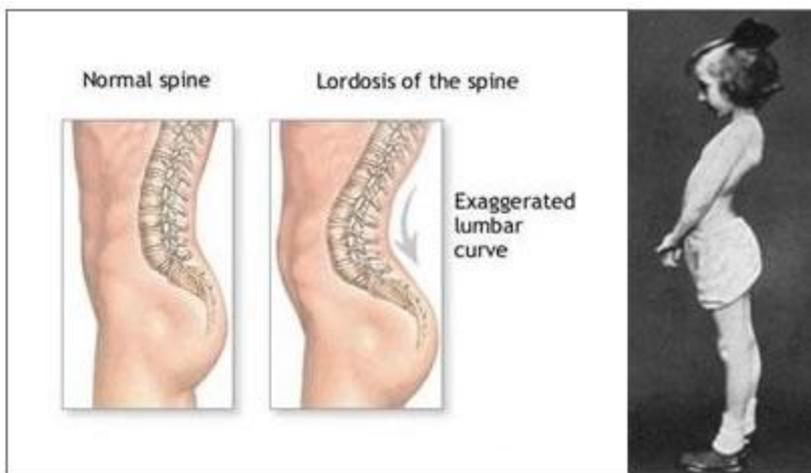
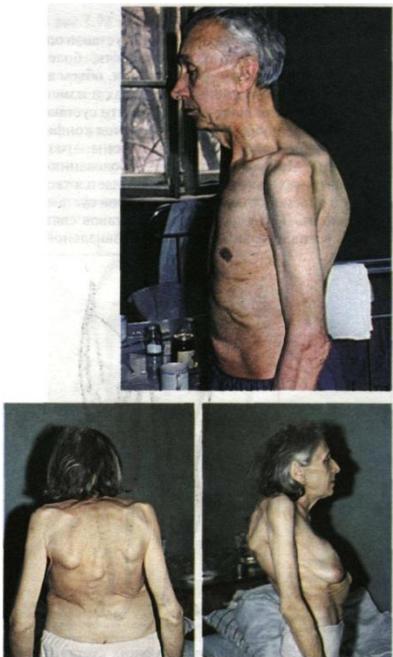
Кости

- Определяют форму костей, наличие деформаций, болезненности при ощупывании и поколачивании и другие симптомы. При некоторых заболеваниях системы крови (лейкозах, миеломе, V_{12} -дефицитной анемии) важным является определение болезненности костей при их поколачивании, а также наличие патологических переломов костей.

Из патологических деформаций костей чаще других встречаются деформации позвоночника. Различают:

- 1) кифоз — искривление позвоночника выпуклостью назад, нередко с образованием горба (gibbus);
- 2) лордоз — искривление позвоночника выпуклостью вперед;
- 3) сколиоз — боковые искривления позвоночника.

Нередко обнаруживается сочетание кифоза и сколиоза (кифосколиоз).



Запомните:

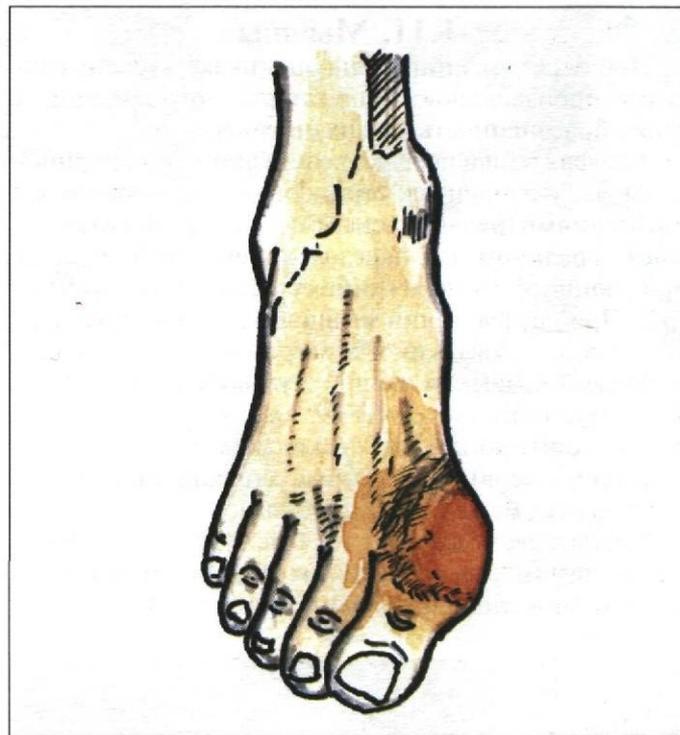
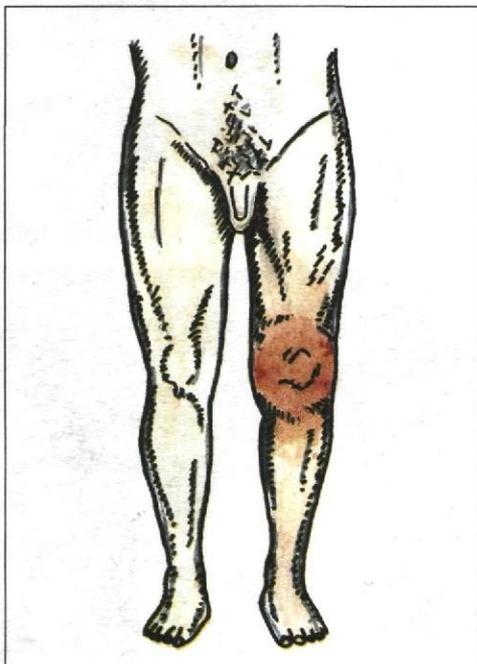
Выраженные искривления позвоночника нередко приводят к существенным нарушениям функции легких и сердца, в частности, к развитию дыхательной недостаточности и легочного сердца.

Суставы

- При объективном исследовании суставов определяют их конфигурацию, припухлость, болезненность при ощупывании и движениях, объем активных и пассивных движений в суставах и изменения кожи и подкожной клетчатки в области суставов.

Конфигурация суставов

- **1. Дефигурация.** Изменения конфигурации суставов могут быть обусловлены разными причинами. При воспалительных заболеваниях суставов (артритах), как правило, наблюдается увеличение их в объеме, сглаживание контуров суставов, их припухлость. Такая дефигурация суставов связана с острым воспалительным отеком синовиальной оболочки и мягких тканей, окружающих сустав (периартикулярный отек), а также с наличием выпота в полость сустава. Нередко в этих случаях кожа над областью пораженного сустава гиперемирована, ее температура повышена. Обычно эти изменения формы суставов бесследно исчезают при своевременно начатом эффективном лечении.



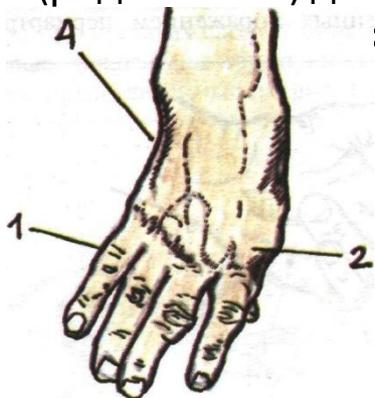
Конфигурация суставов

- **2. Деформация суставов** — это более стойкое изменение формы суставов, обусловленное деструкцией хряща и суставных концов костей, развитием анкилозов, костными разрастаниями, повреждениями мышечно-связочного аппарата и подвывихами суставов.

при ревматоидном артрите кисти приобретают форму ласт моржа.

Отмечается характерная ульнарная девиация кисти — отклонение III, IV и V пальцев в сторону локтевой кости, обусловленное подвывихами в пястно-фаланговых суставах с выступанием головок пястных костей, а также лучевая (радиальная) девиация

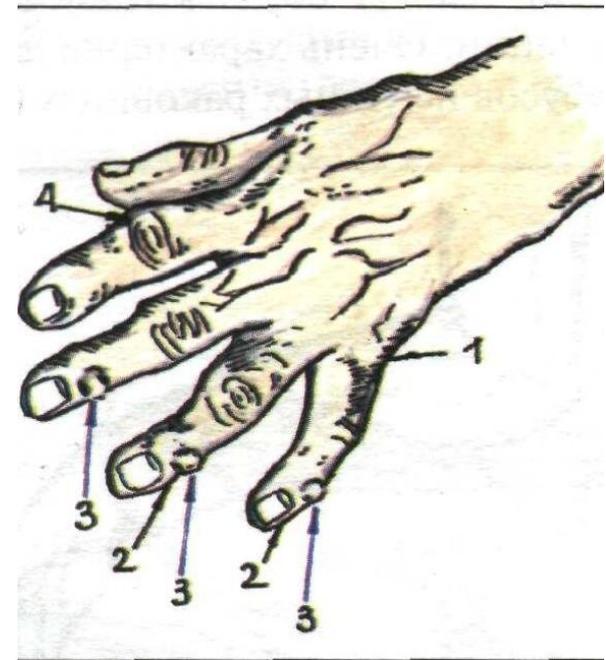
сустава.



У больных подагрой характерно отложение кристаллов уратов под кожей с образованием плотных подагрических узлов (тофусов), которые, локализуясь в области локтевых, коленных суставов и вокруг межфаланговых и пястно-фаланговых суставов кисти, могут создавать впечатление их резкой деформации.

При деформирующем остеоартрозе

наблюдаются подвывих пястно-фаланговых суставов (1) и латеральная девиация (радиальная или ульнарная) дистальных межфаланговых суставов (2), плотные узелки в тыльно-боковых отделах дистальных межфаланговых суставов (узелки Гебердена (3) и проксимальных межфаланговых суставов (узелки Бушара (4), обусловленные костными разрастаниями (остеофитами).

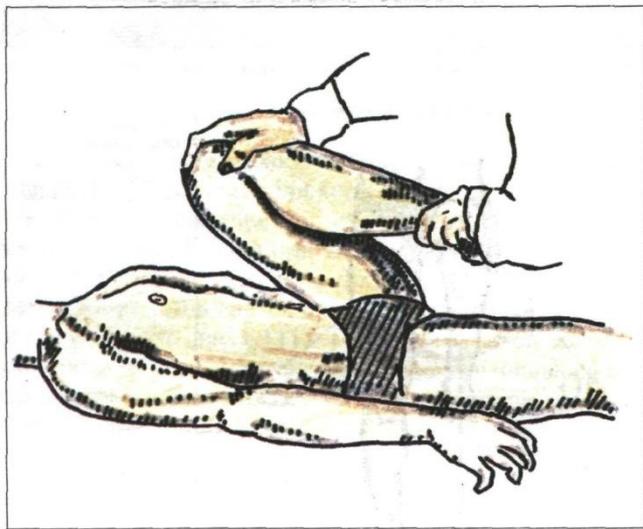


Изменения кожи над пораженными суставами

- чаще проявляются в виде гиперемии и гипертермии, что свидетельствует об остром воспалительном процессе в суставе и околосуставных тканях.
- Температуру кожи в «области сустава лучше оценивать, прикладывая тыльную поверхность кисти исследуемого, причем на очень непродолжительное время (не более 0,5 — 1,0 с), так как более длительное прикосновение может уравнивать температуру кожи исследуемого.



Подвижность и болезненность суставов

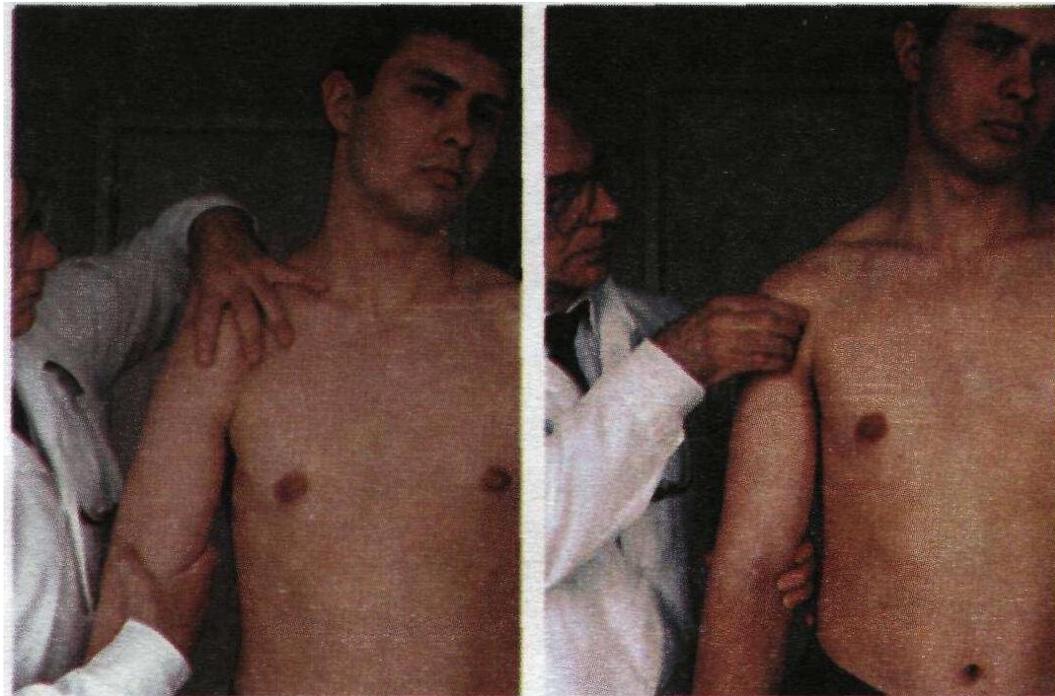


- Определяют объем активных и пассивных движений в суставах. Активные движения произвольно выполняет сам больной. Пассивные движения в исследуемых суставах осуществляет врач при полном мышечном расслаблении пациента.
- Независимо от характера поражения самого сустава или периартикулярных тканей объем активных движений в большинстве случаев оказывается сниженным. Для оценки степени ограничения движений в суставах следует ориентироваться на некоторые показатели нормальной двигательной функции.

Определение болезненности суставов при их ощупывании.

Болезненность, определяемая по ходу суставной щели, в большинстве случаев свидетельствует о поражении самого сустава или о наличии внутрисуставной патологии (например, разрыва мениска коленного сустава).

Болезненность, ограниченная периартикулярными точками, обычно связана с внесуставной патологией (например, с развитием бурсита).



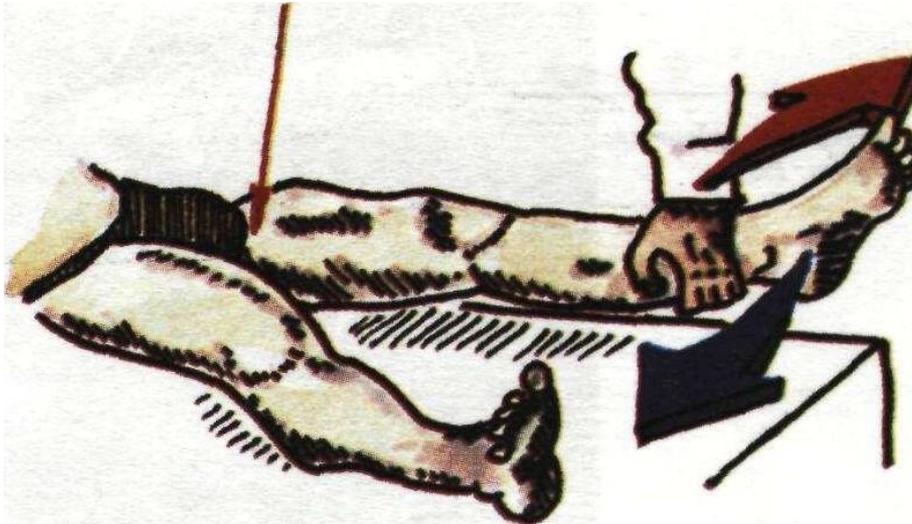
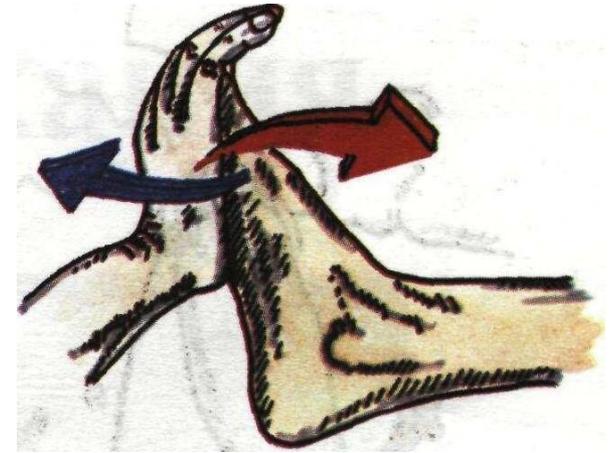
- 4) .
- 5) **Определение крепитации** (хруста) при движениях. Крепитация определяется пальпаторно на всем протяжении сгибания или разгибания пораженного сустава. Легкая, еле заметная крепитация обычно свидетельствует о воспалении синовиальной оболочки, сумки или сухожильного влагалища. Грубая крепитация указывает на поражение хряща или кости.
- От крепитации следует отличать громкие одиночные сухожильные щелчки, возникающие иногда при движениях в крупных суставах (плечевом, коленном, тазобедренном и др.), и щелчки, связанные с искусственным растяжением суставов, например суставов пальцев рук. В последнем случае щелчки чаще обусловлены образованием внутрисуставных газовых пузырьков.

Определение характера боли, возникающей при движении в суставах.

Для воспаления синовиальной оболочки сустава характерно появление так называемой стрессовой боли при движениях (незначительная боль при средних по амплитуде движениях, которая резко усиливается в крайних точках сгибания и разгибания). Боль одинаковой интенсивности на всем протяжении движения чаще связана с механическими изменениями в суставе (разрушением хряща или кости).

Определение болезненности при резистивных активных (изометрических) движениях в суставах

является важным признаком поражения периартикулярных тканей.
Исследование проводится следующим образом. Врач пытается произвести движение в суставе (красные стрелки), а пациент при этом оказывает активное сопротивление этому движению, напрягая соответствующие мышцы (синие стрелки).



Определение соотношений объема активных и пассивных движений.

В большинстве случаев при воспалении синовиальной оболочки наблюдается одинаковое ограничение как активных, так и пассивных движений в суставах.

Если объем пассивных движений превышает объем активных, то это свидетельствует о поражении периартикулярной ткани

Определение крепитации (хруста) при движениях.

Крепитация определяется пальпаторно на всем протяжении сгибания или разгибания пораженного сустава. Легкая, еле заметная крепитация обычно свидетельствует о воспалении синовиальной оболочки, сумки или сухожильного влагалища. Грубая крепитация указывает на поражение хряща или кости.

Для поражения синовиальной оболочки характерно:

- .Дефигурация сустава, его припухлость, выпот в полости сустава
- .Гиперемия и гипертермия кожи над суставом
- .Болезненность суставной щели
- .Стрессовый характер боли при движении
- .Легкая крепитация
- .Одинаковое ограничение объема пассивных и активных движений в суставе

Для поражения суставов, сопровождающихся разрушением хрящей и костной ткани характерно:

- 1.Значительная деформация сустава с патологическими подвывихами, костными разращениями
- 2.Грубая крепитация
- 3.Одинаковая интенсивности боль на всем протяжении сгибания и разгибания

Для поражения периартикулярных тканей характерно:

- 1.Болезненность при пальпации периартикулярных точек
- 2.Боль при резистивных активных (изометрических) движениях в суставах
- 3.Большой объем пассивных движений в суставах