

А.Л.Гребенев, А.А.Шептулин

НЕПОСРЕДСТВЕННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНОГО

Учебное пособие

4-е издание

Рекомендовано ГОУ ВПО

*Московская медицинская академия им. И.М.Сеченова
в качестве учебного пособия для студентов учреждений
высшего профессионального образования, обучающихся
по специальностям 060101.65 «Лечебное дело»,
по дисциплине «Пропедевтика внутренних болезней»*



Москва
«МЕДпресс-информ»
2016

УДК 616-071/-073(075.8)
ББК 53.4я73
Г79

Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в любой форме и любыми средствами без письменного разрешения владельцев авторских прав.

Авторы и издательство приложили все усилия, чтобы обеспечить точность приведенных в данной книге показаний, побочных реакций, рекомендуемых доз лекарств. Однако эти сведения могут изменяться.

Информация для врачей. Внимательно изучайте сопроводительные инструкции изготовителя по применению лекарственных средств.

Регистрационный № рецензии 065 от 19.03.2011 г. ФГУ ФИРО

Гребенев А.Л.

Г79 Непосредственное исследование больного : Учебн. пособ. / А.Л.Гребенев, А.А.Шептулин. – 4-е изд. – М. : МЕДпресс-информ, 2016. – 176 с. : ил.
ISBN 978-5-00030-321-4

Пособие ставит своей целью помочь студентам медицинских институтов в овладении практическими навыками непосредственного исследования больного при изучении курса пропедевтики внутренних болезней.

На основании своего многолетнего опыта преподавания авторы анализируют наиболее типичные ошибки, допускаемые студентами при выполнении различных приемов непосредственного исследования больного (перкуссии, пальпации, аускультации).

В пособии рассматриваются также основные правила оформления учебной истории болезни, обсуждаются особенности изложения каждого из ее разделов, приводятся наиболее частые ошибки при ее написании.

Новое издание дополнено рисунками, облегчающими усвоение материала.

Пособие предназначено для студентов медицинских институтов, изучающих пропедевтику внутренних болезней, но может оказаться полезным и для студентов более старших курсов.

УДК 616-071/-073(075.8)
ББК 53.4я73

ISBN 978-5-00030-321-4

© Гребенев А.Л., Шептулин А.А., 1999, 2016
© Оформление, оригинал-макет. Издательство
«МЕДпресс-информ», 2015, 2016

Оглавление

| | |
|---|------------|
| Предисловие | 5 |
| Введение | 6 |
| Глава 1. Расспрос больного | 7 |
| 1.1. Жалобы больного | 9 |
| 1.2. Анамнез заболевания | 11 |
| 1.3. Анамнез жизни | 14 |
| Глава 2. Общий осмотр | 22 |
| 2.1. Общий вид | 22 |
| 2.2. Исследование кожных покровов | 29 |
| 2.3. Исследование подкожного жирового слоя | 31 |
| 2.4. Исследование лимфатических узлов | 33 |
| 2.5. Исследование мышечной системы | 35 |
| 2.6. Исследование костной системы | 37 |
| 2.7. Исследование суставов | 38 |
| Глава 3. Исследование системы дыхания | 41 |
| 3.1. Расспрос больного | 41 |
| 3.2. Исследование верхних дыхательных путей | 46 |
| 3.3. Исследование легких | 48 |
| 3.3.1. Осмотр и пальпация грудной клетки | 50 |
| 3.3.2. Перкуссия легких | 55 |
| 3.3.3. Аускультация легких | 68 |
| Глава 4. Исследование системы кровообращения | 74 |
| 4.1. Расспрос больного | 74 |
| 4.2. Осмотр сосудов шеи | 79 |
| 4.3. Осмотр и пальпация области сердца и эпигастральной области . | 80 |
| 4.4. Перкуссия сердца | 84 |
| 4.5. Аускультация сердца | 90 |
| 4.6. Исследование сосудов | 99 |
| Глава 5. Исследование системы пищеварения | 107 |
| 5.1. Расспрос больного | 107 |
| 5.2. Осмотр полости рта | 115 |
| 5.3. Осмотр живота | 118 |

| | |
|---|------------|
| 5.4. Перкуссия живота | 119 |
| 5.5. Пальпация живота | 121 |
| 5.5.1. Поверхностная ориентировочная пальпация | 122 |
| 5.5.2. Глубокая методическая скользящая пальпация живота .. | 124 |
| 5.6. Пальпация желудка и определение его нижней границы | 133 |
| 5.7. Аускультация живота | 136 |
| 5.8. Перкуссия и пальпация печени и желчного пузыря | 137 |
| 5.9. Перкуссия и пальпация селезенки | 144 |
| 5.10. Пальпация поджелудочной железы | 148 |
| Глава 6. Исследование системы мочевого пузыря | 151 |
| 6.1. Расспрос больного | 151 |
| 6.2. Осмотр области почек | 155 |
| 6.3. Пальпация почек и мочевого пузыря | 155 |
| 6.4. Определение симптома Пастернацкого и перкуссия мочевого пузыря | 158 |
| Глава 7. Исследование эндокринной системы и нервно-психической сферы | 160 |
| 7.1. Исследование эндокринной системы | 160 |
| 7.1.1. Расспрос больного | 160 |
| 7.1.2. Исследование щитовидной железы | 163 |
| 7.2. Исследование нервно-психической сферы | 166 |
| Глава 8. История болезни и ее оформление | 170 |
| 8.1. Формулировка диагноза | 171 |
| 8.2. Обоснование диагноза | 172 |
| 8.3. Оформление температурного листа | 175 |

ПРЕДИСЛОВИЕ

Учебное пособие А.Л.Гребенева и А.А.Шептулина «Непосредственное исследование больного» впервые вышло в свет в 1992 г. очень скромным «внутренним» тиражом как пособие для практических занятий по курсу пропедевтики внутренних болезней для студентов Московской медицинской академии им. И.М.Сеченова. Оно получило благожелательную оценку как со стороны преподавателей, нашедших в этом пособии хорошее подспорье при проведении занятий, так и со стороны студентов, отметивших простоту и ясность изложения материала, поучительность клинических примеров и указавших на то, что пособие значительно облегчило овладение ими практическими навыками и написание учебной истории болезни.

Написанное как дополнение к учебнику и курсу лекций по пропедевтике внутренних болезней, пособие быстро распространилось далеко за пределы академии; им стали охотно пользоваться студенты других медицинских вузов, а также студенты более старших курсов. Все это поставило на повестку дня вопрос о его переиздании. За время, прошедшее с момента выхода первого издания, скоропостижно скончался один из его авторов – член-корр. РАМН А.Л.Гребенев. Несомненно, что новое издание пособия будет данью светлой памяти этого крупного клинициста и педагога, талантливого ученого, прекрасного человека.

Заведующий кафедрой пропедевтики
внутренних болезней
ММА им. И.М.Сеченова,
академик РАМН

В.Т.Ивашкин

ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время в распоряжении студентов имеется целый ряд прекрасных учебников по пропедевтике внутренних болезней (Василенко В.Х., Гребенев А.Л. Пропедевтика внутренних болезней. – М., 1989; Шелагуров А.А. Пропедевтика внутренних болезней. – М., 1975; Шкляр Б.С. Диагностика внутренних болезней. – Киев, 1971; и др.), в которых очень подробно, обстоятельно, на высоком научном уровне и в то же время доходчиво излагаются современные способы диагностики (в том числе и методы непосредственного исследования) при различных заболеваниях внутренних органов. Собственный опыт свидетельствует, что студенты достаточно хорошо усваивают вопросы о том, какие изменения и при каких заболеваниях можно получить при применении различных методов непосредственного исследования больного (осмотра, пальпации, перкуссии, аускультации), однако испытывают нередко значительные трудности в понимании того, как правильно и технически грамотно выполнить тот или иной методический прием (например, определить высоту стояния верхушки легкого, пропальпировать сигмовидную кишку и т.д.). Предлагаемое пособие ставит своей основной задачей помочь студентам практически овладеть теми или иными навыками непосредственного исследования больного, обратить их внимание на наиболее типичные ошибки при выполнении отдельных приемов.

Представленное пособие преследует еще одну немаловажную цель. Как известно, в конце изучения курса пропедевтики внутренних болезней студенты пишут первую в своей жизни учебную историю болезни. Вполне естественно, что «первый блин» в таких случаях нередко оказывается «комом», и можно легко представить себе, сколько сил и времени затрачивают студенты и преподаватели, соответственно переписывая и исправляя по несколько раз черновики истории болезни, чтобы добиться более или менее приемлемого результата. В этой связи при подготовке пособия специально обращалось внимание на особенности изложения того или иного раздела истории болезни, подчеркивались и анализировались наиболее частые ошибки, допускаемые студентами при написании истории болезни.

Предлагаемое пособие не может ни в коей мере заменить глубокое и систематическое изучение учебников по курсу пропедевтики внутренних болезней и монографий, посвященных детальному описанию отдельных заболеваний, а служит лишь своеобразным дополнением, призванным оказать студентам помощь в овладении ими практическими навыками непосредственного исследования больного. Понимая неизбежность недостатков этого пособия и его несовершенство, мы были бы благодарны студентам и преподавателям за все замечания, направленные на его улучшение.

Глава 1. РАССПРОС БОЛЬНОГО

Расспрос больного, представляющий собой один из методов непосредственного исследования пациента, играет исключительно важную роль в диагностике многих заболеваний внутренних органов. Те или иные жалобы пациента, характерные этапы развития болезни, некоторые особенности анамнеза жизни нередко позволяют с самого начала высказать правильное предположение о диагнозе заболевания, который в дальнейшем часто подтверждается различными объективными методами исследования (в том числе лабораторными и инструментальными).

Столь важное диагностическое значение расспрос больного приобретает лишь в том случае, когда он проводится полно, обстоятельно и методически грамотно. При несоблюдении этих условий расспрос больного не только не облегчает постановку правильного диагноза заболевания, а, напротив, способен увести врача в сторону от истинной причины страдания больного. К сожалению, студентам – особенно на первых порах их самостоятельной работы с больными – расспрос пациентов удается далеко не всегда. В ряде случаев эти трудности носят объективный характер (например, различные расстройства сознания больного, нарушения его памяти, низкий интеллектуальный уровень пациента, его негативное отношение к расспросу, симуляция, аггравация или диссимуляция и т.д.), но значительно чаще они бывают связаны с погрешностями, допускаемыми в процессе самого расспроса.

Наиболее распространенным недостатком является *поспешность* в проведении расспроса. Весьма типичной, к сожалению, является ситуация, когда студенты, направленные в палату для беседы с больным, возвращаются уже через 5–7 минут и заявляют своему преподавателю: «А мы уже всё спросили». Качество такого расспроса оказывается, как правило, очень низким, и чрезвычайно важные в диагностическом плане анамнестические данные бывают обычно упущенными.

Недостаточная полнота расспроса, проводимого на первых порах студентами, сочетается нередко и с *бессистемностью* постановки тех или иных вопросов. Можно понять, когда больные, рассказывая о своем заболевании, постоянно «перескакивают» с жалоб на анамнез заболевания и обратно. Хуже, однако, когда студенты, проводя расспрос, сами нарушают его последовательность, в результате чего исчезает стройность изложения, а иногда и просто теряется связующая нить между анамнестическими событиями, что в итоге не позволяет сделать какое-то обоснованное заключение. Чтобы избежать

подобных ошибок, лучше на первых этапах самостоятельной работы с большими пользоваться схемой клинического исследования пациента.

При проведении расспроса уместно предоставить слово сначала самому больному. При этом в процессе рассказа пациента обычно удается выявить ряд весьма ценных данных: уровень интеллектуального развития больного и степень его медицинской грамотности, отношение больного к своему заболеванию и др. Все это в дальнейшем позволяет четко определить, какие дополнительные вопросы нужно будет задать больному для уточнения анамнестических сведений и как они должны быть сформулированы. Таким образом, расспрос продолжается уже при непосредственном активном участии опрашиваемого.

Когда после окончания расспроса студенты проводят разбор больного совместно с преподавателем, нередко выясняется, что те или иные существенные анамнестические данные остались вне поля зрения студентов, заявляющих, как правило, в таких случаях в свое оправдание: «А больной нам этого не говорил». Источником таких упущений является, однако, чаще всего отнюдь не краткость изложения больным своих жалоб и этапов развития заболевания (практические врачи хорошо знают, что как раз наоборот: излишнее многословие пациентов служит обычно фактором, затрудняющим проведение расспроса). Причины подобных ошибок кроются, как правило, в том, что студенты, недостаточно хорошо знакомые с клинической картиной различных заболеваний, порой просто не находят «нужного» в каждой конкретной ситуации вопроса. Поэтому расспрос больного оказывается успешным только в том случае, когда опрашивающий детально знает особенности симптоматологии и течения заболевания, которым страдает пациент. Полезным в этой связи (особенно при написании курсовой по истории болезни) может стать повторный (уточняющий и дополняющий) расспрос больного, проводимый после углубленного изучения соответствующих учебников и монографий и сопоставления данных, полученных при первоначальном расспросе, с изложенной в этих книгах развернутой клинической картиной тех или иных заболеваний.

Оценке жалоб больного всегда предшествует выяснение необходимых **паспортных данных** (фамилии, имени и отчества, возраста, пола, места жительства, профессии и места работы, даты госпитализации), которое обычно не вызывает серьезных затруднений. Во многих учебниках справедливо подчеркивается, что эти сведения не носят формальный характер, а играют важную диагностическую роль, поскольку те или иные заболевания часто бывают присущими определенному возрасту, полу, представителям конкретных профессий.

Все же хотелось бы предостеречь от излишней переоценки диагностического значения таких, в частности, факторов, как пол, возраст больного и др. Мы, например, были свидетелями ситуации, когда изъязвление в желудке у молодого человека, оказавшееся впоследствии инфильтративно-язвенной формой рака, расценивалось как доброкачественная язва только потому,

что рак желудка, как полагали врачи, не свойственен лицам молодого возраста. В другом нашем наблюдении диагноз постинфарктной аневризмы, сформировавшейся после безболевого формы инфаркта миокарда, не был поставлен лишь на основании того, что речь шла о молодом человеке, мастере спорта по бегу на коньках. Типичные для аневризмы сердца изменения на ЭКГ, подтвержденные в дальнейшем ультразвуковым исследованием сердца и рентгенокинемаграфией, ошибочно трактовались как результат якобы «усиленных занятий спортом».

1.1. Жалобы больного

Хорошо известно, что жалобы пациента, порой достаточно характерные, позволяют нередко сразу заподозрить то или иное заболевание, а иногда и сразу поставить точный диагноз. Вместе с тем полное выяснение, правильная систематизация и грамотное изложение в истории болезни жалоб больного представляет в ряде случаев значительные трудности не только для студентов, но и для врачей с многолетним стажем работы.

Прежде всего, сейчас, в условиях все возрастающего интереса больных к чтению научно-популярной и специальной медицинской литературы, все чаще приходится сталкиваться с ситуацией, когда на традиционный вопрос: «Что Вас беспокоит?» – больной спокойно отвечает: «Вы знаете, доктор, у меня целый букет заболеваний – гастрит, колит, холецистит, панкреатит, эзофагит, грыжа пищевода, остеохондроз позвоночника...» Опытные врачи воспринимают такие ответы также достаточно спокойно, однако студентов III курса они нередко приводят в замешательство. Здесь нужно иметь в виду, что в этом разделе истории болезни нам важны не диагнозы заболеваний, которые к тому же могут оказаться и неверными, а *непосредственные субъективные ощущения* больного. На их выявление и анализ должно быть направлено все внимание врача при выяснении жалоб.

Поскольку больной может предъявлять много различных жалоб, становится необходимым выделение из их круга *главных* (основных, ведущих) жалоб. При этом нужно помнить, что свои главные жалобы больной обычно называет в числе первых. Например, больной, страдающий ревматическим митральным пороком сердца, может предъявить много различных жалоб (одышка, кашель, кровохарканье, перебои в работе сердца и т.д.), но первой при этом обычно всегда называет одышку, добавляя нередко фразу, что «если бы не одышка, то жить было бы еще можно».

В тех случаях, когда больной сам рассказывает о своих субъективных ощущениях, он, как правило, называет далеко не все имеющиеся жалобы, забывая о некоторых из них или же считая какие-то жалобы несущественными (реже – скрывая их). Поэтому, предположив на основании рассказа больного то или иное заболевание, необходимо спросить его и о других жалобах, характерных для данного заболевания. Например, больной с обострением язвенной болезни сам может жаловаться лишь на боли в подложечной области. Соответственно студенты, а порой и практические врачи ограничиваются указанием в истории болезни лишь этой жалобы. Однако,

задавая больному дополнительно наводящие вопросы, часто удается выявить, что больного, кроме всего прочего, беспокоит изжога, отрыжка, тошнота, запоры, похудание и т.д., которым он сам – с учетом их небольшой выраженности – значения не придает. Понятно, насколько неполной окажется такая история болезни, если в ней будут отсутствовать перечисленные жалобы.

Выяснение жалоб больного можно считать полным лишь в том случае, когда проведенный расспрос касался функционального состояния всех органов и систем организма (дыхательной, сердечно-сосудистой, мочевыделительной и др.). Иногда такой расспрос может в корне изменить всю тактику последующего обследования пациента.

Вспоминается случай, когда в клинику поступил больной 76 лет, у которого эндоскопически и гистологически была подтверждена доброкачественная язва желудка. Сам больной жаловался лишь на умеренные боли в подложечной области и незначительно выраженные диспептические расстройства, что вполне укладывалось в картину обострения язвенной болезни. При этом пациент оказался мужчиной крепкого сложения, физически прекрасно развитым и выглядел значительно моложе своих лет.

Казалось бы, на первый взгляд, в такой ситуации можно было бы и прекратить дальнейшее активное выяснение жалоб пациента. Врач, однако, педантично продолжил расспрос, включавший в себя подробную оценку функционального состояния различных систем организма. Когда он перешел к системе мочеиспускания и поинтересовался, нет ли у больного каких-либо расстройств мочеиспускания, больной, несколько замявшись, ответил, что он уже в течение 3 дней не мочился. Поскольку речь шла о мужчине пожилого возраста, врач обоснованно предположил наличие острой задержки мочи, обусловленной аденомой предстательной железы, и срочно вызвал дежурного уролога. Последний отнесся к заявлению больного и предположению врача очень скептически, мотивируя тем, что отсутствие мочеиспускания в течение 3 дней вызвало бы сильнейшие боли внизу живота и беспокойство больного. Все же, по настоянию терапевта, с диагностической целью была проведена катетеризация мочевого пузыря, который неожиданно для всех оказался пустым. Это давало основание думать о гораздо более серьезном осложнении – экскреторной анурии. При экстренно проведенной цистоскопии была выявлена запущенная злокачественная опухоль мочевого пузыря с прорастанием устьев обоих мочеточников, что потребовало немедленного проведения паллиативной операции – наложения двусторонней нефростомы. Указанный пример служит хорошим подтверждением важности проведения расспроса больного по определенному плану.

Основным недостатком проводимой студентами оценки жалоб больного является отсутствие их должной *детализации*. Несмотря на то, что во многих учебниках многократно подчеркивается необходимость выяснения всех черт, присущих тому или иному симптому (например, локализации болей, их иррадиации, характера, интенсивности, продолжительности, связи возникновения болей с определенной причиной и их исчезновения после применения различных лекарственных препаратов), оценка жалоб больного оказывается в итоге нередко крайне скудной. Слушая доклад студента

тельными инструментальными методами исследования) имело для В.Х.Василенко гораздо большее диагностическое значение, чем констатация очевидного увеличения шейных лимфоузлов.

Подводя итог той части общего осмотра, который касается оценки общего вида больного, следует кратко остановиться на особенностях описания в истории болезни полученных результатов, которое в сжатом виде может быть следующим:

Настоящее состояние больного

ОБЩИЙ ОСМОТР

Общий вид

Состояние больного удовлетворительное. Сознание ясное. Положение больного активное. Тип телосложения – нормостенический. Рост – 178 см, масса тела – 75 кг. Нарушений осанки и походки не отмечается. При осмотре головы, лица, шеи патологических изменений не наблюдается. Лицо не выражает болезненных проявлений.

2.2. Исследование кожных покровов

Исследование кожных покровов проводится с помощью осмотра и пальпации. В процессе осмотра не следует ограничиваться только какой-то одной областью. Ценные в диагностическом плане данные можно получить лишь в том случае, если последовательно осматриваются кожные покровы лица, шеи, туловища, конечностей.

При осмотре прежде всего обращают внимание на *окраску* кожных покровов и ее изменения (бледность, гиперемия, цианоз, желтушность и т.д.). Как уже говорилось выше, окраску кожных покровов можно правильно оценить только в том случае, если осмотр проводится при естественном освещении. При ярком искусственном освещении «маскируется» не только желтушность кожных покровов, но также нередко и их бледность. Важно помнить, что бледность кожи не всегда связана с каким-либо патологическим процессом, а может быть обусловлена толщиной и прозрачностью кожи, особенностью расположения в ней капилляров. Поэтому во избежание ошибок целесообразно сравнить окраску кожных покровов с окраской видимых слизистых оболочек (лучше всего – конъюнктивы). Менее интенсивная окраска конъюнктивы подтверждает патологическую природу бледности кожных покровов, тогда как нормальная окраска соединительной оболочки глаза свидетельствует о том, что бледность кожных покровов, возможно, и не связана с каким-либо заболеванием.

Различные изменения окраски кожных покровов (гиперемия, бледность) иногда бывают обусловлены и нервно-рефлекторными реакциями при волнении, возбуждении, страхе. При выявлении цианоза следует иметь в виду, что он раньше всего отмечается в тех участках, в которых создаются наименее благоприятные условия кровообращения в силу удаленности от сердца, где



Рис. 1. Определение эластичности кожи.

имеется тонкая кожа и где лучше всего «просвечивают» кровеносные сосуды (губы, кончики носа и ушей, под ногтями).

Не всегда легко выявляется слабая желтушная окраска кожных покровов (субиктеричность). Здесь следует помнить, что субиктеричность лучше всего обнаруживается при осмотре склер (для этого большими пальцами оттягивают книзу нижнее веко). Появление участков гиперпигментации кожных покровов не всегда свидетельствует о имеющихся нарушениях функции надпочечников. Такая гиперпигментация иногда наблюдается у не очень чистоплотных людей (особенно при повышенной потливости) и бывает выражена обычно в местах, подверженных частому трению (подмышечные впадины, кожные покровы под молочными железами и т.д.).

После оценки окраски кожных покровов обращают внимание на наличие различных *высыпаний* (розеолы, эритема, везикулы, папулы, пустулы и др.), геморрагий, расчесов, шелушения, телеангиоэктазий, отложений холестерина под эпидермисом (ксантомы), рубцов (после операций, ожогов, ранений), пролежней. При их отсутствии обычно указывают, что кожные покровы являются чистыми.

При исследовании кожных покровов оценивается также их *эластичность* (в некоторых учебниках данное свойство именуется тургором кожи). Эластичность определяется с помощью взятия в складку двумя пальцами кожи живота, тыльной поверхности кисти или разгибательной поверхности предплечья (рис. 1). В норме эта складка ощущается плотной, упругой, не отделяется от подкожной клетчатки и быстро расправляется после отнятия пальцев. При снижении эластичности кожа становится морщинистой, при взятии ее двумя пальцами образуются несколько мелких складок, которые долго не расправляются. Некоторое снижение эластичности кожи можно наблюдать у людей старческого возраста. Обнаружение сниженной эластичности кожи у лиц молодого возраста свидетельствует обычно о тяжелом и изнуряющем течении заболевания, обильной потере жидкости организмом.

Влажность кожных покровов определяют с помощью поглаживания ладонной или тыльной поверхностью кисти кожных покровов на симметричных участках туловища и конечностей (прежде всего в подмышечных ямках, на ладонях и подошвах). В норме кожные покровы бывают умеренно влажными, что связано с постоянным выделением на поверхности тела мельчайших капелек пота. Оценивая изменения влажности кожи, необходимо все же иметь в виду, что степень потливости вообще является индивидуаль-

ным свойством и может быть различной даже у здоровых людей. Следствием усиленного потоотделения может быть появление специфических высыпаний (потницы) в виде мельчайших белесоватых пузырьков, покрывающих поверхность кожи наподобие росы.

При исследовании кожных покровов обращают также внимание на изменения *роста волос*, их выпадение, ломкость. Оцениваются *состояние ногтей* и их возможные изменения (ломкость, истончение или утолщение, неровность, появление ложкообразных ногтей и ногтей в форме «часовых стекол»).

Примерное краткое описание данного раздела в истории болезни может быть следующим:

Кожные покровы

Кожные покровы бледно-розовой окраски, чистые, умеренно влажные. Эластичность кожи хорошая. Рост волос не нарушен. Ногти не изменены.

2.3. Исследование подкожного жирового слоя

Степень развития подкожного жирового слоя оценивается по толщине кожной складки, взятой большим и указательным пальцами на животе на уровне пупка или на боковой поверхности грудной клетки. В норме толщина этой складки составляет обычно около 2 см. Более тонкая складка указывает чаще всего на недостаточное развитие подкожного жирового слоя. Складка кожи на животе толщиной более 2–3 см говорит обычно в пользу избыточности подкожного жирового слоя. О пониженном питании свидетельствуют также четко обозначенные контуры ребер (в норме они видны только в нижнебоковых отделах грудной клетки) и западение межреберных промежутков, резко выраженные над- и подключичные ямки, выступающие ключицы, позвонки, гребни подвздошных костей, втянутый живот и т.д. Следует, кроме того, иметь в виду, что недостаточное развитие подкожного жирового слоя может маскироваться имеющимися отеками.

Обращают также внимание на характер распределения подкожного жирового слоя. В норме он распределен достаточно равномерно. При некоторых формах ожирения, встречающихся при ряде эндокринных заболеваний, наблюдается неравномерное распределение подкожного жирового слоя (например, его большая выраженность в области ягодиц, бедер и т.д.). При исследовании подкожного жирового слоя нередко выявляются липомы (жировики), доброкачественные опухоли, состоящие из жировой ткани, которые иногда бывают множественными.

После оценки степени развития и характера распределения подкожного жирового слоя обращают внимание на наличие **отеков**. При появлении отеков (местных или общих) отмечают увеличение объема тканей и органов, изменение их контуров (сглаживание нормальных ямок и костных выступов). Эластичность кожных покровов при этом снижается, растянутая за счет отека кожа (например, в области век) выглядит прозрачной и приобретает в результате сглаживания складок повышенный блеск. При осмотре



Рис. 2. Определение отеков на внутренней поверхности голени.

кожи отмечаются также четко выраженные следы от поясов, ремней, носков и т.д. В тех случаях, когда отечность является признаком воспаления, она характеризуется гиперемией отечной кожи, местным повышением температуры, болезненностью при ощупывании.

Для выявления отеков надавливают пальцем на кожу в тех местах, где костные образования прилегают непосредственно к коже (в области внутренней поверхности голени, лодыжек, поясницы, грудины) (рис. 2). При наличии отеков появляется ощущение мягкой и тестоватой ткани и, кроме того, образуются ямки, исчезающие через 1–2 минуты. Необходимо, однако, иметь в виду, что при длительно существующих отеках кожа становится более плотной и при надавливании на нее ямки могут не образовываться. Слабая отечность, которая не сопровождается

появлением отчетливых ямок, носит название пастозности. При выявлении отеков нужно также помнить, что у больных с сердечной недостаточностью отечность голени и стоп обнаруживается сначала только к вечеру, а утром она может бесследно исчезать. У больных с заболеваниями почек отеки, наоборот, выражены лучше утром и отмечаются чаще на лице.

В ряде случаев отеки приходится дифференцировать с изменениями кожи у больных микседемой, а также при подкожной эмфиземе. При микседеме отек бывает плотным, слизистым и обусловливается пропитыванием подкожного жирового слоя муцином. Поэтому при надавливании на такую кожу ямки обычно не образуются. У больных с подкожной эмфиземой (например, связанной с повреждением паренхимы легких) ямки при надавливании, как правило, появляются, однако при этом ощущается характерное потрескивание (крепитация).

При наличии отеков большое значение имеет *контроль за их динамикой*. Это достигается систематическим взвешиванием пациентов, измерением суточного диуреза, сравнением глубины ямок, остающихся при надавливании, повторным измерением окружности голени.

Примерная краткая запись этого раздела в истории болезни может быть следующей:

Подкожная жировая клетчатка

Подкожный жировой слой развит умеренно (толщина кожной складки на животе на уровне пупка – 2 см), распределен равномерно. Отеков нет.

2.4. Исследование лимфатических узлов

Обычно считают, что у здорового человека лимфоузлы не видны и не доступны пальпации. Это справедливое в большинстве случаев правило следует принимать лишь с определенными оговорками. Так, учитывая широкую распространенность среди населения различных заболеваний зубов (кариес, периодонтит, пародонтоз и др.), приходится считаться с тем, что у многих людей удастся без особого труда прощупать подчелюстные лимфатические узлы. У практически здоровых людей вследствие мелких, порой незаметных травм кожных покровов нижних конечностей, могут пальпаторно определяться небольшие (размером с горошину) паховые лимфоузлы. По мнению ряда авторов, обнаружение при пальпации одиночных мелких подмышечных узлов также может не являться сколь-либо серьезным диагностическим признаком. Все же следует еще раз подчеркнуть, что более значительное увеличение лимфатических узлов, особенно в тех случаях, когда оно выявляется уже при осмотре, всегда служит симптомом того или иного заболевания, порой весьма серьезного.

При исследовании различных групп лимфатических узлов полученные данные необходимо обязательно сравнивать с результатами осмотра и пальпации одноименной (симметричной) группы лимфоузлов с другой стороны.

При пальпации определяют прежде всего размеры лимфатических узлов, которые обычно сопоставляют с величиной каких-то округлых предметов (размерами «с просьяное зерно», «с чечевицу», «с мелкую (среднюю, крупную) горошину», «с лесной орех», «с голубиное яйцо», «с грецкий орех», «с куриное яйцо» и т.д.).

Уточняют число увеличенных лимфоузлов, их *консистенцию* (тестоватая, мягко эластичная, плотная); обращают внимание на *подвижность* лимфатических узлов, *болезненность* при пальпации (признак воспалительных процессов), *спаянность друг с другом* в конгломераты и *спаянность с окружающими тканями*, наличие отека окружающей подкожной клетчатки и гиперемии соответствующего участка кожи, образование свищевых ходов и рубцовых изменений (например, при туберкулезном лимфадените). При этом поражение может касаться отдельных лимфатических узлов, их регионарной группы (при воспалении, злокачественных опухолях) или же бывает системным, проявляясь генерализованным увеличением лимфатических узлов различных групп (например, при лейкозе, лимфогранулематозе).

Пальпацию лимфатических узлов проводят кончиками слегка согнутых пальцев (обычно вторыми–пятыми пальцами обеих рук), бережно, осторожно, легкими, скользящими движениями (как бы «перекатываясь» через лимфоузлы). При этом в исследовании лимфоузлов соблюдается определенная последовательность.

Вначале пальпируют *затылочные лимфоузлы*, которые располагаются в области прикрепления мышц головы и шеи к затылочной кости. Затем переходят к ощупыванию *заушных лимфоузлов*, которые находятся позади ушной раковины на сосцевидном отростке височной кости. В области

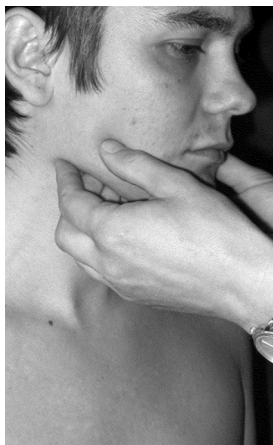


Рис. 3. Пальпация подчелюстных лимфоузлов.



Рис. 4. Пальпация задних поверхностных шейных лимфоузлов.



Рис. 5. Пальпация подмышечных лимфоузлов.

околоушной слюнной железы пальпируют *околоушные лимфатические узлы*. *Нижнечелюстные (подчелюстные) лимфоузлы*, которые увеличиваются при различных воспалительных процессах в полости рта, прощупываются в подкожной клетчатке на теле нижней челюсти позади жевательных мышц (при пальпации эти лимфоузлы прижимают к нижней челюсти) (рис. 3). Подбородочные лимфоузлы определяют движением пальцев рук сзади наперед вблизи средней линии подбородочной области.

Поверхностные шейные лимфатические узлы пальпируют в боковых и передних областях шеи, соответственно вдоль заднего и переднего краев грудино-ключично-сосцевидных мышц (рис. 4). Длительное увеличение шейных лимфатических узлов, достигающих порой значительных размеров, отмечается при туберкулезном лимфадените, лимфогранулематозе. Однако и у больных хроническим тонзиллитом вдоль передних краев грудино-ключично-сосцевидных мышц можно нередко обнаружить цепочки мелких плотных лимфоузлов.

При раке желудка в надключичной области (в треугольнике между ножками грудино-ключично-сосцевидной мышцы и верхним краем ключицы) можно обнаружить плотный лимфатический узел («железа Вирхова» или «железа Вирхова–Трузье»), представляющий собой метастаз опухоли.

При пальпации *подмышечных лимфатических узлов* слегка отводят руки больного в стороны. Пальцы пальпирующей руки вводят как можно глубже в подмышечную впадину (из гигиенических соображений в пальпирующую руку при этом берется майка или рубашка больного). Отведенная рука больного возвращается в исходное положение; при этом пациент не должен прижимать ее плотно к туловищу. Пальпация подмышечных лимфатических



Рис. 21. Определение нижней границы правого легкого по l. medioclavicularis.

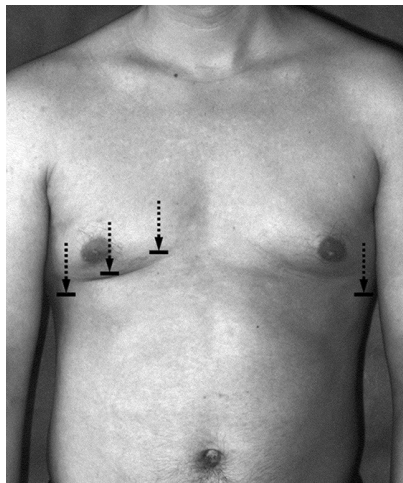


Рис. 22. Положение нижней границы правого легкого по l. parasternalis, l. medioclavicularis, l. axillaris anterior.

Определение *нижних границ легких* (вначале правого, а затем левого) проводят следующим образом. Нижнюю границу правого легкого спереди определяют по окологрудной и среднеключичной линиям, начиная со второго межреберья (рис. 21). После этого больной поворачивается правым боком и закладывает правую руку за голову. В таком положении, начиная от подмышечной впадины, продолжают перкуссию последовательно по передней, средней и задней подмышечным линиям. Еще один небольшой поворот больного дает возможность завершить, начиная от угла лопатки, определение нижней границы правого легкого сзади (по лопаточной и околопозвоночной линиям). Отметка о найденной границе делается в месте перехода ясного легочного звука в тупой по краю пальца, обращенному в сторону ясного звука (рис. 22, 23).

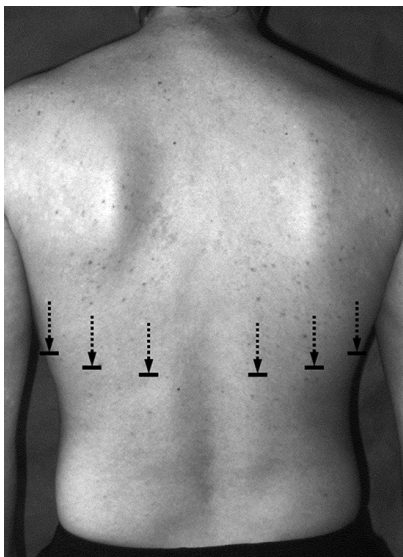


Рис. 23. Положение нижних границ легких по l. axillaris posterior, l. scapularis, l. paravertebralis.

Нижнюю границу левого легкого, устанавливаемую на основании перехода ясного легочного звука в притупленный звук селезеночной тупости, начинают определять по передней подмышечной линии, поскольку по левой окологрудной линии нижняя граница левого легкого как бы «обрывается» на IV ребре из-за появляющейся здесь тупости сердца, а точному определению нижней границы легкого по левой среднеключичной линии мешает тимпанический звук пространства Траубе, прилегающего здесь к диафрагме. Тимпанический оттенок перкуторного звука, обусловленный зоной пространства Траубе, иногда затрудняет точное определение нижней границы левого легкого даже по передней подмышечной линии. Определение нижней границы левого легкого по остальным линиям проводится так же, как и определение нижней границы правого легкого.

Хотелось бы обратить внимание на два обстоятельства, способных оказать влияние на точность определения нижних границ легких. Студенты обычно правильно располагают палец-плексиметр параллельно ребрам и ведут дальше перкуссию по вертикальным линиям в направлении сверху вниз, переставляя палец-плексиметр по межреберьям, как это предусматривается рекомендациями, данными во многих учебниках. Рекомендации вести перкуссию по межреберьям при определении нижних границ легких исходят из того, что перкуссия, проводимая по ребрам, изменяет оттенок его распространения, что в конце концов отражается на точности определения нижних границ легких.

Однако в то же время топографическая перкуссия, проводимая с целью определения нижних границ легких только по межреберьям, даст сама по себе очень большую погрешность, поскольку каждое следующее представление пальца в очередное межреберье (т.е. своеобразный «перкуторный шаг») имеет, если можно так сказать, «цену деления» не менее 3–4 см (непозволительно много для топографической перкуссии). Например, проводя определение нижней границы легких только по межреберьям, мы никогда не сможем получить границу правого легкого в пятом межреберье или по верхнему краю VI ребра (нормальное положение нижней границы правого легкого по правой окологрудной линии), поскольку для этого палец-плексиметр в момент окончания перкуссии должен располагаться непосредственно на VI ребре. Поэтому, начиная с уровня возможного расположения нижней границы (например, с уровня четвертого межреберья при перкуссии по правой окологрудной линии), нужно перкутировать, спускаясь каждый раз вниз на *ширину пальца-плексиметра*. Такой маленький «перкуторный шаг» является залогом получения правильных результатов при топографической перкуссии вообще.

При определении нижних границ легких необходимо, кроме того, следить за тем, чтобы дыхание больного во время проведения перкуссии было ровным и неглубоким. Нередко больные, иногда сами того не замечая, задерживают дыхание, полагая, что тем самым они облегчают нахождение искомых границ. В зависимости от того, в какой фазе дыхания (вдоха или выдоха) произошла задержка, нижние границы легких

могут оказаться соответственно выше или ниже истинных. При оценке полученных результатов нужно принимать во внимание также тип телосложения больного.

Определение подвижности нижних краев легких проводится справа по трем линиям (среднеключичной, средней подмышечной и лопаточной), а слева – по двум (средней подмышечной и лопаточной). После установления по соответствующей топографической линии нижней границы легких при спокойном дыхании просят больного (если позволяет его состояние) сделать максимально глубокий вдох и задержать дыхание, после чего продолжают перкуссию по той же линии сверху вниз до перехода ясного легочного звука в тупой и делают новую отметку по краю пальца-плессиметра, обращенному в сторону ясного звука (т.е. по верхнему краю пальца) (рис. 24). Не отрывая пальца-плессиметра, просят больного сделать максимально глубокий выдох и перкутируют по этой же линии, но уже в направлении снизу вверх до перехода тупого звука в ясный легочный (рис. 25). Третья по счету отметка делается по краю пальца, обращенному в сторону тупого звука (т.е. по нижнему краю пальца).

Расстояние (в см) между средней и нижней отметками будет соответствовать подвижности нижнего края легких в фазу вдоха, а расстояние между средней и верхней отметками – подвижности нижнего края легких в фазу выдоха. Сложив найденные величины, найдем суммарную (максимальную) подвижность нижнего края легких.

Следует отметить, что при определении подвижности нижних краев легких мы сталкиваемся с редким исключением из правила, согласно которому топографическая перкуссия проводится в направлении от тупого звука к ясному с отметкой границы по краю пальца, обращенному в сторону тупого звука. Сделано такое исключение в определенной мере и с целью экономии



Рис. 24. Определение подвижности нижнего края легких по l. axillaris media (перкуссия на вдохе).



Рис. 25. Определение подвижности нижнего края легких по l. axillaris media (перкуссия на выдохе).

времени и более быстрого проведения данного исследования, учитывая, что больной (особенно в фазу выдоха) не может очень долго задерживать дыхание. В этой связи все действия по определению подвижности нижнего края легких и нанесению соответствующих отметок должны быть очень четкими и оперативными. Если по каким-то причинам возникает непредвиденная заминка, то лучше попросить больного «отдышаться», после чего продолжить исследование.

В некоторых случаях возникает необходимость в определении границ так называемого *пространства Траубе*, которое представляет собой зону тимпанического звука (за счет находящегося в этом пространстве свода желудка, заполненного воздухом), расположенную в нижнебоковых отделах левой половины грудной клетки. Пространство Траубе, напоминающее по форме полулуние (поэтому оно еще также называется полулунным), ограничено справа краем левой доли печени, слева – передним краем селезенки, сверху – диафрагмой, снизу – краем реберной дуги.

Нижняя граница пространства Траубе (край левой реберной дуги) хорошо определяется визуально или пальпаторно, а остальные три границы можно установить, пользуясь методом перкуссии.

Правая граница определяется при перкуссии по краю левой реберной дуги в медиальном направлении по переходу тимпанического звука в тупой (см. перкуссию печени). Левая граница устанавливается при перкуссии, проводимой по X ребру в направлении спереди назад, по переходу тимпанического звука в тупой (см. перкуссию селезенки).

Верхнюю границу пространства Траубе определить несколько сложнее. По левой среднеключичной линии ей соответствует нижний край левого легкого. Как уже говорилось выше, по этой линии, в принципе, нижнюю границу левого легкого мы не определяем. Однако в данном случае для установления верхней границы пространства Траубе делается исключение. Только перкуссия по левой среднеключичной линии ведется здесь не сверху вниз, а снизу вверх, и отметка делается по месту перехода тимпанического звука в ясный легочный по краю пальца, обращенному в сторону тимпанического звука. При известном навыке, пользуясь методом тихой перкуссии, такой переход можно определить без больших затруднений.

Зона пространства Траубе может иногда увеличиваться (например, при расширении желудка, выраженном метеоризме). Гораздо большее диагностическое значение имеет, однако, ее уменьшение. Пространство Траубе уменьшается при значительном увеличении печени (например, при циррозе), селезенки (при миелоидном лейкозе), при скоплении большого количества жидкости в левой плевральной полости и полости перикарда, отодвигающей вниз диафрагму и дающей при перкуссии тупой звук. Уменьшение пространства Траубе отмечается и при наличии большой опухоли кардиального отдела желудка.

Результаты сравнительной и топографической перкуссии легких можно изложить в истории болезни следующим образом:

ПЕРКУССИЯ ЛЕГКИХ

Сравнительная перкуссия

При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки звук ясный легочный. Очаговых изменений перкуторного звука не отмечается.

Топографическая перкуссия

Высота стояния верхушек

| | Справа | Слева |
|---------|---|--|
| Спереди | 3 см выше уровня ключицы | 3,5 см выше уровня ключицы |
| Сзади | На уровне остистого отростка VII шейного позвонка | 0,5 см выше уровня остистого отростка VII шейного позвонка |

Ширина полей Кренига: справа — 5 см, слева — 5,5 см.

Нижние границы легких

| Типографические линии | Справа | Слева |
|-----------------------|--|--|
| Окологрудинная | Пятое межреберье | – |
| Среднеключичная | VI ребро | – |
| Передняя подмышечная | VII ребро | VII ребро |
| Средняя подмышечная | VIII ребро | VIII ребро |
| Задняя подмышечная | IX ребро | IX ребро |
| Лопаточная | X ребро | X ребро |
| Околопозвоночная | Остистый отросток XI грудного позвонка | Остистый отросток XI грудного позвонка |

Подвижность нижних краев легких, см

| | Справа | | | Слева | | |
|-----------------------|----------|-----------|----------|----------|-----------|----------|
| | на вдохе | на выдохе | суммарно | на вдохе | на выдохе | суммарно |
| Топографическая линия | | | | | | |
| Среднеключичная | 2 | 2 | 4 | – | – | – |
| Средняя подмышечная | 3 | 3 | 6 | 3 | 3 | 6 |
| Лопаточная | 2 | 2 | 4 | 2 | 2 | 4 |

При изложении этого раздела истории болезни студенты иногда отмечают нижние границы и подвижность нижнего края левого легкого по тем же линиям, что и правого, забывая, что по окологрудинной и среднеключичной линиям слева нижние границы и подвижность нижнего края легких не определяются, в связи с чем в таблице соответственно этим линиям слева должен быть поставлен прочерк.