

А.Л.Гребенев, А.А.Шептулин

НЕПОСРЕДСТВЕННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНОГО



МЕДпресс

А.Л.Гребенев, А.А.Шептулин

НЕПОСРЕДСТВЕННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНОГО

Учебное пособие



**Москва
«МЕДпресс-информ»
2005**

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

Гребенев А.Л.

Г79 **Непосредственное исследование больного: Учебное пособие /**
А.Л.Гребенев, А.А.Шептулин— М. : МЕДпресс-информ, 2005. —
176 с.

ISBN 5-98322-135-3

Пособие ставит своей задачей помочь студентам медицинских институтов в освоении ими практических навыков 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 ее раздела, приводятся наиболее частые ошибки при ее написании.

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

УДК 616-071/-073(075.8)
ББК 53.4я73

ISBN 5-98322-135-3

© Гребенев А.Л., Шептулин А.А., 1999
© Оформление, оригинал-макет.
Издательство «МЕДпресс-информ», 2005

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 очень 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 оказывается нередко «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 позволяют нередко 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 все 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 больными пользоваться схемой клинического исследования пациента.

При проведении расспроса уместно предоставить сначала слово 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 симптоматики и течения заболевания, которым страдает пациент. Полезным в этой связи (особенно при написании курсовой 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, местожительства, 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 рентгенокинематографией, 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, то 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 студента, а порой и практические врачи ограничиваются указанием в истории болезни лишь этой жалобой. 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 о наличии 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 о жалобах больного или читая этот раздел в истории болезни, часто сталкиваешься с такой их интерпретацией: «жалобы на боли в сердце, одышку, сердцебиение» или «жалобы на боли в эпигастрии, тошноту, отрыжку». Между тем, о диагностическом значении жалоб больного можно говорить только в том случае, если они собраны очень подробно и детально описаны. Краткость в этом вопросе совсем не является «сестрой таланта» и в конце концов отрицательно сказывается на качестве диагностики.

Но и собрав достаточно полно жалобы больного, студенты порой испытывают трудности при их письменном изложении в истории болезни. Нередко те или иные характеристики описываемого симптома (например, болей) даются в виде отдельных простых предложений («Боли возникают при ходьбе. Боли носят жгучий характер. Боли иррадируют в левую лопатку» и т.д.). В результате описание жалоб больного выглядит очень «размыто» и занимает в истории болезни неоправданно много места. Лучше, с нашей точки зрения, если каждая жалоба больного излагается одним предложением, в котором различные признаки симптома даются в виде распространенных определений. Ниже приводится примерный вариант изложения этого раздела истории болезни.

Жалобы больного при поступлении в клинику:

- на боли в эпигастральной области ноющего характера, умеренной интенсивности, возникающие через 2–3 часа после приема пищи (особенно грубой и острой), а также ночью, иррадирующие в поясничный отдел позвоночника, продолжительностью 1–2 часа, проходящие в течение 20–30 минут после приема альмагеля, викалина, но-шпы;
- на рвоту кислым желудочным содержимым, возникающую 1–2 раза в день на высоте болей и приносящую облегчение;
- на изжогу, возникающую одновременно с болями и проходящую после приема альмагеля и церукала;
- на общую слабость, снижение работоспособности, похудание (на 3 кг) за последний месяц.

В представленном примере жалобы изложены достаточно компактно и в то же время отличаются высокой информативностью, заставляя с большой долей вероятности подозревать у больного язвенную болезнь с локализацией язвы в луковице двенадцатиперстной кишки.

Более подробная характеристика отдельных жалоб будет дана при изложении методов исследования различных систем организма.

1.2. АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Выяснение истории развития заболевания у опрашиваемого пациента удается студентам, к сожалению, далеко не всегда. Еще менее удачным оказывается нередко изложение этого раздела в истории болезни. Собственный опыт позволяет выделить некоторые наиболее типичные изъяны в интерпретации студентами анамнеза заболевания.

Обычно студенты хорошо знают, что историю развития заболевания следует начинать с того момента, когда пациент считает себя больным. При этом решающее слово в определении времени возникновения заболевания студенты (а нередко — и врачи) отводят самому больному. Вот одна из наиболее типичных фраз, которой начинают в истории болезни изложение анамнеза заболевания: «Считает себя больным с 1980 г. (25-летнего возраста), когда впервые была выявлена язвенная болезнь».

На первый взгляд, такая трактовка начала заболевания является абсолютно оправданной, ибо так искренне считает сам пациент. Однако в процессе последующего уточняющего расспроса нередко выясняется, что заболевание у пациента в действительности (первое появление болей, диспептических расстройств и т.д.) началось значительно раньше, чем в 1980 г. когда он просто впервые обратился к врачу. В таких случаях описание момента начала заболевания в истории болезни должно быть следующим:

Впервые появление незначительных болей в эпигастральной области отметил в 1975 г. (в возрасте 20 лет). Боли возникали спустя 2–3 часа после еды, чаще при употреблении острой и грубой пищи, приеме алкогольных напитков. Боли отличались периодичностью, возникали в весеннее и осеннее время года, продолжались в течение 2–3 недель и проходили самостоятельно при соблюдении диеты (исключении приправ и специй, частом, дробном питании). К врачу больной не обращался, поскольку его общее самочувствие оставалось хорошим. В октябре 1980 г., после выраженных эмоциональных нагрузок, отметил появление более интенсивных болей в подложечной области, возникавших через 2–3 часа после еды и ночью, к которым присоединились изжога, тошнота, рвота кислым желудочным содержимым. Больной обратился к врачу и был направлен на эндоскопическое исследование. При гастродуоденоскопии, проведенной амбулаторно, была выявлена язва луковицы двенадцатиперстной кишки размером до 0,8 см в диаметре.

Сравнение двух вариантов изложения начала развития заболевания показывает, что второй является значительно более точным. В приведенном выше примере возникновению у пациента язвенной болезни предшествовало предъязвенное состояние, протекавшее с картиной хронического гастродуоденита.

Подобные уточнения могут оказаться необходимыми не только у больных язвенной болезнью, но и у пациентов, страдающих другими заболеваниями. Так, например, больной с ревматическим пороком сердца, у которого ревматические атаки протекали скрыто, может считать себя больным с того момента, когда порок сердца был

случайно выявлен при профилактическом медицинском осмотре или при прохождении медицинской призывной комиссии. Более углубленный расспрос, проведенный в таких случаях, позволяет, однако, иногда установить, что в подростковом возрасте больной часто страдал ангинами, а за несколько лет до призыва на действительную военную службу стал отмечать одышку при значительном физическом напряжении. Понятно, что такое уточнение может быть сделано только тогда, когда опрашивающий четко представляет себе особенности возникновения тех или иных заболеваний (например, возможность малосимптомного течения ревматизма, наличие предъязвенного периода и т.д.).

Описывая визит больного к врачу или госпитализацию пациента в стационар, студенты нередко делают упор на тот *диагноз*, который был поставлен больному. Между тем, гораздо большее значение имеют *исследования*, которые были проведены пациенту, и их *результаты*, а также применявшиеся *методы лечения* и их *эффективность*. Отмечая, что состояние больного на фоне проведенного лечения улучшилось, студенты, однако, порой не указывают, *как быстро наступило и в чем конкретно выразилось* это улучшение: исчезли боли, уменьшилась одышка и т.д.

При проведении расспроса студенту не всегда удается показать *динамику развития заболевания*. Даже добросовестно расспрашивая больного о проведенных исследованиях и применявшихся методах лечения, студенты обычно подробно фиксируют одну госпитализацию за другой вплоть до момента последней госпитализации. В итоге при описании этого раздела получается так, что анамнез заболевания оказывается нередко как бы *разорванным* на отдельные эпизоды, характеризующие очередную госпитализацию пациента, иногда не связанные друг с другом. В результате такого изложения между периодами отдельных госпитализаций образуются *провалы*, достигающие в ряде случаев нескольких лет, которые оказываются ничем не заполненными.

Чтобы избежать указанных недостатков, необходимо обязательно отметить, как чувствовал себя больной после выписки из стационара, соблюдал ли он назначенные ему режим и диету, принимал ли какие-либо лекарственные препараты и как это отражалось на его самочувствии. Часто студенты пишут в истории болезни, что в таком-то году больному «стало хуже» (справедливости ради нужно сказать, что этими словами обычно характеризуют свое состояние сами больные). В конкретном смысле эта фраза, однако, мало что выражает. Здесь нужно обязательно пояснить, в чем же конкретно выразилось ухудшение состояния (возникли или усилились боли, выросла одышка, появились отеки и т.д.) и чем оно было спровоцировано, с чем была связана необходимость очередной госпитализации.

Таким образом, подытоживая сказанное, необходимо заключить, что одна из главных задач выяснения анамнеза заболевания состоит

в том, чтобы как можно лучше показать *последовательность происшедших событий*.

Отдельного анализа заслуживает, к сожалению, стиль изложения студентами анамнеза заболевания (да и не только его) в истории болезни. Речь здесь совсем не идет о «перлах», достойных порой журнала «Крокодил» или 16-й страницы «Литературной газеты». Вопрос ставится значительно шире и заключается в том, что те или иные моменты анамнеза заболевания (как, впрочем, и других разделов истории болезни) должны излагаться *медицински грамотно*.

Нередко в студенческих историях болезни приходится сталкиваться с такими фразами: «пошел к врачу»; «попал в больницу»; «лежал в больнице»; «вышел из больницы» и т.д. Допустимые в обиходном разговоре людей, не имеющих отношения к медицине, эти фразы выглядят, мягко говоря, не очень удачно, когда они написаны рукой будущего врача, тем более что к данным предложениям можно без особого труда подобрать подходящие эквиваленты: «обратился к врачу»; «был госпитализирован»; «находился на стационарном лечении»; «после выписки из клиники» и др. Совсем плохо, когда студенты, повторяя слова больного, пишут в истории болезни: «удалили аппендицит», «вырезали гланды» и др. вместо правильного — произвели операцию аппендэктомии, тонзиллэктомии.

Сказанное совсем не означает, что все фразы и предложения больного нужно обязательно как-то переделывать. Иногда как раз буквальное изложение слов пациента позволяет лучше понять характер жалоб, связь возникновения заболевания с теми или иными факторами, отношение пациента к своему заболеванию. Но в таких случаях слова больного следует обязательно взять в кавычки, чтобы было понятно, что они принадлежат именно больному. Так, к слову сказать, часто поступают, например, психиатры, характеризую те или иные высказывания больного.

К большому сожалению, приходится говорить и о немалом количестве орфографических ошибок, допускаемых студентами при написании истории болезни, не всегда грамотном построении предложений. Эти ошибки всегда вызывают чувство неловкости за человека, поленившегося лишний раз заглянуть в орфографический или толковый словарь русского языка. Если уже в студенческие годы не будет выработана привычка сверять правильность написания отдельных слов, вызывающих какое-то сомнение, с толковым словарем или энциклопедией под тем предлогом, что «преподаватель все равно исправит», то это неминуемо приведет в дальнейшем к небрежности в написании диссертации («научный руководитель исправит»), научных статей и монографий («редактор исправит»).

Говоря о необходимости медицински грамотного изложения тех или иных разделов истории болезни, мы вовсе не призываем к «канцеляризму» и штампам типа «интеллект соответствует уровню развития» (вместо простого — интеллект высокий или низкий). Здесь можно было бы посоветовать студентам обратиться к замечательным

«Клиническим лекциям» крупнейшего советского терапевта М.П.Кончаловского (1937). Блестящее литературное изложение клинических примеров (а языку М.П.Кончаловского могли бы позавидовать некоторые современные писатели) делает чтение этих лекций просто захватывающим и наглядно показывает, насколько интересной и надолго запоминающейся может оказаться та или иная история болезни.

1.3. АНАМНЕЗ ЖИЗНИ

Когда студенты впервые знакомятся со схемой расспроса анамнеза жизни и теми вопросами, которые предлагается задать больному при написании этого раздела истории болезни, они часто спрашивают: «Где и в каких историях болезни на практике (в больницах, клиниках) так подробно излагается этот раздел, как того требует предложенная схема?» Нужно прямо сказать, что в этом вопросе содержится, к сожалению, определенная доля истины. Следует, однако, заметить, что краткость написания раздела, посвященного анамнезу жизни, в клинических историях болезни (на что, кстати, постоянно обращается внимание практических врачей) связана не с тем, что содержащиеся в этом разделе сведения имеют скромное диагностическое значение, а, как правило, с большой загруженностью врачей, у которых просто не хватает времени выяснить все необходимые детали, учитывая одновременное ведение каждым врачом большого числа больных. В принципе же недостаточно полное выяснение многих анамнестических моментов, часто помогающих лучше понять конкретные факторы, способствующие возникновению и прогрессированию заболевания, безусловно отрицательно сказывается на качестве диагностики и приводит нередко к различным диагностическим ошибкам.

Уточняют *место рождения больного*, что в ряде случаев может быть важным, поскольку имеются некоторые различия в распространенности тех или иных заболеваний в различных географических зонах. Выясняют *возраст родителей* больного при его рождении, так как известно, например, что если возраст родителей к моменту рождения ребенка превышает 40 лет, то у ребенка повышается частота возникновения некоторых генетически обусловленных аномалий.

Обязательно задать вопрос, *родился ли пациент в срок и каким ребенком по счету*. Эти сведения также могут играть определенную роль, поскольку недоношенные дети чаще болеют некоторыми заболеваниями. Ослабленные дети рождаются также в тех случаях, когда беременности у матери следовали друг за другом через короткие интервалы времени.

Необходимо обязательно выяснить, как *вскармливался* больной после рождения — *грудью или искусственно*. Отмечено, что искусственное вскармливание нередко приводит к возникновению диатеза, а в последующем — к развитию различных аллергических заболеваний и может, кроме того, стать причиной дисбактериоза кишечника.

ка. Уточняется возраст, когда больной *начал ходить и говорить*, который позволяет судить о возможном отставании пациента в физическом и умственном развитии.

При обсуждении этого раздела анамнеза жизни приходится порой сталкиваться с недоуменным вопросом, который задают студенты: «Да разве же больной помнит все это?». Конечно, сам больной не может помнить, как, например, он вскармливался и когда стал ходить и говорить. Поэтому здесь уточняют, не говорила ли мать больного о том, что вскоре после родов у нее прекратилась лактация («пропало молоко»), что больной поздно стал ходить, говорить и т.д.

Характеризуя *детские годы жизни* больного, обращают внимание на его жилищные условия в этот период, питание, материальный достаток семьи. Обязательно интересуются, не отставал ли больной от своих сверстников в физическом и умственном развитии. Например, М.П.Кончаловский, характеризуя детские годы больной с рано сформировавшимся пороком сердца, пишет: «В детстве во всем отставала от своих подруг. Подруги ее обижали». Эта фраза прекрасно отражает физическое состояние ребенка: дети ведь, как правило, обижают тех своих сверстников, которые в силу физической слабости не могут «дать сдачи».

Выясняют далее, в каком возрасте больной стал *учиться в школе*, как давалась учеба и сколько классов больной окончил. Если больному не удалось окончить школу, то уточняют, по какой причине он вынужден был прервать обучение (трудности в учебе и плохая успеваемость, материальные условия и т.д.). Точно так же характеризуют учебу больного в профессионально-техническом училище, техникуме или институте.

Отмечают, с какого возраста больной начал *работать*. Обращают внимание на условия его труда (продолжительность рабочего дня, сменная и сверхурочная работа, наличие каких-либо производственных вредностей и т.д.); устанавливают, не связана ли его работа со значительным физическим или нервным напряжением, конфликтными ситуациями. Целесообразно также выяснить, удовлетворяют ли больного его профессия и место работы, и если не удовлетворяют, то по какой причине. Нередко бывает так, что больной в течение своей жизни может неоднократно сменить профессию и место работы. В таком случае подробно характеризуют работу больного по каждой специальности, обязательно указывают производственный стаж на том или ином месте, а также перерывы в работе, если они имелись.

При расспросе больного и последующем изложении анамнеза жизни обращают внимание и на *жилищно-бытовые условия* пациента. Уточняют семейное положение больного и число членов семьи, проживающих вместе с ним. Выясняют, в какой квартире (отдельной, коммунальной, собственном доме и т.д.) проживали больной и члены его семьи в различные периоды жизни пациента, дается санитарная характеристика жилых помещений, коммунальных

удобств. Уточняют, какое время затрачивает больной, добираясь от дома до места своей работы. Устанавливают материальный достаток семьи. Важно также знать, как проводит больной внерабочее время и выходные дни, какой режим дня больного (в частности, продолжительность сна), использует ли он полноценно ежегодный очередной отпуск. Определяют круг интересов больного (чтение, просмотр телепередач, занятия физкультурой и спортом). Необходимо также выяснить, соблюдает ли больной правила личной гигиены, как часто принимает душ или ванну.

Особое внимание следует уделить *режиму и характеру питания* больного. Неблагоприятную роль здесь могут играть большие перемены между приемами пищи, поспешная еда и еда всухомятку, употребление чрезмерно горячей или слишком холодной пищи, страсти к грубой и острой пище, крепкому чаю и кофе. Важно установить полноценность пищевого рациона, в частности, содержание в нем белков животного происхождения, свежих овощей и фруктов.

В отдельную рубрику анамнеза жизни выносятся **вредные привычки**. Если больной курит, то указывают, с какого возраста пациент начал курить и какое количество сигарет или папирос он выкуривает в течение дня (например: «Больной курит с 17 лет по 15–20 сигарет в день. В последние 2 года количество выкуриваемых сигарет сократил до 7–8 в день»).

Касаясь употребления больным спиртных напитков, студенты (да и врачи) часто отмечают в истории болезни: «Алкоголем не злоупотребляет». Нужно сказать, что подобная фраза мало что выражает, поскольку каждый человек по-своему понимает смысл этого выражения. Здесь необходимо обязательно указывать, начиная с какого возраста, как часто, какие именно спиртные напитки и в каком количестве употребляет пациент. Например: «Алкогольные напитки (водку) употребляет с 20-летнего возраста, по 150–200 г 1–2 раза в неделю».

Иногда студенты, характеризуя вредные привычки больного, пользуются фразой: «Курение и злоупотребление алкоголем отрицает». В смысловом выражении эта фраза является по-видимому не совсем удачной. Вероятно, ее уместно использовать в тех случаях, когда имеются основания подозревать (например, по внешнему виду) систематическое употребление алкоголя, тогда как больной уверяет в обратном. Сказанное в полной мере относится и к характеристике употребления наркотиков.

В отдельную графу анамнеза жизни выносятся **перенесенные заболевания**. Этот раздел имеет очень большое значение, так как некоторые из перенесенных заболеваний (на первый взгляд, сравнительно безобидные) могут играть важную роль в возникновении других, более тяжелых болезней.

Перенесенные заболевания (в тех случаях, когда речь идет о хроническом течении болезней, они являются, по- существу, сопутствующими) перечисляют в хронологическом порядке (начиная с детского

возраста) с указанием года, когда больной их перенес или когда они возникли. При этом простое упоминание о том или ином заболевании несет нередко очень мало информации. Здесь желательно хотя бы кратко изложить особенности течения заболеваний, применявшиеся методы лечения и их эффективность. Ниже приводится возможный пример изложения перенесенных заболеваний в истории болезни:

ПЕРЕНЕСЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

«В 1970 г. больной перенес острую бронхопневмонию. Заболевание проявлялось повышением температуры до 38,5°С, кашлем с выделением небольшого количества слизисто-гнойной мокроты. Диагноз был подтвержден рентгенологически. Лечился амбулаторно, принимал олететрин и сульфадимезин с хорошим эффектом. Через 2 недели температура тела нормализовалась, кашель исчез. Излечение было подтверждено при контрольном рентгенологическом исследовании, проведенном через 4 недели после начала заболевания.

С 1980 г. страдает гипертонической болезнью. Периодически (3–4 раза в год) на фоне нервных перегрузок появляются головные боли в затылочной области, сопровождающиеся повышением артериального давления до 170/100 мм рт.ст. Артериальное давление снижается до нормальных цифр в течение недели (головные боли также исчезают) после отдыха, приема седативных (тазепам) и гипотензивных (клофелин) препаратов».

Иногда студенты, излагая этот раздел анамнеза жизни, пишут: «Перенесенных заболеваний не помнит». Эта фраза свидетельствует, как правило, о том, что расспрос больного проведен недостаточно тщательно. Иногда больной может действительно не знать о перенесенных прежде заболеваниях. В таких случаях необходимо выяснить, были ли у пациента раньше какие-либо жалобы, характерные для наиболее распространенных заболеваний (кашель, головные боли, головокружение, боли в животе и т.д.). Почти всегда после такого углубленного расспроса удается установить (правда, с известной долей вероятности), что больной в течение своей жизни скорее всего перенес (причем неоднократно) такие заболевания, как грипп, острый бронхит, ангины, пищевые токсикоинфекции, различные травмы и т.д. Их целенаправленное выявление может иногда помочь в объяснении причин заболеваний, возникших в дальнейшем.

При сборе данных, касающихся анамнеза жизни, важную роль играет выяснение **наследственности** (семейного анамнеза). Студенты обычно хорошо представляют себе значение выявления наследственной предрасположенности пациента к тем или иным заболеваниям, тем более что к моменту изучения пропедевтики внутренних болезней они уже основательно знакомятся с вопросами медицинской генетики в курсе общей биологии. Однако изложение этого раздела в истории болезни, написанной студентами (да и не только ими), укладывается порой в единственное предложение: «Наследственность не отягощена». Эта фраза свидетельствует просто о формальном отношении к выяснению семейного анамнеза.

Беседуя с пациентом, необходимо очень подробно расспросить, чем страдают или страдали его ближайшие родственники, живы они или умерли. Следует обязательно уточнить причину смерти родственников и возраст, в котором они умерли, выяснить возраст родственников, которые живы. Вначале получают сведения о состоянии здоровья деда и бабуки по отцовской и материнской линиям (в соответствии с правилами медицинской генетики необходимо писать именно так – деда и бабуки, а не дедушки и бабушки, как иногда пишут студенты). Примерный план изложения собранных здесь данных может быть следующим:

НАСЛЕДСТВЕННОСТЬ (СЕМЕЙНЫЙ АНАМНЕЗ)

«Дед больного по линии отца страдал гипертонической болезнью, умер в возрасте 70 лет от нарушения мозгового кровообращения.

Бабка больного по линии отца страдала хроническим гастритом со сниженной кислотообразующей функцией желудка, умерла в возрасте 72 лет от рака желудка».

По такому же плану оцениваются данные о состоянии здоровья отца и матери, дядей и теток по линии отца и матери, родных и двоюродных братьев и сестер, мужа или жены, детей больного, племянников, внуков.

К сожалению, в студенческих историях болезни такие подробные сведения зачастую отсутствуют. В свое оправдание студенты обычно заявляют, что больной не знает и не помнит, от чего умерли отец и мать, а тем более дед и бабука, а также ничего не может сказать о тех заболеваниях, которыми они страдали. Тогда нужно выяснить, не жаловался ли кто-нибудь из родственников на какие-либо боли, кашель, одышку и т.д. Понятно, что заключения в таком случае будут в значительной мере предположительными (например: «Больной помнит, что его дед по линии отца страдал каким-то заболеванием желудка и часто в момент возникновения болей пил соду»).

Нередко, характеризуя причину смерти родственников, больные говорят, что они «умерли от старости». Студенты иногда автоматически переносят эту фразу в историю болезни. Между тем, это заключение является очень неудачным, поскольку старость, сама по себе, не может считаться причиной смерти. Данную ситуацию допустимо разрешить следующим образом: «Бабка больного по линии отца умерла в глубокой старости, точной причины смерти больной назвать не может». В тех случаях, когда больной действительно ничего не знает о своих родственниках, в истории болезни можно написать такую фразу: «Деда и бабуку со стороны отца, деда и бабуку со стороны матери не помнит, заболеваний и причин их смерти не знает». По крайней мере это предложение показывает, что студент или лечащий врач, которые проводили расспрос больного, интересовались данными вопросами.

Изложение раздела о наследственности в истории болезни целесообразно дополнять составлением *генеалогической схемы (семей-*

ной родословной). Это приобретает особое значение в тех ситуациях, когда имеются основания думать о наследственном характере заболевания с тем или иным типом наследования. Нужно, однако, иметь в виду, что составление такой схемы приносит пользу только тогда, когда в нее внесены сведения о возможно большем числе родственников и, кроме того, известно, какими заболеваниями они страдали. При этом лучшие результаты получаются в тех случаях, когда родственники больного (в схеме — пробанда) вызываются активно, осматриваются врачом и при необходимости проходят дополнительное обследование.

Обозначения, которые используются при составлении генеалогической схемы, представлены на рисунке.

При составлении генеалогической схемы обязательно отмечается возраст родственников (\square $\overset{51}{\square}$ $\overset{45}{\circ}$). В случаях смерти родственников перед обозначением возраста, в котором они умерли, ставится крестик $\overset{+76}{\square}$ $\overset{+81}{\circ}$). Члены семьи, обследованные лично врачом, отмечаются

в схеме восклицательным знаком ($!\square$ $\overset{35}{\square}$ $\overset{27}{\circ}!$). При наличии нескольких детей в семье они изображаются на схеме по старшинству слева направо. Лица, относящиеся к одному поколению, обозначаются арабскими цифрами. Предшествующие поколения располагаются на схеме выше поколения пробанда, а все последующие — ниже него. Поколения обозначаются слева римскими цифрами. При составлении генеалогической схемы удобнее вначале изобразить родственные связи, относящиеся к материнской линии пробанда, после чего можно перейти к характеристике родословной по отцовской линии.

Использование приведенных выше изображений обычно предполагает, что при составлении генеалогической схемы речь пойдет о каком-то одном заболевании с тем или иным типом наследования. Между тем, родственники больных, находящихся в терапевтических стационарах, страдают, как правило, не одним заболеванием с четким типом наследования, а различными болезнями, характеризующимися той или иной степенью наследственной предрасположенности (например, гипертонической болезнью, язвенной болезнью, сахарным диабетом и т.д.). В таких случаях для каждого из заболеваний целесообразно предусмотреть свое «графическое» изображение (тем или иным цветом, различной штриховкой, буквой).

Хорошо составленная схема семейной родословной не только способствует лучшему пониманию причин возникновения основного заболевания, но и дает возможность наметить план обследования, позволяющего в дальнейшем выявить сопутствующие заболевания, протекающие порой скрыто и малосимптомно.

При расспросе женщин обязательно выясняют **гинекологический анамнез**. Различные аспекты, связанные с детородной функцией женщин, подробно изучаются в курсе акушерства и гинекологии и,

естественно, не входят в компетенцию врача-терапевта. Вместе с тем основные вопросы гинекологического анамнеза выясняют независимо от того, каким заболеванием страдает больная.

Дело в том, что при многих заболеваниях внутренних органов возникают нарушения, затрагивающие гинекологическую сферу и касающиеся, например, течения беременности и родов. С другой стороны, беременность и роды могут, в свою очередь, оказать влияние на течение ряда соматических заболеваний. Так, например, во время беременности отмечается стойкая ремиссия язвенной болезни. Течение ревматических пороков сердца после беременности и родов, напротив, нередко ухудшается, сопровождаясь развитием и прогрессированием явлений сердечной недостаточности.

Прежде всего уточняют время появления первых менструаций и становление менструальной функции. Обращают внимание на характер менструального цикла (регулярность менструаций, их продолжительность и т.д.) и его возможные изменения в связи с началом половой жизни, беременностью, родами. Устанавливают дату последней нормальной менструации, время наступления климакса и его течение. Уточняют время возникновения первой беременности, а также общее число беременностей. Важно, кроме того, выяснить, как протекала каждая беременность, чем закончилась и в какие сроки, были ли осложнения во время родов и послеродовом периоде, а также искусственные и самопроизвольные аборт. Отмечают время возникновения и выявления гинекологических заболеваний. Примерный, очень краткий вариант изложения гинекологического анамнеза в терапевтической истории болезни может быть таким:

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ

«Менструации с 13 лет, установились сразу, регулярные, через 21 день, продолжительностью 3–4 дня, необильные, безболезненные. Последняя менструация – 25.10.90. Было 2 беременности: первая (в 1985 г.) завершилась самопроизвольным абортom при сроке беременности 14–16 недель, вторая беременность (в 1987 г.) закончилась нормальными срочными родами. В сентябре 1990 г. была осмотрена гинекологом; гинекологических заболеваний выявлено не было».

Большое значение имеет также выяснение *аллергологического анамнеза*. Повышенная чувствительность больного к каким-либо запахам (некоторых растений, парфюмерных изделий и т.д.) может, например, играть провоцирующую роль в возникновении приступов бронхиальной астмы. Кроме того, непереносимость пациентом тех или иных медикаментозных препаратов приходится всегда учитывать при назначении лекарственной терапии.

В тех случаях, когда у больного отсутствуют какие-либо аллергические реакции, в этом разделе можно просто написать, что непереносимости пищевых продуктов, лекарственных препаратов, парфюмерных изделий, запахов растений больной не отмечает. Если же

у больного анамнестически наблюдались какие-либо аллергические реакции, то нельзя в истории болезни ограничиваться фразой типа «не переносит аналгин, новокаин». Здесь обязательно следует указать, в чем конкретно выражается эта непереносимость. Например: «У больного отмечается аллергическая реакция после приема эритромицина, которая проявляется возникновением эритематозной сыпи на кожных покровах лица и туловища по типу крапивницы». «Пациент отмечает аллергические реакции на пыльцу некоторых растений, проявляющиеся возникновением вазомоторного ринита».

Таким образом, подводя итог особенностям проведения расспроса пациента, необходимо заключить, что этот раздел непосредственного исследования больного даст много ценных сведений и окажется удачным только в тех случаях, если расспрос будет проведен полно, обстоятельно и методично. Поэтому, приступая к расспросу пациента, студент должен очень четко представлять себе, какие вопросы и в какой последовательности он задаст больному. В противном случае будут упущены многие данные, имеющие важное диагностическое значение.

Глава 2. ОБЩИЙ ОСМОТР

Порядок общего осмотра и осмотра отдельных участков тела, а также многочисленные изменения, которые удается выявить с помощью данного метода исследования при различных заболеваниях, достаточно подробно изложены во многих учебниках по диагностике внутренних болезней и потому не нуждаются в повторении. Нам хотелось бы остановиться лишь на некоторых трудностях, возникающих у студентов при проведении общего осмотра и изложении его результатов в истории болезни.

Термин «Общий осмотр» является в определенной мере условным, поскольку в действительности он не ограничивается только осмотром тех или иных областей тела, а включает в себя и некоторые другие методы непосредственного исследования (например, пальпацию лимфоузлов, поколачивание по плоским и трубчатым костям и т.д.).

Приступая к осмотру, нужно всегда помнить о многократно подчеркнутых общих правилах его проведения. К ним относятся, в частности, использование для осмотра дневного освещения, проведение осмотра в определенной последовательности, осмотр одних и тех же областей тела (например, живота) в горизонтальном и вертикальном положении больного и др. Нужно, однако, заметить, что некоторые из этих правил предусматривают выполнение тех или иных условий, которые, надо сказать, не всегда имеются (осмотр больного вечером или ночью). Другие правила (например, осмотр в разном положении пациента) могут быть не всегда выполнимыми из-за тяжести состояния пациента.

2.1. ОБЩИЙ ВИД

Студенты часто начинают осмотр больного с оценки его сознания, как это рекомендуется в некоторых учебниках. Между тем врач любой специальности (терапевт, хирург, невропатолог) в первую очередь всегда определяет **общее состояние больного**, поскольку этот признак в ряде случаев оказывается решающим для выработки тактики всех последующих диагностических и лечебных мероприятий.

Оценка общего состояния больного (*удовлетворительное, относительно удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое и крайне тяжелое*) не всегда бывает достаточно легким делом и во многом зависит от опыта и квалификации врача. Так, состояние больного да-

леко не во всех случаях коррелирует, например, с такими признаками, как сознание и положение больного. Скажем, при обмороке (вариант потери сознания) состояние больного может быть вполне удовлетворительным. С другой стороны, при некоторых заболеваниях может быть крайне тяжелое состояние пациента при его ясном сознании.

Тяжесть состояния характеризуется прежде всего степенью нарушения важнейших функций организма (дыхания, кровообращения и др.) и тем, в какой мере это угрожает непосредственно жизни больного. Кроме того, тяжесть состояния определяется и возможностью развития серьезных осложнений в ближайший период времени. Так, состояние больного в первые часы инфаркта миокарда будет всегда расцениваться как тяжелое, пусть даже субъективное самочувствие пациента при этом будет отличным. Напротив, состояние больного с неоперабельной злокачественной опухолью в ряде случаев какое-то время остается удовлетворительным. Все вышеперечисленное свидетельствует о важности правильной оценки состояния пациента, ибо допущенные здесь ошибки могут иметь для больного очень серьезные последствия.

Следующим этапом общего осмотра является оценка сознания больного, которое может быть *ясным* или *помраченным*. Существуют различные виды помраченного сознания, которые подробно излагаются и изучаются в курсе психиатрии. Важно, тем не менее, запомнить, что любой вид помраченного сознания включает в себя несколько основных черт: отрешенность больного (невозможность правильного восприятия окружающего мира), нарушение ориентировки в пространстве и времени, а также в своей собственной личности, бессвязность мышления, полную или частичную амнезию (отсутствие у больного воспоминаний, связанных с периодом помраченного сознания).

В зависимости от степени и глубины расстройств сознания принято обычно выделять такие виды его нарушений, как *ступор* (оцепенение), *сопор* (глубокое оглушение) и *кома* (полное выключение сознания). При этом ступор и сопор могут предшествовать коме, укладываясь в картину прекоматозного состояния, продолжающегося от нескольких часов до нескольких дней. Дифференциальная диагностика коматозных состояний очень сложна (только основных видов комы насчитывается в настоящее время более 30) и требует специального углубленного изучения.

При оценке сознания больного следует иметь в виду, что многие виды помраченного сознания (например, ступор), сопровождаются *бредом* и *галлюцинациями*, что может представлять опасность как для самого больного, так и для окружающих. Поэтому при констатации помраченного сознания пациента необходима срочная консультация психиатра, а часто и последующий перевод больного в специализированное (психиатрическое или психосоматическое) отделение. В любом случае больного с помраченным сознанием (особенно

с бредом и галлюцинациями) нельзя никогда оставлять одного; он нуждается в постоянном наблюдении и организации около него индивидуального сестринского поста.

Оценка положения больного, которое может быть *активным, пассивным*, а также *вынужденным* (облегчающим, например, при одышке, или щадящим — при травме), обычно больших трудностей не вызывает. Примеры пассивного и вынужденного положения достаточно многочисленны и весьма характерны. Следует лишь иметь в виду, что двигательная активность человека и его положение не всегда соответствуют друг другу. Так, во многих случаях положение больного, находящегося в постели, будет активным. Напротив, при приступе стенокардии может наблюдаться вынужденное положение стоя, а при почечной колике отмечается двигательное беспокойство пациента, постоянно изменяющего свою позу, также являющееся, по существу, вариантом вынужденного положения.

Оценив положение больного, определяют тип его телосложения (**конституцию**). Внешние признаки, отличающие тот или иной тип телосложения, весьма показательны и обычно хорошо известны студентам. Напомним лишь, что для лиц *гиперстенической конституции*, отличающихся преобладанием поперечных размеров тела над продольными, характерными являются преимущественно средний рост, сравнительно длинное туловище и относительно короткие конечности с широкими кистями рук и короткими пальцами, округлая форма головы и широкое лицо, наклонность к облысению, короткая и толстая шея, широкие и прямые плечи, короткая и широкая грудная клетка с тупым эпигастральным углом, большие размеры живота (со значительным расстоянием между реберной дугой и гребнем подвздошной кости), широкий тазовый пояс, хорошее развитие подкожного жирового слоя и мышечной ткани.

Отличительными чертами лиц *астенической конституции*, характеризующихся преобладанием продольных размеров тела над поперечными, служат обычно высокий рост, достаточно короткое туловище и сравнительно длинные и тонкие конечности с узкими кистями и длинными пальцами, удлинённый (долихоцефалический) череп, длинное и узкое лицо, тонкая и длинная шея с хорошо выраженным выступом гортани («адамовым яблоком»), узкие и покатые плечи, длинная, узкая и плоская грудная клетка с острым эпигастральным углом, небольшие размеры живота, узкий таз, слабое развитие подкожного жирового слоя и мускулатуры.

Нормостеники, занимающие как бы промежуточное положение между представителями крайних конституциональных типов, имеют пропорциональное телосложение и хорошо развитую мускулатуру.

Следует иметь в виду, что в литературе можно встретить различные термины, используемые для характеристики конституциональных типов. Так, астенический тип телосложения часто обозначается как цефалический, дыхательный, лептосомный, долихоморфный и т.д., нормостенический — как мышечный, атлетический, мезо-

морфный и др., гиперстенический — как пикнический, абдоминальный, пищеварительный, брадиморфный и т.д.

Одним из недостатков представленной классификации М.В. Черноруцкого, предусматривающей выделение 3 упомянутых конституциональных типов и принятой в нашей стране, является то, что на практике часто можно встретить тип телосложения, который будет занимать промежуточное место между основными типами (в этой связи в некоторых классификациях выделяют до 50 различных конституциональных типов). В таких случаях целесообразно указывать не основной тип телосложения, а писать, что тип телосложения больного ближе, например, к гиперстеническому типу.

Тот или иной тип телосложения больного необходимо обязательно учитывать в процессе дальнейшего обследования пациентов. В частности, из-за различного стояния диафрагмы положение сердца и нижние границы легких будут существенно различаться у лиц астенического и гиперстенического телосложения. Так, если у нормостеника нижняя граница легких по правой среднеключичной линии находится на VI ребре, то у гиперстеника она может располагаться на V ребре, а у астеника — на VII ребре. Поэтому оценка определенных перкуторно нижних границ легких без учета типа телосложения больного может стать причиной диагностических ошибок. Органы брюшной полости прощупываются у астеников обычно лучше, чем у гиперстеников, и смещение у астеников нижнего края печени может быть не следствием ее увеличения, а результатом опущения печени.

Кроме того, важно помнить, что некоторые заболевания встречаются у астеников и гиперстеников с различной частотой. Так, у лиц гиперстенической конституции чаще наблюдаются ожирение, желчнокаменная и почечнокаменная болезнь, атеросклероз, гипертоническая болезнь, инфаркт миокарда, сахарный диабет. В свою очередь, астеникам больше свойственны такие заболевания, как туберкулез легких, язвенная болезнь с локализацией язвы в двенадцатиперстной кишке, опущение внутренних органов (спланхноптоз), болезнь Аддисона, артериальная гипотония, нарушения сосудистого тонуса с склонностью к обморокам и др. Правда, приведенные данные имеют все же относительное значение, и гиперстеническая конституция больного совсем не исключает у него возможности язвенной болезни, равно как и астенический тип телосложения еще не означает отсутствие вероятности развития у пациента инфаркта миокарда или почечнокаменной болезни.

После оценки типа телосложения определяют антропометрические показатели — **рост больного** и его **массу тела**. Нередко соответствующие данные записывают в истории болезни со слов больного. Практика, однако, показывает, что получаемые таким образом результаты бывают далеки от тех, которые имеют место в действительности. Поэтому в тех случаях, когда больной точно не знает свои рост и массу тела или сообщаемые им сведения вызывают со-

мнение, лучше самому измерить рост пациента и провести его взвешивание.

Рост больного измеряют с помощью специального ростомера. При измерении больной касается вертикальной планки пятками, ягодицами, спиной и головой. При этом голова пациента находится в таком положении, чтобы наружный угол глаза и верхний край наружного слухового прохода оставались в одной горизонтальной плоскости. Затем, находясь в положении справа от больного, опускают предварительно поднятую горизонтальную линейку ростомера до соприкосновения с теменем больного. При необходимости рост больного (длину тела) можно измерить в положении пациента сидя.

Взвешивание больного, играющее важную роль в диагностике ряда заболеваний и определении эффективности лечения (например, контроль задержки жидкости и действия мочегонных препаратов), проводится с помощью специальных медицинских весов, желательного после предварительного опорожнения мочевого пузыря и кишечника. При повторном взвешивании (как правило, через неделю, а при необходимости — и чаще) необходимо обращать внимание на то, чтобы оно проводилось на тех же самых медицинских весах и в той же самой одежде (лучше всего — в легком нательном белье).

Соотношение между ростом и массой тела (а часто и окружностью грудной клетки), выраженное в виде специальных индексов, используется для оценки пропорциональности телосложения и степени развития подкожного жирового слоя. Нужно все же отметить, что многие из них, особенно индекс Брока (оптимальная масса тела больного в кг = длина тела в см — 100), дают лишь ориентировочные результаты. Для более точного определения соответствия массы тела больного его росту в настоящее время пользуются специальными таблицами нормальной массы тела (номограммами), составленными отдельно для мужчин и женщин с учетом возраста, длины тела (роста) и окружности грудной клетки.

В тех случаях, когда больной может стоять и ходить, оценивают его осанку и походку. Осанка человека отражает общий тонус организма, степень развития мускулатуры, физическую тренированность пациента и в определенной мере зависит от образа жизни, привычек, профессии больного. Осанку больного лучше всего удаётся охарактеризовать тогда, когда пациент (полураздетый) стоит на твердой горизонтальной поверхности. При нормальном развитии мышечного и связочного аппарата, хорошем самочувствии и настроении больного наблюдается *прямая* осанка. Напротив, при слабом развитии мускулатуры и связочного аппарата, а также у некоторых тяжелобольных и психически угнетенных субъектов можно выявить различные нарушения осанки, проявляющиеся, например, опущенной головой, сгорбленностью, свисанием плеч и рук и т.д.

Наблюдая за тем, как пациент ходит (с опорой на пятку, на прямых ногах) и поднимается по лестнице, можно сделать заключение о его походке. В тех случаях, когда каких-либо изменений при этом

выявить не удастся, говорят о *твердой* или *бодрой* походке. При нарушении тонуса мышц, поражениях центральной и периферической нервной системы, заболеваниях опорно-двигательного аппарата отмечаются различные изменения походки (например, гемиплегическая или паретическая походка после нарушения мозгового кровообращения, «утиная» походка при остеомалации бедра, «ходульная» походка при анкилозе суставов и др.). Оценивая походку, обязательно обращают внимание на возможное ношение протезов и ортопедической обуви.

При **осмотре головы** фиксируют изменение ее размеров (макроцефалия, микроцефалия), формы (например, квадратная форма головы, башенный череп), положения (неподвижная, склоненная или запрокинутая голова), наличие произвольных движений.

При **осмотре лица** прежде всего оценивают его *выражение*. Следует иметь в виду, что выражение лица и изменения, которые вообще можно получить при осмотре лица (например, изменение черт лица, отечность и т.д.), — это далеко не одно и то же. Выражение лица не включает в себя такие, например, изменения, как «митральное лицо», «лицо Корвизара» и другие (как иногда указывается в некоторых учебниках), а отражает душевное состояние больного. В большинстве случаев, правильно понимая содержание данного понятия, студенты обычно находят много различных оттенков для характеристики выражения лица («спокойное», «приветливое», «хмурое», «унылое», «озабоченное» и т.д.). В принципе такая трактовка нередко соответствует действительности и может свидетельствовать о хорошей наблюдательности студентов. В медицинском плане, однако, гораздо важнее знать, несет ли на себе выражение лица отпечаток страдания больного (например, сильных болей, одышки) или же оно свидетельствует о его хорошем самочувствии. Поэтому в тех случаях, когда самочувствие больного не отражается на выражении лица, можно ограничиться указанием на то, что «лицо больного не выражает болезненных проявлений». При тяжелой одышке, интенсивных болях и некоторых других состояниях выражение лица становится страдальческим.

При **осмотре лица** обращают также внимание на изменение его черт, окраску кожи и губ, наличие каких-либо высыпаний (например, герпес на губах), появление отечности, состояния мимики и др. При **осмотре век** отмечают наличие их отечности, а также изменения их окраски, обращают внимание на появление на коже век каких-либо отложений (например, холестерина), опущение верхнего века (птоз). Оценивают величину глазных щелей (их расширение или сужение), блеск глаз; выявляют выпячивание (экзофтальм) или западение (энзофтальм) глазных яблок. Слегка надавливая пальцами рук на глазные яблоки, отмечают их тонус, который в ряде случаев (например, при диабетической коме) может быть резко сниженным. Обращают внимание на наличие косоглазия, а также произвольного ритмичного колебания глазных яблок (нистагм).

Осматривая конъюнктивы, отмечают возможные изменения ее окраски, а также появление в ней кровоизлияний. Оценивают состояние роговицы (помутнение, рубцы). При осмотре зрачков обращают внимание на их расширение (мидриаз) или сужение (миоз), а также на их неодинаковую ширину (анизокория). При необходимости (особенно если больной находится в коматозном состоянии) определяют реакцию зрачков на свет. При этом один глаз больного прикрывают рукой, а затем оценивают реакцию зрачка после отнятия руки. В норме в ответ на попадание в глаз лучей света зрачок суживается, что свидетельствует о сохраненной реакции зрачков на свет.

Реакцию зрачков на аккомодацию проверяют следующим образом. Больного просят смотреть на кончик предмета (карандаш), который последовательно приближают к глазам, а затем удаляют от них. При нормальной реакции на аккомодацию зрачки в первом случае суживаются, а во втором – расширяются. Если этого не происходит, то говорят об отсутствии реакции зрачков на аккомодацию.

При **осмотре носа** отмечают изменение его размеров, формы, окраски, наличие телеангиоэктазий; обращают внимание на возможные дыхательные движения крыльев носа, наблюдающиеся, например, при тяжелой одышке.

При **осмотре рта** отмечают его форму, симметричность углов рта, пороки развития губ, степень их смыкания, окраски, наличие сухости губ и каких-либо высыпаний на них. Постоянно полуоткрытый рот может свидетельствовать о затруднении носового дыхания, но иногда встречается также и при некоторых психических заболеваниях. Особенности проведения осмотра полости рта будут представлены в разделе, посвященном исследованию органов пищеварения.

При **осмотре шеи** обычно рекомендуется обращать внимание на пульсацию сонных артерий, набухание и пульсацию наружных яремных вен, увеличение лимфатических узлов, щитовидной железы (эти вопросы будут подробно рассмотрены в соответствующих разделах). Кроме того, оценивают форму шеи, посадку головы, определяют наличие изменений кожных покровов, отечности.

Выявление тех или иных изменений зависит часто от наблюдательности врача и его клинического опыта. В этой связи вспоминается случай, когда В.Х.Василенко консультировал больного с не очень ясным диагнозом, у которого визуально отмечалось увеличение шейных лимфоузлов. Докладывая историю заболевания пациента и его настоящее состояние, лечащий врач посоветовал В.Х.Василенко обратить внимание на шею больного, имея в виду увеличенные шейные лимфоузлы. «Да, я вижу», – спокойно ответил Владимир Харитонович. – «Воротник Стокса. По-видимому, у больного увеличены лимфоузлы средостения». Такое заключение было полной неожиданностью для врачей, присутствовавших на обходе. Нужно сказать, что никакой заметной отечности шеи, как это бывает в случае «воротника Стокса», у данного больного не отмечалось. Но Владимир Харитонович, в отличие от других врачей, обратил внимание на то, что шея пациента не выглядит такой тонкой, как это можно было бы ожидать на фоне общего исхудания больного. Обна-

ружение в такой ситуации возможного увеличения лимфоузлов средостения (что, кстати, в дальнейшем было полностью подтверждено дополнительными 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 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. 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 поверхность тела мельчайших капелек пота. Оценивая изменения влажности кожи, необходимо все же иметь в виду, что степень потливости вообще является индивидуальным 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 подклюичные 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 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 голеней, лодыжек, поясницы, грудины). 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 голеней 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 голеней.

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 удается 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 под-

мышечных 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 просяное 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, мягкоэластичная, 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 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). 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. 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 верхнем 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 узлов проводится движением пальпирующих пальцев в направлении сверху вниз, которые скользят по боковой поверхности грудной клетки больного. Увеличение подмышечных лимфатических узлов наблюдается при метастазах рака молочной железы, а также при каких-либо воспалительных процессах в области верхних конечностей.

При пальпации *локтевых лимфатических узлов* захватывают кистью собственной руки нижнюю треть предплечья исследуемой руки больного и сгибают ее в локтевом суставе под прямым или тупым углом. Затем указательным и средним пальцами другой руки скользящими продольными движениями прощупывают *sulci bicipitales lateralis et medialis* чуть выше надмышелка плеча (последние представляют собой медиальный и латеральный желобки, образованные сухожилием двуглавой мышцы).

Паховые лимфатические узлы прощупывают в области пахового треугольника (*fossa inguinalis*) в направлении, поперечном по отношению к пупартовой связке. Увеличение паховых лимфоузлов может отмечаться при различных воспалительных процессах в области нижних конечностей, анального отверстия, наружных половых органов. Наконец, *подколенные лимфоузлы* пальпируют в подколенной ямке при слегка согнутой в коленном суставе голени.

Отражая результаты проведенного исследования в истории болезни студенты обычно ограничиваются фразой: «Лимфатические узлы не пальпируются» (или «лимфатические узлы не увеличены»). Такое описание является недостаточно полным и не совсем точным. Здесь необходимо обязательно указать, какие группы лимфатических узлов были исследованы. Если какие-то лимфоузлы удалось пропальпировать, то полученные данные приводятся в истории болезни очень подробно. Примерное описание этого раздела истории болезни может быть следующим:

Лимфатическая система

При осмотре лимфатические узлы не видны. При пальпации определяются одиночные подчелюстные лимфатические узлы, одинаково выраженные с обеих сторон, размером с небольшую горошину, мягкоэластической консистенции, подвижные, безболезненные, не спаянные друг с другом и окружающими тканями. Прилежащие к лимфатическим узлам кожные покровы и подкожная клетчатка не изменены. Другие группы лимфатических узлов (затылочные, заушные, околоушные, подбородочные, поверхностные шейные, надключичные, подмышечные, локтевые, паховые, подколенные) не пальпируются.

2.5. ИССЛЕДОВАНИЕ МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМЫ

Детальное исследование мышечной системы, включающее в себя выявление разнообразных нарушений развития, тонуса, мышечной силы, функций отдельных мышц, проводится обычно невропатологом и потому подробно изучается в курсе нервных болезней. Однако врач любой специальности должен владеть основными приемами исследования мышечной системы, поскольку те или иные ее изменения могут встречаться и при заболеваниях внутренних органов.

Прежде всего отмечают наличие жалоб больного на мышечную слабость и мышечную утомляемость при выполнении различных движений. Иногда эти жалобы касаются многих групп мышц, но чаще затрагивают вполне определенные группы (например, жевательных, мимических мышц и т.д.). Большой может также жаловаться на непроизвольные фибриллярные подергивания отдельных групп мышц, ограничение и полное отсутствие активных (произвольных) движений.

При осмотре прежде всего обращают внимание на *степень развития мышечной ткани*, наличие атрофии или гипертрофии отдельных мышц и мышечных групп. *Атрофия мышц* часто наблюдается у больных с периферическими параличами и парезами, при повреждении спинного мозга, длительном вынужденном пребывании в неподвижном положении (так называемая атрофия от бездействия). При наличии атрофии отдельных мышц или асимметрии в их развитии измеряют и сравнивают окружность голени, бедра, плеча, предплечья на здоровой стороне и на стороне поражения. *Гипертрофия мышц* встречается значительно реже (например, при некоторых наследственно обусловленных заболеваниях) и касается обычно отдельных групп мышц (икроножных, четырехглавых, дельтовидных).

При пальпации отдельных мышц можно обнаружить болезненность (например, при миозитах). Путем непосредственного ощупывания мышц симметричных участков тела определяют также *мышечный тонус*, изменения которого в ряде случаев имеют большое диагностическое значение. При снижении мышечного тонуса (гипотонии) ткань мышц представляется мягкой, дряблой, тестообразной. При повышении мышечного тонуса (гипертонусе) мышечная ткань становится, наоборот, более плотной, чем в норме.

Для оценки мышечного тонуса применяются и некоторые специальные приемы. Попросив больного не оказывать сопротивление, врач сам производит пассивные движения (сгибание и разгибание) конечностей больного в плечевом, локтевом и лучезапястном суставах. При горизонтальном положении больного на спине такие же движения выполняют в тазобедренном, коленном и голеностопном суставах. При этом обязательно сравнивают тонус мышц правой и левой конечностей. При снижении мышечного тонуса пассивные сгибание и разгибание соответствующей конечности происходит необычайно легко, при отсутствии существующего в норме незначительного сопротивления. При гипертонусе мышечное сопротивление оказывается, наоборот, повышенным. Поднимая и спуская голову больного, можно оценить тонус мышц шеи. Снижение тонуса этих мышц легко обнаружить, если, подняв голову больного, внезапно отнять от нее свою руку. Более точно мышечный тонус определяется с помощью специальных приборов (миотонометров).

Мышечная сила оценивается по тому сопротивлению, которое больной в состоянии преодолеть. Врач предлагает больному согнуть руку в локтевом суставе, после чего, попросив пациента оказывать сопротивление, пытается разогнуть ее. Точно так же мышечную силу больного можно проверить, предложив ему согнуть ногу в коленном суставе, кисть — в лучезапястном суставе, стопу — в голеностопном и т.д. При исследовании мышечной силы разгибателей плеча врач пытается согнуть руку больного в локтевом суставе, удерживаемую пациентом в разогнутом состоянии. Понятно, что исследование проводится отдельно для мышц правой и левой конечностей.

Мышечная сила оценивается по пятибалльной (иногда — по шестibalльной) системе. При этом в случае нормальной мышечной силы выставляются высшие баллы, а при полном отсутствии ее — низшие (0). Для более точного определения мышечной силы используют специальные динамометры.

Одним из показателей мышечной силы является *мышечная утомляемость*. Она достаточно легко обнаруживается, если попросить больного несколько раз подряд быстро сжимать пальцы в кулак и разжимать их. Можно также предложить больному вытянуть обе руки вперед. При наличии мышечной утомляемости руки пациента (или одна из них) быстро опускаются.

При исследовании мышечной системы обращают внимание на наличие другого варианта двигательных расстройств — *насилиственных движений (гиперкинезов)*, которые могут встречаться у больных ревматизмом (ревматическая хорея), алкоголизмом, болезнью Паркинсона, а иногда у лиц пожилого и старческого возраста (старческий тремор). Кроме того, при некоторых заболеваниях наблюдаются и непроизвольные сокращения мышц, называемые *судорогами*. Принято различать *клонические судороги*, когда сокращения мышц сменяются отчетливыми периодами их расслабления, и *тонические судороги*, при которых возникают спастические сокращения мышц,

а периоды расслабления выражены очень слабо и практически не заметны.

Раздел, посвященный описанию результатов исследования мышечной системы, излагается в истории болезни пациента, находящегося в терапевтическом стационаре, достаточно кратко. Возможен, например, следующий вариант написания:

Мышечная система

Жалоб нет. Общее развитие мышечной системы — хорошее. Атрофии и гипертрофии отдельных мышц и мышечных групп не отмечается. Болезненность при ощупывании мышц отсутствует. Тонус мышц нормальный. Мышечная сила удовлетворительная. Гиперкинетических расстройств не выявлено.

2.6. ИССЛЕДОВАНИЕ КОСТНОЙ СИСТЕМЫ

При исследовании костной системы прежде всего обращают внимание на **жалобы** больного. Так, острые, внезапно появившиеся боли после травмы могут свидетельствовать о переломах костей; тупые, постепенно нарастающие боли в костях нередко бывают связаны с каким-либо воспалительным процессом; упорные, изнуряющие, часто четко локализованные боли встречаются при метастазах в кости злокачественных опухолей.

При **осмотре** определяют наличие различных *деформаций* костей черепа, позвоночника, грудной клетки, таза, конечностей. Так, могут отмечаться изменения формы нижних конечностей в виде Х-образных (*genu valgum*) или О-образных (*genu varum*) ног. Укорочение одной из конечностей можно обнаружить при остеомиелите. При этом осмотр обязательно проводится при разном положении больного, а также при его движении.

При акромегалии наблюдается чрезмерное увеличение пальцев рук и ног, скуловых костей, нижней челюсти. У больных, страдающих врожденными пороками сердца, инфекционным эндокардитом, циррозом печени, бронхоэктатической болезнью, происходит утолщение концевых фаланг пальцев рук, в результате чего пальцы принимают характерную форму барабанных палочек. У больных системной склеродермией отмечают изменения другого рода, когда вследствие разрушения концевых фаланг пальцы рук укорачиваются и заостряются, приобретая порой форму коротко очиненного карандаша. Различные изменения часто можно обнаружить при осмотре костей грудной клетки и позвоночника (например, воронкообразную грудь, кифоз, сколиоз и др.).

Важные диагностические данные, касающиеся различных изменений костной ткани, удается в ряде случаев получить при использовании методов **пальпации** и **перкуссии**. Так, при ощупывании можно более точно выявить утолщение отдельных костей (например, «рахитические четки» ребер), определить неровность их поверхности и болезненность при пальпации (при периоститах), обнаружить

патологические переломы. **Болезненность при поколачивании пальцами** по плоским и трубчатым костям (череп, грудина, ребра, позвоночник, подвздошные кости, большеберцовая кость и др.) наблюдается при изменениях костной ткани, обусловленных некоторыми заболеваниями крови (анемии, лейкозы, миеломная болезнь) и метастазами в кости злокачественных опухолей.

Описание раздела истории болезни, посвященного исследованию костной системы, дается обычно достаточно кратко, например:

Костная система

Жалоб нет. При исследовании костей черепа, грудной клетки, позвоночника, таза, конечностей деформаций, а также болезненности при ощупывании и поколачивании не отмечается.

2.7. ИССЛЕДОВАНИЕ СУСТАВОВ

Прежде всего выясняют при расспросе наличие у больного возможных жалоб на боли в тех или иных суставах, которые могут быть постоянными или, например, летучими (т.е. быстро исчезать в одном суставе и появляться в другом), возникать самостоятельно или при движении. Обязательно уточняют, испытывает ли пациент *утреннюю скованность в суставах*, отмечает ли он *ограничение движений* в тех или иных суставах (тугоподвижность) и *наличие хруста при движении* и т.д.

Исследование суставов проводят при различном положении больного (стоя, сидя, лежа, а также при ходьбе), соблюдая при этом определенный порядок. Вначале оценивают состояние суставов кисти, затем переходят к исследованию локтевых и плечевых суставов, височно-нижнечелюстного сустава, шейного, грудного и поясничного отделов позвоночника, крестцово-подвздошных суставов, крестца и копчика, тазобедренных и коленных суставов, суставов стопы. Результаты, полученные при исследовании каждого из симметричных суставов, обязательно сравниваются между собой.

При **осмотре** обращают внимание на изменение *конфигурации* суставов (например, увеличение их в объеме, веретенообразная форма), *сглаженность их контуров*, изменение *окраски кожных покровов* над суставами (гиперемия, блеск).

При **пальпации** суставов можно лучше выявить их припухлость, которая бывает обусловлена как наличием выпота в полости сустава, так и воспалительным отеком периартикулярных тканей. Скопление свободной жидкости в суставной полости подтверждается и появлением в таких случаях *флюктуации* — ощущения при пальпации колебания (зыбления) жидкости. Особенно показательным в этом плане служит *симптом ballotирования надколенника*. Для его выявления больного укладывают горизонтально с максимально разогнутыми нижними конечностями. Большие пальцы рук располагают на надколеннике, а ладонями обеих рук сжимают латеральную

и медиальную области коленного сустава. Далее большими пальцами производят толчок надколенника в направлении передней поверхности суставного конца бедра. При наличии в полости коленного сустава свободной жидкости пальцы ощущают слабый ответный толчок, обусловленный ударом надколенника о поверхность бедра.

В процессе исследования суставов обращают внимание и на наличие *болезненности* при их ощупывании. Для этого пользуются осторожной, но в то же время достаточно глубокой пальпацией, охватывая тот или иной сустав двумя пальцами (большим и указательным). В случаях наличия в суставах активного воспалительного процесса при пальпации можно обнаружить также местное *повышение температуры* кожи над областью пораженных суставов. С этой целью прикладывают тыльную поверхность кисти к кожным покровам над соответствующими суставами. Полученные таким образом данные сравнивают с температурой кожи над симметричным здоровым суставом. Если симметричный сустав также оказывается вовлеченным в патологический процесс, то результаты определения кожной температуры сравниваются с данными, полученными при исследовании температуры кожи над другими неизменными суставами. С помощью сантиметровой ленты измеряют, кроме того, *окружность симметричных суставов*, например, плечевого, локтевого, лучезапястного, коленного, голеностопного.

Большое значение в диагностике различных заболеваний суставов имеет определение *объема активных и пассивных движений*, совершаемых в различных суставах, выявление тугоподвижности, болевых ощущений при движении. При этом активные движения совершает сам больной, а пассивные (сгибание, разгибание, отведение, приведение конечности) выполняются врачом при полном расслаблении мышц больного.

При выполнении в суставах того или иного движения образуется определенный угол, который при необходимости можно измерить. Так, например, абсолютная подвижность коленного сустава при сгибании должна составлять около 150° , голеностопного — 45° , тазобедренного — 120° и т.д. Более точные данные о подвижности различных суставов удается получить при использовании специальных приборов — *гониометров*, которые представляют собой градуированный полукруг, к основанию которого при креплены подвижная и неподвижная бранши. При движении подвижной бранши синхронно с движением конечности образуются различной величины углы, отмечаемые на шкале гониометра.

При развитии анкилоза суставов (сращения суставных поверхностей) при их движении можно иногда определить хруст или крепитацию, которые становятся более отчетливыми для восприятия в тех случаях, когда ладонь врача кладется на соответствующий сустав. При *аускультации* суставов может быть выслушан шум трения внутрисуставных поверхностей эпифизов.

При отсутствии каких-либо патологических изменений этот раздел излагается в истории болезни достаточно сжато. Возможен, например, такой вариант описания:

Исследование суставов

Жалоб нет. При осмотре суставы нормальной конфигурации. Кожные покровы над ними обычной окраски. При пальпации суставов их припухлости и деформации, изменений околосуставных тканей, а также болезненности не отмечается. Объем активных и пассивных движений в суставах сохранен полностью. Болевые ощущения, хруст и крепитация при движении отсутствуют. Далее (лучше в виде таблички) отмечается окружность симметричных суставов в см (плечевых, локтевых, лучезапястных, коленных, голеностопных).

Закончив проведение общего осмотра, переходят к непосредственному исследованию основных систем организма: дыхания, кровообращения, пищеварения и др. Особенности применения различных методов непосредственного исследования отдельных систем организма будут последовательно изложены в дальнейших главах.

Глава 3. ИССЛЕДОВАНИЕ СИСТЕМЫ ДЫХАНИЯ

Непосредственные методы исследования системы дыхания включают в себя расспрос больного, исследование верхних дыхательных путей, осмотр и пальпацию грудной клетки, перкуSSION и аускультацию легких. Диагностическая ценность получаемых при этом данных во многом зависит от правильности выполнения тех или иных приемов исследования.

3.1. РАССПРОС БОЛЬНОГО

Выше уже говорилось о значении тщательной детализации различных субъективных симптомов заболевания. Сказанное в полной мере относится и к жалобам, которые могут предъявлять больные с патологией органов дыхания.

Выясняя наличие у пациента одышки, следует иметь в виду, что этот частый симптом, проявляющийся ощущением нехватки воздуха и затрудненным дыханием, может быть обусловлен не только болезнями системы дыхания, но и другими заболеваниями: болезнями органов кровообращения, анемиями, значительным увеличением щитовидной железы, приводящим к сдавлению гортани и трахеи, нервно-психическими заболеваниями.

Часто произносимая студентами и описываемая ими в истории болезни фраза «больной жалуется на одышку» в представленном виде мало о чем говорит. В процессе расспроса необходимо обязательно уточнить, в чем конкретно выражается у больного ощущение одышки (учащением дыхания, его большей глубиной или, наоборот, поверхностным дыханием и невозможностью по тем или иным причинам сделать глубокий вдох и т.д.). Нужно также узнать, какая фаза дыхания (вдох или выдох) затруднена у опрашиваемого больного. В первом случае одышка носит название *инспираторной*, во втором — *экспираторной*.

Дело в том, что жалоба больного на одышку (как и все жалобы вообще) является субъективным симптомом и потому должна подтверждаться результатами объективного исследования (в данном случае — подсчетом частоты дыхания, определением его ритма, глубины и т.д.). В некоторых случаях (например, при различных формах неврозов) субъективное ощущение одышки часто не подтверждается при объективном исследовании. Наоборот, пожилой человек, страдающий эмфиземой легких, может иметь все объективные признаки

одышки, но не предъявлять соответствующих жалоб. Наконец, сами больные не всегда правильно квалифицируют тип одышки. Так пациент, страдающий бронхиальной астмой, может утверждать, что у него затруднена фаза вдоха, хотя в действительности у такого больного наблюдается экспираторная одышка, и т.д.

Чрезвычайно важное диагностическое и прогностическое значение имеет *степень одышки*, в первую очередь ее связь с той или иной интенсивностью физической нагрузки. В этом плане очень удобным представляется так называемый тест лестницы. У больного выясняют, на какой этаж он может подняться пешком по лестнице в достаточно быстром темпе. Здоровый человек способен при таких условиях свободно (без остановки) подняться на 4–5-й этаж. При этом учатившееся в первый момент после подъема дыхание возвращается к норме через несколько минут. Пациент, страдающий одышкой, в ответ на такой вопрос обычно скажет, что быстрым шагом по лестнице он уже давно не поднимается и что даже при медленном подъеме по лестнице он вынужден делать остановку уже на 2-м этаже (а то и через один пролет лестницы или даже через несколько ступенек), что после подъема по лестнице он должен длительное время отдыхать, чтобы частота дыхания вернулась к норме. В тяжелых случаях одышка возникает при очень незначительной физической нагрузке (после еды) или даже при минимальном физическом напряжении (при разговоре), а также в покое.

Следует выяснить, какое *положение* принимает больной, страдающий одышкой, для облегчения своего состояния. Пациент, например, может просто отдыхать в положении стоя, принимать вынужденное положение, сидя со спущенными вниз ногами (ортопноэ) или же наклонив вперед туловище и опираясь кистями о край кровати, подоконник, собственные колени и т.д. (при приступе бронхиальной астмы). Важно также уточнить, какие лекарственные средства принимает больной для уменьшения одышки (бронхолитики, сердечные гликозиды, мочегонные препараты) и с каким эффектом.

Быстро развивающаяся тяжелая одышка, сопровождающаяся ощущением резкой нехватки воздуха, носит название *удушья*. Такое состояние может развиваться при ларингоспазме, отеке гортани, закрытии голосовой щели или трахеи инородным телом. В терапевтической практике чаще приходится сталкиваться с периодически возникающими приступами удушья (астмы), обусловленными спазмом мелких бронхов (при бронхиальной астме) или явлениями тяжелой левожелудочковой недостаточности. В таких случаях выясняют частоту и продолжительность приступов удушья, факторы, их провоцирующие, а также лекарственные препараты, применение которых купирует эти приступы.

При наличии у больного, страдающего заболеваниями органов дыхания, столь частой жалобы, как *кашель*, также подробно уточняют все его особенности.

По характеру кашель может быть *сухим* (иногда его называют непродуктивным) и *влажным*, сопровождающимся выделением мокроты. Влажный кашель носит еще название продуктивного, поскольку – в отличие от сухого кашля – после отхождения мокроты больной чувствует обычно некоторое облегчение. Ряд пациентов (маленькие дети, ослабленные больные) не откашливают мокроту, а заглатывают ее. Однако в таких случаях наличие мокроты все равно определяется по характерному тембру кашля, поскольку на звук самого кашлевого толчка наслаивается еще своеобразный короткий звук, связанный с перемещением мокроты в бронхах и трахее.

При наличии *мокроты* уточняют ее суточное количество, *равномерность выделения* мокроты в течение суток, а также *положение*, в котором мокрота лучше отходит. Так, при хроническом бронхите, который часто встречается у длительно курящих лиц, кашель с выделением мокроты, больше всего выражен в утренние часы, после подъема с постели и при умывании («утренний кашель курильщиков», «утренний туалет бронхов»). Нередко такой кашель, возникающий под утро, обуславливает пробуждение больных; он отличается упорством и прекращается порой лишь после выкуривания сигареты. При ряде заболеваний (например, прорыв абсцесса через бронх) наблюдается одномоментное выделение большого количества мокроты («полным ртом»), сменяющееся затем длительным периодом ее отсутствия.

При наличии мокроты имеет также значение выяснение ее *консистенции* (жидкая, густая, вязкая), *цвета* (белесоватый – при слизистой мокроте, желтый или зеленоватый – при гнойной, «ржавый оттенок» – при крупозной пневмонии). Обращают внимание на *запах* мокроты. Неприятный, иногда зловонный, часто нестерпимый для окружающих запах мокроты встречается при гангрене легких. Отмечают возможное присутствие в мокроте посторонних примесей и прожилок крови. Появление в мокроте примеси пищи может указывать на существование свища между пищеводом и бронхом. Для правильной оценки характера мокроты желательно, чтобы она собиралась больным в плевательницу.

Важную роль в диагностике заболеваний органов дыхания играет установление *продолжительности* кашля. В тех случаях, когда кашель беспокоит пациентов в течение нескольких месяцев или лет без четких периодов его отсутствия, принято говорить о постоянном кашле. Некоторые авторы даже полагают, что если кашель продолжается у больного свыше 5 недель, то есть все основания думать о хронизации заболевания. Периодический кашель возникает обычно в период обострений многих хронических заболеваний системы дыхания воспалительной природы и исчезает (или значительно уменьшается) при их ремиссии.

Уточняют *громкость* и *тембр* кашля (громкий, лающий, тихий, сиплый, беззвучный и т.д.). Например, приступообразный «лающий» кашель, когда следующие друг за другом, кашлевые толчки

чередуются с продолжительным свистящим вдохом («репризами»), наблюдается при коклюше.

В диагностике могут помочь и некоторые сопутствующие симптомы, придающие кашлю характерную окраску. Так, сухой кашель, часто встречающийся в начальной фазе острого трахеита или бронхита, сопровождается обычно неприятным ощущением першения или царапания за грудиной. Сухой кашель, возникающий при плеврите или в начальной стадии крупозной пневмонии, причиняет пациентам болевые ощущения, поэтому он бывает, как правило, очень «осторожным» и сопровождается часто появлением в момент кашля болезненной гримасы на лице. В некоторых случаях (например, при коклюше) упорный кашель, особенно если он возник после еды, может сопровождаться рвотой. При расспросе больных обязательно выясняют также, насколько эффективно уменьшается кашель после приема различных лекарственных препаратов (отхаркивающих средств и др.).

Жалоба больного на *кровохарканье* (выделение крови с мокротой) служит, как правило, симптомом достаточно серьезного заболевания. Необходимо иметь в виду, что кровохарканье может встречаться не только при поражении гортани, трахеи, бронхов и легочной ткани (например, злокачественных опухолях, туберкулезе легких, бронхоэктатической болезни, абсцессе и гангрене легких), но и при заболеваниях сердечно-сосудистой системы, сопровождающихся застоем крови в малом круге кровообращения. Известны случаи, когда на основании кровохарканья больным с митральным стенозом ошибочно ставился диагноз бронхоэктатической болезни или туберкулеза легких.

При наличии у больного кровохарканья выясняют, как часто оно повторяется (единичные эпизоды в течении заболевания или систематически), уточняют количество выделяемой с мокротой крови и ее характер (выделение неизменной крови с мокротой, в виде прожилок или пятен, равномерное прокрашивание мокроты кровью в виде «малинового желе» или с характерным «ржавым» оттенком).

Очень серьезным симптомом служит выделение с кашлевыми толчками из дыхательных путей непосредственно крови (**легочное кровотечение**). При этом в ряде случаев легочное кровотечение приходится отличать от кровотечения, вызванного поражением слизистой оболочки носоглотки или десен. Большую помощь здесь оказывает тщательный осмотр полости рта, носа, глотки.

Определенные трудности возникают также при дифференциальной диагностике легочных и желудочно-кишечных кровотечений, поскольку желудочные и пищеводные кровотечения могут иногда сопровождаться кашлем. В таких случаях нужно помнить, что при легочных кровотечениях кровь, смешанная с воздухом, бывает обычно пенистой и имеет алый или розовый цвет, щелочную реакцию. При пищеводно-желудочных кровотечениях кровь выделяется сгустками коричневатого цвета (в виде «кофейной гущи») с кислым

запахом и примесью остатков пищи. Некоторые из указанных признаков отмечаются, однако, далеко не всегда и могут отсутствовать, например, при пищеводном кровотечении.

Особого внимания заслуживают жалобы больного на **боли в грудной клетке**. Поскольку эти боли могут встречаться не только при болезнях системы дыхания, но и при многих других заболеваниях (поражении ребер, межреберной невралгии и воспалении межреберных мышц, опоясывающем лишае, остеохондрозе позвоночника, различных заболеваниях сердечно-сосудистой и пищеварительной систем и т.д.), то для правильной интерпретации происхождения болевого синдрома необходимо детальное выяснение таких его признаков, как локализация и иррадиация болей, их интенсивность, характер и продолжительность, связь возникновения болей с дыханием, кашлем, положением тела, уменьшение после применения различных лекарственных препаратов.

Поскольку боли при заболеваниях органов дыхания обуславливаются вовлечением в патологический процесс плевры (при плевритах, крупозной пневмонии, метастазах и прорастании опухоли), они часто называются *плевральными болями*.

Плевральные боли бывают чаще всего четко локализованными и отмечаются преимущественно в нижнелатеральных отделах грудной клетки; они субъективно ощущаются больными как «боль в боку». Однако при поражении диафрагмальной плевры боли могут иррадиировать в плечо, надключичную область и боковую область шеи. В ряде случаев боли могут распространяться в живот (чаще — его правую половину), симулируя иногда картину острого аппендицита. Иррадиация плевральных болей в плечо и руку возможна при так называемой опухоли Панкоста (раке верхней доли легкого, расположенном субплеврально).

Интенсивность и продолжительность плевральных болей могут быть различными. Очень интенсивные боли отмечаются при пневмотораксе. Эти боли локализуются в том участке грудной клетки, который соответствует месту разрыва плевры, сопровождаются появлением резкой одышки, падением артериального давления, цианозом. Упорные, мучительные боли возникают при канцероматозном поражении плевры.

Плевральные боли иногда бывают достаточно продолжительными. Они могут сохраняться длительное время после перенесенного плеврита, становясь более отчетливыми, например, при перемене погоды. Плевральные боли усиливаются на высоте вдоха, а также при кашле, чихании, смехе, в связи с чем больные предпочитают дышать поверхностно, стремясь подавить кашлевые толчки. Эти боли уменьшаются при положении пациента на больном боку и усиливаются, если больной поворачивается на здоровый бок.

При заболеваниях ребер (например, периоститах) боли, как правило, не связаны с дыханием. При этом пальпация ребер часто позволяет обнаружить болезненность и различные изменения костной

ткани. При переломе ребер боли могут усиливаться при дыхании, причем пальпация ребра в месте перелома выявляет резкую болезненность и характерную крепитацию, вызванную трением костных отломков.

При межреберной невралгии и опоясывающем лишае боли могут быть достаточно интенсивными. Они носят постоянный характер, локализуются по ходу межреберий и несколько усиливаются при наклоне туловища в больную сторону. При воспалении межреберных мышц (миозитах) боли могут усиливаться на высоте вдоха. При этом они сильнее ощущаются при наклоне туловища в здоровую сторону, а пальпация мышц сопровождается выраженной болезненностью.

Так называемые *корешковые боли*, которые могут возникать в различных участках грудной клетки при остеохондрозе позвоночника, носят нередко опоясывающий характер, усиливаются при наклоне туловища. Пальпация в местах проекции задних корешков спинного мозга позволяет во многих случаях выявить участки локальной болезненности.

Особенности болей в грудной клетке, обусловленных заболеваниями сердечно-сосудистой системы и органов брюшной полости, будут рассмотрены в соответствующих разделах.

При многих заболеваниях органов дыхания больные часто отмечают *повышение температуры тела*. В этих случаях необходимо выяснить продолжительность лихорадки и ее характер. Так, высокая лихорадка постоянного типа встречается при крупозной пневмонии, субфебрильная температура — при острых воспалительных заболеваниях верхних дыхательных путей, лихорадка ремиттирующего типа (послабляющая) — при бронхоэктатической болезни. Обращают также внимание на целый ряд жалоб общего характера, которые могут часто встречаться у больных с заболеваниями легких (общая слабость, утомляемость, снижение работоспособности, головные боли, потеря аппетита и др.).

В разделе истории болезни, посвященном исследованию системы органов дыхания, можно повторно не описывать жалобы пациентов, если они уже были подробно изложены в разделе «Жалобы при поступлении». В таких случаях здесь можно ограничиться фразой: «Жалобы см. выше» или «См. жалобы при поступлении».

Расспрашивая больного об *истории развития заболевания*, уточняют характер его начала (острое, внезапное или постепенное), устанавливают возможную связь возникновения заболевания с какими-либо провоцирующими факторами (например, с переохлаждением), анализируют последующее течение заболевания (прогрессирующее, чередование периодов обострения и ремиссии), оценивают эффективность примененных методов лечения.

При выяснении *анамнеза жизни* обращают особое внимание на факторы, которые могли предрасполагать к возникновению заболеваний органов дыхания: неблагоприятная наследственность (наличие туберкулеза легких у ближайших родственников), плохие усло-

вия труда и быта (проживание в тесном, недостаточно вентилируемом, сыром, плохо отапливаемом помещении; работа, связанная с постоянным воздействием холода, сырости, цементной, угольной, мучной и др. пыли, запахами различных раздражающих веществ), повторно перенесенные острые бронхиты и пневмонии, длительное курение и злоупотребление алкоголем.

3.2. ИССЛЕДОВАНИЕ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

Непосредственное исследование органов дыхания часто начинают с осмотра грудной клетки. Более правильным следует все же считать предварительное исследование состояния верхних дыхательных путей, что обусловливается той важной ролью, которую могут играть различные патологические изменения верхних дыхательных путей в развитии заболеваний легких. Само собой разумеется, что детальное исследование верхних дыхательных путей относится к компетенции врача-отоларинголога. Однако врач любой специальности (и прежде всего терапевт) должен знать основные симптомы наиболее распространенных заболеваний носа, глотки, гортани, хорошо владеть самыми простыми методами исследования верхних дыхательных путей.

Прежде всего уточняют, насколько свободно больной может *дышать через нос*. Чтобы лучше оценить носовое дыхание, больному предлагают закрывать попеременно носовые ходы, придавливая последовательно левое и правое крылья носа к носовой перегородке. Затруднение носового дыхания является частой жалобой больных и встречается, например, при искривлении носовой перегородки, остром и хроническом рините, гайморите.

Уточняют наличие у больного *ощущения сухости в носу*, которое может появляться в начальной стадии острого ринита или же отмечаться постоянно у больных с хроническим атрофическим ринитом. Часто встречается жалоба больных на появление *выделений из носа*. В таких случаях выясняют их количество (обильные выделения при остром рините, скудные, с образованием корочек — при атрофическом рините), характер (серозные или слизистые выделения — при остром катаральном рините, водянистые — при вазомоторном рините, густые и гнойные — при гайморите, сукровичные — при гриппе и т.д.), а также отмечают, одинаково ли количество отделяемого из правого и левого носовых ходов.

Большого внимания заслуживает жалоба больных на появление *носовых кровотечений*, которые могут быть связаны с местными причинами (травмы, опухоли, язвенные поражения слизистой оболочки носа) или же обуславливаются некоторыми общими заболеваниями (например, гипертонической болезнью, геморрагическими диатезами, лейкозами, авитаминозами и т.д.). При наличии носовых кровотечений выясняют, насколько часто они возникают у больного (эпизодически или регулярно), являются ли они скудными или же обильными. Скудные носовые кровотечения чаще всего прекращаются са-

мостоятельно. Обильные носовые кровотечения (свыше 200 мл в сутки) могут сопровождаться общими симптомами, характерными для всех профузных кровотечений (общая слабость, падение артериального давления, тахикардия), и требуют проведения экстренных мероприятий для его остановки (тампонада полости носа). При этом следует иметь в виду, что правильно установить объем носовых кровотечений удастся далеко не всегда, поскольку кровь, стекающая по задней стенке носоглотки, нередко заглатывается больными.

Иногда больные жалуются также на ухудшение *обоняния* (гипосмия) или его полное отсутствие. Расстройства обоняния могут быть связаны как с затруднением носового дыхания, так и с поражением обонятельного нерва.

При воспалении придаточных пазух носа (лобных, гайморовых и др.) могут появляться боли в области корня носа, лба, скуловых костей, иногда иррадиирующие в височную область.

Тщательный *осмотр* полости носа проводится оториноларингологом с помощью риноскопии, предусматривающей использование специальных носовых зеркал. Однако передний отдел носовой полости можно достаточно хорошо осмотреть и не прибегая к специальным приемам. Для этого больной несколько запрокидывает голову, четыре пальца (II–V) правой руки располагают на лбу пациента, а большим пальцем этой же руки слегка надавливают (снизу вверх) на кончик носа. Обращают также внимание на наличие болезненности при ощупывании и поколачивании в области корня носа, его спинки, местах проекции лобных и гайморовых придаточных пазух носа. Болезненность, а также припухлость мягких тканей и гиперемия кожных покровов в этих областях могут появляться при повреждении костей носа, воспалительных заболеваниях придаточных пазух.

Полноценное исследование *гортани* удастся лишь при использовании ларингоскопии, которая проводится специалистом-отоларингологом. В тех случаях, когда обследование больного проводится врачом другой специальности, анализируют *жалобы* больного, указывающие на возможное заболевание гортани (например, боли при разговоре и глотании, характерный лающий или, наоборот, беззвучный кашель), выявляют изменения *голоса* (охриплость, афония), отмечают нарушения дыхания (громкое, напряженное, с затрудненным вдохом), появляющиеся, например, при стенозе гортани.

При *осмотре* гортани оценивают возможные изменения формы (например, при травме); при ощупывании области гортани определяют наличие припухлости или болезненности (при травматических повреждениях, хондроперихондрите и т.д.).

Примерное описание результатов исследования верхних дыхательных путей в истории болезни может быть следующим:

Исследование верхних дыхательных путей

Дыхание через нос свободное. Ощущения сухости в носу нет. Выделений из носовых ходов не наблюдается. Носовые кровотечения отсутствуют. Обо-

няние сохранено. Болей у корня и спинки носа, на местах проекции лобных и гайморовых пазух (самостоятельных, а также при ощупывании и поколачивании) не отмечается. Гортань: жалоб нет. Голос громкий, чистый. Дыхание в гортани не затруднено. При осмотре гортань нормальной формы, при ощупывании области гортани болезненности не определяется.

3.3. ИССЛЕДОВАНИЕ ЛЕГКИХ

Физические методы исследования легких включают в себя осмотр и пальпацию грудной клетки, перкуссию и аускультацию легких. Прежде чем переходить к обсуждению особенностей проведения того или иного исследования, целесообразно, на наш взгляд, вспомнить топографические ориентиры, существующие на грудной клетке. Дело в том, что студенты порой испытывают определенные трудности, столкнувшись с необходимостью правильно описать локализацию выявленных изменений, нередко, к сожалению, даже на экзамене путают топографические линии, не всегда могут найти соответствующее ребро и т.д.

Напомним, что в качестве ориентиров, позволяющих точно локализовать обнаруженные изменения на передней, боковой или задней поверхностях грудной клетки, применяются хорошо известные вертикальные линии. Так, **передняя срединная линия** (*l. mediana anterior*) проводится сверху вниз через середину грудины. **Левая и правая грудинные линии** (*l. sternalis dextra et sinistra*) проходят соответственно по правому и левому краям грудины. **Правая и левая среднеключичные линии** (*l. medioclavicularis dextra et sinistra*), прежде обозначавшиеся как сосковые (*l. mamillaris*), проводятся вертикально вниз от середины ключицы. В свою очередь, посередине между среднеключичной и грудинной линиями вертикально проходят **правая и левая окологрудинные линии** (*l. parasternalis dextra et sinistra*), которые студенты очень часто путают с грудинными линиями. Например, правильно отвечая, что нижняя граница правого легкого прежде всего определяется перкуторно по правой окологрудинной линии, студенты затем начинают проводить перкуссию по правому краю грудины (т.е. по правой грудинной линии), забывая, что определить нижнюю границу правого легкого по этой линии невозможно из-за тупости сердца.

По переднему и заднему краям подмышечной впадины права и слева проводятся соответственно **передняя и задняя подмышечные линии** (*l. axillaris anterior et posterior*). Между ними вертикально вниз от середины подмышечной впадины проводится **средняя подмышечная линия** (*l. axillaris media*). Сзади через нижние углы лопаток вертикально вниз проходят **правая и левая лопаточные линии** (*l. scapularis dextra et sinistra*). По остистым отросткам позвонков проводится **задняя срединная линия** (*l. mediana posterior*). Наконец, на середине расстояния между задней срединной и лопаточными линиями проводятся соответственно **правая и левая околопозвоночные линии** (*l. paravertebralis dextra et sinistra*).

В качестве ориентиров, позволяющих локализовать выявленные при исследовании органов дыхания изменения на том или ином уровне, используют ребра, имеющие соответствующие порядковые номера. При этом следует запомнить, что нумерация ребер в истории болезни дается всегда римскими цифрами (как, впрочем, и позвонков), тогда как номер межреберья принято указывать словами.

Чтобы отыскать нужное ребро и определить его порядковый номер, необходимо иметь в виду, что I ребро скрыто ключицей. Таким образом, положив продольно палец ниже ключицы, мы попадаем в первое межреберье, ниже которого будет находиться соответственно II ребро. Переставляя палец в нижерасположенные межреберья, мы всегда найдем нужное нам ребро или правильно локализуем выявленные изменения. В нахождении требуемого ребра помогает также и то, что, например, хрящ II ребра прикрепляется к краю грудины на уровне *angulus Ludovici* (угол между рукояткой грудины и ее телом); этот угол (в виде валика) хорошо определяется на груди при пальпации. Сзади сравнительно легко можно найти VII ребро, которое при опущенных руках прикрывает нижний угол лопаток.

Помимо ребер, в качестве топографических ориентиров используются и другие костные образования — ключицы, ости лопаток, углы лопаток, мечевидный отросток грудины, остистые отростки позвонков и др.

3.3.1. Осмотр и пальпация грудной клетки

При отсутствии противопоказаний осмотр грудной клетки проводится в положении больного стоя или сидя. Прежде всего оценивается **форма грудной клетки**. При этом обращают внимание на соотношение переднезаднего и бокового размеров грудной клетки, выраженность надключичных ямок, величину эпигастрального угла, направление ребер в боковых отделах грудной клетки и т.д. (подробное описание всех признаков нормальных и патологических форм грудной клетки дается в учебниках).

Отмечают наличие возможных *деформаций грудной клетки*, обуславливающих часто те или иные варианты искривления позвоночника. При этом необходимо помнить, что у взрослых людей имеется четыре физиологических изгиба позвоночника: в шейном отделе выпуклостью вперед (шейный лордоз), в грудном отделе выпуклостью назад (грудной кифоз), в поясничном отделе выпуклостью вперед (поясничный лордоз), в крестцовом отделе выпуклостью назад.

При характеристике *симметричности* грудной клетки обращают внимание на изменение ее объема (выбухание или, наоборот, уплощение правой или левой половин), оценивают положение ключиц и лопаток (на одном уровне или нет). Обязательно отмечают, одинаково ли выражены под- и надключичные ямки справа и слева, на одном ли расстоянии располагаются лопатки по отношению к позвоночнику. В норме грудная клетка представляется вполне симметричной, хотя в действительности правая ее половина развита у правшей

несколько лучше, чем левая (у левой может наблюдаться противоположная картина).

При осмотре определяют также, одинаково ли правая и левая половины грудной клетки *участвуют в акте дыхания*. При этом синхронность движения половин грудной клетки легче оценить в том случае, если положить свои ладони на симметричные участки грудной клетки спереди и сзади и следить уже дальше за движением кистей своих рук. Отставание той или иной половины грудной клетки в акте дыхания хорошо заметно и в том случае, если просто расположить кончики указательных пальцев у углов лопаток и следить при дыхании за их движениями.

Выявляют возможное участие в акте дыхания вспомогательных мышц (грудино-ключично-сосцевидной, трапециевидной, большой и малой грудной), которое, например, бывает заметно при приступе бронхиальной астмы.

Характеризуют тип дыхания: *грудной (реберный), брюшной (диафрагмальный) или смешанный*, отмечая его соответствие полу больного (грудной тип дыхания – у женщин, брюшной – у мужчин).

Частоту дыхания (число дыханий в минуту) подсчитывают незаметно для больного. Для этого свою руку кладут на эпигастральную область пациента и следят за движением руки во время вдоха и выдоха. Можно также вначале определить частоту пульса на лучевой артерии, а затем, не отрывая руки, подсчитать частоту дыхания, незаметно фиксируя взгляд на дыхательных движениях грудной клетки больного. При этом следует помнить, что нормальная частота дыхания у взрослого человека (16–20 дыханий в минуту) в горизонтальном положении бывает несколько меньше (на 2–3 дыхательных движения), чем в вертикальном.

Полезным в ряде случаев может оказаться определение *соотношения между частотой дыхания и пульса*, которое в норме составляет 1:4. При многих лихорадочных состояниях частота дыхания возрастает параллельно с увеличением частоты пульса, так что приведенное выше соотношение не изменяется. При некоторых заболеваниях легких (например, при крупозной пневмонии) частота дыхания увеличивается в большей степени, чем частота пульса, так что указанное соотношение может уменьшаться до 1:2.

При оценке дыхания обращают внимание на его *глубину*. Нужно помнить, что глубина дыхания не коррелирует с изменением продолжительности вдоха и выдоха, а зависит от экскурсии легких, т.е. от объема вдыхаемого и выдыхаемого воздуха. Например, при резком сужении трахеи значительно возрастает продолжительность вдоха, тогда как само дыхание при этом может оставаться поверхностным. При эмфиземе легких существенно увеличивается продолжительность выдоха, в то время как глубина дыхания может опять-таки уменьшаться.

Определяя равномерность интервалов между отдельными дыхательными движениями, характеризуют **ритм дыхания**, выявляя воз-

возможные изменения правильного ритма дыхания (дыхание Грокко, биотовское дыхание, дыхание Чейна—Стокса).

После оценки частоты, глубины и ритма дыхания измеряют **окружность грудной клетки** и ее *максимальную дыхательную экскурсию*. Окружность грудной клетки измеряют гибкой сантиметровой лентой, располагая ее сзади на уровне углов лопаток, а спереди — на уровне IV ребер. При этом больной вначале поднимает руки, а после накладывания сантиметровой ленты на грудную клетку — опускает их. Измерив окружность грудной клетки при спокойном дыхании, предлагают больному сделать максимально глубокий вдох, отмечая при этом новые показатели окружности грудной клетки. Затем больной делает максимально глубокий выдох, во время которого также фиксируют результаты измерения. Разница показателей окружности грудной клетки при максимальном вдохе и максимальном выдохе составит максимальную дыхательную экскурсию грудной клетки.

При измерении окружности грудной клетки нужно быть очень внимательным и достаточно плотно прижимать к грудной клетке сантиметровую ленту. Нередко, полностью сосредоточив свое внимание на данных измерения, студенты не замечают, что сзади сантиметровая лента уже порядком «съехала» и находится значительно ниже углов лопаток, что, конечно, отражается на точности результатов. Иногда, кроме того, студенты путают определение максимальной дыхательной экскурсии грудной клетки с определением подвижности нижних краев легких, которое проводится перкуторно при вдохе и выдохе.

При пальпации грудной клетки можно выявить различные изменения кожных покровов, мышц, ребер, грудины, позвонков и т.д. Так, при переломе ребер обнаруживаются болезненность и хруст при движении костных отломков; при воспалении надкостницы ребер пальпаторно определяются неровности и шероховатости, при воспалительных изменениях мягких тканей (в частности, при миозитах) наряду с болезненностью отмечаются отечность кожи и местное повышение ее температуры. В случаях межреберной невралгии при пальпации удается выявить типичные болевые точки, соответствующие местам выхода кожных ветвей межреберных нервов (у позвоночника, в подмышечной области, у грудины). При остеохондрозе грудного отдела позвоночника при пальпации также определяются болезненные точки, расположенные справа и слева от остистых отростков примерно на расстоянии 1–1,5 см.

При пальпации, кроме того, оцениваются эластичность (резистентность) грудной клетки. Эти термины нередко даются в учебниках и соответственно воспринимаются студентами как синонимы. Все же в строгом смысле слова указанные понятия характеризуют разные (а по существу — противоположные) свойства грудной клетки. *Эластичность* грудной клетки означает ее податливость в ответ на пальпацию, тогда как резистентность, напротив, характеризует ее сопротивляемость (устойчивость) по отношению к сдавлению. Дру-

гими словами, снижение эластичности грудной клетки соответствует ее повышенной резистентности (или ригидности). Поэтому выражение «эластичность грудной клетки хорошая» является понятным для всех, тогда как фраза «резистентность грудной клетки хорошая», которой иногда пользуются студенты, воспринимается по меньшей мере двусмысленно.

Эластичность грудной клетки оценивается путем сдвигания ее ладонями спереди и сзади (как бы в направлении навстречу друг другу), а также с боков. Местное повышение резистентности отдельных участков грудной клетки (например, при экссудативных плевритах) выявляется с помощью пальпации межреберных промежутков.

При исследовании *голосового дрожания* (пальпаторного определения вибрации, вызванной проведением голоса на поверхности грудной клетки) ладони кладут на строго симметричные участки грудной клетки, после чего просят больного низким громким голосом произносить слова, содержащие букву «р» и дающие наибольшую вибрацию голоса (например, «тридцать три, тридцать четыре» или «тридцать третий артиллерийский полк»).

Это правило, впрочем, не является абсолютным и принято, в частности, в нашей стране. В Германии, например, при определении голосового дрожания рекомендуют произносить вслух «99» (neun und neunzig) – слова, в которых буква «р» («r») вообще отсутствует.

Важно, чтобы при повторении слова произносились одинаково громко. Голосовое дрожание определяют вначале спереди, причем в связи с наличием тупости сердца ладонь слева по окологрудинной и среднеключичной линиям располагают лишь до уровня III ребра, затем исследование проводят в подмышечных областях и, наконец, сзади. Контролируя себя, можно повторить определение голосового дрожания в тех же участках, но предварительно поменяв местами свои руки.

Сравнивая голосовое дрожание в симметричных участках грудной клетки, необходимо иметь в виду, что в верхних отделах в норме оно ощущается несколько с большей силой, чем в нижних (за счет более близкого расположения верхних долей легких к голосовой щели), причем над верхушкой легкого справа – сильнее, чем над верхушкой левого легкого (из-за более короткого правого верхнедолевого бронха). Эти различия можно считать очень незначительными, обычно не влияющими на общую оценку голосового дрожания. При тихом и высоком голосе (у женщин, детей, ослабленных больных) определить голосовое дрожание иногда совсем не удаётся. В таких случаях лучше пользоваться оценкой бронхофонии (см. ниже).

Описание результатов осмотра и пальпации грудной клетки в истории болезни может быть следующим:

Осмотр и пальпация грудной клетки

Грудная клетка конической формы, без деформаций. Правая и левая половины грудной клетки симметричны. Над- и подключичные ямки обозна-

чены слабо, одинаково выражены справа и слева. Ключицы и лопатки располагаются на одном уровне, лопатки плотно прилегают к грудной клетке. Правая и левая половины грудной клетки при дыхании движутся синхронно. Вспомогательные дыхательные мышцы в акте дыхания не участвуют. Тип дыхания — преимущественно брюшной. Частота дыхания — 16 в минуту. Ритм дыхания правильный.

Окружность грудной клетки на уровне углов лопаток сзади и IV ребер спереди: при спокойном дыхании — 95 см, при максимальном вдохе — 98 см, при максимальном выдохе — 93 см. Максимальная дыхательная экскурсия грудной клетки — 6 см.

При пальпации грудной клетки болезненности не отмечается. Эластичность грудной клетки хорошая. Голосовое дрожание не изменено, ощущается в симметричных участках грудной клетки с одинаковой силой.

3.3.2. Перкуссия легких

Прежде чем обсуждать особенности проведения сравнительной и топографической перкуссии легких, целесообразно остановиться на некоторых вопросах, касающихся самого метода перкуссии. Перкуссия, как известно, представляет собой выстукивание различных участков тела, предусматривающее — наряду с прочими задачами — определение по характеру возникающих при этом звуков различных свойств органов, расположенных под перкутируемыми участками.

Трудности, встречающиеся нередко у студентов при овладении этим методом непосредственного исследования больного, связаны не только с техническими погрешностями при выполнении тех или иных приемов, но и с необходимостью правильной интерпретации возникающих звуковых явлений.

Характер получаемых при перкуссии звуков может зависеть от самых различных условий (например, объема перкутируемого органа, его эластичности, силы перкуторного удара). Важно, однако, иметь в виду, что главным фактором, определяющим особенности перкуторного звука, является все же *соотношение воздуха и плотных элементов* в перкутируемом органе. При этом такие свойства звука, как *сила (громкость) и продолжительность* будут обратно пропорциональными плотности органа, а такой важный признак, как *высота*, напротив, — прямо пропорциональным ей.

Другими словами, звук, получающийся, например, при перкуссии в участках прилегания к поверхности грудной клетки или брюшной полости безвоздушных органов (сердца, печени, селезенки), будет *тихим, коротким, высоким*. Такой звук можно получить при выстукивании мышц бедра, в связи с чем он получил также название *бедренного* или *мышечного*. Поскольку при восприятии этот звук не отличается достаточной ясностью, он еще называется тупым.

Напротив, при перкуссии тех участков грудной клетки, к которым прилегают органы, заполненные воздухом и практически не содержащие плотных элементов (газовый пузырь желудка), перкуторный звук будет *громким, продолжительным, низким, ясным*, напоми-

нающим удар по барабану (*тимпаническим*). В четких различиях между названными звуками легко убедиться, если сравнить звук, получающийся при перкуссии в месте пересечения левой среднечлвчичной линии с реберной дугой (тимпанический звук пространства Траубе) с перкуторным звуком в точке пересечения правой среднечлвчичной линии с правой реберной дугой (тупой звук над печенью).

Тупой и тимпанический звуки являются как бы противоположными крайними точками шкалы, между которыми будут находиться все остальные перкуторные звуки. Так, легочная ткань (с учетом упомянутого выше соотношения) в норме содержит значительно больше воздуха, чем плотных элементов, поэтому перкуторный звук на данной шкале окажется ближе к тимпаническому звуку, нежели к тупому. Такой звук, воспринимаемый как достаточно громкий, низкий и продолжительный, получил название *ясного легочного*. Нетрудно убедиться, что этот звук можно легко отличить от тупого и значительно сложнее — от тимпанического. При эмфиземе легких возрастает воздухонаполнение альвеол, в связи с чем перкуторный звук над легкими становится на шкале звуков ближе к тимпаническому и будет более громким, низким и продолжительным, чем ясный легочный звук (*коробочным*). Напротив, при уплотнении легочной ткани и уменьшении содержания воздуха в альвеолах перкуторный звук смещается по этой шкале в сторону тупого звука и становится соответственно более тихим, высоким и коротким, чем ясный легочный (т.е. *притупленным, укороченным*).

Изменения перкуторного звука, в частности, переход одного перкуторного звука в другой (например, при топографической перкуссии) воспринимаются студентами на первых порах нередко с большим трудом. Иногда приходится наблюдать, как студенты делают отметку о найденной границе не в месте действительного перехода одного перкуторного звука в другой, а скорее наугад, на основании предположения, что искомая граница должна быть именно здесь. С психологической точки зрения это легко понять. Присутствующий при перкуссии «наблюдатель» воспринимает изменения перкуторного звука значительно лучше, чем человек, проводящий перкуссию, внимание которого концентрируется не только на оценке перкуторного звука, но и на самом проведении перкуссии. В такой ситуации можно только посоветовать студентам никогда не торопиться. Важно, чтобы отметка о найденной границе делалась только тогда, когда студент четко устанавливает для себя переход одного звука в другой, пусть даже на первых этапах эта граница и будет определена с той или иной долей погрешности.

Понятно, что при овладении методом перкуссии некоторое преимущество будут иметь студенты, обладающие тонким слухом, например, обучавшиеся музыке. Однако и не имея музыкальных способностей, с помощью систематической тренировки можно научиться достаточно хорошо воспринимать те или иные оттенки перкуторных звуков. Известно, что выдающийся отечественный тера-

певт С.П.Боткин, тренируя восприятие перкуторных звуков, становился в центр комнаты, завязывал себе глаза, а затем, повернувшись несколько раз на одном месте (чтобы потерять ориентировку в расположении окон и дверей), определял на слух, по какой из четырех стен наносились перкуторные удары.

Столкнувшись с существованием различных методов и вариантов посредственной и непосредственной перкуссии, студенты нередко задают вопрос о том, какой из многочисленных способов перкуссии следует предпочесть?

Здесь можно ответить, что самым лучшим способом перкуссии является тот, которым врач владеет наиболее хорошо. В.Х.Василенко, например, пользовался при перкуссии методом Образцова и владел им просто виртуозно. Все же нужно сказать, что при всей кажущейся простоте способы непосредственной перкуссии (по Ауэнбруггеру, Образцову, Симоновичу, Яновскому и др.) являются трудными прежде всего в плане восприятия перкуторных звуков. Дело в том, что при непосредственной перкуссии часть энергии перкуторного удара затрачивается на вдавливание перкутирующего пальца в кожные покровы, в результате чего приходится длительное время тренироваться, чтобы перкуторный звук получился громким и достаточно ясным. Это, кстати говоря, достаточно быстро понял и основоположник метода перкуссии Л.Ауэнбруггер, который для достижения большей отрывистости удара перкутировал через рубашку или использовал перчатку. Учитывая сказанное, мы советуем студентам (при наличии у них желания и интереса) переходить к отработке способов непосредственной перкуссии только после того, как они овладеют в совершенстве методом посредственной перкуссии.

С помощью *посредственной перкуссии* удастся получить более громкий и отчетливый звук. При этом способы посредственной перкуссии, предусматривающие применение молоточка и различных плессиметров (металлических, стеклянных, грифельных, из слоновой кости, с сантиметровыми делениями и без них и т.д.), представляют в настоящее время лишь исторический интерес. Подавляющее большинство врачей пользуются сейчас способом посредственной перкуссии *пальцем по пальцу*, предложенным Г.И.Сокольским и усовершенствованным Г.Герхардтом, при котором роль молоточка выполняет концевая фаланга среднего пальца правой руки, а плессиметром служит средний палец левой руки (удар наносится по его средней фаланге), прикладываемый достаточно плотно ладонной поверхностью к соответствующему участку.

Дозируя силу удара, с помощью метода перкуссии пальцем по пальцу можно проводить все виды перкуссии: громкую, тихую и тишайшую (пороговую). При этом отпадает необходимость пользоваться специальными методами тишайшей перкуссии (по Гольдшейдеру, Плешу). При использовании метода перкуссии пальцем по пальцу необходимо, однако, помнить о соблюдении ряда правил ее

выполнения и стараться, по возможности, избегать ошибок, нередко встречающихся при ее проведении.

Прикладывая палец-плессиметр к коже, необходимо, чтобы остальные пальцы левой руки были несколько раздвинуты. При этом нужно следить, чтобы они так же были *плотно прижаты* к поверхности кожи, как и палец-плессиметр (студенты почему-то имеют обыкновение «оттопыривать» их). Основные неточности при проведении перкуссии (и как следствие этого — плохое качество перкуторного звука) бывают связаны, как правило, с выполнением перкутирующего удара средним пальцем правой руки.

Нужно иметь в виду (это предостережение относится в большей степени к мужчинам), что громкость и ясность перкуторного звука определяется вовсе не силой удара (слишком сильная перкуссия вообще никогда не применяется), а его *отрывистостью*. Чтобы удар получился коротким и отрывистым, он должен наноситься лишь за счет движения кисти в лучезапястном суставе. Движение правой руки в локтевом, а тем более в плечевом суставе неминуемо ведет к потере отрывистости удара и, как следствие этого, к недостаточно отчетливому звуку. При нанесении удара правая рука должна быть согнута в локтевом суставе под прямым углом и несколько приведена в плечевом суставе к боковой поверхности грудной клетки.

Для получения отрывистого звука очень важно, кроме того, чтобы концевая фаланга среднего пальца правой кисти располагалась в момент нанесения удара *строго перпендикулярно* по отношению к пальцу-плессиметру. Этого можно добиться лишь тогда (напоминание относится уже к девушкам), когда ноготь перкутирующего пальца коротко острижен. В противном случае, шадя свой собственный палец-плессиметр, девушки наносят удар подушечкой ладонной поверхности перкутирующего пальца, причем под острым углом по отношению к пальцу-плессиметру. В результате звук при перкуссии становится тихим и глухим, что делает невозможной его оценку.

Часто приходится наблюдать, как студенты, проводя перкуссию, наносят по одному и тому же месту 4–5 и более ударов подряд. Здесь нужно иметь в виду, что наши органы слуха лучше всего воспринимают изменения перкуторного звука тогда, когда удар по одному и тому же месту наносится лишь *2 раза подряд* (помимо всего прочего, это еще экономит и время). Сила отдельных ударов зависит от целей, которые преследует перкуссия (сравнительная, топографическая), но при выполнении каждой конкретной задачи должна быть обязательно одинаковой.

Перкуссия легких проводится обычно в положении больного стоя или (реже) сидя. В первом случае руки больного свободно опущены вдоль туловища, во втором — пациент кладет их на колени. Мышцы верхнего плечевого пояса должны быть расслаблены, так как их напряжение может изменить характер перкуторного звука. При перкуссии слабых больных их присаживают и поддерживают в постели; естественно, что в таких ситуациях при проведении пер-

куссии требуется дополнительная помощь. Тяжелобольных приходится нередко перкутировать в положении лежа, последовательно поворачивая их то на один, то на другой бок.

Перкуссия легких начинается со **сравнительной перкуссии**, при проведении которой, как это видно из названия, сравнивают характер перкуторного звука над различными участками легких. Применяют обычно перкуссию средней силы.

Вначале, заняв положение спереди от больного, проводят перкуссию по передней поверхности грудной клетки. Положив палец-пlessиметр в надключичную область параллельно ключице, сравнивают перкуторный звук над правой и левой верхушками легких. Затем, убрав палец-пlessиметр, наносят удары непосредственно по ключицам, которые в этом случае сами выполняют роль пlessиметра. При сравнительной перкуссии ниже ключиц палец-пlessиметр кладут параллельно ребрам в межреберные промежутки и перкутируют справа и слева в строго симметричных участках в первом, втором и третьем межреберьях (в третьем межреберье слева по окологрудинной линии характер перкуторного звука уже может измениться за счет верхнего контура относительной тупости сердца). Поэтому, начиная с четвертого межреберья, перкуссию спереди продолжают только справа, заканчивая ее в пятом межреберье. При этом следует иметь в виду возможность некоторого укорочения перкуторного звука над областью правой молочной железы.

При перкуссии в подмышечных областях больной поднимает и закладывает руки за голову. Палец-пlessиметр кладется в подмышечных областях по средней подмышечной линии параллельно ребрам, при этом сравнительная перкуссия проводится в четвертом, пятом и шестом межреберьях. Иногда приходится наблюдать картину, когда студенты, встав справа от больного и проведя перкуссию в правой подмышечной области, затем переходят в прямом смысле этого слова (т.е. делают несколько шагов) к левой подмышечной области, продолжая там перкуссию. Для исключения такого «хождения» необходимо встать таким образом (спереди от больного), чтобы в процессе перкуссии можно было переносить только руки, самому при этом оставаясь на месте.

При проведении перкуссии легких сзади больной поворачивается спиной. Вначале сравнивают перкуторный звук в подлопаточных областях, располагая палец-пlessиметр горизонтально в надостных ямках. При перкуссии в межлопаточной области больной предварительно скрещивает на грудной клетке руки и кладет ладони себе на плечи. Палец-пlessиметр располагается вертикально в верхней, средней и нижней частях межлопаточной области. Ниже углов лопаток палец-пlessиметр вновь располагают горизонтально и проводят перкуссию в восьмом и девятом межреберьях.

При сравнительной перкуссии прежде всего оценивают возможные изменения перкуторного звука над всей поверхностью легких (например, коробочный звук при эмфиземе легких). Здесь прово-

дится как бы сравнение с эталонным ясным легочным звуком, особенности «звучания» которого нужно просто запомнить. В тех случаях, когда при сравнительной перкуссии выявляются изменения в каких-либо ограниченных участках грудной клетки, их желательно подтверждать с помощью так называемой перекрестной перкуссии. Другими словами, если при сравнительной перкуссии тех или иных симметричных участков грудной клетки, проводимой вначале справа, а затем слева, мы обнаружили справа какие-то изменения перкуторного звука, то необходимо повторно проперкутировать те же участки, но уже в обратном порядке (сначала слева, а затем справа). Если изменения перкуторного звука действительно имеют место, то при повторном выстукивании они станут более отчетливыми.

С помощью **топографической перкуссии** определяют высоту стояния (верхние границы) верхушек легких, ширину полей Кренига, нижние границы легких и подвижность нижних краев легких.

Для определения высоты стояния верхушек (спереди и сзади) и ширины полей Кренига применяют тихую перкуссию, поскольку при громкой перкуссии верхушек легких, имеющих небольшой объем, перкуторный удар будет распространяться на нижерасположенные участки легких, в результате чего зона ясного легочного звука окажется более значительной, чем на самом деле.

При определении *высоты стояния верхушек* легких спереди палец-плессиметр кладут в надключичную область параллельно ключице. Перкуссию ведут от середины ключицы, передвигая постепенно палец, вверх и кнутри (по лестничным мышцам шеи) до перехода ясного легочного звука в тупой. Отметку о найденной границе делают специальным дермографом (а не шариковой ручкой) по краю пальца-плессиметра, обращенному в сторону ясного звука (т.е. по нижнему). В норме верхушки легких располагаются спереди на 3–4 см выше уровня ключицы, причем верхушка левого легкого выпуклает над ключицей несколько больше, чем верхушка правого легкого.

При определении высоты стояния верхушек легких сзади (по отношению к уровню остистого отростка VII шейного позвонка) палец-плессиметр кладут горизонтально в надостную ямку и ведут перкуссию от середины лопатки. Здесь студенты нередко делают ошибку в определении направления перкуссии, выбирая себе в качестве ориентира остистый отросток VII шейного позвонка. Между тем, перкуссию необходимо вести не к остистому отростку VII шейного позвонка, а по направлению к точке, расположенной на 3–4 см латеральнее остистого отростка. Отметка о найденной границе делается в месте перехода ясного легочного звука в тупой, также по краю пальца, обращенному в сторону ясного звука. В норме верхушки легких должны располагаться примерно на уровне остистого отростка VII шейного позвонка (справа чуть ниже, чем слева).

Поля Кренига представляют собой своеобразные зоны («полоски») ясного легочного звука, расположенные между ключицей и остью

лопатки, разделенные на переднюю и заднюю части верхним краем трапециевидной мышцы. При их определении становятся слышимы звуки перкуссии, палец-плексиметр кладут перпендикулярно на середину верхнего края трапециевидной мышцы и ведут по нему перкуссию в медиальную (по направлению к шее) и латеральную (по направлению к головке плечевой кости) стороны, отмечая по краю пальца, обращенному в сторону ясного звука, место перехода ясного легочного звука в тупой. В норме ширина полей Кренига составляет в среднем 5–6 см.

Определение *нижних границ легких* (вначале правого, а затем левого) проводят следующим образом. Нижнюю границу правого легкого спереди определяют по окологрудинной и среднеключичной линиям, начиная со второго межреберья. 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, начиная от угла лопатки, завершить 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.

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 окологрудинной 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 переставление 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 окологрудинной линии), поскольку для этого палец-плессиметр 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 окологрудинной линии), нужно перкутировать, спускаясь каждый раз вниз *на ширину пальца-плессиметра*. 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). 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. 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, мы 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 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 (почему 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 лей-

козе), 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 |
| 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.

Отмечая в таблице подвижность нижних краев легких, допустимо указывать их в сокращенном виде, например, $\pm 2 = 4$ см, подразумевая, что значение $+2$ см соответствует подвижности нижнего края легких в фазу вдоха, значение -2 см — подвижности нижнего края легких в фазу выдоха, а значение 4 см — суммарной подвижности нижнего края легких.

3.3.3. Аускультация легких

Прежде чем обсуждать вопросы, связанные с аускультацией легких, рассмотрим вначале особенности применения метода аускультации вообще.

Как известно, различают *непосредственную (прямую)* аускультацию, при которой к поверхности тела больного прикладывают (через салфетку, платок, полотенце и т.д.) непосредственно ухо врача, и *опосредованную (непрямую)*, проводимую с помощью стетоскопа или фонендоскопа.

Полемика между сторонниками и противниками опосредованной аускультации, которая прежде была достаточно оживленной, сейчас уже почти не ведется. В настоящее время практически все врачи в обычных условиях применяют опосредованную аускультацию. При непосредственной аускультации сразу выслушивается обширная область, так что сложно бывает локализовать обнаруживаемые изменения; этот метод не очень удобен с точки зрения гигиены (например, у больных с инфекционными заболеваниями) и не применим для исследования некоторых участков тела (надключичных областей, подмышечных впадин и т.д.). Однако следует иметь в виду, что могут возникнуть ситуации, когда врачу необходимо будет воспользоваться методом аускультации в отсутствие фонендоскопа. В таких случаях с успехом можно применить и непосредственную аускультацию. Этот метод, кроме того, позволяет лучше выявить некоторые изменения тонов сердца (например, ритм галлопа).

Что же касается метода опосредованной аускультации, то и здесь достаточно длительное время продолжались споры о том, что лучше использовать при аускультации: стетоскоп или фонендоскоп? Известно, что при аускультации фонендоскоп усиливает звуки в значительно большей степени, чем стетоскоп, заметно искажая их в то же время за счет возникновения явлений резонанса. По этой причине видный советский клиницист и педагог М.В.Черноруцкий категорически запрещал, например, студентам (особенно на первых порах их самостоятельной работы) пользоваться фонендоскопами, отдавая предпочтение стетоскопам.

В настоящее время этот вопрос уже не является принципиальным. К искажению звуков, встречающемуся при применении фонендоскопа, можно сравнительно быстро привыкнуть, и его в даль-

нейшем обычно уже просто не замечаешь. Поэтому подавляющее большинство практических врачей в своей повседневной деятельности пользуются фонендоскопами, не испытывая при этом каких-либо неудобств. Всем хорошо знакомые (в том числе по художественным произведениям и кинофильмам) деревянные стетоскопы привлекают к себе внимание сейчас не столько практических врачей, сколько специалистов в области истории медицины, хотя нужно отметить, что деревянный стетоскоп все же традиционно используется в акушерстве для выслушивания сердцебиения плода.

Студенты часто спрашивают, какой фонендоскоп является по своим техническим параметрам самым лучшим и насколько фонендоскоп, произведенный в Японии, который они видели у такого-то врача, лучше их собственного, отечественного, купленного в магазине. Здесь нужно сказать, что такие параметры фонендоскопа, как величина раструба, качество и толщина трубок, имеют сравнительно скромное значение для аускультации, хотя, конечно, фонендоскоп с очень короткими трубками так же неудобен для практического пользования, как и фонендоскоп со слишком длинными трубками. Следует иметь в виду, что лучшим фонендоскопом является, как известно, тот, к которому врач привык. Кроме того, каждый врач слышит при аускультации лишь то, что он знает. Поэтому правильная оценка выслушиваемой картины возможна только при наличии хороших теоретических знаний и постоянной тренировке (систематическом выслушивании).

При аускультации мембрану фонендоскопа нужно прикладывать к поверхности тела больного достаточно плотно, так чтобы она прилегала к ней всей своей окружностью, но без большого нажима. Опасность помех, которые возникают при аускультации за счет прилегания к мембране фонендоскопа волосяного покрова тела, в значительной мере преувеличивается. Необходимость в смачивании волос (а тем более в их сбривании) возникает крайне редко.

Вообще нужно сказать, что даже при сравнительно небольшом опыте врач начинает хорошо различать звуки, связанные с какими-то побочными обстоятельствами (движением больного, трением одежды, перемещением мембраны фонендоскопа и т.д.), и просто не обращает на них большого внимания. Так, нельзя сказать, что плач грудного ребенка (а маленькие дети часто плачут, когда их осматривают «люди в белых халатах») так уж сильно мешает аускультации легких: во время плача ребенок периодически все равно делает глубокий и продолжительный вдох, во время которого удается хорошо оценить и характер дыхания, и наличие дополнительных дыхательных шумов (в частности, хрипов).

При аускультации необходимо помнить не только о температуре помещения, где проводится выслушивание больного. Важно, особенно в тех случаях, когда врач приходит с улицы, чтобы теплым был и раструб фонендоскопа. Прикладывание холодной мембраны фонендоскопа к телу больного вызывает у него неприятные ощущения.

Раструб фонендоскопа можно сравнительно быстро согреть, подержав его в собственных руках или несколько раз «подышав» на него.

При аускультации нужно следить и за положением олив трубок фонендоскопа, которые необходимо хорошо «подогнать» к наружному слуховому проходу. В противном случае при аускультации трубки фонендоскопа будут или все время выпадать, или же, наоборот, они будут слишком сильно давить на стенки наружного слухового прохода, причиняя неприятные ощущения.

Аускультацию легких лучше всего проводить в положении больного сидя или стоя. При этом следует помнить, что когда больной находится в вертикальном положении, то при форсированном дыхании в результате гипервентиляции и снижения содержания двуокси углерода в крови (гипокапнии) у него может возникнуть головокружение. Поэтому при необходимости глубокого дыхания больного все-таки периодически просят делать небольшие перерывы, во время которых он дышит спокойно.

Аускультация легких проводится в определенной последовательности. Вначале, ставя воронку фонендоскопа в строго симметричные участки грудной клетки, выслушивают легкие спереди, начиная с верхушек и переставляя затем фонендоскоп вниз (в подключичные области) и несколько латерально. После этого проводят сравнительную аускультацию в подмышечных областях, причем больной в данный момент поднимает руки и закладывает их за голову. Далее, попросив больного повернуться, выслушивают легкие сзади (последовательно надлопаточные, межлопаточную и подлопаточные области). Выслушивание легких сзади будет более удобным в том случае, если больной сложит руки на груди, поскольку при этом раздвигаются лопатки и увеличивается зона выслушивания.

При аускультации легких вначале анализируют **основные дыхательные шумы** и их возможные изменения, после чего отмечают наличие или отсутствие **дополнительных (побочных) дыхательных шумов** (хрипов, крепитации, шума трения плевры).

Правильной оценке основных дыхательных шумов (больного при этом просят дышать через нос) помогают анализ характера дыхания, его громкости, продолжительности фаз вдоха и выдоха.

Везикулярное дыхание представляет собой мягкий шум, напоминающий по характеру шум продувания воздуха через губно-зубную щель при артикуляции для произношения звука «ф». Очень важно, что неизменное везикулярное дыхание хорошо выслушивается на протяжении всего вдоха. В фазе выдоха оно выслушивается отчетливо лишь в первую треть, а затем быстро ослабевает и исчезает. Лучше всего везикулярное дыхание выслушивается там, где проецируется достаточно большая масса легочной ткани (в подключичных, подлопаточных и нижнебоковых областях грудной клетки). Над верхушками в норме выслушивается более слабое везикулярное дыхание, причем над правой верхушкой выдох может быть более громким и продолжительным, чем над левой, что связано с хорошим проведе-

нием по более короткому и широкому правому главному бронху ларинготрахеального (бронхиального) дыхания. В свою очередь, при выслушивании в нижнебоковых областях грудной клетки слева дыхание может выслушиваться более ясно, чем справа, за счет влияния газового пузыря желудка.

Ослабленное везикулярное дыхание может быть физиологическим и патологическим. Физиологическое ослабление везикулярного дыхания (например, при избыточном развитии подкожного жирового слоя характеризуется тем, что соотношение фаз вдоха и выдоха, выслушиваемых через фонендоскоп, остается таким же, как и при неизменном везикулярном дыхании, а уменьшается (причем равномерно над всей поверхностью легких) лишь громкость дыхательного шума. При патологическом ослаблении везикулярного дыхания дыхательный шум становится не только более тихим, чем в норме, но и более коротким: он уже не занимает всей фазы вдоха и может иногда почти совсем не выслушиваться в фазу выдоха. Патологическое ослабление везикулярного дыхания может быть также выражено равномерно над всей поверхностью легких (при эмфиземе); в других случаях оно бывает ограниченным, выслушиваясь над каким-то определенным участком (например, при ателектазе легкого).

Часто встречающееся при остром или хроническом бронхите *жесткое дыхание* является вариантом измененного везикулярного дыхания и отличается от обычного везикулярного дыхания тем, что оно становится более громким, приобретает более грубый оттенок (за счет изменения тембра) и характеризуется почти одинаковой слышимостью как в фазе вдоха, так и в фазе выдоха.

Бронхиальное (ларинготрахеальное) дыхание приобретает диагностическое значение в том случае, когда оно определяется в тех областях, где в норме выслушивается везикулярное дыхание (в частности, в подмышечных, подлопаточных, подключичных и др.). Бронхиальное дыхание является дыхательным шумом высокого тембра, причем выдох при бронхиальном дыхании становится более грубым и продолжительным, чем вдох. По своему характеру бронхиальное дыхание напоминает звук, который образуется при прохождении воздуха через языконёбную щель при артикуляции для произношения звука «х». Особенности тембра, характера и продолжительности бронхиального дыхания воспринимаются очень отчетливо, если приложить фонендоскоп к местам проекции гортани и трахеи, т.е. к тем областям, где в норме выслушивается физиологическое бронхиальное дыхание.

Отметив изменения везикулярного дыхания и их локализацию, переходят к оценке побочных дыхательных шумов. Для того, чтобы более точно определить наличие или отсутствие побочных дыхательных шумов, больных лучше всего попросить глубоко дышать через рот. Дело в том, что при этом возрастает скорость движения воздуха через бронхи, а соответственно увеличивается возможность появления хрипов при наличии для этого необходимых условий.

При выявлении побочных дыхательных шумов точно описывают их локализацию.

При обнаружении *хрипов* прежде всего указывают их разновидность. При выслушивании *сухих хрипов* определяют их тембр и высоту (высокие, дискантовые, свистящие или низкие, басовые, жужжащие). При выявлении *влажных хрипов* оценивают их калибр (крупнопузырчатые, среднепузырчатые, мелкопузырчатые) и звучность (звучные, консонирующие или незвучные, неконсонсирующие).

Сухие хрипы при аускультации распознаются обычно без больших затруднений. Этим хрипам присущ ярко выраженный музыкальный тембр («свист», «писк», «гудение»); они, как правило, бывают протяжными, иногда слышны на расстоянии.

Влажные мелкопузырчатые хрипы напоминают при их выслушивании звук множества лопающихся пузырьков в стакане с только что налитой в него газированной водой. При этом звучные хрипы отличаются большей звонкостью и как бы приближены к уху, тогда как незвучные хрипы воспринимаются, наоборот, в некотором отдалении от него. Среднепузырчатые хрипы похожи при аускультации на звук лопающихся пузырьков воздуха, которые появляются, если продувать в стакан жидкости воздух через очень тонкую соломинку. Влажные крупнопузырчатые хрипы напоминают звук, который получается в том случае, если дуть в воду через трубку камыша. Хрипы могут выслушиваться над всей поверхностью легких (например, при приступе бронхиальной астмы) или же над ограниченным участком (при пневмонии).

Крепитация напоминает множественное «потрескивание» (иногда ее образно сравнивают с «потрескиванием соли в огне»), которое появляется как бы «вспышкой» в конце глубокого вдоха. Звук, сходный с крепитацией, получается также, если потереть над собственным ухом пучок волос. Крепитация, чаще всего свидетельствующая о наличии пневмонии, выслушивается обычно на ограниченном участке грудной клетки. У пожилых людей, находящихся на постельном режиме, при аускультации во время первых дыхательных движений иногда выслушивается так называемая ателектатическая крепитация, связанная со спадением стенок альвеол и их последующим расправлением и исчезающая после нескольких глубоких вдохов.

Шум трения плевры, выслушиваемый при аускультации легких, может быть нежным или грубым. В первом случае он может напоминать легкий шелест шелка или бумаги, а во втором — хруст снега или скрип кожи. Шум трения плевры воспринимается обычно очень близко к уху, а иногда может даже ощущаться пальпаторно. Шум трения плевры чаще всего выслушивается в нижнебоковых отделах грудной клетки по средней подмышечной линии, там, где подвижность плевральных листков является наибольшей.

Нередко возникает необходимость дифференцировать друг от друга мелкопузырчатые влажные хрипы, крепитацию и шум трения плевры. Здесь нужно иметь в виду, что хрипы выслушиваются в обе

фазы дыхания, хотя чаще все же появляются в фазу вдоха. Если попросить больного покашлять, то в результате перемещения мокроты изменится и локализация хрипов: они могут исчезнуть в одних местах и, наоборот, появиться в тех участках, где их прежде не было.

Крепитация выслушивается только на высоте вдоха (иногда очень глубокого) и не изменяется после кашля. Шум трения плевры выслушивается как в фазу вдоха, так и в фазу выдоха, усиливается при глубоком дыхании и наклоне туловища в здоровую сторону, а также при надавливании фонендоскопом, не изменяется после кашля. Кроме того, в месте выслушивания шума трения плевры больные нередко ощущают боли, усиливающиеся при глубоком вдохе. Наконец, если попросить больного несколько раз втянуть и «распустить» живот (при задержке дыхания), то шум трения плевры сохранится (вследствие движения диафрагмы), а крепитация и хрипы выслушиваться не будут.

При аускультации легких оценивают также **бронхофонию** – проведение голоса на поверхность грудной клетки. Этот метод исследования является эквивалентом пальпаторного определения голосового дрожания. При определении бронхофонии больного просят обычно сказать шепотом слова, содержащие шипящие и свистящие звуки (например, «чашка чая», «шестьдесят шесть»). В норме при аускультации шепотная речь больного слышится очень слабо в виде неразборчивых звуков. При уплотнении легочной ткани проведение голоса улучшается, и голосовой шум воспринимается более отчетливо (усиление бронхофонии). Резкое усиление бронхофонии, когда удается разобрать отдельные слоги, носит название *пекторилоквии*.

Запись в истории болезни результатов аускультации легких может быть следующей:

Аускультация легких

При аускультации над легкими определяется везикулярное дыхание. Побочные дыхательные шумы (хрипы, крепитация, шум трения плевры) не выслушиваются. Бронхофония не изменена.

Глава 4. ИССЛЕДОВАНИЕ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ

4.1. РАССПРОС БОЛЬНОГО

Больные с заболеваниями сердечно-сосудистой системы могут предъявлять самые различные жалобы: на боли в области сердца, учащенное сердцебиение, перебои в работе сердца, одышку, приступы удушья, кашель, кровохарканье, отеки, лихорадку, головные боли, головокружение и т.д. Детальный анализ некоторых из этих жалоб (одышка, удушье, кашель, кровохарканье) был дан в предыдущей главе, что избавляет от необходимости повторения целого ряда положений. Следует лишь иметь в виду, что если у больных с заболеваниями органов дыхания приступы удушья часто связаны с явлениями бронхоспазма, то у больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы они, как правило, обуславливаются наличием левожелудочковой недостаточности.

Приступы удушья (астмы) у таких больных возникают часто после физической нагрузки, а иногда и внезапно, ночью (больной просыпается с чувством сдавления грудной клетки и ощущением нехватки воздуха) и при неблагоприятном течении перерастают в картину *отека легких*, когда к тяжелому удушью присоединяются кашель, выделение пенистой розовой мокроты.

Нам представляется целесообразным сконцентрировать внимание лишь на некоторых жалобах, часто встречающихся у больных с заболеваниями органов кровообращения и вызывающих иногда трудности в плане их правильной интерпретации.

К ним относятся, например, жалобы на **сердцебиение и ощущение перебоев в работе сердца**. При наличии у пациента таких жалоб необходимо выяснить, являются ли сердцебиение и ощущение перебоев в работе сердца постоянными или же они возникают приступообразно. Важно также уточнить, при каких обстоятельствах они появляются (физическое или эмоциональное напряжение, определенное положение тела, чрезмерное курение и т.д.), как субъективно воспринимаются больными (ощущение усиленных или учащенных сердечных сокращений, «замирания», появления преждевременных сокращений и др.), как долго продолжаются и после каких лекарственных препаратов уменьшаются или исчезают.

Нужно иметь в виду, что субъективное ощущение больным сердцебиения и перебоев в работе сердца не всегда соответствует объективной картине. Так, некоторые больные, страдающие неврозами,

особенно с элементами кардиофобии, могут при расспросе уверять врача, что сердце у них «выскакивает», «трепещет», «работает с частыми остановками», тогда как при объективном исследовании в этот момент у таких пациентов нередко определяется правильный ритм с нормальной частотой сердечных сокращений. С другой стороны, можно иногда наблюдать и противоположную картину. Порой больные, чаще пожилого возраста, страдающие атеросклеротическим кардиосклерозом с нарушением ритма вплоть до желудочковой бигеминии, в ответ на вопрос, не ощущают ли они перебоев в работе сердца, отвечают, что никаких нарушений сердечного ритма они не чувствуют.

Исключительно важную роль в диагностике заболеваний сердечно-сосудистой системы играет правильная трактовка такого частого симптома, как **боли в области сердца**. Их адекватная оценка бывает подчас достаточно трудной, поэтому при расспросе больного, предъявляющего жалобы на боли в области сердца (а такие боли, локализующиеся в месте проекции сердца на переднюю грудную стенку, носят название *кардиалгии*¹), необходимо всегда стремиться провести их максимально детальный анализ. Дело в том, что в одних случаях эти боли могут быть обусловлены ишемией миокарда и носить, таким образом, характер приступов *стенокардии* (проявления прогностически весьма серьезного заболевания — ишемической болезни сердца), а в других случаях они могут служить симптомом иных заболеваний сердца (например, миокардита, перикардита, дисгормональных кардиопатий и др.), признаком поражения позвоночника, болезней органов пищеварения и т.д.

Прежде всего выясняют точную *локализацию болей*. Так, при приступах стенокардии боли локализуются обычно в загрудинной области, тогда как, например, при нейроциркуляторной дистонии и кардионеврозах пациенты отмечают, как правило, боли в области вершины сердца, а при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы — в области мечевидного отростка грудины. При этом можно попросить больного показать тот участок грудной клетки, где он ощущает боли, и проследить за тем, как больной это делает. При стенокардии больной обычно кладет всю ладонь (реже — сжатый кулак) на область сердца, при кардионеврозах указывает локализацию болей одним пальцем.

Обязательно уточняют *иррадиацию болей*. В типичных случаях боли при стенокардии иррадиируют в левое плечо, лопатку, межлопаточное пространство, левое предплечье и кисть. При ахалазии кардии боли часто распространяются по ходу пищевода, а при остеохондрозе грудного отдела позвоночника приобретают нередко опоясывающий характер.

¹Некоторые авторы термином «кардиалгия» обозначают боли в области сердца, не связанные с нарушением коронарного кровообращения, т. е. отличные по своему происхождению от приступов стенокардии

Определенное диагностическое значение имеет и *анализ* характера болевых ощущений. При приступах стенокардии боли чаще всего носят давящий или сжимающий характер, при перикардитах — режущий или стреляющий; при кардионеврозах они бывают ноющими или колющими, а при рефлюкс-эзофагите носят характер жжения (пептические боли).

Важную роль в оценке болей в области сердца играет выяснение *причин, вызывающих их появление*. Так, приступы стенокардии нередко провоцируются физической нагрузкой (стенокардия напряжения). При этом больные, например, могут отмечать, что боли не возникают при ходьбе в обычном темпе и по ровной местности, но появляются в тех случаях, когда приходится преодолевать подъем, нести какие-то тяжести, идти более быстрым шагом. Степень нагрузки, вызывающей появление болей (бег, ходьба на определенное расстояние и т.д.), позволяет установить функциональный класс стенокардии напряжения. Приступы стенокардии появляются также при выходе из теплого помещения на улицу (особенно в холодную, сырую погоду), при ходьбе против порывистого ветра. При прогрессировании ишемической болезни сердца приступы стенокардии могут возникать при незначительной физической нагрузке, а также в покое.

В отличие от стенокардии, боли при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы, эзофагитах, ахалазии кардии четко связаны с приемом пищи и ее качеством; боли при остеохондрозе позвоночника усиливаются при наклонах туловища; боли при экссудативном перикардите становятся интенсивнее при положении больного на спине и на левом боку и уменьшаются в положении сидя и при наклоне туловища вперед.

Важной характеристикой болей в области сердца является их *продолжительность*. Длительность стенокардических болей, в отличие от болей при миокардите, перикардите, остеохондрозе позвоночника, вегетосудистой дистонии, заболеваний органов пищеварения и др., не превышает обычно 3—5 минут. Поэтому если пациент говорит, что боли в области сердца возникают у него часто и продолжаются в течение нескольких часов, то ишемический генез этих болей представляется маловероятным. В тех случаях, когда приступ стенокардии действительно затягивается до 30 минут и более, уже есть все основания думать о возможности развития инфаркта миокарда.

При наличии у пациента болей в области сердца необходимо также уточнить, *прием каких лекарственных препаратов ведет к уменьшению и исчезновению болей*. Так, боли при стенокардии проходят обычно через 1—2 минуты после приема нитроглицерина, причем отсутствие при стенокардии привычного положительного эффекта после повторного приема нитроглицерина может рассматриваться как один из признаков развития инфаркта миокарда. Боли при кардионеврозах проходят через 15—20 минут после приема валокордина, корвалола, седативных препаратов. Боли при остеохондрозе по-

звоночника уменьшаются после анальгетиков, а боли при эзофагите и язвенной болезни — после приема антацидных препаратов.

При стенокардии напряжения боли быстро проходят и после прекращения физической нагрузки, например, при остановке во время ходьбы (эта особенность нашла отражение в так называемом симптоме «витрины», когда больные ишемической болезнью сердца, застигнутые во время ходьбы по тротуару приступом стенокардии, вынуждены останавливаться и, чтобы не привлечь к себе внимание, поворачиваются к первой попавшейся афише, киоску, витрине магазина и т.д., делая вид, что их там что-то очень интересует).

Интенсивность болей в области сердца может быть неодинаковой у различных пациентов даже при одном и том же заболевании, поскольку она в незначительной степени, зависит от индивидуальных особенностей нервной системы человека. Нередко больные с кардионеврозами, особенно страдающие истерией, жалуются на «невыносимые» боли в области сердца, тогда как некоторые больные с острым инфарктом миокарда могут говорить о вполне терпимых болях в загрудинной области. Все же в большинстве случаев боли при стенокардии являются достаточно интенсивными, и больные, как правило, при этом уже не могут продолжать выполнять нагрузку (например, ходьбу) до тех пор, пока боли не исчезнут.

Говоря о тех или иных особенностях стенокардических болей, не следует все же переоценивать их диагностическое значение. Ошибки, связанные с неправильной трактовкой происхождения болей в области сердца, которые порой допускаются, к сожалению, в клинической практике, нередко бывают обусловлены возможностью атипичных проявлений приступов стенокардии.

Следует иметь в виду, что приступы стенокардии вообще не всегда проявляются болями. Их эквивалентом могут быть испытываемые больными ощущение нехватки воздуха или «заложенности» за грудиной, перебоев в работе сердца. Иногда в клинической картине ишемической болезни сердца на передний план выступают не боли в загрудинной области, а боли в местах иррадиации (например, в левом плече). С учетом того, что иррадиация болей при стенокардии может быть очень разнообразной (в глотку, нижнюю челюсть и т.д.), больные ишемической болезнью сердца какое-то время могут безуспешно лечиться у стоматолога, оториноларинголога и т.д.

Серьезной ошибкой следует считать исключение диагноза ишемической болезни сердца лишь на том основании, что у больного выявлены остеохондроз позвоночника или грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, которые вполне могут оказаться сопутствующими. Проводя дифференциальную диагностику («или ишемическая болезнь — или остеохондроз позвоночника», «или стенокардические боли — или пептические боли при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы») никогда нельзя забывать, что ишемическая болезнь сердца вообще нередко сочетается с заболеваниями позвоночника, диафрагмальными грыжами, другими заболеваниями.

Мы были свидетелями наблюдения, когда умеренные боли в левой половине грудной клетки у мужчины средних лет были расценены врачом поликлиники как проявление рецидива язвенной болезни с локализацией язвы в субкардиальном отделе желудка, поскольку за год до этого у больного на самом деле была выявлена эндоскопически подтвержденная язвенная болезнь указанной локализации, которая действительно протекала с отраженными болями в левой половине грудной клетки. Больной был направлен на эндоскопическое исследование, при котором какой-либо существенной патологии в желудке выявлено не было. Больной был послан на ультразвуковое исследование желчного пузыря; однако и при эхографии серьезных изменений в желчном пузыре обнаружить не удалось. Спустя неделю после возникновения болей пациент был направлен на консультацию в клинику (боли к этому времени уже уменьшились, хотя оставалась выраженная общая слабость). При приведенном электрокардиографическом исследовании у больного была обнаружена подострая стадия трансмурального инфаркта миокарда.

Подобных примеров ошибочной трактовки болевого синдрома при стенокардии и инфаркте миокарда может, по-видимому, привести каждый клиницист, имеющий опыт практической работы. В этой связи при наличии у пациента болей в левой половине грудной клетки, особенно возникших впервые, какими бы атипичными они не казались, необходимо, в первую очередь, исключить диагноз ишемической болезни сердца: снять в динамике ЭКГ, провести при наличии соответствующих показаний велоэргометрическую пробу или электрокардиографические пробы с лекарственными препаратами и др. Здесь не нужно опасаться упреков в гипердиагностике, перестраховке и т.д. Чем опытнее становится врач, тем менее безапелляционно судит он о происхождении тех или иных болей в области сердца, особенно острых. Лишь исключив на основании тщательного клинического и инструментального обследования диагноз ишемической болезни сердца, можно однозначно связывать имеющиеся у пациента боли в области сердца с остеохондрозом позвоночника, грыжей пищеводного отверстия диафрагмы, вегетативно-сосудистой дистонией и другими заболеваниями.

Несколько лет назад нам довелось случайно встретиться с бывшей студенткой, обучавшейся у нас на кафедре, которая прежде всего выразила благодарность своему преподавателю за данные им в свое время наставления, касавшиеся подхода к оценке болей в области сердца, и отметила, что она убедилась в их справедливости на своем собственном примере. У ее матери, женщины сорока с небольшим лет, не имевшей никаких факторов риска заболеваний сердца, впервые в жизни появились боли в левой половине грудной клетки. Приехавший по вызову уже немолодой врач «скорой помощи», осмотрев больную, сделал однозначное заключение: «Это у тебя, голубушка, остеохондроз разбушевался» и посоветовал больной отправиться на следующий день с утра пораньше по набережной трусцой «выгонять соли». К счастью, дочь не удовлетворила такая рекомендация, и она настояла на проведении электрокардиографического исследования. На снятой у больной ЭКГ можно было без труда распознать картину острого инфаркта миокарда.

Выяснение при расспросе данных **анамнеза заболевания и анамнеза жизни** проводится в соответствии с теми правилами, о которых уже говорилось выше: отражается состояние пациента до начала заболевания, уточняются возможные факторы, способствовавшие его возникновению и дальнейшему прогрессированию, анализируется течение болезни, выясняются результаты проведенных исследований и эффективность применявшихся методов лечения. При этом следует иметь в виду, что при расспросе пациентов далеко не всегда удастся точно установить момент начала заболевания. Например, порок сердца или повышение артериального давления могут быть выявлены случайно при проведении профилактических медицинских осмотров.

В этих случаях большое значение приобретает тщательное выяснение всех данных анамнеза жизни, в частности, перенесенных заболеваний (например, повторных ангин в детстве). Выявившиеся прежде изменения в анализах мочи (протеинурия, гематурия) могут объяснить причину обнаруженного позднее повышения артериального давления. Отмечают факторы, которые могли predispose к развитию болезней органов кровообращения (работа, связанная со значительным нервно-психическим перенапряжением, курение, злоупотребление алкоголем, избыточное питание, малоподвижный образ жизни), выявляют сопутствующие заболевания, протекающие с частым поражением сердечно-сосудистой системы (сахарный диабет, тиреотоксикоз и др.).

4.2. ОСМОТР СОСУДОВ ШЕИ

Осмотр области сердца и крупных сосудов удобнее всего начинать с осмотра сосудов шеи, т.е., как бы в направлении сверху вниз. Известна, впрочем, и другая последовательность, когда вначале проводят исследование верхушечного толчка, затем (по ходу часовой стрелки) оценивают возможные пульсации в эпигастральной области, после чего поднимаются кверху, исследуя пульсацию аорты, сосудов шеи и заканчивая осмотр определением пульсации легочного ствола.

В норме при осмотре сосудов шеи можно отметить лишь слабую **пульсацию сонных артерий**, которая определяется кнутри от соответствующих грудино-ключично-сосцевидных мышц. Выраженная пульсация сонных артерий, связанная со значительным изменением их кровенаполнения во время систолы и диастолы и сопровождающаяся обычно пульсацией других артерий (например, подмышечных) и ритмичным покачиванием головы (симптом Мюссе), может появляться при недостаточности аортального клапана.

Кроме пульсации сонных артерий, при осмотре сосудов шеи (но уже кнаружи от грудино-ключично-сосцевидных мышц) в ряде случаев удается обнаружить так называемый **венный пульс**. Это название является в известной мере условным, поскольку набухание и последующее спадение вен обуславливается не распространением пульсо-

вой волны (как при пульсации артерий), а изменением (замедлением или, наоборот, ускорением) оттока крови из яремных вен в правое предсердие.

В норме систоле желудочков, а следовательно, и появлению артериального пульса, соответствует ускорение опорожнения вен и спадение стенок яремных вен. Поэтому такой венный пульс получил название *отрицательного*. Обычно он лучше заметен при горизонтальном положении пациента и, в отличие от артериального пульса, не дает при пальпации ощущения пульсирующей волны.

В тех случаях, когда во время систолы желудочков происходит не спадение, а, наоборот, набухание яремных вен (т.е. венный пульс совпадает с артериальным), говорят о *положительном* венном пульсе. Его появление обусловливается повышением давления в полости правого предсердия (например, у больных с недостаточностью трехстворчатого клапана) и затруднением опорожнения яремных вен во время систолы правого желудочка. В случае положительного венного пульса выталкивание крови из вены и ее прижатие пальцем будет все равно сопровождаться набуханием вены за счет ретроградного тока крови из правого предсердия.

Выраженное набухание яремных вен с отеком лица, шеи и плечевого пояса («воротник Стокса») может быть следствием сдавления верхней полой вены (например, опухолью средостения, аневризмой аорты) или ее тромбоза.

4.3. ОСМОТР И ПАЛЬПАЦИЯ ОБЛАСТИ СЕРДЦА И ЭПИГАСТРАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ

При осмотре прежде всего обращают внимание на возможные *изменения грудной клетки* в области сердца. Так, у больных с врожденными пороками или приобретенными пороками сердца, развившимися в детском возрасте, в области сердца (прекардиальной области) можно обнаружить видимое на глаз выпячивание грудной клетки, обусловленное длительным давлением увеличенных отделов сердца на переднюю грудную стенку, которое носит название «сердечного горба» (*gibbus cardiacus*). Выбухание прекардиальной области отмечается иногда и у больных с экссудативным перикардитом. У больных с аневризмой аорты можно наблюдать истончение (узурацию) ребра или рукоятки грудины.

Далее обращают внимание на возможные пульсации в области верхушки сердца. Ритмичные толчкообразные движения верхушки сердца в сочетании с передаточным смещением прилегающих к ней мягких тканей получили название *верхушечного толчка* (иногда его путают с сердечным толчком). В норме он располагается в пятом межреберье кнутри от левой среднеключичной линии и при осмотре отчетливо выявляется преимущественно у худощавых людей (обычно молодого возраста) с широкими межреберными промежутками. Наличие даже умеренной жировой прослойки приводит к тому, что пульсация в области верхушки сердца часто становится незаметной.

В таких случаях верхушечный толчок исследуется только пальпаторно. При значительной гипертрофии левого желудочка пульсация в области верхушки сердца становится, наоборот, более отчетливой, обширной и определяется уже снаружи от левой среднечлвчичной линии, часто в шестом или даже седьмом межреберьях.

Пальпацию верхушечного толчка проводят как бы в два этапа. Сначала ладонь правой руки кладут плашмя на левую половину грудной клетки пациента между IV и VII ребрами таким образом, чтобы основание ладони располагалось по левому краю грудины, а кончики пальцев доходили примерно до средней подмышечной линии. При таком, своего рода ориентировочном исследовании ладонной поверхностью кисти хорошо ощущается участок грудной клетки, где лучше всего выражен верхушечный толчок. В тех случаях, когда пульсация в области верхушки сердца оказывается очень слабой или не определяется вообще, можно попросить больного слегка наклонить туловище вперед и тогда верхушечный толчок становится более отчетливым. Верхушечный толчок удается лучше прощупать и в положении больного на левом боку при глубоком выдохе; при этом верхушечный толчок смещается влево на 3–4 см.

После получения ориентировочного представления о локализации верхушечного толчка положение кисти правой руки изменяют, поворачивая ее на 90° против часовой стрелки, и продолжают исследование верхушечного толчка, установив перпендикулярно кончики пальцев в то межреберье, в котором лучше всего ощущается пульсация верхушечного толчка. Обычно верхушечный толчок исследуют кончиками двух или трех согнутых пальцев правой руки (указательного, среднего и безымянного), соприкасающихся друг с другом.

Точную локализацию верхушечного толчка устанавливают, определяя крайнюю левую точку верхушечного толчка и то межреберье, в котором он еще пальпируется. В норме верхушечный толчок располагается в пятом межреберье на 1–1,5 см кнутри от левой среднечлвчичной линии. В 10–20% случаев он может определяться и в четвертом межреберье. Это бывает, например, при высоком стоянии диафрагмы, когда сердце смещается кверху и занимает более горизонтальное положение (подобно переходу часовой стрелки с 5 часов на 3 часа). При низком стоянии диафрагмы сердце, наоборот, занимает более вертикальное положение, смещаясь вниз и вправо. При некоторых заболеваниях, сопровождающихся гипертрофией левого желудочка, верхушечный толчок смещается влево, доходя, например, до передней подмышечной линии, и вниз, локализуясь в шестом или седьмом межреберьях.

Нужно иметь в виду, что в норме верхушечный толчок хорошо пальпируется лишь у лиц с тонкой грудной клеткой и широкими межреберными промежутками, причем даже у них он может быть в части случаев закрыт ребром. Значительно хуже пальпируется верхушечный толчок при значительном отложении жировой ткани, у лиц с хорошо развитой мускулатурой, при эмфиземе легких.

Если верхушечный толчок определяется пальпаторно, то необходимо оценить его свойства: *ширину* (площадь сотрясения грудной клетки, производимую верхушечным толчком), *высоту* (амплитуду смещения грудной клетки), *силу* (давление, оказываемое верхушечным толчком на пальпирующие пальцы), *резистентность* (пальпаторное ощущение плотности сердечной мышцы). Верхушечный толчок может быть разлитым (если его ширина превышает 2 см) или ограниченным, высоким или низким, усиленным, неусиленным или ослабленным, резистентным (при получении пальпаторного ощущения толстой и плотной мышцы) и нерезистентным.

При различных заболеваниях, сопровождающихся гипертрофией левого желудочка, верхушечный толчок становится разлитым, высоким, усиленным (когда приходится прикладывать большую, чем в норме, силу для прекращения пульсации), резистентным. Поскольку верхушечный толчок при этом ритмично поднимается в виде купола, он в таких случаях называется еще куполообразным или «приподнимающим».

Изменения указанных свойств верхушечного толчка не всегда бывают такими однонаправленными. Так, ширина и высота верхушечного толчка не всегда соответствует его силе. При концентрической гипертрофии левого желудочка усиленный верхушечный толчок может быть и ограниченным. Напротив, при дилатации дистрофически измененного левого желудочка (например, при дилатационной кардиомиопатии) верхушечный толчок может быть разлитым и ослабленным.

Если верхушечный толчок может определяться в норме, то обнаруживаемый при осмотре *сердечный толчок* — пульсация участка грудной клетки в области абсолютной тупости сердца (четвертое — пятое межреберье слева от грудины) — является признаком патологии и свидетельствует о гипертрофии правого желудочка (в частности, при митральных пороках сердца) или о смещении его вперед опухолью средостения. Наличие сердечного толчка можно подтвердить пальпаторно, положив ладонь правой руки на область абсолютной тупости сердца и ощутив сотрясение грудной клетки.

При постинфарктной аневризме сердца можно обнаружить пульсацию в третьем — четвертом межреберьях соответственно левой границе сердца.

У очень худощавых лиц, обычно астенической конституции, с широкими межреберными промежутками во втором межреберье справа от грудины иногда отмечается *пульсация восходящего отдела аорты*. В других случаях ее обнаружение свидетельствует о расширении восходящего отдела аорты. *Пульсация аорты в яремной ямке* (так называемая заградинная или ретростернальная пульсация), наоборот, может определяться в норме у лиц гипертенической конституции, с короткой грудной клеткой, у которых дуга аорты расположена высоко. Для ее выявления указательный палец правой руки заводят за рукоятку грудины (больной при этом должен несколько на-

клонить голову вниз и свести плечи вперед). Как патологический признак ретростернальная пульсация появляется при удлинении или расширении аорты, формировании ее аневризмы.

Во втором межреберье слева от грудины иногда обнаруживается *пульсация легочной артерии*, обусловленная ее расширением.

Видимая на глаз *пульсация в эпигастральной (надчревной) области* может быть связана с сокращениями правого желудочка, пульсацией брюшной аорты или пульсацией печени. Для правильного определения происхождения надчревной пульсации существует несколько методических приемов.

Пульсация в эпигастральной области, связанная с сокращениями *правого желудочка*, лучше всего обнаруживается в положении стоя, видна сразу под мечевидным отростком, становится более отчетливой при глубоком вдохе и обычно сочетается с пульсацией всей прекардиальной области (сердечным толчком).

Пульсация в надчревной области, *обусловленная брюшной аортой*, чаще наблюдается у худощавых людей, при висцероптозе, расслабленной брюшной стенке, а также при расширении брюшной аорты. Эта пульсация лучше видна в положении лежа, причем существенно ниже мечевидного отростка; она усиливается при выдохе и ослабевает во время глубокого вдоха. Наконец, пульсирующую брюшную аорту нередко удается пропальпировать; при этом в случае ее поражения она становится расширенной и плотной.

Пульсация печени обычно хорошо заметна не только в эпигастральной области, но и в области правого подреберья. Она может быть передаточной или истинной.

Передаточная пульсация возникает за счет своеобразного «присасывания» печени (ее движения вверх) во время систолы правого желудочка и некоторого отхождения его от грудной стенки. Характерно, что изменения объема печени при ее передаточной пульсации не происходит. *Истинная пульсация* печени обусловлена обратным поступлением крови в нижнюю полую и печеночные вены при недостаточности трехстворчатого клапана и представляет собой изменение ее объема; при этом во время систолы правого желудочка происходит набухание печени, т.е. смещение ее нижнего края не вверх, как при передаточной пульсации печени, а вниз.

Для того чтобы отличить истинную пульсацию печени от передаточной, можно попытаться подвести ладонь правой руки под нижний край печени (это бывает возможно осуществить при ее увеличении) и захватить его между большим пальцем (спереди) и остальными пальцами. При наличии истинной пульсации печени будет ощущаться изменение объема участка печени, находящегося под пальцами, в случаях передаточной пульсации — лишь его смещение. Если этот способ технически выполнить не удается, то можно воспользоваться еще одним приемом. Несколько расставленные указательный и средний пальцы правой руки располагают на передней поверхности печени. Если в момент пульсации печени пальцы отходят

друг от друга, то это свидетельствует об изменении объема печени, т.е. о наличии ее истинной пульсации.

При пальпации грудной клетки в области сердца иногда удается обнаружить характерную вибрацию мягких тканей, обусловленную проведением на переднюю поверхность грудной клетки колебаний, связанных со звуковыми явлениями, возникающими при сердечных сокращениях (подобно тому, как это имеет место при определении голосового дрожания). При этом ладонь правой руки кладут плашмя на различные точки грудной клетки, где в норме выслушиваются те или иные клапаны сердца.

Так, в области верхушки сердца при митральном стенозе пальпаторно хорошо определяется диастолическое дрожание, являющееся эквивалентом низкочастотного диастолического шума, — так называемое кошащее мурлыканье. Аналогичное дрожание, но уже во время систолы, определяемое над аортой, соответствует низкочастотному систолическому шуму и встречается при стенозе устья аорты. Пальпаторно можно также выявить шум трения перикарда; так называемый симптом двух молоточков (где первый удар соответствует усиленному I тону и ощущается на верхушке сердца, а второй удар, определяемый во втором межреберье слева от грудины, является эквивалентом акцента II тона на легочной артерии), который встречается у больных с митральным стенозом; характерный толчок в области верхушки сердца, соответствующий патологическому III тону при ритме галопа и т.д.

Раздел истории болезни, включающий в себя осмотр и пальпацию области сердца и крупных сосудов, можно изложить следующим образом:

Осмотр области сердца и крупных сосудов

При осмотре сосудов шеи отмечается слабая пульсация сонных артерий.

Грудная клетка в области сердца не изменена.

Верхушечный толчок невидимый, пальпируется в пятом межреберье на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии, ограниченный, низкий, неусиленный, нерезистентный.

Сердечный толчок отсутствует.

Пульсации в эпигастральной области нет.

4.4. ПЕРКУССИЯ СЕРДЦА

Как известно, сердце, расположенное анатомически в переднем средостении, нижней своей поверхностью прилегает к куполу диафрагмы, а сверху оказывается как бы «подвешенным» на сосудистом пучке, в который входят верхняя полая вена, восходящий отдел аорты и легочная артерия. Проекция сердца и сосудистого пучка на переднюю поверхность грудной клетки образует соответственно правый и левый контуры. При этом правый контур (в направлении сверху вниз) представлен верхней полой веной (до III ребра), а ниже — правым предсердием. Левый контур проекции сердца составля-

ют: левая часть дуги аорты, легочная артерия, ушко левого предсердия и узкая полоска левого желудочка. Спереди сердце представлено, в основном, правым желудочком, тогда как большая часть левого предсердия и левого желудочка на переднюю поверхность грудной клетки не проецируются и направлены кзади.

Перкуторно (по переходу ясного легочного звука в притупленный) определяют границы относительной тупости сердца, соответствующие истинным контурам проекции сердца на переднюю поверхность грудной клетки, покрытым легкими, и границы абсолютной тупости сердца (по переходу притупленного звука в тупой), отражающие переднюю поверхность сердца, не прикрытую легкими. Перкуссия сердца может проводиться как при горизонтальном, так и при вертикальном положении больного.

Границы **относительной тупости сердца** определяют последовательно справа, слева, а затем — сверху. Такой порядок является более удобным, хотя некоторыми авторами предложен и другой вариант: справа, сверху, а затем — слева.

При определении *правой границы* относительной тупости сердца вначале устанавливают высоту стояния правого купола диафрагмы, которая, как известно, влияет на положение сердца и соответствует нижним границам правого легкого. С указанной целью определяют эту границу по правой среднеключичной линии (см. раздел перкуссия легких). После установления искомой границы переносят палец-плексиметр в вышерасположенное межреберье, поворачивают его (против хода часовой стрелки) на 90°, так чтобы он был расположен параллельно правой границе относительной тупости сердца, и ведут перкуссию по межреберью по направлению к краю грудины.

Хотелось бы обратить внимание на одну ошибку, которую нередко допускают студенты при определении правой границы относительной тупости сердца. Как известно, нижняя граница правого легкого по правой среднеключичной линии соответствует в норме обычно VI ребру, при этом палец-плексиметр в момент ее нахождения оказывается, как правило, в шестом межреберье. Студенты, запомнив правило, согласно которому палец-плексиметр после установления нижней границы правого легкого по среднеключичной линии переносится на одно межреберье выше, переносят палец-плексиметр вверх в соответствии с этим правилом, оказываются в пятом межреберье и, повернув палец, продолжают перкуссию по пятому межреберью в медиальном направлении.

Между тем, при обычном уровне стояния диафрагмы перкуссию правой границы относительной тупости сердца нужно проводить не в пятом, а в *четвертом межреберье*. Дело в том, что если перкутировать в пятом межреберье, то кнутри от правой окологрудинной линии палец-плексиметр натолкнется на верхнюю границу печеночной тупости, которая, естественно, не позволит правильно определить правую границу относительной тупости сердца. При высоком стоянии диафрагмы (например, у гиперстеников) перкуторное опре-

деление правой границы относительной тупости сердца приходится даже иногда проводить в третьем межреберье. Лишь при низком стоянии диафрагмы перкуссия ведется в пятом межреберье. Таким образом, если в момент установления нижней границы правого легкого по среднеключичной линии палец-плексиметр оказался в шестом межреберье, то переносить его для определения правой границы относительной тупости сердца нужно не в пятое межреберье, а в четвертое.

Сила перкуторного удара при определении границ относительной тупости сердца зависит обычно от толщины грудной стенки. Поэтому у тучных людей перкуссия должна быть более громкой, а у худощавых пациентов, наоборот, более тихой. Важно, чтобы перемещение пальца-плексиметра по направлению к грудине осуществлялось «маленькими шажками» (на ширину пальца-плексиметра), что позволяет избежать ошибок при нахождении искомой границы. Отметка в месте перехода ясного легочного звука в притупленный делается по краю пальца, обращенного в сторону ясного звука. В норме при определении в четвертом межреберье правая граница относительной тупости сердца располагается на 1 см кнаружи от правого края грудины.

Левая граница относительной тупости сердца определяется в том же межреберье, где была отмечена локализация верхушечного толчка. При этом палец-плексиметр располагается параллельно границе сердца (т.е. вертикально) кнаружи от верхушечного толчка. Если верхушечный толчок пальпаторно обнаружить не удалось, то перкуссию проводят в пятом межреберье в медиальном направлении (к левому краю грудины), начиная от передней подмышечной линии. В норме левая граница относительной тупости сердца располагается в пятом межреберье на 1–1,5 см кнутри от левой среднеключичной линии.

При определении левой границы относительной тупости сердца (в тех случаях, когда больной находится в горизонтальном положении, а врач соответственно сидит на стуле рядом с кушеткой) необходимо внимательно следить за положением пальца-плексиметра. На первых порах студентам сложно бывает расположить палец-плексиметр строго вертикально (в лучшем случае он располагается под углом 45°, в худшем — вообще горизонтально). Говоря обычно, что им «не хватает рук», студенты стремятся нередко исправить положение тем, что пытаются встать и продолжить перкуссию стоя. Между тем, выход из создавшейся ситуации часто бывает достаточно простым: можно просто попросить больного подвинуться ближе к краю кровати и, в свою очередь, переставить стул ближе к ее головному концу.

Верхнюю границу относительной тупости сердца определяют, перкутируя параллельно левому краю грудины, отступив от него 1 см кнаружи. В норме верхняя граница относительной тупости сердца, представленная контуром легочной артерии и ушком левого предсердия, располагается на III ребре. При определении верхней грани-

цы относительной тупости сердца студенты иногда делают ошибку, пытаясь перкутировать не по линии, проходящей на 1 см кнаружи от левого края грудины, а по левой окологрудинной линии. Конечно, и здесь можно будет найти границу, отражающую переход ясного легочного звука в притупленный (обычно в третьем межреберье). Но соответствовать эта отметка будет не нужной нам верхней границе, образованной легочным стволом и ушком левого предсердия, а начинающемуся контуру левого желудочка.

Отметив правую и левую границы относительной тупости сердца, определяют ее поперечник. Для этого от найденных точек опускают как бы два перпендикуляра на переднюю срединную линию (обычно справа — в четвертом, а слева — в пятом межреберьях), измеряя затем полученные отрезки справа (обычно 3–4 см) и слева (8–9 см) и суммируя полученные величины. В норме поперечник относительной тупости сердца составляет 11–13 см.

Если определить границы относительной тупости сердца справа в третьем и четвертом межреберьях, а слева — в третьем, четвертом и пятом межреберьях, а также границы сосудистого пучка справа и слева во втором межреберье (см. ниже) и соединить полученные точки таким образом, чтобы образовались соответственно правый и левый контуры, то мы будем иметь представление о *конфигурации сердца*. При этом особое внимание обращают на угол, который образуется по левому контуру (обычно в третьем межреберье на 2 см кнаружи от левого края грудины) между наибольшей дугой ушка левого предсердия и выпуклой кнаружи дугой начавшегося контура левого желудочка (так называемая талия сердца). В норме этот угол должен быть тупым.

В тех случаях, когда происходит расширение левого предсердия, указанный угол увеличивается, становится менее заметным, а иногда и совсем исчезает («талиа сердца сглаживается»). Обычно этому соответствует также смещение границ относительной тупости сердца вверх и вправо за счет гипертрофии и дилатации левого предсердия и правого желудочка. Образующаяся при этом конфигурация сердца носит название митральной. Напротив, при значительной гипертрофии и дилатации левого желудочка границы относительной тупости сердца смещаются кнаружи, а угол между ушком левого предсердия и контуром левого желудочка становится прямым («талиа сердца подчеркнута») и сердце приобретает аортальную конфигурацию (сердце в форме «сапога» или «сидящей утки»). При скоплении большого количества жидкости в полости перикарда (экссудативном перикардите), получающаяся при перкуссии конфигурация сердца напоминает треугольник («крышу домика с трубой»).

При перкуторном определении границ **абсолютной тупости сердца** ориентируются на переход притупленного звука в тупой. Поскольку обнаружить такой переход бывает не всегда легко, при определении границ абсолютной тупости сердца пользуются методом тихой (а еще лучше — тишайшей) перкуссии.

При определении *правой границы* абсолютной тупости сердца палец-плексиметр устанавливают параллельно краю грудины соответственно найденной границе относительной тупости сердца (1 см кнаружи от правого края грудины в четвертом межреберье) и ведут тишайшую перкуссию влево, продолжая находиться на уровне четвертого межреберья, до полного исчезновения перкуторного звука. В норме правая граница абсолютной тупости сердца располагается по левому краю грудины.

При определении *левой границы* абсолютной тупости сердца палец-плексиметр устанавливают также вертикально кнаружи от найденной предварительно левой границы относительной тупости сердца и ведут в том же межреберье (т.е. обычно в пятом) в медиальном направлении тишайшую перкуссию до полного исчезновения звука. Отметка при этом делается по краю пальца, обращенного в сторону притупленного звука (т.е. по наружному). В норме левая граница абсолютной тупости сердца располагается на 2–2,5 см кнутри от левой среднеключичной линии, хотя иногда может и совпадать с левой границей относительной тупости сердца.

Верхнюю границу абсолютной тупости сердца перкутируют по той же линии, что и при определении верхней границы относительной тупости сердца, также используя метод тишайшей перкуссии. В норме верхняя граница абсолютной тупости сердца находится на уровне IV ребра.

Определив левую и правую границы абсолютной тупости сердца, измеряют ее поперечник. В норме поперечник абсолютной тупости сердца соответствует длине перпендикуляра, опущенного из точки, указывающей на левую границу абсолютной тупости сердца, на левый край грудины и составляет обычно 5–5,5 см.

В тех случаях, когда при обычной методике перкуссии не удается определить границы абсолютной тупости сердца, некоторые авторы рекомендуют установить палец-плексиметр в центр абсолютной тупости (обычно в пятом межреберье на 1–2 см кнаружи от левого края грудины) и вести тихую перкуссию вправо и влево, отмечая переход тупого звука в притупленный. Однако обнаружить такой переход чаще бывает сложнее, чем найти переход притупленного звука в тупой.

Границы сосудистого пучка определяют с помощью тихой перкуссии во втором межреберье, расположив палец-плексиметр параллельно краю грудины. Перкуссию (сначала справа, а затем слева) ведут по направлению от правой и левой среднеключичных линий к соответствующим краям грудины. При обнаружении перехода ясного легочного звука в притупленный отметку делают по краю пальца, обращенного в сторону ясного звука. В норме правая и левая границы сосудистого пучка располагаются по соответствующим краям грудины, а его поперечник составляет обычно 5–6 см. Расширение поперечника сосудистого пучка может происходить как за счет смещения его правой границы (например, при аневризме аорты), так

и в результате изменения его левой границы (при расширении легочной артерии).

Полученные при перкуссии сердца данные можно отразить в истории болезни следующим образом:

Перкуссия сердца

Границы относительной тупости сердца: правая — 1 см снаружи от правого края грудины в четвертом межреберье; левая — 1 см кнутри от левой среднелючной линии в пятом межреберье; верхняя — на уровне III ребра (по линии, проходящей на 1 см снаружи от левого края грудины и параллельно ему). Поперечник относительной тупости сердца: $3+8=11$ см. Конфигурация сердца не изменена.

Границы абсолютной тупости сердца: правая — левый край грудины; левая — 2 см кнутри от левой среднелючной линии; верхняя — на уровне IV ребра. Поперечник абсолютной тупости сердца — 5,5 см.

Правая и левая границы сосудистого пучка располагаются во втором межреберье по соответствующим краям грудины. Поперечник сосудистого пучка — 5 см.

4.5. АУСКУЛЬТАЦИЯ СЕРДЦА

В курсе пропедевтики внутренних болезней аускультация сердца является, пожалуй, одной из наиболее сложных тем. Значительные трудности связаны здесь, во-первых, с необходимостью понимания механизмов возникновения многочисленных изменений, выявляемых при аускультации сердца (они очень подробно и обстоятельно изложены в учебниках по пропедевтике внутренних болезней, и мы на них останавливаться не будем), а, во-вторых, с чисто практической оценкой выслушиваемых тонов и шумов, которая далеко не всегда оказывается простой даже для опытного клинициста.

Овладение методом аускультации сердца предполагает, с одной стороны, хорошее знание теоретических основ этого метода (структуры сердечного цикла, механизмов образования тонов и причин их изменений, условий появления шумов и т.д.), а, с другой стороны, требует постоянной практики, систематического выслушивания большого числа больных с различными заболеваниями сердечно-сосудистой системы (прежде всего с пороками сердца).

Проводя аускультацию сердца, никогда не следует торопиться, переставляя воронку фонендоскопа из одной точки в другую. Нужно обязательно «вслушиваться» в те или иные звуковые явления; в необходимых случаях, если остались какие-то сомнения, полезно провести повторное тщательное выслушивание спустя какое-то время, что позволит избежать диагностических ошибок. Каждый врач на своем опыте хорошо знает, что если, например, выслушивать сердце у сложного больного будучи уже очень уставшим, то можно порой просто не уловить какие-то изменения, тогда как после хорошего, полноценного отдыха они воспринимаются обычно более отчетливо.

Чтобы более точно интерпретировать выявляемые при аускультации сердца изменения, необходимо выслушивать больного в различных положениях (лежа на спине, на левом или правом боку, сидя, стоя). Кратковременная (в течение 15–20 секунд) задержка дыхания после глубокого выдоха (если, конечно, это позволяет сделать состоянию больного) помогает устранить помехи, связанные с дыхательными шумами. Аускультация сердца после физической нагрузки (например, 10 приседаний) дает в ряде случаев возможность более точно оценить имеющиеся шумы, которые при этом становятся более отчетливыми.

Аускультация сердца проводится чаще всего с помощью фонендоскопа, однако иногда (например, для выявления ритма галопа) целесообразно бывает воспользоваться и методом непосредственной аускультации.

Выявленные при аускультации сердца изменения важно проверять с помощью фонокардиографии, а при необходимости — уточнять с помощью других методов исследования, в частности, эхокардиографии. Это является особенно важным для начинающих осваивать аускультацию сердца, поскольку дает возможность сопоставить данные аускультации с теми или иными изменениями (в частности, клапанного аппарата, полостей сердца, миокарда), выявляемыми с помощью других методов исследования.

Для аускультации сердца существуют соответствующие точки, выслушиваемые в определенной последовательности. Предложен различный порядок выслушивания этих точек, однако наиболее распространенной является последовательность, отражающая убывающую частоту поражения клапанов сердца.

Находясь справа от пациента, вначале выслушивают *область верхушки сердца*, куда хорошо проводятся звуковые явления, связанные с митральным клапаном. В тех случаях, когда верхушечный толчок не пальпируется, фонендоскоп устанавливают в области найденной левой границы относительной тупости сердца (в норме — в пятое межреберье на 1–1,5 см кнутри от левой среднеключичной линии). Далее, *во втором межреберье справа от грудины* выслушивают клапан аорты. Затем *во втором межреберье слева от края грудины* выслушивают клапан легочной артерии (некоторые авторы рекомендуют выслушивать этот клапан во втором межреберье, отступив на 1–1,5 см кнаружи от левого края грудины).

После этого переходят к выслушиванию трехстворчатого клапана, которое проводят у *основания мечевидного отростка* грудины. Некоторые авторы предлагают для выслушивания данного клапана точку, соответствующую месту прикрепления V ребра к правому краю грудины. Подобные тонкости вполне понятны и объясняются стремлением как можно дальше «отодвинуть» друг от друга точки выслушивания различных клапанов, что позволяет точнее дифференцировать аускультативные изменения. Наконец, последней точкой аускультации сердца (*третье межреберье слева от грудины*) явля-

ется точка Боткина—Эрба, в которой хорошо выслушивается диастолический шум при недостаточности клапана аорты.

Вышеперечисленные точки являются основными и используются при выслушивании каждого больного. При обнаружении каких-либо изменений тщательно выслушивают всю область сердца (например, при наличии шума трения перикарда), крупные сосуды и межлопаточное пространство (при обнаружении систолического шума на аорте), подмышечную область (при выявлении систолического шума на верхушке и т.д.).

При аускультации сердца, в первую очередь, оцениваются **тоны**. В этой связи важно запомнить признаки, позволяющие отличить друг от друга I и II тоны. Обычно кажущиеся излишними при выслушивании больных с брадикардией (отличить здесь I тон от II тона действительно не составляет большого труда), они могут пригодиться при аускультации сердца у больных с частым ритмом сердечных сокращений.

Легче всего здесь ориентироваться на паузы, существующие соответственно между I и II и II и I тонами. При аускультации обычно сразу обращает на себя внимание, что I тон возникает после продолжительной паузы, а II тон — после короткой. Кроме того, I тон является низким, достаточно продолжительным и при выслушивании в области верхушки сердца и основания мечевидного отростка в норме значительно превосходит II тон по своей громкости. В свою очередь, II тон воспринимается более высоким и коротким и по сравнению с I тоном оказывается более громким при выслушивании на аорте и легочной артерии.

В тех ситуациях, когда перечисленные признаки не позволяют дифференцировать тоны (например, при частом ритме сердечных сокращений), помогает то обстоятельство, что I тон совпадает с верхушечным толчком и пульсацией сонных артерий. При этом не следует, однако, ориентироваться на совпадение тонов сердца с пульсом на лучевых артериях, поскольку последний несколько запаздывает по отношению к I тону и при частом ритме сердечных сокращений может даже оказаться ближе ко II тону.

На начальных этапах овладения методом аускультации сердца необходимо стремиться выслушивать как можно больше здоровых лиц. Это позволяет создать себе правильное представление о той или иной слышимости тонов сердца у людей с разным типом телосложения, с разной степенью развития подкожного жирового слоя и т.д. и даст возможность в дальнейшем точнее оценить изменения тонов сердца, связанные с теми или иными заболеваниями.

Мы не будем останавливаться на причинах изменения звучности тонов (все это детально изложено в учебниках). Отметим лишь, что в практическом плане *об усилении* или *ослаблении звучности обоих тонов* сердца принято говорить в тех случаях, когда оба тона сердца (I тон — на верхушке и основании мечевидного отростка, II тон — на аорте и легочной артерии) выслушиваются соответственно более от-

четливо или менее отчетливо, чем в норме. Об *ослаблении I тона на верхушке или на основании мечевидного отростка* правомерно вести речь в тех ситуациях, когда звучность I тона в указанных точках ослабевает, так что I тон начинает здесь восприниматься с той же громкостью, что и II тон (а нередко даже слабее). Об *усилении I тона на верхушке сердца и основании мечевидного отростка* можно сделать вывод тогда, когда звучность I тона в этих точках значительно возрастает и превышает (больше, чем обычно) звучность II тона. Такой тон носит название «хлопающего», поскольку он напоминает звук, издаваемый детской хлопушкой или хлопающим на ветру полотнищем флага.

Об *ослаблении II тона на аорте и легочной артерии* можно говорить в тех случаях, когда звучность II тона в этих точках ослабевает, так что II тон может здесь восприниматься даже слабее, чем I тон. Об *усилении (акценте) II тона на аорте и легочной артерии* судят на основании сравнения между собой звучности II тона в указанных точках. Так, если II тон на аорте выслушивается более отчетливо, чем на легочной артерии, делают заключение об акценте II тона на аорте. В противном случае говорят об акценте II тона на легочной артерии. Акцент II тона в какой-либо из точек будет восприниматься более четко, если при выслушивании отступить от правого и левого краев грудины на 2–3 см кнаружи (т.е. соответственно вправо и влево).

При оценке звучности II тона необходимо иметь в виду, что у детей и лиц молодого возраста II тон на легочной артерии воспринимается нередко более звучным, чем на аорте, поскольку у детей артериальное давление оказывается, как правило, более низким, чем у взрослых, и, кроме того, легочная артерия ближе прилегает к грудной клетке, чем аорта.

Иногда студенты, оценивая тоны сердца, ошибочно делают заключение об изменении I тона (усилении, ослаблении) на аорте и легочной артерии и изменении II тона (например, акценте) на верхушке и основании мечевидного отростка. Нужно помнить, что I тон на аорте и легочной артерии, а также II тон на верхушке и основании мечевидного отростка являются проводными и поэтому самостоятельного диагностического значения не имеют.

Оценив звучность сердечных тонов, обращают внимание на возможное *раздвоение или расщепление I тона* (на верхушке и основании мечевидного отростка) и *II тона* (на аорте и легочной артерии), а также на наличие *дополнительных тонов*. Не останавливаясь на подробной характеристике и механизмах раздвоения и расщепления тонов, отметим лишь, что обнаружение раздвоения II тона на легочной артерии может встречаться и как вариант нормы. Дело в том, что клапан легочной артерии в обычных условиях захлопывается на 0,02–0,04 секунды позднее, чем клапан аорты (при глубоком вдохе эта задержка возрастает до 0,06 с), что может обусловить физиологическое раздвоение II тона на легочной артерии. По наблюдениям

Н.Д.Стражеско, оно нередко встречается у лиц молодого возраста с лабильной вегетативной нервной системой.

Собственный опыт преподавания показывает, что у студентов иногда возникают трудности в правильной интерпретации III тона. Верно отмечая, что III тон возникает при колебании миокарда желудочков в фазу их пассивного наполнения и лучше выслушивается при непосредственной аускультации, они в то же время порой не могут объяснить, почему у детей и молодых худощавых людей он может выслушиваться в норме (физиологический III тон), тогда как в пожилом возрасте III тон, образующий вместе с I и II тонами протодиастолический ритм галопа, является признаком серьезного поражения миокарда.

И у молодых лиц, и у пожилых людей в основе возникновения III тона лежит снижение тонуса миокарда желудочков, однако причина этого снижения в том и другом случае оказывается совершенно различной. Низкий тонус миокарда желудочков в молодом возрасте может быть следствием лабильности вегетативной нервной системы (так называемой вегетативно-сосудистой дистонии). Считается, что тонус миокарда у таких людей полностью восстанавливается к 25–30 годам, поэтому и физиологический III тон, если он выслушивался прежде, к этому возрасту исчезает. Низкий тонус миокарда у лиц пожилого возраста объясняется тяжелыми структурными изменениями сердечной мышцы («дряблостью»), возникающими при ее поражении (миокардит, инфаркт миокарда и т.д.).

К дополнительным (добавочным) тонам относят также редко выслушиваемый в норме физиологический IV тон и его аналог – патологический IV тон (образующий у лиц с тяжелым поражением миокарда пресистолический ритм галопа), тон открытия митрального клапана (в некоторых старых учебниках его не совсем правильно называют раздвоением II тона на верхушке), который выслушивается у больных с митральным стенозом и создает вместе с I и II тонами характерный «ритм (бой) перепела», мезосистолический шелчок у больных с пролапсом митрального клапана, дополнительный перикард-тон и др. Их подробная характеристика представлена в учебнике.

Хорошо понимая механизмы возникновения раздвоения и расщепления тонов сердца, причины появления добавочных тонов, студенты нередко испытывают трудности в практической идентификации тех или иных изменений. Студенты часто спрашивают, как, например, отличить при аускультации ритм «перепела» от ритма галопа, раздвоение I тона от раздвоения II тона и вообще как воспринимаются на слух те или иные изменения тонов?

Все эти вопросы отнюдь не относятся к числу простых. Нужно сказать, что многие видные терапевты, прекрасно понимая всю сложность восприятия при аускультации различных изменений сердечных тонов, пытались эти изменения каким-то образом моделировать. Сюда относятся попытки нотного изображения нормального

ритма сердца и его нарушений (М.В.Черноруцкий), использования тех или иных стихотворных размеров (Н.Д.Стражеско). Условность таких построений очевидна, хотя нельзя не признать, что такие понятия музыкальной грамоты, как размер такта, темп, чередование ударных и безударных долей такта и др., имеют известное сходство с ритмом сердечных сокращений, их частотой, продолжительностью тонов и пауз. При этом определенную пользу, на наш взгляд, может принести «пропевание» про себя той или иной «мелодии», возникающей при каком-либо изменении тонов.

Поясним сказанное с помощью конкретного примера. Порой бывает так, что когда спрашиваешь студента, проводившего аускультацию сердца у больного с митральным стенозом, слышит ли он «ритм перепела», тот нередко отвечает отрицательно. Если же после этого предложить студенту пропеть про себя во время аускультации характерную мелодию «ритма перепела» («та́-та-ра», «та́-та-ра»), то при повторном выслушивании будущий доктор радостно кивает головой в знак того, что он слышит характерные изменения тонов.

В этом плане, раздвоение и расщепление тонов также приводят к изменению нормального ритмического рисунка тонов и появлению своеобразных «ритмических фигур». Так, при раздвоении I тона на верхушке или на основании мечевидного отростка выслушивается характерный трехчленный ритм («та́мта-та», «та́мта-та»). При раздвоении II тона на аорте или на легочной артерии также будет определяться трехчленный ритм, но уже с другим ритмическим рисунком («там-та́та», «там-та́та»). При расщеплении I тона ритм останется двухчленным, но I тон (на верхушке или на основании мечевидного отростка) будет восприниматься как бы состоящим из двух частей («тра́-та», «тра́-та»). При расщеплении II тона таким (на аорте или легочной артерии) будет восприниматься уже II тон («та-тра́», «та-тра́»).

Ритм галопа, как уже говорилось выше, выслушивается лучше с помощью непосредственной аускультации, поскольку добавочный третий тон сопровождается толчком (сотрясением) в области верхушки, который хорошо улавливается ушной раковиной.

Мелодия ритма галопа будет зависеть от того, в какую фазу диастолы возникает добавочный тон. При протодиастолическом галопе возникает трехчленный ритм с акцентом на первую долю («та́м-та-та», «та́м-та-та»), что, как считал Н.Д.Стражеско, соответствует такому стихотворному размеру, как дактиль (сравните, например: «Тучки небёсные, вёчные странники!»). При пресистолическом галопе появляется трехчленный ритм галопа с ударением на последнюю долю получающегося такта («там-та-та́», там-та-та́), укладывающийся в стихотворный метрический размер анапест («Однозвучно гремит колокольчик»). Наконец, при мезодиастолическом галопе будет выслушиваться трехчленный ритм с ударением на вторую долю (та-та́м-та», «та-та́м-та»), соответствующий амфибрахию («Не

вѣтер бушует над бѣром»). Значительно изменяется ритмический рисунок тонов сердца при резком учащении сердечных сокращений (до 120–160 в минуту и выше), что может наблюдаться, например, при пароксизмальной тахикардии, тяжелой сердечной недостаточности. При этом нормальный ритмический рисунок тонов сердца («та-та-м», та-та-м»), где «м» представляет собой диастолическую паузу, за счет укорочения диастолы и приближения продолжительности диастолической паузы к систолической превращается в маятниковобразный ритм или эмбриокардию («та-та-та-та-та-та-та-та»).

После характеристики тонов сердца оценивают **частоту сердечных сокращений** (в одну минуту) и их ритм. При правильном ритме сердечных сокращений можно ограничиться подсчетом числа сердечных сокращений за 30 секунд с последующим умножением полученной величины на 2. При неправильном ритме (экстрасистолия, мерцательная аритмия) подсчет частоты сердечных сокращений проводят в течение минуты.

Большую роль в диагностике заболеваний сердца играет правильная оценка **сердечных шумов**, нередко выслушиваемых при аускультации (механизм их образования подробно представлен в учебнике). При обнаружении шумов прежде всего необходимо уточнить, являются ли они внутрисердечными (интракардиальными) или внесердечными (экстракардиальными).

При оценке внутрисердечных шумов прежде всего устанавливают их соотношение с фазами сердечного цикла. *Систолический шум* возникает одновременно с I тоном или вскоре после него. При резком ослаблении I тона или в тех случаях, когда грубый систолический шум как бы «перекрывает» собой I тон, в его идентификации помогает тот признак, что систолический шум, как и I тон, совпадает с верхушечным толчком (если он пальпируется) и пульсом на сонных артериях. *Диастолический шум* может появляться сразу после II тона (протодиастолический), ближе к середине диастолы (мезодиастолический), в конце диастолы (пресистолический). При аускультации иногда удается встретить и так называемый *систолюдиастолический шум*. Такой шум появляется, например, при врожденном пороке сердца – незаращении артериального (боталлова) протока, кровеносного сосуда, соединяющего у плода легочный ствол с аортой. Этот шум начинается сразу после I тона, нарастает к концу систолы и затем постепенно убывает, прекращаясь к середине диастолы. За своеобразный тембр и продолжительность такой шум получил название «шума поезда, проходящего в тоннеле».

Установив отношение шума к фазе сердечной деятельности характеризуют его *высоту и тембр* (грубый, «пилящий», «скребуший», мягкий, дующий, музыкальный и т.д.), *продолжительность* (короткий или занимающий всю фазу сердечного цикла – пансистолический), *громкость* (силу, интенсивность), которую иногда оценивают с указанием ее степени (I степени – еле слышимый шум, II степени – тихий, III степени – средней силы, IV степени – громкий,

V степени — очень громкий, VI степени — шум, слышимый без фонендоскопа, на расстоянии), *форму* (убывающий, нарастающий, нарастающе-убывающий).

Так, например, систолический шум при стенозе устья аорты часто бывает очень грубым, «скребущего» тембра, продолжительным, громким, нарастающе-убывающей формы. Напротив, диастолический шум при недостаточности клапана аорты обычно бывает мягким, дующим (как если произносить звук «ф», втягивая в себя воздух), как правило, коротким (выслушиваясь лишь в начале диастолы), сравнительно тихим, убывающей формы.

Оценив вышеперечисленные характеристики шумов, уточняют *точки их наилучшего выслушивания и направление, в котором они проводятся*. Например, систолический шум при недостаточности митрального клапана выслушивается в области верхушки сердца и хорошо проводится в подмышечную область (по миокарду левого желудочка) и вдоль левого края грудины во второе — третье межреберье (в соответствии с обратным током крови). Систолический шум при стенозе устья аорты выслушивается во втором межреберье справа от грудины и хорошо проводится в яремную ямку, на сонные артерии, в межлопаточное пространство. Диастолический шум при митральном стенозе выслушивается в области верхушки сердца на очень ограниченном участке (в отличие от многих других шумов его приходится настойчиво искать) и практически не проводится с места своего возникновения. Систолический шум при врожденном пороке сердца — дефекте межжелудочковой перегородки лучше выслушивается в третьем — четвертом межреберье у левого края грудины, но может хорошо определяться над всей областью сердца. Это как раз тот шум, который иногда выслушивается на расстоянии и который могут слышать у себя даже сами больные.

Для более точной интерпретации шумов целесообразно выслушивать их при *различном положении больного и в различные фазы дыхания*. Так, например, диастолический шум на верхушке при митральном стенозе лучше выслушивается при положении больного на левом боку. Слышимость систолического шума на основании мечевидного отростка при недостаточности трехстворчатого клапана возрастает в фазу глубокого вдоха. Шумы, связанные с поражением аортального клапана, лучше выслушиваются в положении больного стоя (сидя) и на правом боку.

При аускультации сердца часто возникает необходимость отличить *органические* внутрисердечные шумы (т.е. обусловленные структурными повреждениями клапанов) от *функциональных*, возникающих в некоторых случаях (например, у больных с анемиями) при измененных клапанах.

Эти отличия являются, как правило, достаточно характерными. Так, функциональные шумы бывают обычно систолическими (с известной натяжкой к функциональным шумам можно, правда, отнести диастолический шум Флинта, возникающий в результате значи-

тельной обратной регургитации крови в левый желудочек у больных с недостаточностью клапана аорты и образования за счет отодвигающихся при этом створок митрального клапана функционального митрального стеноза). Функциональные шумы чаще бывают короткими, занимая обычно лишь часть систолы. Они отличаются лабильностью, могут появляться, например, после физической нагрузки и при психическом возбуждении и исчезать в покое. Функциональные шумы, как правило, тихие, мягкого тембра, не проводятся с места своего возникновения и не сопровождаются другими признаками поражения клапанов (например, ослаблением I тона).

Студенты, обычно хорошо представляя себе механизмы образования функциональных шумов, часто не могут объяснить, почему эти шумы выслушиваются преимущественно на легочной артерии и на верхушке сердца.

Столь избирательная локализация функциональных шумов отнюдь не является случайной. Схематически можно рассматривать просвет правого желудочка как сосуд одного, достаточно большого диаметра. Выходящую из него легочную артерию можно трактовать как сосуд, имеющий другой, меньший диаметр. Таким образом, в области выхода легочного ствола из правого желудочка и аорты из левого желудочка получаются как бы физиологические сужения. Но в норме шумы над этими сужениями мы не выслушиваем, поскольку недостаточной оказывается скорость кровотока. Однако при ускорении кровотока и снижении вязкости крови (например, при анемии) указанные физиологические сужения могут стать источником возникновения шумов. Поскольку разница в диаметре просвета оказывается наиболее выраженной между правым желудочком и легочным стволом, то и функциональный систолический шум будет выслушиваться прежде всего над легочной артерией.

Иной механизм возникновения имеет функциональный систолический шум, выслушиваемый на верхушке. Он отмечается обычно у молодых людей с лабильной вегетативной нервной системой и связан с ослаблением тонуса сосочковых мышц, в результате чего может возникать функциональная недостаточность митрального клапана.

Систолический шум на верхушке может выслушиваться при *пролапсе митрального клапана*, который представляет собой выбухание (выпячивание) створок митрального клапана в левое предсердие во время систолы левого желудочка и обуславливается преобладающим (как бы «избыточным») развитием клапанного аппарата (створок и хорд митрального клапана) по сравнению с достаточно небольшим объемом левого желудочка. Образующаяся при пролапсе митрального клапана щель между створками митрального клапана становится источником позднего систолического шума, сочетающегося обычно с дополнительным тоном, следующим после I тона (мезосистолическим шелчком). Пролапс митрального клапана встречается преимущественно у женщин и хорошо выявляется при ультразвуковом исследовании.

Сердечные (интракардиальные) шумы необходимо дифференцировать с внесердечными (экстракардиальными) шумами, к которым относятся шум трения перикарда и плевроперикардиальный шум.

Шум трения перикарда возникает при изменениях висцерального и париетального листков перикарда, отличается своеобразным тембром, носящим часто характер «царапания» («кр–р-кр-р»), хотя в ряде случаев может быть и более мягким. В отличие от сердечных шумов шум трения перикарда никогда не совпадает точно с той или иной фазой сердечного цикла, а часто переходит из систолы в диастолу. Выслушиваясь во время систолы и диастолы в сочетании с I и II тонами сердца, шум трения перикарда напоминает иногда своеобразный четырехчленный ритм («шум локомотива»).

Отличаясь значительной изменчивостью в плане локализации и продолжительности, шум трения перикарда все же лучше всего выслушивается в области абсолютной тупости сердца, особенно в третьем – четвертом межреберье у левого края грудины. Шум трения перикарда воспринимается очень близким к уху, не проводится с места своего образования, усиливается при надавливании стетоскопом на грудную клетку и при наклоне туловища больного вперед, иногда хорошо ощущается пальпаторно.

Плевроперикардиальный шум встречается при плеврите и представляет собой шум трения плевры, возникающий в зоне контакта плевры и перикарда синхронно с сердечными сокращениями. Плевроперикардиальный шум выслушивается при глубоком вдохе и значительно ослабевает при глубоком выдохе.

Иногда при аускультации сердца можно выявить и так называемые кардиопульмональные шумы, которые образуются в участках легких, прилегающих к сердцу, за счет усиления движения воздуха в альвеолах этой зоны во время систолы. *Кардиопульмональные шумы* выслушиваются преимущественно у лиц астенической конституции с признаками вегетососудистой дистонии, а также при выраженной гипертрофии сердца. Отличительным моментом кардиопульмональных шумов является то, что они исчезают при задержке дыхания.

Описание данных аускультации сердца в истории болезни при отсутствии каких-либо патологических изменений может быть достаточно кратким, например:

Аускультация сердца

Тоны сердца нормальной звучности. Частота сердечных сокращений – 72 в минуту. Ритм сердечных сокращений правильный. Шумов нет.

При выявлении каких-либо изменений сердечных тонов, обнаружении шумов и т.д. описание аускультативной картины следует давать более подробно, например:

I тон на верхушке ослаблен, отмечается акцент и раздвоение II тона на легочной артерии. Частота сердечных сокращений – 88 в минуту. Ритм сердечных сокращений неправильный, выслушиваются экстрасистолы с частотой 6–8 в минуту.

На верхушке выслушивается достаточно громкий, продолжительный ду-
ющий систолический шум убывающей формы, хорошо проводящийся в под-
мышечную область и лучше выслушивающийся в положении больного на ле-
вом боку.

4.6. ИССЛЕДОВАНИЕ СОСУДОВ

Необходимо отметить, что очередность применения тех или
иных методов непосредственного исследования сердечно-сосудис-
той системы в учебниках пропедевтики внутренних болезней излага-
ется по-разному. Так, М.В.Черноруцкий и А.Л.Мясников после
пальпации верхушечного толчка и оценки пульсации в эпигастральной
области рекомендовали переходить к исследованию пульса на
различных артериях, после чего проводить перкуссию сердца, аус-
культацию сердца, аускультацию артерий и вен. В свою очередь,
Б.С.Шкляр и А.А.Шелагуров после пальпации области сердца сове-
товали переходить к перкуссии и аускультации сердца, затем прово-
дить аускультацию артерий и вен и завершать этот раздел исследова-
нием пульса.

На наш взгляд, более логичной выглядит последовательность,
когда после пальпации области сердца, перкуссии и аускультации
сердца переходят к исследованию сосудов (вначале артерий, а затем
и вен), применяя при этом уже устоявшуюся очередность действий:
осмотр, пальпация, аускультация. Исключение здесь составляет
лишь исследование пульсации сонных артерий и яремных вен, ко-
торое традиционно предшествует осмотру и пальпации области
сердца.

При исследовании пульса на периферических артериях предвари-
тельно уточняют возможные жалобы, связанные с нарушением пе-
риферического кровообращения (зябкость кистей и стоп, боли в ик-
роножных мышцах при ходьбе и др.), отмечают изменения окраски
кожных покровов и местное снижение температуры кожи в той или
иной области. Так, побледнение и похолодание кожных покровов
стоп может наблюдаться при облитерирующем эндартериите.
При пальпации артерий, которую проводят кончиками двух или трех
соединенных пальцев скользящими движениями в поперечном
к оси артерии направлении, обращают внимание на сохранение или
ослабление пульсации, состояние стенки артерии (тонкие, эластич-
ные, плотные, шероховатые и т.д.).

Поверхностную височную артерию пальпируют, прижимая ее к ви-
сочной кости чуть впереди от ушной раковины. Ощупывание *сонных*
артерий проводят с внутренней стороны грудино-ключично-сосце-
видных мышц на уровне гортани, очень осторожно, опасаясь появ-
ления резкой брадикардии из-за каротидного рефлекса. *Подмышеч-*
ную артерию пальпируют на дне подмышечной впадины, попросив
больного поднять выпрямленную руку; артерию при этом прижима-
ют к головке плечевой кости. *Плечевую артерию* пальпируют в *sulcus*
bicipitalis medialis непосредственно над локтевой ямкой.

Бедренную артерию пальпируют в положении больного лежа, под паупартовой связкой, при несколько повернутом кнаружи бедре. *Подколенную артерию* исследуют в подколенной области в положении больного лежа на животе с согнутой в коленном суставе ногой. *Задняя большеберцовая артерия* прощупывается в мышечковом желобе, чуть кзади и ниже медиальной лодыжки. *Тыльная артерия стопы* определяется в области первого межплюсневого промежутка с внешней стороны длинного разгибателя большого пальца ноги.

Результаты исследования одноименных артерий справа и слева обязательно сравниваются между собой. При этом отсутствие или ослабление пульсации некоторых артерий (например, тыльной артерии стопы) не всегда свидетельствует о нарушении кровообращения, а может быть обусловлено анатомическим вариантом расположения артерии. Специальные пробы, применяемые для подтверждения нарушений периферического кровообращения (Оппеля, Самюэlsa, Гольдфлама и др.) подробно излагаются в курсе хирургических болезней.

Особенно тщательно исследуют различные свойства пульса на *лучевой артерии*. По- существу, когда указывают те или иные характеристики пульса, не называя артерию, которая была исследована, практически всегда имеют в виду пульс на лучевой артерии. Лучевая артерия хорошо прощупывается между шиловидным отростком лучевой кости и сухожилием внутренней лучевой мышцы; при пальпации артерию прижимают к подлежащей кости.

При исследовании пульса на лучевой артерии кисть врача располагается таким образом, чтобы II—III (или даже II—IV) пальцы находились на передней поверхности предплечья над артерией, а большой палец был прижат к тыльной стороне предплечья (это положение можно образно сравнить с положением кисти левой руки на грифе при игре на классической гитаре). В некоторых учебниках при исследовании пульса на лучевой артерии рекомендуют охватить кистью лучезапястный сустав больного, так чтобы большой палец располагался на передней поверхности предплечья у его локтевого края (пользуясь предыдущим сравнением, можно сказать, что такая постановка руки практикуется при игре на эстрадной гитаре). Сравнив между собой два названных способа пальпации лучевой артерии, нетрудно убедиться, насколько подвижность и «маневренность» II—IV пальцев в первом случае будут выше, чем во втором.

Прежде всего, одновременно прощупывая пульс на правой и левой лучевых артериях, *сравнивают на обеих руках величину пульсовых волн*, которая в норме должна быть одинаковой. При выявлении различного пульса исследование его остальных свойств проводят на той лучевой артерии, где пульсовые волны лучше выражены.

Проверяя регулярность следования друг за другом отдельных пульсовых волн, оценивают *ритм пульса*. В тех случаях, когда пульсовые волны возникают через одинаковые промежутки времени, принято говорить о ритмичном пульсе (правильном ритме). Если

интервалы между пульсовыми волнами становятся различными, то можно вести речь о неправильном ритме (неритмичном или аритмичном пульсе). Если же при этом число пульсовых волн оказывается меньше, чем частота сердечных сокращений (например, при тахисистолической форме мерцательной аритмии), то такое состояние именуется *дефицитом пульса*.

Под *частотой пульса* понимают число пульсовых волн в одну минуту. Для ее определения подсчитывают число пульсовых волн за 30 секунд, умножая затем полученные цифры на 2. Если подсчитывать число пульсовых волн в течение 10 или 15 секунд и затем умножать соответственно полученные данные на 6 или на 4, то можно легко пропустить некоторые важные нарушения ритма (например, экстрасистолы). При неправильном ритме подсчет частоты пульса лучше проводить в течение целой минуты.

О *наполнении пульса* судят по пульсовому изменению объема пальпируемой артерии. При достаточном количестве крови в артерии делают заключение о хорошем (удовлетворительном) наполнении или полном пульсе. При уменьшении объема циркулирующей крови, связанном, например, с большой кровопотерей, говорят о слабом наполнении или пустом пульсе.

Такое свойство пульса, как *напряжение*, характеризуется величиной усилия, которое нужно приложить для полного сдавления артерии и прекращения ее пульсации. Напряжение пульса отражает уровень артериального давления. При повышении артериального давления ненапряженный в норме пульс становится твердым или напряженным (при значительном повышении артериального давления — «проволочным»), при снижении артериального давления — мягким.

Величина (высота) пульса отражает амплитуду колебаний стенки артерии во время прохождения пульсовой волны. При большой амплитуде колебаний стенки артерии, что может быть результатом увеличения ударного объема крови и снижения тонуса сосудистой стенки, пульс становится высоким или большим. Напротив, при уменьшении колебаний стенки артерии, обусловленном снижением ударного объема крови и повышением тонуса сосудистой стенки, пульс будет низким и малым.

Форма (скорость) пульса зависит от быстроты изменения объема пальпируемой артерии. Быстрое растяжение и такое же быстрое спадение стенки артерии приводит к появлению скорого пульса. Медленный подъем и медленный спад пульсовой волны обуславливают возникновение медленного пульса. Студенты нередко допускают типичную и логически понятную ошибку, путая скорый пульс с частым (тахикардией), а медленный пульс — с редким (брадикардией). Более подробная характеристика различных свойств пульса и их изменений при тех или иных заболеваниях приводится в учебниках.

При некоторых заболеваниях (например, при недостаточности клапана аорты) можно обнаружить так называемый *капиллярный*

пульс. Более правильным было бы именовать этот пульс артериолярным, поскольку он в действительности связан с быстрым изменением объема мелких артериол во время систолы и диастолы, т.е. быстрым расширением и спадением их стенок. Для выявления капиллярного пульса можно слегка надавить на кончик ногтя (до образования белого пятна), потереть кожу лба или же прижать к слизистой оболочке губы предметное стекло: при наличии капиллярного пульса во всех случаях можно будет наблюдать ритмичное побледнение и покраснение исследуемого участка кожи или слизистой оболочки.

Одним из методов исследования артерий является их **аускультация**. Чаще всего ограничиваются выслушиванием сонной, подключичной, плечевой и бедренной артерий. *Сонную артерию* выслушивают кнутри от грудино-ключично-сосцевидной мышцы на уровне верхнего края щитовидного хряща, *подключичную* — под ключицей в области дельтовидно-грудного треугольника (ямке Моренгейма), *плечевую* — в локтевом сгибе при вытянутой руке, *бедренную* — под паупартовой связкой, в положении больного лежа при несколько повернутом кнаружи бедре.

Прикладывать к артерии мембрану фонендоскопа при аускультации следует достаточно осторожно, поскольку сильное давление приводит к сужению просвета артерии и возникновению в связи с этим дополнительных шумов.

У здорового человека на сонной и подключичной артериях можно выслушать два тона, которые связаны с напряжением стенки артерии во время систолы (I тон) и проведением звуковых колебаний со створок аортального клапана при их захлопывании (II тон). При аускультации других артерий тоны, как правило, не выслушиваются. При недостаточности клапана аорты часто удается выслушать тоны над артериями (обычно лишь I тон), где они в норме не определяются (на плечевой, бедренной и т.д.). Очень редко при этом пороке на бедренной артерии обнаруживаются два тона (двойной тон Траубе), появление которых связывают с колебаниями стенок бедренной артерии во время систолы и диастолы.

При аускультации артерий в некоторых случаях можно выслушать также и шумы (обычно систолические), которые иногда бывают проводными (на сонных и подключичных артериях при стенозе устья аорты), могут появляться при ускорении кровотока и снижении вязкости крови, при ограниченном расширении артерии (аневризме) или ее сужении (например, за счет сдавления извне). У больных с недостаточностью клапана аорты на бедренной артерии при небольшом ее сдавлении иногда выслушивается так называемый двойной шум Виноградова—Дюрозье. Первая фаза этого шума возникает во время систолы в результате сужения артерии при сдавлении, вторая — во время диастолы за счет обратного тока крови.

После исследования пульса и аускультации артерий проводят **измерение артериального давления**. Принципы устройства сфигмоманометров (тонометров), теоретические основы измерения артериаль-

ного давления, характеристика систолического, диастолического, пульсового и среднего давления подробно представлены в учебниках и поэтому здесь рассматриваться не будут. Мы коснемся лишь некоторых практических аспектов измерения артериального давления, важных, на наш взгляд, для получения правильных результатов данного исследования.

Так, прежде чем измерять у пациента артериальное давление, необходимо обязательно убедиться в исправности самого прибора (целостность манжетки, сохранность груши и т.д.). Дело в том, что нередко встречающиеся дефекты — «разлохмаченная» манжетка с погнувшимися или выпавшими крючками, поврежденная груша, отверстие в которой приходится закрывать собственной ладонью, и др. — существенно отражаются на точности измерения. При пользовании ртутным тонометром следует обращать внимание, чтобы уровень ртути в стеклянной трубке обязательно соответствовал нулевой отметке.

При выборе манжетки необходимо иметь в виду, что оптимальные условия для измерения артериального давления будут созданы в тех случаях, когда ее ширина составит 13–14 см, а длина — 50 см. Трудности пользования короткой манжеткой становятся очевидными, когда приходится измерять артериальное давление у тучных субъектов с большой окружностью плеча.

При накладывании манжетки (предварительно из нее должен быть вытеснен воздух) нужно помнить, что край ее, к которому примыкает резиновая трубка, должен быть обращен книзу и располагаться приблизительно на 2–3 см выше локтевой ямки. После накладывания манжетка закрепляется таким образом, чтобы между ней и кожей можно было просунуть палец. Одинаково плохо, когда манжетка слишком сильно сдавливает плечо или же когда, наоборот, постоянно сваливается с руки. Рука пациента, слегка согнутая в локтевом суставе, должна быть обращена ладонью вверх, при этом мускулатура ее должна быть расслабленной.

В некоторых случаях бывает важно, чтобы пациент во время измерения артериального давления не смотрел на цифровую шкалу. Иногда возникают ситуации (например, при очень высоком артериальном давлении), когда вслух приходится говорить совсем не те цифры, которые имеются на самом деле, а опытный пациент, глядя на циферблат, на основании пульсации столбика ртути или колебания стрелки может в этот момент без большого труда определить истинные показатели.

Мембрана фонендоскопа прикладывается к плечевой артерии в локтевой ямке (предварительно ее пульсацию можно определить пальпаторно), без большого давления, но достаточно плотно. После этого при закрытом вентиле начинают нагнетать воздух в манжетку. Совсем не обязательно сразу нагнетать воздух в манжетку до тех пор, пока столбик ртути или стрелка пружинного тонометра не приблизятся к верхней отметке шкалы (280–300 мм рт.ст.), тем более что па-

циент в этот момент испытывает довольно неприятные ощущения. Повышение давления в манжетке должно продолжаться до тех пор, пока оно не будет на 20–30 мм рт.ст. выше того уровня, при котором исчезнет пульс на плечевой или лучевой артерии (это может быть и 150 мм рт.ст., и 200 мм рт.ст. и т.д.).

Последующее «сбрасывание» давления в манжете должно осуществляться очень медленно. Быстрое, в течение нескольких секунд сбрасывание его до нуля безусловно отражается на точности получаемых таким образом результатов. В ряде случаев «виновником» такого быстрого сброса, является сам прибор, который просто «не держит» даже при закрытом вентиле первоначально достигнутый уровень давления. Чтобы результаты измерения артериального давления были более точными, давление в манжете необходимо вначале сбрасывать очень медленно (примерно со скоростью 3–5 мм рт.ст. в секунду). После определения уровня систолического давления, которому соответствует момент начала выслушивания тонов, последующий сброс давления в манжете до исчезновения тонов может быть более быстрым (примерно 5–10 мм рт.ст. на каждый выслушиваемый тон).

Если у данного пациента мы измеряем артериальное давление впервые, то желательно провести его измерение на обеих руках, поскольку полученные показатели могут отличаться друг от друга. Наконец, в некоторых случаях, особенно у возбужденных пациентов, целесообразно с интервалом в несколько минут провести повторное или даже трехкратное измерение артериального давления, после чего воспользоваться средними величинами.

В диагностике некоторых заболеваний имеет значение определение артериального давления и на нижних конечностях. При этом манжетка накладывается на бедро, а мембрана фонендоскопа устанавливается на подколенную артерию (больной во время измерения лежит на животе). Измеренное таким образом на бедренной артерии систолическое давление примерно на 10–40 мм рт.ст. превышает показатели систолического давления на плечевой артерии, а диастолическое давление оказывается таким же, как и на плечевой артерии.

Исследование сосудов завершается **осмотром, пальпацией и аускультацией вен**. О возможной пульсации яремных вен (отрицательном и положительном венном пульсе) и ее отличиях от пульсации сонных артерий подробно говорилось в разделе, посвященном исследованию сосудов шеи.

У совершенно здоровых людей, особенно у мужчин, занимающихся физическим трудом, часто можно обнаружить расширение вен на руках; эти вены, как правило, быстро спадаются, если поднять руки вверх. Расширенные, но плохо спадающиеся вены верхних конечностей отмечаются у больных с правожелудочковой недостаточностью. Расширение вен голени наблюдается часто у много рожавших женщин; при этом длительный венозный застой может способствовать появлению местного отека голени, изменениям кожных покровов (пигментации, нарушениям трофики).

Венозный застой, обусловленный сдавлением вены снаружи (например, опухолью) или ее закупоркой (тромбом), приводит к *расширению коллатералей*, представляющих собой анастомозы между системами различных вен. Так, при опухолях средостения и *сдавлении верхней полой вены* происходит расширение вен шеи, грудной клетки, верхних конечностей. При *закупорке нижней полой вены* отмечается расширение вен боковой поверхности брюшной стенки, связывающих системы верхней и нижней полой вен. Наконец, при *повышении давления в системе воротной вены* расширяются венозные коллатерали на передней брюшной стенке выше пупка (анастомозы между воротной и верхней полой венами) и ниже пупка (анастомозы между воротной и нижней полой венами). Если прижать двумя пальцами участок расширенной вены передней брюшной стенки, вытесняя из нее кровь, а затем попеременно отнять один и другой палец, то нетрудно убедиться, что в анастомозах, соединяющих нижнюю и верхнюю полые вены, кровоток идет в направлении снизу вверх, а в анастомозах, соединяющих воротную вену с нижней полой веной, — в направлении сверху вниз.

Обнаруживаемые при пальпации по ходу вен инфильтраты в виде плотных болезненных тяжей свидетельствуют обычно о воспалении стенки вены (флебите, тромбофлебите). Такие изменения чаще всего выявляются при исследовании поверхностных вен стопы, голени и бедра, являющихся ветвями большой подкожной вены ноги.

В норме при аускультации вен каких-либо звуковых явлений выслушать не удается. При анемии над яремной веной, чаще справа, можно выслушать непрерывный дующий или жужжащий низкий музыкальный шум («шум волчка»), который усиливается при глубоком вдохе и повороте головы в противоположную сторону. Этот шум обусловлен ускорением кровотока через расширенную часть (луковичу) яремной вены.

Данные, полученные при исследовании сосудов, можно описать в истории болезни следующим образом:

Исследование сосудов

Жалоб нет. При осмотре и ощупывании височные, сонные, подключичные, плечевые, бедренные, подколенные, задние большеберцовые артерии и артерии стопы неизвитые, мягкие, с эластичными тонкими стенками.

Пульс одинаковый на правой и левой лучевых артериях, ритмичный, с частотой — 72 в минуту, хорошего наполнения, ненапряженный, нормальной величины и формы. Капиллярный пульс не определяется.

При аускультации артерий патологических изменений нет.

Артериальное давление (АД) — 120/70 мм рт.ст.

При осмотре, пальпации и аускультации вен изменений не отмечается.

Глава 5. ИССЛЕДОВАНИЕ СИСТЕМЫ ПИЩЕВАРЕНИЯ

С целью распознавания заболеваний органов пищеварения применяются различные методы непосредственного исследования: расспрос больного, осмотр полости рта и глотки, пальпация живота и др. Важные в диагностическом плане данные можно получить уже при правильной оценке жалоб больного, особенностей возникновения и течения заболевания, анамнеза жизни.

5.1. РАССПРОС БОЛЬНОГО

Одной из наиболее частых и важных в диагностическом плане жалоб при заболеваниях пищеварительной системы являются **боли в животе**. Их правильная трактовка оказывается подчас очень трудной, а допускаемые порой ошибки в их оценке могут вести к очень серьезным последствиям.

Это объясняется тем обстоятельством, что боли в животе встречаются не только при различных заболеваниях органов пищеварения, но и при болезнях других органов брюшной полости и забрюшинного пространства (селезенки, почек, мочеочника, мочевого пузыря, придатков матки и др.), заболеваниях органов дыхания и кровообращения (острая пневмония, плеврит, инфаркт миокарда), болезнях брюшной стенки (например, грыжи), заболеваниях периферической нервной системы (остеохондроз позвоночника, нейросифилис), болезнях крови (порфирии, геморрагический васкулит), коллагенозах (узелковый периартериит), эндокринных заболеваниях (сахарный диабет), отравлениях тяжелыми металлами и т.д. Отсюда становится понятным, что лишь тщательный анализ болевого синдрома с выявлением тех или иных его особенностей позволит избежать ошибочного диагностического заключения.

Напомним, что по механизму возникновения болей в животе выделяют висцеральные, перитонеальные и отраженные боли.

Висцеральные боли появляются при нарушении моторики желудка, кишечника, желчного пузыря (спазме или растяжении гладкомышечных волокон). Эти боли бывают либо схваткообразными (например, при печеночной колике, кишечной колике), либо, наоборот, тупыми, ноющими (метеоризме, гипомоторной дискинезии желчного пузыря) и сопровождаются нередко иррадиацией в различные участки тела.

Перитонеальные (соматические) боли возникают при раздражении париетального листка брюшины, например, при прободной язве желудка, остром аппендиците. Такие боли бывают обычно четко локализованными, постоянными; носят острый, режущий характер, усиливаются при движении и дыхании, сопровождаются напряжением мышц передней брюшной стенки.

Отраженные боли в животе являются своеобразным вариантом иррадиации болевых ощущений, которая может наблюдаться, в частности, при правосторонней нижнедолевой пневмонии, плеврите, некоторых других заболеваниях.

Правильная детализация болей в животе предполагает, прежде всего, уточнение такого важного признака болевого синдрома, как *локализация болей*. В свою очередь, правильно локализовать болевые ощущения пациента можно только в том случае, если хорошо представлять себе **топографические области живота**.

С помощью двух горизонтальных линий, одна из которых соединяет между собой наиболее низкорасположенные точки X ребер, а другая — верхние передние ости подвздошных костей, передняя брюшная стенка разделяется на три области или «этажа»; верхний, средний (мезогастрий) и нижний (гипогастрий). Две вертикальные линии, проведенные по наружным (латеральным) краям прямых мышц живота (эти линии являются, по существу, продолжением среднеключичных линий), делят каждую область еще на три. Всего, таким образом, получается 9 топографических областей живота.

При этом верхний «этаж» будет состоять из *надчревной (эпигастральной) области* (regio epigastrica), а также *правой и левой подреберных областей* (regio hypochondriaca dextra et sinistra). В мезогастрии будут находиться *пупочная область* (regio umbilicalis), *правый и левый боковые отделы живота* или *фланки* (regio abdominalis lateralis dextra et sinistra). Наконец, гипогастрий будет состоять из *лобковой области* (regio pubica), *правой и левой паховых областей* (regio inguinalis dextra et sinistra). Последние области называют еще иногда подвздошно-паховыми или подвздошными.

Выяснение точной локализации болей во многих случаях помогает сразу предположить о вовлечении в патологический процесс того или иного органа.

Так, боли в *эпигастральной области* отмечаются при заболеваниях пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки, поджелудочной железы (особенно при поражении ее тела), грыжах белой линии живота, заболеваниях диафрагмы. Боли в области *правого подреберья* характерны для заболеваний печени, желчного пузыря, головки поджелудочной железы, постбульбарного отдела двенадцатиперстной кишки, печеночного угла поперечной ободочной кишки, правой почки, правого купола диафрагмы. *Боли в левой подреберной области* встречаются при заболеваниях желудка, хвоста поджелудочной железы, селезенки, селезеночного угла поперечной ободочной кишки, левой почки, левого купола диафрагмы.

Боли в *пупочной области* наблюдаются при пупочных грыжах, поражении тонкой кишки, брыжеечных лимфоузлов, брюшной аорты. Кроме того, необходимо помнить, что дети раннего возраста при наличии у них болей в животе часто указывают на пупочную область, хотя истинная локализация болей у них может быть и иной. Боли в *правом боковом отделе живота* могут возникать при поражении восходящего отдела ободочной кишки, заболеваниях червеобразного отростка (при его высоком расположении), правой почки и мочеточника, желчного пузыря (при его низком расположении). Боли в *левом боковом отделе живота* появляются при заболеваниях левой почки и мочеточника, а также при поражении нисходящего отдела ободочной кишки.

Боли в *лобковой области* наиболее часто отмечаются при заболеваниях мочеполовой сферы (например, цистите, простатите). Боли в *правой паховой области* наблюдаются при воспалении червеобразного отростка, заболеваниях слепой кишки, терминального отдела подвздошной кишки, паховых грыжах, поражении правого яичника. Боли в *левой паховой области* встречаются при заболеваниях сигмовидной кишки, левосторонней паховой грыже, поражении левого яичника. Боли при заболеваниях прямой кишки нередко локализуются в *области промежности*.

При заболеваниях поджелудочной железы, межреберной невралгии, нейросифилисе могут отмечаться *опоясывающие боли*. При кишечной непроходимости, разрыве паренхиматозных органов, обширных спаечных процессах, метеоризме боли часто становятся разлитыми. При заболеваниях пищевода и кардиального отдела желудка боли часто локализуются в области *мечевидного отростка грудины*.

Естественно, что представленный анализ связи той или иной локализации болей с конкретным заболеванием является в известной мере схематичной. Можно привести немало примеров, не укладывающихся в приведенные рамки. И все же установление точной локализации болей в самом начале расспроса больного значительно облегчает последующий анализ болевого синдрома.

При наличии болей в животе выясняют их *иррадиацию*, которая также может иметь определенное диагностическое значение. Так, при заболеваниях субкардиального отдела желудка может наблюдаться иррадиация болей в левую половину грудной клетки, при язве задней стенки двенадцатиперстной кишки — в поясничную область, при заболеваниях желчного пузыря — в правое плечо и лопатку, при поражении левых отделов толстой кишки — в область крестца и т.д. Многообразие вариантов иррадиации болей при заболеваниях органов брюшной полости также может быть источником диагностических ошибок.

Обязательно уточняют *связь болей с приемом пищи*. При этом важно выяснить характер пищи, которая вызывает боли (острая, грубая, жирная) и ее количество, а также установить время, которое проходит с момента приема пищи до появления болей. У пациентов могут

встречаться боли во время приема пищи, сразу после еды, ранние боли (спустя 30 минут — 1 час после еды), поздние боли (через 1,5–3 часа после приема пищи), голодные боли, появляющиеся через 6–7 часов после еды и исчезающие после приема пищи. Близкими по своему происхождению к голодным болям являются ночные боли, которые возникают в период с 11 часов вечера до 3 часов утра и, как правило, также проходят после приема пищи.

Выясняют наличие возможной *связи возникновения болей* с другими провоцирующими факторами, в частности, с *положением тела, актом дефекации*. Так, при значительном опущении желудка (гастроптозе) боли усиливаются в вертикальном положении, при ходьбе и физической нагрузке и уменьшаются в положении лежа. При развитии спаечного процесса вокруг тех или иных органов (перигастрит, перихолецистит) боли провоцируются резкими движениями, сотрясением тела, подъемом тяжестей. Боли при заболеваниях толстой кишки часто усиливаются перед актом дефекации и уменьшаются после опорожнения кишечника. При поражении прямой кишки (геморрой, трещины в области заднего прохода) боли, наоборот, возникают обычно во время акта дефекации, сопровождаясь нередко болезненными ложными позывами на акт дефекации (тенезмами).

Важное диагностическое значение имеют *характер болей и их интенсивность*. Так, боли спастического происхождения носят, как правило, схваткообразный характер, тогда как боли, связанные с растяжением полых органов, чаще бывают тупыми, ноющими, тянущими. Резчайшие, «кинжальные» боли наблюдаются при прободении язвы, разрыве внутренних органов. Очень интенсивные боли появляются при метастазах рака и его прорастании в другие органы.

Определенную роль в распознавании ряда заболеваний пищеварительной системы играет выявление *периодичности и сезонности* болей. Так, чередование периодов болевых ощущений и хорошего самочувствия, а также возникновение и усиление болей в весенне-осенний период нередко отмечают у больных язвенной болезнью.

Наконец, существенную помощь в диагностике гастроэнтерологических заболеваний оказывает и *оценка лекарственных препаратов*, прием которых способствует уменьшению болевых ощущений. Например, спастические боли (при печеночной колике, кишечной колике) проходят после применения холино- и спазмолитических средств. Пептические (жгучего характера) боли у больных язвенной болезнью и рефлюкс-эзофагитом хорошо купируются приемом антацидных препаратов. В запущенных стадиях онкологических заболеваний временное облегчение отмечается иногда лишь при назначении наркотиков.

Частым симптомом различных заболеваний желудка, желчного пузыря, поджелудочной железы и других органов пищеварения является **рвота**, которая в таких случаях носит название *висцеральной*. В клинической практике наблюдается также *рвота центрального происхождения*, возникающая при повышении внутричерепного дав-

ления, поражении лабиринтного аппарата, неврозах и психопатии, *гематогенно-токсическая рвота*, появляющаяся при некоторых экзогенных интоксикациях (алкоголем, никотином, лекарственными препаратами), эндогенных интоксикациях (например, при уремии), лучевой болезни.

В дифференциально-диагностическом плане здесь помогает то обстоятельство, что рвота центрального происхождения возникает обычно без предшествующей тошноты, не связана с приемом пищи, бывает скудной, сочетается не с болями в животе, а с головными болями и не приносит заметного облегчения.

Многообразии заболеваний, при которых может отмечаться рвота, также требует тщательной детализации данного симптома.

Уточняют *время возникновения рвоты* (утренняя рвота натощак, сразу после приема пищи, спустя 1,5–2 часа после еды на высоте болей), *частоту ее возникновения*; обращают внимание на *облегчение состояния больного после рвоты* и ее возможное искусственное вызывание больными для устранения болей.

Выясняют *объем рвотных масс, их запах, цвет, консистенцию, реакцию, характер остатков пищи, наличие различных примесей*. Так, большой объем рвотных масс, а также присутствие в них пищи, съеденной накануне, характерно для рубцово-язвенного или опухолевого стеноза привратника. Непереваренные остатки пищи с нейтральной химической реакцией отмечаются при ахилии. Неизменные остатки пищи, а также отсутствие соляной кислоты в рвотных массах характерны и для пищевода рвоты. Рвота кислым желудочным содержимым встречается при язвенной болезни.

Рвота большим количеством желчи наблюдается при нарушении дуоденальной проходимости дистальнее фатерова соска. Каловая рвота свидетельствует о кишечной непроходимости, разлитом перитоните или же указывает на наличие свища между желудком и ободочной кишкой.

Рвота с примесью крови является симптомом пищевода или желудочного кровотечения. При артериальном пищеводном кровотечении (например, в результате распадающейся опухоли) в рвотных массах отмечается примесь неизменной крови. При кровотечении из варикозно расширенных вен пищевода кровь в рвотных массах приобретает темно-вишневый цвет. При желудочном кровотечении у больных с сохраненной выработкой соляной кислоты рвотные массы за счет образования солянокислого гематина приобретают вид «кофейной гущи», тогда как при отсутствии в желудочном соке соляной кислоты в рвотных массах возможна примесь неизменной крови. При профузном желудочном кровотечении неизменная алая кровь в рвотных массах будет даже при сохраненной желудочной секреции.

При наличии рвоты уточняют также, какие мероприятия способствуют ее прекращению (промывание желудка, применение церукала, нейролептиков и т.д.).

Достаточно частой жалобой больных является тошнота, которая нередко предшествует рвоте и возникает в силу тех же причин: при повышении внутричерепного давления, раздражении вестибулярного аппарата, интоксикациях, различных гастроэнтерологических заболеваниях. При наличии тошноты отмечают время ее появления (натощак, после еды и т.д.), продолжительность (кратковременная, постоянная), выраженность; выясняют, прием каких лекарственных препаратов приводит к уменьшению тошноты.

При жалобах пациентов на **отрыжку** уточняют частоту ее появления, характер (отрыжка воздухом, с запахом прогорклого масла, кислым, гнилостная отрыжка или отрыжка «тухлым яйцом»), обращают внимание на факторы, которые могут провоцировать ее возникновение (передание, физические упражнения, употребление определенных продуктов).

В тех случаях, когда больные предъявляют жалобы на **изжогу**, прежде всего стараются выяснить, как часто появляется изжога (несколько раз в день, эпизодически), связано ли возникновение изжоги с приемом определенной пищи (острой, грубой, кислой) или положением тела. Так, например, у больных с грыжами пищеводного отверстия диафрагмы изжога нередко появляется при горизонтальном положении пациентов, поскольку при этом усиливается заброс кислого желудочного содержимого в пищевод. Отмечают продолжительность изжоги и те лекарственные препараты (чаще всего ими бывают антациды), прием которых ведет к ее исчезновению.

При расспросе больного обязательно выясняют состояние его **аппетита**. Нарушения аппетита относятся к частым симптомам различных заболеваний, среди которых следует прежде всего назвать гастроэнтерологические заболевания, инфекционные болезни, авитаминозы, психические и эндокринные заболевания.

Встречающееся нередко **снижение аппетита** при некоторых заболеваниях (рак желудка, рак поджелудочной железы) может доходить до его *полного отсутствия (анорексии)* с появлением отвращения к определенным продуктам (в частности, мясным). Важно при этом, что снижение аппетита и потеря привычного чувства удовлетворения от приема пищи могут быть, например, в ранних стадиях рака желудка, по существу, единственным симптомом заболевания.

От снижения аппетита необходимо отличать *ситофобию* – состояние, наблюдающееся, например, при язвенной болезни, при котором больные испытывают страх перед приемом пищи из-за опасения последующего возникновения болей. При беременности, а также у больных, страдающих ахилическим гастритом, может отмечаться извращение аппетита с появлением желания принимать в пищу несъедобные вещества.

Усиление аппетита, иногда достигающее степени «волчьего голода», является одним из наиболее типичных симптомов сахарного диабета. Считается также характерным для язвенной болезни, оно представляет собой в таких случаях не столько истинное повышение

аппетита, сколько потребность часто принимать пищу из-за наличия поздних и голодных болей. Напротив, у больных раком желудка, особенно при диффузном характере поражения, может отмечаться *чувство быстрого насыщения*, иногда возникающее уже после первых нескольких глотков.

У больных уточняют также характер *вкусовых ощущений*. У некоторых пациентов может отмечаться появление сухости или неприятного вкуса во рту (например, «металлического» — при хроническом гастрите, горечи во рту — при забросе желчи в желудок, кислого вкуса во рту — при гастроэзофагеальном рефлюксе и т.д.). При рубцовых стриктурах пищевода, раке пищевода и кардиального отдела желудка могут появляться жалобы на *усиленное слюноотечение (гиперсаливацию)*.

При расспросе больного выясняют *также*, не усилена ли у него жажда, уточняют количество жидкости, выпиваемое пациентом в течение суток (в норме — 1–1,5 л). Повышенная жажда (полидипсия) отмечается при сахарном диабете, у пациентов с заболеваниями сердца и почек в период нарастания отеков, при применении мочегонных препаратов.

Больному необходимо, кроме того, задать вопрос, хорошо ли он *прожевывает пищу* и не испытывает ли *болей при жевании*. Так, боли при жевании встречаются при многих стоматологических заболеваниях, например, при периодонтитах. Плохое прожевывание пищи вследствие отсутствия зубов может, в свою очередь, быть одной из причин развития некоторых гастроэнтерологических заболеваний.

При расспросе больного важно также узнать, нет ли у него каких-либо нарушений *глотания*. При некоторых заболеваниях, например, при ангине, оно становится болезненным, а в ряде случаев (при нарушении мозгового кровообращения) — затрудненным или даже полностью невозможным.

Затрудненное прохождение пищи по пищеводу, субъективно ощущаемое пациентом как задержка пищевого комка в пищеводе, носит название *дисфагии*. При наличии дисфагии отмечают, прежде всего, является ли она постоянной или же возникает периодически; выясняют, какая пища (твердая, мягкая, жидкая) проходит по пищеводу хуже. Так, постоянная, причем обычно прогрессирующая дисфагия, когда вначале затрудняется прохождение по пищеводу твердой, а затем — мягкой и жидкой пищи, наблюдается при раке пищевода или кардиального отдела желудка, рубцовых стриктурах пищевода. Периодически возникающая в определенных ситуациях (например, при волнении) дисфагия (причем иногда парадоксальная, когда жидкая пища проходит по пищеводу хуже, чем твердая) носит название пароксизмальной или функциональной и встречается, в частности, при дискинезиях пищевода.

При расспросе больного большое значение имеет оценка *деятельности кишечника*. Уточняют, сколько раз в сутки бывает стул и в какое время, является ли опорожнение кишечника самостоя-

тельным или же оно осуществляется с помощью слабительных, клизмы, нет ли произвольной дефекации. Выясняют цвет испражнений, наличие в них различных патологических примесей (крови, слизи).

У здорового человека стул бывает ежедневно, преимущественно утром. В то же время частота стула во многом зависит от состава пищевого рациона и содержания в нем растительной клетчатки и может колебаться от 2–3 раз в сутки (при употреблении преимущественно растительной пищи) до 1 раза в двое суток (при безшлаковом рационе).

При различных заболеваниях встречается ускоренное опорожнение кишечника с выделением жидких или кашицеобразных испражнений (*понос или диарея*). При этом часто возникает необходимость отличить поносы, обусловленные поражением тонкой кишки (энтеральные), от поносов, связанных с заболеванием толстой кишки (колитических).

Энтеральные поносы характеризуются сравнительно невысокой частотой (2–3 раза в сутки), значительным объемом каловых масс, наличием признаков недостаточного переваривания и всасывания белков, жиров и углеводов. Так, при нарушении переваривания белков появляются испражнения темного цвета, щелочной реакции, с гнилостным запахом, содержащие кусочки непереваренной пищи (гнилостная диспепсия). При нарушении переваривания и всасывания углеводов в кишечнике происходит активация бродильной микрофлоры, в результате чего появляются пенистые кашицеобразные испражнения кислой реакции (броидильная диспепсия).

Колитические поносы отличаются от энтеральных более высокой частотой (до 10 и более раз в сутки), выделением при этом небольшого количества каловых масс с примесью слизи и крови.

О наличии *запоров* говорят в тех случаях, когда задержка опорожнения кишечника достигает 48 и более часов, причем перерывы между актами дефекации могут иногда составлять 5–7 дней. При запорах изменяется консистенция кала; он становится более твердым, выделяется с трудом, нередко в виде мелких «орешков» (в форме так называемого овечьего кала).

Серьезным диагностическим симптомом следует считать наличие в испражнениях *примеси крови*. В тех случаях, когда источник кровотечения локализуется в тонкой кишке, оно обычно проявляется черным дегтеобразным стулом. При поражении толстой кишки, особенно ее левых отделов, в испражнениях обнаруживается, как правило, неизменная кровь, равномерно перемешанная с калом и слизью. При геморрое чаще всего отмечается появление свежих каплей крови в конце акта дефекации.

Оценивая деятельность кишечника, уточняют также характер *отхождения газов*. У здорового человека отхождение газов бывает умеренным и происходит свободно. При некоторых состояниях (например, усиленном газообразовании в кишечнике) больные ощущают

вздутие живота (метеоризм). При толстокишечной непроходимости вздутие живота наблюдается обычно в каком-то определенном отделе и сопровождается затруднением отхождения газов.

При анализе **истории развития заболевания** выясняют особенности его начала, которое может быть как острым (например, при остром аппендиците), так и постепенным, малозаметным (при хроническом гастрите, раке желудка), оценивают течение заболевания (с чередованием четких периодов обострения и ремиссии — при язвенной болезни, неуклонно прогрессирующее — при раке поджелудочной железы, раке толстой кишки). Обращают внимание на изменение характера жалоб. Так, утрата прежней четкой связи болей с приемом пищи при язвенной болезни может свидетельствовать о пенетрации язвы; появление рвоты пищей, съеденной накануне, указывает на развитие стеноза привратника.

Оценивая данные **анамнеза жизни**, уточняют наличие возможной наследственной предрасположенности к тем или иным заболеваниям, например, язвенной болезни; выясняют перенесенные заболевания, которые способны в последующем привести к поражению желудочно-кишечного тракта. Так, операция резекции желудка ведет нередко к возникновению постгастрорезекционных расстройств. Перенесенные дизентерия и брюшной тиф способствуют формированию хронических заболеваний кишечника. Прием некоторых лекарственных препаратов (салицилатов, глюкокортикоидов) может обусловить возникновение острых эрозий и язв желудка и двенадцатиперстной кишки.

Отмечают различные нарушения ритма и характера питания, к которым относятся, в частности, употребление грубой и острой пищи, еда всухомятку, большие перерывы между приемами пищи и др., способствующие во многих случаях прогрессированию различных заболеваний желудка и кишечника. Выявляют вредные привычки, наличие которых может неблагоприятно отражаться на течении гастроэнтерологических заболеваний. Так, курение утяжеляет течение язвенной болезни, злоупотребление алкоголем ведет к поражению поджелудочной железы и т.д.

Выясняют условия труда и быта пациента. Такие факторы, как нервно-психическое перенапряжение, физические перегрузки, конфликтные ситуации на работе и в семье могут способствовать возникновению и прогрессированию язвенной болезни. Некоторые профессиональные интоксикации (свинец, мышьяк, ртуть) ведут к тяжелым поражениям кишечника.

Результаты проведенного расспроса могут быть отражены в истории болезни следующим образом:

Система пищеварения

Жалоб нет. Аппетит хороший. Вкусовые ощущения не изменены. Жажда не усилена (в сутки выпивает 1200 мл жидкости). Пищу прожевывает хорошо, болей при жевании не отмечает. Глотание свободное, безболезненное.

Деятельность кишечника регулярная. Стул бывает ежедневно, утром. Испражнения оформленной консистенции, коричневого цвета, без патологических примесей. Отхождение газов свободное, умеренное.

Исследование органов пищеварения включает в себя осмотр полости рта, глотки, исследование органов брюшной полости (осмотр, перкуссию, пальпацию и аускультацию живота, перкуссию и пальпацию печени и желчного пузыря, перкуссию и пальпацию селезенки, пальпацию поджелудочной железы).

5.2. ОСМОТР ПОЛОСТИ РТА

Предварительно обращают внимание на наличие *запаха* в выдыхаемом изо рта воздухе. Неприятный запах изо рта встречается сравнительно нередко и чаще всего бывает обусловлен различными заболеваниями зубов (например, пародонтоз), слизистой оболочки полости рта (стоматит), миндалин (хронический тонзиллит). При нарастании явлений декомпенсации сахарного диабета в выдыхаемом изо рта воздухе может ощущаться запах ацетона, напоминающий запах «гниющих яблок», а при развитии уремии — характерный запах аммиака. Гнилостный запах изо рта может отмечаться при распаде злокачественной опухоли пищевода и желудка.

Затем последовательно осматривают *слизистую оболочку* внутренней поверхности губ, щек, твердого и мягкого нёба, обращают внимание на ее окраску, влажность, наличие каких-либо высыпаний, афт (округлой формы эрозий желтоватого или белесоватого цвета), лейкоплакий (участков ороговения эпителия слизистой оболочки щек) и т.д. Чтобы лучше осмотреть слизистую оболочку полости рта, обычно используют шпатель, отодвигая им последовательно верхнюю и нижнюю губу, правую и левую щеку.

Специальное исследование состояния зубов проводится стоматологом. Однако врач любой специальности должен уметь провести хотя бы общий осмотр зубов, выявив изменения положения, формы зубов и т.д. Результаты *осмотра зубов* принято оформлять в виде так называемой зубной формулы, в которой каждый зуб, начиная с центрального резца и кончая третьим моляром, получает свой порядковый номер:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------|-----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---------------|
| | верхняя челюсть | | | | | | | | | | | | | | | | |
| правая сторона | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | левая сторона |
| | нижняя челюсть | | | | | | | | | | | | | | | | |

Отсутствующий зуб обозначают буквой «О», зуб, пораженный кариесом, — «К», пульпитом — «П» и т.д. При этом вместо длинного словесного описания, например, «первый большой коренной зуб верхней челюсти справа», используется простое обозначение — б1.

Проводя осмотр десен, отмечают их окраску, характер прилегания десен к шейке зубов, наличие кровоточивости.

При осмотре языка обращают внимание на его форму, величину, окраску, влажность, выраженность нитевидных и грибовидных сосочков, наличие отпечатков зубов на его спинке, трещин, изъязвлений, налетов. Так, обложенность языка желтовато-сероватым налетом встречается при многих лихорадочных заболеваниях. Яркорозный язык с гладкой блестящей поверхностью за счет атрофии вкусовых сосочков носит название «лакированного» и наблюдается при раке желудка, некоторых авитаминозах. При десквамационном глоссите в результате десквамации и набухания эпителия появляются характерные пятна, напоминающие географическую карту («географический язык»).

После осмотра полости рта переходят к исследованию глотки. Детальный осмотр ее различных отделов, включая носоглотку, гортаноглотку, проводится отоларингологом с использованием специальных приемов (риноскопии, фарингоскопии, ларингоскопии). Врачи-терапевты ограничиваются обычно выявлением жалоб, указывающих на возможное заболевание глотки (ощущение сухости и першения, боли при глотании), а также осмотром зева, миндалин, слизистой оболочки задней стенки глотки.

При проведении осмотра применяют обычно шпатель или — при его отсутствии — чайную ложечку. Повернув больного таким образом, чтобы полость рта была максимально освещена, голову его фиксируют левой рукой, а правой рукой кладут шпатель на передние две трети языка, после чего медленно и осторожно отдавливают корень языка книзу. При резком надавливании или при более глубоком введении шпателя могут возникнуть позывы на рвоту.

При осмотре зева, расположенного между глоткой и полостью рта и ограниченного мягким нёбом (сверху), корнем языка (снизу), нёбно-язычными и нёбно-глочными дужками (с боков), обращают внимание на изменение его нормальной (розовой) окраски (появление гиперемии), сглаженность контуров в результате припухлости, появление налетов.

Особенно тщательно проводится *осмотр миндалин*. В норме у взрослых людей миндалины не выступают за нёбные дужки. При ряде заболеваний (ангина, хронический тонзиллит) миндалины увеличиваются в размерах, становятся разрыхленными, с неровной поверхностью, в их лакунах появляется гнойное содержимое («пробки»).

Для более тщательного осмотра миндалин можно воспользоваться двумя шпателями. При этом одним шпателем отдавливают спинку языка, а другой располагают вблизи передней нёбной дужки и отводят ее сверху и несколько кзади, в результате чего миндалина как бы выскальзывает из-за дужек и гнойное содержимое лакун выдавливается наружу. Указанный технический прием является достаточно сложным, сопровождается обычно выраженным рвотным рефлексом и к тому же оказывается довольно болезненным для пациента.

Слизистая оболочка задней стенки глотки в норме бывает розовой окраски, гладкой, влажной. При атрофическом фарингите слизистая оболочка глотки становится сухой и приобретает желтоватую окраску. При хроническом гранулезном фарингите на слизистой оболочке глотки появляются округлые узелки ярко-красного цвета, представляющие собой участки гиперплазии лимфоидной ткани.

Описание в истории болезни результатов осмотра полости рта можно дать следующим образом:

Осмотр полости рта

Запах обычный. Слизистая оболочка внутренней поверхности губ, щек, мягкого и твердого неба розовой окраски; высыпания, изъязвления, афты отсутствуют. Десны бледно-розовой окраски, не кровоточат.

Имеются кариозные зубы: 6К, 7К. Отсутствующие зубы: 3О, 8О.

Зубная формула:

$$\frac{8\text{ K K }5\text{ 4 }0\text{ 2 }1 \mid 1\text{ 2 }3\text{ 4 }K\text{ 6 }7\text{ 8}}{8\text{ 7 }K\text{ 5 }4\text{ 3 }2\text{ 1} \mid 1\text{ 2 }3\text{ 4 }5\text{ 6 }7\text{ 0}}$$

Язык нормальной величины и формы, розовой окраски, влажный, чистый. Нитевидные и грибовидные сосочки языка выражены достаточно хорошо.

Зев розовой окраски. Нёбные дужки хорошо контурируются. Миндалины не выступают за нёбные дужки. Слизистая оболочка глотки не гиперемирована, влажная, поверхность ее гладкая.

После осмотра полости рта переходят к исследованию органов брюшной полости, которое начинают с осмотра живота.

5.3. ОСМОТР ЖИВОТА

Осмотр живота проводят как в горизонтальном, так и в вертикальном положении больного, что позволяет лучше выявить имеющиеся изменения.

Прежде всего обращают внимание на *форму (конфигурацию) живота и его размеры*. В норме живот имеет округлую форму, а его поверхность (в положении больного лежа) располагается чуть ниже уровня грудной клетки.

Форма и размеры живота зависят в определенной мере от типа телосложения пациента. У лиц астенической конституции живот обычно бывает небольшим, иногда с умеренным выпячиванием в нижнем отделе. У гиперстеников размеры живота оказываются весьма значительными, а сам живот при этом выступает впереди более равномерно. У лиц с недостаточным развитием подкожного жирового слоя живот иногда становится впалым (ладьевидным). Напротив, при увеличении подкожного жирового слоя, метеоризме, значительном асците живот заметно увеличивается в размерах, оказываясь выпуклым. У лиц со слабым развитием мышц брюшного пресса, особенно при сопутствующем опущении органов брюшной полости (спланхноптозе), живот становится отвислым.

При скоплении сравнительно небольшого количества жидкости в брюшной полости она располагается преимущественно в боковых отделах, в результате чего живот представляется как бы распластанным («лягушачий живот»).

Оценивая форму живота, обращают внимание и на его *симметричность*. Асимметрия живота, обусловленная появлением выпячиваний в его различных областях, может наблюдаться при значительном увеличении некоторых органов брюшной полости (печени, селезенки), больших кистах (например, яичника, поджелудочной железы) и опухолях, вздутии петель кишечника при непроходимости.

С помощью гибкой сантиметровой ленты измеряют *окружность живота на уровне пупка*. Измерение окружности живота, проведенное в динамике, может, например, иметь значение для контроля за эффективностью мочегонной терапии у больных с асцитом.

Исследуя *кожные покровы живота*, отмечают их окраску, а также наличие высыпаний и послеоперационных рубцов. У женщин, особенно многорожавших, в боковых отделах живота видны характерные белесоватые или красноватые зубчатые полоски, так называемые «полосы беременных» (*striae gravidarum*). При болезни Иценко–Кушинга на коже живота могут появляться ярко-красные полосы, обусловленные исчезновением эластических волокон и растяжением кожи за счет чрезмерного накопления подкожной жировой клетчатки. Эти стрии могут достигать в длину до 10 см, составляя 2–3 см в поперечнике. Участки гиперпигментации в эпигастральной области, как следствие частого применения грелки, которые прежде считались характерными для больных язвенной болезнью, в настоящее время встречаются очень редко, поскольку пациенты сейчас почти не прибегают к такому способу борьбы с болями.

При исследовании состояния кожных покровов живота обращают внимание и на расширение венозной сети на передней брюшной стенке (в виде «головы медузы») и боковых поверхностях живота. Развитие этих коллатералей наблюдается при нарушении кровотока в системе воротной и нижней полых вен (см. исследование сосудов). У больных со стенозом привратника, особенно при их значительном исхудании, иногда удается заметить периодические волнообразные движения, связанные с усиленной перистальтикой желудка, приподнимающие переднюю брюшную стенку. Такая же видимая перистальтика может наблюдаться иногда и при кишечной непроходимости.

При осмотре живота отмечают, насколько активно *мышцы брюшной стенки участвуют в акте дыхания*. С этой целью можно попросить больного «надуть живот», а затем втянуть его в себя. Если у больного имеется раздражение брюшины (при остром аппендиците, остром холецистите), становится заметным, как пациент шадит при дыхании соответствующую область. Появление ограниченных выпячиваний при дыхании и натуживании наблюдается также при наличии у пациента расхождения мышц живота по белой линии, пу-

почной или паховой грыж, хотя указанные изменения все же значительно лучше выявляются с помощью пальпации.

При отсутствии патологических изменений данные, полученные при осмотре живота, описываются в истории болезни достаточно кратко:

ИССЛЕДОВАНИЕ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Осмотр живота

Живот нормальной формы, симметричен. Коллатерали на передней поверхности живота и его боковых поверхностях не выражены. Патологической перистальтики, рубцов и других изменений кожных покровов не отмечается. Окружность живота на уровне пупка – 80 см. Мышцы брюшной стенки активно участвуют в акте дыхания. Ограниченные выпячивания стенки живота при глубоком дыхании и натуживании отсутствуют.

5.4. ПЕРКУССИЯ ЖИВОТА

При перкуссии живота в норме отмечается тимпанический звук, обычно более низкий над желудком и более высокий над кишечником, с небольшим оттенком притупления, обусловленный наличием в кишечнике газообразного, жидкого и плотного содержимого. При метеоризме перкуторный звук становится более громким, тогда как при скоплении в брюшной полости жидкости отмечается, напротив, появление тупого звука.

При обнаружении жидкости в брюшной полости иногда возникает необходимость отличить *свободную жидкость (асцит)* от *осумкованной*, содержащейся, например, в больших кистах. В таких случаях рекомендуется проводить перкуссию при различном положении больного (горизонтальном, вертикальном, на боку, иногда даже при коленно-локтевом положении).

В горизонтальном положении больного на спине свободная жидкость будет прежде всего скапливаться в боковых отделах живота (фланках), что и обусловит появление там при перкуссии тупого звука, тогда как перкуторный звук в околопупочной области останется тимпаническим. При повороте больного на правый или на левый бок свободная жидкость переместится соответственно в нижерасположенный боковой отдел живота, где область тупого звука естественно увеличится. В вышерасположенном отделе живота тупой звук, наоборот, исчезнет и сменится тимпаническим. При перкуссии в вертикальном положении больного тупой звук можно будет обнаружить в лобковой и паховых областях, тогда как в верхней половине живота при перкуссии сохранится тимпанический звук. Эти способы позволяют обнаружить перкуторно наличие жидкости в брюшной полости при ее объеме не менее 1 л. Понятно, что при очень большом количестве жидкости в брюшной полости (в ряде случаев ее может скапливаться до 20–30 л и более) указанные методические приемы теряют свое значение.

Большие кисты, расположенные в брюшной полости и имеющие жидкое содержимое, также дают при перкуссии тупой звук. При

этом, однако, следует иметь в виду, что такие кисты занимают в брюшной полости чаще всего срединное положение, оттесняя петли кишечника в боковые отделы. Поэтому при перкуссии живота, проводимой в горизонтальном положении больного на спине, тупой звук будет лучше всего определяться в пупочной области, тогда как в боковых отделах сохранится тимпанический звук. Поскольку кисты бывают обычно в большей или меньшей степени фиксированными, то изменение положения больного, в отличие от пациентов с асцитом, не приведет к столь явным изменениям границ перкуторного звука.

В редких случаях приходится сталкиваться с кистами брюшной полости огромных размеров, вмещающих в себя очень большое количество жидкого содержимого (до 10 л и более). Отличить их от асцита без специального исследования (в частности, ультразвукового) бывает чрезвычайно трудно.

Наличие у больного асцита можно подтвердить и с помощью обнаружения *флюктуации* свободной жидкости в брюшной полости. Для этого ладонь левой руки прикладывают к правой боковой поверхности живота больного, а кончиками пальцев правой руки наносят легкие отрывистые толчки (или щелчки) по противоположной боковой поверхности живота. При скоплении в брюшной полости жидкости возникнут волны (зыбление), которые будут хорошо ощущаться левой рукой.

Следует иметь в виду, что при значительном ожирении и дряблых мышцах брюшного пресса могут возникнуть колебания брюшной стенки, несколько напоминающие флюктуацию. В таких случаях помощник (или сам больной) немного надавливает ребром ладони на среднюю линию живота. Созданная таким образом преграда задерживает колебания брюшной стенки, тогда как флюктуация, вызванная зыблением жидкости, сохраняется и воспринимается достаточно отчетливо.

При перкуссии живота иногда можно обнаружить и положительный *симптом Менделя* — появление ограниченного (величиной с трех- или пятикопеечную монету) участка болезненности в эпигастриальной области при легком постукивании одним пальцем по брюшной стенке. Прежде этому симптому придавалось большое значение в диагностике язвенной болезни. Сейчас, однако, считают, что данный симптом не отличается строгой специфичностью, и, в частности, его отсутствие вовсе не говорит против наличия у больного обострения язвенной болезни.

В тех случаях, когда при перкуссии живота не удается выявить каких-либо изменений, в истории болезни достаточно бывает ограничиться одной фразой:

Перкуссия живота

При перкуссии живота отмечается тимпанит различной степени выраженности.

5.5. ПАЛЬПАЦИЯ ЖИВОТА

Пальпация живота имеет большое значение в распознавании заболеваний органов брюшной полости. При этом, однако, ценные в диагностическом плане данные можно получить при пальпации только в том случае, если будет соблюдаться целый ряд обязательных условий.

Прежде всего, чтобы пальпация живота достигла своей цели, необходимо максимальное *расслабление мышц брюшной стенки*. В определенной мере это обеспечивается правильным дыханием больного, которое при проведении пальпации живота должно быть диафрагмальным. В ряде случаев приходится предварительно обучать больного технике такого дыхания; для этого руку пациента кладут на его живот (область эпигастрия) и просят больного дышать так, чтобы его рука периодически поднималась и опускалась в такт дыхательным движениям.

При проведении пальпации живота больной лежит ровно на кушетке или на кровати с низким изголовьем; руки его должны быть сложены на груди или же вытянуты вдоль туловища. Сгибание больным ног в коленных суставах, как это советуют иногда некоторые врачи для лучшего расслабления мышц брюшной стенки, не рекомендуется, поскольку желаемый эффект при этом, как правило, не достигается. В некоторых случаях для расслабления мышц брюшного пресса бывает полезно просто отвлечь внимание больного от действий врача каким-либо разговором.

Врач садится с правой стороны от больного (ни в коем случае нельзя пальпировать стоя!) таким образом, чтобы сиденье стула находилось примерно на одном уровне с кроватью. Нельзя проводить пальпацию холодными руками, поскольку это вызовет рефлекторное сокращение мышц брюшного пресса.

Пальпацию живота, проводимую при горизонтальном положении больного, целесообразно дополнять пальпацией живота в положении пациента стоя. В таком положении больного труднее бывает добиться у него полного расслабления мышц брюшной стенки, однако некоторые отделы желудочно-кишечного тракта становятся, в то же время, более доступными для пальпации (например, малая кривизна желудка).

Полноценное проведение пальпации живота бывает затруднено у больных с ожирением, метеоризмом, асцитом. В таких ситуациях пальпацию живота следует проводить повторно, в динамике, на фоне исчезновения вздутия живота и уменьшения асцита. Не всегда легко провести пальпацию живота у физически тренированных людей, в частности, спортсменов, с хорошо развитыми мышцами брюшного пресса.

Пальпация живота включает в себя поверхностную ориентировочную пальпацию и глубокую методическую скользящую пальпацию по методу Образцова—Стражеско—Василенко.

5.5.1. Поверхностная ориентировочная пальпация

При проведении поверхностной *ориентировочной пальпации* свою правую руку кладут ладонью на живот больного и производят ею легкие, осторожные надавливающие движения в симметричных участках живота. При этом, в первую очередь, обращают внимание на наличие болезненности и резистентности (незначительного напряжения) мышц брюшной стенки.

При отсутствии у пациента жалоб на боли в животе поверхностную ориентировочную пальпацию начинают с левой паховой области, затем исследуют правую паховую область, после чего переходят в вышерасположенные отделы живота, заканчивая пальпацию исследованием эпигастрия. Если у пациента отмечаются боли в левой паховой области, то поверхностную пальпацию начинают с наименее болезненного отдела живота (например, с эпигастральной области), а заканчивают исследованием левой паховой области.

Применяется и другая последовательность проведения поверхностной ориентировочной пальпации. Исследование начинают также с левой паховой области, затем, продолжая пальпировать, постепенно поднимаются к левому подреберью, после чего, следуя как бы против часовой стрелки, переходят к пальпации эпигастральной области, далее — правого подреберья и правой паховой области. В последнюю очередь исследуют пупочную и лобковую области.

В тех случаях, когда при поверхностной пальпации отмечается *резистентность* или более выраженное *напряжение мышц брюшной стенки (симптом мышечной защиты)*, можно сделать заключение о реакции брюшины и ее вовлечении в воспалительный процесс. Например, при остром холецистите при поверхностной пальпации выявляются локальная болезненность и напряжение мышц брюшной стенки в области правого подреберья, при остром аппендиците — в правой паховой области. О развитии перитонита свидетельствует появление *положительного симптома Щеткина—Блюмберга* — резкого усиления болей при внезапном отнятии от живота пальпирующей руки.

При поверхностной ориентировочной пальпации обращают, кроме того, внимание на возможные изменения кожных покровов и подкожной клетчатки, а также на состояние «слабых мест» *передней брюшной стенки*. К ним, в частности, относят апоневроз белой линии живота в эпигастральной области, пупочное кольцо, наружное отверстие пахового канала. При этом грыжевые выпячивания лучше всего выявляются при натуживании больного.

Для обнаружения *диастаза (расхождения) прямых мышц живота в области белой линии* слегка согнутые пальцы располагают в вертикальном направлении по средней линии живота ниже мечевидного отростка и просят больного, находящегося в горизонтальном положении, приподнять голову, оторвав ее от подушки без помощи рук. При наличии расхождения прямых мышц живота пальпирующие пальцы свободно входят в своеобразный «желоб», образовавшийся между прямыми мышцами живота.

Пупочные грыжи, встречающиеся преимущественно у тучных женщин среднего и пожилого возраста, а также у больных с выраженным асцитом, определяются пальпаторно как выпячивания различных размеров, расположенные в области пупка, которые в неосложненных случаях легко исчезают при надавливании на них пальцами вследствие перемещения содержимого грыжи (большого сальника, петли тонкой кишки) в брюшную полость.

Паховые грыжи, которые чаще встречаются у мужчин пожилого возраста, определяются в виде выпячивания, расположенного под кожей у наружного отверстия пахового канала (полная грыжа). Начинаясь и неполные паховые грыжи выявляются с помощью введения пальца, удобнее всего — мизинца (левой руки — при исследовании левого пахового канала, правой руки — при исследовании правого пахового канала), в паховый канал через наружное его отверстие и обнаружения в нем грыжевого выпячивания, появляющегося или увеличивающегося в размерах при натуживании или кашлем толчке.

Нередко у больных, перенесших различные операции на органах брюшной полости, особенно осложнившиеся нагноением и расхождением операционной раны, наблюдаются *послеоперационные грыжи*, которые могут располагаться в тех или иных отделах живота и иметь различные размеры и форму.

При обнаружении грыжевого выпячивания проверяют, насколько легко и свободно его удастся вправить в брюшную полость (т.е. является ли грыжа вправимой), уточняют состояние и размеры грыжевых ворот, наличие сращений в области грыжевого мешка; пытаются установить его содержимое (например, вправление сальника происходит беззвучно, а вправление петли кишки сопровождается урчанием).

При поверхностной пальпации иногда удается обнаружить некоторые органы брюшной полости при их значительном увеличении (печень, селезенку), опухоли и кисты больших размеров. Однако их детальная оценка проводится с помощью специальных методических приемов.

При отсутствии каких-либо патологических изменений результаты поверхностной ориентировочной пальпации описывают в истории болезни достаточно кратко:

Пальпация живота

При поверхностной ориентировочной пальпации живот мягкий, безболезненный. При исследовании «слабых мест» передней брюшной стенки (пупочное кольцо, апоневроз белой линии живота, паховые кольца) грыжевых выпячиваний не отмечается.

Если при поверхностной пальпации выявляют болезненность и резистентность мышц брюшной стенки, то обязательно оценивают и симптом Щеткина—Блумберга.

Закончив поверхностную пальпацию, переходят к глубокой пальпации живота по методу Образцова—Стражеско—Василенко.

5.5.2. Глубокая методическая скользящая пальпация живота

Этот вид пальпации называется *глубокой*, поскольку при ее проведении рука проникает вглубь брюшной полости. Она носит также название *скользящей*, так как различные свойства пальпируемых органов оцениваются с помощью скольжения пальпирующих пальцев по их поверхности, и *методической*, поскольку она проводится по установленному плану и в определенной последовательности. Чаще всего при этом применяют порядок, предложенный Н.Д.Стражеско: сигмовидная кишка, слепая кишка и червеобразный отросток, конечная часть подвздошной кишки, восходящий и нисходящий отделы ободочной кишки, поперечная ободочная кишка, желудок, печень, селезенка, поджелудочная железа и почки.

Глубокая методическая скользящая пальпация различных отделов толстой кишки по Образцову—Стражеско—Василенко выполняется в четыре этапа. *Первый* из них включает в себя *правильную постановку пальпирующей руки*. Правая рука с несколько согнутыми пальцами (а при пальпации поперечной ободочной кишки — обе руки) кладется на переднюю брюшную стенку таким образом, чтобы кончики четырех согнутых пальцев (II—V) располагались вдоль оси пальпируемого участка кишки перпендикулярно поверхности органа. Понятно, что этот момент пальпации предполагает хорошее знание особенностей топографии органов брюшной полости.

Второй этап предусматривает некоторое смещение кожи и формирование кожной складки, которая в дальнейшем даст возможность избежать натяжения кожи при движении пальпирующей руки вглубь.

Третий этап глубокой пальпации представляет собой погружение пальцев пальпирующей руки вглубь брюшной полости, которое производится во время выдоха больного на фоне возникающего при этом расслабления мышц передней брюшной стенки.

Последним *четвертым этапом* глубокой пальпации является *скольжение пальцев правой руки по поверхности кишки*, прижатой к задней брюшной стенке. Производя скольжение, пальцы как бы «перекатываются» («переваливаются») через кишку, оценивая в момент такого перекатывания ее свойства: *локализацию* соответствующего отдела толстой кишки и *протяженность пальпируемого участка, форму, диаметр (в см), консистенцию* (мягкая, плотная), *характер поверхности* (гладкая, бугристая), *подвижность (сместаемость)*, наличие при пальпации *болезненности и урчания*.

Собственный опыт показывает, что глубокая пальпация живота относится к тем вопросам пропедевтики внутренних болезней, которые понимаются и усваиваются студентами достаточно трудно. Характерно, что когда студенты читают в учебнике особенности проведения того или иного этапа глубокой пальпации, их заключение бывает, как правило, единодушным: «Как это все сложно!» Когда же они видят на занятии, как те или иные этапы глубокой пальпации выполняются преподавателем, их вывод бывает обычно прямо про-

типоволожным: «Как это, оказывается, все просто!» Ни то, ни другое заключение студентов в общем-то, по-видимому, не соответствует реальной действительности. Конечно, технически глубокая пальпация живота оказывается на деле не столь сложной, как это видится при чтении учебника, но и отнюдь не такой простой, как это представляется со стороны при оценке действий преподавателя.

Нужно сказать, что при выполнении каждого из четырех этапов глубокой пальпации студенты нередко допускают достаточно типичные ошибки. Рассмотрим их более подробно применительно к каждому этапу.

Устанавливая руку для проведения глубокой пальпации, студенты нередко кладут ее плашмя таким образом, что с передней брюшной стенкой соприкасается вся ладонь. Проведение полноценной глубокой пальпации при таком положении руки (в частности, погружение и скольжение) становится совершенно невозможным. Необходимо иметь в виду, что глубокая пальпация, в отличие от поверхностной, осуществляется не всей ладонью, а именно *кончиками пальцев*. Поэтому при постановке пальпирующей руки пальцы ее должны быть согнуты в межфаланговых суставах (как это бывает при постановке рук на клавиши фортепьяно).

Показательно в этом плане, что такой блестящий клиницист, как В.Х.Василенко, много сделавший для совершенствования метода глубокой пальпации, проводил ее не ладонью, а двумя согнутыми пальцами — указательным и средним (кисть у Владимира Харитоновича была очень крупной). Разумеется, при обычных размерах кисти к этим двум пальцам целесообразно добавить еще два (безымянный и мизинец) таким образом, чтобы глубокая пальпация проводилась в итоге четырьмя пальцами.

Необходимо, кроме того, внимательно следить, чтобы пальпирующие пальцы располагались строго по оси пальпируемого отрезка толстой кишки. Нередко, например, поставив при пальпации сигмовидной кишки пальцы параллельно ее длиннику (т.е. в косом направлении), студенты потом просто не удерживают такую постановку пальцев, в результате чего они начинают располагаться не в косом, а в вертикальном направлении.

Наиболее частая ошибка при выполнении второго этапа глубокой пальпации состоит в том, что студенты, установив предварительно на брюшную стенку согнутые пальцы, при образовании кожной складки опять *разгибают их*, в результате чего просто теряет смысл тщательное выполнение первого этапа. Формирование кожной складки нужно производить таким образом, чтобы установленные на первом этапе согнутые пальцы не изменяли своего положения (формирование кожной складки должно происходить за счет движения всей кисти).

Третий и четвертый этапы глубокой пальпации получают у студентов на первых порах хуже всего. Нередко они сливаются в один этап, причем выполняемый таким образом, что ему трудно бывает

подобрать соответствующее название. Проще говоря, сформировав кожную складку, студенты, не обращая внимания на фазы дыхания больного, стремятся проникнуть вглубь живота, одновременно пытаясь там что-то пропальпировать.

Прежде чем погружать пальпирующие пальцы вглубь брюшной полости, необходимо обязательно попросить больного глубоко вдохнуть («животом») и выдохнуть, причем погружение пальпирующих пальцев в брюшную полость на выдохе больного должно быть очень осторожным, бережным, без больших усилий. Ни в коем случае при этом нельзя преодолевать никакого сопротивления. Здесь еще раз необходимо подчеркнуть, что глубокая пальпация является *скользящей*, а не *давящей*. Приходится, к сожалению, иногда сталкиваться с такой ситуацией, когда после занятий, посвященных пальпации живота, больные (причем совсем не гастроэнтерологического профиля) начинают жаловаться на боли в животе, отвечая при этом на вопрос о возможной причине их появления: «Студенты намяли».

Сложным на первых порах оказывается для студентов и выполнение последнего этапа глубокой пальпации — скольжения. Очень часто вместо скольжения погруженных в брюшную полость пальцев приходится наблюдать их очередное разгибание, в результате чего кончики пальцев не производят никакого скользящего движения, а оказываются просто прижатыми к задней брюшной стенке. Необходимо очень четко обозначить последний этап пальпации, проводя скользящее движение *всей кистью*, причем согнутые пальцы в момент скольжения должны сохранять то же самое положение, какое им было придано при выполнении первого этапа.

Нередко при проведении глубокой пальпации живота бывает и так, что с первого раза не удается пропальпировать те или иные отделы толстой кишки. Это, кстати говоря, часто объясняется вполне объективными причинами и зависит порой от особенностей их топографии. К сожалению, однако, приходится в таких случаях наблюдать, как студенты, не обнаружив с первого раза какой-либо отрезок толстой кишки, начинают совершать пальпирующей рукой беспорядочные «копательные» движения, вне всякой связи с теми или иными этапами глубокой пальпации. В тех ситуациях, когда с первого раза не удалось прощупать соответствующие участки толстой кишки, необходимо вновь повторить все четыре этапа глубокой пальпации, лишь несколько изменив место постановки пальпирующих пальцев (чуть-чуть сместить их кнутри, кнаружи и т.д.).

Пальпация каждого из отделов толстой кишки имеет свои особенности. Так, при прощупывании сигмовидной кишки пальцы пальпирующей руки располагают в левой паховой области на границе средней и наружной третей *linea umbilicoiliacaе sinistra* (линии, соединяющей пупок с передней верхней остью подвздошной кости) параллельно косому расположению сигмовидной кишки (сверху и слева — вниз и вправо). При формировании кожной складки кожа

сдвигается по направлению к пупку, пальпирующие пальцы погружаются далее на выдохе вглубь брюшной полости и «перекатываются» через сигмовидную кишку, скользя по ее поверхности (в направлении сверху, справа и снутри – вниз, влево и снаружи).

Сигмовидная кишка прощупывается чаще, чем другие отделы толстой кишки (в 91–95% случаев). В норме она располагается в левой паховой области, прощупывается на протяжении 20–25 см в виде безболезненного цилиндра плотноэластической консистенции с гладкой поверхностью диаметром 2–3 см, смещаемого в пределах 3–5 см, не урчащего и редко перистальтирующего. При очень длинной брыжейке подвижность сигмовидной кишки увеличивается, и тогда она пальпируется не там, где обычно, а более медиально или латерально.

Диаметр сигмовидной кишки увеличивается при скоплении в ней каловых масс, опухолевом поражении. При спастическом сокращении сигмовидной кишки (например, при дизентерии) ее диаметр может, наоборот, уменьшаться, и тогда сигмовидная кишка прощупывается в виде плотного тяжа толщиной «с карандаш».

При злокачественных новообразованиях сигмовидная кишка становится плотной консистенции, причем поверхность ее приобретает неровный, бугристый характер, а сама кишка теряет свою подвижность. Твердая консистенция сигмовидной кишки и ее четкообразная поверхность могут отмечаться при скоплении в ее просвете каловых камней (понятно, что в таких случаях нормальные свойства сигмовидной кишки могут восстанавливаться после эффективной очистительной клизмы). При наличии воспалительных изменений (остром сигмоидите) сигмовидная кишка при пальпации становится болезненной, усиливается ее перистальтическая активность, а при наличии в ее просвете жидкого содержимого при пальпации отмечается отчетливое урчание.

Слепая кишка пальпируется в правой паховой области на границе средней и наружной третей *linea umbilicoiliacaе dextra* причем пальцы пальпирующей руки также располагаются в косом направлении параллельно длиннику слепой кишки (сверху и справа – вниз и влево). Кожная складка формируется сдвиганием кожи по направлению к пупку, а скольжение пальцев после их погружения в брюшную полость осуществляется в направлении сверху, снутри и слева – вниз, снаружи и вправо.

При наличии напряжения мышц брюшной стенки в правой паховой области с целью его уменьшения В.П.Образцов рекомендовал одновременно с пальпацией слепой кишки надавливать лучевым краем кисти и большим пальцем левой руки в области пупка (сам В.П.Образцов назвал такой прием «демфом»).

В норме слепая кишка пальпируется в 75–85% случаев в виде цилиндра с грушевидным расширением книзу, мягкоэластической консистенции, диаметром 3–4 см, безболезненного, смещаемого в пределах 2–3 см, слегка урчащего при пальпации.

При различных заболеваниях пальпаторные свойства слепой кишки могут изменяться. Так, при слабой фиксации ее к задней брюшной стенке, длинной брыжейке, наличии общей брыжейки с частью подвздошной кишки появляется избыточная подвижность слепой кишки, предрасполагающая к возможному развитию частичной или даже полной кишечной непроходимости. Напротив, при очень короткой брыжейке, а также при развитии спаечного процесса вокруг слепой кишки (перитифлите) подвижность ее уменьшается. При раковом поражении консистенция слепой кишки становится более плотной и бугристой (как писал В.П.Образцов, в таких случаях прощупывается по существу уже не кишка, а опухоль).

Конечный отрезок подвздошной кишки является единственным отделом тонкой кишки, доступным пальпации; он обычно прощупывается у 75–80% здоровых людей. После пальпации слепой кишки пальцы правой руки располагают несколько книзу от *linea umbilicoiliaca dextra* под прямым углом к слепой кишке. Поскольку терминальный отрезок подвздошной кишки имеет направление снизу и слева – вверх и вправо, то пальпирующие пальцы скользят в направлении сверху и слева – вниз и вправо.

Конечный отрезок подвздошной кишки прощупывается на протяжении 10–15 см в виде тонкостенного цилиндра, мягкоэластической консистенции, диаметром 1–1,5 см («с мизинец»), безболезненного, хорошо перистальтирующего и урчащего при пальпации. При терминальном илеите (болезни Крона) конечный отрезок подвздошной кишки становится более плотным и болезненным при пальпации.

Червеобразный отросток удается пропальпировать только в тех случаях, когда он увеличивается в размерах и становится более плотным. Даже В.П.Образцов пальпировал его лишь у 10–15% больных, у части из которых он оказывался к тому же патологически измененным. Пальпация червеобразного отростка в большинстве случаев бывает затруднена из-за его небольших размеров и изменчивости положения. Кроме того, при пальпации червеобразный отросток можно легко спутать с дубликатурой брыжейки и лимфатическим пучком.

Восходящий и нисходящий отделы ободочной кишки прощупывают с помощью бимануальной пальпации, предложенной В.Х.Василенко. При этом для создания твердой подкладки кисть левой руки располагают соответственно под правую (при пальпации восходящего) и левую (при пальпации нисходящего отдела) поясничные области. Пальцы пальпирующей руки устанавливают параллельно оси указанных отделов ободочной кишки (т.е. вертикально), при формировании складки кожу сдвигают по направлению к пупку, скольжение погруженными в брюшную полость пальцами ведут в направлении изнутри кнаружи.

Поперечная ободочная кишка прощупывается в 60–70% случаев. Учитывая изменчивое положение поперечной ободочной кишки пе-

ред началом ее пальпации каким-либо из способов (см. ниже) определяют нижнюю границу желудка, после чего устанавливают пальцы на 2–3 см ниже отмеченной границы желудка. Пальпацию ободочной кишки можно проводить либо одной правой рукой (так, в частности, пальпировал Н.Д.Стражеско), либо одновременно двумя руками, т.е. бимануально (так, например, проводил исследование В.П.Образцов).

При пальпации одной правой рукой пальцы располагают вначале на 4–5 см вправо от средней линии, а после исследования правой половины ободочной кишки переносят руку соответственно на 4–5 см влево от средней линии. При использовании бимануальной пальпации согнутые пальцы обеих рук одновременно устанавливают справа и слева от средней линии. При формировании складки кожа сдвигается вверх, а скольжение погруженными в брюшную полость пальцами проводится в направлении сверху вниз.

Если поперечную ободочную кишку сразу прощупать не удастся, то пальпирующие пальцы переносят выше или ниже первоначального уровня. В норме поперечная ободочная кишка располагается на уровне пупка или на 1–2 см ниже его уровня и пальпируется в виде поперечно расположенного цилиндра, умеренно плотной консистенции, диаметром 3–4 см, подвижного, безболезненного, не урчащего. При опухолевом поражении нижерасположенных отделов толстой кишки поперечная ободочная кишка увеличивается в размерах и воспринимается пальпаторно как широкий раздутый цилиндр, усиленно перистальтирующий и урчащий при пальпации.

В необходимых случаях (например, при подозрении на желудочно-кишечное кровотечение) применяют *пальцевое исследование прямой кишки*, которое позволяет к тому же оценить состояние окружающих ее органов и тканей (в частности, предстательной железы, матки и т.д.). Пальцевое исследование прямой кишки проводят чаще всего в коленно-локтевом положении больного или в положении пациента на левом боку с подтянутыми к животу ногами. В отдельных случаях (например, у тяжелобольных) допускается проведение исследования в положении пациента на спине с согнутыми в коленных суставах и несколько разведенными нижними конечностями.

Исследование начинают с осмотра области анального отверстия, позволяющего выявить изменения кожных покровов (например, при экземе), трещины и свищи области заднего прохода, выпадение геморроидальных узлов или прямой кишки. После этого указательный палец правой руки в стерильной резиновой перчатке, смазанной вазелином, осторожно вводят в задний проход. Если в момент введения отмечается резкое сокращение и болезненность наружного сфинктера заднего прохода, то лучше предварительно провести местную анестезию данной области. Палец вводится в прямую кишку легкими вращательными движениями в соответствии с направлением просвета прямой кишки.

Пройдя область сфинктера, палец поворачивают по направлению к крестцовой впадине, после чего он оказывается в ампуле прямой кишки (максимально палец удаётся обычно ввести на глубину до 12 см). Далее оценивают просвет ампулярной части прямой кишки, состояние слизистой оболочки ее стенок. У мужчин исследуют расположенную спереди предстательную железу (величину, консистенцию, болезненность и т.д.), у женщин — прямокишечно-влагалищную перегородку и шейку матки. Кроме того, определяют состояние параректальной клетчатки, внутренней поверхности крестца и копчика. После извлечения пальца обращают внимание на характер следов кала, оставшихся на перчатке (неизменная кровь, следы дегтеобразного кала, слизь, гной).

Прямокишечное пальцевое исследование помогает в диагностике различных заболеваний прямой кишки (геморрой, опухоли), параректальной клетчатки (парапроктит), предстательной железы (простатит, аденома, рак), матки и придатков, дугласова пространства (скопление гнойного экссудата, метастазы опухоли).

Метод пальпации имеет большое значение в распознавании *опухолей брюшной полости*. Оценивая обнаруженное при пальпации живота какое-либо опухолевидное образование, необходимо иметь в виду, что оно может представлять собой не только истинную опухоль, но и измененные органы брюшной полости (увеличенную левую долю печени, блуждающую почку, переполненный мочевой пузырь и т.д.), увеличенные мезентериальные лимфатические узлы, воспалительные инфильтраты и абсцессы, грыжевые выпячивания. Избежать диагностических ошибок в указанных случаях помогают тщательное исследование органов брюшной полости и забрюшинного пространства и установление их топографических особенностей, правильная оценка состояния «слабых мест» брюшной стенки, своевременное выявление основного заболевания (например, лимфогранулематоза).

Обнаруживаемые при пальпации живота опухоли могут располагаться в брюшной полости, брюшной стенке и забрюшинно. *Опухоли брюшной стенки* обычно легко распознаются уже при осмотре; они располагаются поверхностно, продолжая ощущаться пальпаторно и при напряжении мышц брюшного пресса, сопровождают движения брюшной стенки (втягиваются, выпячиваются) при дыхании.

Опухоли, локализующиеся внутри брюшной полости, характеризуются хорошей подвижностью при дыхании, опускаясь при глубоком вдохе, а также достаточной пассивной подвижностью (смещаемостью) при пальпации (за исключением случаев прорастания окружающих тканей). *Подвижность забрюшинных опухолей* (кроме небольших опухолей почек и хвоста поджелудочной железы) очень незначительна. Кроме того, эти опухоли тесно прилегают к задней стенке брюшной полости и обычно прикрыты желудком или петлями кишечника.

Пропальпировав опухоль, определяют ее форму, размеры, консистенцию (мягкая, плотная, неоднородная), характер поверхности (ровная, гладкая, неровная, бугристая), наличие болезненности при пальпации, смещаемость и подвижность, а также устанавливают, по возможности, принадлежность опухоли тому или иному органу брюшной полости. При этом необходимо иметь в виду, что опухоли или кисты больших размеров приводят к изменению нормальных топографических соотношений между органами брюшной полости.

Завершая рассмотрение особенностей проведения глубокой пальпации живота, хотелось бы обратить внимание еще на одну деталь. Когда студента не удастся пропальпировать те или иные отделы толстой кишки (например, восходящий и нисходящий отделы ободочной кишки, поперечную ободочную кишку, терминальный отрезок подвздошной кишки и т.д.), то это подчас становится поводом для пессимизма («Ну вот, в учебнике написано, что эта кишка пальпируется в 70–80% случаев, а у меня ничего не получается»).

Здесь нужно заметить, что нередко имеются объективные причины, затрудняющие, а порой и делающие просто невозможным прощупывание тех или иных участков толстой кишки (асцит, метеоризм, ожирение). Поэтому нам представляется очень важным, чтобы студенты в каждом случае «неудачной пальпации» постарались бы прежде всего понять, почему у данного больного не удалось пропальпировать тот или иной отдел кишечника.

В этой связи стоит еще отметить, что глубокая пальпация живота, в частности, различных отделов толстой кишки, разработана представителями русской школы терапевтов и в предложенном ими виде применяется преимущественно в нашей стране. В современных учебниках по терапии и хирургии, изданных, например, в Германии, указывается, в частности, что в животе в норме прощупываются только «аорта, позвоночник и нижний край печени», тогда как толстая кишка и желудок пальпируются, наоборот, очень редко и, как правило, при развитии в них патологических изменений.

Безусловно, такую точку зрения нельзя считать правильной, но, тем не менее, она наглядно отражает трудности (в том числе, и технические), с которыми сопряжен такой непростой метод исследования, как глубокая пальпация живота.

Результаты глубокой пальпации толстой кишки описываются в истории болезни следующим образом:

Глубокая методическая скользящая пальпация живота по методу Образцова–Стражеско–Василенко

Сигмовидная кишка пальпируется в левой паховой области на границе средней и наружной третей l. umbilicoiliaceae sinistra на протяжении 15 см, цилиндрической формы, диаметром 2 см, плотноэластической консистенции, с гладкой поверхностью, подвижная в пределах 4–5 см, безболезненная, неурчающая.

По такому же плану последовательно описываются другие отделы толстой кишки (слепая кишка, терминальный отрезок подвздошной кишки и т.д.). Если какие-то отделы толстой кишки прощупать не удалось, то закончив в истории болезни описание ее пальпируемых участков, далее отмечают: «Остальные отделы толстой кишки не пальпируются».

5.6. ПАЛЬПАЦИЯ ЖЕЛУДКА И ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЕГО НИЖНЕЙ ГРАНИЦЫ

Глубокая пальпация желудка также проводится по методу Образцова—Стражеско. В первую очередь определяют *большую кривизну желудка*. Для этого четыре согнутых пальца правой руки располагают горизонтально в эпигастральной области (если при таком положении пальцев пропальпировать большую кривизну желудка не удается, то они постепенно переставляются ниже, ближе к пупочной области). При формировании складки кожа живота отодвигается вверх. При выдохе больного пальпирующие пальцы погружаются вглубь брюшной полости, прижимают желудок к задней стенке брюшной полости и скользят далее вниз по его поверхности. При таком движении пальпируемая часть желудка «выскальзывает» из под пальцев.

Большая кривизна желудка прощупывается в 45–60% случаев, определяясь на протяжении 10–12 см. Она располагается по обе стороны от средней линии тела на 2–3 см выше пупка (у женщин — чуть ниже) и ощущается пальпаторно в виде эластичного безболезненного валика («складочки», «уступа», «ступеньки»). Правильность нахождения большой кривизны должна подтверждаться другими методами определения нижней границы желудка. Кроме того, с целью контроля желательны уточнить положение близлежащих органов, в первую очередь, поперечной ободочной кишки, которую при пальпации иногда ошибочно принимают за большую кривизну желудка.

Значительное опущение большой кривизны желудка отмечается при гастроптозе, расширении и атонии желудка, стенозе привратника. При опущении желудка в ряде случаев (лучше при вертикальном положении больного) удается прощупать и малую кривизну желудка, которая пальпаторно ощущается в виде тонкой складочки.

Пилорический отдел желудка (привратник) пальпируется в 20–25% случаев. Он располагается в треугольнике, образованном нижним краем печени, средней линией тела и горизонтальной линией, проведенной на 3–4 см выше пупка (практически в области правой прямой мышцы живота). Прощупывание привратника проводится по всем правилам глубокой пальпации, причем с учетом косо-направленного привратника (снизу и слева — вверх и вправо) пальпирующие пальцы при его ощупывании скользят в направлении сверху и слева — вниз и вправо.

Привратник прощупывается в виде небольшого цилиндра, диаметром 1–1,5 см (толщиной с «гусиное перо» или указательный палец), то появляющегося, то вновь исчезающего за счет попеременного сокращения и расслабления. При пальпации привратника

обычно ощущается урчание, напоминающее, по выражению В.П.Образцова, «писк мыши». При длительном спазме, а также при рубцовых изменениях привратника он становится более плотным, а при опухолевом поражении — малоподвижным, с бугристой поверхностью.

Уточнить положение нижней границы желудка можно и с помощью **тихой перкуссии**, позволяющей разграничить тимпанический звук, определяемый над кишечником, от тимпанического звука, который образуется при выстукивании над желудком. Поскольку желудочный тимпанит бывает, как правило, более низким и громким, чем кишечный, то, установив палец параллельно нижней границе желудка (т.е. горизонтально) в эпигастральной области, перкуссии ведут по средней линии вниз, по направлению к пупку, делая при изменении оттенка перкуторного звука отметку по верхнему краю пальца-пlessиметра. По мнению некоторых авторов, более точные результаты определения нижней границы желудка можно получить при использовании способа непосредственной перкуссии по Образцову.

Все же перкуторный метод определения нижней границы желудка не всегда оказывается достаточно надежным. Так, при наличии у больного выраженного метеоризма разграничить кишечный и желудочный тимпанит, как правило, не удается.

Третьим способом, помогающим найти положение нижней границы желудка, является предложенный В.П.Образцовым метод **определения шума плеска (перкуторной пальпации)**. При выполнении этого приема ребром левой ладони предварительно фиксируют мышцы передней брюшной стенки у основания мечевидного отростка грудины, что позволяет в дальнейшем уменьшить распространение возникающих колебаний. Согнутыми и несколько разведенными в стороны пальцами чуть сдвигают, в эпигастральной области кожу вверх и, не отрывая их от поверхности живота, производят короткие толчки, постепенно смещаясь вниз, по направлению к пупку. Эти толчки хорошо передаются через жидкость и газ, содержащиеся в желудке, и вызывают достаточно громкий шум плеска, отчетливо слышимый на расстоянии. Наиболее низкорасположенный уровень, где еще сохраняется шум плеска, и будет представлять собой нижнюю границу желудка.

Описанный прием, с помощью которого удастся вызвать шум плеска, получается у студентов при их самостоятельной работе далеко не всегда. Это обычно объясняется тем, что вместо рекомендованной В.П.Образцовым перкуторной (толчкообразной) пальпации студенты производят своей рукой обычное надавливание в эпигастральной области. Что же касается шума плеска, то он появится только тогда, когда пальпирующая рука будет наносить несколько раз в одном и том же месте очень быстрые, *отрывистые* толчки (не путать с сильными), следующие подряд друг за другом, т.е., другими словами, совершать своеобразные «встряхивающие» движения.

Поскольку в норме шум плеска вызывается только после еды, то для определения нижней границы желудка в другое время нужно просить больного предварительно выпить 1–2 стакана воды.

Появление позднего (спустя 7–8 часов после еды) шума плеска указывает на задержку эвакуации желудочного содержимого (при стенозе привратника) или (редко) о выраженной гиперсекреции желудка. Выявление шума плеска справа от средней линии живота свидетельствует о расширении препилорического отдела желудка (симптом Василенко).

Наконец, для определения нижней границы желудка применяют и способ **стетакустической пальпации** (его иногда называют также методом пальпаторной аускультации или методом аускультаторной перкуссии и аффрикции). При выполнении данного приема мембрану фонендоскопа располагают непосредственно под левой реберной дугой чуть ниже пространства Траубе. Одновременно с выслушиванием пальцем другой руки наносят по передней брюшной стенке в горизонтальном направлении своеобразные штрихи («трущие» движения), постепенно спускаясь вниз от мечевидного отростка. Выслушиваемые при этом через фонендоскоп характерные «шуршащие» звуки будут сохраняться до тех пор, пока палец будет находиться в проекции желудка. Момент исчезновения звуков будет свидетельствовать о выходе пальца за ее пределы. Результаты пальпации желудка и определения его нижней границы различными методами можно изложить в истории болезни следующим образом:

Пальпация желудка и определение его нижней границы

Методом перкуссии, методом глубокой пальпации большой кривизны, методом перкуторной пальпации по Образцову (определение шума плеска), методом стетакустической пальпации нижняя граница желудка определяется на 3 см выше пупка.

Малая кривизна желудка и привратник не пальпируются. Шум плеска справа от средней линии живота (симптом Василенко) не определяется.

5.7. АУСКУЛЬТАЦИЯ ЖИВОТА

При аускультации живота в норме выслушиваются периодические, возникающие с частотой 5–10 в минуту *кишечные шумы*, обусловленные перистальтикой кишечника. Перистальтическую волну можно вызвать в том случае, если слегка надавить мембраной фонендоскопа на переднюю брюшную стенку и произвести с ее помощью несколько «пальпирующих» движений.

Более выраженная перистальтика кишечника, отчетливо улавливаемая и без фонендоскопа (урчание), отмечается при воспалительных заболеваниях кишечника (энтерит, колит), функциональных расстройствах толстой кишки (дискинезиях), некоторых формах невротозов. Резкое усиление перистальтики появляется при механической кишечной непроходимости и выслушивается при этом выше места препятствия. Напротив, при паралитической кишечной непро-

ходимости, а также при разлитом перитоните в результате прогрессирующего пареза кишечника наблюдается исчезновение кишечной перистальтики, получившее образное, хотя, по-видимому, и не самое удачное название «мертвой тишины», «гробовой тишины», «могильной тишины».

При фибринозном воспалении листка брюшины, покрывающего органы брюшной полости (метастатическое поражение капсулы печени, инфаркт селезенки), можно выявить шум трения брюшины, выслушиваемый над этими органами в такт дыхательным движениям брюшной стенки.

При отсутствии каких-либо патологических изменений результаты аускультации живота описываются в истории болезни предельно кратко, обычно с использованием одной фразы:

Аускультация живота

При аускультации живота выслушиваются нормальные перистальтические кишечные шумы.

5.8. ПЕРКУССИЯ И ПАЛЬПАЦИЯ ПЕЧЕНИ И ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

Как известно, анатомически передневерхняя выпуклая поверхность печени лишь частично прилегает спереди к грудной клетке и брюшной стенке. Верхняя же ее область отходит от передней поверхности грудной клетки кзади, оказываясь при этом прикрытой тканью легкого.

Принимая во внимание данное обстоятельство, при перкуссии печени (так же, как и при перкуссии сердца) можно было бы определять верхнюю границу *относительной печеночной тупости*, соответствующую истинной проекции верхнего края печени на переднюю поверхность грудной клетки, и верхнюю границу *абсолютной тупости печени*, отражающую верхнюю границу той части передней поверхности печени, которая не прикрыта легкими. Прежде, кстати говоря, так нередко и поступали, определяя с помощью перкуссии средней силы верхнюю границу относительной тупости печени (в норме она располагалась на одно ребро выше верхней границы абсолютной тупости печени). Однако с учетом того, что определение верхней границы относительной тупости печени нередко бывает сопряжено с техническими трудностями и, кроме того, имеет сравнительно скромное клиническое значение, в настоящее время обычно ограничиваются определением лишь верхней границы абсолютной тупости печени. При этом прилагательное «абсолютная» нередко даже совсем опускается, так что в дальнейшем используется обычно лишь термин «печеночная тупость».

При определении *верхней границы абсолютной печеночной тупости* применяют тихую перкуссию. Поскольку эта граница практически совпадает с нижней границей правого легкого, то перкуссию ведут точно так же, как и при определении нижней границы правого легкого, располагая палец-пlessиметр соответственно ребрам и ме-

жреберьям и отмечая найденную границу по месту перехода ясного звука в тупой. Перкуссию верхней границы абсолютной печеночной тупости ведут по трем линиям: правой окологрудинной, правой среднеключичной, правой передней подмышечной. Искомые границы абсолютной печеночной тупости располагаются в норме: по правой окологрудинной линии – в пятом межреберье (или на уровне верхнего края VI ребра), по правой среднеключичной – на VI ребре (или у его нижнего края), по правой передней подмышечной линии – на VII ребре.

При определении *нижней границы абсолютной печеночной тупости* иногда даже бывает целесообразнее воспользоваться методом не тихой, а тишайшей (пороговой) перкуссии, поскольку иначе к тупому звуку, получаемому при перкуссии над печенью, будет примешиваться тимпанический оттенок, связанный с наличием воздуха в близлежащих органах (желудке, петлях кишечника), что затруднит правильную оценку результатов.

Палец-пlessиметр располагают горизонтально в области явного тимпанита (на уровне пупка, а при увеличении печени – и ниже) и ведут перкуссию вверх до перехода тимпанического звука в тупой. Отметка о найденной границе ставится по нижнему краю пальца. Определение нижней границы абсолютной печеночной тупости проводится последовательно по четырем линиям: правой передней подмышечной, правой среднеключичной, правой окологрудинной и передней срединной линии. Нижняя граница абсолютной печеночной тупости располагается в норме: по правой передней подмышечной линии – на X ребре, по правой среднеключичной линии – по нижнему краю реберной дуги, по правой окологрудинной линии – на 2 см ниже края реберной дуги. При смещении нижней границы абсолютной печеночной тупости отмечают, на каком расстоянии (в см) от края реберной дуги располагается найденная граница по каждой из линий.

Нижний край печени по передней срединной линии находится при перкуссии обычно на границе верхней и средней третьей линии, соединяющей основание мечевидного отростка и пупок (*linea xiphumbilicalis*), располагаясь, таким образом, примерно на 3–6 см ниже основания мечевидного отростка. У лиц гиперстенической конституции положение нижней границы абсолютной печеночной тупости по этой линии оказывается более высоким, у лиц астенической конституции – более низким.

Чтобы определить *левую границу абсолютной печеночной тупости*, палец-пlessиметр располагают перпендикулярно краю левой реберной дуги несколько кнутри от левой передней подмышечной линии (обычно это соответствует уровню VIII–IX ребер) и ведут перкуссию в медиальном направлении по краю реберной дуги до перехода тимпанического звука (над пространством Траубе) в тупой звук печени. Отметка о найденной границе делается по краю пальца, обращенному в сторону тимпанического звука. В норме левая

доля печени не должна заходить за левую окологрудинную линию по краю реберной дуги.

Измеряя расстояние между точками, характеризующими верхнюю и нижнюю границы абсолютной печеночной тупости по каждой из трех линий (передней подмышечной, среднеключичной и окологрудинной), получают *высоту (размеры) абсолютной печеночной тупости*, которая в норме составляет: по правой передней подмышечной линии — 10–12 см, по правой среднеключичной — 9–11 см, по левой окологрудинной — 8–11 см.

На практике нередко пользуются и определением *размеров печеночной тупости по Курлову*. При этом указывают также три размера, но определяются они несколько иначе.

Первый размер печеночной тупости по Курлову полностью соответствует высоте печеночной тупости по правой среднеключичной линии, и его определение, особых сложностей не представляет. Единственно, правда, указываться он может по-другому: например, 9 (1). Отметка в скобках означает, на каком расстоянии ниже края реберной дуги в см (в данном случае на 1 см) располагается граница печеночной тупости по правой среднеключичной линии.

Второй размер печеночной тупости по Курлову определяется по передней срединной линии и представляет собой расстояние между верхней и нижней границами печеночной тупости по этой линии.

Сразу же возникает резонный вопрос, о какой верхней границе печеночной тупости по передней срединной линии можно вести речь, если здесь, как известно, находится тупость сердца? Это возражение по существу является совершенно справедливым, однако речь в данном случае идет не об истинной, а об *условной* границе абсолютной печеночной тупости, которая, как принято считать, находится на том же уровне, что и верхняя граница абсолютной печеночной тупости (уже истинная) по правой среднеключичной линии. Опустив мысленно перпендикуляр из этой точки на переднюю срединную линию, мы, таким образом, найдем нужную нам условную верхнюю границу печеночной тупости по передней срединной линии. Соединив верхнюю и нижнюю границы по этой линии и измерив полученный отрезок, найдем второй размер печеночной тупости по Курлову, который в норме составляет 7–9 см.

Наконец, соединив точки, характеризующие левую границу печеночной тупости по краю реберной дуги и все ту же условную верхнюю границу тупости печени по передней срединной линии, мы находим *третий размер печеночной тупости по Курлову*, составляющий в норме 6–8 см. Он также носит еще название *косого размера*.

Увеличение размеров печеночной тупости может встречаться при таких заболеваниях, как гепатиты, жировая инфильтрация печени, сердечная недостаточность и др., уменьшение — при некоторых (атрофических) формах цирроза печени, острой дистрофии печени. Значительное уменьшение, а иногда и полное исчезновение пече-

ночной тупости наблюдается при прободной язве желудка или двенадцатиперстной кишки.

При проведении **пальпации печени** по методу Образцова–Стражеско больной принимает горизонтальное положение (лежа на спине), а врач садится на стул справа от него. В необходимых случаях пальпация печени может проводиться в положении пациента на левом боку или в положении больного стоя. Находясь в горизонтальном положении, больной кладет свои руки на грудную клетку, ограничивая тем самым в какой-то мере ее дыхательную экскурсию, что при пальпации печени является немаловажным фактором.

Пальпация печени складывается из нескольких этапов. В первую очередь, необходимо решить вопрос, на каком уровне по отношению к краю реберной дуги следует расположить пальпирующие пальцы, поскольку, приступая к пальпации печени, мы еще не знаем, увеличена (опущена) она или нет. Поэтому прежде чем установить правую руку для проведения пальпации, перкуторно определяют *нижнюю границу абсолютной тупости печени*. Так как печень обычно пальпируют, расположив пальцы по среднеключичной линии, то и нижнюю границу печеночной тупости предварительно также определяют перкуторно по этой линии. Пальцы пальпирующей руки устанавливают примерно на 2 см ниже найденной при перкуссии границы. Таким образом, если нижняя граница абсолютной печеночной тупости по правой среднеключичной линии находится на уровне нижнего края реберной дуги, то правую руку располагают при пальпации на 2 см ниже.

Левая рука врача *охватывает область правого подреберья* больного таким образом, чтобы ее ладонь прилегалла к задней поверхности грудной клетки, а большой палец фиксировал правую реберную дугу сбоку и частично спереди. Эта фиксация препятствует расширению грудной клетки во время выдоха и способствует соответственно движению диафрагмы, в результате чего печень опускается и становится доступной для пальпации.

Правая рука со слегка согнутыми пальцами располагается по правой среднеключичной линии несколько ниже границы, определенной предварительно при перкуссии. Указательный и средний пальцы должны при этом находиться чуть латеральнее наружного края правой прямой мышцы живота. Далее, слегка оттягивая кожу вниз, погружают пальцы в брюшную полость, формируя так называемый «карман», откуда в момент глубокого вдоха «выскользнет» нижний край печени.

После погружения правой руки просят больного сделать глубокий вдох, используя диафрагмальное дыхание («вдох животом»). При этом нижний край печени, опускаясь во время глубокого вдоха, приближается к пальпирующим пальцам и обходит их, как бы выскользывая из «кармана». В момент такого выскользывания можно получить необходимые представления о локализации нижнего края печени, его форме, консистенции и поверхности печени. Если при

глубоком вдохе больного прощупать край печени не удастся, то пальпирующие пальцы правой руки перемещают выше (насколько это позволяет край правой реберной дуги), повторяя затем все этапы пальпации.

Пальпация печени вначале также не всегда получается у студентов. Неудачи здесь чаще всего бывают связаны с двумя причинами.

Во-первых, при прощупывании печени студенты пытаются иногда проводить пальцами правой руки активные пальпирующие движения, как, например, при прощупывании тех или иных отделов толстой кишки. Важно иметь в виду, что, в отличие от пальпации толстой кишки, пальпация печени осуществляется при неподвижном положении собственных пальпирующих пальцев только лишь за счет *движения самого нижнего края печени* при глубоком вдохе.

Во-вторых, как следует из только что сказанного, прощупывание печени часто становится невозможным, если больной во время пальпации печени пользуется не диафрагмальным, а реберным дыханием. Поэтому в ряде случаев предварительно приходится *обучать больных диафрагмальному дыханию*. Для этого руку больного кладут на область эпигастрия и просят дышать так, чтобы во время вдоха и выдоха рука соответственно поднималась и опускалась. Если при проведении пальпации печени необходимое диафрагмальное дыхание больного отсутствует, нельзя, как это иногда делается, просить больного: «Подвигайте, пожалуйста, животом» или «Выталкивайте, пожалуйста, животом мою руку». Реального опускания печени при этом не происходит, и рука врача выталкивается не нижним краем печени, а сокращением мышц брюшного пресса.

В норме нижний край печени может прощупываться при глубоком вдохе, располагаясь на 1 см ниже края реберной дуги. При этом край печени оказывается мягким, ровным, слегка заостренным, с гладкой поверхностью, легко подворачивающимся и безболезненным.

При увеличении печени целесообразно провести пальпацию ее нижнего края и по другим линиям (правой передней подмышечной, правой окологрудинной, передней срединной линии), отмечая при этом, на каком расстоянии по отношению к краю реберной дуги (по передней подмышечной и окологрудинной линиям) или основанию мечевидного отростка (по передней срединной линии) располагается нижний край печени, и характеризуя его свойства.

Увеличение печени (гепатомегалия), выявляемое при пальпации, может отмечаться при самых различных заболеваниях (гепатиты, жировая инфильтрация и цирроз печени, застойная сердечная недостаточность, опухоли печени и др.), причем в некоторых случаях возникает необходимость отличить истинное увеличение печени от ее опущения. Этому в значительной мере помогает перкуторное определение верхней границы абсолютной тупости печени и ее размеров. При истинном увеличении печени положение верхней границы абсолютной печеночной тупости, как правило, не изменяется, тогда

как размеры печеночной тупости возрастают. При опущении печени верхняя граница абсолютной печеночной тупости располагается существенно ниже, чем в норме, в то время как размеры печеночной тупости заметно не изменяются.

При различных заболеваниях печени наряду с гепатомегалией отмечаются и другие изменения ее нижнего края, определяемые при пальпации. Так, *консистенция печени* может оставаться мягкой (при острых гепатитах), иногда даже приобретая «тестообразный» характер (при жировой инфильтрации). В других случаях консистенция печени становится плотной (при хронических гепатитах), твердой (при циррозе печени), каменистой (при метастазах злокачественных опухолей).

Ровный и слегка заостренный в норме нижний край печени бывает *закругленным* при жировой инфильтрации печени и хронической сердечной недостаточности и, наоборот, оказывается *острым и неровным* при циррозе печени. При значительном увеличении печени с помощью скользящих движений можно оценить пальпаторно и переднюю поверхность печени, которая при некоторых поражениях (опухоли, крупноузловой цирроз печени) становится бугристой.

В тех случаях, когда происходит растяжение капсулы печени (например, при венозном застое, остром гепатите) или же воспалительный процесс затрагивает ее серозную оболочку (перигепатит), при пальпации печени появляется умеренная, а иногда и выраженная *болезненность*.

При скоплении в брюшной полости значительного количества жидкости пропальпировать печень с помощью обычных приемов часто не удастся. В таких случаях применяют метод *баллотирующей пальпации*, позволяющий ориентировочно судить о положении нижнего края печени.

Кончиками четырех согнутых и сложенных вместе пальцев правой руки производят короткие толчки перпендикулярно по отношению к предполагаемой поверхности печени, начиная примерно с уровня пупка или чуть ниже и перемещая постепенно правую руку по направлению к реберной дуге. Как только пальцы нанесут толчок в области края печени, последний, будучи окруженным жидкостью, отойдет вначале вглубь брюшной полости, а затем вернется обратно и слегка ударится о пальцы. Поскольку такое же ощущение появляется при попытке погрузить в воду кусочек льда, этот симптом, наблюдающийся при сочетании гепатомегалии и асцита, получил название *симптома плавающей льдинки*.

Говоря о *пальпации желчного пузыря*, необходимо иметь в виду, что в норме он *не прощупывается*, так как обычно очень мало выступает из под нижнего края печени. Кроме того, пальпаторное осязание желчного пузыря, как правило, затруднено из-за его мягкой консистенции. Желчный пузырь становится доступным для пальпации лишь в тех случаях, когда он увеличивается и его стенки становятся более плотными, чем в норме.

Пальпацию желчного пузыря проводят следующим образом. После определения положения нижнего края печени сразу же ниже в точке пересечения с наружным краем правой прямой мышцы живота располагают большой или (лучше) средний палец правой руки и просят больного сделать глубокий вдох, во время которого желчный пузырь опускается и в случае его увеличения обходит пальпирующий палец. Пальпация желчного пузыря может дополняться и активным движением пальпирующего пальца в направлении, поперечном оси желчного пузыря.

Если удастся прощупать желчный пузырь, то определяют его *форму, размеры, консистенцию, поверхность, подвижность, болезненность*.

Так, при развитии воспалительного процесса в желчном пузыре и образовании вокруг него спаек стенки желчного пузыря уплотняются, а сам он становится болезненным при пальпации и малоподвижным. При растяжении желчного пузыря большим количеством конкрементов пальпаторно иногда ощущается его неровная мелкобугристая поверхность.

Прощупывание увеличенного, безболезненного, гладкого, эластичного желчного пузыря может служить достаточно серьезным симптомом. В сочетании с желтухой (*симптом Курвуазье–Террье*) он свидетельствует чаще всего о наличии опухоли головки поджелудочной железы или большого дуоденального соска.

При различных заболеваниях желчного пузыря (желчнокаменной болезни, остром и хроническом холецистите) часто отмечаются характерные симптомы, имеющие определенное диагностическое значение. К ним, в частности, относятся: *положительные симптомы Орнера* (появление боли при легком поколачивании ребром ладони по правой реберной дуге), *Захарьина* (наличие болезненности при пальпации или перкуссии по брюшной стенке в точке желчного пузыря), *Василенко* (появление на высоте вдоха боли при перкуссии по передней брюшной стенке в проекции желчного пузыря), *Мерфи* (появление на высоте вдоха болезненности при пальпации в точке желчного пузыря), *Георгиевского–Мюсси* или правосторонний *френикус-симптом* (наличие болезненности при надавливании между ножками правой грудино-ключично-сосцевидной мышцы).

Результаты перкуссии и пальпации печени и желчного пузыря можно изложить в истории болезни следующим образом:

Перкуссия границ абсолютной печеночной тупости

Верхняя граница: по правой передней подмышечной линии – VII ребро; по правой среднеключичной линии – VI ребро; по правой окологрудинной линии – V межреберье.

Нижняя граница: по правой передней подмышечной линии – X ребро; по правой среднеключичной линии – край реберной дуги; по правой окологрудинной линии – на 2 см ниже края реберной дуги; по передней срединной линии – на 4 см ниже основания мечевидного отростка грудины.

Левая граница абсолютной печеночной тупости не выступает за левую окологрудинную линию по краю реберной дуги.

Размеры (высота) печеночной тупости: по правой передней подмышечной линии — 11 см; по правой среднеключичной линии — 10 см; по правой окологрудинной линии — 9 см; по передней срединной линии (по Курлову) — 8 см; косой размер (по Курлову) — 7 см.

Печень пальпируется на 1 см ниже края реберной дуги (по правой среднеключичной линии), край печени мягкий, ровный, с гладкой поверхностью, слегка заостренный, легко подворачивающийся и безболезненный.

Желчный пузырь не пальпируется. Болезненность при пальпации в точке желчного пузыря отсутствует. Симптомы Ортнера, Захарьина, Василенко, Мерфи, Георгиевского—Мюсси — отрицательные.

5.9. ПЕРКУССИЯ И ПАЛЬПАЦИЯ СЕЛЕЗЕНКИ

Как известно, селезенка, являясь органом лимфатической системы и, выполняя функции кроветворения, антителообразования, разрушения эритроцитов и тромбоцитов и др., не относится к системе пищеварения. Однако в соответствии с принятой последовательностью исследования органов брюшной полости перкуссия и пальпация селезенки проводится после исследования печени и желчного пузыря.

Перкуссия селезенки позволяет лишь очень ориентировочно оценить положение и размеры этого органа, в связи с чем далеко не все клиницисты пользуются на практике этим методом исследования.

Учитывая, что верхний полюс селезенки непосредственно примыкает к желудку и кишечнику, дающим при перкуссии тимпанический звук, изменяющий оттенки перкуторного звука над селезенкой (тупого), для определения границ селезеночной тупости применяют метод тихой перкуссии.

Перкуссия селезенки проводится в вертикальном положении больного или же в положении его на правом боку. Вначале определяют *верхнюю и нижнюю границы селезеночной тупости*. Направление перкуссии устанавливают следующим образом. Соединяя мысленно свободный край XI ребра с местом сочленения левой ключицы с грудиной, получают так называемую левую реберно-суставную линию (*linea costoarticularis sinistra*). Отступя на 4 см сзади (латерально) от этой линии, проводят линию, параллельную ей, по которой и определяют в дальнейшем верхнюю и нижнюю границы селезеночной тупости.

Расположив палец-плексиметр перпендикулярно этой линии, ведут перкуссию сверху вниз, начиная примерно с уровня VII ребра, до перехода ясного легочного звука в тупой и делают отметку со стороны ясного звука. В норме верхняя граница селезеночной тупости располагается на IX ребре. Для определения нижней границы селезеночной тупости палец-плексиметр располагают ниже XII ребра и перкутируют по той же линии в направлении снизу вверх до перехода тимпанического звука в тупой; отметку делают со стороны

пальца, обращенной в сторону тимпанического звука. При нормальных размерах селезенки ее нижняя граница находится на уровне XI ребра. Расстояние между полученными точками характеризуют величиной *поперечника селезеночной тупости*.

Для определения верхней и нижней границ селезеночной тупости некоторые авторы рекомендуют пользоваться левой средней подмышечной линией, перкутируя по ней соответственно сначала сверху вниз, а затем снизу вверх. Конечно, перкутировать по средней подмышечной линии значительно проще, чем отыскивать реберно-суставную линию и строить линию, параллельную ей. Однако при перкуссии границ селезеночной тупости по средней подмышечной линии в определенной мере нарушаются правила топографической перкуссии, поскольку, в отличие от реберно-суставной линии, средняя подмышечная линия проходит не перпендикулярно к оси селезенки, в связи с чем и срез этого органа, который она производит, не будет в строгом смысле соответствовать поперечнику селезеночной тупости.

Определение *передней и задней границ селезеночной тупости* проводят с помощью перкуссии по X ребру. Палец-пlessиметр располагают у края левой реберной дуги перпендикулярно X ребру и ведут непосредственно по нему перкуссию до перехода тимпанического звука в тупой, делая отметку по краю пальца, обращенному в сторону тимпанического звука. В норме передняя граница селезеночной тупости не должна выходить за левую реберно-суставную линию. Чтобы найти заднюю границу селезеночной тупости, палец-пlessиметр располагают перпендикулярно X ребру примерно между левыми задней подмышечной и лопаточной линиями и ведут перкуссию по X ребру, но уже кпереди, отмечая появление тупого звука и делая отметку по краю пальца, обращенному в сторону ясного звука. Измерив расстояние между передней и задней границами селезеночной тупости, получают величину ее длинника (в норме 6–8 см). Иногда размеры селезеночной тупости указываются по Курлову: например, $4 \frac{20}{10}$. В числителе этой дроби приводятся размеры длинника селезенки, в знаменателе — величина поперечника. Цифра, стоящая перед дробью, указывает, на сколько см выступает селезенка из под края реберной дуги.

Пальпация селезенки проводится в положении больного на спине или на правом боку. Хорошие условия для пальпации селезенки создаются также тогда, когда больной не полностью поворачивается на правый бок, а находится как бы вполоборота (так называемая правая диагональная позиция). Больной подкладывает свою правую руку под голову, а левую руку сгибает в локтевом суставе и располагает на передней поверхности грудной клетки (или же запрокидывает ее за голову). Правую ногу пациент вытягивает свободно, а левую ногу

сгибает в коленном и тазобедренном суставе, благодаря чему достигается лучшее расслабление мышц передней брюшной стенки.

Врач садится на стул справа от больного и кладет свою левую руку на область VII–X ребер по левым подмышечным линиям. С помощью такой фиксации левой половины грудной клетки больного ограничивается ее дыхательная подвижность и создаются условия для лучшего движения селезенки во время вдоха по направлению к передней поверхности брюшной стенки.

Пальпация селезенки проводится четырьмя (II–V) слегка согнутыми пальцами правой руки, которые располагают примерно напротив X ребра на 3–4 см ниже левой реберной дуги (если увеличения селезенки не было обнаружено при перкуссии) параллельно ей. Кожа передней стенки живота слегка оттягивается по направлению к пупку, пальцы пальпирующей руки погружаются вглубь брюшной полости, образуя своеобразный «карман» (аналогично тому, как это имело место при пальпации печени). Далее просят больного сделать глубокий вдох, во время которого селезенка, если она увеличена, выходит из под края реберной дуги, наталкивается на пальпирующие пальцы (которые так же, как и при пальпации печени, должны оставаться неподвижными) и «соскальзывает» с них. Если при таком положении пальцев прощупать селезенку не удалось, то их переносят выше, до тех пор, пока они не окажутся непосредственно под левой реберной дугой.

В норме селезенка не пальпируется, поскольку ее передний край не доходит приблизительно 3–4 см до края реберной дуги. Опушение селезенки встречается очень редко (например, при экссудативном плеврите в случае большого скопления выпота).

Считается, что селезенку удается прощупать при ее увеличении, как минимум, в 1,5 раза (спленомегалия I степени). При спленомегалии II степени увеличенная селезенка доходит до середины расстояния между пупком и левым подреберьем. Спленомегалия III степени характеризуется тем, что селезенка начинает занимать уже всю левую половину брюшной полости. Наконец, при спленомегалии IV степени (например, у больных хроническим миелолейкозом) увеличенная селезенка может переходить уже в правую половину брюшной полости, спускаясь иногда и в малый таз. При значительном увеличении селезенки пальпаторно в ряде случаев удается обнаружить характерные вырезки, позволяющие отличить ее от других объемных образований брюшной полости, в частности, увеличенной почки.

При пальпации селезенки оценивают также ее *форму, консистенцию, состояние поверхности, подвижность, болезненность*.

Так, изменение формы селезенки с появлением на ней глубоких вырезок или формированием дольчатой селезенки встречается при пороках развития этого органа. Увеличенная селезенка мягкой консистенции, создающей даже иногда трудности для ее пальпации, отмечается при различных инфекционных заболеваниях. При цирро-

зах печени, нарушениях кровообращения (тромбоз селезеночной вены), болезнях крови и некоторых других заболеваниях консистенция селезенки становится плотной. При обширных инфарктах селезенки отмечается болезненность при ее пальпации, обусловленная явлениями периспленита. С развитием спаечного процесса вокруг селезенки часто бывает связано и уменьшение ее подвижности. Неровная, бугристая поверхность селезенки может быть результатом ее опухолевого поражения.

Если при перкуссии и пальпации селезенки не удастся выявить каких-либо патологических изменений, то соответствующая запись в истории болезни делается достаточно кратко:

Перкуссия селезенки

По линии, проходящей на 4 см кзади и параллельно левой реберно-суставной линии, определены границы селезеночной тупости: верхняя граница – на уровне IX ребра, нижняя – на уровне XI ребра. Передняя граница селезеночной тупости не выходит за *linea costoarticularis sinistra*. Размеры селезеночной тупости: поперечник – 6 см, длинник – 8 см.

Селезенка не пальпируется.

5.10. ПАЛЬПАЦИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

В норме поджелудочная железа пальпируется очень редко, что объясняется ее глубоким расположением и мягкой консистенцией. Даже такому блестящему клиницисту, как Н.Д.Стражеско, в совершенстве владевшему методом глубокой пальпации органов брюшной полости, удавалось прощупать поджелудочную железу только у 1% мужчин и 4% женщин. Пальпация поджелудочной железы становится возможной лишь при значительном исхудании больного и выраженной дряблости брюшной стенки. Вероятность прощупывания поджелудочной железы возрастает при ее увеличении и уплотнении.

Пальпация поджелудочной железы должна проводиться натощак (лучше всего после приема накануне слабительных препаратов). Прощупывание поджелудочной железы ведут по всем правилам глубокой пальпации живота.

Первый этап – *постановка рук* – предусматривает предварительное определение одним из методов нижней границы желудка. На 2–3 см выше этой границы (т.е. обычно на 5–6 см выше пупка) слева от средней линии живота устанавливают горизонтально слегка согнутые пальцы левой руки.

Второй этап пальпации сводится к *формированию кожной складки*, которое осуществляется сдвиганием кожи кверху. Третьим этапом пальпации является *погружение пальпирующих пальцев* вглубь брюшной полости во время выдоха больного. Наконец, четвертый этап пальпации включает в себя скольжение пальпирующих пальцев сверху вниз по задней стенке брюшной полости с их «перекатыванием» через поджелудочную железу. При этом прощупывание подже-

лудочной железы, если оно вообще оказывается возможным, происходит через желудок.

Чтобы убедиться в том, что пальпируемое образование действительно представляет собой поджелудочную железу, необходимо обязательно пальпаторно определить большую кривизну желудка и поперечную ободочную кишку, с которыми нередко путают поджелудочную железу.

Если удалось пропальпировать нормальную поджелудочную железу, то она определяется в виде горизонтально расположенного цилиндра диаметром 1,5–2 см, мягкой консистенции, с ровной поверхностью, безболезненного. Характерными свойствами поджелудочной железы, отличающими ее, например, от поперечной ободочной кишки, являются отсутствие перистальтической активности и урчания, малоподвижность поджелудочной железы при пальпации. Чаще всего пальпация поджелудочной железы становится возможной при развитии в ней опухолей или кист, причем лучше, как правило, прощупываются опухоли головки и хвоста поджелудочной железы и хуже — опухоли, расположенные в области ее тела.

В диагностике таких распространенных заболеваний, как хронический панкреатит, помогает выявление некоторых характерных симптомов. Например, при обострении хронического панкреатита при пальпации нередко отмечается отчетливая болезненность в *зоне Шоффара* (или *зоне Шоффара–Риве*) — треугольнике, образованном средней линией живота, линией, проведенной от пупка вправо и вверх под углом в 45°, и горизонтальной линией, проведенной на 6 см выше пупка.

В этих же случаях можно обнаружить *панкреатическую точку Дежардена* — точку пальпаторной болезненности, расположенную в 6 см от пупка по линии, соединяющей пупок с вершиной правой подмышечной области. Наконец, при обострении хронического панкреатита можно также отметить *положительный симптом Мейо–Робсона* — появление болезненности при пальпации в левом реберно-позвоночном углу.

При отсутствии каких-либо изменений в разделе истории болезни, посвященном исследованию поджелудочной железы, делается краткая запись:

Исследование поджелудочной железы

Поджелудочная железа не пальпируется. Болезненности при пальпации в зоне Шоффара и панкреатической точке Дежардена не отмечается. Симптом Мейо–Робсона отрицательный.

Глава 6. ИССЛЕДОВАНИЕ СИСТЕМЫ МОЧЕВЫДЕЛЕНИЯ

При исследовании мочевого пузыря последовательно проводятся расспрос больного, осмотр области почек, пальпация почек и мочевого пузыря, определение симптома Пастернацкого и перкуссия мочевого пузыря.

6.1. РАССПРОС БОЛЬНОГО

При расспросе больных необходимо иметь в виду, что некоторые пациенты, страдающие заболеваниями почек (например, латентной формой хронического гломерулонефрита) могут вообще не предъявлять никаких жалоб. В других случаях жалобы пациентов могут носить лишь общий характер (слабость, утомляемость, снижение работоспособности и др.), что порой не дает никаких оснований заподозрить поражение почек и провести целенаправленное обследование. Все же при многих заболеваниях почек и мочевыводящих путей встречаются, как правило, достаточно характерные жалобы, среди которых важное место принадлежит **болям**.

Боли при заболеваниях почек могут быть обусловлены растяжением почечной капсулы (например, при остром гломерулонефрите), лоханки (при остром или хроническом пиелонефрите), закупоркой мочеточника (конкрементом, сгустком крови) и его перегибом при некоторых аномалиях положения почек, спастическим сокращением мочеточника, ишемией почечной ткани (при инфаркте почек).

Анализируя болевой синдром, прежде всего обращают внимание на *локализацию и иррадиацию болей*. Так, при ряде заболеваний почек боли локализуются в поясничной области. Попутно отметим, что для столь частого заболевания, каким является в нефрологической практике хронический гломерулонефрит, боли совсем не являются характерными. Да и при остром гломерулонефрите они нередко определяются пациентами не как боли в поясничной области, а как ощущение тяжести.

Боли при почечной колике локализуются в поясничной области и обычно иррадируют в подреберье, распространяясь далее по ходу мочеточника в боковые отделы живота, паховую область, половые органы, внутреннюю поверхность бедра. При воспалительном процессе в мочевом пузыре боли ощущаются в лобковой области, а при поражении уретры (например, при уретритах) — по ходу мочеиспускательного канала.

Важным диагностическим признаком является *характер болей*. Так, при хроническом пиелонефрите боли чаще всего бывают ноющими. При закупорке мочеточника камнем или его спазме, обуславливающих острое нарушение оттока мочи из почечной лоханки, боли принимают характер колики, периодически слегка ослабевают, а затем вновь резко усиливаются. При этом обращает на себя внимание беспокойное поведение больных, которые в буквальном смысле не могут найти себе место, постоянно меняя положение. На фоне сильного болевого приступа у них рефлекторно может возникнуть рвота. Резкий, нестерпимый характер носят и боли внизу живота, появляющиеся при острой задержке мочи.

В ряде случаев удается отметить *связь возникновения болей с какими-либо факторами*. Например, приступ почечной колики провоцируется иногда тряской ездой. Боли при блуждающей почке могут появляться при резких движениях. Боли, связанные с поражением мочевого пузыря и мочеиспускательного канала, усиливаются при мочеиспускании.

Боли при почечной колике уменьшаются после инъекции холинолитиков, спазмолитиков, приема больным горячей ванны, а иногда лишь после инъекции наркотических анальгетиков. При остром паранефрите боли становятся слабее, если больной сгибает ногу в тазобедренном суставе на стороне поражения.

Частыми являются жалобы больных на увеличение (полиурия) или уменьшение (олигурия) количества выделяемой в течение суток мочи.

Полиурией обозначают увеличение суточного количества мочи свыше 1,8–2,0 л. Полиурия далеко не всегда связана с заболеваниями почек и может наблюдаться, в частности, при низкой температуре окружающей среды, эмоциональном стрессе (психогенная полиурия), обильном питье жидкости, приеме мочегонных препаратов, сахарном и несахарном диабете. Появление полиурии при заболеваниях почек свидетельствует нередко о прогрессировании хронической почечной недостаточности, приводящей к уменьшению реабсорбции воды в канальцах почек. Такая полиурия существенно не уменьшается при ограничении приема жидкости и потому носит название вынужденной или облигатной.

Под *олигурией* понимают уменьшение выделения в течение суток мочи ниже 500 мл. Нередко у больных наблюдается экстраренальная (внепочечная) олигурия, возникающая, в частности, при высокой температуре окружающей среды, лихорадочных состояниях, упорной рвоте, профузных поносах и т.д. Иногда она бывает связана с отрицательными эмоциями (эмоциональная олигурия). Почечная (ренальная) олигурия встречается при остром нарушении функции почек (например, при отравлении солями тяжелых металлов, высокоатомными спиртами, четыреххлористым углеродом, токсических лекарственных поражениях) или же может быть проявлением терминальной стадии хронической почечной недостаточности.

Полное прекращение выделения мочи почками (правильнее — полное прекращение поступления мочи в мочевой пузырь) носит название *анурии*. Выделяют преренальную или внепочечную анурию, связанную с резким уменьшением почечного кровотока (при шоке, тромбозе почечных артерий), ренальную (секреторную, почечную), обусловленную тяжелым поражением почечной паренхимы (например, при отравлении нефротоксичными ядами), и субренальную (постренальную, экскреторную) анурию, развивающуюся при нарушении оттока мочи из верхних мочевых путей (сдавление мочеточников опухолью, двусторонние камни почек и мочеточников). Анурия является чрезвычайно серьезным симптомом, приводящим при отсутствии необходимой помощи к смерти больного через несколько дней при явлениях общей тяжелой интоксикации.

Частой жалобой больных с заболеваниями мочевыделительной системы является *дизурия*. В узком смысле слова дизурией или дизурическими расстройствами обозначают расстройства мочеиспускания, обусловленные затруднением выведения мочи из мочевого пузыря (например, при аденоме предстательной железы). Такое затрудненное мочеиспускание нередко сопровождается ложными позывами на мочеиспускание и вялой струей мочи (по образному выражению, «больной мочится себе на сапоги»). Некоторые авторы включают в понятие дизурии также болезненное (*странгурия*) и учащенное (*поллакиурия*) мочеиспускание. Наконец, имеется и третья точка зрения, согласно которой к дизурии относят любые расстройства мочеиспускания, включая ишурию, недержание мочи и др.

Под *ишурией* понимают задержку мочи, когда мочеиспускание отсутствует несмотря на переполнение мочевого пузыря. Иногда встречается так называемая парадоксальная ишурия, когда моча непрерывно выделяется каплями из переполненного мочевого пузыря. Острая задержка мочи может возникнуть при заболеваниях предстательной железы (например, аденома), стриктурах уретры. При этом больные обычно становятся беспокойными, безуспешно пытаются найти положение, в котором они могли бы опорожнить мочевой пузырь. В тех случаях, когда задержка мочи связана с поражением центральной нервной системы (например, травма), больной нередко остается спокойным и не испытывает позывов несмотря на переполненный мочевой пузырь.

Учащенное (свыше 6 раз в сутки) мочеиспускание носит название *поллакиурии*. Поллакиурия чаще всего встречается при воспалительных заболеваниях мочеполовой сферы (цистит, простатит, уретрит), характеризуясь выделением во время каждого акта мочеиспускания небольшого количества мочи. Иногда поллакиурия служит одним из проявлений неврозов; в таких случаях учащенного мочеиспускания в ночное время обычно не отмечается. Часто поллакиурия бывает закономерным отражением полиурии и наблюдается, в частности, при сахарном диабете, приеме мочегонных препаратов.

При этом количество мочи, выделяемое во время каждого акта мочеиспускания, остается нормальным (т.е. 250–300 мл).

Как известно, у здорового человека 60–80% всего суточного количества мочи выделяется в дневное время (с 8 до 20 часов). В тех случаях, когда ночной диурез начинает превышать дневной, говорят о наличии *никтурии*. Никтурия может отмечаться при сердечной или почечной недостаточности, возникая в результате некоторого улучшения функции сердца и почек в горизонтальном положении больного.

При некоторых заболеваниях центральной и периферической нервной системы, приводящих к нарушению функции сфинктера мочевого пузыря, наблюдается *недержание мочи*, представляющее собой непроизвольное выделение мочи из мочевого пузыря с отсутствием позывов на мочеиспускание. От недержания следует отличать *неудержание мочи*, которое выражается в невозможности удержать мочу в мочевом пузыре при очень сильных позывах на мочеиспускание и встречается, например, при остром цистите или опухоли шейки мочевого пузыря.

Больные с заболеваниями почек могут также предъявлять жалобы на *изменение цвета мочи*, которое часто бывает обусловлено наличием в ней крови (макрогематурией). Макрогематурия, особенно сочетающаяся с почечной коликой, характерна для мочекаменной болезни. Внезапно развивающаяся обильная макрогематурия может наблюдаться при злокачественных опухолях почек. При гломерулонефрите моча нередко имеет цвет «мясных помоев», при пиелонефрите больные жалуются на выделение мутной мочи.

Лихорадка, сопровождающаяся ознобами, часто отмечается у больных с острым пиелонефритом или апостематозным нефритом. Длительная субфебрильная температура встречается при туберкулезе почек, гипернефроидном раке.

Нередкой жалобой больных с заболеваниями почек (хроническим гломерулонефритом, нефротическим синдромом) являются *отеки*. При этом, в отличие от отеков другого происхождения (например, сердечных отеков), почечные отеки выражены лучше всего утром и возникают, в первую очередь, там, где имеется много подкожной жировой клетчатки (в частности, на лице).

При присоединении почечной гипертонии появляются также жалобы на головные боли, головокружение, «мелькание мушек перед глазами» и другие расстройства зрения, боли в области сердца, одышку и т.д. При развитии явлений хронической почечной недостаточности больные могут жаловаться на различные диспепсические расстройства (тошноту, рвоту, потерю аппетита и др.), мучительный кожный зуд и другие неприятные ощущения, связанные с выведением продуктов азотистого обмена через кожу, легкие, желудочно-кишечный тракт.

Выясняя особенности **анамнеза заболевания**, уточняют прежде всего возможную связь поражения почек с каким-либо предшеству-

ющим заболеванием (ангиной, скарлатиной, рожей и др.), переохлаждением, аллергическими реакциями, отравлениями нефротоксичными ядами (ртуть, свинец, соединения бензола и др.). Обращают внимание на то, проявилось ли заболевание остро или же оно было выявлено случайно (например, при диспансерном осмотре и лабораторном исследовании мочи). Для правильной оценки динамики течения заболевания важно проследить все его этапы, в частности, уточнить время присоединения артериальной гипертонии, появления стойкой полиурии, никтурии и т.д. Большое значение имеет также анализ эффективности применения лекарственных препаратов (например, кортикостероидов) и других методов лечения, включая гемодиализ.

Характеризуя те или иные разделы **анамнеза жизни**, выясняют наличие или отсутствие заболеваний почек у родственников больного, поскольку некоторые нефрологические заболевания (нефрогенный несахарный диабет, почечная глюкозурия и др.) могут иметь генетическую природу. У женщин уточняют особенности течения беременности и наличие ее позднего токсикоза — нефропатии беременных, с которой может быть связано последующее прогрессирование заболеваний почек. Вообще нужно сказать, что в молодом возрасте женщины значительно чаще страдают, например, пиелонефритом, чем мужчины. У женщин также чаще встречается поликистоз почек. В свою очередь, у мужчин чаще наблюдаются мочекаменная болезнь, амилоидоз почек.

При расспросе больных важно также обратить внимание на возможные *сопутствующие заболевания* (туберкулез, системная красная волчанка, ревматоидный артрит, узелковый периартериит, цирроз печени, сахарный диабет, бронхоэктатическая болезнь, гипертоническая болезнь и др.), при которых часто поражаются почки.

6.2. ОСМОТР ОБЛАСТИ ПОЧЕК

При осмотре живота и поясничной области у больных с заболеваниями почек чаще всего каких-либо изменений выявить не удастся. Лишь при значительном увеличении почек (например, при поликистозе) можно отметить небольшое выпячивание в животе или поясничной области на стороне поражения. При воспалении околопочечной клетчатки (паранефрите) в ряде случаев отмечаются гиперемия и отечность кожных покровов соответствующего участка поясничной области. При резком переполнении мочевого пузыря, обусловленном острой или хронической задержкой мочи у больных с аденомой предстательной железы, стриктурой уретры или поражением центральной нервной системы, иногда выявляется выпячивание округлой формы внизу живота.

6.3. ПАЛЬПАЦИЯ ПОЧЕК И МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

В норме почки почти никогда не пальпируются. Лишь у очень худощавых людей астенической конституции (чаще у женщин) иногда

удается прощупать нижний полюс правой почки, которая располагается в забрюшинном пространстве несколько ниже, чем левая. Чаще всего почки прощупываются при их увеличении вследствие какого-то заболевания (опухоль, поликистоз и др.) или же при их опущении (нефроптозе).

Пальпация почек может проводиться при различном положении больного: на спине, на боку (по Израэлю), стоя, сидя, в коленно-локтевом положении и т.д. В большинстве случаев, однако, почки пальпируют в горизонтальном положении больного, а также в положении пациента стоя. В первом случае пальпация почек оказывается обычно более удобной, поскольку она выполняется при большем расслаблении мышц брюшного пресса. В то же время при пальпации почек в положении стоя (по методу С.П.Боткина) можно иногда лучше выявить их опущение.

При пальпации почек в горизонтальном положении по методу Образцова—Стражеско больной лежит на спине с вытянутыми ногами; руки его располагаются на грудной клетке, мышцы живота максимально расслаблены. Врач, как и обычно в таких случаях, сидит на стуле справа от больного.

При пальпации правой почки врач *подкладывает ладонь своей левой руки под поясничную область* больного таким образом, чтобы кончики пальцев находились вблизи позвоночника, а указательный палец располагался чуть ниже XII ребра. При пальпации левой почки ладонь продвигают дальше и располагают под левой поясничной областью.

Несколько согнутые *четыре пальца правой руки устанавливают чуть ниже реберной дуги* перпендикулярно брюшной стенке снаружи от латерального края соответствующей (правой или левой) прямой мышцы живота.

При выдохе больного на фоне возникающего при этом расслабления мышц брюшной стенки *пальпирующие пальцы постепенно погружают вглубь брюшной полости*, тогда как ладонью левой руки, напротив, надавливают на поясничную область, стремясь как бы приблизить ее к пальпирующей правой руке.

Во многих учебниках и руководствах обычно указывают, что погружение правой руки продолжают до появления ощущения соприкосновения ее пальцев с подложенной на поясничную область левой рукой. На практике студентам нередко не удается получить такого ощущения, в результате чего вся методика пальпации почек остается для них порой не совсем понятной.

Здесь следует иметь в виду, что термин «ощущение соприкосновения двух рук», используемый при характеристике пальпации почек, нужно понимать с определенной осторожностью. Нетрудно заметить, что при пальпации почек между правой и левой руками врача соответственно окажутся: толстый слой поясничных мышц, петли кишечника, заполненные содержимым, мышцы передней брюшной стенки, слой подкожной жировой клетчатки и сама кожа. Имея

между двумя руками такую «прокладку», которая нередко бывает внушительной толщины, получить ощущение «соприкосновения» двух рук на практике удастся не так часто. В этой связи некоторые авторы с целью уменьшения толщины указанной «прокладки» совершенно справедливо рекомендовали назначать слабительное накануне пальпации почек. Поэтому во многих случаях пальцы правой руки погружают вглубь брюшной полости ровно настолько, насколько это позволяет расслабление мышц брюшного пресса и толщина брюшной стенки больного.

Достигнув «предела» погружения пальцев правой руки и надавливая одновременно ладонью левой руки на поясничную область, просят больного сделать глубокий вдох «животом». Если почка доступна пальпации, то ее нижний полюс подойдет под пальцы правой руки. *Придавливая почку* к задней стенке брюшной полости, пальцы делают по ее передней поверхности *скользящее движение вниз*, хорошо ощущая в момент «соскальзывания» нижний полюс почки.

В момент пальпации удастся также определить *форму* почки (в норме – бобовидную), *величину* (в норме длинник почки составляет около 12 см, поперечник – около 6 см), *подвижность*, *консистенцию* (обычно плотную, упругую, эластичную), *поверхность* (гладкую). Как правило, пальпация почки оказывается для пациента безболезненной, однако у части пациентов может появляться в момент пальпации неприятное ощущение, напоминающее тошноту.

В тех случаях, когда отчетливо прощупывается нижний полюс почки, можно уже говорить о наличии нефроптоза I степени. При нефроптозе II степени удастся пальпировать не только нижний, но и верхний полюс почки, а при нефроптозе III степени подвижность почки настолько возрастает, что она может определяться в паховой области, переходя иногда даже в другую половину живота. При этом, как правило, увеличивается подвижность и второй почки.

Указанные выше свойства, получаемые при ощупывании почки, могут изменяться при различных заболеваниях. Так, при опухолевом поражении, и поликистозе почка увеличивается в размерах, а ее поверхность становится бугристой. При гидронефрозе почка приобретает очень мягкую консистенцию и дает даже в некоторых случаях ощущение флюктуации.

Пальпируемую почку необходимо отличать от печени, желчного пузыря, селезенки, печеночного или селезеночного изгиба ободочной кишки. Прежде всего почка отличается от указанных органов своей характерной бобовидной формой, а от желчного пузыря и толстой кишки – своей более плотной консистенцией.

Печень, в отличие от правой почки, расположена более поверхностно, и для ее определения не нужно погружать пальпирующие пальцы глубоко в брюшную полость. От селезенки левая почка отличается своим более вертикальным и медиальным положением. При пальпации почки создается впечатление, что она как бы «ускользает» вверх; при пальпации печени и селезенки такого ощущение-

ния не возникает. Перкуссия над областью почек, прикрытых петлями кишечника, дает, в отличие от перкуссии над печенью и селезенкой, тимпанический звук.

Наконец, почка обладает способностью к *баллотированию* (прием Гюйона). В тех случаях, когда почка пальпируется, можно нанести пальцами левой руки короткие быстрые толчки по поясничной области. При этом почка приблизится к пальпирующим пальцам правой руки и, ударившись о них, отойдет назад. Подобное баллотирование не является характерным при пальпации печени и селезенки.

Пальпация почек в вертикальном положении больного проводится аналогичным образом. При этом пациент становится лицом или чуть боком к врачу, сидящему на стуле.

Метод *пальпации* иногда применяется и для исследования мочевого пузыря. Пустой мочевой пузырь не прощупывается. При значительном переполнении мочевого пузыря его удастся пропальпировать в лобковой области в виде округлого эластичного образования.

В некоторых случаях у больных, страдающих мочекаменной болезнью, при пальпации выявляются характерные болезненные точки. К ним относятся реберно-позвоночная точка (в углу между XII ребром и позвоночником), верхняя и нижняя мочеточниковые точки. Первая из них располагается у наружного края прямой мышцы живота на уровне пупка, вторая — в месте пересечения линии, соединяющей передние верхние ости подвздошных костей с вертикальной линией, проходящий через лобковый бугорок.

6.4. ОПРЕДЕЛЕНИЕ СИМПТОМА ПАСТЕРНАЦКОГО И ПЕРКУССИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Как уже говорилось выше, перкуссия над областью почек, прикрытых спереди петлями кишечника, дает в норме тимпанический звук. Однако при значительном увеличении почки она отодвигает петли кишечника, в результате чего над ней при перкуссии может появляться тупой звук.

В диагностике многих заболеваний почек применяют *метод поколачивания* — *определение симптома Пастернацкого*. Оценивая этот симптом, врач кладет свою левую руку на область XII ребра справа и слева от позвоночника и ребром ладони (или кончиками согнутых пальцев) правой руки наносит по ней короткие несильные удары. Симптом Пастернацкого определяют обычно в положении больного стоя или сидя, однако при необходимости проверить его можно и в положении пациента лежа, подкладывая руки под поясничную область и нанося ими толчки.

В зависимости от того, появляются ли у пациента в момент нанесения ударов болевые ощущения и насколько они оказываются интенсивными, симптом Пастернацкого расценивается как отрицательный, слабopоложительный, положительный и резкоположительный. Положительный симптом Пастернацкого отмечается при мочекаменной болезни (особенно в момент печеночной колики),

остром пиелонефрите, паранефрите и т.д. Следует, однако, иметь в виду, что положительный симптом Пастернацкого может наблюдаться при остеохондрозе позвоночника с выраженным корешковым синдромом, заболеваниях ребер, поясничных мышц, а иногда и при заболеваниях органов брюшной полости (желчного пузыря, поджелудочной железы и др.).

Метод перкуссии применяют и для определения *положения верхней границы мочевого пузыря*. При этом, расположив палец-плексиметр горизонтально, перкуссию ведут по средней линии в направлении сверху вниз, начиная приблизительно от уровня пупка. В тех случаях, когда мочевой пузырь пуст, тимпанический звук сохраняется вплоть до лонного сочленения. При переполнении мочевого пузыря перкуторно в области его верхней границы обнаруживается переход тимпанического звука в тупой. Выстояние верхней границы мочевого пузыря над лобком отмечают в см.

Описание результатов исследования системы мочевого пузыря в истории болезни при отсутствии каких-либо патологических изменений бывает обычно достаточно кратким:

СИСТЕМА МОЧЕВЫДЕЛЕНИЯ

Жалоб нет. При осмотре области почек патологических изменений не выявляется. Почки не пальпируются. Болезненность при пальпации в области верхних и нижних мочеточниковых точек отсутствует. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Мочевой пузырь перкуторно не выступает над лонным сочленением.

Глава 7. ИССЛЕДОВАНИЕ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ И НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОЙ СФЕРЫ

7.1. ИССЛЕДОВАНИЕ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ

Исследование эндокринной системы, представляющее собой один из заключительных разделов клинического исследования больного, включает в себя расспрос, осмотр области шеи и пальпацию щитовидной железы (в необходимых случаях — также перкуссию и аускультацию), измерение окружности шеи на уровне щитовидной железы, определение специальных глазных симптомов, указывающих на повышение ее функции.

7.1.1. Расспрос больного

Жалобы больных с эндокринными заболеваниями могут быть чрезвычайно многообразными, затрагивающими функции различных органов и систем.

Достаточно часто пациенты предъявляют жалобы на *нарушения функционального состояния центральной нервной системы*. Так, больные с диффузным токсическим зобом, протекающим с явлениями гиперфункции щитовидной железы, могут жаловаться на повышенную возбудимость, раздражительность, вспыльчивость, плаксивость, немотивированное беспокойство и т.д. Напротив, больные с гипотиреозом предъявляют жалобы на снижение интереса к окружающему миру, сонливость, ухудшение памяти. У больных с хронической недостаточностью коры надпочечников (болезнь Аддисона) и гипофизарной кахексией (пангипопитуитаризм, болезнь Симмондса), обусловленной недостаточной выработкой гормонов передней доли гипофиза, ведущей жалобой часто становится выраженная слабость и резкая мышечная адинамия.

Частым симптомом эндокринных заболеваний является *похудание*. Оно обычно наблюдается у больных с диффузным токсическим зобом, болезнью Аддисона, болезнью Симмондса, а также при тяжелом течении сахарного диабета.

В свою очередь, больные с различными формами ожирения (алиментарного, нейро-эндокринного и т.д.) могут жаловаться на значительную прибавку в весе и повышенное отложение жира в тех или иных областях (грудная клетка, туловище, конечности), за счет чего, например, при синдроме Иценко—Кушинга происходит изменение формы лица (в виде «полной луны»).

Больные с повышением функции щитовидной железы нередко отмечают *лихорадку, повышенную потливость, чувство жара*, плохую переносимость высокой температуры окружающей среды. Напротив, больных с гипотиреозом часто беспокоит *зябкость*, в результате чего такие пациенты предпочитают тепло одеваться даже при жаркой погоде.

Больные с эндокринными заболеваниями могут предъявлять жалобы на различные изменения кожи. Так, пациенты с болезнью Аддисона обращают внимание на появление гиперпигментации кожи (особенно в области сосков молочных желез, подмышечных и паховых областях, ладонных складках). Больные с микседемой (резко выраженным гипотиреозом) указывают на ломкость ногтей, выпадение волос на голове и бровях, характерную плотную отечность кожи. Больные сахарным диабетом часто отмечают зуд (особенно в области гениталий), склонность к грибковым поражениям кожи, фурункулезу.

Пациенты с недостаточностью функции паращитовидных желез могут предъявлять жалобы на появление *судорожных сокращений мышц*, в результате чего кисть большого может принимать форму «руки акушера», а лицо больного — изменяться с появлением так называемого «рыбьего рта».

Пациенты с гиперпаратиреозом, а также больные с синдромом Иценко—Кушинга нередко отмечают *боли в костях* (особенно часто — в грудном и поясничном отделах позвоночника), обусловленные развитием остеопороза. Изменения формы и размеров костей (рост конечностей, увеличение нижней челюсти, скуловых костей, надбровных дуг и т.д.) встречаются при акромегалии и бывают связаны с повышением секреции соматотропного гормона гипофиза. В таких случаях больные обращают внимание на том, что они вынуждены переходить на обувь и головные уборы значительно больших размеров.

Некоторые жалобы больных с заболеваниями эндокринной системы могут касаться *органов дыхания*. Пациенты с микседемой иногда отмечают изменение голоса, который вследствие утолщения слизистой оболочки гортани становится грубым и охриплым. Больные с ожирением часто жалуются на одышку, обусловленную высоким стоянием диафрагмы. Поскольку это состояние сопровождается, как правило, гиповентиляцией легких, у некоторых пациентов появляется выраженная сонливость. Такое характерное сочетание ожирения (обычно резко выраженного), одышки в виде частого поверхностного дыхания и сонливости, наблюдающееся преимущественно у лиц невысокого роста, получило название «Пикквикского синдрома», взятое из романа Ч.Диккенса «Записки Пикквикского клуба», у одного из героев которого были ярко представлены вышеперечисленные симптомы.

Ведущими в клинической картине эндокринных заболеваний нередко становятся жалобы, указывающие на поражение *сердеч-*

но-сосудистой системы. Больные с диффузным токсическим зобом часто жалуются на учащенное сердцебиение, перебои в работе сердца, одышку при небольшой физической нагрузке. С учетом данных, выявляемых при объективном исследовании (изменение тонов, появление систолического шума, мерцательная аритмия), эти жалобы могут иногда неправильно расцениваться как проявление ревматического порока сердца. У больных сахарным диабетом нередко отмечаются типичные приступы стенокардии, а также боли в икроножных мышцах при ходьбе (перемежающаяся хромота), связанные с поражением коронарных артерий и артерий нижних конечностей.

Сильные головные боли, обусловленные *повышением артериальной давления*, наблюдаются у больных с синдромом Иценко–Кушинга, при первичном гиперальдостеронизме (синдроме Конна). У пациентов с феохромоцитомой (гормональноактивной опухолью мозгового слоя надпочечников, секретирующей катехоламины) возникают даже типичные гипертонические кризы, продолжающиеся несколько часов и сопровождающиеся резкими головными болями, нарушением зрения, рвотой, а иногда — и потерей сознания.

Больные с заболеваниями эндокринной системы часто жалуются на различные *нарушения функций органов пищеварения*. Так, поносы являются характерной жалобой больных с диффузным токсическим зобом. Наоборот, запоры и метеоризм наблюдаются обычно у пациентов с гипотиреозом. Тошнота и рвота нередко встречаются при болезни Аддисона. Повышение аппетита свойственно больным с диффузным токсическим зобом, а у пациентов с сахарным диабетом оно может даже достигать ощущения «волчьего голода» (булимии). Типичной жалобой больных сахарным диабетом является также повышенная жажда, приводящая к тому, что больные могут порой выпивать в день до 20 л воды, все равно ощущая при этом постоянную сухость во рту.

Иногда у больных с эндокринными заболеваниями (острая надпочечниковая недостаточность, период прекомы у пациентов с сахарным диабетом) возникают очень сильные *боли в животе*, имитирующие острые хирургические заболевания. У больных с гиперпаратиреозом эти жалобы могут быть связаны с возникновением вторичных (симптоматических) язв, отличающихся тяжелым течением и склонностью к осложнениям.

При некоторых эндокринных заболеваниях больные могут предъявлять жалобы, характерные для *поражения мочевыделительной системы*. Так, пациенты с сахарным и несахарным диабетом отмечают стойкую полиурию. У больных с гиперпаратиреозом нередко наблюдаются приступы почечной колики, обусловленные склонностью к частому образованию камней в почках при данном заболевании.

При различных болезнях эндокринной системы (тиреотоксикоз, гипотиреоз) отмечаются жалобы, связанные с нарушением половых функций. При синдроме Иценко–Кушинга у женщин могут обнаруживаться признаки гирсутизма, проявляющиеся изменением нор-

мального типа оволосения (рост бороды, усов и т.д.). При сахарном диабете встречаются разнообразные неврологические нарушения, обусловленные прогрессированием диабетической нейропатии, снижение зрения и др.

При выяснении **анамнестических данных** обращают внимание на характер возникновения заболевания. Например, у больных сахарным диабетом I типа (инсулинзависимым) симптомы заболевания нередко развиваются достаточно быстро и бывают выражены очень ярко. Напротив, у пациентов с сахарным диабетом II типа (инсулиннезависимым) клинические симптомы могут быть стертыми, так что заболевание иногда выявляется при случайном обследовании.

Необходимо также установить факторы, способствующие, возможно, развитию того или иного эндокринного заболевания. Так, толчком к развитию тиреотоксикоза может служить психическая травма. Гипотиреоз является в некоторых случаях следствием операции субтотальной резекции щитовидной железы по поводу диффузного токсического зоба. Хроническая надпочечниковая недостаточность нередко является результатом их туберкулезного поражения.

Важную роль играет выяснение *семейного анамнеза*. Так, наследственная предрасположенность имеет большое значение в возникновении диффузного токсического зоба и сахарного диабета. Риск развития сахарного диабета, кроме того, возрастает у женщин, родивших живого или мертвого ребенка весом более 4,5 кг.

Уточняют особенности питания больных. В частности, злоупотребление легкоусвояемыми углеводами способствует ожирению и возникновению сахарного диабета II типа (диабета тучных). К развитию эндемического зоба (т.е. увеличения щитовидной железы, встречающегося в определенной местности) может приводить снижение содержания йода в окружающей среде.

7.1.2. Исследование щитовидной железы

При **осмотре** передней поверхности шеи можно обнаружить выраженное увеличение щитовидной железы (зоб), приводящее иногда к резкому изменению конфигурации шеи. В таких случаях обращают внимание на симметричность увеличения различных отделов щитовидной железы.

Основным клиническим методом исследования щитовидной железы является ее **пальпация**.

Как известно, доли щитовидной железы прикрыты спереди мышцами, затрудняющими (в частности, грудино-ключично-сосцевидная мышца) их пальпацию. Принято считать, что у здоровых людей (особенно мужчин) щитовидная железа не пальпируется. Все же некоторые отечественные и зарубежные авторы полагают, что в некоторых случаях (у женщин, при очень худой шее) можно прощупать щитовидную железу и у здорового человека, которая в таких случаях ощущается в виде мягкого валика, расположенного в области латеральной поверхности щитовидного хряща. Нормальные размеры до-

лей щитовидной железы не превышают при этом 3–6 см по длиннику, 3–4 см в поперечнике, 1–2 см в толщину.

Существует 3 наиболее распространенных способа пальпации щитовидной железы.

При *первом способе* пальпации врач, находящийся спереди от больного, глубоко заводит согнутые II–V пальцы обеих кистей за задние края грудино-ключично-сосцевидных мышц, а большие пальцы располагает в области щитовидных хрящей кнутри от передних краев грудино-ключично-сосцевидных мышц. Во время пальпации больного просят сделать глоток, в результате которого щитовидная железа перемещается вместе с гортанью вверх и движется под пальцами врача. Перешеек щитовидной железы пальпируют на передней поверхности шеи с помощью скользящих движений пальцев в вертикальном направлении.

При *втором способе* пальпации врач располагается справа и чуть спереди от больного. Для большего расслабления мышц шеи больной слегка наклоняет голову вперед. Лево́й рукой врач фиксирует шею больного, обхватив ее сзади. Пальпация щитовидной железы производится пальцами правой руки, причем пальпация правой доли осуществляется большим пальцем, а пальпация левой доли – сложенными вместе остальными пальцами.

При *третьем способе* пальпации щитовидной железы врач становится сзади больного. Большие пальцы рук располагают на задней поверхности шеи, а остальные пальцы устанавливают на область щитовидных хрящей кнутри от переднего края грудино-ключично-сосцевидных мышц. Ладони врача располагаются при этом способе пальпации на боковых поверхностях шеи.

Пропальпировав щитовидную железу одним из указанных способов, определяют ее *размеры, поверхность, консистенцию, наличие узлов, подвижность при глотании, болезненность*.

Для характеристики размеров щитовидной железы предложена классификация, предусматривающая выделение *нескольких степеней ее увеличения*.

В тех случаях, когда щитовидная железа не пальпируется, принято говорить о 0 степени ее увеличения. Если отчетливо пальпируется ее перешеек, считают, что имеется увеличение щитовидной железы I степени. При увеличении II степени хорошо пальпируются доли щитовидной железы, а сама щитовидная железа становится заметной на глаз при глотании. При увеличении III степени щитовидная железа хорошо видна уже при обычном осмотре («толстая шея»); такую щитовидную железу уже именуют зобом. При увеличении щитовидной железы IV степени резко изменяется нормальная конфигурация шеи. Наконец, под увеличением щитовидной железы V степени понимают зоб очень больших размеров.

При диффузном токсическом зобе консистенция щитовидной железы может быть мягкой или умеренно плотной, однако поверхность ее при этом остается ровной.

При пальпаторном обнаружении узлов в щитовидной железе определяют их количество и консистенцию. При аденоме щитовидной железы часто удается пропальпировать узел плотноэластической консистенции, с четкими границами и гладкой поверхностью, подвижный и не спаянный с окружающими тканями. При раковом поражении щитовидной железы прощупываемый узел становится плотным (иногда — каменистым), теряет ровность контуров и подвижность при глотании. Болезненность при пальпации щитовидной железы наблюдается при ее воспалительных изменениях (тиреоидитах).

После проведения пальпации измеряют **окружность шеи на уровне щитовидной железы**. При этом сзади сантиметровую ленту устанавливают на уровне остистого отростка VII шейного позвонка, а спереди — на уровне наиболее выступающей области щитовидной железы. При обнаружении отдельных узлов их диаметр можно измерить с помощью специального циркуля.

Метод перкуссии может применяться для выявления загрудинного зоба. В таких случаях над рукояткой грудины определяется укорочение перкуторного звука.

При аускультации щитовидной железы у больных с диффузным токсическим зобом иногда удается выслушать функциональный шум, обусловленный усиленной васкуляризацией щитовидной железы и ускорением в ней кровотока при данном заболевании.

У больных с диффузным токсическим зобом нередко выявляются так называемые глазные симптомы. К ним, в частности, относятся *симптом Дальримпля* (расширение глазной щели с обнажением полоски склеры над радужной оболочкой), *симптом Штельвага* (редкое мигание), *симптом Мебиуса* (ослабление конвергенции). Для определения симптома Мебиуса приближают к лицу больного какой-либо предмет (карандаш, авторучку) и просят пациента фиксировать на нем взгляд. При недостаточной конвергенции глазные яблоки больного произвольно отходят в стороны.

Симптом Грефе заключается в появлении полоски склеры между верхним веком и радужной оболочкой при движении глазного яблока книзу. При определении этого симптома также просят больного смотреть на предмет, который перемещают в направлении сверху вниз. Во время перемещения становится заметным, как верхнее веко больного отстает от движения глазного яблока.

Симптом Кохера представляет собой появление такой же полоски склеры между верхним веком и радужной оболочкой при движении глазного яблока вверх, т.е. отставание глазного яблока от верхнего века.

Запись результатов исследования эндокринной системы в истории болезни может быть следующей:

ИССЛЕДОВАНИЕ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ

Жалоб нет. При осмотре передней поверхности шеи изменений не отмечается. Щитовидная железа не пальпируется. Окружность шеи на уровне ши-

товидной железы спереди и остистого отростка VII шейного позвонказади – 38 см.

Симптомы Грефе, Кохера, Мебиуса, Дальримпля, Штелльвага – отрицательные.

7.2. ИССЛЕДОВАНИЕ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОЙ СФЕРЫ

Полноценное исследование нервно-психического статуса больного можно провести лишь в том случае, если врач прекрасно знает симптоматиологию нервных и психических заболеваний, хорошо владеет специальными методами исследования, применяемыми в неврологии и психиатрии. В этом плане студент III курса, изучающий пропедевтику внутренних болезней и, естественно, не знакомый еще с указанными дисциплинами, может и должен при обследовании больного с заболеванием внутренних органов дать лишь самую общую и предельно краткую оценку его неврологического статуса, эмоциональной сферы, интеллектуально-мнестических функций. Понятно, что проводимое при этом исследование ограничивается преимущественно расспросом больных.

Оценка психического статуса больного традиционно начинается с оценки того, насколько правильно пациент *ориентируется в пространстве, времени и собственной личности*. Как правило, для этого бывает достаточно задать несколько уточняющих вопросов: «Где Вы сейчас находитесь?», «Какой сегодня день недели, месяц, год?», «Назовите, пожалуйста, свою фамилию, имя, отчество», «Где Вы работаете?» и т.д. Одновременно отмечают, контактен ли больной и охотно ли он вступает в общение с врачом.

После этого переходят к исследованию познавательной, эмоциональной и двигательной-волевой сфер. Обращают внимание на возможные *нарушения восприятия* (в частности, галлюцинации), которые могут, например, проявляться в том, что больной, будучи один в палате, активно жестикулируя, ведет оживленную беседу с «голосами», иногда зажимая уши, если «голоса» сообщают ему неприятные сведения и т.д.

В процессе беседы с больным выясняют также, не нарушено ли у него *внимание* и способен ли пациент длительное время сосредоточиваться на одном деле. Отмечают возможные *нарушения памяти* (на отдаленные или текущие события).

При расспросе больного на основании характеристики полученных ответов можно сделать вывод и о состоянии его *интеллекта*, в частности, о соответствии интеллекта больному полученному им образованию. Обращают внимание на наличие или отсутствие различных *нарушений мышления*, которые могут выражаться в каких-либо бредовых интерпретациях, появлении сверхценных идей, навязчивых состояний.

Исследованию *эмоциональной сферы* больного помогает оценка его внешнего вида, одежды, выражения лица. Так, лицо больных, находящихся в депрессивном состоянии, выражает обычно тоску и пе-

чаль. При эмоциональной тупости больные становятся очень не-решливыми, безразличными ко всему. При маниакальном состоянии больные всем своим видом выражают приподнятое настроение, восторженность, неусемную радость.

Наконец, исследуя *волеую* или *произвольную деятельность* больного, отмечают особенности его поведения, определяют, как пациент (самостоятельно или по принуждению персонала) выполняет те или иные действия (в том числе умывание, прием пищи и др.), нет ли негативизма в поступках (когда больной делает противоположное тому, о чем его просят), нарушений нормальных влечений (усиления, ослабления и т.д.).

Выясняя возможные **неврологические жалобы**, в первую очередь обращают внимание на *головные боли*, которые могут нередко встречаться, в том числе и у больных с соматическими заболеваниями (гипертонической болезнью, при лихорадочных состояниях, интоксикациях и т.д.). Классификация головных болей достаточно сложна и предусматривает выделение различных типов цефалгии, т.е. головной боли (мигренозного, сосудистого типа и др.).

Задача терапевта при анализе такой жалобы, как головные боли, заключается в том, чтобы уточнить их характер (ноющие, пульсирующие, давящие), локализацию (в затылочной области, височной области, в виде «обруча» и т.д.), выяснить, отмечаются ли головные боли постоянно или же они возникают приступообразно, зависят ли они от времени года, суток, психоэмоциональных факторов, физического напряжения, а также установить, прием каких лекарственных препаратов (анальгетики, спазмолитики и др.) способствует их уменьшению.

При наличии жалоб больного на *головокружение* стараются выяснить, как часто оно возникает, является кратковременным (минуты, часы) или длительным, сопровождается ли тошнотой и рвотой, а также какие факторы вызывают его появление (повышение артериального давления, поездка в транспорте, подъем на высоту и др.). При этом следует иметь в виду, что несистемное головокружение (ощущение диффузного нарушения восприятия пространства) нередко наблюдается при анемиях, аортальных пороках сердца, гипертонической болезни, неврозах и т.д., тогда как системное головокружение (с ощущением вращательного движения окружающих предметов или самого больного в определённую сторону) связано обычно с поражением лабиринта или мозжечка.

При расспросе больных уточняют также наличие у них *обмороков*, являющихся самой частой формой кратковременного расстройства сознания. Обмороки рефлекторного, нейрогенного генеза могут возникать при длительном неподвижном стоянии, при резком переходе из горизонтального положения в вертикальное. Обмороки, связанные с развитием ишемии мозга, встречаются при нарушениях сердечного ритма (синдром Морганьи—Адамса—Стокса), аортальных пороках сердца, артериальной гипертензии, анемиях и т.д.

Расспрашивая пациента, выясняют также характер и продолжительность его сна, самочувствие после пробуждения. Часто у больных с различными заболеваниями (в том числе и терапевтическими) выявляются различные *нарушения сна*, к которым относятся затрудненное засыпание, повторное пробуждение среди ночи, раннее утреннее пробуждение, ощущение усталости и разбитости после сна, тягостные сновидения, патологическая сонливость и др.

Расстройства сна являются очень характерными для невротических состояний, но могут встречаться также и при различных заболеваниях сердечно-сосудистой системы, органов дыхания и пищеварения, особенно если они протекают с выраженным болевым синдромом, тяжелой одышкой и т.д. Патологическая сонливость наблюдается при различных эндогенных интоксикациях (например, при хронической почечной и печеночной недостаточности, сахарном диабете), но может также отмечаться при ожирении, утомлении, авитаминозах.

Детальное исследование всех XII пар *черепно-мозговых нервов* проводится специалистом-невропатологом. Все же и терапевт должен уметь обнаружить наиболее яркие симптомы, свидетельствующие о возможном поражении краниальных нервов. К ним, в частности, относятся жалобы на расстройства обоняния, снижение остроты зрения, нарушения центрального и периферического зрения, расстройства реакции зрачков на свет, аккомодацию и конвергенцию, неодинаковые размеры зрачков (анизокория), нарушения функции жевательных и мимических мышц (в частности, сглаживание носогубной складки, перекошенность рта), снижение слуха, нарушение равновесия и неустойчивость в позе Ромберга (в положении стоя с закрытыми глазами, сблизив носки и пятки), расстройства глотания, наличие афонии (потери голоса), нарушение высывания языка и др.

Различные нарушения *двигательной сферы* могут заключаться в ограничении или полном отсутствии активных движений, ограничении или, наоборот, избыточности пассивных движений, нарушении координации движений, повышении или снижении мышечного тонуса, появлении насильственных движений.

Важным разделом неврологического исследования является оценка *рефлекторной сферы*. При различных заболеваниях нервной системы отмечаются повышение или снижение сухожильных рефлексов (коленного, ахиллова и др.), уменьшение кожных рефлексов, появление патологических рефлексов (Бабинского, Россолимо и др.).

Существуют специальные приемы для выявления изменений *левой и температурной чувствительности*. При этом сами больные могут жаловаться на снижение или полное отсутствие чувствительности в различных областях, появление участков повышенной чувствительности, разнообразные парестезии (ощущение ползания мурашек, стягивания, покалывания и т.д.). Указанные нарушения

встречаются при полиневритах (например, у больных хроническим алкоголизмом), нейропатиях.

При расспросе отмечают возможное наличие *тазовых расстройств* (нарушения мочеиспускания, дефекации, половых функций), которые в ряде случаев имеют нейрогенную природу. Обращают внимание на *расстройства речи и письма*, которые могут выражаться в нарушении артикуляции (дизартрия), утрате способности читать (алексия) и писать (аграфия) и др.

Для оценки состояния *вегетативной нервной системы* применяют исследование дермографизма. Для этого концом стеклянной палочки наносят на кожу легкие штриховые раздражения. В норме у здоровых людей на коже сразу появляется белая полоска, связанная со спазмом капилляров. При более сильном нажиме образуется красная полоска, обусловленная расширением капилляров (красный нестойкий дермографизм). Возникающий в таких случаях длительный (стойкий) красный дермографизм будет свидетельствовать о снижении тонуса капилляров и их расширении. Напротив, длительный белый дермографизм указывает на стойкий спазм капилляров.

Краткое описание результатов исследования нервно-психической сферы в истории болезни может быть следующим:

Нервно-психическая сфера

Больной правильно ориентирован в пространстве, времени и собственной личности. Контактен, охотно общается с врачом. Восприятие не нарушено. Внимание не ослаблено, способен долго сосредоточиваться на одном деле. Память сохранена. Интеллект высокий. Мышление не нарушено. Настроение ровное. Поведение адекватное.

Головных болей, головокружения, обмороков нет. Сон глубокий, ровный, продолжительностью 7–8 часов. Засыпает быстро. Самочувствие после пробуждения хорошее.

При исследовании черепно-мозговых нервов, двигательной и рефлекторной сфер патологических изменений не выявлено. Нарушений чувствительности не отмечается. Дермографизм красный, нестойкий.

Глава 8. ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ И ЕЕ ОФОРМЛЕНИЕ

После изложения в истории болезни паспортных данных, жалоб больного, истории развития настоящего заболевания и истории жизни, результатов исследования настоящего состояния больного переходят к определению **плана обследования больного**, в котором по пунктам перечисляют те методы дополнительного (лабораторного и инструментального) исследования, которые целесообразно провести с целью уточнения диагноза заболевания.

Некоторые методы дополнительного исследования применяются при обследовании всех больных независимо от предполагаемого диагноза заболевания. К ним относятся общие клинические анализы крови, мочи, кала, определение некоторых показателей биохимического исследования крови (содержания общего белка и белковых фракций, общего и прямого билирубина, холестерина, глюкозы, мочевины, креатинина и т.д.), электрокардиография, рентгенологическое исследование органов грудной клетки.

Выбор других методов дополнительного исследования, которые войдут в план обследования больного, будет зависеть от предполагаемого диагноза заболевания. Так, если на основании расспроса и данных непосредственного исследования больного можно заподозрить наличие у пациента язвенной болезни, то в план обследования целесообразно, очевидно, будет включить исследование кислотообразующей функции желудка (методом фракционного желудочного зондирования с использованием в качестве стимулятора секреции гистамина или пентагастрина или же методом рН-метрии), рентгенологическое исследование желудка и двенадцатиперстной кишки, гастродуоденоскопию. Если у больного предполагается диагноз ревматического порока сердца, то в план обследования необходимо будет включить определение, так называемых ревматических проб (титра анти-О-стрептолизина и антигиалуронидазы, С-реактивного белка и др.), фонокардиографию, эхокардиографию, рентгенологическое исследование органов грудной клетки с контрастированием пищевода и др.

Учитывая, что проведение целого ряда инструментальных исследований, например, ангиографии, прижизненной биопсии печени или почек и т.д., может быть связано с определенным риском для жизни больного, назначение каждого такого исследования в истории болезни целесообразно *обосновать*, хотя бы следующим образом:

Учитывая, что у больного имеется железодефицитная анемия и периодически отмечается появление в кале примеси крови, для уточнения характера поражения толстой кишки больному показано проведение колоноскопии.

В план обследования больного включаются и *консультации* различных специалистов, необходимые для постановки диагноза заболевания и определения тяжести его течения. Так, при обследовании больного с артериальной гипертонией или сахарным диабетом необходимо обязательно запланировать консультацию окулиста, при обследовании больной с железодефицитной анемией — консультацию гинеколога и т.д.

После изложения в истории болезни плана обследования больного приводятся *результаты лабораторных и инструментальных исследований*. При этом протоколы различных исследований (например, гастродуоденоскопии, ультразвукового исследования органов брюшной полости) необходимо переписывать полностью, а не ограничиваться лишь заключением: «Язва двенадцатиперстной кишки», «Гепатомегалия» и т.д. Данные лабораторных исследований желательнее приводить в системе СИ, используя в необходимых случаях соответствующие коэффициенты пересчета. Следует считать оправданным, когда какие-либо отклонения лабораторных показателей или фразы протоколов, содержащие указания на какие-то изменения, подчеркиваются красным карандашом. Это позволяет быстро ориентироваться в результатах дополнительных исследований, особенно в тех случаях, когда больной находится в стационаре длительное время и ему проведено большое число различных анализов.

8.1. ФОРМУЛИРОВКА ДИАГНОЗА

После изложения в истории болезни результатов дополнительных исследований формулируется *клинический диагноз заболевания*. Правильная формулировка клинического диагноза заболевания нередко бывает сопряжена с определенными трудностями, что объясняется целым рядом причин.

Нужно сказать, что применительно почти к каждому заболеванию существует несколько его классификаций, порой значительно отличающихся друг от друга. Нередко бывает так, что представители какой-то одной научной школы пользуются при формулировке диагноза одной классификацией, а представители какого-то иного научного направления — совсем другой.

При формулировке диагноза заболевания часто рекомендуют пользоваться международной статистической классификацией болезней, травм и причин смерти, которая, однако, далеко не всегда соотносится с потребностями клинической классификации. В некоторых случаях ориентируются на рекомендации Комитета экспертов ВОЗ (Всемирной организации здравоохранения) и т.д. При выборе той или иной классификации необходимо иметь в виду, что она должна быть достаточно современной (т.е. основываться на последних достижениях в изучении патогенеза, клиники, диагностики

и лечения конкретного заболевания), но в то же время оставаться сравнительно простой, понятной, удобной для практического применения.

Естественно, студенту III курса (как, впрочем, нередко и врачу, ученому, педагогу) сложно бывает иногда понять все тонкости многочисленных классификаций (нередко весьма громоздких), разобратся в хитросплетениях той или иной формулировки диагноза (основное, фоновое, конкурирующее и т.д. заболевание), являющихся подчас предметом оживленных научных дискуссий клиницистов и патологоанатомов. В задачу студента III курса входят выделение и достаточно грамотная формулировка *основного заболевания, его осложнений* (если они есть), *сопутствующих заболеваний*.

Так, если у больного имеется ишемическая болезнь сердца, то можно предложить такой вариант формулировки клинического диагноза:

Основное заболевание: ишемическая болезнь сердца, стенокардия напряжения IV функционального класса (ФК).

Осложнения основного заболевания: постинфарктный кардиосклероз (крупноочаговый трансмуральный инфаркт миокарда передне-перегородочной области с переходом на верхушку и боковую стенку левого желудочка в 1990 г.). Атриовентрикулярная блокада II степени. Недостаточность кровообращения IIa стадии.

Сопутствующие заболевания: сахарный диабет II типа (инсулиннезависимый), среднетяжелого течения, компенсированный. Экзогенно-конституциональное ожирение II степени.

Если у больного диагностирована язвенная болезнь, которая, кстати говоря, редко протекает без сопутствующих изменений других органов пищеварения, то примерная формулировка диагноза может быть следующей:

Основное заболевание: язвенная болезнь с локализацией язвы в области передней стенки пилорического канала в стадии обострения.

Осложнения основного заболевания: субкомпенсированный рубцово-язвенный стеноз привратника.

Сопутствующие заболевания: эрозивный дуоденит. Хронический диффузный поверхностный гастрит в стадии обострения. Хронический холецистит в ст. ремиссии. Гипермоторная дискинезия толстой кишки. Астеноневротический синдром.

В клинической практике могут возникнуть ситуации, когда поставить точный клинический диагноз заболевания в силу различных обстоятельств бывает очень трудно. Это отмечается особенно часто тогда, когда больной поступает в стационар в крайне тяжелом состоянии и погибает через очень короткое время. В таких случаях, если у врача имеются серьезные сомнения, можно поставить два или три диагноза со знаком вопроса. Например: Острый инфаркт миокарда, осложнившийся кардиогенным шоком? Тромбоэмболия ветвей легочной артерии? Расслаивающаяся аневризма аорты?». В то же время большое количество вопросов при формулировке диагноза свиде-

тельствует о неуверенности врача, в связи с чем их вынесением в диагноз не следует злоупотреблять без особой необходимости.

8.2. ОБОСНОВАНИЕ ДИАГНОЗА

Обоснование уже сформулированного диагноза заболевания вызывает нередко у студентов значительные трудности в том плане, как изложить его в истории болезни и в какой последовательности он должен быть написан? Чтобы не пускаться в абстрактные рассуждения, разберем конкретный пример.

Допустим, обследовав больного, мы поставили ему диагноз ревматического порока сердца. Сформулируем, прежде всего, достаточный полный клинический диагноз:

Основное заболевание: ревматизм, неактивная фаза. Ревматический сочетанный митрально-трикуспидальный порок сердца. Комбинированный митральный порок с преобладанием стеноза левого атриовентрикулярного отверстия; относительная недостаточность трехстворчатого клапана.

Осложнения основного заболевания: мерцательная аритмия, тахисистолическая форма. Недостаточность кровообращения IIa стадии.

Сопутствующие заболевания: хронический диффузный гастрит с очаговой атрофией слизистой оболочки желудка и умеренным снижением кислотообразующей функции в стадии ремиссии. Гипомоторная дискинезия желчного пузыря. Правосторонний нефроптоз I степени.

В первую очередь необходимо решить вопрос, с чего мы начнем обоснование диагноза? Наверное, логично, если вначале будет обоснован диагноз ревматизма, затем — ревматического порока сердца, после этого — тахисистолической формы мерцательной аритмии, недостаточности кровообращения и т.д.

Далее подумаем, в каком порядке мы будем обосновывать диагноз ревматизма? Учитывая, что обследование больного мы начинали с оценки жалоб, анамнестических данных, переходили затем к исследованию отдельных органов и систем с применением пальпации, перкуссии, аускультации и т.д. и завершали обследование больного с помощью различных дополнительных методов, целесообразно и при обосновании диагноза использовать вначале жалобы пациента и его анамнестические данные, затем результаты основных методов непосредственного исследования и, наконец, данные лабораторных и инструментальных исследований (соблюдая как бы принцип «от простого к сложному»).

При обосновании диагноза ревматизма, очевидно, большее значение будут иметь анамнестические данные (связь начала заболевания с ангиной, ревматические атаки с повышением температуры тела, опуханием суставов и т.д.). Отсутствие в момент настоящей госпитализации признаков активности ревматизма, как клинических (полиартрита, полисерозита, лихорадки и т.д.), так и лабораторных (ускорения СОЭ, гиперфибриногенемии, С-реактивного протеина,

повышенных титров анти-О-стрептолизина и антигиалуронидазы и др.) будет доказательством того, что у пациента имеется неактивная фаза ревматизма.

Далее в том же ключе обосновывается диагноз ревматического порока сердца. Вначале анализируются имеющиеся жалобы (одышка, кашель, сердцебиение, перебои в работе сердца), затем данные анамнеза (момент постановки диагноза ревматизма, период компенсации порока сердца и т.д.). После этого оценивают результаты общего осмотра (например, обнаружение акроцианоза и «митрального румянца»), осмотра и пальпации области сердца (наличие сердечного толчка, «кошачьего мурлыканья»), перкуссии (расширение границ относительной тупости сердца вправо, вверх и влево), аускультации (обнаружение «ритма перепела», систолического и диастолического шума на верхушке и др.). Обоснование диагноза порока сердца завершают анализом результатов дополнительных методов исследования (электрокардиографии, фонокардиографии, эхокардиографии, рентгенологического исследования органов грудной клетки и др.).

После этого переходят к обоснованию диагноза тахисистолической формы мерцательной аритмии, при проведении которого также учитывают характерные жалобы (учащенное сердцебиение, перебои в работе сердца), данные анамнеза (появление вначале отдельных пароксизмов мерцания предсердий, а затем установление постоянной формы мерцания), непосредственного исследования (неправильный ритм сердечных сокращений, дефицит пульса), электрокардиографические признаки (отсутствие зубца Р в стандартных отведениях, неодинаковые интервалы между желудочковыми комплексами и др.).

Наконец, обосновывают диагноз сердечной недостаточности, указывая, какие признаки дали право говорить о ее IIa стадии.

Естественно, что такое обоснование диагноза получается достаточно объемным и требует немалого труда и большого терпения, зато оно позволяет сохранить необходимую полноту и четкую логику изложения.

Что же касается сопутствующих заболеваний (у каждого пациента их может быть значительно больше), то для экономии места и времени их обоснованием в данном конкретном случае можно, в принципе, и пренебречь, тем более что они вряд ли окажут влияние на течение и прогноз основного заболевания — порока сердца.

При обосновании диагноза студенты нередко ограничиваются простым перечислением отдельных анамнестических сведений, данных осмотра, пальпации, перкуссии, аускультации, результатов дополнительных исследований, не вдаваясь в их анализ. Такая форма обоснования диагноза выглядит маловыразительно и не всегда убедительно. Хотелось бы, чтобы в обосновании диагноза, написанном студентами, были представлены их мысли и рассуждения, анализ того, *о чем свидетельствует* тот или иной симптом, что конкретно он дал для постановки диагноза.

Как известно, студенты III курса не пишут в истории болезни раздел «Дифференциальный диагноз», который разбирается в курсе факультетской и госпитальной терапии. Все же во многих случаях в обоснование диагноза целесообразно бывает внести элементы дифференциального диагноза.

Дело в том, что с точки зрения логики, любое утверждение носит в себе элемент отрицания (не случайно Гегель отмечал, что когда мы говорим «луг», мы в то же время подразумеваем, что это не «лес» и не «пруд»). Следуя представленной точке зрения, постановка, например, диагноза гипертонической болезни означает одновременно исключение любой из форм симптоматической гипертонии. Постановка диагноза язвенной болезни с локализацией в желудке подразумевает прежде всего исключение инфильтративно-язвенной формы рака желудка. Поэтому при обосновании диагноза гипертонической болезни безусловно целесообразно указать, что такие-то и такие-то клинические данные и результаты дополнительных исследований позволили отвергнуть возможность симптоматического характера артериальной гипертонии и *подтвердить* тем самым диагноз гипертонической болезни.

Наконец, многие заболевания протекают нередко с теми или иными отклонениями от типичной клинической картины заболевания. Конечно, анализ и обсуждение атипичных симптомов и вариантов течения заболеваний также не входят в задачу обоснования диагноза, проводимого студентом III курса. Однако можно только приветствовать, если студент, обосновывая диагноз заболевания, обратит внимание на *своеобразие* тех или иных *клинических симптомов и лабораторных данных* и попытается это как-то объяснить (например, возрастными особенностями, наличием сопутствующих заболеваний, изменяющих клиническую картину основного заболевания и т.д.).

8.3. ОФОРМЛЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРНОГО ЛИСТА

В каждую историю болезни вкладывается температурный лист, который должен быть оформлен так же тщательно, как и сама история болезни. По оси абсцисс температурного листа отмечаются дни болезни; при этом каждый день рассчитывается на двухкратное измерение температуры тела. По оси ординат располагается температурная сетка, каждое деление которой составляет 0,2°. На температурный лист соответствующими точками наносят результаты ежедневной двухразовой термометрии. Затем эти точки соединяют между собой черным карандашом или ручкой, в результате чего получаются *температурные кривые*.

В температурном листе ведется также контроль артериального давления, частоты дыхания и пульса. Для этого выделяются соответствующие шкалы, совмещенные со шкалой температуры. В таких случаях соответствующими точками наносят данные ежедневного однократного определения частоты дыхания и пульса. Соединяя их,

получают *кривые частоты дыхания* (синим цветом) и *пульса* (красным цветом). Отмечая горизонтальными линиями результаты изменения систолического и диастолического артериального давления, получают его графическое изображение в виде столбиков.

В тех случаях, когда для контроля артериального давления, частоты дыхания и пульса в температурном листе выделяются не шкалы, а графы, то необходимые данные вносятся с помощью цифровых обозначений.

В температурном листе указывают, кроме того, результаты ежедневного взвешивания больного, дни приема гигиенической ванны и смены белья. В необходимых случаях отмечают суточный диурез и его соотношение с объемом выпитой в течение суток жидкости, количество суточной мокроты и т.д. Иногда температурные листы предусматривают графы для записи результатов лабораторных исследований, указания лекарственных препаратов, которые получает больной.

К сожалению, бывают случаи, когда температурный лист ведется очень небрежно, причем многие данные (результаты термометрии, частота дыхания и т.д.) берутся порой, что называется, «с потолка». Между тем, при неформальном отношении к ведению температурного листа он способен дать достаточно много ценной информации. Например, соотношение изменений температурной кривой с назначением тех или иных антибиотиков при острой пневмонии позволяет судить о их эффективности. Динамику уменьшения количества выделяемой в течение суток мокроты в процессе лечения можно наглядно представить в виде столбиковой диаграммы, которая также поможет сделать вывод об эффективности проводимой терапии.

Все же работа над курсовой историей болезни не должна сводиться к чисто внешнему ее оформлению. Иногда студенты, желая улучшить «товарный вид» истории болезни, используют различные приемы: набирают историю болезни на компьютере, вырезают из журнала изображение машины «скорой помощи» и приклеивают его на титульный лист истории болезни, «упаковывают» ее в плотную министерскую папку с надписью «К докладу» и т.д. Все это, однако, далеко не всегда подкрепляется соответствующим содержанием истории болезни. По настоящему хорошая история болезни получится только в том случае, если вдумчиво будут собраны анамnestические данные (пусть даже для этого к расспросу больного придется вернуться несколько раз), если также тщательно будет проведено непосредственное исследование больного, если будет достаточно глубоко изучена дополнительная литература, освещающая клинические аспекты тех или иных заболеваний (руководства, монографии, журнальные публикации и т.д.).

ОГЛАВЛЕНИЕ

| | |
|--------------------------------------------------------------------------|-----|
| ПРЕДИСЛОВИЕ | 3 |
| ВВЕДЕНИЕ | 4 |
| Глава 1. РАССПРОС БОЛЬНОГО | 6 |
| 1.1. Жалобы больного | 8 |
| 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 | 32 |
| 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 | 47 |
| 3.3. Исследование легких | 49 |
| 3.3.1. Осмотр и пальпация грудной клетки | 50 |
| 3.3.2. Перкуссия легких | 54 |
| 3.3.3. Аускультация легких | 64 |
| Глава 4. ИССЛЕДОВАНИЕ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ | 70 |
| 4.1. Расспрос больного | 70 |
| 4.2. Осмотр сосудов шеи | 75 |
| 4.3. Осмотр и пальпация области сердца и эпигастральной области | 76 |
| 4.4. Перкуссия сердца | 80 |
| 4.5. Аускультация сердца | 85 |
| 4.6. Исследование сосудов | 95 |
| Глава 5. ИССЛЕДОВАНИЕ СИСТЕМЫ ПИЩЕВАРЕНИЯ | 102 |
| 5.1. Расспрос больного | 102 |
| 5.2. Осмотр полости рта | 111 |

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 5.3. Осмотр живота | 113 |
| 5.4. Перкуссия живота | 115 |
| 5.5. Пальпация живота | 117 |
| 5.5.1. Поверхностная ориентировочная пальпация | 118 |
| 5.5.2. Глубокая методическая скользящая пальпация живота | 120 |
| 5.6. Пальпация желудка и определение его нижней границы | 128 |
| 5.7. Аускультация живота | 130 |
| 5.8. Перкуссия и пальпация печени и желчного пузыря | 131 |
| 5.9. Перкуссия и пальпация селезенки | 138 |
| 5.10. Пальпация поджелудочной железы | 141 |
| Глава 6. ИССЛЕДОВАНИЕ СИСТЕМЫ МОЧЕВЫДЕЛЕНИЯ | 143 |
| 6.1. Расспрос больного | 143 |
| 6.2. Осмотр области почек | 147 |
| 6.3. Пальпация почек и мочевого пузыря | 147 |
| 6.4. Определение симптома Пастернацкого и перкуссия мочевого пузыря | 150 |
| Глава 7. ИССЛЕДОВАНИЕ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ И НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОЙ СФЕРЫ | 152 |
| 7.1. Исследование эндокринной системы | 152 |
| 7.1.1. Расспрос больного | 152 |
| 7.1.2. Исследование щитовидной железы | 155 |
| 7.2. Исследование нервно-психической сферы | 158 |
| Глава 8. ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ И ЕЕ ОФОРМЛЕНИЕ | 162 |
| 8.1. Формулировка диагноза | 163 |
| 8.2. Обоснование диагноза | 165 |
| 8.3. Оформление температурного листа | 167 |

**Андрей Леонидович Гребенев,
Аркадий Александрович Шептулин**

НЕПОСРЕДСТВЕННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНОГО

Учебное пособие

Ответственный редактор: *Е.Г.Чернышова*

Редактор: *М.Н.Ланцман*

Корректор: *Т.И.Егорова*

Компьютерный набор и верстка: *С.В.Шацкая*

ISBN 5-98322-135-3



Лицензия ИД №04317 от 20.04.01 г.

Подписано в печать 02.09.05. Формат 84×108/32.
Бумага офсетная. Печать офсетная. Объем 5,5 п.л.
Гарнитура Таймс. Тираж 3000 экз. Заказ №2373

Издательство «МЕДпресс-информ».
107140, Москва, ул. Краснопрудная, д.1, стр. 1
Для корреспонденции: 105062, Москва, а/я 63
E-mail: office@med-press.ru
www.med-press.ru