

**А.В.Струтынский, А.П.Баранов,
Г.Е.Ройтберг, Ю.П.Гапоненков**

ОСНОВЫ СЕМИОТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ

Учебное пособие

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

14-е издание



Москва
«МЕДпресс-информ»
2022

УДК 616-008(075.8)

ББК 54.1я73

С30

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

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

Внимательно изучайте сопроводительные инструкции изготовителя по применению лекарственных средств.

Регистрационный № рецензии 266 от 23.07.2010 г. ФГУ ФИРО.

Струтынский, Андрей Владиславович

С30 Основы семиотики заболеваний внутренних органов : учеб. пособ. / А.В.Струтынский, А.П.Баранов, Г.Е.Ройтберг, Ю.П.Гапоненков. — 14-е изд. — М. : МЕДпресс-информ, 2022. — 304 с. : ил.

ISBN 978-5-00030-978-0

Пособие подготовлено коллективом сотрудников кафедры пропедевтики внутренних болезней лечебного факультета Российского государственного медицинского университета. Содержание соответствует программе по предмету, изданной МЗ РФ в 2003 г. Издание содержит большое количество оригинальных иллюстраций, таблиц, схем, облегчающих овладение практическими навыками обследования больного, понимание механизмов возникновения симптомов болезней.

Издание рассчитано на студентов медицинских вузов.

УДК 616-008(075.8)

ББК 54.1я73

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие	5
Глава 1. Общий осмотр	7
1.1. Общее состояние больного	7
1.2. Сознание	7
1.3. Положение больного	7
1.4. Телосложение.....	8
1.5. Температура тела.....	9
1.6. Осмотр лица.....	11
1.7. Кожа	12
1.8. Ногти.....	19
1.9. Подкожная жировая клетчатка.....	21
1.10. Лимфатические узлы	24
1.11. Мышцы	27
1.12. Кости.....	28
1.13. Суставы	30
Глава 2. Семиотика болезней органов дыхания	40
2.1. Краткие анатомические данные и клиническая топография органов дыхания	40
2.2. Основы физиологии дыхания	46
2.2.1. Легочная вентиляция	46
2.2.2. Диффузия газов.....	51
2.2.3. Легочный кровоток.....	52
2.3. Методы исследования	54
2.3.1. Жалобы	54
2.3.2. Осмотр	64
2.3.3. Пальпация	74
2.3.4. Перкуссия	80
2.3.5. Аускультация	95
2.3.6. Диагностика основных бронхолегочных синдромов.....	111
2.3.7. Синдром дыхательной недостаточности	115
Глава 3. Семиотика болезней органов кровообращения	120
3.1. Краткие анатомические данные и основы физиологии кровообращения	120
3.2. Методы исследования	128
3.2.1. Жалобы	128
3.2.2. Осмотр.....	132
3.2.3. Пальпация.....	135
3.2.4. Перкуссия	147
3.2.5. Аускультация.....	158
3.2.6. Исследование артериального пульса	186
3.2.7. Измерение артериального давления.....	187

Глава 4. Семиотика болезней органов пищеварения	197
4.1. Краткие анатомические данные и основы физиологии пищеварения	197
4.2. Методы исследования	204
4.2.1. Жалобы	204
4.2.2. Осмотр.....	211
4.2.3. Перкуссия живота.....	224
4.2.4. Пальпация живота.....	228
4.2.5. Перкуссия печени	243
4.2.6. Пальпация печени	248
4.2.7. Пальпация желчного пузыря	251
4.2.8. Дополнительные симптомы.....	251
4.2.9. Перкуссия селезенки	254
4.2.10. Пальпация селезенки	255
4.2.11. Аускультация живота	257
Глава 5. Семиотика болезней органов мочеотделения.....	258
5.1. Краткие анатомические данные и основы физиологии мочеотделения.....	258
5.2. Методы исследования	271
5.2.1. Жалобы	271
5.2.2. Осмотр.....	276
5.2.3. Пальпация.....	279
5.2.4. Перкуссия	281
Глава 6. Семиотика болезней системы крови	283
6.1. Краткие анатомические данные и основы физиологии органов кроветворения.....	285
6.2. Клинические проявления болезней системы крови	286
6.2.1. Синдром анемии.....	286
6.2.2. Геморрагический синдром	292
6.2.3. Пролиферативные синдромы при гемобластозах.....	294

ПРЕДИСЛОВИЕ

Главное условие успешного лечения больного — своевременное распознавание его заболевания. «Qui bene diagnoscit, bene curat» — «Кто хорошо диагностирует, хорошо лечит». Важнейшими разделами клинической диагностики заболеваний внутренних органов являются изучение методов обследования больного (врачебной диагностической техники), а также диагностического значения отдельных клинических проявлений болезни и механизмов их возникновения. Эти задачи и являются предметом *семиотики* — науки о механизмах возникновения симптомов и синдромов заболеваний внутренних органов.

Несмотря на широкое распространение современных инструментальных и лабораторных методов, основу клинической диагностики составляют пять классических методов непосредственного обследования больного: расспрос, осмотр, пальпация, перкуссия и аускультация. Однако без хорошего знания семиологического значения патологических симптомов и синдромов нельзя в полной мере овладеть основами клинической диагностики.

Большинство студентов и преподавателей медицинских вузов хорошо знают, насколько важна при обучении методам диагностики наглядность преподавания. «Лучше один раз увидеть, чем сто раз услышать», — гласит древняя мудрость. К сожалению, в большинстве современных руководств и учебных пособий по методам диагностики явно недостаточной является именно эта — иллюстративная — сторона преподавания. Поэтому в предлагаемом учебном пособии авторами была

сделана скромная попытка восполнить этот пробел в обучении студентов.

Учебное пособие состоит из 6 глав; 5 из них посвящены семиотике и методам исследования системы органов дыхания, кровообращения, пищеварения, мочеотделения и системы крови. В каждом из этих разделов авторам хотелось сохранить единую структуру подачи материала, а именно: кратко познакомить читателя с основными анатомо-физиологическими особенностями той или иной системы, а затем дать более подробное описание методов непосредственного обследования больного. При этом особое внимание было уделено как технике выполнения той или иной врачебной манипуляции, так и клинической трактовке получаемых результатов, их семиологическому значению. Много внимания уделяется также наглядному представлению механизмов патологических симптомов и синдромов.

В связи с тем, что осмотр больных с заболеваниями перечисленных выше систем далеко не исчерпывает всех клинических случаев, с которыми могут встретиться студенты медицинских вузов, в учебное пособие включен еще один раздел — «Общий осмотр». В нем читатель знакомится не только с техникой проведения общего осмотра больного, но и с некоторыми интересными клиническими наблюдениями: патология суставов, болезни обмена, аллергии, опухоли и другие заболевания, которые более подробно изучаются на старших курсах.

К сожалению, объем данного издания не позволил включить в него материалы по важнейшим методам лабораторного и инструментального исследо-

вания больного. Однако мы надеемся, что в будущем удастся восполнить этот пробел.

В заключение следует особо подчеркнуть, что предлагаемое вниманию читателей учебное пособие ни в коей мере не подменяет современных руководств по внутренним болезням, а является лишь дополнительным материа-

лом по методам непосредственного обследования больного.

Авторы будут благодарны всем читателям, которые сочтут возможным поделиться с нами своими замечаниями и пожеланиями по совершенствованию содержания и формы данного учебного пособия.

Желаем успехов в Вашей работе!

Глава 1. ОБЩИЙ ОСМОТР

Общий осмотр включает оценку общего состояния больного, его сознания, положения, телосложения, измерение температуры тела, определение характерных для некоторых заболеваний особенностей выражения лица, а также оценку состояния кожи, ногтей, волосяного покрова, видимых слизистых оболочек, подкожной жировой клетчатки, лимфатических узлов, мышц, костей и суставов. Данные, полученные врачом при общем осмотре, имеют важнейшее диагностическое значение, позволяя, с одной стороны, выявить характерные (хотя нередко и неспецифические) признаки болезни, а с другой — дать предварительную оценку тяжести патологического процесса и степени функциональных расстройств.

1.1. Общее состояние больного

Представление об общем состоянии больного (удовлетворительном, средней тяжести, тяжелом) складывается у врача на протяжении всего обследования больного, хотя во многих случаях такая оценка может быть дана при первом же взгляде на пациента.

1.2. Сознание

Сознание может быть ясным и спутанным. Различают три степени нарушения сознания:

1) **Ступор** — состояние оглушения, из которого больного на короткое время можно вывести разговором с ним. Больной плохо ориентируется в окружающей обстановке, отвечает на вопросы медленно, с запозданием (**рис. 1.1, цв. вкл.**).

2) **Сопор (спячка)** — более выраженное нарушение сознания. Больной не

реагирует на окружающих, хотя чувствительность, в том числе болевая, сохранена, на вопросы не отвечает или отвечает односложно («да — нет»), реагирует на осмотр (**рис. 1.2, цв. вкл.**).

3) **Кома**: больной находится в бессознательном состоянии, не реагирует на речь, обращенную к нему, на осмотр врача. Отмечается снижение или исчезновение основных рефлексов (**рис. 1.3, цв. вкл.**).

1.3. Положение больного

Различают активное, пассивное и вынужденное положение.

Активное положение — это возможность активно передвигаться, по крайней мере в пределах больничной палаты, хотя при этом больной может испытывать различные болезненные ощущения.

Пассивное положение — такое состояние, когда больной не может самостоятельно изменить приданное ему положение.

Вынужденным называют такое положение, которое несколько облегчает страдания больного (боль, одышку и т.п.). Иногда вынужденное положение пациента настолько характерно для того или иного заболевания или синдрома, что позволяет на расстоянии поставить правильный диагноз.

При приступе бронхиальной астмы (удушье, сопровождающееся резким затруднением выдоха) больной занимает вынужденное положение сидя, упираясь руками о спинку стула, край кровати, колени (**рис. 1.4, цв. вкл.**). Это позволяет фиксировать плечевой пояс и подключать дополнительную дыхательную мускулатуру, в частности мышцы

шеи, спины и грудные мышцы, помогающие произвести выдох.

При приступе сердечной астмы и отеке легких (**рис. 1.5, цв. вкл.**), обусловленном переполнением кровью сосудов малого круга кровообращения, больной стремится занять вертикальное положение (сидя) с опущенными вниз ногами, что уменьшает приток крови к правым отделам сердца и дает возможность несколько разгрузить малый круг кровообращения (положение *orthopное*).

Больные с воспалением листков плевры (сухим плевритом, плевропневмонией) и интенсивными плевральными болями часто занимают вынужденное положение лежа на больном боку или сидят, прижимая руками грудную клетку на стороне поражения (**рис. 1.6**). Такое положение ограничивает дыхательные движения воспаленных листков плевры и трение их друг о друга, что способствует уменьшению болей.

Многие больные с односторонними заболеваниями легких (пневмонии, абсцесс легкого, бронхоэктазы) стараются лежать на больном боку (**рис. 1.7**). Это

положение облегчает дыхательную экскурсию здорового легкого, а также уменьшает поступление мокроты в крупные бронхи, рефлекторно вызывающее мучительный кашель.

1.4. Телосложение

На **рисунке 1.8** схематически изображены признаки нормостенического, астенического и гиперстенического типов конституции (по М.В.Черноруцкому).

Нормостенический тип (а) характеризуется правильным телосложением с пропорциональным соотношением частей тела, хорошо развитой скелетной мускулатурой, правильной формой грудной клетки с реберным углом, приближающимся к прямому.

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



Рис. 1.6. Вынужденное положение больного с сухим плевритом.



Рис. 1.7. Вынужденное положение больного с абсцессом верхней доли правого легкого.

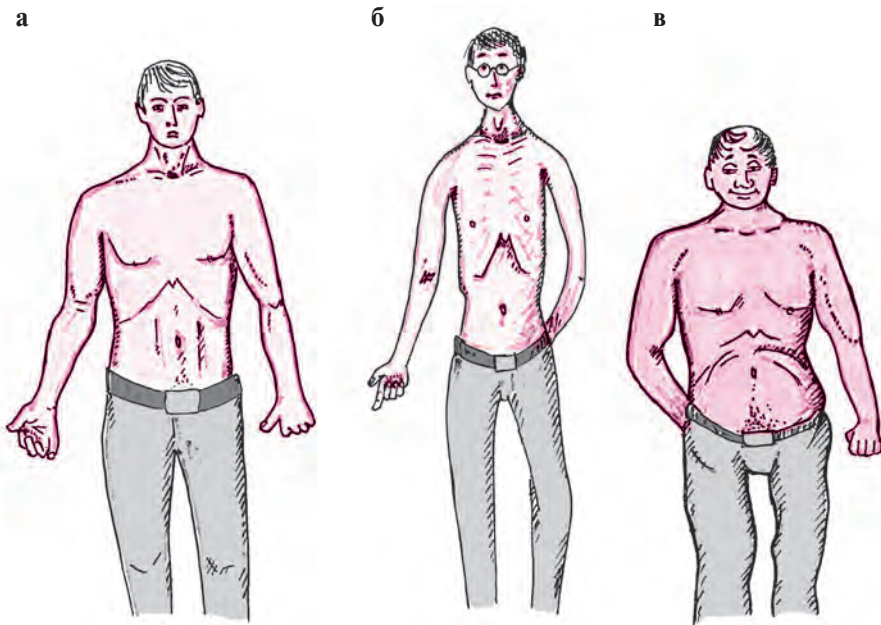


Рис. 1.8. Внешний вид больных с различными конституциональными типами: *а* – нормостенический тип; *б* – астенический тип; *в* – гиперстенический тип.

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

Оценка конституционального типа имеет определенное диагностическое значение. У людей астенического типа относительно небольшое сердце, расположенное вертикально «висячее сердце», более низкое стояние диафрагмы, границы легких, печени, желудка, почек нередко опущены. Для астеников характерна гипотония, снижение секреторной и моторной активности желудка, ги-

перфункция щитовидной железы и гипофиза, более низкий уровень гемоглобина, холестерина, глюкозы крови. Они чаще болеют язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, тиреотоксикозом, невротами, туберкулезом.

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

1.5. Температура тела

У здорового человека температура тела колеблется в небольших пределах: от $36,4$ до $36,9^\circ\text{C}$. В зависимости от суточных колебаний температуры тела и ее из-

менения на протяжении болезни различают несколько температурных кривых:

1) **Постоянная лихорадка** (febris continua): длительное повышение температуры с суточными ее колебаниями, не превышающими 1°C (рис. 1.9).

2) **Послабляющая лихорадка** (febris remittens): длительное повышение температуры тела с суточными колебаниями, превышающими 1°C (рис. 1.10).

3) **Переменяющаяся лихорадка** (febris intermittens): высокая лихорадка, на 1–2 дня сменяющаяся нормальной температурой тела (ниже 37°C), а затем вновь повышающаяся до $38–40^{\circ}\text{C}$ (рис. 1.11).

4) **Истошающая лихорадка** (febris hectica): значительное повышение

температуры тела до $39–41^{\circ}\text{C}$ (чаще к вечеру) в течение суток утром сменяется нормальной температурой. Повышение температуры сопровождается выраженными ознобами, а ее снижение — изнуряющим потоотделением (рис. 1.12).

5) **Возвратная лихорадка** (febris recurrens): длительная лихорадка сменяется коротким периодом нормальной температуры тела, после чего наступает новый ее подъем (рис. 1.13).

6) **Волнообразная лихорадка** (febris undulans): периоды постепенного повышения температуры тела в течение нескольких дней сменяются периодами плавного ее снижения (рис. 1.14).

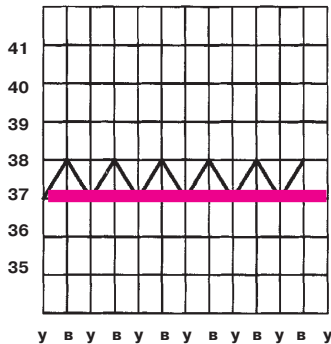


Рис. 1.9. Постоянная лихорадка (febris continua).

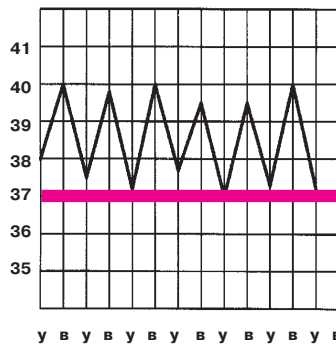


Рис. 1.10. Послабляющая лихорадка (febris remittens).

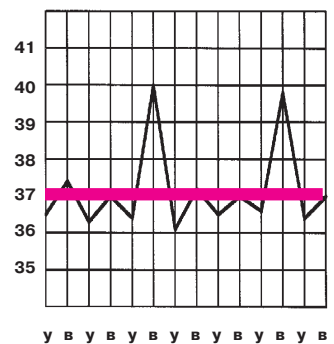


Рис. 1.11. Переменяющаяся лихорадка (febris intermittens).

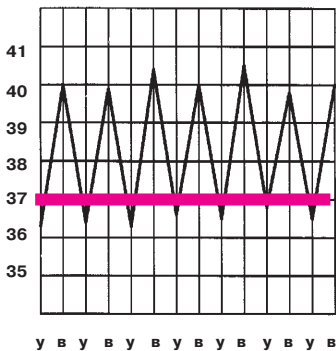


Рис. 1.12. Истошающая лихорадка (febris hectica).

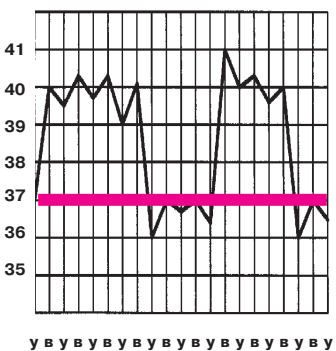


Рис. 1.13. Возвратная лихорадка (febris recurrens).

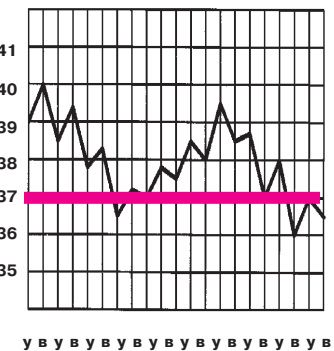


Рис. 1.14. Волнообразная лихорадка (febris undulans).

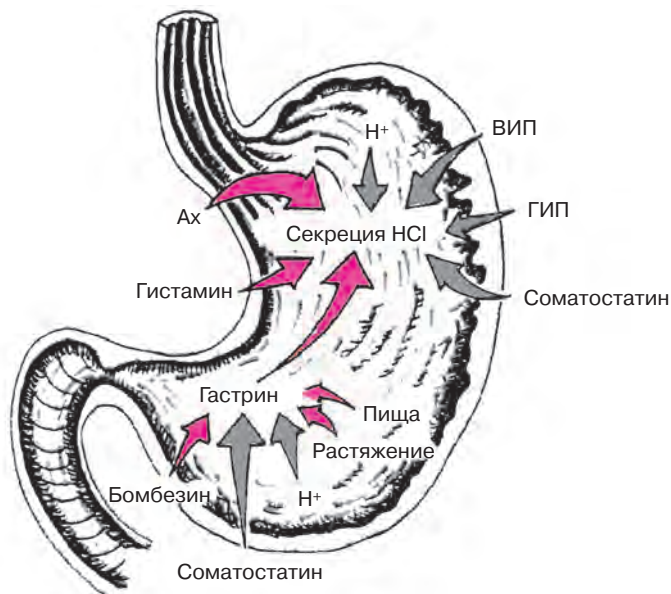


Рис. 4.6. Факторы, влияющие на секрецию соляной кислоты в желудке (по Т.Е.Аdrian, 1985).

Красными стрелками обозначена стимуляция, серыми – угнетение секреции; ГИП – гастроингибирующий полипептид; ВИП – вазоактивный интестинальный полипептид; Ах – ацетилхолин.

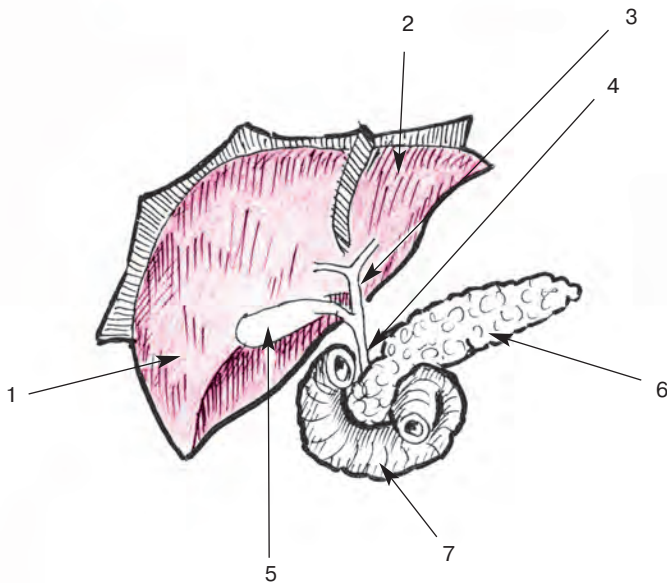


Рис. 4.7. Топография печени, желчевыводящих путей, поджелудочной железы и двенадцатиперстной кишки:

1 – правая доля печени; 2 – левая доля; 3 – общий печеночный проток; 4 – общий желчный проток; 5 – желчный пузырь; 6 – поджелудочная железа; 7 – двенадцатиперстная кишка.

фатические сосуды и общий печеночный проток (3). Последний, соединяясь с пузырьным протоком желчного пузыря (5), образует общий желчный проток (4), который впадает в нисходящую часть двенадцатиперстной кишки, сливаясь с протоком поджелудочной железы (вирсунгов проток) и в большинстве случаев (в 90%) образуя общую для них печечно-поджелудочную ампулу (рис. 4.8 а, б).

Морфофункциональной единицей печени является долька печени (рис. 4.9). Дольки представляют собой образования призматической формы, размером от 1 до 2,5 мм, которые построены из соединяющихся друг с другом печеночных пластинок («балок») в виде двух радиально лежащих рядов печеночных клеток (рис. 4.9 а). В центре каждой дольки находится центральная (дольковая) вена. Между печеночными пластинками располагаются синусоиды, в которых смешивается кровь, поступающая из ветвей воротной вены и печеночной артерии. Синусоиды, впадающие в дольковую вену (4), непосредственно соприкасаются с каждым гепатоцитом, что облегчает обмен между кровью и печеночными клетками.

Внутри каждой печеночной пластинки между двумя рядами печеночных клеток располагаются межклеточные желчные канальцы (8), несущие желчь к периферии печеночных долек в междольковые желчные ходы (6) и протоки, которые, сливаясь друг с другом, в конечном счете образуют внепеченочные желчевыводящие пути: два печеночных протока (левый и правый), общий печеночный и затем – общий желчный проток (рис. 4.8).

Внутрипеченочные желчные пути изображены также на рисунке 4.9 б.

Кровоснабжение печени (рис. 4.10) осуществляется из двух источников: **воротной вены** (6), через которую в печень поступает около 70% всей крови, и **печеночной артерии** (4). Воротная вена собирает кровь из непарных органов брюшной полости (кишечника, селезенки, желудка, поджелудочной железы). Кровь при этом проходит две капиллярные сети: 1) капилляры непарных органов брюшной полости, 2) синусоидальное русло печени (синусоиды).

Воротная вена имеет многочисленные анастомозы с нижней и верхней полыми венами (рис. 4.11), расширение которых

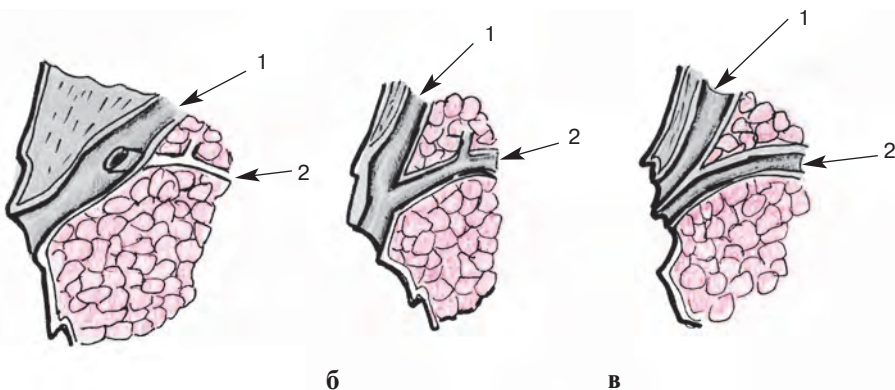


Рис. 4.8. Наиболее частые варианты впадения общего желчного и панкреатического протоков в двенадцатиперстную кишку: а, б – с образованием общей печечно-поджелудочной ампулы; в – на некотором расстоянии друг от друга (по А.А.Шелагурову); 1 – общий желчный проток; 2 – проток поджелудочной железы.

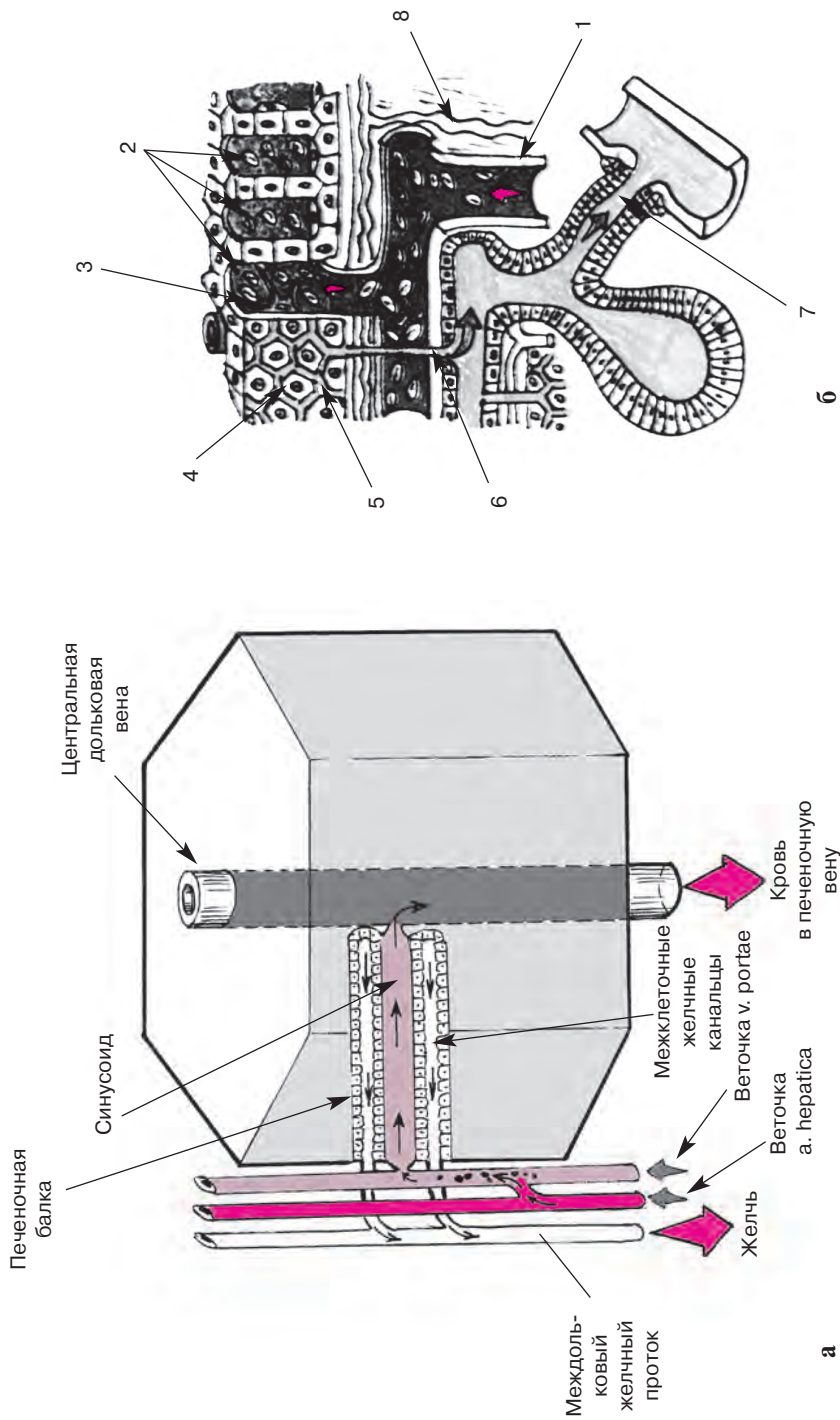


Рис. 4.9. Схема строения печеночной дольки и внутрипеченочных сосудов: а — строение печеночной дольки (по С.С. Child); б — внутрипеченочные желчные пути (по Н. Рорре, F. Schaffner): 1 — ветвь воротной вены; 2 — синусоиды; 3 — кутферовская клетка; 4 — печеночные клетки; 5 — межклеточный желчный каналец; 6 — междольковый желчный проток; 7 — междольковый желчный проток; 8 — лимфатический сосуд.

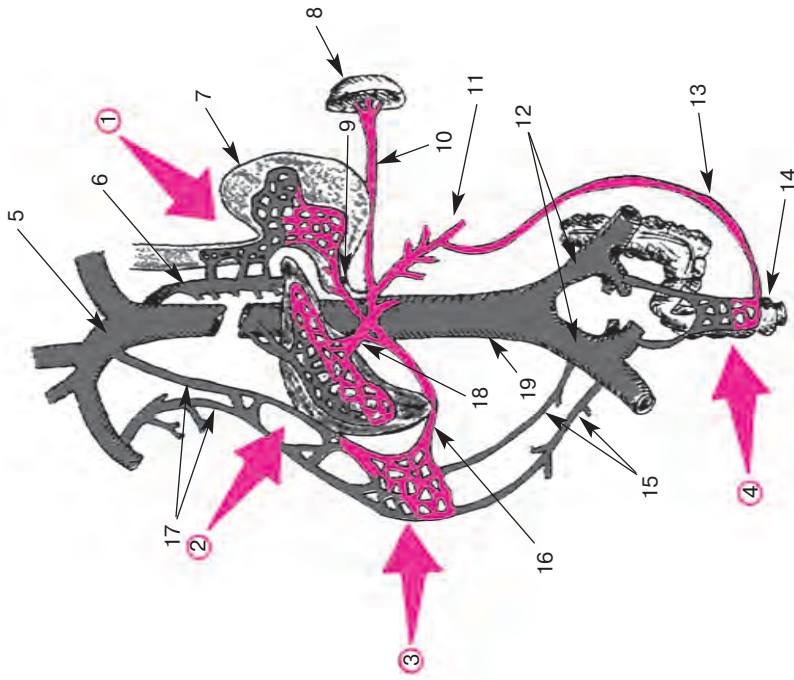


Рис. 4.11. Портоскальные анастомозы: 1 — портоскальные анастомозы в области пищевода и желудка; 2 — внутрипеченочная капиллярная сеть; 3 — анастомозы передней брюшной стенки; 4 — анастомозы в области прямой кишки; 5 — v. cava superior; 6 — v. azugus; 7 — желудок; 8 — селезенка; 9 — v. gastrica sinistra; 10 — v. lienalis; 11 — v. mesenterica inferior; 12 — vv. iliaca communis; 13 — v. rectalis superior; 14 — прямая кишка; 15 — vv. epigastrica; 16 — v. paraumbilicalis; 17 — vv. thoraco-epigastrica; 18 — v. porta; 19 — v. cava inferior.

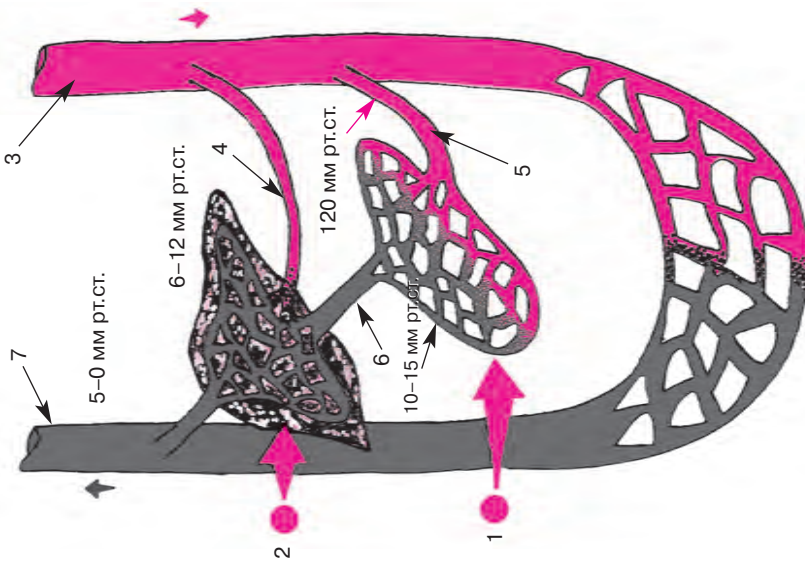


Рис. 4.10. Схема строения портального русла кровоснабжения: 1 — первая капиллярная сеть; 2 — вторая капиллярная сеть; 3 — аорта; 4 — печеночная артерия; 5 — брыжечная артерия; 6 — воротная вена; 7 — нижняя полая вена.

жении перкутируют сверху вниз по передней срединной линии. Если в нижних отделах живота (выше лобка) определяется тупой перкуторный звук, больного просят лечь на спину, предварительно заметив границу тупого перкуторного звука, и в горизонтальном положении продолжают перкуссию от этой границы до лобка.

Если в брюшной полости имеется небольшое количество свободной жидкости, то при переводе больного в горизонтальное положение она перемещается в область фланков живота, и над лобком врач определяет уже тимпанический перкуторный звук. Если же притупление в нижних отделах живота сохраняется и в вертикальном, и в горизонтальном положении (рис. 4.56), то это свидетельствует об иной причине притупления (увеличение мочевого пузыря или матки и т.п.).

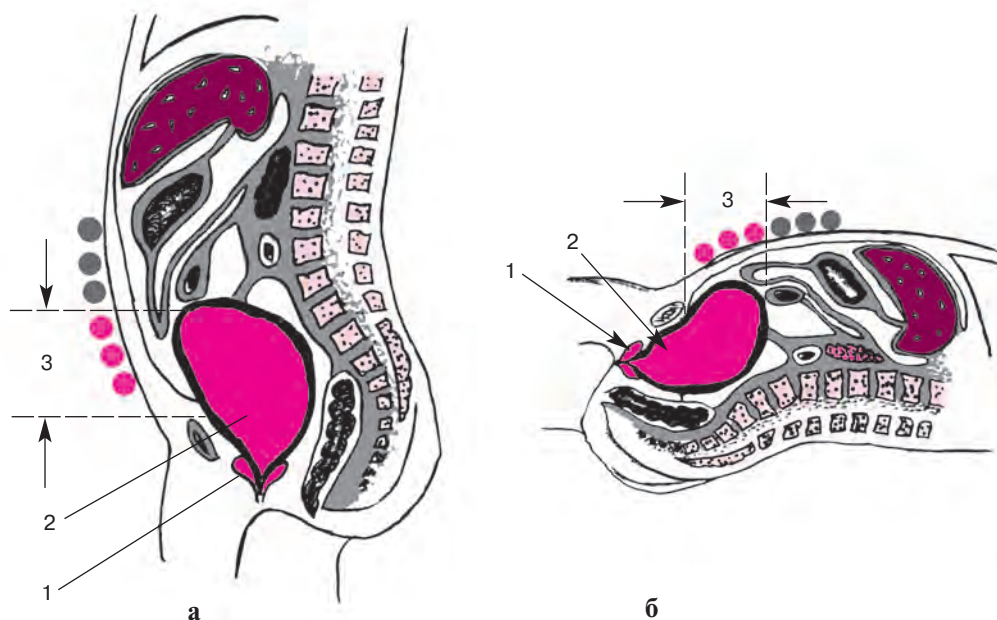


Рис. 4.56. Схема перкуссии живота в вертикальном (а) и горизонтальном (б) положении пациента при увеличении размеров мочевого пузыря у больного с аденомой предстательной железы и острой задержкой мочи: 1 — сдавление мочеиспускательного канала предстательной железой при ее аденоме; 2 — увеличение размеров мочевого пузыря; 3 — зона тупого перкуторного звука, сохраняющегося как в вертикальном, так и в горизонтальном положении.

4.2.4. Пальпация живота

Пальпация живота — наиболее информативный физический метод исследования органов брюшной полости. Различают два вида пальпации:

- 1) поверхностную ориентировочную пальпацию живота;
- 2) методическую глубокую скользящую пальпацию по В.П.Образцову и Н.Д.Стражеско.

Правила пальпации

- 1) Больной занимает положение на спине с вытянутыми ногами и расположенными вдоль туловища руками (рис. 4.57).
- 2) Голова пациента должна лежать низко, высокое изголовье вызывает значительное напряжение мышц брюшной стенки, препятствующее пальпации.

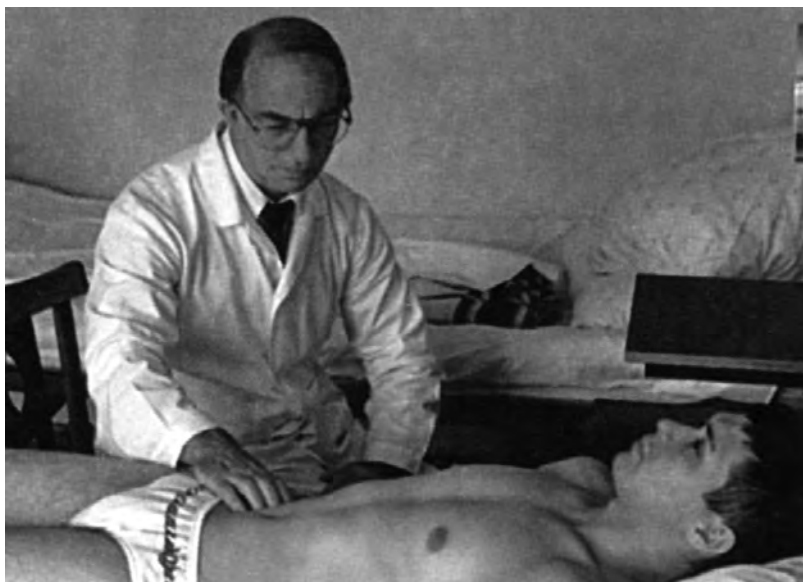


Рис. 4.57. Положение пациента и врача при пальпации живота.

3) Пациент должен глубоко дышать открытым ртом, по возможности в дыхании должна принимать участие мускулатура живота — этим также достигается расслабление передней брюшной стенки.

4) Врач должен располагаться справа от больного.

5) Руки врача должны быть теплыми, так как прикосновение холодных рук вызывает рефлекторное сокращение мышц брюшной стенки.

Поверхностная ориентировочная пальпация живота

Поверхностная ориентировочная пальпация живота позволяет выявить:

1) локальное и общее **напряжение мышц** брюшного пресса, в том числе участки повышенной резистентности передней брюшной стенки;

2) локальную и общую **болезненность** передней брюшной стенки;

3) **расхождение прямых мышц** живота, грыжи белой линии и пупочного кольца;

4) значительное **увеличение органов брюшной полости**, поверхностно расположенные **опухолы** и т.п.

Ладонь правой руки врач кладет плашмя на живот и производит легкий нажим на брюшную стенку кончиками II, III, IV и V пальцев, получая тактильное представление о степени **напряжения** передней брюшной стенки (рис. 4.58).

Пальпацию по описанной методике обычно начинают в левой подвздошной области (рис. 4.59). Затем руку переносят в правую подвздошную область и снова проводят пальпацию, сравнивая степень напряжения мышц брюшной стенки. Далее руку переносят несколько выше (на 3–4 см) и проводят пальпацию на симметричных участках слева и справа. Таким образом прощупывают всю переднюю брюшную стенку живота, включая эпигастральную область, левое и правое подреберья и т.д.

Затем определяют степень **расхождения прямых мышц** живота и выявляют

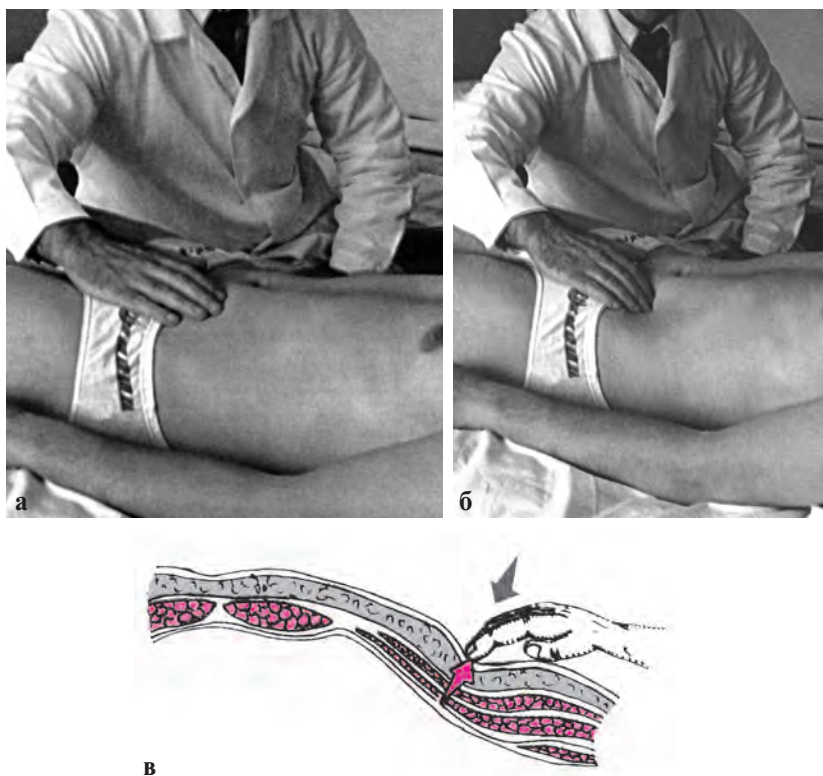


Рис. 4.58. Методика поверхностной ориентировочной пальпации живота: *а* — установка руки врача; *б* — погружение пальцев в глубь живота и определение болезненности и напряжения мышц брюшной стенки; *в* — схематическое изображение техники пальпации и определения напряжения брюшных мышц.

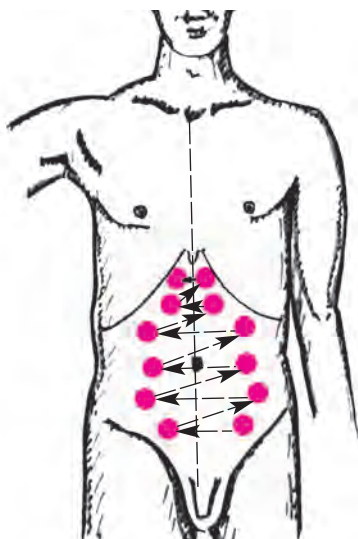


Рис. 4.59. Последовательность поверхностной ориентировочной пальпации живота.

Таблица 4.4

Данные пальпации различных отделов толстого кишечника и желудка у здоровых лиц

Отделы кишечника и желудка	Частота прощупывания органа	Характеристика органов
Сигмовидная кишка	более 90%	Гладкий, плотноватый, безболезненный легко смещаемый цилиндр, размером около 2,5–3,0 см. При пальпации урчание не определяется
Слепая кишка	80%	Кишка мягкой, эластической консистенции, безболезненная, размером 3–5 см. Поверхность ее гладкая, при ее пальпации, как правило, выявляется урчание
Поперечная ободочная кишка	60–70%	Кишка мягкой, эластической консистенции, безболезненная, легко и значительно смещается, не урчит. Нормальные размеры кишки – 5–6 см
Восходящий и нисходящий отделы ободочной кишки	45–50%	Кишки пальпируются в виде толстого, безболезненного эластичного цилиндра размером 4–6 см, без урчания
Большая кривизна желудка	45–50%	Мягкий, гладкий, эластический валик, практически безболезненный
Привратник	20–25%	Привратник пальпируется в виде эластичного, косо расположенного безболезненного цилиндра, размером 2–2,5 см. Его консистенция периодически изменяется. Во время пальпации часто определяется своеобразный писк («мышинный писк» по В.П.Образцову)

Таблица 4.5

Интерпретация результатов методической глубокой скользящей пальпации по В.П.Образцову и Н.Д.Стражеско

Признаки, выявляемые при глубокой пальпации	Клиническая трактовка
Значительная болезненность кишечника в сочетании с уплотнением стенок и повышением резистентности кишки	Воспалительный процесс в кишке, особенно в серозной оболочке (перивисцериты)
Ограничение подвижности кишки при пальпации	1. Спайки между кишкой и задней брюшной стенкой в результате перенесенного воспаления кишки с поражением ее серозной оболочке (перивисцерита) 2. Опухоль кишки с развитием спаек
Уменьшение диаметра кишки обычно в сочетании с плотной консистенцией и болезненностью	Спазм гладкой мускулатуры кишки, обычно на фоне ее воспаления
Увеличение диаметра кишки в сочетании с мягкой консистенцией и снижением напряжения стенок	Атония кишки
Увеличение диаметра кишки в сочетании с мягкой консистенцией и напряженностью стенок	Большое количество газов в кишке, нередко на фоне ее атонии

Таблица 4.5 (продолжение)

Признаки, выявляемые при глубокой пальпации	Клиническая трактовка
Значительная неоднородная плотность, бугристость	1. Застой каловых масс (запоры) и образование каловых камней 2. Опухоль кишки
Очень громкое урчание и плеск при пальпации	Переполнение кишки жидким содержимым (жидкими каловыми массами, кровью) и газами; в большинстве случаев является важным объективным признаком энтерита, сопровождающегося поносом
Значительное опущение нижней границы желудка	1. Гастроптоз 2. Расширение и атония желудка, в том числе при стенозе привратника
Болезненность при пальпации желудка	Любой патологический процесс в желудке (язва, гастрит, новообразование), особенно в сочетании с поражением серозной оболочки желудка (перигастрит)
Поздний шум плеска при пальпации тела желудка (через 6–8 ч после еды)	Задержка эвакуации желудочного содержимого (стеноз привратника, значительная гиперсекреция при язвенной болезни и т.п.)
Поздний шум плеска при пальпации пилорической части желудка (справа от срединной линии)	Расширение желудка (симптом В.Х.Василенко)

(рис. 4.84, 1), верхняя граница которой соответствует истинной границе органа и уровню купола диафрагмы. При нанесении перкуторных ударов над областью печени, не прикрытой правым легким, получается абсолютно тупой (бедренный) звук. Это **абсолютная тупость печени** (2), верхняя граница которой совпадает с нижними границами правого легкого.

Запомните:

1) При перкуссии печени принято определять верхнюю и нижнюю границы абсолютной тупости печени, размеры которой несколько меньше истинных размеров этого органа.

2) При определении границ абсолютной тупости печени следует наносить тихие перкуторные удары.

Существует несколько способов перкуторного определения верхней и нижней границы абсолютной тупости печени.

По методу М.Г.Курлова (рис. 4.85) границы печени определяют по трем линиям: правой срединно-ключичной (2), передней срединной (3) линиям и по левой реберной дуге (4).

Запомните:

Верхнюю границу абсолютной тупости печени по методу М.Г.Курлова перкуторно определяют только по правой срединно-ключичной линии. Условно считают, что верхняя граница печени по передней срединной линии располагается на том же уровне (в норме – VI ребро).

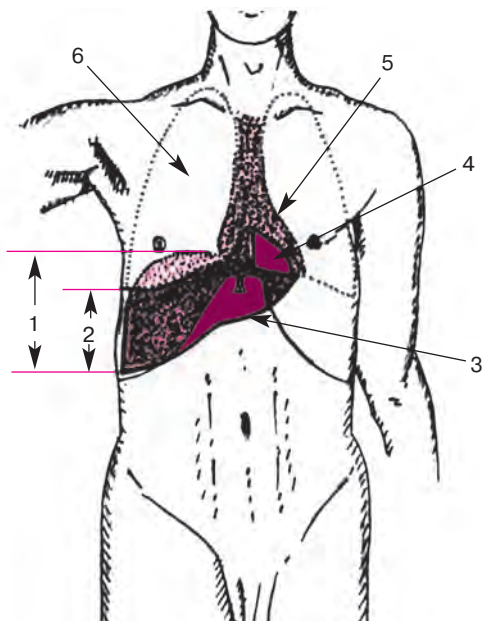


Рис. 4.84. Относительная и абсолютная тупости печени: 1 – относительная; 2 – абсолютная тупость печени; 3 – край печени, выступающий в норме из-под реберной дуги; 4 – абсолютная тупость сердца; 5 – относительная тупость сердца; 6 – правое легкое.

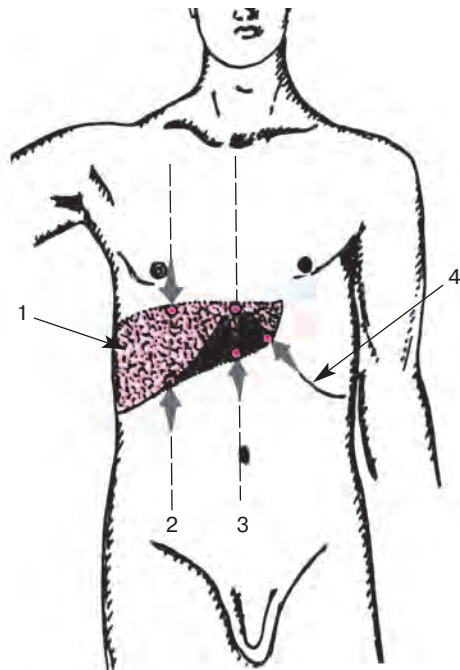


Рис. 4.85. Схема перкуссии границ абсолютной тупости печени по М.Г.Курлову: 1 – абсолютная тупость печени; 2 – правая срединно-ключичная линия; 3 – передняя срединная линия; 4 – левая реберная дуга.

Нижнюю границу печени определяют по трем названным линиям, перкутируя снизу вверх до появления тупого звука, как это показано на **рисунках 4.85 и 4.86**.

Запомните:

Нижняя граница печени по правой срединно-ключичной линии в норме располагается на уровне реберной дуги, по передней срединной линии – на границе верхней и средней трети расстояния от пупка до мечевидного отростка и по левой реберной дуге – на уровне левой парастеральной линии.

По методу В.П.Образцова границы печени определяют по пяти линиям: правой парастеральной, срединно-ключичной, передней подмышечной,

передней срединной линиям и по левой реберной дуге (**рис. 4.87**).

Верхняя граница абсолютной тупости печени по методу В.П.Образцова определяется по трем линиям: по правой парастеральной, срединно-ключичной и передней подмышечной линии. Нижнюю границу печени перкутируют по всем пяти линиям, включая переднюю срединную линию и левую реберную дугу. Техника перкуссии аналогична перкуторному определению границ абсолютной тупости печени по методу Курлова.

Запомните:

Верхняя граница печени по правой парастеральной и правой срединно-ключичной линиям находится на уровне

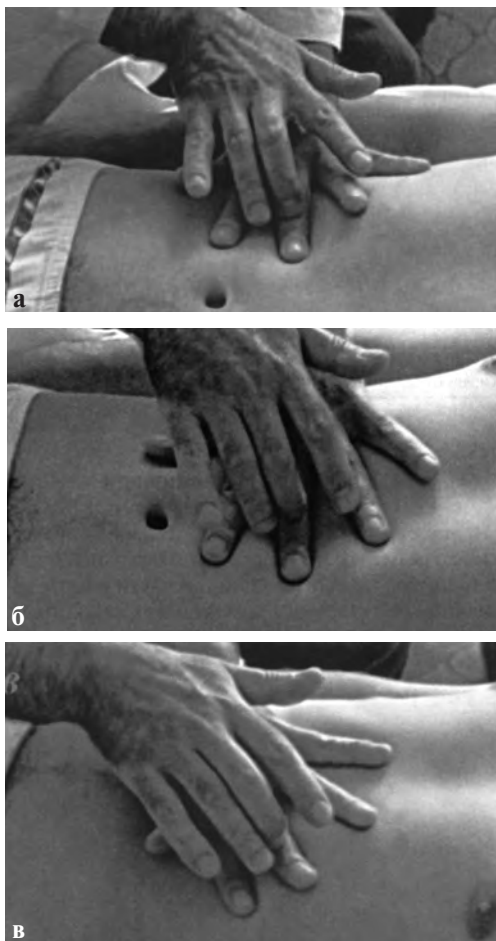


Рис. 4.86. Методика перкуссии печени по М.Г.Курлову. Определение нижней границы по правой срединно-ключичной линии (а), по передней срединной линии (б) и по левой реберной дуге (в).

VI ребра, по передней подмышечной линии – VII ребра.

Нижняя граница по парастеральной линии располагается примерно на 2 см ниже края реберной дуги, по правой срединно-ключичной линии – по краю реберной дуги, по передней подмышечной линии – по X ребру, по передней срединной линии – на границе верхней и средней трети расстояния от

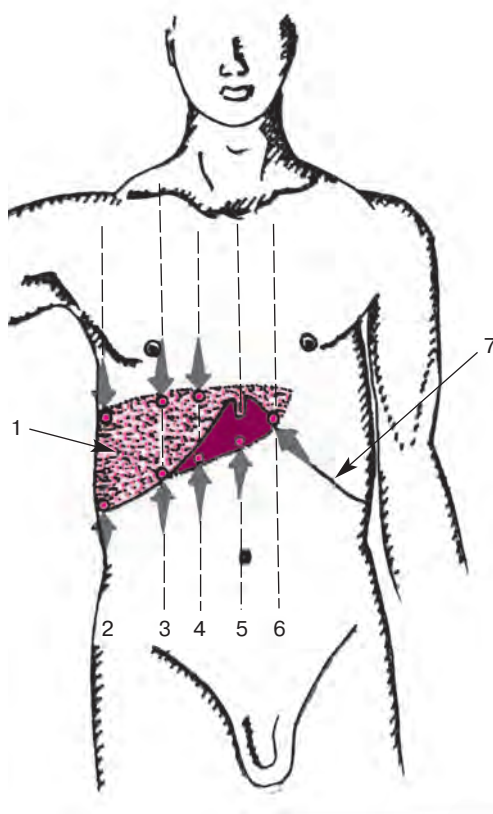


Рис. 4.87. Схема определения границ абсолютной тупости печени по В.П.Образцову: 1 – абсолютная тупость печени; 2 – передняя подмышечная линия; 3 – правая срединно-ключичная линия; 4 – правая парастеральная линия; 5 – передняя срединная линия; 6 – левая парастеральная линия; 7 – левая реберная дуга.

пупка до мечевидного отростка и по левой реберной дуге – на уровне левой парастеральной линии.

Интерпретация результатов перкуссии печени представлена в **таблице 4.6**.

Запомните:

Исчезновение печеночной тупости, на месте которой (спереди от VI до X ребра) определяется громкий тимпанический звук, является важным признаком



Рис. 6.16. Клинические особенности геморрагического синдрома при нарушении сосудистой проницаемости (васкулитах).

- б) лимфосаркома;
- в) лимфогранулематоз и др.

Запомните:

1) При лейкозах патологические изменения первично локализуются в костном мозге, но наблюдается раннее метастазирование опухолевых клеток с выбросом патологических клеток в периферическую кровь и поражением других органов.

2) При гематосаркомах опухолевые разрастания клеток крови происходят вне костного мозга, метастазирование наблюдается в поздних стадиях болезни.

В настоящем издании рассматриваются лишь некоторые наиболее распространенные формы лейкозов, для которых характерны **четыре общих гематологических признака:**

1) патологическая пролиферация клеток одного из ростков кроветворения (миелоидного, лимфоидного, эритроцитарного и др.);

2) снижение (при хронических лейкозах) или почти полное отсутствие (при острых лейкозах) дифференцировки клеток, что приводит к поступлению в периферическую кровь молодых не-

зрелых клеток данного пролиферирующего ростка кроветворения;

3) метаплазия костного мозга, сопровождающаяся вытеснением из костного мозга других ростков кроветворения (чаще эритроцитарного, тромбоцитарного);

4) развитие в различных органах так называемых лейкомоидных инфильтратов — патологических разрастаний клеток крови пролиферирующего ростка кроветворения, метастазировавших в эти органы.

Этими гематологическими признаками можно объяснить почти всю клиническую картину, характерную для лейкозов.

Запомните:

Для лейкозов наиболее характерны следующие клинические признаки:

1) пролиферативные синдромы: гиперплазия кроветворной ткани (увеличение лимфатических узлов, селезенки, печени) и возникновение очагов экстрамедуллярного (внекостномозгового) кроветворения (кожные инфильтраты, оссалгии, чувствительность при поколачивании костей и др.);

2) анемический синдром (см. выше), развивающийся за счет метаплазии костного мозга и угнетения эритроцитарного ростка кроветворения, а в некоторых случаях за счет гемолиза эритроцитов;

3) геморрагический синдром (см. выше) также за счет метаплазии костного мозга и вытеснения мегакариоцитарного ростка;

4) снижение иммунологической резистентности организма (инфекционно-септические и язвенно-некротические процессы в легких, почках, миндалинах и других органах);

5) изменения в анализах крови, характерные для того или иного варианта лейкозов.

риферической крови, результаты стерильной пункции или трепанобиопсии, а также определение **особенностей пролиферативных синдромов**.

Запомните:

1) Для миелолифоидного синдрома (миелолейкоз) характерны:

а) спленомегалия и, реже, увеличение печени;

б) оссалгии, болезненность и чувствительность при поколачивании костей;

в) относительно редкое увеличение лимфатических узлов.

2) Для лимфолифоидного синдрома (лимфолейкоз) характерно:

а) преимущественное увеличение лимфатических узлов (безболезненных, тестовато-эластичной консистенции, не спаянных между собой, подвижных);

б) отсутствие или умеренное увеличение селезенки и печени;

в) частые поражения кожи (кожные инфильтраты, экзема, псориаз, опоясывающий лишай и др.).

Острый миелобластный лейкоз (рис. 6.21, цв. вкл.) характеризуется резкой пролиферацией миелоидного ростка кроветворения и почти полным отсутствием дифференцировки клеток этого ростка. В результате в периферическую кровь выбрасывается большое количество бластных элементов, которые присутствуют в крови вместе со зрелыми клетками миелоидного ростка кроветворения.

Запомните:

При остром миелобластном лейкозе появляется характерный гематологический признак — лейкоэмическое зияние (*hiatus leucemicus*): в периферической крови присутствуют бластные формы и (в небольшом количестве) зрелые клетки и полностью отсутствуют переходные формы.

Решающим в диагностике конкретной формы лейкоза является анализ пе-

Таким образом, при исследовании периферической крови у больных ост-

рым лейкозом выявляются следующие гематологические признаки:

1) увеличение числа лейкоцитов до $100 \cdot 10^9/\text{л}$, хотя довольно часто встречаются и лейкопенические формы острого лейкоза;

2) появление в крови большого количества бластных клеток (миелобластов);

3) уменьшение числа зрелых клеток миелоидного ростка при отсутствии переходных форм (hiatus leucemicus);

4) анемия, чаще нормохромного (нормоцитарного) характера;

5) тромбоцитопения.

Хронический миелолейкоз (рис. 6.22, цв. вкл.) характеризуется пролиферацией и снижением дифференцировки клеток миелоидного ростка кроветворения. В периферической крови при этом выявляются все переходные формы клеточных элементов: промиелоциты (1), миелоциты (2), метамиелоциты (3), палочкоядерные и сегментоядерные (4,5) нейтрофилы.

В целом при хроническом миелолейкозе выявляются следующие гематологические признаки:

1) увеличение общего числа лейкоцитов (до $200\text{--}300 \cdot 10^9/\text{л}$);

2) присутствие в периферической крови всех переходных форм клеточных элементов от миелобластов и промиелоцитов до сегментоядерных нейтрофилов (количество последних уменьшено);

3) анемия нормохромного и нормоцитарного характера (обычно на поздних стадиях заболевания);

4) тромбоцитопения (также на поздних стадиях заболевания).

Запомните:

При хроническом миелолейкозе лейкоэмическое зияние (hiatus leucemicus) в периферической крови отсутствует.

Хронический лимфолейкоз (рис. 6.23, цв. вкл.) характеризуется пролиферацией и снижением дифференцировки клеток лимфоидного ростка кроветворения. При исследовании периферической крови выявляются следующие гематологические признаки:

1) увеличение общего числа лейкоцитов (до $30\text{--}200 \cdot 10^9/\text{л}$ и больше), хотя встречаются и лейкопенические формы;

2) увеличение содержания клеток лимфоидного ростка (до 60–90% от общего числа лейкоцитов), преимущественно за счет зрелых лимфоцитов (1) и лишь частично лимфобластов и пролимфоцитов (2);

3) появление в периферической крови так называемых клеточных теней (тень Боткина–Гумпрехта);

4) анемия (за счет метаплазии костного мозга и гемолиза эритроцитов);

5) тромбоцитопения (за счет метаплазии костного мозга).