Львівський державний університет фізичної культури імені Івана Боберського
Факультет фізичної терапії та ерготерапії

Кафедра фізичної терапії та ерготерапії

Дисципліна «Пропедевтика пульмонології та кардіології»

***Змістовий модуль №1 «* Значення курсу внутрішньої медицини у підготовці фізичного терапевта та ерготерапевта»,**
тема №1, лекція №1

ТЕМА ЛЕКЦІЇ

Вступ у клініку внутрішньої медицини. Основні правила розпитування й огляду хворого. Методи дослідження хворого. Схема історії хвороби (професійно адаптована).

План лекції.

1. Вступ. Медична етика і деонтологія.
2. Історія хвороби — це документ дослідження спостереження за перебігом хвороби. Складові частини: Скарги, анамнез захворювання, анамнез життя.
3. Об'єктивне (фізичне, фізикальне) дослідження хворого, його послідовність.
4. Методологія формування попереднього діагнозу
5. Алгоритм загального огляду пацієнта.

Тривалість лекції – 2 академічні години.

Медична етика — це наука і практика застосування принципів загальнолюдської моралі у професійній діяльності медичних працівників — лікаря, середнього і молодшого медичного персоналу, що базується на високій духовності, інтелігентності, внутрішній культурі та моральних чеснотах: доброчесності, порядності, гуманізмі, справедливості, милосерді, співчутті, самопожертві. Медична етика встановлює і регулює норми моральної поведінки медичних працівників у спілкуванні з пацієнтами, членами родини, колегами, співробітниками. Особливості медичної етики визначаються специфікою професійної діяльності та соціально-громадянським станом медичних працівників.

Складовою медичної етики є наука ***деонтологія*** (від грец. *deon* — належне, *logos* — вчення) про морально-етичні обов'язки не тільки медичних працівників, але й студентів-медиків у процесі професійної, лікувально-діагностичної, навчальної і наукової клінічної діяльності, психоетичні норми взаємовідносин з пацієнтами та колегами. Термін "деонтологія" був запропонований на початку XIX століття англійським філософом Бентамом для визначення вчення про належне в галузі моралі, насамперед медичної етики.

Грецьке слово "пропедевтика" означає "вступ у дисципліну".

Діагностика внутрішніх хвороб базується на виявленні симптомів хвороб.

Симптомами називаються ознаки, які відрізняють хвору людину від здорової.

Симптоми бувають **суб'єктивними**, тобто такими, які відчуває тільки хворий, і **об'єктивними**, які виявляє той, хто обстежує.

Для виявлення симптомів хвороб і спостереження за лікуванням хворого відпрацьований спеціальний метод дослідження: складання **історії хвороби**.

Історія хвороби — це одночасно:

- алгоритм дослідження хворого;
- робочий документ лікаря, який містить необхідні відомості, спостереження за перебігом хвороби, результати досліджень, усі призначення хворому;
- юридичний документ, який може бути використаний органами правосуддя в разі позову на лікаря з боку хворого або його родичів.

Історія хвороби є також важливим науковим документом, який дозволяє вивчати особливості перебігу внутрішніх хвороб залежно від різних умов і обставин.

Історію хвороби веде лікар за відомою схемою, яка є необхідним елементом діагностичного пошуку.

Історія хвороби складається з кількох частин.

■ **Паспортна частина**.

■ **Анамнез** (результати розпитування і вивчення попередніх медичних документів хворого):

▪ скарги хворого;

▪ анамнез хвороби;

▪ анамнез життя.

■ **Об'єктивне (або фізикальне) обстеження:**

▪ загальний огляд;

▪ послідовне обстеження всіх органів і систем за допомогою органів чуття лікаря;

▪ аналіз усіх отриманих даних, результат якого формулюється у вигляді попереднього діагнозу.

■ **План додаткових обстежень і лікування хворого.**

■ **Результати додаткових лабораторних та інструментальних даних і консультацій суміжних спеціалістів.**

■ **Результати аналізу всіх даних у ви-гляді клінічного діагнозу і плану коригованого лікування.**

■ **Щоденник** спостережень лікаря і температурний лист, де графічно відображена динаміка основних симптомів хвороби.

■ **Епікриз**, який містить остаточний діагноз, резюме з аналізом перебігу і рекомендаціями щодо подальшого лікування та профілактики.

Паспортна частина: прізвище, ім'я та по батькові, рік народження, адреса, місце роботи, професія, посада, адреса і телефони найближчих родичів для спілкування. На лицевій сторінці бланка історії хвороби, де фіксується паспортна частина, вказуються дата і час надходження хворого в стаціонар, відомості про алергію до медикаментів, наявність гепатиту, ВІЛінфікованості в анамнезі.

Анамнез (*anamnesis*) — дослівно означає "спогади".

Анамнез поділяється на три частини:

скарги, анамнез захворювання, анамнез життя.

Скарги: спочатку аналізують і деталізують скарги, які висловлює хворий, а потім активно опитують за системами. Під час аналізу скарги ділять на "головні", які викликані основною хворобою, і „другорядні", які є проявами супутніх хвороб. Основною вважають ту хворобу, яка призвела до звернення по медичну допомогу або до розвитку тяжкого стану чи ускладнення.

Другорядними (або супутніми) — всі інші хвороби, на які страждає хворий на момент дослідження. Очевидно, що вже на цьому етапі виникає протиріччя: з одного боку, той, хто опитує, ще не має певного уявлення, на що страждає хворий; з іншого боку, він повинен одразу виділяти основні та другорядні скарги.

Отже, завершальна оцінка скарг, які інших відомостей анамнезу, можлива тільки після встановлення діагнозу.

У цьому полягає діалектика діагностичного процесу.

Лікар не просто фіксує відомості, які повідомляє йому хворий. Він одночасно оцінює його зовнішній вигляд, стан, положення, ознайомлюється з медичною документацією, що супроводжує хворого. Одержані відомості дозволяють йому сформулювати у свідомості ***діагностичну гіпотезу***, на основі якої він повертається до аналізу скарг. Цей процес потребує знань **ознак, симптомів** поширених хвороб, власного **досвіду** і здатності до особливого, „**клінічного**" **мислення**, яке в кожного лікаря формується в процесі вивчення пропедевтики внутрішніх хвороб і спілкування з хворими.

Клінічне мислення базується на знаннях нормальної та патологічної анатомії, фізіології та біохімії, які дозволяють лікарю бачити за симптомом той патологічний процес, який призвів до появи цього симптому. Частина пропедевтики, яка вивчає походження симптомів, називається

семіотикою.

Анамнез захворювання (*anamnesis morbi*): цей розділ історії хвороби містить відомості про ***симптоми хвороби в динаміці їх появи і розвитку.***

Дані про симптоми внутрішніх хвороб наведені у пропедевтиці, їх треба добре хворого. Це є основним завданням нашого курсу.

Розпитуючи хворого, слід з'ясувати 7 параметрів симптомів.

- Коли вперше з'явився цей симптом,коли він змінився, коли були найтяжчі загострення.
- Якість симптомів (потрібно якнайточніше описати всі якості симптому).
- Тяжкість (можлива самооцінка пацієнтом за шкалою від 1 до 10).
- Локалізація.
- Умови виникнення.
- Фактори, що полегшують або обтяжують симптом.
- Супутні явища, які супроводжують симптом.

Певні відомості вчаючи засоби лікування на попередніх етапах хвороби, але, складаючи письмову історію хвороби, не слід перераховувати всі лікарняні установи, де побував хворий, і всіх лікарів-спеціалістів, якщо це не суттєво для діагностики. Відомості про симптоми необхідно одержувати не тільки безпосередньо від хворого під час розпитування, але, якщо потрібно, — з медичної документації хворого (попередні історії хвороби, амбулаторні картки, витяги, аналізи тощо). Якщо хворий страждає на кілька хвороб, спочатку викладається анамнез основної хвороби, а потім кожної із супутніх хвороб.

Анамнез життя (*anamnesis vitae*): необхідний для з'ясування причин та умов виникнення наявної хвороби.

Фізичний терапевт та ерготерапевт повинні добре розумітися на сучасних даних доказової медицини, які базуються на наукових дослідженнях і визнані світовою медичною громадою, щодо причин (етіології) та механізмів розвитку (патогенезу) найпоширеніших внутрішніх хвороб. Ці питання він вивчає в курсах патологічної анатомії та патологічної фізіології і повинен практично використовувати для передбачення можливих ускладнень фізіотерапевтичного та ерготнрапевтичного втручаннч і

профілактики внутрішніх хвороб. Адже він спілкується протягом багатьох років із великою кількістю пацієнтів, їхніх родичів і друзі. Ці дані фізичний терапевт та ерготерапевт мають також застосовувати і до себе. Наприклад, після вивчення причин раку легень, ХОЗЛ, інфаркту міокарда — негайно кинути курити, виміряти свій індекс маси тіла, рівень артеріального тиску крові та холестерину, ліпопротеїдів низької щільності та правильно харчуватися і займатися спортом.

У цьому розділі історії хвороби оцінюється розвиток хворого в дитинстві, матеріальні та побутові умови, перенесені хвороби, спадковість. Професійний анамнез. Гінекологічний анамнез. Алергологічний анамнез. Шкідливі звички. Традиційно хворого опитують на відходження гельмінтів, туберкульоз і венеричні хвороби у нього і в оточенні.

Об'єктивне (фізичне, фізикальне) дослідження хворого

Фізичне дослідження фізичний терапевт/ерготерапевт проводить за допомогою своїх органів чуття. Нижче наведена тільки послідовність дослідження, можливі симптоми висвітлюються в розділах спеціальної частини. Для проведення фізичного дослідження лікар повинен оволодіти навичками **огляду**, **пальпації** (обмацування): відчуття кінцевими фалангами пальців рук особливостей шкіри, підшкірної клітковини, лім-фатичних вузлів, судин, органів грудної клітки і черевної порожнини; **перкусії**: вистукування органів грудної та черевної порожнин; **аускультації**: вислуховування серця, судин, легень, кишечника.

Хоча фізичний терапевт/ерготерапевт у повсякденній практиці не може (та й не мусить) проводити фізичне дослідження у повному обсязі, під час навчання він згідно з кваліфікаційною характеристикою мусить оволодіти навичками цього дослідження. Адже можливі життєві ситуації, коли фізичний терапевт/ерготерапевт незалежно від його професії повинен визначити діагноз внутрішнього захворювання заради порятунку життя пацієнта.

Фізикальне дослідження органів і систем проводять у певній послідовності: **огляд, пальпація, перкусія, аускультація** (за винятком органів черевної порожнини, де аускультацію проводять після огляду, щоб не збуджувати пальпацією і перкусією кишечник та не перешкодити вислуховуванню шуму над нирковими артеріями). Зафіксувавши у своїй свідомості або на папері всі отримані дані — симптоми, лікар має **сформулювати попередній (синдромний) діагноз.**

Методологія формування попереднього діагнозу

У певний момент лікарського дослідження, а з набуттям досвіду — вже при першому погляді на хворого, у свідомості лікаря формується певна **діагностична гіпотеза — образ хвороби**, який має стати предметом критичного аналізу. При цьому лікар має постійно порівнювати симптоми, які він спостерігає у хворого, з відомостями про хворобу, які єв його пам'яті, ставлячи нові запитання або вивчаючи дані анамнезу і фізичного дослідження. У студентів, які щойно починають вивчення пропедевтики внутрішніх хвороб, на цьому етапі виникають значні труднощі, адже вони не тільки ще не мають „образу хвороби" у своїй свідомості, а й не розуміють походження багатьох симптомів, що є вкрай необхідним елементом клінічного мислення. Зазвичай лікар на першому етапі розпізнає не **хворобу** як певну класифікаційну (нозологічну) одиницю, яка має свою етіологію (причину) і свої патологічні механізми (патогенез), а певний **синдром** - сукупність симптомів, що є наслідком єдиного патологічного процесу. Щоб показати різницю між поняттями **хвороба** і **синдром**, наведемо приклад.

У хворого біль за грудниною, який виникає під час швидкої ходи, при підйомі на гору або по сходах і минає через 1–2 хв. після зупинки або таблетки нітрогліцерину під язик.

Відомо, що це **синдром стенокардії напруження**, причина якого — невідпо-відність між потребою міокарда в кисні та його доставкою звуженими вінцевими судинами до серцевого м'яза. Тобто біль (стенокардія) викликаний гіпоксією міокарда — накопиченням недоокислених продуктів

метаболізму. Якщо це спостерігається в людини чоловічої статі 40–50 років, яка до цього мала високий артеріальний тиск, то можна майже не сумніватися, що йдеться **про ішемічну хворобу серця** (ІХС), тобто ураження вінцевих артерій. Якщо ж біль виникає у жінок репродуктивного віку, то мова може йти про зовсім іншу патологію - запальне захворювання судин — васкуліт вінцевих артерій (коронарит) при ревматизмі. Хоча **синдром** виявлений один і той же — "стенокардія напруження", але в першому випадку **діагноз** буде **ІХС, стенокардія напруження**, в другому — зовсім інший: наприклад, **гостра ревматична лихоманка**.

Для того щоб навчитися визначати попередній діагноз, необхідно вивчити симптоматику ураження органів та систем організму і навчитися виділяти ***сукупність симптомів, які складаються у певний синдром, тобто пов'язані спільним походженням.*** Тому надзвичайно важливо не тільки навчитися бачити окремі симптоми, а й добре знати їх походження, патогенез симптомів — **семіотику**.

Різні хвороби можуть мати деякі однакові симптоми. Наприклад, хвороби органів дихання і серця часто супроводжуються задишкою або ядухою, ціанозом (посинінням), підвищенням частоти серцебиття (тахікардією). Тому за окремими симптомами або навіть за поєднанням кількох симптомів, об'єднаних навмання, лікар не може визначити **хворобу**, встановити **діагноз**.

Лише незначна кількість внутрішніх хвороб мають так звані **вирішальні (патогномонічні) симптоми,** що **властиві тільки одній хворобі**. Наприклад, якщо ви бачите в аналізі крові 90 % бластних клітин, то це — випадок гострої лейкемії. Але до того як хворому зроблять аналіз крові, він може помилково лікуватися від гострої респіраторної інфекції, оскільки в нього пропасниця, що властива як гострій лейкемії, так і гострому респіраторному захворюванню. Дуже важко або навіть неможливо запам'ятати всю різноманітність симптоматики всіх внутрішніх хвороб. Тому досвідчений лікар орієнтується на такі поєднання симптомів, які тісно

пов’язані з самою суттю патологічного процесу — його патогенезом. ***Такі поєднаннясимптомів називаються синдромами.***

Синдром — це сукупність симптомів, пов’язаних патогенетично.

Діагноз кожної хвороби базується на сукупності синдромів або на виявленні вирішальних ознак.

Ядуха, синюха (ціаноз) і тахікардія можуть бути симптомами легеневої хвороби, наприклад, **бронхіальної астми** (це напади ядухи, пов’язані зі спазмом бронхів і гіперсекрецією бронхіальних залоз) **і гострої лівошлуночкової недостатності,** яка може розвинутися внаслідок ураження лівого шлуночка інфарктом міокарда.

У першому випадку хворий може ще якось здійснити активний вдих за рахунок додаткових м’язів надпліччя і спини, Але не може повністю видихнути внаслідок опору звужених і забитих слизом бронхів.У другому ядуха — наслідок підвищення тиску крові в гілках легеневої артерії внаслідок слабкості лівого шлуночка, який неспроможний видалити кров із лівого передсердя і легеневих вен. Ціаноз у обох випадках — це наслідок зменшення оксигенації крові в легенях, а тахікардія — реакція на це нервових центрів газообміну. Тому цю сукупність не можна вважати синдромом, бо патогенез вирішального симптому (ядухи) різний. У першому випадку ці три симптом є компонентами **синдрому бронхіальної обструкції** — звуження повітропровідних шляхів. них шляхів. У другому — **синдрому гострої лівошлуночкової недостатності** — слабкості лівого шлуночка серця і гіпертензії в системі легеневої артерії. Диференціація цих синдромів базується на додаткових симптомах: анамнестичних (чим хворів пацієнт до нападу: легеневою чи серцево-судинною патологією), даних об’єктивного дослідження (сухі, свистячі, “музикальні” хрипи при синдромі бронхіальної обструкції та вологі, крупнопухирчасті — при серцевій недостатності), аускультації серця, ЕКГ та ін. (див. нижче). Отже, розпитуючи і фізикально обстежуючи хворого, лікар постійно здійснює процес **клінічного мислення** — ***аналізу механізмів (семіотики) виявлених симптомів, об’єднання їх у***

певні синдроми і на основі сукупності синдромів**визначає хворобу**. Попередній діагноз зазвичай потребує **верифікації**, тобто підтвердження за допомогою допоміжних (лабораторних та інструментальних) методів дослідження. Тому лікар після того, як сформулює попередній, інколи тільки **синдромний діагноз**, призначає план додаткових методів дослідження і попередній план лікування.

Після проведення й оцінки додаткових методів дослідження формулюється **диференційований діагноз**, тобто порівняння всіх даних про хворого з відомими схожими за симптоматикою хворобами. На основі цього, не пізніше третьої доби після надходження хворого до стаціонару, встановлюється **клінічний діагноз** і коригується лікування.

Фізичний терапевт не займається встановленням діагнозу. Лише в деяких випадках невідкладних станів треба вміти диференціювати схожі симптоми (наприклад, ядуха при бронхіальній астмі та лівошлуночковій серцевій ндостатності), невідкладна допомога при яких передбачає суттєво різні або навіть протилежні підходи.

Процес лікування фіксується в **щоденниках** спостереження за хворим.

Для виписки формулюється **остаточний діагноз**: Основний; Ускладнення основної хвороби; Супутні хвороби.

Виписний **епікриз** містить обґрунтування діагнозу, результати досліджень, проведене лікування і рекомендації для продовження лікування в амбулаторних умовах та профілактики.

ФІЗИЧНІ (ФІЗИКАЛЬНІ) МЕТОДИ ОБСТЕЖЕННЯ ХВОРОГО

Огляд — перший об’єктивний метод обстеження пацієнта. Ефективність і діагностична значущість огляду залежать від багатьох факторів, серед яких найважливішими вважають спостережливість, педантичність, особистий досвід лікаря. Загальний огляд дозволяє визначити відповідність зовнішнього вигляду пацієнта його вікові. Так, у пацієнтів, які

вигляда-ють старшими за свій вік, більше підстав очікувати хворобу, що виникає в зрілому віці.

Загальний огляд пацієнта проводиться за традиційним алгоритмом та охоплює визначення стану й особливостей:

■ загального стану хворого;

■ стану свідомості;

■ поведінки і положення;

■ ходи;

■ постави;

■ виразу обличчя;

■ шкіри та її придатків;

■ слизових оболонок;

■ підшкірної основи;

■ лімфатичних вузлів;

■ м'язів, кісток, суглобів;

■ окремих частин тіла — голови, обличчя, шиї, тулуба, кінцівок;

■ статури з визначенням типу конституції, а також антропометрії;

■ термометрії.

Загальний стан хворого оцінюється як ***задовільний, середньої тяжкості, тяжкий*** і ***вкрай тяжкий.***

Стан свідомості

Свідомість характеризують як ***ясну***, якщо хворий орієнтований у власній особі, місці, часі та навколишніх умовах, адекватно і без труднощів відповідає на запитання.

Розрізняють кілька ступенів пригнічення свідомості:

■ якщо хворий загальмований, недостатньо орієнтований у місці, часі та навколишніх умовах, на запитання відповідає із запізненням або недоречно, то свідомість визначають як **затьмарену, або оглушену**;

■ при глибшому пригніченні свідомості хворий немовби засинає. В одних випадках його вдається на короткийчас вивести з такого стану

голосним окриком і термосінням, але на запитання він відповідає неусвідомлено — це **ступор**;

■ у тяжких випадках хворого вивести зі сплячки не вдається, на запитання він не відповідає, але реагує рефлекторно на сильні подразники — **сопор**;

■ повне пригнічення свідомості з втратою чутливості, рефлексів і розслабленням м'язів визначається як **глибока сплячка — кома**.

Ступінь пригнічення свідомості залежить від тяжкості патологічного процесу. Причиною пригнічення свідомості у всіх випадках є ушкодження центральної нервової системи — головного мозку. Загальний стан хворого зі стійким пригніченням свідомості завжди оцінюється як тяжкий або вкрай тяжкий.

Короткочасна, на кілька секунд або хвилин, втрата свідомості називається ***непритомністю — синкопе*** *(syncope)*.

Надмірно збуджена свідомість із нереальністю відчуттів (галюцинації) та з психомоторним збудженням називається ***делірієм***.

Висновок про стан хворого роблять за його здатністю самостійно рухатися, вільно приймати будь-яку позу й обслуговувати себе. Якщо така здатність не порушена, визначають ***активний стан*** хворого. Якщо хворий не здатен ходити і сидіти, але може, лежачи в ліжку, самостійно змінювати положення свого тіла, це свідчить про ***активне положення в ліжку***. При ***пасивному положенні*** хворий навіть у ліжку не здатен рухатися, лежить нерухомо, його голова і кінцівки звисають під своєю вагою. У випадках, коли хворий здатний рухатися, але для полегшення страждань (послаблення задишки, болю, кашлю) йому доводиться приймати певну позу, твердять про його ***вимушене положення***.

Стан шкіри та її придатків.

Досліджуючи шкіру, визначають її колір, чистоту, цілісність, вологість, гладкість поверхні, щільність, товщину й еластичність. Потім оглядають волосся і нігті. Найбільше значення для діагностики внурішніх хвороб мають

дифузні та стійкі зміни кольору шкіри, а також темп їх розвитку. Патологічні зміни кольору шкіри (блідість, почервоніння, жовтяниця, ціаноз, гіперпігментація) за поширенням бувають дифузні та локальні. Вони можуть швидко зникати чи бути стійкими

Стан видимих слизових оболонок

Послідовно оглядають губи, зуби, ясна,язик, слизову оболонку щік, твердого і м'якого піднебіння, передніх дужок, піднебінних мигдаликів та задньої стінки глотки. Крім того, виявляють наявність змін акту ковтання, голосу і мовлення, а також неприємного запаху з рота. Оглядаючи губи, звертають увагу на симетричність кутів рота, форму і товщину губ, стан червоної облямівки та шкіри навколо ротового простору, вираженість носо-губних складок. Потім лікар пропонує хворому широко відкрити рот, максимально висунути язик із рота, доторкнутися язиком до правої та лівої щоки і підняти його до піднебіння. Це дозволяє визначити повноту відкривання рота, положення й обсяг рухів язика, його розміри, форму, характер дорсальної поверхні (спинки) і стан розташованих на ній смакових сосочків. Після цього лікар просить хворого втримувати язик біля піднебіння, а сам, по черзі відтягуючи шпателем кути рота й обережно відводячи верхню і нижню губи, оглядає передню та задню поверхні зубів і ясен, слизову оболонку присінку порожнини рота, нижньої поверхні язика, його вуздечки і щік.

Потім лікар пропонує хворому опустити язик, кладе шпатель на середню частину його спинки і, повільно відтискаючи язик донизу і наперед, оглядає таким чином тверде і м'яке піднебіння з язичком, передні дужки, піднебінні мигдалики і задню стінку глотки.

Для того щоб можна було визначити ступінь рухомості м'якого піднебіння, хворий має протяжно вимовити звук "а" або "е". Як джерело світла при огляді порожнини рота і глотки можна використовувати кишеньковий електричний ліхтарик, лампу з рефлектором або лобний рефлектор. На огляді порожнини рота і глотки звертають увагу на колір,

ступінь зволоженості та цілісність слизової оболонки, наявність на ній висипів і патологічних виділень. Про зволоженість слизової оболонки судять за наявністю блиску на її поверхні та накопиченням слини на дні ротової порожнини. У сумнівних випадках прикладають тильну поверхню пальців до спинки язика.

Зуби. Визначають форму і цілісність зубів, кількість відсутніх зубів, стан ясен. Шляхом обмацування визначають стійкість зубів до розхитування. Для того щоб оглянути **мигдалики**, приховані за передніми дужками, по черзі за допомогою другого шпателя відсувають дужки вбік. Крім того, натискання другим шпателем на зовнішню частину передньої дужки або на нижній полюс мигдалика дозволяє виявити патологічне виділення в глибині лакун.

Крововиливи на слизовій оболонці порожнини рота зазвичай виникають у зв'язку з тими ж патологічними процесами, що спричиняють геморагічні зміни шкіри. Дефект твердого піднебіння з наявністю сполучення між порожниною рота і носовими ходами може бути вродженим ("вовча паща") або наслідком люесу та прокази.

Язик. Положення язика в порожнині рота й обсяг його рухів в основному визначаються станом черепно-мозкових нервів, які іннервують язик. Тремор висунутого з рота язика може бути спричинений хворобами нервової системи, тиреотоксикозом, хронічним алкоголізмом або отруєнням ртуттю.

Мимовільне безладне висування і втягування язика іноді спостерігається при ревматичній хореї. Збільшення розмірів язика найчастіше зумовлене його набряклістю і проявляється розширенням поперечника і потовщенням язика, а також наявністю відбитків зубів по його вільному краю. Таке збільшення язика зазвичай відбиває неблагополуччя з боку травного тракту, а в поєднанні з гіперемією слизової оболонки, тріщинами й афтами свідчить про запальне ураження власне язика (*глосит*).

Загальне збільшення розмірів язика, коли він із великими труднощами вміщується в роті, характерне для акромегалії, гіпотиреозу і хвороби Дауна.

У нормі спинка язика має злегка бархатисту поверхню за рахунок наявності на ній великої кількості смакових сосочків. Гладенька поверхня язика внаслідок атрофії смакових сосочків (“*полірований*”, або “*лакований*” язик) нерідко виявляється при залізодефіцитній і В12-дефіцитній (перніціозній) анемії, а також при гіповітамінозах В2 і РР. Згладженість сосочків язика може поєднуватися з атрофією слизової оболонки шлунково-кишкового тракту. У хворих на скарлатину смакові сосочки, навпаки, збільшуються і помітно виступають над яскраво-червоною поверхнею язика (“*малиновий*” язик). Гіпертрофія смакових сосочків язика спостерігається у хворих на виразкову хворобу. Іноді на язиці утворюються глибокі складки слизової оболонки (“*складчастий*” язик). Поверхня його може являти собою чергування вигадливої форми ділянок підвищення та западання слизової оболонки (“*географічний*” язик). Ці зміни відбивають неблагополуччя з боку шлунково-кишкового тракту.

Поширений наліт на спинці язика (*обкладений* язик) з’являється при поганому пережовуванні їжі (швидка їда або відсутність багатьох зубів), пропасних захворюваннях, патології шлунково-кишкового тракту, у виснажених хворих. Якщо при хронічному гастриті язик, як правило, обкладений, то у хворих на виразкову хворобу, особливо з пдвищеноюкислотністю шлункового соку, він, навпаки, зазвичай чистий. Поверхня язика покривається виразками при туберкульозі, люесі, проказі та пухлинному ураженні.

М’яке піднебіння з язиком, піднебіннімигдалики, передні дужки і задню спинку глотки об’єднують поняттям **“глотка”, або “зів”.** Дифузна гіперемія, набряклість і розпушеність слизової оболонки глотки, наявність на ній численних нальотів прозорого чи зеленуватого слизу — це ознаки гострого фарингіту. При дифтерії в глотці поряд із запальними змінами виявляється фібринозний наліт у вигляді білих або білувато-жовтих плівок,

щільно зв'язаних зі слизовою оболонкою. Вони з великими труднощами видаляються шпателем, причому на місці знятого нальоту залишаються кровоточиві ерозії. Ушкодження слизової оболонки (напр., риб'ячою кісткою) може призвести до розвитку заглоткового абсцесу, який проявляється гіперемією, випинанням задньої стінки глотки і різким болем під час ковтання.

Мигдалики в нормі не виступають із-за передніх піднебінних дужок, мають однорідну будову, рожевий колір, їхня поверхня чиста, лакуни неглибокі, без вмісту. Збільшення розмірів і різка гіперемія мигдаликів, наявність на їхній поверхні нагноєних фолікулів, гнійного вмісту в лакунах, а іноді кратероподібних уражень виразками спостерігаються при ангіні (гострий тонзиліт). Виявлення при цьому вираженого вибухання і гіперемії тканин, які оточують мигдалики, свідчить про ускладнення ангіни паратонзилярним абсцесом. При хронічному тонзиліті мигдалики можуть бути збільшені або, навпаки, зморщені. До порушення акту ковтання найчастіше призводять паратонзилярний і заглотковий абсцеси, рубцеві та пухлинні ураження глотки і нервів, що беруть участь у ковтанні.

Захриплість голосу й ослаблення його звучності аж до афонії спостерігаються при ураженні гортані запального (*ларингіт*) або пухлинного походження при стисканні збільшеною щитоподібною залозою. Крім того, до зміни голосу призводить параліч голосових зв'язок, спричинений ураженням поворотного нерва гортані, при защемленні його в середостінні (аневризмою аорти, пухлиною, збільшеними лімфатичними вузлами, вушком лівого передсердя при мітральному стенозі), а також при ураженнях нервів, зумовлених інфекційними хворобами, інтоксикацією (міддю, свинцем), оперативним втручанням (струмектомія). Гугнявість голосу виникає при патології носа (поліпозний синусит, аденоїди, дефект твердого піднебіння) або порушенні рухомості м'якого піднебіння (дифтерія, люес, туберкульоз).

Порушення мовлення зазвичай зумовлені ураженням центральної нервової системи, черепно-мозкових нервів або патологією язика.

Нерозбірливе, сповільнене мовлення і грубий голос можуть бути у хворих на гіпотиреоз. При виявленні у хворого патологічних змін у глотці та порушень голосу показана консультація оториноларинголога, а гострих запальних змін глотки і мигдаликів, особливо за підозри на дифтерію, — інфекціоніста.

Стан підшкірної клітковини

Стан харчування (***вгодованість***) визначають уже на першому огляді хворого,

передусім за обличчям і формами тіла під одягом. Після цього, оглядаючи оголене тіло, звертають увагу на ступінь вираже-ності підшкірної жирової клітковини і рівномірність її розподілу. Орієнтовно робити висновки про вго-

дованість можна також за товщиною шкірної складки живота, яка утворюється захватом шкіри між великим і вказівним пальцями. У нормі товщина шкірної складки біля реберної дуги по парастернальній лінії становить 1–2 см, біля пупка — 2–3 см. Точніший стан харчування визначають за допомогою зважування на медичних вагах і порівняння маси тіла зі зростом.

Індекс маси тіла (ІМТ) обчислюють за формулою: ІМТ = маса тіла (кг) : зріст (м)2.

На тлі даних доказової медицини за рекомендаціями міжнародних експертів

визначають обвід талії для діагностики абдомінального ожиріння як вірогідного маркера і самостійного предиктора високого ризику розвитку серцево-судинних хвороб та їх ускладненого перебігу. У жінок європейської раси обвід талії не повинен перевищувати 88 см, а в чоловіків — 102 см.

Виражені *загальні набряки* підшкірної жирової клітковини можна визначити вже при огляді оголеного тіла за припухлими шкірними покривами, згладженістю контурів тіла, збільшенням об’єму (потовщенням) кінцівок, наявністю на шкірі глибоких вдавлень від одягу і взуття. Шкіра над набряком стає напруженою, блискучою. Після натискання пальцем протягом

5–10 сек. шкіри до підлеглих щільних утворів (передня поверхня гомілки, кісточки,

тильна поверхня стопи, стегно, крижі, поперек) у місці локалізації набряку залишається ямка, яка поступово згладжується. Чим більше виражений набряк, тим глибша ямка. Підшкірна жирова клітковина при цьому не болюча. Можливі *місцеві набряки* на тлі лімфостазу, запалення тощо.

Обстеження лімфатичних вузлів

Периферичні лімфатичні вузли групуються в підшкірній клітковині різних ділянок тіла, де можуть бути виявлені пальпаторно, а при значному збільшенні — і візуально. Дослідження лімфатичних вузлів проводять в однойменних симетричних ділянках, дотримуючись певної послідовності: підпідборідні, підщелепні, кутощелепні, привушні, потиличні, задньошийні, передньо-шийні, надключичні, підключичні, пахвові, кубітальні (ліктьові), пахові, підколінні. Розміри лімфатичних вузлів бажано вказувати в міліметрах або сантиметрах, а не шляхом порівняння з чим-небудь (наприклад, із горошиною чи квасолиною тощо). Якщо лімфатичний вузол має округлу форму, необхідно вказати його діаметр, а якщо овальну — найбільший і найменший розміри. Починаючи пальпацію підпідборідних

лімфатичних вузлів, лікар просить хворого злегка нахилити голову вперед і фіксує її лівою рукою. Кладе зімкнуті та ледь зігнуті пальці правої руки на середину підборідної ділянки так, щоб кінці пальців упиралися в передню поверхню шиї хворого. Потім, пальпуючи в напрямку підборіддя, намагається вивести лімфатичні вузли на край нижньої щелепи і визначити їхні властивості. Аналогічним чином лікар пальпує підщелепні лімфатичні вузли одночасно обома руками в правому і лівому відділах підборідної ділянки вздовж країв нижньої щелепи. Після цього безпосередньо під

кутами нижньої щелепи вказівними або середніми пальцями обмацує кутощелепні лімфатичні вузли. Далі позаду вушних раковин із обох боків пальпує привушні лімфатичні вузли, після чого, переміщуючи пальці обох

рук у відповідну ділянку, обмацує потиличні лімфатичні вузли. У хворих на гострий ревматизм у ділянці потиличного апоневрозу іноді пальпуються дрібні неболючі (так звані ревматичні) вузлики. *Задньошийні* лімфатичні вузли пальпують одночасно з обох боків у просторах, розташованих між задніми краями кивальних м'язів і зовнішніми краями довгих м'язів шиї. *Збільшення лімфатичних вузлівпередньошийних (а), задньошийних (б), пух-*

лина сонного гльомусу (в), вірховський надключичний вузол зліва як метастаз пухлини шлунка (г) м'язів. При пальпації шийних лімфатичних вузлів пальці розташовують перпендикулярно шиї . Обмацування проводять у напрямку

зверху донизу. *Надключичні* та *підключичні* лімфатичні вузли послідовно пальпують у надключичних і підключичних ямках. Невеликі, діаметром від кількох міліметрів до 1 см, одиночні лімфатичні вузли можуть у нормі пальпуватися в підщелепних, пахових і рідше — в пахвових ділянках. Вони округлої форми, щільно-еластичної консистенції, рухомі, неболючі. Значніше збільшення лімфатичних вузлів у цих ділянках, а також лімфатичні вузли, які пальпуються в інших частинах тіла, зазвичай є патологічною ознакою.

Стан м'язів. На огляді звертають увагу на ступінь розвитку мускулатури в цілому, наявність місцевої атрофії м'язів, контрактур і спастичних посмикувань окремих м'язових груп. При деяких патологічних станах у хворих можуть спостерігатися судоми, що являють собою раптові мимовільні скорочення скелетних м'язів. У разі скорочення більшості м'язових груп судоми називають загальними, а при скороченні окремих м'язів — місцевими. Судоми можуть являти собою затяжні стисні (*спастичні*) скорочення м'язів (*тонічні* судоми) або нападоподібні нетривалі скорочення, які йдуть одне за одним і чергуються з короткочасними періодами розслаблення (*клонічні* судоми). Загальні тонічні судоми призводять до тривалої зміни положення тіла і кінцівок. Вони зазвичай виникають у хворих на правець або при отруєнні стрихніном. При цьому

внаслідок зсудомлення м’язів спини часто спостерігається вигинання тулуба у вигляді дуги. При загальних клонічних судомах охоплені ними частини тіла здійснюють швидкі рухи. Такі судоми виникають при епілепсії, органічних захворюваннях мозку, гіпоглікемії. Як правило, загальні судоми супроводжуються непритомністю, прикушуванням язика, мимовільними сечовипусканням і дефекацією. Виняток складають судоми у хворих на істерію — вони розвиваються на тлі збереженої свідомості. Іноді у хворих спостерігаються мимовільні некоординовані сіпальні рухи тулуба, кінцівок або голови (*гіперкінез*). Найчастіше вони зумовлені первинним ураженням центральної нервової системи, однак у деяких випадках можуть виявлятись і при ревматизмі (*мала хорея*). При вираженому пригніченні свідомості хворі часто мимовільно здійснюють кистями своєрідні рухи: перебирають край ковдри, збирають пушинки або ловлять невидиму павутинку.

Стан кісток. На огляді звертають увагу на форму кінцівок, правильність їхніх контурів і симетричність, що дозволяє виявити різноманітні кісткові деформації: скривлення, потовщення, хибні суглоби, переломи.

Стан суглобів. Послідовно оглядають усі суглоби верхніх і нижніх кінцівок. Звертають увагу на положення кінцівок, розміри і форму (контури) суглобів, а також на стан шкірного покриву. Крім того, визначають обсяг активних (довільних) рухів у суглобах. Тильною поверхнею кисті визначають температуру шкіри над ураженим суглобом, на суміжних із ним ділянках і над однойменним суглобом іншої кінцівки.

Стан окремих частин тіла.

Голова На перенесений рахіт указують квадратна форма голови з випнутими лобними горбками, а також кілеподібна форма грудної клітки. При синдромі Марфана (вроджена хвороба сполучної тканини — крайній варіант астенічної конституції в поєднанні з дуже високим зростом) наявне надмірне переважання поздовжнього діаметра черепа над поперечним.

Обличчя Спочатку оглядають обличчя хворого в цілому. Потім послідовно обстежують надбрівні дуги, очі, повіки, ніс, рот, вуха. Звертають увагу на загальний вираз, правильність рис обличчя, симетричність і пропорційність окремих його частин, колір шкіри, ріст волосся, наявність висипів, набряклості (одутлості). При ряді хвороб на обличчі виникають характерні зміни шкіри, м'яких тканин і кісток. Так, плямистий рум'янець у поєднанні з блиском очей, ін'єкцією судин склер, збуджений загальний вираз обличчя спостерігаються у хворих на пропасницю. *Минуща гіперемія* обличчя виникає при гіпертензивному кризі, алкогольному сп'янінні, клімактеричних "припливах" у жінок. Своєрідний стійкий синюшно-багряний рум'янець щік і виличних ділянок нерідко можна виявити у хворих із мітральною вадою серця ("*мітральний рум'янець*", *facies mitralis*).

Для хворих на хронічний алкоголізм характерні стійке багряно-червоне забарвлення щік та носа з просвічуваними розширеними судинами, бідність міміки, порожній погляд, що нічого не виражає. При крупозній верхньочастковій пневмонії іноді з'являється яскрава гіперемія відповідної половини обличчя внаслідок подразнення симпатичного нерва. У хворих, які перебувають у вкрай тяжкому стані (шок, розлитий перитоніт), обличчя набуває блідувато-сірого кольору, із синюшним відтінком, покрите краплями холодного поту. Очі западають у глибину очних ямок, риси обличчя загострюються, загальний вираз стає страдницьким (*faciesHyppocratica*).

Неправильної форми темно-бурі пігментні плями на обличчі (*хлоазми*) виникають при вагітності, захворюваннях матки або печінки.

Дуже характерний зовнішній вигляд при хворобі Дауна: брахіцефалічний череп зі згладженою потилицею, низький лоб із випнутими лобними горбами, монголоїдний тип розрізу очей, маленький тупий ніс із широким переніссям, постійно напіввідкритий рот із висунутим язиком, радісно-безглуздий вираз обличчя. Перекошене внаслідок асиметричного руху м'язів обличчя мають хворі, які перенесли крововилив у мозок (інсульт) і при невриті лицевого нерва. Мимовільні короткочасні судомні скорочення

м’язів обличчя спостерігаються при неврозі нав’язливих станів та ревматичній хореї.

Для хворих на нефрит характерне бліде, набрякле обличчя з опухлими повіками і вузькими очними щілинами, при цьому зовнішній вигляд хворого змінюється до невпізнанності. Бліда одутлість обличчя і повік спостерігається також у хворих на тяжку анемію. Блідувато-жовте, широке обличчя, що рівномірно запливло, зі згладженими контурами, збільшеними рисами, млявою мімікою, мішкоподібною набряклістю повік, звуженою очною щілиною і застиглим, тьмяним, байдужим поглядом запалих очей може вказувати на наявність гіпотиреозу, особливо в жінки з ознаками раннього в’янення.

При вираженій недостатності кровообігу обличчя одутле, брезкле, жовтувато-бліде з синюшним відтінком, очі тьмяні, злипаються, рот постійно напіввідкритий, губи багрово-синього кольору, дещо випнуті та ніби ловлять повітря (“*обличчя Карвізара*”). Одутлість обличчя може спостерігатись також у хворих на хронічний обструктивний бронхіт і бронхіальну астму, ускладнені емфіземою легень, або при стисканні лімфатичних шляхів, наприклад, масивним випотом у порожнину перикарда або плеври.

Раптовий розвиток вираженої набряклості обличчя, частіше асиметричної, характерний для алергічного набряку (*набряк Квінке)*.

Очі. Спочатку візуально визначають ширину і рівномірність очних щілин, положення очних яблук у очних ямках. Звертають увагу на форму і рухомість (частоту кліпання) повік, стан покривної шкіри, збереженість вій і брів. Потім оглядають слизову оболонку кон’юнктиви й очні яблука. У разі необхідності обстежують рогівковий *кліпальний рефлекс* і *реакцію зіниць на світло*. Для цього, притримуючи повіки, торкаються рогівкової оболонки ватним ґнотиком і визначають наявність та інтенсивність кліпального рефлексу. Потім, попередньо відзначивши розміри зіниць, закривають обидва ока долонями на кілька секунд, після чого по черзі відкривають очі та визначають зміни розмірів зіниць. Дослідження захисного рогівкового

кліпального рефлексу має велике значення для визначення ступеня пригнічення свідомості, оскільки цей рефлекс при екстремальних станах згасає одним із останніх. Двобічне звуження очних щілин може бути спричинене набряком повік, що характерне насамперед для хвороб нирок.

Досліджуючи положення очних яблук в очних ямках, можна виявити стійке відхилення одного або двох яблук убік (*косоокість*) або вниз, їх випинання чи западання вглиб очної ямки, мимовільні періодичні коливальні рухи (*ністагм*) або, навпаки, повну нерухомість. Косоокість буває вродженою або виникає в процесі захворювання, наприклад, при ураженні головного мозку (інсульт, пухлина, енцефаліт, нейролюес, менінгіт), ботулізмі, дифтерії, отруєнні свинцем тощо. При пухлині очної ямки очне яблуко зміщується вниз. Випинання обох очних яблук (витрішкуватість, або *екзофтальм*) характерне для хворих на дифузний токсичний зоб. До однобічного екзофтальму зазвичай призводить збільшення об'єму ретробульбарної тканини, спричинене патологічними процесами запального, пухлинного або травматичного (крововилив) походження. Двобічне западання очних яблук (*енофтальм*) трапляється при гіпотиреозі, виснаженні, шоку, зневодненні організму, а однобічне — при ураженні шийного симпатичного нерва. Ністагм найчастіше буває ознакою ураження центральної нервової системи або патології внутрішнього вуха. Постійні маятникоподібні рухи очних яблук (*"плаваючі"* очні яблука) можна спостерігати у хворих, які перебувають у коматозному стані.

Стійке звуження (*міоз*) або розширення (*мідріаз*) обох зіниць виникає при первинному ураженні центральної нервової системи, коматозних станах або під дією нейротропних речовин. Неоднакові розміри зіниць (*анізокорія*), порушена або парадоксальна їх реакція на світло також найчастіше спричинені органічним ураженням головного мозку або його оболонок. При дослідженні рухомості очних яблук можна виявити низку симптомів, що належать до характерних, хоча і непостійних ознак дифузного токсичного зоба. Значне підвищення тонусу очних яблук спостерігається при порушенні

відтоку вологи з передньої камери (*глаукома*), а зниження офтальмотонусу (*м'які* очні яблука) — важлива діагностична ознака діабетичної (гіперглікемічної) коми. У разі виявлення патології очей хворого обов'язково має оглянути офтальмолог, а в окремих випадках - невропатолог.

Повіки. Припухлість і ціаноз повік характерні для тромбозу кавернозного синуса. До припухлості (*здуття*) повік призводить також підшкірна емфізема, спричинена переломом кісток очної ямки і проникненням повітря з приносових пазух під шкіру. При пальпації такої припухлості відчувається характерна крепітація. Однобічне звуження очної щілини спостерігається при набряку повік, зумовленому запальним, травматичним або пухлинним ураженням самих повік або очної ямки, а також при стійкому опущенні верхньої повіки (*птоз*) унаслідок порушення її іннервації чи захворювання м'язів. У деяких випадках порушення іннервації призводить до того, що хворий, навпаки, не може повністю зімкнути очну щілину.

Слизова оболонка кон'юнктиви повік у нормі рожева, чиста, волога, без патологічних виділень, судинна сітка слабо виражена, а кон'юнктива, що покриває склери, — бліда, ледве помітна. Значна блідість кон'юнктиви повік виявляється у хворих на анемію. При кон'юнктивіті слизова оболонка, навпаки, яскрава, гіперемована, набрякла, розпушена, з вираженою ін'єкцією судин і наявністю слизових або гнійних виділень.

Ніс. Багато патологічних процесів можуть спричиняти зміну форми і розмірів носа, а також шкіри, що його покриває. Так, збільшення розмірів і болюча припухлість носа в поєднанні з почервонінням і гіперемією покривної шкіри ви-никають при гнійному запаленні м'яких тканин. При травмі ніс припухлий і багрово-синій. Непропорційно великий м'ясистий ніс характерний для хворих на акромегалію. У осіб похилого віку, що страждають на рожеві вугрі, та в алкоголіків ніс іноді збільшується, стає почасткованим і багрово-червоним.

Рот. Виражене потовщення губ характерне для хворих на акромегалію і мікседему. Раптове припухання і деформація губ зазвичай спричинені алергічним. Асиметрія ротової щілини може бути ознакою порушення іннервації центрального або периферичного генезу. Складки навколо рота утворюються в осіб похилого віку. Зрідка трапляється вроджений дефект у вигляді розщеплення верхньої губи, що досягає присінку носа (“*заяча губа*”). Блідість або синюшність губ — це ранні ознаки відповідно анемії та ціанозу. Однак темно-синє або навіть чорне забарвлення губ іноді буває при вживанні в їжу деяких барвних продуктів, наприклад, ягід ожини, шовковиці, чорниці. У хворих із пропасницею губи, як правило, сухі, з тріщинами, покриті коричнюватими кірочками. Запалення губ може бути спричинене інфекційними агентами, хімічними іритантами, алергенами або несприятливими метеорологічними факторами. Злоякісні новоутворення найчастіше уражують нижню губу. У деяких хворих застудні захворювання супроводжуються появою на губах згрупованих дрібнопухирцевих висипів із прозорим умістом (*herpes labialis*). Через 2–3 дні пухирці лопаються і на їх місці утворюються кірочки. Зрідка подібні висипи з’являються на крилах носа і вушних раковинах. Цей симптом спричинений хронічним вірусним ураженням трійчастого нерва.

Вуха Спочатку звертають увагу на положення, розміри і форму вушних раковин, стан покривної шкіри. Важливі ознаки запального процесу зовнішнього вуха (зовнішній отит, перихондрит) і навколишніх тканин з ураженням соскоподібного відростка, мастоїдиту як джерела інфекції. Потім оглядають і обмацують привушні ділянки спереду і позаду вушних раковин.

Шия. Шию оглядають з усіх боків при прямомуі боковому освітленні. Звертають увагуна її форму, контури, зміни шкіри, набряклість, набухання вен, пульсацію сонних артерій, а також на положення гортані та трахеї. Нормальна щитоподібна залоза непомітна, доступна для обмацування.

Коротка і товста шия характерна для гіперстеніків, хворих на ожиріння, мікседему та емфізему легенів. Діагностичне значення має коричневе

забарвлення шкіри в місцях тертя на задній поверхні шиї як перший прояв порушень вуглеводного обміну і розвитку метаболічного синдрому. При раку внутрішніх органів значно виражена пігментація коричнювато-чорного кольору, поєднана з гіперкератозом шкіри та утворенням на ній папіломатозних розростань. Деформація шиї внаслідок локальних випинань розвивається при значному збільшенні лімфатичних вузлів або щитоподібної залози, при розвитку кісти (бокової або серединної), а також при утворенні ліпоми або пухлин нервової тканини чи судинного походження. При недостатності аортального клапана часто виявляється виражена пульсація сонних артерій (“*танець каротид”*) біля внутрішніх країв кивальних м’язів. Чітка пульсація сонних артерій іноді помітна при гіпертонічній хворобі та тиреотоксикозі. Набухання шийних (яремних) вен, розташованих латеральніше зовнішніх країв кивальних м’язів, зазвичай буває у хворих з ослабленою скоротливою функцією правого шлуночка, недостатністю тристулкового клапана, а також при слабшанні присмоктувальної дії грудної клітки (емфізема легень, скупчення рідини або повітря в плевральних порожнинах).

Кінцівки. Важливу діагностичну інформацію при дослідженні опорноухового апарату дозволяє одержати детальний огляд кистей і стоп. Симетричне почервоніння долонної поверхні кистей у ділянці тенара і гіпотенара внаслідок розширення дрібних судин спостерігається при хронічних хворобах печінки (печінкова пальмарна еритема). Світло-оранжевими іноді бувають долоні тих, хто довго вживав у великих кількостях каротинвмісні продукти. Жовтувате забарвлення долонь у хворих на гіпотиреоз і цукровий діабет може бути також викликане відкладанням у шкірі каротину внаслідок порушення перетворення його у вітамін А. Синюшні холодні та вологі кисті за відсутності серцевої недостатності зазвичай свідчать про загальне чи місцеве порушення вегетативної іннервації. Періодичне раптове, різке зблідніння одного чи двох пальців руки з порушенням їх чутливості (*синдром Рейно*) внаслідок стійкого ангіоспазму,

яке триває 1–2 год. Широкі щільні кисті з товстими пальцями внаслідок слизуватого набряку і потовщення м'яких тканин характерні для хворих на гіпотиреоз. При акромегалії поряд із загальним подовженням кінцівок непропорційно збільшуються кисті та стопи через надмірне розростання кісток і збільшення об'єму м'яких тканин. У хворих, які тривалий час страждають на ревматоїдний артрит, виникає дуже характерна деформація суглобів кистей: пальці відхиляються в ліктьовий бік (*ульнарна девіація*) і набирають вигадливих форм; міжостні (червоподібні) м'язи атрофуються, у променезап'ястковому суглобі виникає анкілоз. В особливій формі остеоартрозу, яка спостерігається частіше в літньому віці, на тильній поверхні пальців кистей біля основи кінцевих фаланг з одного чи з обох боків утворюються кісткові розростання у вигляді випнутих округлих, щільних і зазвичай неболючих потовщень (*вузлики Гебердена*). Рідше такі кісткові розростання з'являються в ділянці проксимальних міжфалангових суглобів (*вузлики Бушара*). При деяких хворобах легень виникають булавоподібні потовщення м'яких тканин кінцевих фаланг пальців у поєднанні зі змінами нігтів у вигляді годинникових скелець (*пальці Гіппократа*). Слід враховувати, що подібна деформація пальців на кистях іноді з'являється пізніше, ніж на стопах. Тремор пальців витягнутих уперед рук може виявлятися при хворобах центральної нервової системи (паркінсонізм, розсіяний склероз, невроз), а також при тиреотоксикозі, хронічному отруєнні свинцем, алкоголізмі та наркоманії. Сплющення склепіння стопи (*плоскостопість*) нерідко є основною причиною болів під час ходьби.

Статура. Нрмостенічний тип — середній зріст, правильне співвідношення його з поперечними розмірами тіла, пропорційні розміри голови, шиї, тулуба, кінцівок. ***Астенічний тип*** — високий зріст із відносним переважанням розмірів тіла в довжину над поперечними розмірами. ***Гіперстенічний тип*** — невисокий зріст із відносним переважанням поперечних розмірів тіла. Голова округлої форми, шия низька і товста, кінцівки непропорційно короткі та широкі. Тулуб відносно довгий, черевний

відділ переважає над грудним. Грудна клітка коротка, широка і глибока, епігастральний кут тупий. В останнє десятиріччя стосовно діагностичного значення статури людини звертають увагу на її схожість за формою на “грушу”, що відповідає фізіологічним параметрам дорослої людини (жінки — хвостиком догори, чоловіка — навпаки), або “яблуко”, що відображає патологічний абдомінальний (вісцеральний) тип ожиріння та є фактором ризику розвитку метаболічного синдрому і серцево-судинних хвороб. Для чоловіків характерні масивніший кістковий скелет, широкі плечі, вузький таз, добре розвинена скелетна мускулатура. У жінок, навпаки, кістки скелета вужчі, таз помітно ширший від плечей, м’язова маса незначна, на стегнах, як правило, відкладення підшкірного жиру. *Чоловікоподібна* статура у жінок і жінкоподібна у чоловіків зазвичай свідчать про порушення продукції статевих гормонів і спостерігається при патології гіпоталамо-гіпофізарної системи, статевих залоз або наднирників, а також при деяких хромосомних аномаліях.

Жінкоподібна статура у чоловіків іноді поєднується з невеликими розмірами голови, високим зростом і відносним переважанням розмірів тіла у довжину над поперечними розмірами (євнухоїдизм). *Підлітковий* тип статури в дорослої людини (інфантилізм) свідчить про відставання загального розвитку і може спостерігатися у хворих, які перенесли рахіт, страждають з раннього дитинства вадами серця, тяжкими формами хвороб органів травлення, анеміями тощо.

Температура тіла Температуру шкіри орієнтовно визначають на дотик, для цього накладають кисті тильною поверхнею на ділянку спини. Точніше визначення температури тіла можна отримати за допомогою медичного термометра. Зазвичай термометрію здійснюють у пахвовій ямці, яку попередньо оглядають, щоб пересвідчитись у відсутності місцевих запальних змін шкіри. Потім протирають рушником пахвову ямку від поту і поміщають у неї заповнений ртуттю кінець термометра. Після цього, тісно притиснувши відповідне плече до грудної клітки, утримують термометр

таким чином протягом 10–15 хв. В ослаблених або хворих у стані несвідомості та у дітей температуру тіла можна вимірювати в інших місцях: 1) у паховій складці — хворий утримує термометр, зігнувши ногу в кульшовому суглобі; 2) в порожнині рота — термометр поміщають під язик або за щоку, хворий утримує його губами і дихає через ніс; 3) у прямій кишці — хворому, що лежить на боку, вводять у задній прохід змащений вазеліном термометр на половину його довжини, сідниці при вимірюванні повинні тісно прилягати одна до одної. У хворих, які перебувають на стаціонарному лікуванні, термометрію зазвичай проводять 2 рази на добу — о 7–8 і 16–17 годині (при необхідності — частіше). Отримані результати заносять у температурний лист і виводять температурну криву. Температура шкіри в основному відображає температуру внутрішнього середовища організму. В нормі температура тіла в пахвовій ямці складає 36,0–36,9 °С, причому вранці на 0,3–0,5 °С нижча, ніж ввечері. В порожнині рота і прямій кишці температура, як правило, на 0,5–1,0 °С вища, ніж у пахвовій ямці, але зазвичай не

перевищує 37,5 °С.