

**ЛЬВІВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ  
ІМЕНІ ІВАНА БОБЕРСЬКОГО  
КАФЕДРА ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ТА ЕРГОТЕРАПІЇ**

**Мазепа М. А.**

**ЛЕКЦІЯ № 2**

**ФІЗИЧНІ (ФІЗИКАЛЬНІ) МЕТОДИ ОБСТЕЖЕННЯ ХВОРОГО**

з навчальної дисципліни

**„Пропедевтика внутрішніх захворювань”**

**для студентів спеціальності 227 Фізична терапія та ерготерапія**

# ТЕМА: ФІЗИЧНІ (ФІЗИКАЛЬНІ) МЕТОДИ ОБСТЕЖЕННЯ ХВОРОГО

## План лекції.

1. Огляд — перший об'єктивний метод обстеження пацієнта.
2. Стан свідомості.
3. Огляд окремих частин тіла.
4. Статура.

Тривалість лекції – 2 академічні години.

**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 виглядають 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 короткий час 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 рефлексивно 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 додатків.**

Досліджуючи шкіру, визначають її колір, чистоту, цілісність, вологість, гладкість поверхні, щільність, товщину й еластичність. Потім оглядають волосся і нігті. Найбільше значення для діагностики внутрішніх 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 носогубних 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 паша”) 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 хорей. 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 переживанні 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 підвищеною кислотністю 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 паратонзиллярним абсцесом. При хронічному тонзиліті мигдалики можуть бути збільшені або, навпаки, зморщені. До порушення акту ковтання найчастіше призводять паратонзиллярний 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 вираженості 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:  $ІМТ = \text{маса тіла (кг)} : \text{зріст (м)}^2$ .*

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, кісточка,

тильна поверхня стопи, стегно, крижі, попереки) 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, перемішуючи 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 вузлів передньошийних (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 шії. 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 нападopodobні 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 сипальні рухи тулуба, кінцівок або голови (*гіперкінез*). Найчастіше вони зумовлені первинним ураженням центральної нервової системи, однак у деяких випадках можуть виявлятися і при ревматизмі (*мала хорія*). 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 астеничної 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, набрякості (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 (*facies Hippocratica*).

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 короточасні судомні скорочення м'язів обличчя спостерігаються при неврозі нав'язливих станів та ревматичній хорей.

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 маятниковоподібні 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 приносних 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'екцією 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 прямому боковому освітленні. Звертають увагу на 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 коричнево-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 викликано 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 збліднення 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 набувають 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. Сплюснення склепіння стопи (*плоско-стопість*) нерідко є основною причиною болів під час ходьби.

**Статура.** *Нормостенічний 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 боці, 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.

#### **Рекомендована література:**

1. Бас О. Шкірні ознаки онкозахворювань та передпухлинних станів / О. Бас. – Львів, 2018. – 6 с.
2. Бас О. А. Реабілітаційне обстеження пацієнтів при онкологічних захворюваннях різної локалізації : лекція / Бас О. А. – Львів, 2018. – 5 с.
3. Вовканич А.С. Вступ у фізичну реабілітацію / А.С. Вовканич. – Львів : Укр. технології, 2008. – 200 с.



4. Івасик Н. Алгоритм реабілітаційного обстеження дітей з бронхо-легеневими захворюваннями / Івасик Н. // Слобожанський науково-спортивний вісник. – 2016. – № 4(54). – С. 42–46.
5. Копитко С. Оцінювання потреб та рівня надання реабілітаційних послуг військовослужбовцям (за результатами анкетування) / Софія Копитко, Ольга Бас // День студентської науки: зб. матеріалів щоріч. студ. наук. конф. - Львів : ЛДУФК, 2018. - С. 120-122.
6. Крук Б. Р. Обстеження осіб з політравмою : лекція для студентів спеціальності 227 "Фізична терапія та ерготерапія" / Крук Б. Р. - Львів, 2019. - 6 с.
7. Крук Б. Р. Реабілітаційна картка обстеження осіб з ураженням хребта та спинного мозку : додаток до лекцій з навчальної дисципліни "Фізична терапія в нейрореабілітації" для студентів спеціальності 227 "Фізична терапія та ерготерапія" / Крук Б. Р. - Львів, 2019. - 15 с.
8. Куцериб Т. М'язи голови та шиї / Куцериб Т., Гриньків М., Музика Ф. // Анатомія людини з основами морфології : навч. посіб. – Львів : ЛДУФК, 2019. – С. 30–36.
9. Куцериб Т. Шкіра та її похідні. Шкірний аналізатор / Куцериб Т., Гриньків М., Музика Ф. // Анатомія людини з основами морфології : навч. посіб. – Львів : ЛДУФК, 2019. – С. 48–57.
10. Мазепа М. А. Загальний огляд хворого : метод. вказівка / Мазепа М. А. – Львів, 2018. – 3 с.
11. Мазепа М. А. Огляд окремих частин тіла : метод. вказівка / М. А. Мазепа. – Львів, 2018. – 2 с.
12. Мазепа М. А. Обстеження хворого з патологією дихальної системи : лекція з навчальної дисципліни "Пропедевтика пульмонології та кардіології" / Мазепа М. А. – Львів, 2018. – 19 с.
13. Мазепа М. А. Фізикальні методи дослідження серцево-судинної системи. Розпитування та загальний огляд хворих із патологією серцево-судинної системи : метод. вказівка для студ. / Мазепа М. А. – Львів, 2018. – 3 с.
14. Мазепа М. А. Пропедевтика внутрішніх захворювань : курс лекцій з навчальної дисципліни для студентів спеціальності 227 "Фізична терапія та ерготерапія" / Мазепа М. А. – Львів, 2019. – 57 с.
15. Медико-біологічні основи фізичної терапії, ерготерапії ("Нормальна анатомія" та "Нормальна фізіологія") : навч. посіб. / Мирослава Гриньків, Тетяна Куцериб, Станіслав Крась, Софія Маєвська, Федір Музика. – Львів : ЛДУФК, 2019. – 146 с.
16. Музика І. Ф. Вступ у анатомію : лекція з навчальної дисципліни "Анатомія людини" / Музика Ф. В. – Львів, 2019. – 14 с.
17. Музика Ф. В. Лімфатична система : лекція / Музика Ф. В. - Львів, 2019. - 8 с.
18. Музика Ф. В. М'язова система : лекція / Музика Ф. В. – Львів, 2019. – 10 с.
19. Передерий В.Г., Нетяженко В.З., Семіна А.Г. Методика обстеження в клініці внутрішніх захворювань. – Київ, 1994.
20. Тиравська О. І. Обстеження у фізичній терапії : лекція / Тиравська О. І. - Львів, 2019. - 6 с.
21. Тиравська О. І. Опитування : лекція з навчальної дисципліни "Обстеження, методи оцінки та контролю при порушеннях діяльності опорно-рухового

- апарату" для студентів спеціальності 227 "Фізична терапія та ерготерапія" / Тиравська О. І. - Львів, 2019. - 4 с.
22. Тиравська О. І. Тестування скорочувальних структур. Мануальне м'язове тестування : лекція для студентів спеціальності 227 "Фізична терапія та ерготерапія" / Тиравська О. І. - Львів, 2019. - 5 с.
23. Чеховська М. Алгоритм обстеження дітей з хронічною серцевою недостатністю / М. Чеховська // Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. – Київ, 2016. – Вип. 2 ЗК 2(71). – С. 350-354.
24. Чеховська М. Я. Клінічна характеристика основних проявів серцево-судинних захворювань / Чеховська М. Я. – Львів, 2018. – 11 с.
25. Чеховська М. Я. Методи дослідження серцево-судинної системи : лекція для магістрів спеціальності 227 "Фізична терапія, ерготерапія" / Чеховська М. Я. - Львів, 2019. - 7 с.
26. Яцуляк Г. Реабілітаційне обстеження осіб з переломами проксимального кінця плечової кістки після стабільно-функціонального остеосинтезу / Галина Яцуляк, Андрій Вовканич // Молода спортивна наука України : зб. наук. пр. з галузі фіз. виховання, спорту і здоров'я людини / за заг. ред. Євгена Приступи. – Л., 2013. – Вип. 17, т. 3. – С. 267 – 270.