





ПРОПЕДЕВТИКА ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ

Підручник

За редакцією професора **О.Г. ЯВОРСЬКОГО**

Шосте видання

Перше видання вийшло у світ за редакцією
професора Ю.І. ДЕЦИКА

ДОПУЩЕНО
Міністерством охорони здоров'я України
як підручник для студентів
медичних закладів вищої освіти

Київ
ВСВ «Медицина»
2020



УДК 616-07; 616.1/.4; 616.6
ББК 54.1я73
П78

*Допущено
Міністерством охорони здоров'я України як підручник для студентів
медичних закладів вищої освіти (лист від 20.08.2004)*

Автори:
Ю.І. Децик, О.Г. Яворський, Є.М. Нейко, Л.А. Пиріг, Р.Я. Дутка, Г.І. Мельник,
Є.М. Грицай-Маланіч, В.В. Короткий, З.А. Гельнер, Г.О. Білецька

Рецензенти:
А.П. Пелешук — доктор медичних наук, професор, заслужений діяч науки і техніки України;
О.М. Ганич — директор Науково-дослідного інституту фітотерапії ДВНЗ «Ужгородський національний університет», доктор медичних наук, професор;
В.З. Нетяженко — завідувач кафедри пропедевтики внутрішньої медицини № 1 Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, доктор медичних наук, професор, член-кореспондент НАМН України, заслужений діяч науки і техніки України

Пропедевтика внутрішньої медицини : підручник / Ю.І. Децик, О.Г. Яворський, Є.М. Нейко та ін. ; за ред. О.Г. Яворського. — 6-е вид. — К. : ВСВ «Медицина», 2020. — 552 с. + 12 с. кольор. вкл. + Електронний додаток [Електронний ресурс].
ISBN 978-617-505-818-3

Це видання «Пропедевтика внутрішньої медицини» за редакцією професора О.Г. Яворського є лідером серед підручників з пропедевтики внутрішньої медицини. У ньому детально викладено особливості обстеження хворих із патологією різних систем, наведені важливі синдроми, а також деякі нозологічні одиниці. На численних фото представлено й описано електрокардіограму в нормі і за наявності різних видів порушення ритму й розладів провідності. Наприкінці підручника подано схему історії хвороби, а також найважливіші лабораторні показники. Підручник проілюстрований якісними фотографіями.

На особливу увагу студентів і викладачів заслуговує електронний додаток (автор проф. О.Г. Яворський). У ньому подано методику збирання анамнезу, огляд пацієнтів (наведено 111 фотографій з власних спостережень професора О.Г. Яворського), викладено аускультативні феномени, що трапляються під час вислуховування серця і легень, а також продемонстровано методику пальпації, перкусії та аускультації, висвітлено принципи загального догляду за хворими.

Для студентів медичних закладів вищої освіти.

УДК 616-07; 616.1/.4; 616.6
ББК 54.1я73

ISBN 978-617-505-818-3

© Ю.І. Децик, О.Г. Яворський, Є.М. Нейко, Л.А. Пиріг, Р.Я. Дутка, Г.І. Мельник, Є.М. Грицай-Маланіч, В.В. Короткий, З.А. Гельнер, Г.О. Білецька, 2013, 2020
© ВСВ «Медицина», оформлення, 2020



ЗМІСТ

Передмова до шостого видання	5
Передмова до п'ятого видання	5
Передмова до третього видання	6
Передмова до другого видання	6
Передмова до першого видання	7

ЗАГАЛЬНА ЧАСТИНА

Розділ I. Вступ. Поняття про внутрішні хвороби. Основні завдання внутрішньої медицини (Ю.І. Децик)	8
Розділ II. Методи клінічного обстеження хворого (Ю.І. Децик, О.Г. Яворський)	14
Розділ III. Загальні методологічні аспекти діагностики (Ю.І. Децик)	73

СПЕЦІАЛЬНА ЧАСТИНА

Розділ IV. Дихальна система (Г.І. Мельник, О.Г. Яворський)	83
Методи дослідження	83
Основні клінічні синдроми	121
Симптоматика основних нозологічних форм	127
Розділ V. Серцево-судинна система (Є.М. Грицай-Маланіч, О.Г. Яворський)	140
Методи дослідження	140
Основні клінічні синдроми	220
Симптоматика основних нозологічних форм	237
Розділ VI. Травна система (Є.М. Нейко, О.Г. Яворський)	282
Методи дослідження	282
Органи травної системи	300
Стравохід	300
Методи дослідження	300
Основні клінічні синдроми	303
Шлунок	304
Методи дослідження	304
Основні клінічні синдроми	318
Симптоматика основних нозологічних форм	321
Кишки	329
Методи дослідження	329
Основні клінічні синдроми	343
Симптоматика основних нозологічних форм	345



ЗМІСТ

ПРОПЕДВТИКА ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ

Печінка і жовчні шляхи.	349
Методи дослідження.	349
Основні клінічні синдроми.	370
Симптоматика основних нозологічних форм.	376
Підшлункова залоза.	386
Методи дослідження.	386
Основні клінічні синдроми.	390
Симптоматика основних нозологічних форм.	391
Розділ VII. Сечова система (Л.А. Пиріг, Г.О. Білецька).	394
Методи дослідження.	394
Основні клінічні синдроми.	417
Симптоматика основних нозологічних форм.	431
Розділ VIII. Система крові (В.В. Короткий).	443
Методи дослідження.	443
Основні клінічні синдроми.	461
Симптоматика основних нозологічних форм.	465
Розділ IX. Ендокринна система (Р.Я. Дутка).	484
Методи дослідження.	484
Основні клінічні синдроми.	494
Симптоматика основних нозологічних форм.	498
Розділ X. Кістково-м'язова система. Патологія сполучної тканини.	
Алергози (Ю.І. Децик, З.А. Гельнер, О.Г. Яворський).	507
Методи дослідження.	507
Основні клінічні синдроми.	515
Симптоматика основних нозологічних форм.	520
Додатки (О.Г. Яворський).	533
Додаток 1. Схема історії хвороби.	533
Додаток 2. Нормальні величини основних лабораторних показників.	539
Предметний показчик.	543



СПЕЦІАЛЬНА ЧАСТИНА

Розділ IV ДИХАЛЬНА СИСТЕМА

МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Розпитування

Скарги

Основними скаргами хворих при захворюваннях органів дихання є скарги на задишку, кашель, кровохаркання, біль у грудній клітці. Крім того, при деяких захворюваннях органів дихання можуть спостерігатися гарячка, загальна слабкість, кволість, втрата апетиту, біль голови, розлади сну тощо.

Задишка (*dyspnoea*) — один із важливих симптомів захворювань органів дихання, а також деяких інших хвороб, насамперед серцево-судинних. Задишка — це порушення частоти, глибини, а іноді й ритму дихальних рухів, що залежить від розладів механізмів регуляції дихання або від потреби організму в підвищеному газообміні.

Під час задишки людина відчуває нестачу повітря, унаслідок чого виникає потреба дихати частіше і глибше. Якщо при цьому більш утруднений вдих, така задишка називається **інспіраторною**; вона виникає внаслідок звуження просвіту гортані, трахеї, бронхів (стороннє тіло, набряк, пухлина). При бронхіальній астмі, емфіземі легень, обструктивному бронхіті виникає задишка, для якої характерний більш утруднений видих (**експіраторна задишка**). При захворюваннях легень (крупозна пневмонія, туберкульоз тощо), серцевій недостатності, коли порушуються постачання організму киснем й виведення вуглекислоти, утруднені як вдих, так і видих. Така задишка називається **змішаною**. У пацієнтів із захворюваннями легень причиною задишки є порушення вентиляції легених альвеол, що призводить до зміни обміну газів і артеріалізації крові в легенях (киснєве голодування). Підвищення в крові рівня вуглекислоти, а також інших кислот (молочної тощо) призводить до подразнення дихального центру і появи задишки. Задишка може бути суб'єктивною і об'єктивною, фізіологічною (під час фізичного навантаження) і патологічною (при захворюваннях дихальної, серцево-судинної і кровотворної систем, у разі деяких отруєнь тощо). Задишка може розвиватися внаслідок зменшення дихальної поверхні легень (запалення легень, випітний плеврит, пневмоторакс, ателектаз, емфізема легень, високе стояння діафрагми тощо).

Напади інтенсивної задишки, що виникають раптово, називають **ядухою**. Може виникнути при бронхіальній астмі, емболії або тромбозі легеневої артерії, набряку легень, гострому набряку голосових зв'язок. Напади ядухи також можуть спостерігатися при серцевій астмі внаслідок ослаблення діяльності лівого шлуночка, що може призвести до набряку легень.



Кашель (*tussis*) — складний рефлекторно-захисний акт, який виникає внаслідок потрапляння в дихальні шляхи сторонніх предметів і скупчення там секрету (харкотиння, слизу, крові), зумовленого розвитком різних запальних процесів. **Рефлексогенні (кашльові) зони**, подразнення яких спричинює кашель, розташовані в місцях розгалуження бронхів, у ділянці біфуркації трахеї, у міжчерпакуватій порожнині гортані, а також в інших місцях, наприклад, у слизовій оболонці порожнини носа, зівя, у плеврі.

Розвиток різних захворювань органів дихання супроводжується кашлем. Опитуючи хворих, потрібно з'ясувати характер кашлю, час його появи, тривалість тощо. Кашель може бути сухим (без харкотиння) і вологим із виділенням різної кількості харкотиння. Важливо також з'ясувати чи кашель постійний, чи виникає у вигляді нападів, інтенсивний чи незначний (покашлювання), який його характер (гавкучий, грубий, голосний, тихий, сиплий, хриплий, утруднений, м'який, вільний), у який час з'являється (уночі, уранці, рівномірно впродовж дня, унаслідок охолодження) тощо.

Інколи з'являється нервовий кашель, виникнення якого зумовлено підвищеною збудливістю окремих частин рефлекторної дуги, унаслідок чого кашльовий рефлекс може спричинюватися навіть емоційним подразненням.

Серцевий кашель, який виникає при деяких захворюваннях серця (мітральному стенозі, недостатності мітрального клапана, лівошлуночкової недостатності), може бути зумовлений розвитком застійних явищ у малому колі кровообігу, супутнім застійним бронхітом чи плевритом.

Сухий кашель буває при ларингіті, трахеїті, бронхіальній астмі, сухому плевриті, бронхіті, якщо в бронхах міститься в'язке харкотиння, виділення якого утруднене. Вологий кашель характерний для хронічного бронхіту, коли в бронхах міститься рідкий секрет, запалення, туберкульозу, абсцесу легень (у разі його прориву) і бронхоектазії. Кількість харкотиння залежить від характеру захворювання (від 10—15 мл до 2 л). В одних хворих харкотиння може бути прозорим, білим, у інших — зеленкуватим, брудним, ще в інших — схожим на іржу, кров'янистим. Деякі хворі скаржаться на утруднене відходження харкотиння. Іноді його відходить невелика кількість (рідке або густе), іноді виділяється «повним ротом» (у разі прориву абсцесу легень, розвитку бронхоектатичної хвороби). Харкотиння може мати дуже неприємний запах (за наявності абсцесу та гангрен легень).

Постійний кашель буває у хворих із хронічними захворюваннями дихальних шляхів і легень (хронічний ларингіт, трахеїт, бронхіт, бронхоектатична хвороба, туберкульоз легень, потрапляння сторонніх предметів у дихальні шляхи). Періодичний кашель з'являється в осіб, чутливих до холоду. Уранці кашель часто буває в курців і хворих на алкоголізм, у хворих із порожнинами в легенях чи бронхоектазіями. За наявності бронхоектазій кашель виникає після зміни положення тіла, коли харкотиння потрапляє в бронх, подразнює кашльові зони і спричинює кашльовий рефлекс. Періодичний кашель у вигляді нападу спостерігається



у хворих на кашлюк. У разі набухання голосових зв'язок (ларингіт, кашлюк) кашель має гавкаючий характер. У хворих із ушкодженням голосових зв'язок (туберкульоз, сифіліс, парез унаслідок стиснення ззовні поворотного нерва) кашель може бути беззвучним, сиплим. Тихий кашель (покашлювання) характерний для I стадії крупозної пневмонії, під час розвитку сухого плевриту та в початковій стадії туберкульозу. Нічний кашель спостерігається при туберкульозі, лімфомі, злоякісних пухлинах. Інколи внаслідок подразнення блювотного центру, який розташований у довгастому мозку недалеко від кашльового центру, сильний судомний кашель може спричинити блювання.

Кровохаркання (*haemoptoe*). Кров у харкотинні може бути свіжою або зміненою. Від кров'янистого харкотиння треба відрізнити більш-менш чисту кров, що з'являється з легень, — легеневу кровотечу, яка іноді виникає несподівано.

Часто кровохаркання спостерігається при туберкульозі легень, бронхоектатичній хворобі, абсцесі, гангрені, раку легень, іноді при вірусному запаленні трахеї, бронхів, легень. Свіжа червона кров у харкотинні з'являється при туберкульозі легень, бронхогенному раку, бронхоектатичній хворобі, актиномікозі. У хворих на крупозну пневмонію II стадії харкотиння має іржавий відтінок (так зване іржаве харкотиння), що зумовлено розпадом еритроцитів і утворенням пігменту гемосидерину.

Нерідко кровохаркання виникає у хворих з ураженням серця (мітральний стеноз, інфаркт міокарда), що зумовлено застійними явищами чи інфарктом легень. Домішка крові в харкотинні часом може бути спричинена кровотечею з ясен, слизової оболонки носоглотки. Деколи легеневу кровотечу складно відрізнити від шлункової. Під час шлункової кровотечі кров зазвичай темного забарвлення, перемішана з харчовими масами, має кислу реакцію. У разі легеневої кровотечі кров червона, піниста, має лужну реакцію і супроводжується частим кашлем.

Біль (*dolor*) у ділянці грудної клітки може виникати внаслідок патологічного процесу в грудній стінці, органах дихання, серці або аорті, а також може бути зумовлений поширенням болю в грудну клітку від хребта, органів черевної порожнини тощо.

Таким чином, біль у грудній клітці необхідно розрізняти за походженням, локалізацією, характером, інтенсивністю, тривалістю, іррадіацією, зв'язком з актом дихання, кашлем і положенням тіла. Інколи болісні відчуття в грудях з'являються у вигляді невизначеного тиску.

Найчастіше біль у грудній клітці виникає в разі ушкодження плеври (при сухому плевриті, на початку випітного плевриту, за наявності плевральних спайок, пухлини плеври), а також захворювань легень (плевропневмонія, інфаркт легень, туберкульоз, рак легень тощо), у процесі розвитку яких у запальний процес втягується плевра (плевра збагачена нервовими закінченнями).

Плевральний біль з'являється під час глибокого вдиху. Відкладання на плевральних листках фібрину та їх тертя спричиняють біль унаслідок подразнених



чутливих нервів, розташованих у листках плеври. Для зменшення інтенсивності болю хворий намагається дихати поверхнево, затримує кашльові рухи, лежить на хворому боці. Під час нахилиння хворого в здоровий бік біль посилюється у зв'язку з розтягненням плеври й посиленням тертя її листків.

При випітному плевриті біль у грудній клітці виникає лише на початку захворювання. Згодом, з появою випоту плевральні листки розходяться і біль ущухає. Незначна вираженість болю може бути за наявності плевральних спайок після перенесеного плевриту. Особливо сильний біль у грудях виникає в разі ураження плеври злоякісними пухлинами або проростання пухлини легень у плевру. У разі ушкодження діафрагмової плеври (діафрагмовий плеврит) унаслідок подразнення діафрагмового нерва біль може іррадіювати в плече, ший, нерідко локалізуватися в животі. У такому разі можна помилково діагностувати апендицит, холецистит тощо.

Біль за грудниною під час кашлю буває при гострому (переважно вірусному) трахеїті.

Досить характерним є біль, що виникає при пневмотораксі, коли внаслідок проривання вісцеральної плеври в плевральну порожнину надходить повітря. Хворий раптово відчуває гострий інтенсивний біль на обмеженій ділянці грудної клітки в місці проривання плеври. Одночасно з'являються різка задишка, ціаноз, знижується артеріальний тиск, що зумовлено спаданням легень (компресійний ателектаз) і зміщенням органів середостіння.

Біль може також виникати при міжребровій невралгії, міозиті, оперізувальному лишаю (*herpes zoster*), унаслідок ушкодження ребер (у разі перелому, при метастатичному раку). Біль, зумовлений міжребровою невралгією, посилюється під час нахилиння хворого в бік ураження. Деколи спостерігається іррадіація болю в грудну клітку (при радикуліті, гострому холециститі, інфаркті селезінки, діафрагмовій грижі тощо).

При захворюваннях серцево-судинної системи біль у грудній клітці локалізується за грудниною, у ділянці серця, часто іррадіює в ліву руку, плече, лопатку. Деякі захворювання крові (анемія Аддісона—Бірмера, лейкоз) супроводжуються болем у ділянці груднини. Цей біль краще виявляється під час постукування по плоских кістках.

Підвищення температури тіла часто спостерігається в разі запальних процесів у легенях, при туберкульозі легень.

Перебіг тяжких захворювань дихальної системи супроводжується відчуттям розбитості, занепадом сил, втратою апетиту, болем голови, порушенням сну.

З анамнезу хворих із легеневиими захворюваннями потрібно з'ясувати, коли і за яких умов виникло захворювання, які легеневі захворювання передували цьому, чи було контактування з хворими, особливо на туберкульоз, умови праці й побуту (професійні, метеорологічні шкідливі чинники) хворого, зловживання курінням.

Фізичні методи дослідження**Огляд**

Загальний огляд. Під час загального огляду необхідно звернути увагу на колір слизових оболонок і шкіри. Ціаноз може спостерігатися при захворюваннях легень і у хворих з явищами легенево-серцевої недостатності. Блідість шкіри може бути у хворих на ексудативний плеврит та з легеневою кровотечею. У хворих на крупозну пневмонію ціаноз шкіри обличчя часто поєднується з гіперемією і висипанням пухирців на слизовій оболонці губ (*herpes labialis*) і на шкірі носа (*herpes nasalis*).

При захворюваннях органів дихання хворі часто набувають вимушеного положення. Так, у разі випітного плевриту, бронхоектазій, пневмонії хворі здебільшого лежать на ураженому боці, під час нападу бронхіальної астми набувають напівсидячого чи сидячого положення — ортопное (*orthopnoe*). У хворих із хронічними гнійними процесами спостерігається характерний симптом — пальці у вигляді барабаних паличок (унаслідок хронічної гіпоксії відбувається розростання кісткової тканини в ділянці кінцевих фаланг пальців рук і ніг). У цьому разі поверхня нігтів може бути випуклою у вигляді годинникових скелець.

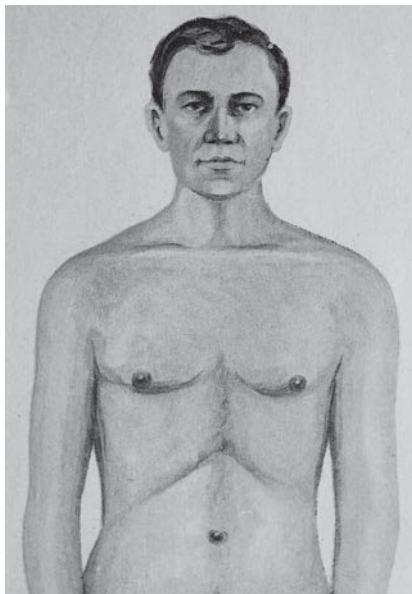
Огляд грудної клітки. Для діагностики захворювань органів дихання велике значення має огляд грудної клітки. Необхідно звернути увагу на її форму, симетричність, розташування ключиць, лопаток, стан над- і підключичних ямок, визначити тип дихання, його ритм і частоту, простежити за рухами лопаток, плечового пояса, допоміжних дихальних м'язів під час дихання. Огляд проводять у положенні хворого сидячи або стоячи, тіло має бути оголеним до пояса, рівномірно освітленим з усіх боків.

За своєю формою грудна клітка може бути нормальною або патологічною. Нормальна грудна клітка спостерігається у здорових осіб, характеризується певним конституціональним типом. До розвитку патологічної форми грудної клітки можуть призвести як уроджені, так і набуті аномалії кісток та різні хронічні захворювання (емфізема легень, рахіт, туберкульоз тощо).

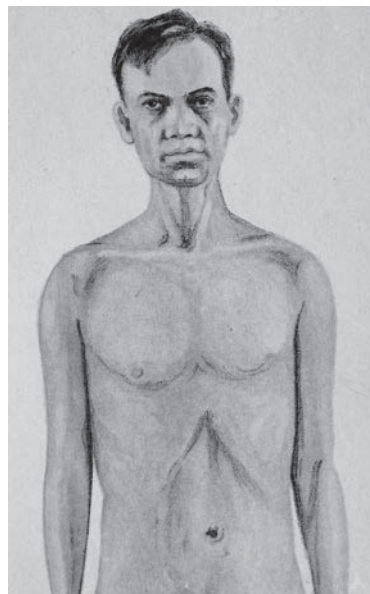
Нормальні форми грудної клітки

1. Нормостенічна грудна клітка (мал. 16) характеризується добре розвинутою м'язовою системою з пропорційними співвідношеннями її передньозадніх і поперечних розмірів (0,65—0,75), помірно вираженими над- і підключичними ямками. Лопатки щільно прилягають до грудної клітки, міжреброві проміжки нерізка виражені. Епігастральний (надчеревний) кут наближається до прямого і становить майже 90°.

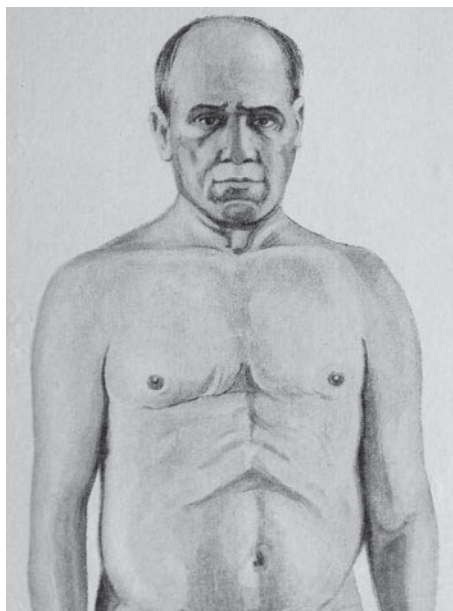
2. Астенічна грудна клітка (мал. 17) буває в осіб астенічного конституціонального типу і характеризується зменшенням передньозаднього розміру по відношенню до поперечного, що становить менше ніж 0,65. Унаслідок цього грудна клітка має плоску форму, над- і підключичні ямки різко виражені. Епігастральний кут гострий — менше ніж 90°. Лопатки крилоподібні, відстають від грудної



Мал. 16. Нормостенічна форма грудної клітки



Мал. 17. Астенічна форма грудної клітки



Мал. 18. Гіперстенічна форма грудної клітки

клітки (*scapulae alatae*), X ребро не прикріплене до ребрової дуги (*costa decima fluctuans*), міжреброві проміжки розширені. Міжреброві м'язи і м'язи плечового пояса недостатньо розвинуті.

3. Гіперстенічна грудна клітка (мал. 18) спостерігається в осіб гіперстенічного конституціонального типу і має форму циліндра, передньо-задній розмір її в гіперстеніків перевищує такий у нормостеніків і відношення його до поперечного розміру становить більше ніж 0,75. Міжреброві проміжки вузькі, над- і підключичні ямки незначно виражені. Епігастральний кут тупий і становить більше ніж 90° . Гіперстенічна форма грудної клітки часто характеризується сильним розвитком м'язів грудної клітки.

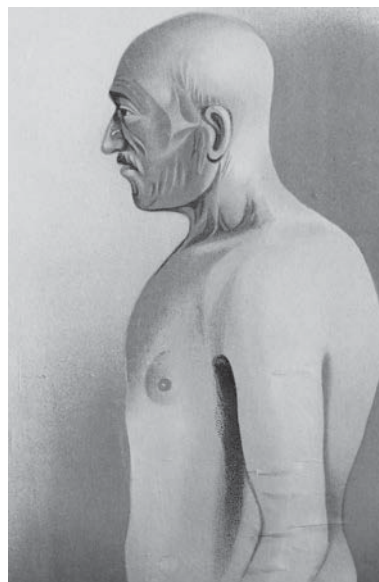
Патологічні форми грудної клітки

1. Емфізематозна грудна клітка (мал. 19) подібна до гіперстенічної, характеризується розширенням поперечних і особливо передньозадніх розмірів. Форма її циліндрична або діжкоподібна, ребра розташовані горизонтально, епігастральний кут більший, ніж прямий, шия коротка, над- і підключичні ямки згладжені, деколи випинаються. Така форма грудної клітки спостерігається в тому разі, коли легені тривалий час перебувають у такому стані, як під час глибокого вдиху. До розвитку емфізематозної форми грудної клітки призводять хронічна емфізема легень, тривалі тяжкі напади бронхіальної астми.

2. Паралітична грудна клітка за формою нагадує грудну клітку людини з астенічним конституціональним типом і за своїми ознаками різко відрізняється від емфізематозної грудної клітки. Вона видовжена, плоска, вузька, обидва діаметри зменшені, ребра розташовані косо вниз, міжреброві проміжки розширені, епігастральний кут гострий, Х ребро закінчується вільно, лопатки різко відстають від грудної клітки (крилоподібні), над- і підключичні ямки різко виражені. До розвитку такої форми грудної клітки можуть призводити хворобливі процеси в органах дихання, значне рубцювання легеневої тканини або зморщування плеври, плевральні зрощення, утворення яких може бути зумовлене туберкульозом та іншими хронічними захворюваннями легень і плеври.

Зміни форми грудної клітки також можуть бути спричинені аномаліями розвитку скелета, перенесеним у дитинстві рахітом, захворюваннями хребта.

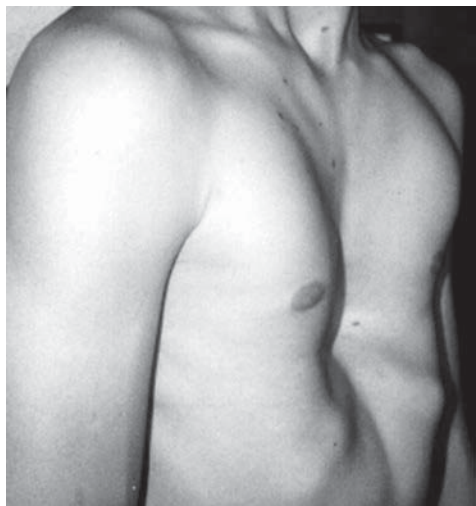
3. Рахітична грудна клітка (мал. 20) характеризується виступанням груднини допереду у вигляді гребеня (кіля), звідки вона отримала назву «курячі груди» (*pectus*



Мал. 19. Емфізематозна форма грудної клітки



Мал. 20. Рахітична грудна клітка («курячі груди»)



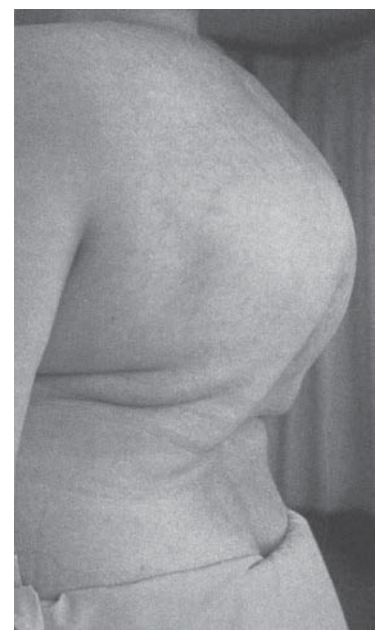
Мал. 21. Лійкоподібна грудна клітка
("груди шевця")

carinatum) або «кілеподібна грудна клітка». В осіб які перенесли рахіт, у місцях переходу ребрових хрящів у кістку спостерігаються чоткоподібні стовщення (пальпуються лише в дитячому і юнацькому віці).

4. Лійкоподібна грудна клітка (мал. 21) за своєю формою може бути нормостенічною, гіперстенічною або астенічною, але для неї характерне заглибленням в нижній частині груднини, особливо в ділянці мечоподібного відростка. Трапляється як аномалія розвитку груднини і може бути наслідком травми, рахіту. Раніше аналогічну форму грудної клітки спостерігали у шевців («груди шевця»), що було пов'язано з постійним, починаючи з раннього віку, натиску-

ванням на нижню частину груднини швацьким копитом.

5. Човноподібна грудна клітка характеризується заглибленнями у верхній і середній частинах груднини і за своєю формою нагадує човен. Така аномалія властива хворим на рідкісне захворювання спинного мозку — сирингомієлію.



Мал. 22. Різко виражений кіфоз

Розвиток патологічної форми грудної клітки може бути зумовлений змінами конфігурації хребта внаслідок деформацій. Найчастіше трапляються такі варіанти деформацій: **сколіоз** (*skoliosis*) — викривлення хребта вбік, **кіфоз** (*kyphosis*) — викривлення назад (мал. 22) і їх комбінація — **кіфосколіоз** (мал. 23). Викривлення хребта вперед — лордоз (*lordosis*). Виражений ступінь кіфозу — **горб** (*gibbus*) розвивається при туберкульозі хребців, їх остеопорозі, після травми, у пізній стадії сирингомієлії. Внаслідок цих деформацій змінюється положення легень та органів середостіння, що згодом призводить до порушення функції дихання і кровообігу.

Під час огляду грудної клітки необхідно також звернути увагу на місцеві однобічні

чи двобічні випинання та западання. Западання грудної клітки може свідчити про зморщування легень (туберкульоз, пневмосклероз тощо), утворення плевральних спайок після перенесеного випітного плевриту, особливо гнійного. Причиною місцевого западання грудної клітки може бути й тимчасове зменшення повітряності якоїсь частини легені та її спадання внаслідок розвитку обтураційного ателектазу, що найчастіше буває зумовлено бронхогенним раком. Причиною випинання грудної клітки можуть бути: збільшення серця (серцевий горб), розширення аорти (аневризма), пухлини, накопичення рідини (гідроторакс) або повітря (пневмоторакс) у плевральній порожнині. В останньому випадку міжреброві проміжки широкі і згладжені.

Як у разі западання, так і випинання грудної клітки дихальні екскурсії можуть зменшуватися з обох боків рівномірно або на обмеженій ділянці (відставання дихання з одного боку).

Під час огляду грудної клітки необхідно також звернути увагу на тип дихання, його частоту, глибину і ритм.

Типи дихання. Тип дихання може бути **грудним** (ребровим), **черевним** (діафрагмовим) і **змішаним**. У разі грудного типу дихальні рухи відбуваються переважно за допомогою скорочення міжребрових м'язів (більше властивий жінкам). У разі черевного типу дихання, який більше властивий чоловікам, основну участь у диханні бере діафрагма. Під час змішаного типу дихання дихальні рухи здійснюються одночасно за рахунок скорочення нижніх міжребрових м'язів і діафрагми. Цей тип дихання властивий особам старшого віку, хворим на емфізему легень, пневмосклероз (у разі ригідності грудної клітки і зниження еластичності легеневої тканини).

При деяких хворобливих станах тип дихання може змінюватися. Зокрема, грудний тип часто стає черевним у разі ураження плеври, переломів ребер, розвитку міжребрових невралгій тощо. Черевний тип дихання може стати грудним при деяких захворюваннях органів черевної порожнини (перитоніт, асцит), у разі метеоризму тощо.

Частота дихання. У здорових осіб кількість дихальних рухів за 1 хв становить 16—20. Під час підрахунку кількості дихальних рухів увагу хворого необхідно відвернути (наприклад, узяти його руку ніби для визначення пульсу



Мал. 23. Кіфосколіоз



одночасно поклавши її на надчеревну ділянку). Підраховуючи кількість вдихів (рука в цьому разі піднімається), визначають частоту дихання впродовж 1 хв. Дихання може бути прискореним і сповільненим.

Прискорене дихання (*tachypnoe*) може спостерігатися і в здорових осіб під час фізичного навантаження й нервового збудження. Зазвичай воно буває короткочасним. Патологічне прискорене дихання виникає в разі підвищення температури тіла (подразнення дихального центру нагрітою кров'ю), при різних захворюваннях легень (пневмонії, туберкульозі, раку, інфаркті міокарда, емфіземі легень тощо), коли зменшується дихальна поверхня, а також знижується рівень кисню в крові (гіпоксемія) і накопичується діоксид вуглецю (гіперкапіія). Прискорене дихання також спостерігається в осіб із захворюваннями серцево-судинної системи і тяжкою анемією.

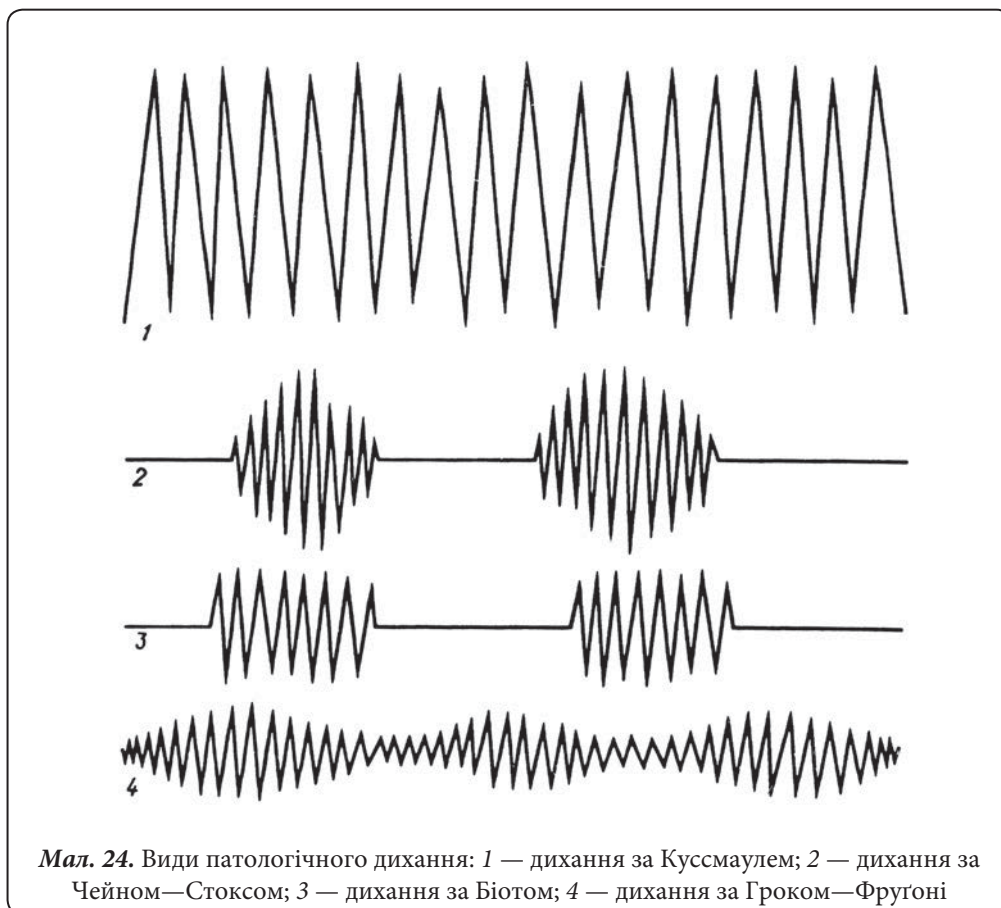
Сповільнене дихання (*bradypnoe*) спостерігається під час перебігу захворювань, які зумовлюють пригнічення функції дихального центру, у разі тяжких захворювань головного мозку (пухлини, крововиливи в мозок), тяжких інфекційних хвороб, уремії, а також ушкодження печінки (унаслідок накопичення в крові токсичних речовин) і при деяких отруєннях, наприклад морфієм.

Глибина дихання. За деяких станів (діабетична кома) дихання буває не тільки сповільненим, а й глибоким, голосним (мал. 24.1). Таке дихання називається великим диханням за Куссмаулем (зумовлене розвитком ацидозу). Іноді такий тип дихання може відзначатися й під час уремічної та печінкової коми (також унаслідок ацидозу).

Порушення ритму дихання може бути зумовлене тяжкими захворюваннями, що супроводжуються розладами кровообігу в ділянці дихального центру, ураженням головного мозку. Якщо ці порушення ритму повторюються через певний час, то таке дихання називається періодичним. Такими є дихання за Чейном—Стоксом, Біотом, Грокком—Фругоні.

Дихання за Чейном—Стоксом. Після паузи, що триває 10—30 с, настає поверхневе дихання, яке поступово поглиблюється. Після кількох дуже глибоких вдихів дихальні рухи поступово слабшають, дихання стає поверхневим і знову настає пауза (*apnoe*). Тривалість періоду дихальних рухів коливається від 15 до 55 с (мал. 24.2). Цей тип дихання спостерігається в разі порушення кровообігу в мозку у хворих на атеросклероз, при тяжкій дисциркуляторній енцефалопатії у хворих на гіпертонічну хворобу, у разі крововиливу в мозок, за наявності пухлин мозку, у разі тяжких інтоксикацій і отруєнь наркотичними засобами (морфієм) тощо. В основі його виникнення лежить недостатнє постачання киснем дихального центру, що призводить до зниження його збудливості.

Дихання за Біотом. Після паузи (триває від кількох секунд до півхвилини) і кількох звичайних дихальних рухів через правильні або неправильні проміжки часу знову настає пауза (мал. 24.3). Механізм його виникнення такий, як і механізм дихання за Чейном—Стоксом. Відзначається у хворих на менінгіт та інші тяжкі захворювання головного мозку. Нерідко буває ознакою близької смерті.

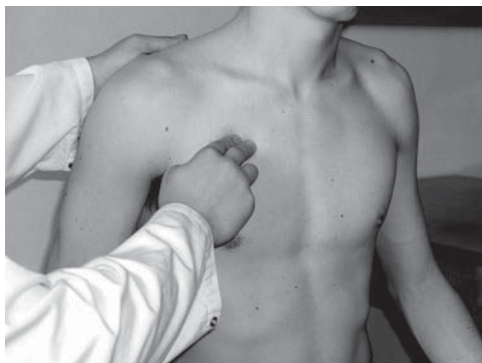


Іноді спостерігається так зване дисоційоване дихання за **Гроком—Фругоні** (мал. 24.4), яке чимось нагадує дихання за Чейном—Стоксом, але відрізняється тим, що замість дихальної паузи є слабке поверхнєве дихання з поступовим збільшенням глибини дихальних рухів, а надалі — зменшенням. Таке дихання може спостерігатися у хворих з абсцесом головного мозку, у хворих на базальний менінгіт, іноді в період агонії.

Пальпація

Методом пальпації грудної клітки можна виявити болючі ділянки (мал. 25), визначити еластичність (резистентність) грудної клітки (мал. 26), а також зміни голосового тремтіння (мал. 27).

Біль у ділянці грудної клітки може бути поверхневим (ураження м'язів, нервів та кісток). Біль посилюється під час глибокого дихання, нахилання тіла в уражений бік, у положенні лежачи на хворому боці. У хворих із переломами ребер деколи, окрім болю, відзначають хруст. При захворюванні міжребрових



Мал. 25. Пальпація грудної клітки: виявлення больових точок

нервів виявляють три характерні локалізації больових точок: біля хребта, уздовж середньої пахвової лінії і біля груднини (у цих місцях міжреброві нерви підходять до поверхні).

Глибокий (плевральний) біль спостерігається в разі ураження плеври. Плевральний біль посилюється під час вдиху і часто іррадіює в надчеревну та підреброві ділянки; вираженість його зменшується в разі стиснення грудної клітки (зменшення її рухомості). На відміну від



а



б

Мал. 26. Пальпація грудної клітки: визначення резистентності: а — у передньо-задньому напрямку, б — з боків

болю, що виникає в разі міжребрової невралгії, плевральний біль посилюється під час нахилання тіла в здоровий бік.

Голосове тремтіння (*fremitus vocalis s. pectoralis*) — відчуття коливань грудної клітки внаслідок вібрації голосу (хворий голосно вимовляє слова, бажано зі звуком «р», наприклад, «тридцять три», «сорок три»). У цьому разі коливання голосових зв'язок і повітря передаються через дихальні шляхи на грудну клітку.

Голосове тремтіння визначають шляхом прикладання долонь і пальців до симетричних ділянок грудної клітки: спереду — у підключичних ділянках (на



а



б



в



г



д

Мал. 27. Пальпація грудної клітки. Визначення голосового тремтіння: а — спереду; б — з боків; в — над лопатками; г — між лопатками; д — під лопатками

ключиці пальці не кладуть), з боків і ззаду — над лопатками, між лопатками й під лопатками. Хворий голосно вимовляє вищезгадані слова. У нормі голосове тремтіння проводиться з помірною силою однаково з обох боків на симетричних ділянках.

У разі патологічних станів голосове тремтіння може бути ослаблене, інколи відсутнє й посилене. Ослаблене голосове тремтіння відзначається в разі закриття бронха (обтураційний ателектаз), стовщення листків плеври, їх значних зрощень, скупчення рідини або повітря в плевральній порожнині (гідроторакс,



пневмоторакс). У разі значних перешкод голосове тремтіння не передається зовсім. До ослаблення голосового тремтіння з обох боків призводять емфізема легень, ожиріння. Воно також відзначається у тяжкохворих, які не спроможні голосно вимовляти слова. Посилення голосового тремтіння спостерігається в разі ущільнення легеневої тканини (запалення легень, інфаркт легень, туберкульозний інфільтрат, компресійний ателектаз) і за наявності в легенях порожнини, з'єднаної з бронхом (каверна, порожнина після прориву абсцесу, великі бронхоектази). Реактивний запальний процес біля порожнини (ущільнення легень) і сама порожнина зумовлюють краще проведення голосового тремтіння.

Еластичність грудної клітки визначають шляхом її стискування спереду назад і з боків. В осіб молодого віку стінка податлива, у старших — ригідна. Резистентність грудної клітки може бути підвищеною в разі розвитку емфіземи легень та заповнення плевральних порожнин рідиною.

Іноді у хворих на сухий плеврит можна безпосередньо рукою відчуту шум тертя плеври, у хворих на бронхіт — сухі басові хрипи (низькочастотні звукові коливання), у хворих на підшкірну емфізему — хруст, крепітацію.

Перкусія

Для дослідження легень залежно від поставленої мети застосовують порівняльну і топографічну перкусію. Вистукування легень виконують у вертикальному положенні хворого (стоячи або сидячи). У тяжкохворих перкусію здійснюють у положенні лежачи, обмежуючись передньою поверхнею грудної клітки і паховими ділянками. Положення лікаря має бути зручним. Більшість клініцистів віддає перевагу **опосередкованій перкусії** — пальцем-молоточком по пальцю-плесиметру.

Порівняльна перкусія легень допомагає виявити патологічні зміни в легенях і плевральній порожнині шляхом порівняння на симетричних ділянках. У цьому разі необхідно дотримуватися певного порядку. Для зручності проведення порівняльної перкусії доцільно користуватися методом «ялинки» (лікар стоїть перед хворим; ліва рука під час перкусії виконує рухи, що нагадують рухи віяла, — основа долоні залишається майже на місці, а кінці пальців рухаються праворуч і ліворуч). Перкуторні удари повинні бути однакової сили (застосовується голосна перкусія).

У здорових осіб під час проведення порівняльної перкусії легень на симетричних ділянках отримують ясний легеневий звук. За фізичними властивостями він є голосним, довгим і низьким.

Послідовність проведення порівняльної перкусії є такою: верхівки, передня поверхня грудної клітки (руки хворого опущені донизу, хворого просять повернути голову вбік), бічні частини (кисті рук хворого за головою) і задня поверхня грудної клітки (хворий нахилиє голову дещо вниз, руки прямі, спереду схрещені, щоб якомога більше розвести лопатки і звільнити міжлопатковий



а



б



в

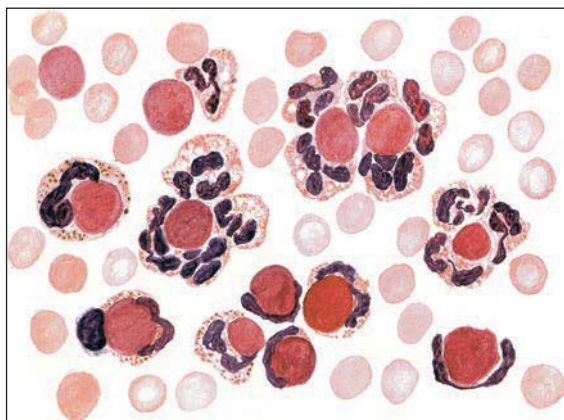
Мал. 185. Склеродермія: а — симптом кисета; б — склероз м'яких тканин кистей рук із контрактурою суглобів, виразки в ділянці суглобів; в — симптом шурачого укусу на пальцях, телеангіектазії на долонях (спостереження і фото О.Г. Яворського)



Мал. 186. Вузливата еритема (буває у випадку ревматизму, туберкульозу, саркоїдозу, неспецифічного виразкового коліту, а також інфекційно-алергічної, переважно стрептококової, природи тощо)



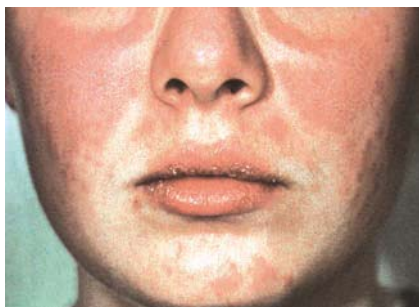
Мал. 187. Симптом мертвих пальців у хворі на системну склеродермію (синдром Рейно)



Мал. 190. LE-феномен: наявні гематоксилінові тільца (вільні ядра нейтрофільних гранулоцитів), феномен "розетки" і справжні вовчакові клітини (за М.Г. Абрамовим)



Мал. 192. Псоріаз: зміни шкіри і суглобів (спостереження і фото О.Г. Яворського)



Мал. 195. Дерматит у вигляді метелика у хворій на СЧВ



Мал. 196. Васкуліт і кріоглобулінемія з появою глибокої виразки у хворій на СЧВ (спостереження і фото О.Г. Яворського)



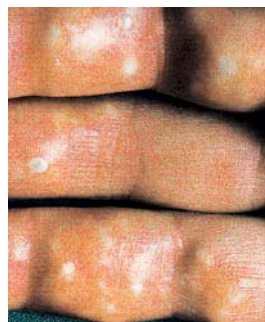
Мал. 197. Сітчасте ліведо як прояв антифосфоліпідного синдрому (спостереження і фото О.Г. Яворського)



Мал. 198. СЧВ, тяжкий перебіг із антифосфоліпідним синдромом (спостереження і фото О.Г. Яворського)



Мал. 199. Дерматоміозит (спостереження і фото О.Г. Яворського)



Мал. 200. Відкладання солей кальцію у м'яких тканинах кистей рук (буває у разі системної склеродермії, дерматоміозиту)