

# Оглавление

Соавторы .....	7
Предисловие .....	9
100 ГЛАВНЫХ СЕКРЕТОВ.....	11
Глава 1. ВНЕШНИЙ ВИД: ЛИЦО И ТЕЛОСЛОЖЕНИЕ .....	21
Глава 2. ОСНОВНЫЕ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ.....	53
Глава 3. КОЖА.....	91
Глава 4. ГЛАЗ .....	173
Глава 5. УХО .....	222
Глава 6. НОС И РОТ .....	240
Глава 7. ШЕЯ .....	277
Глава 8. ЩИТОВИДНАЯ ЖЕЛЕЗА.....	295
Глава 9. ОБСЛЕДОВАНИЕ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ .....	318
Глава 10. КЛИНИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ СЕРДЕЧНО- СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ.....	334
Глава 11. АУСКУЛЬТАЦИЯ СЕРДЦА: СЕРДЕЧНЫЕ ТОНЫ И ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ШУМЫ .....	381
Глава 12. АУСКУЛЬТАЦИЯ СЕРДЦА: ШУМЫ СЕРДЦА.....	422
Глава 13. ОСМОТР, ПАЛЬПАЦИЯ И ПЕРКУССИЯ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ .	490
Глава 14. АУСКУЛЬТАЦИЯ ЛЕГКИХ .....	536
Глава 15. БРЮШНАЯ ПОЛОСТЬ.....	586
Глава 16. МУЖСКИЕ ПОЛОВЫЕ ОРГАНЫ, ГРЫЖИ И ПАЛЬЦЕВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРЯМОЙ КИШКИ .....	639
Глава 17. ЖЕНСКАЯ ПОЛОВАЯ СИСТЕМА. МАЛЫЙ ТАЗ .....	663
Глава 18. ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ .....	680
Глава 19. НЕРВНАЯ СИСТЕМА. ....	699
Глава 20. КЛИНИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА КОМЫ. ....	748
Глава 21. КОСТНО-МЫШЕЧНАЯ СИСТЕМА. ....	767
Глава 22. КОНЕЧНОСТИ И ИССЛЕДОВАНИЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ СОСУДОВ. ....	842

## Глава 3. КОЖА

Salvatore Mangione, M.D.

«Умение поставить правильный диагноз — ключ к успеху лечения кожных заболеваний. Без этого умения врач никогда не станет настоящим дерматологом, а его лечение не будет соответствовать заболеванию и окажется полностью эмпирическим».

Луи Дюринг (1845—1913)

«Нельзя судить о человеке по его внешности».

Джон Дэвис из Герефорда (1565—1618)

### ОСНОВНЫЕ ТЕРМИНЫ И МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ

#### 1. Сколько заболеваний кожи существует? Назовите две основные группы морфологических элементов *кожной сыпи*.

Известно более 1400 заболеваний кожи. Однако представление важно иметь только о 30 наиболее значимых и распространенных из них. Первый шаг к этому — научиться дифференцировать *первичные* и *вторичные* элементы кожной сыпи (табл. 3.1).

- **Первичные элементы кожной сыпи** возникают только вследствие заболевания кожи и не связаны с какими-либо другими причинами (например, травмой, расчесыванием или медикаментозной терапией; см. табл. 3.1). Чтобы точнее идентифицировать первичные элементы, следует обратить внимание на их цвет, форму, расположение и распределение.
- **Вторичные элементы кожной сыпи** появляются на поверхности или на месте первичных элементов в результате внешних воздействий, лечения или их естественной эволюции.

#### 2. Опишите *первичные* элементы кожной сыпи.

- **Макула, или пятнышко (*macula*)** — плоский непальпируемый участок кожи измененного цвета с четкими границами диаметром до 0,5 см. Пример макул — веснушки.
- **Пятно (*patch*)** — плоский непальпируемый участок кожи измененного цвета диаметром более 0,5 см (т.е. крупная макула). Типичное пятно — витилиго.
- **Папула, или узелок (*papula*)** — приподнятый над поверхностью кожи пальпируемый элемент диаметром 0,5 см, может отличаться по цвету от окружающей кожи. Пример типичной папулы — приподнятый невус.

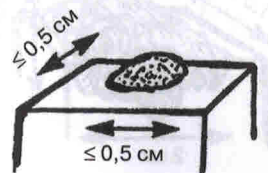
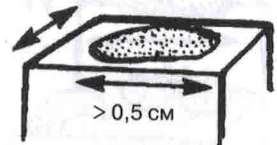
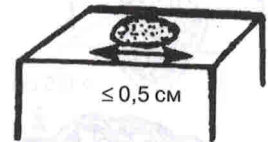
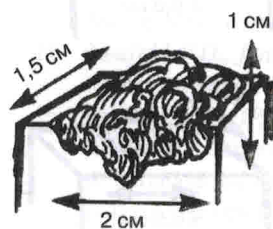
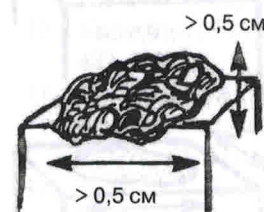
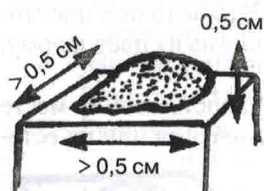


Табл. 3.1. Поражения кожи

ПОРАЖЕНИЯ КОЖИ		
Первичные	Вторичные	Другие
Сolidные (непальпируемые)	Корка	Пурпура
• Макула ( $\leq 0,5$ см)	Чешуйка	Петехия
• Пятно ( $> 0,5$ см)	Язва	Экхимоз
	Трещина	Телеангиэктазия
Сolidные (пальпируемые)	Эксориация	Комедон
• Папула ( $\leq 0,5$ см)	Рубец	Ходы
• Бляшка ( $> 0,5$ см)	Эрозия	Мишеневидный очаг поражения
• Узел (глубокая бляшка)	Лихенификация	
• Волдырь (зудящая бляшка)	Атрофия	
• Опухоль (большой узел)	Свищ	
С жидким содержимым		
• Везикула (папула, содержащая жидкость)		
• Пустула (папула, содержащая гной)		
• Пузырь (бляшка, содержащая жидкость)		
• Киста (узел, содержащий жидкость)		

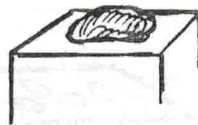


• **Бляшка (plaque)** — приподнятый пальпируемый элемент диаметром более 0,5 см (т.е. крупная папула). Как правило, бляшки располагаются в поверхностном слое дермы и могут образоваться в результате слияния папул. Типичные бляшки появляются при псориазе.

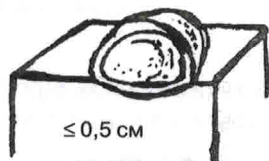
• **Узел (nodule)** — приподнятый, пальпируемый и возвышающийся над поверхностью кожи элемент диаметром более 0,5 см, который, в отличие от бляшек, расположен глубоко в дерме. Кожа над узлами обычно подвижна, поскольку они располагаются под ней. Пример типичного узла — узловатая эритема.

• **Опухоль (tumor)** — это либо узел диаметром более 2 см, либо образование с нечеткими границами. Как правило, злокачественное.

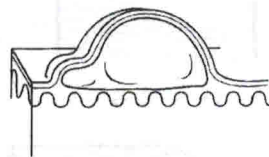
- **Волдырь** (*wheel, hives*) — *приподнятая* отечная и, как правило, зудящая бляшка розового или палевого цвета с четкими границами; обычно быстро исчезает. Классический пример волдырей — крапивница или след от укуса комара.



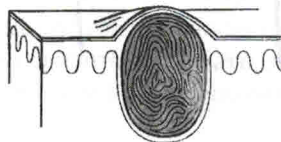
- **Везикула, или пузырек** (*vesicle, blister*) — возвышающийся над поверхностью кожи элемент диаметром 0,5 см с четкими контурами, содержащий прозрачную серозную жидкость. Типичные везикулы наблюдаются при простом герпесе.



- **Пузырь** (*bulla*) — везикула диаметром > 0,5 см. Обычно наблюдается при ожогах II степени. Появление пузыря, как правило, важнее всех других первичных элементов.



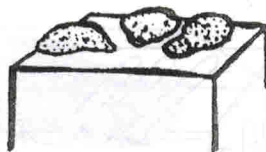
- **Киста** — возвышающееся над поверхностью кожи образование, имеет капсулу, заполнено жидким или полутвердым содержимым. Пример: кисты при акне.



- **Пустула, или гнойничок** (*pustule*) — это папула с гнойным содержимым. Пустулы наиболее часто встречаются при импетиго или акне.

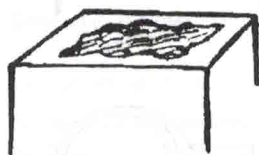


- **Пурпура** — элемент, возникающий при выходе эритроцитов из сосудистого русла в кожу. В зависимости от размера элементов пурпуры подразделяют на петехии и экхимозы. *Пальпируемая* пурпура никогда не встречается в норме, и ее появление, как правило, связано с отложением комплексов антиген-антитело (при васкулите). Типичный пример пальпируемой пурпуры — пурпура Шенлейна-Геноха, как правило, локализирующаяся на ногах. Также часто поражаются внутренние органы (почки, желудочно-кишечный тракт).

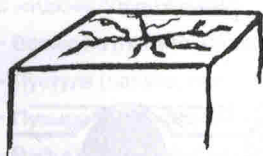




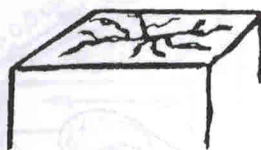
- **Петехии** — мелкие элементы, цветом от красновато-го до пурпурного, появляющиеся в результате микроскопических кровоизлияний, диаметром менее 0,5 см, обычно образующие скопления. За исключением цвета, петехии похожи на *папулы* или *макулы* (в зависимости от того, пальпируются они или нет). Классические петехии наблюдаются при тифе. Другой пример типичных петехий — сыпь при тромботической тромбоцитопенической пурпуре (ТТП).



- **Экхимозы** (кровоподтеки) — красновато-фиолетовые элементы, более крупные, чем петехии. За исключением цвета, экхимозы похожи на *бляшки* или *пятна* (в зависимости от того, пальпируются они или нет). Как правило, экхимозы расположены под неповрежденным эпителием.



- **Паукообразная гемангиома** (*spider angioma*) — *артериальная* телеангиэктазия (т.е. элемент, образованный артериями), напоминает ножки паука. Она заполняется от центра к периферии и всегда бледнеет при надавливании.



- **Венозная звездочка** (*venous spider*) — *венозная* телеангиэктазия (т.е. элемент, образованный венозными сосудами), также напоминает ножки паука. Однако венозная звездочка заполняется от периферии к центру. При надавливании опустевает.

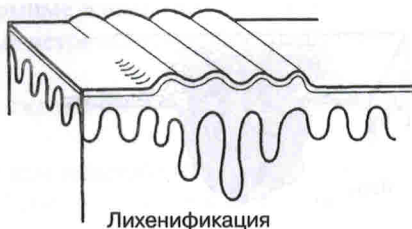
Рисунки приводятся с разрешения из: *Willms J.L., Schneiderman H., Algranati P.S. Physical Diagnosis. — Baltimore: Williams & Wilkins, 1994, с изменениями.*

### 3. Опишите основные вторичные морфологические элементы кожной сыпи.



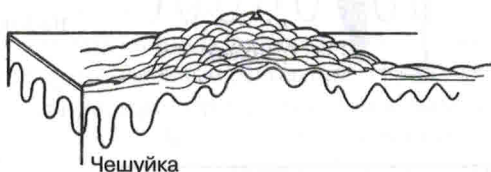
- **Эксориация** — линейное нарушение целостности кожи, образующееся при расчесывании. *Царапины* обычно возвышаются над поверхностью кожи. Появление корок на поверхности первичных элементов отчасти также может быть результатом расчесывания. Как правило, встречаются при *экзематозных* заболеваниях.

- **Лихенификация (лихенизация)** — типичное утолщение кожи, появляющееся в результате постоянного расчесывания при хроническом зуде. Напоминает процесс образования мозолей на ладонях и подошвах при повторных травмах. Кожа в этом случае уплотняется и становится похожей на выделанную, с подчеркнутым рисунком и небольшим количеством чешуек. Как и экскориация, лихенизация наблюдается при *экзематозных поражениях*. Лихенизацию считают патогномоничным признаком *атопического дерматита*.



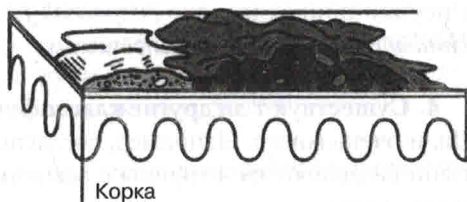
Лихенификация

- **Чешуйка** — *приподнятый над поверхностью кожи* элемент, представляющий собой шелушащийся поверхностный слой кожи. Чешуйки — это утолщение наиболее поверхностного (рогового) слоя эпидермиса. Они могут быть белыми, серыми или желто-коричневыми; маленькими или относительно крупными. Чешуйки появляются в рамках *папулезно-чешуйчатых* заболеваний. Появление чешуек на волосистой части головы (очень распространенный симптом) может свидетельствовать как о банальном процессе (перхоть), так и о более серьезном заболевании (себорейном дерматите, псориазе, стригущем лишае).

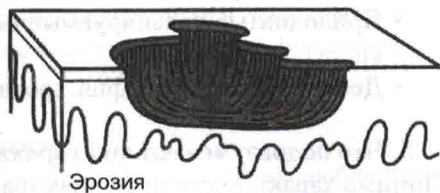


Чешуйка

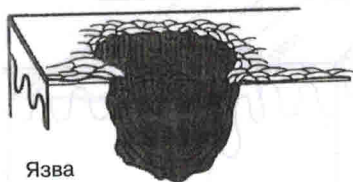
- **Корка** — *возвышающийся над поверхностью кожи* элемент, состоящий из засохшей сыворотки и остатков клеток крови. Как правило, корка образуется на месте содержащих жидкость первичных элементов кожной сыпи (везикул, пустул или пузырей). Чаще всего встречающийся пример корки — «струп» при импетиго.
- **Эрозия** — *углубление*, образовавшееся на месте удаленного или отторгнувшегося участка эпидермиса. Представляет собой очаг с четкими контурами и влажной поверхностью, как правило, красного цвета. Классические эрозии наблюдаются при ветряной оспе после разрыва везикул.



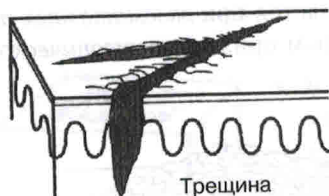
Корка



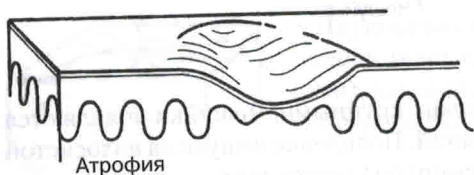
Эрозия



Язва



Трещина



Атрофия

- **Язва** — углубление, возникающее при частичном или полном некрозе участка дермы (а не только эпидермиса). Язвы представляют собой *вогнутые*, часто мокнущие, временами воспаленные или даже кровоточащие очаги. Заживают с образованием рубца. Пример классической язвы — сифилитический шанкр.

- **Трещина** — глубокое повреждение кожи, представляющее собой узкие линейные вертикальные разрывы, проходящие через эпидермис и достигающие, как минимум, дермы. Классические трещины наблюдаются при «стопе атлета».

- **Атрофия** — это, как правило, неспецифическая, конечная стадия эволюции различных поражений кожи. Участки атрофии характеризуются бледной и блестящей поверхностью, истончением кожи и исчезновением кожного рисунка.

- **Свищ** — канал, соединяющий поверхностные и глубокие слои кожи.

Рисунки приводятся из: Fitzpatrick J.E., Aeling J.L. *Dermatology Secrets*. Philadelphia: Hanley & Belfus, 1996, с разрешения.

#### 4. Существуют ли другие классификации поражений кожи?

Да, и очень много. Например, согласно одной из классификаций, элементы кожной сыпи разделяют на 4 группы в зависимости от *расположения относительно поверхности кожи*:

- **Плоские непальпируемые элементы:** макула, пятно, пурпура, экхимоз, паукобразная гемангиома, венозная звездочка.
- **Приподнятые солидные пальпируемые элементы:** папула, бляшка, узелок, опухоль, волдырь, корка, чешуйка.
- **Приподнятые пальпируемые полостные элементы:** везикула, пустула, пузырь, киста.
- **Дефекты ткани:** атрофия, эрозия, язва, трещина.

#### 5. Что подразумевают под *характером* распределения кожных элементов?

Помимо характеристики распространенности процесса (генерализованный или локализованный), этот термин используют для обозначения взаимного расположения элементов сыпи. Различают:

---

---

## Глава 7. ШЕЯ

Salvatore Mangione, M.D.

---

---

«...право на обезглавливание не должно более оставаться привилегией одной лишь знати, процесс казни должен быть настолько безболезненным, насколько это возможно».

*1789 г., французский закон, предложенный Джозефом-Игнасом Гильотином — врачом и членом Революционного учредительного собрания Франции. Кроткий и вежливый человек, доктор Гильотин родился преждевременно, когда его мать увидела публичную казнь колесованием*

### СТРУКТУРЫ ШЕИ И ОПУХОЛЕВИДНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ

#### Общие положения

Шея — важная область, где пересекаются различные анатомические органы и системы. Наибольшее значение среди них имеет щитовидная железа (рассматривается в гл. 8).

#### 1. На какие симптомы обращают внимание при осмотре шеи?

Наиболее важно оценить контуры шеи. При этом можно выявить следующие аномалии:

- **Жировой горб** у основания шеи.
- **Короткая шея.** Может свидетельствовать о синдроме Клиппеля–Фейля или синдроме апноэ во сне.
- **Крыловидная шея** (от греч. *pterygion* — крыло). Перепончатая шея, встречающаяся при синдромах Тернера, Нунан и Бонневи–Ульриха.

#### 2. Что такое синдром Тернера?

Это синдром яичниковой дисгенезии у женщин с одной X-хромосомой, маленьким ростом, низко посаженными ушами, «щитовидной» грудной клеткой, врожденными пороками сердца (чаще коарктацией аорты), веснушками, пятнами цвета «кофе с молоком» на коже и крыловидной шеей. Впервые описан в 1938 г. Генри Г. Тернером (*Henry H. Turner*; 1892–1970), одним из основателей Эндокринологического общества и эндокринологом из университета штата Оклахома (США).

#### 3. Что такое синдром Нунан?

Синдром характеризуется сочетанием врожденных пороков сердца (обычно стеноза легочной артерии) с килевидной грудной клеткой, низким ростом, отставанием в психическом развитии, гипертелоризмом и крыловидной шеей.

Женщины с данным синдромом способны к деторождению. Для мужчин характерен крипторхизм и высокий уровень гонадотропина. При данном синдроме нередки кровотечения и поражения кожи. Впервые синдром был описан в 1963 г. американским кардиологом Жаклин Нунан (*Jacqueline Noonan*) и педиатром Дороти Эмке (*Dorothy Ehmke*).



#### 4. Что такое синдром Бонневи–Ульриха?

Для синдрома Бонневи–Ульриха характерны аномалии скелета и мягких тканей (лимфедема кистей и стоп, дистрофия ногтей, повышенная растяжимость кожи, низкий рост и, конечно, крыловидная шея). Впервые описан американским генетиком Кристиной Бонневи (*Kristine Bonnevie*; 1872–1950) и немецким педиатром Отто Ульрихом (*Otto Ulrich*; 1894–1957). В сочетании с синдромом Клиппеля–Фейля носит название болезни Нильсена.

#### 5. Что такое синдром Клиппеля–Фейля?

Синдром был впервые описан французскими невропатологами Маурисом Клиппелем (*Maurice Klippel*) и Андре Фейлем (*André Feil*) в 1912 г. Характеризуется врожденным сращением двух или более шейных позвонков, что сопровождается низкой границей роста волос сзади и короткой шеей, зачастую приводящей к запрокидыванию головы назад (опистотонусу).

Иногда даже развиваются такие неврологические нарушения, как платибазия (врожденная аномалия черепа, при которой происходит выпячивание дна задней черепной ямки в область большого затылочного отверстия), сдавление спинного мозга, нестабильность шейного отдела позвоночника и двигательные нарушения. Также возможны пороки развития сердца, глаз и различные уrogenитальные аномалии (агенезия почек).

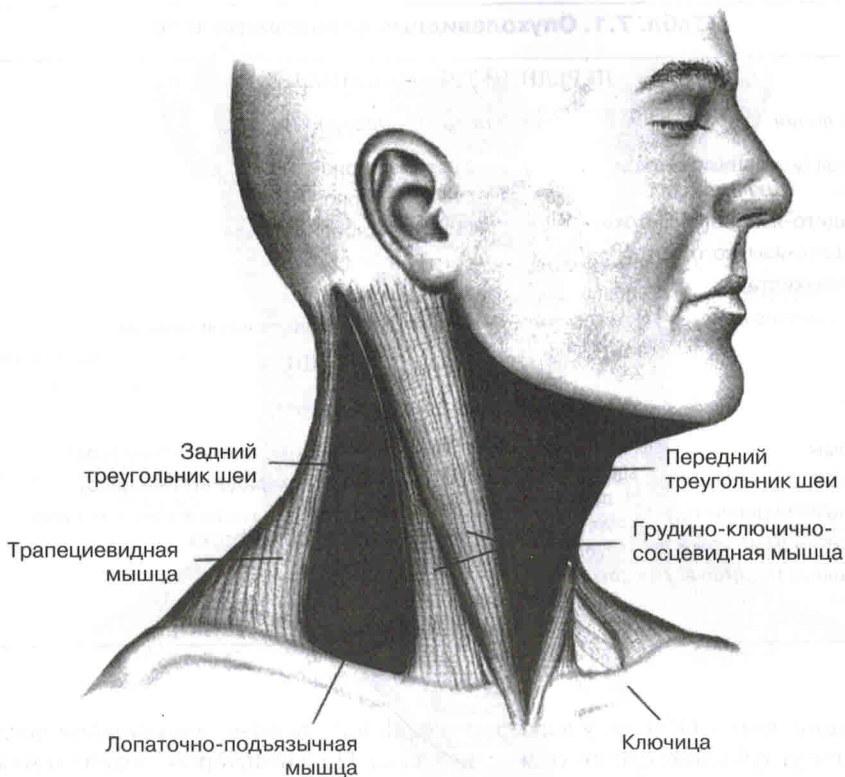
**6. При каком синдроме наиболее часто на основании шеи возникает «горб бизона»?**  
При синдроме Кушинга.

#### 7. Что такое передний и задний треугольники шеи?

Передний и задний треугольники — важные топографические зоны боковой поверхности шеи, отделенные друг от друга грудино-ключично-сосцевидными мышцами (ГКСМ) (рис. 7.1). Эти мышцы легко обнаружить при осмотре и пальпации шеи, особенно если они сокращаются при сопротивлении. Границами **заднего треугольника** являются передний край трапециевидной мышцы и верхний край ключицы. **Передний треугольник** шеи ограничен нижней челюстью и средней линией.

#### 8. Назовите структуры, расположенные в треугольниках шеи.

- В **переднем треугольнике** шеи часто можно пропальпировать яремно-двубрюшный лимфатический узел. Другие лимфоузлы обычно не пальпируются, если они не увеличены в результате инфекционного, воспалительного или злокачественного процесса. В передних треугольниках также могут располагаться важные рудименты эмбриональных органов, такие как щито-язычный проток/киста, жаберные кисты и дермоиды.
- В **заднем треугольнике** шеи расположены множественные непальпируемые лимфоузлы, которые могут увеличиваться при фарингите или вирусной инфекции верхних дыхательных путей.
- У основания шеи непосредственно над ключицей можно почувствовать пульсацию **подключичной артерии**.
- В верхнем отделе шеи между сосцевидным отростком и углом нижней челюсти можно пропальпировать **поперечный отросток атланта**.
- На боковой поверхности шеи по ходу ГКСМ обычно определяется пульсация **общей сонной артерии** (и выступающее место ее бифуркации).



**Рис. 7.1.** Передний и задний треугольники шеи. (Из: Seidel H.M., Ball J.B., Dains J.E., Benedict G.W. *Mosby's Guide to Physical Examination*. 3rd ed. — St. Louis: Mosby, 1995)

### 9. Какие опухолевидные новообразования можно обнаружить при осмотре шеи?

Таких образований множество. Их классификация и происхождение зависят от расположения (задний или передний треугольник шеи, средняя или боковая ее поверхность), а также от характера патологии (воспаление или новообразование) (табл. 7.1).

#### Опухоли переднего треугольника (средней линии шеи)

### 10. Какие опухоли встречаются на средней линии переднего треугольника шеи?

Обычно это опухоли щитовидной железы (зоб или узлы). Реже встречаются доброкачественные врожденные кисты, представляющие собой остатки эмбриональных структур (дермоиды или кисты щито-язычного протока) (рис. 7.2). Только щитовидная железа и структуры гортани приподнимаются при глотании, поэтому нетиреоидные опухоли легко отличить, попросив пациента сглотнуть.

### 11. Что такое киста щито-язычного протока?

Это опухолевидное образование, исходящее из остатков эмбрионального щито-язычного протока, соединяющего щитовидную железу с местом ее образования

Табл. 7.1. Опухолевидные образования шеи

ПЕРЕДНИЙ ТРЕУГОЛЬНИК ШЕИ	
<i>Средняя линия</i>	<i>Боковая поверхность</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Зоб/узел (узлы) щитовидной железы — чаще всего.</li> <li>• Киста щито-язычного протока.</li> <li>• Свищ щито-язычного протока.</li> <li>• Дермоид (киста).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Киста жаберной щели.</li> <li>• Свищ жаберной щели.</li> <li>• Гигрома жаберной щели.</li> <li>• Гигрома.</li> <li>• Ларингоцеле.</li> <li>• Гипертрофия жевательной мышцы.</li> </ul>
ЗАДНИЙ ТРЕУГОЛЬНИК ШЕИ	
<i>Опухоли</i>	<i>Местное воспаление</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Лимфомы.</li> <li>• Метастаз.</li> <li>• Опухоль из нервной ткани.</li> <li>• Парагангиомы/гломусные опухоли.</li> <li>• Смешанные (эктопическая слюнная железа).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Туберкулезный лимфаденит (скрофула).</li> <li>• Бактериальный лимфаденит (абсцесс).</li> <li>• Гнойное воспаление кисты жаберной щели или щито-язычного протока.</li> </ul>
	<i>Диффузное воспаление:</i>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ангина Людвига.</li> </ul>

в основании языка. Обычно у взрослых людей проток исчезает, оставляя после себя небольшое углубление: слепое отверстие языка. Но у некоторых людей он может сохраняться в виде патологического протока от слепого отверстия к перешейку щитовидной железы. У небольшого числа пациентов проток даже может стать потенциальным источником кист и свищей.

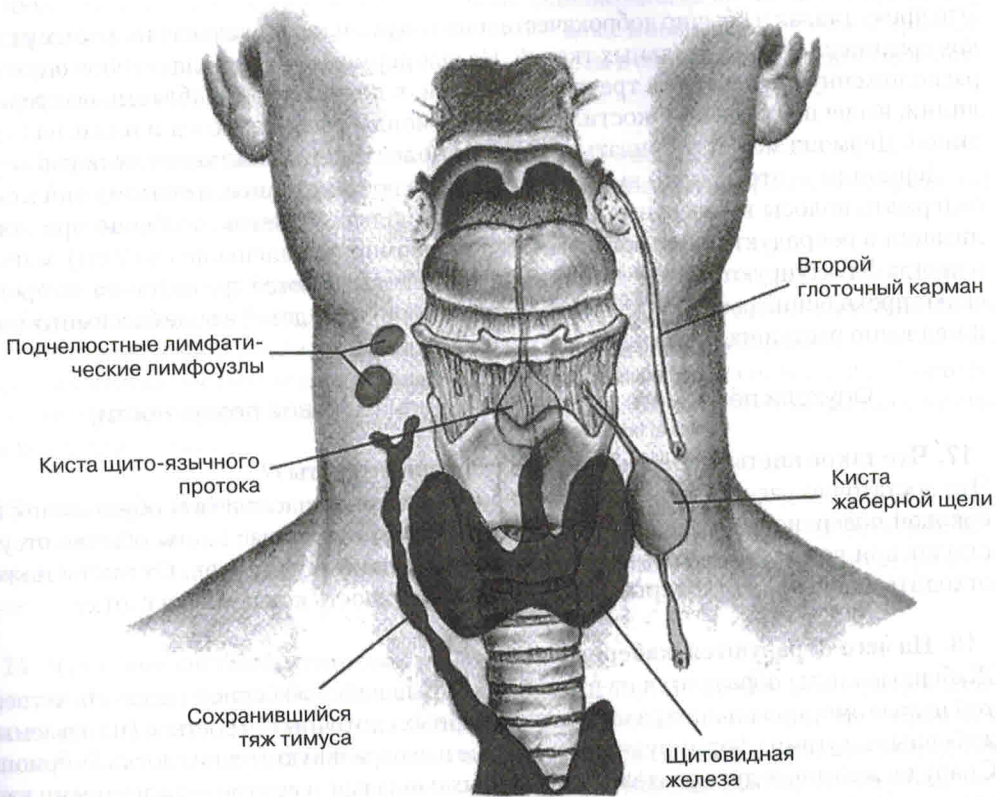
Щито-язычные кисты могут возникать в любом месте по ходу протока, однако чаще всего они располагаются около подъязычной кости и щито-подъязычной мембраны (т.е. под глубокой фасцией шеи). Чаще всего они представлены напряженным, безболезненным, подвижным и не разделенным на доли образованием по средней линии шеи. Появление острой боли или флюктуации заставляет предположить кровоизлияние или инфицирование. Щито-язычные кисты иногда могут смещаться от средней линии латерально под действием выступающей части подлежащего щитовидного хряща или подъязычной кости.

Для кист, в силу их происхождения из щитовидной железы, характерно смещение вверх при глотании. Поэтому их можно отличить от образований щитовидной железы только по уникальной способности подниматься вверх при высовывании языка (благодаря плотному соединению с корнем языка).

Для проведения исследования попросите больного как можно сильнее высунуть язык. При этом держите предполагаемую кисту большим и указательным пальцами. Также можно попросить больного попробовать дотянуться кончиком языка до подбородка.

## 12. Пропускают ли щито-язычные кисты проходящий свет?

Нет, что нелогично, учитывая их кистозную природу.



**Рис. 7.2.** Проекция некоторых опухолевидных образований шеи на ее поверхность. (Из: Seidel H.M., Ball J.B., Dains J.E., Benedict G.W. *Mosby's Guide to Physical Examination Mosby. 3rd ed.* — St. Louis: Mosby, 1995)

### 13. Как часто встречаются щито-язычные кисты?

Весьма часто. 75% всех врожденных образований шеи приходится на кисты щито-язычного протока.

### 14. А что можно сказать об остальных 25% врожденных образований шеи?

Они представлены кистами жаберных щелей, как правило, расположенных сбоку, между ГКСМ и подъязычной костью.

### 15. Что такое свищ щито-язычного протока?

Это свищевое выходное отверстие щито-язычного протока, встречающееся реже, чем киста. Он представляет собой ямку по средней линии шеи на уровне перстневидного хряща. Для свища характерно периодическое появление отделяемого и рецидивирующее инфицирование.

### 16. Что такое дермоид?

Это причудливая и обычно доброкачественная опухоль, возникающая из любых участков соединения эмбриональных тканей. На шее дермоид представляет собой опухоль, расположенную в переднем треугольнике шеи, в подчелюстной области, по средней линии, выше подъязычной кости. Иногда дермоиды располагаются и ниже, над грудной. Дермоид может развиваться и на дне полости рта, выталкивая язык наружу.

Дермоиды — это остатки эмбриональных покровных тканей, а поэтому они могут содержать волосы и казеозные остатки эпителиальных клеток, особенно при локализации в репродуктивных органах. Обычно дермоиды маленькие (до 2 см), мягкие и иногда флюктуируют. Они не связаны с кожей и не смещаются при глотании, но пропускают проходящий свет. Встречаются у молодых людей и детей в виде бессимптомных и медленно растущих образований.

Опухоли переднего треугольника шеи (боковой поверхности)

### 17. Что такое кисты жаберных щелей (жаберные кисты)?

Это достаточно распространенные (и передающиеся по наследству) образования боковой поверхности переднего треугольника шеи. Жаберные кисты обычно отсутствуют при рождении и проявляются позже, иногда с двух сторон. От кисты может отходить свищевой ход, открывающийся на поверхность кожи либо в глотку.

### 18. Из чего образуются жаберные кисты?

Жаберные кисты образуются из второй не закрывшейся жаберной щели. На четвертой неделе эмбрионального развития пять парных глоточных отростков (называемых жаберными дугами) формируют латеральные и вентральную стенки глотки эмбриона. Снаружи жаберные дуги разделены жаберными щелями, а внутри — глоточными карманами. В итоге и дуги, и щели будут участвовать в образовании различных структур головы и шеи.

Постепенно вторая дуга растет вниз, закрывая третью и четвертую дуги, и в конце концов рассасывается к седьмой неделе эмбрионального развития. Однако у некоторых людей могут сохраняться остатки второй жаберной щели, приводя к формированию выстланной эпителием кисты (кисты жаберной щели), с наличием или отсутствием свищевое сообщения с поверхностью кожи (жаберным свищом). Филогенетически данная «жаберная система» родственна жаберной системе рыб и амфибий, что и нашло отражение в названии кист.

### 19. Где располагаются жаберные кисты?

Обычно по переднему краю ГКСМ на границе верхней и средней ее третей (т.е. на боковой поверхности переднего треугольника шеи). Кисты также могут распространяться глубоко в мышцу.

### 20. Как выглядит жаберная киста при осмотре?

Жаберная киста представляет собой одиночную, безболезненную и плотную шаровидную опухоль, расположенную непосредственно под углом нижней челюсти. По мере увеличения киста характерно выбухает у переднего края ГКСМ. Однако жаберная киста никогда не располагается над мышцей или позади нее, т.е. в заднем треугольнике шеи. Кисты не пропускают свет и не смещаются при глотании, будучи гладкими,

---

---

## Глава 12. АУСКУЛЬТАЦИЯ СЕРДЦА: ШУМЫ СЕРДЦА

*Salvatore Mangione, M.D.*

---

---

«Мне представляется в высшей степени сомнительным, что стетоскоп, невзирая на его высокие достоинства, получит всеобщее распространение, поскольку его применение, каким бы благотворным оно ни было, требует долгого времени и причиняет большие неудобства как больному, так и врачу, и все это из-за того, что весь вид стетоскопа противоречит нашим привычкам и представлениям. Надо признать, что есть что-то нелепое в исполненном важности враче, выслушивающем грудную клетку больного через длинную трубку, словно болезнь, гнездящаяся там — это живое существо, которое что-то сообщает ему изнутри. Помимо этого, данный метод представляет собой некий самоуверенный вызов, претендующий на точность, каковой, при первом же рассмотрении, не может не возмутить ум, глубоко погруженный в знания и неопределенности нашего искусства, и не нарушить спокойствие и осторожную философичность, к которой так привыкли врачи. Учитывая все эти возражения, а также и другие, о которых я здесь не упоминаю, могу заключить, что новый метод может быть в скором времени применен лишь к ограниченному количеству болезней, и в любом случае никогда не станет всеобщим».

*Джон Форбс, предисловие к своему переводу книги  
Р.Т.Х. Лаэннека «De L'Auscultation Mediate»  
(Об опосредованной аускультации).  
Лондон, T. & J. Underwood, 1821*

### ВСТУПЛЕНИЕ И ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

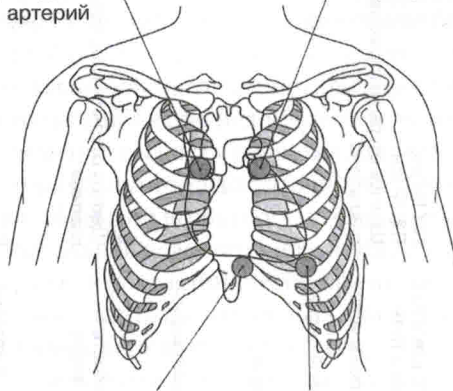
Аускультация сердца — важнейшая часть клинической диагностики, а распознавание шумов сердца — наиболее сложный из ее компонентов. Оно требует выявления звуков, умецающихся во временном интервале, не превышающем 0,8 с, часто перекрывающих друг друга и находящихся на пороге слышимости. Овладение стетоскопом сродни обучению игре на музыкальном инструменте: полученный навык приносит не меньшее удовлетворение. Хотя стетоскоп — ровесник битвы при Ватерлоо, умение им пользоваться важно и в медицине XXI в.

#### **1. Назовите точки аускультации шумов сердца.**

Классические точки аускультации сердца приведены на рис. 12.1 и в табл. 12.1. Аускультацию начинают с области над аортой; затем последовательно перемещают стетоскоп по часовой стрелке в области проекции легочной артерии, митрального клапана (или верхушки сердца) и трехстворчатого клапана. Так как шумы могут иррадиировать далеко, услышать их можно за пределами места возникновения. Следовательно, наилучший способ не пропустить диагностически важную находку — постепенно перемещать фонендоскоп от области к области.

3: 2-е межреберье справа  
Выслушивают через мембрану фонендоскопа шум при АС и иррадиацию шумов с каротидных артерий

2: 2-е межреберье слева  
Выслушивают через мембрану фонендоскопа шумы в легочной артерии и низкий  $P_2$



4: левый нижний край грудины  
Выслушивают через мембрану фонендоскопа шум ТР; выслушивают через мембрану фонендоскопа при сидячем положении пациента на выдохе шум АР

1: верхушка  
Пальпация — расположение и характер верхушечного толчка  
Выслушивают стетоскопом слева и на выдохе шум при МС  
Выслушивают через мембрану фонендоскопа шум МР и определяют наличие иррадиации в подмышечную область  
Выслушивают стетоскопом дополнительные сердечные шумы

Рис. 12.1. Классические точки аускультации сердца.

## 2. Что такое точка Эрба?

Это важная дополнительная область аускультации, располагающаяся в третьем/четвертом межреберьях слева от грудины. Свое название эта точка получила в честь немецкого невролога (и патологоанатома) Вильгельма Генриха Эрба (*Wilhelm Heinrich Erb*; 1840–1921), более известного своим вкладом в изучение нейромышечных дистрофий (Эрб для Германии был тем же, кем для Франции был Шарко, а для Англии — Говерс). Эрб был первым клиницистом, использовавшим молоточек для оценки рефлексов при клиническом осмотре больных. Точка Эрба — важное место для аускультации тонов и шумов над аортой.

## 3. Насколько точно клинический осмотр позволяет диагностировать бессимптомное поражение клапанов?

Весьма точно: специфичность результатов осмотра составляет 98%, чувствительность — 70%, а положительная и отрицательная прогностическая ценность — 92%. Все же точность диагностики варьирует от клапана к клапану. Например, чувствительность клинической диагностики шума аортального стеноза (АС) весьма высока (и приближается к 100%), тогда как ее специфичность намного ниже (70%), поскольку многие другие заболевания (и многие функциональные состояния) могут сопровождаться

---

---

## Глава 15. БРЮШНАЯ ПОЛОСТЬ

*Salvatore Mangione, M.D.*

---

---

### ОБЩИЕ СООБРАЖЕНИЯ

Брюшную полость традиционно считают «могилой терапевта», так как находящиеся в ней органы, в отличие от органов грудной клетки, непосредственно исследовать трудно. Открыть секреты, позволяющие по непосредственным находкам составить четкое представление о состоянии ее органов, пытались многие поколения врачей, но в этой области еще предстоит приложить много усилий. В данной главе представлено последовательное описание непосредственного исследования (1) стенки живота (2) печени, (3) желчного пузыря, (4) селезенки, (5) желудка, (6) поджелудочной железы, (7) почек, (8) мочевого пузыря, выявления (9) признаков асцита и (10) симптомов раздражения брюшины.

### СТЕНКА ЖИВОТА

«А рядом три Горгоны змеекудрые, крылатые их сестры, людям страшные: на них как взглянет смертный, так и дух долой».

*Эсхил. Прометей прикованный. Перевод с древнегреческого С. Алта*

Многие приемы непосредственного исследования живота можно скорее отнести к искусству или фольклору, чем к медицинской науке; тем не менее осмотр, пальпация и аускультация стенки живота (точнее, аускультация, перкуссия и пальпация — в данном случае последовательность действий иная, чем при исследовании органов грудной клетки) дают диагностически ценную информацию. Перкуссия отдельных органов (главным образом печени, селезенки, почек и мочевого пузыря) будет рассмотрена в соответствующих разделах.

### Осмотр

#### 1. Границы топографических отделов живота.

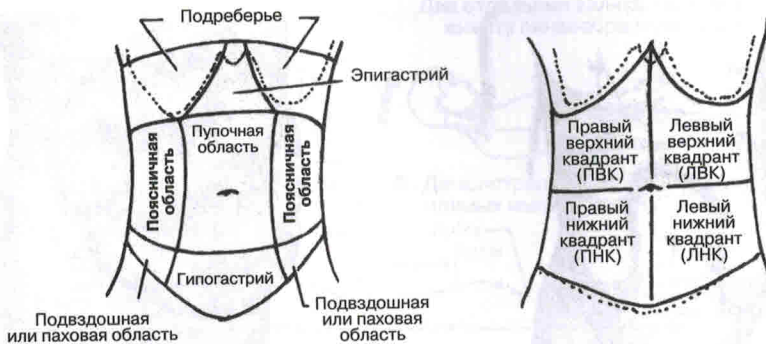
См. рис. 15.1.

#### *Контуры стенки живота*

#### 2. Какие диагностически значимые аномалии контура передней стенки живота заметны при осмотре?

Наиболее важная из таких аномалий, заметная при взгляде спереди — «ладьевидный живот», характерный для глубокого истощения. Запавшая стенка живота напоминает



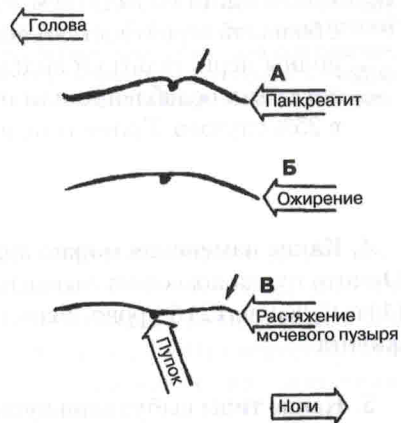


**Рис. 15.1.** Топографическое деление передней стенки живота. Слева представлено деление согласно Базельской анатомической номенклатуре (BNA — *Baseler Nomina Anatomica*; по *Barker, Anatomical Nomenclature*). Многие из соответствующих ей 9 отделов столь малы, что органы, особенно в случае увеличения, занимают более одного отдела. Справа широко используемое в клинической практике деление на четыре квадранта, которое предпочитают и авторы данного руководства. Во многих случаях ее приходится дополнять указаниями на боковые отделы живота, эпигастральную или надлобковую область. (Из: *DeGowin R.L. DeGowin and DeGowin's Diagnostic Examination. 6th ed. — New York: McGraw-Hill, 1994*)

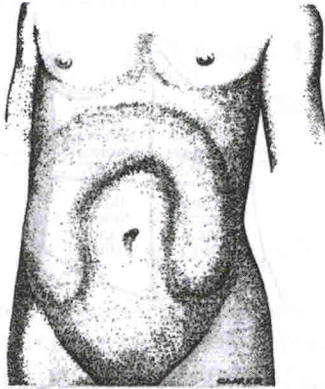
своими контурами корпус лодки, корму которой очерчивают ребра, а нос — подвздошные ости и лобковое сочленение.

### 3. Какие диагностически значимые аномалии контура передней стенки живота заметны при взгляде сбоку?

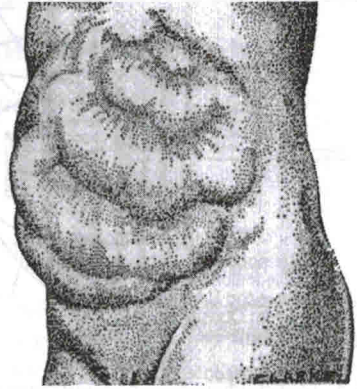
- «Лук Купидона» — характерный для острого панкреатита контур в виде дуги лука, центр которой совпадает с пупком, втянутым вследствие ограниченного перитонита (рис. 15.2).
- Ограниченное выбухание в эпигастральной области при массивном перикардальном выпоте (симптом Ауэнбруггера, названный по фамилии изобретателя перкуссии). Это асимметричное выбухание не следует путать с симметричным контуром живота в виде дуги с вершиной на пупке, характерным для ожирения.
- Ограниченное выбухание в подчревной области характерно для растяжения мочевого пузыря.
- Выбухание обоих верхних квадрантов передней стенки живота характерно для гепатоспленомегалии.



**Рис. 15.2.** Контур передней стенки живота (вид сбоку). **А.** «Лук Купидона» при панкреатите. **Б.** Контур при ожирении. **В.** Контур при растянутом мочевом пузыре. (По: *Sapira J. The Art and Science of Bedside Diagnosis. — Baltimore: Williams & Wilkins, 1990*)



**Рис. 15.3.** Форма живота при умеренном вздутии толстой кишки (Из *Silen W. Cope's Early Diagnosis of the Acute Abdomen*. 19th ed. — New York: Oxford University Press, 1996)



**Рис. 15.4.** «Лестничное» вздутие живота при непроходимости нижней части подвздошной кишки (Из *Silen W. Cope's Early Diagnosis of the Acute Abdomen*. 19th ed. — New York: Oxford University Press, 1996)

- «Лестничное» взбухание при непроходимости тонкой кишки (рис. 15.4). (Для непроходимости толстой кишки характерно взбухание в виде перевернутой буквы U (рис. 15.3). При кишечной непроходимости иногда видны волны перистальтики. В сочетании со вздутием живота и усилением перистальтических шумов они с большой вероятностью свидетельствуют в пользу этого диагноза. К сожалению, волны перистальтики видны только в 6% случаев кишечной непроходимости, тогда как ослабление или отсутствие перистальтических шумов наблюдается в 25% случаев. Кроме того, в  $\frac{1}{3}$  случаев живот не вздувается.

#### Осмотр пупка

#### 4. Какие изменения можно видеть при осмотре пупка?

Осмотр пупка позволяет выявить следующие диагностически значимые изменения: (1) взбухание, (2) багрово-цианотичную окраску и (3) смещение вдоль средней линии живота.

#### 5. Какие типы взбухания пупка встречаются наиболее часто?

В основном 2 типа: (1) выворот пупочного рубца и (2) узелок сестры Марии Джозеф.

#### 6. Что такое выворот пупочного рубца?

Наиболее распространенная причина выворота пупочного рубца — повышение внутрибрюшного давления из-за скопления жидкости или опухоли, чаще всего вследствие асцита, но при слабости стенки живота он возникает и в результате обычного ожирения.



**Рис. 15.5. А.** Видимая перистальтика. Волны перистальтики желудка или тонкой кишки могут быть видны в верхней части живота в виде косых гребней, которые возникают в левом верхнем квадранте живота и постепенно смещаются вниз и вправо. Иногда они располагаются параллельно, формируя «лестничные» выпячивания. Через истонченную стенку живота волны перистальтики видны и в норме. Если она обычной толщины, они становятся видимыми только при патологическом усилении и указывают на кишечную непроходимость. **Б.** Расхождение прямых мышц живота — наличие между ними аномального промежутка. В положении на спине оно часто незаметно, но становится видимым при попытке больного приподняться, когда прямые мышцы сокращаются. **В.** Контур передней стенки живота. При внимательном осмотре сбоку часто удается заметить признаки, имеющие для диагностики ключевое значение, поскольку позволяют понять, на какую его область надо обратить особое внимание и какие симптомы искать (Из: DeGowin R.L. *DeGowin and DeGowin's Diagnostic Examination*. 6th ed. — New York: McGraw-Hill, 1994)

### 7. Что такое узелок сестры Марии Джозеф?

Этот наиболее злобный тип выпячивания пупка представляет собой метастаз злокачественного новообразования одного из органов брюшной полости (гл. 18, вопр. 45 и 46). Узелок безболезненный, неровный, покрывающая его кожа часто шелушится. Он нередко полностью замещает пупок или прощупывается через него. Не следует путать его с омфалитом — выпячиванием воспалительной природы вследствие скопления кожного сала и кератина из-за несоблюдения личной гигиены.

### 8. Каково диагностическое значение багово-цианотичного окрашивания пупка?

Это симптом забрюшинного кровотечения, характерный для *острого геморрагического панкреатита*. Околопупочные подкожные кровоизлияния (симптом Куллена) часто сочетаются с симптомом Грея Тернера — красновато-цианотичными участками на коже боковых отделов живота. Чувствительность и специфичность их как признаков геморрагического панкреатита невелика (см. ниже вопр. 13 и 116).