

А.Ф. Томилов

АТЛАС КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

ВНЕШНИЕ ПРИЗНАКИ БОЛЕЗНЕЙ



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2011

УДК 616-07(084.42)

ББК 53.4яб1

T56

T56 **Томилов А.Ф.**

Атлас клинической медицины: Внешние признаки болезней / А.Ф. Томилов. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. — 176 с. : ил.

ISBN 978-5-9704-1998-4

В атласе подробно рассмотрен и наглядно проиллюстрирован один из важнейших и трудных методов исследования пациентов – осмотр. Внешние признаки и симптомы во многих случаях могут сразу указать на диагноз, что позволяет быстро распознать определенную болезнь и своевременно начать лечение. Автор также описывает часто используемые сопровождающие осмотр методы: антропометрию, диаскопию, дерматоглифику, простейшие методы пальпации, позволяющие уточнить видимые изменения. Каждый метод представлен на схемах и фотографиях. Отдельная глава посвящена методам исследования опорно-двигательного аппарата и симптомам суставных заболеваний.

Книга ценна тем, что внимание уделено не только часто встречающимся заболеваниям, но и симптомам патологии, аномалиям развития. Среди них: опухоли лимфатической ткани с поражением лимфатических узлов, кожи, глаз, миндалин, опухоли системы крови, мастоцитоз с его кожными проявлениями; системная склеродермия, васкулиты, некоторые эндокринные заболевания. Приведены фотографии часто встречающихся и редких сосудистых аномалий, пятнистых и узелковых гамартий. Показаны различные клинические проявления нейрофиброматоза Реклингхаузена, несовершенного остеогенеза, парадоксальной липодистрофии, перекрёстного гигантизма.

В атласе 713 иллюстраций: цветные и чёрно-белые фотографии пациентов, рентгенограммы, микрофотографии клеток опухолей системы крови, рисунки.

Издание может быть использовано врачами всех специальностей и студентами-медиками как систематическое иллюстрированное руководство по осмотру больных и изучению внешних признаков заболеваний для правильной и своевременной диагностики.

УДК 616-07(084.42)

ББК 53.4яб1

Права на данное издание принадлежат ООО Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа». Воспроизведение и распространение в каком бы то ни было виде части или целого издания не могут быть осуществлены без письменного разрешения ООО Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа»

ISBN 978-5-9704-1998-4

© Томилов А.Ф., 2011

© ООО Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», 2011

© ООО Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа»,
оформление, 2011

ОГЛАВЛЕНИЕ

| | | |
|----------------|---|-----|
| ГЛАВА 1 | Осмотр пациента с использованием сопутствующих методов исследования | 5 |
| ГЛАВА 2 | Голова, лицо, шея | 27 |
| ГЛАВА 3 | Веки и глаза | 45 |
| ГЛАВА 4 | Рот, зев | 51 |
| ГЛАВА 5 | Кожа | 59 |
| ГЛАВА 6 | Лимфатические узлы | 99 |
| ГЛАВА 7 | Опорно-двигательный аппарат. <i>Совместно с Л.П. Евстигнеевой</i> | 107 |
| ГЛАВА 8 | Грудь и живот | 141 |
| ГЛАВА 9 | Аномалии развития | 159 |

ПРЕДИСЛОВИЕ

При подготовке данного атласа была поставлена цель — продемонстрировать ценность осмотра в диагностике внутренних болезней и показать значение других методов непосредственного исследования, используемых во время осмотра пациента.

У каждого врача всегда при себе шариковая ручка, но редко можно встретить коллегу, у которого в кармане халата имеются простейшие инструменты: прозрачная линейка, полуметровая лента, шпатель розового использования, небольшой фонарик. А ведь всё это может пригодиться в любой момент работы с пациентом.

Не осмотрев слизистые оболочки полости рта и зева, можно легко упустить появление кандидоза у больных на фоне антибактериальной и (или) кортикостероидной терапии, не узнать, имеются ли телеангиэктазы или петехии. Не проводя диаскопии, трудно отличить сосудистые элементы сыпи от пигментно-сосудистых, а пятнистые или узелковые телеангиэктазы от кавернозных микрогемангиом. Измеряя сантиметровой лентой окружность изменённых суставов, отёчных конечностей, увеличенного живота при асците или метеоризме, можно проследить за динамикой симптомов, не прибегая без явной необходимости к более сложным способам исследования.

Осмотр всегда сопровождается пальпацией: определение влажности кожи, местной температуры, отличие узелков от мелких пятен, выявление отёков, определение свойств лимфатических, опухолевых и других узлов.

Начиная работу с большим количеством фотографий пациентов, накопленных за долгие годы врачебной практики, автор предполагал ограничиться презентацией для студентов, чтобы они познакомились с внешней симп-

томатикой болезней при подготовке к занятиям. В то же время не всегда при изучении конкретной темы в клинике находится достаточное количество больных с симптомами, которые обсуждаются на занятии. Поэтому автор хотел показать как можно больше симптомов хотя бы на фотографиях. Издание этих фотографий в виде атласа было предложено профессором О.М. Лесняк и осуществлено с её помощью. Весь материал был переработан так, чтобы атлас был полезен как студентам, так и врачам различных специальностей с разным уровнем подготовки.

При систематизации материала ставились следующие задачи:

1) представить методы исследования, сопровождающие осмотр, с примерами их применения;

2) показать разнообразие симптомов по частям тела:

- голова, лицо, шея (выделив особо глазные симптомы и признаки поражения видимых слизистых оболочек),
- лимфатические узлы,
- опорно-двигательный аппарат,
- грудная клетка и живот;

3) дать примеры описания видимых симптомов.

Кожные симптомы выделены в отдельную главу, хотя и в других частях атласа упоминаются некоторые из них. Так же разнообразна симптоматика аномалий развития, и она описана в разных главах. В то же время в последней главе даны более систематизированные данные по вариациям и аномалиям.

В какой мере удалось выполнить поставленные задачи, судить читателю. Все замечания будут с благодарностью приняты.

Автор выражает благодарность профессору Е.Г. Михеевой — консультанту по глазным болезням и доценту Ю.М. Бочкарёву — специалисту по кожным болезням, сотрудникам кафедры пропедевтики внутренних болезней Уральской государственной медицинской академии и врачам Свердловской областной клинической больницы № 1 за помощь в подготовке материалов.

Особая признательность Л.П. Евстигнеевой за неоценимую помощь в работе над атласом.

ОСМОТР ПАЦИЕНТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СОПУТСТВУЮЩИХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

Обследование больного начинается с непосредственных методов, к которым относят:

- расспрос;
- осмотр;
- пальпацию;
- перкуссию;
- аускультацию.

Выявив симптомы болезни, терапевт или врач общей практики формулирует диагностическую гипотезу, на основании которой решает вопросы о необходимости неотложной помощи, назначает лечение, решает вопросы о консультациях врачей других специальностей и составляет план дополнительных исследований (лабораторных и инструментальных).

Условия, необходимые для полноценного обследования пациента физическими методами

- Соблюдение этических норм осмотра пациента.
- Хорошее освещение — дневное или лампами дневного света; освещение должно быть прямым или боковым, которое лучше выявляет особенности рельефа тела; в положении лежа на спине иногда более полезно освещение от головы вдоль тела.
- Наличие необходимых инструментов, удобной кушетки (постели).
- Условия комфорта, т.е. такое соотношение температуры, влажности и движения воздуха, которое способствует хорошему самочувствию при обнаженном теле, — пациент не должен дрожать от холода или потеть от жары.
- Пациента необходимо осмотреть полностью, но это не означает полного одномоментного раздевания.
- Руки врача должны быть чистыми, сухими и теплыми, ногти — коротко подстриженными.
- Необходимы знания и умение: важно правильно сформулировать задачу исследо-

вания, не только осматривать, но и видеть патологию, уметь ее объяснить и своевременно применить нужный способ пальпации или другой метод исследования. «Во время пальпации должны работать не только пальцы, но и мысли исследователя», — писал ещё в начале XX в. известный берлинский врач Й. Боас. Это справедливо и для других методов физического исследования, в том числе и для осмотра.

Расспрос и общий осмотр выделяют в самостоятельные разделы истории болезни, но практически они проводятся в большой степени одновременно. Невозможно расспрашивать больного, не наблюдая за его мимикой, движениями, особенностями речи, не видя внешних проявлений болезни.

ОСМОТР

Определение метода

Осмотр — это метод физического исследования, заключающийся в том, что врач, осматривая тело пациента, на основании обнаруженных признаков делает вывод о норме или патологии.

Для получения максимальной информации о состоянии всех систем организма осмотр пациента проводится в движении и покое, в положении стоя, сидя и лежа на спине, а в ряде случаев — и на боку, и на животе. Осмотр требует наблюдательности, обширных знаний о различных внешних проявлениях различных патологий и достаточного опыта: смотреть — это ещё не значит видеть.

Термины «общий осмотр», используемый интернистами, и «местный осмотр» являются в определенной мере условными, поскольку в действительности врач не ограничивается только осмотром, он использует и другие

методы физического исследования: пальпацию, диаскопию, измерение отдельных параметров тела (антропометрия).

Сознание больного оценивается при расспросе и осмотре.

Медицинское оборудование и инструменты, которые могут применяться для осмотра пациента:

- ростомер;
- весы;
- динамометры;
- медицинский термометр;
- электрический карманный фонарик;
- прозрачная бесцветная линейка для диаскопии (удобна линейка длиной 15 см, она свободно помещается в любом кармане и может быть использована для оценки ЭКГ);
- сантиметровая лента;
- шпатели;
- угломеры (гониометры);
- тазомер или другой инструмент для определения расстояния между точками на теле, которое нельзя измерить линейкой или сантиметровой лентой.

Положение больного

Положение больного может быть активным, вынужденным и пассивным.



Рис. 1-1. Orthopnoë у пациента с хронической сердечной недостаточностью III степени

Из вынужденных положений, которые часто встречаются в практике интерниста, важно различать *orthopnoë*, обусловленное сердечной недостаточностью (сердечная астма, альвеолярный отёк лёгких) и *orthopnoë*, связанное с бронхоспазмом (приступ бронхиальной астмы). В обоих случаях пациент вынужден стоять или сидеть, чтобы облегчить дыхание. Кроме прочего, отличительная особенность *orthopnoë* при бронхоспазме заключается в фиксации плечевого пояса для облегчения выдоха с помощью вспомогательной мускулатуры. Больной упирается руками в сидение стула в положении сидя, в спинку стула, подоконник или стол в положении стоя. При острой или тяжёлой хронической сердечной недостаточности больной не может находиться в горизонтальном положении, он даже спит полусидя в кресле (рис. 1-1), или на нескольких подушках в постели, но необходимость в использовании вспомогательной мускулатуры отсутствует.

Пассивное положение больных наблюдается при угнетении сознания, острой сосудистой недостаточности, поражениях нервной и мышечной систем (см. рис. 2-7), резком ослаблении (прострация) вследствие истощения, тяжёлых инфекций или интоксикаций.

Антропометрия

Антропометрия — совокупность методов и приёмов измерений морфологических особенностей человеческого тела. В школьной, профессиональной и военной антропометрии наиболее часто используется определение следующих размеров: длина тела — стоя и сидя, ширина плеч, масса тела и окружность грудной клетки. Результаты измерений сопоставляются с нормативами, разработанными для населения данного возраста, пола и этно-территориальной принадлежности. Существуют таблицы, в которых все продольные размеры людей разного конституционального типа указаны в процентах к длине тела (рис. 1-2).

По показаниям у больных измеряют окружности шеи (рис. 1-3), живота и таза, а при асимметрии — их полуокружности

с обеих сторон, также измеряют длину рук, ног, окружности плеч, предплечий, бёдер и голеней. Иногда требуется измерение окружности (рис. 1-4, 1-5) и полуокружностей головы.

Для измерения окружности грудной клетки сантиметровая лента накладывается сзади под углами лопаток, а спереди — у мужчин по нижней полуокружности сосков (рис. 1-6), у женщин — по хрящам IV пары рёбер над молочными железами. Окружность грудной клетки определяется во время дыхательной паузы, при глубоком вдохе и максимальном выдохе. Вычитая из второго размера третий, получают экскурсию грудной клетки.

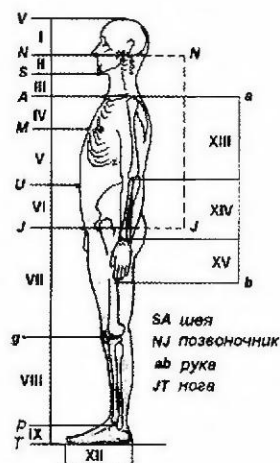
При измерении длины тела исследуемый касается вертикальной планки ростомера пятками, крестцом и спиной. Голова находится в глазнично-ушной горизонтали: нижний край правой глазницы и верхний край козелка правой ушной раковины должны находиться в горизонтальной плоскости (рис. 1-7).

Для определения длины шеи измеряют расстояния от ярёмной вырезки до пола и от подбородка до пола строго по вертикали при правильном положении головы и вычисляют разницу между ними.

Степень отложения подкожного жира ориентировочно оценивается по толщине жировой складки на уровне пупка (рис. 1-8), на задненаружной стороне плеча (рис. 1-10) и под нижним углом лопатки (горизонтальная и вертикальная складки, рис. 1-11, 1-12). Предложено также определять толщину кожно-жировой складки под нижним углом правой лопатки, на задней поверхности правого плеча, на передней брюшной стенке справа от пупка, на правой голени (Б.А. Никитюк, А.И. Козлов, 1990). При равномерном распределении подкожного жира толщина кожной складки на животе обычно несколько больше, чем в других частях тела. Точное измерение с помощью калипера в общей врачебной практике не принято.

Определение площади поверхности тела

Определение площади поверхности тела в ряде случаев имеет большое значение. В частности, лекарственные препараты при лечении опухолей системы крови (гемобластозов)



| | Данные по Брейтману Измеряемая часть тела нормостеника | Процент от роста |
|------|---|---------------------|
| I | Верхнее лицо | 8,85 |
| II | Нижнее лицо | 4,21 |
| III | Длина шеи | 5,79 |
| IV | Вертикальное расстояние от ярёмной вырезки до межсосковой линии | 6,84 |
| V | Вертикальное расстояние от межсосковой линии до пупка | 13,6 |
| VI | Расстояние от пупка до симфиза... | 10,0 |
| VII | Длина бедра | 26,14 |
| VIII | Длина голени | 20,33 |
| IX | Высота стопы | 4,21 |
| X | Половинное межакромиальное расстояние | 9,5 |
| XI | Половинное межсосковое расстояние | 6,33 |
| XII | Длина стопы | 14,5 |
| XIII | Длина плеча | 18,0 |
| XIV | Длина предплечья | 14,5 |
| XV | Длина кисти | 10,5 |

Рис. 1-2. Антропометрия. Размер продольных частей тела в процентах к его длине

рассчитываются не на килограмм массы, а на один квадратный метр поверхности тела. В своё время, изучая метаболизм лекарственных препаратов и их выведение из организма, Э. Дюбуа пришёл к выводу, что они больше коррелируют не с массой, а с поверхностью тела. Позднее создана номограмма для определения площади поверхности тела человека исходя из его роста и массы (рис. 1-13). Можно

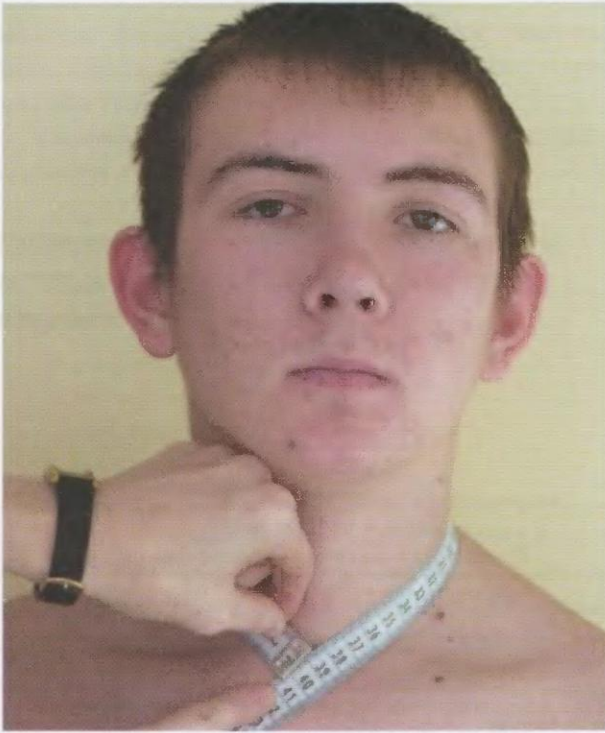


Рис. 1-3. Измерение окружности шеи

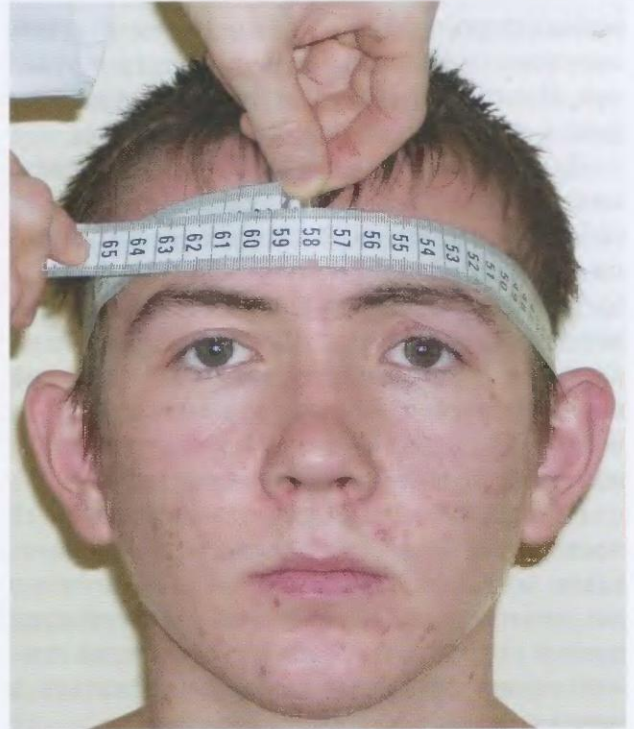


Рис. 1-4. Измерение окружности головы в горизонтальной плоскости

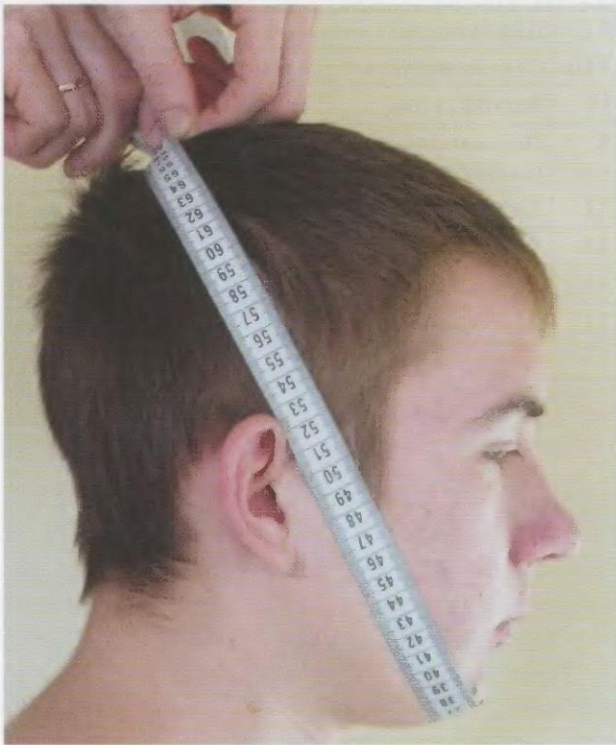


Рис. 1-5. Максимальная окружность через подбородок и наиболее выступающую часть мозгового черепа

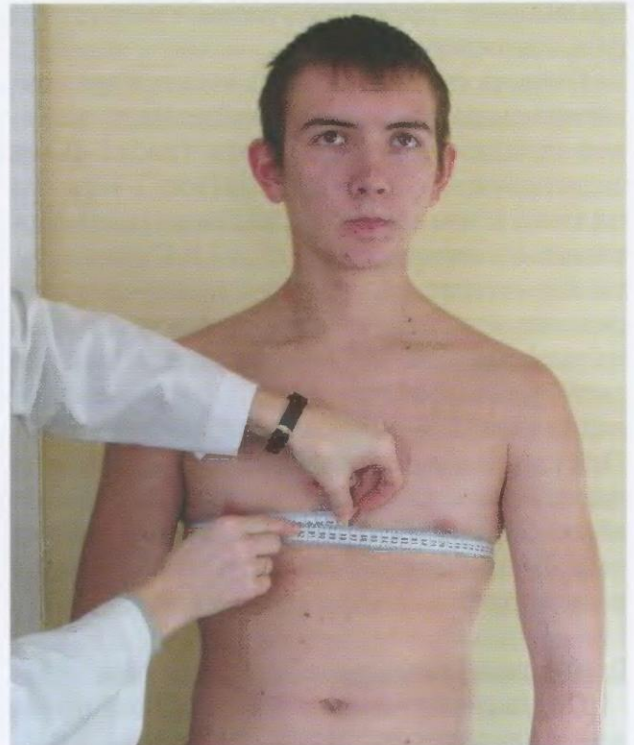


Рис. 1-6. Измерение окружности грудной клетки

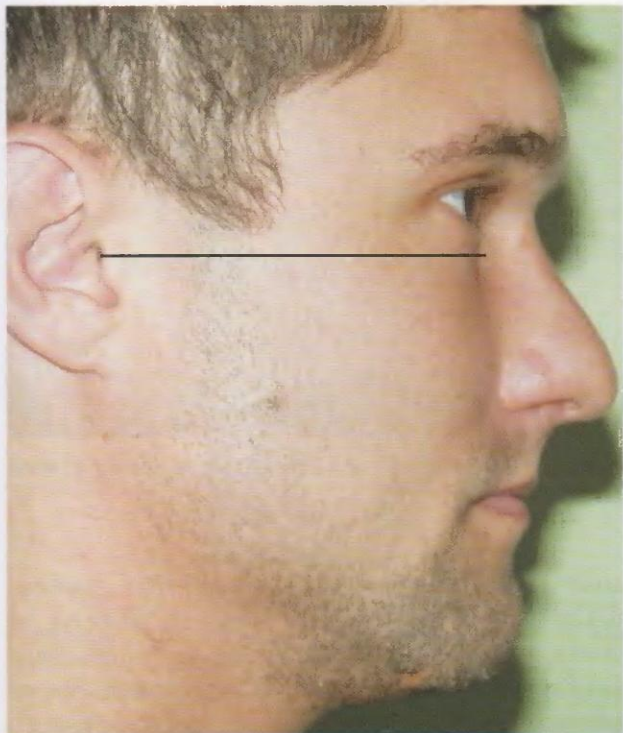


Рис. 1-7. Правильное положение головы при измерении длины тела



Рис. 1-8. Определение толщины кожной складки на уровне пупка



Рис. 1-9. Определение толщины кожной складки над большой грудной мышцей (принято в СОКБ №1)



Рис. 1-10. Определение толщины кожной складки на задненаружной области плеча



Рис. 1-11. Определение толщины горизонтальной кожной складки под лопаткой

определять площадь поверхности тела по формуле:

$$BSA = (W^{0,425} \times H^{0,725}) \times 0,007184$$

BSA — площадь поверхности тела (m^2);

W — вес (кг);

H — рост (см).

Масса тела

Поддержание оптимальной массы тела имеет большое значение для профилактики

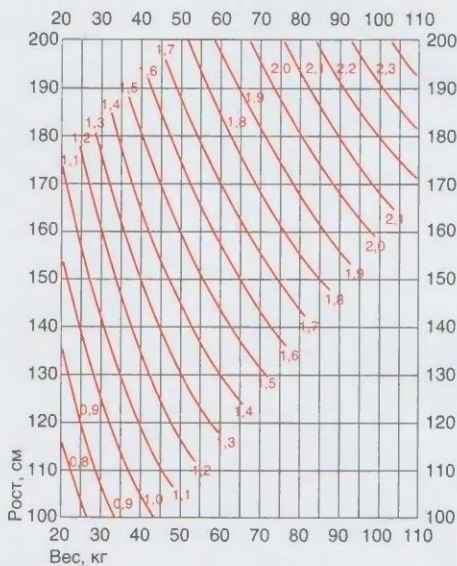


Рис. 1-13. Номограмма Дюбуа. Показатель площади поверхности тела находится на пересечении горизонтальной линии (масса тела) и вертикальной линии (длина тела)



Рис. 1-12. Определение толщины вертикальной кожной складки под лопаткой

многих сосудистых и эндокринных заболеваний, поэтому каждый человек должен её знать, чтобы вместе с врачом решать вопросы необходимой коррекции. В настоящее время общепринято определение весоростового индекса, или индекса массы тела (ИМТ), по которому судят о нормальной, недостаточной, избыточной массе тела, об истощении или ожирении:

$$BMI = W : (H^2)$$

BMI — ИМТ ($кг/м^2$);

W — вес (кг);

H — рост (м).

Оптимальная масса тела соответствует ИМТ 18,5–25,0. О дефиците массы тела говорят, когда ИМТ ниже 18,5, об избыточной массе — при ИМТ 25–30, об ожирении — при ИМТ выше 30. Единой классификации ожирения не существует. Различают общее (первичное и вторичное, то и другое с различной степенью детализации) и местное ожирение (см. рис. 9-37, 9-38). В отличие от алиментарного, или алиментарно-конституционального ожирения (рис. 1-14, 1-15), при гиперкортицизме наблюдается так называемое центропетальное ожирение как эндогенного (опухоль гипофиза или надпочечников), так и экзогенного (приём глюкокортикостероидов) типа, когда жир откладывается



Рис. 1-14. Конституционально-алиментарное ожирение. Равномерное отложение жира на туловище и конечностях. Так же выглядит взрослый сын пациента. Вид сбоку

преимущественно на лице, груди и животе, что контрастирует со слабо развитым подкожным жиром на плечах и бёдрах, которые при одновременном уменьшении мышечной массы представляются непропорционально тонкими (рис. 1-16).

При низкой массе тела необходимо выяснять скорость потери веса и возможную причину:

- сознательное ограничение рациона для похудения;
- уменьшение приёма пищи из-за боли;
- неусвоение пищи из-за рвоты или поносов;
- невозможность принимать достаточное количество пищи из-за сдавления желудка большой кистой, селезёнкой или конгломератом лимфоузлов;
- похудание при хорошем рационе из-за повышения обмена веществ (тиреотоксикоз, выраженная интоксикация при опухолях, включая гемобластозы, хронических инфекциях и др.).

Истощение предполагает как полное отсутствие подкожного и внутреннего жира, так и дефицит мышечной массы (рис. 1-17, 1-18).



Рис. 1-15. Тот же пациент, вид сзади



Рис. 1-16. Центропетальное ожирение при болезни Иценко–Кушинга. На коже живота *striae* (см. рис. 2-1)



Рис. 1-17. Истощение больной, контурируются рёбра и даже клювовидные отростки лопаток



Рис. 1-18. Пациентка быстро похудела. Подкожный жир сохранился только на плечах. Выраженная атрофия мышц. Отсутствие поясничного лордоза

Телосложение и конституция

Представляется рациональным отмечать телосложение как правильное, если нет грубых отклонений от нормы в строении головы, шеи, туловища и конечностей, и в этом случае оценивать конституцию, исходя из деления на три известных типа. Крайние (астенический и гиперстенический) типы, как и средний (нормостенический), узнаются легко без каких-либо измерений (рис. 1-19, 1-20).

Имеются данные исследований NHANES I, II о возможности оценивать телосложение только по расстоянию между медиальным и латеральным надмышелками плечевой кости (Am J Clin Nutr 40:808, 1984).

При существенных отклонениях в строении тела, когда тип телосложения определить невозможно, их подробно описывают.

Между крайними типами конституции имеется много промежуточных форм, поэтому часто отнесение её к одному из трёх типов не удаётся. Вполне допустимо делать

в истории болезни записи: *тип конституции близок к астеническому, тип конституции нормостенический с чертами гиперстенического (или астенического)* и др.

На вопрос, соответствует ли форма грудной клетки конституции пациента, также иногда трудно ответить, если не знать, как выглядел пациент до болезни (рис. 1-21–1-23).

Неправильное телосложение может быть связано с аномалиями развития (см. рис. 9-31–9-40), уродствами или обусловлено приобретённой болезнью (рис. 1-24–1-26).

Осанка — привычное положение тела при стоянии, ходьбе и сидении; правильная осанка характеризуется вертикальным ненапряжённым положением позвоночника при несколько выступающей груди и слегка втянутом животе. Деформация позвоночника, обусловленная остеопорозом, переломами позвоночника в различной степени изменяет осанку, иногда очень сильно (рис. 1-21–1-29).



Рис. 1-19. У этого человека нормостеническая конституция при правильном телосложении. Внимательный глаз сразу заметит признаки геморрагического синдрома: синяки над гребнем правой подвздошной кости и в локтевом сгибе после венепункций; петехии, сливающиеся в виде колец, после снятия ЭКГ



Рис. 1-20. Два пациента с выраженными конституциональными признаками гиперстеника (слева) и астеника (справа). Бросаются в глаза симптомы, позволяющие быстро поставить диагноз. У гиперстеника на красной кайме губ телеангиэктазы, он бледен, страдает носовыми кровотечениями — это болезнь Рандю–Ослера. У астеника, напротив, яркая окраска кожи лица, что даёт основание заподозрить зрительную



Рис. 1-21. Сочетание остеомаляции и остеопороза привели к резкой деформации позвоночника и грудины

Рис. 1-22. Тот же пациент влоборота сзади



Рис. 1-23. Пациент до болезни



Рис. 1-24. У пациента с остеопорозом, обусловленным лучевой терапией и приёмом глюкокортикоидов (лечение лимфомы Ходжкина и её рецидива), имеется выраженный грудной кифоз с клиновидной деформацией тел грудных позвонков



Рис. 1-25. Другая позиция. Кроме того, у больного полная атриовентрикулярная блокада, тоже вследствие лучевого повреждения. Установлен искусственный водитель ритма



Рис. 1-26. Боковая рентгенограмма этого пациента



Рис. 1-27. Увеличенный грудной кифоз — сутулость (круглая спина). Патологии позвонков и дисков нет. Имеется оссификация передней продольной связки позвоночника — болезнь Форестье



Рис. 1-28. У этой женщины гиперпаратиреодная остеодистрофия. Кажущееся укорочение туловища



Рис. 1-29. На рентгенограмме видны «рыбьи позвонки». Высота тел позвонков не изменена, но туловище кажется коротким из-за относительно тонких конечностей

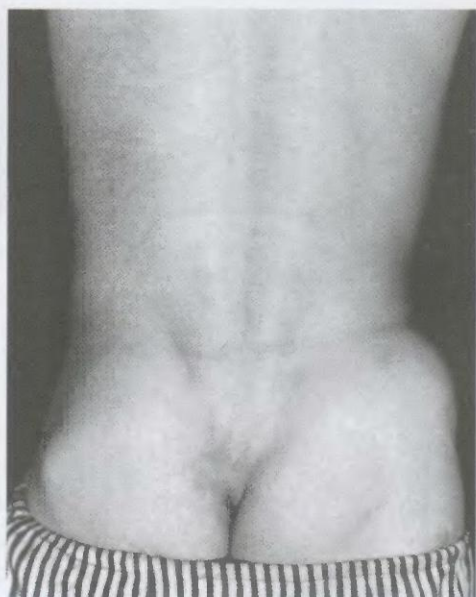


Рис. 1-30. Асимметрия таза. Пальпируется упругое болезненное образование овальной формы, имеется местное повышение температуры. Опухолевидное образование появилось после ушиба. Известно, что у больного гемофилия. Речь идёт о гематоме



Рис. 1-31. Уменьшение всей левой ноги — отставание роста ноги после перенесенного полиомиелита

При осмотре всегда обращают внимание на видимую асимметрию. Она может быть приобретённой в процессе болезни (рис. 1-30, 1-31) или представлять аномалию развития (см. рис. 9-23, 9-26–9-30, 9-39, 9-40).

Гониометрия

Под этим термином в общеврачебной практике подразумевают измерение углов сгибания, разгибания, приведения и отведения суставов. Для этого существуют угломеры (гониометры) различных размеров для крупных и мелких суставов.

Диаскопия

Диаскопия — рассматривание кожи через прозрачную бесцветную пластмассовую, плот-

но прижатую к телу пластинку. Целесообразно использовать толстую линейку; стеклянная пластинка, например предметное стекло, может сломаться и травмировать руку врача или тело пациента. Чаще всего диаскопия используется для различения сосудистых высыпаний от элементов сыпи другого типа.

Сосудистые элементы сыпи представлены расширенными мелкими кровеносными сосудами. Они выглядят как пятна, узелки или звёздочки. Давление на кожу обескровливает эти сосуды и красный цвет исчезает (рис. 1-32–1-35; см. также рис. 5-42–5-44; 5-76, 5-77; 5-166, 5-167; 5-172, 5-173).

Пигментные пятна при диаскопии не изменяются. У пигментно-сосудистых пятен и узелков (они красно-коричневого цвета) при



Рис. 1-32. Капиллярная микрогемангиома — нередкая невинная аномалия сосудов



Рис. 1-33. При диаскопии полностью обескровливается в отличие от кавернозных микрогемангиом



Рис. 1-34. У пациента с токсико-аллергическим дерматитом на грудной клетке красная пятнисто-папулёзная сыпь



Рис. 1-35. При диаскопии на ключице краснота исчезла, но осталось красное пятнышко. Это кавернозная микрогемангиома, которая имеет толстые стенки сосудов и не обескровливается при давлении (см. рис. 5-159, 5-160)

диаскопии красный компонент (сосудистый) исчезает, а коричневый (пигментный) остаётся. Такая сыпь очень характерна для кожного мастоцитоза (см. рис. 5-164–5-169).

Дерматоглифика и пальмоскопия

Дерматоглифика — исследование папиллярных линий на коже ладоней или стоп. Кожу мякоти пальцев или всей ладони покрывают специальной краской и делают отпечатки на бумаге. Различают 3 варианта рисунка на мякоти пальцев: дуги, петли и завитки (рис. 1-36–1-38).



Рис. 1-36. Дуга (трирадиусов нет)



Рис. 1-37. Петля (один трирадиус)



Рис. 1-38. Завиток (два трирадиуса)

Трирадиусы — точки, где сходятся, не пересекаясь, 3 тока папиллярных линий, — имеются на ладони у основания пальцев, кроме большого, и один — у основания ладони (рис. 1-39). Из 4 трирадиусов у оснований пальцев 1 может отсутствовать. Диагностическое значение имеет угол *atd* (рис. 1-40).

Кроме папиллярных линий, на ладони оценивают складки — не только по цвету, но и по расположению, длине. Поперечная ладонная складка, когда сливаются ульнарная и радиальная складки в одну линию, в сочетании с большим углом *atd* наблюдается при *болезни Дауна*. При нормальном расположении трирадиуса *t* поперечная складка встречается у больных с другими синдромами, иногда и у

здоровых людей в качестве малой аномалии (рис. 1-42).

Пальмоскопия — осмотр и оценка как папиллярного рисунка, так и ладоней, ладонных складок.

ПАЛЬПАЦИЯ

Пальпация — метод исследования, при котором на основании ощущений, получаемых при ощупывании тканей и органов, делают заключение об их физических свойствах, взаимном расположении и отдельных функциях (перистальтика, пульсация и др.), а также выявляют опухоли и другие патологические образования. Существует множество видов

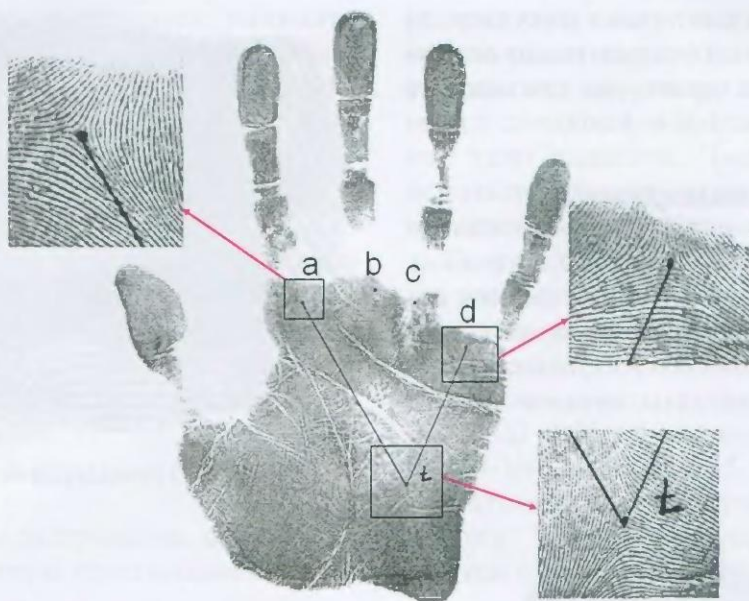


Рис. 1-39. Дерматоглифика: ладонь, угол *atd* (пояснение в тексте)

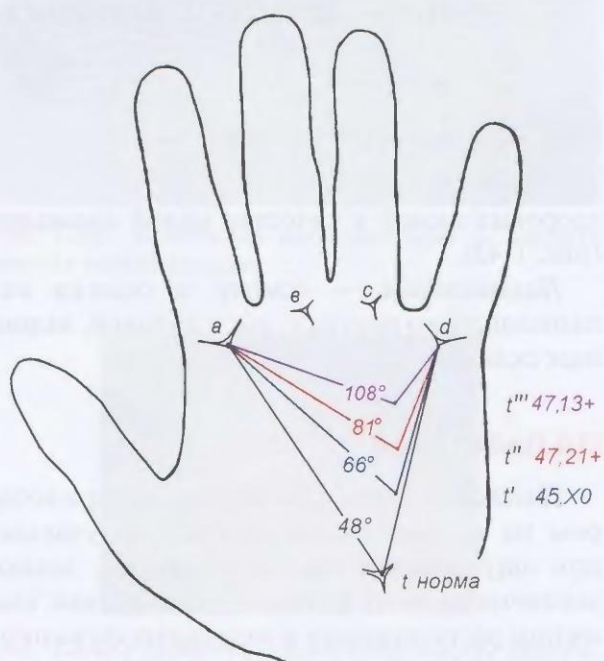
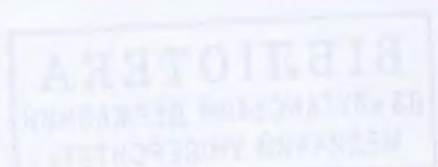


Рис. 1-40. Варианты угла *atd* при различных хромосомных аномалиях



Рис. 1-41. Основные ладонные складки в норме



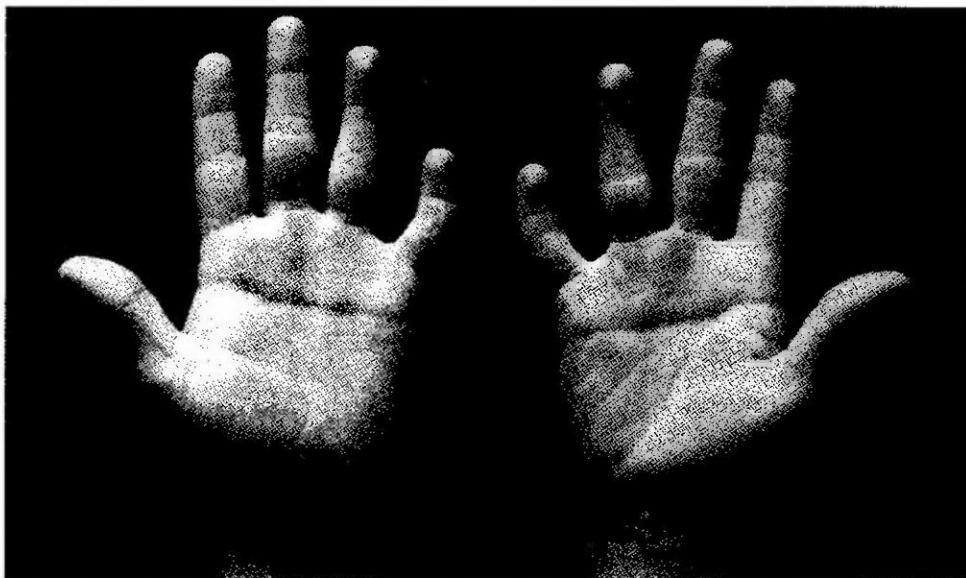


Рис. 1-42. Поперечные ладонные складки как малая аномалия (кисти этого пациента с тыльной стороны см. на рис. 9-4)

пальпации. Их объединяет наличие контакта руки врача с телом пациента.

При исследовании кожи, подкожной клетчатки, мышц, костей, суставов осмотр всегда сопровождается пальпацией. При исследовании кожи (определение влажности, местной температуры, типа поверхности) имеет значение в основном кожная чувствительность пальцев врача (раздражаются тактильные и температурные рецепторы); но нередко к тактильному чувству добавляется кинестезия (глубокое мышечное и мышечно-суставное чувство за счет раздражения проприорецепторов). В сознании врача отражаются свойства пальпируемых образований (узелков, подкожных узлов, мышц и костей, иногда поверхностных кровеносных сосудов) в виде конкретных образов, т.е. у врача возникает ощущение объема, формы, размера, консистенции, пульсации.

При осмотре пациента чаще всего используются следующие способы пальпации.

Поверхностная пальпация

Обнаружив любые неровности на теле, врач пальпаторно определяет, что вызывает неровность и где она находится — в коже или под кожей, в подкожном жире. Можно выделить несколько вариантов поверхностной пальпации.

- *Поглаживание* (скольжение по коже мякотью указательного и среднего пальцев без давления или с незначительным давлением, не смещая кожу относительно глубже лежащих тканей) позволяет отличить пятнышки от узелков. Даже очень маленькие узелки, в отличие от пятен, дают ощущение объема.
- *Поверхностная скользящая пальпация.* Смещение кожи кончиками пальцев по более плотным подлежащим тканям (апоневрозу мышц, костям) позволяет находить *угол Луи*, (грудинный угол Людовика описан парижским врачом Louis P.Ch.A.; справедливо называть этот угол по имени врача, а не короля) считать рёбра, пальпировать лимфатические узлы и другие подкожные образования, находить межсегментарные перемишки, внутренние и наружные края прямых мышц живота и т.д. Смещение кожи над скуловой костью вниз позволяет определять цвет склер, осматривать конъюнктиву склер и нижних век (см. рис. 2-28).
- *Пальпация в складке тканей.* Задачи: определение дольчатого жира, толщины подкожного жира, отека подкожной клетчатки, свойств внутрикожных и подкожных узлов (воспалительных инфильтратов и



Рис. 1-43. Послеоперационный рубец, не спаянный с апоневрозом



Рис. 1-44. Складка вдоль рубца



Рис. 1-45. Складка поперёк рубца

опухолей), спаянности рубцов с подлежащим апоневрозом. Если при образовании кожной складки рубец приподнимается вместе с кожей, он не спаян с подлежащим апоневрозом (рис. 1-43–1-45). Если рубец остаётся в глубине, он сращён с апоневрозом (рис. 1-46, 1-47). В складке тканей пальпируют глубокие шейные лимфоузлы, расположенные под кивательными мышцами (см. рис. 6-5).

Кожу собирают в складку для различения подкожных узлов от внутрикожных или подкожных, но органически связанных с ней.

Если при попытке собрать в складку исследуемое образование (узел) на его поверхности появляется морщинистость кожи — «лимонная корка» или оно становится на ребро, узел непосредственно связан с кожей (рис. 1-48, 1-49). Если же кожа не изменяется и над узлом можно собрать её в складку, он не связан с кожей, а находится в подкожном жире (рис. 1-50–1-52).

Пальпацию щитовидной железы проводят по-разному.

Один из вариантов: перешеек пальпируют большими пальцами, которые с достаточным давлением помещаются на трахею сразу ниже перстневидного хряща. Можно скользить по трахее вниз и вверх вместе с кожей или оставлять пальцы неподвижными, попросив пациента сделать глоток. В этом случае перешеек проскальзывает (рис. 1-53) под пальцами вначале вверх, а затем вниз. Врач оценивает ширину, толщину перешейка, его консистенцию, наличие или отсутствие узлов. При пальпации долек врач придерживает большим пальцем гортань, предотвращая её смещение, а пальцами второй руки скользит по гортани и трахее с другой стороны (рис. 1-54, 1-55). Также важно, чтобы пациент делал глотки. Дольки смещаются при глотании вместе с гортанью, скользя под пальцами. Оценивается их размер, консистенция, болезненность, характер поверхности, возможное наличие узлов.



Рис. 1-46. Послеоперационный рубец, спаянный с апоневрозом

Рис. 1-47. Вдоль рубца образуются две складки, разделённые рубцом



Рис. 1-48. При попытке собрать в складку узел, органически связанный с кожей, на его поверхности появляется морщинистость кожи — «лимонная корка» (схема)

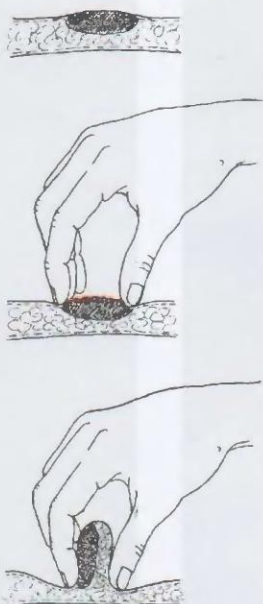


Рис. 1-49. Плоский узел при попытке собрать кожную складку становится на ребро (схема)

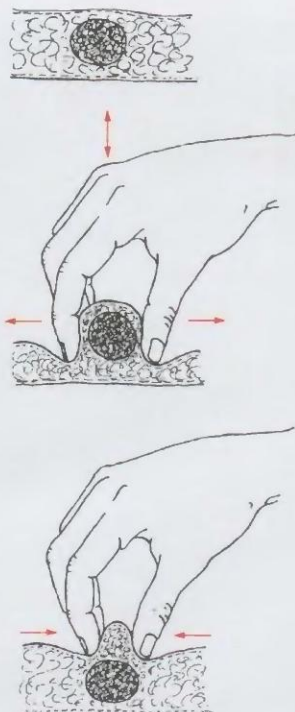


Рис. 1-50. Подкожный узел захватывается пальцами и смещается вместе с кожей; кожу над узлом можно взять в складку (схема)

При втором варианте пальпация осуществляется большим пальцем одной руки, в то время как большой палец второй руки фиксирует *m.sternocleidomastoideus*, суживая пространство между ней и гортанью (рис. 1-56–1-58).

Пальпация грудных желёз у мужчин проводится в кожной складке, образуемой большим пальцем с одной стороны и II–III — с другой. Пальцы скользят вдоль складки в различных направлениях.

Пальпация-касание обычно проводится для сравнения температуры на симметричных или соседних участках тела. Тыльной стороной ладони поочерёдно касаются кожи, задерживая руку на 1–2 с.

Пальпация-давление (без скольжения!) проводится для оценки отёков, определения пульсации артерий, нахождения болезненных точек.

При определении отёков на голених, пояснице или крестце концом пальца с умерен-

ной силой давят на кожу над большеберцовой костью (рис. 1-59, 1-60) или позвонками (рис. 1-61, 1-62). По глубине образовавшейся ямки судят о степени отёка. Уменьшение глубины ямки в процессе лечения свидетельствует о его эффективности. С этой же целью при отёках на ногах измеряют окружность голени, а при необходимости и бедер, на одном и том же уровне. Для определения скрытых отёков большого периодически взвешивают.

При отёках на бедре также образуются ямки, хотя под кожей нет кости. Давление должно быть достаточно продолжительным. Даже на отёчной передней брюшной стенке длительное давление оставляет ямки (рис. 1-63, 1-64).

Если есть отёк на передней брюшной стенке и удаётся взять кожу в складку, после продолжительного её удерживания (10–15 с) от каждого пальца остаются ямки (рис. 1-65, 1-66).



Рис. 1-51. Подкожный узел собирается в складку без изменения над ним кожного рисунка



Рис. 1-52. Над узлом легко образуется складка кожи, что свидетельствует об отсутствии непосредственной связи его с кожей



Рис. 1-53. Пальпация перешейка щитовидной железы



Рис. 1-54. Пальпация левой доли



Рис. 1-55. Пальпация правой доли

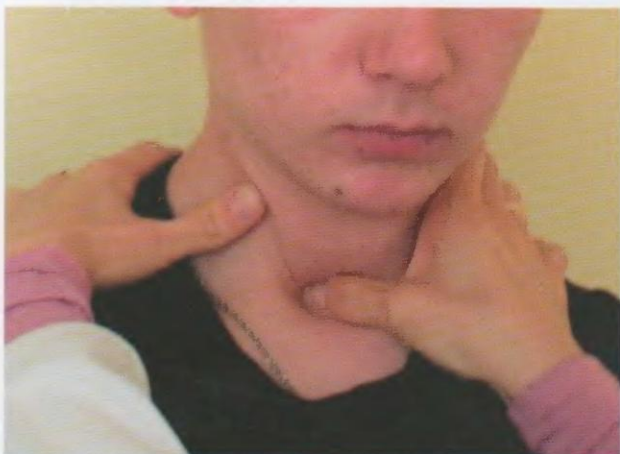


Рис. 1-56. Вариант пальпации перешейка щитовидной железы большим пальцем одной руки

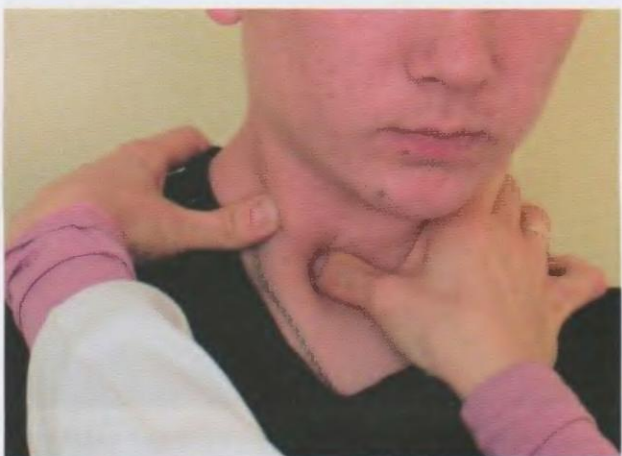


Рис. 1-57. Пальпация правой доли большим пальцем

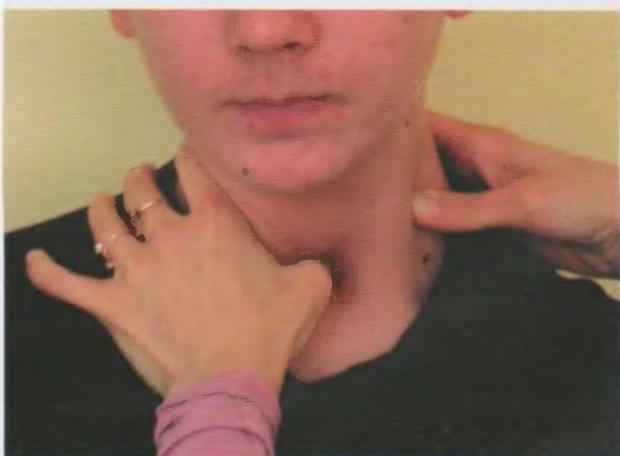


Рис. 1-58. Пальпация левой доли большим пальцем



Рис. 1-59. Отеки на стопах и голенях у пациента с хронической сердечной недостаточностью (см. рис. 1-01)



Рис. 1-60. Отек на голени. Последовательно (помечено цифрами) при давлении пальцем образовались три ямки. Видно, что ранее сделанные ямки быстро исчезают, что обусловлено высокой гидрофильностью подкожной ткани



Рис. 1-61. Отеки на пояснице и крестце. Углубление кожи под резинкой брюк и ямка от давления пальцем



Рис. 1-62. Пока была сделана фотография и надавливались другие точки, первая ямка почти исчезла. На коже видны отпечатки складок простыни, на которой лежал больной



Рис. 1-63. Давление на отёчную переднюю брюшную стенку



Рис. 1-64. Неглубокие ямки от лёгкого, но продолжительного давления



Рис. 1-65. При подозрении на отёк складка кожи на животе удерживается 10–15 с



Рис. 1-66. При отёке после удаления пальцев остаются их отпечатки

ГОЛОВА, ЛИЦО, ШЕЯ

При осмотре головы обращают внимание на размер, форму, симметричность, отмечают любые особенности. При выраженной, бросающейся в глаза асимметрии измеряют полуокружности.

Описывают симметричность и выражение лица, особенности мимики, разрез глаз, ширину и симметричность глазных щелей, частоту моргания. Отмечают форму и размер зрачков, их реакцию на свет, страбизм (сходящееся или расходящееся косоглазие), цвет кожи лица, склер, особенности конъюнктивы склер и век.

Обращают внимание на высыпания, пятна, сосудистый рисунок, рубцы, особенности носа и ушных раковин.

С древних времён известно, в первую очередь скульпторам, что тело и голова большинства людей в различной степени асимметричны. У правшей заметна асимметрия лица $L > D$, более развиты правый плечевой пояс и левая нога. У левшей — наоборот. Только около 3% людей при детальном измерении частей тела оказываются симметричными. Если асимметрия лица, при исключении патологии лицевого нерва, — единственный признак «отклонения от нормы», то это не должно сильно настораживать. При сочетании с другими аномалиями требуется более серьёзное обследование пациента (см. рис. 9-23, 9-26–9-30).

При осмотре шеи отмечают её длину, окружность, наличие асимметрии и деформаций, осматривают и пальпируют щитовидную железу (см. рис. 1-53–1-58, 6-24).

Так называемое «лунообразное лицо» (красный цвет, множественные мелкие телеангиэктазии, увеличение жирового слоя на щеках и подбородке) наблюдается при гиперкортицизме. Его причинами могут быть: избыточная секреция АКТГ гипофизом со стимуляцией синтеза кортизола надпочечниками, аденома надпочечника, мелкоклеточный рак лёгкого, секреториру-

ющий АКТГ, аденома или рак коры надпочечника. При гиперфункции коры надпочечников, обусловленной избытком гипофизарного АКТГ, говорят о *болезни Кушинга* (рис. 2-1, см. также рис. 1-16), в других случаях — о синдроме. Широко распространённое лечение глюкокортикоидными гормонами привело к тому, что в настоящее время врач чаще имеет дело с лекарственным гиперкортицизмом (рис. 2-2, 2-3).

Увеличение щитовидной железы можно определить на глаз или только пальпаторно. Благодаря йодированию соли эндемический зоб в настоящее время встречаются нечасто. Причинами увеличения щитовидной железы могут быть тиреотоксический зоб (рис. 2-4, 2-5), узловой зоб (как с нарушением, так и без нарушения функции железы), аденома, рак, аутоиммунный тиреоидит.

В настоящее время принята следующая классификация зоба (ВОЗ, 2001 г.).



Рис. 2-1. Избыточное отложение жира и яркий красносинюшный цвет лица — «лунообразное лицо» у пациента с кортизол-синтезирующей аденомой надпочечника



Рис. 2-2. У больного отложение жира на лице, груди, животе, красное лицо. Это экзогенный гиперкортицизм вследствие длительного приёма глюкокортикоидов по поводу синдрома Стилла. На коже туловища и плеч мелкая сливная сыпь, появившаяся при очередном обострении болезни



Рис. 2-3. При диаскопии сыпь становится невидимой, что свидетельствует о сосудистом типе и исключает геморрагический компонент

- 0-я степень — зоба нет (щитовидная железа не видна при нормальном положении шеи, а при пальпации объём каждой из долей не превышает объёма дистальной фаланги большого пальца обследуемого пациента).
- I степень — зоб пальпируется (объём долей больше объёма дистальной фаланги большого пальца обследуемого пациента), но не виден при нормальном положении шеи.
- II степень — зоб чётко виден при нормальном положении шеи (см. рис. 6-24).

Перешеек щитовидной железы пальпируется у большинства людей, не имеющих на шее большого слоя подкожного жира. Как перешеек, так и долики щитовидной железы смещаются при глотании вместе с гортанью. Это отличает их от других образований на шее: лимфоузлов, кист, опухолей, не имеющих связи с щитовидной железой.

Выражение лица, его черты в сочетании с другими симптомами могут помочь в диагностике разных заболеваний (рис. 2-6–2-11).

На рис. 2-12 у пациента справа крупные черты лица, массивный подбородок. Речь идёт об акромегалии вследствие эозинофильной аденомы гипофиза. У таких больных параллельно увеличивается высота нижнего лица и высота стопы, они равны между собой как в норме, так и при акромегалии (см. рис. 1-2). Кисти и стопы становятся более массивными (см. рис. 7-134). Увеличение челюстей приводит к раздвиганию зубов (см. рис. 4-2, 4-3).

Туберкулёзный лимфаденит с гнойным расплавлением (аденофлегмона) и образованием свищей, который нередко встречался в начале и середине XX в., в быту называли золотухой. Заживление проходило с образованием специфических рубцов, по которым можно ретроспективно ставить диагноз в любом возрасте (рис. 2-63, 2-64). Иногда пищевую идиосинкразию ошибочно называли золотухой, но чаще — диатезом.

Для системной красной волчанки типична локализация эритемы в виде бабочки — щёки и спинка носа. Иногда она распространяется и на кожу других частей тела и слизистой полости рта (см. рис. 4-29).

При дискоидной красной волчанке поражение кожи протекает стадийно: на лице появляются красно-синюшные пятна с единичными телеангиэктазами, позднее на этом фоне возникают чешуйки (акантоз и гиперкератоз). При их удалении пинцетом больные ощущают сильную боль. Всё заканчивается атрофическими рубцами. При распространённом процессе рубцы обезображивают лицо (см. рис. 5-126).

Naevus flammeus (синонимы «портвейнный невус», «винное пятно», рис. 2-36, 2-37), огра-



Рис. 2-4. Диффузный токсический зоб II степени. Исхудание, тахикардия, повышенное систолическое и пульсовое артериальное давление. В профиль



Рис. 2-5. Тот же больной, анфас (см. также рис. 3-16)

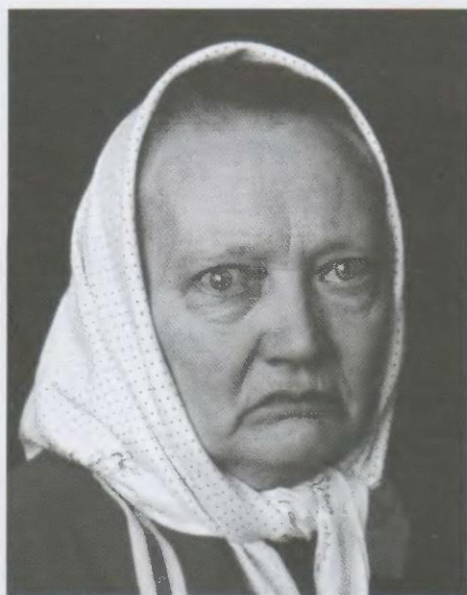


Рис. 2-6. Экзофтальм, выражение испуга. У пациентки нет повышения функции щитовидной железы. Испуганный взгляд обусловлен зрительными галлюцинациями



Рис. 2-7. Пациент 84 лет с постепенной, в течение нескольких лет, потерей памяти вплоть до полной амнезии. Бессмысленное выражение лица. В последние месяцы своей жизни он постоянно лежал с закрытыми глазами. Очень редко, при настойчивой просьбе во время рассказов о прошлом, он произносил одно-два слова. Когда его усаживали и поддерживали, кормили с ложки, давали пить из стакана, он ел и пил. В День Военно-морского флота его одели в морскую форму, усадили, дали рюмку водки с надеждой, что он вспомнит что-либо из своей 7-летней службы на корабле, но всё было безуспешно. Болезнь Альцгеймера

ниченную область иннервации первой ветви тройничного нерва, может быть единственной аномалией, но иногда наблюдается в составе *синдрома Стерджа–Вебера*: невус, внутри-мозговой кальциноз, эпилепсия, может быть врождённая глаукома, другие аномалии.

При осмотре лица и шеи нередко выявляются симптомы лимфопролиферативных заболеваний.



Рис. 2-8. Напряжены мышцы лица и шеи (видны сокращённые пучки *mm.platismae*), недоверчивый взгляд

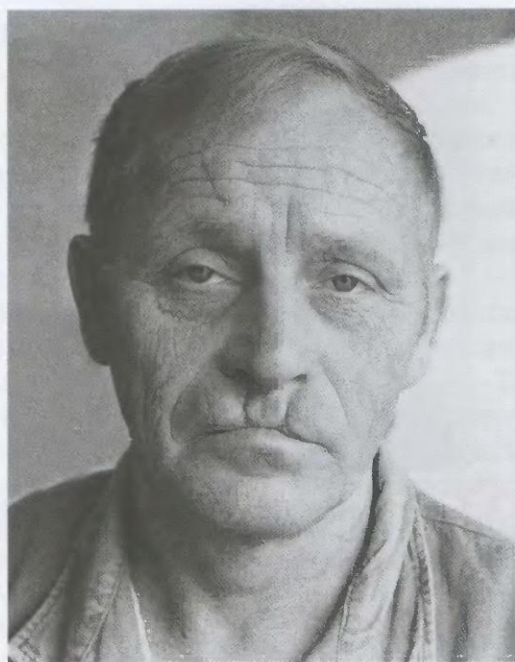


Рис. 2-9. Пациент прооперирован в детстве по поводу двусторонней заячьей губы. Выражение лица спокойное, безразличное



Рис. 2-10. Хитроватый взгляд с лёгкой усмешкой. Первичный билиарный цирроз печени. Желтуха маскируется смуглой кожей, она лучше видна на склерах. Ксантелазмы едва различимы, так как они очень тонкие и их цвет мало отличается от окружающей кожи

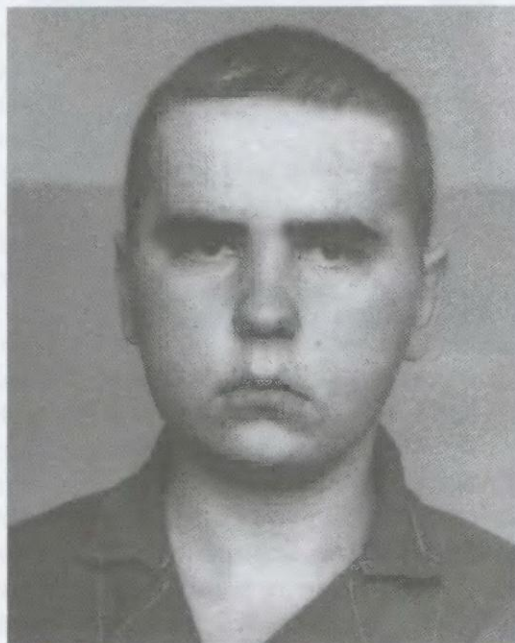


Рис. 2-11. Полная амимия (поражение лицевых нервов) и слепота (поражение зрительных нервов) у больного острым лимфобластным лейкозом (нейролейкоз)



Рис. 2-12. Акромегалия у пациента справа



Рис. 2-13. Акромегалия. Характерные изменения лица



Рис. 2-14. Та же больная в профиль



Рис. 2-15. Асимметрия лица у пациента с гемофилией, L>S. На левой половине лица множество мелких телеангиэктазов



Рис. 2-16. Асимметрия лица (в детстве оперирован по поводу заячьей губы), слева над кивательной мышцей контурируется узел. Пациент направлен в клинику с диагнозом лимфосаркома на основании лихорадки и увеличения лимфоузлов. При осмотре на коже туловища обнаружено множество пигментных пятен большого размера (см. рис. 5-23, 5-24). Пальпирующиеся подкожные узлы плотные, различной формы, иногда в виде короткого шнура, плотноватые, некоторые болезненны. Такое сочетание симптомов (подкожные узлы, большие пигментные пятна) давало основание диагностировать нейрофиброматоз Реклингхаузена. Один из узлов удалён, гистологическое заключение — невринома. При синдроме Реклингхаузена могут развиваться разные опухоли: невриномы, нейрофибромы, глиомы и др. Некоторые малигнизируются. Требуется постоянное наблюдение (периодически пальпируют все доступные узлы) и проведение КТ, чтобы не пропустить висцеральные опухоли

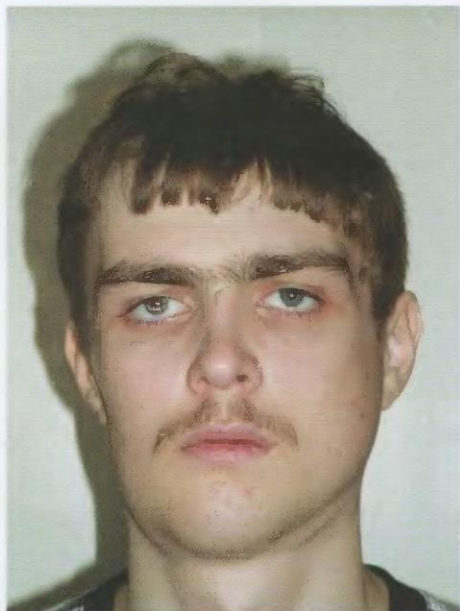


Рис. 2-17. Асимметрия нижней челюсти. Основная жалоба на боль в челюсти. Температура тела субфебрильная. Диагноз поставлен только после биопсии: оссифицирующий остеомиелит



Рис. 2-18. Небольшая асимметрия лица: L>D, правая глазная щель уже левой. Пациент с гемофилией

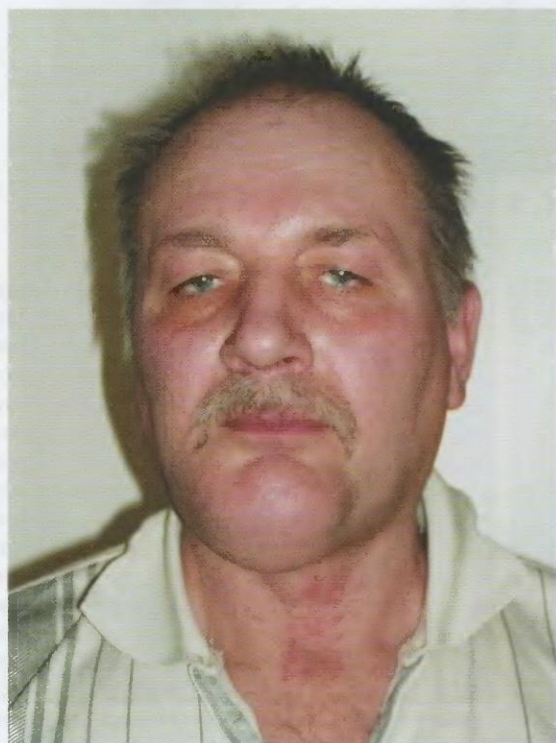


Рис. 2-19. Опухоль нижней челюсти. Пальпируется безболезненное плотное образование в области подбородка. Кожа над ним легко смещается. Красные пятна на шее после бритья

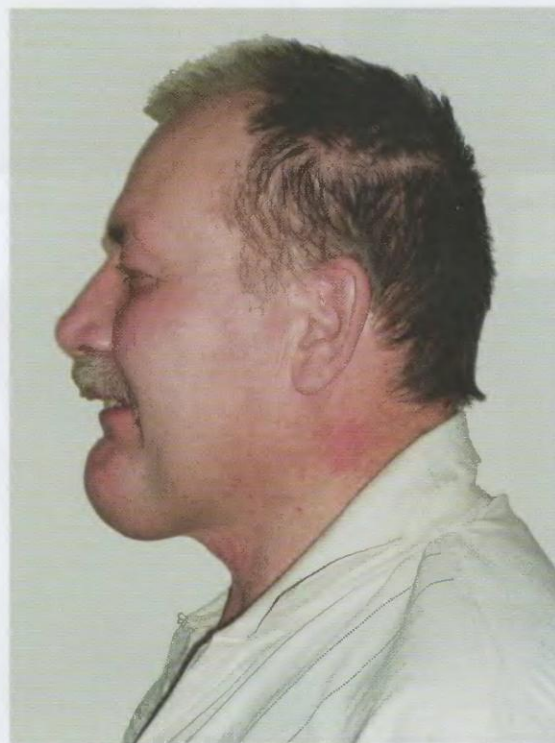


Рис. 2-20. Тот же больной в профиль



Рис. 2-21. Множественные опухоли мозгового и лицевого черепа при злокачественном гистиоцитозе



Рис. 2-22. Широкая переносица, «башенный череп» при наследственной сфероцитарной анемии



Рис. 2-23. Та же больная в профиль



Рис. 2-24. Пациентка поступила с тяжёлой анемией. Кроме бледности лица видны нейрофибромы на подбородке, шее, грудной клетке. Анемия обусловлена кровотечением из язвы желудка



Рис. 2-25. Та же больная, что на рис 2-24. Большая опухоль на пояснице. Нейрофиброматоз Реклингхаузена I-го типа



Рис. 2-26. Выраженная желтушность склер и кожи у больной с несфероцитарной гемолитической анемией. Свободный билирубин сыворотки крови более 200 мкмоль/л. О гемолитической анемии надо думать при сочетании желтухи с ретикулоцитозом. Уровень гемоглобина у таких пациентов зависит от степени регенераторной активации эритропоэза. У этой женщины гемоглобин не снижался менее 90 г/л, она хорошо адаптирована к умеренным физическим нагрузкам, даже выносила беременность и родила здорового ребёнка

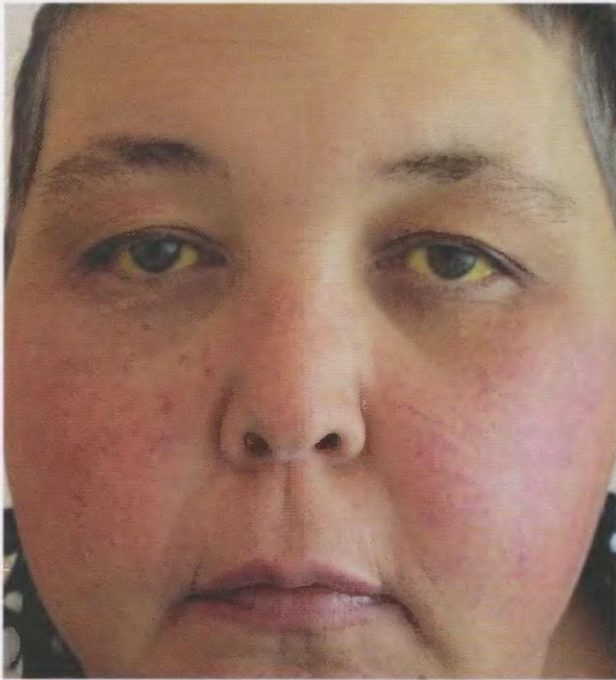


Рис. 2-27. Мелкие телеангиэктазы на щеках вследствие длительного приёма преднизолона маскируют желтуху, которая хорошо видна при осмотре склер (см. рис. 2-28). Билирубин 180 мкмоль/л



Рис. 2-28. Желтый цвет склеры этой же пациентки

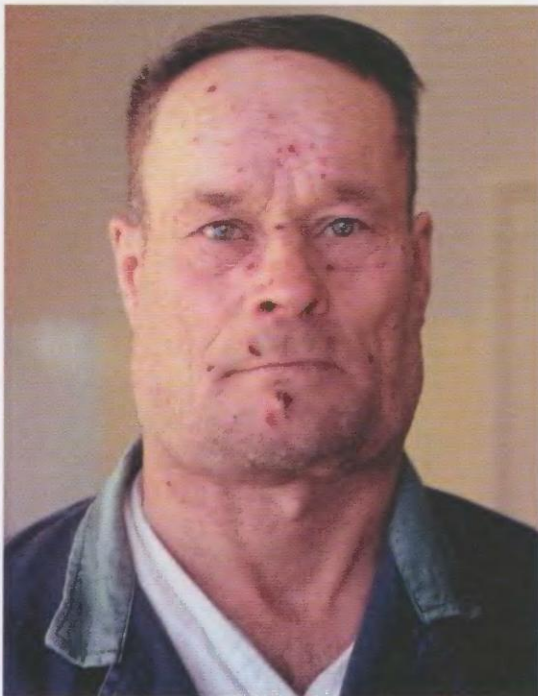


Рис. 2-29. У пациентов с хроническим лимфолейкозом инфекция *varicella zoster* (вирус герпеса человека III типа) вызывает ветряную оспу. Видна деформация нижнего лица за счёт увеличенных лимфоузлов



Рис. 2-30. Волчаночная «бабочка»: чётко очерченная эритема на носу и щеках с корочками после небольших некрозов эпидермиса



Рис. 2-31. У этой пациентки с системной красной волчанкой имеется эритема на лице, правом плече и груди. Очень редкая нетипичная локализация эритемы на верхней губе



Рис. 2-32. Больная с СКВ. Эритема на лице и в области декольте



Рис. 2-33. Эритема-бабочка. Волчаночно-подобный синдром у пожилой женщины. Другие клинические и лабораторные симптомы СКВ отсутствуют



Рис. 2-34. Системная красная волчанка. Кроме изменений кожи лица (эритема на щеках и спинке носа, хейлит), у больной имеется васкулит на кистях рук с некрозами (см. рис. 7-136—7-138)



Рис. 2-35. Кожная форма саркоидоза



Рис. 2-36. *Naevus flammeus* в лобно-височной области



Рис. 2-37. *Naevus flammeus* часто располагается сзади на шее на уровне роста волос, наследуется доминантно. Встречается при рождении до 5% случаев



Рис. 2-38. Больная с переменным иммунодефицитом, рецидивы диареи. На коже лица, предплечий периодически появляются узелки и бляшки красного цвета (гиподермальный васкулит — аналог узловой эритемы). Исключены системная красная волчанка, болезнь Крона, саркоидоз. Небольшие дозы преднизолона привели к полной нормализации кожи

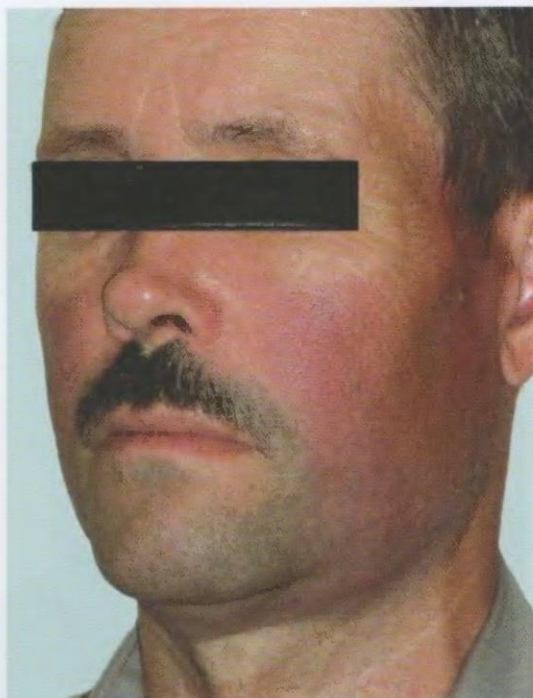


Рис. 2-39. Уплотнение и покраснение кожи на щеках. У пациента лимфоиммуоцитарная лимфома с генерализованным поражением лимфоузлов, кожи лица, костного мозга и секрецией IgM, IV стадия. После каждого курса полихимиотерапии кожа становится нормального цвета и консистенции



Рис. 2-40. Гиперемия и утолщение кожи щёк и век. Опухолевая инфильтрация тканей при диффузной крупноклеточной В-клеточной лимфоме

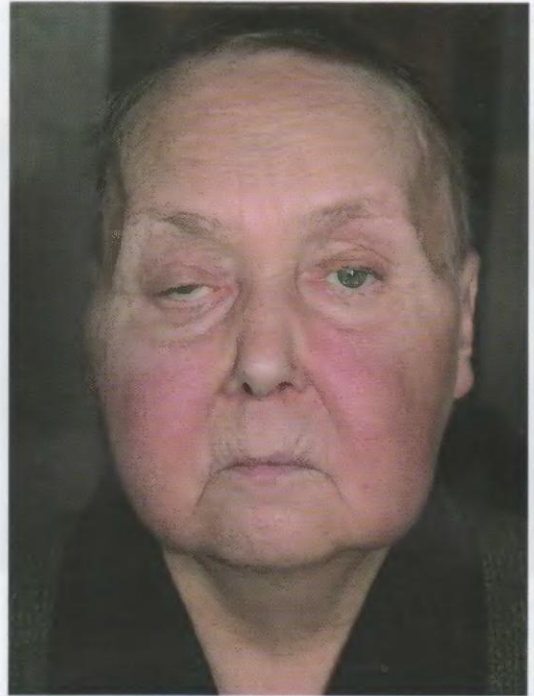


Рис. 2-41. Та же больная после полихимиотерапии. К сожалению, зрение на правый глаз отсутствует



Рис. 2-42. Редкий вариант лимфомы Ходжкина с поражением кожи



Рис. 2-43. Асимметрия носогубных складок лучше видна при оскаливании зубов. Поражение левого лицевого нерва при лимфоме Бёркитта



Рис. 2-44. Хейлит при хроническом лимфолейкозе



Рис. 2-45. Деформация лица при лимфоме околоушных желёз. Кроме того, имеется поражение кожи на молочной железе, включая ареолу. У больной была высокая эозинофилия — 51% при количестве лейкоцитов 37,2 тыс./мкл. В биоптатах слюнной железы и кожи лимфоцитарные инфильтраты с большой примесью эозинофилов. Это старое наблюдение, когда иммунофенотип лимфом ещё не определялся, неизвестно, была это В- или Т-клеточная лимфома



Рис. 2-46. Та же пациентка после лечения. Полная клинико-лабораторная ремиссия



Рис. 2-47. Пациентка прожила более 20 лет после диагностики лимфомы с хорошим качеством жизни. За год до смерти она оперирована по поводу светлоклеточного рака почки



Рис. 2-48. Распространение диффузной крупноклеточной В-клеточной лимфомы в мягкие ткани подчелюстной области. Инфицирования нет, хотя по внешнему виду можно думать об абсцедировании

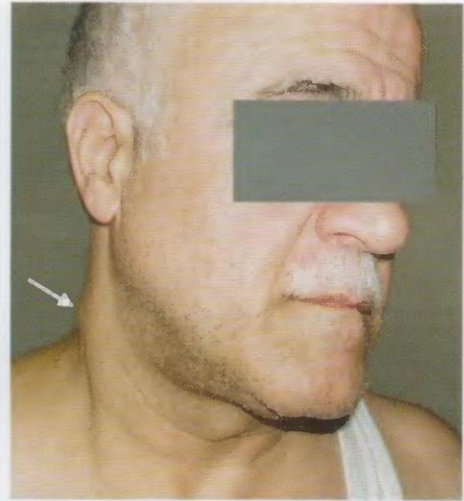


Рис. 2-49. По заднему краю кивательной мышцы контурируется лимфоузел (стрелка). У больного агрессивная лимфома



Рис. 2-50. Обильные мелкие кровоизлияния на коже лица и тела и в конъюнктиве склер. Позднее появились некрозы на красной кайме губ. Токсическая васкулопатия (отравление суррогатным алкоголем). В патологический процесс вовлечены печень, почки, костный мозг

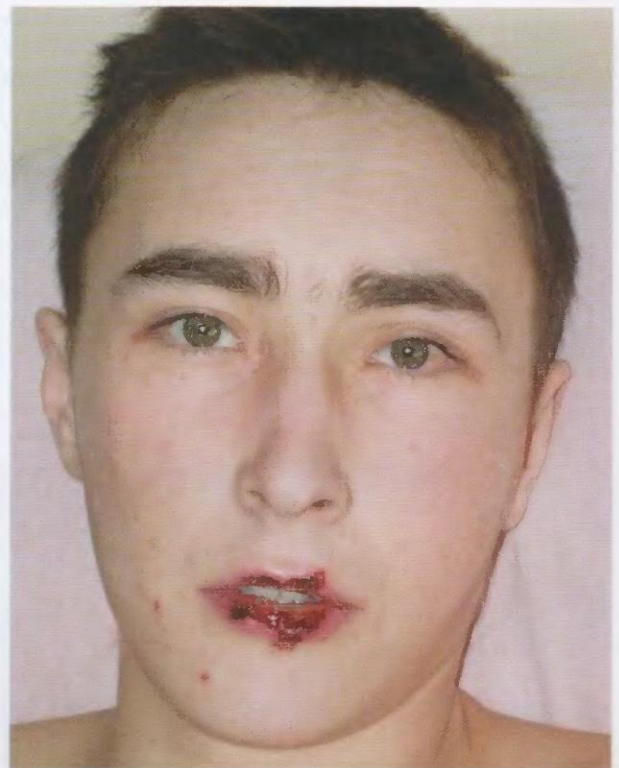


Рис. 2-51. Тот же пациент через 3 нед после появления геморрагической сыпи — мелкие рубчики на щеках, кровяные корки на щеках и красной кайме губ на фоне эффективной терапии (инфузионная детоксикация, глюкокортикоиды)

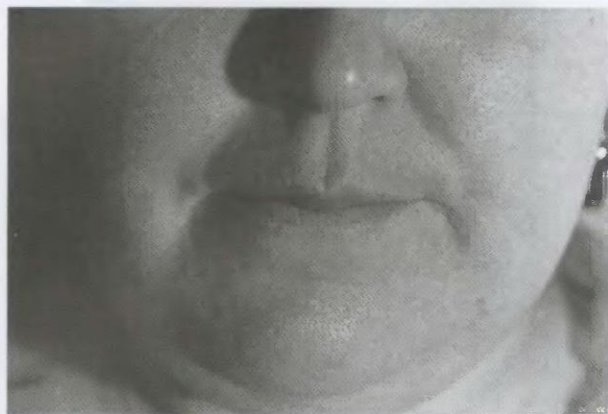


Рис. 2-52. Лицо больной системной склеродермией в первые годы заболевания

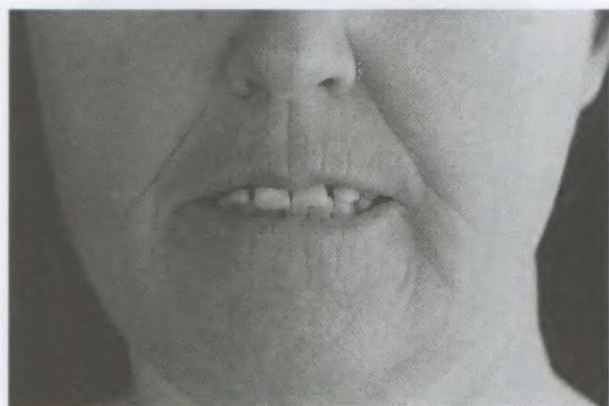


Рис. 2-53. Та же больная через несколько лет. Истончение губ, симптом «кисета»

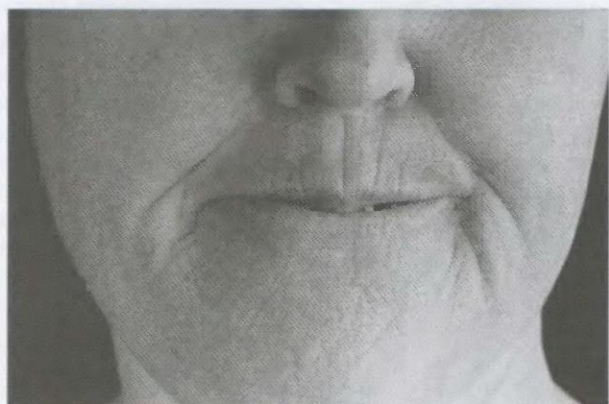


Рис. 2-54. Попытка полностью закрыть рот не удаётся, несмотря на большие усилия



Рис. 2-55. Системная склеродермия. Истончение губ, симптом «кисета»

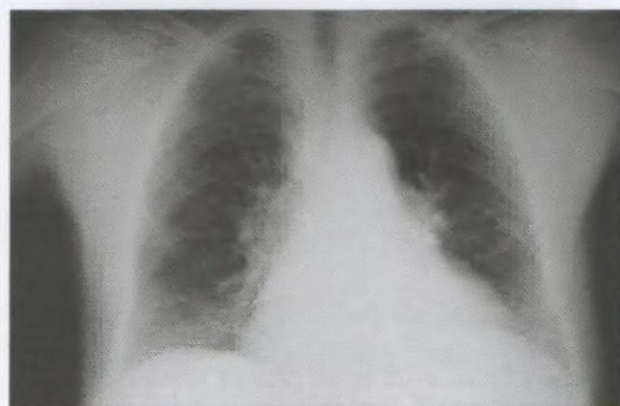


Рис. 2-56. Системная склеродермия. Та же больная. Прямая рентгенограмма. Пневмофиброз



Рис. 2-57. Отёк Квинке. Аллергический отёк кожи и подкожной клетчатки лица с чёткой границей, захватывающий лоб, веки, щёки (больше правую) спинку носа. Отёк появился после протирания кожи раствором фурациллина и втирания гидрокортизоновой мази. Наиболее вероятно, что причина в фурациллине. Фотография сделана на 2-й день после начала лечения глюкокортикоидами, когда отёк существенно уменьшился

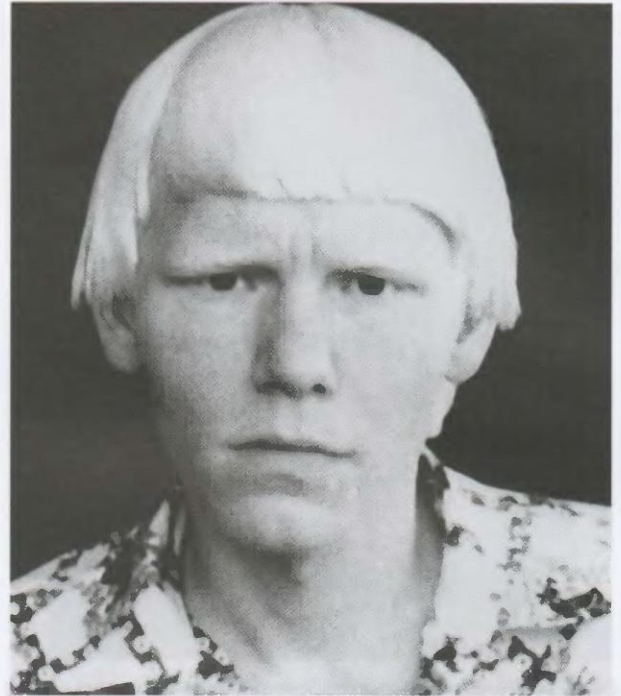


Рис. 2-58. Приобретенный альбинизм. Брюнет после аутоиммунной патологии с вовлечением почек и кожи полностью утратил пигмент в коже и волосах. Остались тёмно-карими радужки глаз



Рис. 2-59. Акроцианоз у пациента со сложным врождённым пороком сердца, включающим дефект межжелудочковой перегородки



Рис. 2-60. Телеангиэктазы на лице и языке (см. также рис. 7-149–7-151)

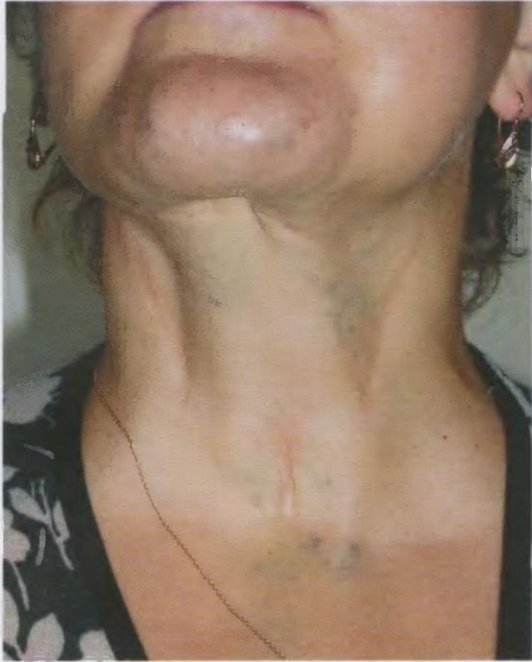


Рис. 2-61. Гемангиоматоз. Пациентке неоднократно удаляли гемангиомы (видны рубцы) на шее. Количество их продолжает увеличиваться



Рис. 2-62. Та же пациентка, гемангиомы на красной кайме губ



Рис. 2-63. Типичные рубцы после золотухи (перенесенного в детстве туберкулёзного лимфаденита с нагноением и длительно существующими свищами)

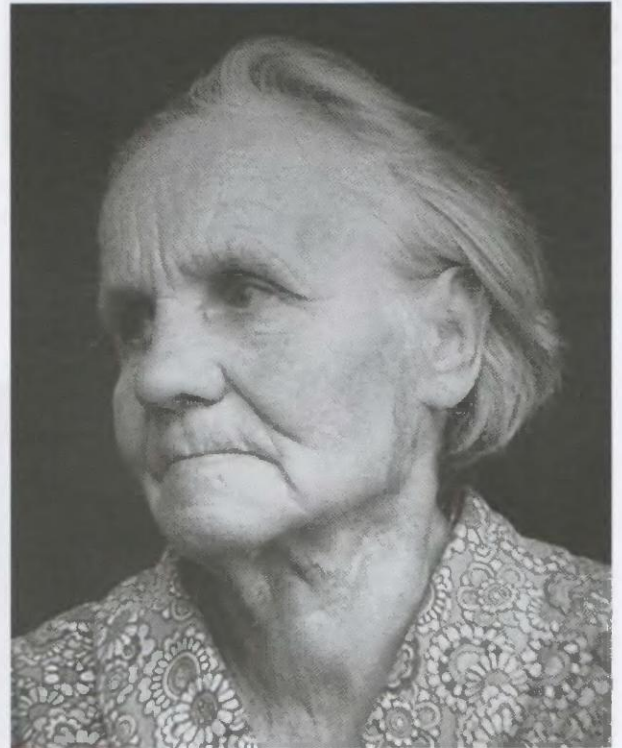


Рис. 2-64. Другой подобный случай



Рис. 2-65. Подкожный абсцесс в надключичной области

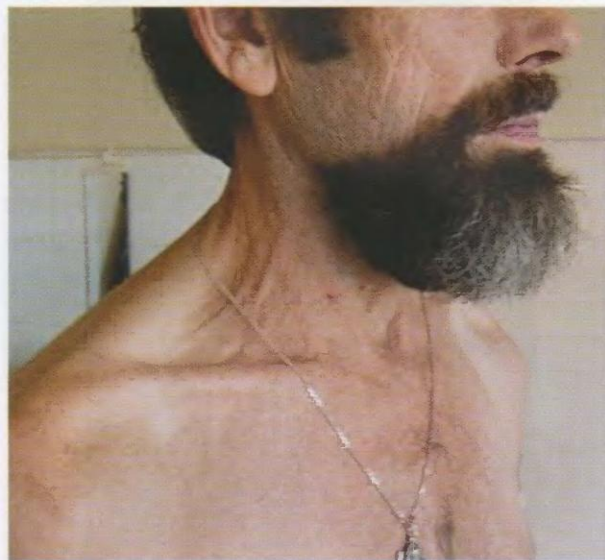


Рис. 2-66. Набухание поверхностных вен шеи у больного с тяжёлой застойной сердечной недостаточностью

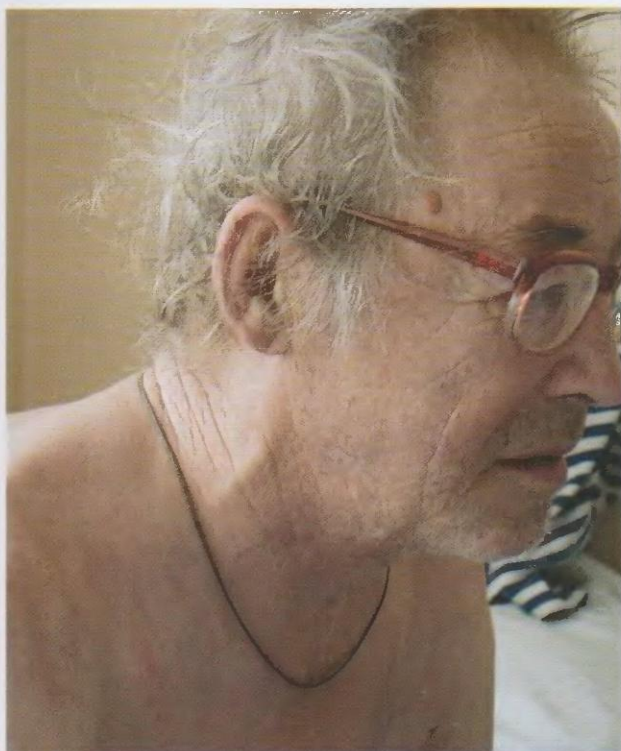


Рис. 2-67. Набухание наружной яремной вены у больного с синдромом верхней полой вены (см. также рис. 8-45–8-53)



Рис. 2-68. Диагональная складка на мочке уха. По данным многочисленных исследований, существует высокая корреляция этого фенотипического признака с ранним развитием фатальных осложнений атеросклероза (инфаркт миокарда и ишемический инсульт)



Рис. 2-69. Ухо на рис. 2-68 принадлежит 79-летней женщине, больной остеоартритом и остеохондрозом. Она активна, полностью справляется с многочисленными домашними делами, работает на огороде, имеет завидную память. Часто ездит навещать далеко живущих родных. Желательно чаще иметь дело с такими исключениями

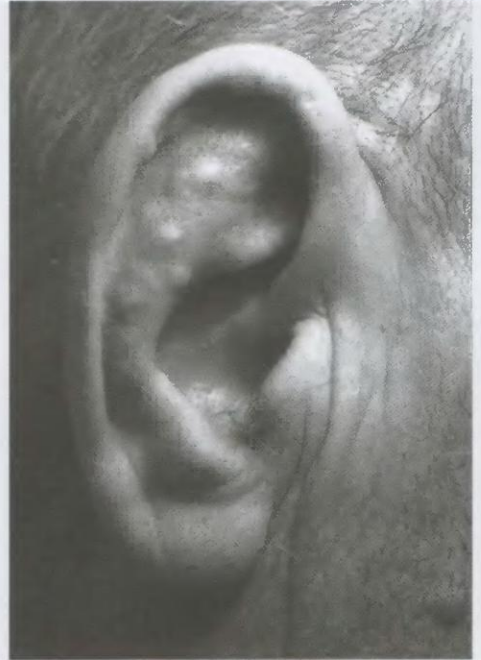


Рис. 2-70. Множественные тофусы на ушной раковине. Увидев такие изменения, можно уверенно думать о подагре, требуется только биохимическое подтверждение увеличения в сыворотке крови уровня мочевой кислоты. Кожа над тофусами может истончаться и полностью разрушаться. Из дефектов кожи выделяется белая аморфная масса. Моноурат натрия в отличие от других уратов имеет белый цвет



Рис. 2-71. Изменение ушной раковины этого пациента напоминает подагрическое, однако эта деформация — лишь одна из малых аномалий развития соединительной ткани

ВЕКИ И ГЛАЗА

Симптом «синих склер» наблюдается у пациентов с патологией коллагена и входит в разные синдромы соединительнотканной дисплазии: *van der Hoeve–Lobstein* (триада: ломкость костей, синие склеры, тугоухость), *Eddoves*, *Blegvad* и др. Голубые склеры могут быть у здоровых людей и при железодефицитной анемии (рис. 3-1–3-4).

Пигментация век — симптом, встречающийся при циррозе печени (рис. 3-5, 3-6), витамин В₁₂-дефицитной анемии, может быть и у практически здоровых людей, в том числе с доминантным наследованием.



Рис. 3-1. Голубые склеры у молодой женщины с несовершенным остеогенезом



Рис. 3-2. Несовершенный остеогенез с менее выраженной синевой склер



Рис. 3-3. Голубоватые склеры у женщины с железодефицитной анемией



Рис. 3-4. Голубые склеры и пигментный невус конъюнктивы склеры у здоровой женщины без нарушения функции зрения



Рис. 3-5. Пигментация век у женщины с циррозом печени



Рис. 3-6. У мужчины с циррозом и его здорового отца всегда тёмный оттенок кожи с повышенной пигментацией век, кроме того, видны ксантелазмы



Рис. 3-7. У больной псориатической артропатией и её здоровой сестры голубые склеры и ксантелазмы на веках



Рис. 3-8. Большие ксантелазмы у больного с острым лейкозом при отсутствии нарушения липидного обмена



Рис. 3-9. Тонкие ксантелазмы, плохо различимые на фоне желтухи



Рис. 3-10. Плохо различимые ксантелазмы на фоне желтушно-коричневой окраски кожи век при первичном билиарном циррозе печени



Рис. 3-11. Отёк век у пациентки с системной красной волчанкой. *Lupus*-нефрит



Рис. 3-12. Этой пациентке 51 год. *Lupus*-нефрит. Отек век. Эпикант — проявление этнической особенности пациентки



Рис. 3-13. У мужчины анизохромия радужек, слева больше коричневого пигмента, разная ширина глазной щели: верхнее веко справа расслаблено больше, чем слева (блефарохалазис), нижнее веко справа слегка опущено. «Мешок» под левым глазом — периорбитальная грыжа. В основе формирования грыжи лежит дефект тарзоорбитальной фасции с выпадением избыточного орбитального (перibuльбарного) жира

Анизохромия радужных оболочек глаз встречается у практически здоровых людей, но может сочетаться с другими аномалиями глаз и других органов (рис. 3-13).

Липидная дуга (*arcus senilis*) обычно появляется в пожилом возрасте, чёткого параллелизма с клиническими проявлениями атеросклероза не прослеживается (рис. 3-14, 3-15).

Различные глазные симптомы представлены на рис. 3-16–3-24.

Поражение глаз при опухолях из клеток системы крови (гемобластозах) представлено на рис. 3-25–3-34. Лимфомы глаз могут быть как первичными, так и метастатическими из лимфом другой локализации, включая хронический лимфолейкоз. Поражение глаз бывает также при гемобластозах из клеток миелоидной линии.



Рис. 3-14. Этому пациенту с волосатоклеточным лейкозом 67 лет. Кроме *arcus senilis*, можно отметить резкое снижение тонуса тканей век (возрастной блефарохалазис)



Рис. 3-15. *Arcus senilis*, через зрачок видна катаракта. Кроме того, видна венозная ангиома и «старческая бородавка»



Рис. 3-16. Экзофтальм. Пациент с тиреотоксическим зобом III степени. При переводе взгляда снизу вверх верхнее веко поднимается быстрее, чем глазное яблоко, при этом между верхним веком и радужкой видна склера и в течение короткого времени наблюдается максимальное расхождение век. Сходно с симптомом Греффе, когда при переводе взгляда вниз глазное яблоко опускается быстрее, чем веко, и тоже остаётся полоска склеры между радужкой и верхним веком. В том и другом случае причиной служит повышение тонуса мышцы, поднимающей верхнее веко. *Arcus senilis* у пациента 47 лет может свидетельствовать о гиперлипидемии. Необходимо исследование липидного спектра сыворотки крови



Рис. 3-17. После травмы образовался большой экхимоз, который постепенно рассасывается. Также видно пропитывание кровью конъюнктивы правого глаза. У пациента острая тромбоцитопеническая пурпура со снижением уровня тромбоцитов ниже 10 тыс./мкл



Рис. 3-18. Женщина заметила синяк на коже лица и обследовалась с подозрением на нарушение гемостаза. Кроме того, у неё появилась небольшая отёчность век. Всё это случилось через 2 года после инъекций «скульптуры для омоложения кожи лица». При обследовании выявлены фиброзные (кальцинированные, судя по каменистой плотности) узелки в местах инъекций



Рис. 3-19. При боковом освещении узелки видны лучше. Никакой патологии в системе гемостаза не обнаружено. То, что женщина приняла за синяк, представляется участком уплотнённой кожи с местным цианозом



Рис. 3-20. У внутреннего угла глаза имеется утолщение конъюнктивы в виде узелка. Это пингвекула — утолщение конъюнктивы за счёт гиалинового перерождения. Чаще бывают треугольной формы, желтоватого цвета, обычно располагаются у внутреннего угла глаза, но иногда и у наружного. Диагностического значения не имеют



Рис. 3-22. Периодическая васкуляризация и отёк конъюнктивы склеры с ощущением боли — эписклерит (?). Поллиноз и другие аллергические реакции исключены. Необходима консультация окулиста



Рис. 3-24. Отёк век и конъюнктивы левого глаза, эозинофилия. Поиски аллергена, который бы мог вызвать аллергическую реакцию, не дали положительного результата. Короткий курс преднизолона привёл к нормализации клинической и лабораторной симптоматики



Рис. 3-21. Рецидивирующие гифемы (кровоизлияния в переднюю камеру левого глаза) при вторичной глаукоме у больной циррозом печени (см. также рис. 5-156)



Рис. 3-23. Выраженный отёк век и экзофтальм у пациента без эндокринной патологии. При полном онкологическом обследовании исключены все опухоли, включая лимфомы. На КТ выявлено резко выраженное утолщение всех наружных мышц глаз с обеих сторон, кроме наружных прямых, больше выраженное слева. Неоднородность структуры поражённых мышц. Отёка ретробульбарной клетчатки нет, есть её экстружия вместе с глазными яблоками вперёд за пределы глазницы. Диагностирован фибромиозит. Пациент успешно лечится, экзофтальм практически исчез. Зрение сохранено



Рис. 3-25. Пациент не может открыть глаза. При пальпации определяются плотные опухоли верхних век. Зрение нормальное. У больного агрессивная лимфома с поражением лимфоузлов и тканей верхних век

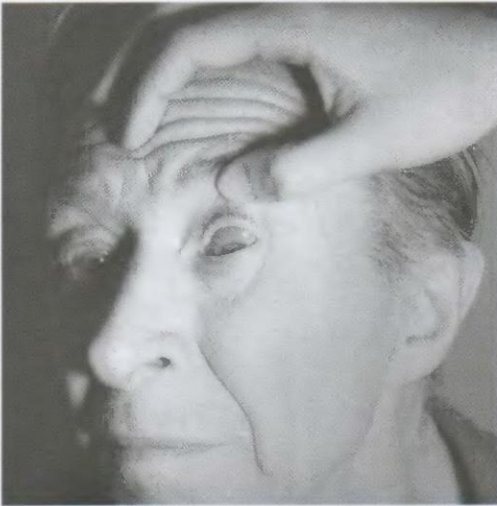


Рис. 3-26. Узловое образование под конъюнктивой склеры одного глаза. Оно удалено, гистологическое исследование показало лимфому из малых лимфоцитов. Зрение нормальное. Других клинических и лабораторных симптомов лимфомы нет



Рис. 3-27. Лимфостаз век при ретробульбарной лимфоме. Асимметрия лица обусловлена наличием в толще щеки опухолевого узла



Рис. 3-28. Птоз верхнего века правого глаза



Рис. 3-29. При взгляде влево правый глаз остаётся неподвижным и немного отведённым вправо: паралич *n.oculomotorius* с нарушением функции верхней, внутренней и нижней мышц правого глаза. У больной агрессивная лимфома



Рис. 3-30. У больной с острым миелобластным лейкозом из крови в период агранулоцитоза высеяна синегнойная палочка. При выходе из агранулоцитоза начинающийся кератит левого глазного яблока преобразовался в продуктивный гнойный кератит и склерит. Антибактериальная терапия, в том числе местная, не эффективна. Проведена энуклеация. Больная в фазе ремиссии, продолжается поддерживающая терапия



Рис. 3-31. Экзофтальм, открытый рот из-за невозможности дышать через нос, одутловатость лица и блеск глаз заставляют думать об опухоли носоглотки с ретробульбарным лимфостазом. У ребёнка острый лимфобластный лейкоз



Рис. 3-32. Выраженный левосторонний экзофтальм и лимфостаз при ретробульбарной опухоли (амилоидная «опухоль» при миеломной болезни)



Рис. 3-33. Красно-фиолетовое образование на переходной складке конъюнктивы нижнего века. У пациента лимфома мантийной зоны, IVB стадия



Рис. 3-34. Диффузная В-крупноклеточная лимфома с поражением глаз и кожи лица (см. также рис. 2-40, 2-41)

РОТ, ЗЕВ

Афтозно-язвенный и язвенно-некротический стоматиты часто наблюдаются у больных с агранулоцитозом, независимо от заболевания, при котором он появился. Это могут быть гаптенный агранулоцитоз, который развивается после приёма минимальной дозы лекарства, вызвавшего сенсibilизацию; острый лейкоз, острая лучевая болезнь, апластическая анемия. Агранулоцитоз наблюдается при цитостатической терапии любых опухолей. Критерием его считается уровень нейтрофилов $\leq 750/\text{мкл}$ крови. Язвы и некрозы могут быть на слизистой губ, щёк, дёсен, зева, нёба (рис. 4-1, 4-11, 4-33).

Часто стоматит имеет грибковую этиологию. Плохо снимающиеся белые налёты обычно образуются при инфекции *Candida albicans* (рис. 4-13, 4-14, 4-27, 4-28).

Утолщение дёсен — характерный признак острых лейкозов с дифференцировкой опухолевых клеток в сторону моноцитарного ростка (рис. 4-4). Иногда дёсны оказываются на уровне края зубов. Утолщение дёсен наблюдается также при пародонтозе, гингивите (рис. 4-5) и как побочное действие *циклоспорина*.

Отпечатки зубов по краям языка заметны при его увеличении, обусловленном чаще небольшим отёком (рис. 4-12), реже первичным амилоидозом или вторичным — при миеломной болезни (рис. 4-7).

Складочки на спинке или по краям языка (складчатый язык) — проявление малой аномалии развития (рис. 4-8, 4-9), которая не имеет самостоятельного диагностического значения.

Сухость языка может наблюдаться после пробуждения, если во сне затруднено носовое дыхание. Язык становится сухим при обезвоживании из-за кишечной инфекции, поносе любой этиологии, при остром животе, осложненном течении язвенной болезни, внутреннем кровотечении. Сухим язык может быть также и при дискинезии желчевыводя-

щих путей или гастродуодените. Сочетание сухости с горьковатым привкусом, особенно по утрам, возможно при нарушении желчеотделения. Такое состояние обычно проходит после приема пищи. Ощущение сухости наблюдается при гипергликемии, иногда при патологии щитовидной железы.

Важным симптомом так называемого сухого синдрома считается постоянная сухость во рту (рис. 4-6) из-за выраженного недостатка слюны. Сухой синдром *Шегрена* с сухостью слизистых рта и глаз (ощущение песка в глазах), обусловленные нарушением образования слюны и слёз, — проявление аутоиммунной патологии, ассоциируется с системной красной волчанкой и другими диффузными заболеваниями соединительной ткани. *Болезнь Шегрена* — самостоятельная нозологическая форма, которая проявляется в первую очередь иммунным сиалоаденитом с различной степенью увеличения слюнных желёз. Пациенты при выраженной сухости слизистых пользуются искусственной слюной и заменителями слёз. При длительном течении *болезни Шегрена* возможно присоединение различных лимфом.

Язык с очагами атрофии сосочков, чередующимися с участками гипертрофии называют «географическим» (рис. 4-16–4-20). Часто «материки» и «океаны» меняют свои очертания. Жалоб пациенты не предъявляют. Причина симптома неизвестна. Лечение не требуется. Эти изменения сосочков могут спонтанно исчезнуть. «Географический язык» иногда встречается у пациенток с дефицитом железа, но причинная связь не доказана.

У иммуноскомпрометированных пациентов инфекция *Bartonella henselae* вызывает развитие ангиом (рис. 4-22–4-24), в то время как у лиц с нормальным иммунным статусом эта бактерия вызывает *фелиноз (болезнь кошачьей царапины)*.



Рис. 4-1. Жёлтые и сероватые пятна с красным ободком на гиперемированной слизистой нижней губы. Афтозно-эрозивный стоматит у больного с агранулоцитозом



Рис. 4-2. Широкие промежутки между зубами, гингивитизм. Акромегалия у женщины 51 года (см. рис. 7-134, рука этой пациентки)

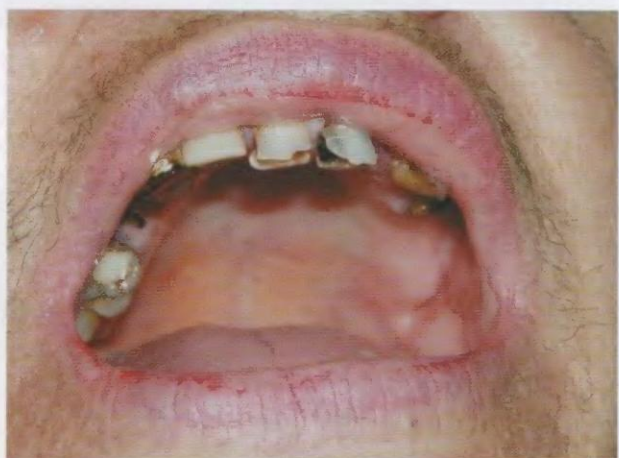


Рис. 4-3. Та же больная, что на рис. 4-2. Зубы постепенно в течение нескольких лет раздвигались, полость рта увеличилась, широкое нёбо



Рис. 4-4. «Гипертрофия» дёсен при остром миелоидном лейкозе М4

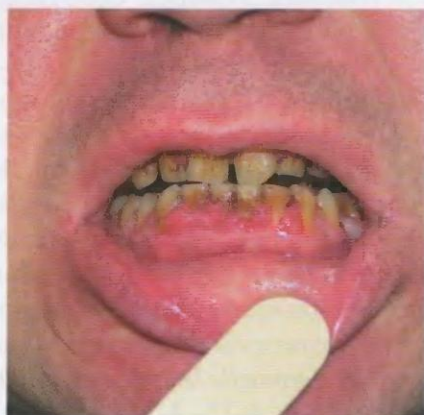


Рис. 4-5. Пародонтоз и гингивит у больного апластической анемией. Пародонтоз появился до назначения циклоспорина, гингивит — на фоне лечения

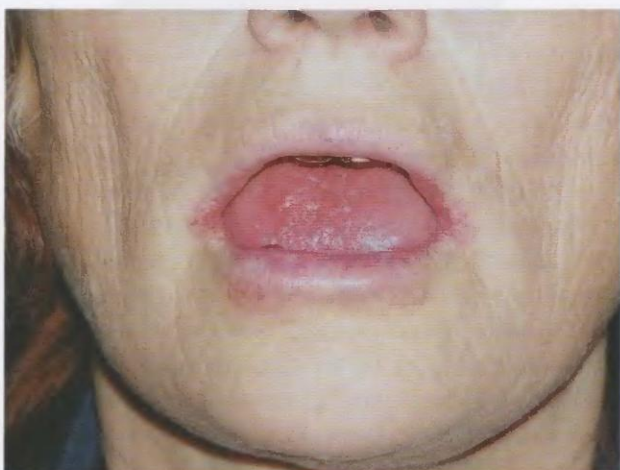


Рис. 4-6. Ангулярный стоматит, заеды. Совершенно сухой бороздчатый язык с атрофированными сосочками. Болезнь Шегрена



Рис. 4-7. Увеличение языка при амилоидозе



Рис. 4-8. Складки на спинке языка

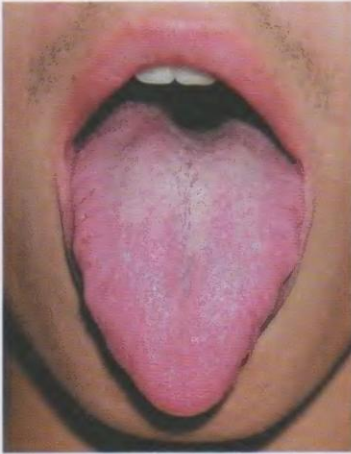


Рис. 4-9. Складки только по краям языка. Складчатый язык — малая аномалия развития. Он не считается признаком какого-либо заболевания

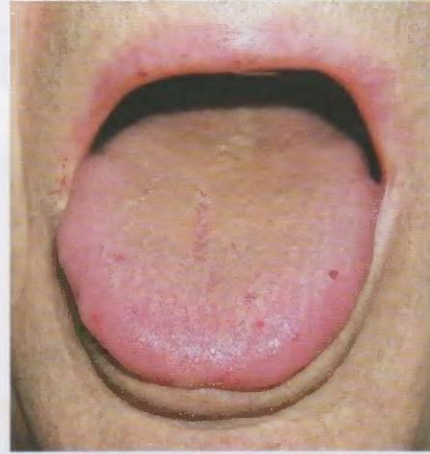


Рис. 4-10. Пациент жалуется на кровотечения только из правой половины носа. На коже лица, красной кайме губ, языке и мягком нёбе пятнистые, узелковые и редко звёздчатые телеангиэктазы, исчезающие при диаскопии. Болезнь Рандю-Ослера (см. рис. 2-60, где представлены более крупные телеангиэктазы у другого пациента)



Рис. 4-11. Язва на боковой поверхности языка, петехия и афта на кончике языка. У пациента нейтропения и тромбоцитопения. Терминальная стадия хронического миелопролиферативного заболевания



Рис. 4-12. Отпечатки зубов по краям языка свидетельствуют о его отёке. На нёбе — петехиальная сыпь, вызванная тромбоцитопенией после лечения цитостатиками

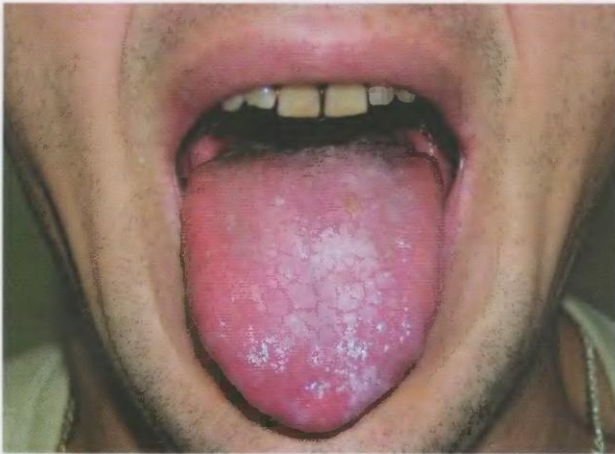


Рис. 4-13. Пациент получает иммуносупрессивную терапию. На языке имеются плохо снимающиеся белые налёты, характерные для кандидозного поражения

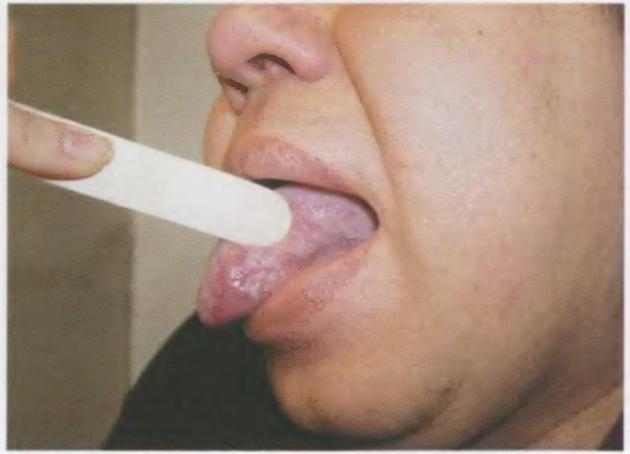


Рис. 4-14. Кандидозные налёты по краю языка

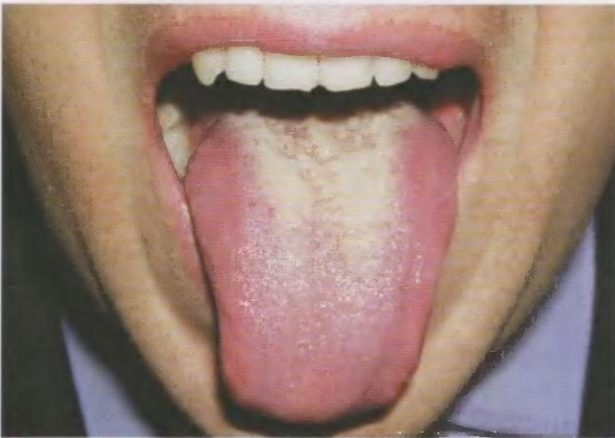


Рис. 4-15. Сильно обложенный язык у пациента с кишечными расстройствами на фоне длительной химиотерапии по поводу хронического идиопатического миелофиброза

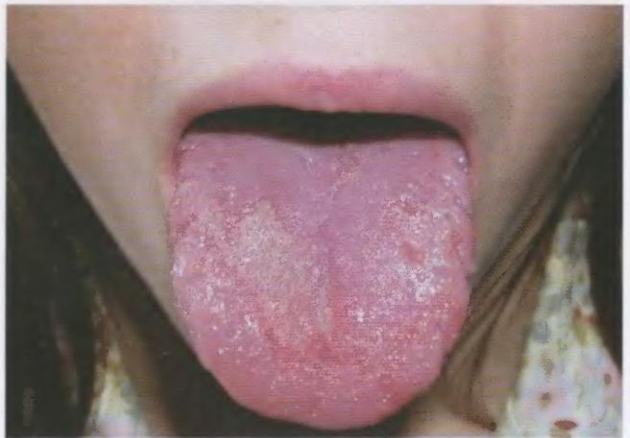


Рис. 4-16. Географический язык у молодой здоровой женщины.



Рис. 4-17. Географический язык у девушки с железодефицитной анемией.



Рис. 4-18. Географический язык у здорового юноши.



Рис. 4-19. Белый язык вследствие гипертрофии сосочков языка со стойким очагом атрофии наблюдается в течение нескольких месяцев у здоровой молодой женщины без каких-либо ощущений

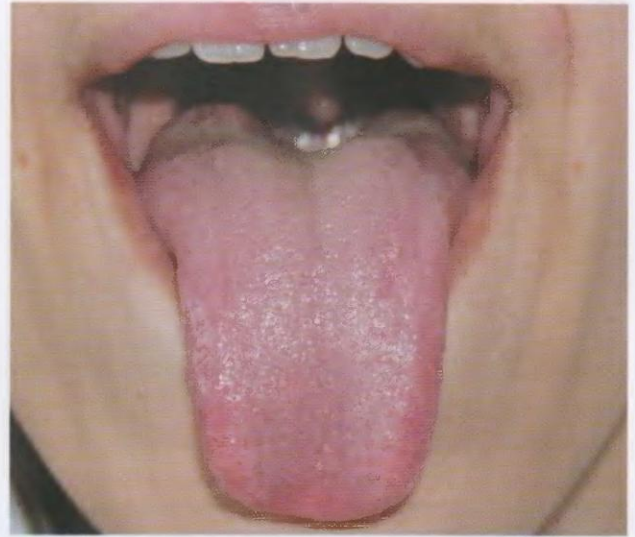


Рис. 4-20. Та же пациентка через год. Язык выглядит нормально, очаг атрофии сосочков уменьшился



Рис. 4-21. Кроваподтёк на нижней поверхности языка при тяжёлой тромбоцитопении



Рис. 4-22. Пациентка с лимфогранулематозом после полихимиотерапии и аутологичной трансплантации костного мозга. Диагноз ангиомы подтверждён гистологически. До лечения была такая же картина с другой стороны



Рис. 4-23. Через 1 мес от начала антибактериальной терапии. Существенное уменьшение ангиомы

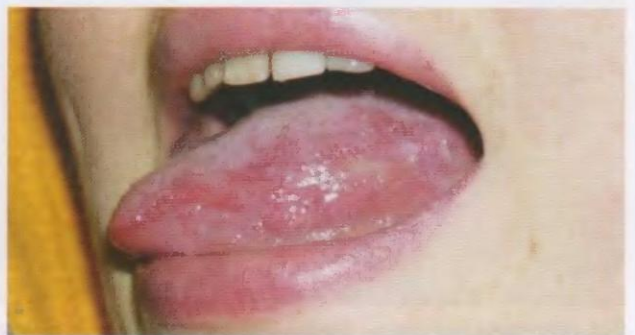


Рис. 4-24. Полное излечение



Рис. 4-25. Писк моды



Рис. 4-26. Невус на слизистой щеки. Существует более 15 лет. Он может быть причиной развития меланомы

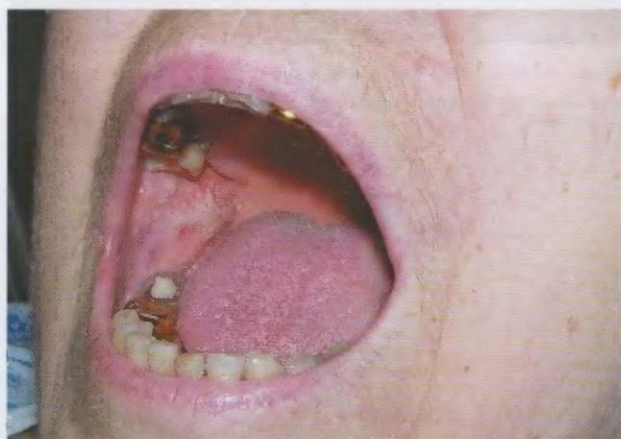


Рис. 4-27. Кандидоз слизистой щеки



Рис. 4-28. Кандидоз мягкого нёба у пациентки с иммунодефицитом: остаточные проявления на фоне противогрибковой терапии



Рис. 4-29. Энантема при системной красной волчанке: слизистая твёрдого нёба гиперемирована, частично эрозирована

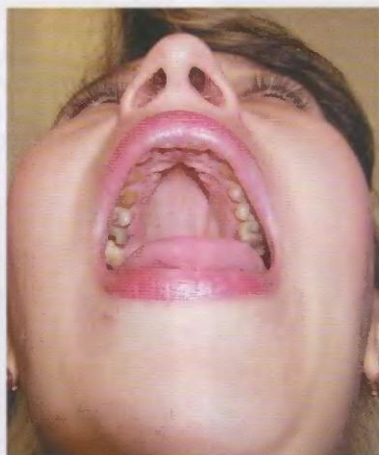


Рис. 4-30. «Готическое нёбо» считается характерным симптомом наследственной сфероцитарной анемии (см. рис. 2-22, 2-23)



Рис. 4-31. На твёрдом нёбе имеется плотное безболезненное неподвижное образование. Это остеофит. Пациентка много лет знает о его существовании. Никаких неприятностей не испытывает



Рис. 4-32. Эпулис верхней челюсти — опухоль, требующая оперативного лечения



Рис. 4-33. Некротическое воспаление слизистой твёрдого нёба с кровоточащей поверхностью, которая обнажилась после удаления фибриновых свёртков, видимых на этой фотографии



Рис. 4-34. Опухолевая инфильтрация миндалин у больного хроническим лимфолейкозом. Они полностью смыкаются и затрудняют глотание и дыхание



Рис. 4-35. Опухолевая инфильтрация миндалин. Некротическое воспаление на правой миндалине. У пациентки крупноклеточная В-клеточная лимфома



Рис. 4-36. Опухолевая инфильтрация миндалин у молодой женщины с такой же лимфомой

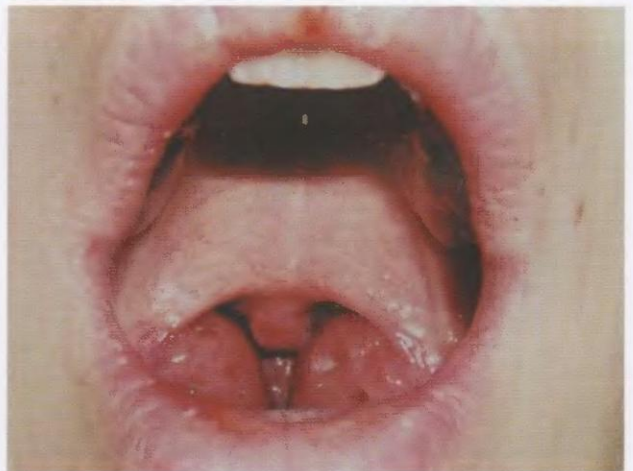


Рис. 4-37. Простая гипертрофия миндалин. Рядовой срочной службы, знает, что у него с детства большие миндалины. Признаков воспаления нет. Раньше ангинами не болел

КОЖА

ТУРГОР

Тургор кожи определяется по степени сопротивления тканей при образовании кожно-жировой складки и скорости её расправления. Хороший тургор у здоровых детей. Бытовое выражение «не ушипнуть» соответствует высокому тургору. Он уменьшается на руках и ногах в дистальном направлении вследствие уменьшения подкожного жира (рис. 5-1–5-3). С возрастом тургор снижается (рис. 5-4). Тургор и эластичность кожи снижаются при обезвоживании, когда кожная складка долго не расправляется.



Рис. 5-1. Определение тургора кожи на плече

ОКРАСКА КОЖИ

Цвет кожи может быть изменён при эритроцитозе (эритроцианоз), артериальной гипертензии (красное лицо), гемолизе, патологии печени и желчевыводящих путей (желтушность), избыточном употреблении морковного сока (каротинная желтуха, рис. 5-10, 5-11), при патологии сердца и сосудов, лёгочной недостаточности (разные виды цианоза). Бледность кожи наблюдается при острой сосудистой недостаточности, аортальной недостаточности, хронических



Рис. 5-2. Определение тургора на предплечье



Рис. 5-3. Низкий тургор на тыле кисти

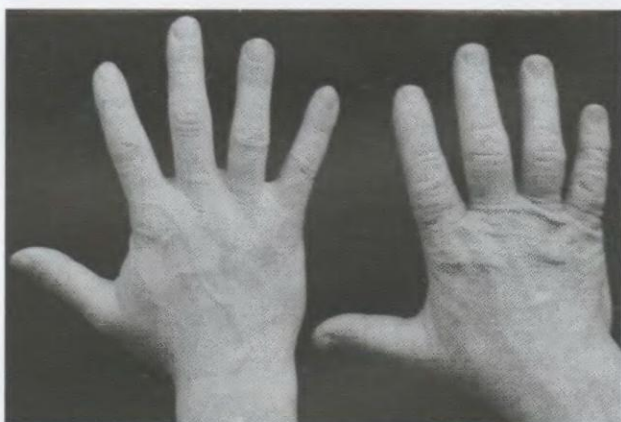


Рис. 5-4. Возрастные изменения кожи: слева кисть молодого человека, справа кисть 70-летнего мужчины. У пожилого человека при выпрямлении кисти на коже появились грубые складки, свидетельствующие о потере эластичности.



Рис. 5-5. Эритема от механического раздражения кожи при длительной пальпации — счёт рёбер при перкуссии сердца студентами во время практического занятия

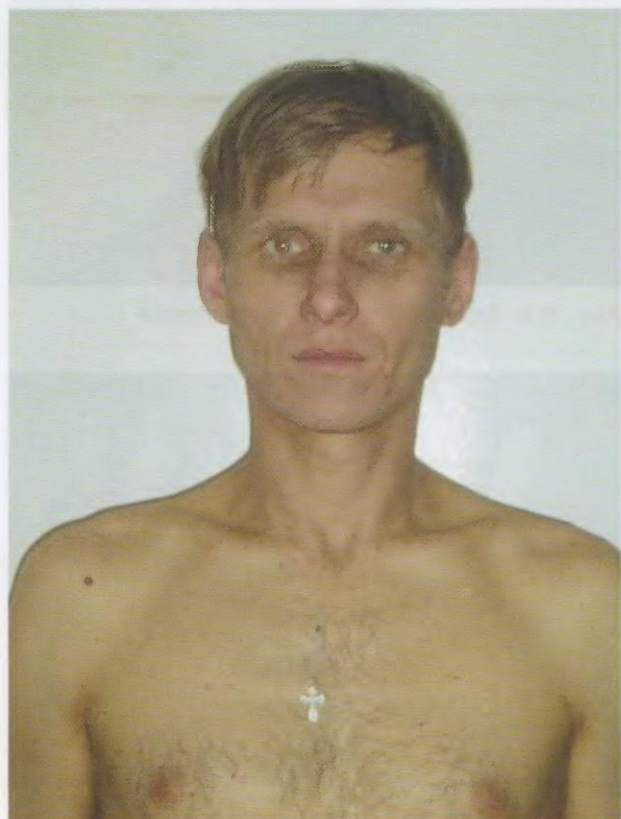


Рис. 5-6. Зелёный оттенок желтухи у больного с билиарным циррозом печени

заболеваниях почек, анемии (при железодефицитной анемии у молодых женщин бледность может быть с зеленоватым оттенком — хлороз), при отёках. Смуглая кожа может наблюдаться при надпочечниковой недостаточности (включая пигментацию ладонных складок), гемохроматозе. Серый оттенок кожи приобретает у тяжёлых онкологических больных, при циррозе печени, при алиментарном истощении. Цвет кожи может отражать этническую принадлежность пациента (рис. 5-12).

Нередко в юношеском возрасте отмечается цианотичная окраска кистей рук и предплечий (рис. 5-7). Такой акроцианоз вызван нарушением венозного оттока у людей, не имеющих достаточной мышечной массы и не занимающихся физической работой. Некоторых, особенно студентов-медиков, это пугает. Для устранения страхов полезно провести следующую пробу: поднять одну руку вверх, подержать её в этом положении 30 с (рис. 5-8), затем опустить и сравнить цвет, поместив рядом обе руки (рис. 5-9). Надо объяснить причину цианоза и дать совет заниматься физическими упражнениями. Лучше начать с утренней гимнастики.

Стойкий неравномерный цианоз кожи (*livedo reticularis* — сетчатый цианоз кожи) наблюдается при первичном антифосфолипидном синдроме, а также при васкулитах и диффузных болезнях соединительной ткани (рис. 5-13–5-15). Он может протекать с некрозами (рис. 5-16).

Мраморность кожи при охлаждении, встречающаяся у некоторых людей, при согревании быстро проходит. Она обусловлена спазмом мелких артерий без признаков облитерации или расширением мелких вен. Речь идёт о вазомоторных расстройствах.

Очаговая пигментация кожи, названная чёрным акантозом, чаще локализуется в подмышечных ямках и паховых складках. Чёрный акантоз чаще имеет коричневый оттенок и сопровождается папилломатозом (рис. 5-17–5-19). Он иногда встречается при онкопатологии. Сахарный диабет, ассоциированный с чёрным акантозом, инсулинрезистентен. При обнаружении чёрного акантоза необходимо



Рис. 5-7. Акроцианоз у здорового юноши



Рис. 5-8. Проба с поднятием руки

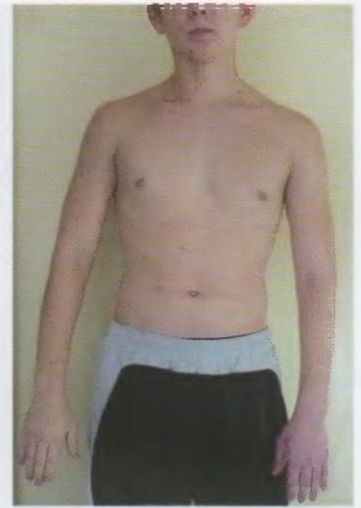


Рис. 5-9. Правая рука более бледная сразу после проведения пробы



Рис. 5-10. Ладони мужчины и женщины, у которой кожа желтушна. Это каротинная желтуха, появляющаяся при употреблении в пищу большого количества моркови или морковного сока

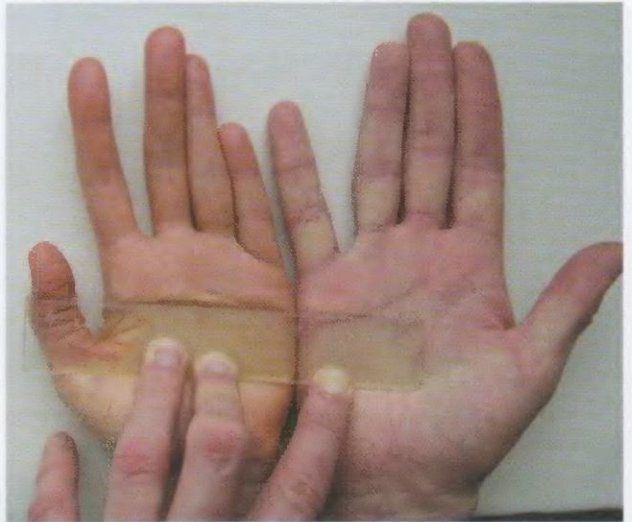


Рис. 5-11. Желтый цвет лучше выявляется при диаскопии

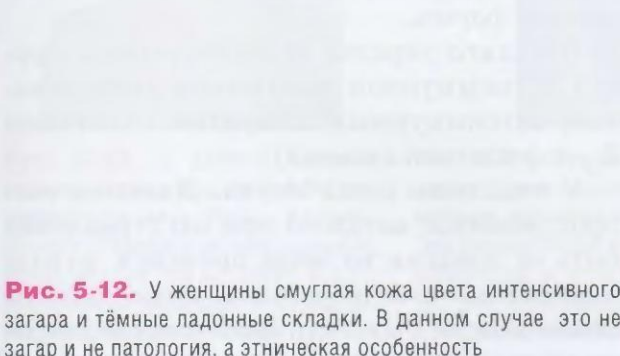


Рис. 5-12. У женщины смуглая кожа цвета интенсивного загара и тёмные ладонные складки. В данном случае это не загар и не патология, а этническая особенность



Рис. 5-13. Сетчатое ливедо у женщины с антифосфолипидным синдромом на спине



Рис. 5-14. То же на руках



Рис. 5-15. То же на ногах



Рис. 5-16. Некротизирующий сетчатый цианоз у больной системной красной волчанкой



Рис. 5-17. Чёрный акантоз, ассоциированный с фиброэластомами

проводить глюкозотолерантный тест. Иногда чёрный акантоз наблюдается при неврологической патологии.

ЭЛЕМЕНТЫ КОЖНОЙ СЫПИ

Пятно (*macula*) — изменение цвета кожи на более или менее ограниченном участке; по плотности не отличается от здоровых участков и не возвышается над окружающими тканями. Пятна делятся на невоспалительные и воспалительные. К невоспалительным пятнам относятся петехии, синяки, татуировка, пятнистые телеангиэктазы, сосудистые родимые пятна, пигментированные (*macula hyperchromica*) и депигментированные пятна (*macula achromica*). Так называемые родимые пятна могут быть разного цвета и любых размеров и формы.

Витилиго нередко ассоциируется с другой аутоиммунной патологией (тиреоидитом, аутоиммунным гастритом с витамином B_{12} -дефицитной анемией).

У известного певца Майкла Джексона распространённое витилиго при его стремлении быть не похожим на негра привело к легенде о множественных пересадках кожи, чего на самом деле не было. Его пластические операции были направлены на изменение черт лица.



Рис. 5-18. Чёрный акантоз с локализацией изменений кожи в подмышечных впадинах



Рис. 5-19. Чёрный акантоз в пояснично-крестцовой области. Кроме того, видны *striae*, появившиеся при быстром увеличении массы тела



Рис. 5-20. Рассыпанный невус — светло-коричневое пятно неправильной формы с темными пигментными пятнышками или папулами, произвольно разбросанными по его поверхности



Рис. 5-21. Множество мелких сгруппированных родимых пятен напоминают рассыпанный невус, отличие в нормальном цвете кожи между отдельными элементами



Рис. 5-22. У данного пациента родимое пятно очень светлое, жёлто-коричневого цвета. Волосы в подмышечных областях и на лоне — рыжие, более светлые, чем на голове. Всё это обусловлено наличием в меланоцитах не эумеланина чёрного цвета, а факомеланина (коричневый пигмент) и феомеланина (желтый пигмент)



Рис. 5-23. Родимые пятна при нейрофиброматозе Реклингхаузена крупные, цвета кофе с молоком или более тёмные, вплоть до чёрных. Они располагаются в любом месте туловища и конечностей. У этого пациента была заячья губа (см. рис. 2-16), пальпируется большое количество подкожных узелков. Синдром Реклингхаузена может сочетаться с другими аномалиями развития

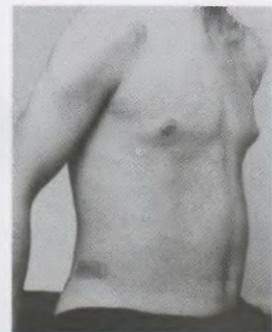


Рис. 5-24. Тот же больной, видно увеличение грудных желёз — юношеская гинекомастия



Рис. 5-25. Девочка с синдромом Реклингхаузена I типа. Крупные родимые пятна

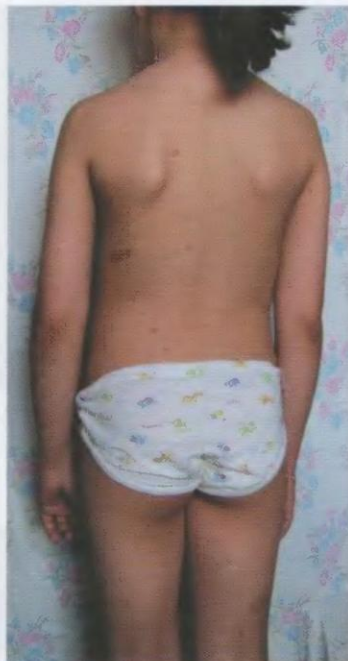


Рис. 5-26. Она же, вид со спины



Рис. 5-27. Узелковый вариант родимых пятен. Почти симметричные родимые пятна на животе у молодого человека. Их только условно можно назвать пятнами, т.к. они возвышаются над уровнем неизменённой кожи. Фактически — это узелки, а по гистологической структуре — гамартии (см. главу 9)



Рис. 5-28. Узелковые родимые пятна позади латерального надмыщелка плечевой кости



Рис. 5-29. Узелковое родимое пятно на тыле кисти. Напоминает добавочный сосок



Рис. 5-30. *Macula achromica*. Витилиго кисти



Рис. 5-31. У этой женщины потеря пигмента на дистальных частях стоп и кистей с детства

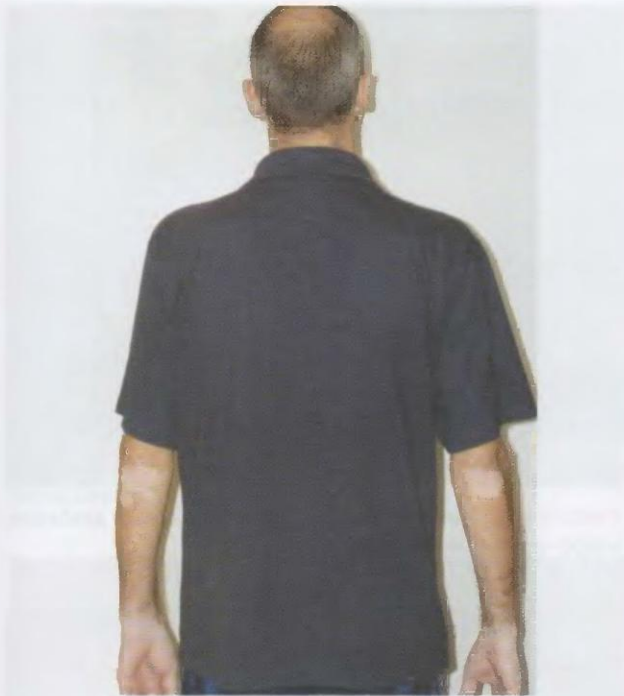


Рис. 5-32. Этот пациент поступил в клинику с диагнозом гемолитическая анемия. Внешний осмотр выявил симптомы, часто ассоциирующиеся с витамин В₁₂-дефицитной анемией: голубые глаза, раннее поседение волос, нарушение пигментации кожи, в том числе витилиго. Обследование подтвердило диагноз, терапия анемии была успешной



Рис. 5-34. Депигментированные пятна

Гемосидероз кожи голени может развиваться после кожного ангиита, застойных отеков с разрывами мелких сосудов, при диабетической микроангиопатии (рис. 5-37, 5-38). Наблюдается идиопатический гемосидероз голени, который иногда имеет наследственную предрасположенность.



Рис. 5-33. Витилиго на кистях рук. Тот же пациент



Рис. 5-35. Следы «ожога» холодным металлом на морозе -30°C (сосудистые пятна на фоне очагового гемосидероза)



Рис. 5-36. Не полностью смытый автозагар. Очень важен расспрос! Также виден отёк стопы и голени слева



Рис. 5-37. Гемосидероз у пациента с сахарным диабетом, макро- и микроангиопатией



Рис. 5-38. То же у другого пациента



Рис. 5-39. Идиопатический гемосидероз



Рис. 5-40. При диаскопии цвет пятна не изменяется



Рис. 5-41. Идиопатический гемосидероз голени в двух поколениях



Рис. 5-42. Пятнистая сливная эритема на бёдрах при дерматомиозите



Рис. 5-43. При диаскопии красно-синюшный цвет полностью исчезает



Рис. 5-44. После удаления линейки белое пятно остаётся на 10–15 с



Рис. 5-45. Пигментация кожи голеней при системной склеродермии. Кожа на стопах и голенях пигментирована, блестящая, уплотнена, её не удаётся собрать в складку



Рис. 5-46. У этой женщины витилиго в сочетании с множественными участками лентиго коричневого цвета существуют более 20 лет. На этом фоне вследствие выраженной тромбоцитопении имеются разной давности синяки, появившиеся после венепункций



Рис. 5-47. Мелкие пятна чуть темнее нормальной кожи с лёгким шелушением могут иметь много причин, включая розовый лишай и поражение простейшими (*endolimax nana*)

Геморрагические пятна

- *Петехии* — геморрагические пятна размером до 2 мм.
- *Синяки* — геморрагические пятна различных размеров вследствие пропитывания кожи кровяным пигментом, они не имеют объёма и не возвышаются над уровнем неизменённой кожи. Их цвет изменяется от багрово-красного через зелёный до жёлтого с постепенным исчезновением пятна.
- *Экхимоз* — пропитывание кровью тканей с её перемещением в любом направлении, но преимущественно вниз в силу тяжести, так что синяк может появиться далеко от места травмы.



Рис. 5-48. Сливные петехии после записи ЭКГ



Рис. 5-49. Синяк и петехии после измерения АД у больной с выраженной тромбоцитопенией



Рис. 5-50. Разной давности синяки после сильных ушибов у пациента с нормальным количеством и качеством тромбоцитов



Рис. 5-51. Синяки, расположенные почти на одном уровне наружной поверхности бёдер, обычно связаны с давлением на край высокой кровати или лёгкими ударами об него. Даже при отсутствии синяков на коже других частей тела такая локализация синяков свидетельствует о лёгком их образовании, что требует поиска причины: чаще всего речь идёт о тромбоцитопении, тромбоцитопатии, их сочетании или о дефиците витамин-К-зависимых факторов свёртывания



Рис. 5-52. Синяк после пальпации печени свидетельствует о нарушении тромбоцитарно-сосудистого гемостаза, обусловленного чаще всего тромбоцитопенией или тромбоцитопатией. Симптом описан Г.А. Алексеевым



Рис. 5-53. У пациента был большой экхимоз после ушиба (удар кулаком о камень при падении); на десятый день остались небольшое утолщение подкожной клетчатки с ультраной стороны (отёк и пропитывание кровью почти исчезли) и большой синяк. Количество тромбоцитов и коагуляционный гемостаз нормальны

Для оценки тромбоцитарно-сосудистого гемостаза можно использовать пробу щипка. Проба проводится следующим образом:

- указательным и средним пальцами обеих рук собирают кожу в складку там, где подкожный жир развит слабо (на передней поверхности предплечья или в подключичной области, рис. 5-55), концы пальцев правой и левой руки находятся на расстоянии 4–6 мм;
- резко сближают пальцы рук, усиливая давление на складку кожи (рис. 5-56).

После удаления пальцев на коже должна быть хотя бы одна петехия (рис. 5-57). Если петехия не образовалась, проба не выполнена. Если образовались одна-две петехии, оценивают пробу через 15–30 мин. При нарушении первичного (тромбоцитарно-сосудистого) гемостаза в повреждённых микрососудах не образуется тромбоцитарный тромб и на месте петехий быстро появляется синяк, а при выраженном нарушении — экхимоз (рис. 5-58–5-60). Проба щипка вполне заменяет уколочную пробу на длительность кровотечения.

Большие синяки и даже экхимозы могут появиться после пункции грудины (рис. 5-61).



Рис. 5-54. После удаления катаракты образовался огромный экхимоз со смещением крови до яремной ямки. Количество тромбоцитов менее 5 тыс./мкл. Глаз не пострадал. Зрение восстановилось



Рис. 5-55. Проведение пробы щипка: образование кожной складки



Рис. 5-56. Проведение пробы щипка: быстрое сближение пальцев с усилением давления



Рис. 5-57. Правильно проведенная проба щипка: образовалась петехия



Рис. 5-58. Небольшой синяк через 1 сут после щипка. Проба отрицательна — тромбоцитарно-сосудистый гемостаз в норме



Рис. 5-59. Проба щипка при нарушении тромбоцитарно-сосудистого гемостаза: через 30 мин после щипка виден синяк — проба положительна



Рис. 5-60. Спустя 20 мин после щипка образовался экхимоз — проба резко положительна



Рис. 5-61. После двух пункций грудины (первая была неудачной) появился экхимоз, через 3 дня объем исчез, остался большой синяк. Мелкие красные пальпирующиеся элементы — микрогемангиомы (справа — крупный план)



Рис. 5-62. Больной с токсическим циррозом печени, быстро нарастающей желтухой упал на спину. В пояснично-крестцовой области появилась припухлость, над которой вскоре образовался синяк, распространившийся на большую площадь. С предположением о наличии гематомы сделана пункция в области припухлости (непонятно зачем), крови не получено. Это был экхимоз. В проекции левой лопатки есть синяк. Множественные элементы сыпи на коже спины — акне с кровоизлияниями, единичные родимые пятна

Пурпура — множественная мелкая геморрагическая сыпь на коже и (или) слизистых оболочках. При диаскопии она не изменяется. Пурпура может быть петехиальной (рис. 5-63, 5-64) и васкулитной (рис. 5-65).

При тромбоцитопении или тромбоцитопатии элементы сыпи не возвышаются над уровнем кожи и пальпаторно не определяются, такая пурпура называется непальпируемой (рис. 5-63, 5-64).

При геморрагическом васкулите Шенлейна-Геноха, криоглобулинемии, парапротеинемии, при опухолях (включая гемобластозы), даже без наличия парапротеинов геморрагические узелки хорошо ощущаются при поглаживании — скольжении по коже мякотью пальца — это пальпируемая пурпура (рис. 5-65–5-67, 5-72, 5-73).

Токсические васкулопатии могут проявляться пальпируемой пурпурой, часто с некрозом в центре геморрагических пятен.

Не сопровождаясь выраженной лабораторной симптоматикой васкулита, они могут поражать многие органы и эффективно лечиться глюкокортикостероидами (рис. 5-67–5-71, см. также рис. 2-50, 2-51).

Воспалительные пятна (macula inflammatoria) без геморрагического компонента обусловлены расширением сосудов дермы, они исчезают при диаскопии, цвет их колеблется от бледно-розового до синюшно-красного, в процессе разрешения пятна покрываются чешуйками, оставляют после себя пигментацию или исчезают бесследно.



Рис. 5-63. Петехиальная пурпура у больного острым лейкозом. Количество тромбоцитов 12 тыс./мкл



Рис. 5-64. Подобная картина у другого больного острым лейкозом



Рис. 5-65. Геморрагический васкулит Шёнлейна–Геноха у 18-летней девушки



Рис. 5-66. Паранеопластическая васкулопатия при В-клеточной лимфоме. После каждого курса полихимиотерапии высыпания и отёк исчезали, при наступлении ремиссии не возобновлялись



Рис. 5-67. Геморрагический васкулит с поражением сосудов кожи и почек. Лихорадка, геморрагическая сыпь и анурия появились практически одновременно спустя 1,5 сут после 3-дневной алкоголизации. Кожа в области геморрагических пятен быстро некротизировалась. Внешний вид больной до лечения



Рис. 5-68. Та же больная. Кисть до лечения



Рис. 5-69. Стопы той же больной до лечения



Рис. 5-70. Через 1,5 мес. Частичное восстановление кожного покрова



Рис. 5-71. Демаркация некротизированных участков кончиков III-V пальцев. Выздоровление с дефектом



Рис. 5-72. Криоглобулинемическая пурпура с поражением почек, печени, кожи. Разнообразные поражения кожи: пятнистая эритема, геморрагические пятна, участки некроза, язвы, корки, гемосидероз



Рис. 5-73. Та же больная, вид сзади



Рис. 5-74. Воспалительное пятно над большим подкожным абсцессом



Рис. 5-75. Воспалительный инфильтрат вследствие попадания под кожу цитостатического препарата. При пальпации определяется плотный плоский болезненный инфильтрат, повышена местная температура.



Рис. 5-76. Ярко-красные пятна при токсико-аллергическом дерматите



Рис. 5-77. Пятна исчезают при диаскопии



Рис. 5-78. Синдром Лайелла, период выздоровления. На месте бывших огромных пузырей красные пятна на «молодой коже». Эпителий восстановился без образования рубцов, так как был первичный акантолиз — разрушение десмосом между клетками шиповатого слоя иммуноглобулинами (IgM и IgG) без повреждения базальных клеток



Рис. 5-79. Острая реакция трансплантат против хозяина после аллогенной трансплантации костного мозга. Пятнисто-папулёзная сыпь с зудом по всему телу. Снимки сделаны на 2-й день от начала приёма преднизолона, когда сыпь уже несколько побледнела

Узелок (papula) как первичный элемент кожных высыпаний — небольшое, резко ограниченное, плотное, слегка возвышающееся над окружающей кожей бесполое образование. Узелки образуются вследствие скопления клеток воспалительного инфильтрата преимущественно в верхних отделах дермы или в результате чрезмерного разрастания клеток того или иного слоя кожи.



Рис. 5-81. Пятнисто-папулёзная сыпь (лейкемиды) на груди при остром миелоидном лейкозе M2, t (8;21)



Рис. 5-80. Тот же пациент. Высыпания напоминают васкулитные (пальпируемую пурпуру), однако при диаскопии они полностью исчезают. При одновременно имеющейся тромбоцитопении могут быть и кровоизлияния. В данном случае это пятнисто-папулёзная эритематозная сыпь без геморрагического компонента

Различают:

- эпидермальные папулы (плоские бородавки);
- дермальные (вторичный сифилис, реакция трансплантат против хозяина, некоторые пигментные невусы);
- эпидермо-дермальные (псориаз, красный плоский лишай, лейкемиды).

Форма и окраска узелков разнообразны, даже очень маленькие узелки ощущаются при поглаживании мякотью пальца. Большие узелки называются «бляшки». Узелки часто сочетаются с небольшими пятнами — пятнисто-папулёзная сыпь (рис. 5-81, 5-82, см. также рис. 5-164–5-169, 5-175, 5-176).

Узелки и бляшки при псориазе разнообразны по форме и размеру, сливаются между собой (рис. 5-87–5-89). На поверхности имеются мелкие чешуйки, при соскабливании которых появляется «стеариновое пятно». Наиболее частая локализация псориазических высыпаний: разгибательные поверхности локтевых и коленных суставов, волосистая часть головы, голени, кисти рук, но они могут возникать на любой части тела. Часто наблюдается сезонность обострений: «летний» и «зимний» псориаз.



Рис. 5-82. Лейкемиды на спине

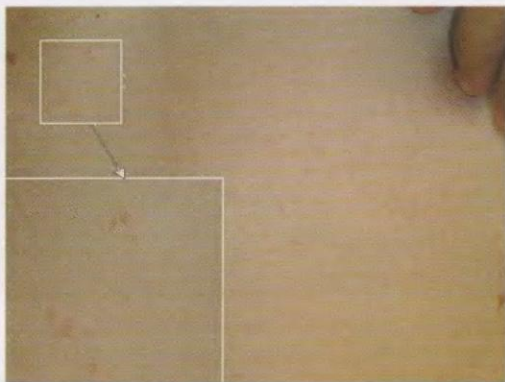


Рис. 5-84. Чесотка. Мелкая зудящая узелковая сыпь у ребёнка. При большом увеличении (слева внизу) видны попарно расположенные узелки, что типично для чесотки. Фотография О.Р. Аракаева



Рис. 5-86. Пигментный невус на ладони. Одновременно появился такой же невус на безымянном пальце. Спонтанное отторжение обоих узелков через 3 недели после того, как пациент их обнаружил



Рис. 5-83. Узелки при контагиозном моллюске. Полушаровидные блестящие узелки 2–5 мм в диаметре имеют цвет нормальной кожи или бледно-розовые. В центре некоторых элементов видно пупковидное вдавление с небольшим отверстием, из которого можно выдавить вещество творожистого вида, состоящее из клеток эпидермиса и овоидных телец. Под микроскопом овоидные тельца выглядят как створки моллюска, откуда и произошло название болезни. Это вирусное заболевание. Локализация высыпаний может быть любой: лицо, шея, грудь, тыл кистей, бёдра и др. Фотография из атласа «Кожные и венерические болезни» В.В. Владимирова, Б.И. Зудина. — М.: Медицина, 1982. — 288 с.



Рис. 5-85. Простые бородавки



Рис. 5-87. Псориаз. Узелки и бляшки на голени



Рис. 5-88. Псориазные бляшки на грудной клетке и животе



Рис. 5-89. Псориазные узелки и бляшки на груди и плече

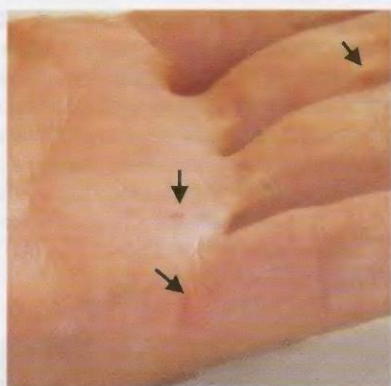


Рис. 5-90. У этого пациента каждой весной на коже разных областей тела появляются редкие красные зудящие узелки с ободком эритемы. Они появляются после сна и, вероятно, обусловлены аллергической реакцией. Иногда формируется папуловезикула (см. рис. 5-109). При расчёсывании с повреждением эпидермиса образуется эрозия, затем корка, под которой происходит эпителизация. На ладонной поверхности кисти под толстым эпидермисом без его повреждения узелок держится длительно, постепенно бледнеет и исчезает в течение 3 нед. Остаётся чешуйка, которая свободно удаляется. В конечном счёте никаких следов не остаётся. На рисунке показаны узелки через 1 нед после появления. После замены матраца и более частой смены постельного белья узелки перестали образовываться. Маловероятно влияние постельного клеща, так как наблюдалась сезонность патологии



Рис. 5-91. В данном случае узелки представляют собой множественные мелкие ксантомы, они располагаются на локтевых сгибах. Больная с первичным билиарным циррозом печени



Рис. 5-92. Узелки на тыльной и ладонной поверхностях кистей. Больная с первичным билиарным циррозом печени



Рис. 5-93. Метастазы агрессивной В-клеточной лимфомы в коже грудной клетки



Рис. 5-94. Многолетние изменения кожи, преимущественно на руках в виде эластичных узлов, сливающихся между собой. Немного увеличены периферические лимфоузлы. По биоптату кожи диагностирована болезнь Дивержи. Оценка гистологических срезов удалённого лимфоузла трактовалась различными специалистами неодинаково. Только после биопсии небольшого узелка, появившегося в конъюнктиве нижнего века, поставлен диагноз лимфомы маргинальной зоны. Лечение лимфомы привело к постепенному уменьшению кожных изменений



Рис. 5-95. Различные узелковые элементы у 77-летней женщины: микрогемангиомы от ярко-красного (1) до тёмно-вишнёвого (2) цвета, «старческие бородавки» (3). Количество мелких элементов не поддаётся подсчёту



Рис. 5-96. На коже спины пациента наблюдается множество элементов сыпи: микрогемангиомы (чёрная стрелка), мелкие беспигментные пятна, бледные «старческие бородавки» (красная стрелка). Атерома с комедоном — чёрной пробкой в протоке сальной железы (синяя стрелка)



Рис. 5-97. Врождённая кератома (гамартия) — полушаровидное с зернистой поверхностью образование. Ещё одна маленькая кератома (чёрная стрелка). Очень мелкие микрогемангиомы (красные стрелки), «старческие» бородавки, крупная помечена синей стрелкой

В настоящее время узловатую эритему относят к гиподермальным васкулитам. Она может иметь как острое течение с лихорадкой и артралгиями, так и хроническое — с рецидивами узловатых высыпаний без выраженной общей симптоматики.

Существуют признаки, объединяющие кожные (дермальные, дермо-гиподермальные и гиподермальные) васкулиты:

- воспалительный характер изменений кожи;
- склонность высыпаний к отеку, кровоизлияниям, некрозу;
- симметричность поражения;
- полиморфизм высыпных элементов (обычно эволюционный);
- первичная или преимущественная локализация на нижних конечностях (в первую очередь на голенях);
- наличие сопутствующих сосудистых, аллергических, ревматических, аутоиммунных и других системных заболеваний;
- нередкая связь с предшествующей инфекцией или лекарственной непереносимостью;
- острое или периодически обостряющееся течение.

На рис. 5-98, 5-99 представлена узловатая эритема на голенях и бёдрах. Плотные болезненные сливающиеся между собой узлы, температура кожи над ними повышена. Цвет красный или красно-фиолетовый. Поражение кожи бёдер такого объёма — большая редкость.



Рис. 5-98. Узловатая эритема на голенях и бёдрах



Рис. 5-99. Та же больная. Редко встречающиеся очень крупные узлы на бёдрах



Рис. 5-100. Туберозные ксантомы — узлы невоспалительного характера, за счёт отложения липидов при билиарном циррозе печени (см. рис. 5-91, 5-92, та же больная)



Рис. 5-101. Келоид — избыточное разрастание рубцовой ткани в дерме и глубоких тканях в зоне травмы. Возникает спустя недели и месяцы после заживления травматического повреждения. Покрыт атрофичным эпителием с подлежащими участками телеангиэктазий. Узлы выступают над поверхностью кожи. У этой пациентки келоид появился после вакцинации, рецидив после оперативного удаления

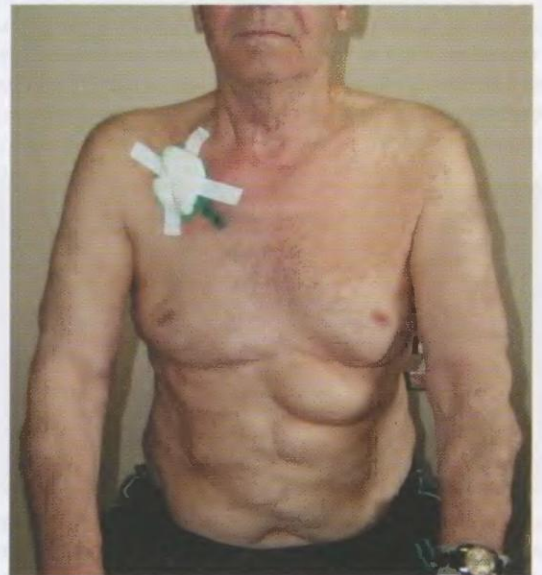


Рис. 5-102. Множественные липомы в подкожной клетчатке и витилиго у больного с волосатоклеточным лейкозом



Рис. 5-103. Безболезненный липоматоз подкожной клетчатки. При хронических лимфоидных гемобластозах небольшие аномалии развития встречаются значительно чаще, чем при других опухолях системы крови



Рис. 5-104. Одиночная липома над дельтовидной мышцей. Подкожные липомы мягкие, подвижные, кожу над ними удается собрать в складку в отличие от атером и панникулитных узлов



Рис. 5-105. При миеломной болезни (опухоль из плазмочитов) видимые узлы могут быть двоякого происхождения: плазмоцитарная инфильтрация с разрушением кости, как у этой больной, или амилоидная опухоль



Рис. 5-106. У пациента с миеломой Бенс-Джонса после пункции грудины появилась подвижная, не спаянная с костью опухоль, состоящая из амилоида с незначительным количеством плазмочитов (амилоидная опухоль). Такие опухоли в коже и подкожной клетчатке формируются преимущественно из лёгких цепей иммуноглобулинов.



Рис. 5-107. Метастаз лимфомы в подкожную ткань

Бугорок (tuberculum) — это ограниченное плотное, выступающее над поверхностью кожи бесполостное образование диаметром 1–10 мм. Представляет собой расположенный в дерме воспалительный клеточный инфильтрат типа гранулёмы. Цвет бугорков различный — от розово-красного до синюшно-багрового. Они могут распадаться, образуя язву, рубцеваться или заканчиваться рубцовой атрофией кожи. Бугорковые элемент характерны для туберкулёза, лепры, третичного сифилиса.



Рис. 5-108. Лепра, лепроматозный тип. Фотография из атласа «Кожные и венерические болезни» В.В. Владимирова, Б.И. Зудина. — М.: Медицина, 1982. — 288 с.



Рис. 5-109. Пузырёк. Патология обусловлена реакцией на неуточнённый аллерген (см. рис. 5-90)

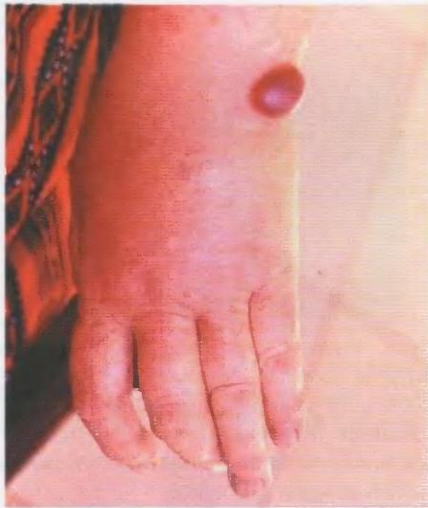


Рис. 5-110. Геморрагический напряжённый пузырь и отёк кисти при аллергической реакции у больной хроническим лимфолейкозом. Тромбоцитопения 23 тыс./мкл



Рис. 5-111. Иммунный геморрагический васкулит с поражением артериол, о чём свидетельствуют некрозы концевых фаланг пальцев. Видны большие геморрагические пузыри на руках

Пузырёк (vesicula) — поверхностное, в пределах эпидермиса, слегка выступающее над окружающей кожей полостное образование, содержащее серозную жидкость. Величина пузырька колеблется от 1 до 3–5 мм. В процессе развития пузырьёк может вскрыться, образовав эрозию, или подсохнуть, превратившись в чешуйки, и оставить после себя временную гиперпигментацию (депигментацию). Пузырьки наблюдаются при экземе, дерматите, герпесе и др.

Пузырь (bulla) — полостной элемент большой величины до — 3–5 см и более — в верхних слоях эпидермиса или субэпидермально. Содержимое серозное, гнойное, геморрагическое. Пузырь может спадаться, образуя ссохшиеся корочки, или вскрыться с эрозиями. Остаётся нестойкая пигментация. Пузыри возникают при пузырьчатке, герпетиформном дерматите Дюринга, остром дерматите, стрептококковом импетиго, эпидермофитии стоп и др.

Эрозия (erosio) — дефект кожи в пределах эпидермиса вследствие вскрытия пузырьков, пузыря или нарушения целостности эпителия на поверхности папул. Поверхность эрозий имеет красный цвет, гладкое дно с серозным отделяемым, заживает бесследно.

Язва (ulcus) — дефект кожи или слизистых оболочек и подлежащих тканей. Заживает с образованием рубца (рис. 5-120).



Рис. 5-112. Геморрагические пузыри на ногах (та же больная). Длительная терапия глюкокортикоидами привела к выздоровлению с дефектом — концы пальцев ампутированы



Рис. 5-113. Ожог II степени с образованием пузыря

Корка (crusta) образуется на коже в результате высыхания серозного, кровянистого или гнойного отделяемого мокнущей поверхности (рис. 5-117, 5-118, 5-121, 5-123).

Рубец (cicatrix) представляет собой соединительную ткань, образующуюся на месте глубокого невоспалительного дефекта кожи (глубокая ссадина, язва, трещина) или воспалительного процесса (язва, нагноившаяся рана).



Рис. 5-115. Синдром Лайелла. Много небольших вялых пузырей с серозным содержимым и эрозии после вскрытия пузырей. Вследствие акантолиза поверхностный слой эпидермиса легко смещается, образуя эпидермальные складки (вверху справа)



Рис. 5-117. Корки на кисти после некроза кожи при агранулоцитозе



Рис. 5-114. Реакция трансплантат против хозяина после гемотрансфузии. Пузыри на руке и пятнисто-папулёзная сыпь на туловище. Фотография проф. А.А. Масчана, демонстрированная в докладе Н.Б. Михайловой (СПбГМУ им. академика И.П. Павлова. Кафедра гематологии, трансфузиологии и трансплантологии) на конференции в г. Мурманске, 2007 г.

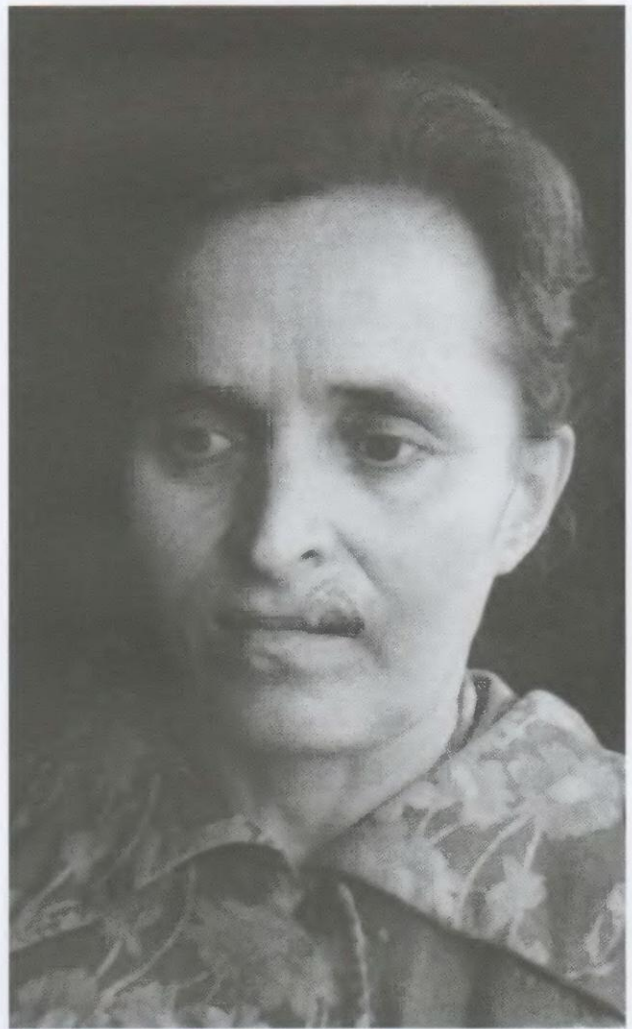


Рис. 5-116. Некроз кожи при гаптенном агранулоцитозе на верхней губе с образованием язвы



Рис. 5-118. Катастрофический антифосфолипидный синдром. Нарушения микроциркуляции проявляются сетчатым цианозом (*livedo reticularis*), эритроцианозом пальцев с некрозами. Вид с ладонной стороны кисти



Рис. 5-119. Тыл кисти той же больной



Рис. 5-120. Та же больная. Некрозы кожи и более глубоких тканей с образованием язв



Рис. 5-121. Рецидивирующие язвы на плече при синдроме Чарга–Стросс — варианте узелкового полиартериита, который включает также бронхиальную астму и большую эозинофилию. Васкулит может протекать с некрозами



Рис. 5-122. У этой же пациентки глубокие язвы заживают с грубым рубцеванием, в результате ограничены движения большого пальца левой руки



Рис. 5-123. Та же больная. Рубцовая деформации стопы, особенно V пальца. Корка над язвенной поверхностью



Рис. 5-124. Рубцы после угревой болезни



Рис. 5-125. Тот же пациент, фото со спины

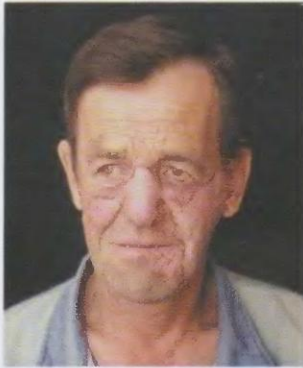


Рис. 5-126. Пациент с дискоидной красной волчанкой, стадия рубцевания



Рис. 5-128. Опоясывающий лишай, вызывает *varicella zoster* (вирус герпеса человека III типа). Характерно появление боли задолго до герпетических высыпаний. После разрушения пузырьков образуется эрозивная поверхность с последующим рубцеванием. Рубцы сохраняются на всю жизнь



Рис. 5-127. Атрофические рубцы на коже голеней у больной, принимающей преднизолон более 30 лет

Гнойничок (pustula) — полостной островоспалительный элемент с гнойным содержанием. Различают *фолликулярный гнойничок, фликтену и акне*.

- Фолликулярный гнойничок формируется на месте выхода волоска (фолликула).
- Акне формируется вокруг выводящего протока сальной железы.
- Фликтена — вариант пустулы, не связанный ни с волосным фолликулом, ни с сальной железой.



Рис. 5-130. *Acnae vulgaris* на коже спины у 19-летнего юноши. Необходимо дифференцировать с демодекозом. В данном случае демодекоз исключён



Рис. 5-129. Фолликулярный гнойничок справа. Корка после вскрытия пустулы и высыхания экссудата



Рис. 5-131. *Acnae* на фоне лечения преднизолоном

Рис. 5-132. Фликтена: у 16-летней девушки после переохлаждения повысилась температура до 39 °С. Принимала жаропонижающие препараты. На 2-й день болезни в тяжёлом состоянии госпитализирована в РАО с одышкой (число дыхательных движений 36–40/мин). В крови панцитопения, агранулоцитоз: лейкоциты 0,5–0,3 тыс./мкл, тромбоциты снижались до 34 тыс./мкл, гемоглобин до 58 г/л. Кашель сухой, при бронхоскопии полное отсутствие экссудата в бронхах, возможно, из-за недостатка нейтрофилов. В трепанобиоптате подвздошной кости нет признаков аплазии или лейкоза. Панцитопения, по-видимому, вызвана гиперчувствительностью к препаратам, которые принимала пациентка для снижения температуры. На фотографии представлены фликтена над голеностопным суставом и септические отсевы в виде узелков. Из крови высеян золотистый стафилококк

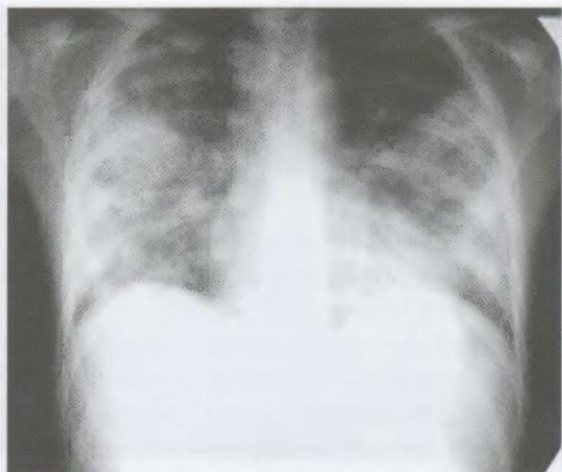


Рис. 5-133. Рентгенограмма той же больной: двусторонняя пневмония. Помимо этого, были множественные узелки на коже живота и ног, лишь 2 из них с нагноением, 2 септических очага в печени



Рис. 5-134. Та же больная. Через 9 дней от начала лихорадки на КТ выявлены многочисленные полости в лёгких (поперечный срез)



Рис. 5-135. Фронтальная реконструкция. Получен отличный эффект от антибиотиков в сочетании с высокодозным иммуноглобулином для внутривенного введения. Уровень тромбоцитов и лейкоцитов быстро восстановился. Полное выздоровление



Рис. 5-136. Острая крапивница. Женщина родом с Урала отдыхала и загорала в жарких странах. По возвращении домой после употребления в пищу мёда появился сильный зуд и уртикарные высыпания

Волдырь (urtica; крапивница) — островоспалительный, несколько возвышающийся над уровнем кожи бесполостной элемент величиной от 2–3 мм до 10 см и более, красного, бледно-розового или белого цвета, бесследно исчезающий через несколько часов, но склонный к миграции. Ограниченный отёк сосочкового слоя с одновременным расширением капилляров. Всегда сильный зуд. Волдыри наблюдаются при крапивнице, герпетическом дерматите Дюринга и др.



Рис. 5-137. Лекарственная крапивница и отёк верхней губы



Рис. 5-138. Уртикарный дермографизм, другой патологии не выявлено



Рис. 5-139. Большие пласты эпидермиса у пациента с Т-клеточной CD4+ лимфомой кожи и лейкокемизацией — синдромом Сезари (см. рис.5-143–5-146)

Чешуйка (squama) — скопление отторгающихся клеток рогового слоя, иногда и более глубоких слоёв эпидермиса (псориаз, разноцветный лишай, себорея, экзема, нейродермит, эритродермия при лимфомах и др., рис. 5-139–5-142, 5-144–5-146).

Эритродермия (erythrodermia) — покраснение, уплотнение и утолщение кожи с зудом и шелушением (рис. 5-142–5-146).

Ссадина (excoriatio) — дефект кожи, появляющийся в результате поверхностной травмы, например при расчёсах, когда имеет линейную форму. При дефекте эпидермиса в пределах рогового слоя видны лишь шелушащиеся полосы. При поражении более глубоких слоёв возникает серозное отделяемое, возможно капиллярное кровотечение с последующим образованием желтоватых или кровянистых корочек, после отделения которых образуется рубец (рис. 5-151, 5-152).

Лихенификация (lichenificatio) — уплотнение кожи, образующееся чаще всего в результате слияния узелков, проявляющееся чрезмерным усилением кожного рисунка. Причины: нейродермит, хроническая экзема и др (рис. 5-153).



Рис. 5-140. Вторичный икhtiоз у больной с хронической обструктивной болезнью лёгких

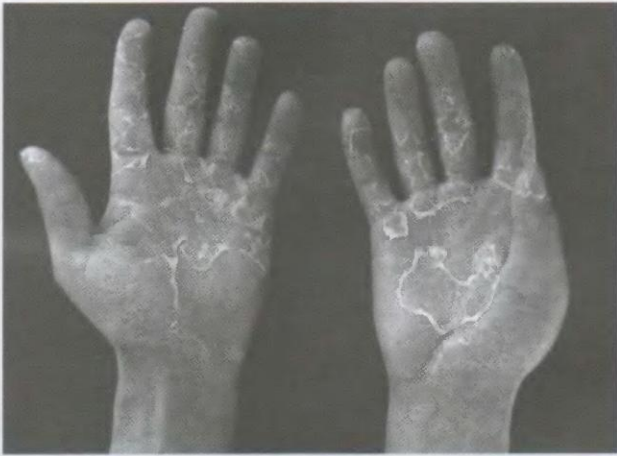


Рис. 5-141. На 4-й нед тяжёлой болезни у человека, занимавшегося физическим трудом, произошло отторжение старого толстого эпидермиса. Клинические проявления акантолиза отсутствуют — это не патология кожи, а «сходят мозоли»



Рис. 5-142. Пациентка жалуется на зуд. Кожа лица отёчна, утолщена, волосы на голове и в подмышечных впадинах отсутствуют, шелушение кожи волосистой части головы, виден большой подмышечный лимфоузел. У больной лимфома из Т-лимфоцитов с поражением кожи (эритродермия) и лимфоузлов



Рис. 5-143. Эритродермия. У больного — синдром Сезари, представляющий собой Т-клеточную лимфому кожи из CD4+ лимфоцитов. После метастазирования опухолевых клеток в костный мозг они могут циркулировать в крови — фаза лейкемизации. Утолщение и потеря тонуса кожи, выраженная краснота



Рис. 5-144. Тот же больной. Крупнопластинчатое шелушение кожи



Рис. 5-145. Кисть этого пациента. Тыльная поверхность



Рис. 5-146. Ладонь этого больного

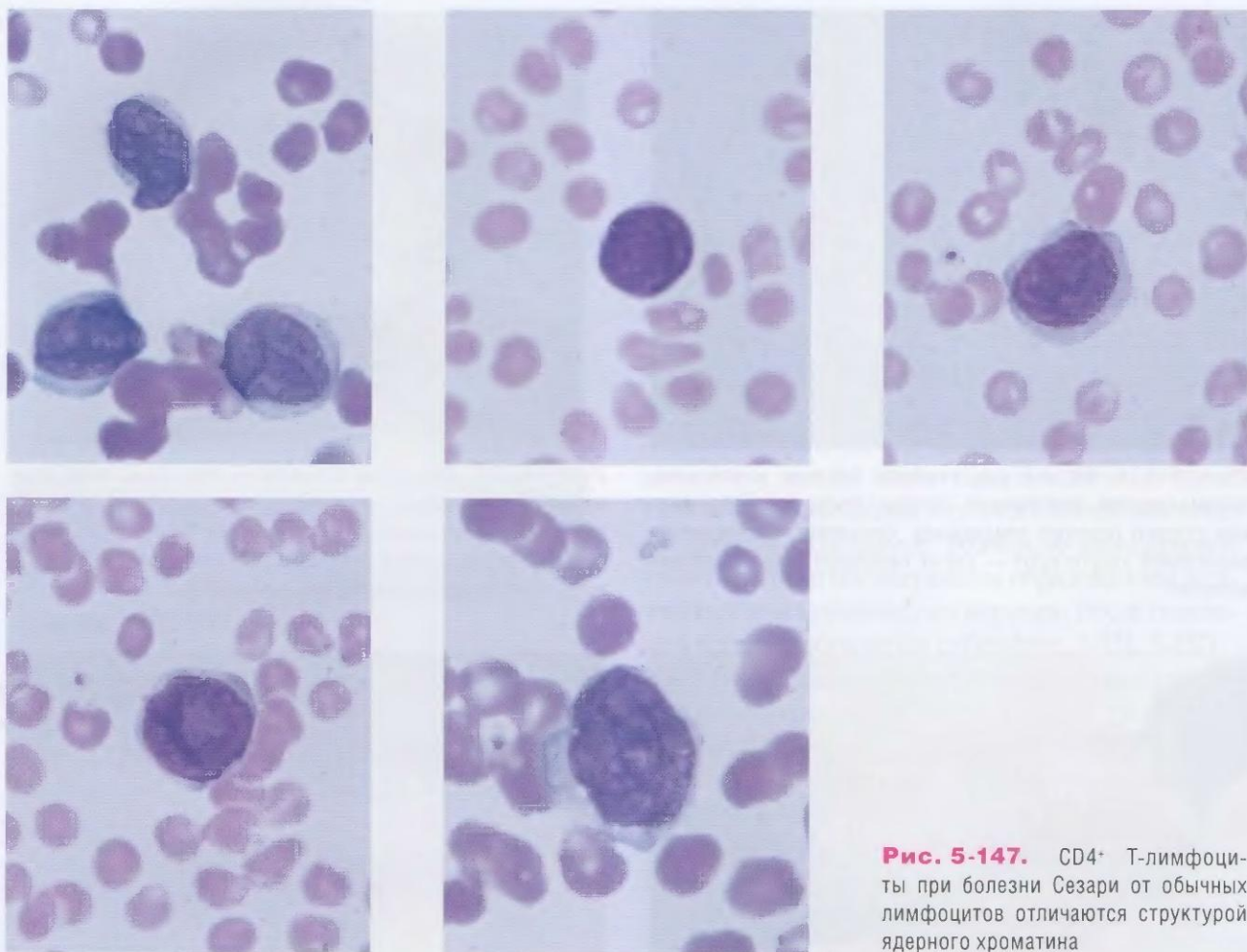


Рис. 5-147. CD4⁺ Т-лимфоциты при болезни Сезари от обычных лимфоцитов отличаются структурой ядерного хроматина



Рис. 5-148. Грибовидный микоз — тоже Т-клеточная лимфома кожи. Бляшки с некрозами и толстыми корками



Рис. 5-149. Отдельная бляшка крупным планом



Рис. 5-150. Отрубевидный лишай

Телеангиэктазии. Различают пятнистые, узелковые и звёздчатые телеангиэктазии. Они образуются при расширении мелких кровеносных сосудов, имеют мягкие стенки и исчезают при диаскопии (см. рис. 1-32, 1-33). Причиной появления телеангиэктазий могут быть соединительнотканная дисплазия (все типы) и цирроз печени (звёздчатые). Единичные сосудистые элементы, в том числе и звёздчатые, наблюдаются и у здоровых людей. Они возникают в любом возрасте, часто во время беременности или приёма оральных контрацептивов, исчезают через 6–9 мес после родов или прекращения приёма препаратов. У звездчатых телеангиэктазий центральный возвышающийся сосуд может пульсировать. Лечение не требуется.

В медицинской литературе телеангиэктазии, особенно узелковые и звёздчатые, нередко называются «гемангиомы». Кавернозные микрогемангиомы кожи описаны С.А. Тужилиным как симптом панкреатита — «рубиновые капельки». На самом деле они не имеют диагностического значения и встречаются с большой частотой как у здоровых, так и у заболевших людей. Количество микрогемангиом увеличивается с возрастом. Часто прослеживается доминантный тип наследования.



Рис. 5-151. Корочка после линейной ссадины (кошачья царапина)



Рис. 5-152. Рубчик после удаления корочки, который вскоре исчез



Рис. 5-153. Лихенификация. Атопический дерматит у пациента 25 лет; болеет с детства



Рис. 5-154. Звёздчатые телеангиэктазии при циррозе печени. В центре телеангиэктаза над кожей выступает сосуд, от которого идут «лучи» во все стороны; общая площадь «звёздочки» может составлять более 1 см²



Рис. 5-155. Звёздчатые телеангиэктазии на спине при циррозе печени

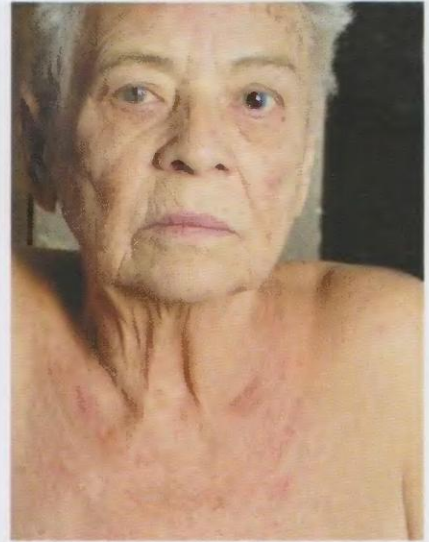


Рис. 5-156. Телеангиэктазии в зоне декольте. Бледность этой пациентки вызвана кровопотерей из варикозно расширенных вен пищевода



Рис. 5-157. Линейные и ветвящиеся телеангиэктазии на наружной поверхности бедра, появились 30 лет назад при беременности. Не имеют диагностического значения и не требуют лечения, за исключением удаления косметического дефекта. Попытка лечения рекламируемыми препаратами местно и внутрь не дала никакого эффекта. Такие изменения мелких внутрикожных вен не связаны с варикозной болезнью

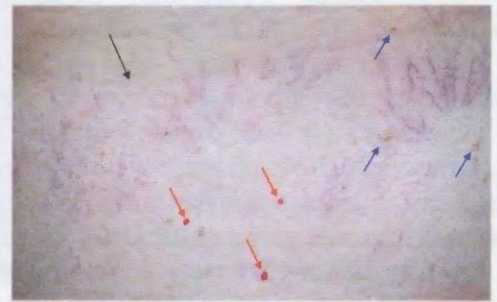


Рис. 5-158. Линейные и ветвистые телеангиэктазы у молодой здоровой женщины на груди (чёрной стрелкой показана складка кожи под молочной железой). Кроме того, видны микрогемангиомы (красные стрелки) и «старческие» бородавки (синие стрелки)



Рис. 5-159. Микрогемангиома у здоровой молодой женщины



Рис. 5-160. Множество микрогемангиом, не связанных с каким-либо заболеванием. Слева на грудной клетке по передней подмышечной линии имеется небольшая гамартия — кожная подвеска. У пациентов с большим количеством микрогемангиом нередко встречаются и другие небольшие аномалии в виде гамартий



Рис. 5-161. Множественные микрогемангиомы кожи у пациентки с неаллергическим отёком (простое совпадение)



Рис. 5-162. При диаскопии микрогемангиомы могут немного бледнеть, но не исчезают, так как в отличие от телеангиэктазов имеют толстые стенки и не обескровливаются при давлении

Пигментная крапивница. Кожный мастоцитоз может проявляться как пигментная крапивница, диффузная эритема без шелушения, пятнистая телеангиэктазия, буллёзная форма или мастоцитомы. Пигментная крапивница обычно представлена красно-коричневой пятнисто-папулёзной сыпью. После трения или давления остаётся стойкая эритема, а иногда появляются волдыри (*симптом Унны*).



Рис. 5-163. У этой женщины наряду с микрогемангиомами имеются крупная гемангиома и голубой невус



Рис. 5-164. На фоне обильной пятнисто-папулёзной красно-коричневой сыпи видны 2 участка яркой эритемы (над подвздошной костью справа кожа несколько утолщена, а у верхнего угла лопатки — небольшая мастоцитомы), эритематозные полосы вдоль позвоночника после скольжения пальцем по коже. Напротив, где было давление от пояса и лямки, стойкий белый дермографизм

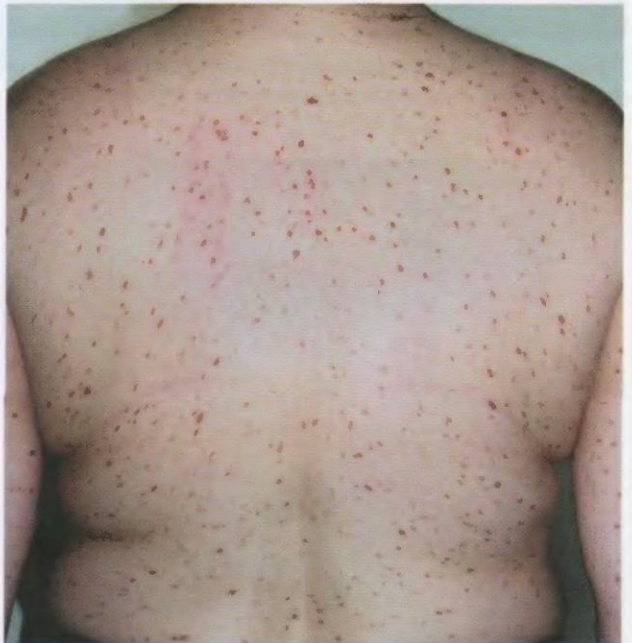


Рис. 5-165. Сыпь более красная и менее обильная. У внутреннего края левой лопатки эритема от линейки после диаскопии



Рис. 5-166. Пигментная крапивница у больного системным мастоцитозом: красно-коричневая пигментно-сосудистая сыпь по всему телу. Красный компонент — сосудистый (расширены мелкие кровеносные сосуды), коричневый — пигментный



Рис. 5-167. При диаскопии сосудистый компонент исчезает, так как от давления сосуды обескровливаются, а коричневый цвет остаётся.



Рис. 5-168. После давления линейкой осталась стойкая яркая эритема — положительный симптом Унны



Рис. 5-169. Симптом Унны. После трения элементы сыпи стали более яркими и возвышаются над кожей



Рис. 5-170. Папулёзно-буллёзная форма кожного мастоцитоза у ребёнка 6 месяцев с очень редкой локализацией высыпаний на лице



Рис. 5-171. Тот же больной. Стрелками отмечены: белой — булла, синей — вскрывшийся, не полностью опорожнённый пузырь, красной — эрозии, покрываемые корками



Рис. 5-172. У женщины с индолентным мастоцитозом на голенях большие красно-коричневые пятна. Жалобы отсутствуют, за исключением косметического неудовлетворения. На груди, спине и животе типичная пятнисто-папулёзная сыпь



Рис. 5-173. При диаскопии сосудистый компонент (красный цвет) исчезает, остаётся пигментация (коричневый цвет)



Рис. 5-174. Системный мастоцитоз с поражением кожи, печени, селезёнки, костного мозга. На стопах и голенях очень тёмная сыпь, на фоне пигмента сосудистый компонент едва прослеживается



Рис. 5-175. Системный мастоцитоз, ассоциированный с хроническим миеломоноцитарным лейкозом. Для отличия пигментной крапивницы от лейкомидов надо проверить симптом Унны, при необходимости — провести биопсию кожи



Рис. 5-176. Тот же больной. Крупный план

ЗУД И РАСЧЁСЫ



Рис. 5-177. Комариные укусы у пациентов с хроническим лимфолейкозом нередко сопровождаются выраженной гиперемией, появлением волдырей, папул и инфильтратов часто с выраженным зудом. По выражению акад. А.И. Воробьёва, «комары любят больных хроническим лимфолейкозом». Реакция на комариный укус через 1 сут после инцидента



Рис. 5-178. Через 4 сут после укуса на передней поверхности предплечья мелкие пузырьки на фоне эритемы, зуд не снимается приёмом антигистаминных препаратов



Рис. 5-179. Рука того же пациента. Эрозии после расчёсывания. На предплечье везикулы после новых комариных укусов



Рис. 5-180. Больная с Т-клеточной лимфомой: поражение лимфоузлов, селезёнки и кожи. Зуд появился за несколько лет до изменений в крови и обнаружения гематологом увеличенных лимфоузлов. Сильный зуд заставляет больную расчёсывать кожу до крови. Образуются корки, под которыми медленно происходит эпителизация



Рис. 5-181. Расчёсы на голенях у больной с лимфомой Ходжкина



Рис. 5-182. Расчёсы кожи на груди. Кроме того, у больной видны расширенные вены на шее из-за сдавления верхней полой вены конгломератом лимфоузлов. Опухоль прорастает в переднюю грудную стенку. Асимметрия молочных желёз из-за лимфостаза слева



Рис. 5-183. Расчёсы у больной первичным билиарным циррозом печени. Кожа сухая. Желтуха имеет коричневый оттенок (меланин). Видны также маленькие ксантомы, самая крупная на II пальце



Рис. 5-184. Покраснение кожи — аллергическая реакция на цитрусовые



Рис. 5-185. Продольная исчерченность ногтевых пластинок чаще всего не имеет диагностического значения. Усиливается с возрастом. Большие пальцы мужчины 65 лет, практически здорового



Рис. 5-186. Тот же больной через 5 лет. На месте небольшой неровности края ногтевой пластинки большого пальца правой руки появилось продольное расщепление. У мужчины нарушена трофика вследствие ранения этого пальца с ладонной стороны в детстве



Рис. 5-188. Белые пятна на ногтях у 19-летнего юноши. Виден также акроцианоз, обусловленный нередкой в этом возрасте недостаточностью венозного оттока при небольшой двигательной активности



Рис. 5-190. То же у пациентки с врожденным пороком сердца, высокой лёгочной гипертензией

ИЗМЕНЕНИЯ НОГТЕВЫХ ПЛАСТИН

С возрастом дистрофические изменения ногтевых пластинок часто нарастают. Иногда они приобретают необычный вид.

Небольшие белые пятна на ногтевых пластинках нередко появляются и исчезают в детском и юношеском возрасте. Их диагностическое значение неизвестно. Такие пятна у пациентов зрелого возраста хотя и свидетельствуют об очаговых дистрофических изменениях самих ногтей, но наблюдаются при разнообразных заболеваниях, поэтому диагностического значения не имеют.



Рис. 5-187. Срединная дистрофия ногтей. Без видимой причины появилась деформация ногтей, которая сохраняется в течение более 10 лет



Рис. 5-189. Белые пятна на ногтевых пластинках у больной с остеоартритом



Рис. 5-191. Поперечные вогнутые полоски на ногтевых пластинках (линии Бо) появляются через несколько недель от начала тяжёлого заболевания. По расстоянию их от надногтевого валика можно судить о давности перенесенной болезни



Рис. 5-192. У этого пациента остановился рост ногтей на всех пальцах рук во время скарлатины 3 мес назад. Размеры новых ногтевых пластинок, около 5–6 мм, не соответствуют нормальной скорости роста 0,1 мм/день вследствие другого тяжёлого заболевания. Кроме нарушения роста ногтей, у пациента было обильное схождение эпидермиса на кистях рук

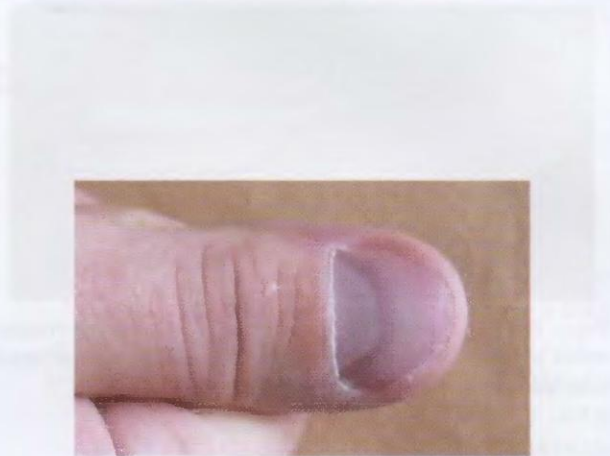


Рис. 5-193. Большие ногтевые лунки не имеют диагностического значения

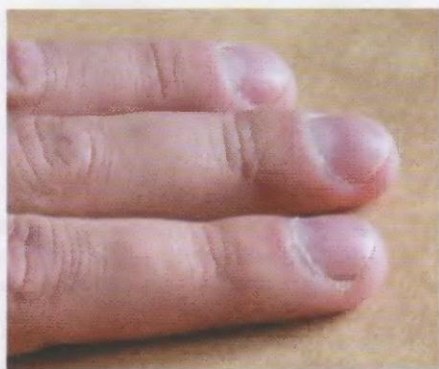


Рис. 5-194. Слегка выпуклые ногтевые пластинки, напоминающие часовые стекла. Диагностического значения не имеют



Рис. 5-195. Ногти Терри: большая часть ногтевой пластинки белая, за исключением дистального отдела. Пациент страдает хроническим идиопатическим миелофиброзом. Долго лечился цитостатиками. Обильные кровотечения из варикозных вен, тяжёлая анемия. Спленэктомия с хорошим результатом (полное спадение всех варикозных вен)



Рис. 5-196. Ногти больной циррозом печени. Уменьшена прозрачность ногтевых пластин



Рис. 5-197. Изменение ногтей при железодефицитной анемии: выраженная деформация ногтевых пластинок. На II и III пальцах видны типичные ложкообразные ногти (*coilonychia*)



Рис. 5-198. Кисть той же пациентки. После восстановления запасов железа в организме. По мере роста ногтевых пластинок они стали правильной формы



Рис. 5-199. Пальцы больного муковисцидозом. Ногти в виде часовых стёкол в сочетании с утолщением ногтевых фаланг («барабанные палочки») встречаются при различных тяжёлых хронических заболеваниях, в первую очередь протекающих с постоянной гипоксией (врождённые синие пороки сердца, хронические обструктивные заболевания лёгких, фиброзирующий альвеолит, муковисцидоз), в некоторых случаях цирроза печени. Подобные изменения пальцев в составе синдрома П. Мари-Бамбергера могут манифестировать рак лёгкого.

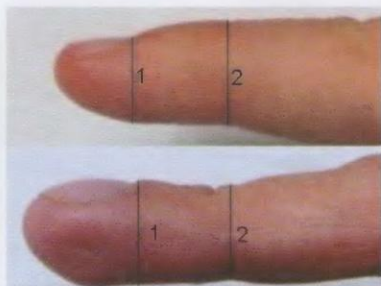


Рис. 5-200. Критерием «барабанных палочек» служит соотношение 1>2



Рис. 5-201. Небольшое утолщение ногтевых фаланг, не захватывающее их дистальных частей и ногтевых лож, цианоз пальцев и ногтевых пластин, полное отсутствие лунок у больного с пентадой Фалло при рождении. Первый этап операции сделан в детстве. Сейчас пациенту 24 года. При эхокардиографическом исследовании выявлен подклапанный и надклапанный стенозы устья аорты, дефект межжелудочковой перегородки сразу под корнем аорты, митральная регургитация, гипертрофия правого желудочка, выраженное повышение давления в правом желудочке со сбросом крови через дефект перегородки справа налево



Рис. 5-202. Вариант изменений ногтевых пластин у больной псориазом при усилении кожных и суставных симптомов



Рис. 5-203. Белые пятна на ногтевых пластинках пальцев ног (дистрофические изменения неясного генеза). На I пальце посттравматическая ониходистрофия, на V — онихомикоз

ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ

У взрослого человека в организме имеется около 460 лимфоузлов. Их общая масса составляет примерно 1% массы тела (500–1000 г). Она достигает максимума к 12–25 годам и держится на одном уровне до 50 лет, затем постепенно уменьшается. Инволюция лимфатической ткани отдельных узлов начинается уже в юношеском возрасте. Так инволюция миндалин начинается с 14–16 лет и становится очевидной у пациентов примерно с 40-летнего возраста.

Лимфатические узлы перестраиваются в течение всей жизни, от юношеского до пожилого возраста их количество уменьшается в 1,5–2 раза. Это происходит за счёт сращения нескольких рядом лежащих узлов в один вследствие атрофии или рубцевания после повторяющихся воспалительных процессов. Последнее касается в первую очередь лимфоузлов шейно-подчелюстной, подмышечных и паховых областей.

Форма лимфоузлов различна, они могут быть бобовидными, округлыми, овоидными, сегментарными и лентовидными. Количество лимфатических узлов в исследуемых пальпаторно группах сильно различается:

- поднижнечелюстных, в том числе в толще поднижнечелюстных слюнных желез, — 6–8;
- поверхностных шейных — 1–5;
- глубоких шейных — 32–83;
- подмышечных — 12–45;
- локтевых — 1–3;
- поверхностных паховых — 4–20 и т.д.

Большое количество лимфатических узлов в группах не означает, что все их можно пропальпировать, так как продольный размер нормальных узлов колеблется от 1 мм до 22 мм. У практически здоровых людей можно пропальпировать следующие группы лимфатических узлов:

- поднижнечелюстные по 1–3 с обеих сторон (продольный размер от 0,3 до 1 см);
- 1–2 подподбородочных (около 0,5 см);
- поверхностные шейные, несколько, размером 0,2–0,4 см обычно в виде цепочек по задним краям кивательных мышц;
- яремные — одиночные, обычно меньше 1 см в диаметре;
- подмышечные — несколько мягких узлов размером до 1 см, как правило, представляют собой жировую дольку с небольшим плоским лимфоузлом на ее поверхности; узкие тонкие узлы могут достигать длины до 2 см, они плохо отличаются на ощупь от окружающего жира;
- паховые — вдоль пупартовой связки и в бедренном треугольнике (по 1–3 заметно удлиненных узла размером от 0,5×0,5×0,2 см до 2,2×1,2×1,2 см; максимальный размер бывает исключительно редко).

Реже можно пропальпировать:

- один, редко два подподбородочных (около 0,5 см) лимфатических узла;
- локтевой лимфатический узел (диаметр до 0,5 см);
- лимфатические узлы в бедренном треугольнике, иногда они достигают в диаметре 1 см.

Чтобы не упустить патологию лимфатических узлов, необходимо использовать одинаковую последовательность их пальпации. Целесообразная последовательность (рис. 6-1):

- предушные (передние околоушные);
- сосцевидные (заушные);
- поднижнечелюстные;
- подподбородочные;
- затылочные;
- поверхностные шейные, включая боковые и задние;

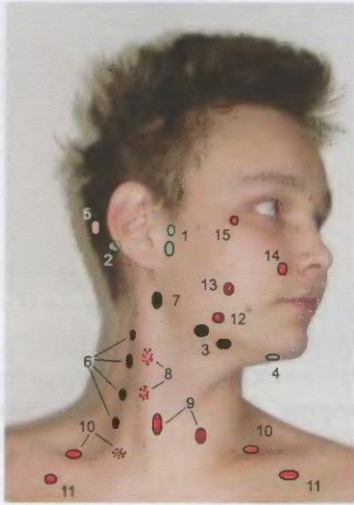


Рис. 6-1. Последовательность пальпации лимфоузлов. Чёрным цветом отмечены часто пальпирующиеся лимфоузлы, зелёным — редко, красным — лимфоузлы практически никогда не пальпирующиеся у здоровых людей. Пунктирный контур обозначает лимфоузлы, расположенные под кивательной мышцей

- яремный (узел угла нижней челюсти, или тонзиллярный);
- глубокие шейные;
- передние шейные;
- надключичные;
- подключичные;
- челюстной (снаружи на горизонтальной ветви челюсти);
- щёчный (в толще тканей щеки);
- носогубный;
- узел у наружного угла глаза.

Целесообразно пальпировать все лимфоузлы шейно-подчелюстной области в указанной выше последовательности, вначале с одной стороны, затем с другой. После этого пальпируют подключичные, подмышечные, локтевые, плечевые, паховые и подколенные лимфоузлы.

Техника пальпации лимфатических узлов

Скользкая пальпация, когда узлы ощущаются при скольжении подушечками пальцев вместе с кожей по подлежащим плотным тканям (мышцы, кости) (рис. 6-2—6-4; 6-6—6-10). Таким образом пальпируются поверхностные узлы: предушные, сосцевидные, затылочные, все поверхностные шейные,

над- и подключичные, подмышечные, локтевые, плечевые, паховые и подколенные.

Пальпация в складке тканей. Так пальпируются глубокие шейные лимфатические узлы, находящиеся под кивательной мышцей (рис. 6-5), и любые крупные узлы, которые можно захватить большим пальцем с одной стороны и указательным и средним — с другой. Большой палец скользит относительно других, при этом оценивают размер и свойства лимфатических узлов.

Паховые лимфатические узлы необходимо пальпировать вдоль пупартовой связки (рис. 6-11, группа 1) и в бедренном треугольнике (группа 2). Лимфатические узлы в брюшной полости пальпируются только при их существенном увеличении (рис. 6-11, 6-12):

- группа лимфатических узлов вдоль сигмовидной кишки (3);
- илеоцекальная группа (4);
- брыжеечные (5);
- парааортальные (6);
- по ходу поджелудочной железы (7).

У доступных пальпации лимфатических узлов отмечают:

- локализацию;
- количество, если их немного;
- размер (в миллиметрах или сантиметрах; не следует сравнивать с горохом, бобами, орехами, яйцами и т.д.);
- болезненность;
- форму;
- консистенцию;
- характер поверхности;
- подвижность;
- смещаемость относительно друг друга и окружающих тканей, в том числе кожи;
- изменение кожи над пальпируемыми узлами.

Иногда за лимфатические узлы ошибочно принимают:

- доброкачественные опухоли (фибромы, липофибромы, нейрофибромы, фиброксантомы, липомы);
- узлы при панникулите;
- шиловидный отросток;
- поперечный отросток шейного позвонка;
- шейное ребро;

- отрезок сонной артерии, особенно извитой (надо прекратить скольжение и оставить пальцы на пальпируемом образовании, артерия пульсирует!);
- нижнее брюшко *m. Otochoyoideus*;
- узел в щитовидной железе или ее добавочные дольки, они смещаются при глотании вместе с гортанью, как и сама железа, см. рис. 6-25)
- околоушные и подчелюстные слюнные железы (последние находятся в дне полости рта и не смещаются в стороны);
- лимфангиомы и лимфгемангиомы;
- кисты шеи.



Рис. 6-2. При пальпации поднижнечелюстных лимфоузлов большой палец лежит на челюсти сверху. Пальпирующие пальцы скользят кнутри от горизонтальной ветви нижней челюсти как вдоль неё, так и в поперечном направлении. Левая рука придерживает голову, предупреждая желание пациента приподнять подбородок

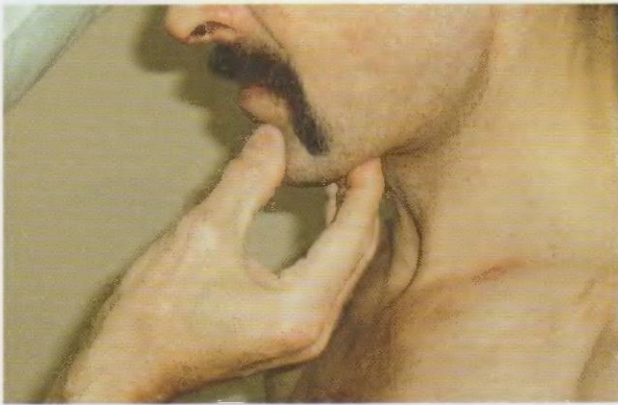


Рис. 6-3. При исследовании подподбородочного лимфоузла врач помещает большой палец сверху на подбородок. Техника та же

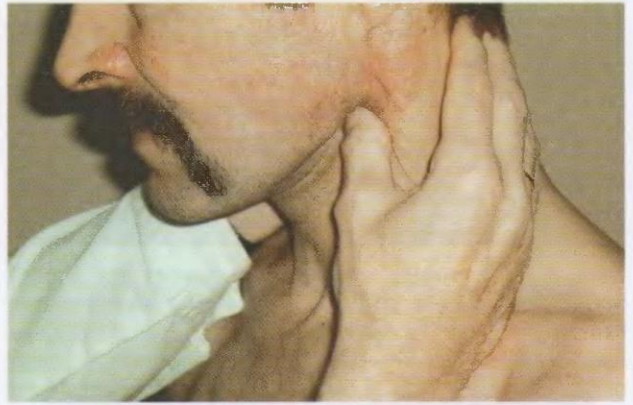


Рис. 6-4. При пальпации яремного узла большим пальцем II-IV пальцы находятся на шее сзади. Пальпирующий палец с достаточным давлением делает скользящие движения в разных направлениях

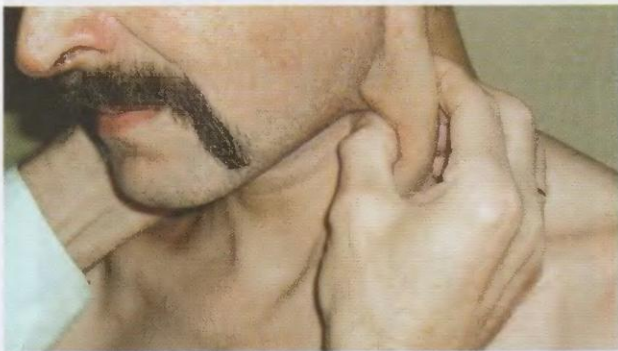


Рис. 6-5. При пальпации глубоких шейных лимфоузлов обхватывают пальцами кивательную мышцу, отодвигая её кнаружи, и делают скользящие движения II-IV пальцами относительно первого или наоборот — скользящие движения большим пальцем относительно указательного, среднего и безымянного. Пальпация проводится на всём протяжении, где удаётся проникнуть пальцами под кивательную мышцу

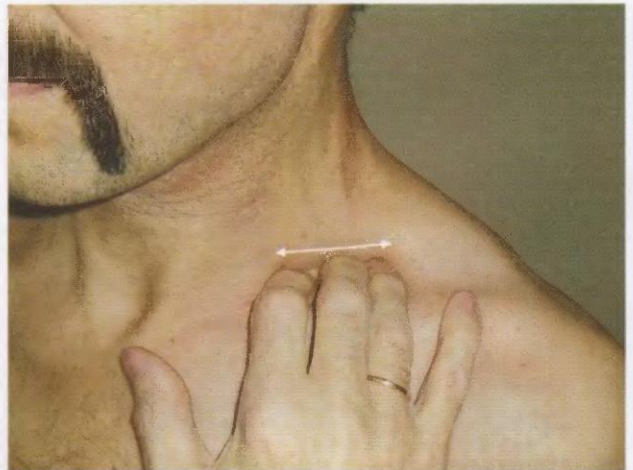


Рис. 6-6. Пальпация надключичных лимфоузлов. Пальцы скользят вместе с кожей по подлежащим тканям как вдоль ключицы, так и в поперечном направлении



Рис. 6-7. Пальпация подключичных лимфоузлов

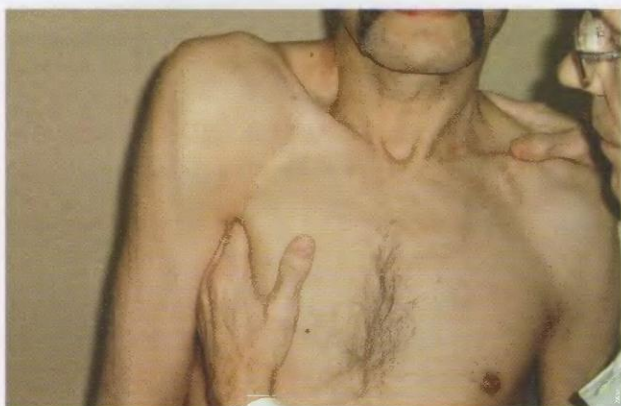


Рис. 6-9. Пальпация подмышечных лимфоузлов. Второй этап: пациент поднимает плечо, а врач свою руку, оставляя пальцы в глубине подмышечной впадины, и в верхней точке подъёма прижимает их к грудной клетке. Третий этап: пациент опускает плечевой пояс, и пальцы врача скользят вниз вместе с кожей по рёбрам и межреберьям

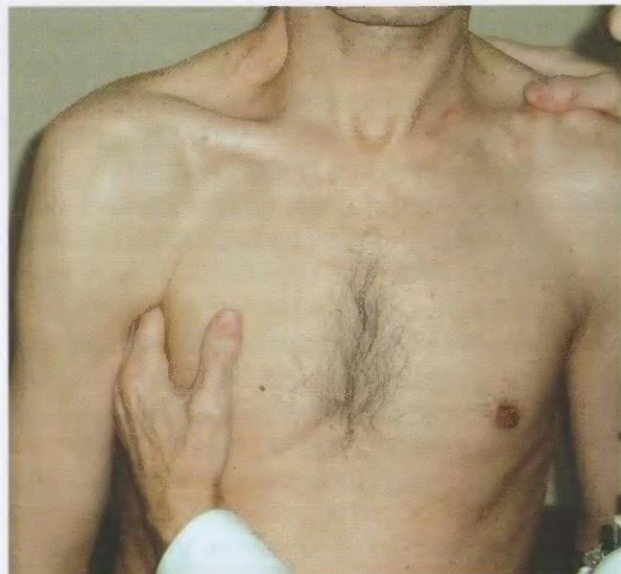


Рис. 6-8. Пальпация подмышечных лимфоузлов. Первый этап: пациент слегка отводит руку, врач помещает пальцы вертикально в глубину подмышечной впадины. Пациент расслабляет мышцы руки, и она свободно опускается



Рис. 6-10. Локтевые лимфоузлы пальпируют медиальнее сухожилия бицепса скользящими движениями II–IV пальцев вдоль и поперёк плеча. Так же пальпируют плечевые лимфоузлы в *sulcus bicipitalis medialis*

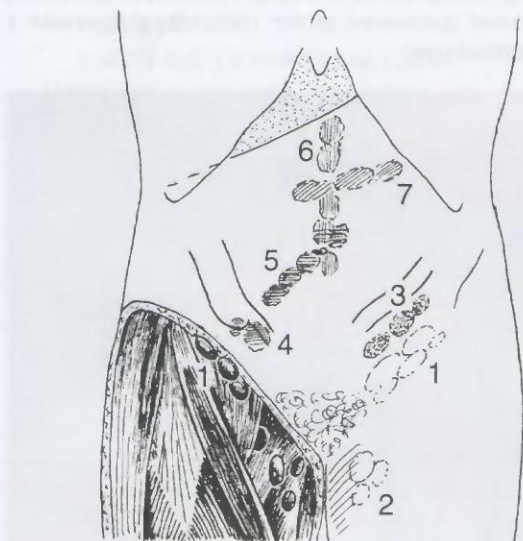


Рис. 6-11. Паховые лимфоузлы и висцеральные лимфоузлы, доступные пальпации (при их увеличении и уплотнении) у лиц без большого слоя подкожного жира и с мягкой брюшной стенкой



Рис. 6-12. Конгломерат лимфоузлов в брюшной полости, контурирующийся через брюшную стенку. Стрелкой показан крупный паховый лимфоузел



Рис. 6-13. У этой больной лимфолейкозом увеличены все группы периферических лимфоузлов

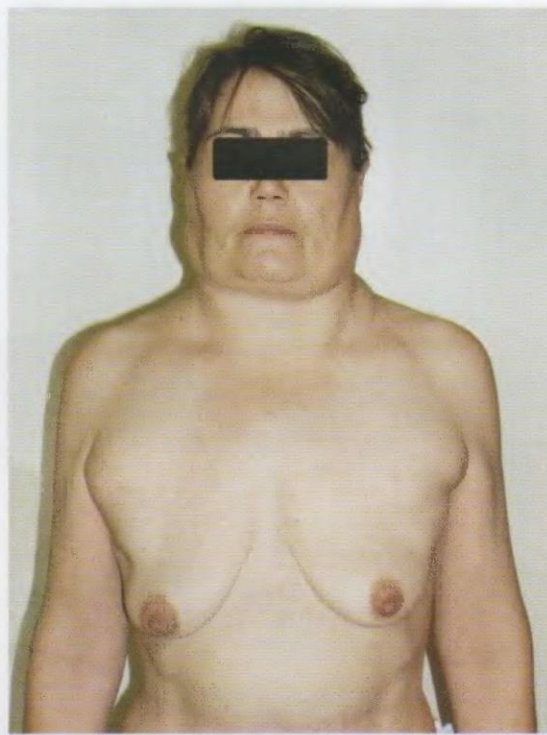


Рис. 6-14. Подмышечные узлы видны даже при опущенных руках



Рис. 6-15. Значительное увеличение лимфоузлов шейно-подчелюстной области, преимущественно справа. У этой пациентки на коже лица имеются узлы и бляшки



Рис. 6-16. При диаскопии на фоне обескровленного участка бляшки видны мелкие светлые желтоватые пятна, что даёт основание подозревать саркоидоз кожи. Необходимо гистологическое исследование

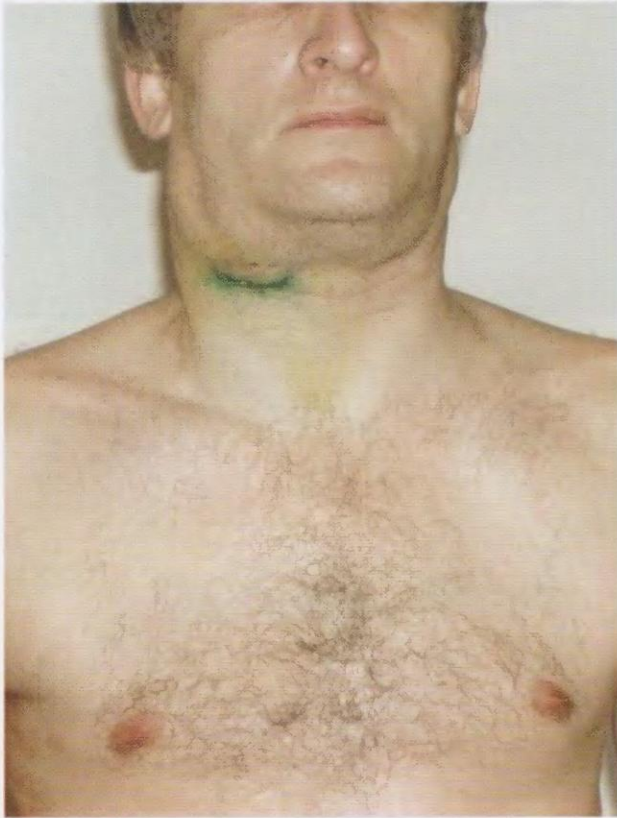


Рис. 6-17. Увеличение поднижнечелюстных, шейных и подмышечных лимфоузлов при хроническом лимфолейкозе. До лечения

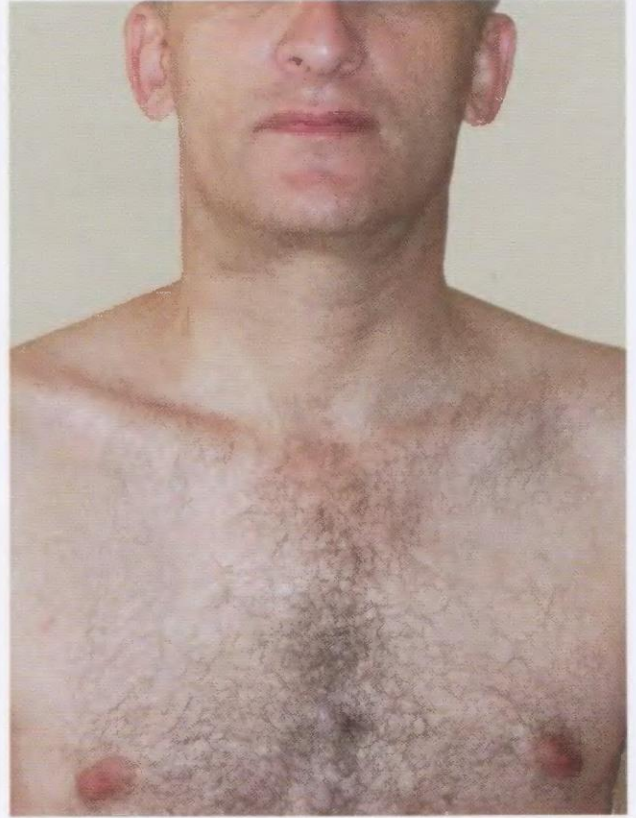


Рис. 6-18. Тот же больной после химиотерапии

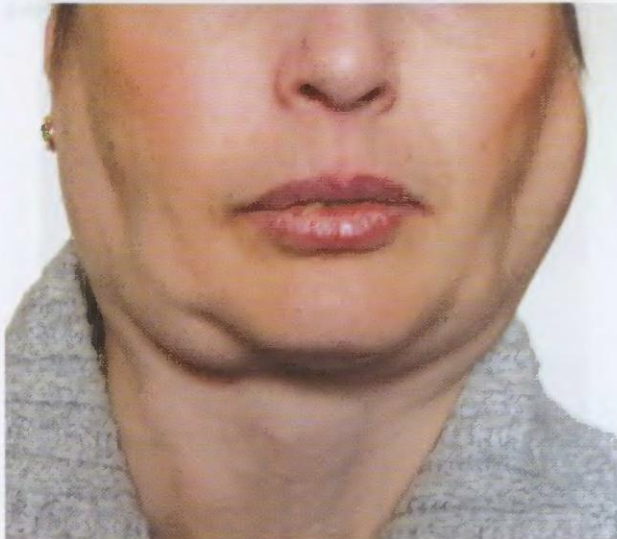


Рис. 6-19. Увеличены лимфоузлы и слюнные железы. Опухолевая инфильтрация в слюнных железах может быть как диффузной, так и очаговой (в существующих внутри железы лимфатических узелках)



Рис. 6-20. У молодой женщины с неуточнённой лимфомой (наблюдение 1975 г.) увеличены все группы периферических лимфоузлов. На фото видны поднижнечелюстные, плечевые, подмышечные лимфоузлы и узлы по боковой стенке грудной клетки до VII ребра



Рис. 6-21. Увеличение шейных лимфоузлов, образующих большой конгломерат на передней поверхности шеи. Даже опытные врачи в таких случаях затрудняются отличить увеличенные лимфоузлы от зоба. Кроме того, видны линейные ветвящиеся телеангиэктазы и послеоперационный рубец (диагностическая биопсия)



Рис. 6-22. Та же больная в профиль



Рис. 6-23. Симметричные лимфгемангиомы с трудом отличаются от увеличенных слюнных желёз и конгломератов лимфоузлов при лимфоме. Они безболезненны, имеют гладкую поверхность, упругую консистенцию. Диагноз верифицирован гистологическим исследованием

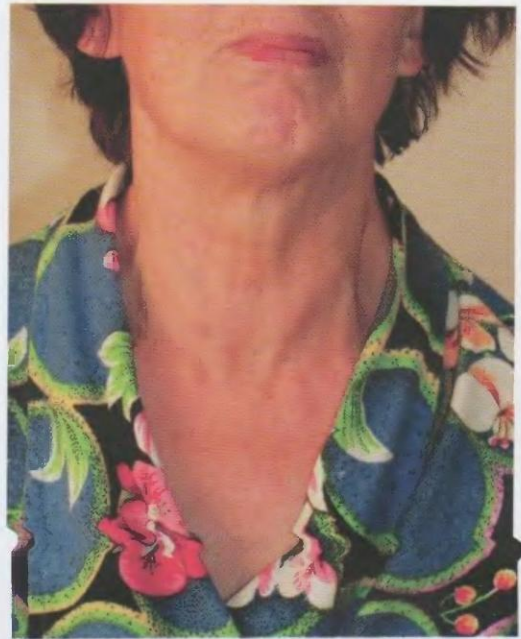
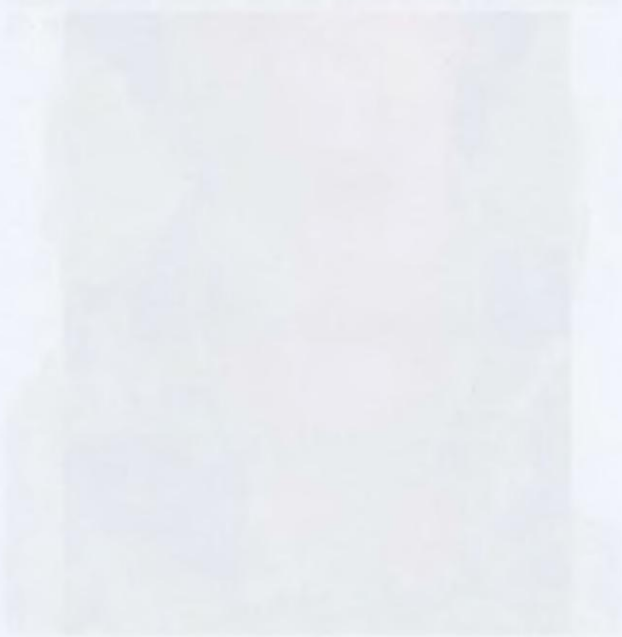


Рис. 6-24. Ножки кивательной мышцы хорошо контурируются поверх долей щитовидной железы у пациентки с многоузловым зобом. В отличие от лимфоузлов щитовидная железа смещается при глотании вместе с гортанью (рис. 6-25)



Рис. 6-25. Щитовидная железа смещается при глотании вместе с гортанью вверх (фото слева), затем возвращается в прежнее положение (фото справа)



ИССЛЕДОВАНИЕ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

У здорового человека пропорционально развиты все части тела, правильная осанка, отсутствует явная асимметрия костей, мышц, суставов.

Здоровые суставы нормально выглядят, принимают в покое нормальное положение, движения в пределах всего объёма для данного сустава легко осуществляются.

Мышцы должны быть симметричными, пропорционально развитыми, безболезненными, с нормальным тонусом. Степень развития мышц зависит от конституции, тренированности и физической активности человека.

Позвоночник здоровых людей имеет правильные физиологические изгибы (шейный и поясничный лордозы, грудной и крестцовый кифоз), сколиоз отсутствует, осуществляется полный объём движений во всех отделах.

Пациенту без жалоб задают уточняющие вопросы.

- Есть ли у вас жалобы на *боль* или *скованность* в *мышцах*, *суставах* или *позвоночнике*?
- Можете ли вы *полностью одеться* без каких-либо *затруднений*?
- Испытываете ли вы какие-нибудь *трудности при подъёме и спуске по лестнице*?

Ключевые слова, выделенные курсивом, не должны отсутствовать в вопросе.

При отрицательных ответах на первый и третий вопросы и при положительном ответе на второй проводится скрининговое исследование в объёме, зависящем от времени, которым располагает врач для этой цели. Объём исследования занимает несколько минут. Осмотр пациента проводится при различных положениях пациента в покое и при движениях.

Пациент проходит мимо врача в одну сторону, поворачивается и идет в другую сторону. Оцениваются: правильность походки и плавность поворота.

При *осмотре сзади* оценивается уровень плеч и гребней тазовых костей, ход позвоночника, состояние мышц, в основном параспинальных, плечевых и ягодичных, припухлость в подколенных ямках и в области ахилловых сухожилий, форма коленных суставов и заднего отдела стопы.

Проводится давление пальцем на точки в середине надостных мышц и перекатывание кожного валика в этой же области (рис. 7-1). Болезненность должна отсутствовать. Этот элемент скрининга нужен для предварительного суждения о возможном наличии фибромиалгии (см. рис. 7-58).

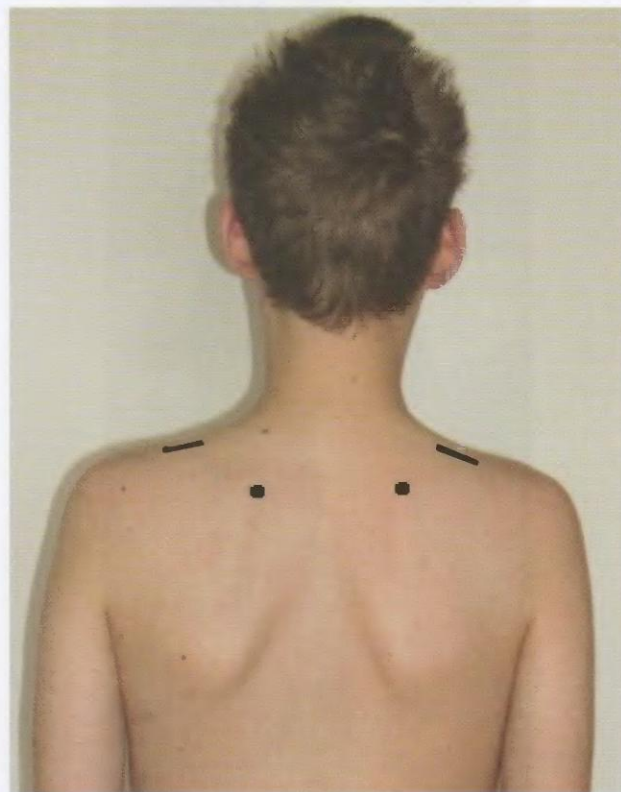


Рис. 7-1. Болезненные точки при фибромиалгии (у медиального края лопатки над её остью). Линиями показана середина верхних краёв трапецевидных мышц, где проводится перекатывание кожной складки

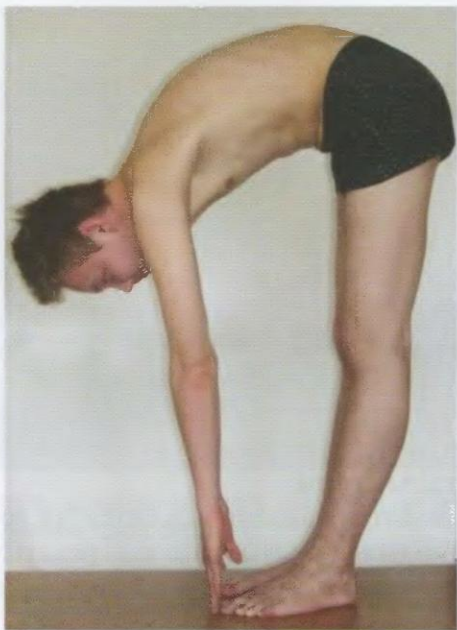


Рис. 7-2. Плавная дуга, образованная грудным и поясничным отделами позвоночника при наклоне вперёд

При осмотре сбоку оценивают: грудной кифоз, шейный и поясничный лордозы, форму коленных суставов; проводится оценка сгибания позвоночника при наклоне вперёд. У здоровых людей грудной и поясничный отделы позвоночника образуют плавную дугу (рис. 7-2). Предложена модифицированная проба Шобера: врач кладёт концы пальцев на остистые отростки поясничных позвонков, пациент пытается достать пол пальцами рук, не сгибая ног в коленных суставах, при этом пальцы врача расходятся в стороны (рис. 7-3, 7-4).

При осмотре спереди оцениваются высота стояния плеч, грудино-ключичные и акромиально-ключичные сочленения, припухлость в ямке Моренгейма (может быть видна при наличии выпота в плечевом суставе), мышцы (особенно дельтовидные и четырёхглавые), коленные суставы, стопы.



Рис. 7-3. Врач кладёт концы пальцев на остистые отростки поясничных позвонков



Рис. 7-4. Пациент пытается достать пол пальцами рук, не сгибая ног в коленных суставах, при этом пальцы врача расходятся в стороны



Рис. 7-5. Пациент наклоняет голову вправо



Рис. 7-6. Пациент наклоняет голову влево

Пациента просят сделать несколько движений:

- наклонить голову в одну и другую стороны (ухо к плечу; рис. 7-5, 7-6);
- широко открыть рот (рис. 7-7);
- с полуоткрытым ртом подвигать нижней челюстью влево и вправо (рис. 7-8, 7-9);
- при согнутых локтевых суставах до прямого угла повернуть руки ладонями вниз и вверх (пронация и супинация);
- сжать кисти в кулаки (кистевой хват).

На рис. 7-9 видно недостаточное смещение нижней челюсти влево, но при повторной попытке ограничения движения нет. У другого пациента (рис. 7-10–7-12) имеется



Рис. 7-7. Пациент широко открывает рот

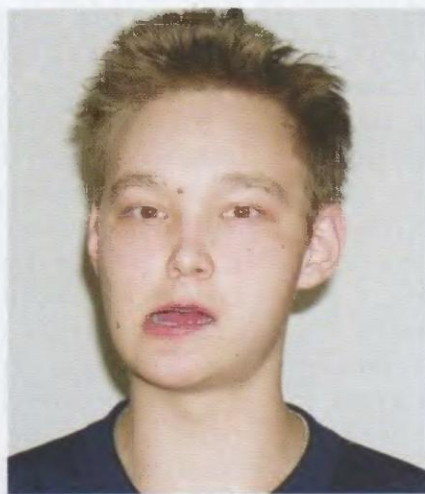


Рис. 7-8. Пациент с полуоткрытым ртом двигает нижней челюстью вправо



Рис. 7-9. Пациент с полуоткрытым ртом двигает нижней челюстью влево



Рис. 7-10. Проведение того же теста у другого пациента



Рис. 7-11. Нормальное движение нижней челюсти вправо



Рис. 7-12. Нарушение движения нижней челюстью влево

действительное нарушение горизонтального движения нижней челюсти влево, но и движение вправо тоже затруднено, больной напрягается, что видно по сокращению *mm. platysmae*. Пациент в прошлом был травмирован, лишился многих зубов. При пальпации височно-нижнечелюстных суставов во время раскрывания и закрывания рта ощущается грубый хруст. Посттравматический артроз.

Врач осматривает тыльную сторону кистей (суставы, межкостные мышцы) в положении пронации (рис. 7-13); просит повернуть кисти ладонями вверх (проверяется подвижность луче-локтевых суставов), осматривает суставы, сухожилия сгибателей, тенар и гипотенар (рис. 7-14); в вертикальном положении кистей пациент сгибает кисти в кулак (кистевой хват, рис. 7-15). При неполном сгибании кисти в кулак (рис. 7-16) целесообразно попросить пациента согнуть пальцы, не сгибая рук в пястно-фаланговых суставах. В этом положении лучше видно, в каких межфаланговых суставах нарушено сгибание пальцев (рис. 7-17).



Рис. 7-13. Кисти в положении пронации



Рис. 7-14. Кисти в положении супинации

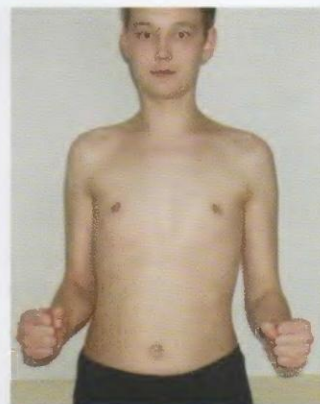


Рис. 7-15. В вертикальном положении кистей пациент сгибает кисти в кулак

В некоторых случаях важно проверить точный щипковый (пальцевой) хват. При этом пациент поочерёдно соединяет концы большого пальца с указательным, средним, безымянным и мизинцем, образуя кольцо (рис. 7-18–7-26).

На рис. 7-21 и 7-22 показано неправильное выполнение задания, на самом деле у пациента нет нарушения движений в суставах большого и указательного пальцев и мизинца. Чтобы избежать таких ошибок, врач должен показывать движения, которые должен выполнить пациент.

На рис. 7-23–7-26 показано правильное выполнение щипкового хвата другим пациентом, за исключением неточного соединения концов большого пальца и мизинца, что вызвано нарушением движения в I пястно-фаланговом суставе (рис. 7-26).

Затем врач сжимает прямые кисти пациента на уровне пястно-фаланговых суставов (рис. 7-27), оценивая появление боли и её интенсивность. Установлено, что сочетание положительного симптома «бокового сжатия пястно-фаланговых и плюснефаланговых суставов» и утренняя скованность более 30 мин свидетельствует в пользу раннего ревматоидного артрита.

И наконец, пациент закладывает руки за голову и отводит локти назад (одновременная оценка движений в локтевых, плечевых, грудино-ключичных и ключично-акромиальных суставах, рис. 7-28).



Рис. 7-16. Неполный кистевой хват

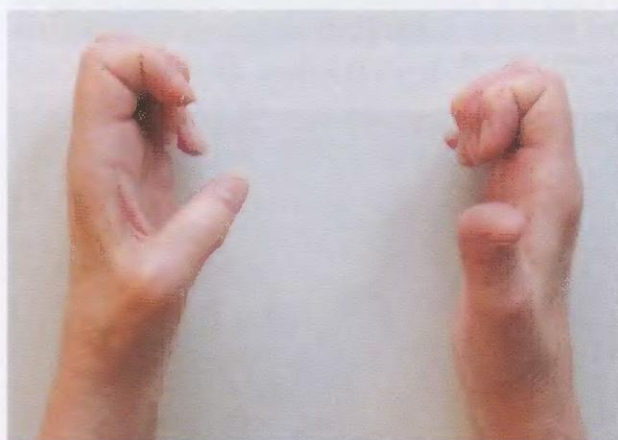


Рис. 7-17. Сгибание в межфаланговых суставах при выпрямленных пястно-фаланговых показывает, что недостаточный кистевой хват слева связан с ограничением сгибания как в пястно-фаланговых, так и в межфаланговых суставах II пальца, а справа — только в пястно-фаланговых



Рис. 7-18. Пациент соединяет конец большого пальца с концом указательного пальца

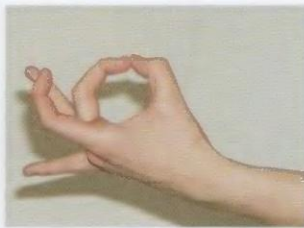


Рис. 7-19. Пациент соединяет конец большого пальца с концом среднего пальца

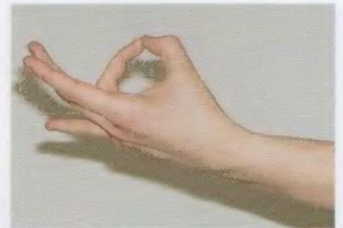


Рис. 7-20. Пациент соединяет конец большого пальца с концом безымянного пальца



Рис. 7-21. Пациент соединяет конец большого пальца с концом мизинца



Рис. 7-22. Пациент, соединяя концы большого и указательного пальцев, неправильно выполнил задание, так как не понял, как надо сгибать пальцы



Рис. 7-23. Выполнение пальцевого хвата другим пациентом. Он соединяет конец большого пальца с концом указательного пальца



Рис. 7-24. Пациент соединяет конец большого пальца с концом среднего пальца



Рис. 7-25. Пациент соединяет конец большого пальца с концом безымянного пальца



Рис. 7-26. Неточное соединение концов большого пальца и мизинца

В положении лёжа на спине проверяют объём движений в коленном и тазобедренном суставах (сгибание, разгибание, внутренняя ротация бедра) и наличие болевых ощущений. Левая рука врача лежит на надколеннике, чтобы выявить крепитацию или хруст в коленном суставе. Ногу максимально сгибают (колени к животу), затем разгибают до прямого угла и отводят голень кнаружи (рис. 7-29–7-31).

Для определения наличия свободной жидкости в полости коленного сустава пытаются выявить симптом баллотирования надколенника или симптом удара, для чего сжимают сустав различными способами (рис. 7-32–7-34), чтобы максимальное количество выпота оказалось под надколенником и он приподнялся бы над бедренной костью, и делают толчки. При наличии жидкости во время толчка



Рис. 7-27. Тест бокового сжатия кисти



Рис. 7-28. Пациент закладывает руки за голову и отводит локти назад. Стрелкой показано кольцо из петехий после наложения электрода при записи ЭКГ



Рис. 7-29. Пациент максимально сгибает ногу в коленном и тазобедренном суставах



Рис. 7-30. Тазобедренный и коленный суставы согнуты до прямого угла



Рис. 7-31. Внутренняя ротация бедра



Рис. 7-32. Выявление симптома баллотирования надколенника. Вариант проведения теста



Рис. 7-33. Выявление симптома баллотирования надколенника. Вариант проведения теста

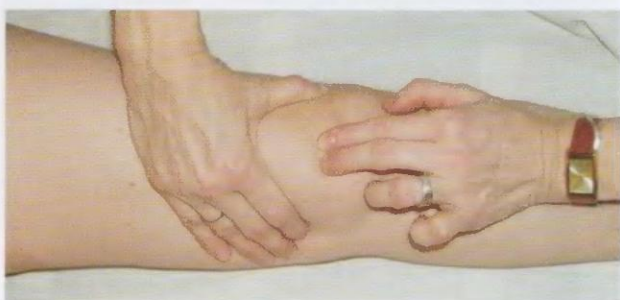


Рис. 7-34. Выявление симптома баллотирования надколенника. Вариант проведения теста

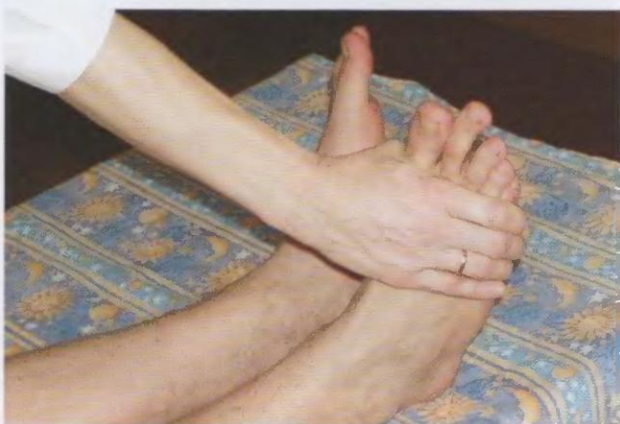


Рис. 7-35. Тест бокового сжатия стоп

надколенник ударяется о бедренную кость (симптом удара) и вновь всплывает (симптом баллотирования надколенника). При небольшом выпоте недостаточное выжимание жидкости из нижней части суставной полости (рис. 7-33, 7-34) не позволяет выявить эти симптомы, так как жидкость выпячивает стенку капсулы сустава как медиально, так и латерально на уровне нижней половины надколенника.

После этого врач проводит боковое сжатие плюсневых костей: есть ли болезненность? (рис. 7-35) и осматривает стопы, в том числе подошвы (рис. 7-36).

Записывают результаты скринингового исследования опорно-двигательного аппарата в виде таблицы *GALS* (табл. 1), слева показано происхождение аббревиатуры, справа — схема записи в истории болезни при отсутствии патологии.

При наличии жалоб, вызванных патологией опорно-двигательного аппарата, проводится детальный расспрос и исследование физическими методами, чтобы выявить специфические жалобы и другие симптомы известных нозологических форм, относящиеся как непосредственно к мышцам, суставам, позвоночнику, так и к организму в целом.

При исследовании позвоночника проверяют движения во всех отделах: сгибание, разгибание, боковое сгибание, ротация. При сгибании в шейном отделе позвоночника (рис. 7-37) между подбородком пациента и рукояткой



Рис. 7-36. Осмотр подошвы

Таблица 1. GALS (приводится по Doherty M. et al., 1992 с изменениями)

| Оцениваются | вв* | п** |
|-----------------------------|-----|-----|
| Gou / Походка | | |
| Arms / Руки | | |
| Legs / Ноги | | |
| Spine / Позвоночник (спина) | | |

| Оценка | вв* | п** |
|--------|-----|-----|
| П | | √ |
| Р | √ | √ |
| Н | √ | √ |
| С | √ | √ |

* вв — внешний вид, ** п — подвижность.

«Птичкой» отмечают отсутствие патологии, любым другим знаком отмечают патологию. Суть патологии описывается в сноске.

грудины может поместиться не больше одного пальца врача. При разгибании (рис. 7-38) измеряют расстояние между подбородком и яремной вырезкой (в норме 16–21 см).

При повороте головы в сторону (ротация) пациент не должен наклонять или запрокидывать голову. Важно фиксировать плечевой пояс, положив кисти рук на плечи, предупреждая ротацию в грудном отделе позвоночника (рис. 7-39, 7-40).

Сгибание в грудном отделе позвоночника оценивается *по Отту*: от остистого отростка I грудного позвонка отмеряют 30 см (делают метки) и просят пациента максимально наклониться, согнув голову, после чего проводят повторное измерение. Расстояние

между метками увеличивается на 2–5 см. При оценке ротации в грудном отделе позвоночника пациент должен сидеть, чтобы исключить вращение таза (рис. 7-41, 7-42).

При оценке сгибания в поясничном отделе позвоночника проводят *пробу Шобера*. Делают метку на остистом отростке V поясничного позвонка и отмеряют вверх 10 см. Пациент наклоняется, в норме метки удаляются одна от другой не менее чем на 4 см. При боковом сгибании позвоночника пациент должен скользить рукой по бедру, исключая наклоны вперед или назад (рис. 7-43).

Скрининговые пробы на появление боли и ориентировочное определение объёма движений в тазобедренных суставах целесообразно



Рис. 7-37. Сгибание в шейном отделе позвоночника

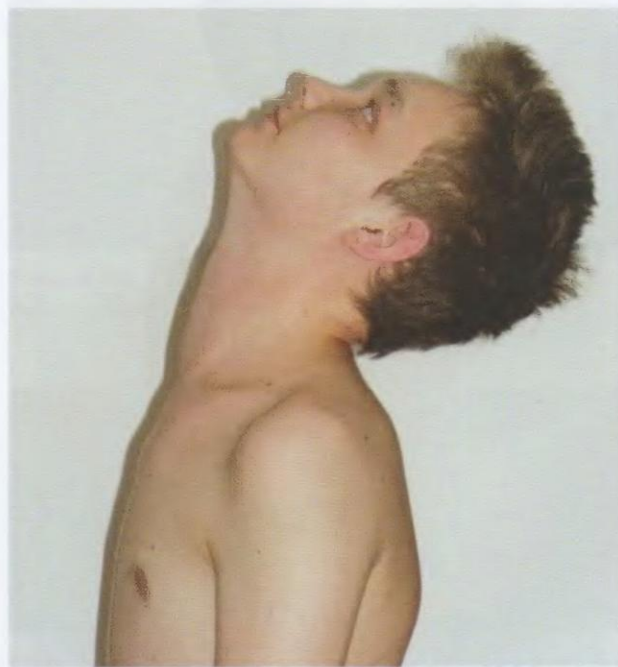


Рис. 7-38. Разгибание в шейном отделе позвоночника

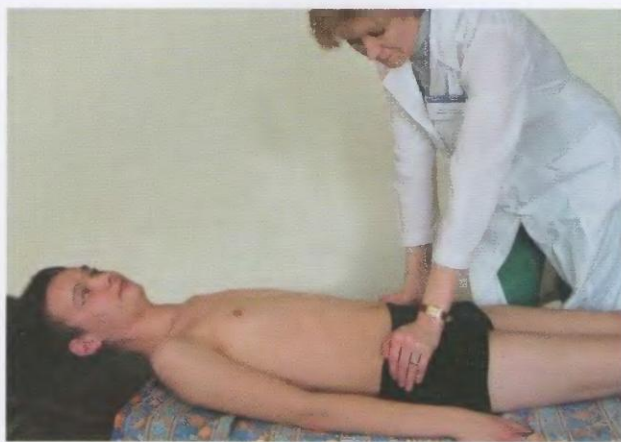


Рис. 7-47. Первая проба Кушелевского. Давление на ости проводится вниз и в стороны

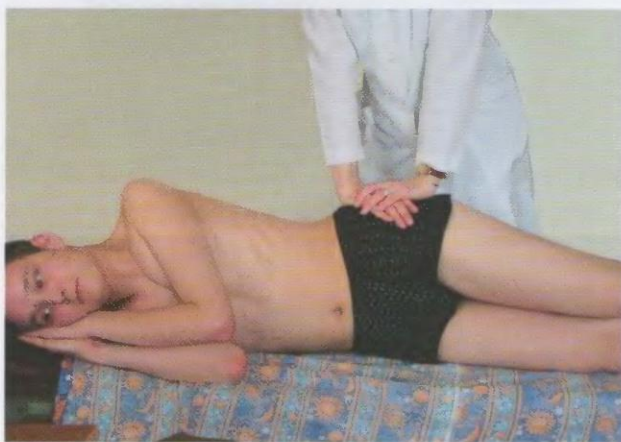


Рис. 7-48. Вторая проба Кушелевского



Рис. 7-49. При давлении на крестец даже ничтожное смещение в крестцово-подвздошных сочленениях может вызвать боль при их поражении.



Рис. 7-50. Появление боли в плечевом суставе при ограничении сгибания свидетельствует о патологии сухожилия длинной головки бицепса



Рис. 7-51. Появление боли в плече при ограничении отведения может свидетельствовать о поражении надостной мышцы



Рис. 7-52. Схематическое изображение стрессовой боли в лучезапястном суставе: отсутствие дискомфорта при незначительном сгибании, но появление прогрессивно усиливающейся боли по мере приближения к крайним точкам сгибания и разгибания



Рис. 7-53. Пациентка без заболеваний суставов может довести тыльное сгибание в лучезапястных суставах до 90°



Рис. 7-54. Ладонное сгибание до 90° без боли

ных суставов удобно проверять возможность появления стрессовой боли одновременно на двух руках (рис. 7-53, 7-54).

Измерение длины нижних конечностей проводится при кажущейся асимметрии. Для сравнительной оценки за длину ноги принимают расстояние между передней верхней остью подвздошной кости и медиальной лодыжкой (синяя линия на рис. 7-55). Если одна нога не выпрямляется в коленном суставе, второй ноге придают такое же положение. При равной длине ног, измеренной таким способом, разное расстояние между мечевидным отростком и медиальными лодыжками (красные линии) свидетельствует о наклонном положении таза.

ДЕФИГУРАЦИЯ И ДЕФОРМАЦИЯ СУСТАВОВ

Артрит — воспаление синовиальной оболочки сустава (синовит), проявляется отёком, болью и болезненностью при пальпации, ограничением движения из-за отёка и усиления боли. Может быть местное повышение температуры, определяемое на ощупь, иногда покраснение кожи. Имеются отличия клинических симптомов артрита при разных нозо-



Рис. 7-55. Измерение длины правой ноги и расстояний от мечевидного отростка до медиальных лодыжек.

Рис. 7-52 и 7-55 заимствованы из: Доэрты М, Доэрты Дж. Клиническая диагностика болезней суставов : пер. с англ.— Мн.: Тивали, 1993.—144 с. Изменены

логических формах (описано ниже), но важно различать преходящее изменение формы сустава — дефигурацию (рис. 7-56, 7-57, 7-109) от необратимых изменений — деформации (рис. 7-67–7-69; 7-94–7-103). *Дефигурация* суставов обусловлена текущим воспалительным процессом (жидкость в полости сустава, околоуставной сумке или отёк периапартулярных тканей). Она обратима, если нет прогрессирования, ведущего к развитию фиброзных изменений, разрушению хряща или кости.

Деформация — необратимое изменение формы сустава. Она может быть связана с фиброзной контрактурой, костными разрастаниями (остеофитами), деструкцией костной ткани и (или) хряща, подвывихами и вывиха-



Рис. 7-56. Деформация суставов, обусловленная артритом. До лечения



Рис. 7-57. Через две недели — заметное уменьшение отека поражённых суставов. Изменений на рентгенограмме нет

ми, атрофией костной ткани. Она прогрессирует, например, при ревматоидном артрите, спондилоартрите и никогда не наблюдается при ревматическом артрите.

ФИБРОМИАЛГИЯ

Фибромиалгия — симптомокомплекс, проявляющийся хронической генерализованной мышечной болью и наличием «болезненных точек», располагающихся в определенных анатомических зонах. Для синдрома фибромиалгии характерны расстройства сна, утомляемость, болевые и психовегетативные проявления.

При фибромиалгии должны быть болезненными как минимум 11 из следующих 18 точек (точки считаются отдельно справа и слева, рис. 7-58):

- 1, 2 — на затылке в местах прикрепления затылочных мышц;
- 3, 4 — в нижней части шеи с двух сторон спереди между поперечными отростками С5–С7 шейных позвонков;
- 5, 6 — посередине верхнего края трапецевидной мышцы;
- 7, 8 — начало надостной мышцы над остью лопатки;
- 9, 10 — сразу снаружи от второго рёберно-хрящевого соединения по верхнему краю ребра;
- 11, 12 — на 2 см дистальнее латерального надмышелка плеча;
- 13, 14 — в верхненаружном квадранте ягодицы, над средней ягодичной мышцей;

- 15, 16 — сзади от большого вертела;
- 17, 18 — на медиальной жировой подушке колена выше линии сустава.

При проведении пальпации нужно учитывать, что сила пальцевого давления на точку должна соответствовать 4 кг, а по длительности не должна превышать 4 с. Должна появиться боль, а не неприятное ощущение.

НЕСТАБИЛЬНОСТЬ И СИСТЕМНАЯ ГИПЕРМОБИЛЬНОСТЬ СУСТАВОВ

Нестабильность сустава означает возможность движений в плоскости, не свойственной для данного сустава (см. рис. 7-115–7-117).

Гипермобильностью называют движения в суставе, превышающее нормальный угол сгибания или разгибания, приведения или отведения. Если это распространяется на многие суставы, говорят о системной гипермобильности — проявлении соединительнотканной дисплазии.

Предложена скрининговая балльная оценка системной гипермобильности (*Beighton*). Всего 9 баллов. За каждый балл принимается: переразгибание мизинца $\geq 90^\circ$, приведение большого пальца к предплечью, переразгибание в локтевых и коленных суставах $>10^\circ$. Всё — по одному баллу с каждой стороны. Девятый балл — пациент может положить ладони на пол без сгибания ног в коленных суставах (рис. 7-59–7-63). Достаточно 6 из 9 баллов для заключения о системной гипермобильности суставов.

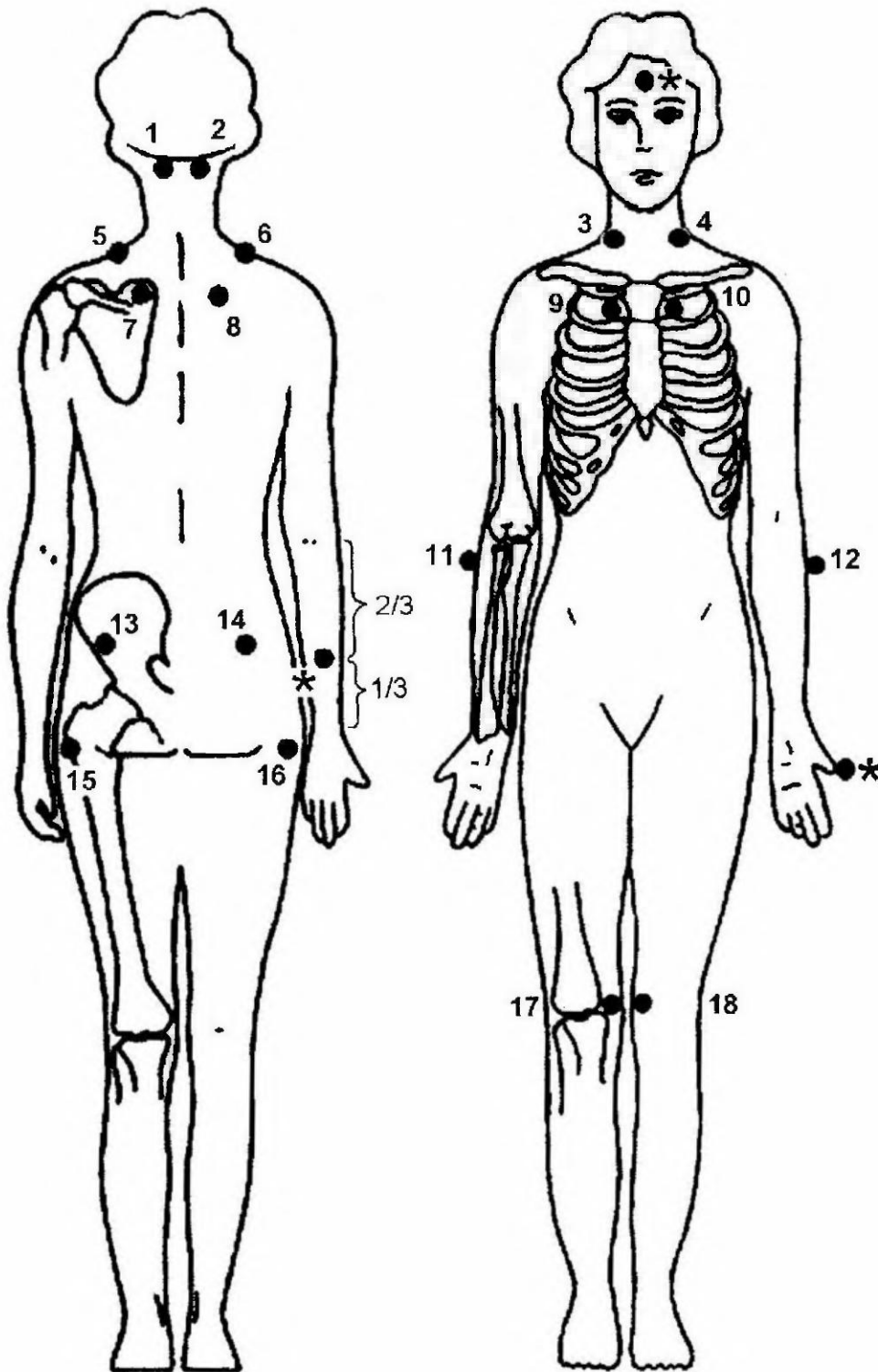


Рис. 7-58. Локализация специфических «болезненных точек» при фибромиалгии. Звёздочкой отмечены контрольные точки, где не должно быть болезненности: середина лба, граница средней и дистальной трети правого предплечья (наружная поверхность), большой палец левой руки



Рис. 7-59. Переразгибание мизинца



Рис. 7-60. Приведение большого пальца к предплечью

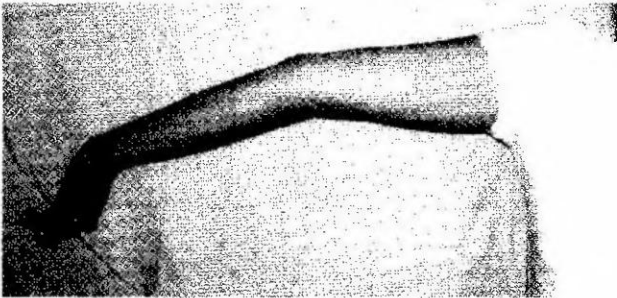
Рис. 7-61. Переразгибание в локтевом суставе $>10^\circ$ Рис. 7-62. Переразгибание в коленных суставах $>10^\circ$ 

Рис. 7-63. Молодая женщина свободно кладёт ладони на пол (см. рис. 3-1, та же пациентка, несовершенный остеогенез). За 25 лет жизни у неё было 11 переломов костей, первый — перелом голени в 2-летнем возрасте, в 5-летнем — перелом тел нескольких позвонков; был даже перелом надколенника

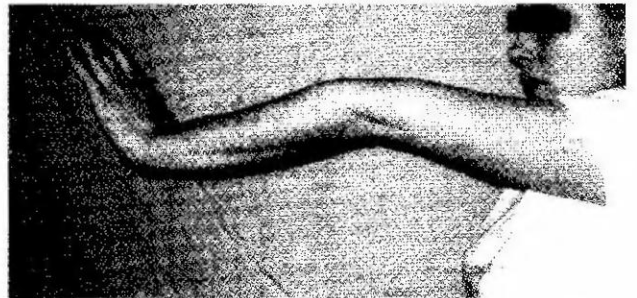


Рис. 7-64. При гипермобильности возможно осуществлять необычные движения в суставах рук

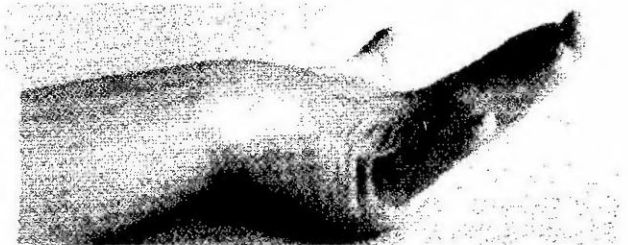


Рис. 7-65. То же в суставах кистей



Рис. 7-66. То же в суставах стоп

ДЕФОРМИРУЮЩИЙ ОСТЕОАРТРИТ

Деформирующий остеоартроз — хроническое, медленно прогрессирующее дегенеративно-дистрофическое заболевание суставов, характеризующееся дегенерацией суставного хряща с последующими изменениями субхондральной кости и развитием краевых остеофитов, а также явным или скрыто протекающим синовитом.

В течение 50 лет название этой болезни изменилось трижды: первоначально — артрозо-артрит, затем деформирующий остеоартроз и, наконец, деформирующий остеоартрит. Узелки на тыльной стороне пальцев рук — типичный симптом остеоартрита. Узелки формируются благодаря костным разрастаниям, располагаются в области дистальных межфаланговых суставов (*узелки Гебердена*, рис. 7-67–7-69), реже — проксимальных (*узелки Бушара*). Боли, беспокоящие больных, после формирования узелков исчезают.



Рис. 7-67. Узелки Гебердена (дистальные межфаланговые суставы II, III, IV пальцев левой руки; II, III, IV и V — правой), узелок Бушара (проксимальный сустав V пальца правой руки), другие только пальпируются и видны на рентгенограммах, рис. 7-68, 7-69)

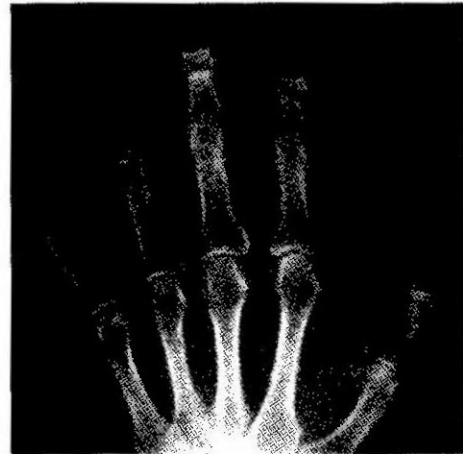


Рис. 7-68. Рентгенограммы левой кисти этого пациента



Рис. 7-69. Рентгенограмма правой кисти этого пациента



Рис. 7-70. Справа — типичная рентгенограмма коленных суставов при остеоартрите. Резкое сужение суставной щели из-за истончения хряща. Слева — нормальные суставы



Рис. 7-71. Типичная поза просителя у пациента с болезнью Бехтерева. Рис. заимствован из: Ревматология: национальное руководство / Под редакцией Е.Л. Насонова, В.А. Насоновой. — М: ГЭОТАР-Медиа, 2008. — С. 608–613

СЕРОНЕГАТИВНЫЙ СПОНДИЛОАРТРИТ (БОЛЕЗНЬ БЕХТЕРЕВА)

При болезни Бехтерева (рис. 7-71–7-74) типичная поза просителя наблюдается далеко не всегда, что зависит от ряда факторов, Важнейшими являются ранняя диагностика и своевременное начатое лечение.

ПОДАГРА

Патогномоничный симптом подагры — отложение в тканях моноуратов натрия в виде узлов (тофусов): на тыльной стороне кистей рук, в мякоти пальцев, пяток, ушной раковине и др. (рис. 7-75–7-79). Периодически образуются небольшие свищи, через которые выделяется содержимое — моноурат натрия, который в отличие от других уратов белого цвета. Возможно развитие бурсита с накоплением уратов в локтевой сумке, которая постепенно растягивается, при её разминании ощущается хруст (рис. 7-80).

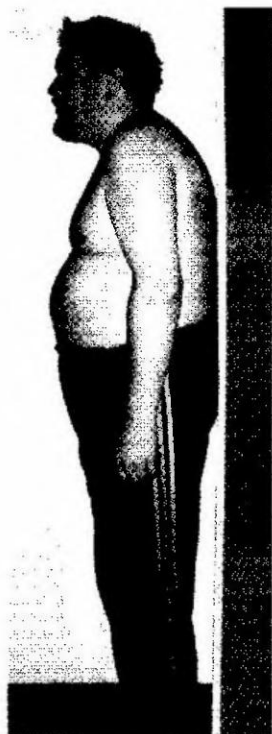


Рис. 7-72. Проба Форестье. Пациент, стоя у стены, не может коснуться её затылком из-за ограничения разгибания в грудном отделе позвоночника



Рис. 7-73. Проба Томайера. Отсутствие подвижности в поясничном отделе позвоночника и тазобедренных суставах. Определяется в сантиметрах от пола до конца среднего пальца



Рис. 7-74. Тот же больной, что на рис. 7-72 и 7-73. Ротация в шейном отделе позвоночника практически отсутствует



Рис. 7-75. Подагра. Множественные тофусы на тыльной поверхности кисти



Рис. 7-76. Топфус на разгибательной поверхности указательного пальца

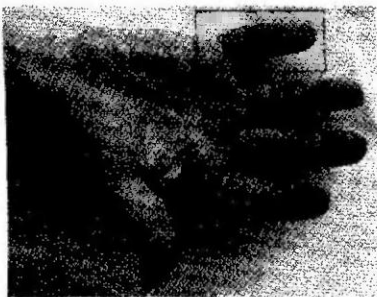


Рис. 7-77. У этого пациента моноурат натрия накапливается в мягких тканях пальцев рук. Эпидермис толстый вследствие постоянного физического раздражения (работает шофёром-дальнобойщиком), после длительного бездействия он отслаивается. Отслоившийся эпидермис пациент срезает



Рис. 7-78. Большое увеличение. На кончике пальца молодой эпидермис красного цвета, сквозь который просвечивает отложение уратов



Рис. 7-79. Топфусы на пятке. Один из них разрушил кожу с образованием свища, через который выделялся моноурат натрия. Восстановление целостности ткани с образованием небольшого рубца

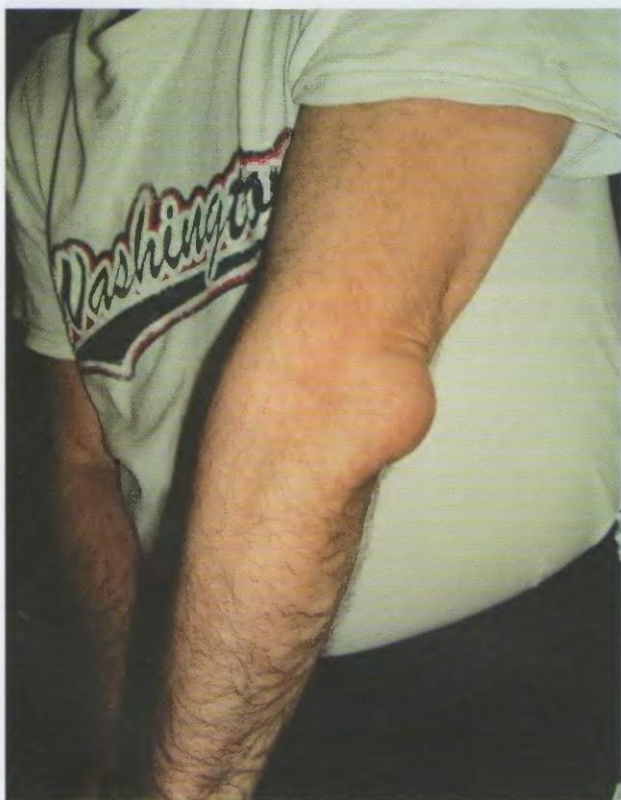


Рис. 7-81. Кровоизлияние в локтевую сумку у пациента с количеством тромбоцитов 40 тыс./мкл по внешнему виду напоминает бурсит (рис. 7-80)



Рис. 7-80. Локтевой подагрический бурсит (при разминании пальцами локтевой сумки ощущается хруст)

СКЛЕРОДЕРМИЯ

Внешнее проявление склеродермии — стадийное поражение кожи: плотный отёк, индурация и атрофия (рис. 7-82–7-85). Нередко наблюдается коричневая пигментация (см. рис. 5-45) или очаги гиперпигментации и гипопигментации. Деформация и ограничение движений в суставах кистей часто вызваны фиброзирующими поражениями периартикулярных тканей, кожи с её выраженным уплотнением и сухожилий, что приводит к деформации, включая контрактуры. При этом рентгенологические признаки артрита нередко отсутствуют (псевдоартрит). Могут быть и ревматоидоподобные поражения, отличающиеся от истинного ревматоидного артрита отсутствием эрозивно-деструктивных изменений в суставах и преобладанием фиброзных изменений.



Рис. 7-82. Кожный рисунок сглажен, кожа в складку не собирается. Ограничено сгибание пальцев, нет полного разгибания. Вторая фаза склеродермии — индурация



Рис. 7-83. Обычную на первый взгляд кожу собрать в складку не удаётся, она совершенно не смещается относительно подлежащих тканей (см. также рис. 5-45). Мелкопятнистая пигментация кожи, онихомикоз

При склеродермии иногда образуются узелки в мякоти пальцев и мягких тканях других частей тела, но они состоят из фосфатов кальция и, в отличие от подагрических тофусов, рентгенопозитивны (рис. 7-86).

КОНТРАКТУРА ДЮПЮИТРЕНА

Контрактура ладонного апоневроза приводит к сгибательной контрактуре одного, двух или трех пальцев (среднего, безымянного, мизинца). Она имеет семейный характер, наследуется по доминантному типу с варьирующей пенетрантностью (локализация гена 16q11.1-q22); при наличии другой патологии контрактура формируется на «подготовленной почве». Иногда контрактуру Дюпюитрена связывают с циррозом



Рис. 7-86. Рентгенограмма кисти того же больного



Рис. 7-84. Плотный отёк фаланг пальцев. На ощупь ткани пальцев плотные



Рис. 7-85. Ладонь той же руки. Отложения фосфата кальция в мякоти пальцев



Рис. 7-87. Системная склеродермия. Узлы каменной плотности — отложение кальция в мягких тканях разгибательных поверхностях коленных суставов



Рис. 7-88. Подобные узлы в крестцово-подвздошных и ягодичных областях



Рис. 7-89. Контрактура Дюпюитрена у больного циррозом печени. Функция кистей рук значительно нарушена. Левая рука



Рис. 7-90. Контрактура Дюпюитрена. Правая рука



Рис. 7-91. Начинающаяся контрактура без значимого нарушения функции



Рис. 7-92. После ушиба левой кисти с образованием большого кровоподтёка (см. рис. 5-53) беспокоит стрессовая боль в пястно-фаланговых суставах как при сгибании, так и при разгибании. Спустя 5–6 мес появилось утолщение сухожилия сгибателя среднего пальца, ещё через месяц — безымянного. Речь могла идти о посттравматической контрактуре, если бы не появилось утолщение сухожилия сгибателя среднего пальца правой кисти, ещё позднее — безымянного. По-видимому, травма лишь спровоцировала развитие контрактуры Дюпюитрена

печени, что, вероятно, является совпадением. Есть мнение, что при циррозе печени в развитии контрактуры играет роль алкоголизация, которая и приводит к циррозу.

Синдром Пейрони — *induratio penis plastica* в 30% сочетается с контрактурой Дюпюитрена, что даёт основание предполагать этиопатогенетическую близость этих заболеваний.

ТИПИЧНЫЕ ВАРИАНТЫ ДЕФОРМАЦИЙ ПАЛЬЦЕВ КИСТЕЙ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

Симптом пуговичной петли. Название произошло от формы указательного пальца при расстёгивании пуговицы, когда палец согнут в проксимальном межфаланговом суставе и слегка разогнут в дистальном (рис. 7-94, 7-98, 7-102). Эти изменения могут быть в любом



Рис. 7-93. Бутоньерка



Рис. 7-94. Симптом «букетной», или «пуговичной петли», формируется или уже сформировался у мизинцев и безымянных пальцев

пальце кисти, кроме большого. То же — *симптом бутоньерки*. Бутоньерка — согнутая тонкая трубка, которая вставляется в петлицу для крепления украшения, само украшение, например цветок, вставляется в трубку (рис. 7-93). Бутоньерки были популярны в XIX в.

Симптом лебединой шеи: сгибательная контрактура в дистальных межфаланговых и переразгибание (тыльный подвывих) в проксимальных межфаланговых суставах.

Ульнарная девиация пальцев рук, часто сочетается с ладонным подвывихом в пястно-фаланговых суставах (ласта моржа), (рис. 7-99–7-101). Отклонение в ульнарную сторону может быть и в проксимальном межфаланговом суставе (рис. 7-103).

Реже при ревматоидном артрите встречается *Z-симптом* — сгибательная контрактура в пястно-фаланговом суставе и тыльный вывих в межфаланговом суставе большого пальца (рис. 7-97).



Рис. 7-95. Симптом «лебединой шеи».



Рис. 7-96. На правой руке: формирование симптома лебединой шеи III–V пальца. На левой: то же у мизинца. 15-летний анамнез болезни



Рис. 7-97. Z-симптом



Рис. 7-98. Начало формирования Z-симптома и симптома «пуговичной петли» у мизинца правой руки, воспалительная деформация суставов и ульнарная девиация в проксимальных межфаланговых суставах безымянных пальцев



Рис. 7-99. Утолщение II–III пястно-фаланговых суставов. Атрофия межкостных мышц. Неполное разгибание в дистальном межфаланговом суставе указательного пальца. Сочетание ревматоидного артрита с остеоартритом



Рис. 7-100. На правой руке: ладонные подвывихи и ульнарная девиация II–IV пальцев. На левой: ульнарная девиация II–III пальцев, утолщение проксимальных межфаланговых суставов III–IV пальцев и латеральный подвывих в проксимальном межфаланговом суставе среднего пальца



Рис. 7-101. Подвывихи и вывихи в пястно-фаланговых суставах, ульнарная девиация II–V пальцев



Рис. 7-102. Анкилозы в пястно-фаланговых суставах. Симптом «бутоньерки» на средних и безымянных пальцах



Рис. 7-103. Доброкачественное течение ревматоидного артрита, 17 лет от первых проявлений болезни. Ульнарный подвывих в проксимальном межфаланговом суставе безымянного пальца, сгибательная контрактура в таком же суставе мизинца



Рис. 7-104. Атрофия межкостных мышц, отёк II–III пястно-фаланговых, лучезапястных и запястно-пястных суставов, более выраженный справа

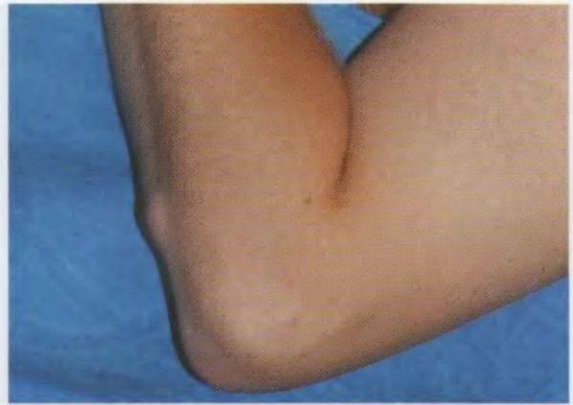


Рис. 7-105. Ревматоидный узел в типичном месте

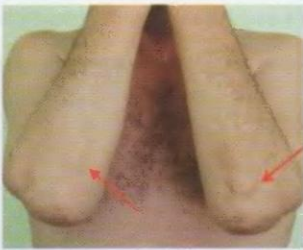


Рис. 7-106. Симметрично расположенные ревматоидные узлы на разгибательной поверхности предплечий



Рис. 7-107. Ревматоидный узел на безымянном пальце



Рис. 7-108. Подвывихи в пястно-фаланговых суставах указательного и среднего пальцев. Ревматоидные узелки на тыльной поверхности проксимальных межфаланговых суставов среднего и безымянного пальцев и на внутренней поверхности межфалангового сустава большого пальца (голубая стрелка). Кроме того, в этом суставе формируется Z-симптом

Ревматоидные узлы чаще образуются на разгибательной поверхности предплечий чуть дистальнее локтевого сустава.

При исследовании коленных суставов надо отличать воспалительную деформацию от жировых подушек (рис. 7-109, 7-110).

Hallux valgus и молоточковые пальцы могут наблюдаться при ревматоидном артрите (рис. 7-111–7-114), деформирующем остеоартрите и быть наследственной аномалией



Рис. 7-109. Деформация левого коленного сустава из-за выпота в суставную полость



Рис. 7-110. Жировые подушки, которые хорошо выражены у некоторых женщин. Их расположение, форма и консистенция иные, чем при выпоте в полость сустава

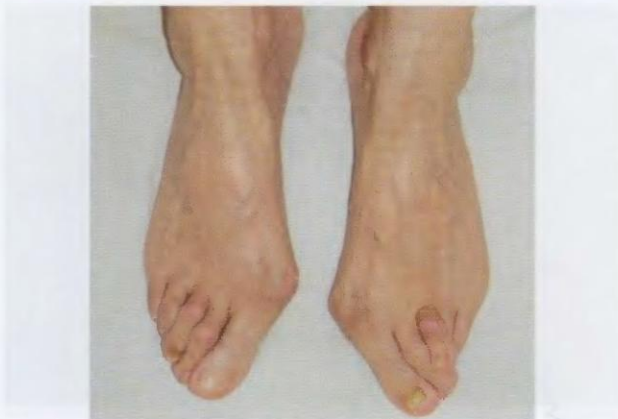


Рис. 7-111. Пациентка с ревматоидным артритом. Вальгусная девиация I–III пальцев правой стопы. Слева вальгусная девиация I–II пальцев, при нормальном положении других, привела к выдавливанию III пальцев вверх



Рис. 7-112. *Hallux valgus* с подвывихом плюснефаланговых суставов. В данном случае представлена семейная аномалия с передачей признака по женской линии. Кроме того, у пациентки онихомикоз



Рис. 7-113. Стопы пациента, страдающего ревматоидным артритом. Молоточковые пальцы и вальгусное отклонение больших пальцев

ПСОРИАЗ

При псориазе возможно развитие артритов, которые могут напоминать ревматоидный моно-, олиго- или полиартрит. Характерной особенностью, отличающей псориатический артрит от ревматоидного, является вовлечение дистальных межфаланговых суставов кистей, осевой артрит (одновременное поражение трех суставов одного пальца), несимметричность поражения. При остеолитической (мутилирующей) форме наблюдается укорочение пальцев кистей и стоп нестабильность суставов и множественные разнонаправленные подвывихи пальцев. Нередко изменяются ногтевые пластины (рис. 5-202, 7-115–7-120).



Рис. 7-114. Тот же больной. Вид сверху



Рис. 7-115. Псориазическая артропатия. Нестабильность межфаланговых суставов, ногтевая фаланга указательного пальца пассивно повернута в радиальную сторону



Рис. 7-116. Палец повернут в ульнарную сторону как в дистальном, так и в проксимальном суставах



Рис. 7-117. Указательный палец в проксимальном межфаланговом суставе ещё больше повернут в ульнарную сторону



Рис. 7-118. Псориазическая артропатия. Разрушение головки проксимальной фаланги большого пальца правой руки и вывих в межфаланговом суставе



Рис. 7-119. Рентгенограмма кистей этого пациента



Рис. 7-120. Поражение пальцев стопы и ногтей при псориазае (изменения кистей см. на рис. 5-202)



Рис. 7-121. Болезнь Педжета. Саблевидная деформация большеберцовых костей



Рис. 7-122. Рентгенограмма голеней. Перестройка структуры кости с чередованием участков остеосклероза и остеопороза и понижением её общей плотности

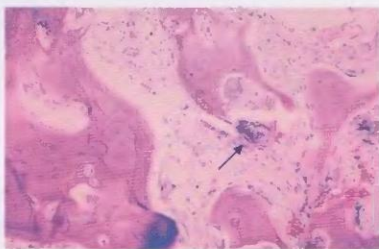


Рис. 7-124. При окраске азуром и эозином более отчётливо видны линии, разделяющие повторные наслоения вновь образованной костной ткани. В центре поля зрения гигантский остеокласт (стрелка)



Рис. 7-123. Гистологические срезы биоптата кости (окраска гематоксилином и эозином) — выраженная перестройка костной ткани: наряду с истончёнными костными балками имеются очень толстые

БОЛЕЗНЬ ПЕДЖЕТА

Характерный симптом этой болезни — саблевидное искривление большеберцовых костей (рис. 7-121, 7-122). Они утолщены, чередуются очаги уплотнения и разрежения костной ткани. На гистологических срезах биоптатов спонгиозной кости (рис. 7-123, 7-124) видно утолщение костных балок, остеокласты и миелофиброз.

РАЗЛИЧНЫЕ СИМПТОМЫ ПАТОЛОГИИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА И ОТДЕЛЬНЫЕ СИМПТОМЫ СО СТОРОНЫ РУК И НОГ

Различные симптомы патологии опорно-двигательного аппарата и отдельные симптомы со стороны рук и ног не всегда вызваны первичной патологией опорно-двигательного аппарата.



Рис. 7-125. Гигромы чаще появляются у женщин на месте частой травматизации — в области околосуставной или вновь образованной синовиальной сумки. Только при значительном увеличении появляется тупая боль



Рис. 7-126. Рука той же женщины в другом положении



Рис. 7-128. Вальгусная стопа слева. В молодом возрасте у пациентки была травма. К врачам не обращалась. Боли постепенно прошли. Больших затруднений при ходьбе нет. У больной также имеется грибковое поражение ногтей на всех пальцах, кроме III слева



Рис. 7-129. Та же больная. Вид сзади



Рис. 7-127. X-образная деформация ног может быть как признаком заболевания коленных суставов, так и аномалией развития



Рис. 7-130. Последствия остеомиелита V пястной кости слева



Рис. 7-131. Последствия остеомиелита лучевой и IV пястной костей справа

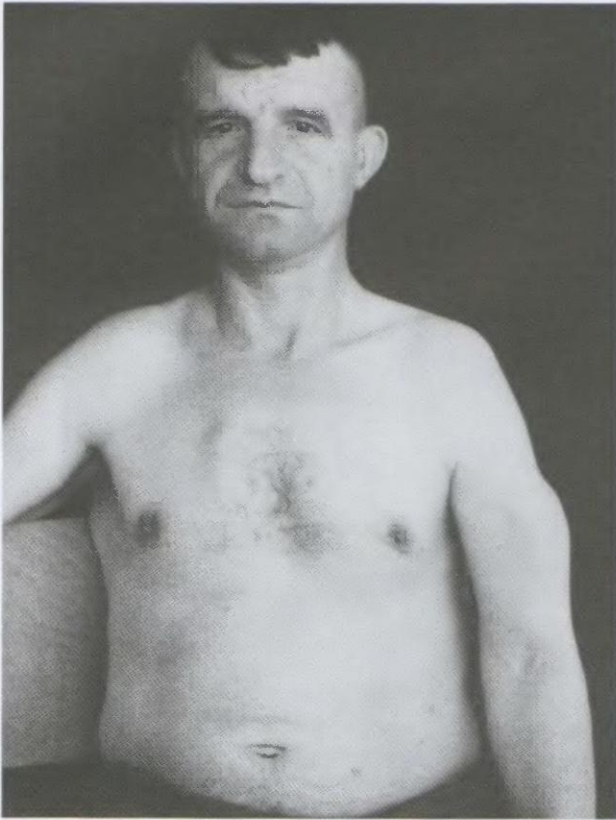


Рис. 7-132. Ложный сустав после несросшегося перелома плечевой кости

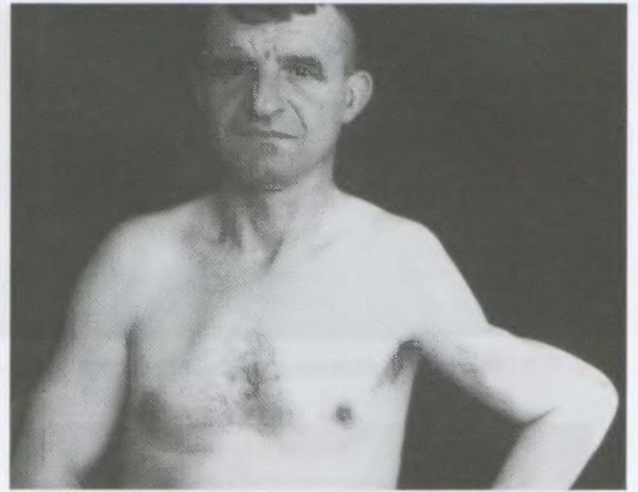


Рис. 7-133. Патологическая подвижность в ложном суставе



Рис. 7-134. Кисть больной акромегалией (слева) выглядит нормальной, если не принять во внимание другие признаки болезни (см. рис. 4-2, 4-3) и астеническую конституцию пациентки. Рядом, для сравнения, кисть здоровой женщины того же роста и конституции

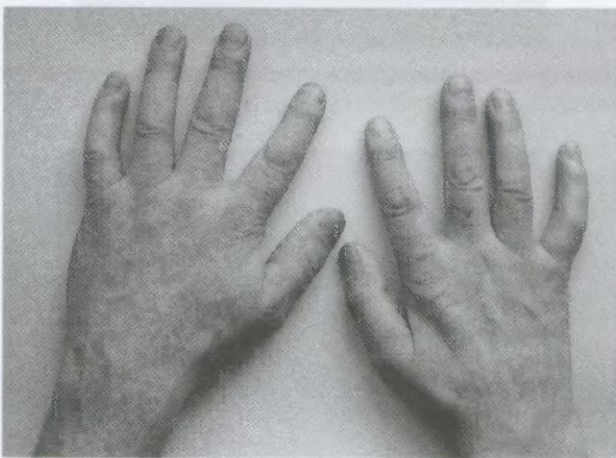


Рис. 7-135. Атрофия мышц правой кисти у больного сирингомиелией



Рис. 7-136. Системная красная волчанка. Парез микросудов кожи с нарушением трофики, некрозами эпидермиса



Рис. 7-137. При диаскопии эритема исчезает



Рис. 7-138. Тыльная сторона кисти той же больной. Отек виден лучше на среднем и безымянном пальцах



Рис. 7-139. Костные разрастания луча с искривлением предплечья у пациента с гиперостозной болезнью

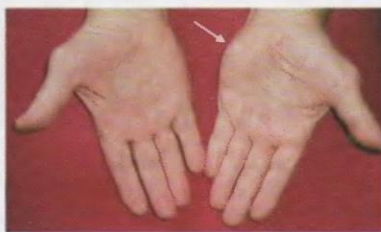


Рис. 7-140. Асимметрия гипотенаров. Когда она появилась, пациент не знает. При пальпации определяется безболезненное утолщение мышцы слева. Так как у пациента была лимфома, не исключалось метастатическое поражение. Диагноз установлен только после биопсии: простая киста

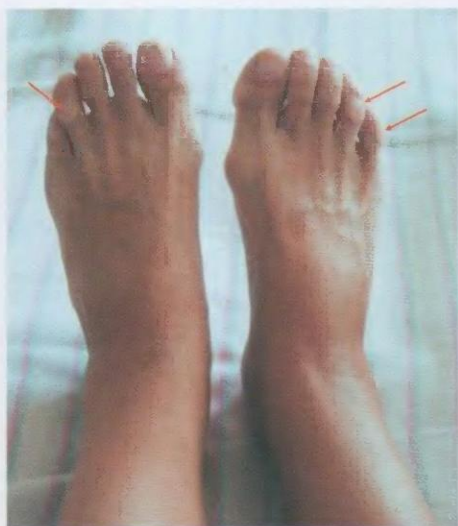


Рис. 7-141. Натоптыши — круглые разрастания эпидермиса с толстым плотным роговым слоем в местах постоянного давления при ношении тесной обуви. У этой женщины непропорционально длинные четвертые пальцы стоп (аномалия развития), что усугубляет ситуацию



Рис. 7-142. Лимфостаз у пациента после рожистого воспаления



Рис. 7-143. Выраженный лимфостаз после повторных рожистых воспалений голени

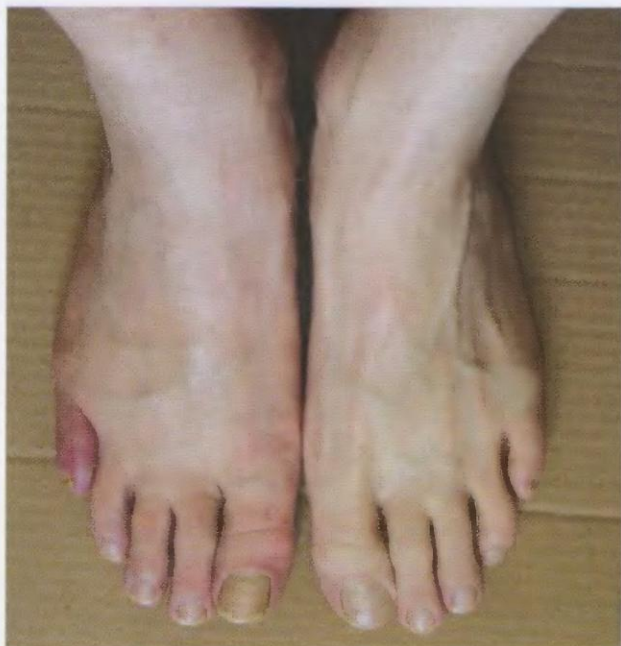


Рис. 7-144. Больной сахарным диабетом I типа много лет делает инъекции инсулина. Получает лечение в связи с синдромом диабетической стопы. В течение 3 лет отмечается увеличение количества тромбоцитов и эритроцитов. Боли в правой стопе, особенно V пальца, появились несколько месяцев назад. Больше всего они ощущаются в покое, уменьшаются при ходьбе. Пальцы тёплые, IV и V справа значительно теплее, чем слева. Нарушение микроциркуляции в данном случае имеет двойной генез: диабетическая ангиопатия и полицитемия



Рис. 7-146. Сухая гангрена правой голени у пациентки с генерализованным атеросклерозом. Левая стопа и голень отёчны. Трофические язвы под корками



Рис. 7-147. Варикозная болезнь вен голени

ИЗМЕНЕНИЯ КРОВЕНОСНЫХ СОСУДОВ И РАЗЛИЧНЫЕ НАРУШЕНИЯ КРОВООБРАЩЕНИЯ В КОНЕЧНОСТЯХ

Эритромелалгия (греч. *эритрос* — красный, *мелос* — часть тела, член, конечность, *альгос* — боль) связана с нарушением микроциркуляции в пальцах стоп и редко — кистей рук. Она наблюдается при полицитемии (эритремии), эссенциальной тромбоцитемии (мегакариоцитарном лейкозе) и как самостоятельная нейрососудистая патология.



Рис. 7-145. Сухая гангрена стоп у пациентки со смешанным заболеванием соединительной ткани



Рис. 7-148. Гемангиоматоз голени, семейный

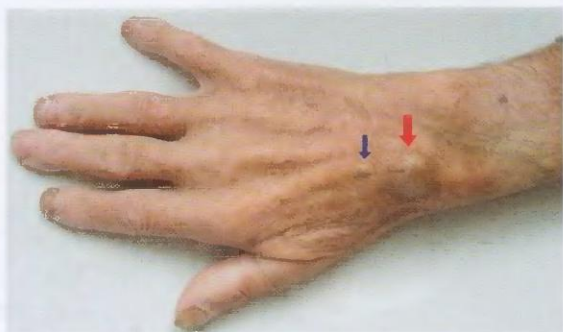


Рис. 7-149. С радиальной стороны тыла кисти наблюдается мягкое образование (красная стрелка). Дистальнее имеется ещё одно небольшое узелковое выпухание поверхностной вены (синяя стрелка)



Рис. 7-150. Тот же больной. Вид с радиальной стороны кисти. Стрелкой показана ещё одна расширенная вена



Рис. 7-151. При лёгком давлении пальцами выпухание постепенно исчезает — венозная аневризма. Пациент с болезнью Рандю–Ослера (см. рис. 2–60).



Рис. 7-152. Цианоз и отёк всей левой нижней конечности, виден венозный рисунок, местная температура повышена

Илеофemorальный тромбоз (рис. 7-152, 7-153)

При появлении тромбоза вен у молодых людей прежде всего надо думать об опухоли или о гематогенной тромбофилии, вызванной генетическими аномалиями факторов системы гемостаза.

Синдром Рейно

Вариант нарушения нейро-сосудистой регуляции пальцев — *синдром Рейно*. При охлаждении они белеют (спазм артериол) и теряют чувствительность («мёртвый палец»). При последующем согревании появляются боль и цианоз, затем пальцы краснеют и постепенно восстанавливается нормальный цвет кожи.

Гемофилия клинически проявляется образованием гематом и гемартрозов.

В настоящее время благодаря наличию очищенных факторов свёртывания и своевременному оказанию эффективной заместительной терапии с раннего детского возраста гемофильские артропатии встречаются редко.

Гематомы образуются также при болезни Вилебранда и в других случаях смешанного типа кровоточивости.

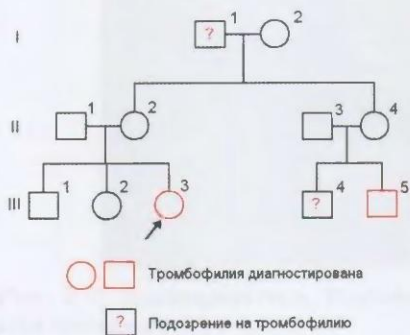


Рис. 7-153. Схема родословной этой пациентки. Пробанд — наша пациентка (III3). На 9-й неделе первой беременности появились боли в левой паховой области и бедре, отёк бедра быстро распространился на голень и стопу. На 3-й день при УЗИ диагностирован тромбоз левой общей подвздошной вены с распространением в нижнюю полую вену, тромб флотирующий; начата антикоагулянтная терапия, установлен кава-фильтр, наложен эластичный бинт. Боли постепенно прошли, осталась тяжесть в ноге в вертикальном положении тела, усиливающаяся при ходьбе. У двоюродного брата (III5) в возрасте 21 года после травмы также был флелотромбоз и установлен кава-фильтр. Его старший брат 24 лет (III4) после травмы 2-летней давности страдает болями в ногах, но не обследован. Отец матери пробанда (I1) умер после операции (было внутрибрюшинное кровотечение). У пациентки выявлен выраженный дефицит антитромбина III. При генетическом анализе дополнительно обнаружена мутация гена протромбина



Рис. 7-154. Одной из причин синдрома Рейно считается вибрационная болезнь. Некроз кончика пальца развился у пациента, 15 лет работавшего с бензопилой «Дружба»

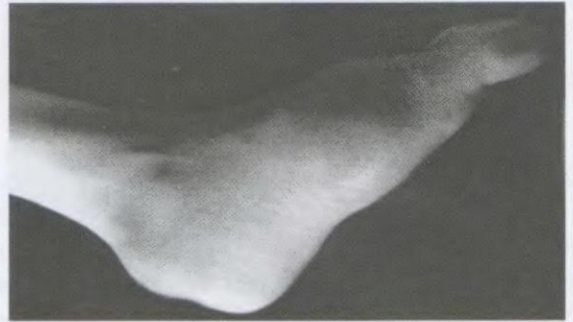


Рис. 7-155. Гематомы в сочетании с гемартрозами у больного гемофилией. Левая стопа



Рис. 7-156. Правая стопа того же больного



Рис. 7-157. У пациента со смешанным типом кровоточивости после лёгкого ушиба появилась плотная болезненная припухлость — гематома

ГРУДЬ И ЖИВОТ

Необходимо различать понятия «грудная клетка» и «грудь» — передняя стенка грудной клетки. У мужчин это определение возражений не вызывает. У женщин грудью называют также молочную железу. К сожалению, полисемия широко распространена, что нередко мешает пониманию прочитанного текста без специальных пояснений.

К формам груди относятся: плоская (рис. 8-13), воронкообразная (рис. 8-1), ладьевидная (рис. 8-2), килевидная, или «куриная грудь» (рис. 8-3). Нормальными типами грудной клетки следует считать нормостеническую, гиперстеническую, астеническую, которые соответствуют конституции при нормальном телосложении. К патологическим типам грудной клетки относят: бочкообразную, или эмфизематозную (рис. 8-4, 8-5, 8-13), паралитическую, кифосколиотическую (рис. 8-10, 8-11).



Рис. 8-1. Воронкообразная грудь. Вдавление в нижней трети грудины

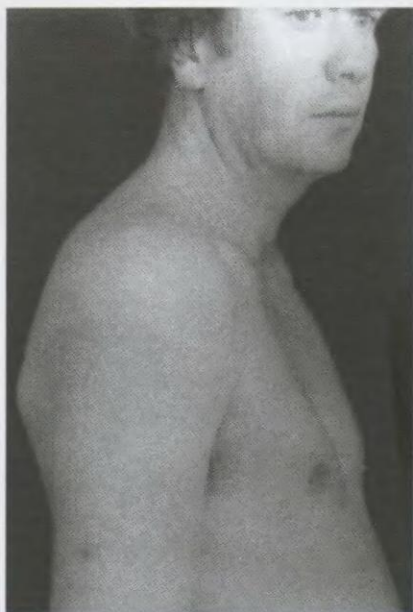


Рис. 8-2. Ладьевидная грудь. Углубление грудины на всем протяжении

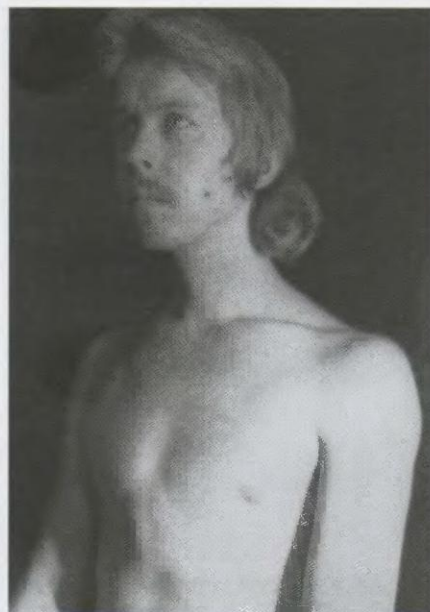


Рис. 8-3. Килевидная грудь. Грудина выступает вперед, в данном случае — преимущественно её нижняя треть



Рис. 8-4. Бочкообразная грудная клетка у молодой женщины с хронической обструктивной болезнью легких, вид спереди



Рис. 8-5. Та же больная, вид сбоку



Рис. 8-6. Крыловидные лопатки. Конституциональная особенность

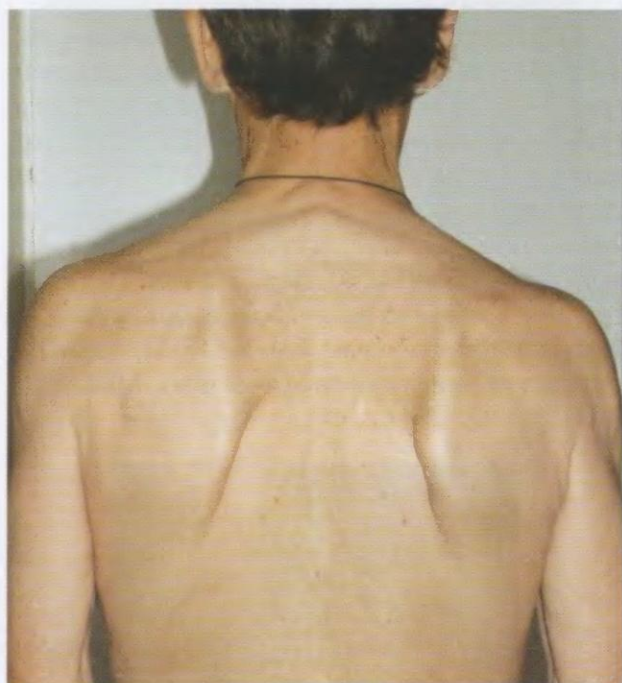


Рис. 8-7. Крыловидные лопатки вследствие значительной потери массы тела

Крыловидные лопатки — признак астенической конституции (рис. 8-6), но при быстрой потере массы тела резко контурирующиеся лопатки наблюдаются и при нормостеническом типе (рис. 8-7).

Сердечный горб (*gibbus cardiacus*), обусловленный большим сердцем с раннего детства вследствие врождённого или ревматического порока сердца, в настоящее время встречается редко (рис. 8-8, 8-9).

При кифосколиотической грудной клетке аномальное расположение лёгких и сердца с крупными кровеносными сосудами способствует развитию их патологических изменений.

Могут иметь диагностическое значение и другие изменения костного каркаса грудной клетки и мягких тканей.

При кифосколиотической грудной клетке кифоз сразу бросается в глаза, а для оценки

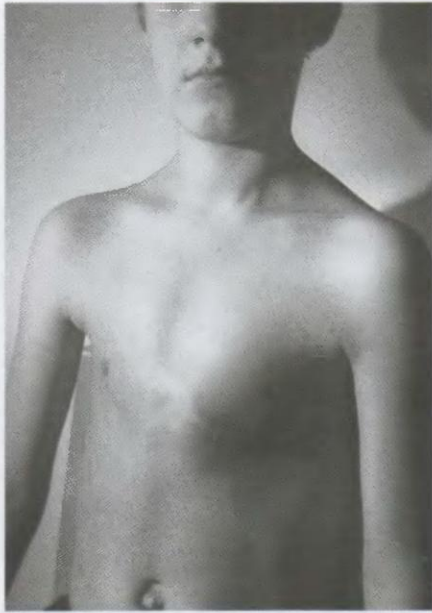


Рис. 8-8. *Gibbus cardiacus*. 17-летний юноша. Порок сердца диагностирован в 8-летнем возрасте. Деформация грудной клетки вызвана большим размером левого предсердия и правого желудочка, она развилась в период незавершённого окостенения грудной клетки в детском возрасте. Рубец на груди после комиссуротомии. Наблюдение 1967 г.

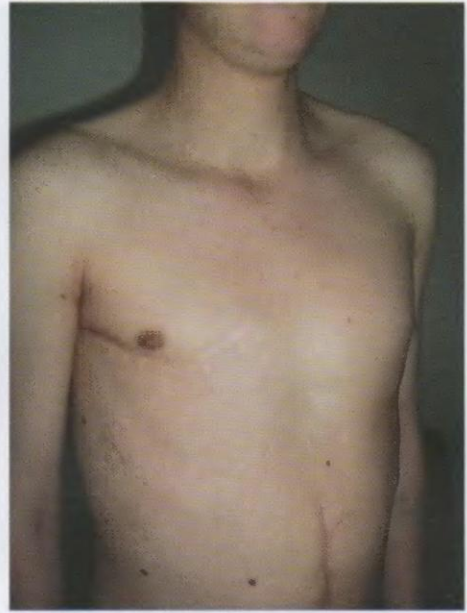


Рис. 8-9. Сердечный горб у пациента, родившегося с пентадой Фалло. Часть пороков корригирована в детском возрасте. Пациент (сейчас ему 24 года) готовится к устранению дефекта межжелудочковой перегородки, над- и подклапанного сужения устья лёгочного ствола (см. рис. 2-59, 5-201)



Рис. 8-10. Кифосколиотическая деформация грудной клетки



Рис. 8-11. Кифосколиотическая грудная клетка

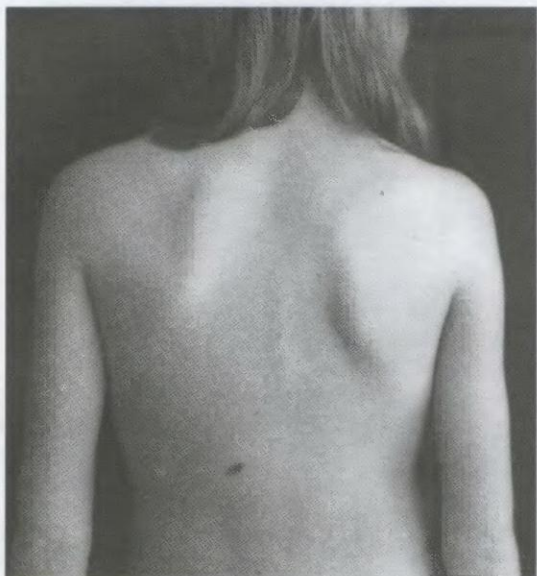


Рис. 8-12. Неопущение левой лопатки. Это один из вариантов аномалий развития, не имеющий большого значения в развитии патологии внутренних органов



Рис. 8-13. Выраженный грудной кифоз у больного эмфиземой лёгких

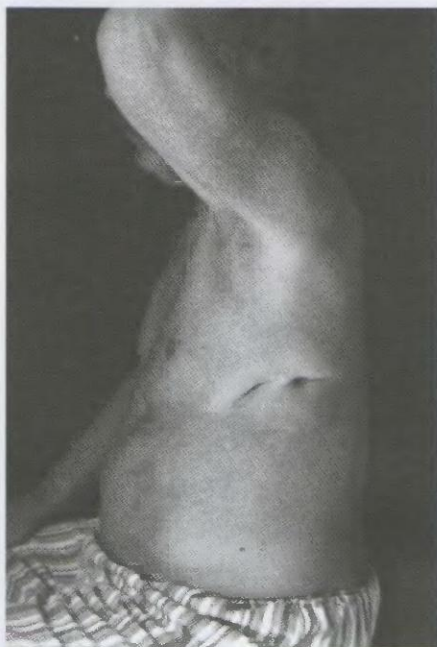


Рис. 8-14. Втянутые, спаянные с рёбрами и фасцией межрёберных мышц рубцы после выздоровления от абсцесса лёгкого. Вследствие обширного спаечного процесса между висцеральной и париетальной плеврами абсцесс лёгкого не прорвался в полость грудной клетки, а распространился на грудную стенку без развития эмпиемы плевры. Содержимое полости в лёгком вытекло через образовавшиеся свищи. Интересно отметить, что выздоровление произошло без антибиотиков. Основное лечение — инъекции раствора камфары (начало 40-х гг. XX в.). Невероятные жизненные силы у некоторых людей!



Рис. 8-15. Большая липома на спине

степени рёберного горба лучше осматривать спину больного при наклоне вперёд (рис. 8-16–8-19, четыре позы пациентки). При наклоне рёберный горб виден более отчётливо.

Полителия и полимастия

Молочные линии (рис. 8-30) отражают проекцию гребня эмбриональной ткани, из которого



Рис. 8-16. Нерезко выраженный кифосколиоз. Первая поза. Больная стоит спиной к врачу



Рис. 8-17. Вторая поза. Больная стоит к врачу левым боком



Рис. 8-18. Третья поза. Больная стоит в повороте спиной к врачу



Рис. 8-19. Четвёртая поза. При взгляде со спины на наклонившуюся больную рёберный горб виден лучше всего

развиваются молочные железы. Эта ткань обычно подвергается обратному развитию, за исключением формирования двух молочных желёз. Сохранение участков эмбриональной ткани приводит к формированию рудиментарных сосков — полителия (рис. 8-31, 8-32) или добавочных молочных желёз — полимастия (рис. 8-33—8-37).

Опухоли

Лимфомы молочных желёз вторичны, т.е. являются метастазами лимфом других органов (рис. 8-38—8-41).

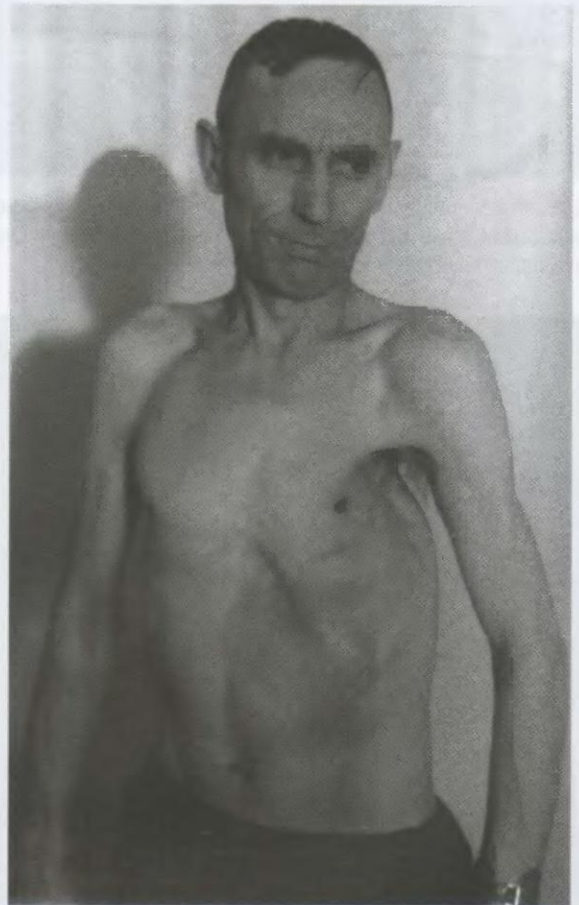


Рис. 8-20. Асимметрия грудной клетки после резекции рёбер и левосторонней нижней лобэктомии

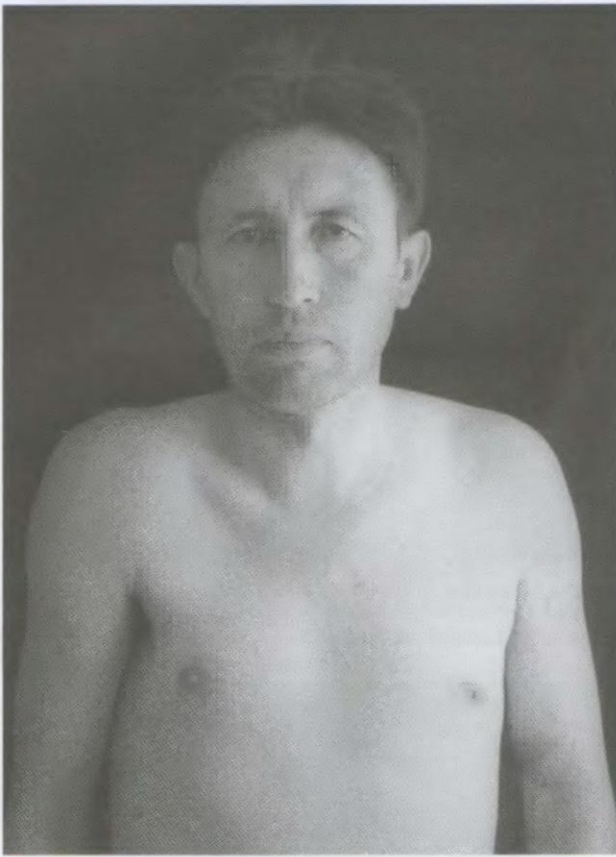


Рис. 8-21. Асимметрия грудной клетки после верхней лобэктомии справа. Так же западают над- и подключичная ямки при ателектазе верхней доли



Рис. 8-24. Гинекомастия в юношеском возрасте — нередкое явление. Обычно она исчезает при половом созревании



Рис. 8-22. Опухоль лопатки с инфильтрацией мягких тканей при миеломной болезни

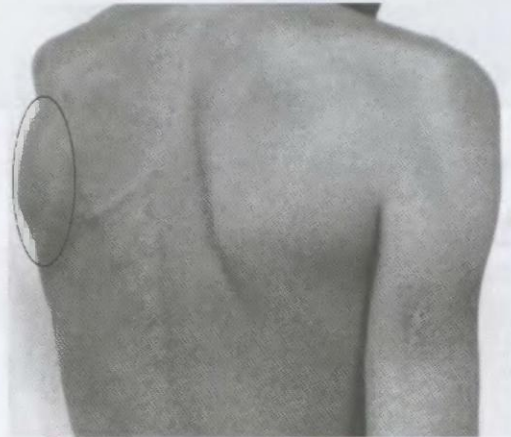


Рис. 8-23. Разрушение лопатки с мягкотканым компонентом опухоли (очерчен) при миелосаркоме

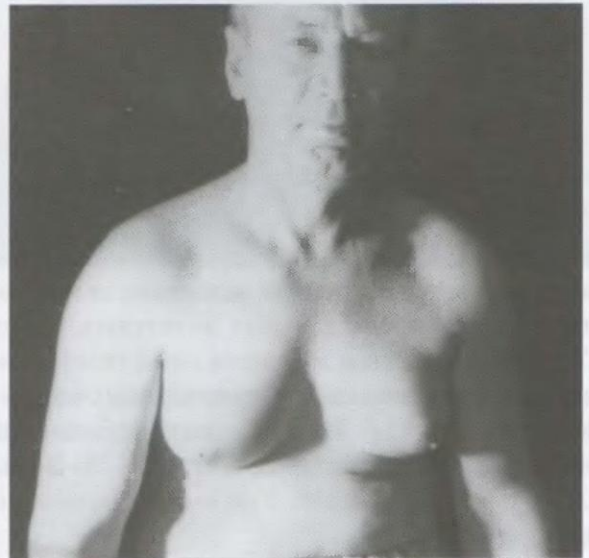


Рис. 8-25. Пациент с апластической анемией, леченный метилтестостероном, на фоне чего появилась выраженная гинекомастия. В ткани молочной железы андрогены способны превращаться в эстрогены



Рис. 8-26. Асимметрия грудной клетки, вызванная огромным конгломератом лимфоузлов подмышечной области при лимфоме Ходжкина



Рис. 8-27. У больной циррозом печени выявлен выпот в плевральной полости справа. После удаления 2 л выпота появился безболезненный «инфильтрат» в мягких тканях за счёт пропитывания их жидкостью, поступающей из плевральной полости. «Инфильтрат» рассосался в течение 3 дней



Рис. 8-28. Та же больная. Рентгенограмма грудной клетки до плевральной пункции

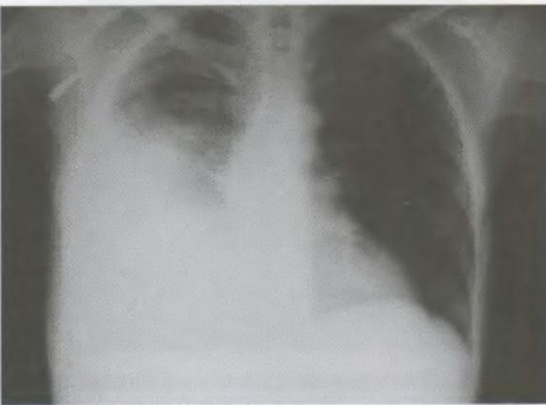


Рис. 8-29. Та же больная. Рентгенограмма грудной клетки после удаления части плеврального выпота

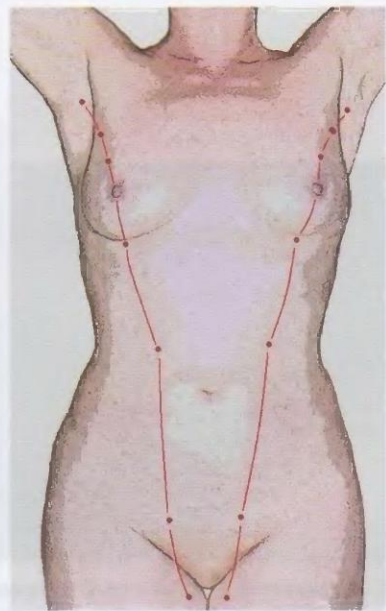


Рис. 8-30. Молочные линии



Рис. 8-31. Добавочные соски на этом и следующем рисунке указаны стрелками



Рис. 8-32. Полителія у мужчины. Видны множественные элементы отрубевидного лишая

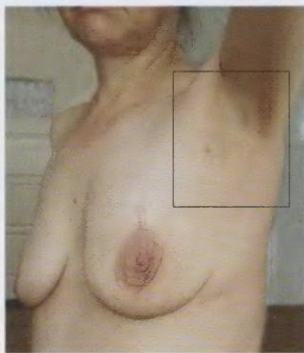


Рис. 8-33. У этой женщины имеется небольшая добавочная молочная железа. При кормлении детей грудью (их было двое с интервалом 8 лет) из этой железы выделялось молоко. Сейчас женщине 44 года, молочная железа едва ощущается, сосок втянут



Рис. 8-34. Увеличенный фрагмент фотографии



Рис. 8-35. У пациентки подмышечные молочные железы имеются с обеих сторон. В период полового созревания как у основных молочных желёз, так и у добавочных появились *striae*



Рис. 8-36. Двусторонние добавочные молочные железы в подмышечных областях, функционирующие во время лактации

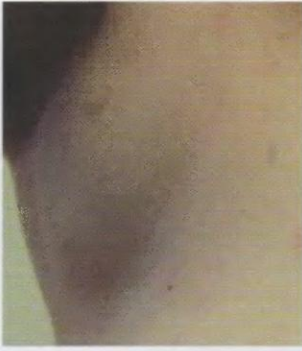


Рис. 8-37. Фрагмент рис. 8-36. У правой подмышечной молочной железы два соска



Рис. 8-39. Агрессивная лимфома с поражением периферических и висцеральных лимфатических узлов, обеих молочных желёз, костного мозга, развившаяся на фоне ВИЧ-инфекции. Стадия IVB

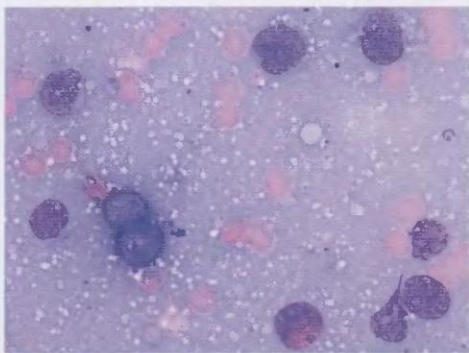


Рис. 8-40. На микрофотографии отпечаток биоптата молочной железы. Видны опухолевые клетки и эритроциты. Синий фон связан с большим количеством белка



Рис. 8-38. У этой молодой женщины обнаружено увеличение лимфатических узлов, увеличение и безболезненное уплотнение левой молочной железы. Кожа над ней и рядом над грудиной слегка цианотична. По результатам гистологического и иммуногистохимического исследований диагностирована диффузная крупноклеточная В-клеточная лимфома

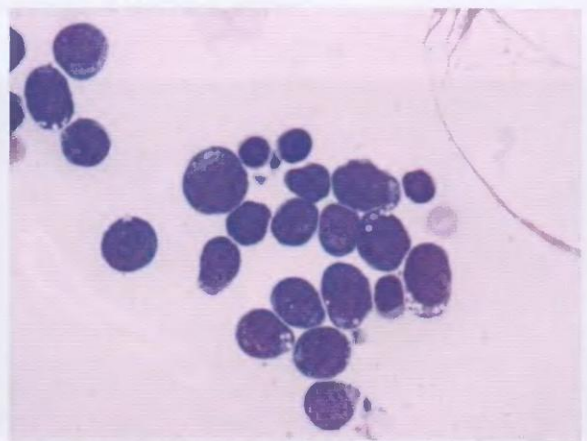


Рис. 8-41. Микрофотография мазка из осадка асцитической жидкости. Атипичные лимфоидные клетки с ядрами бластной структуры. При иммуногистохимическом исследовании биоптата железы диагностирована диффузная В-крупноклеточная лимфома

Внешние признаки окклюзионного поражения крупных вен



Рис. 8-42. Пациентка заметила небольшую опухоль на шее, вскоре появились расширенные вены над грудиной. За 13 месяцев опухоль достигла больших размеров, вены расширились. Диагностирована лимфома Ходжкина. Пациентка долго не обращалась, так как первые признаки болезни обнаружила в самом начале беременности. Решила её выносить. Благополучно родила и пошла на обследование, когда ребёнку исполнилось 3 месяца. Расширение вен на груди вызвано нарушением оттока крови по левой подключичной вене из-за сдавления её опухолью. Рубец после биопсии



Рис. 8-43. Локальное расширение подкожных вен. Огромная опухоль (диффузная крупноклеточная В-клеточная лимфома) распространяется из подлопаточной области до ключицы и затрудняет отток крови в правую подключичную вену

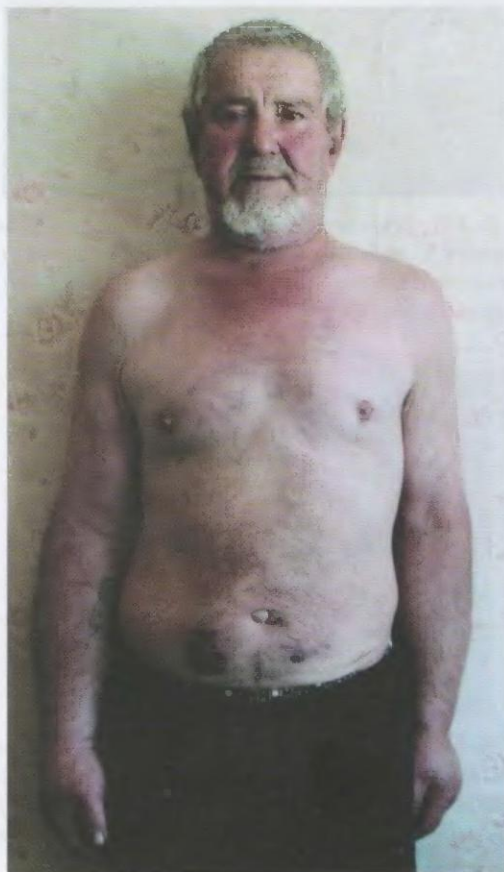


Рис. 8-44. У пациента увеличение объёма и цианоз правой руки, расширение подкожных вен на груди, яркая окраска открытых частей тела. Эти симптомы, за исключением последнего, дали основание диагностировать тромбоз или сдавление правой подключичной вены. Компьютерная томография выявила опухоль легкого и подтвердила предположение как о тромбозе, так и о внешнем сдавлении правой подключичной вены. Пациент получает инъекции гепарина под кожу живота, из-за чего на животе появились синяки

Синдром верхней полой вены легко диагностируют клинически.



Рис. 8-45. У пациента толстая шея, расширенные подкожные вены на груди и животе



Рис. 8-46. Тот же больной, вид сзади. Толстая шея, отёчная левая рука и подкожная клетчатка грудной клетки слева, выраженный венозный рисунок

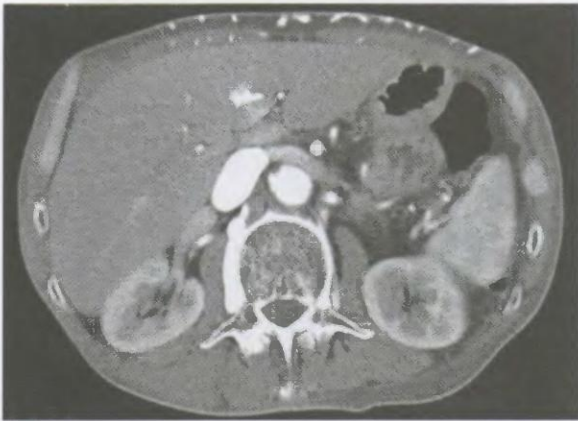


Рис. 8-47. На компьютерной рентгенограмме (срез на уровне эпигастрия) видна густая сеть расширенных подкожных вен передней брюшной стенки

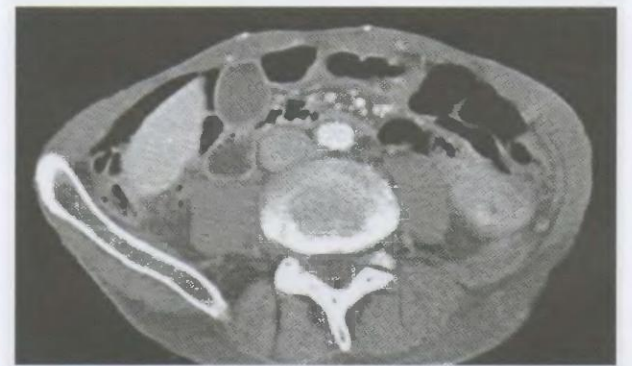


Рис. 8-48. На КТ на уровне подвздошных костей заметны 2 выбухающие вены. Они хорошо видны на фотографии (см. рис. 8-53). Левое крыло подвздошной кости не попало в срез из-за косоного положения таза. Привлекает внимание низкое расположение правой доли печени



Рис. 8-49. Расширенные выбухающие вены в мезо- и гипогастрии



Рис. 8-50. Для определения направления кровотока врач помещает рядом два пальца на вену, сдавливая её



Рис. 8-51. Раздвигая пальцы, врач обескровливает участок вены между ними



Рис. 8-52. Если убрать дистально расположенный палец, вена снизу не заполняется



Рис. 8-53. Если убрать палец, расположенный проксимально, вена быстро заполняется сверху, что свидетельствует о сбросе крови из ветвей верхней поллой вены в ветви нижней поллой вены



Рис. 8-54. Множественные супракаважные анастомозы. У пациентки тромбоз внутренней яремной вены справа после длительного стояния центрального катетера

Внешние симптомы поражения брюшной стенки и внутренних органов и не только брюшной полости



Рис. 8-55. В гипогастрии у пациента видны симметричные липомы, они мягкие и безболезненные, причина — в регулярных многолетних инъекциях инсулина. Кроме того, выше липом имеется синяк после инъекций, здесь также кожная складка заметно толще — в настоящее время пациент делает инъекции в этой области брюшной стенки

Мышцы передней брюшной стенки

При повышении давления в брюшной полости в области дефектов мышечно-апоневротического слоя выпячивается передняя брюшная стенка (диастаз прямых мышц живота или грыжи). Для этого просят лежащего на спине пациента оторвать голову от подушки или чуть приподняться, упираясь локтями в постель (рис. 8-56, 8-57).

Наблюдая, как пациент ложится (в это время мышцы передней брюшной стенки напрягаются и давление в брюшной полости повышается), можно увидеть продольное выпячивание брюшной стенки между прямыми мышцами живота, свидетельствующее о диастазе прямых мышц живота и без выполнения специальных приёмов (рис. 8-58—8-61).

При дряблой брюшной стенке через неё могут контурироваться органы брюшной полости (рис. 8-69, 8-70).



Рис. 8-56. Выраженный диастаз прямых мышц живота. Пациент лежит спокойно, мышцы расслаблены, признаков диастаза не видно



Рис. 8-57. При попытке пациента приподняться, опираясь на локти, появилось широкое продольное выпячивание передней брюшной стенки. Одновременно выпячивается пупок — расхождение пупочного кольца



Рис. 8-58. Первое движение пациента при переходе из положения сидя в постели в положение лёжа на спине



Рис. 8-59. Пациент ещё больше навалился на левый бок. Прямые мышцы живота ещё расслаблены



Рис. 8-60. Прямые мышцы напряглись, внутрибрюшное давление повысилось. Появилось выпячивание между прямыми мышцами живота



Рис. 8-61. Пока пациент не оказался в горизонтальном положении и не расслабился, выпячивание между прямыми мышцами живота остаётся

АСЦИТ

При накоплении большого объёма жидкости в брюшной полости живот увеличивается. Если асцит вызван портальной гипертензией, порто-кавальные анастомозы могут быть видны на передней брюшной стенке — голова Медузы, у которой на голове (большой живот) вместо волос были змеи (варикозные вены, рис. 8-62).

При большом объёме свободной жидкости в брюшной полости форма живота не меняется в любом положении пациента: лёжа и стоя (рис. 8-63, 8-64), лёжа на спине и на боку (рис. 8-65, 8-66).



Рис. 8-62. У юности с циррозом печени истощение, симптомы портальной гипертензии: асцит, варикозное расширение вен передней брюшной стенки. *Striae*, связанные с выраженными катаболическими процессами, видны в том числе и над выбухающими венами



Рис. 8-63. У этого пациента форма живота одинакова как в положении стоя, так и лёжа. Для определения асцита перкуссия проводится по срединной линии тела от пупка к лону в положении лёжа на спине (чёрная метка) и стоя (рис. 8-64, красная метка). Метки делаются при смене звука с тимпанического на тупой



Рис. 8-64. Граница между тимпанитом и тупым звуком в вертикальном положении смещается вверх, так как жидкость перемещается в нижнюю часть брюшной полости и полость таза



Рис. 8-65. Пациентка с циррозом печени находится в листе ожидания на трансплантацию печени. Брюшная стенка выпячена до предела



Рис. 8-66. При повороте на бок форма живота не изменилась. На боковой стенке рядом с подвздошной остью небольшое грыжевое выпячивание, где был дренаж после большой полостной операции несколько лет назад



Рис. 8-67. Очень большая селезёнка контурируется через переднюю брюшную стенку



Рис. 8-68. То же, другой пациент. Гигантская селезёнка в положении лёжа на спине в силу тяжести углубляется, увлекая за собой переднюю брюшную стенку, поэтому последняя в подрёберной области парадоксально западает, несмотря на большой размер селезёнки



Рис. 8-69. Увеличение живота вызвано большими печенью, селезёнкой и конгломератами лимфоузлов. Через дряблую брюшную стенку контурируются петли кишок. Вдох



Рис. 8-70. Тот же больной. Выдох

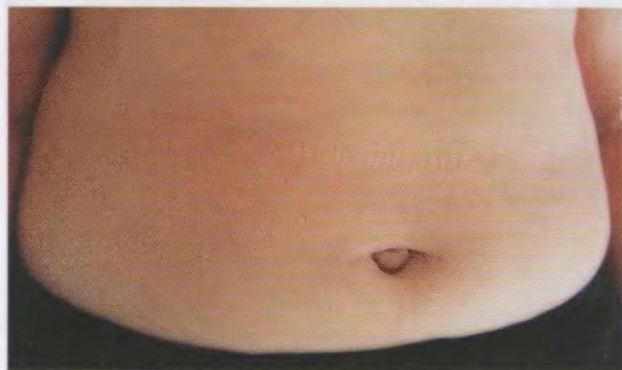


Рис. 8-71. Небольшая пупочная грыжа (грыжевые ворота чуть больше 1 см в диаметре), совершенно безопасная для ущемления



Рис. 8-72. Выпяченный пупок всегда свидетельствует о пупочной грыже. У женщины цирроз печени с портальной гипертензией, асцит



Рис. 8-73. Парадоксальное дыхание. Во время вдоха грудная клетка расширяется, одновременно втягивается живот в эпигастрии, что свидетельствует о параличе диафрагмы



Рис. 8-74. Выдох. Втяжение брюшной стенки в подложечной области уменьшилось



Рис. 8-75. Большая пупочная грыжа у больной без портальной гипертензии. Грыжевые ворота широкие. При небольшом натуживании пупок выпячивается и в грыжевом мешке оказываются петли кишок или дольки салъника. Требуется постоянное ношение бандажа, целесообразно оперативное лечение



Рис. 8-76. У пациентки с послеоперационной грыжей при повороте на бок брюшная стенка в области грыжевых ворот слегка выпячивается. Также видно небольшое выпячивание в области бывшего дренажа в левой боковой области живота (стрелка), что свидетельствует о повышенном внутрибрюшном давлении

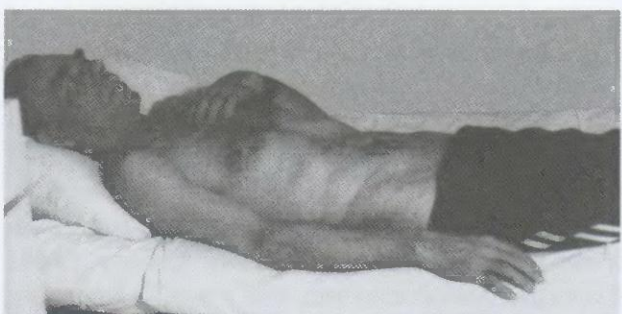


Рис. 8-77. Необычное изменение формы живота у пациента с большой послеоперационной грыжей. Спокойное дыхание



Рис. 8-78. Натуживание



Рис. 8-79. Втягивание живота

Рис. 8-80. Пациентка с грыжей и натуживанием. Видно выпячивание в области грыжевых ворот и в области бывшего дренажа. Видно выпячивание в области бывшего дренажа



Рис. 8-81. Пациентка с грыжей и натуживанием. Видно выпячивание в области грыжевых ворот и в области бывшего дренажа. Видно выпячивание в области бывшего дренажа

АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ

У всех людей имеются особенности в строении глаз, бровей, носа, ушей, пальцев рук и ног, ногтевых пластин и др. Эти особенности могут быть выражены в разной степени, на основании чего выделяют вариации и аномалии.

Вариация — морфологически и (или) физиологически выраженное отклонение в развитии органа (органов) или признака, не выходящее за пределы нормы.

Примеры вариаций — относительная длина I–II пальцев стоп.

В штате Кливленд (США) среди белого населения I палец длиннее II в 76% (Kaplan в 1964 г. считал это рецессивным состоянием); но среди айнов в 90% случаев более длинный II палец.

Греческая стопа — самый длинный II палец, египетская стопа — самый длинный I палец, если они равны — квадратная стопа.

Аномалия (син. *аномалия развития*) в биологии — отклонение от структуры и (или) функции, присущей данному биологическому виду, возникшее вследствие нарушения развития организма; к аномалиям относят пороки развития и уродства.

Малые аномалии развития (крупное родимое пятно, выраженная асимметрия частей тела, полителия, полимастия, искривление и непропорциональный размер пальцев, сколиоз, неправильный прикус и т.д.) нередки у практически здоровых людей. Однако когда этих аномалий много (более 5), всегда надо думать о возможности как морфологических аномалий внутренних органов, структуры и функций клеток (эритроцитов, тромбоцитов и др.), так и биохимических показателей, отражающих нарушения функций органов и клеток, например семейная *гипербилирубинемия Жильбера*, наследственные *гемолитические анемии* и др.



Рис. 9-1. Болезнь Реклингхаузена I типа. Большие родимые пятна — гамартии с очаговым ростом волос



Рис. 9-2. Молодая женщина с выраженным кифосколиозом, гамартией в виде «слоновой кожи» на левом бедре, участками гиперпигментации и витилиго, нефропатией. Это тоже болезнь Реклингхаузена I типа



Рис. 9-3. Кожа в зоне гамартии очень эластична

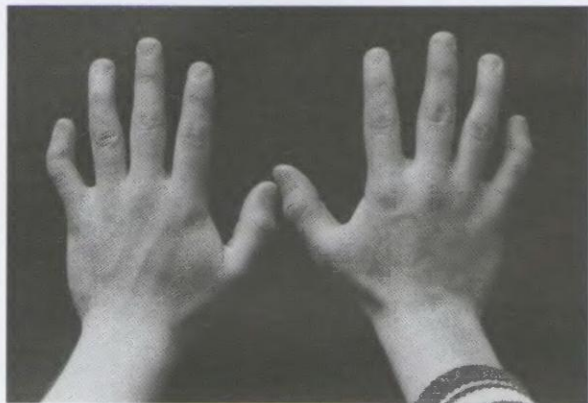


Рис. 9-4. Клинодактилия мизинцев (см. рис. 1-42 — ладони этого же пациента)

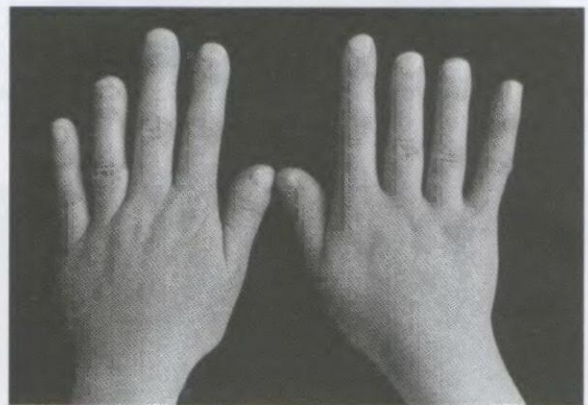


Рис. 9-5. Неправильное соотношение длины пальцев кистей



Рис. 9-6. Сращение указательного и среднего пальцев, укорочение, частичное сращение и сгибательная контрактура IV и V пальца левой кисти. Двухфаланговый короткий мизинец правой кисти

Среди морфологических аномалий выделяют гамартии.

Гамартия — аномалия развития: неправильное соотношение тканей в анатомических структурах или наличие отсутствующих в норме остатков зародышевых образований в зрелом организме. К гамартиям можно отнести рудименты сосков, добавочные молочные железы, объёмные родимые пятна, ангиомы кожи и слизистых, представляющие врождённые неправильности формирования сосудов, разновидность родимых пятен.

Гамартома — узловое опухолевидное образование, возникающее в результате нарушения эмбрионального развития органов и тканей, состоящее из тех же компонентов, что и орган, где оно находится, но отличающееся их неправильным расположением и степенью дифференцировки. К гамартомам относят объёмные пигментные невусы, врождённые пещеристые разрастания в печени, селезёнке, коже. Гамартумы не обладают прогрессирующим безудержным ростом. Крайне редко развиваются гамартобластомы.

В качестве гамартий и гамартом можно рассматривать разнообразные кожные аномалии при нейрофиброматозе Реклингхаузена I типа (см.рис. 2-16, 2-24, 2-25, 5-23–5-26, 9-1–9-3): большие родимые пятна, покрытые и непокрытые волосами, нарушения пигментации кожи (гиперхромные или лишённые пигмента), участки утолщенной кожи (вариант элифанттиаза). В подкожной клетчатке пальпируются узлы, часто множественные, которые нередко принимают за лимфатические и с подозрением на лимфому делают биопсию. При гистологическом исследовании они чаще всего оказываются нейрофибромами, реже невриномами или глиомами. Мы наблюдали мать и сына, у которых, кроме множества крупных родимых пятен и подкожных узлов, пальпировались утолщенные до 5–6 мм слегка болезненные плечевые нервы. У сына была когнитивная недостаточность.

Часто встречаются различные аномалии кистей и стоп. Возможны и другие одиночные аномалии развития.



Рис. 9-7. У этого здорового мужчины короткие дистальные фаланги больших пальцев обеих кистей.



Рис. 9-11. Непропорционально длинные II пальцы стоп

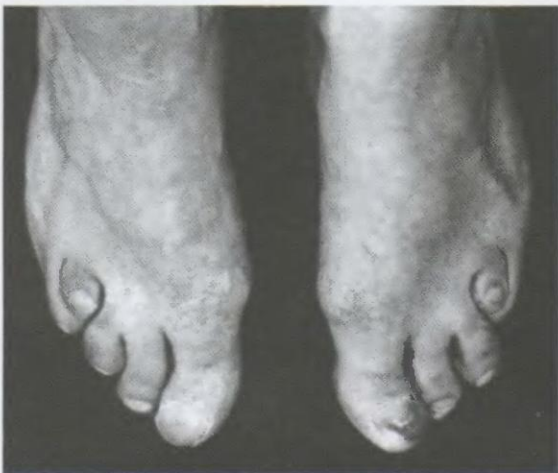


Рис. 9-12. Резкое укорочение IV плюсневых костей обеих стоп, V пальцы находится под IV

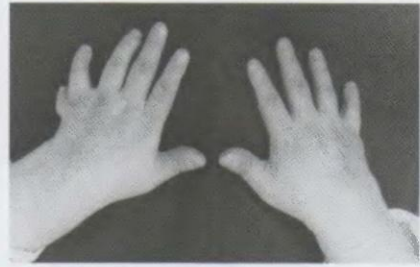


Рис. 9-8. Пациентка с синдромом Эллиса-Ван Крефельда при рождении имела по 6 пальцев на всех конечностях. Тыльная сторона кистей



Рис. 9-9. На правой руке небольшой лишний палец удалён (малая деформация ульнарного края ладони)



Рис. 9-10. Шестипалость стоп той же пациентки



Рис. 9-13. Тот же больной, рентгенограмма



Рис. 9-14. Частичная синдактилия II и III пальца стопы, укорочение II пальца



Рис. 9-15. Семейная контрактура пальцев стопы с образованием молоточковых пальцев



Рис. 9-16. Тонкие пальцы с широкими межпальцевыми промежутками, укорочение первых плюсневых костей



Рис. 9-17. Утолщение концевых фаланг I пальцев с ногтевыми пластинками в виде часовых стёкол



Рис. 9-18. Непропорционально широкая концевая фаланга I пальца стопы с широким I межпальцевым промежутком



Рис. 9-19. Частичное удвоение мизинца



Рис. 9-20. Необычная форма ушей — единственная морфологическая аномалия. Правое ухо

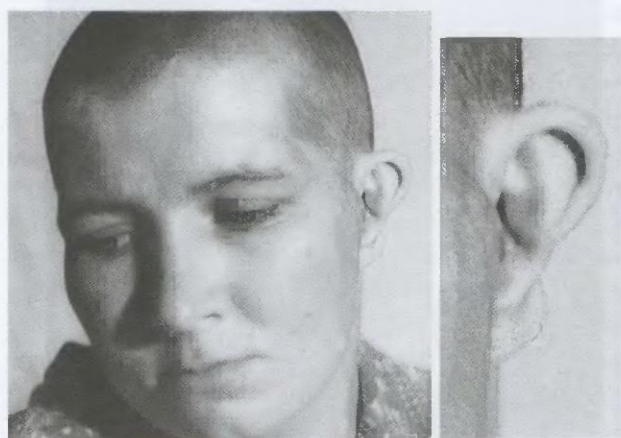


Рис. 9-21. Левое ухо

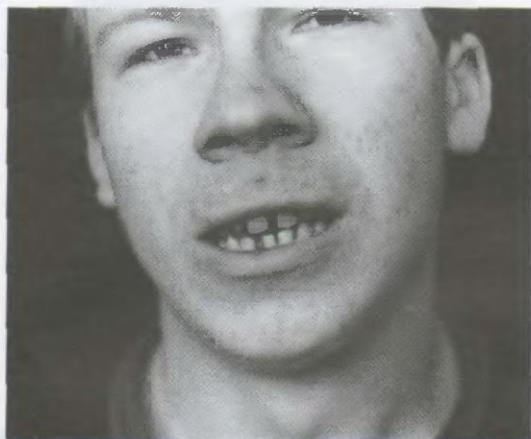


Рис. 9-22. Большие промежутки между зубами и отсутствие одного из резцов нижней челюсти

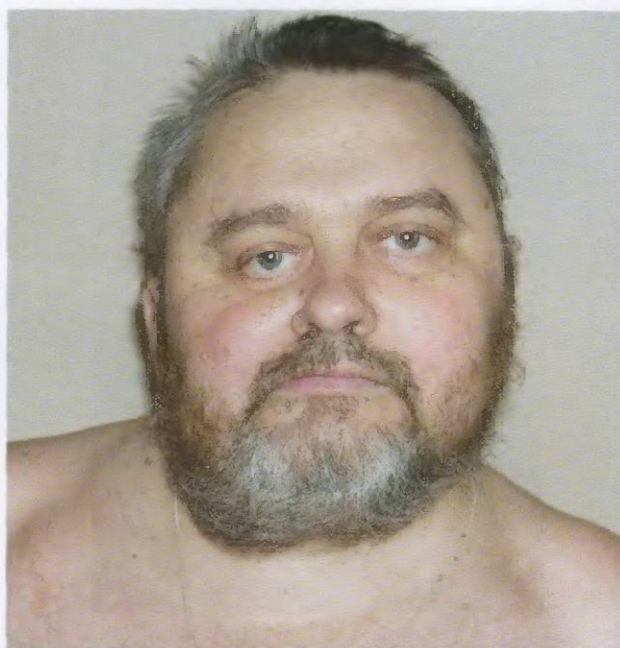


Рис. 9-23. В данном случае кривошея связана с фиброзом правой жевательной мышцы, она, вероятно, врождённая, так как мать пациента говорила ему, что голова у него всегда была наклонена влево. Когда появилась асимметрия лица, пациент не знает. Вообще не ясна связь между кривошеей и асимметрией лица. Некоторые исследователи считают, что она вторична. На фотографии видно, что при попытке держать голову прямо пациент поднял правое плечо



Рис. 9-24. Небольшая гамартома (подвесок) на тонкой ножке



Рис. 9-25. Очаговая липодистрофия: полное отсутствие жира в подмышечных областях, кожа здесь дряблая, складчатая

Комплексные аномалии развития

У пациента перекрёстный гемигигантизм: асимметрия $d>s$ головы, плечевых поясов, грудной клетки и $s>d$ таза и левой ноги. На левой щеке множество мелких пятнистых телеангиэктазов. Когда он обратил-

ся к врачам с повышенной температурой (была респираторная инфекция), именно на основании сосудистых пятен была необоснованно заподозрена системная красная волчанка (рис. 9-26–9-30).

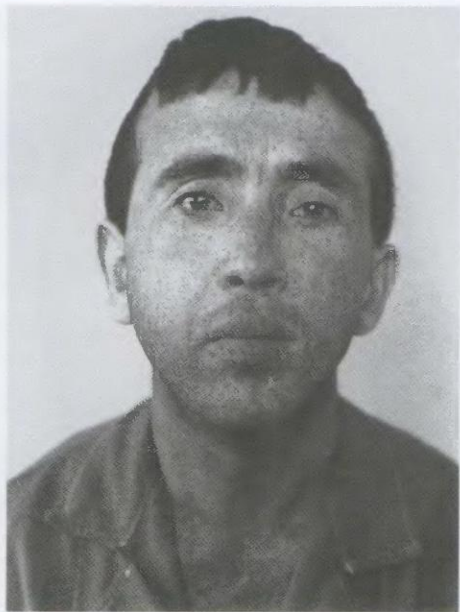


Рис. 9-26. Выраженная асимметрия головы

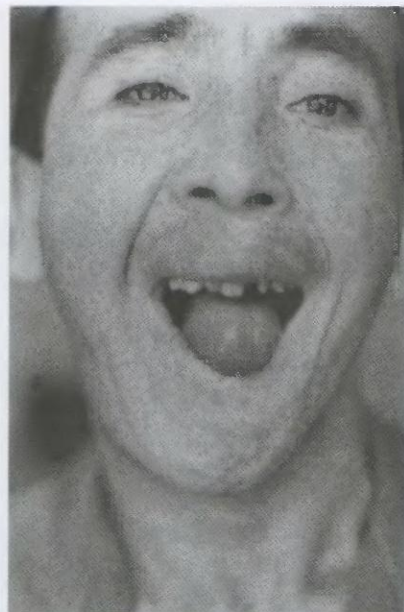


Рис. 9-27. Увеличена правая половина языка, более редкие и мелкие зубы слева



Рис. 9-28. Тот же больной. Явное увеличение правой кисти, особенно II-V пальцев

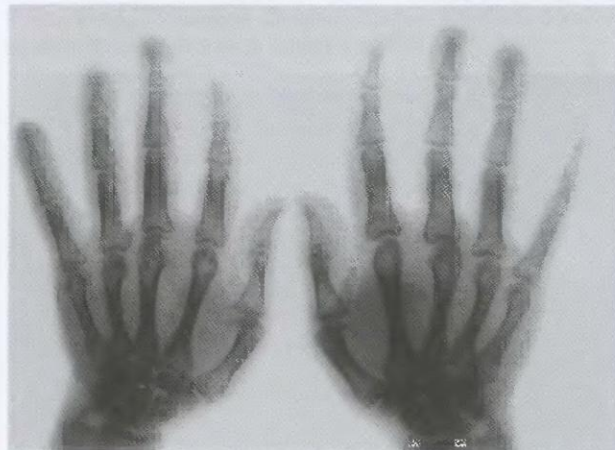


Рис. 9-29. На рентгенограмме видно увеличение костей правой кисти



Рис. 9-30. Увеличение размеров левой стопы с непропорциональным размером пальцев. Левая нога пациента длиннее правой на 5 см

Синдром Клиппеля–Фейля «отсутствия шеи», может ассоциироваться с другими аномалиями развития (рис. 9-31–9-36).

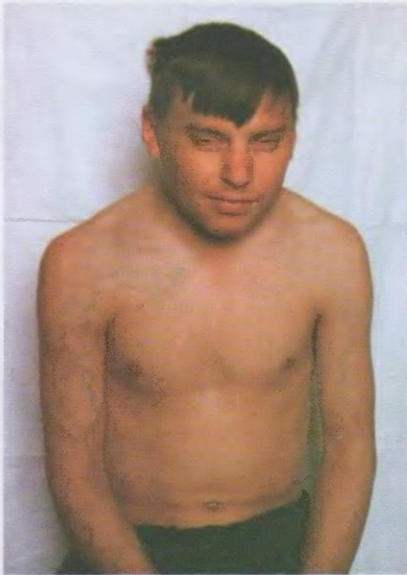


Рис. 9-31. Укорочение и ограничение подвижности шеи. Синдром Клиппеля–Фейля (сращение тел шейных позвонков; в данном случае 4). У пациента при нормальных пропорциях головы и туловища подбородок находится на уровне яремной вырезки — шея «отсутствует». На правом плече имеется избыточное развитие подкожных вен

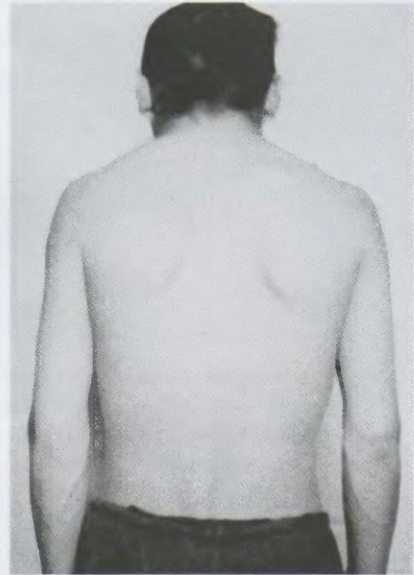


Рис. 9-32. Тот же пациент, вид сзади

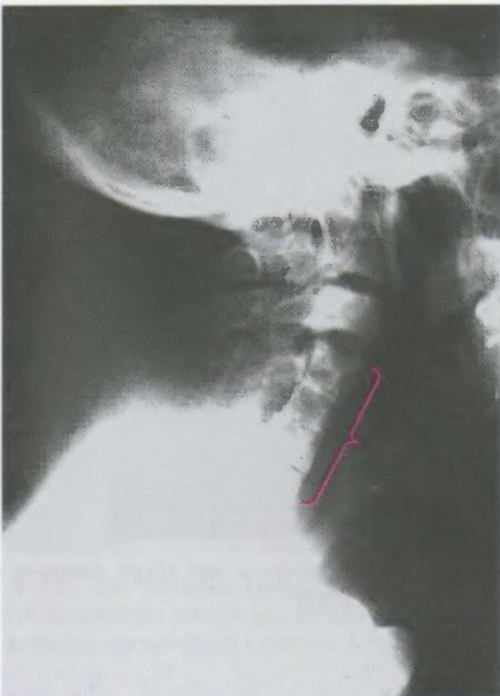


Рис. 9-33. Сращение тел 4 шейных позвонков



Рис. 9-34. Шейное ребро

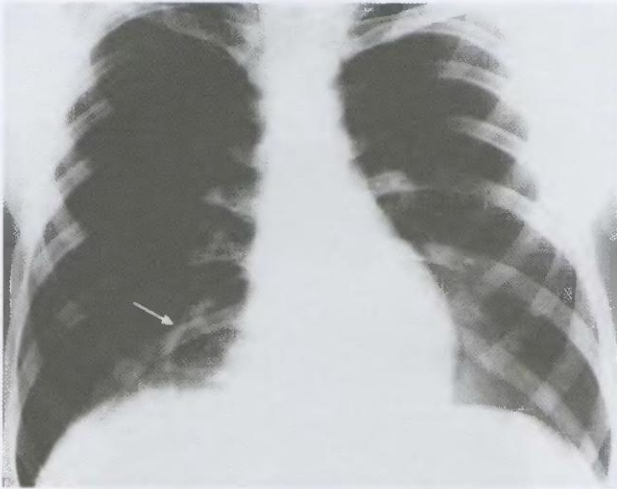


Рис. 9-35. Диафрагмальная грыжа. Мысль о ней возникла потому, что в грудной клетке выше печёночной тупости постоянно прослушивались кишечные шумы. Уже на прямой рентгенограмме можно было увидеть контур кишки (стрелка)



Рис. 9-36. Рентгеноконтрастное исследование подтвердило нахождение кишок выше диафрагмы. Пациент успешно прооперирован под эндотрахеальным наркозом, целостность диафрагмы восстановлена. При интубации были большие трудности из-за нарушения разгибания в шейном отделе позвоночника



Рис. 9-37. Неравномерное отложение жира в разных частях тела: избыточное отложение жира в области таза, на нижних конечностях, недостаточное — на груди и животе, нормальное — на руках. Врождённая аномалия развития — парадоксальная липодистрофия (синдром Симонса–Барракера), не связанная с эндокринной патологией. Вид спереди



Рис. 9-38. Та же пациентка, вид сзади. Синдром может сочетаться с нефропатией

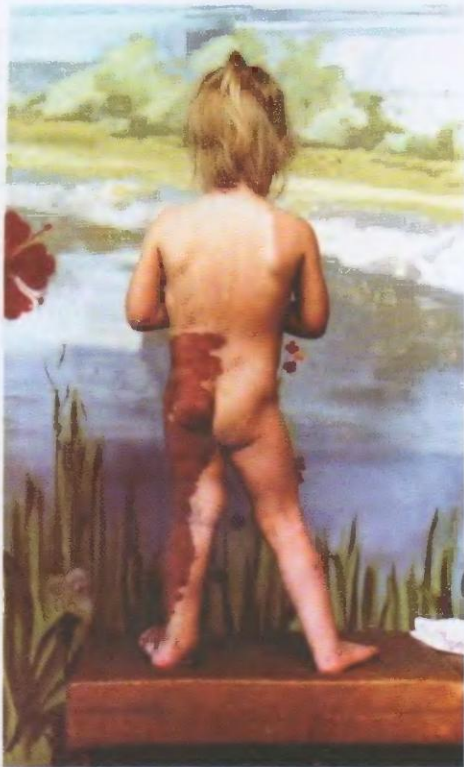


Рис. 9-39. Девочка с множественными уродствами. Асимметрия ягодиц и нижних конечностей, гигантская гемангиома

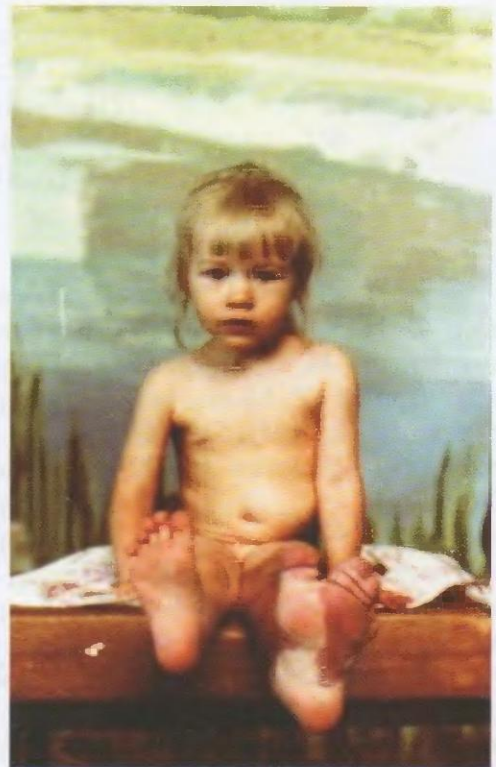


Рис. 9-40. Та же девочка, вид спереди. Непропорциональный гигантизм левой стопы. Фотографии получены от одной из студенток много лет назад. Происхождение их неизвестно



Рис. 9-41. Две большие гамартомы, которые, со слов пациента, появились в зрелом возрасте и после постепенного роста остаются неизменными в течение более 15 лет

ПРЕДМЕТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ

А

- Абсцесс 43, 144
- Агранулоцитоз 49, 51, 52, 81, 84
- Акантоз чёрный 62, 63
- Акромегалия 28, 31, 51, 52, 136
- Аллергические реакции 48, 80, 95
- Альбинизм 41
- Анемия 33, 51, 97
 - гемолитическая 65, 22-22
 - железодефицитная 45, 54, 60, 97
- Аномалии пальцев рук ног 160–162
- Антифосфолипидный синдром 60, 62, 82
- Антропометрия 6, 7, 12
 - площадь поверхности тела 10
 - положение головы при измерении роста 9
- Артроз
 - височно-нижнечелюстной 110
 - деформирующий 123, 131
- Асимметрия
 - головы, лица 27, 31, 32, 37, 49
 - туловища, конечностей 15, 95, 117
- Асцит 154, 156
- Атрофия мышц 12, 136
- Афты 53

Б

- Болезнь
 - Бехтерева 124
 - вибрационная 140
 - миеломная 50, 51, 79, 146
 - Педжета 132, 134
 - Рандю-Ослера 13, 53, 139
 - трансплантат против хозяина 74, 81
 - Шегрена 51, 52
- Боль
 - резистивная 117
 - стрессовая 117, 119, 128
- Бородавки 47, 75, 77, 90
- Вариации 159

В

- Варикозная болезнь 138
- Васкулиты и васкулопатии
 - кожные 77, 80
 - системные 71, 72
 - гиподермальный
 - (см. эритема узловатая) 36
- Веки
 - блефарохалазис 46, 47
 - пигментация 45
 - ксантелазмы 45, 46
 - отёк 41, 45, 46, 48
 - периорбитальная грыжа 46
 - птоз 49
- Вены
 - анастомозы
 - кава-кавальные 151
 - портокавальные 154
 - супракавальные 152
 - варикозные 97, 138
 - избыточное развитие 165
 - набухание 43, 150, 151
 - определение направления кровотока 152
- Витилиго 62, 64, 65, 67, 78
- Волчанка
 - дискоидная 83
 - системная красная 35, 36, 136, 163
- Выражение лица 27, 28, 29, 30

Г

- Гамартия 77, 90, 160
- Гамартома 160, 163, 167
- Гангрена сухая 138
- Гемангиоматоз 42, 138
- Гемангиома
 - инфекционная языка 55
 - кожи сегментарная 167
- Гемартроз 139, 140
- Гематома 15, 70, 139, 140

Гемигигантизм 163
 Гемосидероз кожи 65, 66, 72
 Гигрома 134
 Гинекомастия 63, 146
 Гипермобильность суставов системная 120, 122
 Гирсутизм 52
 Глаза
 анизохромия радужек 46
 гифема 48
 голубые склеры 45, 46
 инфекция 49
 кровоизлияние в конъюнктиву склеры 47
 липидная дуга (arcus senilis) 47
 пингвекула 48
 экзофтальм 29, 47, 48
 эпикант 46
 Голова Медузы 154
 Грибовидный микоз 88
 Грыжа
 диафрагмальная 166
 послеоперационная 157
 пупочная 156, 157
 Грудная клетка
 деформация 143
 кифосколиотическая 143
 эмфизематозная 142
 Грудь патологическая
 воронкообразная 141
 килевидная (куриная) 141
 ладьевидная 141
 плоская 141, 144
 Губы
 заячья губа 63
 красная кайма
 воспаление 13, 39, 42, 53
 корки 39

Д

Дерматит атопический 89
 Дерматоглифика 17, 18
 Дерматомиозит 67
 Дермографизм уртикарный 86
 Дефигурация суставов 119, 120, 130, 131
 Дёсны 51, 52
 Диабет сахарный 60, 66, 138

Диаскопия 16
 Диастаз прямых мышц живота 153
 Дыхание парадоксальное 156
 Дюпюитрена контрактура 128

Ж

Желтуха 95
 каротинная 60, 61
 при ПБЦ 60
 при гемолитической анемии 33
 Живот
 при асците *см.* Асцит
 при спленомегалии
 см. Спленомегалия
 при увеличении висцеральных лимфоузлов 102
 изменение при дыхании 156

З

Заеды 52
 Зоб 28, 29, 47, 105
 Зуд 86, 87, 94, 95

И

Истощение 11, 154
 Ихтиоз 86
 Кандидоз слизистых 54, 56

К

Капиллярит 136, 137
 Клетки
 Сезари 88
 при лимфоме 149
 Кожа
 тургор 59
 цвет 60, 61
 Комариные укусы 94
 Конституция 12
 Контагиозный моллюск 75
 Крапивница 85, 91, 92
 Кривошея 163
 Ксантелазмы 45, 46
 Ксантомы 76, 78, 95, 100

Л

- Лейкемиды 74, 75, 93
- Лейкоз
 - острый 30, 51, 52, 71, 74
 - лимфолейкоз
 - хронический 34, 38, 46, 57
- Ливедо 62
- Лимфгемангиома 105
- Лимфомы
 - глаз 37, 48-50
 - кожи 76, 79, 87, 88
 - лица 36, 37
 - слюнных желёз 38
 - лимфоузлов шейно-подчелюстной области 104, 105
 - других лимфоузлов 147
- Лимфостаз 49, 50, 95, 137
- Лимфоузлы
 - висцеральные 102
 - гигантские 103-105
 - техника пальпации 100, 101, 102
 - частота пальпируемости 100
- Липодистрофия
 - очаговая 163
 - парадоксальная 166
- Липома 78, 79, 144
- Липоматоз 79
- Лицо
 - Амимия 30
 - асимметрия 31, 32, 37
 - выражение 28, 29, 30
 - лунообразное 27, 34
- Лишай
 - опоясывающий 83
 - отрубевидный 89
- Ложный сустав,
 - см. сустав ложный
- Лопатки
 - крыловидные 142
 - неопущение 144
 - опухоли 146
- Локтевая сумка
 - бурсит 126
 - кровоизлияние 126

М

- Мастоцитоз 91, 92, 93
 - при лейкозах 93
- Микрогемангиомы кожи 77, 90, 91
- Миндалины
 - гипертрофия 57
 - при лимфолейкозе 57
 - при лимфомах 57
- Молоточковые пальцы 131, 132, 162
- Молочные железы
 - добавочные 148, 149
 - при лимфоме 149
- Молочные линии 147

Н

- Натоптыши 137
- Нейрофиброматоз Реклингхаузена
 - 1-го типа 31, 33, 63, 64, 159, 160
- Невус
 - кожи пигментный 75
 - пламенеющий 36
 - склеры 45
 - слизистой полости рта 56
 - Несовершенный остеогенез 45, 122
- Нёбо
 - готическое 56
 - при акромегалии 52
 - при СКВ 56
- Ногти
 - альбонихия 97
 - белые пятна 96
 - в виде часовых стёкол 98, 162
 - дистрофия 96, 97, 98
 - исчерченность 96
 - при дефиците железа 97, 98
 - при псориазе 98

О

- Ожирение
 - центропетальное 11, 27, 28
 - пропорциональное 11
- Ожог 81
- Опухоли костные 32, 33

Осанка 12, 107
 Остеомиелит 113, 135
 Остеофит 55, 56, 78
 Отеки 22, 24, 25, 126, 127, 131, 137, 139

П

Пальмоскопия 17
 Пальпация
 в кожной складке 20–22
 лимфоузлов 101, 102
 щитовидной железы 23
 Пальцы
 Аномалии 161, 162, 164
 дополнительные 161
 молоточковые 131, 132, 162
 синдактилия 162
 Педжета болезнь 112
 Петехия 13, 53, 68–71, 113
 Пингвекула 48
 Площадь поверхности тела 10
 Побочные проявления лечения
 стероидными
 гормонами 27, 83, 84
 Подагра 124, 125, 126
 Полимастия 144, 145, 159
 Полителя 144, 145, 148
 Положение тела orthопол 6
 Проба щипка 69, 70
 Проба Шобера модифицированная
 108, 115
 Проказа 79
 Псориаз 74, 75
 Пурпура
 петехиальная 71
 пальпируемая 70
 Пустула 84
 Пятна
 воспалительные 71, 73
 геморрагические 68, 69
 депигментированные 64, 65
 родимые объёмные
 (гамартии) 70, 159, 160
 пигментные 63, 64
 при гемосидерозе 65, 66, 72

С

Саркоидоз 36
 Сердечный горб 142, 143
 Симптом
 баллотирования надколенника 114
 бутоньерки 129, 130
 лебединой шеи 129
 ласты моржа 130
 зета-симптом 129
 Синдром
 верхней полой вены 43, 151
 Лайелла 73, 81
 отсутствия шеи 165
 Сезари 86–88
 Сияк 13, 62, 68, 69, 70
 Склеродермия системная 40, 67, 126, 127
 симптом «кисета» 40
 Склеры синие, голубые 45, 46
 Скрофулодерма 42
 Слоновость 137
 Спленомегалия 155
 Суставы
 анкилоз 130
 вывих 133
 гипермобильность 120, 122
 дефигурация 119, 120, 131
 деформация 119, 128, 134, 135
 ложный сустав 136
 нестабильность 133
 подвывих 130, 131, 132
 Стomatит 51, 52

Т

Телеангиэктазы
 звёздчатые 89, 90
 линейные, ветвистые 90
 узелковые 41
 Телосложение 12–15
 Тофусы 44, 125, 126
 Тромбофилия 139

У

Угри и угревая болезнь 83

Узлы

- Гебердена 78, 123
- Бушара 123
- ревматоидные 131
- подагрические, см. Тофусы

Уши

- аномалии 162
- тофусы 44
- Франка симптом 43

Ф

- Фибромиалгия 107, -121
- Флеботромбоз 139

Х

- Хейлит 35, 38

Ц

Цианоз

- акроцианоз 41, 60, 61, 96
- местный цианоз 139

Ч

- Чесотка 75

Ш

- Шестипалость 161

Шея

- отсутствие 165
 - кривошея 163
- Щитовидная железа**
- пальпация 23
 - зоб 28, 29, 47, 105
 - Экзофтальм 29, 47, 48, 50

Э

- Экхимоз 47, 69, 70
- Энантема 56
- Эписклерит 48
- Эпулис 4-32
- Эритема узловатая 78
- Эритродермия 86, 87
- Эритромелалгия 138

Я

Язык

- географический 54
- глоссит 53
- грибковые налёты 54
- инфекционная гемангиома 55
- обложенный 55
- отпечатки зубов 53
- складчатый 53

АТЛАС

КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

ВНЕШНИЕ ПРИЗНАКИ БОЛЕЗНЕЙ



В атласе подробно рассмотрен и наглядно проиллюстрирован один из важнейших и трудных методов исследования пациентов – осмотр. Внешние признаки и симптомы во многих случаях могут сразу указать на диагноз, что позволяет быстро распознать определенную болезнь и своевременно начать лечение. Автор также описывает часто используемые сопровождающие осмотр методы: антропометрию, диаскопию, дерматоглифику, простейшие методы пальпации, позволяющие уточнить видимые изменения. Каждый метод представлен на схемах и фотографиях. Отдельная глава посвящена методам исследования опорно-двигательного аппарата и симптомам суставных заболеваний.

Книга ценна тем, что внимание уделено не только часто встречающимся заболеваниям, но и симптомам патологии, аномалиям развития. Среди них: опухоли лимфатической ткани с поражением лимфатических узлов, кожи, глаз, миндалин, опухоли системы крови, мастоцитоз с его кожными проявлениями; системная склеродермия, васкулиты, некоторые эндокринные заболевания. Приведены фотографии часто встречающихся и редких сосудистых аномалий, пятнистых и узелковых гамартий. Показаны различные клинические проявления нейрофиброматоза Реклингхаузена, несовершенного остеогенеза, парадоксальной липодистрофии, перекрёстного гигантизма.

В атласе 713 иллюстраций: цветные и чёрно-белые фотографии пациентов, рентгенограммы, микрофотографии клеток опухолей системы крови, рисунки.

Издание может быть использовано врачами всех специальностей и студентами-медиками как систематическое иллюстрированное руководство по осмотру больных и изучению внешних признаков заболеваний для правильной и своевременной диагностики.

