

ФГБОУ ВО СПбГПМУ  
КАФЕДРА ПРОПЕДЕВТИКИ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ

ОПИСАНИЕ ОБЪЕКТИВНОГО СТАТУСА  
В КЛИНИКЕ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ  
(Status praesens objectivus)

(учебно-методическое пособие для студентов 2 и 3 курса  
педиатрического, лечебного и стоматологического факультетов)

Санкт-Петербург

2022

Авторы: доценты Тимофеев Е.В., Парфенова Н.Н., Реева С.В.

Рецензенты:

заведующий кафедрой госпитальной терапии с курсом эндокринологии  
СПбГПМУ д.м.н., профессор Василенко В.С.

заместитель главного врача, руководитель регионального сосудистого  
центра СПбГБУЗ «Городская больница № 26» к.м.н. доцент Курникова Е.А.

## ОПИСАНИЕ ОБЪЕКТИВНОГО СТАТУСА В КЛИНИКЕ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ

(Status praesens objectivus)

Обследование пациента состоит из субъективных и объективных методов исследования. К субъективному методу исследования относится расспрос (*interrogatio*), с помощью которого выясняют:

1. Жалобы.
2. Анамнез болезни (*anamnesis morbi*)
3. Анамнез жизни (*anamnesis vitae*)
4. Дополнительный расспрос о состоянии важнейших функций организма (*status functionalis*).

Далее следуют объективные (физикальные) методы исследования, к которым относятся:

- общий осмотр (*inspectio*)
- пальпация (*palpatio*) – ощупывание
- перкуссия (*percussio*) – выстукивание
- аускультация (*auscultatio*) – выслушивание

Помимо физикального обследования, к объективным методам исследования относятся лабораторные и инструментальные методы диагностики. Общий осмотр проводится последовательно и включает в себя описание:

1. Общего состояния больного.
2. Сознания.
3. Положения.
4. Телосложения.
5. Кожных покровов, дериватов кожи и видимых слизистыхб. Подкожно-жирового слоя.
6. Лимфатических узлов.

7. Костно-мышечной системы.
8. Осмотра частей тела.

Затем проводится описание объективных данных, полученных при обследовании по системам:

- Сердечно-сосудистой системы (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация).
- Дыхательной системы (осмотр, перкуссия, аускультация, пальпация).
- Пищеварительной (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация).
- Мочевыделительной (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация).
- Эндокринной
- Кроветворной
- Нервной

(Подробное обследование эндокринной, нервной и кроветворной систем, а также описание психического статуса обычно проводится врачами – специалистами).

### **Описание объективного статуса при осмотре и общей пальпации**

#### **Общий осмотр:**

*Общее состояние* больного: удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое, крайне тяжелое, агональное.

*Сознание*: ясное, ступор, сопор, кома.

*Положение*: активное, пассивное, вынужденное.

*Телосложение* (habitus). В это понятие входят: конституциональный тип (астенический, нормостенический, гиперстенический); рост и масса тела; питание (упитанность) – удовлетворительное, избыточное, недостаточное.

*Осанка*: в норме прямая, при патологии – сутулость, вялая осанка; «поза просящего» при болезни Бехтерева. Походка: в норме ровная уверенная; при болях в поясничной области – осторожная с неподвижным или согнутым вперед туловищем; шатающаяся походка при патологии нервной системы.

### ***Температура тела.***

***Кожные покровы и видимые слизистые:*** цвет, влажность, наличие высыпаний, рубцов, депигментации, родимых пятен, сосудистых звездочек; тургор тканей.

***Дериваты кожи*** – волосы и ногти: ломкость, микотическое поражение ногтей, деформации (в виде часовых стекол), исчерченность; педикулез; гирсутизм, гипертрихоз. В норме волосяной покров развит в соответствии с возрастом и полом. Кожа волосистой части головы чистая. Волосы и ногти не изменены.

***Подкожножировой слой:*** развит умеренно; слабо, кахексия; избыточно, ожирение (степень; андроидное, гиноидное). Распределение: равномерное, неравномерное. Пастозность и отеки (локализация и степень выраженности).

***Лимфатические узлы:*** периферические лимфатические узлы визуально не определяются. При пальпации (если пальпируются, то указать локализацию узлов, их количество, размеры в сантиметрах, консистенцию, смещаемость, наличие болезненности, спаянности узлов между собой и с окружающими тканями, а также изменения кожи, покрывающей узлы).

***Костно-мышечная система:*** степень развития мышц (атрофия, гипертрофия), их тонус и сила, контрактуры. Состояние позвоночника – наличие физиологических кифозов, лордозов; сколиотическая деформация позвоночника, торсия. Деформации костей, акромегалия, «барабанные палочки», болезненность при поколачивании костей.

***Суставы:*** нормальная конфигурация; увеличение, гиперемия кожи и гипертермия в области сустава; деформации, ограничение подвижности, болезненность при активных и пассивных движениях, при пальпации; анкилозы.

### **Осмотр частей тела:**

***Голова:*** форма, величина, произвольное покачивание (симптом Мюссе при аортальной недостаточности).

***Лицо:*** спокойное в норме; асимметричное, маскообразное, одутловатое, лихорадочное, «Гиппократ», «Корвизара», микседематозное, акромегалическое, лунообразное, *facies nephritica*, *facies mitralis* и т.д.

***Глаза и веки:*** сужение глазной щели, экзофтальм, эндофтальм, нистагм, отечность век, птоз, ксантомы; зрачки сужены, расширены.

**Нос:** увеличен при акромегалии.

**Губы:** цвет, наличие высыпаний, трещин, заед.

**Запах изо рта** – ацетона, уремический, «печеночный», гнилостный и т.д.

**Язык:** чистый, влажный в норме; сухой (при сахарном диабете); увеличен при гипотиреозе, акромегалии; цвет – розовый, бледный, красный, «лакированный»; налет – цвет, локализация, легко ли снимается; сосочки – хорошо видны, сглажены.

**Слизистая полости рта** – цвет, высыпания.

**Состояние зубов и десен** – кариес, явления воспаления.

**Состояние зева** – миндалины, небных дужек, задней стенки глотки – воспаление, налеты.

**Шея:** увеличение щитовидной железы, кивательных мышц, пульсация сонных артерий («пляска каротид»), набухание и пульсация яремных вен.

**Молочные железы** у женщин, грудные – у мужчин: наличие узлов, болезненности при пальпации; характеристика выявленных объемных образований – размер, консистенция. Болезненность, смещаемость (спаенность с окружающей клетчаткой), изменения кожи над образованиями.

Описание данных осмотра частей тела может производиться не обязательно в конце общего осмотра, а в начале его или середине, чтобы получалось более ясное представление о больном. Например, у пациента с тяжелой патологией почек можно начинать с описания *facies nephritica*.

## Объективный статус

### Описание данных общего осмотра в норме.

Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Телосложение правильное, нормостеник, умеренного питания. Температура тела 36,4 С. Осанка правильная, походка уверенная. Лицо, уши, нос и глаза без патологических изменений. Лицо не выражает болезненных проявлений. Кожные покровы обычной окраски, умеренно влажные, без высыпаний. Слизистая оболочка конъюнктивы, полости рта и глотки розовая, чистая, влажная. Язык чистый, влажный, вкусовые сосочки хорошо выражены. Миндалины не выступают из-за небных дужек, однородные, с чистой

поверхностью, лакуны не глубокие, без отделяемого. Акт глотания не нарушен. Голос не изменен, соответствует полу. Форма шеи обычная, контуры ее ровные. Щитовидная железа визуально не определяется. Пальпируется ее ткань однородной мягкоэластичной консистенции, безболезненная, подвижная при глотании, не спаянная с кожей и окружающими тканями. Молочные (у мужчин – грудные) железы без патологии. Мышечная система развита удовлетворительно, мышцы безболезненные, тонус и сила их достаточные. Конфигурация позвоночника правильная. Целостность костей не нарушена, поверхность их гладкая, болезненность при пальпации и поколачивании отсутствует. Суставы внешне не изменены. Движения в суставах и позвоночнике в полном объеме, безболезненное.

### **Описание объективного статуса сердечно-сосудистой системы**

#### ***Изменения, часто встречающиеся при патологии:***

- Общее состояние, сознание, телосложение могут быть различными.
- Сердечная кахексия.
- *Facies mitralis*, лицо Корвизара.
- Ортопноэ.
- Лихорадка.
- Одышка и кашель.
- Бледность, гиперемия, цианоз кожных покровов.
- Ксантомы, ксантелазмы.
- Отеки.
- «Пляска каротид», симптом Мюссе.
- Набухание, пульсация яремных вен.
- Изменения грудной клетки – сердечный горб, выраженный кифоз, килевидная или воронкообразная деформации.
- Признаки артрита.

**В норме:** Если при осмотре виден верхушечный толчок, то он расположен у нормостеников в 5 межреберье на 1,5 – 2 см кнутри от левой среднеключичной линии. Набухание шейных (яремных) вен, расширение подкожных вен туловища и конечностей, а также видимая пульсация сонных и других периферических артерий отсутствует.

При пальпации лучевых артерий пульс одинаков по наполнению на обеих руках, ритмичный, с частотой 60 – 90 ударов в минуту, полный (по наполнению), мягкий (по напряжению), сосудистая стенка вне пульсовой волны не прощупывается.

Если пальпируется верхушечный толчок, то он расположен в 5 межреберье на 1,5 – 2 см кнутри от левой срединно-ключичной линии и совпадает во времени с пульсом на сонной артерии, умеренной силы, площадью не более 2 кв.см. Сердечный толчок, феномены диастолического и систолического дрожания в прекардиальной области, ретростернальная и эпигастральная пульсации пальпаторно не определяются. Пульсация височных артерий и дистальных артерий нижних конечностей сохранена, одинакова с обеих сторон. Артериальное давление – до 140/90 мм.рт.ст., разница его на правой и левой плечевых артериях не превышает 10 мм рт. ст.

Пульсовое давление 40 – 70 мм рт. ст. При повышении артериального давления следует представить результаты его измерения на бедренных артериях, где оно в норме превышает давление на плечевых артериях на 20 мм рт.ст.

При перкуссии правая граница относительной сердечной тупости на уровне 4 межреберья проходит по правому краю грудины, абсолютной сердечной тупости – по левому краю грудины; верхняя граница относительной сердечной тупости, определяемая по левой окологрудинной (или отстоящей на 1 см от левого края грудины) линии, находится на III ребре, абсолютной сердечной тупости – на IV ребре; левая граница сердца на уровне 5 межреберья расположена на 1,5-2 см кнутри от левой срединно-ключичной линии.

Ширина сосудистого пучка на уровне 2 межреберья находится в пределах ширины грудины. При аускультации число сердечных сокращений соответствует пульсу. Тоны сердца ясные (не расщеплены, нет дополнительных тонов), чистые (шумы отсутствуют) во всех точках выслушивания. Соотношение громкости тонов не изменено: над верхушкой сердца, в точке Боткина и у основания мечевидного отростка I тон громче II, у молодых (до 25 лет) возможен физиологический акцент II тона над

легочной артерией. В случае выявления дополнительных тонов и шумов указывают точки, где они выслушиваются, отношение к фазам сердечного цикла, а для шумов, кроме того, громкость, длительность, тембр, направление проведения и изменения шума в зависимости от фаз дыхания, положения больного и физической нагрузки. На периферических артериях и яремных венах в норме шумы не определяются.

### **Описание объективного статуса дыхательной системы**

#### *Изменения, часто встречающиеся при патологии:*

- Общее состояние, сознание, телосложение могут быть различными.
- Вынужденное положение при пневмотораксе, при приступе бронхиальной астмы, сухом плеврите.
- Лихорадка.
- Одышка.
- Цианоз.
- Односторонний лихорадочный румянец щек.
- Herpes labialis et nasalis.
- Набухание яремных вен.
- Утолщение кивательных мышц.
- Дыхание типа Чейн-Стокса, Биота.
- Асимметрия грудной клетки
- Отставание пораженной половины грудной клетки в дыхании
- «Барабанные палочки» и «часовые стекла»

**В норме:** При осмотре грудная клетка правильной формы, симметричная. Над- и подключичные ямки умеренно выражены, одинаковы с обеих сторон. Частота дыхания составляет 12 – 18 в минуту, дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины грудной клетки равномерно участвуют в акте дыхания. Преобладает брюшной, грудной или смешанный тип дыхания. Соотношение продолжительности фаз вдоха и

выдоха не нарушено. Дыхание совершается бесшумно, без участия вспомогательной мускулатуры. Грудная клетка при сдавлении упругая, податливая. При пальпации целостность ребер не нарушена, поверхность их гладкая. Болезненность при ощупывании ребер, межреберных промежутков и грудных мышц не выявляется. Голосовое дрожание выражено умеренно, одинаковое на симметричных участках грудной клетки. При топографической перкуссии высота стояния верхушек правого и левого легкого спереди – на 3–5 см выше ключицы, сзади – на уровне остистого отростка VII шейного позвонка, ширина верхушек легких (поля Кренига) – 4–8 см с обеих сторон, нижние границы легких по срединно-ключичным линиям проходят по VI ребру (слева не определяют), по передним подмышечным – по VII ребру, по средним подмышечным – по VIII ребру (слева – по IX ребру), по задним подмышечным – по IX ребру, по лопаточным – по X ребру, по околопозвоночным – на уровне остистого отростка XI грудного позвонка; подвижность нижнего легочного края по задним подмышечным и лопаточным линиям – 6–8 см с обеих сторон. При сравнительной перкуссии над всей поверхностью легких определяется ясный легочный перкуторный тон. В случае выявления изменений перкуторного тона указать их характеристику и локализацию.

При аускультации над легкими с обеих сторон определяется везикулярное дыхание (над трахеей, в верхней части межлопаточного пространства до уровня IV грудного позвонка может выслушиваться ларинготрахеальное дыхание). Побочные дыхательные шумы (хрипы, крепитация, шум трения плевры) не выслушиваются. Бронхофония отрицательная. В случае обнаружения патологических аускультативных феноменов необходимо указать их характер и локализацию.

### **Описание объективного статуса пищеварительной системы**

#### ***Изменения, часто встречающиеся при патологии:***

- Общее состояние, сознание, телосложение могут быть различными.
- Вынужденное положение при болевом синдроме.
- Снижение массы тела, кахексия.
- Запах изо рта, печеночный запах.
- Лихорадка.

- Бледность, желтушность кожных покровов и слизистых.
- Сосудистые звездочки, «печеночные ладони», расчесы.
- Ксантомы, ксантелазмы.
- Изменения стула.

**В норме:** При осмотре полости рта слизистая розовая, влажная. Изъязвления, налеты, высыпания отсутствуют. Кариозных зубов нет. Миндалины не увеличены. Язык нормальной величины и формы, розовой окраски, влажный, чистый. Живот обычных размеров, правильной формы, симметричный, равномерно участвует в акте дыхания. Видимая перистальтика, грыжевые выпячивания и расширение подкожных вен живота не определяются.

При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный, брюшной пресс хорошо развит, расхождение прямых мышц отсутствует, пупочное кольцо не расширено.

В ряде случаев выявления болезненности и локальной мышечной защиты передней брюшной стенки указать их локализацию, а также результаты определения симптомов Щеткина-Блюмберга, Ортнера-Грекова и т.д.

При глубокой скользящей пальпации живота по методу Образцова в левой подвздошной области на протяжении 12 см пальпируется сигмовидная кишка в виде гладкого, умеренно плотного тяжа диаметром с большой палец руки; она безболезненна, легко смещается, не урчит, вяло и редко перистальтирует. В правой подвздошной области пальпируется слепая кишка в форме гладкого, мягкоэластического, несколько расширенного книзу цилиндра диаметром в два поперечных пальца; она безболезненна, умеренно подвижна, урчит при надавливании. Восходящие и нисходящие отделы толстой кишки пальпируются соответственно в правом и левом фланках живота в виде подвижных, умеренно плотных, безболезненных цилиндров диаметром около 2 см. Поперечная ободочная кишка определяется в пупочной области в виде поперечно лежащего, дугообразно изогнутого книзу, умеренно плотного цилиндра диаметром около 2,5 см; она безболезненна, легко смещается. Шум плеска над желудком натошак методом суккуссии не выявляется. Пальпация в зоне проекции поджелудочной железы безболезненна. Печень в положениях лежа на спине и стоя не пальпируется. Если печень пальпируется, то указывают размер ее края, выступающего из-

под реберной дуги, его форму, характер контура, консистенцию, наличие болезненности.

Перкуторные границы печени (размеры по Курлову) по правой срединно-ключичной линии: верхняя – на шестом ребре; нижняя – по краю правой реберной дуги (размер 8-10 см), по передне-срединной линии размер 7-9 см, по краю левой реберной дуги (от притупления перкуторного тона до мечевидного отростка грудины) – 6-8 см. Желчный пузырь не прощупывается, пальпация в проекции его безболезненна, симптомы Кера, Образцова-Мерфи, Ортнера-Грекова и Мюсси (френикус-симптом) отрицательные. Селезенка в положениях лежа на спине и на правом боку (по Сали) не пальпируется. Если селезенка пальпируется, то указывают степень ее увеличения, консистенцию, характер поверхности, наличие болезненности. Симптом Рагозы отрицательный. Перкуторные границы селезенки по левой средней подмышечной линии: верхняя – на девятом ребре, нижняя – на одиннадцатом ребре (ширина притупления: 4-5 см); края селезенки на уровне десятого ребра: задний – по лопаточной линии, передний – по передней подмышечной (длина притупления 6-8 см).

Дополнительные патологические образования в брюшной полости, признаки скопления свободной жидкости в брюшной полости не определяются. При аускультации живота выявляются шумы перистальтики кишечника в виде периодического урчания и переливания жидкости. Шум трения брюшины, а также систолический шум над аортой и мезентериальными артериями отсутствуют.

Стул регулярный, оформленный, обычной окраски, без патологических примесей.

### **Описание объективного статуса мочевыделительной системы**

#### ***Изменения, часто встречающиеся при патологии:***

- Общее состояние, сознание, положение, телосложение могут быть различными.
- *Facies nephritica*.
- Бледность кожных покровов.
- Уремический запах.

- Отеки.

**В норме:** Поясничная область при осмотре не изменена. Почки в положении лежа на спине и стоя не пальпируются. Если почки пальпируются, указать их форму, размеры, консистенцию, характер поверхности, степень смещаемости, наличие болезненности. Проникающая пальпация в проекции почек и мочеточников, а также поколачивание по пояснице в области 12 ребра безболезненны с обеих сторон. При аускультации шумы над почечными артериями отсутствуют. Мочевой пузырь пальпаторно и перкуторно не определяется.

### **Описание объективного статуса органов кроветворения**

Данные осмотра, пальпации, перкуссии и аускультации органов кроветворения представлены в других разделах описания объективного статуса в истории болезни.

### **Описание объективного статуса эндокринной системы**

#### ***Изменения, часто встречающиеся при патологии:***

- Общее состояние, сознание, телосложение могут быть различными.
- Экзофтальм.
- Запах ацетона.
- Изменение количества и распределения подкожно-жирового слоя.
- Бледность, сухость, легкая желтушность кожных покровов (при сахарном диабете, понижении функции щитовидной железы).
- Повышенная влажность, легкая гипертермия кожных покровов (при повышении функции щитовидной железы).

**В норме:** Щитовидная железа: пальпируется перешеек в виде плоского тяжа шириной до 7-8 мм, подвижный (смещается во время акта глотания), безболезненный, доли не пальпируются (в случае ее увеличения указать степень). Глазные симптомы (Грефе, Мебиуса, Дальримпля и др.) отрицательные. Перкуторно укорочения звука над рукояткой грудины не отмечается. Аускультативно шум над щитовидной железой не выслушивается.

## **КОНКРЕТНЫЕ ПРИМЕРЫ ОПИСАНИЯ ОБЪЕКТИВНОГО СТАТУСА ПРИ НЕКОТОРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ**

**Пациент А., 32 лет. Диагноз: ревматизм, митральный стеноз.**

Состояние средней тяжести. Сознание ясное. Положение активное. Нормостенический тип конституции, пониженного питания. Температура тела 37,4 С. *Facies mitralis*. Акроцианоз. Набухание и пульсация яремных вен. Кожные покровы без высыпаний, умеренно влажные. Волосы и ногти не изменены. Гиперемия зева. Миндалины увеличены, без налетов. Лимфатические узлы пальпируются передние и задние шейные, безболезненные, до 1,5 см в диаметре, эластичные, не спаянные с окружающими тканями. Правый голеностопный сустав увеличен в размерах, болезненный при пальпации, при активных и пассивных движениях, подвижность в суставе ограничена. Кожа в области сустава несколько гиперемирована, повышенной температуры. Мышечная система развита достаточно, пальпация мышц безболезненная.

**Сердечно-сосудистая система.** *Pulsus differens*, аритмичный, частота пульса 102 уд/мин., частота сердечных сокращений 104 уд/мин. (дефицит пульса – 2 уд/мин.), малого наполнения, мягкий. АД = 115/80 мм.рт.ст. При пальпации области сердца определяется сердечный толчок, симптом «двух молоточков», диастолическое дрожание. Эпигастральная пульсация сверху вниз.

Границы относительной сердечной тупости расширены: правая – на 2см кнаружи от правого края грудины, верхняя – 1-ое межреберье; левая не расширена (5-ое межреберье, на 2 см внутри от среднеключичной линии). Тоны сердца ясные, аритмичные, 1 тон хлопающий; акцент и раздвоение 2 тона на легочной артерии; определяется митральный щелчок на верхушке и в точке Боткина, здесь же – протодиастолический шум.

Со стороны других систем патологии не выявлено (см. описание объективного статуса в норме).

**Пациент К., 26 лет. Диагноз: крупозная пневмония; 5-й день заболевания.**

Состояние тяжелое, сознание ясное, но на вопросы отвечает замедленно. Лежит на правом боку. Нормостеник, умеренного питания. Температура тела 39,3 С. Правая щека гиперемирована. Герпетические высыпания на верхней губе. Небольшая гиперемия зева. Лимфатические узлы не увеличены, пальпируются задне-шейные лимфоузлы до 1 см в диаметре, паховые – до 1,5 см, безболезненные. Со стороны костно-мышечной системы патологии не выявлено (см. описание объективного статуса в норме).

**Сердечно-сосудистая система.** Пульс одинаков по наполнению на обеих лучевых артериях, ритмичный, 112 ударов в минуту, полный (pulsus plenus), не напряжен. АД = 100/60 мм.рт.ст. Верхушечный толчок в 5-м межреберье на 1,5 см кнутри от среднеключичной линии, средней силы, не разлитой. Границы относительной сердечной тупости не расширены: правая – по правому краю грудины в 4-м межреберье, верхняя – 3 ребро по линии, отстоящей на 1 см от левого края грудины, левая – по 5-му межреберью на 1,5 см медиальнее среднеключичной линии. Ширина сосудистого пучка соответствует ширине грудины. Тоны сердца ясные, соотношение тонов сохранено, шумов нет.

**Дыхательная система.** Кашель влажный, мокрота «ржавого» цвета в небольшом количестве. Частота дыхания – 25 в минуту. Грудная клетка обычной формы. При осмотре в положении сидя определяется отставание правой половины грудной клетки в дыхании. Высота стояния верхушек легких спереди на 4 см выше ключиц с обеих сторон, сзади – на уровне остистого отростка 7-го шейного позвонка. При определении нижних границ легких справа тупой звук начинается от угла лопатки и ниже. Слева нижняя граница легкого соответствует норме. Подвижность нижнего легочного края не определялась в связи с тяжестью состояния больного. Перкуторно над всем левым легочным полем ясный легочный звук, справа ниже угла лопатки – тупой, дыхание здесь бронхиальное, слышен шум трения плевры. Слева дыхание везикулярное, хрипов нет. Голосовое дрожание справа под лопаткой усилено, здесь же определяется бронхофония.

Со стороны других систем патологии не выявлено (см. описание объективного статуса в норме).

**Пациент Т., 45 лет. Диагноз: язвенная болезнь 12-перстной кишки, обострение.**

Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное, астеник, умеренного питания. (Далее – см. описание объективного статуса в норме).

**Пищеварительная система.** Язык влажный, покрыт белым налетом по всей поверхности, на боковых сторонах его видны отпечатки зубов, сосочки не сглажены. Живот обычной формы и размеров, равномерно участвует в дыхании. При поверхностной пальпации живот мягкий, умеренно болезненный в проекции пилоро-дуоденальной зоны. При глубокой пальпации: сигмовидная кишка определяется в виде тяжа, гладкая, безболезненная, эластичная; слепая кишка безболезненная, эластичная. Восходящий и нисходящий отделы толстого кишечника безболезненные, в виде цилиндров, умеренно плотные, эластичные. Поперечно-ободочную кишку и точку проекции желчного пузыря не пальпировали из-за болезненности в эпигастральной области, выявленной при поверхностной пальпации. Печень не увеличена, нижний край не выступает из-под реберной дуги, острый, ровный, безболезненный, эластичный. Симптомы Ортнера-Грекова, Мюсси отрицательные.

Селезенка не пальпируется.

Признаков асцита нет. При аускультации слышна перистальтика кишечника.

Стул оформлен, темно-коричневый (visus).

**Пациент К. 58 лет. Диагноз: ХОБЛ. Хронический бронхит, обострение. Эмфизема легких.**

Объективно. Состояние средней тяжести. Питания удовлетворительного. Телосложение нормостеническое. Кожные покровы влажные, диффузный пепельный цианоз. Температура 37,5°C. Рост – 172 см, вес – 60 кг. Грудная клетка увеличена в переднезаднем размере, сглаженность над- и подключичных ямок, эпигастральный угол тупой. Визуально укорочена и расширена шея.

**Сердечно-сосудистая система.** Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Пульс симметричный, ритмичный, полный, мягкий. ЧСС – 100 ударов в минуту. АД – 120/72 мм рт. ст.

**Дыхательная система.** Высота стояния верхушек легких спереди 6 см выше ключицы, сзади на 2 см выше остистого отростка VII шейного позвонка. Подвижность нижнего легочного края по лопаточной линии – 2,5 см, симметрично. Перкуторно – коробочный тон. Голосовое дрожание значительно ослаблено, равномерно. При аускультации – ослабленное

везикулярное дыхание, рассеянные сухие свистящие хрипы с обеих сторон. ЧДД – 24 в минуту.

Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову – 10×9×8 см. Отеков нет. Мочеиспускание свободное, диурез не снижен.

**Больной К. 42 лет. Диагноз: Хронический гепатит с исходом в цирроз печени.**

Объективно. Состояние средней тяжести. Больной контактен, вялый, сознание несколько угнетено. На вопросы отвечает неэмоционально, замедленно. Тест связывания чисел – 60 сек.

Рост – 178 см, вес – 62 кг. Кожа обычной влажности, желтушная, сухая. Пальмарная эритема. В области груди и верхней части спины видны «сосудистые звездочки». Склеры глаз иктеричны. Множественные геморрагические элементы разного размера и различной давности на коже туловища, верхних и нижних конечностей. Отеки стоп и нижней трети голеней.

**Сердечно-сосудистая система.** При аускультации тоны сердца приглушены, ритмичные, шумов нет. Границы сердца – левая по среднеключичной линии, правая на 2 см латеральнее правого края грудины в 4 межреберье. ЧСС – 78 ударов в минуту. АД – 110/70 мм рт. ст.

**Дыхательная система.** В легких дыхание везикулярное, побочных дыхательных шумов нет. ЧДД – 18 в минуту. Перкуторно ясный легочной тон. Топографическая перкуссия – без изменений.

**Пищеварительная система.** Язык влажный, малиновый, сосочки сглажены. Живот увеличен в объеме, пупок сглажен, на передней брюшной стенке радиально от пупка определяются расширенные, извитые вены. В положении лежа живот распластан. При пальпации мягкий, болезненный в правом подреберье. Размеры печени по Курлову – 15×15×13 см. Нижний край печени при пальпации плотный, бугристый. Стул оформленный, светло-коричневый, без патологических примесей. Размеры селезенки – 15×12.

Мочеиспускание свободное, безболезненное, моча темно-желтая. Поколачивание по пояснице безболезненно с обеих сторон.

**Больная М. 30 лет. Диагноз: тиреотоксикоз.**

Объективно. Состояние средней тяжести. Раздражительна, эмоционально-лабильна, возбуждена. Речь быстрая, громкая, сопровождается обильной мимикой и жестикуляцией. Рост – 168 см, вес – 53 кг, ИМТ – 19 кг/м<sup>2</sup>.

Кожные покровы теплые, влажные, «бархатистые». Мелкий тремор тела и пальцев рук. Экзофтальм с обеих сторон, симптом Грефе положительный.

Шея визуально немного изменена, яремная ямка выполнена. Щитовидная железа при пальпации однородная, перешеек 11 мм, подвижный, чувствительный при пальпации. Доли значительно больше дистальной фаланги первого пальца пациентки.

**Сердечно-сосудистая система.** Тоны сердца громкие, ритмичные, короткий систолический шум на верхушке сердца. Тахикардия – 120 ударов в минуту, АД – 145/70 мм рт. ст. Перкуторно границы сердца соответствуют норме.

**Дыхательная система.** Дыхание везикулярное. Перкуторно – ясный легочный перкуторный тон.

Со стороны других систем патологии не выявлено (см. описание объективного статуса в норме).

**Больной М. 44 лет. Диагноз: Гипотиреоз. Вторичная дизгормональная кардиомиопатия.**

Объективно. Состояние удовлетворительное, рост – 165 см, масса тела 96 кг. Больной вялый, интерес к окружающему снижен.

Кожные покровы чистые, сухие, особенно на локтях, с элементами шелушения, холодные на ощупь. Лицо одутловатое, бледное. Кисти пастозны. На нижних конечностях плотный отек. Распределение жировой клетчатки равномерное.

Пальпируется перешеек (10 мм шириной) и обе доли щитовидной железы, больше правая; железа плотная, безболезненна. Визуально шея не изменена.

**Сердечно-сосудистая система.** Границы относительной тупости сердца: левая – 1,5 см кнаружи от среднеключичной линии; правая – на 1,5 см кнаружи от правого края грудины. Тоны сердца резко ослаблены, систолический шум на верхушке сердца с проведением в левую подмышечную область. Пульс – 53 в минуту, ритмичен, слабого наполнения. АД – 90/70 мм рт. ст.

**Дыхательная система.** Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 16 в минуту. Данные топографической и сравнительной перкуссии соответствуют норме.

Язык влажный, со следами зубов. Живот увеличен за счет жировой клетчатки и вздутия. Пальпация его безболезненна. Печень не увеличена. Стул 2 раза в неделю.

Мочится, со слов, свободно. Объем мочи за сутки 1200 мл.

**Больной З. 24 года. Диагноз: инфекционный эндокардит трикуспидального клапана. Трикуспидальная недостаточность 3 ст.**

Объективно. Состояние тяжелое. Питания пониженного, кахексия. ИМТ – 18 кг/м<sup>2</sup>. Больной беспокоен, возбужден, взгляд бегающий, на вопросы отвечает уклончиво, несколько дурашлив, эйфоричен.

При осмотре: кожа цвета «кофе с молоком», мелкие геморрагические элементы на коже туловища и нижних конечностей. В области локтевых сгибов следы инъекций с пигментацией вокруг.

Периферические лимфатические узлы не увеличены. Температура тела – 38,9 °С. Кожа горячая, сухая.

Отеки стоп и голеней.

**Дыхательная система.** В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы. ЧДД – 20 в минуту. Перкуторно – ясный легочный тон во всех отделах. Данные топографической перкуссии соответствуют норме.

**Сердечно-сосудистая система.** Пульс частый, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Набухание яремных вен, усиливающееся в горизонтальном положении. Тоны сердца ясные, с правильным соотношением, на основании мечевидного отростка – систолический шум, усиливающийся на высоте вдоха с задержкой дыхания. АД – 110/60 мм рт. ст., ЧСС – 100 ударов в минуту.

**Органы брюшной полости.** Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень выступает на 2 см из-под края реберной дуги, край печени гладкий. При надавливании на печень набухание яремных вен усиливается.

Поколачивание по пояснице безболезненно с обеих сторон. Мочеиспускание не нарушено.

**Больной М. 24 лет. Диагноз: Гломерулонефрит.**

Объективно. Состояние средней тяжести. Положение активное. Сознание ясное. Нормального питания. Нормостеник, ИМТ = 21 кг/м<sup>2</sup>.

Кожа бледная, сухая, имеются следы расчесов на руках, пояснице, туловище. Отеки лица с уменьшением глазных щелей, пастозность кистей рук. Отеков на нижних конечностях нет.

**Сердечно-сосудистая система.** Пульс – 76 ударов в минуту, высокий. АД – 140/90 мм рт. ст. Верхушечный толчок в 5 межреберье, на 1.5 см латеральнее среднеключичной линии, средней силы. Сердечный толчок не пальпируется. Систолическое и диастолическое дрожание не пальпируется. Ретростернальная и эпигастральная пульсация не определяются.

Границы относительной сердечной тупости расширены влево на 1,5 см от срединно-ключичной линии, совпадают с верхушечным толчком.

Тоны сердца ритмичные, с правильным соотношением. Шумы не выслушиваются.

**Дыхательная система.** В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Данные сравнительной и топографической перкуссии соответствуют норме.

Язык сухой, с коричневатым налетом.

Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены.

Поколачивание по поясничной области безболезненное.

Отмечает уменьшение выделяемой мочи.

Стул, со слов, оформлен, обычного цвета.

**Больная 50 лет. Диагноз: Сахарный диабет.** Диабетическая полинейропатия. Липодистрофии в местах инъекций.

Данные объективного осмотра: состояние средней тяжести. Сознание ясное. Положение активное. Снижена периферическая тактильная и болевая чувствительность, симметрично с обеих сторон.

Питание снижено.

Рост – 168 см, вес – 57 кг.

Кожа сухая, бледная. На коже плеч и передней брюшной стенки атрофия подкожной клетчатки (липодистрофии). Кожа стоп и голеней с трофическими изменениями, серо-коричневая, холодная.

**Сердечно-сосудистая система.** Тоны сердца ритмичные, усилен 2 тон во втором межреберье справа от грудины. ЧСС – 76 в минуту. АД – 156/94 мм рт. ст. (D=S). Перкуторно границы сердца соответствуют норме. Пульсация на артериях стоп симметрично снижена.

**Дыхательная система.** В легких везикулярное дыхание, побочных дыхательных шумов нет. ЧДД – 16 в минуту. Перкуторно ясный легочный тон. Голосовое дрожание положительное, симметричное. Бронхофония отрицательная.

Живот мягкий, безболезненный.

Мочится свободно.