

Міністерство освіти і науки України
Волинський національний університет імені Лесі Українки
Медичний факультет
Кафедра загальної патології та хірургічних хвороб



Укладачі: Галей М.М.
Марчук І.П.

ЗАГАЛЬНА ХІРУРГІЯ

МЕТОДИЧНІ РОЗРОБКИ
до практичних занять
для здобувачів освіти 3 курсу
галузі знань 22 охорона здоров'я,
спеціальності 222 Медицина,
освітньої програми Медицина
Частина 2-1

Луцьк, 2025

УДК 617(076)
М 54

*Рекомендовано до друку науково-методичною радою Волинського
національного університету імені Лесі Українки
Протокол № 6 від 20 лютого 2025 року*

Рецензенти:

Дзюбановський Ігор Якович — професор, доктор медичних наук, завідувач кафедри хірургії факультету післядипломної освіти Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського.

Степанюк Ярослав Васильович – професор, кандидат біологічних наук, завідувач кафедри гістології та медичної біології Волинського національного університету імені Лесі Українки;

Методичні матеріали розроблені згідно навчальної програми з ОК Педіатрія, відповідно до вимог кредитно-модульної системи навчання та містять методичні вказівки для лабораторних робіт та перелік питань для практичних занять, завдання для індивідуальної роботи студентів, а також питання контролю знань під час самостійного вивчення окремих розділів ОК та ситуаційні задачі з урахуванням їх практичного значення та клінічного застосування. Методичні розробки призначено для студентів денної форми навчання галузі знань 22 Охорона здоров'я, спеціальності 222 Медицина, освітньої програми Медицина. В методичних рекомендаціях подається узагальнена інформація, методики та завдання для самостійного опрацювання питань загальної хірургії що розглядаються в закладах освіти та тести для оцінювання своїх знань. Дані наведені в методичних рекомендаціях відповідають медичним знанням, що описані у сертифікованих та затверджених підручниках для вивчення ОК22 «загальна хірургія» та є додатковим джерелом для систематизації знань під час підготовки до занять. Методичні рекомендації розраховані для студентів й викладачів медичного факультету у вищих навчальних закладах III–IV рівнів акредитації.

УДК 617(076)

© Галей М.М., 2025

© Марчук І.П., 2025

© Волинський національний університет імені Лесі Українки, 2025

Інформація про укладачів:

Галей Микола Михайлович – доктор медичних наук, доцент, завідувач кафедри клінічної медицини;

Марчук Іван Петрович, старший викладач кафедри клінічної медицини

Зміст

Заняття №17	Курація хірургічних хворих	4
Заняття №18	Курація хірургічних хворих, написання історії хвороби	93
Заняття №19	Курація хірургічних хворих, написання історії хвороби Частина 2	107
Заняття №20	Загальні питання хірургічної інфекції	110
Заняття №21	Захист історії хвороби	123

ЗАНЯТТЯ № 17

Тема: Курація хірургічних хворих.

Мета: Оволодіти методикою та відпрацювати практичні навички проведення комплексного клінічного обстеження хірургічного хворого. Відпрацювати комунікативні навички спілкування з хворим. Навчитися створювати алгоритм обстеження хворого, інтерпритувати отримані дані, формулювати клінічний діагноз та складати схему хірургічного та консервативного лікування профільного хворого.

Професійна орієнтація здобувачів вищої освіти: Заняття по курації хворих, це підсумок навчання студента на кафедрі загальної хірургії. Під час занять з курації студент на практиці застосовує практичні навички, знання та вміння з обстеження загальнохірургічного хворого, з постановкою клінічного діагнозу. Складає алгоритм діагностичного пошуку, визначає основні принципи консервативного та хірургічного лікування хворого. Вміння правильно та комплексно обстежити хірургічного хворого має велике значення для подальшого навчання студента на клінічних кафедрах, та в його наступній практичній діяльності.

Методика виконання практичної роботи:

- Робота 1. Суб'єктивне обстеження хірургічного хворого.
- Робота 2. Об'єктивне обстеження хірургічного хворого.
- Робота 3. Лабораторно-інструментальне обстеження хірургічного хворого.
- Робота 4. Внести отримані дані в карту стаціонарного хворого.
- Робота 5. Скласти алгоритм хірургічного та консервативного лікування обстеженого хворого.

ОСНОВНІ ПИТАННЯ, ЯКІ РОЗГЛЯДАЮТЬСЯ НА ЗАНЯТТІ

1. Основні комунікативні та деонтологічні правила при спілкуванні з хірургічними хворими.
2. Методика суб'єктивного обстеження хірургічного хворого.
3. Методика об'єктивного обстеження хірургічного хворого.
4. Лабораторні та інструментальні методи обстеження хірургічного хворого.
5. Інтерпритація даних обстеження хворого з формуванням клінічного діагнозу.
6. Алгоритми хірургічного та консервативного лікування тематичного хворого.
7. Правила заповнення медичної карти стаціонарного хворого.

Зразки тестових завдань та ситуаційних задач:

1. Хворий А. госпіталізований в клініку в непритомному стані. Шкіра і видимі слизові бліді, вкриті холодним потом. Дихання глибоке, рідке. Пульс – 110/хв, АТ 50/0 мм рт ст. Як можна охарактеризувати загальний стан хворого?

- А. Задовільний;
- В. Наближається до задовільного;
- С. Середньої важкості;
- Д. Важкий;
- Е. Вкрай важкий.

2. Хвора Б., 45 років поступає в клініку зі скаргами на біль постійного характеру в поперекових ділянках. З анамнезу відомо, що 3 роки тому при УЗД виявлено полікістоз нирок. Об'єктивно: шкіра і видимі слизові бліді. Пульс - 95/хв, АТ 200/120 мм рт ст. Лікар проводить пальпаторне обстеження органів черевної порожнини та заочеревинного простору. Яким методом проводиться пальпаторне обстеження нирок?

- А. Бімануальна глибока пальпація;
- В. Бімануальна поверхнева пальпація;
- С. Глибока пальпація однією рукою;
- Д. Глибока пальпація двома руками;
- Е. Пальпація ребром долоні.

3. Хвора Г., 76 років знаходиться на лікуванні в хірургічному відділенні. На час огляду – 7 доба після операції холецистектомії з приводу хронічного калькульозного холециститу. Хвора скаржиться на підвищення температури тіла до 38°C, задишку при найменшому фізичному навантаженні. Лікуючий лікар запідозрив ускладнення післяопераційного періоду гіпостатичною пневмонією. До якої групи ознак належить задишка:

- А. Неспецифічних суб'єктивних;
- В. Неспецифічних органоанатомічних;
- С. Неспецифічних органофізіологічних;
- Д. Специфічних суб'єктивних;
- Е. Специфічних органоанатомічних.

4. При обстеженні хворого 3. хірург пропальпував пульсацію на головці плечової кістки при відведеній руці хворого. Яка артерія проходить в цій ділянці?

- А. Підключична;
- А. Плечова;
- В. Пахвова;
- С. Дельтовидна;
- Д. Променева.

5. При обстеженні хворого М., 69 років хірург провів пробу Ратшова. Про важке порушення артеріального кровообігу свідчить поява реактивної гіперемії в стопі більш ніж через:

- A. 6 сек;
- A. 12 сек;
- B. 20 сек;
- C. 30 сек;
- D. 60 сек.

6. Після автомобільної аварії в лікарню поступив хворий з травмою грудної клітки. При обстеженні грудної клітки лікар провів пальпацію. Що визначається методом пальпації грудної клітки?

- A. Ребра і міжреберні проміжки; B. Грудні м'язи;
- C. Ступінь ризистентності грудної клітки;
- D. Феномен голосового тремтіння; E. Все вище перераховане.

7. Для визначення функціональної здатності серця була застосована проба Штанге. Функція серця вважається доброю якщо дихання затримано на:

- A. 10 сек.
- B. 20 сек.
- C. 25 сек.
- D. 30 сек.
- E. 40 сек і більше.

Здобувач вищої освіти повинен знати:

- правила та методику суб'єктивного обстеження хворого;
- правила та методику об'єктивного обстеження хворого;
- правила та методику антропометричного обстеження хворого;
- методи лабораторно-інструментального обстеження хворого;
- схему та правила заповнення карти стаціонарного хворого.

Здобувач вищої освіти повинен вміти:

- провести суб'єктивне обстеження хворого;
- провести об'єктивне обстеження хворого;
- провести антропометричне обстеження хворого;
- визначити необхідний об'єм лабораторно-інструментального обстеження;
- скласти алгоритм хірургічного та консервативного лікування хворого;
- занести отримані дані в медичну карту.

Еталони відповідей на тести та ситуаційні задачі: 1 –

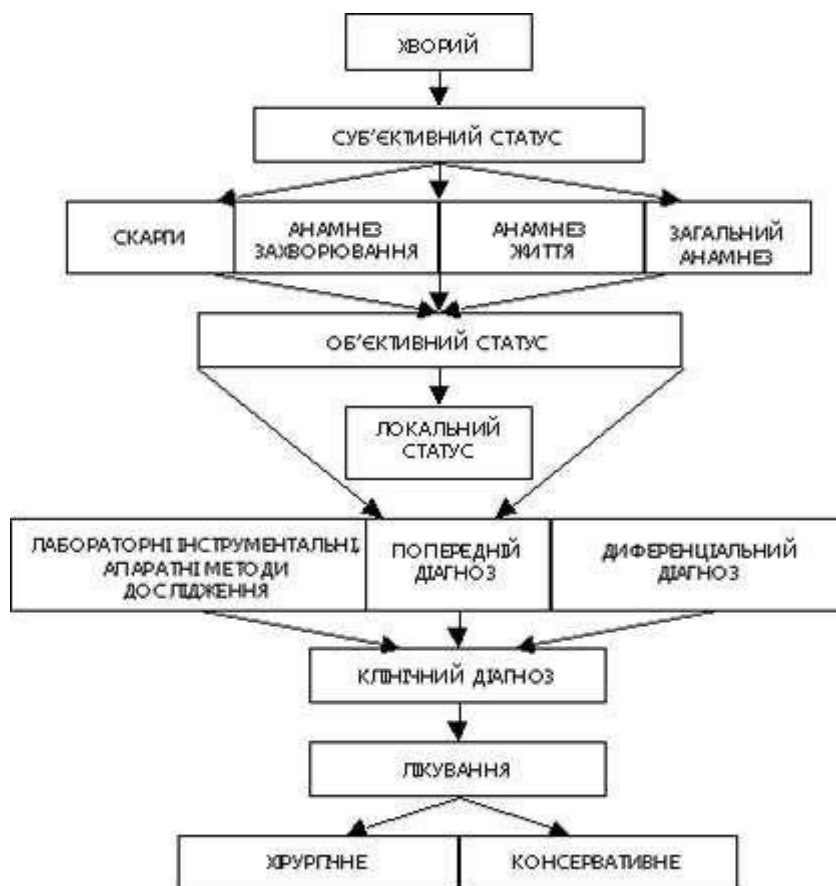
E; 2 – A; 3 – A; 4 – C; 5 – D; 6 – E; 7 – E.

Матеріали підготовки

ОБСТЕЖЕННЯ ХІРУРГІЧНОГО ХВОРОГО

ПРАВИЛА ТА ПРИНЦИПИ АНАМНЕСТИЧНОГО ОБСТЕЖЕННЯ ХВОРОГО.

Усім відома аксіома: “Qui bene dignostit – bene curant”. Багатовікова історія медицини переконує в справедливості цього вислову. Дійсно, ніякі суперсучасні методи лікування не можуть бути ефективними, якщо невідомо з якою метою їх застосувати.



В останні роки технізація медицини розкриває надзвичайно широкі можливості для діагностики, але і до цього часу найважливішим компонентом діагностичного пошуку залишається ретельне збирання анамнезу, систематичне та кваліфіковане фізикальне обстеження і досконале вивчення локального статусу.

Кожному необхідно засвоїти алгоритм обстеження, який органічно переходить у побудову лікувальної тактики. Згаданий алгоритм демонструється наведеною схемою.

Дозволимо собі не повторювати загальновідомі істини щодо значення паспортних даних в обстеженні хворого.

Лише наголосимо на тому, що і вік, і стать, і національність, і професія, і навіть місце народження при ретельному анамнезі та співставленні з іншими даними суб'єктивного та об'єктивного обстеження часто допомагають вибрати вірний напрям діагностичного пошуку.

У нашій практиці був випадок, коли при диференціальному діагнозі об'ємного процесу в печінці той факт, що хворий, який проживав у Західній Україні, народився та провів юнацькі роки в республіці Комі, спонукав шукати ехінококову кісту, що врешті-решт виявилось правильним.

СКАРГИ

При з'ясуванні скарг лікарю потрібно бути терплячим, послідовним та уважним. Є різні категорії хворих за емоційністю, інтелектом та темпераментом, і тому при одному і тому ж захворюванні скарги можуть звучати по-різному.

Один хворий може просто сказати: “Болить живіт”, інший буде тривало і не завжди зрозуміло розповідати про обставини часу, місця і дії, які він асоціює з хворобою, не зосереджуючись на основних скаргах. Хворого бажано терпляче вислухати і тактовно поставити питання, які дозволять з'ясувати основні скарги. Наприклад: характер болю, іррадіація, залежність від їжі та часу, періодичність тощо. Особливості скарг щодо певної патології будуть подані у відповідних розділах.

АНАМНЕЗ ЗАХВОРЮВАННЯ

У цьому розділі необхідно в хронологічній послідовності з'ясувати розвиток та перебіг даної патології, зупинившись на причині, яка, на думку хворого, слугувала поштовхом для виникнення хвороби. Доцільно звернути увагу на час появи інших, нових скарг, їх особливості, періодичність та хронологію. Бажано отримати інформацію про лікування або самолікування, яке передувало прийняттю хворого в лікарню не тільки у випадках хронічної патології, але, що не менш необхідно, в ургентних ситуаціях. У хірургічній практиці це надзвичайно важливо в момент діагностики гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини, коли застосування знеболюючих або, навіть, наркотиків на догоспітальному етапі, призводить до діагностичних помилок.

У випадках, коли хворого госпіталізують у непритомному стані, бажано якомога більше інформації отримати від родичів, знайомих, свідків початку захворювання або травми. Дуже цінним для анамнезу захворювання є листи супроводу швидкої допомоги, які лікарі цієї служби повинні акуратно та ретельно заповнювати.

Заповнювати анамнез захворювання потрібно конкретними чіткими лаконічними фразами без “вульгаризмів”, з одного боку, та суцільно спеціалізованих медичних термінів, з іншого.

АНАМНЕЗ ЖИТТЯ

Розпитування про історію життя хворого дає можливість з'ясувати вплив на розвиток тієї чи іншої патології, спадкових, екологічних, побутових та інших несприятливих факторів.

Тому, починаючи з моменту народження хворого, треба розпитати не тільки про умови появи на світ, росту та розвитку, але й попросити пацієнта згадати свою “медичну генеалогію”, тобто хвороби пращурів, батьків, братів та сестер.

Особливу увагу необхідно звернути на захворювання крові (гемофілія), цукровий діабет, онкологічні захворювання, психічні розлади, пам'ятаючи, що спадково передаються не тільки хвороби, але й схильність до них.

Розпитуючи про стан сексуальної сфери, слід бути дуже тактовним і водночас наполегливим. Адже такі відомості можуть бути важливими в побудові патогенетичної концепції діагнозу.

Наприклад, при патології наднирників у жінок можуть бути порушення в менструальному циклі, при облітеруючих захворюваннях судин у чоловіків – імпотенція тощо.

Умови праці та побуту дозволяють також констатувати негативні фактори, які спричиняють ті чи інші “поломки” гомеостазу. Це стосується і харчування (регулярність, кількісний та якісний спектр) і фізичних навантажень, і стану робочого місця.

В Україні, в останнє десятиріччя, важливого значення набуває вплив аварії на Чорнобильській АЕС як на соматичний, так і на психологічний статус населення. Ці моменти, а також екологічний стан місцевості, де мешкає хворий, теж необхідно враховувати.

Цінну інформацію куратор може отримати, аналізуючи раніше перенесені захворювання. Так, наприклад, ендоміокардіти та аритмії є небезпечним підґрунтям для виникнення артеріальних тромбоемболій, гастрит – для утворення виразки шлунка, хронічний перебіг останньої, без успіху в лікуванні – для злоякісних перероджень.

У зв’язку з підвищеною алергізацією населення, почастінінням алергічних реакцій та ускладнень, з’ясовуючи так званий “алергологічний анамнез”, треба розпитати хворого, які ліки і з якою метою він вживав, чи переливали йому кров, її компоненти або препарати, чи не виникало реакцій на їжу, напої, запахи.

Коли ми розпитуємо про наявність шкідливих звичок у хворого, то, крім куріння і зловживання алкоголем, особливу увагу необхідно звернути на схильність до того чи іншого виду наркотиків і різновидність наркоманії – токсикоманію.

ЗАГАЛЬНИЙ АНАМНЕЗ

1. Загальний стан

Самопочуття (добре, задовільне, погане).

Схуднення (чи давно, в якій мірі, темп його прогресування – швидкий, повільний).

Загальне нездужання, занепад сил (чи давно, в якій мірі, чи наростає швидко, повільно; чи може ходити, стояти, сидіти чи змушений тільки лежати).

Працездатність (збережена, знижена – в якій мірі втрачена, чи давно).

Стомлюваність (фізична, розумова – в якій мірі, чи швидко наростає, чи давно, чи посилюється).

Гарячковий стан (підвищення температури, чи часто, чи давно, чи посилюється, висота, тип гарячки; тривалість: позноблювання, озноби, поти). Головний біль. Сон.

2. Шкірні покриви

Зміни кольору шкіри (є чи були).

Висипи, фурункули, виразки, пролежні, нориці (чи давно, за яких умов з’явилися, чи довго не загоювались).

Рубці після колишніх оперативних втручань, поранень, запальних процесів. Ненормальна сухість, пітливість шкіри (загальна, місцева).

Свербіння шкіри (локалізація, його сила, періодичність).

Чутливість до зовнішньої
взимку).

температури (мерзлякуватість рук, ніг

Чи легко зупиняється кровотеча при випадкових травмах, уколах, чи легко загоюються порізи?

Чи легко з'являються синці при незначних забоях? Чи немає розладу живлення волосся (випадання, полисіння, посивіння), чи давно?

3. Система дихання

Дихання через ніс (вільне, утруднене). Носові кровотечі (чи бувають, чи часто, чи давно; їх інтенсивність, тривалість, за яких умов з'являються).

Голос (чи є зміни, коли з'явилися: відразу, поступово).

Задишка (чи буває, постійно, чи інколи, чи часто, чи давно, за яких умов з'являється, вдень чи вночі, її інтенсивність – незначна, тяжка; тривалість, чи затруднений вдих чи видих, в якому положенні зменшується).

Кашель (чи буває постійно, чи інколи, чи часто, чи давно, вранці чи ввечері; сила його – сильний, слабкий, покашлювання; поверхневий, глибокий; звучний, глухий; сухий, вологий; чи супроводжується болем у грудях, задишкою, блюванням; за яких умов з'являється – прийом їжі, посилюється, зменшується, припиняється; чи є харкотиння, його характер та кількість, вид – слизисте, серозне, гнійне, серозно-кров'янисте, кров'янисте, консистенція – рідке, густе, в'язке, грудкувате, пінисте, його колір, запах – гнильний, смердючий, чи поділяється харкотиння при стоянні на два або три шари). Кровохаркання (чи буває, постійно чи інколи, чи часто, чи давно; за яких умов з'являється – кашель, фізичне навантаження; чи виділяється чиста кров – рідка, згустками, її кількість, чи змішана з харкотинням; колір крові – яasnочервона, темна).

Біль у грудях (чи буває, чи постійно чи інколи, чи часто, чи давно; як починається – раптово, поступово; де локалізується, поверхнево чи глибоко; характер болю – тупий, ниючий, гострий, стискаючий, колючий, свердлячий, оперізуючий; інтенсивність – сильний, середньої сили, незначний; його тривалість, іррадіація, за яких умов з'являється і посилюється – вплив дихання, розмови, кашлю, положення тіла, рухів, фізичної роботи; умови для зменшення болю, чи посилюється однобічний біль при нахилі тулуба в здоровий чи уражений бік).

4. Система кровообігу (серцево-судинна система)

Серцебиття (чи буває, чи часто, чи давно, за яких умов виникає, чи є відчуття перебоїв у роботі серця, їх тривалість та інтенсивність, чи постійно, чи інколи, чи давно).

Біль у ділянці серця, за грудиною (чи буває, постійно чи інколи, чи давно, його локалізація, як починається, характер та інтенсивність болю). Супровідні явища: набряки (чи бувають, чи часто, чи давно, де локалізуються, ступінь їх виразності, коли з'являються – надвечір, зранку, за яких умов виникають – фізичне напруження, тривала хода, тривале стояння на ногах, приймання великої кількості рідини; від чого зникають – спокій, ліки); ціаноз (кистей, стоп), блідість (кистей, стоп) – чи буває, чи давно, коли виникає, від чого зменшується.

5. Система травлення

Порожнина рота (чи є сухість, чи часто, чи давно, чи є болючі слизової оболонки, кровоточивість з ясен, чи є біль у ділянці язика, від чого з'являється – (гостра, подразнююча їжа); слиновиділення – посилене, зменшене; неприємний присмак в роті – кислий, гіркий; відчуття неприємного запаху з рота).

Зуби (чи є всі зуби, причини видалення зубів, чи є протези, чи є біль під час жування, як проводиться догляд за порожниною рота).

Глотка (неприємні відчуття – сухість, паління, дряпання, лоскотання, болісність слизової оболонки; чи утруднене чи болісне ковтання). *Стравохід* (проходження їжі при ковтанні – вільне, утруднене; яка їжа проходить з зусиллям – тверда, м'яка, кашкоподібна, напіврідка, рідка; чи має значення температура їжі; яка їжа не проходить зовсім, чи часто, чи постійно, чи давно; чи бувають періоди покращання прохідності їжі; чи бувають зригування, їх характер, домішки в них крові; зв'язок утруднення проходження їжі, зі змінами в емоційному стані, хвилюванням; чи були опіки стравоходу, чи немає відчуття “стороннього тіла” в початковій частині стравоходу – за яких умов).

Шлунок, кишечник, підшлункова залоза

Апетит (чи добрий, поганий; зміни його – посилений, надмірний, знижений, мінливий; прогресуюче погіршення, відсутність, повна втрата апетиту (анорексія), втрата почуття задоволеності від їжі; пристрась до певної їжі, огида до їжі – до всякої, до певної, наприклад – м'яса; чи швидко з'являється відчуття насичення, чи воно відсутнє).

Спрага (постійно, чи інколи, чи давно, скільки рідини випиває протягом доби).

Печія (постійно, чи інколи, чи часто, чи давно; її сила, за яких умов з'являється – перед їжею, під час неї, через якийсь час після неї, не залежить від їжі; від чого зменшується, припиняється – вживання соди, їжі, пиття). *Відрижка* (чи буває постійно, чи інколи, чи часто, чи давно; чи вона тиха, беззвучна, чи голосна; чи є залежність її від часу вживання їжі, її якості та кількості; відрижка – вживаною їжею (регургітація), повітрям (порожня), кисла, гірка, з гнильним запахом; чи легше хворому після відрижки). *Нудота* (чи буває, постійно, інколи, чи часто, чи давно, її сила, тривалість, залежність від їжі, її якості, чи буває вона натщесерце, чи супроводжується слинотечею, блюванням, чи покликами на блювання).

Блювання (чи буває, щодня чи інколи, чи часто, чи давно; його залежність від вживання їжі, її кількості, якості, температури; характер блювотних мас – слиз, кров, кислою рідиною; через скільки часу після їжі настає блювота, її зв'язок з болем у животі, в попереку, з кашлем, прийомом ліків, виглядом їжі; одно- чи багаторазове протягом доби; початок блювоти – раптовий; чи передують їй нудота, чи легше самопочуття після блювоти, чи викликається вона штучно для цього; чи не було кривавого блювання в минулому, чи супроводжувалось воно сильною загальною слабкістю, запамороченням, непритомністю; колір блювотних мас – м'ясних помийів, кавової гущі; кількість – незначна, велика; смак – без смаку, гіркий, кислий; запах – кислий, гнильний, аміачний, каловий, смердючий, без запаху). *Гикавка* (чи є, чи часто, чи давно, тривалість).

Біль у животі (чи буває, постійно чи інколи, чи часто, чи давно; локалізація – в певній ділянці черевної порожнини, передньої черевної стінки; де з'явився спочатку і де локалізувався пізніше; характер болю – тупий (ниючий, тиснучий, тягнучий), гострий (ріжучий, колючий, пекучий, рвучий, свердлячий,

переймоподібний, оперізуючий) та чи не змінювався цей характер болю; інтенсивність – сильний, помірної сили, незначний та чи не змінювалась вона в періоді часу; початок болю – раптовий, гострий, приступоподібний, поступовий, умови для виникнення, посилення – вживання їжі, її кількість, якість, час, натщесерце, зв'язок із порою року, інколи доби, положенням тіла, фізичною працею, закрепами, проносами, температурою зовнішнього середовища, відходженням газів, блюванням, прийманням ліків, використанням тепла; умови для зменшення, зникнення – вказані попередньо фактори; періодичність – тривалість світлих проміжків, періодів загострення; тривалість – швидко чи повільно заспокоюється, скільки часу триває; іррадіація – в яку ділянку тіла; супровідні скарги в період болю – анорексія, спрага, печія, відрижка, нудота, блювота, головний біль, підвищення температури, жовтяниця, дисфункція кишечника, затримка газів; інші неприємні відчуття – важкість в епігастрії, правому підребер'ї, повнота, розпирання, здуття, вурчання – чи постійно, інколи чи давно, їх залежність від вживання їжі, її кількості, якості, черговість їх появи). Випорожнення (їх ритмічність, кількість у період доби, чи легко, чи із зусиллям; наявність болю перед дефекацією, під час та після неї, його локалізація; характер болю – гострий, пекучий, рвучий; частота загострення болю та його тривалість, іррадіація; наявність у минулому чорного дьогтеподібного калу, зв'язок його появи із запамороченням, непритомністю). Закрепи (по скільки днів не буває випорожнень, чи давно, чи є залежність від характеру їжі, часу її вживання, сидячого способу життя, приймання ліків; звиклі закрепи; чи використовуються клізми, проносні засоби; чи прогресують закрепи; супровідні скарги – нудота, блювота, біль у животі, вурчання, головний біль, загальне нездужання, чергування з проносами, несправжні поклики на низ із патологічними виділеннями – слиз, кров, гній). Пронеси (частота та період доби, залежність від кількості та якості їжі, хвилювання, відчуття неповного випорожнення. Мимовільні випорожнення, нетримання калу – рідкого, твердого; відходження газів – затримка, нетримання; наявність кровотеч з прямої кишки, чи часто, чи давно; чи є гемороїдальні вузли, чи кровоточить, за яких умов, колір крові; інші неприємні відчуття в ділянці заднього проходу – свербіння, відчуття печії; чи випадає пряма кишка, чи давно, за умов – при дефекації, при фізичному напруженні, кашлі, самовільно, в стоячому положенні; кал – сформований, стрічкоподібний, дрібними кульками (“овечий”), пінистий, жирний; консистенція – твердий, кашкоподібний, рідкий, водянистий; колір – білий, жовтий, коричневий, чорний, дьогтеподібний (мелена) рідкий, знебарвлений; запах; домішки крові – ясно-червоної, темної, не змішаної з калом, у вигляді крапель, прожилків; домішки – слизу, гною, глистів, залишків неперетравленої їжі, шматків тканини).

Печінка

Біль у правому підребер'ї (чи буває постійно, чи інколи, чи часто, чи давно; наявність приступів дуже сильного, гострого болю (печінкової, жовчної коліки), їх частота; характер болю, його інтенсивність, початок, тривалість, фактори, які посилюють, зменшують, ліквідують біль, його іррадіація; супровідні скарги – нудота, блювання, здуття живота, озноби, підвищення температури, жовтяниця, загальна слабкість; інші неприємні відчуття – відчуття важкості в правому підребер'ї, тиснення постійно чи інколи, за яких умов посилюються, зникають).

Жовтяниця (чи була, коли, як почалася і розвивалася, тривалість, за яких умов зменшилась, зникла; якими явищами супроводжувалась – зміною кольору сечі, калу, шкірним свербінням, болем у животі, підвищенням температури, диспептичними розладами, головним болем, геморагічними явищами: кровотечі з ясен, носа, шкірні крововиливи, кров у калі).

Селезінка

Біль у лівому підребер'ї (чи буває, постійно чи інколи, чи часто, чи давно; його характер, інтенсивність, тривалість, умови для появи та зникнення, супровідні скарги – криваве блювання, дьогтеподібний стілець; інші неприємні відчуття в лівому підребер'ї – важкість, тиснення, постійно чи інколи, чи часто, чи давно, за яких умов виникають, зникають. Чи супроводжувався біль підвищенням температури – характерно для нападу малярії.

6. Сечостатева система

Біль у поперековій ділянці (чи буває, чи постійно, чи інколи, чи давно, чи часто; справа, зліва, з обох сторін; наявність приступів дуже сильного болю (ниркової кольки) та їх частота; характер болю, його інтенсивність, початок, тривалість, іррадіація, умови для появи болю та його зникнення, супровідні скарги – позноблювання, озноби, підвищення температури, нудота, блювання, поклики до сечовипускання, дизуричні явища, кров у сечі, сухість в роті, спрага, головний біль; чи виходили камені із сечею; неприємні відчуття в ділянці попереку – важкість, тиснення; біль у ділянці крижів, промежини – постійно чи інколи, чи часто, чи давно).

Супровідні явища (набряки – повік, обличчя, загальні; час та послідовність їх появи, умови, що сприяють їх появі та зникненню; головний біль, запаморочення, нудота, блювання, послаблення зору – час їх появи). Біль внизу живота (постійно чи інколи, чи давно, умови для появи, посилення, зникнення).

Виділення із сечовипускального каналу (слиз, гній, кров – чи часто, чи давно, їх тривалість, застосовуване раніше лікування; чи буває сперматорея, чи часто).

Сечовипускання (довільне, вільне; почащене і болісне (дизурія); частота – вдень, вночі, невтримані поклики до сечовипускання; біль, паління, різь, свербіння в сечовипускальному каналі при сечовипусканні – на його початку, під час, в кінці; зміни струменя сечі – тонкий, слабкий, переривчастий; постійне виділення сечі краплями; кількість сечі на одне сечовипускання, за добу – поліурія, олігурія, анурія, ніктурія; вплив на акт сечовипускання – зміни положення тіла, тряскої їзди, охолодження, хвилювання; нетримання сечі – постійне, вночі; затримка сечі).

Сеча (колір, прозорість, осад, домішки крові – згустки, рівномірне забарвлення, типу “м'ясних помій”, наявність гною, слизу).

Статева сфера (статевий потяг, потенція – у чоловіків, а у жінок – характер менструального циклу: регулярний, нерегулярний; розлади – дисменорея, менорагія, аменорея, метрорагія, чи буває біль, його характер, інші виділення).

7. Опорно-руховий апарат Рухи в суглобах (вільні, малорухомість, нерухомість – яких суглобів). Біль у кінцівках (в суглобах – великих, дрібних, в одному суглобі – якому, в деяких, яких; чи стійкий біль, чи однаковий на обох кінцівках, чи наростає). Біль у хребті (в якій його частині – постійно, інколи чи часто, чи давно). Біль у м'язах (особливо в литкових під час ходьби – переміжна

кульгавість – вимушені періодичні зупинки під час ходьби; стомлюваність ніг при ходьбі, чи давно, як часто доводиться зупинятись під час ходи через біль, що починається в одній або обох ногах, після якої довжини пройденого шляху чи кількох хвилин ходьби).

Короткочасне збліднення, похолодання, заніміння одного, кількох пальців руки (чи часто, чи давно, чи симетрично на обох кінцівках).

Больові відчуття в певних пальцях стопи або в певних відділах стопи (під час ходьби, в спокої, їх характер – ниючі, смикаючі, пекучі, колючі; мерзлякуватість стоп, її пальців).

М'язова сила (ослаблення, чи давно).

8. Нервова система Наявність у минулому травм (забоїв, поранень, переломів голови, хребта). Сон. Головний біль. Запаморочення. Непритомність. Корчі. Психічна сфера (пам'ять, увага, емоційна збудливість, настрої, характер). Органи чуття (зір, слух, нюх, смак).

II. ЗАГАЛЬНО-ОБ'ЄКТИВНЕ ОБСТЕЖЕННЯ ХІРУРГІЧНОГО ХВОРОГО

ЗАГАЛЬНИЙ ОГЛЯД

Приступаючи до огляду хворого, куратор, перш за все, повинен оцінити стан свідомості пацієнта. Для цього необхідно знати загальноприйнятну класифікацію, за якою свідомість поділяється на ясну та сплутану або затьмарену.

У зазначених випадках розрізняють с т у п о р, коли хворий знаходиться нібито в сплячці, з якої може бути виведений голосним окриком, тормосінням, але на запитання відповідає невпопад, плутано.

В інших, більш важких випадках вивести пацієнта зі стану сплячки не вдається, на запитання не відповідає, але рефлекторно реагує на сильні подразники, перш за все, на біль. Такий стан класифікується як с о п о р.

Повне пригнічення свідомості з втратою чутливості, рефлексів та розслабленням м'язів класифікується як кома.

Короткочасна, на декілька секунд або хвилин, втрата свідомості називається запамороченням. У його основі – гостра недостатність мозкового кровообігу, неврогенного (емоції, порушення вегетативної іннервації) або соматогенного (аритмії, серцеві блокади) генезу.

Надмірна збудливість, яка супроводжується галюцинаціями та психомоторним збудженням носить назву д е л і р і й, який спостерігається як при органічних ураженнях мозку, так і при інтоксикаціях. Причому, треба пам'ятати, що не тільки при алкогольних. Іноді хірургічні хворі при важких перитонеальних або панкреатогенних ендотоксикозах впадають у стан делірію. Продовжуючи оцінювати стан хворого, визначають його п о л о ж е н н я. Якщо пацієнт здатний вільно пересуватись, приймати будь-яку позу та обслуговувати себе, говорять про активне положення. Коли хворий лежить нерухомо, не реагує на подразники, положення визначають як п а с и в н е.

У тих випадках, коли хворий для полегшення свого стану приймає відповідне

положення, його визначають як в и м у ш е н е, наприклад, з підібраними до живота ногами при перфоративній виразці шлунка.

Типи конституційної будови тіла

Розрізняють нормостенічний тип з пропорційною будовою тулуба, рівномірно розвиненою мускулатурою, як правило, в осіб зі зростом середнім або вище середнього.

А с т е н і ч н а будова характеризується довгастою грудною кліткою, довгою шиєю, довгими кінцівками, які дещо непропорційні щодо тулуба. Ріст частіше вище середнього та високий.

Г і п е р с т е н і к и відрізняються широким тулубом, короткою шиєю та короткими щодо тулуба руками. Часто в таких осіб спостерігається надлишок живлення аж до ожиріння.

Ступінь вгодованості визначається як знижений, помірний, добрий. Патологічні зміни живлення трактуються як кахексія – виснаження та ожиріння.

Ступінь ожиріння визначається таким чином:

- 1 – 15-29 % надлишкової ваги;
- 2 – 30-50 % надлишкової ваги; 3 – більше 50 % надлишкової ваги;
- 4 – більше 100 % надлишкової ваги.

Під час перебування в стаціонарі хірургічного хворого необхідно періодично зважувати, оскільки динаміка втрати чи набору ваги в окремих випадках має діагностичне значення (злоякісні пухлини, тіротоксикоз, захворювання наднирників тощо).

Т е м п е р а т у р а оцінюється, як за одноразовим вимірюванням, так і за характером температурної кривої, що, безумовно, дає більш об'єктивну та повну інформацію для діагностичного пошуку. Розрізняють такі типи температурних кривих:

Р е м і т у ю ч а (зигзагоподібна) – показники температури міняються від субфебрильних цифр вранці до високих величин ввечері з інтервалом більше 1 °С. Характерна для обмежених гнійників, бронхопневмонії.

І н т е р м і т у ю ч а – регулярне підвищення температури з високими коливаннями величин і зниженням до норми вранці (інтервал більше 2 °С). Характерна для сепсису, особливо уrogenітального.

С у б ф е б р и л ь н а – підвищення температури в межах 1 °С з незначними коливаннями вранці та ввечері. Характерна для хронічного запалення, післяопераційного періоду, коли є тенденція до зниження; має місце при розсмоктуванні гематом та в першій фазі (запалення) ранового процесу.

П о с т і й н а – температура утримується на високих цифрах 38-39 °С і не знижується вранці, що може бути зумовлене флеботромбозом, пілефлебітом або свідчить про перші ознаки цих грізних ускладнень.

П у л ь с. Визначають частоту, ритм, наповнення, напруження. Визначені параметри допомагають оцінити стан серцево-судинного тону при різноманітній хірургічній патології.

Прискорення пульсу (тахікардію) спостерігаємо при гострій крововтраті, шоківих станах, перитоніті. Сповільнення (брадікардію) – при черепномозкових травмах.

Необхідно пам'ятати про кореляцію між пульсом та температурою. Прискорення

частоти серцевих скорочень на 8-10 ударів відповідає підвищенню температури на 1 °С. Порушення такої кореляції свідчить про важкий стан хворого, зумовлений розвитком гострої серцевої недостатності при шоківих станах та гострій крововтраті.

Дихання. Визначають глибину, ритм та частоту дихання.

Почастішання його (більше 24-26 за хвилину) свідчить про розвиток гіпоксії, яка супроводжує запальні процеси легеневої тканини та розвиток ендотоксикозу.

Сповільнення дихання відбувається при черепно-мозкових ураженнях внаслідок підвищення внутрішньо-черепного тиску. Важливо зауважити, дихання носить поверхневий або глибокий характер. Якщо поверхневі дихальні рухи циклічно переходять у глибокі, цей феномен носить назву дихання Чейн-Стокса, що спостерігається в переагональних станах.

Певну діагностичну вартість несе співвідношення частоти пульсу до частоти дихання, яке в здорової людини дорівнює 4-4,5. При гострих захворюваннях черевної порожнини цей індекс майже не змінюється. При легеневій патології дорівнює 2,3-2,5 (Ознака Коупа).

МЕТОДИКА ОБСТЕЖЕННЯ ШКІРИ ТА ЇЇ ПРИДАТКІВ

При обстеженні визначають колір, чистоту, щільність, еластичність.

Колір шкіри залежить від:

1 – щільності, прозорості та якості нормальних або патологічних пігментів; 2 – ступеня розвитку, глибини залягання та повнокрів'я шкірних судин; 3 – вмісту еритроцитів та гемоглобіну в одиниці об'єму крові.

У нормі, залежно від расових, етнічних, генетичних особливостей, колір шкіри буває блідовато-рожевим, чорним, коричневим, червоним, жовтим. Патологічні зміни забарвлення шкіри (блідість, почервоніння, жовтяниця, ціаноз, гіперпігментація) бувають транзиторними та стійкими, а за розповсюдженістю – дифузними та локальними.

Локальні скупчення пігменту у вигляді природжених плям (*naevus pigmentosus*) не вважаються патологічними, але їх зміни та ріст можуть бути ознаками злоякісної трансформації, особливо при меланінмістких утворах. При анеміях спостерігається блідість шкіри аж до воскоподібного відтінку, що чітко виявляється при огляді вушних раковин на світлі. Дифузне бронзове забарвлення спостерігається при захворюваннях наднирників (хвороба Аддісона), локальне, поблизу рани – при анаеробній інфекції (гемолітична дія токсинів).

Рожеве або рожево-червоне забарвлення притаманне, як правило, гострим запальним процесам. Тут слід звернути увагу на характер розповсюдження почервоніння та його інтенсивність. При розповсюдженні інфекції по лімфатичних та венозних стовбурах спостерігаємо червоно-рожеві полоси повздовж судин, яскраво-червоні плями з нерівними язикоподібними контурами змушують запідозрити бешиху. Відповідні відтінки гіперемії та ціанозу відрізняють інші гнійно-запальні процеси м'яких тканин (див. розд. III). Жовтяниця спостерігається при захворюваннях печінки, обтурації жовчних шляхів, гемолітичній анемії та деяких інфекційних захворюваннях (лептоспіроз, малярія, псевдотуберкульоз). У хворих з стійкою обтурацією жовчовивідних шляхів жовтяниця поступово наростає і набуває зелено-бурого відтінку. При гемолітичній анемії іктеричність буває

помірною і поєднується з блідістю (лимонно-жовтий відтінок).

При деяких отруєннях виникає несправжня жовтяниця, для якої притаманне пожовтіння шкіри і нормальний колір слизових оболонок, чого не буває при справжніх, вищезгаданих формах жовтяниці.

Розповсюджений ціаноз з'являється частіше внаслідок серцевої або дихальної недостатності.

Місцевий – зумовлений, як правило, порушенням венозного відтоку внаслідок тромбозу або стиснення потужних венозних стовбурів. Так, при ураженні верхньої порожнистої вени з'являється ціаноз верхньої частини тулуба, шиї та верхніх кінцівок, а при порушенні прохідності нижньої порожнистої вени синюшного забарвлення набувають нижня частина тулуба та нижні кінцівки. Ц і л і с т ь шкіри може порушуватись внаслідок травм, уражень, опіків, захворювань. При деяких із них (шкірні пухлини, туберкульоз, сифіліс, актиномікоз) утворюються значні виразкові дефекти з розпадом. При порушеннях трофіки внаслідок недостатності кровообігу, облітерації артеріальних стовбурів, захворювань спинного мозку утворюються трофічні виразки з характерною локалізацією та клінічним перебігом (див. розд. III). У хворих, які тривалий час знаходяться у вимушеному положенні або прикуті до ліжка, в окремих ділянках з'являються пролежні. Найчастіше на сідницях, крижах, п'ятках та лопатках.

Р у б ц і диференціюють:

- післяопераційні (гладкі, еластичні, майже не помітні при заживленні ран первинним натягом і широкі нерівномірні, грубі – при заживленні вторинним натягом та інфекційних ускладненнях);
- туберкульозні – у вигляді глибокого втягнутого; – сифілітичні
- зіркоподібної форми.

Своєрідні рубцеві зміни шкіри у вигляді поряд розташованих паралельних вузьких білих смуг, зумовлені, як правило, перерозтягненням шкіри та надривом в ній сполучнотканинних волокон, що спостерігається при вагітності, значному ожирінні та набряках. При хворобі або синдромі Іценко-Кушінга та довготривалому вживанні глюкокортикоїдів можна спостерігати аналогічні смуги, але вони частіше набувають червоно-фіолетового забарвлення і розташовуються не тільки на животі та стегнах, але й у ділянці молочних залоз та плечового поясу.

Е л а с т и ч н і с т ь шкіри визначається в різних ділянках тіла. Шкіру беруть в невелику складку, стискають між великим та вказівним пальцями і відпускають. Якщо еластичність (тургор) шкіри нормальна, то складка, що утворюється, розправляється зразу ж, якщо повільно і не повністю, то це свідчить про зниження еластичності. При старінні шкіра поступово стає зморшкуватою, в'ялою, сухою, на ній з'являються плями гіперпігментації. Порушення еластичності шкіри констатується при захворюваннях щитовидної залози (ніжна, м'яка, "оксамитова" – при тиротоксикозі та щільна, груба, шершава – при гіпотирозі), склеродермії (щільна, напружена, не береться в складку), при акромегалії (товста, напружена, шершава).

П і д ш к і р н а о с н о в а. Для з'ясування глибини жирового шару шкіра разом із клітковиною береться в складку. Особливо легко це зробити на животі. Але справжню уяву дає цей прийом, якщо його виконати нижче кута лопатки. Величина складки більша 1,5-2 см свідчить про ожиріння (рис. 1).

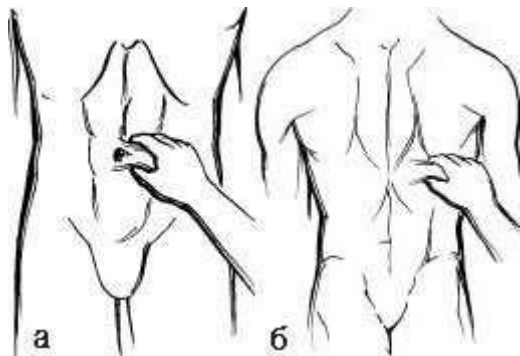


Рис. 1. Визначення глибини жирового шару: а – на животі; б – на лопатці.

Важливо встановити набряки підшкірної клітковини. Поява їх під очима свідчить про захворювання нирок, на нижніх кінцівках – про серцеву декомпенсацію або венозні розлади. Для визначення набряку на передній поверхні великогомілкової кістки притискаємо шкіру та підшкірну основу пальцями (рис. 2). Якщо утворене поглиблення не зникає зразу, то це свідчить про значний набряк. При порушеннях лімфоциркуляції (слоновість) таке поглиблення утворюється важко на тлі щільної набряклої шкіри.



Рис. 2. Визначення набряку на передній поверхні гомілки.

В о л о с с я в аксілярних ділянках, на лобку, а у юнаків і на обличчі, звичайно з'являється в період статевого дозрівання. У жінок волосся на лобку у формі трикутника з горизонтальною верхньою межею, а у чоловіків у вигляді ромба, вершина якого направлена доверху і нерідко простягається вузькою смугою, яка проходить по білій лінії живота аж до пупка. Надмірне оволосіння тулуба і кінцівок у жінок (гіпертріхоз), особливо в поєднанні з ростом бороди та вусів (гірсутізм), спостерігається при хворобі Іценко-Кушінга, пухлинах яєчників та їх кістозному переродженні (синдром Штейна-Левенталя).

Відсутність росту волосся у чоловіків сідчить про нестачу андрогенів.

МЕТОДИКА ОБСТЕЖЕННЯ ПЕРИФЕРИЧНИХ ЛІМФАТИЧНИХ ВУЗЛІВ

Виконується в симетричних ділянках у певній послідовності: підборідній, підщелепній, привушній, потиличній, задньошийній, надключичній, пахвовій, ліктьовій, пахвинній, підколінній.

Пальці або кисть долонною поверхнею кладуть на шкіру ділянки, що обстежується і повздовжніми рухами з незначним тиском пальпують лімфатичні вузли. Визначають щільність, розміри, форму, консистенцію, рухомість лімфатичних вузлів, наявність болючості, зрощення між собою та з оточуючими тканинами. Візуально констатують наявність змін шкіри над вузлами: гіперемію, виразки, нориці.

При пальпації підборідних та підщелепних лімфатичних вузлів пацієнта просять дещо нахилити голову вперед і фіксують її лівою рукою. Злегка зігнуті пальці правої руки пальпують вказану ділянку, намагаючись вивести лімфовузли на край нижньої щелепи (рис.3). Потім позаду вухних раковин пальпують привушні лімфатичні вузли і, переміщаючи руки нижче – потиличні (рис. 4). Задньошийні лімфатичні вузли пальпують у просторах, розташованих між задніми краями кивального м'яза та зовнішніми краями довгих м'язів шиї. Передньошийні – вздовж внутрішніх країв кивальних м'язів. При цьому пальці розташовують перпендикулярно до шиї (рис.5).

Надключичні лімфовузли пальпуються у відповідній ділянці (рис.6).

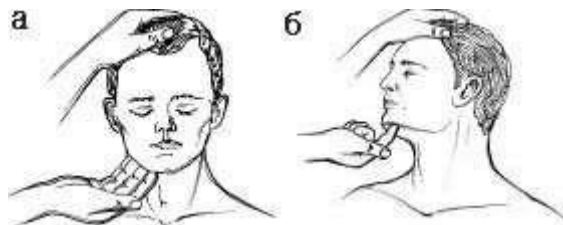


Рис. 3. Пальпація лімфовузлів: а – підщелепних, б – підборідочних



Рис. 4. Пальпація лімфовузлів: а – потиличних; б – коловушних.

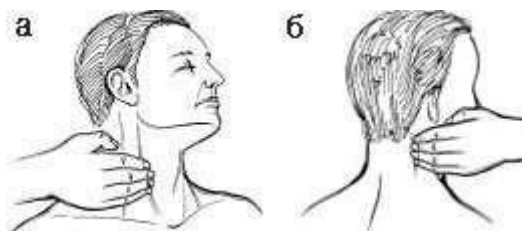


Рис. 5. Пальпація лімфовузлів: а – передньошийних; б – задньошийних.



Рис. 6. Пальпація надключичних лімфовузлів.

Підключичні лімфовузли пропальпувати неможливо, оскільки вони розташовані під великим та малим грудними м'язами. Тому їх описання при звичайному об'єктивному обстеженні свідчить про помилку.

Пахвові (аксиллярні) лімфовузли пальпують таким чином. Просять хворого підвести руки горизонтально в бік, оглядають аксиллярну ділянку, потім лікар кладе долоню на бокові поверхні грудної стінки, а пальці проводять до дна пахвових заглиблень. Потім хворий повільно опускає руки, а лікар ковзними рухами досліджує зазначену ділянку (рис. 7а,б).

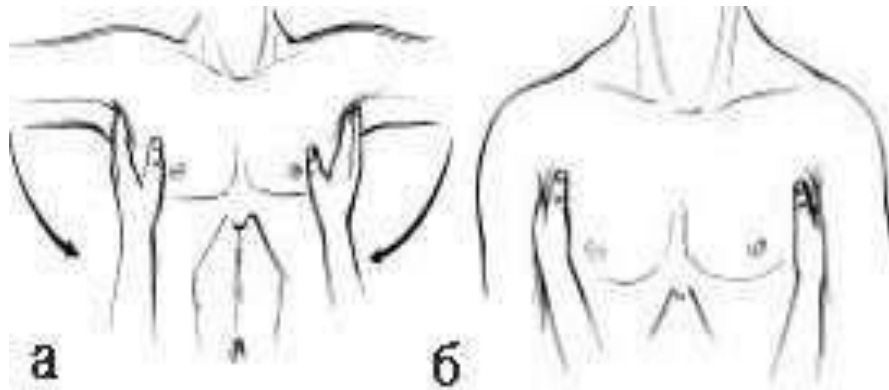


Рис. 7. Пальпація аксиллярних лімфовузлів: а – з піднятими руками; б – з опущеними руками.

Ліктьові вузли розташовані у внутрішньому жолобі *m.biceps brachii* в дистальній його частині. Власне там досліджують їх при зігнутій під прямим кутом руці хворого пальпацією 2-5 пальцями.

Пахвинні лімфовузли пальпуються за ходом пупартової зв'язки паралельно з обох сторін вище та нижче за неї ковзними перпендикулярними рухами. При такому дослідженні можна діагностувати і пахові кили, і неопущене в мошонку яєчко (кріпторхізм).

Стегнові лімфовузли розташовані за ходом магістральних судин стовбурів у скарповському трикутнику, там і пальпуються. Слід мати на увазі, що стегнові лімфовузли мають багато анастомозів з пахвинними і досить часто процес, особливо метастатичний, може переходити з одних вузлів на інші (рис. 8).



Рис. 8. Пальпація пахвинних лімфовузлів.

Підколінні лімфовузли пальпуються при зігнутому під прямим кутом колінному суглобі, глибоко в підколінній ямці. Невеликі до 0,5-0,8 мм в діаметрі лімфовузли можуть пальпуватись у підщелепних аксілярних і пахвинних ділянках. Як правило, вони еластичні, рухомі, не болючі. Більш значне збільшення лімфовузлів, а також їх визначення в інших ділянках у більшості випадків є патологічною ознакою.

Топографо-анатомічні дані

Череп поділяється на мозковий і лицьовий. Мозковий має склепіння, яке складається з верхніх частин лобової, вискової, потиличних і тім'яних кісток. Основа його складається з потиличної, основної і вискової кісток, орбітальних відростків лобової кістки, дірчастої пластинки решітчастої кістки. Всі кістки черепа (склепіння) з'єднані швами. Шов між тім'яними кістками називається стрілоподібним або сагітальним, між тім'яними і лобовою – вінцевий, між тім'яними і потиличною – ламбдоподібний.

Уся поверхня склепіння черепа покрита надчерепним м'язом (*m. epicranius*), середину якого займає апоневротичний шлем (*dalea aponevrotica*), підшкірна основа в ділянці склепіння відсутня.

Лицьовий череп складається з верхньої та нижньої щелеп, скулових, носових та слюзних кісток. В лобовий та верхньощелепних кістках наявні повітряні порожнини, додаткові до порожнини носа лобна пазуха (*sinus frontalis*), пазуха верхньої щелепи – гайморова порожнина (*sinus maxilaris*).

Зовнішні частини голови постачаються кров'ю за рахунок зовнішніх сонних артерій, мозок – за рахунок внутрішніх хребетних артерій, які утворюють на основі черепа валізієве коло.

Відтік крові з порожнини черепа та із зовнішніх покривів проходить через систему внутрішньої яремної вени, яка бере свій початок від поперечної пазухи (*sinus transversus*).

Крім того, голова та обличчя поділяються на певні топографо-анатомічні зони (рис. 9).

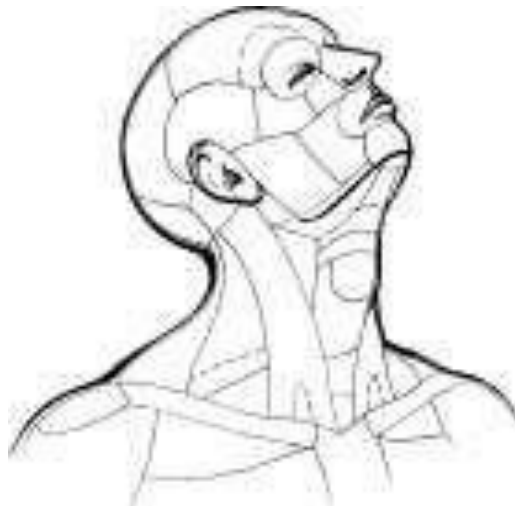


Рис. 9. Топографічні ділянки голови та ший.

ГОЛОВА

Огляд

При огляді звертають увагу на форму і величину голови. У дітей малі розміри голови (мікроцефалія) спостерігаються при ідіотизмі, а велика голова (макроцефалія) – при головній водянці. Квадратна голова, сплюснена зверху та з виступаючими лобовими горбами говорить про перенесений рахіт. “Баштовий

череп”, низький і високий, як правило, поєднується з природженою гемолітичною жовтяницею.

Положення голови може бути характерним для багатьох захворювань нервової системи. Зупинимось лише на симптомах, що зустрічаються частіше. Нерухоме положення голови спостерігається або при нерухомості суглобів шийної частини хребта (спондилоартроз, спондилоартрит), або при контрактурі шийних м’язів (міозит); якщо м’язи зведені тільки з одного боку, голова схилена на один бік (кривошия – torticollis), закидання голови назад (внаслідок контрактури потиличних м’язів) і обмеження пасивних рухів голови (ригідність потилиці) – характерний симптом при подразненні й запаленні мозкових оболонок (менінгіт).

Мимовільні рухи голови у формі (тремтіння) спостерігаються при тремтячому паралічі (paralysis agitans). Хитання назад і вперед (ніби кивання) спостерігається при недостатності аортальних клапанів (синдром Мюссе), безладні судомні сипання – при хорей.

Місцева деформація склепіння черепа (випинання або западання) може свідчити про перелом кісток або пухлини м’яких тканин. Наявність кровотечі, виділень спинномозкової рідини з носа і вух є ознакою перелому основи черепа.

Дифузне випадання волосся на голові (алопеція) спостерігається при променевій хворобі, кахексії, анемії, гіпотирозі, бешисі. Місцеве (гніздове) облісіння спостерігається при фурункульозі, сифілісі, грибковому ураженні.

Пальпація

За допомогою пальпації м’яких тканин черепа виявляють доброякісні пухлини, визначають їх щільність, консистенцію, рухомість, фіксацію до шкіри і апоневрозу. При тривалому перебігу вони можуть викликати вдавлення або овальний дефект кістки черепа.

При пошкодженні кісток черепа за допомогою пальпації визначають вид перелому (лінійний, оскольчатий, вдавлений, дірчастий або вікончастий).

Перкусія

Перкусію черепа проводять напівзігнутим вказівним пальцем, постукуючи по склепінню. При об’ємних внутрішньочерепних утворах, які знаходяться близько від кісток (пухлина, гематома, абсцес) отримуємо чіткий тимпаніт. Перкусія вискової кістки викликає біль при запаленні середнього вуха.

ЛИЦЕ

Огляд

Оглядаючи лице, звертають увагу на вираз, його симетричність і пропорційність окремих його частин, колір шкіри, наявність висипу, набряку. Плямистий рум’янець з блиском очей, гіперемія судин склер і збуджений загальний вираз лиця спостерігається у хворих з лихоманкою.

Пристипи тонічних судом із скороченням м’язів лиця у хворих правцем або гіпопаратиреозом призводять до появи виразу сардонічної усмішки. Запальні процеси на лиці, особливо при локалізації на верхній губі (фурункул, карбункул), можуть набувати тяжкого перебігу з утворенням великого запального інфільтрату і набряку тканин. Запальний процес може поширюватись на ділянку ока, через венозні анастомози – на мозкові оболонки і ділянку печеристого синуса. При розвитку тромбозу печеристого синуса спостерігається набряклість повік і

випинання очних яблук. Найбільш виражена деформація – при передніх вивихах нижньої щелепи. Рот широко відкритий, хворий не може зтулити щелепи, нижня щелепа висунена вперед, ковтання і мова утруднені, жування неможливе, спостерігається слинотеча (рис. 10).



Рис. 10. Передній вивих нижньо-щелепного суглоба справа, нижня щелепа зміщена в здоровий бік.

У хворих на неврит лицевого нерва ротова щілина асиметрична. Рот при цьому перетягнутий у здоровий бік, а на боці ураження кут рота опущений, носогубна складка менш виражена. Відкриття рота болісне і утруднене при паратонзиллярному абсцесі, фурункулі зовнішнього слухового проходу. Сильне стискання рота зумовлене тонічними судомами жувальних м'язів (тризм). При тяжких захворюваннях органів черевної порожнини (гострі і гнійні перитоніти) спостерігається типове лице, описане ще Гіппократом: мертвеннобліде із синюшним відтінком, з різко загостреними рисами, з глибоко запалими страждальними очима, з великими краплями холодного поту на лобі (*facies Hippocratica*).

Набрякле, запиле – при захворюванні нирок, бліде спотворене – при набрякових формах захворювань або одутле і бліде з байдужим, сонливим і ніби небачущим поглядом – при хронічних захворюваннях з явищами недостатності нирок (діабетична нефропатія, зморщені нирки).

У хворих на СНІД шкіра лица нерідко уражується саркомою Капоші у вигляді червоних, темно-фіолетових або бурого кольору плям, вузликів, висипів. Кругле, запиле жиром, блискуче, з рум'янцем (місяцеподібне), з наявністю волосся характерне для жінок з хворобою Іценко-Кушінга.

При флегмонах обличчя виникає гіперемія відповідної ділянки шкіри або слизової оболонки без різко виражених меж, набряклість іноді значна. Гіперемія шкіри настільки інтенсивна, що симулює бешиху. Шкіра лисніє, напружена, важко збирається в складку, Природні складки або заглиблення при значній набряклості згладжуються. Внаслідок запальної припухлості і колатерального набряку навколишніх тканин обличчя хворого нерідко спотворюється. При однобічних флегмонах впадає у вічі асиметрія лица. Характерним є зміни слизової оболонки губ, внутрішньої поверхні рота, язика, шкіра стає сухою, блідою або синюшною. Язик при цьому обкладений. Інфільтрат при розвинутій флегмоні визначається у

вигляді ущільнення, закладеного в масі набряклих тканин (рис. 11).



Рис. 11. Флегмона щічної ділянки.

Планомірний і уважний огляд голови і лиця має особливе значення при свіжих травматичних пошкодженнях, до розвитку набряку навколишніх тканин. Особливу увагу потрібно звернути на огляд очей. Спочатку візуально визначають ширину і рівномірність очних щілин, положення очних яблук. Звертають увагу на форму і рухомість повік, стан їх шкіри, збереження брів і вій. Двобічне звуження очних щілин внаслідок набряку – “водянисті” повіки характерні для захворювання нирок. До збільшення в об’ємі повік призводить також емфізема, яка виникає при переломі орбіти з проникненням повітря з додаткових пазух носа, при їх пальпації виникає крепітація. Однобічний набряк повік зумовлений запаленням, травмою або пухлиною. При запаленні повіки припухлі, гіперемовані, гарячі на дотик і болючі. Гіперпігментовані (симптом Елінека) при тиротоксикозі. Птоз (опущення) верхньої повіки, перекошене лице свідчить про парез або параліч лицевого нерва.

Оглядають слизову оболонку кон’юктиви і очних яблук. Визначають колір слизової оболонки, ступінь її вологості (блиск), стан судинного малюнка, наявність висипу і патологічних виділень. При огляді очних яблук дають характеристику стану склер, рогівки. Для цього лікар великими пальцями відтягує донизу нижні повіки і просить хворого дивитись вгору (рис. 12).



Рис. 12. Огляд кон’юктиви та очних яблук.

При огляді очей звертають увагу на форму, розмір, реакцію на світло і акомодацию зіниць.

Мідріаз (розширення зіниць) спостерігається при деяких отруєннях (беладонною, грибами) і при печінковій комі.

Міоз (звуження зіниць) виникає у хворих з уремичною комою, при алкогольній інтоксикації, пухлині мозку, крововиливах у шлуночки мозку. Якщо зіниці звужені, необхідно уточнити, чи не вводився пантопон або морфій. Різкий міоз спостерігається при тяжких інтоксикаціях.

Нерівність зіниць (анізокорія) має діагностичне значення. Зіниця буває розширена на тому боці, де виник субарахноїдальний або субдуральний крововилив при гострій

травмі черепа, при переломі основи черепа, розвитку тромбозу кавернозного синуса. Слід відзначити, що при коматозному стані, коли зникають видимі ознаки життя (пульс, дихання, биття серця), необхідно звернути увагу на стан зіниць, які при біологічній смерті розширюються. Якщо зіниці залишаються звужені, необхідно проводити реанімаційні заходи. При перевірці рогівковомигального рефлексу необхідно: притримуючи пальцями повіки доторкнутись кінчиком ватного ґноту до рогівки; рух повік і його інтенсивність свідчить про позитивну спробу.

Реакцію зіниці на світло виявляють наступним методом. Попередньо візуально визначають розмір зіниць, закривають два ока долонями на декілька секунд і відкриваючи їх по чергово, визначають зміни розміру зіниць. Западання очей (enophthalmus) типове для мікседеми, також одна з характерних рис перитонеального лиця.

Випинання очей (exophthalmus) – симптом, характерний для гіперфункції щитовидної залози, необхідно перевірити так звані очні симптоми.

Симптом Грефе – хворому рекомендують спостерігати за рухом вказівного пальця зверху донизу. При повороті очного яблука донизу між краєм повіки і рогівки залишається смуга склери.

Симптом Кохера – рух пальцем проводиться в зворотньому напрямку. Верхнє віко рухається швидше очного яблука і відкриває частину склери вище рогової оболонки.

Симптом Мебіуса (недостатність конвергенції) – хворий спостерігає за кінчиком пальця, який лікар підводить до його носа. Внаслідок слабості внутрішніх м'язів при фіксації зору поблизу очей одне із них відходить на бік. Симптом Штельвага – хворі рідко мигають (у нормі 5-10 разів за хвилину) внаслідок ретракції верхньої повіки.

Однобічне западання ока при одночасному звуженні очної щілини, опущенні очної повіки і звуженні зіниці є симптомом Клод Бернара-Горнера; до вказаних явищ нерідко приєднується ще підвищення температури і потовиділення на хворому боці. Цей симптом пов'язаний із парезом чи паралічем шийної або грудної частини симпатичного нерва і вказує на здавлення його пухлиною середостіння, метастазом в середостіння або аневризмою аорти. Виявлення тріади Горнера після вагосимпатичної новокаїнової блокади свідчить про правильне її виконання. Якщо при огляді лиця вдається встановити, що хворий не в змозі зімкнути повіки, або може це зробити частково, то ми спостерігаємо “заяче око” (lagophthalmus), яке в комбінації із звисанням кута рота і вирівнюванням носо-губної складки є результатом периферичного паралічу лицевого нерва.

Пальпація

За допомогою пальпації встановлюємо межу патологічного процесу стосовно кістковопізнавальних елементів. Таким пізнавальним елементом у ділянці голови є потиличний горб (protuberantia occipitalis externa), від якого до сосковидного паростка йде (linea nuchea superior). Перед вухами пальпується верхній та нижній край щелепної дуги, її суглоб, краї очної орбіти, носові кістки. Болючість, яка виникає при натисканні вказівним пальцем місця виходу верхньої гілки потрійного нерва в ділянці надбрівної дуги, вказує на запалення лобного синуса (фронтит).

Для визначення стану нижньої щелепи при її травмі останню захоплюють двома руками за зуби і нижній край відповідно до різців і молярів. Обережне стиснення в протилежний бік до отримання перших проявів патологічної рухомості дає можливість виявити ознаку перелому.

НІС

Огляд

Звертають увагу на розміри, форму, стан шкіри. Збільшення розмірів і болюча припухлість, гіперемія шкіри виникають при фурункулі носа. При травмі ніс припухлий і синюшний. Непропорційно великий, м'ясистий характерний для хворих на акромегалію. “Шишковидний ніс” багряно-червоного кольору характерний для алкоголіків. У хворих на склеродермію ніс вузький із стонченою шкірою, не збирається в складку. Риносклерома, туберкульоз, рецидивуючий перихондрит призводить до деформації спинки носа внаслідок зморщення хрящової частини. Западання спинки носа (сідлоподібний ніс) виникає після перенесених травм, сифілісу, прокази.

Носові ходи оглядають наступним методом – лікар однією рукою відхиляє назад і фіксує голову хворого, а великим пальцем другої руки незначно піднімає кінчик носа вгору (рис. 13).



Рис. 13. Огляд носових ходів.

Наявність у носових ходах слизоподібних гнійних виділень вказує на запалення слизових оболонок або додаткових пазух. Кров'янисто-гнійні виділення з носа спостерігаються при патологічних процесах, що призводять до некрозу й утворення виразок слизової оболонки (дифтерія, туберкульоз, рак, прокази). При цьому нерідко виділення мають неприємний запах. Смердючий нежить характерний для особливої форми атрофічного риніту – озени. Носові кровотечі виникають при травмі носа, судинній пухлині (гемангіоми) носових ходів, геморагічних діатезах, гіпертонічних кризах, швидкій декомпресії у пілотів і водолазів, а також при підвищеній ранимості слизової оболонки. У більшості випадків джерелом носової кровотечі є судинне сплетіння в передньому відділі носової перегородки (локус Киссельбаха). Витікання з носа прозорої цереброспінальної рідини (назальна лікворея) спостерігається при травмі черепа.

Утруднене носове дихання може викликатися багатьма причинами: вазомоторним ринітом, поліпозним синуситом, аденоїдами, гематомою або абсцесом, стороннім тілом, пухлиною. При тяжкій ядусі нерідко спостерігається посилений рух крил носа під час дихання.

ВУХА

Огляд

Звертають увагу на положення, розміри, форму вух, стан шкіри. Запальні процеси хрящів (перихондрит) призводять до припухлості та збільшення розмірів вух. Однобічний перихондрит частіше інфекційного походження, двобічний спостерігається при запальному ураженні хрящової тканини (рецидивуючий поліхондрит). Деформація вух спостерігається при рубцевому зморщуванні хрящів внаслідок перенесеного перихондриту, туберкульозу, а також при вродженій аномалії розвитку сполучної тканини (синдром Марфана) і хромосомних аномаліях (синдром Шерешевського-Тернера). Відхилення вуха вперед виникає при запаленні соскоподібного відростка (мастоїдіт) у хворих на гнійний отит і може супроводжуватись припухлістю та гіперемією шкіри. У хворих із запаленням білявушних слюнных залоз (паротит) спереду від вушної раковини з'являється одно- або двостороннє припухання.

Огляд зовнішніх слухових проходів дозволяє виявити зміни шкіри і наявність виділень. Серозні або гнійні виділення спостерігаються у хворих із запаленням середнього вуха (мезотимпаніт); кров'яністі виділення з вух, які з'явилися після травми, є проявом перелому основи черепа, або наслідком баротравми.

Пальпація

Білявушні слюнні залози в нормі не помітні, не пальпуються. У хворих із запальним ураженням білявушних залоз пальпується пухлиноподібна болюча припухлість, м'якотистовидної або щільноеластичної консистенції. Незначно болюча припухлість і болючість спереду від вуха виникають при артриті висковонижньощелепного суглоба.

Рот і порожнина рота

Огляд

Послідовно оглядаємо губи, зуби, ясна, язик, слизову оболонку щік, твердого і м'якого неба, передніх дуг мигдаликів і задньої стінки глотки.

У нормі губи мають правильну форму, помірну товщину, цілість червоної кайми не порушена, вона рожево-червоного кольору, чиста. Ротова щілина симетрична. Носогубні складки однаково виражені з обох боків. У деяких випадках рот буває відкритим або напіввідкритим при утрудненому носовому диханні, важкому стоматиті, важкій ядусі. Відкривання рота в нормі можливе на ширину 2-3 поперечно вставлених пальців.

Потовщення губ (макрохейлія) характерне для хворих на акромегалію і мікседему. Раптове виникнення потовщення губ викликане алергічним або ангіоневричним набряком. Блідість губ є проявом анемії, а синюшність – патологією дихання.

Стан внутрішньої поверхні губ визначають таким методом. Першим і другим пальцем обох рук захоплюють зовнішні частини нижньої губи і відвертають донизу, це можливо зробити за допомогою 2-х шпательів. При огляді необхідно звернути увагу на колір слизової оболонки, дефекти покриву (тріщини, виразки), площинні ущільнення. При виявленні ущільнення, підозрілого на рак губи, такий прийом дозволить визначити нижню межу пухлини. Атрофічні процеси на яснах супроводжуються оголенням зубних коренів і відкладанням на них каменю.

Виділення гнійного вмісту з-під вільного краю ясен свідчить про розвиток альвеолярної піореї.

Стан зубів оцінюють шляхом огляду за допомогою шпателя, послідовно відтягують щоки або губи назовні (рис.14).



Рис. 14. Огляд ротової порожнини.

Користуються зубною формулою:

87654321 12345678

87654321 12345678

Уражені зуби у формулі обводяться кружечком. Одночасно оглядається слизова щік. У хворих з тяжким сепсисом в післяопераційному періоді на слизовій оболонці рота можливо знайти появу грибка “молочниці” у вигляді великої кількості білого поверхнево розміщеного нальоту, що нагадує крупинки “згорнутого” молока.

Іноді визначається мала величина зубів (мікродентія), поперечна їх посмугованість, аномалія двох верхніх різців, по вільному краю яких утворюються півмісяцеві ямки, звужені у верхній частині і значно віддалені один від одного. Поєднання цих ознак з паренхіматозним кератитом і змінами середнього вуха (втрата слуху) – триада Гетчінсона – говорить про уроджений сифіліс.

Множинне і швидке руйнування зубів від карієсу виникає при цукровому діабеті.

У подальшому лікар пропонує хворому відкрити рот, максимально висунути язик, доторкнутися язиком правої і лівої щоки. Це дозволяє визначити можливість повного відкриття рота, положення і об’єм рухів язика, його розміри, форму, характер дорзальної поверхні і стан смакових сосочків. Хворий тримає язик біля піднебіння, а лікар за допомогою шпателя оглядає кути рота, передню і задню поверхні зубів, ясен, нижню поверхню язика, його вуздечку. Хворий опускає язик і лікар кладе шпатель на середню його частину, оглядає піднебіння, передні дужки мигдаликів і задню стінку глотки. Язик у своїх змінах і властивостях дає ряд цінних вказівок при багатьох захворюваннях. Характерне висування язика – повільне, з тремтінням при важких інфекціях, септичних станах. Дуже енергійне у неврастеніків, звиклих його розглядати. Висування язика з відхиленням на боки спостерігається при паралічах під’язикового нерва. Характерним вважається вигляд язика при деяких захворюваннях:

1. Чистий, вологий і червоний – при виразці шлунка.

2. Досить густо обкладений біля кореня і в центрі, але червоний по краях і на кінці – при черевному тифі.
3. Яскраво-червоний, оксамитовий – при скарлатині (малиновий язык). 4. Сухий із темно-коричневим нальотом, потрісканий, що важко рухається – при тяжких інфекціях та інтоксикаціях.
4. Блідий, гладкий, блискучий, ніби полірований з вузликами, виразками по краях – при злоякісному некрофіті (гунтерівський глосит).

Запах з рота (foetor ex ore):

1. Гнильний (смердючий), крім місцевих причин (каріозні зуби, альвеолярна піорея, гнійні пробки в мигдаликах) може викликати гангрена легень, дивертикул стравоходу.
2. Солодкуватий, який нагадує запах хлороформу, яблук або свіжоскошеного сіна, запах ацетону спостерігається головним чином при гіперглікемічній комі.
3. Сечовий (аміачний) – при азотемічній уремії.

Зміни голосу.

Втрата його (афонія) вказує на параліч голосових зв'язок внаслідок паралічу поворотного нерва гортані (здавлення його аневризмою, пухлиною). Ослаблення голосу часто є ознакою загальної слабості при тяжких септичних захворюваннях. Огрубіння голосу вказує на ураження гортані.

МЕТОДИКА ОБСТЕЖЕННЯ ШИЇ

Анатомо-топографічні дані

Шию ділять на передній (regio colli anterior) і задній (regio colli posterior) відділи, межою яких є лінія, що з'єднує соскоподібний відросток лопатки. Задній відділ – потилиця (cervix, або regio nuchae), розміщений між linea nuchae superior і горизонтальною лінією, яка проходить через остистий відросток VII шийного хребця. Передня поверхня шиї як справа так і зліва від середньої лінії за допомогою грудинно-ключично-соскового м'яза поділяється на два великих трикутники: внутрішній – з основою в ділянці нижньої щелепи і зовнішній – з основою в ділянці ключиці. У внутрішньому трикутнику виявляють підщелепну ділянку, обмежену краєм нижньої щелепи і двома ніжками двочеревцевого м'яза, і каротидний трикутник – між заднім черевцем двочеревцевого м'яза, грудинно-ключично-соскоподібним м'язом і проксимальною частиною лопатково-під'язикового м'яза. Середня поверхня шиї ділиться на наступні ділянки: reg.submentalis, hyoidea, laryngea, trachealis.

Огляд

Шию оглядають з усіх боків при прямому та боковому освітленні. Звертають увагу на її форму, контури, наявність змін на шкірі, набряку, потовщення вен, видиму пульсацію артерій, а також положення гортані та трахеї. При огляді передньої поверхні шиї грудинно-ключично-сосковий м'яз визначають у вигляді валика, який починається позаду нижньої щелепи і йде косо, медіально донизу і фіксується до ключиці й грудинно-ключичного з'єднання. Середина медіального краю грудинно-ключично-соскового м'яза є місцем знаходження пульсації сонної артерії. Різко видима пульсація сонних артерій ("танець їх") є характерною ознакою недостатності

аортальних клапанів.

Огляд дозволяє виявити різке рівномірне збільшення розмірів шиї при раптовому стисненні грудної клітки і підвищення внутрішньогрудного тиску (травматична асфіксія), при стисненні середостіння пухлинами з порушенням крово- і лімфообігу (хомутоподібна шия) – нерівномірне збільшення в підщелепній ділянці й бокових відділах шиї як результат патологічного процесу лімфатичних вузлів (туберкульозний лімфаденіт, лімфогрануломатоз, лейкемія, лімфосаркома). У ділянці передньої і бокової поверхні шиї при огляді можуть бути виявлені нориці різноманітного походження (рис. 15 а, б) внаслідок туберкульозного лімфаденіту, гнійного остеомієліту хребців, актиномікозу, чужорідних тіл та вроджені. Необхідно визначити характер грануляційної тканини навколо нориці (плоскі, гіпергрануляції, драглисті, бліді, кровоточиві, яскраво-червоні), також кількість і якість виділень. Густий сметаноподібний гній з неприємним запахом зустрічається при гнійній інфекції, рідкий водянистий без запаху з елементами казеозного розкладу – при туберкульозі, гній з наявністю жовтих або білувато-сірих зерен – при актиномікозі. Слизові виділення характерні для природжених нориць, що утворюються в результаті неправильного зворотнього розвитку ембріональних ходів шиї. Бокові нориці, розташовані біля переднього краю грудинно-ключично-соскового м'яза, продукують невелику кількість слизового секрету, при нагноєнні виділення набувають слизово-гнійного характеру. Навколо фістульного отвору розвивається гіперемія й набряк шкіри. Серединні фістули беруть початок із сліпого утвору кореня язика, зовнішній отвір нориці міститься трохи нижче під'язикової кістки, іноді попереду від неї.

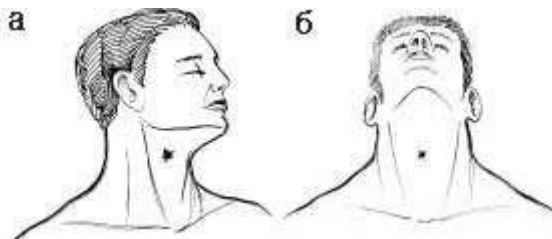


Рис. 15. Нориця шиї: а – бокова; б – серединна.

Збільшення передньої поверхні шиї нижче щитовидного хряща свідчить, як правило, про патологію щитовидної залози. Волю (зоб), пухлини, запальні процеси призводять до розширення її меж, перешийок може розповсюджуватись за грудину і доверху щитовидного хряща. При наявності пухлини на передній поверхні шиї відносно місця розташування щитовидної залози перевіряють симптом ковтка води. У момент ковтання хворим рідини пухлина, зв'язана із щитовидною залозою рухається разом із гортанню спочатку доверху, а потім донизу.

Пальпація

При пальпації слід визначити межі припухлості, консистенцію (м'яка, щільна, вузлувата), розташування трахеї стосовно середньої лінії, зміщення утвору в вертикальному і горизонтальному напрямках. Верхні полюси залози пальпуються добре, а нижні можуть заходити за грудину і їх треба пальпувати під час ковтання. Пальпацію щитовидної залози проводять наступним методом. Спочатку лікар стає перед хворим і лівою рукою фіксує шию, а долоню правої руки кладе повздовж, пальцями вверх, на передню частину шиї. Пальпує щитовидний хрящ, просить хворого незначно підняти голову догори. Після цього ковзає пальцями вниз по

поверхні щитовидного і далі по дужці перстневидного хрящів. Безпосередньо під ним знаходиться горизонтально розташований валик перешийка щитовидної залози. Пальпуючи перешийок, визначають його ширину, консистенцію, рухомість при ковтанні. Після цього між внутрішнім краєм кивального м'яза і трахеєю безпосередньо над верхнім краєм перешийка пальпують бокові частки (рис. 16).



Рис. 16. Пальпація щитовидної залози: а – перешийка; б – бокових долей.

Описаний метод пальпації щитовидної залози слід доповнити таким прийомом: хворий сидить на стільці, лікар стає позаду хворого і двома руками охоплює шию так, щоб великі пальці знаходились позаду, а інші лежали на передній поверхні. Після цього середніми пальцями обох рук знаходять щитовидний хрящ, перешийок щитовидної залози. Пальпують тканини, які знаходяться над трахеєю. Зміщують пальці по боках трахеї до внутрішніх країв кивальних м'язів. Пальпуючи таким методом, необхідно, щоб хворий незначно опустив голову для розслаблення кивального м'яза. Щоб визначити рухомість щитовидної залози просять хворого зробити ковток (рис. 17).



Рис. 17. Пальпація щитовидної залози. Визначення її рухомості.

У нормі частки щитовидної залози не пальпуються, а перешийок визначається у вигляді поперечно лежачого валика, гладкого, безболісного, однорідної консистенції.

Розміри щитовидної залози поділяються на V ступенів:

0 – щитовидна залоза не пальпується;

I – щитовидну залозу на око не видно, пальпується перешийок, іноді бокові частки;

II – залоза легко пальпується, але контури шиї зміщені незначно, залоза помітна на око при ковтанні;

III – збільшення щитовидної залози помітне не тільки при ковтанні, змінені також контури шиї;

IV – виражений зоб, різко змінена конфігурація шиї; V – зоб великих розмірів.

Збільшення щитовидної залози I-II ступенів слід вважати гіперплазією, III-IV-V ступені збільшення щитовидної залози є вираженим зобом. За характером збільшення щитовидної залози розрізняють:

- а) дифузну форму, при якій щитовидна залоза збільшена рівномірно;
- б) вузловий зоб, коли в тканині щитовидної залози промацується один або декілька вузлів;
- в) змішану форму, при якій пальпуються вузли і ділянки рівномірно збільшеної тканини щитовидної залози.

МЕТОДИКА ОБСТЕЖЕННЯ МОЛОЧНОЇ (ГРУДНОЇ) ЗАЛОЗИ

Анатомо-топографічні дані

Молочна залоза розташована між III та VII ребрами по довжині та передньою аксілярною і парастернальною лініями по ширині. Обмежена жировою тканиною, каркасом її є фіброзні перемички (куперові зв'язки). Задньою поверхнею молочна залоза лежить на фасції великого грудного м'яза. Вивідні протоки залози відкриваються на соску, який оточений пігментною зоною (ареола). Лімфовідток здійснюється переважно до аксілярних, підлопаткових, підключичних, надключичних та ретростернальних лімфовузлів.

Кровообіг відбувається в басейні внутрішньої артерії молочної залози (a.mammaria interna), перфоруючі вітки якої йдуть до залози через II-IV міжреберні проміжки.

Огляд

Умовно молочна залоза вертикальною та горизонтальною лініями, які йдуть через сосок, поділяється на чотири сектори (квадранти): верхньо-зовнішній, верхньо-внутрішній, нижньо-зовнішній, нижньо-внутрішній (рис. 18).

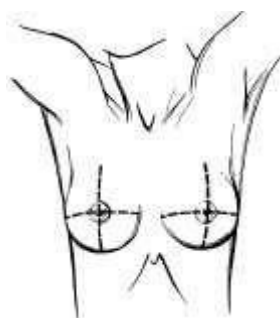


Рис. 18. Квадранти молочної залози.

Спочатку оглядають, порівнюючи обидві молочні залози, констатують їх форму, величину, симетричність, наявність деформацій, втягнення соска, зміни забарвлення шкіри, виникнення нориці.

Наявність гіперемії та припухлості свідчить про запальний процес у залозі (мастит). Типові втягнення у вигляді “лимонної шкірки” на шкірі, зменшення еластичності останньої притаманно злоякісним процесам.

Обов'язково слід попросити пацієнта підвести руку, при цьому більш рельєфно можуть контуруватись пухлини та пахвова ямка із збільшеними лімфовузлами (рис. 19). Не повинна пройти повз увагу лікаря форма соска та його контури. Втягнення

соска та деформація перiareолярної зони притаманні злоякісним новоутворам, навпаки – вип'ячування більш характерне для гнійнозапальних уражень молочної залози.



Рис. 19. Огляд пухлини та пахвової ділянки при піднесенні руки.

Пальпація

Виконують, як у вертикальному, так і у горизонтальному положенні хворої. Долонними поверхнями пальців тканина молочної залози притискається до грудної стінки (рис. 20 а), або пальпується між двома долонями (рис. 20 б). Таким чином краще вдається визначити наявність ущільнень та вузлів. Одночасно констатують шкірну температуру, еластичність, консистенцію та характер поверхні молочної залози. При наявності патологічних утворів визначаються їх розміри, рухомість зрощення з оточуючими тканинами, болючість. Округла форма, щільна консистенція, рухомість та безболючість притаманні фіброаденомам. Нерівна поверхня, щільно-еластична консистенція без чітких меж, рухомість, незначна болючість, відсутність зрощення із шкірою – для вузлової форми мастопатії молочної залози; горбиста поверхня, щільна консистенція, зрощення з оточуючими тканинами, втягнення соска або шкіри – для злоякісної пухлини.

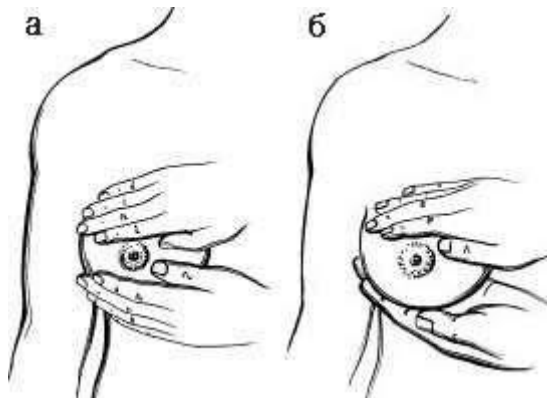


Рис. 20. Пальпація молочної залози: а – з компресією до грудної клітки; б – між двома долонями. Визначити проростання пухлини в підлеглі тканини можна, захопивши пухлину двома пальцями, зміщати її у вертикальному та горизонтальному напрямках при опущеній та при піднятій кінцівці (рис. 21).

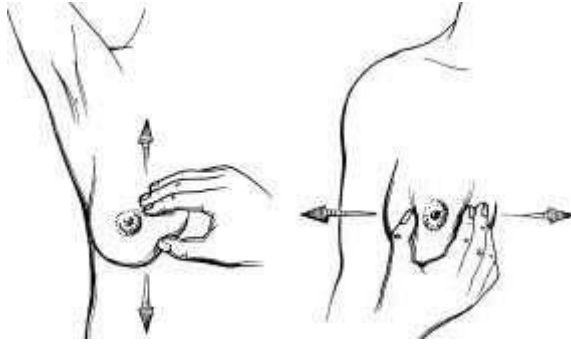


Рис. 21. Визначення проростання пухлини.

Велике значення має ретельне обстеження регіонарних лімфатичних вузлів із чіткою їх характеристикою. Вирішальним для діагнозу і відповідно для тактики лікування є морфологічна верифікація діагнозу. З цією метою перед початком лікування проводять пункційну біопсію для цитологічного дослідження, або секторальну резекцію молочної залози з терміновим гістологічним дослідженням видаленої пухлини в момент операції.

Комп'ютерна томографія, ультразвукографічне дослідження, мамографія дають можливість звести діагностичні помилки до мінімуму.

МЕТОДИКА ОБСТЕЖЕННЯ ГРУДНОЇ КЛІТКИ

Топографо-анатомічні дані

Грудна клітка утворена грудиною, грудним відділом хребта і 12-ма парами ребер та реберних хрящів, має два отвори – верхній та нижній.

Нижній отвір обмежений нижнім краєм XII грудного хребця, нижнім краєм XII ребра, кінцем XI ребра, реберною дугою і мечевидним відростком. По лопатковій лінії ребра утворюють реберні кути.

На грудній клітці виділяють такі ділянки, які мають характерні особливості будови:

1. Надпліччя – надключичні ямки, надлопаткові ділянки, край трапецієвидного м'яза.
2. Передня поверхня – грудина (правий та лівий край, рукоятка, яремна вирізка, кут Людовика, тіло, мечевидний відросток) ключиці, грудинноключичні з'єднання, підключичні ямки, молочні залози, соски, ребра, міжреберні проміжки, грудні м'язи.
3. Бокові поверхні – пахвові ямки, ребра, міжреберні проміжки.
4. Задня поверхня – лопатки (гребінь, нижній кут, медіальний і латеральний край), ребра, міжреберні проміжки, міжлопатковий простір, остисті відростки хребців.

На грудній клітці виділяють 10 топографічних ліній, які використовуються як орієнтири.

На передній поверхні:

1. Передня серединна (непарна) – проходить по середині грудини.
2. Грудинна (парна) – по правому і лівому краю грудини.
3. Білягрудинна (парна) – між грудиною і середньо-ключичною лініями (рис.

22).

4. Серединно-ключична (парна), у чоловіків – соскова, проходить через середину ключиці.

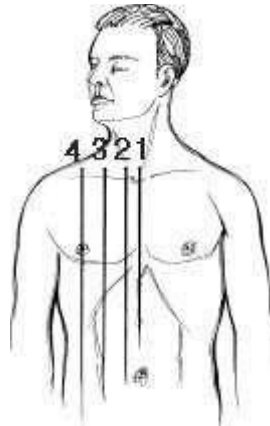


Рис. 22. Топографічні лінії на передній поверхні грудної клітки: 1 – передня серединна; 2 – грудинна; 3 – білягрудинна; 4 – середньо-ключична (соскова).

На бокових поверхнях:

5. Передня пахвова (парна) – по передньому краю пахової ямки.
6. Середня пахвова (парна) – через саму вищу точку пахової ямки.
7. Задня пахвова (парна) – по задньому краю пахової ямки (рис. 23)

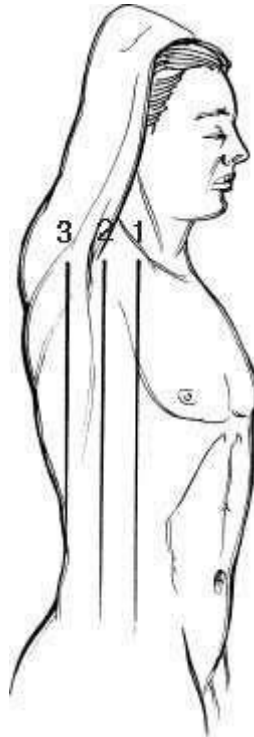


рис. 23. Топографічні лінії на боковій поверхні грудної клітки: 1 – передня пахвова; 2 – середня пахвова; 3 – задня пахвова. *На задній поверхні:*

8. Лопаткова (парна) – через нижній кут лопатки при опущених руках.
9. Задня серединна (непарна) – по остистих відростках хребців.
10. Біляхребтова (парна) – по середині між задньою серединною і лопатковою лініями (рис. 24).

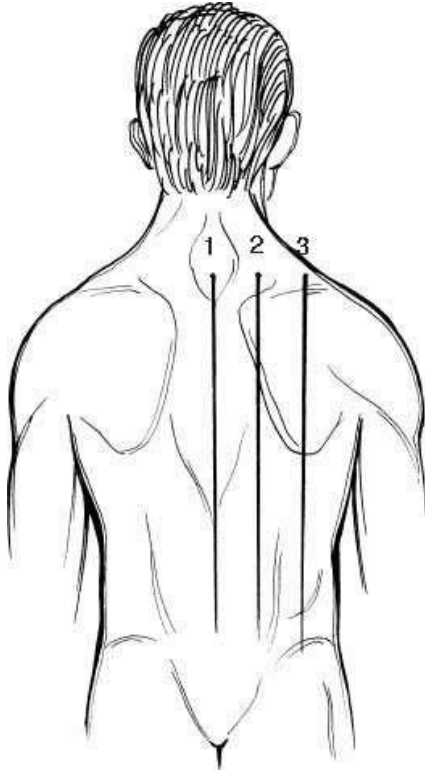


Рис. 24. Топографічні лінії на задній поверхні грудної клітки: 1 – задня серединна (хребетна) ; 2 – біляхребетна; 3 – лопаткова.

Загальне обстеження грудної клітки проводиться в певній послідовності.

Особливості скарг та анамнезу

До основних скарг, характерних для захворювань органів дихання, належать задишка, кашель, кровохаркання, біль у грудній клітці.

Задишка – характеризується порушенням частоти, ритму і глибини дихання, підсиленням роботи дихальних м'язів.

Задишка може бути суб'єктивною, при якій має місце відчуття утрудненого дихання без зміни його частоти, глибини; об'єктивною – зміна частоти, глибини і ритму дихання; змішаною – при наявності ознак суб'єктивної й об'єктивної задишки.

Розрізняють задишку фізіологічну – при фізичному навантаженні, збудженні і патологічну – при захворюваннях дихальної, серцево-судинної і кровотворної систем.

Кашель є захисною реакцією на накопичення в верхніх дихальних шляхах сторонніх тіл, слизу. Має свої особливості при різних захворюваннях. Потрібно з'ясувати характер, тривалість, час появи. Кашель буває сухий, вологий, постійний і періодичний, голосний “лаючий” і тихий, короткий або покашлювання.

Кровохаркання спостерігається при захворюваннях верхніх дихальних шляхів, легень, серцево-судинної системи. Під час кашлю виділяється кров із харкотинням. Кров при кровохарканні може бути незміненою і зміненою. *Біль* виникає внаслідок патологічного процесу в грудній клітці або в органах грудної порожнини, а також може іррадіювати з інших ділянок. Потрібно розрізняти біль за його походженням, локалізацією, характером, інтенсивністю, тривалістю, а також враховувати зв'язок із диханням, кашлем, рухами.

Огляд

При огляді візуально визначається форма і симетричність грудної клітки.

Звертають увагу на ізольовані чи розлиті вип'ячування або западання, частоту дихання, ритмічність, глибину і рівномірність участі обох половин грудної клітки.

Грудну клітку оглядають у прямому і боковому освітленні та в певній послідовності – ділянка ключиць, грудини, грудинно-ключичних з'єднань, надключична і підключична западини, моренгеймова ямка (між дельтоподібним і великим грудинним м'язами), порівнюють спереду і ззаду обидві половини грудної клітки, міжреберні проміжки (ширина, ступінь виповнення), форму епігастрального кута (гострий, тупий – у градусах) (рис. 25).



Рис. 25. Визначення епігастрального кута.

У чоловіків частіше, ніж у жінок зустрічається більш тупий епігастральний кут і більш плоский кут Людовіка. При вимірюванні навколишнього розміру грудної клітки доцільно порівнювати з обох сторін віддалі від середини грудини до остистих відростків.

У нормі грудна клітка правильної, симетричної форми. Зміни форми можуть бути зумовлені патологією органів грудної клітки або неправильним формуванням скелета в процесі розвитку.

Уроджені аномалії розвитку грудної клітки: у вигляді западання нижньої частини грудини в формі лійки (“груди шевця”) або “лійкоподібна” грудна клітка; може спостерігатись поздовжнє заглиблення грудини (“човноподібна грудна клітка”). При рахіті грудна клітка ніби стиснута з обох боків, грудина виступає вперед у вигляді “кіля” (“курячі груди”).

Частоту дихання визначають шляхом візуального спостереження за дихальними екскурсіями грудної клітки. Необхідно встановити, чи не відстає в акті дихання одна з її половин або якась ділянка.

Відставання грудної стінки в акті дихання, часто з вип'ячуванням міжреберних проміжків, як правило, має місце при ексудативному плевриті. Обмеження рухів половини грудної клітки в поєднанні із западанням міжреберних проміжків і опущенням плечового пояса, відставанням лопатки спостерігається при зменшенні об'єму плевральної порожнини після операції – пульмонектомії.

Грудна клітка відстає в диханні при переломах ребер, коли дихання буває поверхневим, переривчастим із-за підсилення болю при глибокому вдиху.

При порушенні прохідності верхніх дихальних шляхів (гортань, трахея, бронхи) в диханні беруть участь допоміжні м'язи. Дихання стає підсиленим, напруженим із свистячими шумами, вдих – подовженим.

Поява у чоловіків грудного типу дихання, характерного для жінок, може спричинятись гострою патологією органів черевної порожнини.

Пальпація

При пальпації визначають ребра, міжреберні проміжки, грудні м'язи, ступінь резистентності грудної клітки, феномен голосового тремтіння.

Хворого обстежують стоячи або сидячи. У нормі грудна клітка пружна, податлива, особливо в бокових відділах. Резистентність грудної клітки визначають за опором при її притисненні в різних напрямках (рис. 26 а, б).

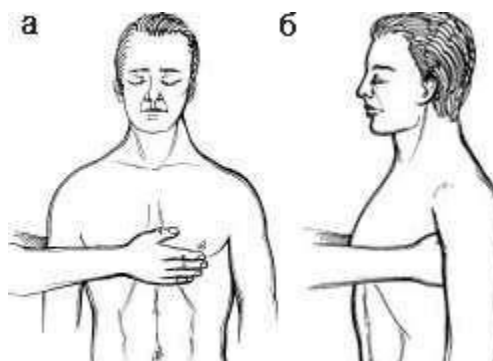


Рис. 26. Визначення резистентності грудної клітки: а – в передньо-задньому напрямку; б – в поперечному напрямку.

Підвищення ригідності грудної клітки спостерігають при плевральному випоті, великих пухлинах легень, емфіземі, окостенінні реберних хрящів у похилому віці.

Визначення загрудинної пульсації

При нахиленій голові хворого в яремну ямку прикладають палець. Може відчуватись пульсація аорти, що свідчить про її розширення.

Пальпація ключиць

Ключицю захоплюють великим і вказівним пальцями та пальпують по всій довжині. При підозрінні на перелом ключиці пальпацію проводять з великою обережністю із-за різкої болючості і можливості пошкодження підключичних судин кістковими уламками. Можна виявити типове зміщення внутрішнього уламка вгору і дозад, а зовнішнього – вниз і допереду.

Пальпація надключичної ямки

Проводять порівняльне визначення лімфатичних вузлів з обох боків. Це має значення при новоутворах молочної залози, легень.

Іноді можна виявити плоский кістковий утвір, що залежить від наявності додаткового шийного ребра. Болючість при тисненні на внутрішній відділ надключичної ямки (розміщення плечового сплетення) може свідчити про плексит.

Пальпація ребер і міжреберних проміжків

При пальпації грудна клітка не болюча, поверхня непошкоджених ребер гладка. Слід пам'ятати, що пальпувати потрібно кожне ребро від грудини до хребта. Звертають увагу й на місце з'єднання ребер і хрящів (рахітичні виступи), кісткові потовщення, локалізовану болючість. Ніжну крепітацію визначають, як наслідок підшкірної емфіземи при переломі ребра з пошкодженням плеври і легені. Більш груба крепітація при дихальних рухах свідчить про перелом ребер (кісткова крепітація). Визначення кісткової крепітації краще проводити після новокаїнової блокади місця перелому. Щоб встановити яке ребро пошкоджене, підрахунок проводять зверху, спереду, починаючи з ключиці. Підрахунок можна проводити і ззаду, знизу, починаючи з XII ребра. Ізольована припухлість і болючість міжреберних проміжків може свідчити про наявність запального процесу (гнійного вогнища) в плевральній порожнині.

Визначення голосового тремтіння

Голосове тремтіння виникає при розмові і пальпаторно відчуються коливання грудної клітки, які передається з вібруючих голосових зв'язок. Хворий низьким

голосом повторює слова, які містять букву “Р”, наприклад “тридцять три”. Визначення проводять за допомогою щільно прикладених долонь симетрично до обох боків грудної клітки (рис. 27 а, б), (28 а, б, в). Підсилення голосового тремтіння має місце при інфільтративних процесах легеневої тканини (пневмонія, над кавернами і бронхоектазами). Послаблення голосового тремтіння, або його відсутність спостерігають при наявності рідини в порожнині плеври, пухлин плеври, обтурації просвіту бронха.

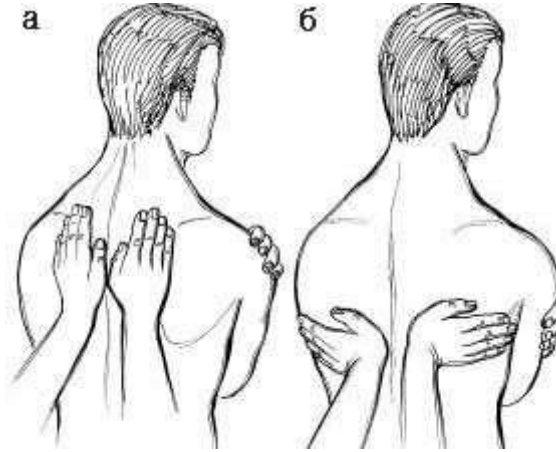


Рис. 27. Визначення голосового тремтіння: а – в міжлопатковому проміжку; б – в підлопаткових ділянках.

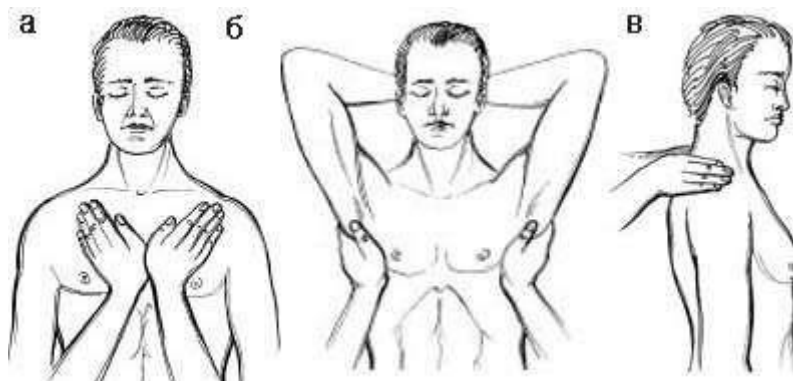


Рис. 28. Визначення голосового тремтіння: а – на передній поверхні грудної клітки; б – на бокових поверхнях грудної клітки; в – над верхівками легень.

Перкусія

Перкусія грудної клітки дає можливість визначити межі легень і серця. Порівняльну перкусію проводять послідовно на передній, бокових і задній поверхнях грудної клітки симетрично з обох сторін по топографічних лініях, а також топографічну – послідовне визначення меж, рухомості нижніх країв, висоти стояння верхівок легень.

Перкусією грудної клітки, перш за все, визначають межі легень і серця. Для визначення меж абсолютної тупості серця наносять слабкі удари, для виявлення відносної тупості – більш сильні удари.

Перкусією нижніх відділів грудної клітки при вдиху і видиху визначають рухомість легневих країв. Розрізняють ясний легневий звук при нормальній легневій тканині; коробковий – при емфіземі; високий тимпаніт – при пневмотораксі; притуплений або тупий звук – при ущільненні легеневої тканини, наявності рідини в плевральних порожнинах, при пухлинах. Наявність рідини і повітря в плевральній порожнині дає межу притуплення у вигляді горизонтального

рівня. При наявності тільки рідини без повітря межа притуплення буде по лінії Дамуазо, коса лінія з найвищою точкою – по задній пахвовій лінії. **Аускультация**

Прослуховуванням серця визначають серцеві тони, які бувають підсилені або ослаблені. І та II тони прослуховуються на верхівці серця, аорті, легеневій артерії. Можуть прослуховуватись внутрішньосерцеві шуми (систолічний, діастолічний) і шум тертя перикарда.

Аускультацию легень проводять у симетричних точках спереду і ззаду, зверху донизу. В нормі вислуховують основні дихальні шуми (везикулярне дихання). При патологічних процесах – додаткові, або побічні дихальні шуми. Везикулярне дихання виникає внаслідок коливання стінок альвеол. Може змінюватись в бік посилення або послаблення. Ці зміни бувають фізіологічними і патологічними.

Фізіологічне посилення везикулярного дихання спостерігають у дітей, а послаблення – при потовщенні грудної стінки.

Патологічне послаблення везикулярного дихання буває при запаленнях, а патологічне підсилення везикулярного дихання обумовлене змінами фаз дихального шуму при видиху і вдиху.

Бронхіальне дихання – це дихальні шуми, що виникають у гортані і трахеї. Нормальне бронхіальне дихання добре прослуховують над гортанню, трахеєю, біфуркацією трахеї.

Патологічне бронхіальне дихання прослуховується при ущільненні легеневої тканини і заповненні альвеол запальним ексудатом.

Побічні дихальні шуми – хрипи, виникають при розвитку патологічного процесу в трахеї, бронхах, у паренхімі легені.

Сухі хрипи – основною умовою їх виникнення є тотальне або вогнищеве звуження просвіту бронхів.

Вологі хрипи виникають у результаті скупчення в просвіті бронхів рідкого секрету.

Крепітація – тріск, який на відміну від хрипів, виникає в альвеолах.

Шум тертя плеври – прослуховують при патологічних станах, які призводять до змін властивостей листків плеври, внаслідок чого при їх рухах виникає додатковий шум – “шум тертя плеври”.

Спеціальні прийоми та методи обстеження

Тиснення по всій довжині ребра

Другим, третім і четвертим пальцями лікар натискає на протязі ребра на деякій віддалі від місця травми або від припухлості (остеомієліт). При наявності перелому ребра чи запальних змін відзначається болючість.

Стиснення грудної клітки

У передньо-задньому напрямку між грудиною і хребтом стискають грудну клітку долонями до появи больових відчуттів (рис. 29).



Рис. 29. Стиснення грудної клітки в передньо-задньому напрямку.

Цей прийом використовують при підозрі на перелом ребер. При стисненні

змінюється кривизна I-VIII ребер,
перелому.

підсилюється болючість у місці

Вимірювання кругового розміру грудної клітки

У чоловіків проводиться на рівні IV реберного хряща, у жінок – по нижній складці молочної залози.

При наявності трахеобронхіальних нориць застосовують такі проби і обстеження:

1. При натуті із закритим ротом з нориці виходить повітря.
2. При курінні із нориці виходить дим.
3. При піднесенні до нориці запаленого сірника спостерігають відхилення полум'я.
4. Чітку картину при бронхіальних норицях дає фістулографія.

Проби на визначення інфікування плевральної рідини Поряд із клінічними даними мають значення *проби Петрова і Єффендієва*. *Проба Петрова*. В пробірку набирають 3-4 мл пунктату і розводять його в 5 разів дистильованою водою. Суміш збовтують і вичікують 2-3 хв. Неінфікована рідина буде прозоро-розовою, інфікована – мутно-розовою.

Проба Єффендієва. В пробірку набирають 5-10 мл кров'янистого пунктату і ставлять на 2-3 години. Можна провести центрифугування для прискорення процесу осідання. З'ясовують співвідношення осаду і рідкої частини крові, наявність і ступінь гемолізу, розміри шару лейкоцитів. Якщо співвідношення шарів 1:1, відсутній гемоліз і не виявляють шар лейкоцитів, можна рахувати, що гемоторакс асептичний.

При наростанні шару рідини (1:6-1:10), вираженому гемолізі і лейкоцитарному шарі – гемоторакс інфікований.

Функціональні проби на визначення функціональної здатності серця

Проба Штанге. Після глибокого вдиху хворий затримує дихання. Функція серця вважається доброю, якщо дихання затримано на 40 с і більше.

Задовільною – на 30 с.

Незадовільною – на 20 с і менше.

Проба Соабразе. Після глибокого видиху, якщо хворий може затримати дихання на 30 с – функція серця вважається доброю, на 20 – задовільною, на 10 і менше – незадовільною.

Проба Канцентиштейна. У лежачому положенні хворого визначають частоту і якість пульсу, після чого обидві ноги, випрямлені в колінних суглобах, хворий тримає 1 хв під прямим кутом і знову визначають частоту і якість пульсу. Робота серця задовільна, якщо пульс став повнішим і рідшим. ***Інструментальні, лабораторні та апаратні методи обстеження***

Пункція плевральної порожнини

Виконують після попередньої рентгеноскопії або рентгенографії. Прокол роблять дещо нижче верхнього рівня абсолютної тупості. Найкраще місце пункції – по задній пахвовій або лопатковій лінії між VIII і IX ребрами чи по середній пахвовій лінії між VII і VIII ребрами.

Пункцію слід проводити під місцевим знеболюванням. Прокол виконують по

верхньому краю ребра, щоб не пошкодити міжреберного судинно-нервового пучка. При проходженні голки постійно відтягують поршень шприца на себе. Отримавши рідину, потрібно уважно вивчити її колір, характер, запах, наявність згустків. Пунктат досліджують цитологічно і бактеріологічно.

Важливо вирішити питання про приєднання інфекції.

Рентгенологічне обстеження

Для уточнення діагнозу застосовується рентгеноскопія, рентгенографія в різних проекціях з отриманням прицільних знімків, томографія, комп'ютерна томографія, бронхографія.

Бронхографія

Це контрастне дослідження, яке є необхідним при захворюваннях бронхіального дерева, а саме: бронхоектазіях, пухлинах, нагнійних захворюваннях легень.

Ультразвукове дослідження (УЗД)

Дає можливість визначити наявність рідини в плевральних порожнинах, ущільнення і порожнини в легеневій тканині, функціонально-морфологічні зміни серця і великих судин середостіння.

У теперішній час широко застосовують ендоскопічні методи, такі, як торакоскопія та бронхоскопія.

Топографо-анатомічні дані

Межі живота

Зовнішньою верхньою межею живота є: спереду – мечоподібний відросток грудини, край реберних дуг; ззаду – край XII ребер, XII грудний хребець. Зовнішня нижня межа живота утворена лінією, що проведена від симфізу лобикових кісток до лобикових пагорбків, далі до передніх верхніх остяків здухвинних кісток, по їх гребенях та основі крижової кістки.

Черевна порожнина обмежена: спереду, з боків та ззаду черевними стінками; зверху діафрагмою; знизу переходить у порожнину малого таза.

Черевна порожнина має два підрозділи: черевинна порожнина (обмежена очеревиною) та заочеревинний простір.

Черевинна порожнина має два поверхи: верхній та нижній (межею між ними є брижа попереково-ободової кишки).

Стінки живота ділять на два відділи: передньобоківий та задній (поперекові ділянки). Межею між ними є права та ліва задні пахові лінії. Для діагностики захворювань органів черевної порожнини доцільно мати уяву про просторові взаємовідносини органів та їх проекцію на черевну стінку, використовуємо поділ передньобоківий стінки живота на ділянки, утворені пересіченням ліній:

а) нижньої реберної (*l.costalis interior seu bicostalis*) – з'єднує найбільш низькі точки реберних дуг;

б) гребінцевої (*l.biiliaca seu cristarum*) – проведена через найвищі точки гребенів здухвинних кісток.

Таким чином, виділяють три ділянки: верхню – надчеревну (*regio epigastricum*), середню – черевну (*regio mesogastricum*) та нижню – підчеревну (*regio hypogastricum*).

Двома вертикальними лініями, вздовж зовнішніх країв прямих м'язів живота, ділять наведені вище ділянки ще на три, кожна:

– надчеревну на: власне надчеревну та праве й ліве підребер'я;

– черевну на: пупову та праву і ліву бокові ділянки;

– підчеревну на: надлобкову та праву і ліву здухвинно-пахові ділянки. Розглянемо проекції органів черевної порожнини на передньо-бокову стінку живота (рис. 30) в кожній із виділених вище шести ділянках:

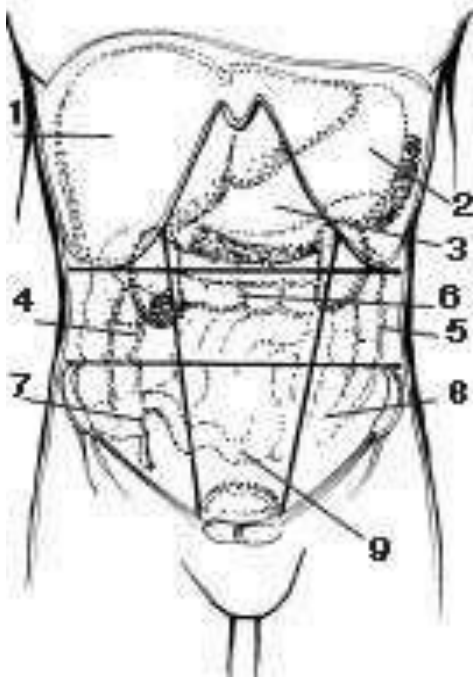


Рис. 30. Ділянки передньо-бокової стінки живота та проекції на них деяких органів черевної порожнини: 1 – праве підребер'я; 2 – ліве підребер'я; 3 – надчеревна ділянка; 4 – права бокова ділянка; 5 – ліва бокова ділянка; 6 – пупова ділянка; 7 – права здухвинна пахова ділянка; 8 – ліва здухвинна пахова ділянка; 9 – надлонна ділянка.

- власне черевна ділянка (reg. epigastrica) (шлунок, верхня горизонтальна і нисхідна частини дванадцятипалої кишки, верхні частини головки і тіла підшлункової залози, частина правої та ліва частка печінки, аорта, черевна артерія з її гілками, ворітна вена, нижня порожниста вена);
- праве підребер'я (reg. hypochondriaca dextra) (частина правої частки печінки, жовчний міхур, печінковий згин ободової кишки, верхній відділ правої нирки);
- ліве підребер'я (reg. hypochondriaca sinistra) (частина тіла та дно шлунка, селезінка, хвіст підшлункової залози, селезінковий згин ободової кишки, верхній відділ лівої нирки);
- пупова ділянка (reg. umbilicalis) (нижня частина головки та тіла підшлункової залози, велика кривина шлунка при його наповненні, поперековоободова кишка, петлі тонкої кишки, великий чепець, аорта, верхня брижова артерія та її гілки, нижня порожниста вена);
- права бокова ділянка (reg. lateralis dextra) (висхідна ободова кишка, частина петель тонкої кишки, права нирка із сечоводом);
- ліва бокова ділянка (reg. lateralis sinistra) (нисхідна ободова кишка, частина петель тонкої кишки, ліва нирка із сечоводом);
- надлобкова ділянка (reg. pubica) (петлі тонкої кишки, сечовий міхур, матка);
- права здухвинно-пахова ділянка (reg. inguinalis dextra) (сліпа кишка з червоподібним відростком, кінцевий відділ здухвинної кишки, правий сечовід, праві додатки матки, праві здухвинні судини);
- ліва здухвинно-пахова ділянка (reg. inguinalis sinistra) (сигмо-подібна кишка, лівий сечовід, ліві додатки матки, ліві здухвинні судини).

Виділені проекції залежать від тілобудови та віку обстежуваного.

Для більш точного визначення локалізації у наведених ділянках використовують продовження вертикальних пізнавальних ліній передньої та бокової поверхонь грудної клітки: передньо-серединної (біла лінія живота); грудинної, білягрудинної, середньо-ключичної; передньої, середньої та задньої пахових аксілярних. Перетин передньої серединної та пупової (горизонтальної) ліній поділяє пупову ділянку на 4 квадрати: праві (верхній і нижній) та ліві (верхній і нижній).

Дослідження черевної порожнини

Огляд

Живіт оглядають у вертикальному та горизонтальному положенні при прямому та боковому освітленні. Усі частини тіла хворого повинні бути доступними огляду. Найчастіше використовують положення хворого “лежачи на спині”, нижні кінцівки напівзігнуті і трохи розведені, руки – вздовж тулуба. Лікар сидить справа (зліва) від обстежуваного (правша, лівша), живіт якого оголений, включаючи пахові ділянки та верхню третину стегон. При необхідності використовують поліпозиційний огляд хворого в положеннях: “на боці”, “на животі”, “стоячи” тощо. Звертають увагу на форму, розміри живота, симетричність його ділянок, наявність рубців, вип’ячувань, видимої перистальтики, поширення підшкірної венозної сітки.

Рівномірне збільшення живота може бути при: ожирінні, метеоризмі, наявності вільної рідини (асцит), пізній вагітності. Асиметрія живота за рахунок вибухання передньої черевної стінки в певній ділянці є ознакою збільшення органу чи його кісти, або пухлини черевної порожнини.

Локальні вип’ячування передньої черевної стінки частіше зустрічаються при килах у типових ділянках, в (біля) післяопераційних рубцях або свідчать про наявність доброякісних пухлин (фібром, ліпом) чи віддалених метастазів злоякісних пухлин органів черевної порожнини (шлунка).

Рівномірне западання передньої черевної стінки характерне при різкому виснаженні та зневодненні організму, а спастичні скорочення її м’язів може бути ознаками правця, менінгіту, свинцевої коліки. Різде втягнення пупка нерідко викликається метастазом у нього злоякісної пухлини.

Бокове освітлення в положенні “лежачи” дозволяє виявити перистальтичні хвилі, що свідчать про перешкоду для просування харчових мас по шлунковокишковому тракту (при стенозі вихідника).

Підшкірна венозна сітка в нормі не помітна, а її поява свідчить про портальну гіпертензію через цироз печінки, тромбоз або стиснення ззовні ворітної вени, а також тромбоз печінкових вен, що впадають у нижню порожнисту вену (хвороба Бадда-Кіарі).

Поширення вен передньої черевної стінки вище пупка – свідчення анастомозування з верхньою порожнистою веною, а нижче пупка – характерне для колатералей із системою нижньої порожнистої вени. Застій у ворітній вені іноді призводить до появи звивистих вен, які радіарно поширюються від пупка, через відновлення прохідності облітерованої в нормі пупкової вени. Такий малюнок отримав назву “caput medusae”.

Наявність на шкірі живота післяопераційних рубців, їх локалізація, форма дають уяву про характер перенесеного оперативного втручання, ймовірних його ускладнень, таких, як злукова хвороба очеревини.

Виявлення в певних ділянках черевної стінки гіперпигментації через використання

грілки (в результаті відкладення гемосидерину з гемолізованих еритроцитів) є свідченням наявності у хворого тривалого болювого синдрому. Оглядаючи передню черевну стінку, необхідно зазначити її участь у дихальних рухах. Звичайно у чоловіків тип дихання – черевний, а у жінок – грудний або змішаний. При явищах подразнення очеревини черевна стінка не бере участь у дихальних рухах.

Р е с п і р а т о р н е (активне) зміщення пухлин.

При наявності у ділянці передньої черевної стінки пухлини зверніть увагу, чи зміщується вона при диханні. Не зміщуються пухлини, які не мають злук із передньою черевною стінкою (шлунок, кишечник), з іншого боку, пухлини печінки, жовчного міхура, селезінки при диханні зміщуються.

Для визначення діастазу прямих м'язів живота треба запропонувати хворому, лежачи на спині, трохи підняти тулуб, при цьому виникає килеподібне випинання в місці дефекту по середній лінії. **Пальпація**

Поверхнева пальпація живота

Пальпаторне дослідження живота починають із поверхневої (орієнтовної) пальпації, якою визначають тонус м'язів передньої черевної стінки, ступінь їх опору дослідженню, болючі ділянки, наявність діастазу прямих м'язів та стан пупкового кільця.

Обстеження проводять у такому положенні хворого, як “лежачи на спині”, руки простягнуті вздовж тулуба, ноги випрямлені, злегка зігнуті в кульшових та колінних суглобах (для зменшення натягу передньої черевної стінки). Лікар (правша) сідає правим боком біля ліжка хворого на стілець, сидіння якого розміщує на рівні таза хворого і на висоті ліжка.

Особливе значення для проведення поверхневої пальпації має стан рук лікаря: кисті повинні бути обов'язково теплими, а нігті коротко обрізані.

Бажано поверхневу пальпацію проводити натще, після випорожнення кишечника. Перед початком пальпації для зменшення напруженості черевного пресу треба на короткий термін покласти одну (дві) долоні на черевну стінку хворого, щоб він звик до руки лікаря. Під час цього одночасно перевіряють вміння хворого дихати з участю діафрагми: на вдиху долоня лікаря, що лежить на животі, повинна підніматися, на видохи – опускатися. Зверніть увагу на рівномірність рухів різних ділянок живота при диханні.

Поверхневу пальпацію проводять правою рукою або одночасно обома руками на симетричних ділянках черевної стінки: долоню із замкнутими та випрямленими пальцями кладемо на досліджувану ділянку, кисть при цьому повина бути м'якою, гнучкою, м'язи її розслаблені; плавно, не проникаючи глибоко в черевну порожнину, роблять обережні ковзні та погладжуючі рухи пальцями разом зі шкірою черевної порожнини по м'язах, трохи натискуючи на них і обмацуючи м'якушем кінцевих фаланг. У пальпації бере участь тільки долоня. Переміщуючи її з одного відділу живота на інший, поступово досліджують усю передню черевну стінку. Проводячи поверхневу пальпацію, потрібно дивитися не на живіт, а на обличчя хворого, щоб вчасно побачити його реакцію на появу болю у відповідь на пальпацію.

Послідовно пальпують спочатку парні ділянки живота – здухвинно-пахові, бокові, підреберні, а потім непарні – епігастральну, пупову, надлобкову. Болючі ділянки досліджують в останню чергу. Звертають увагу на: а) тонус м'язів черевного преса;

б) наявність болючості; в) ступінь м'язового опору.

Передня черевна стінка при поверхневій пальпації в нормі м'яка, піддатлива, неболюча, черевний прес добре розвинутий. При наявності болючості визначаємо: а) її поширеність; б) супутню реакцію м'язів передньої черевної стінки на поверхневу пальпацію. З метою виявлення локальної болючості можна використати тест легкої перкусії (ділянок черевної стінки) зігнутим II (III) пальцем (проба – симптом Менделя).

Після цього рекомендують хворому “припідняти голову, вдихнути і напружитися”. Водночас ставлять кінчики зімкнутих та трохи зігнутих пальців правої руки вздовж передньої серединної лінії передньої черевної стінки, пальпуючи білу лінію живота від мечоподібного відростка до лобка. У нормі напружені валики прямих м'язів черевної стінки та пупкове кільце не пропускають кінці пальців.

З метою виявлень гризових вип'ячувань проводять поверхневу пальпацію білої лінії живота, пупкового кільця, пахових ділянок. Обстеження бажано проводити у вертикальному положенні хворого з напруженою передньою черевною стінкою.

Якщо в певному відділі живота є болючість при поверхневій пальпації та у відповідь на неї безпосередньо під час обмацування в певній ділянці з'являється помірний перехідний місцевий опір м'язів, то це є локальна резистентність на поверхневу пальпацію. Ця реакція зникає або зменшується при відволіканні уваги хворого тривалим поглажуванням черевної стінки і вона пов'язана з патологією внутрішніх органів, що розміщені в проекції болючої ділянки, рідше – патологією самої передньої черевної стінки. Біль при локальній резистентності тупий, якого хворий може довго терпіти, характеризуючи його іноді як “підвищену чутливість” або “дискомфорт”. Поверхнева пальпація передньої черевної стінки часто дозволяє визначити причину асиметрії чи обмеженого вип'ячування (при значному збільшенні печінки, селезінки поверхнева пальпація дозволяє їх намацати вже на цьому етапі дослідження). При канцероматозі іноді очеревина настільки ущільнюється та потовщується, що поверхнева пальпація дозволяє промацати її у вигляді панцира під витонченими в'ялими м'язами черевної стінки.

Глибока пальпація та інші допоміжні методи дослідження органів черевної порожнини

Глибокою пальпацією досліджуємо органи черевної порожнини, визначаючи їх положення, розміри, форму, консистенцію, стан поверхні, наявність болючості. Крім цього, можемо знайти додаткові патологічні утвори (кісти, пухлини). Умови проведення глибокої пальпації аналогічні для поверхневої пальпації. У деяких випадках глибоку пальпацію проводять у положенні хворого “стоячи”.

Для уточнення меж органів поряд із глибокою пальпацією доцільно використати перкусію та аускультацию. У хворих з асцитом доцільно використати метод балотуючої пальпації (див. далі).

Перед початком глибокої пальпації нагадайте проекції органів черевної порожнини на передній черевній стінці (рис. 30).

Доцільно дотримуватись наступної послідовності глибокої пальпації органів черевної порожнини: товста кишка, шлунок, підшлункова залоза, печінка, жовчний міхур, селезінка. Орган, в проекції якого поверхнева пальпація дає болючість, досліджують в останню чергу через можливість виникнення дифузного захисту м'язів передньої черевної стінки.

Глибоку пальпацію товстої кишки, шлунка та підшлункової залози проводять за

В.П.Образцовим (глибока, ковзна, методична, топографічна пальпація). Суть методики: на вдиху проникнути кистю в глиб черевної порожнини та, ковзаючи по задній стінці живота, намацати досліджуваний орган і, перекачуючись через нього пальцями, визначити його властивості.

Праву долоню кладуть на передню черевну стінку (ПЧС) в ділянці досліджуваного органа так, щоби кінчики зімкнутих та трохи зігнутих пальців були на одній лінії і паралельно поздовжній осі досліджуваної кишки чи краю органа (великий палець участі в глибокій пальпації не бере). Хворий водночас дихає вільно, глибоко, через рот, використовуючи діафрагмальний тип дихання. Просять хворого зробити вдих. У цей момент кінчиками пальців зсувають шкіру живота вперед (шкірна складка перед пальцями). Це – запас шкіри, що полегшить подальше просування руки. Потім, на видиху, під час опускання та послаблення ПЧС пальці плавно занурюють вглиб живота через опір м'язів, намагаючись досягнути задньої стінки черевної порожнини. (Увага! у деяких хворих це вдається досягнути не одразу, а протягом кількох дихальних рухів. Тому, в таких випадках під час вдиху кисть затримуйте в животі на глибині, яку досягнули попередньо. З кожним наступним вдихом намагайтесь проникнути ще глибше).

У кінці кожного видиху кінчиками пальців ковзають у напрямі, перпендикулярному довжині кишки (краю органа) до дотику з утвором, який пальпуєте. (Увага! Пальці при цьому повинні рухатись разом із шкірою під ними, а не ковзати по ній).

Виявлений орган притискають до задньої стінки живота та, перекачуючись поперек нього, обмацують його кінчиками пальців.

Для більш повної уяви про властивості органа повторюють наведене вище протягом 3-5 дихальних циклів.

Товсту кишку досліджують у наступній послідовності: сигмоподібна, сліпа, висхідна, нисхідна та попереково-ободова. У нормі вдається промацати сигмоподібну, сліпу, попереково-ободову кишки, а інші відділи – незавжди. Пальпуючи відділи товстої кишки визначають: її діаметр, щільність, характер поверхні, рухомість, наявність перистальтики, вурчання, плескіту, болючості. *Сигмоподібна кишка* розміщена в лівій здухвинній ділянці, йде косо і майже перпендикулярно пересікає пупковоосну лінію на межі зовнішньої і середньої її третини.

У нормі сигмоподібна кишка пальпується по довжині 15 см у вигляді гладкого, помірно щільного тяжа діаметром 1,5 -2 см. Вона не болюча, не вурчить, перистальтує мляво та зрідка, зміщується легко в межах до 5 см. При подовженні брижі чи самої кишки (доліхосигма) вона може пальпуватись значно медіальніше, ніж зазвичай.

Сліпа кишка знаходиться в правій здухвинній ділянці, має також косий хід, перетинаючи під прямим кутом праву пупково-осну лінію на межі зовнішньої і серединної її третини.

У нормі сліпа кишка має форму гладкого, м'якоеластичного валика (циліндра) діаметром 3- 5 см. Вона дещо розширена донизу, де навсіп закінчується закругленим дном, не болюча, помірно рухома, вурчить при натисканні. Інколи в правій здухвинній ділянці можливо пропальпувати також термінальний відділ здухвинної кишки, що впадає з внутрішньої сторони в сліпу кишку в напрямі знизу навскіс. Якщо цей відділ кишки в скороченому стані та доступний для пальпації, то

він визначається у вигляді гладкого, щільного, рухомого, неболючого тяжа довжиною 10-15 см та діаметром не більше ніж мізинець. Цей відділ кишки періодично розслаблюється, видаючи голосне вурчання, при якому немов би зникає під рукою.

Висхідний та нисхідний відділи товстої кишки розміщені поздовжньо, відповідно у правій та лівій бокових ділянках (фланках) живота. У черевній порожнині вони розміщені на м'якій основі, що заважає їх пальпації. Тому необхідно попередньо зробити щільну основу, до якої можна притиснути кишку при її обмацуванні (бімануальна пальпація). Для цієї мети використовують підкладання під поперекові ділянки долоні лівої руки. Нисхідний та висхідний відділи товстої кишки, якщо їх вдається визначити, являють собою рухомі, трохи щільні, неболючі циліндри діаметром близько 2 см.

Попереково-ободову кишку пальпують в пупковій ділянці одночасно обома руками (білатеральна пальпація).

У нормі попереково-ободова кишка має форму циліндра, що лежить поперечно, дугоподібно зігнутий, помірно щільний діаметром близько 2,5 см. Вона неболюча, легко зміщується доверху і донизу. У випадку, коли попереково-ободову кишку знайти не вдалося, то треба повторити пальпацію після знаходження великої кривини шлунка, яка розміщена на 2-3 см вище кишки.

Треба мати на увазі, що при вісцероптозі попереково-ободова кишка може досягати рівня таза.

Виявлення певних патологічних змін товстої кишки характерне для деяких захворювань. Наприклад, локальне розширення, ущільнення та горбистість поверхні обмеженої ділянки товстої кишки частіше всього свідчить про пухлинне її ураження.

У хворих на асцит наявність навіть невеликої кількості вільної рідини в черевній порожнині суттєво заважає пальпації товстої кишки.

Тонка кишка зазвичай не доступна для пальпації, тому що лежить глибоко в черевній порожнині та вкрай рухома, що не дозволяє притиснути її до задньої черевної стінки. Але при запальному її ураженні (ентериті) іноді можливо знайти роздуті газом (тонкокишкові петлі) та визначити шум плескоту. Окрім цього, у хворих з тонкою черевною стінкою глибока пальпація в пупковій ділянці дає можливість знайти збільшені мезентеріальні (брижові) лімфатичні вузли при їх запаленні (мезаденіт) чи ураженні метастазами раку. *Шлунок* пальпують за В.П.Образцовим. Послідовно обмацують велику кривизну та пілоричний відділ шлунка. Інші відділи його в нормі не доступні пальпації.

Велика кривизна шлунка розміщена у верхній частині пупкової ділянки і обернена опуклістю донизу. Пальпації доступна тільки та ділянка великої кривизни, що лежить на хребті. Методика пальпації: праву долоню кладуть повздовж живота по передній серединній лінії так, щоб кінчики пальців були спрямовані в бік мечоподібного відростка і розміщувались на 2-4 см вище пупка. Шкірну складку зсувають перед пальцями. На видиху занурюють кисть вглиб живота, досягають хребта і ковзають по ньому кінчиками пальців у напрямі зверху вниз (рис. 31). Промацати велику кривизну шлунка при цьому можливо в 50 % випадків.

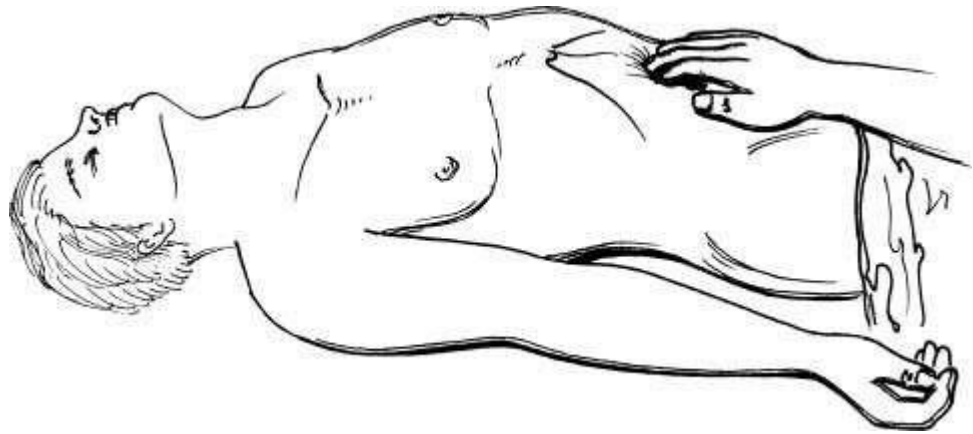


Рис. 31. Пальпація великої кривизни шлунка.

У нормі при пальпації складається враження скочування з м'якого, гладкого валика, що йде поперечно до хребта по обидва боки від нього. Рухомість великої кривизни обмежена, пальпація неболюча, можливе вурчання. Пілоричний відділ шлунка пальпувати вдається значно рідше. Він розміщений дещо нижче мечоподібного відростка, правіше серединної лінії, має косий напрям: зліва та знизу – направо та догори. Методика пальпації: пальпуючу долоню кладуть на правий прямий м'яз живота вздовж правої реберної дуги так, щоб кінчики пальців розміщувалися на 3-4 см вище пупка, були спрямовані вбік лівої реберної дуги та лежали в проекції пілоричного відділу шлунка. Зсуваючи перед пальцями шкірну складку, проводять обмацування в напрямі зліва та зверху – направо і донизу (рис. 32).

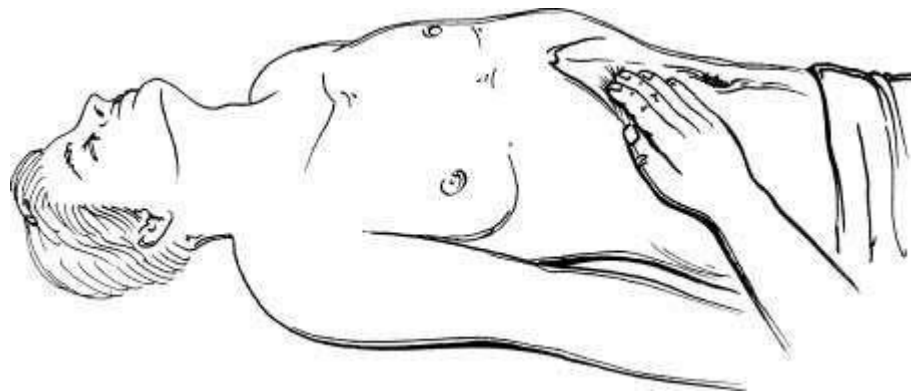


Рис. 32. Пальпація пілоричного відділу шлунка.

У нормі пілоричний відділ шлунка має форму гладкого, помірно щільного, малорухомого, неболючого тяжа діаметром не більше мізинця. Його пальпація супроводжується періодичним розслабленням, а іноді своєрідним вурчанням, що нагадує “писк миші”.

Аналогічно пальпують ці відділи шлунка в положенні хворого “стоячи”. Іноді пальпація шлунка дозволяє виявити ракову пухлину, яка виходить з його стінки (у вигляді округлого чи подовгастого щільного утвору, який мало зміщується, що свідчить про поширення пухлини на оточуючі органи). Наявність стійкого ущільнення пілоричного відділу шлунка є ознакою одного з різновидів раку вихідного відділу шлунка – скіру, хоча може бути і інша причина – пілороспазм або рубцевий стеноз воротаря. Пухлини кардіального відділу шлунка, як правило, не доступні для пальпації. Нижня межа шлунка відповідає великій кривизні, що виявляють пальпаторно.

Аускультативний метод визначення нижньої межі шлунка. Положення хворого “лежачи на спині”. Лівою рукою фонендоскоп ставлять на лівий прямий м’яз живота безпосередньо нижче правої реберної дуги. Кінцем вказівного (чи середнього) пальця правої руки роблять легкі відривчасті штрихоподібні рухи (по шкірі черевної стінки) в поперечному напрямку, починаючи від фонендоскопа та поволі віддаляючись від нього донизу (рис.33). При цьому над шлунком чути голосний шурхотящий звук, який за межами шлунка різко слабшає чи зникає.

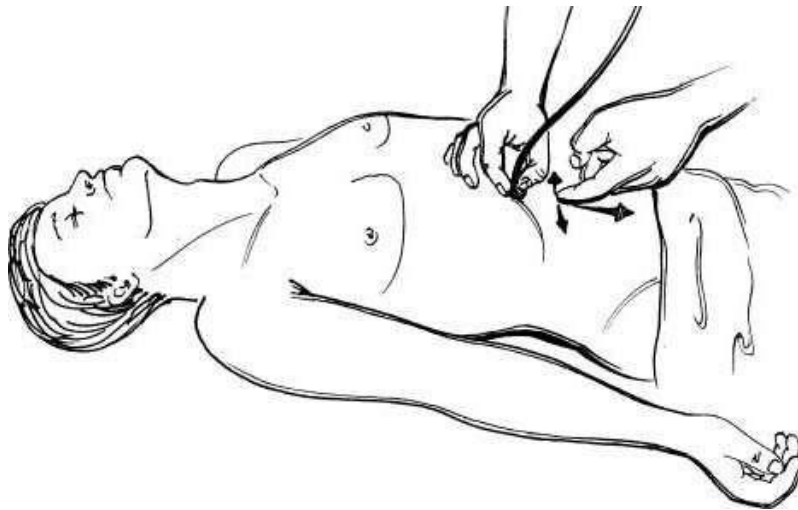


Рис. 33. Визначення нижньої межі шлунка аускультативним методом.

У нормі нижня межа шлунка є вище пупка: в чоловіків – на 3-4 см, а у жінок – на 1-2 см. Опущення її свідчить на користь значного розширення шлунка (стеноз воротаря, або атонія гладкої мускулатури органа) чи гастроптозу.

Метод сукусії (струсу) дозволяє визначити наявність рідини в шлунку. Методика: хворий лежить на спині, дихаючи рівно і глибоко з участю м’язів передньої черевної стінки. Лікар притискає епігастральну ділянку ліктьовим краєм випрямленої лівої долоні поперечно безпосередньо нижче мечоподібного відростка. Праву долоню кладе вздовж епігастральної ділянки зліва від серединної лінії так, щоб кінчики зімкнутих та трохи зігнутих пальців розміщувались біля краю лівої долоні. Потім чотирма пальцями правої руки (великий участі не бере), ледь відриваючи їх від шкіри, роблять струс передньої черевної стінки, завдаючи по лівому прямому м’язу живота поштовхоподібні удари середньої сили (рис. 34).

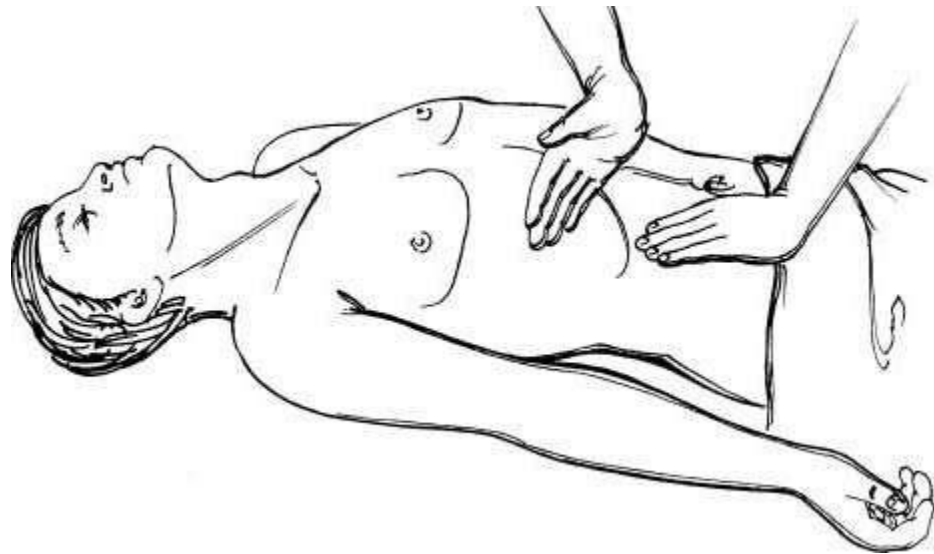


Рис. 34. Виявлення шуму плескиту в шлунку методом сукусії.

При наявності в шлунку рідини такий струс викликає шум плескоту. Якщо протягом 7-8 год хворий не вживав їжу і сукусія виявляє шум плескоту, це свідчить на користь порушення евакуаційної функції шлунка (рубцевий, пухлинний стеноз ворота, атонія шлунка), рідше – про гіперфункцію шлункових залоз.

Підшлункова залоза розміщена позаду шлунка і лежить на задній черевній стінці поперек першого поперекового хребця. При цьому справа від хребта знаходиться головка залози, а зліва її хвіст. Діаметр тіла і хвоста залози не перевищує 2 см. Послідовно пальпують ділянку локалізації головки та хвоста залози. Головка підшлункової залози проектується на передню черевну стінку в зоні Шоффара (рис. 35), яка має форму прямокутного трикутника, що знаходиться в правому верхньому квадранті пупкової ділянки (вершина цього трикутника – пупок, один із катетів – серединна лінія, а гіпотенуза – внутрішня третина лінії, що сполучає пупок з правою реберною дугою та утворює із серединною лінією кут в 45°).

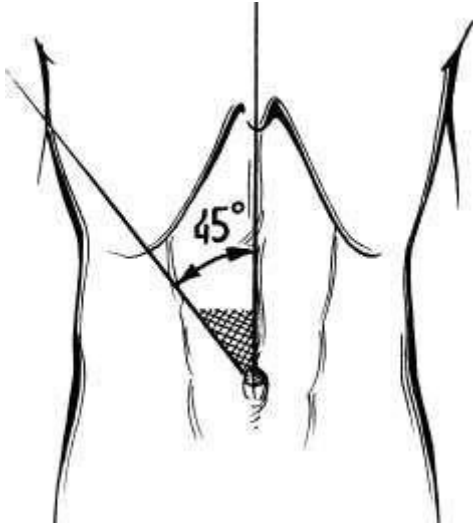


Рис. 35. Зона Шоффара (заштрихована).

Методика пальпації: праву долоню кладуть поздовжньо на живіт справа від серединної лінії так, щоб пальці були спрямовані в бік реберної дуги та покривали зону Шоффара. При цьому кінці зімкнутих і трохи зігнутих пальців повинні знаходитись на 2-3 см вище, раніше знайденої, великої кривини (нижньої границі) шлунка. Далі, зсуваючи шкірну складку перед пальцями, проводять на видиху пальпацію головки залози в напрямі зверху донизу за методом Образцова. Якщо вдається намацати нормальну підшлункову залозу, виникає відчуття перекачування кінчиків пальців через поперечний, м'який, гладкий, неболючий валик діаметром 1,5-2 см. Залоза нерухома, не вурчить, не перистальтує, чим відмінна від розміщених поряд великої кривини шлунка та попереково-ободової кишки. Якщо головка залози не промацується, то спостерігають наявність (чи відсутність) болючості в її проекції.

Хвіст підшлункової залози пальпують наступним чином – праву долоню кладуть вздовж зовнішнього краю прямого м'яза живота, щоб кінці пальців знаходились на рівні лівої реберної дуги. Методика пальпації така сама, як при дослідженні головки залози. Але для зручності необхідно використовувати метод бімануальної пальпації (ліву долоню заводять з правого боку під спину хворого і підкладають в поперечному напрямі під ліву поперекову ділянку безпосередньо нижче ребер). Під час пальпації ліва рука піддає задню черевну стінку в напрямку до обмацуючої правої руки.

У нормі підшлункова залоза недоступна пальпації (розміщена глибоко, має м'яку консистенцію). Пальпувати її можливо при значному збільшенні та ущільненні (при пухлинному ураженні). При знаходженні пухлиноподібного утвору чи болючості в зоні Шоффара треба враховувати його можливий зв'язок з дванадцятипалою кишкою та її фатеровим пиптиком чи холедохом.

Болючість, пов'язана з підшлунковою залозою, різко поширюється при переході з горизонтального у вертикальне положення хворого.

Печінка розміщена в черевній порожнині під куполом діафрагми в поперечному напрямку, займає праве підребер'я, епігастральну ділянку і частково ліве підребер'я. Її більша частина закрита кістковим скелетом грудної клітки.

Перед пальпацією треба попередньо визначити локалізацію нижнього краю печінки за допомогою перкуторного чи аускультативного методів.

Використовуючи перкуторний метод палець-плесиметр ставлять в правій половині живота на рівні здухвинної кістки таким чином, щоб середня фаланга пальця лежала на правій середньо-ключичній лінії перпендикулярно до її напрямку. Зберігаючи

таке положення пальця-плесиметра та використовуючи тихі перкуторні удари, перкутують по вказаній лінії знизу догори в напрямку правої реберної дуги до виявлення межі зміни тимпаніту в характерний для печінки тупий звук (рис.36). Ця межа і є нижньою границею печінки.

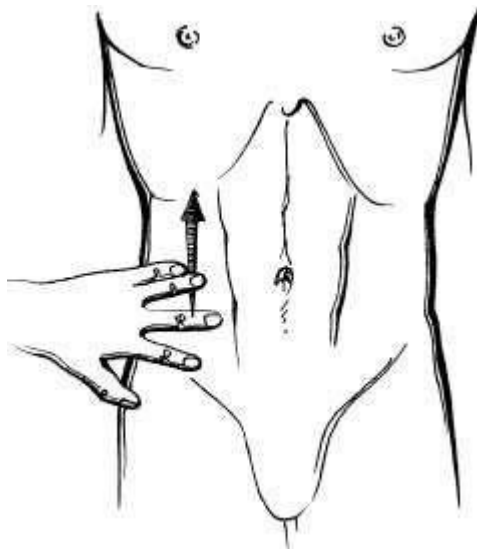


Рис. 36. Початкове положення пальця-плесиметра та напрямок його переміщення при перкуторному визначенні нижньої межі печінки по правій середньо-ключичній лінії.

При аускультативному методі встановлюють стетоскоп на VIII ребро по правій середньо-ключичній лінії, а вказівним пальцем вільної руки роблять штрихоподібні рухи по правій половині живота на рівні гребеня здухвинної кістки. Поволі зміщують стетоскоп донизу – до рівня, нижче якого шум від дотику пальця зі шкірою різко посилюється (рис. 37). На цьому рівні – нижня межа печінки.

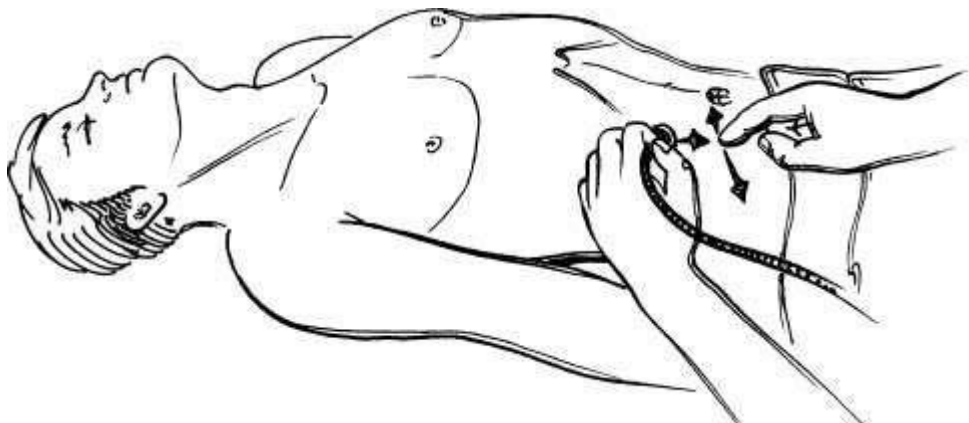


Рис. 37. Визначення нижньої межі печінки аускультативним методом.

У нормі печінка не виступає з-під реберної дуги і не пальпується. Але при вісцероптозі, а також при опущенні печінки, зумовленому іншими причинами, під час пальпації, особливо у вертикальному положенні тіла, можна промацати тонкий, трохи загострений чи закруглений, рівний, м'який та неболючий її край, виступаючий з-під реберної дуги не більше ніж на 1-1,5 см. В інших випадках край печінки, що доступний пальпації, свідчить про її збільшення. Причиною цього можуть бути хвороби самої печінки (цироз, рак, гепатит) та патологія зовнішніх жовчних шляхів, стани, які утруднюють відток жовчі тощо).

Гострий, трохи хвилястий, щільний, неболючий край характерний для цирозу

печінки. У хворих на рак печінки край її стає потовщеним, нерівним, поверхня бугриста, консистенція тверда (“кам’янистої щільності”), неболюча.

Нерівна поверхня печінки у вигляді локального випуку буває при вогнищевому ураженні (ехінококоз, абсцес). Найбільш значне збільшення печінки (гепатомегалія) свідчить на користь цирозу, раку, серцевої недостатності. При цьому нижній її край досягає крила здухвинної кістки. Якщо гепатомегалія – наслідок серцевої недостатності, то поштовхоподібне натискання на праве підребер’я викликає набухання шийних вен через гепатоюгулярний рефлюкс (позитивний симптом Плеша).

Перкусія розмірів печінки проводиться за Курловим і відображається в історії хвороби записом: 10-9-8 см (норма).

Рівномірне збільшення всіх трьох розмірів печінки свідчить про дифузне ураження органа. Як правило, при цьому змінюється (опускається) тільки нижня межа печінки, бо цей орган у черевній порожнині фіксований зв’язками. Суттєве збільшення якогось одного розміру може свідчити про наявність у печінці локального патологічного процесу (пухлини, абсцесу). Поширення верхньої межі печінкової тупості при нормальному положенні нижньої її межі частіше буває уявне і викликане такими причинами, як велика пневмонічна інфільтрація в нижній частці правої легені, випіт у праву плевральну порожнину чи піддіафрагмальний абсцес.

Зменшення всіх трьох розмірів печінки може зустрітись при атрофічному варіанті цирозу печінки.

Одночасне помірне зміщення вниз верхньої та нижньої меж печінки може бути викликане опущенням печінки, правобічним пневмотораксом. Рівномірне зміщення догори нижньої та верхньої меж печінки може бути зумовлене причинами, що підвищують внутрічеревний тиск (асцит, метеоризм, вагітність), рідше – після рубцевого зморщування чи резекції правої легені. *Жовчний міхур* розміщений на нижній поверхні печінки, має м’яку консистенцію і тому в нормі не доступний пальпації. Його проекція (точка Кера) на передню черевну стінку відповідає місцю перетину зовнішнього краю правого прямого м’яза живота з правою реберною дугою (чи нижнім краєм печінки при її збільшенні).

Промаячити вдається лише значно збільшений жовчний міхур при його розтягненні внаслідок атонії стінок, переповненні камінцями, гнійному запаленні (емпіємі), водянці та, рідше, при пухлинному ураженні. Розміри жовчного міхура, його форма, консистенція, зміщуваність та наявність болючості залежать від характеру патологічного процесу. Наприклад, збільшення міхура при атонії його стінок, емпіємі та жовчнокам’яній хворобі зазвичай буває помірне, а пальпація такого міхура, як правило, болюча (див. розділ “Гострий живіт”). Водяницю жовчного міхура викликає стійке порушення відтоку жовчі в результаті стиснення термінального та інтрапанкреатичного відділів холедоха пухлиною головки підшлункової залози чи дуоденального (фатерова) пиптика. При цьому пальпаторно міхур збільшений, грушоподібний, з гладкими напруженими стінками, неболючий, рухомий при диханні та легко зміщується (позитивний симптом Курвуаз’є-Тер’є).

Селезінка розміщена в глибині лівої підреберної ділянки, латерально від шлунка безпосередньо під лівим куполом діафрагми і тому, як і печінка, має дихальну рухомість. Її форма – овоїдна. Селезінка проектується на ліву бокову поверхню грудної клітки між IX та XI ребрами, причому поздовжня вісь органа майже відповідає ходу X ребра.

Методика пальпації в основному аналогічна пальпації печінки. Пальпацію спочатку проводять у положенні хворого “лежачи на спині”. Долоню пальпуючої правої руки розміщують у лівому фланку живота назовні від краю прямого м’яза таким чином, щоб основа долоні була спрямована до лобка, а кінчики зімкнутих і трохи зігнутих пальців знаходились на одному рівні біля краю лівої реберної дуги. При цьому кінчик середнього пальця повинен лежати в куті між нижнім краєм X ребра та вільним кінцем XI ребра. Великий палець лівої руки участі в пальпації не бере. Долоню лівої руки кладуть у поперечному напрямку на бокову ділянку лівої половини грудної клітки вздовж реберної дуги, щоб під час пальпації обмежувати її бокові рухи при диханні та створювати умови для збільшення дихальних екскурсій лівого купола діафрагми, а відповідно і селезінки. Під час пальпації лікар регулює дихання хворого (рис. 38).



Рис. 38. Бімануальна пальпація селезінки (положення хворого – “лежачи на спині”).

Спочатку лікар пропонує хворому вдихнути животом, а саме в цей момент пальцями правої руки зміщує шкіру черевної стінки на 3-4 см в напрямі долоні, тобто в бік, що протилежний до реберної дуги. Таким чином утворюється запас шкіри під пальцями, щоб полегшити їх подальше просування вглиб черевної порожнини. Після цього хворий робить видих, а лікар, слідкуючи за черевною стінкою, що опускається, повільно занурює пальці правої кисті вглиб живота та фіксує в цьому положенні руку до кінця наступного вдиху. Між реберною дугою та тильною поверхнею пальців повинна залишатись достатня кількість простору, щоб пропустити нижній полюс селезінки. Після цього хворому знову пропонують глибоко вдихнути “животом”. Разом із тим лікар лівою долонею натискає на ліву реберну дугу, щоб обмежити її рухомість, а пальці правої руки затримує нерухомо в глибині живота, створюючи цим опір виштовхуючому руху черевної стінки (рис. 38). Діафрагма на вдиху опускається, лівий її купол зміщує селезінку донизу. Якщо селезінка доступна для пальпації, її нижній полюс при цьому, опускаючись, проникає між пальцями та реберною дугою в кишеню, утворену від тиснення пальців на черевну стінку, а потім, виковзуючи з неї, обходить кінці пальців і таким чином обмацується. Іноді селезінка не попадає в кишеню, а лише наштовхується своїм нижнім полюсом на кінці пальців. У цьому випадку для того, щоб намацати її, необхідно на вдиху трохи посунути праву руку допереду, випрямляючи пальці в зігнутих фалангах і роблячи ними погладжуючі зверху чи піддівуючі знизу (як при пальпації печінки) рухи. Проте пальпувати селезінку треба дуже обережно, щоб не

пошкодити її.

Крім цього, проводять пальпацію в положенні хворого на правому боці (за Салі). При цьому права нога хворого повинна бути випрямлена, а ліва – зігнута в коліні і трохи приведена до тулуба. Обидві руки, складені разом, хворий кладе під праву щоку. Лікар опускається біля ліжка хворого на праве коліно і проводить пальпацію селезінки, використовуючи ті ж самі прийоми, що при пальпації хворого в положенні “на спині” (рис. 39).



Рис. 39. Пальпація селезінки за Салі (положення хворого – “лежачи на правому боці”).

При виявленні селезінки вивчають ступінь її збільшення, консистенцію, характер поверхні, наявність болючості.

У нормі селезінка не пальпується. Якщо ж вдалося її промацати, вона збільшена.

Для того, щоб збільшену селезінку відрізнити від збільшеної лівої нирки треба додатково провести пальпацію в положенні “стоячи” (селезінка при цьому відходить назад і не пальпується, а нирка опускається вниз і тому стає більш доступною для обмацування). Окрім того, при спленомегалії на передньому краї селезінки пальпуються характерні вирізки, тоді як нирка при обмацуванні має свої специфічні особливості (див. вище). Після пальпації селезінки визначають її перкуторні розміри за Курловим. Для цього спочатку знаходять верхню та нижню межі селезінки, а потім її передній та задній краї. Дослідження проводять у положенні хворого “лежачи на правому боці, як і при пальпації за Салі. Палець-плесиметр розміщують паралельно до межі органа, яку визначають. Перкусію роблять від ясного (тимпанічного) звуку до більш тупого, використовуючи тихі перкуторні удари. Після кожної пари ударів палець-плесиметр зміщують на 0,5-1 см. Знайдену межу зазначають по краю пальця-плесиметра, оберненого в бік ясного (тимпанічного) звуку. Треба мати на увазі, що при нормальних розмірах селезінки над нею визначається не тупий, а помірно притуплений перкуторний звук з тимпанічним відтінком внаслідок близького розміщення повітряного “міхура” шлунка (простір Траубе) і кишок, які містять газ.

Спочатку визначають верхню та нижню межі селезінки. Для цього палецьплесиметр встановлюють у поперечному напрямку на ліву бокову поверхню грудної клітки на рівні V ребра. Середня фаланга пальця повинна лежати на середній аксілярній лінії та перпендикулярно до неї. Перкутують вздовж цієї лінії по ребрам та міжребер’ям, зберігаючи поперечне положення пальцівплесиметра, в напрямку крила лівої здухвинної кістки до виявлення межі переходу ясного легеневого звуку в притуплений. Ця межа відповідає верхній границі селезінки і в

нормі розміщена на IX ребрі (рахунок ребер ведуть від вільного кінця XII ребра). Відзначивши знайдену границю дермографом чи фіксувавши її мізинцем лівої руки, встановлюють палець-плесиметр безпосередньо вище (проксимальніше) крила лівої здухвинної кістки та перкутують по середній аксілярній лінії в протилежному напрямку (рис. 40 а, б). Межа переходу тимпаніту в притуплення відповідає нижній границі селезінки і в нормі є на XI ребрі. Вимірюють відстань між верхньою та нижньою межами селезінки. У нормі вона становить 4-7 см та називається шириною притуплення.

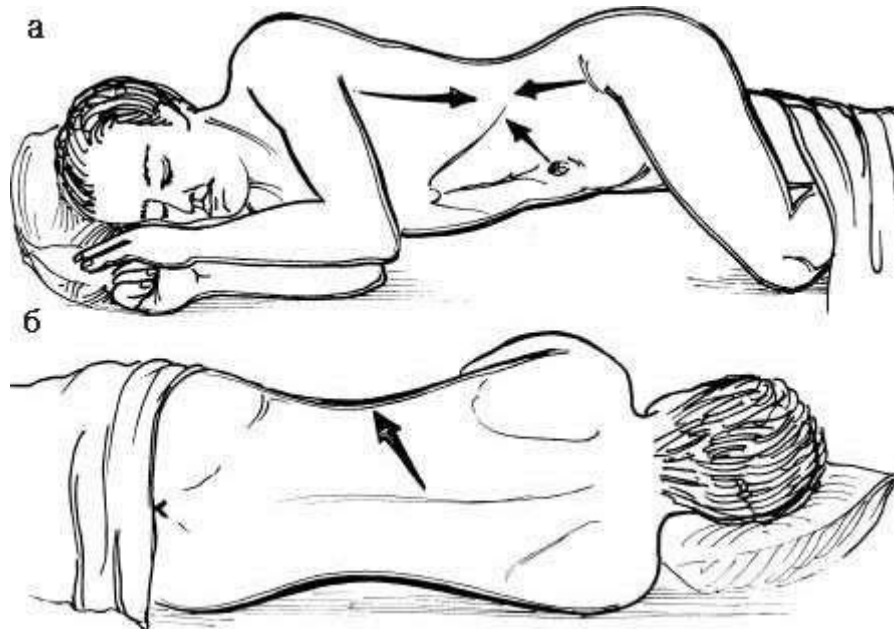


Рис. 40. Схема перкуторного визначення розмірів селезінки (за Курловим): а – напрям перкусії при визначенні ширини притуплення та переднього краю (передньо-нижнього полюса); б – напрям перкусії при визначенні заднього краю (задньоверхнього полюса).

При визначенні переднього краю (передньо-нижнього полюса) селезінки палець-плесиметр ставлять поздовжньо по передній серединній лінії живота так, щоб середня фаланга пальця знаходилась на пуповій лінії і була перпендикулярна до неї. Перкутують у напрямку селезінки по лінії, що з'єднує пупок та точку перетину X лівого ребра зліва із середньою аксілярною лінією (рис. 40 а).

Межа переходу тимпанічного звуку в притуплений відповідає передньому краю селезінки. В нормі він не виходить за межі передньої аксілярної лінії. Для визначення заднього краю (передньо-верхнього полюса) селезінки необхідно спочатку намацати X ребро і знайти його задній кінець біля хребта. Потім встановлюють палець-плесиметр вздовж лівої навколохребтової лінії так, щоб його середня фаланга лежала на X ребрі та була перпендикулярна до нього. Перкутують по X ребру в напрямку до селезінки, зберігаючи таке ж положення пальця-плесиметра (рис. 40 б). Перехід тимпанічного звуку в притуплений відповідає задній границі селезінки. Відзначають це місце дермографом. У нормі задній край селезінки не виступає за межі лівої лопаткової лінії. Вимірявши відстань між переднім та заднім краями селезінки, знаходять довжину притуплення, яка в нормі дорівнює 6-8 см. При значному збільшенні селезінки передній її край може виступати з-під реберної дуги. В такому випадку додатково вимірюють цю частину селезінки.

Розміри селезінки за Курловим реєструють в історії хвороби у вигляді дробу,

наприклад: 6. 19/10 , де ціле число відповідає розміру частини селезінки, яка вийшла за межі лівої реберної дуги, чисельник – довжині притуплення, а знаменник – ширині притуплення.

Можливо також використати ще один простий спосіб виявлення збільшення розмірів селезінки. Так, якщо в положенні хворого за Салі (див.вище) при перкусії в місці перетину Х ребра зліва із середньою пахвовою лінією визначається тупий звук, схожий на печінкову тупість, це свідчить про значне збільшення селезінки (позитивний симптом Рагози). Збільшення селезінки може бути при сепсисі, цирозі печінки, тромбозі селезінкової чи ворітної вени, її пухлині та кисті, інших патологічних процесах.

При асциті пальпація печінки і селезінки нерідко буває утруднена. У цьому випадку обмацування печінки треба проводити в положенні хворого “лежачи на лівому боці” і “стоячи з невеликим нахилом тулуба дотупу”, а селезінку краще пальпувати в положенні “лежачи на правому боці” – за Салі.

При вираженому асциті для виявлення гепато- та спленомегалії використовують метод балотуючої пальпації (хворий лежить на спині, лікар кінчиками зімкнутих і трохи зігнутих пальців правої руки, не відриваючи їх від шкіри, робить короткі відривчасті поштовхоподібні удари по передній черевній стінці перпендикулярно уявленому нижньому краю досліджуваного органа, намагаючись наштовхнутись на нього; це робиться у відповідній половині живота на рівні гребінцевої лінії і поволі зміщуючи пальці в напрямку до реберної дуги до отримання відчуття удару об тверде тіло, яке при цьому відходить вглиб черевної порожнини, а потім спливає і знову вдаряється об кінчики пальців – симптом “плаваючої крижинки”, в цей момент поверхня органа може бути досліджена). *Додаткові патологічні утвори*

Під час глибокої пальпації органів черевної порожнини інколи вдається виявити додаткові патологічні утвори (пухлини, кисти тощо). У таких випадках треба визначити місце локалізації цього утвору в черевній порожнині, його форму, розміри, консистенцію, наявність флюктуації, характер поверхні, рухомість (зміщуваність), зв'язок із сусідніми органами, болючість. Утвір, безпосередньо зв'язаний із передньою черевною стінкою, звичайно помітний вже при огляді, пальпується як при послабленні, так і при напруженні м'язів черевного преса, а при дихальних екскурсіях живота зміщується в передньозадньому напрямку разом із черевною стінкою.

Внутрічеревний утвір візуально визначається, якщо має великі розміри, при вольовому напруженні м'язів черевного пресу його пальпація утруднена, а при послабленні може визначатись рухомість такого утвору і його зміщення у верхньо-нижньому напрямку при диханні. Але треба враховувати, що зміщуваність такого утвору залежить від природної рухомості органа, з якого він виходить, а якщо це пухлина, то від її поширення на інші органи. Заочеревинний утвір відрізняється глибоким розміщенням у черевній порожнині і тісним зв'язком з її задньою стінкою, малорухомістю. Він, як правило, вкритий органами черевної порожнини (шлунком чи кишкою тощо).

Дослідження живота при асциті методом перкусії

Перкусія поряд із уже наведеними вище сферами використання для дослідження органів черевної порожнини дозволяє визначити причину загального збільшення живота і, зокрема, для визначення ознак асциту. Над місцем скупчення вільної рідини в черевній порожнині перкуторно визначається тупий звук і зона

притуплення при зміні положення тіла швидко зміщується. Тому для визначення асцитів перкусію живота проводять у різних положеннях хворого: лежачи на спині і на боці, стоячи, а також у колінноліктьовому. Перкутують від ділянки тимпанічного звуку, розміщуючи палець-плесиметр паралельно уявному рівню рідини, використовуючи тихі перкуторні удари.

При перкусії живота в положенні “лежачи на спині” палець-плесиметр ставлять поздовжньо по передній серединній лінії так, щоб середня фаланга його була на пупку. Перкутують по пупковій лінії по черзі в напрямку правого та лівого бокових відділів (фланків) живота до переходу тимпаніту в тупий звук (рис. 41а). В нормі з обох боків межа переходу тимпанічного звуку в тупий проходить по передніх пахвових лініях. Більш медіальне розміщення такої лінії свідчить про накопичення вільної рідини в черевній порожнині. У цьому випадку при проведенні перкусії аналогічним чином в положенні хворого як на правому, так і на лівому боках (рис. 41 б), межа притуплення над рідиною в нижчележачому фланці буде відповідати її нормальному положенню.



Рис. 41. Визначення наявності асцитів перкуторним методом в положенні хворого: а – “лежачи на спині”; б – “лежачи на боці”.

При переводі хворого у вертикальне положення рідина зміститься в нижню частину черевної порожнини. Тому в бокових відділах живота буде тимпаніт, а перкусія по вертикальних лініях у напрямку зверху вниз в нижній половині живота визначить ділянку тупого звуку з горизонтальною верхньою межею (рис. 42 а).

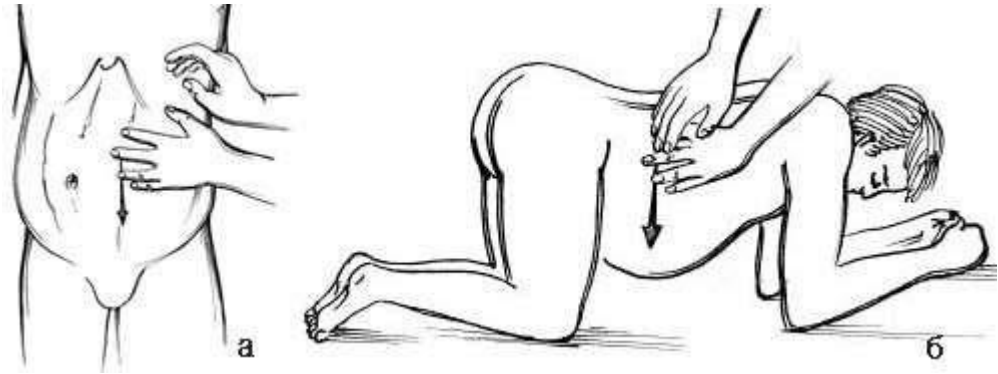


Рис. 42. Визначення наявності асцитів перкуторним методом у положенні хворого: а – вертикальному; б – коліно-ліктьовому.

У колінно-ліктьовому положенні ділянка тупого звуку переміститься в пупкову ділянку, а в інших відділах буде тимпаніт. Перкусію в цьому випадку роблять у напрямку до пупка, починаючи її послідовно від правого та лівого бокових фланків живота, мечоподібного відростка і лобка (рис. 42 б). У цьому положенні можна виявити навіть невелику кількість рідини в черевній порожнині.

Метод ундуляції можна використати в сумнівних випадках для визначення вільної рідини в черевній порожнині. Для цього з однієї сторони живота розміщують долоню, з протилежної зігнутими пальцями іншої руки роблять невеликий відривчастий поштовх черевної стінки, який при наявності рідини чітко визначається “слухаючою” долонею. Для виключення передачі поштовху по шкірі та, в зв’язку з цим, помилкового заключення просять асистента покласти кисть ребром по середній лінії живота. Якщо після цього поштовх передається, то наявність вільної рідини в черевній порожнині доведена. Крім асцитів, збільшення живота може бути викликане метеоризмом, при якому над усіма відділами живота перкусія буде давати тимпанічний звук.

Аускультация

У нормі аускультация живота виявляє періодично виникаючі звуки перистальтики кишечника у вигляді вурчання та переливання рідини. У хворих з явищами перитоніту над відповідними ділянками може бути чути шум тертя очеревини. При атеросклеротичному ураженні аорти та стенозуванні мезентеріальних артерій аускультативно чути систолічний шум в епігастральній та пупковій ділянках.

Вимірювання живота

Визначення обводу живота треба робити при наявності вільної чи осумкованої рідини в черевній порожнині, особливо в тих випадках, коли треба слідкувати за збільшенням або зменшенням об’єму живота (після пункції, операцій з приводу асцитів). Сантиметрову стрічку при цьому проводять на рівні пупка.

Обстеження нирок та сечового міхура

Нирки розміщені в заочеревинному просторі і прилягають до задньої черевної стінки з обох сторін від хребта на рівні XI-XII грудних та I-II поперекових хребців. При цьому XII ребро проходить приблизно посередині нирки. Обидві нирки мають помірну дихальну рухомість.

Анамнез

Збираючи скарги та анамнез лікар може отримати враження про стан нирок. Насамперед він повинен визначити локалізацію та іррадіацію больових відчуттів.

Нирковий біль (*colica renalis*, піеліт тощо) локалізується в поперековій ділянці, іррадіює по ходу сечоводів вниз до сечового міхура, в пахові ділянки, в сечовипускний канал, в статеві органи, в промежину, в стегна.

За характером біль може бути гострим (ріжучий, пекучий, рвучий, переймистий) і тупий (ниючий, тиснучий, тягнучий). За інтенсивністю – сильний, незначний. Починатись він може раптово, гостро, поступово. Причинами його появи чи посилення часто є фізичне напруження, тривала ходьба, біг, стрибки, тряска їзда, гостра, солоня їжа, вживання алкоголю, переохолодження. Зникає чи зменшує інтенсивність такий біль у спокої, від вимушеного положення тіла, від застосування тепла, від знеболюючих ліків та спазмолітиків. Інколи він зникає після раптового виділення великої кількості сечі.

У разі переймистого болю (приступ ниркової коліки) треба уточнити чи супроводжувався він дрижаками, нудотою, блюванням, підвищенням температури, покликами до сечовипускання, що не припиняються, дизуричними явищами. Часом після таких приступів хворі можуть спостерігати відходження із сечею камінців.

Крім болю, інколи такі хворі відчувають неприємні відчуття (важкість, тиснення) в ділянці попереку, набряки повік, головний біль, послаблення зору. Ще важливо в'яснити стан функції сечовипускання. Дизурія – розлад цієї функції – може проявлятися чи затримкою, чи почащенням сечопуску. Для того, щоб дати хворому зорієнтуватися в цьому питанні, доцільно спитати, скільки разів хворий робить сечопуск вночі, бо здорова людина вночі не мочиться. *Огляд*

Оглядаючи поперекову ділянку можливо виявити набряклість і почервоніння шкіри, що може бути ознакою паранефриту. Локальний ріст волосся на попереку звичайно вказує на наявність уродженого незарощення дужки поперекового чи крижового хребця (*spina bifida*), яке часто поєднується з аномаліями нирок. Крім цього, при болю в нирках хворі згинають тулуб у бік ураження, водночас як при гострому радикуліті – в протилежний бік.

Пальпація нирок

Пальпація нирок проводиться в положенні хворого на спині, після випорожнення кишечника методом глибокої бімануальної пальпації (аналогічно пальпації селезінки).

У нормі, як правило, нирки не пальпуються. Вони стають доступні пальпації головним чином при нефроптозі, патологічній рухомості (блукаюча нирка) або при збільшенні розміру органа не менш чим в 1,5-2 рази. Проте в астеніків деколи вдається намацати нижній полюс правої нирки, котра в нормі розміщена нижче лівої нирки. Нефроптоз та “блукаюча нирка” можуть бути одно- та двобічними. Нирки в цьому випадку краще пальпувати в положенні хворого “стоячи з трохи нахиленим допереду тулубом”. Лікар пальпує, сидячи перед хворим на стільці (рис. 43). Методика пальпації така ж сама.

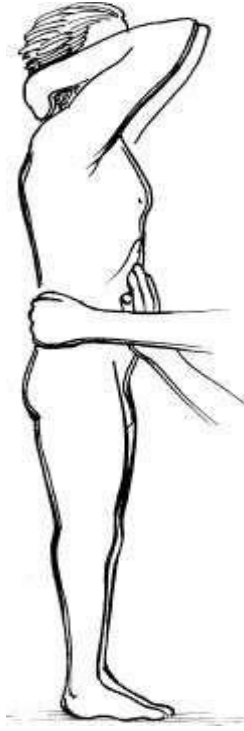


Рис. 43. Бімануальна пальпація правої нирки при вертикальному положенні хворого.

При рухомій нирці треба визначити ступінь її зміщуваності. Тут можливі три градації.

1. Ren palpabilis – коли промацується тільки нижній полюс нирки та її зміщення можливе тільки у верхньо-нижньому напрямку.
2. Ren mobilis – коли при пальпації можливо зайти за верхній полюс і зміщення можливе догори, донизу та в сторони.
3. Ren migrans – блукаюча нирка, яка відносно вільно зміщується при пальпації на значну відстань.

При пальпації в двох останніх випадках (2,3 ступінь) доцільно додати прийом Гленара (Glenard).

Лівою рукою (рис. 44) охоплюють правий фланк таким чином, щоб великий палець розміщувався під реберною дугою, а інші – в поперековій ділянці. Після того, як під час вдиху правою рукою вдається зайти за верхній полюс нирки, великий палець притискає передню черевну стінку, заважаючи захопленій нирці виковзати зворотньо.

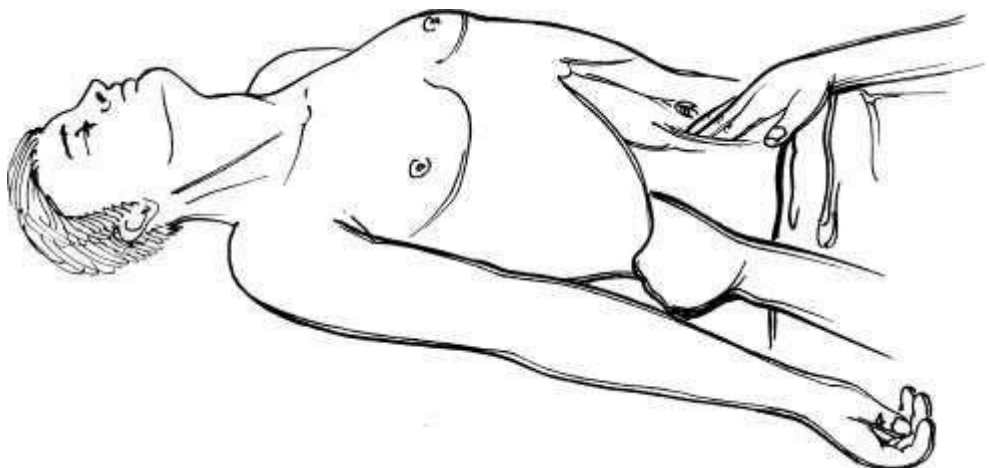


Рис. 44. Прийом Гленара.

Якщо нирки не змінені, то їх форма округла, бобовидна, з гладкою поверхнею, щільноеластичної консистенції, не болючі.

Збільшення розмірів однієї з нирок може свідчити на користь її пухлини чи водяниці (гідронефрозу). Горбиста поверхня нирки, підвищена щільність свідчать про її ракове ураження (гіпернефрому), а гладка поверхня та м'яка консистенція з флюктацією – на користь гідронефрозу.

Одночасне збільшення обох нирок характерно для кистозного переродження (полікістоз нирок), при якому поверхня органа нерівна, консистенція – м'якоеластична.

На відміну від спленомегалії збільшена нирка розміщена менш глибоко, бобовидної форми, має вирізку посередині внутрішнього краю, легко зміщується догори, балотує при пальпації. Крім того, над нею перкуторно – тимпаніт (лежить заочеревинно і вкрита кишкою), її легше пальпувати у вертикальному положенні хворого.

Балотуюча пальпація нирок використовується при ожирінні, метеоризмі та асциті (коли важко пройти рукою вглиб черевної порожнини). Дослідження роблять у положенні хворого на спині. Пальцями правої руки лікар робить поштовхоподібні швидкі рухи по передній черевній стінці в напрямку згори до низу, ліва рука робить поштовхоподібні рухи в поперек у напрямку правої руки, (іноді), збільшену чи опущену нирку іноді таким чином вдається наблизити до передньої черевної стінки і промацати.

Проникаюча пальпація нирок дозволяє виявити болючість у проекції нирок і сечоводів. Больові точки (рис. 45 а) спереду промацують у положенні лежачи на спині – почергово глибоко та вертикально занурюють вказівний (чи середній) палець у симетричних точках. Спочатку обстежують ниркові точки (безпосередньо під реберними дугами біля переднього кінця Х ребра), а потім верхні та нижні сечовідні точки (в місці перетинів зовнішніх країв прямих м'язів живота відповідно з пуповою та гребінцевою лініями). Задні ниркові точки промацують в іншому положенні – сидячи. При цьому по черзі інтенсивно натискають пальцем у симетричних точках в місці перетину нижнього краю XII ребра та зовнішнього краю довгих м'язів спини (рис. 45 б).

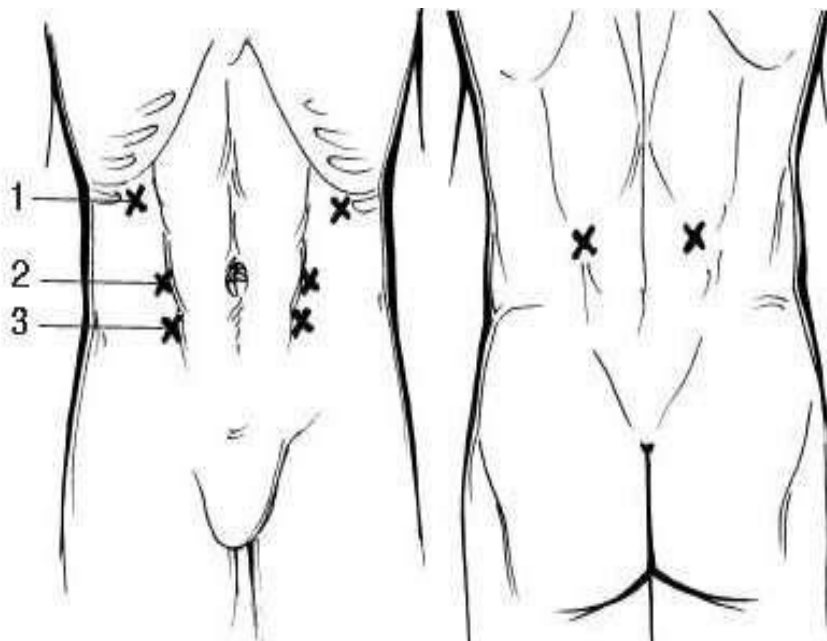


Рис. 45. Точки проникаючої пальпації нирок та сечоводів: а – передні ниркові (1) та сечовідні (2 – верхні, 3 – нижні); б – задні ниркові.

У нормі болючості у даних точках немає. Її наявність свідчить про патологію нирок, сечоводів, частіше запального походження.

Постукування (в попереку) роблять з метою визначення болючості в проекції нирок (рис. 46). Положення хворого – стоячи (сидячи). Ліва долоня лікаря лежить поздовж попереку в ділянці XII ребра. По тилу її поверхні ульнарним краєм правої кисті роблять не дуже сильні удари. Болючість у цій ділянці свідчить на користь сечокам'яної хвороби, пієло- чи паранефриту (симптом Пастернацького – позитивний). Однак ця ознака не є специфічна і може бути позитивна при міозиті м'язів попереку чи радикуліті.

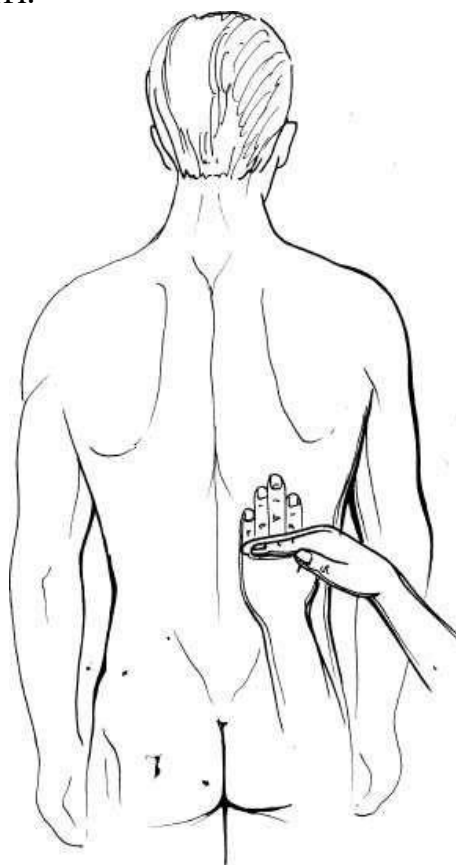


Рис. 46. Методика визначення симптому Пастернацького.

Сечовий міхур у нормі не пальпується (розміщений в порожнині малого таза) і стає досяжним для дослідження тільки при переповненні внаслідок затримки сечі. У таких випадках, коли хворий лежить на спині, в надлобковій ділянці візуально є вибухання передньої черевної стінки, яке при пальпації еластичне, флюктує, округле, перкуторно над ним притуплення.

Методика пальпації (аналогічна – для товстої кишки): долоню кладуть поздовжньо в надлобковій ділянці на вибухання, спрямовуючи пальці до пупка; шкірну складку зміщують перед пальцями і на видиху роблять обмацування (рис. 47).

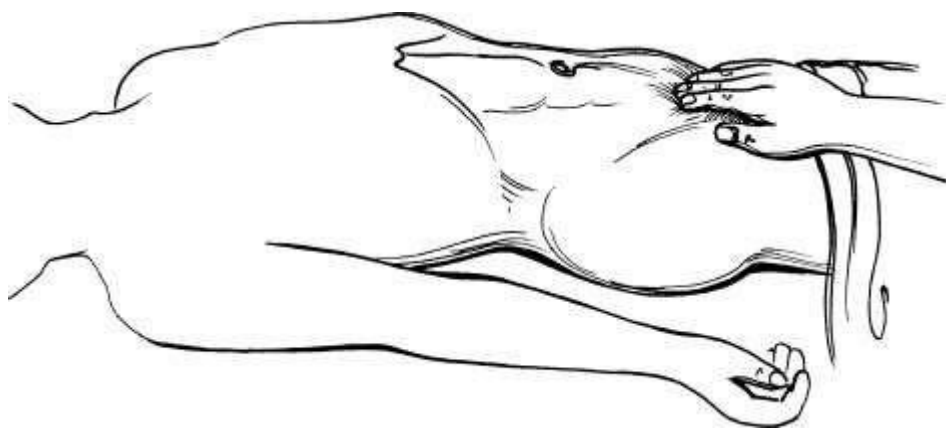


Рис. 47. Пальпація сечового міхура.

При перкусії палець-плесиметр встановлюють поперечно на рівні пупка так, щоб середня фаланга була на середній лінії і перпендикулярно до неї. Тихими перкуторними ударами перкутують по цій лінії вниз, прямуючи до лобка. На межі переповненого міхура тимпанічний звук переходить у притуплення. Зміна положення хворого не змінює верхньої межі тупості.

У жінок, щоб відрізнити збільшений міхур від збільшеної матки (вагітної чи ураженої пухлиною), треба випустити сечу та повторно провести пальпацію, перкусію.

МЕТОДИКА ОБСТЕЖЕННЯ ПРОМЕЖИНИ ТА ПРЯМОЇ КИШКИ

Топографо-анатомічні дані

Промежина закриває вихід з порожнини таза, будучи його нижньою стінкою. Ділянка промежини має ромбоподібну форму. Спереду пальпують нижній край симфіза, ззаду – верхівку куприка, з боків – сідничні виступи. Від медіальних відділів ділянки стегна промежина відокремлена промежинно-стегновою складкою. Ззаду контурують промежину – простір між задньою комісурою і анальним отвором. Лінією, з'єднуючою сідничні виступи, як чоловіча, так і жіноча промежина умовно діляться на два нерівних трикутники: передній – сечостатевий і задній – відхідниковий. У першому трикутнику розташована сечостатева діафрагма таза, через яку у жінок проходить піхва і уретра, в чоловіків – тільки уретра. У відхідниковому трикутнику розташовується діафрагма таза і проходить пряма кишка.

До промежини відносяться також зовнішні чоловічі і жіночі статеві органи. Шкіряний покрив у ділянці промежини в центрі тонкий і потовщується в напрямку

бокових його відділів.

У чоловіків між коренем калитки і заднім проходом знаходиться шов промежини.

Навколо заднього проходу є радіально розташовані складки шкіри (за рахунок зрощень м'язових волокон зовнішнього сфінктера заднього проходу із шкірою). Шкіра має велику кількість сальних і потових залоз та вкрита волоссям. Підшкірна основа, поверхнева фасція більш виражені в задньому відділі промежини.

У ділянці промежини зустрічаються фурункули, карбункули, підшкірні флегмони, гнійники, потертості, опрілості зовнішніх статевих органів, парапроктити, нагноєння гемороїдальних вузлів, дермоїдних кіст, розпадаючі пухлини шкіри та слизової заднього проходу, інфіковані гематоми, защемлені кили.

Обстеження ділянки заднього проходу проводять у положенні хворого на боці із зігнутими в кульшових суглобах кінцівками, в колінно-ліктьовому положенні, в положенні на спині з приведеними до живота стегнами або навпочіпки. **Огляд**

Ділянка заднього проходу умовно ділиться на сектори: передньо-правий і передньо-лівий. Оглядають шкіру навколо заднього проходу, це дає можливість виявити різної величини і форми набухання на межі шкіри і слизової (зовнішні гемороїдальні вузли), нориці, характер виділень з них, набряк та почервоніння, інших утворів. При натужуванні можна побачити ціанотичного кольору внутрішні гемороїдальні вузли, а при натужуванні хворого з одночасним розведенням складок шкіри ануса можна виявити тріщини слизової заднього проходу. Так само визначають і випадання прямої кишки. Гостра тріщина заднього проходу має вигляд болючого, кровоточивого розриву слизової оболонки, який не має гострої запальної реакції оточуючих тканин. Хронічна тріщина заднього проходу утворює дефект слизової, в глибині якого можна побачити м'язові волокна внутрішнього жома (рис. 48). Край тріщини валикоподібно підритий. Для тріщини заднього проходу характерний біль при дефекації і домішки свіжої крові в калі.

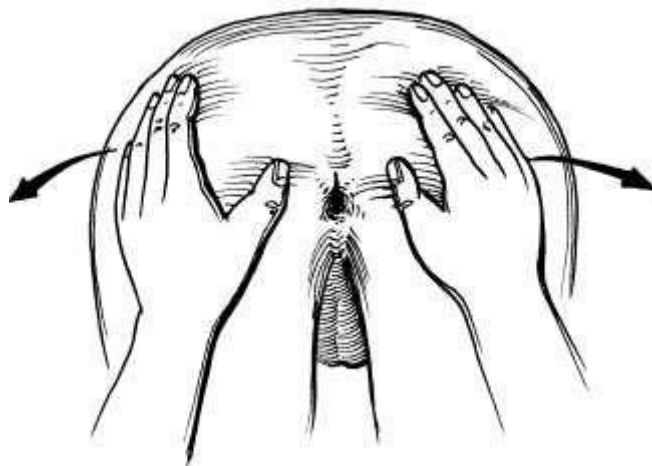


Рис. 48. Тріщина заднього проходу. Типова локалізація. Діагностика шляхом огляду при достатньому розведенні сідниць.

Тріщина розташовується відповідно 12 годині на циферблаті по куприковому шві (в колінно-ліктьовому положенні хворого). У жінок тріщину виявляють на передній стінці заднього проходу (по піхвовому шві). Рідко зустрічаються одразу дві тріщини – на передній і задній стінках каналу.

Пальпація ділянки заднього проходу

При наявності припухлості необхідно визначити її консистенцію і чутливість до

болю. Неускладнені гемороїдальні вузли – м'якої податливої консистенції, неболючі, а ускладнені тромбозом і запаленням – щільні та болючі. При пальпації запального інфільтрату (парапроктит) необхідно визначити його межі і консистенцію, а також встановити, чи немає розм'якшення в центрі.

Для визначення на шкірі крапкоподібних норичних отворів прямої кишки і тріщин слизової оболонки заднього проходу двома великими пальцями проводять розведення складок шкіри. При випаданні прямої кишки необхідно визначити, за рахунок яких відділів воно сталось: анального, ректального, чи того та іншого сегмента. Для визначення цього користуються таким прийомом: вказівним пальцем пальпують простір між випавшою ділянкою та шкірою; якщо визначається безпосередній перехід шкіри на слизову, то залежно від величини випавшої ділянки має місце prolapsus ani або prolapsus ani et recti. Якщо ж палець проникає на глибину понад 3 см від поверхні, то має місце prolapsus recti.

Ректальне дослідження

Дослідження проводять на спині з розведеними в кульшових суглобах ногами вказівним пальцем кисті в гумовій рукавичці. Палець змащують вазеліном і обережно вводять у задній прохід. При наявності тріщин і гемороїдальних вузлів дослідження з-за болючості повинно бути обережним.

Перш за все досліджують анальний відрізок прямої кишки. Звертають увагу, чи розслаблений сфінктер, чи він щільно стискає палець, чи є м'які спадаючі або ущільнені гемороїдальні вузли і в якій ділянці вони найбільш болючі. При наявності норичь слід вияснити, чи з'єднуються вони з прямою кишкою, для чого в неї вводять зонд і контролюють пальцем появу його в порожнині прямої кишки.

У подальшому палець просувають в ампулярний відділ, де на його передній поверхні в нормі пальпується щільне тіло передміхурової залози, в середній частині якої є борозна. Спостерігають величину залози, характер її поверхні, консистенцію і наявність ості, болючість. Нормальна передміхурова залоза має 2 – 2,5 см довжини і 3 см ширини. Її дві бокові часточки розділені борозною, яка при гіперплазії або запаленні зникає. Аденома передміхурової залози є аденоматозним розростанням її тканини в межах капсули.

Рак передміхурової залози частіше зустрічається захворювання у людей старшого віку. В запущених випадках при руйнуванні задньої стінки капсули і проростання пухлини в стінку прямої кишки діагноз не складає особливих труднощів на основі визначення твердої, бугристої, а при розпаді – кратероподібної пухлини. При пальцевому дослідженні прямої кишки іноді можна пропальпувати через передню стінку прямої кишки відповідно дугласовому простору бугристу пухлину – імплантаційний метастаз в очеревину з ракової пухлини шлунка (шніцлерів метастаз).

При гнійних процесах черевної порожнини ректальне дослідження допомагає визначити наявність гнійника в дугласовому просторі (болюче нависання, вип'ячування, передньої стінки та її розм'якшення).

При наявності непрохідності як странгуляційного (заворот сигмоподібної кишки, інвагінація), так і обтураційного генезу (стенозуючий рак сигмоподібної або тазоободової кишки) пальцеве дослідження виявляє розслаблення сфінктера і різке розширення порожньої ампули (симптом Обухівської лікарні). Бімануальне обстеження прямої кишки виконують при підозрі на камінці або пухлину сечового міхура, при цьому вказівний палець правої руки вводиться до верхнього краю

передміхурової залози, лівою рукою проводиться водночас втиснення черевної стінки безпосередньо над лоном. Після виведення пальця з прямої кишки уважно оглядають характер виділень, які залишились на рукавичці (рис. 49).

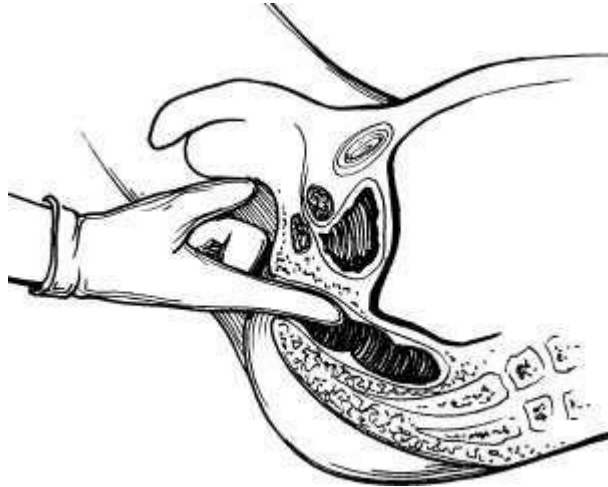


Рис. 49. Пальцеве дослідження прямої кишки.

При будь-якій кровотечі із заднього проходу слід насамперед подумати про рак прямої кишки. При ректальному дослідженні можна ствердити пухлину, розташовану на висоті до 7-8 см від заднього проходу. Епітеліальні, залозисті або ворсинчасті поліпи можуть випадати через задній прохід і бути видимими. Гладка поверхня говорить про поліп, а бугриста – про рак (рис. 50).

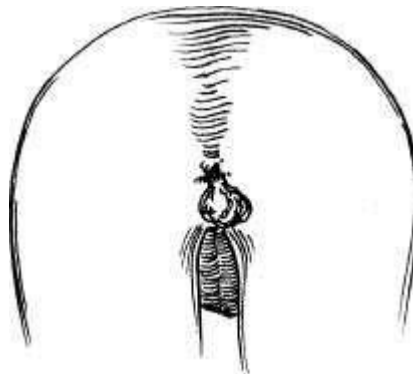


Рис. 50. Внутрішній геморой, що випав (II та III ступені). Радіально розташовані борозни. Ретельний огляд промежини дозволяє знайти епітеліальні куприкові ходи. Це природжене захворювання, яке характеризується наявністю в підшкірній клітковині крижово-куприкової ділянки сліпого вузького ходу або невеликої кісти. Зовнішній отвір куприкового хода розташовується суворо по міжсідничній складці на рівні крижово-куприкового суглоба. Захворювання характеризується нагноєнням і абсцедуванням клітковини крижово-куприкової ділянки. Між приступами у хворих залишаються в цій ділянці гнійні нориці або інфільтрати (рис. 51).

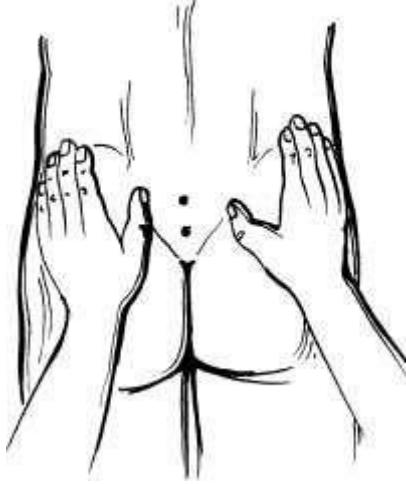


Рис. 51. Дермоїд крижів. Типове розташування на крижі в міжсідничній складці. Не пов'язано з прямою кишкою та заднім проходом.

Чоловічі статеві органи

При загальному огляді звертають увагу на розвиток статевих ознак, наявність вад розвитку, однією з яких є гіпоспадія, яка характеризується незакінченим формуванням сечовидільного каналу: передня шкірка має вид засученого рукава, а вхід в уретру знаходиться на нижній поверхні статевого члена, деколи біля кореня калитки (статевий член скривлений) (рис. 52). Рідше спостерігається епіспадія: отвір уретри видно на спинці статевого члена.

Після загального огляду проводять огляд передньої шкірочки. Якщо шкірочку не вдається завернути, то спостерігається фімоз (рис. 53). Якщо передня шкірочка не вертається на своє місце (не вправляється) і стискає кільцем головку, то така патологія називається парафімозом. Через венозний застій головка стає ціанотичною і набряклою (рис. 54).



Рис. 52. Гіпоспадія. Незакінчене формування сечівника, передня шкірочка у формі засученого рукава.



Рис. 53. Фіміоз. Не вдається зсунути передню шкірочку за головку статевого члена.

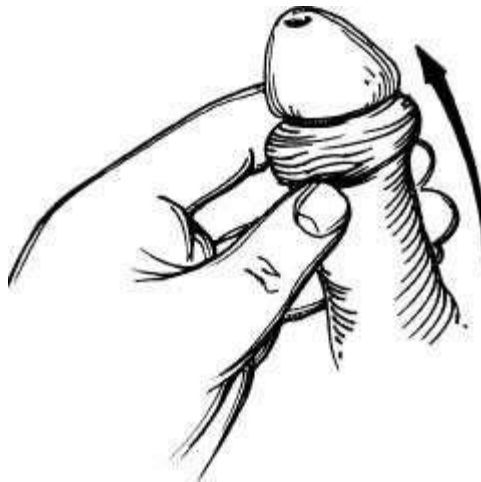


Рис. 54. Парифіміоз. В борозні утворюється склерозуюче кільце, що не дозволяє вправити головку статевого члена. набряк і венозний застій головки.

До доброякісних утворів статевого члена відносяться гострокінцеві кондиломи – червоно-просяні зерна, які розростаються у великі утворення, стають бугристими, виділяють рідкий, гнійний вміст із неприємним запахом. До злоякісних утворів слід віднести рак статевого члена переважно папілярної форми. При цій формі пухлина вкрита ворсинчатими утворами, які нагадують кольорову капусту, на поверхні якої є виразки з кров'янистогнійними виділеннями.

Калитка

При огляді калитки треба встановити наявність у ній яєчок, порівняти їх величину і чутливість. Якщо яєчко відсутнє в калитці, проводять поверхневу пальпацію в ділянці пахового каналу з метою виявлення яєчка, що не опустилось в калитку. набряк калитки є першою ознакою запалення яєчка і носить розлитий характер. Він з'являється при запаленнях яєчка, його додатків та промежини і свідчить про втягнення в процес оболонок яєчка. Шкіра червона і зрощена з підлеглими тканинами.

Якщо при огляді шкіра калитки натягнена, відсутня її звична складчатість, яєчко окремо не промацується, має вигляд круглого утвору еластичної консистенції, який не вправляється в черевну порожнину і при перкусії дає тупий звук. Просвічування його в прохідному світлі визначає рожевий колір, що дає підставу для діагнозу водянки яєчка.

Водянка, яка розвивається в оболонках сім'яного канатика, називається “фунікулоцеле” і супроводжується болем та припухлістю в паховій ділянці (рис. 55).



Рис. 55. Водянка яєчка. Тугопластична пухлина калитки, придаток і яєчко не відграничуються від неї. Позитивна діафаноскопія.

Запалення яєчка (орхіт) розвивається внаслідок травми або як ускладнення інфекційного захворювання (епідемічний паротит, грип, тиф). Захворювання починається гостро. Яєчко збільшується в розмірі. У процес втягуються оболонки калитки, шкіра спаюється з підлеглими тканинами, зростає напруження і в кінцевому результаті гнійник вскривається назовні (рис. 56).

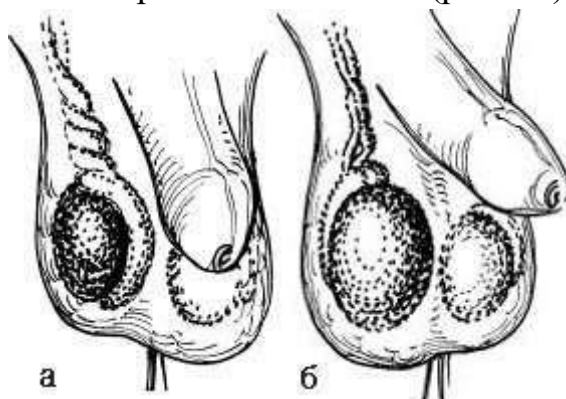


Рис. 56. Заворот яєчка. Болюча припухлість калитки: а – інколи припідняте і поперечне положення яєчка до лона посилює біль. Придаток яєчка не контролюється; б – орхіт. Болюче збільшення яєчка, в більшості випадків при інфекційних захворюваннях.

Запалення придатка яєчка (епідидиміт) – одно з найчастіших запальних захворювань чоловічих статевих органів в осіб віком 20-25 років. Супроводжується сильним болем в калитці, різким набряком і її почервонінням, високою температурою тіла. При пальпації знаходять збільшення і ущільнення додатка яєчка, який настільки збільшений, що охоплює його не тільки ззаду і зверху, а переходить на передню поверхню. Тому визначити пальпаторно границі яєчка неможливо.

Інколи визначають різке потовщення сім'яного канатика з вираженою болючістю при пальпації, що може свідчити про його запалення (фунікуліт). Запалення головки статевого члена – баланіт – виникає звичайно одночасно із запаленням внутрішнього листка шкірки – поститом; поєднання цих захворювань носить назву баланопостит. При огляді є значне почервоніння і набряк шкірки, які супроводжуються свербінням, гнійними виділенням з препуціального мішка, інколи – з виразкуванням.

Розширення вен сім'яного канатика буває переважно в дітей і молодих людей у

віці 18-30 років. При цьому огляді в ділянці двох верхніх третин калитки є покручені тяжі, які в запущених випадках нагадують клубки дощових черв'яків (рис. 57).



Рис. 57. Варикозне розширення вен сім'яного канатика. Замітні звивисті і розширені вени на калитці. Ліва половина калитки розташована нижче.

Дослідження жіночих статевих органів

Вагінальне дослідження проводять після випорожнення сечового міхура, в гумових рукавичках, положення хворої на спині зігнутими в кульшових і колінних суглобах ногами і розведеними стегнами. Після розведення статевої щілини і огляду зовнішніх статевих шляхів у піхву вводять вказівний палець правої долоні, звернений до лобкового з'єднання, намагаючись ніжно витиснути вміст назовні для забору мазка з метою вивчення характеру мікробної флори.

Після цього в піхву вводять також середній палець і, просуваючи обидва пальці разом, досягають піхвинної частини шийки матки. Визначають її величину, форму, поверхню, консистенцію, пасивну рухомість, болючість при зміщенні шийки матки і стан маточного зіву.

Симптом болючості (Промптова) при зміщенні матки в сторони, вперед або назад має місце при запаленні очеревини малого таза або біляматкової основи і є важливим для диференціальної діагностики хірургічних захворювань черевної порожнини від захворювань жіночих статевих органів. Досить важливим є вивчення стану переднього, заднього, правого, лівого піхвинних склепінь. При наявності новоутворів, запальних інфільтратів, осумкованих гематом появляються випячування склепіння, часто з розм'якшенням у центрі.

МЕТОДИКА ОБСТЕЖЕННЯ СУДИННОЇ СИСТЕМИ

Топографо-анатомічні дані

До віток висхідної аорти, що відходить від лівого шлуночка серця, належить плечово-головний стовбур, який продовжується в праву підключичну артерію; ліва підключична артерія йде самостійно від дуги аорти. В подальшому підключична артерія зліва і справа переходить у підпахову артерію, продовженням якої є плечова артерія. Від останньої відходить значима глибока артерія плеча. Продовженням за напрямком плечової артерії є променева, яка разом із ліктьовою відходять після ліктьового згину на рівні шийки променевої кістки і дистально обидві віддають вітки для кровопостачання кисті. До віток нисхідної частини аорти належить

загальна здухвинна артерія. Остання ділиться на внутрішню і зовнішню. Внутрішня дає вітки до органів таза, зовнішня починається на рівні крижово-здухвинного з'єднання, проходить вниз до пахової зв'язки і на стегні переходить у стегнову артерію. Стегнова на задній поверхні на 4-5 см нижче пахової зв'язки віддає глибоку артерію стегна. В підколінній ямці стегнова артерія переходить у підколінну і відразу ж поділяється на передню і задню великогомілкові артерії. Від задньої відходить вітка малогомілкової артерії. Основними артеріями стопи являється тильна артерія стопи, що є продовженням передньої великогомілкової артерії. Проходить тильна артерія стопи між сухожилками розгинача великого пальця і черевцем короткого розгинача пальців.

Венозний відтік крові від верхніх кінцівок починається з дрібних вен кисті, що збираються в поверхневі і глибокі вени передпліччя. Глибокі вени супроводжують однойменні артерії, як правило, по дві. Поверхневими або підшкірними венами є латеральна і медіальна вени руки і проміжна вена ліктя. Плечові вени впадають у підпахвову, яка переходить в підключичну, а остання впадає в плечоголовну вену. Продовженням є верхня порожниста вена, що впадає в праве передсердя. Слід пам'ятати, що в венах верхніх кінцівок клапанів немає.

Відтік крові від нижніх кінцівок розпочинається однойменними венами стопи, на гомілці вони формують глибокі і поверхневі вени нижньої кінцівки. Система великої підшкірної вени поширюється по задньо-внутрішній поверхні гомілки і по внутрішній поверхні стегна; система малої підшкірної вени – по зовнішньозадній поверхні гомілки до підколінної ямки. Глибокі вени супроводжують однойменні артерії.

Анатомічною основою виникнення варикозу на нижніх кінцівках є наявність у поверхневої та глибокої венозних систем. Межею між цими двома системами пролягає фасція, що покриває м'язи. Поверхневі вени лежать над фасцією, глибокі – під нею. Сполучення між цими двома системами здійснюється перфорантними венами.

У кожній вені нижньої кінцівки існують клапани, що складаються із дуплікатури інтими і забезпечують кровотік тільки в одному центральному напрямку, як в поверхневих, так і в глибоких венах, а в перфорантних венах кров протікає з поверхні в глибину.

Для підтримання нормального кровообігу в венах нижніх кінцівок необхідні три фактори:

1. Робота лівої половини серця;
2. Скорочення м'язів гомілки, які переміщують кров глибоких вен;
3. Повноцінна функція клапанів, що сприяють руху крові в одному напрямку.

Для поверхневих вен “м'язовий насос” так, як і фасції, не відіграє ніякої ролі.

Глибока і поверхнева вени під пупартовою зв'язкою впадають у зовнішню здухвинну вену, що переходить в загальну здухвинну. Продовженням її є нижня порожниста вена, яка впадає в праве передсердя.

Особливості анамнезу

При зборі анамнезу у хворих із захворюваннями судинної системи слід встановити:

– початок прояву перших ознак захворювання;

- розвиток больових відчуттів (поступовий, раптовий: дуже сильний раптовий біль, блідість ураженої кінцівки, похолодання, парестезія з анемією; порожні вени – характерно для гострого тромбозу артерій;
- чи має місце втомлюваність при ходьбі, відчуття оніміння, повзання мурашок, відчуття “мертвого пальця”, біль у спокої, явища переміжної кульгавості (через скільки кроків під час ходьби хворий вимушений зупинятися через біль у литкових м'язах), що є патогномонічними симптомами облітераційного атеросклерозу судин нижніх кінцівок.

З'ясовується вплив на інтенсивність болю:

- положення кінцівки (опущене, горизонтальне, підняте – останнє з болем у спокої характерне для облітераційного атеросклерозу судин нижніх кінцівок; перехідні ішемічні порушення головного мозку і біль у верхній кінцівці при піднятті її вгору – характерні для синдрому підключичного обкрадання; порушення функції верхньої кінцівки і біль при опусканні вниз мають місце при тромбозі підпахвової і підключичної вен);
- температури повітря (чи мерзнуть кінцівки зимою; блідість пальців кисті під дією холоду і приступоподібний вазомоторний біль характерні при хворобі Рейно);
- фізичної роботи.

Чи буває біль уночі, содоми в литкових м'язах, порушення сну, апетиту, харчування, зв'язок болю з вагітністю.

Спостерігають:

- набряк кінцівок, що збільшується в післяобідній час, свербіння, гіперемія шкіри, біль і контуровані вени – вказують на посттромбофлебітичний синдром нижніх кінцівок;
- парези, паралічі, задишка, серцебиття, біль у ділянці серця, так, як в основі емболічних ускладнень, в більшості випадків лежать серцеві захворювання (пристінковий тромб після інфаркту міокарда, миготіння передсердь і рідше пухлини передсердя). При відкритому овальному вікні в передсердях може відбутися перехресна емболія, коли наявність тромбів у венозній системі може викликати артеріальну емболію. В основі хронічної оклюзії артерій лежать прогресуючі захворювання судин. Тому час появи болю має суттєве значення для діагностики.

Детально проводять опитування про наявність травми: встановлюють її характер (забої, ножове, вогнепальне поранення).

Яке лікування проводили до поступлення в стаціонар, перенесені оперативні втручання (поперекова симпатектомія одностороння, двостороння, пересічення шкірних нервів, резекція артерії, вени, ампутація; бинтування, вприскування склерозуючих розчинів у варікозно розширені вени); чи був хворий на санаторно-курортному лікуванні (скільки разів і де).

Встановлюють перенесені інфекційні хвороби серця, тромбофлебіт глибоких вен, венеричні хвороби, хвороби обміну.

З'ясовують вплив факторів ризику: гіпертонія, діабет, паління, ожиріння, гіперліпідемія, що є причинами хронічного ішемічного синдрому; чи застосовував хворий наркотики, їх кількість; чи вживав алкоголь.

Уточнюють, чи пов'язана робота
відмороженням.

хворого з переохолодженням ніг, та

Чи ускладнювалась варікозна хвороба нижніх кінцівок кровотечами,
тромбофлебітом, екземою, виразками.

Огляд

Проводять в теплому приміщенні. При загальному дослідженні периферичних судин особливу увагу надають вивченню поверхневої венозної системи, починаючи від венозних капілярів на лиці і на носі, які розширюються при алкоголізмі, поліцитемії, апоплектичному стані.

Слід зауважити:

- що розширення вен може проходити в силу розвитку колатерального кровообігу в ділянці шиї, грудної клітки і верхніх кінцівок при стисненні верхньої порожнистої вени (пухлини середостіння) і в ділянці черевної стінки – при стисненні ворітної вени і нижньої порожнистої вени (цироз печінки, пухлини);
- що розширення поверхневих вен, яке проявилось відразу ж після тривалого набряку всієї кінцівки, тобто після тромбозу глибоких вен, має значення для встановлення вторинних (компенсаторних) розширених вен, по яких кров рухається, обминаючи головний венозний стовбур (за типом колатерального кровообігу).

Розширені, звивисті вени із сильним набряком на верхній кінцівці бувають при синдромі Педжета- Шреттера (порушення венозного відтоку від верхньої кінцівки, зв'язаного з тромбозом підключичної чи підпахвової вен). При огляді встановлюють поширеність варикозних вузлів за ходом великої і малої підшкірних вен, за ходом вен живота (рис. 58), (*v. pudenda externa*, *v. epigastrica superficialis*, *v. circumflexa ilei superficialis*) (розширення підшкірних вен в ділянці пупка “голова медузи” буває при портальній гіпертензії) ступінь розширення вен, характер розширень (змієподібний, циліндричний, вузловий, аневризматичний);



Рис. 58а. Варіакозне розширення вен нижніх кінцівок.

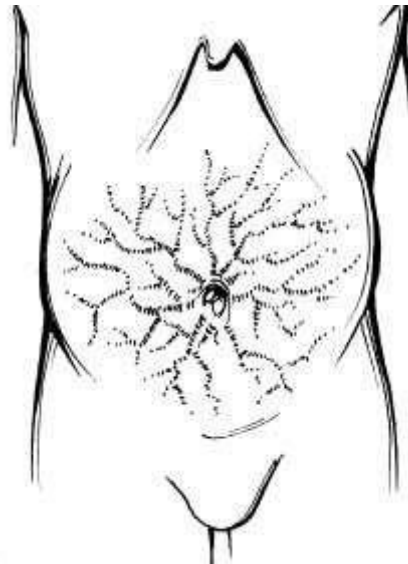


Рис. 58б. “Caput medusae”.

При порівняльному огляді

оцінюють:

– колір (ціаноз із мармуровим відтінком, синюшність, різке збліднення, що при переході кінцівки в вертикальне положення змінюється на багровосинюшний

- колір – при облітераційному атеросклерозі) і блиск шкіри; –
- пігментацію і індурацію шкіри навколо розширених і звивистих вен;
- об'єм кінцівки (ступінь атрофії, набряк);
- набряк і синюшність верхньої кінцівки, й у пізній стадії, венозні колатералі в верхньому відділі грудної клітки – при тромбозі підпахвової і підключичної вен;
- наповнення вен; переповнені вени тилу стопи, біль, розлади чутливості, що буває при глибокому венозному тромбозі;
- пульсацію і видимі межі випинання, стан шкіри в ділянці випинання (ціаноз, екземні зміни, почервоніння, ступінь збліднення шкіри стопи), стан підшкірних вен кінцівки, пульсацію вен. Розширені пульсуючі вени при збільшеному об'ємі кінцівки характерні для артеріо-венозної аневризми;
- дефекти шкіри (садна, виразки на нижньо-внутрішній третині гомілки і некрози на пальцях, струпи); при наявності виразки – точна її локалізація, розміри, вираженість демаркаційної лінії, характер заглиблення, дно, оточуючі тканини.
- стан нігтів (гіпертрофія, потемніння).

Активні рухи

Проводять підняття всієї ноги, досліджують рухи в колінному, гомілковоступневому і міжфалангових суглобах, які порівнюють з такими ж на здоровій кінцівці.

Вивчення активних рухів при аневризмі підколінної артерії в положенні хворого на животі дозволяє спостерігати за змінами розміру випинання підколінної ділянки при згинанні і розгинанні колінного суглоба.

Пальпація

Визначають пульс на периферичних судинах, його характер, ритм, наповнення, напруження, частоту а також стан стінок як артеріальних, так і венозних стовбурів.

Дослідження проводять кінчиками II, III, IV пальців, які розміщують за ходом артерій. Перекочування артерії під пальцями, стискання її до зникнення пульсу дають можливість скласти уяву про ступінь еластичності судини.

Спочатку пальпують вискові артерії і периферичні артерії дистальних відділів кінцівок. У випадку відсутності пульсу послідовно пальпують на протязі відповідні артерії крупнішого калібру з метою виявлення рівня порушення артеріальної прохідності.

Визначають пульсацію артерій тилу стопи, задніх великогомілкових, підколінних, стегнових, пульсацію черевної аорти.

Вивчення пульсації судин нижніх кінцівок поряд з іншими ознаками набуває великого значення не тільки для встановлення діагнозу, але і для вирішення питання про стадію облітераційного захворювання.

Тому обов'язковим при обстеженні є визначення пульсу в названих далі типових місцях проходження артерій.

Ослаблення або відсутність пульсу спостерігають при хронічному ішемічному синдромі нижніх кінцівок.

Одночасно оцінюють стан артеріальних стінок (м'яка, еластична, потовщена, тверда, кальцинована).

Артерії пальпують у точках (рис. 59,60).

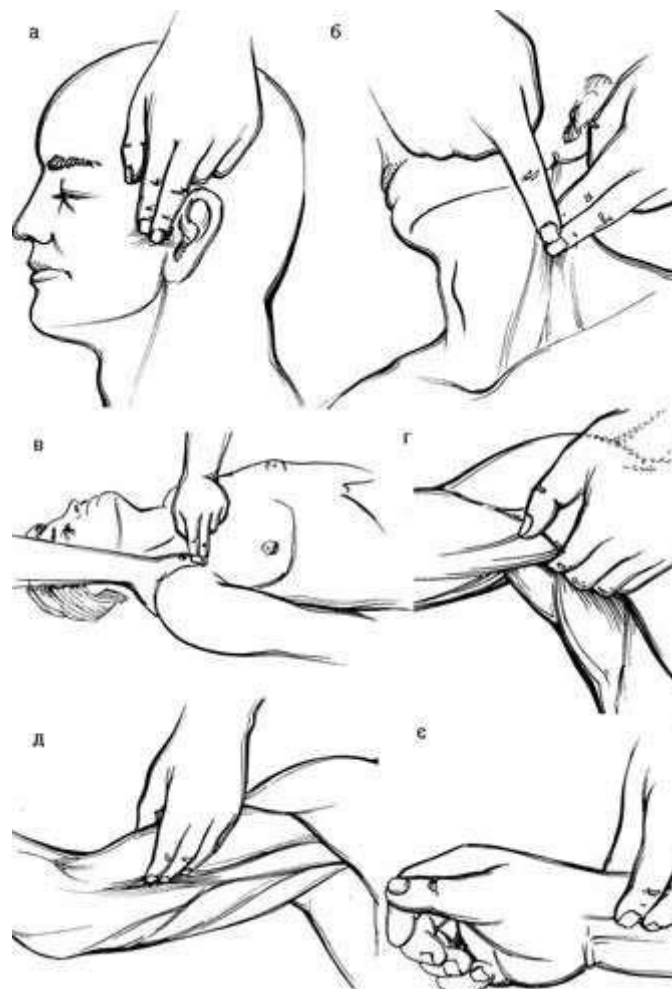


Рис. 59. Пальпація артерій: а– вискової; б – сонної; в – надключичної; г – плечової; д –

підпахвової; е – променевої.

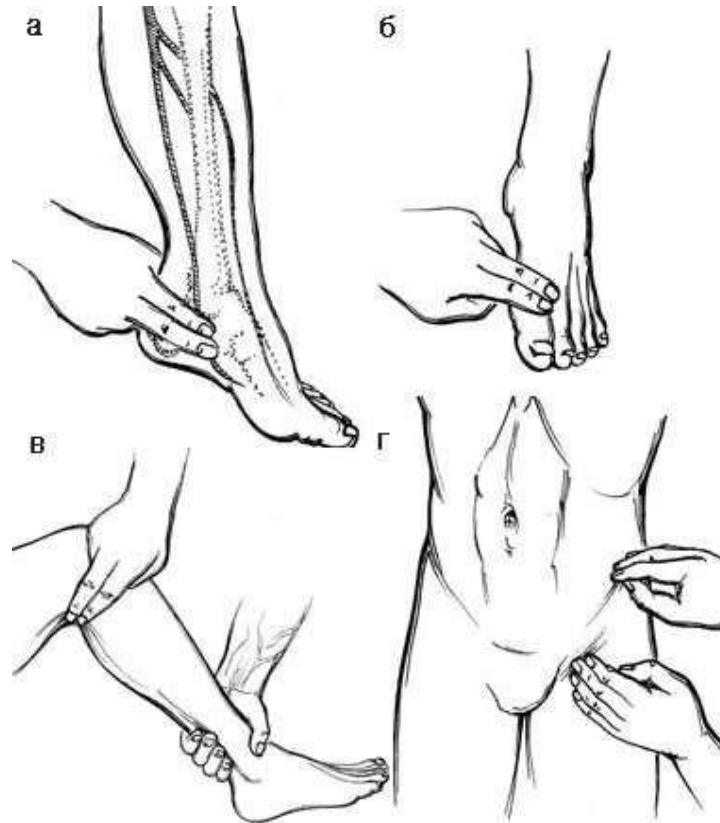


Рис. 60. Пальпація артерій: а – задньої великогомілкової; б – тила стопи; в – підколінної; г – стегнової.

1. Скронева (a. temporalis): на 1 см допереду від вушного завитка на рівні скулової кістки, або в ділянці вискового м'яза.
 2. Сонна артерія (a. carotis communis): по передній поверхні в середній третині грудинно-ключично-соскоподібного м'яза, або біля кута нижньої щелепи.
 3. Надключична (a. subclavia): надключичні ділянки по задніх поверхнях середньої третини ключиць.
 4. Підпахлова (a. axillaris): в підпахвовій ямці на головці плечової кістки при відведеній до горизонтального рівня руки.
 5. Плечова (a. brachialis): у внутрішній ямці двоголового м'яза.
 6. Променева (a. radialis): на променевій стороні променевого згинача кисті на 2-3 см проксимальніше лінії променево-зап'ястного суглоба.
 7. Задня великогомілкова (a. tibialis posterior): між задньо-нижнім краєм внутрішньої кісточки й ахіловим сухожилком.
 8. Артерія тилу стопи (a. dorsalis pedis): між першою і другою плюсневою кістками.
 9. Підколінна (a. poplitea): при глибокій пальпації підколінної ямки при зігнутому під кутом 120° колінному суглобі в положенні хворого животом вниз.
 10. Стегнова (a. femoralis): на 1,5-2 см медіальніше від середини пупартової зв'язки.
- Рівень оклюзії артерії Погранична лінія зниження шкірної чутливості**

Інфраренальний відділ аорти Середина живота

Біфуркація аорти і

Пахова ділянка

здухвинних артерій

Зовнішня здухвинна артерія	Верхній відділ стегна
Загальна стегова артерія	Нижній відділ стегна
Поверхнева стегова артерія	Верхній відділ гомілки Нижній відділ гомілки
Підколінна артерія	гомілки

Зникнення пульсації в зоні ішемії і безпосередньо вище неї спостерігається при гострому ішемічному синдромі. Чутливість в таких випадках спочатку знижується, а в подальшому зникає:

Для визначення характеру пульсації, наявності шумів при аневризмі підколінної артерії другі пальці обох рук розміщують по периферії випинання; слід визначити, чи передається пульсація у всіх напрямках – ексцентрична пульсація або лише в одному – концентрична пульсація. Ексцентричну пульсацію виявляють при аневризмах, концентричну – при організованих гематомах або пухлинах, розміщених щільно до стінки судини:

– пальпацією визначають також консистенцію випинання. За звичай консистенція аневризми – щільно еластична; лише при збільшенні розмірів аневризматичного мішка, зрощення його з шкірою і витонченості стінки, консистенція на обмеженій ділянці стає більш податливою, м'якоеластичною; – при тисненні долонею на аневризматичне вип'ячування останнє вдається значно зменшити в результаті зміщення крові в русло магістральних судин – симптом стиснення; – крім цього, слід пальпаторно визначити межі випинання, пульсацію судин ступні і шкірну температуру периферичного відділу кінцівки.

У подальшому проводять пальпацію стовбурів великої і малої підшкірної вен. Пальпація дає можливість визначити наявність болючих ущільнень за ходом венозних розширень (флебіти), безболючих ущільнених ділянок (венні камені/флеболіти) і жужіння, що вказує на наявність аневризматичних венозних вузлів (*varix aneurysmaticus*).

Слід пропальпувати місця виходу через фасцію неспроможних комунікантних вен у вигляді розширених фасціальних люків. Основні місця розміщення комунікантних вен на 7, 13, 18, 24 см вище і позаду внутрішньої кісточки по лінії Коккета, вище і позаду колінного суглоба в точці Бойда і в нижній третині стегна по лінії Додда, (рис. 61).

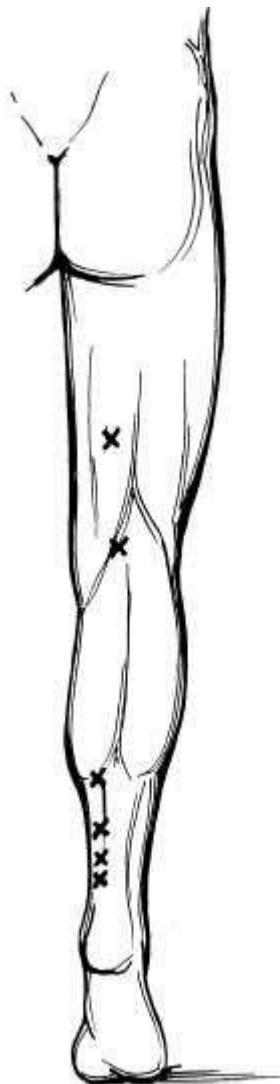


Рис. 61. Основні місця неспроможності комунікаційних вен.

При клапанній остіальній недостатності відчують кашльовий симптом у вені нижче на 2 см пахової складки.

При наявності великої кількості венозних колатералей варто визначити, в якому напрямку рухається кров у розширених венах. Для цього вказівними пальцями витісняють кров із вени на протязі декількох сантиметрів. Потім, спочатку забирають один палець та спостерігають за швидкістю і ступенем наповнення цього відрізка вени, після чого заново витісняють кров і забирають вже другий палець. У напрямку течії крові наповнення буде проходити набагато швидше.

Щільний набряк литкових м'язів, збільшення в об'ємі, синя флегмазія мають місце при гострому тромбозі всіх вен нижньої кінцівки.

Біла флегмазія – здухвинно-стегновий венозний тромбоз. Блідість, болючість із щільним набряком у горизонтальному положенні, блиск шкіри. При опусканні ноги блідий колір переходить в ціаноз, що зумовлено артеріальним спазмом, який вдається довести за відсутністю пульсу на периферії. Даний симптомокомплекс характерний для здухвинно-стегового венозного тромбозу. **Аускультация**

Частіше прослуховують стегові артерії нижче пупартової зв'язки по середній її третині.

Стенози артерій супроводжуються грубим систолічним шумом. У нормі прослуховують слабкий систолічний шум.

При хронічному ішемічному синдромі вимірюють артеріальний тиск на артерії:

хворий лежить на животі, вимірювання проводять почергово з обох боків. Манжетку накладають на нижню третину стегна, тони Короткова прослуховують в медіальній частині підколінної ямки. У нормі на стегнових артеріях тиск вище ніж на плечових: систолічний – на 35-40 мм рт. ст.; діастолічний – на 15-20 мм рт. ст. При атеросклерозі судин нижніх кінцівок тиск понижений.

Аускультация при аневризмі підколінної артерії дозволяє виявити чіткий шум; слід встановити співпадання його з пульсом на променевої артерії, визначити передачу шуму до периферії і до центру, провідність шуму по кістках.

При артеріальній аневризмі прослуховують дуючий систолічний шум, який співпадає з пульсом на променевої артерії; шум передається на задню великогомілкову артерію і артерію тилу стопи. При артеріо-венозній аневризмі прослуховують шум за типом жужання – безперервний з помітним систолічним підсиленням і поширеністю не лише на периферичні судини, але і до центру – на стегнові судини, на серце, а також по кістках. Після притиснення стегнової артерії до горизонтальної частини лобкової кістки шум, який прослуховували в аневризмі, зникає.

Для визначення венозного шуму прослуховують великі шийні вени. Фонендоскоп встановлюють між ніжками правого грудинно-ключичнососкоподібного м'яза відповідно до розміщення яремної вени. Виявлення безперервного шуму, сильніше вираженого при вдиху і повороті голови в лівий бік, свідчить в більшості випадків про малокрів'я.

Судинний шум зворотнього кровотоку при пробі Вальсальви характерний для постромбофлеботичного синдрому нижніх кінцівок.

Проведене клінічне дослідження часто не дозволяє встановити остаточний діагноз, тому слід вдаватись до визначення спеціальних проб та симптомів захворювань і застосувати додаткові інструментальні методи дослідження.

Характерні симптоми

Артеріальна система

1. Симптом підшвенного малокрів'я Гольдфламма. Хворому в лежачому положенні пропонують підняти обидві ноги, випрямлені в колінному суглобі і виконати швидко 10-15 згинально-розгинальних рухів у гомілково-ступневих суглобах. При цьому на хворій нозі, особливо в ділянці підшви, виявляють різке збліднення в зв'язку із зниженням тону судинної стінки. 2. Симптом втомлюваності м'язів Самуельса (видозмінений). хворому пропонують високо піднімати і опускати (не торкаючись ліжка) випрямлену в колінному і зігнуту в гомілковоступневому суглобі ногу до повного втомлення або виникнення болю в ділянці литкового м'яза. Здорова людина може здійснити до 20 і більше таких рухів. При наявності судинних розладів облітераційного атеросклерозу, хворий відчуває втомлюваність і біль вже після 10-12 рухів. Проводять порівняльне дослідження з другою кінцівкою. 3. Симптом Панченко. хворому пропонують у сидячому положенні закинути хвору ногу на здорову і посидіти, не змінюючи цього положення протягом 3-5 хвилин. При наявності облітераційного атеросклерозу виникає відчуття оніміння в стопі закинутої ноги, відчуття повзання мурашок, болю в литкових м'язах, збліднення стопи.

4. Симптом притиснення пальця. один із пальців стопи злегка здавлюють у ділянці кінцевої фаланги протягом короткого часу (5-10с) в передньо-задньому

напрямку. Після припинення тиску залишається збліднення підошовної поверхні пальця, яке у здорової людини швидко змінюється на реактивну гіперемію. При облітераційному атеросклерозі нормальний колір після притиснення поновлюється з певною затримкою. При переважному ураженні судин однієї з нижніх кінцівок цей прийом для порівняльного спостереження зручніше проводити одночасно на обох ступнях.

5. Проба Ратшова для нижніх кінцівок. хворий лежить на спині з розігнутими в кульшовому і колінному суглобах кінцівками. Якщо попросити хворого підняти обидві ноги до кута 45° і робити кругові рухи обома стопами, то стопа з ураженої сторони блідніє раніше, ніж суміжна.

Якщо тепер хворий сяде на край стола і опустить ноги, то на здоровій нозі з'явиться реактивна гіперемія через 5 с і її вени наповняться через 12 с, а хвора стопа залишиться блідою і її вени не наповняться. Якщо в хворій стопі гіперемія виникне тільки через 30 с, то є важке порушення артеріального кровообігу.

6. Способи визначення функції коллатералей. При дослідженні хворого з діагнозом облітераційного атеросклерозу дуже важливо (для вирішення питання про вибір методу лікування) з'ясувати стан коллатералей: а) при наявності пульсу на судинах ступні притискають стегнову артерію і спостерігають за станом кінцівки; якщо не настає збліднення – коллатералі розвинуті достатньо; б) симптом реактивної гіперемії (Московіц) – ногу піднімають на декілька хвилин до настання збліднення, після чого на стегно накладають еластичний бинт або манжетку апарату Ріва-Роччі зі стисненням артеріальних судин на 3 хв. Після зняття бинта або швидкого випускання повітря з манжетки з наданням нозі горизонтального положення спостерігають із секундоміром в руках за поширеністю почервоніння. При нормальному стані судин почервоніння сягає надколінника за 10 с, а до пальців ступні – за 30 с. При облітераційному атеросклерозі порожевіння пальців настає пізніше 30 с, а в занедбаних випадках захворювання – через 10-12 хв. При поширеному тромбозі магістральних судин і недостатності коллатералей порожевіння шкіри сягає лише надколінника.

Визначення стану коллатералей методом реактивної гіперемії має значення для раннього виявлення атеросклерозу, а також для визначення зони повноцінного живлення кінцівки, що може бути критерієм рівня ампутації при наявності відповідних показів.

7. Вимірювання місцевої температури шкірним термометром: для більшої точності слід проводити вимір температури за допомогою штатива, котрий може бути легко виготовлений з дротяної шини; вимірювання повинні проводити суворо на симетричних місцях з їх позначенням на шкірі в один і той же час.

Вимірювання температури нижньої кінцівки можуть проводити також шляхом розміщення хімічного термометра в першому міжпальцевому проміжку.

Найбільш точні дані про температуру тіла отримують при дослідженні термоелектричними приладами.

8. Проба на охолодження: У хворого звільняють гомілку і ступню ураженої кінцівки та негайно проводять вимірювання шкірної температури, через 15 хвилин –

повторне вимірювання. Для порівняння теж саме роблять і на іншій кінцівці. Ця проба ґрунтується на тому, що в нормі у людини температура оголеної кінцівки протягом 15 хв знижується на 1-1,5 оС (при температурі повітря 14-15 оС). При явищах спазму судин та їх частковій або повній облітерації без запальних явищ втрачається здатність судин пристосовуватись до оточуючої температури і шкірна температура знижується на 2-3 оС. Проба на охолодження має значення при початковій формі атеросклерозу, коли ще не виражені характерні симптоми. З іншого боку вона не застосовується у випадках поширеного тромбозу із запальними явищами

(“тепла нога”).

Венозна система

1. Симптом Троянова-Тренделенбурга: хворий знаходиться в лежачому положенні. Нogu піднімають вертикально вгору. Поглажування в проксимальному напрямку сприяє переміщенню венозної крові в стегнову вену. Стовбур великої підшкірної вени стискають у верхній третині стегна і хворому пропонують встати на ноги при подальшому стисненні вени. Якщо після забирання руки відбувається видиме швидке наповнення вен внаслідок зворотнього току крові, симптом вважається позитивним; він вказує на недостатність венних клапанів, особливо остіального, в місці переходу великої підшкірної вени в стегнову. Відсутність зворотнього кровотоку при повільному наповненні вен знизу – симптом від’ємний. У чистому вигляді від’ємний симптом зустрічається рідко, тому, що навіть при первинному розширенні вен має місце відносна недостатність клапанів і симптом стає змішаним. Для полегшення визначення симптому Тренделенбурга можна після підняття нижньої кінцівки накласти в верхній третині стегна тонкий резиновий джгут (з дренажної трубки) з таким розрахунком, щоб провести тільки стиснення підшкірних вен. Джгут закріплюють затискачем, ногу ставлять у горизонтальне положення і перевіряють пульсацію артерій стопи, яка повинна бути збережена (правильність накладання джгута). Хворому пропонують встати на ноги і після деякого спостереження за наповненням вен джгут знімають. При недостатності клапанів видно швидке наповнення вен зверху вниз.

Можна визначити локалізацію неспроможності комунікантних вен, для чого пробу повторюють декілька разів, накладаючи джгут вище і нижче місця найбільшого наповнення вени. Якщо після вставання вена між джгутами заповнюється швидше, ніж вище і нижче джгутів, то неспроможна комунікантна вена знаходиться між джгутами. Коли при повторенні проби знімають джгут із стегна в момент вставання і проходить швидке заповнення вен зверху вниз, то це вказує на неспроможність остіального клапана великої підшкірної вени.

Інколи розширені вени, що спричиняють ряд неприємностей, залишаються непомітними при огляді, в таких випадках слід попередньо шляхом пальпації виявити стовбур великої підшкірної вени і позначити на шкірі її хід розчином бриліантового зеленого. Одночасно з перетисненням вени в верхній третині стегна прикладають до позначеної лінії кінці пальців, які після презупинення стиснення сприймають поштовх зворотнього току крові.

2. Проба Пратта. в лежачому положенні хворого після зпорожнення варікозно-розширених вен у верхній третині стегна накладають резиновий джгут, що стискає велику підшкірну вену. Потім на кінцівку накладають еластичний бинт від пальців до джгута, і хворий стає на ноги. Еластичний бинт знімають, виток за витком. В утворюваному проміжку між джгутом і бинтом в 10-15 см накладають другий еластичний бинт, яким поступово зверху вниз обмотують кінцівку вслід за турами першого бинта. Виникнення напруженого сегмента варікозної вени між двома бинтами свідчить про неспроможність клапанного апарату перфорантної вени, через яку заповнюється з глибокої венозної сітки даний сегмент підшкірної вени.

3. Кашльовий симптом Гакенбруха. при кашлі проходить скорочення діафрагми з деяким зменшенням просвіту нижньої порожнистої вени; зворотня венозна хвиля, що утворюється швидко, передається по загальній і зовнішній здухвинній вені в стегнову, а звідси при недостатності остіального клапана – в основний стовбур великої підшкірної вени; прикладені пальці відчують виражений поштовх.

4. Симптом прохідності глибоких вен Дельбе-Пертеса. хворому, що знаходиться у вертикальному положенні, на верхню третину стегна накладають еластичний бинт, причому стискаються тільки поверхневі вени; після ходьби протягом 2-3 хвилин досліджують стан вен. При наявності достатніх анастомозів з глибокими венами варікозні вузли сплющуються, стають менше напруженими; навпаки, при компенсаторних розширеннях в результаті поганої прохідності глибоких вен (тромбоз стегнової вени) поверхневі вени після накладання бинта не тільки не зменшуються, але і різко набухають. Значення цього симптому полягає в тому, що при вторинних компенсаторних розширеннях підшкірних вен протипоказані оперативні втручання на венах (висічення вен, накладання лігатур).

Артеріо-венозні аневризми

1. Проба Короткова. кінцівка в піднятому положенні забинтовується еластичним бинтом від периферії до центру. Артерію вище аневризми чи безпосередньо в ділянці аневризми перетискають до зникнення пульсу, а на ділянку нижче аневризми накладають манжетку апарату Ріва-Рочі, в яку нагнітають повітря до 180-200 мм рт.ст. Після цього кінцівку опускають, знімають еластичний бинт і, продовжуючи притискувати артерію, постійно знижують тиск, слідкуючи за зміною кольору шкіри в ділянці стопи. У момент прояву порожевіння шкіри, що свідчить про колатеральний кровообіг, на манометрі зазначають цифру кров'яного тиску в колатераліях.

2. Симптом Добровольської. після підрахунку пульсу на променевій артерії і визначення артеріального тиску проводять притиснення привідної артерії аневризматичного мішка, при цьому можна виявити зменшення частоти пульсу на 10-15 поштовхів у хвилину і підвищення тиску на 10-12 мм рт.ст. При проведенні контролю на здоровій кінцівці пульс і тиск залишаються без змін.

Цей симптом свідчить про погіршення роботи серця під впливом завихрень крові, що утворюються в аневризматичному мішку при артеріо-венозній аневризмі

підколінної артерії.

Інструментальні та апаратні методи діагностики

Тепловізорна діагностика – реєстрація інфрачервоного випромінення шкірної поверхні.

Капіляроскопія – спостереження під мікроскопом за формою, довжиною і шириною капілярів. Визначає індекс відкритих капілярів.

Об'ємна сфігмографія – графічно реєструє пульсові коливання артерій і об'єм тканин кінцівки за допомогою пневматичної манжетки в 4-х точках.

Артеріальна осцілографія – графічний запис коливань стінки магістральних судин.

Реовазографія – основана на реєстрації коливань електричного опору тканин, що змінюється залежно від кровонаповнення кінцівки.

Імпедансна оклюзійна плетизмографія – основана на тому, що зміна об'єму венозної крові в нижній кінцівці призводить до зміни електричного опору, який реєструють графічно.

Флебومانометрія – визначення тиску в глибоких венах. На гомілку накладають еластичний бинт до стиснення підшкірних вен, пунктують одну із вен тилу стопи і голку з'єднують з манометром.

Ангіографія

1. Пункційна артеріографія – контрастна речовина вводиться безпосередньо в одну з периферичних артерій (стегнову, плечову);
2. Аортоартеріографія за Сельдінгером – в аорту ретроградно через стегнову чи плечову артерію проводять спеціальний рентгеноконтрастний зонд, нагнітають через нього контрастну речовину і отримують серію знімків;
3. Транслюмбальна аортографія – аорту пунктують спеціальною голкою на рівні XII грудного і I поперекового хребців, вводять контрастну речовину і виконують рентгенівські знімки.

Трансфеморальна ангіографія в 2-х проекціях з наступною селективною целіакографією.

Ультразвукова флуометрія – основана на ефекті Доплера і полягає в реєстрації пучка ультразвукових коливань, відбитих від поверхні крові, що протікає в судині. Дозволяє визначити лінійну швидкість кровотоку, встановити локалізацію закупорки і визначити ступінь прохідності магістральних судин нижче оклюзії. (Ультразвуковий датчик, що складається з двох п'єзоелектричних кристалів, рухається по шкірі хворого в проекції локаційованих судин. При цьому один кристал посиляє ультразвуковий сигнал в тканини, а інший приймає відбиту хвилю від протікаючої крові. Частота відбиття сигналу від крові змінюється від швидкості її руху).

Радіоіндукційна флебографія з використанням міченого фібриногену, дозволяє визначити ранні венозні тромбози.

Визначення тканинного кровотоку за кліренсом радіоактивного ^{133}Xe та за кліренсом водню за Л.Я. Ковальчуком.

МЕТОДИКА ОБСТЕЖЕННЯ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ

При розпитуванні, крім скарг, якщо стан потерпілого дозволяє, то в нього з'ясовують: звідки, коли і яким транспортом він доставлений, скільки часу минуло з

моменту травми, чи були травми раніше, з'ясовують характер травми (вулична, виробнича, залізнична, побутова, спортивна тощо). Треба визначити обставини травмування, механізм пошкодження, чи була втрата свідомості і на який час, яку було надано допомогу до того, як потерпілого доставлено в стаціонар.

Надалі переходять до об'єктивного обстеження з використанням загальних клінічних методів. **Огляд**

Слід обов'язково порівняти будову і форму симетричних частин тіла – хворе місце із симетричною неураженою ділянкою. Візуально визначають положення, форму, рухомість тіла та кінцівок, стан м'язових тканин (набряк), вираженість і симетричність шкірних складок, контури суглобів, направленість осі органа тощо.

Усіх хворих, за виключенням важких, необхідно оглядати як в горизонтальному, так і у вертикальному положенні. Це дуже важливо при захворюваннях нижніх кінцівок, хребта та ряду інших патологій. За положенням частин тіла можна не тільки визначити характер захворюваності, але й судити про тривалість та ступінь важкості патології. При огляді шкіри і слизових оболонок звертають увагу на блідість або гіперемію шкіри, її вологість чи сухість, наявність травматичних ушкоджень: ран, синців, осаднінь, їх локалізацію, розміри, забарвлення тощо. Також звертають увагу на ступінь розвитку м'язових тканин загалом та в окремих місцях, виявляючи наявність атрофії або гіпертрофії м'язів, контрактур, судомних посмикувань окремих м'язових груп. Про ступінь розвитку м'язів судять за їх об'ємом та рельєфністю на симетричних ділянках. Послідовно оглядають всі суглоби верхніх та нижніх кінцівок, звертаючи увагу на положення кінцівок, їх розміри і форму (контури), а також на стан шкіри. Крім того, визначають об'єм активних рухів у суглобах.

Функцію суглобів можна орієнтовно визначити, попросивши хворого встати із стільця, пройти декілька кроків, присісти навшпиньки, зігнути руки в ліктьових суглобах і підняти їх догори, стиснути кисті в кулаки, підняти будьякий предмет з підлоги та виконати інші рухи. При наявності вираженої патології в тому чи іншому суглобі слід попросити хворого продемонструвати максимально можливі рухи в ньому.

Дуже важливо при огляді встановити зміни положення кінцівки відносно осі. У нормі вісь нижньої кінцівки проходить від передньо-верхньої осі клубової кістки через надколінник і проміжок між I та II пальцями стопи. Віссю руки є лінія, що проходить через центр головки плечової кістки, головки променевої і ліктьової кісток (рис. 62).

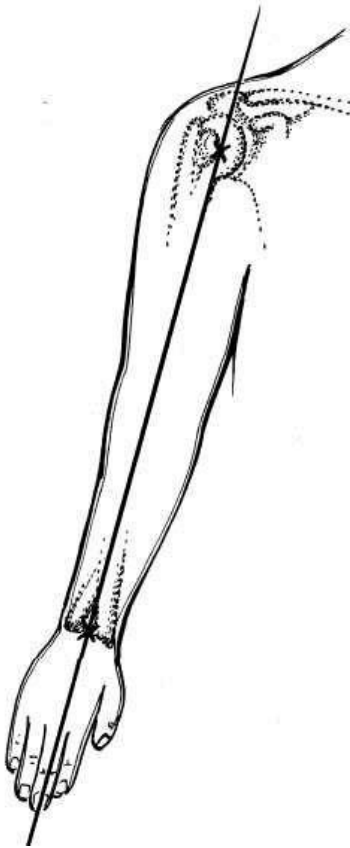


Рис. 62. Вісь верхньої кінцівки.

Відхилення кінцівки від осі можуть бути всередину або назовні з утворенням кута. Залежно від цього розрізняють вальгусну деформацію (кут відкритий назовні) та варусну (кут відкритий всередину). Наприклад, відхилення гомілки в колінному суглобі назовні від нормальної осі називається *genu valgum*, відхилення всередину – *genu varum*. Викривлення гомілки назовні і всередину на протязі діяфізу називається *crus valgus* s. *crus varum* те ж саме викривлення в інших сегментах – *humerus valgus*, *humerus varum*, *femur valgum*, *femur varum* (рис. 63).



Рис. 63. деформація нижніх кінцівок: а – варусна; б – вальгусна.

Вісь верхньої та нижньої кінцівки змінюється при переломах, вивихах, неправильно консолидованих переломах кісток, анкілозах. Зміна осі може бути

природженого характеру або при викривленні кісток при їх захворюваннях (рахіт, остеомієліт, сифіліс, туберкульоз).

Огляд дозволяє встановити зміни пошкодженого органа – наявність травм шкіри та слизових оболонок, зглаженість контурів суглоба при артрозах чи гемартрозі, припухлість при гематомі м'яких тканин, деформацію кінцівок або зміну їх довжини при переломах і вивихах тощо.

Пальпація

Пальпація є наступним етапом обстеження, яким доповнюють дані, отримані при огляді. Методом пальпації визначають зміни місцевої температури, болючість, товщину шкірної складки, тургор, флюктуацію, положення суглобових кінців, кісткові орієнтири, хруст і крепітацію в суглобах і сухожилках, патологічну рухомість, яка виникає в ділянці перелому кістки. Пальпують м'язи з натисканням на них і захопленням їх пальцями у складку в ділянці обстеження одночасно, виконуючи пасивні рухи по черзі у всіх сусідніх суглобах. При цьому отримують відомості про еластичність м'язів і ступінь їх напруги (м'язовий тонус), виявляють ділянки ущільнень та болючості, що свідчить про їх запальне ураження (міозит, дерматоміозит, трихінельоз). Вогнища кам'янистої щільності в товщі м'язів виникають при відкладенні солей кальцію (оссифікація), що характерно для гіперпаратиреозу і токсоплазмозу. Слід пам'ятати, що біль у м'язах нерідко з'являється при таких інфекційних захворюваннях, як лептоспіроз, бруцельоз, туляремія, тиф. Пальпація дозволяє визначити дефект тканин у вигляді западання (при розриві м'язів, сухожилків). Розрив двоголового м'яза плеча супроводжується характерним западанням м'яза і зміною його конфігурації при скороченні, при напруженні литкового м'яза визначають западання в ділянці ахілового сухожилка при його розриві тощо.

При наявності запальних процесів у сухожилкових піхвах (тендовагініти) і нашаруванні фібрину відчують особливий тріск (крепітацію) під час згинально-розгинальних рухів у зоні уражених пальцевих суглобів.

При переломах трубчастих кісток відчують чітку крепітацію внаслідок тертя кісткових уламків один до другого. Пергаментний хруст спостерігають при центральних кісткових кістах, мієлогенних саркомах і фібринозному оститі, якщо натиснути на стончену пластинку коркової речовини кістки. Важливу інформацію можна отримати у випадках вивихів суглобів, коли вдається пропальпувати суглобові поверхні травмованого суглоба, які в нормі не визначаються. Крім того, зміна контурів суглоба, та симптом "пружної фіксації" (кінцівка займає попереднє вимушене положення при пасивних рухах) дозволяють встановити діагноз вивиху (рис.64).

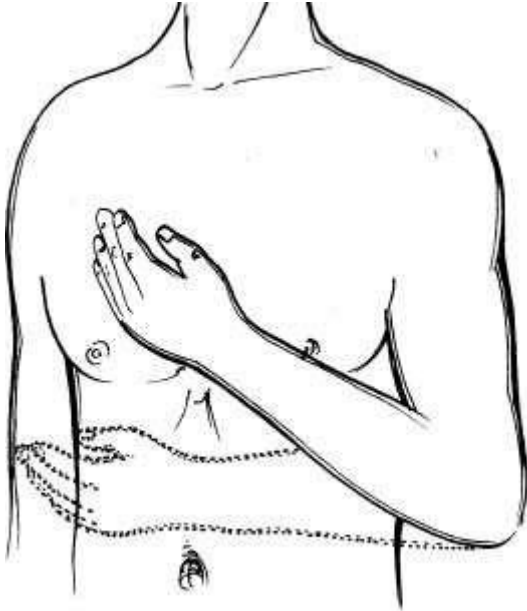


Рис. 64. Симптом “пружної фіксації” при вивиху в ліктьовому суглобі.

У ряді випадків пальпаторно вдається визначити місце перелому за симптомом “патологічної рухомості”, та пропальпувати кісткові уламки.

При дослідженні ураженого суглоба в цілому пальпують суглобову щілину, сухожилки і синовіальні сумки, визначаючи таким чином наявність болючості та інші патологічні симптоми. Так при накопиченні надлишкової кількості рідини в порожнині суглоба можна виявити симптом флюктуації (артрити, гемартроз). Тильною поверхнею кисті визначають температуру шкіри над ураженим суглобом, на суміжних з ним ділянках кінцівки і над симетричним суглобом іншої кінцівки. Після цього, притримуючи однією рукою суглоб, другою проводять у ньому рухи у всіх можливих площинах, що дозволяє визначити амплітуду пасивних рухів, виявити надмірне перерозгинання, гіпермобільність або не властиві для даного суглоба рухи (нестабільність), а також наявність хрусту та крепітації.

Надмірна припухлість у ділянці одного із суглобів може виникати внаслідок запалення або травматичного ураження сухожилка, його піхви або синовіальної сумки (периартрит), а також при пухлинах кістки, хрящової частини чи м'яких суглобових тканин. Для періартрити характерна локальна болючість у ділянці суглоба, інколи в поєднанні з гіперемією і гіпертермією шкіри над ураженою ділянкою.

Ураження сухожилків (тендосиновіїт) призводить до обмеження тільки тих активних рухів, в яких приймає участь даний сухожилок, причому вони інколи супроводжуються характерними “клацаючими” звуками. Водночас, інші активні та пасивні рухи в даному суглобі зберігаються в повному об'ємі. При ураженні периферичного нерва або окремих м'язів активні рухи можуть бути обмежені тільки в певних площинах.

Нестабільність суглобів і їх надлишкова рухомість можуть бути викликані розривом сухожилків, змінами суглобової капсули, порушенням конгруентності суглобових поверхонь внаслідок руйнування хряща. Гіпермобільності суглобів спричиняє також слабкість зв'язкового апарату.

Для визначення больових точок при ураженнях кісткової тканини пальпацію доцільно виконувати не всією кистю, а одним пальцем вздовж кістки, починаючи з

неушкодженої ділянки в напрямку до місця захворювання. Локальна болючість є суттєвою ознакою ураження кістки, особливо при переломах, без клінічно вираженого зміщення відломків. Іншим методом встановлення локальної болючості в зоні перелому є навантаження по осі – легке натискання або постукування перпендикулярно до осі кінцівки або тіла (рис. 65).



Рис. 65. Осьове навантаження плечової кістки.

Перкусія та аускультация

Перкусія та аускультация органів опорно-рухового апарату мають менше значення ніж при дослідженні внутрішніх органів. Однак, завдяки їм можна отримати деякі додаткові дані. Перкуторно можна встановити місце найбільшої локальної болючості, проводячи поверхневу перкусію від здорових тканин до місця ураження.

Метод місцевого прослуховування в окремих випадках (внутрішньосуглобові ураження, переломи довгих трубчастих кісток, аневризми) може бути використаний для отримання додаткових діагностичних даних, наприклад, для визначення крепітації.

При переломах виявляють також порушення провідності звуку по кістці. Для цього при обстеженні нижніх кінцівок стетофонендоскоп встановлюють на ділянку симфізу, верхніх – на ділянку рукоятки грудини. Наносять легкий удар пальцями в зоні кісткових виступів обох кінцівок. На боці ураження, нижче місця перелому, інтенсивність звуку різко знижена або звук відсутній. Після зрощування переломів звукова провідність відновлюється.

Важливе місце в обстеженні захворювань опорно-рухового апарату займають вимірювання довжини та об'єму частин тіла, а також визначення рухомості в суглобах. Такі заміри проводять як на ураженій кінцівці, так і на здоровій. Отримані результати порівнюють.

Вимірювання довжини можна проводити на око, шляхом співставлення симетричних ділянок тіла, сегментів та симетрично розташованих кісткових виступів. Для цього хворого кладуть на спину, симетрично розташовуючи кінцівки, і порівнюють топографію кісткових виступів – передніх здухвинних остей, великих

вертелів, надколінників, котиків відносно один до одного. Невідповідність вказаних виступів свідчить про вкорочення кінцівки, залежно від зміни положення вертелів, надколінників, котиків визначають причини вкорочення за рахунок стегна або гомілки.

Довжину верхньої кінцівки також порівнюють за симетричним розташуванням кісткових виступів у положенні хворого “руки по швах”.

Більш точні дані дає симетричне вимірювання довжини кінцівки сантиметровою стрічкою. Довжину нижньої кінцівки визначають від передньої верхньої осі здухвинної кістки до медіального котика (відносна довжина), від великого вертела до медіального котика (абсолютна довжина), довжину стегна – від великого вертела до суглобової щілини коліна, довжину гомілки – від колінного суглоба до латерального котика. Для верхньої кінцівки виміри проводять: довжина верхньої кінцівки – від акроміального кінця ключиці до кінчика ІІІ пальця; для плеча – від акроміального кінця ключиці до ліктьового відростка і для передпліччя – від ліктьового відростка до шилоподібного відростка променевої кістки (рис. 66, 67).

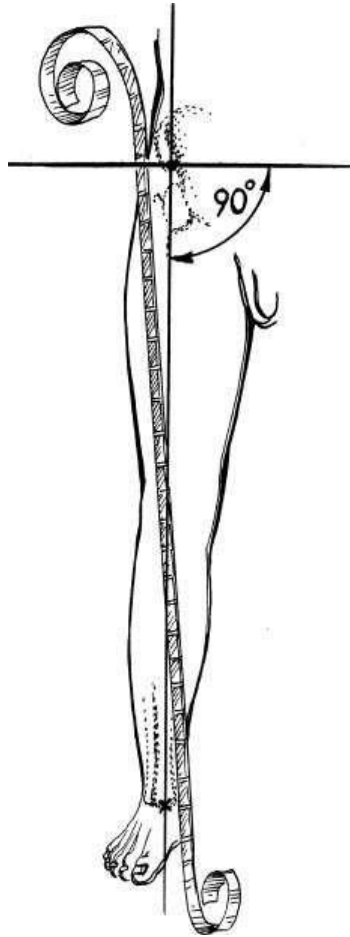


Рис. 66. Вимірювання довжини нижньої кінцівки.

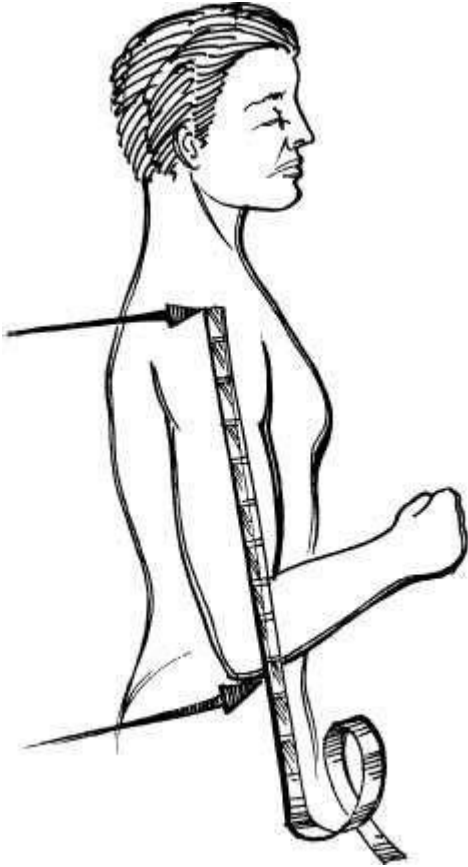


Рис. 67. Вимірювання довжини плеча.

Об'єм кінцівок вимірюють на однакових рівнях симетричних відділів кінцівок відносно сталих кісткових орієнтирів. Різниця в об'ємі кінцівки у хворих, які перенесли травму або захворювання опорно-рухового апарату, вказує на збільшення об'єму за рахунок набряку, гематоми, крововиливу, зміщення кісткових уламків (рис.68).

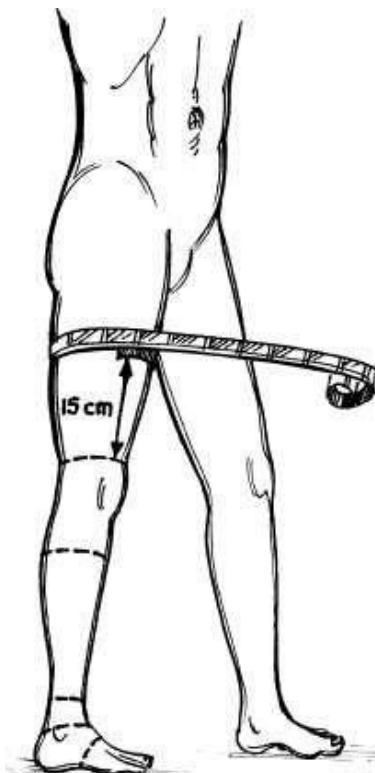


Рис. 68. Вимірювання об'єму стегна.

При дослідженні визначають м'язову силу за здатністю хворого спричиняти активний опір пасивним рухам, які проводяться м'язами (згинання або розгинання кінцівки), або навпаки, за здатністю хворого проводити активні рухи в суглобі, переборюючи опір, який створюється рукою лікаря. Відчуття лікаря дають йому змогу порівняти силу симетричних м'язів. Більш точні об'єктивні дані отримують при дослідженні сили м'язів за допомогою динамометра.

Визначення об'єму рухів у суглобах починають зі встановлення активних рухів, які може виконати сам хворий. Можливість виконання пасивних рухів перевіряє лікар. При цьому встановлює факт відсутності активних чи пасивних рухів, їх обмеженість та болючість. Більш об'єктивною є інформація, отримана при вимірюванні рухів за допомогою спеціального пристрою – кутоміра. Стрілка приладу, рухаючись по транспортиру, вказує об'єм рухів у суглобі в градусах (рис.69). Результати порівнюють із здоровою кінцівкою, а також із середніми показниками здорової людини такого ж віку та статі.

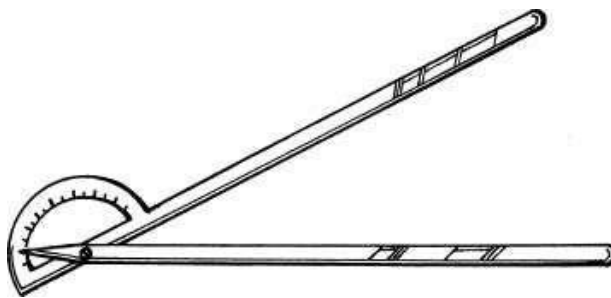


Рис. 69. Кутомір Скліфасовського.

Вихідним положенням для плечового суглоба є вільне звисання кінцівки вздовж тулуба, для ліктьового, променевоzap'ясного, суглобів китиці – стан повного розгинання в суглобах під кутом 180° . Для кульшового і колінного суглобів нормальний кут положення – 180° при вертикальному положенні тіла, для гомілковоступневого суглобу – 90° до осі гомілки (нейтрально-нульовий метод) (рис.70).

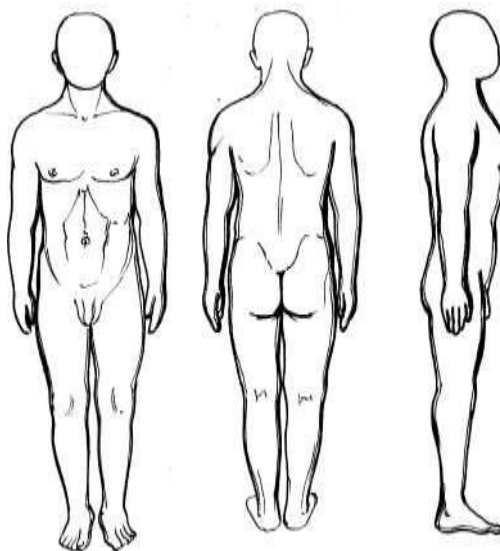


Рис. 70. Нейтрально-нульовий метод для визначення функції суглобів: нульове положення суглобів в прямій та боковій проекціях.

Для вимірів рухів у плечовому та кульшовому суглобах одну браншу встановлюють по довжині тіла, а іншу переміщують з рухами кінцівки, виконуючи згинання та відведення. Для вимірів рухів в інших суглобах одну браншу кутоміра

встановлюють вздовж осі дистального відділу, а іншу – проксимального відділу кінцівки так, щоб шарнір кутоміра був на рівні суглобової щілини (рис.71).



Рис. 71. Визначення кута згинання в кульшовому суглобі за допомогою кутоміра.

За відхилення бранші з дистальним відділом кінцівки визначають транспортиром кут руху в суглобах. Використовуючи спеціальні кутоміри, можна визначити інші види рухів у суглобах: обертів, відведення тощо. Обмеження об'єму рухів у суглобах можуть носити різний характер: від повної нерухомості (анкілоз) до обмеження рухів (контрактура).

Анкілоз може бути кістковим внаслідок зрощення між собою кісток, які утворюють суглоб, або внаслідок утворення фіброзних зрощень між суглобовими поверхнями (фіброзний анкілоз). Нерухомість у суглобах можлива при склерозуванні та кальцифікації оточуючих суглоб м'яких тканин (позасуглобовий анкілоз).

Найчастішими причинами контрактури вважаються: переродження м'язів, розлади інервації, а при вивиху – порушення анатомічного співвідношення суглобових поверхонь і спастичного скорочення м'язів.

Клінічне обстеження пацієнта із захворюваннями або травмами опорнорухового апарату слід доповнювати обов'язковим обстеженням судинної та периферичної нервової систем на боці ураження з метою визначення втягнення її в патологічний процес. Недооцінка стану судинного русла та периферичної нервової системи в ряді випадків може призвести до діагностичних помилок і значно вплинути на результати лікування даного контингенту хворих.

Для уточнення діагнозу у хворих із захворюваннями опорно-рухового апарату використовують такі інструментальні методи дослідження: пункцію м'язових тканин та суглобів, рентгенологічні методи, комп'ютерну томографію, реовазографію, осцилографію, електроміографію тощо.

У даному розділі ми розглянули лише загальні принципи обстеження опорнорухового апарату. Спеціальні прийоми дослідження окремих суглобів, грудної клітки, хребта вивчаються на курсі ортопедії та травматології.

III. ЛОКАЛЬНЕ ОБСТЕЖЕННЯ ХІРУРГІЧНОГО ХВОРОГО ПРИ ДЕЯКИХ ПАТОЛОГІЧНИХ СТАНАХ

Методика обстеження хворих з гнійно-запальними процесами м'яких тканин

Анатомо-фізіологічні особливості

Запалення – філогенетично вироблена форма реакції живих організмів на пошкодження. Вираженість запальної реакції і розповсюдженість її залежать від ступеня пошкодження й об'єму пошкоджених тканин та не залежать від характеру причини пошкодження. Реакція живої тканини на механічні, термічні, хімічні та інші можливі пошкодження буде однаковою і, таким чином, неспецифічною.

Розвиток запалення тісно пов'язаний з реактивністю організму як єдиного цілого. Опірність організму впливає на інтенсивність запалення. З іншого боку, запалення впливає на стан реактивності. Більш чи менш обширне запалення супроводжується у людини гарячкою, лейкоцитозом та іншими змінами реактивності.

Напрямок розповсюдження гнійного процесу може бути різним. Інколи він охоплює тільки поверхнево розташовані тканини на обмеженій ділянці (абсцес, фурункул, карбункул). Захоплення глибших тканин на значному протязі призводить до утворення обширних м'язових та міжм'язових флегмон. Гнійне запалення підшкірної основи дає картину розповсюдженої епіфасціальної флегмони з відшаруванням і руйнуванням значних ділянок шкіри. Результатом місцевої реакції організму на гнійну мікрофлору є розвиток захисних бар'єрів. Першим за часом утворюється лейкоцитарний вал, який обмежує джерело гнійника від внутрішнього середовища організму. Бар'єрами є також лімфатичні судини і лімфатичні вузли. У поєднанні з розвитком тканинної реакції навколо гнійного джерела і розмноження клітин сполучної тканини утворюється грануляційний вал, який ще надійніше відмежовує вогнище запалення.

При тривалому існуванні відмежованого гнійного процесу з оточуючого його грануляційного валу утворюється щільна піогенна оболонка, яка служить перешкодою до розповсюдження мікрофлори.

Наявність високовірулентної мікрофлори і слаба реакція організму сповільнюють організацію захисних бар'єрів, що нерідко призводить до прориву мікробів через лімфатичні шляхи (судини, вузли) в кровоносне русло.

У цих випадках розвивається загальна гнійна інфекція (сепсис).

Особливості скарг та анамнезу

Найбільш постійною скаргою при гнійно-запальних процесах м'яких тканин є біль (dolor) в місці ураження. Не дивлячись на те, що відчуття болю носить чисто суб'єктивний характер, ступінь вираженості його, як правило, знаходиться в прямій залежності від активності запального процесу. Відчуття болю пов'язане з подразненням нервових закінчень у вогнищі запалення. Спонтанне стихання болю при наростаючій картині запалення пов'язане з некрозом тканин і разом із ними нервових закінчень. Як правило, біль буває постійним, але при деяких захворюваннях він має особливі ознаки, наприклад, пульсуючий біль в опущеній руці при панариції.

Почервоніння шкіри (rubor) в місці ураження – не є постійною ознакою, залежить від стадії та від глибини розташування запального процесу.

Часто турбує припухлість (tumor) ураженої ділянки. Пацієнти можуть пред'являти скарги на наявність гнійника в тій чи іншій ділянці тіла, появу гнійних виділень при самовільному його розкритті.

Крім того, можуть бути наявні скарги на загальні розлади організму – загальну слабкість, розбитість, лихоманку, підвищення температури тіла. Можуть спостерігатись блювота, головний біль тощо.

При описуванні історії даного захворювання слід уточнити час появи перших ознак захворювання і розвиток його до теперішнього часу, що вважає пацієнт причиною даного патологічного процесу. Поштовхом до захворювання можуть бути різні ушкодження: а) механічні (розчухи, рана), в тому числі недостатня гігієна тіла, забруднення шкіри машинним маслом, вапном, пилинками вугілля, б) фізичні: термічні (опік); барергічні (кровососні банки); променеві (ультрафіолетові промені, теплові промені, іонізуюча радіація); в) хімічні (дія кислот, лугів та інших хімічних подразників); г) біологічні (інвазія патогенної флори).

Потрібно також з'ясувати, яке лікування проводилось раніше і якими були його результати.

В анамнезі життя слід особливу увагу звернути на з'ясування стану загальносанітарних, виробничих і побутових умов, раціональність і повноцінність харчування, наявність супутніх захворювань (цукровий діабет, анемія, захворювання шкіри). Необхідно уточнити алергологічний анамнез, як хворий переносив у минулому лікування антибактеріальними препаратами (в першу чергу антибіотиками).

Об'єктивне обстеження хворого.

Особливості оцінки загального стану.

Загальний стан хворого залежить від стану реактивності організму, визначається також кількістю бактеріальних токсинів і продуктів розпаду тканин, що проникли в організм із джерела мікробного обсіменіння та може залежати від виду збудника, який викликав запалення. Вірулентні мікроби, виділяючи сильні токсини, звичайно викликають виражену загальну реакцію аж до ендотоксикозу. Клінічні прояви її: гарячка, затьмарення, а інколи і втрата свідомості, головний біль, нездужання, почашення пульсу, порушення функції печінки і нирок. Температура тіла може досягати 40 °C, інколи з'являються повторні сильні озноби, знижується апетит, з'являються закрепи. Нерідко виявляють іктеричність склер, збільшення печінки, селезінки. При гіперергічній загальній реакції організму на гнійну інтоксикацію вищеперераховані симптоми яскраво виражені, а у хворих з нормергічною та гіпоергічною реакцією вони помірні або взагалі не проявляються.

Загальна реакція організму при гнійному захворюванні дає клінічну картину, подібну до сепсису та деяких інфекційних захворювань (тиф, бруцельоз тощо), тому, такі хворі потребують уважного клінічного обстеження для виявлення первинного джерела і вхідних воріт інфекції. У хворих з вираженою клінікою ендотоксикозу насамперед потрібно виключити інфекційне захворювання і розвиток сепсису. Відсутність клінічного покращення після хірургічного розкриття первинного вогнища гнійного процесу нерідко може бути зумовлена саме цим ускладненням.

Таким чином, загальний стан хворого можна оцінювати як задовільний, середньої

важкості, важкий.

Температура тіла – субфебрильна (37-38 0C), помірно підвищена (38-39 0C) і висока (39-40 0C) переважно постійного типу.

Визначають почашення пульсу і дихання, в важких випадках – падіння артеріального тиску.

При глибокій пальпації органів черевної порожнини можливе виявлення збільшення печінки, селезінки. Місце захворювання (*Locus morbi*).

Огляд Виявляють такі місцеві клінічні ознаки:

а) порушення функції ураженої ділянки (*functio laesa*) – вимушене положення або обмеження рухів;

б) почервоніння (*rubor*) – виникає внаслідок гіперемії, зумовленої збільшенням кровонаповнення даної ділянки. Гіперемія не має чітких меж із здоровою шкірою, на відміну від випадку еритематозної форми бешихи, коли почервоніння патологічної ділянки є чітко окресленим;

в) припухлість (*tumor*) – чітко виражена морфологічна ознака. Одночасно з припухлістю значно збільшується напруженість шкіри в місці запалення;

г) наявність гнійника в тій чи іншій ділянці тіла. Часто по самому вигляду і локалізації гнійника можна поставити вірний діагноз. Так, для фурункула характерно почервоніння в ділянці волосяного мішечка з подальшим утворенням некротичного стержня; при фурункульозі спостерігають множинні фурункули на різних ділянках тіла; при карбункулі на фоні інфільтрованої багрово-червоної шкіри візуалізують множинні гнійні вершечки; при гідраденіті (запаленні потових залоз) – локалізується переважно у пахвових ділянках, виявляють поодинокі або множинні ущільнення з гіперемією шкіри над ними. Ці утвори підвищуються над оточуючими тканинами, гнійний стержень відсутній;

д) місцевою клінічною ознакою прогресуючого гнійного запалення є смуга гіперемії на шкірі за ходом лімфатичних судин (лімфангоїт);

е) деколи при загальному огляді виявляють збільшення лімфатичних вузлів (лімфаденіт). Гіперемії шкіри над лімфовузлами часто не буває;

ж) при анаеробній клостридіальній інфекції при огляді виявляють набряк, блідість шкіри, синьо-багрові плями і смуги, швидке наростання набряку, що підтверджується “симптомом лігатури”: зав’язана навколо кінцівки лігатура швидко врізається в шкіру;

з) наявність патологічних виділень з рани або гнійника, який самовільно розкрився.

Виділення можуть мати серозний, гнійний, геморагічний та змішаний (серозногнійний) характер. Синьо-зелений колір виділень свідчить про наявність угною синьогнійної палички. Жовтий, білий гній спостерігають при стафілококових інфекціях, зелений – при запальному процесі, який викликаний зеленящим стрептококом, брудно-сірий гній з неприємним запахом спостерігають при кишковій флорі, вульгарному протей. Постійна ознака гнилісного розпаду тканин – поява специфічного запаху з різними відтінками, зумовленими характером збудника: запах м’яса, що гние, спостерігають при розвитку в рані *Cl. sporogeneus*. Запах гнилі, плісіні, з’являється при розвитку в рані фузоспірохетозної групи збудників. При бактероїдній етіології неклостридіальної анаеробної інфекції (НАІ) з рани, розкритих абсцесу чи флегмони, відчувають неприємний іхорозний,

солодкуватий запах. Виявляють набряк шкіри і підшкірної клітковини по краю патологічного вогнища, гіперемія не виражена, переважно спостерігають ціаноз. Якщо гнійник розташований під шкірою чи покритий струпом, то при спробі пункції, як правило, гною не отримуємо. Після оперативного розкриття вогнища хірург бачить некротичний зловонний детрит, який складається (залежно від глибини розповсюдження процесу) з уражених шкіри, підшкірної основи, фасцій, апоневрозу та м'язів.

Характерний і тип інвазії НАІ. Якщо в центрі вогнища процес проникає в основному в глибину тканин, то за периферією він бурхливо розповсюджується по міжфасціальних просторах і м'язах. Межі локалізації некрозу значно ширші за візуальні зміни на шкірі. У центрі гнійника болючість відсутня, пальпаторно вона визначається лише на периферії. Колір уражених тканин і ексудату від брудно-сірого до коричневого з крапельками жиру, обривками м'язових і фасціальних волокон. Як правило, уражені тканини не кровоточать, легко розриваються, тягнуться, скальпель у них “провалюється”.

Пальпація

Даним методом обстеження визначають: наявність набряку, болючості, місцевого підвищення шкірної температури, форму і межі інфільтрату, його консистенцію, наявність флюктуації. Можливе визначення крепітації при наявності клостридіальної інфекції.

Наявність набряку визначають натисканням пальцем у ділянці інфільтрату. При цьому спостерігають утворення помітної “ямки”, яка не відразу згладжується.

Болючість у ділянці запалення можна виявити, як при натисканні пальцем, так і при пальпації патологічного джерела.

Підвищення місцевої шкірної температури визначають прикладанням долонної поверхні пальців до місця припухлості (порівняно із здоровою стороною).

За допомогою даного методу встановлюють точні пальпаторні межі інфільтрату, його консистенція, яка може бути м'якою, щільною, щільно- або м'якоеластичною. При щільному інфільтраті необхідно визначити, чи всюди рівномірна консистенція і чи нема в тій чи іншій мірі вираженого розм'якшення. Для цього проводять обережну поверхневу пальпацію пучками пальців від периферії до центру. Відчуття більш податливої консистенції вказує на розм'якшення, що свідчить про абсцедування інфільтрату.

Наявність гною може бути констатована також за допомогою визначення флюктуації, коли поштовх передається в двох перпендикулярних один до одного напрямках (справжня флюктуація).

Підшкірну емфізему при анаеробній клостридіальній інфекції пальпаторно визначають відчуттям “хрусту”.

При наявності лімфаденіту пальпація лімфатичних вузлів болюча, вони м'якої або помірно щільної консистенції.

Лабораторні, інструментальні та апаратні методи дослідження

Лабораторні дослідження (клінічні та біохімічні). У загальному аналізі крові спостерігають знижену кількість еритроцитів, появу їх незрілих форм, падіння гемоглобіну, лейкоцитоз, зсув лейкоцитарної формули вліво, різке збільшення ШОЕ.

У загальному аналізі сечі виявляють появу білка, циліндрів, що свідчить про розвиток ендотоксикозу.

Тоді ж змінюється склад білкових фракцій крові. Чим сильніша інтоксикація, тим менший рівень альбумінів і відносно більше глобулінів. Спостерігають збільшення рівня сечовини.

Інструментальні дослідження. До цих методів належать дослідження головатим зондом, а також пункційна біопсія, яка дозволяє як діагностувати наявність гною в глибоких тканинах, так і застосувати мікробіологічні та цитологічні дослідження. Бажано, крім якісного складу, визначити мікробну кількість.

У рідких випадках, складних для діагностики, можна застосувати ультразвукове дослідження (УЗД), комп'ютерну томографію, магніторезонансну томографію.

Методика обстеження хворих із симптомокомплексом “гострий живіт”

“Гострий живіт” – симптомокомплекс, який розвивається внаслідок пошкодження або гострого захворювання черевної порожнини і її органів, при якому ознаки ускладнення очевидні, але перебіг основного захворювання настільки прихований або змазаний, що діагностувати основне захворювання важко, іноді неможливо. Хворі потребують негайної госпіталізації в спеціалізований відділ для отримання хірургічної допомоги.

Обстеження виконують в певній послідовності.

Суб'єктивний статус. Основні скарги

Біль – симптом, який завжди супроводжує симптомокомплекс “гострий живіт”. Питання щодо деталізації болю необхідно ставити в певній послідовності:

Що – характер болю – гострий, ниючий, сіпаючий, переймоподібний, особливо в комбінації з вурчанням кишок, поступовий, раптовий, інтенсивність, перебіг (початковий біль та під час обстеження).

Відчуття печії (запальний процес, дефекти слизової оболонки, їх реакція на подразнення). Відчуття тиску, переповнення, здуття (при перерозтягненні глибоких шарів стінок шлунково-кишкового тракту). Біль може мати характер приступів, які проявляються колькою (кишкова, апендикулярна, печінкова, ниркова).

Де – локалізація болю (нечітко локалізована – загально-вісцеральний; локалізована відповідно органа – соматичний), радіація болю.

Коли – постійно, епізодично, періодично.

Чому – визначають фактори, які провокують біль: емоційні, фізичне напруження, травматичне пошкодження, положення тіла, запалення, ішемія тощо. Необхідно визначити симптоми, які супроводжують біль (дізуричні, диспептичні, почашення пульсу, рівень артеріального тиску, температура тощо). Блювота – при симптомі гострого живота завжди виникає після болю, має рефлексорний характер. Необхідна її деталізація (кисла, гірка, тухла, з домішками слизу, крові, давно прийнятої їжі, приносить полегшення).

Розлади нормального відходження газів та калу – пов'язані з явищами динамічної та механічної кишкової непрохідностей. Виділення: слизь, кров тощо.

Температура, її рівень та коливання. Особливості анамнезу (перенесені раніше оперативні втручання). У жінок – гінекологічний анамнез (захворювання, стан менструального циклу, час останніх місячних).

Огляд

Звертають увагу на положення хворого (вимушене, неспокій, хворий змінює позу, адинамія, загальмованість). Страждальний вигляд обличчя хворого, його блідість, загострені контури, впалі щоки та очі (лице Гіппократа) – викликає підозру на гостре хірургічне захворювання з включенням запалення очеревини. При огляді слизових, кон'юктиви, шкіри знаходять симптоми анемії, жовтяниці, порушення серцево-судинної діяльності. Сухість шкіри та зниження тургору характерні для станів, які маніфестують порушення водноелектролітного балансу.

Язик – сухий, обкладений, нашарування, рельєф тощо.

При огляді живота звертають увагу на наявність післяопераційних рубців, їх локалізацію, дефекти, стан, розміри.

- форми живота: рівномірне випинання (помірне ожиріння, парез кишечника, накопичення рідини, подразнення очеревини);
- нерівномірне випинання передньої черевної стінки (ПЧС) непрохідність органів шлунково-кишкового тракту, обмежені запальні процеси черевної стінки, порожнини (інфільтрат, абсцеси), новоутвори доброякісні, злоякісні; – втягнутий живіт – різке виснаження хворого, різке напруження м'язів передньої черевної стінки на початку перфоративного перитоніту “дошкоподібний” живіт;
- відсутність дихальних рухів передньої черевної стінки – симптом дифузного перитоніту та паралічу діафрагми.

При місцевому перитоніті, паралічу одного із куполів діафрагми спостерігають нерівномірне “відставання” одного боку в диханні.

Визначають наявність перистальтики. Видима на око перистальтика кишок (симптом Шланге) свідчить про кишкову непрохідність, шлунка – про перешкоду пасажу шлункового вмісту в антральному відділі.

При огляді хворому пропонують надути живіт, а потім його втягнути (симптом Розанова). При симптомі гострого живота хворому важко виконати цю дію внаслідок болю – подразнення очеревини (позитивний симптом Розанова), цей прийом дає можливість віддиференціювати патологію черевної порожнини від позаочеревинної.

Наявність фіолетової пігментації навколо пупка (симптом Куллена), бокових стінок живота (симптом Турнера), – ознака гострого панкреатиту.

Пігментація шкіри у вигляді буро-коричневих плям від хронічного використання грілок (гемоліз еритроцитів з відкладенням гемосидерину). Розповсюджена сітка підшкірних вен “голова медузи Горгони” в ділянці пупка – симптом затримки портального кровотоку. Розширені вени в нижньобочкових відділах живота свідчать про затримку відтоку по системі нижньої порожнистої вени.

Пальпація

Виконуємо орієнтовну поверхневу пальпацію для визначення наявності напруження м'язів передньої черевної стінки і локалізації болю. Цю маніпуляцію виконують легким натисканням пальців на живіт.

М'язове напруження (*defense musculaire*) – результат рефлексу з боку запальної очеревини, основний симптом перитоніту. Його визначають за інтенсивністю м'язів чинити опір. Тонус м'язів вивчають на симетричних ділянках правої і лівої половин передньої черевної стінки.

За інтенсивністю напруження розрізняють: незначну ригідність, значне напруження, дошкоподібне напруження. Може визначитись під час пальпації або в стані спокою, на обмеженій ділянці (локальне), мати розлитий характер (дифузне).

За допомогою пальпації встановлюємо ділянку найбільшої болючості, яка відповідає локалізації запального процесу і місцю найбільшого подразнення очеревини. На цій основі базується симптом Щоткіна-Блюмберга. Він визначається таким чином: повільно, плавно натискають пальцями руки на передню черевну стінку, а потім раптово їх забирають. При подразненні очеревини в цій ділянці, на другому етапі прийому, біль гостро посилюється – позитивний симптом Щоткіна-Блюмберга. Він свідчить про наявність запального процесу (подразнення очеревини) будь-якої локалізації черевної порожнини. На цьому ж принципі ґрунтується симптом Воскресенського – поява різкого болю в правій здухвинній ділянці при швидкому ковзному проведенні долоні по передній черевній стінці через сорочку в напрямку від правого підребер'я до правої здухвинної ділянки (симптом гострого апендициту).

Локальну болючість вивчають за допомогою такого прийому: помірно постукування зігнутих пальцем по різних ділянках черевної порожнини (симптом Менделя).

Після поверхневої пальпації виконують глибоку (за методом В.П.Образцова – М.Д. Стражеско). Пальпацію внутрішніх органів, як правило, проводять у такт дихальних рухів. За її допомогою визначають зони найбільшої болючості (відповідно локалізації органів черевної порожнини) та її патологічний стан (наявність пухлин, інвагінацій, роздутих петель, запальних пухлин, їх об'єм, рухомість, консистенцію, болючість, поверхню, місце розташування тощо).

При визначенні локалізації пухлиноподібних утворів використовують такий прийом: при напруженні передньої черевної стінки пухлина, яка виходить з неї, не зникає. Пухлина черевної порожнини або заочеревинного простору зникає (не пальпується).

При пальпації визначають наявність деяких специфічних щодо певних захворювань симптомів:

- симптом Кера – болючість на вдиху під час пальпації правої підреберної ділянки (гострий холецистит);
- симптом Мерфі – неможливість глибокого вдиху внаслідок гострого болю під великим пальцем лівої руки, яким натискають по краю реберної дуги в проекції жовчного міхура (гострий холецистит);
- симптом Мюссі-Георгієвського (френікус симптом) – біль при натисканні на шиї в проекції проходження діафрагмального нерва в проміжку між ніжками обох кивальних м'язів (гострі захворювання жовчних шляхів та піддіафрагмальних просторів);
- симптом Ровзінга – посилення болю в правій здухвинній ділянці при поштовхоподібних рухах у лівій здухвинній ділянці (гострий апендицит);
- симптом Образцова – посилення болю при пальпації правої здухвинної ділянки, коли хворий підносить ногу, випрямлену в правому колінному суглобі (гострий апендицит);

- симптом Пастернацького – посилення болю при нанесенні коротких ударів боковою поверхнею долоні по поперековій ділянці нижче XII ребра (при захворюваннях сечовидільної системи та запаленні позаочеревинного простору);
- симптом Куленкампа – болючість дугласового простору при накопиченні перитонеального ексудату. Пальпація через пряму кишку (перитоніт);
- симптом Мейо-Робсона – болючість у ділянці лівого реберного хребетного кута (гострий панкреатит).

При пальпації також можливо визначити, відповідно захворюванню, зони гіперестезії шкіри передньої черевної стінки (зони Захар'їна-Геда).

Перкусія

Розрізняють такий характер перкуторних звуків:

- нормальний тимпаніт;
- високий тимпаніт – роздуті петлі, скупчення газу в кишках (метеоризм), накопичення газу в черевній порожнині (пневмоперитонеум);
- приглушений перкуторний звук – скупчення калових мас, різке наруження м'язів передньої черевної стінки;
- абсолютна тупість (стеговий звук) – наявність рідини (асцит, перитонеальна рідина, кров тощо).

Перкуторно за висотою звуку визначають межі органів черевної порожнини, наявність, розміри патологічних утворів черевної порожнини.

Спеціальні симптоми: симптом Спіжарного – зменшення об'єму, або відсутність печінкової тупості за рахунок наявності вільного газу під правим куполом діафрагми (перфорація порожнистого органа);

- звуження простору Траубе – при наявності рідини в лівій плевральній порожнині (ексудат, кров), при пухлинах органів лівого підребер'я, великій печінці, селезінці;
- симптом Валя – високий тимпаніт над обмеженим фіксованим метеоризмом, коли визначають пальпаторно роздуту петлю кишки (непрохідність петлі кишки).

Для визначення наявності рідини (обмежена, вільна) в черевній порожнині проводять порівняльну перкусію обох половин живота в напрямку від його середини до бокових відділів. Потім, перкусію ЧП проводять у положення хворого на правому, лівому боці (рідко в колінно-ліктьовому положенні, в вертикальному положенні). Зміна перкуторного звуку (замість тупості тимпаніт) буває при наявності вільної рідини черевної порожнини, її переміщенні.

Перкуторно зона притуплення (обмежена) над лоном свідчить про наявність переповненого сечового міхура, збільшеної матки, кіст додатків матки. За допомогою перкусії визначають зону перкуторної болючості (зона подразнення очеревини), яка відповідає локалізації запального процесу. Наприклад, болючість при перкусії ділянки жовчного міхура (симптом Ортнера-Грекова) свідчить про наявність гострого холециститу. **Аускультация**

Аускультация дає можливість визначити стан кишкових шумів, наявність артеріального судинного шуму та встановити розміри органа, його функційний стан тощо.

У нормі кишкові шуми виникають через певні проміжки часу як булькаючий

приглушений звук. Він може бути посиленним, беззупинним, з високим або металічним тоном (механічна кишкова непрохідність). Іноді прослуховують шум падаючої краплі (симптом Спасокукоцького). При паралітичній непрохідності, термінальній стадії перитоніту – перистальтика не прослуховується (симптом “гробової тиші”). В останньому випадку прослуховують дихальні шуми і серцеву діяльність.

Іноді вислуховують шум тертя очеревини в ділянці печінки, селезінки (перигепатит, перихолецистит, периспленіт).

За допомогою коротких поштовхів кінчиками напівзігнутих пальців в ділянці шлунка, натще можна визначити шум плескоту шлунка (стеноз виходу із шлунка, його атонія), шум плескоту кишок (симптом Склярова) при кишкової непрохідності.

Спеціальні прийоми (симптоми)

Пальцеве дослідження прямої кишки – визначають тонус сфінктера, стан слизової (рухомість, інфільтрація, новоутвори, дефекти); наявність і характер вмісту (кал, слиз, кров тощо); балоноподібне розширення порожньої ампули прямої кишки (симптом Обухівської лікарні) при гострій кишкової непрохідності; болючість при тисненні на стінку прямої кишки – синдром подразнення очеревини при гострих запальних процесах черевної порожнини або органів малого таза; випинання або нависання стінки прямої кишки при накопиченні рідини в порожнині малого таза (запальний ексудат, кров) при перитоніті або внутрішньочеревній кровотечі.

Симптом Ситковського – посилення болю в правій здухвинній ділянці при положенні хворого на лівому боці (гострий апендицит).

Симптом Фінстерера – припинення болю в епігастрії та посилення перистальтичних шумів (при гострій шлунково-кишкової кровотечі).

Симптом Воскресенського – відсутність пульсації черевної аорти при клініці гострого панкреатиту.

Спеціальні методи обстеження

Визначають:

- шоківий індекс – відношення частоти пульсу до систолічного артеріального тиску, він становить в нормі – 0,5;
- ЕКГ;
- лабораторні дослідження: загальний аналіз крові, сечі, основні біохімічні показники крові, група крові, резус-фактор;
- рентгенологічне дослідження: R - скопія, при необхідності, R- графія грудної і черевної порожнини.

Акценти: рухомість діафрагми, стан синусів, наявність вільного газу під діафрагмою (симптом серпа) або накопичення його в кишках (посилена пневматизація, симптом галактики, кокарди, аркади), наявність рівнів рідини в кишках (чаші Клойбера), затемнення – наявність рідини (ексудат, кров).

- урографія (камінці в нирці, сечоводах тощо).
- використання інтрагастрального введення водорозчинних контрастів, повітря або кисню при підозрі на перфорацію шлунка і дванадцятипалої кишки.
- ірігоскопія (графія) при підозрі на товстокишкову непрохідність.
- ультразвукове дослідження.

- лапароцентез із використанням шарячого катетера для визначення наявності і характеру вмісту черевної порожнини: ексудат (наявність езімів, соляної кислоти, жовчі, гною тощо), кров, повітря.
- пункція дугласового простору – визначення характеру вмісту (див.вище).
- лапароскопія – візуальне обстеження стану черевної порожнини, її органів. – диференційно-діагностичні методи, які забезпечують виключення станів імітуючих несправжній гострий живіт.
- при невизначеності конкретної патології при наявності перитоніту, катастрофи в черевній порожнині – показана діагностична (пробна) лапаротомія.

Методика обстеження хворих на грижу передньої черевної стінки (пахова, стегнова, пупкова, білої лінії, післяопераційна)

Скарги

На біль при фізичному навантаженні, швидкій ходьбі, рухах, зміні барометричного тиску. Біль спочатку незначний, а часом наростає і перешкоджає при фізичних навантаженнях.

Наявність пухлиноподібного утвору в місцях, характерних для дефекту передньої черевної стінки. Утвір з часом поступово збільшується. В анамнезі необхідно визначити причини виникнення випину, давність, перебіг (вправляється вміст чи ні, епізоди защемлення, наявність дизуричних явищ, порушення кишкового пасажу, тощо). З'ясувати чи були раніше перенесені операції. **Огляд**

Обстеження місцевого статусу проводять у вертикальному та горизонтальному положеннях хворого. Обов'язково оголювати живіт та верхню третину обох стегон.

Огляд у вертикальному положенні дає можливість визначити мало помітну асиметрію в ділянках підозрілих на гризовий випин (пахова ділянка, над і під паховими зв'язками, ділянка пупка, білої лінії, післяопераційного шва). При наявності гризового випину встановлюють його розміри, направленість, місце локалізації в стані спокою та напруження. При косому направленні випину за ходом пахового каналу визначають косу пахову грижу, при її опусканні в калитку – пахово-калиткову, при випинанні у вигляді шароподібного утвору в ділянці зовнішнього отвору пахового каналу – пряму пахову, в ділянці пупка – пупову, післяопераційного шва – післяопераційну тощо.

У горизонтальному положенні хворого визначають вправимість гризового вмісту, а також стан місцевих тканин. При невеликих грижах її вміст легко вправляється в черевну порожнину, в лежачому положенні можна не знайти ніяких ознак грижі. Шкіра в ділянці випину має звичайний вигляд. При великих “застарілих” грижах – вона витончена, розтягнута, дрябла, з ділянками рубцевих змін, а іноді з розширеними венами.

При кашлі, напруженні з'являється гризовий випин, який зникає після припинення дій, що спричиняють підвищений внутрішньочеревний тиск. При великих грижах їх вміст може затримуватись у гризовому мішку, іноді останній з кожним кашльовим поштовхом може збільшуватись. Через витончену шкіру час від часу можна спостерігати кишкову перистальтику.

Перкусія

Як правило, над гризовим утвором при перкусії отримуємо тимпаніт. При наявності в гризовому мішку кишки з газом в просвіті – високий тимпаніт. Якщо вмістом є сальник або інший непорожнистий орган – притуплення. **Пальпація**

Пальпувати ділянку гризового випину необхідно також у вертикальному та горизонтальному положеннях. Пальпацію здійснюють за допомогою вказівного, а при великих дефектах – кількох пальців. При пальпації оцінюємо: – характер гризового вмісту та стінки гризового мішка: відчуття пружноеластичної консистенції дає петля кишки, часточкову будову м'якої консистенції має сальник, відчуття флюктуації – рідина, флюктуючий пружноеластичний утвір округлої

форми, який при пальпації не змінює свого об'єму – кіста (у жінок кіста круглої зв'язки матки), пружно-еластичний утвір, при пальпації якого у хворого виникає бажання до сечопуску (в елементах грижового мішка стінка сечового міхура). Також визначається стан сім'яного канатика, його елементів, наявність доброякісних пухлинних утворів, наслідків хронічного запалення, травми;

– можливість вправлення вмісту грижового мішка в черевну порожнину: повне – коли вправляється самостійно, за допомогою хворого або лікаря (вільна грижа); часткове – коли об'єм грижового вмісту зменшився, але певна його частина залишилась в просвіті грижового мішка (невправима грижа); неможливе вправлення – коли в стані спокою і відсутності будь-якої напруги грижовий вміст не вправляється в черевну порожнину (защемлена грижа); – стан грижових воріт. Обстеження проводять після повного або часткового вправлення. Визначають розмір отвору (в сантиметрах), його форму, направленість, стан тканин грижового отвору. При пальпації необхідно акцентувати увагу на комбінацію суб'єктивного статусу і характеру грижового випину; еластичний і неболючий випин – основний симптом вільної грижі, болючий і напружений – невправимої або защемленої.

При пальпації визначають наявність чи відсутність симптому кашльового поштовху в ділянці грижового дефекту.

Спеціальні прийоми

Вправлення грижового вмісту виконує хворий, який має найбільший досвід відносно “своєї” грижі, або лікар. Для цього калитка переводиться в положення догори по направленню до зовнішнього отвору пахового каналу. Грижовий вміст довкола витискає пальцями в напрямку до грижових воріт. Обстеження зовнішнього отвору пахового каналу. Маніпуляцію виконують тільки при вправленому грижовому вмісті. Вказівним пальцем інвагінують стінку калитки з боку грижового випину по направленню до лобкової кістки. До середини і дещо вище лобкового горбка визначають зовнішній отвір пахового каналу, де оцінюють його стан та стан сім'яного канатика (у чоловіків), і круглої зв'язки матки (у жінок). У нормі зовнішнє кільце пропускає кінчик пальця. Перевіряють наявність чи відсутність симптому кашльового поштовху, обстежують обов'язково обидва пахові канали. Визначення симптому кашльового поштовху. Після вправлення повного або часткового грижового вмісту вказівним пальцем (пальцями) досягаємо грижових воріт (дефекту передньої черевної стінки). Хворому пропонуємо покашляти, напружити передню черевну стінку або підвести голову. Пальцем відчуваємо тиснення грижового вмісту або передачу відчуття підвищеного тиску в черевній порожнині (симптом кашльового поштовху).

Визначення розташування грижового випину щодо лобкового горбка – цінний диференційно-діагностичний прийом. Обстеження проводять вказівним пальцем. При стеговій грижі випин знаходиться нижче і назовні горбка. При паховій – вище і медіально (симптом Купера).

Визначення відношення випину до пахової зв'язки. Пахова грижа – вище зв'язки, стегова – під нею.

Спеціальні дослідження

При великих грижах для визначення вмісту грижового мішка, а також стану стінки грижового мішка (ковзна грижа) проводять рентгенологічне обстеження шлунково-кишкового тракту (пероральний прийом барію або ірігографіяскопія) та сечового міхура (цистографія).

Спеціальні лабораторні, рентгенологічні, ультрасонографічні та інші додаткові інструментальні методи обстеження необхідні для оцінки загального стану хворого.

IV. СХЕМА ІСТОРІЇ **ХВОРОБИ ХІРУРГІЧНОГО ХВОРОГО**
ТЕРНОПІЛЬСЬКА ДЕРЖАВНА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ім. І.Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО
кафедра загальної хірургії Завідувач кафедри: Керівник курації:

МЕДИЧНА КАРТА № ____
СТАЦІОНАРНОГО ХВОРОГО

Прізвище, ім'я, по батькові _____

Клінічний діагноз основного захворювання _____ Ускладнення
 основного _____

Діагноз супутнього захворювання _____

Куратор - студент курсу _____ групи _____

Початок курації: _____

Дата _____

Кінець курації: _____

Дата _____

Медична карта подана _____

Дата _____

Захищена _____

Дата _____

Оцінка _____

Підпис викладача _____

Паспортна частина

1. Прізвище, ім'я, по батькові.
2. Вік.
3. Стать.
4. Освіта.
5. Професія.
6. Місце роботи.
7. Місце постійного проживання (адреса).
8. Дата і час поступлення в стаціонар.
9. Госпіталізований:
 - а) в плановому порядку;
 - б) за екстреними показами.
10. Діагноз лікувального закладу, який направив хворого.
11. Клінічний діагноз.
12. Заключний діагноз (діагноз при виписці).
 - Основний.
 - Супутній.
 - Ускладнення.
 - Дата виписки.
 - Результат лікування.

1. Скарги хворого (querellae aegroti)

Спочатку потрібно перерахувати скарги, зумовлені тим захворюванням, з приводу якого пацієнт госпіталізований у хірургічну клініку. Необхідно деталізувати кожну скаргу. Після цього висвітлюють другорядні побічні скарги, тобто скарги, зумовлені іншими причинами.

2. Анамнез захворювання (Anamnesis morbi)

В анамнезі необхідно в хронологічному порядку викласти розвиток і перебіг даного захворювання. Звернути увагу на основні етапи його розвитку, появу нових симптомів, методи діагностики та лікування, що були застосовані до поступлення в стаціонар.

3. Анамнез життя (*Anamnesis vitae*)

Цей розділ медичної карти носить біографічний характер, який висвітлює різнобічні сторони життя хворого. Слід починати його з моменту народження пацієнта, які матеріальні умови були протягом життя, умови трудової діяльності, сімейний стан, здоров'я дружини (чоловіка), дітей, умови сімейного життя, побуту. Час статевого дозрівання, в осіб жіночої статі з'ясовують гінекологічний анамнез (час появи місячних, їх протікання, циклічність, кількість вагітностей, пологів, абортів). Перенесені захворювання (особливо туберкульоз, хвороба Боткіна, сифіліс), операції (під яким знеболюванням проводились), використання при лікуванні гормонів, сироваток, білкових препаратів, гемотрансфузій, імунодепресантів, ускладнення при їх застосуванні. Непереносимість лікарських засобів (яких саме), наявність інших видів алергій. Необхідно виявити можливий зв'язок захворювання із спадковістю хворого (хвороби батьків і родичів, причини їх смерті), шкідливі звички (паління, вживання алкоголю, наркотиків тощо). Виявити можливий зв'язок отриманих даних з виникненням захворювання.

4. Загальний анамнез (*Anamnesis communis*)

Дихальна система. Дихання через ніс вільне, утруднене, неможливе (дихає через рот). Відчуття сухості в носі.

Виділення з носа: кількість (незначна, помірна, велика), характер (густе, рідке, прозоре, гнійне, кров'янисте, із запахом).

Носові кровотечі (причина виникнення, тривалість, кількість крові).

Гортань. Біль при розмові. Голос – звучний, тихий, охриплий, афонія.

Біль в ділянці грудної клітки: немає, відчуває постійно, виникає періодично; підсилюється при рухах, диханні, кашлі; носить гострий, тупий, колючий, стріляючий характер тощо. Задишка: постійна, при фізичному навантаженні, при підйомі вгору, ходьбі; вираженість її та тривалість.

Кашель: немає, є, незначний, значний, сильний, постійний, приступоподібний.

Харкотиння: кількість, залежить від часу виділення та положення тіла хворого; характер (слизисте, гнійне, слизисто-гнійне), запах.

Кровохаркання: час появи, інтенсивність (кровотеча, прожилки крові в харкотинні), колір крові (червоний, темний).

Серцево-судинна система. Серцебиття – приступами, постійне; залежність його від збудження, фізичного напруження, положення тіла. Перебої. Відчуття пульсації в різних частинах тіла.

Біль у ділянці серця, за грудиною – їх іррадіація, сила, тривалість, залежність від рухів, фізичного навантаження, збудження.

Набряки (локалізація, закономірність їх появи).

Органи травлення. Апетит – добрий, задовільний, поганий, “воловий голод” (*bulimia*). Відраза до тієї чи іншої їжі.

Смак – відсутній, неприємний (гіркий, кислий, “металевий”).

Сухість у роті, спрага, слинотеча. Кількість випитої рідини за добу.

Пережовування їжі, біль при цьому, втома.

Ковтання твердої та рідкої їжі, попадання в трахею.

Проходження твердої та рідкої їжі по стравоходу (вільне, утруднене, неможливе, болюче).

Диспептичні явища. Відригування – частота, причина та час виникнення; характер (повітрям, вживаною їжею, шлунковим вмістом); смак (гіркий, солодкий, кислий); запах (без запаху, тухлих яєць, каловий).

Печія, нудота (інтенсивність, скільки продовжується, після якої їжі).

Блювота - без причини, натще, після прийнятої їжі, якої? Через який проміжок часу? Давно вживаною їжею. Кількість блювотних мас, смак (прийнятої їжі, кислий, гіркий), запах (без запаху, тухлих яєць, каловий), колір (жовтий, чиста кров, темно-бурий), блювота калом (при наявності попереково-ободово-шлункової фістули).

Біль у животі, його локалізація (епігастральна, підреберна ділянка справа, зліва, в ділянці пупка; здухвинних, пахвинних ділянках; по ходу тонкого, товстого кишечника; над лобком). Іррадіація болю – (в грудну клітку, спину, попереки, оперізування тощо), характер його (постійний, переймоподібний, раптовий, наростає поступово, гострий, ріжучий, колючий, стріляючий, “кинджальний” тощо). Пов'язаний із вживанням їжі, якої, через який час після цього? Залежить від положення тіла. Засоби, які заспокоюють біль. Нічний біль.

Відходження газів – вільне, у великій кількості, затримане.

Акт дефекації (самостійно, щоденно, декілька разів на день; з клізмою чи послаблюючими речовинами), вплив вживання їжі.

Випорожнення оформлені, тверді, рідкі, “овечий” кал. Колір – звичайний, глинистий, темний, дьогтеподібний (мелена), кал з домішками крові (на поверхні, всередині), слизу (в малій, великій кількості), гнійних виділень.

Обмани (тенезми та імперативні позиви, нетримання калу). Біль у ділянці анального проходу при акті дефекації. Вихід вузлів, слизової оболонки, прямої кишки. Сечовидільна система. Біль у попереку – постійний, приступами: тривалість та інтенсивність його, після чого підсилюється, іррадіація (в спину, здухвинні ділянки, стегно, зовнішні статеві органи). Біль над лобком, його характер та причини, які викликають, підсилюють та зменшують.

Сечовипуск – вільний, затруднений, неболючий, болючий (на початку сечовипуску, на всьому протязі, в кінці), вночі, нетримання сечі, постійне виділення каплями у чоловіків, характер струменя сечі.

Біль у ділянці яєчок, поява його, інтенсивність, іррадіація. У жінок – біль у ділянці зовнішніх статевих органів, виділення з піхви.

Опорно-руховий апарат. Біль у м'язах, “переміжна кульгавість”. Біль у суглобах, кістках, хребті (в спокої, вдень, вночі, при рухах). М'язова сила, ослаблення – чи давно?

Нервова система та органи почуттів. Характер (спокійний, урівноважений, подразливий). Пам'ять (добра, ослаблена, втрачена). Сон (глибокий, спокійний, тривожний). Безсоння.

Зір, слух, нюх, дотик (чи змінились, як давно, зниження, відсутність).

5. Об'єктивне обстеження (Status praesens objectivus)

Стан хворого в момент обстеження

Загальний стан хворого (добрий, задовільний, середньої важкості, важкий, дуже важкий, агонія).

Свідомість (ясна, сплутана, затьмарена, без свідомості).

Положення (активне, пасивне, вимушене).

Вираз обличчя (звичайний, маскоподібний, характеризує страждання, нудьгу, страх, гнів, збудження, мікседематозний, обличчя базедовика, Гіппократа тощо).

Сідлоподібний ніс. Симптом Горнера.

Будова тіла: нормостенічна, астенична, гіперстенічна.

Ріст, вага.

Температура тіла.

Обстеження хворого за системами

Шкіра. Колір (блідо-рожевий, блідий, ціанотичний, землистий, жовтуватий, жовтий, бронзовий). Наявність рубців, їх локалізація та розміри; наявність висипу, новоутворів, крововиливів.

Волосяний покрив (розвинутий за “чоловічим, жіночим типом”, гіпертріхоз). Вологість шкіри: звичайна, підвищена (в яких місцях). Шкіра суха. Еластичність шкіри. Нігті (вигляд, колір, еластичність).

Слизові оболонки рота та повік (колір, пігментація, почервоніння, висипання, виразки, лейкоплакія). Стан ясен (колір, щільність, кровоточивість). Язик – вологий, сухий, дуже сухий; набряклий, обкладений білими, сірими, землистими нашаруваннями; колір – рожевий, малиновий, вигляд лаковий; наявність тріщин, виразок, зуби – зубна формула. Мигдалики – величина, колір, набряк. Зів. Високе піднебіння. Запах з рота (немає, гнійний, пахне сечею, ацетоном).

Підшкірна основа: товщина жирового шару (шкірна складка на рівні V-VI ребер по задній підпахвинній лінії), характер розподілу його. Наявність набряків, їх локалізація. Молочні (грудні) залози. Симетричність, розміри, форма, стан шкіри. Сосок та навколососковий кружок. У вертикальному та горизонтальному положеннях хворої при пальпації молочної залози визначають розвиток жирової клітковини, характер залозистих дольок, наявність ущільнень та опухів, їх розміри, локалізація по квадрантах, рухливість, зрощення з навколишніми тканинами, болючість, виділення із соска (серозне, геморагічне, слизисте тощо).

Лімфатичні вузли: підборідочні, підщелепні, по ходу кивального м'яза, надключичні, підпахвові, по зовнішньому краю молочної залози, ліктьові, пахвинні, стегнові. Величина вузлів, щільність, зрощення між собою та навколишніми тканинами, рухливість, болючість. М'язи. Загальний розвиток (добрий, задовільний, незадовільний), тонус (звичайний, знижений, підвищений). При

пальпації – болючість, наявність ущільнень, пухлин, атрофій, гіпертрофій.

Щитовидна залоза. Величина (0, I, II, III, IV, V ступені). Форма збільшення (дифузна, вузлова, змішана). Консистенція, поверхня, болючість при пальпації, зміщення при ковтанні, зрощення з навколишніми тканинами. Межі залози. Наявність шумів при аускультації.

Симптоми Грефе, Мебіуса, Штельвага, Елінека, Дальрімпла.

Кістки. Симетричність кісток кінцівок, форма черепа, наявність деформацій хребта, грудної клітки (кіфоз, лордоз, сколіоз), таза, кісток кінцівок (вади розвитку внаслідок травми). Болючість при пальпації, перкусії та навантаженні по осі.

Суглоби. Зміна конфігурації (потовщення, набряк, наявність випинань, флюктуація). Рухливість активна та пасивна (звичайна, обмежена, надмірна). Болючість при рухах, пальпації. Відчуття хрусту в суглобах при пасивних рухах.

Органи дихання. Форма грудної клітки (конічна, бочкоподібна, циліндрична, лікоподібна тощо). Положення лопаток (прилягають до грудної клітки, відстають). Тип дихання (грудний, черевний, змішаний).

Участь обох половин грудної клітки в акті дихання. Ритм дихання, частота в 1 хвилину, глибина. Дихання Чейн-Стокса, Кусмауля, Біота.

Стан міжреберних проміжків при глибокому диханні (втягування, випинання).

Пальпація грудної клітки (болючі місця, набряк, ущільнення).

Голосове тремтіння (не змінене, ослаблене, підсилене).

Порівняльна перкусія. Звук (легеневий, коробковий, тупий, тимпанічний). Висота стояння верхівок спереду над ключицею та ззаду – відносно променевого відростку VII шийного хребця (поля Креніга). Нижня межа легень по всіх лініях з обох сторін. Рухливість легеневого краю (по якій лінії?).

Порівняльна аускультація. Дихання везикулярне, бронхіальне, амфоричне, змішане тощо. Хрипи сухі, вологі, їх локалізація. Шум тертя плеври, його характер.

Органи кровообігу. Визначити пульс порівняно з двох сторін на артеріях: променевих, скроневих, сонних, плечових, стегнових, підколінних, задніх гомілкових, тилу ступні. Характеристика пульсу (частота в 1 хв, ритм, величина, швидкість, напруженість), характеристика артеріальних стовбурів (щільність стінок, наявність розширень, видима пульсація).

Артеріальний тиск (максимальний, мінімальний, пульсовий). Наявність розширених вен на грудній клітці, передній черевній стінці, кінцівках. Ступінь розширення. Наявність симптомів Троянова-Тренделенбурга, Дельбе-Пертеса, Мейо-Претта.

Огляд ділянки серця. Наявність випинання в ділянці серця. Верхівковий поштовх, його сила, локалізація.

При пальпації ділянки серця також визначають місце верхівкового поштовху та його силу (не підсилений, підсилений, струшуючий, піднімаючий).

Пульсація в епігастральній ділянці (серце, аорта, печінка), яремній ямці (аорта, сонні артерії, вени).

Перкуторно визначають межі відносної та абсолютної серцевої тупості (права, верхня ліва).

Аускультація. Тони серця (ясні, глухі, акцентовані, розщеплення, роздвоєння, випадання).

Шуми, їх відношення до фази серцевої діяльності (систолічний, діастолічний, пресистолічний). Сила (різкі, слабкі), тривалість (довгі, короткі). Зміна характеру шуму при переміні положення тіла. Шум тертя перикарда.

Функціональні проби: ортостатична, з фізичним навантаженням, із затримкою дихання (проба Штанге).

Шлунково-кишковий тракт. Форма живота (округлий, овальний, втягнутий, рівномірно здутий, випинання окремих ділянок, “жаб’ячий” живіт), наявність видимої перистальтики.

Участь передньої черевної стінки в акті дихання, біль при цьому чи при кашлі.

Поверхнева порівняльна пальпація. М’язовий захист (*defense musculaire*) частковий при пальпації чи постійний (“дошкоподібний живіт”), болючість, наявність симптому ЩоткінаБлюмберга.

Стан пупкового, пахвинних та стегнових кілець. Розходження прямих м’язів, симптом “кашльового поштовху”. Глибока, методична, ковзна пальпація за методом В.П. Образцова, М.Д. Стражеско.

Сигмоподібна кишка (розміщення, форма, консистенція, рухливість, болючість, бурчання).

Сліпа кишка, ті ж дані. Хробакоподібний відросток.

Висхідна, нисхідна та попереково-ободова кишки (розміри, болючість, рухливість, консистенція, бурчання). Наявність пухлин.

Шлунок. Нижня межа (пальпаторно, перкуторно, перкуторно-аускультативно, за “шумом” плескоту). Болючість (обмежена, розлита), видима перистальтика при пальпації. Печінка. Особливості краю печінки (гострий, тупий, заокруглений, твердий, м'який, горбкуватий, гладкий). Межі, верхня – перкуторно, нижня – пальпаторно.

Жовчний міхур – чи пальпується? Болючість у точці Кера. Жовчний міхур – пальпується, локалізується, розміри, рухливість, консистенція, болючість.

Підшлункова залоза (болючість, наявність інфільтрату, кісти, пухлини).

Селезінка. Величина, межі, консистенція (м'яка, щільна), поверхня (гладка, горбиста), болючість. Визначення меж перкуторно.

Визначення рідини в черевній порожнині при постукуванні. Перкусія – визначення притуплення перкуторного звуку при наявності пухлин, рідини, тимпаніту при вільному газі в черевній порожнині, в роздутих петлях кишок.

Аускультация – наявність кишкових шумів (кількість, локалізація, інтенсивність), товстокишечні, тонкокишечні.

Пряма кишка та задній прохід. При огляді спостерігають наявність зовнішніх гемороїдальних вузлів, випадання слизової оболонки, кондилом, фістул, тріщин. Пальцеве дослідження (тонус сфінктера, наявність тромбованих гемороїдальних вузлів, інфільтрату, пухлин, скупчення калових мас).

Сечовидільна система. Нирки: величина, локалізація, рухливість, поверхня (гладка, горбиста), болючість. Симптом Пастернацького.

Пальпація сечового міхура. Через кишку пальцеве дослідження простатичної залози (розміри, консистенція, наявність ущільнень, флюктуації).

Нервова система. Рефлекси (зіничні, кон'юнктивальні, колінні, ахілових сухожилків, кремастера, ригідність м'язів потилиці, симптом Керніга).

Чутливість (больова, тактильна, температурна). Гіпостезії, геперстезії. Парези, параліч, гіперкінези.

Дермографізм (червоний, білий, коли виникає та зникає?).

6. Місце захворювання (Locus morbi)

При проведенні детального обстеження місця основного хірургічного захворювання необхідно дотримуватись такої ж послідовності, як і при обстеженні хворого з врахуванням анатомічної локалізації (опорно-руховий апарат, ендокринна система тощо), огляд, пальпація, перкусія, аускультация. При необхідності використовують спеціальні методи обстеження. **7. Попередній діагноз (Diagnosis praeliminaris)**

Побудова попереднього діагнозу ґрунтується на основних даних ведучих скарг, виявлення анамнезу і об'єктивного обстеження, при цьому можуть бути виставлені 2-3 діагнози. Крім цього, необхідно вказати характер захворювання (гостре, хронічне, рецидивуюче). Для обґрунтування діагнозу слід використати типові для цього захворювання прояви і ознаки, узагальнюючи їх.

Приклад. На основі скарг хворої (на розпираючий, постійний біль, наявність пухлиноподібного утвору в ділянці правої молочної залози, підвищення температури тіла до 38 °С, озноб, загальна слабкість), даних історії розвитку захворювання (хворіє протягом тижня, захворювання почалося гостро, з появи болючого ущільнення в ділянці правої молочної залози, підвищення температури тіла до 38 °С, лікувалась самостійно, приймала аналгетики, аспірин, робила масаж молочної залози, ставила зігрівальні компреси), даних анамнезу життя (три тижні тому народила здорову, доношену дитину, перебіг вагітності ускладнився анемією, пологи – кровотечею), даних об'єктивного обстеження (t – 38,6 °С, в ділянці верхньо-зовнішнього квадрату правої молочної залози – різко болючий інфільтрат розміром 10х8 см, шкіра в ділянці ущільнення гіперемована, пастозна, зрошена з прилягаючими тканинами. Сосок втягнутий, в центрі – тріщина розміром 0,7х0,3 см, покрита фібринозно-гнійними нашаруваннями. Пальпаторно в центрі інфільтрату чітко визначають флюктуацію), можна поставити попередній діагноз – гострий гнійний правобічний

лактаційний мастит.

8. План обстеження

Встановлення попереднього діагнозу зобов'язує підтвердити правильність висновків шляхом використання сучасних методів діагностики, від загальноновживаних до складних.

Обстеження кожного хворого потрібно починати з обов'язкової програми, яка включає:

1. Загальний аналіз крові.
2. Загальний аналіз сечі.
3. Аналіз калу на яйця глистів.
4. Аналіз сечі на цукор з добової кількості.
5. Аналіз крові на цукор.
6. Реакція Васермана.
7. Флюорографія.
8. Група крові та резус-належність.

Спеціальні методи дослідження слід призначати з урахуванням попереднього діагнозу шляхом прямого дослідження органа чи системи або методом виключення (діагностичний пошук). При цьому студенту потрібно самостійно показати весь діапазон знань по даному питанню, не обмежуючись методами, які були подані в лікарняній медичній карті.

9. Рентгенологічне дослідження

Багатоосьова рентгеноскопія грудної клітки, рентгенографія грудної клітки в двох стандартних проекціях, рентгенографія серця в двох косих положеннях, рентгенокімографія, бронхографія, пневмомедіастінографія, томографія, діагностичний пневмоторакс, пневмоперикардіографія, езофагографія, контрастна рентгенографія шлунково-кишкового тракту, парієтографія, ірігоскопія, пневмоперитонеум, ретропневмоперитонеум, холецистохолангіографія, урографія (оглядова, екскреторна), цистографія, флебографія, аортографія, лімфографія, фістулографія.

10. Інструментальне обстеження

Катетеризація сечового міхура, сечоводів, цистоскопія, хромоцистоскопія, бронхоскопія, езофагогастродуоденоскопія, лапароцентез, лапароскопія, торакоскопія, ректороманоскопія, фіброколоноскопія, ендоскопічна біопсія.

11. Апаратне дослідження

Ультразвукове дослідження щитовидної залози, серця, печінки та жовчовивідних шляхів, нирок, матки та додатків, комп'ютерна томографія, ядерно-магнітний резонанс.

12. Лабораторні дослідження

Необхідно чітко уявити призначення клінічної, біохімічної, бактеріологічної, серологічної, патоморфологічної та ізотопної лабораторій. Слід пам'ятати, що лабораторні аналізи повинні супроводжуватись клінічним мисленням, оскільки від результатів досліджень лабораторій не слід чекати готового діагнозу. Нарешті, при призначенні аналізів слід мати на увазі не тільки їх діагностичне значення. Лабораторне обстеження – це методи дослідження життєво важливих органів і систем у хірургічній клініці, коли вихідні дані необхідні для корекції порушень, які виникли у хворих в передопераційному періоді, під час операції, так і в післяопераційному періоді.

13. Функціональні дослідження

ЕКГ, фоноелектрокардіографія, балістокардіографія, зондування порожнини серця, венозний тиск за Вальдманом, дослідження зовнішнього дихання, бронхоспірометрія, капіляроскопія, енцефалографія, реовазографія, плетизмографія, визначення регіонарного кровотоку, визначення об'єму циркулюючої крові.

**Примітка.* Дані спеціального дослідження, отримані в куrowаного хворого, записуються після плану обстеження з обов'язковою інтерпретацією норми і патології у відповідній послідовності. Показати їх діагностичне значення відповідно до захворювання, яке вивчається.

14. Клінічний діагноз (Diagnosis clinica)

Клінічний діагноз викладають чітко, коротко і переконливо, на ґрунті синтезу всіх отриманих даних (на основі попереднього діагнозу та...), включаючи додаткові методи обстеження. Тут же виставляють супутні захворювання та ускладнення, які виявлені у даного пацієнта.

15. Етіологія та патогенез встановленого захворювання

Коротко викладаються сучасні уявлення про етіопатогенез. Необхідно показати зв'язок поглядів,

які існують на етіопатогенез до курованого хворого. Які дані підтверджують чи заперечують загальноприйняті уявлення про встановлене захворювання.

16. Лікування

Показати сучасні методи лікування при даному захворюванні:

- а) консервативне лікування (специфічне, патогенетичне, симптоматичне);
- б) хірургічне (покази, підготовка до операції, вибір методу знеболювання, опис операції, характеристика макропрепарату).

Необхідно описати загальні принципи лікування даної патології, а потім конкретизувати всі методи щодо курованого хворого.

17. Щоденник

18. Графічне зображення температурної кривої, пульсу, артеріального тиску
(додається на окремому листку) **19.**

Профілактика захворювань

20. Прогноз відносно:

- життя (prognosis quo ad vitam);
- здоров'я (prognosis quo ad valitudinem); – працездатності (prognosis quo ad laborem);

Запис проводиться коротко (сприятливий, несприятливий, сумнівний).

21. Поведінка, режим, дієта, які рекомендуються пацієнту при виписці **23. Епікриз (Epicrisis)**

Прізвище, ім'я, по батькові хворого, вік. Коли і з якого приводу поступив. Діагноз. Дані об'єктивного обстеження, які сприяли встановленню діагнозу. Спеціальні методи дослідження. Перебіг захворювання. Лікування (консервативне, оперативне). Дата і вид операції. Знеболення. Післяопераційний діагноз. Патогістологічне заключення. Перебіг післяопераційного періоду, ускладнення. Загоєння післяопераційної рани. Рекомендації для подальшого лікування по місцю проживання, життя і працевлаштування.

Диспансерне спостереження.

Прогноз, профілактика.

24. Використана література

25. Дата: Підпис куратора

V. ПЕРЕЛІК НОРМАТИВНИХ ЗНАЧЕНЬ ОСНОВНИХ ЛАБОРАТОРНИХ ПОКАЗНИКІВ

Загальний аналіз крові

Показник	Норма
Еритроцити	Чоловіки: $4,0 - 5,0 \times 10^{12}/\text{л}$, жінки: $3,9 - 4,7 \times 10^{12}/\text{л}$
Гемоглобін	Чоловіки: $135 - 180 \text{ г/л}$, жінки: $120 - 140 \text{ г/л}$
Кольоровий показник	$0,85 - 1,15$
Ретикулоцити	$2 - 10 \%$
Тромбоцити	$180,0 - 320,0 \times 10^9/\text{л}$
Лейкоцити	$4,0 - 9,0 \times 10^9/\text{л}$
Базофіли	$0 - 0,065 \times 10^9/\text{л}$ (0-1 %)
Еозинофіли	$0,02 - 0,30 \times 10^9/\text{л}$ (0,5-5,0 %)
Паличкаядерні нейтрофіли	$0,04 - 0,30 \times 10^9/\text{л}$ (1-6 %)
Сегментоядерні нейтрофіли	$2,0 - 5,50 \times 10^9/\text{л}$ (47-72 %)
Моноцити	$0,09 - 0,60 \times 10^9/\text{л}$ (3-11 %)
Лімфоцити	$1,2 - 3,0 \times 10^9/\text{л}$ (19-37 %)
Швидкість осідання еритроцитів (ШОЕ)	Чоловіки: $2 - 10 \text{ мм/год}$, жінки: $2 - 15 \text{ мм/год}$
Гематокрит	Чоловіки: $40 - 48\%$, жінки: $36 - 42\%$

Біохімічний аналіз крові

Загальний білок	$65 - 85 \text{ г/л}$
Альбуміни	$35 - 50 \text{ г/л}$ (52 –65 %)
Глобуліни	$23 - 35 \text{ г/л}$ (35 – 48 %)
А/Г – коефіцієнт	$1,2 - 2,0$
Імуноглобуліни:	
IgD	$0 - 0,15 \text{ г/л}$
IgG	$50 - 112,5 \text{ мкмоль/л}$
IgM	$0,6 - 2,5 \text{ мкмоль/л}$

IgA	5,6 – 28,1 мкмоль/л
IgE	0,3 – 30 нмоль/л
Білірубін загальний	8,5 – 20,5 мкмоль/л
Вільний (непрямий, некон'югований)	1,7 – 17,11 мкмоль/л
Зв'язаний (прямий, кон'югований)	0,85 – 5,1 мкмоль/л
Ліпіди (загальний вміст)	5 – 7 г/л
Тригліцериди	0,59 – 1,77 ммоль/л
Холестерин загальний	2,97 – 8,79 ммоль/л
Ліпопротеїди:	
Дуже низької щільності (пребеталіпопротеїди)	1,5 – 2,0 г/л (0,63 – 0,69 ммоль/л)
Низької щільності (беталіпопротеїди)	3 – 4,5 г/л (3,06 – 3,14 ммоль/л)
Високої щільності (альфаліпопротеїди)	1,25 – 6,5 г/л (1,13 – 1,15 ммоль/л)
Хіломікрони	0,05 г/л (0 – 0,1 ммоль/л)
Глюкоза крові	3,3 – 5,5 ммоль/л
Глікозильований гемоглобін	4 – 7 %
Залізо крові	8,53 – 28,06 мкмоль/л
Калій крові (плазма)	3,8 – 5,2 ммоль/л
Натрій крові (плазма)	138 – 217 ммоль/л
Кальцій крові (плазма)	0,75 – 2,5 ммоль/л
Магній (плазма)	0,78 – 0,91 ммоль/л
Фосфор (неорганічний), сироватка	0,646 – 1,292 ммоль/л
Хлориди крові	97 – 108 ммоль/л
Азот залишковий (небілковий)	14,28 – 25 ммоль/л
Сечовина, сироватка	3,33 – 8,32 ммоль/л
Креатинін	53 – 106,1 мкмоль/л
Креатин	чоловіки: 15,25-45,75 мкмоль/л; жінки: 45,75-76,25 мкмоль/л

	чоловіки:
Сечова кислота	0,120,38мкмоль/л; жінки: 0,12-0,46 мкмоль/л
Лактатдегідрогеназа (ЛДГ)	□□□□□□□□□□□□□□□□□□
Альдолаза	0,2 – 1,2 ммоль/(год/л)
Альфа-амілаза (діастаза) крові	12 – 32 г/(год/л)
Аспартатамінотрансфераза (АСТ)	0,1 – 0,45 ммоль/(год/л)
Аланінамінотрансфераза (АЛТ)	0,1 – 0,68 ммоль/(год/л)
Холінестераза	160 – 340 ммоль/(год/л)
Лужна фосфатаза	0,5 – 1,3 ммоль/(год/л)
Креатинкіназа	0,152 – 0,305 ммоль/(год/л)
Креатинфосфокіназа (КФК), сироватка	До 1,2 ммоль Р/ч.л
Ліпаза	0,4 – 30 ммоль/(год/л)

Коагулограма

Протромбіновий індекс	80 – 100 %
Час рекальцифікації плазми	60 – 120 с
Тромботест	IУ – У ступінь
Фібриноген	5,9 – 11,7 мкмоль/л
Фібриноген В	Негативний
Фібринолітична активність	183 – 263 хв
Толерантність плазми до гепарину	3 – 6 (7 – 11) хв
Час зсідання крові за Лі-Уайтом	5 – 10 хв
Тривалість кровотечі за Дюком	До 4 хв
Ретракція кров'яного згустка	44 – 65 % (індекс ретракції 0,3 – 0,5)

Показники кислотно-лужного стану

РН, артеріальна кров	7,4
РН, венозна кров	7,35
Напруга вуглекислого газу, рСО ₂ :	
Артеріальна кров	40 мм рт.ст.
Венозна кров	46 мм рт.ст.

Напруга кисню, pO_2 , артеріальна кров 75 – 105 мм рт.ст.

Надлишок (дефіцит) основ (BE) □□□□□□□□□□□□

Загальні буферні основи крові (BB)	45 – 50 ммоль/л
------------------------------------	-----------------

Стандартний бікарбонат (В):

Артеріальна кров	24 ммоль/л
------------------	------------

Венозна кров	26 ммоль/л
--------------	------------

Справжній бікарбонат (AB)	27 ммоль/л
---------------------------	------------

Інші показники крові

Кортизол, сыворотка 230 – 750 нмоль/л

Паратгормон, сироватка 42,6 ████████████████████

Соматотропный гормон 0 – 118 пмоль/л

Тиреотропний
гормон,
сироватка або
плазма

Тироксин (Т4), сыворотка 65 – 155 нмоль/л

Трийодтиронін (Т3), сироватка 1,77–2,43 нмоль/л

Феритин, Чоловіки: 96
сироватка

A1 – 12,47 – 31,75 мкмоль/л
серомуккоїд

Тимолова До 5 Ед
проба

Сіалова проба	550 – 790 мг/л
---------------	----------------

С-реактивний білок	Негативний
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5
6	6
7	7
8	8
9	9
10	10
11	11
12	12
13	13
14	14
15	15
16	16
17	17
18	18
19	19
20	20
21	21
22	22
23	23
24	24
25	25
26	26
27	27
28	28
29	29
30	30
31	31
32	32
33	33
34	34
35	35
36	36
37	37
38	38
39	39
40	40
41	41
42	42
43	43
44	44
45	45
46	46
47	47
48	48
49	49
50	50
51	51
52	52
53	53
54	54
55	55
56	56
57	57
58	58
59	59
60	60
61	61
62	62
63	63
64	64
65	65
66	66
67	67
68	68
69	69
70	70
71	71
72	72
73	73
74	74
75	75
76	76
77	77
78	78
79	79
80	80
81	81
82	82
83	83
84	84
85	85
86	86
87	87
88	88
89	89
90	90
91	91
92	92
93	93
94	94
95	95
96	96
97	97
98	98
99	99
100	100

250 Ед

Антистрептолізин
О
(АСЛ-О)

Антистрептогіалуронідаза 250 Ед (АСГ)

Осмолярність, сироватка 275 – 295 мосмоль/кг

Показники сечі

Відносна щільність сечі 1,016 – 1,022

Форменні елементи
сечі:

За Нечипоренком:

Лейкоцити До 4×10^6 /л

Еритроцити До 1×10^6 /л

Білок, загальний 45,0 – 75,0 мг/добу

Калій 38 – 77 ммоль/добу

Кальцій 2,5 – 7,5 ммоль/добу

Кліренс креатиніна Чоловіки: 97 – 137 мл/хв. жінки:
88 – 128 мл/хв.

Сечова кислота 1,48 – 4,43 мкмоль/л

Натрій Коливається залежно від дієти

Оксалати 90 – 445 мкмоль/л

Хлориди 4,1 – 13,7 мкмоль/добу

17-кетостероїди Чоловіки: 27,7 – 79,7 мкмоль/добу
жінки: 17,4 - %%; мкмоль/добу

17-оксикортикостероїди 0,11 – 0,77 мкмоль/добу

Альфа-амілаза
(діастаза) в сечі 28 – 160 г (год/л)

Креатинін сечі Чоловіки: 6,8 – 17,6 ммоль/добу; жінки:
7,1 – 15,9 ммоль/добу За методом Каковського-
Аддіса

Лейкоцити До 2×10^6 /добу

Еритроцити До 1×10^6 /добу

Циліндри До 2×10^4 /добу

Відео-посилання
<https://youtu.be/NWHQELAHSHY>

ЗАНЯТТЯ № 18

Тема: Курація хірургічних хворих, написання історії хвороби.

Мета: Оволодіти методикою та відпрацювати практичні навички проведення комплексного клінічного обстеження хірургічного хворого. Відпрацювати комунікативні навички спілкування з хворим. Навчитися створювати алгоритм обстеження хворого, інтерпритувати отримані дані, формулювати клінічний діагноз та складати схему хірургічного та консервативного лікування профільного хворого.

Засвоїти та відпрацювати правила оформлення медичної карти стаціонарного хворого.

Професійна орієнтація здобувачів вищої освіти: Історія хвороби (медична карта стаціонарного хворого) це офіційний документ, що відображає клінічний діагноз, стан хворого, динаміку захворювання, дані клінічного обстеження, додаткових методів дослідження, характер консервативного об'єм та методику хірургічного лікування і його результат.

Це облікова форма медичної документації і є об'єктом клінічного і наукового дослідження. Окрім того, історія хвороби має важливе юридичне значення.

Студентська, або академічна історія хвороби складається практично із тих самих розділів, що і офіційна, проте адаптована до програми, в даному випадку загальної хірургії із своїми чітко окресленими метою та завданнями. Студент 3 курсу повинен виробити перші, основні навички по обстеженню хворого із загально хірургічною патологією і засвоїти основні правила написання історії хвороби.

Методика виконання практичної роботи:

Робота 1. Суб'єктивне обстеження хірургічного хворого.

Робота 2. Об'єктивне обстеження хірургічного хворого.

Робота 3. Лабораторно-інструментальне обстеження хірургічного хворого.

Робота 4. Скласти алгоритм хірургічного та консервативного лікування обстеженого хворого.

Робота 5. Ознайомитися з формою медичної карти стаціонарного хворого, правилами її заповнення.

Робота 6. Внести отримані дані в карту стаціонарного хворого.

ОСНОВНІ ПИТАННЯ, ЯКІ РОЗГЛЯДАЮТЬСЯ НА ЗАНЯТТІ

1. Основні комунікативні та деонтологічні правила при спілкуванні з хірургічними хворими.

2. Методика суб'єктивного обстеження хірургічного хворого.

3. Методика об'єктивного обстеження хірургічного хворого.

4. Лабораторні та інструментальні методи обстеження хірургічного хворого.

5. Інтерпритація даних обстеження хворого з формуванням клінічного діагнозу.

6. Алгоритми хірургічного та консервативного лікування тематичного хворого.

7. Форма та структура медичної карти стаціонарного хворого.

Зразки тестових завдань та ситуаційних задач:

1. При обстеженні хворого З. хірург пропальпував пульсацію на головці плечової кістки при відведеній руці хворого. Яка артерія проходить в цій ділянці?

- A. Підключична;
- A. Плечова;
- B. Пахвова;
- C. Дельтовидна;
- D. Променева.

2. Хворий К., 67 років поступив в клініку зі скаргами на мерзлякуватість, затерпання ніг, біль в них, який виникає при ходьбі на дистанцію близько 50 метрів і зникає після відпочинку. Об'єктивно: нижні кінцівки прохолодні на дотик, шкіра на них суха, лущиться, коричневого кольору. Пульсація на артеріях стопи відсутня. Хворому виставлено діагноз облітеруючого атеросклерозу. Який метод найменш інформативний для підтвердження порушення прохідності в артеріях кінцівок?

- A. Аортоартеріографія;
- A. Доплерографія;
- B. Реовазографія;
- C. Капіляроскопія;
- D. Термографія.

3. Хворий Л., 72 років, поступив в клініку зі скаргами на мерзлякуватість, затерпання ніг, біль в них, який виникає при ходьбі на дистанцію близько 200 метрів і зникає після відпочинку. Об'єктивно: нижні кінцівки прохолодні на дотик, шкіра на них суха, лущиться. Пульсація на артеріях стопи ослаблена. Яка із нижченаведених проб не має діагностичної цінності в даного хворого?

- A. Проба Ратшова;
- A. Проба Гольдфлама;
- B. Проба Ланьель-Лавестіна;
- C. Проба Іпсена;
- D. Проба Гакенбруха.

4. Лікар обстежував хворого при поступленні на стаціонарне лікування і виявив різке послаблення голосового тремтіння нижче кута лівої лопатки.

Про які патологічні стани можна думати?

- A. Наявність рідини в плевральній порожнині; B.
- Наявність пухлини плеври;
- C. Обтурація просвіту бронха;
- D. Наявність всіх вище перерахованих патологічних станів; E.
- Наявність повітря в плевральній порожнині.

5. Після ножового поранення в ділянці VIII міжребер'я по лівій лопатковій лінії хворого діагностовано відкритий пневмоторакс.

Який характерний перкуторний звук для пневмотораксу? A.

Ясний легеневий;
 В. Коробковий;
 С. Високий тимпаніт;
 D. Дещо притуплений; E.
 Повна тупість.

6. На лівій половині грудної клітки перкуторно виявлено притуплення по лінії Дамуадо. Для якого захворювання характерна така межа притуплення перкуторного звуку?

A. Пневмоторакс;
 B. Піоторакс;
 C. Піопневмоторакс;
 D. Гемоторакс;
 E. Гідроторакс.

7. Про що може свідчити «лице Гіпократата»? A.

Захворювання артерій;
 B. Захворювання лімфатичних судин; C.
 Захворювання вен;
 D. Гостре хірургічне захворювання із запаленням очеревини; E.
 Доброякісні пухлини;

Здобувач вищої освіти повинен знати:

- правила та методику суб'єктивного обстеження хворого;
- правила та методику об'єктивного обстеження хворого;
- правила та методику антропометричного обстеження хворого;
- методи лабораторно-інструментального обстеження хворого;
- схему та правила заповнення карти стаціонарного хворого.

Здобувач вищої освіти повинен знати вміти:

- провести суб'єктивне обстеження хворого;
- провести об'єктивне обстеження хворого;
- провести антропометричне обстеження хворого;
- визначити необхідний об'єм лабораторно-інструментального обстеження;
- скласти алгоритм хірургічного та консервативного лікування хворого;
- занести отримані дані в медичну карту.

Еталони відповідей на тести та ситуаційні задачі: 1 –

C; 2 – D; 3 – E; 4 – D; 5 – C; 6 – C; 7 – D.

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства охорони
здоров'я України

14.02.2012 № 110

(у редакції наказу Міністерства охорони
здоров'я України
21.01.2016 № 29)

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого (якої) належить заклад охорони здоров'я _____ Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма _____ Код за ЄДРПОУ 	МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ Форма первинної облікової документації № 003/о ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ МОЗ України №
---	---

МЕДИЧНА КАРТА СТАЦІОНАРНОГО ХВОРОГО № _____

1. Дата госпіталізації (число, місяць, рік) (година) (хвилини)	2. Стать: чоловіча – 1; жіноча – 2
3. Прізвище, ім'я, по батькові хворого _____	
4. Дата народження (число, місяць, рік)	5. Вік _____ (кількість повних років, для дітей: до 1-го року – місяців; до 1-го місяця – днів)
6. Документ, що посвідчує особу 	
6.1. Номер документа, що посвідчує особу 	6.2. Громадянство _____ (код країни)
7. Постійне місце проживання/перебування: місто – 1; село – 2 _____ (область, район, населений пункт, вулиця, будинок, квартира)	
7.1. Поштовий індекс _____	
8. Місце роботи, посада _____ (для дітей, учнів, студентів – найменування навчального закладу, пільгова категорія; для інвалідів – вид і група інвалідності)	
9. Ким направлений хворий _____ (найменування закладу охорони здоров'я) (код за ЄДРПОУ)	
10. Діагноз при госпіталізації _____ (код за МКХ-10)	
11. Відділення при госпіталізації (код)	12. Відділення при виписці (код)
13. Госпіталізація: ургентна – 1; планова – 2 	
14. Обстеження на ВІЛ-інфекцію 	
15. Група крові _____	16. Резус-приналежність _____
17. Реакція Васермана (число, місяць, рік)	
18. Алергічні реакції, гіперчутливість чи непереносимість лікарського засобу _____ (назва лікарського засобу, характер побічної дії)	
19. Госпіталізація з приводу цього захворювання в цьому році: вперше – 1; повторно – 2 	
19.1. Повторна госпіталізація з приводу цього захворювання до 30 днів: так – 1; ні – 2 	
20. Дата виписки/смерті (число, місяць, рік) (година)	21. Проведено ліжко-днів _____

22. Діагноз заключний клінічний (у випадку травми – вказати її вид: виробнича – 1; невиробнича – 2 ☐)

Назва діагнозу		Код за МКХ-10					
Основний							
☐							
☐							
☐							
☐							
☐							
☐							
☐							

Додаткові діагнози: ускладнення основного діагнозу – 1; супутнє захворювання – 2 ☐

22.1. Категорія резистентності: відсутня – 1; чутливий ТБ – 2; монорезистентний ТБ – 3;

полірезистентний ТБ – 4; мультирезистентний ТБ – 5; туберкульоз із розширеною резистентністю – 6 ☐

22.2. П.І.Б. лікаря _____ підпис _____ реєстраційний номер _____

Дата

(число, місяць, рік)

23. Медичні процедури та хірургічні операції

Дата (число, місяць, рік)	Час (години, хвилини)	Код процедури/ хірургічної операції	Назва процедури/хірургічної операції	Суміжний спеціаліст (прізвище, ім'я, по батькові, реєстраційний номер)	Вид анестезії* (реєстраційний номер лікаря- анестезіолога)	Ускладнення (код згідно з МКХ-10)
1	2	3	4	5	6	7

24. Інші види лікування

(вказати які)

для хворих на злоякісні новоутворення:

1) спеціальне лікування: хірургічне; променеве (дистанційна гамма-терапія, рентгенотерапія, швидкі електрони, контактна і дистанційна гамма-терапія, контактна гамма-терапія і глибока рентгенотерапія); комбіноване (хірургічне і гамма-терапія, хірургічне і рентгенотерапія, хірургічне і комбіноване лікування); хімічними засобами; гормональними засобами

2) паліативне лікування

☐

3) симптоматичне лікування

25. Відмітки щодо видачі листків непрацездатності

№ _____ з _____ по _____

№ _____ з _____ по _____

26. Працездатність: відновлена повністю – 1; знижена – 2; тимчасово втрачена – 3; ☐

стійко втрачена – 4 (у зв'язку із захворюванням, з інших причин – підкреслити)

27. Висновок для тих, хто поступає на експертизу _____

28. Результат лікування: виписаний(а) з: одужанням – 1; поліпшенням – 2; погіршенням – 3; без змін – 4; помер(ла) – 5; переведений(а) до іншого закладу охорони здоров'я – 6; ☐

здоровий(а) – 7

29. Спеціальні відмітки

онкологічний профілактичний огляд:

(число, місяць, рік)

обстеження органів грудної порожнини

(число, місяць, рік)

30. Застрахований(а): так [1]; ні [2] _____

31. П.І.Б. лікаря _____ підпис _____ реєстраційний номер _____

32. П.І.Б. завідувача відділення _____ підпис _____ реєстраційний номер _____

*Відсутня – 1; місцева – 2; загальна – 3; інша – 4.

34. Анамнез хвороби

36. Об'єктивний стан хворого

Дата

--	--	--	--	--	--

 Підпис
(число, місяць, рік) хворого _____

40. П.І.Б. лікаря _____ підпис _____ реєстраційний номер _____

Об'єктивний стан хворого, попередній діагноз, план обстеження, план медичного лікування

[illegible]

42. Результати обстежень (лабораторні, ультразвукові, рентгенологічні, функціональна діагностика тощо)

[illegible]

43. ЩОДЕННИК*

Дата, час

[illegible]

*Кількість сторінок повинна бути не менше 4.

This image shows a full page of white paper with horizontal dotted lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page, providing a guide for handwriting or typing. There are no margins, text, or other markings on the page.

This image shows a full page of white paper with horizontal dotted lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page, providing a guide for handwriting practice. There are no margins, text, or other markings on the page.

46. Загальний аналіз крові.....	
47. Загальний аналіз сечі	
48. Печінкові проби	
49. Копрограма	
50. Аналіз крові на глюкозу	
51. Аналіз крові на амілазу	
52. Аналіз сечі на глюкозу (з добової кількості)	
53. Аналіз сечі на діастазу	
.....	
.....	
.....	

54. Діагноз заключний клінічний

Назва діагнозу		Код за МКХ-10					
Основний							
☐							
☐							
☐							
☐							
☐							
☐							
☐							

Додаткові діагнози: ускладнення основного діагнозу – 1; супутнє захворювання – 2 ☐

Категорія резистентності: відсутня – 1; чутливий ТБ – 2; монорезистентний ТБ – 3; ☐
полірезистентний ТБ – 4; мультирезистентний ТБ – 5; туберкульоз із розширеною резистентністю – 6

55. Медичне лікування

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

56. Лікувальні рекомендації та режим хворого

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

57. Результат медичного лікування:

виписаний(а) з: одужанням – 1; поліпшенням – 2; погіршенням – 3; без змін – 4; помер(ла) – 5; ☐
переведений(а) до іншого закладу охорони здоров'я – 6; здоровий(а) – 7

.....

.....

.....

.....

57.1. П.І.Б. лікаря _____ підпис _____ реєстраційний номер _____

57.2. П.І.Б. завідувача відділення _____ підпис _____ реєстраційний номер _____

Дата заповнення

--	--	--	--	--	--	--

(число, місяць, рік)

Виписка з протоколу (карти) патологоанатомічного обстеження № _____

58. Найменування закладу охорони здоров'я, який склав протокол _____

59. Дата розтину _____

--	--	--	--	--	--

(число, місяць, рік)

Патологоанатомічний діагноз

60. Основний (код за МКХ-10):

.....

.....

61. Ускладнення основного (код за МКХ-10):

.....

.....

.....

62. Супутні захворювання (код за МКХ-10):

.....

.....

.....

63. Збіг клінічного і патологоанатомічного діагнозів:

повний збіг діагнозів – 0;

розбіжність діагнозів: основного – 1; супутнього – 2; ускладнень – 3; повна розбіжність – 4 ☐

64. Причини розбіжності:

об'єктивні труднощі діагностики – 1; короткочасне перебування в закладі охорони здоров'я – 2; ☐

недообстеження хворого – 3; переоцінка даних обстеження – 4; рідкісне захворювання – 5;

неправильне оформлення діагнозу – 6

65. Причина смерті (з пункту 11 лікарського свідоцтва про смерть № _____)

Код за МКХ-10:

	I. а) _____	приблизний час між початком захворювання і смертю
	б) _____ (безпосередня причина смерті)	
	в) _____	
	г) _____	

(б, в, г – захворювання та патологічні стани, що зумовили безпосередню причину смерті; основна причина смерті вказується в останньому заповненому рядку)

II. Інші суттєві стани (конкуруючі, поєднані, фонові (підкреслити)), які сприяли смерті, але не пов'язані із захворюванням чи його ускладненням, яке безпосередньо є причиною смерті:

У разі смерті жінок під час вагітності або після пологів у період до одного року зазначити тиждень вагітності _____, день післяпологового періоду _____, тиждень після пологів _____

66. П.І.Б. лікаря _____ підпис _____ реєстраційний номер _____

67. П.І.Б. завідувача відділення _____ підпис _____ реєстраційний номер _____

ЗАНЯТТЯ № 19

Тема: Курація хірургічних хворих, написання історії хвороби. Частина 2.

Мета: Оволодіти методикою та відпрацювати практичні навички проведення комплексного клінічного обстеження хірургічного хворого. Відпрацювати комунікативні навички спілкування з хворим. Навчитися створювати алгоритм обстеження хворого, інтерпритувати отримані дані, формулювати клінічний діагноз та складати схему хірургічного та консервативного лікування профільного хворого.

Засвоїти та відпрацювати правила оформлення медичної карти стаціонарного хворого.

Професійна орієнтація здобувачів вищої освіти: Історія хвороби (медична карта стаціонарного хворого) це офіційний документ, що відображає клінічний діагноз, стан хворого, динаміку захворювання, дані клінічного обстеження, додаткових методів дослідження, характер консервативного об'єм та методику хірургічного лікування і його результат.

Це облікова форма медичної документації і є об'єктом клінічного і наукового дослідження. Окрім того, історія хвороби має важливе юридичне значення.

Студентська, або академічна історія хвороби складається практично із тих самих розділів, що і офіційна, проте адаптована до програми, в даному випадку загальної хірургії із своїми чітко окресленими метою та завданнями. Студент 3 курсу повинен виробити перші, основні навички по обстеженню хворого із загально хірургічною патологією і засвоїти основні правила написання історії хвороби.

ОСНОВНІ ПИТАННЯ, ЯКІ РОЗГЛЯДАЮТЬСЯ НА ЗАНЯТТІ

1. Основні комунікативні та деонтологічні правила при спілкуванні з хірургічними хворими.
2. Методика суб'єктивного обстеження хірургічного хворого.
3. Методика об'єктивного обстеження хірургічного хворого.
4. Лабораторні та інструментальні методи обстеження хірургічного хворого.
5. Інтерпритація даних обстеження хворого з формуванням клінічного діагнозу.
6. Алгоритми хірургічного та консервативного лікування тематичного хворого.
7. Форма та структура медичної карти стаціонарного хворого.
8. Правила заповнення медичної карти стаціонарного хворого.

Зразки тестових завдань та ситуаційних задач:

1. При обстеженні хворого З. хірург пропальпував пульсацію на головці плечової кістки при відведеній руці хворого. Яка артерія проходить в цій ділянці?

А. Підключична;

- A. Плечова;
- B. Пахова;
- C. Дельтовидна;
- D. Променева.

2. Хворий К., 67 років поступив в клініку зі скаргами на мерзлякуватість, затерпання ніг, біль в них, який виникає при ходьбі на дистанцію близько 50 метрів і зникає після відпочинку. Об'єктивно: нижні кінцівки прохолодні на дотик, шкіра на них суха, лущиться, коричневого кольору. Пульсація на артеріях стопи відсутня. Хворому виставлено діагноз облітеруючого атеросклерозу. Який метод найменш інформативний для підтвердження порушення прохідності в артеріях кінцівок?

- A. Аортоартеріографія;
- A. Доплерографія;
- B. Реовазографія;
- C. Капіляроскопія;
- D. Термографія.

3. Хворий Л., 72 років, поступив в клініку зі скаргами на мерзлякуватість, затерпання ніг, біль в них, який виникає при ходьбі на дистанцію близько 200 метрів і зникає після відпочинку. Об'єктивно: нижні кінцівки прохолодні на дотик, шкіра на них суха, лущиться. Пульсація на артеріях стопи ослаблена. Яка із нижченаведених проб не має діагностичної цінності в даного хворого?

- A. Проба Ратшова;
- A. Проба Гольдфлама;
- B. Проба Ланьєль-Лавестіна;
- C. Проба Іпсена;
- D. Проба Гакенбруха.

4. Лікар обстежував хворого при поступленні на стаціонарне лікування і виявив різке послаблення голосового тремтіння нижче кута лівої лопатки.

Про які патологічні стани можна думати?

- A. Наявність рідини в плевральній порожнині;
- B. Наявність пухлини плеври;
- C. Обтурація просвіту бронха;
- D. Наявність всіх вище перерахованих патологічних станів;
- E. Наявність повітря в плевральній порожнині.

5. Після ножового поранення в ділянці УІІ міжребер'я по лівій лопатковій лінії у хворого діагностовано відкритий пневмоторакс.

Який характерний перкуторний звук для пневмотораксу?

- A. Ясний легеневий;
- B. Коробковий;
- C. Високий тимпаніт;
- D. Дещо притуплений;
- E. Повна тупість.

6. На лівій половині грудної клітки перкуторно виявлено притуплення по лінії Дамуадо. Для якого захворювання характерна така межа притуплення перкуторного звуку?

- А. Пневмоторакс;
- В. Піоторакс;
- С. Піопневмоторакс;
- Д. Гемоторакс;
- Е. Гідроторакс.

7. Про що може свідчити «лице Гіпократ»?

- А. Захворювання артерій;
- В. Захворювання лімфатичних судин;
- С. Захворювання вен;
- Д. Гостре хірургічне захворювання із запаленням очеревини;
- Е. Доброякісні пухлини;

Здобувач вищої освіти повинен знати:

- правила та методику суб'єктивного обстеження хворого;
- правила та методику об'єктивного обстеження хворого;
- правила та методику антропометричного обстеження хворого;
- методи лабораторно-інструментального обстеження хворого;
- схему та правила заповнення карти стаціонарного хворого.

Здобувач вищої освіти повинен вміти:

- провести суб'єктивне обстеження хворого;
- провести об'єктивне обстеження хворого;
- провести антропометричне обстеження хворого;
- визначити необхідний об'єм лабораторно-інструментального обстеження;
- скласти алгоритм хірургічного та консервативного лікування хворого;
- занести отримані дані в медичну карту.

Еталони відповідей на тести та ситуаційні задачі:

1 – С; 2 – D; 3 – Е; 4 – D; 5 – С; 6 – С; 7 – D.

ЗАНЯТТЯ № 20

Тема: Загальні питання хірургічної інфекції.

Мета: Ознайомити студентів із визначенням поняття про хірургічну інфекцію. Вивчити основні етіо-патогенетичні, клінічні і лабораторно-інструментальні ознаки хірургічної інфекції. Засвоїти алгоритми та принципи діагностики, лікування та профілактики хірургічної інфекції.

Професійна орієнтація здобувачів вищої освіти.

«...Хірургічна інфекція знову стала однією з самих тяжких, складних і актуальних проблем хірургії» (В.І.Стручков 1972р.). На сьогоднішній день близько 35-40% хворих хірургічних стаціонарів складають пацієнти з гнійно-запальними захворюваннями, післяопераційні інфекційні ускладнення розвиваються в середньому у 30% хворих, а у загальній структурі смертності в хірургічних стаціонарах кількість померлих від інфекційних ускладнень сягає 42-60%. Ці вражаючі цифри переконливо свідчать про актуальність і невирішеність проблеми гнійної інфекції в хірургії, яка має ще й велике соціальне значення.

Методика виконання практичної роботи.

Робота 1. Суб'єктивне обстеження хворого з хірургічною інфекцією.

Робота 2. Об'єктивне обстеження хворого з хірургічною інфекцією.

Робота 3. Скласти програму лабораторно-інструментального обстеження хворого.

Робота 4. Оцінити отримані дані обстеження хворого та сформулювати клінічний діагноз.

Робота 5. Скласти алгоритм хірургічного та консервативного лікування хворого.

Робота 6. Ознайомлення з принципами хірургічного лікування хірургічної інфекції.

Робота 7. Участь у перев'язках тематичних хворих.

Робота 8. Спостереження за хірургічним лікуванням тематичних хворих.

ОСНОВНІ ПИТАННЯ, ЯКІ РОЗГЛЯДАЮТЬСЯ НА ЗАНЯТТІ

1. Визначення поняття та фактори розвитку хірургічної інфекції;
2. Характеристика сучасних тенденції розвитку інфекції в хірургії;
3. Сучасні патогени хірургічної інфекції;
4. Реакція макроорганізму на хірургічну інфекцію;
5. Класифікація хірургічної інфекції;
6. Патогенез гнійно-запального процесу при хірургічній інфекції;
7. Клінічні прояви гнійно-запального процесу;
8. Загальні симптоми гнійної інфекції;
9. Загальні принципи лікування гострої гнійної інфекції;
10. Хірургічне втручання у місцевому лікуванні хірургічної інфекції;

Тестові завдання та ситуаційні задачі:

1. До факторів розвитку хірургічної інфекції відносять:

- А. Збудник інфекції;
 - Б. Вхідні ворота інфекції;
 - В. Макроорганізм і його реакції;
 - Г. Патогенність мікрофлори;
 - Д. Всі перераховані фактори.
2. Найчастіше етіологічними чинниками захворювань виступають:
- А. Фузобактерії;
 - Б. Стафілококи;
 - В. Псевдомонади;
 - Г. Грибки;
 - Д. Пептострептококи.
3. Найчастіш вхідними воротами для проникнення в організм гнійної інфекції є:
- А. Протоки сальних і потових залоз;
 - Б. Порушення цілісності шкірного чи слизового покриву;
 - В. Лімфатичні або кровоносні судини;
 - Г. Слизова оболонка кишечника;
 - Д. Анатомічне розташування рани.
4. В які строки розвивається перебіг запального процесу інфекційного походження:
- А. Від 2 годин до 12 діб;
 - Б. Від 10 годин до 10 діб;
 - В. Від 12 годин до 12 діб;
 - Г. Від 10 годин до 14 діб;
 - Д. Правильна відповідь відсутня.
5. Послідовність фаз раневого процесу:
- А. Фаза запалення, фаза регенерації, фаза утворення і реорганізації рубця, фаза епітелізації
 - Б. Фаза запалення ; фаза утворення і реорганізації, фаза епітелізації
 - В. Фаза епітелізації, фаза утворення і реорганізації рубця, фаза запалення
 - Г. Фаза утворення і реорганізації рубця, фаза запалення;
 - Д. Фаза запалення, фаза регенерації, фаза утворення і реорганізації рубця
6. До загальних принципів лікування гострої гнійної інфекції першу чергу відносять:
- А. Лікування проводиться у відповідності до фази запалення;
 - Б. Хірургічне втручання в ділянці гнійного осередку;
 - В. Лікування повинне бути комплексним;
 - Г. направленим на всі ланки патогенезу хірургічної інфекції;
 - Д. Створення функціонального спокою ураженого органу.
7. У хворого на 5-ту добу після апендектомії на тлі повного затихання процесу виник сіпаючий біль в ділянці післяопераційної рани, підвищилась температура тіла, спостерігався лейкоцитоз. Про яке ускладнення слід подумати?
8. У хворого з раною в ділянці кисті при бактеріологічному дослідженні виявлено паличку синьо-зеленого гною. Який антисептик слід застосувати для місцевого лікування рани ?
9. Пацієнту 35 років доставленому після ДТП в умовах перев'язочної

приймального покою глибоку рану на гомілці не промили, не дренивали, а на глухо зашили. Які можливі ускладнення треба очікувати у пацієнта?

Здобувач вищої освіти повинен знати:

1. Фактори розвитку хірургічної інфекції.
2. Фактори поширення бактерій в організмі.
3. Сучасні патогени хірургічної інфекції.
4. Класифікацію хірургічної інфекції.
5. Патогенез гнійно-запального процесу при хірургічній інфекції.
6. Клінічні прояви гнійно-запального процесу.
7. Загальні симптоми гнійної інфекції.
8. Принципи сучасної антибіотикотерапії.
9. Принципи консервативної терапії хірургічної інфекції.
10. Принципи хірургічного лікування хірургічної інфекції.
11. Принципи місцевого лікування хірургічної інфекції.

Здобувач вищої освіти повинен вміти:

1. Класифікувати хірургічну інфекцію;
2. Діагностувати фази ранового процесу;
3. Визначити місцеві прояви хірургічної інфекції;
4. Взятии матеріал для цитологічного і мікробіологічного досліджень;
5. Встановити клінічні симптоми скупчення гною;
6. Володіти загальними принципами хірургічного лікування гострої гнійної інфекції;
7. Володіти основними етапами місцевого лікування;
8. Передбачити і попередити розвиток нагноєння в рані;
9. Накласти іммобілізуючу пов'язку.

Еталони відповідей на тести та ситуаційні задачі:

- 1 – Д.
- 2 – Б.
- 3 – Б.
- 4 – Д.
- 5 – Б.
- 6 – Д.
- 7 – Б.
- 8 – нагноєння післяопераційної рани
- 9 – розчин борної кислоти
10. – розвиток анаеробної хірургічної інфекції

Матеріали підготовки

Загальні питання хірургічної інфекції

Інфекція визначає суть багатьох захворювань та післяопераційних ускладнень. Інфекція – одна з найголовніших причин післяопераційної смертності.

ОСНОВНІ ПОНЯТТЯ

Інфекція – біологічні явища і процеси, що виникають і розвиваються в макроорганізмі при взаємодії з мікроорганізмами, які здатні порушувати постійність внутрішнього середовища і нормальні фізіологічні функції (Тимаков В.Д.).

Хірургічна інфекція – інфекція, що потребує оперативного лікування або є результатом оперативного втручання.

Гнійна інфекція – запальні процеси, що характеризуються ексудацією, деструкцією та розпавленням тканини за активною участю гнієрідної мікрофлори.

Інфільтрація – просякання, проникнення в тканини та накопичення в них невластивих їм клітин, рідини, речовин.

Ексудат – багата на білок запальна рідина, що накопичується у тканинах та порожнинах.

Гній – ексудат, що вміщує білок, ферменти, продукти деструкції тканини, велику кількість лейкоцитів, більшість яких загинули від дії токсичних речовин. **Некроз** – загибель клітин або тканин у живому організмі в результаті дії патогенного чинника.

Некробіоз – незворотні дистрофічні процеси, що передують некрозу.

Секвестр – ділянка некротизованої тканини, що вільна розташована серед живих тканин і втратила з ними анатомічний зв'язок.

Нориця (фістула) – патологічне сполучення органу, порожнини тіла або глибше розташованих тканин із зовнішньою поверхнею тіла або порожниною внутрішнього органу.

Апопто́з – регульований (запрограмований) процес самоліквідації клітини, в результаті якого клітина фрагментується на окремі апоптотичні тільца, що обмежені плазматичною мембраною.

Детрит – кашкоподібний продукт розпаду тканин.

Класифікація

В теперішній час найпоширенішою залишається класифікація за клінічним перебігом (І.Г. Руфанов і В.І. Стручков).

□ 1. Гостра хірургічна інфекція:

- • гостра гнійна інфекція (гнійні захворювання, гнійно- деструктивні процеси при гострих хірургічних захворюваннях, нагноєння ран, нагноєння при травмах);
- • гостра анаеробна інфекція; ○ • гостра гнильна інфекція; ○ • гостра специфічна інфекція.

□ 2. Хронічна хірургічна інфекція: неспецифічна та специфічна.

Недоліками цієї класифікації є застосування як клініко-морфологічних, так і суто мікробіологічних понять. Без достатніх підстав в групу гнійних процесів включені як некротичні процеси (карбункул), так і захворювання, морфологічною основою яких є серозне запалення (еризипелоїд, еритематозна і бульозна форми бешихи). Тактика лікування цих захворювань різна. Так, еризипелоїд, бешиху, лімфангіт лікують консервативно. Основним елементом лікування абсцесу є розтин гнійників. При карбункулі необхідно виконати некректомію.

Досягнення клінічної мікробіології показали значення анаеробної неклостридіальної флори в етіології гострої хірургічної інфекції. Це спричинили спроби виділити, як окрему форму, неклостридіальну анаеробну інфекцію. Проте, слід чітко визначити, що це поняття не клінічне, а мікробіологічне. Ця "форма" гострої хірургічної інфекції не має достатньо характерної клініки. Її клінічні прояви співпадають з симптоматикою гнильної інфекції. Не викликає суперечності і асоціативність мікрофлори. В обох випадках вона аеробноанаеробна. Як показує досвід багатьох дослідників, при гнійній неспецифічній інфекції мікрофлора також асоціативна.

Отже, при гнійній та гнильній формах характер мікрофлора не відіграє вирішальної ролі у визначенні клінічних проявів і перебігу гострої хірургічної інфекції. Першочергове значення має загальний стан макроорганізму (стан специфічних і неспецифічних систем захисту, детоксикації та ін.), місцеві та регіонарні зміни (розлади гемо- і лімфодинаміки), особливості будови та функції ураження органу та ін. Залежно від конкретної комбінації загальних і місцевих змін виникає той або інший варіант гострої хірургічної інфекції. Лише при специфічній формі гострої хірургічної інфекції клінічні прояви та лікування суттєво пов'язані з видом збудника. Але і в цих випадках для реалізації ними патогенності потрібні сприятливі умови. При наявності однакових збудників перебіг і завершення гострої хірургічної інфекції у різних хворих неоднакові.

Отже, класифікація повинна бути **клініко-морфологічною**.

□ неспецифічна гостра хірургічна інфекція: серозна (серозноінфільтративна), гнійна (гнійного розплавлення) та некротична форми; □ специфічна.

Клініка **серозної форми** – це симптоми запалення без явищ розплавлення інфільтрату. Морфологія серозної форми характеризується ексудативним запаленням: гіперемія, набряк тканин, ексудат з високим вмістом білку (30-60 г/л), незначна, перивазальна клітинна інфільтрація. Некротичні зміни відсутні. Лікування цієї форми консервативне. Під його впливом відбувається зворотній розвиток захворювання.

При **гнійній формі** спостерігають яскраві місцеві симптоми запалення, з'являються ознаки розплавлення інфільтрату з утворенням гною (по типу абсцесу або флегмони). В основі цієї форми лежить ексудативне запалення зі значною інфільтрацією тканин поліморфноядерними лейкоцитами і подальшим розплавленням і відторгненням. Ексудат містить велику кількість лейкоцитів і білку. При цьому показано оперативне лікування (розтин і дронування гнійника).

Серед клінічних проявів **некротичної форми** домінують ознаки загибелі тканин (поява чорного або брудно-сірого забарвлення, зниження місцевої температури та чутливості, втрата звичайної еластичності та ін.) Нерідко відбувається газоутворення. При морфологічному дослідженні виявляють деструкцію тканин, тромбоз судин. Лейкоцитарна інфільтрація та перифокальне запалення (серозне або гнійне), часто слабо виражене. Хворі підлягають оперативному лікуванню в ургентному порядку: декомпресія тканин шляхом їх розсічення (фасціотомія та ін.), вирізання некротизованих тканин, дронування. Зазначені форми можуть переходити послідовно одна у іншу і тоді це фази (стадії) або форми одного захворювання.

Така класифікація дає можливість побудувати чітку схему комплексного лікування, визначити послідовність лікувальних заходів та їх ієрархію.

В переважній більшості випадків першочерговою і вирішальною є своєчасна, адекватна хірургічна обробка патологічного вогнища з наступним ефективним дронуванням. Місцева терапія повинна бути спрямована на дегідратацію тканин, покращення мікроциркуляції, лізис некротичних тканин, сорбцію токсинів. На другому місці стоять заходи, що спрямовані на корекцію функцій макроорганізму: детоксикація, імунокорекція. Наступна група заходів включає вплив на мікрофлору: місцеве застосування антисептиків і сорбентів. Таким чином, запропонована класифікація наслідує традиційний підхід, але наповнює його новим змістом, надає виключно клінічну орієнтацію і дозволяє клініцисту чітко побудувати план лікування.

За анатомічною ознакою хірургічні інфекційні процеси розподіляються залежно від структури, яка уражується.

Гостра гнійна інфекція

Етіологія і патогенез. Найважливіший чинник виникнення інфекції – пошкодження тканин (вхідні ворота). На це організм реагує розвитком запалення. Його суттєві моменти – порушення мікроциркуляції, утворення інфільтрату та ексудату (серозно-інфільтративна фаза), міграція лейкоцитів і розплавлення інфільтрату, некроз. Некротизовані тканини розплавляються під дією протеаз лейкоцитів (фаза гнійного розплавлення). Загоєння невеликих вогнищ відбувається з утворенням рубця. При великих вогнищ формується порожнина заповнена гноєм.

Чинники, що визначають виникнення та перебіг захворювання:

- морфо-функціональні особливості ураженої ділянки;
- стан резистентності організму;
- стан загального і регіонарного кровообігу; • властивості мікроорганізму та їх кількість;
- особливості травми (операції).

До морфо-функціональних особливостей належить наявність мішкоподібних (сальні, потові, молочні залози, жовчний міхур, червоподібний відросток) або трубчастих структур (жовчні шляхи, бронхи), що відводять секрет своїх залоз в одному напрямку, щілин, кишень, запливів. Закупорка цих утворень спричиняє скупчення рідини, підвищення тиску, пошкодження тканини та розвиток гнійного процесу.

Резистентність. Реакцію організму на пошкодження та некроз тканин забезпечують неспецифічні та специфічні чинники захисту. Провідну роль серед них відіграють фагоцити (нейтрофіли, моноцити та тканинні макрофаги), лімфоцити, імуноглобуліни, комплемент, кініни, система зсідання крові тощо.

Велике значення в протидії інфекції має збереженість фізіологічних параметрів і захисних механізмів в ділянці пошкодження (рН, вологість, температура). В ділянках, що зазнають впливу мікробів та їх токсинів, частих мікротравм, тканини стають більш стійкими. Прикладами захисного пристосування будови і функції є багатошаровість епідермісу (з ороговіння поверхневих шарів) та епітелію певних ділянок (носоглотка, ротова порожнина, стравохід і сечостатевої тракт), війки (бронхи, трахея), потік рідини (сеча, слюза), що змиває мікроби, перистальтика ШКТ та слиз, місцева дія IgA.

Відхилення від норми створює сприятливі для життєдіяльності мікрофлори умови. Деякі мікроби в здоровому організмі не здатні спричинити інфекцію. Проте вони здатні спричинити летальну інфекцію у осіб із зниженою резистентністю.

Суттєве зниження реактивності організму спостерігають при важкій травмі, опіку та операції, голодуванні, авітамінозі, цукровому діабеті, ожирінні, злоякісних пухлинах, проведенні протипухлинної хіміотерапії, лікуванні імуносупресивними препаратами (попередження відторгнення трансплантату), стероїдами. У разі

значного зниження реактивності розвивається ендогенна інтоксикація та сепсис. **Порушення мікроциркуляції, регіонарного та загального кровообігу** на ґрунті запалення, пошкодження або захворювання судин, серцевої недостатності, шоку призводить до гіпоксії тканин, порушення їх трофіки, зменшення доставки захисних факторів. Це, в свою чергу, спричиняє дестабілізацію мембран, некроз тканин, порушення регенерації та зменшення загальної та локальної резистентності. Змертвіння (некроз) тканин, що виникає внаслідок погіршення кровопостачання, значно підвищує ймовірність розвитку інфекції (особливо анаеробної). В некротизованих тканинах наявне поживне середовище, фагоцити та інші захисні структури і речовини не здатні реалізувати свою дію в умовах нежиттєздатних тканин (гіпоксія, низький тиск кисню – pO_2). Відсутній вплив з боку захисних систем макроорганізму. Виражений набряк також підвищує ймовірність розвитку інфекції (погіршення мікроциркуляції, гіпоксія тканин). Згідно теорії анохорезу – циркулюючі у крові бактерії локалізуються в місці мінімальної резистентності, де і розвивається гнійник. Це пояснює виникнення гнійників (постін'єкційних абсцесів) навіть в умовах суворої асептики. Серед **збудників хірургічної інфекції** зустрічаються стафілококи (золотистий та епідермальний), стрептококи (*Streptococcus pyogenes*), протей, кишкова та синьо-гнійна палички (псевдомонади), протей, цитробактер, ацинетобактер, клебсієли, бактероїди та інші клостридіальні (спороутворюючі) і некростридіальні (неспороутворюючі) анаероби, грибова флора (*Histoplasma*, *Candida*, *Cryptococcus*) тощо.

Щоб спричинити виникнення інфекції мікроб має бути патогенним (інфективним), тобто здатним спричинити патологічний (інфекційний) процес. Ступінь патогенності даного штаму мікроорганізмів щодо певного біологічного виду при конкретному способі зараження визначають як вірулентність. Для реалізації патогенності (вірулентності) мікроб має бути інвазивним (здатним долати захисні бар'єри макроорганізму та розвиватися в ньому) та **токсигенним** (здатним втручатися в метаболічні процеси господаря, порушувати його гомеостаз). Для виникнення і розвитку інфекції має значення кількість мікробів. Критичним рівнем бактеріального забруднення вважають 10^5 .

Багато бактерій і грибів мають товсту капсулу, що робить їх стійкими до фагоцитів, інші мікроби не перетравлюються після фагоцитозу – лізосомальні ферменти не розплавляють фагосоми.

Властивості мікробів, що важливі з точки зору клініки:

- 1. Аутогенність.** Мікроорганізми потрапляють до патологічного вогнища зі шкіри, травного тракту, лімфатичних вузлів. Деякі види мікробів чинять позитивну дію: продукують протеази, антибіотики, імуномодулятори, стимулюють регенерацію, підвищують клітинну активність (В.І.Нікітенко, 1990). Є думка, що до 90% всіх хірургічних інфекцій має ендогенне походження.
- 2. Асоціативність.** Взаємодія мікроорганізмів у складі асоціації може бути за типом синергізму або антагонізму. Часто існує нестійка рівновага, яка легко порушується (в т. ч. необґрунтованими антимікробними заходами з непередбаченими наслідками: дисбактеріоз, селекція стійких штамів тощо).

3. Вторинне інфікування та періодична зміна мікрофлори.

4. Поліантибіотикорезистентність (особливо госпітальні штами).

А/брезистентність значною мірою зумовлена застосуванням а/б без належних показів, у малих дозах, короткими курсами. Збільшення а/б-резистентності, поява а/б-залежних форм мікробів значно зменшують ефективність навіть нових препаратів. Спостерігається розвиток стійкості до антисептиків.

5. Токсичність – здатність мікробів продукувати екзотоксини, що пошкоджують та знищують клітини або сприяють розповсюдженню мікробів в тканинах. Екзотоксини грають важливу роль у патогенності *Clostridium species*, *Staph. aureus*, і *Strep.pyogenes*. Інші бактерії (*Clostridium tetani*) продукують нейротоксини, що пошкоджують нормальну нервову передачу. Ендотоксини – ліпополісахаридно-білкові комплекси, які є нормальним компонентом клітинної стінки грам (-) бактерій. Ці молекули активують багато біологічно активних речовин (комплемент, система зсідання крові та ін.) та спричиняють вивільнення цитокінів та інших медіаторів з лейкоцитів, макрофагів та інших клітин, вивільнення гормонів та розлади метаболізму.

Всі збудники продукують токсини, що пошкоджують систему імунної резистентності. В залежності від особливостей токсинування виділяють три **типи генералізації інфекції:**

- 1) Екзотоксичні інфекції (клостридіальна, правець), що **генералізовані за токсином** і локалізовані за збудником. При клостридіальному сепсисі наявні всі ознаки сепсису і септичного шоку. Проте, часто бактеріємія відсутня.
- 2) Ендотоксичні інфекції (кишкова паличка) проходять три стадії: місцеве вогнище, бактеріємія, вторинні гнійні вогнища. Вони завжди **генералізовані за збудником** (бактеріємія).
- 3) **Екзо-ендотоксичні інфекції** (стафілокок, стрептокок) можуть бути в початковій стадії генералізованими за токсином, а потім (по мірі пригнічення резистентності організму) – за збудником. (Рожков А.С., 1994; Брюсов П.Г. та ін., 1999).

Механізми **ендогенної інтоксикації** пов'язані із активуючою дією мікроорганізмів на лейкоцити, ендотеліоцити та інші клітини, які починають у надмірній кількості продукувати цитокіни та інші медіатори (детально див. розділ "Сепсис"),

Особливості травми (операції) - Значне пошкодження тканин може безпосередньо спричинити їх змертвіння (первинний некроз). Тривала і травматична операція, значна кількість пошкоджених тканин, неадекватна некректомія, поганий туалет рани або порожнини, де проводилась операція (залишення крові та інших речовин, що сприяють росту мікрофлори) значно підвищують ступінь бактеріальної засіяності тканин. Сторонні предмети, що можуть залишитися при цьому (дренажі, тампони, катетери, фрагменти травмуючого агента) також значно підвищують загрозу розвитку інфекції. Вони підтримують запальний процес, погіршують мікроциркуляцію, зменшують

критичну кількість мікроорганізмів, необхідну для виникнення інфекції, погіршують умови функціонування фагоцитів.

Загальні принципи діагностики та контролю перебігу

Насамперед необхідно оцінити клінічні ознаки **місцевих** і загальних змін. До **місцевих** проявів належать загальновідомі симптоми запалення (біль, набряк, почервоніння, локальне підвищення температури, порушення функції). Їх інтенсивність залежить від локалізації патологічного вогнища, анатомофізіологічних особливостей уражених органу, характеру реакції організму (гіпер-, нормо- або гіпоергія).

Клініка **серозної форми** – це симптоми запалення без явищ розплавлення інфільтрату.

При гнійній формі спостерігають більш яскраві місцеві симптоми запалення і ознаки розплавлення інфільтрату з утворенням гною (по типу абсцесу або флегмони): більш інтенсивний і чітко локалізований біль, флуктуація (при поверхневому розташуванні гнояка), розм'якшення в центрі інфільтрату, побіління шкіри над ним, подальше підвищення місцевої температури, порушення функції.

Якщо є сумніви, доцільно провести **діагностичну пункцію**.

Серед клінічних проявів **некротичної форми** домінують ознаки загибелі тканин (чорне або брудно-сіре забарвлення, зниження місцевої температури та чутливості, втрата звичайної еластичності та ін.) Нерідко відбувається газоутворення.

Загальні прояви – клініка **ендотоксикозу**: погіршення загального стану, адинамія або емоційна лабільність, поганий сон, порушена свідомість, симптоми подразнення мозкових оболонок, судоми, поганий апетит, бліде обличчя, запалі очі, ціанотичні губи і слизові оболонки, суха жовтувта шкіра зі зниженим тургором, набряки, артеріальна гіпотензія, частий пульс малого наповнення, глухі тони серця, прискорене, поверхнєве дихання, збільшені і болючі при пальпації печінка і селезінка, болюча ділянка нирок, олігурія, гіпертермія (до 40°C), озноб. Серед лабораторних тестів доцільним є визначення кількості лейкоцитів. Їх кількість може перевищувати $15 \times 10^9/\text{л}$. Відмічають нейтрофіліоз, еозино- і моноцитопенію. Проявами ендотоксикозу є також анемія, поява в сечі білку і циліндрів, гіпербілірубінемія, підвищення рівня сечовини і креатиніну, АЛТ, фібриногену Б.

Якщо виникають складнощі діагностики, використовують УЗ- сканування, термографію, комп'ютерну томографію.

Ефективність лікування оцінюють за динамікою клінічних проявів, лейкоцитарної формули, кількості білку в сироватці крові та деяких інших лабораторних тестів (залежно від конкретних обставин). Контроль перебігу ранового процесу здійснюють згідно із загальними принципами.

У післяопераційному періоді необхідно періодично (1 раз на 7 днів) проводити бакконтроль: ідентифікація ранової мікрофлори, визначення її чутливості до антибіотиків і антисептиків, засіяність рани (кількість мікробів в 1 г тканини або на 1 см² ранової поверхні).

Загальні принципи лікування гострої гнійної інфекції

Лікування **серозної форми** консервативне. Мета – регресія запалення, запобігання подальшій деструкції тканин та формуванню гнійно-некротичних вогнищ. Задачі – нормалізація мікроциркуляції і проникності стінки судин, стабілізація клітинних мембран, купірування набряку. Це досягається шляхом використання таких лікувальних заходів і препаратів: нестероїдні протизапальні засоби, димексид (10-50% розчин, у т.ч. в комбінації з анальгетиками, анестетиками, антибіотиками), фізіотерапія (УФО ділянки інфільтрату, УВЧ, мікрохвильова терапія, УЗ-терапія, фонофорез), електрофорез з антибіотиками), антибіотикотерапія (за показами) із застосуванням антибіотиків широкого спектру дії, пиття (до 2 л/добу), повноцінне харчування, пов'язка (суха асептична).

Суттєвим є догляд за шкірою, **імобілізація** та підвищене положення (зменшують навантаження, біль і припухлість).

У частині випадків ефективним може бути коротка новокаїнова блокада з антибіотиками. Але в разі інфільтрації запального вогнища виникає різкий біль. Метод неефективний при глибокого розташування інфільтрату, при гнійних захворюваннях кісток.

Покази до оперативного лікування:

- сформований гнояк (гнійна форма);
- інфекція порожнин тіла (перитоніт, гнійний перикардит, емпієма плеври, гнійний артрит);
- некроз м'яких тканин (некротична форма);
- інфекції спричинені імплантатами (судинні протези та ін);
- неефективність консервативного лікування інфільтрату.

Види оперативних втручань – розтин і дренирування, висічення, пункційний метод.

Операції з приводу гнійно-запальних процесів є **невідкладними**. У разі необхідності проводять нетривалу інтенсивну передопераційну підготовку з метою корекції порушень функції органів і систем, боротьби з ендотоксикозом.

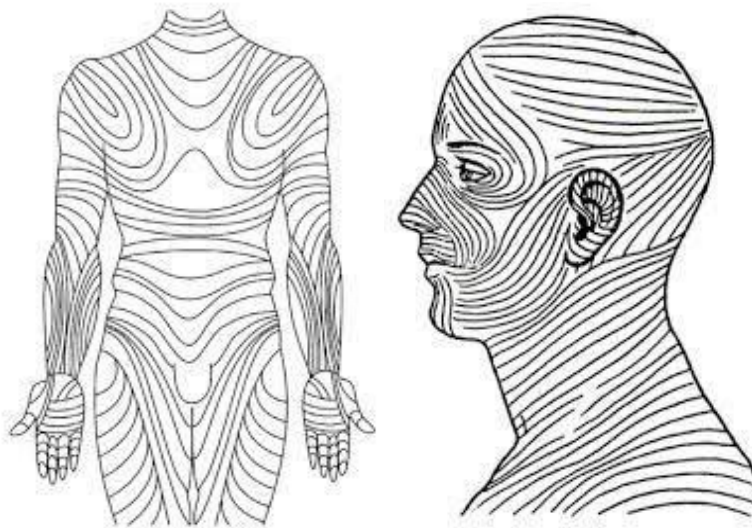


Рисунок 2.1. Лінії Лангера (за І.Г. Руфановим)

Мета операції – спорожнення і дренивання порожнини. Знеболення – наркоз або регіонарна анестезія. **Умови** – суворе дотримання вимог асептики та антисептики. Доступ – найкоротший

з урахуванням анатомічних особливостей і топографії органу, локалізації гнояка, його розмірів та ходу еластичних волокон шкіри (ліній Лангера, рис 2.1).

Розріз вкрай небажано проводити за межі проекції гнояка (може бути пошкоджений запальний (грануляційний) вал). У складних випадках застосовують розкриття по голці. Пунктують гнійник, далі по голці розсікають тканини. При розтині по можливості підходять до нижнього його полюсу, щоб створити добрі умови для дренивання. Для зменшити інфікування операційного поля застосовують марлеві серветки, якими обкладають ділянку розкриття гнійника. Зробивши невеликий отвір в стінці гнояка, видаляють гній електровідсмоктувачем. Далі розріз розширюють, проводять туалет порожнини (видалення ексудату, промивання 3% розчином перекису водню та розчинами антисептиків).

Інтраопераційна діагностика. При цьому оглядають дно і стінки порожнини, проводять пальцеву ревізію. Розділяють наявні перетинки. Слід уникати грубих маніпуляцій, що порушують піогенну мембрану. Звертають увагу на наявність та локалізацію некротизованих тканин, запливів, їх конфігурацію, розміри. Ознаки нежиттєздатності тканин – погана кровоточивість або її відсутність; синій, чорний або темно-червоний колір, відсутність еластичності, нездатність м'язів скорочуватися при подразненні. В сумнівних випадках можна застосовувати вітальні фарби (димефен блакитний, альціановий синій, мероціанін-450). Ці речовини забарвлюють життєздатні тканини в інший колір або наділяють їх здатністю до флюоресценції. При аплікації на ранову поверхню 1% метиленового синього та формаліну через 5 хв. мертві тканини забарвлюються в синій колір.

Далі видаляють інфіковані сторонні предмети і проводять некректомію (виняток – змертвіння тканин поблизу великих судин, нервів та в зоні обличчя, кисті, промежина та інших функціонально важливих утворень). При сепсисі оперативне втручання проводять обережно, без активного видалення некротів.

При некротичній формі з розташуванням патологічного процесу у підфасціальному просторі додатково потрібно проводити **декомпресію тканин** шляхом їх розсічення (фасціотомія та ін.).

На завершення виконують туалет порожнини і контролюють гемостаз (необхідності у зупинці кровотечі, як правило, немає, тому що судини, розташовані в зоні запалення, тромбовані) і проводять дренування. Дренувати необхідно всі кишені та запливи. Дренажі вводять через контрапертури в проекції полюсів порожнини, запливів, кишень. Бажано виводити дренажі через нижній полюс (з урахуванням положення тіла в післяопераційному періоді). Для дренування використовують ПХВ-трубки, гумові випускники тощо.

Найефективнішим є проточно-аспіраційне дренування за М.М. Каншиним. Але це можливо лише при герметичності рани (її зашивання, що можливо рідко). Добрі результати дає **висічення абсцесу** в межах здорових тканин і накладання первинного шва з активною аспірацією із рани і використанням ферментативного некролізу, що дозволяє прискорити перебіг ранового процесу, а також добитися кращого косметичного ефекту. Пункційний метод не виправдав себе: він веде до масивного розвитку рубцевої тканини і інкапсуляції вмісту. Пункцію абсцесу з аспірацією гною, введенням а/б, а/с застосовують лише за показами (абсцес легень, печінки).

Після операції на рану накладають асептичну пов'язку та проводять **імобілізацію** ураженої ділянки. **Особливості (об'єм) операції при різних формах:**

- гнійна форма – розтин і дренування гнійника;
- некротична форма – декомпресія тканин (фасціотомія та ін.), вирізання некротизованих тканин, дренування.

Післяопераційний догляд.

- вчасна (по мірі забруднення) заміна постільної і натільної білизни (запобігання інфікуванню);
- у ділянці пов'язки слід підкладати вологонепроникний матеріал, вкритий чистою пелюшкою; • зовнішні кінці дренажних трубок мають бути занурені в склянку з розчином а/с, який щодня міняють.

Післяопераційне лікування проводять за принципами лікування гнійних ран з урахуванням фази перебігу ранового процесу: адекватне місцеве лікування ран, раннє закриття ран, підвищення ефективності шляхом використання лазерного та УФ-опромінювання, УЗ-кавітації та ін., загальна інтенсивна терапія (а/бтерапія, імунотерапія, детоксикація, стимуляція регенерації).

Місцеве лікування повинно бути спрямовано на дегідратацію тканин, покращення мікроциркуляції, лізис некротичних тканин, сорбцію токсинів, що підготовляє рану до раннього закриття (повноцінне дренування, адекватне застосування препаратів для місцевого лікування). На другому місці стоять заходи, що спрямовані на корекцію функцій макроорганізму: детоксикація,

імунокорекція. Наступна група заходів включає вплив на мікрофлору: місцеве застосування антисептиків і сорбентів.

Для підготовки рани до закриття використовують протеолітичні ферменти (трипсин, хімотрипсин), сорбенти (силікс, полісорб), антисептики (декаметоксин, мірамістин, діоксидин, хлоргексидин).

Місцеве застосування антибіотиків у нативній формі малоефективне.

Ефективність їх значно знижується при наявності некротизованих тканин і гною в рані. Їх слід застосовувати лише в складі багатокомпонентних мазей на водорозчинній основі (левомеколь, офлакаїн) та іммобілізованими на сорбентах. Дренажі з ран потрібно видалити своєчасно, при відсутності значної кількості ексудату. Слід уникати тампонади рани.

Антибіотикотерапію проводять відповідно до загальних принципів (див. розділ "Антисептика"). Хворим віком до 45 років без тяжкої супутньої патології та явищ ендотоксикозу, при ефективному дрениванні і адекватному місцевому лікуванні добре відмежованої порожнини антибіотикотерапія **не показана**. Антибіотики не ефективні проти бактерій, що знаходяться в чітко відмежованій порожнині, тому що вони погано проникають сюди та тому, що антибіотики діють найкраще на бактерії, які активно діляться – а в абсцесі більшість бактерій активно не діляться. У інших хворих доцільно використовувати антибіотики в режимі деескалації. На даний час високу клінічну і бактеріологічну ефективність відмічають при застосуванні цефалоспоринов 3 і 4 генерації (цефтріаксон, цефіпім), фторхінолонів (ципрофлоксацин, ломефлоксацин), меропенему. Більшість з них є дієвими проти синьогнійної палички (псевдомонади).

За наявності відомостей про чутливість мікрофлори до антибіотиків призначають відповідний препарат з урахуванням

тропності до уражених тканин. Якщо флора чутлива до антибіотиків вузького спектру дії, бажано уникати використання препаратів широкого спектру.

Шлях введення. Пероральне застосування антибіотиків неефективне. Слід використовувати в/м, в/в, ендолімфатичне (досягається висока концентрація в уражених тканинах, пролонгується дія), регіонарне (в/а) застосування.

Доза антибіотиків має бути достатньою. Використання малих доз призводить до селекції резистентних штамів, створює малу концентрацію а/б у крові і тканинах. Кратність введення визначають, виходячи з періоду напіввиведення (препарати тривалої дії – нетилміцин, цефтріаксон; їх комбінацію можна вводити 1 раз на добу). Тривалість курсу – до зникнення гострих явищ та три дні після того.

З метою підвищення ефективності антибіотикотерапії можна одночасно призначити 2-3 препарати дікцефалоспорини + аміноглікозиди + метронідазол або пеніциліни + аміноглікозиди + метронідазол. Наприклад, цефтріаксон в/м 24 г/добу + метронідазол в/в 1 г/добу або гатіфлоксацин в/в 0,2- 0,4 г/добу+кліндаміцин 1,8 г/добу.

Значно підвищується чутливість флори до антибіотиків при застосуванні нітрофуранів, які елімінують з мікробної клітини R-плазмід (чинник антибіотикорезистентності). Ефективне також одночасне використання ферментів.

При неефективності антибіотикотерапії протягом 4-5 діб слід замінити препарат. Критерії ефективності – позитивна динаміка клінічних та лабораторних

показників.

У хворих із поліантибіотикорезистентною або антибіотикозалежною мікрофлорою, непереносимістю антибіотиків може бути застосована аутовакцина, яка є найбільш специфічним за антигенним складом препаратом.

Імунокорекцію проводять відповідно до загальних принципів (див. розділ "Антисептика").

У хворих з вираженим ендотоксикозом проводять **детоксикаційну терапію**: внутрішньовенні інфузії (до 4 л/добу), форсований діурез, гемофільтрація, ультрафільтрація, плазмаферез, ентеросорбція, непряме електрохімічне окислення крові. Детоксикація зменшує концентрацію токсинів, стабілізує мембрани, корегує порушення метаболізму, відновлює детоксикаційні системи, збільшує кліренс цитокінів. Проте, ефективність екстракорпоральної елімінації доведена лише при гострій нирковій недостатності.

Для активації обмінних процесів призначають вітаміни.

Профілактику гострої хірургічної інфекції проводять в кількох напрямках:

1. Запобігання мікротравмам та своєчасне їх лікування. Дотримання правил техніки безпеки: використання захисних пристроїв, рукавиць.
2. Щоденний огляд ділянок, що зазнають мікротравм та їх обробка.
3. Догляд за шкірою (особливо у хворих на цукровий діабет).
4. Лікування важкої хронічної патології (цукровий діабет).
5. Удосконалення хірургічної допомоги та організації роботи в хірургічних відділеннях, суворе дотримання вимог асептики і антисептики.
6. Виявлення та санація носіїв патогенних мікроорганізмів серед медперсоналу.
7. Підвищення резистентності організму, зокрема, використання анатоксинів, імуномодуляторів, вітамінів.
8. Ефективне лікування причинних захворювань (рани, опіки, трофічні виразки та ін.) та легких форм.

Особливості гострої хірургічної інфекції у хворих на ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ:

1. Більша частота (у 10-20% хворих) та летальність (до 20%).
2. Тяжкий перебіг. Більша частота некротичних форм.
3. Обтяження перебігу цукрового діабету.
4. Гнояки порушують всі види обміну, поглиблюють інсулінову недостатність і декомпенсацію діабету. Серед загальних проявів слід зазначити гіперглікемію, глюкозурію, кетонурію, гіпертермію, лейкоцитоз. За цих умов уповільнюється регенерація тканин; інфекційно-запальний процес набуває тенденції до генералізації. При декомпенсації цукрового діабету запальні та некротичні зміни, як правило, без тенденції до обмеження.

Лікування має бути активним. Проводять нетривалу передопераційну підготовку (до 12 год): визначають ступінь декомпенсації діабету, проводять корекцію виявлених порушень.

Корекцію гіперглікемії проводять шляхом призначення всім хворим інсуліну. Його дозу підбирають таким чином, щоб у день операції зберігалася помірна гіперглікемія (8-11 ммоль/л) та глюкозурія (до 1%). Корегувати дозу інсуліну необхідно під систематичним контролем рівня глікемії (до 6-8 разів на день) та сечі (в 3-5 порціях). Орієнтовна схема може мати такий вигляд. За 2-2,5 год. до операції вводять $\frac{1}{2}$ добової дози інсуліну. Під час та після операції в/в вводять 5% глюкозу з інсуліном (1 Од на 2 г глюкози), білкові речовини тощо. Контроль рівня глікемії в 1-шу добу – кожні 3-4 год. У разі глікемії до 10 ммоль/л інсулін не вводять, 10-12,5 ммоль/л – п/ш 12 Од, понад 12,5 – додатково до зазначеної дози 4-6 Од на кожні 2,5 ммоль/л. З 2-ї доби прагнуть перейти до передопераційної дози інсуліну з обов'язковим систематичним визначенням рівня глюкози в крові та сечі.

Доцільне місцеве застосування інсуліну шляхом електрофорезу. Хворим у передкоматозному та коматозному станах операція протипоказана. Операцію та післяопераційне лікування здійснюють згідно із загальними принципами тяжких форм гострої гнійної інфекції. Спрямованість та обсяг лікувальних заходів визначаються характером порушень гомеостазу. **Хворих переводять на інсулін.** При екстрених втручаннях може бути збережений вироблений режим харчування, доза того препарату, який хворий отримував раніше. Корекцію лікування переносять на післяопераційний період.

Особливості гострої хірургічної інфекції у наркозалежних

1. Виникнення гострої хірургічної інфекції на тлі психоемоційних змін. Внаслідок емоційної лабільності наркомани неадекватно реагують на біль. Це вимагає від медперсоналу витримки, адекватного комбінування ненаркотичних анальгетиків, транквілізаторів, наркотиків. Останні призначають на загальних підставах. Обов'язкова консультація нарколога і психотерапевта.
2. Найчастіше формування гнояків на місці ін'єкцій наркотиків (пахова ділянка, передньої поверхні стегна, ліктьова ямка).
3. Тяжкий перебіг гострої хірургічної інфекції і частіший розвиток сепсису (у наркоманів знижена імунореактивність).
4. Часте поєднання з гепатитом та ВІЛ – інфекцією.
5. Підвищена ексудація.
6. Частіше виникають арозивні кровотечі (у них вища протеолітична активність та нижча резистентність стінки судин).
7. Оперативне втручання необхідно виконувати під наркозом. Хірургічна обробка має бути радикальною, включати широку некректомію, адекватне дренивання.

8. Контроль контакту таких хворих з відвідувачами, перешкоджати немедичному введенню наркотиків (в т.ч. ін'єкцій нестерильними шприцами).

Особливості гострої хірургічної інфекції у хворих на СНІД

1. Внаслідок різкого зниження імунореактивності організму у хворих на СНІД більш часто виникають гострі гнійно-запальні процеси. До 20% хворих на СНІД стають пацієнтами хірурга.
2. Найчастіше гнояки локалізуються в ділянці ін'єкцій, перианальній зоні та місцях постійного травмування шкіри.
3. Тяжкий перебіг захворювання з тенденцією до сепсису.
4. Необхідність найсуворішого дотримування вимог асептики та антисептики, в т.ч. з метою попередження внутрішньогоспітального інфікування.
5. Часте поєднання з наркоманією та гепатитом.
6. Необхідність для медперсоналу суворо дотримуватись вимог запобігання інфікування від ВІЛ-інфікованих пацієнтів.

Психологічні аспекти при лікуванні хворих на хірургічну інфекцію

Більшість хворих з розумінням сприймає діагноз і необхідність проведення операції. В суспільстві побутує стійка думка про сприятливий перебіг і добрий прогноз. Психологічні проблеми виникають при затяжному перебігу і схильності до хронізації. В цій ситуації лікар повинен у зрозумілій формі роз'яснити хворому і його родичам сутність стану і перспективи лікування і одужання. Частина хворих .неохоче погоджується на повторні втручання. Але явне посилення ознак запалення і інтоксикації полегшує їм прийняття рішення на користь повторного втручання. Важливо не втратити довіру хворого і його родичів, які можуть розцінювати повторні втручання як неуспіх, дефект попередніх операцій. Іноді так і є, але часто з об'єктивних причин.

Отже, запорука доброго психологічного клімату – належні лікувальні заходи, оцінка перспектив і адекватне інформування хворого і його родичів (але без акцентування на негативі). Щодо прогнозу варто висловлюватись ухильнооптимістично. Наприклад, "Як для третього (дев'ятого...) дня стан хворого задовільний. Засмучувати Вас немає підстав, але захворювання триває і потрібно бути наготові. Проте, не втрачайте надії".

Відео-посилання

<https://youtu.be/AUzoGFnLi0o>

ЗАНЯТТЯ № 21

Тема: Захист історії хвороби.

Мета: Продемонструвати знання з методики комплексного клінічного обстеження хірургічного хворого, формування діагнозу та лікування основної хірургічної патології з курсу загальної хірургії. Показати рівень засвоєння правил оформлення медичної карти хірургічного хворого.

Професійна орієнтація здобувачів вищої освіти: Історія хвороби (медична карта стаціонарного хворого) це офіційний документ, що відображає клінічний діагноз, стан хворого, динаміку захворювання, дані клінічного обстеження, додаткових методів дослідження, характер консервативного об'єм та методику хірургічного лікування і його результат.

Це облікова форма медичної документації і є об'єктом клінічного і наукового дослідження. Окрім того, історія хвороби має важливе юридичне значення.

Студентська, або академічна історія хвороби складається практично із тих самих розділів, що і офіційна, проте адаптована до програми, в даному випадку загальної хірургії із своїми чітко окресленими метою та завданнями. Студент 3 курсу повинен виробити перші, основні навички по обстеженню хворого із загально хірургічною патологією і засвоїти основні правила написання історії хвороби.

Методика виконання практичної роботи:

Робота 1. Обґрунтувати результати суб'єктивного обстеження хірургічного хворого.

Робота 2. Обґрунтувати результати об'єктивного обстеження хірургічного хворого.

Робота 3. Обґрунтувати результати лабораторно-інструментального обстеження хірургічного хворого.

Робота 4. Скласти алгоритм хірургічного та консервативного лікування обстеженого хворого.

Робота 5. Захистити написання медичної карти стаціонарного хворого.

ОСНОВНІ ПИТАННЯ, ЯКІ РОЗГЛЯДАЮТЬСЯ НА ЗАНЯТТІ

1. Основні комунікативні та деонтологічні правила при спілкуванні з хірургічними хворими.

2. Методика суб'єктивного обстеження хірургічного хворого.

3. Методика об'єктивного обстеження хірургічного хворого.

4. Лабораторні та інструментальні методи обстеження хірургічного хворого.

5. Інтерпретація даних обстеження хворого з формуванням клінічного діагнозу.
6. Алгоритми хірургічного та консервативного лікування тематичного хворого.
7. Форма та структура медичної карти стаціонарного хворого.
8. Правила заповнення медичної карти стаціонарного хворого.

Зразки тестових завдань та ситуаційних задач:

1. Хворий А. госпіталізований в клініку в непритомному стані. Шкіра і видимі слизові бліді, вкриті холодним потом. Дихання глибоке, рідке. Пульс – 110/хв, АТ 50/0 мм рт ст. Як можна охарактеризувати загальний стан хворого?
 - А. Задовільний;
 - В. Наближається до задовільного;
 - С. Середньої важкості;
 - Д. Важкий;
 - Е. Вкрай важкий.
2. Ургентний хірург в приймальному відділенні обстежує хвору, яка поступила о 0 год 30 хв. При цьому лікар охарактеризував колір шкіри як блідорожевий. При біохімічному дослідженні крові виявлено підвищення рівня білірубіну до 550 мкмоль/л. Хірург виступив з пропозицією на адресу адміністрації лікарні. В чому вона полягає?
 - А. Обладнати оглядову кімнату приймального відділення лампами денного світла;
 - В. Обладнати приймальне відділення ультрафіолетовими лампами;
 - С. Встановити в приймальному відділенні лампи-солюкс;
 - Д. Забезпечити проведення біохімічного аналізу крові в умовах приймального відділення;
 - Е. Дозволити оглядати пацієнтів, що поступили вночі, вранці наступного дня.
3. Хвора Б., 45 років поступає в клініку зі скаргами на біль постійного характеру в поперекових ділянках. З анамнезу відомо, що 3 роки тому при УЗД виявлено полікістоз нирок. Об'єктивно: шкіра і видимі слизові бліді. Пульс - 95/хв, АТ 200/120 мм рт ст. Лікар проводить пальпаторне обстеження органів черевної порожнини та заочеревинного простору. Яким методом проводиться пальпаторне обстеження нирок?
 - А. Бімануальна глибока пальпація;
 - В. Бімануальна поверхнева пальпація;
 - С. Глибока пальпація однією рукою;
 - Д. Глибока пальпація двома руками;
 - Е. Пальпація ребром долоні.

4. Хвора Г., 76 років знаходиться на лікуванні в хірургічному відділенні. На час огляду – 7 доба після операції холецистектомії з приводу хронічного калькульозного холециститу. Хвора скаржиться на підвищення температури тіла до 38°C, задишку при найменшому фізичному навантаженні. Лікуючий лікар запідозрив ускладнення післяопераційного періоду гіпостатичною пневмонією. До якої групи ознак належить задишка:

- A. Неспецифічних суб'єктивних;
- B. Неспецифічних органоанатомічних;
- C. Неспецифічних органофізіологічних;
- D. Специфічних суб'єктивних;
- E. Специфічних органоанатомічних.

5. В клініку поступає хвора Д., 69 років із підозрою на гостру кишкову непрохідність. В приймальному відділенні повинні бути визначені всі дані, крім:

- A. Пульс;
- B. Артеріальний тиск;
- C. Температура тіла;
- D. Маса тіла;
- E. Життєва ємкість легень.

6. В лікарню поступає хворий Е. 65 років із скаргами на тиснучий біль в за грудинній ділянці. Лікарем приймального відділення запідозрено діагноз „Інфаркт міокарда”. Для уточнення діагнозу необхідно провести електрокардіографію. ЕКГ належить до:

- A. Фізикальних методів;
- B. Інструментальних методів;
- C. Інструментально-функціональних методів;
- D. Лабораторних методів;
- E. Енергетичних методів.

7. Хвора Ж. 54 роки поступає зі скаргами на біль переймоподібного характеру переважно в правій підреберній ділянці. Даний симптом належить до групи:

- A. Неспецифічних суб'єктивних;
- B. Неспецифічних органоанатомічних;
- C. Неспецифічних органофізіологічних;
- D. Специфічних суб'єктивних;
- E. Специфічних органоанатомічних

Здобувач вищої освіти повинен знати:

- правила та методику суб'єктивного обстеження хворого;
- правила та методику об'єктивного обстеження хворого;
- правила та методику антропометричного обстеження хворого;
- методи лабораторно-інструментального обстеження хворого;
- схему та правила заповнення карти стаціонарного хворого.

Здобувач вищої освіти повинен вміти:

- провести суб'єктивне обстеження хворого;
- провести об'єктивне обстеження хворого;
- провести антропометричне обстеження хворого;
- визначити необхідний об'єм лабораторно-інструментального обстеження;
- скласти алгоритм хірургічного та консервативного лікування хворого;
- занести отримані дані в медичну карту.

Еталони відповідей на тести та ситуаційні задачі:

1 – Е; 2 – А; 3 – А; 4 – А; 5 – Е; 6 – С; 7 – А.

**Галей Микола Михайлович
Марчук Іван Петрович**

Загальна хірургія

**МЕТОДИЧНІ РОЗРОБКИ
до практичних занять
для здобувачів освіти 3 курсу
галузі знань 22 охорона здоров'я,
спеціальності 222 Медицина,
освітньої програми Медицина**

Видання друкується в авторській редакції