

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ПОЛТАВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ЗАГАЛЬНОЇ ХІРУРГІЇ З ДОГЛЯДОМ ЗА ХВОРИМИ

«ЗАТВЕРДЖЕНО»

на засіданні кафедри

загальної хірургії з доглядом за хворими

Завідувач кафедри

Професор _____ Лігоненко О.В.

«___» _____ 2021р.

МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ

для самостійної роботи студентів під час підготовки до практичного заняття та на занятті

<i>Навчальна дисципліна</i>	Загальна хірургія
<i>Модуль №2</i>	Хірургічна інфекція. Змертвіння. Основи трансплантології та клінічної онкології. Методи обстеження хірургічних хворих.
<i>Змістовий модуль3</i>	Методика обстеження і курація хірургічного хворого.
<i>Тема заняття №30</i>	Обстеження хірургічного хворого. Збір скарг, анамнезу захворювання і життя. Об'єктивне обстеження голови, шиї, грудної клітки. Живота, опорно-рухового апарату, судин, лімфатичних вузлів.
<i>Курс</i>	III
<i>Факультет</i>	Медичний №1,2, підготовки іноземних студентів

1. Актуальність теми

Своєчасна та правильна діагностика залежить насамперед від систематичного та ретельного обстеження хворого. В останні роки технізація медицини розкриває надзвичайно широкі можливості для діагностики, але й до цього часу найважливішим компонентом діагностичного пошуку залишається ретельне збирання анамнезу, систематичне та кваліфіковане фізикальне обстеження і досконале вивчення локального статусу.

2. Конкретні цілі:

1. Знати методику збору анамнезу;
2. Знати алгоритм обстеження хворого;
3. Знати особливості обстеження голови, шиї та грудної клітки, живота та опорно-рухового апарату.
4. Знати схему для написання історії хвороби;
5. Вміти продемонструвати основні методи об'єктивного обстеження хірургічних хворих;
6. Вміти трактувати основні симптоми, результати досліджень, формувати діагноз;
7. Вміти складати план лікування.

3. Базові знання, вміння, навички, необхідні для вивчення теми (міждисциплінарна інтеграція)

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Гістологія	Аналізувати гістологічні препарати
2. Топографічна анатомія	Визначати анатомічне розміщення паталогічного процесу, пульсацію судин.
3. Пропедевтика внутрішніх хвороб	Володіти елементами пальпації, перкусії, аускультатії.
4. Травматологія	Володіти навичками транспортної та лікувальної іммобілізації.

4. Завдання для самостійної роботи під час підготовки до заняття та на занятті.

4.1. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття:

Термін	Визначення
Цистоскопія	Огляд внутрішньої поверхні сечового міхура за допомогою спеціального оптичного приладу- цистоскопа.
Холедохоскопія	Ендоскопічне дослідження жовчних проток під час оперативного втручання.

Артроскопія	Метод візуального вивчення порожнини суглоба за допомогою-артроскопа.
Капіляроскопія	Спостереження під мікроскопом за формою, довжиною і шириною капілярів.

4.2. Теоретичні питання до заняття:

1. Яка мета обстеження хірургічного хворого?
2. Від чого залежить характер і виразність скарг хворого?
3. Методика обстеження м'язової системи?
4. Методика обстеження кістково-суглобового апарату?
5. Методика обстеження голови та шиї?
6. Методика обстеження грудної клітки, живота?
7. Які типи дихання ви знаєте?

4.3. Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті:

1. Вміти проводити огляд хворого;
2. Техніка виконання аускультатії та перкусії ;
3. Техніка визначення меж серця та легень;
4. Вміти проводити обстеження грудної клітки та живота.
5. Методика обстеження опорно-рухового апарату.

5. Зміст теми:



Основні обстеження голови

Огляд. При огляді звертають увагу на форму голови і форму. У дітей малі розміри голови (мікроцефалія) спостерігається при ідіотизмі, а велика голова (макроцефалія) – при головній водянці. Квадратна голова, сплющена зверху та з виступаючими любовими 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. 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. 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, виділення спинномозкової рідини з носа і вух є ознакою перелому основи черепа.

Дифузне випадання волосся на голові (алопеція) спостерігається при променевої хворобі, кахексії, анемії, гіпотиреозі, 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 напівзігнутих 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.

Методика обстеження шиї

Огляд. Шию оглядають з усіх боків при прямому та боковому освітленні. Звертають увагу на її форму, контури, наявність змін на шкірі, набряку, потовщенні вен, видиму пульсацію артерій, а також положення гортані та трахеї. При огляді передньої поверхні шиї грудинно-ключично-соскоподібний м'яз визначають у вигляді валика, який починається позаду нижньої щелепи і йде косо, медіально донизу і фіксується до ключиці й грудино-ключичного з'єднання пульсації сонної артерії. Різко видима пульсація сонних артерій є характерною ознакою недостатності аортальних клапанів.

Огляд дозволяє виявити різке рівномірне збільшення розмірів шиї при раптового стисненні грудної клітки і підвищенні внутрішньо грудного тиску (травматична асфексія), при стисненні середостіння пухлинами з порушенням

крово- і лімфо обігу (хомутоподібна шия)-нерівномірне збільшення в підщелепній ділянці й бокових відділах ший як результат паталогічного процесу лімфатичних вузлів(туберкульозний лімфаденіт,лімфогранулематоз,лейкемія,лімфосаркома).У ділянці передньої і бокової поверхні ший при огляді можуть бути виявлені нориці різноманітного походження внаслідок туберкульозного лімфаденіту,гнійного остеомієліту,актиномікозу,чужорідних тіл та вроджені.

Збільшення передньої поверхні ший нижче щитовидного хряща свідчить, як правило, про патологію щитовидної залози. Воло (зоб),пухлини, запальні процеси призводять до розширення її меж, перешийок може розповсюджуватись за грудину і доверху щитовидного хряща. При наявності пухлини на передній поверхні ший 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 ший, а долоню правої руки кладе повздовж, пальцями вверх, на передню частину ший. 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.

Описаний метод пальпації щитовидної залози слід доповнити таким прийомом: хворий сидить на стільці, лікар стає позаду хворого і двома руками охоплює ший 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.

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

Методика обстеження грудної клітки

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).

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 віддаль 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.

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.

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 вверх і дозаду, 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. 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.

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 видохи 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. I та II тони прослуховуються на верхівці серця, аорті, легневій 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, трахесю, 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”.

6. Матеріали для самоконтролю

А. Завдання для самоконтролю :

Тести для самоконтролю

1 Синдром Мюссе – хитання голови назад і вперед спостерігається при:

- А) менінгіті
- Б) недостатності аортальних клапанів
- В) мікроцефалії

2 Мідріаз – це:

- А) розширення зіниць
- Б) звуження зіниць
- В) асиметрія зіниць

3 При біологічній смерті зіниці:

- А) залишаються звужені
- Б) нерівні
- В) розширюються

4 Безладні судомні сіпання спостерігаються при:

- А) менінгіті
- Б) хореї
- В) травмі черепа

5 Контрактура шийних м'язів з одного боку спостерігається при:

- А) кривошийї
- Б) менінгіті
- В) рахіті

6. При хворобі Іценко-Кушинга спостерігається типове лице:

- А) набрякле, запливи
- Б) бліде з різко загостреними рисами
- В) плямистий рум'янець з блиском очей
- Г) місяцеподібне, заплило жиром, блискуче

7. На грудній клітці виділяють ділянки, які мають характерні особливості будови:
- А) три
 - Б) чотири
 - В) п'ять
 - Г) десять
8. Для чоловіків характерний тип дихання :
- А) грудний
 - Б) черевний
 - В) змішаний
9. Частота дихання у нормі:
- А) 15-18 за хв.
 - Б) 18-25 за хв..
 - В) 16-20 за хв..
10. При перкусії легень розрізняють:
- А) ясний легеневий звук
 - Б) коробковий
 - В) високий тимпаніт
 - Г) притуплений або тупий звук
 - Д) все перераховане
11. Сардонічна усмішка з'являється у хворих:
- А) правцем
 - Б) сифілісом
 - В) туберкульозом
12. Різко видно пульсація сонних артерій («танець») є характерною ознакою:
- А) шийного лімфаденіту
 - Б) аневризми дуги аорти
 - В) недостатності аортальних клапанів

Б.Ситуаційні задачі для самоконтролю

1. Жінка з 10-річним хлопчиком звернулась до Вас в зв'язку з тим, що дитину турбують болі в правому ліктьовому суглобі. Хлопчику 6 год. тому, в амбулаторії, на інфіковане садно ліктьового суглобу, після його обробки була накладена пов'язка. При огляді визначається легка синюшність правого передпліччя і кисті, вибухання підшкірних вен, навіть при підніманні руки догори.

Що трапилось? Як допомогти дитині?

2. На прийом прийшов чоловік 40 років, якого турбує свербіж лівого передпліччя. Три дні тому отримав термічний опік I-II ступеню. На передпліччя була накладена асептична пов'язка. При огляді встановлено, що пов'язка на тильній поверхні середньої третини передпліччя просякнута жовтувато-сірими виділеннями. Як правильно зняти пов'язку?

3. В приймальне відділення доставлений чоловік 34 років з різаною раною долонної поверхні середньої третини правого передпліччя. Зі слів постраждалого, рану 1,5 год тому на вулиці наніс ножем невдомий. Проведений туалет рани, накладено первинні шви. Медсестра перев'язочний матеріал на рані закріпила пов'язкою, зав'язавши кінці бинта у вузол над раною. Після цього вона ввела йому (хворому) підшкірно 0,5 мл правцевого анатоксину і 3000 МО протиправцевої сироватки. Яка помилка допущена в техніці накладання пов'язки?

4. У хворої 68 років, на внутрішній поверхні нижньої третини правої гомілки наявна трофічна виразка розміром 1,5*2 см з некротичним дном, гіперемією шкіри і болючістю навколо. Виразка оброблена розчином антисептика, висушена, прикрита серветкою з маззю "Іруксол". Яку закріплюючу пов'язку Ви накладете?

5. Хворій внаслідок варикозного розширення підшкірних вен в стадії субкомпенсації проведена венектомія великої підшкірної вени на правому стегні і гомілці. Рани зашиті, оброблені 1% розчином йодонату, закриті серветками. Яку бинтову пов'язку слід накласти на нижню кінцівку для закріплення перев'язочного матеріалу?

6. Хворому К., 20 років в зв'язку з травмою шийного відділу хребта і пошкодженням спинного мозку, з метою декомпресії його проведена невідкладна ламінектомія. Рана на задній поверхні ший зашита, закрита марлевими серветками. Яку бинтову пов'язку Ви накладете для закріплення перев'язочного матеріалу?

7. Ви – лікар швидкої допомоги. Вас викликали до хворого з проникаючим пораненням грудної клітки зправа. Стан постраждалого важкий. Він інстинктивно прикриває рану рукою, нахилившись в правий бік. При огляді рани відмічається засмокування повітря через неї в момент вдоху, а при видосі повітря з шумом виходить з неї. Ваші дії?

8. Хворому С., 28 років, проведено розкриття гнійного ліктьового бурситу. Сумка прошита розчином антисептику, дренована турундою, змоченою гіпертонічним розчином натрію хлориду, прикрита марлевою серветкою. Як Ви закріпите перев'язочний матеріал?

9. Хворий С., 36 років, постраждав під час автодорожньої пригоди. Наявні різана, рясно кривавляча рана в правій скроневій області і обширна рублено-рвана рана по зовнішній поверхні правого плечового суглобу. Ознак перелому плеча немає. Які пов'язки слід накласти хворому при наданні йому першої допомоги?

10. Ви випадковий свідок нещасного випадку: дитина обпекла окропом праву кисть, кричить від болю. На тильній поверхні пальців і кисті з'явилися міхури. В домашній аптечці є розчин фурациліну (1:5000) і в упаковці стерильний бинт. З метою надання першої допомоги яку пов'язку слід накласти постраждалому?

7. Рекомендована література

Основна:

1. Загальна хірургія / за ред. С.Д.Хімча,. Київ, «Здоров'я», 2018. С. 44-62.
2. Я.С.Березницький і співавтори. Хірургія (підручник з загальної хірургії. Днепропетровськ), 2018. С.36-49.Конспект лекцій
3. Черенько М.П., Ваврик Ж.М. Загальна хірургія // Київ, «Здоров'я», 2004. С.47-53.

Додаткова:

1. Гостищев В.К. Общая хирургия. Москва, 1993.С 58-64.
2. Волколаков Я.В. Общая хирургия. Рига, 1989.С 69-72.
3. Стручков В.И., Стручков Ю.В. Общая хирургия. Москва, 1988. 38-54.
4. Петров С.П. Общая хирургия. Санкт-Петербург, 1999. С 63-84.

Методичні рекомендації підготував
доцент кафедри загальної хірургії
Стороженко О.В. _____