

Щоб приступити до виконання практичних навичок, необхідно: - привітатись та назвати себе;
-на обличчі повинна бути привітна усмішка - це дозволяє встановити до вас довірче відношення з боку пацієнта;
-пацієнту в доброзичливій формі слід пояснити мету візиту, тему й тривалість бесіди та отримати його згоду.

I. ВИЗНАЧЕННЯ СИМПТОМІВ ПОДРАЗНЕННЯ ОЧЕРЕВИНИ.

Перед визначенням симптомів подразнення очеревини повинні бути використані елементи комунікативних навичок: Стандартний алгоритм збору скарг та анамнезу та стандартний алгоритм фізикального обстеження і проведення лікарських маніпуляцій.

Позитивні симптоми подразнення очеревини:

Кашльовий (Черемського-Кушніренко) - поява чи посилення болю при кашлі.

Щоткіна-Блюмберга - посилення болю при різкому відніманні пальців після попереднього м'якого натискання на передню черевну стінку (біль різкої декомпресії).

Воскресенського ("сорочки") - поява різкого болю при швидкому проведенні долонею по передній черевній стінці від правої (чи лівої) реберної дуги до правої здухвинної ділянки по натягнутій сорочці хворого ;(рис.1)

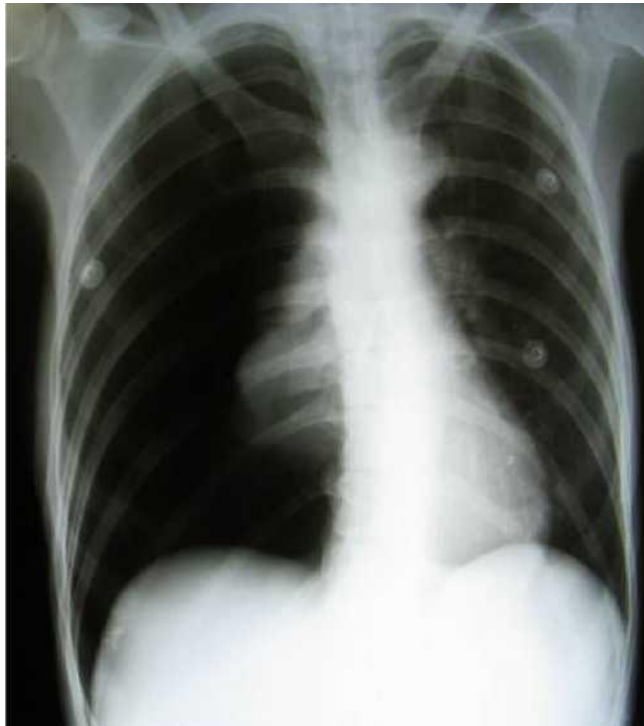


Рис. 1. Симптом Воскресенського

Роздольського - поява чи посилення болю при дозованому постукуванні по передній черевній стінці.

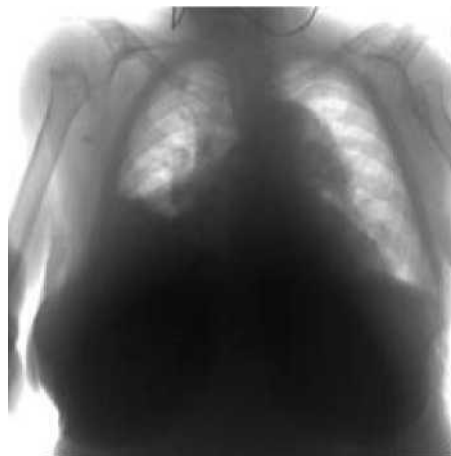
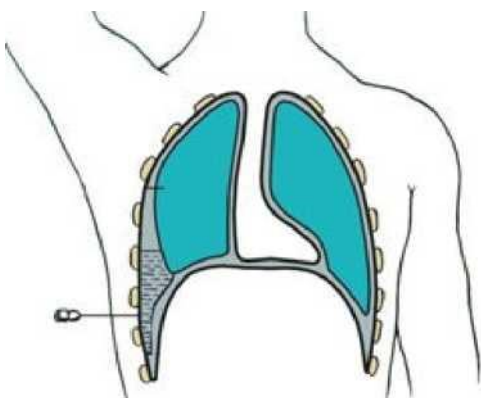
II. ОЦІНКА РЕНТГЕНОГРАМ У ХВОРИХ З ГОСТРОЮ ХІРУРГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ГРУДНОЇ КЛІТКИ ТА ЖИВОТА (ПНЕВМОТОРАКС, ГЕМОТОРАКС, КИШКОВА НЕПРОХІДНІСТЬ).

ПНЕВМОТОРАКС



Основні рентгенологічні ознаки - відсутність легеневого малюнка на стороні ураження, зміщення серця в здоровий бік (прискорене його биття - при скопії), посилення легеневого малюнка і опущення діафрагми на здоровому боці.

ГЕМАТОРАКС (Гідроторакс)



Рентгенологічне дослідження дозволяє виявити гомогенну тінь рідини з верхньою межею, що зміщується при нахилі тіла. Обов'язковою умовою правильного розпізнавання плеврального випоту є рентгенологічне дослідження в латеропозиції. Плевральна пункція дозволяє уточнити характер плеврального випоту і провести диференційний діагноз з плевритом, піотораксом.

ГОСТРА КИШКОВА НЕПРОХІДНІСТЬ.



Рентгенологічне дослідження - основний спеціальний метод діагностики ГКН, за допомогою якого можна виявити наступні ознаки:

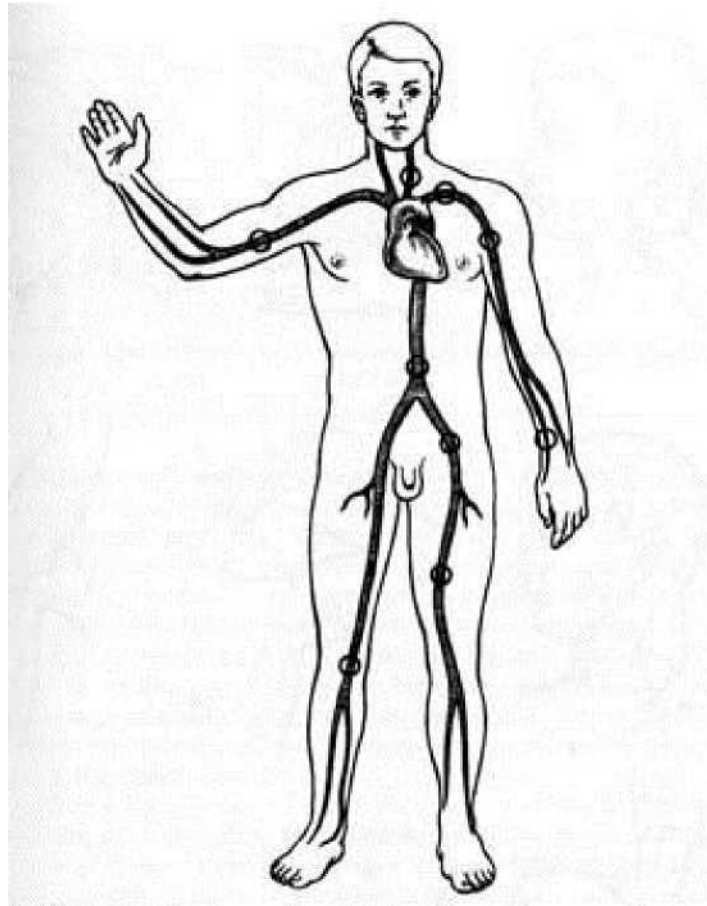
1. Чаша Клойбера - горизонтальний рівень рідини з куполоподібним просвітленням над ним, що має вигляд перевернутої чаші. При странгуляційній непрохідності може проявлятися вже за годину, при обтураційній - через 3-5 годин з моменту захворювання. Кількість чаш буває різною, іноді вони можуть нашаровуватися одна на одну у вигляді сходів. Рівні рідини (тонко-і товстокишкові), локалізовані в лівому підребер'ї, вказують на високу непрохідність. При тонкокишечних рівнях вертикальні розміри переважають над горизонтальними, наявні півмісяцеві складки слизової оболонки; у товстій кишці горизонтальні розміри переважають над вертикальними, визначається гаустрація.
2. Кишкові аркади з'являються, коли тонка кишка роздувається газами, при цьому в нижніх колінах аркад наявні горизонтальні рівні рідини.
3. Симптом перистості зустрічається при високій кишковій непрохідності і пов'язаний з розтягуванням порожнистої кишки, що має високі циркулярні складки слизової оболонки.

Контрасне дослідження проводиться в сумнівних випадках, при підгострій течії. Запізнювання проходження барію в сліпої кишки більше 6 годин на тлі засобів, стимулюючих перистальтику, свідчить про непрохідність (у нормі - через 4-6 годин без стимуляції).

III. ПАЛЬПАЦІЯ ПЕРЕФЕРИЧНИХ АРТЕРІАЛЬНИХ СУДИН.

Перед пальпацією судин повинні бути використані елементи комунікативних навичок: Стандартний алгоритм збору скарг та анамнезу та стандартний алгоритм фізикального обстеження і проведення лікарських маніпуляцій.

Пальпація периферичних артеріальних судин.



Проводиться на ділянках тіла, де магістральні судини розташовані близько до кісток.



Рис. 1.

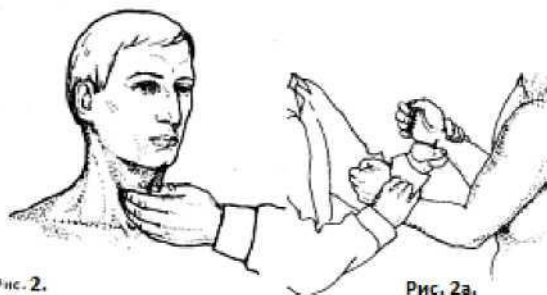


Рис. 2.

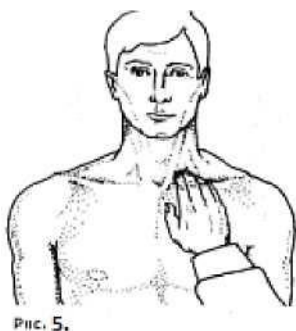
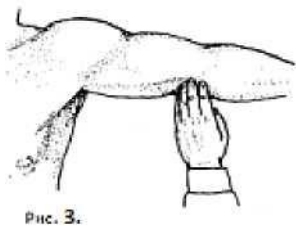
Рис. 2а.

Пальпація периферичних артерій дозволяє виявити порушення їхньої прохідності. Одночасно пальпують обидві одноіменні артерії. Для цього кінчики вказівного, середнього та безіменного пальців розміщують паралельно ходу артерії в ділянці типової локалізації. Перш за все порівнюють наповнення пульсу з обох боків, потім визначають стан судинної стінки, наявність болючості та запальних змін шкіри над судинами.

Спочатку пальпують скрові та периферичні артерії дистальних відділів

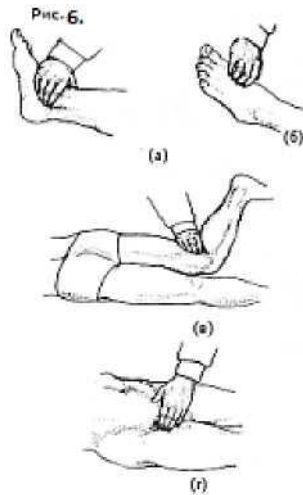
кінцівок. У випадку зниження наповнення або відсутності пульсу на будь-якій з артерій, послідовно пальпують на протязі відповідної артерії в проксимальному напрямку з метою виявлення рівня порушення артеріальної прохідності.

- Скроневу артерію (a. temporalis) пальпують в скроневій ділянці на 2 см вверху та вперед від отвору зовнішнього слухового проходу (рис. 1)
- лицеву артерію (a. facialis) пальпують на 2 см до переду від кута нижньої щелепи;
- загальну сонну артерію (a. carotis communis) — біля внутрішнього краю кивального м'яза на рівні верхнього краю щитовидного хряща (рис. 2) або біля кута нижньої щелепи;



- променеву артерію (a. radialis) пальпують в ділянці визначення пульсу (рис. 2а)
- плечеву артерію (a. brachialis) — в медіальній борозні двоголового м'яза плеча на рівні його середньої третини (рис. 3)
- пахвинну артерію (a. axillaris) — в пахвинній ямці на голівці плечової кістки при відведеній до горизонтального рівня верхньої кінцівки (рис. 4)
- підключичну артерію (a. sub-clavia) — безпосередньо над ключицею біля зовнішнього краю кивального м'яза (рис. 5), або в латеральному відділі підключичної ямки;

задню великогомілкову артерію (a. tibialis posterior) пальпують вздовж заднього краю медіальної кісточки



(рис. 6а)

тильну артерію стопи (*a. dorsalis pedis*) — на тильній поверхні стопи в проксимальній частині I міжплюсневого проміжку (рис. 6б) підколінну артерію (*a. poplitea*) — на медіальному боці підколінної ямки в положенні лежачи на животі з зігнутими в колінних суглобах під прямим кутом ногами (рис. 6в) стегневу артерію (*a. femoralis*) — безпосередньо нижче середини пупартової зв'язки при випрямленому та злегка ротованому на зовні стегні (рис. 6г).

IV. ПРОВЕДЕННЯ ПАЛЬПАТОРНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ЩИТОВИДНОЇ ЗАЛОЗИ, ОЦІНКА ОТРИМАНИХ ДАНИХ.

Перед пальпацією щитовидної залози повинні бути використані елементи комунікативних навичок: Стандартний алгоритм збору скарг та анамнезу та стандартний алгоритм фізикального обстеження і проведення лікарських маніпуляцій.

В нормі щитовидної залози при огляді не видно, однак перешийок її доступний для пальпування. Відомо кілька прийомів пальпації щитовидної залози. Рекомендуємо обмацувати залозу наступним чином. Спочатку лікар, ставши перед хворим, лівою рукою фіксує його шию, а долоню правої руки кладе подовжньо, пальцями вгору на передню поверхню шиї, намагає щитовидний хрящ і просить хворого злегка підняти голову вгору. Потім, ковзаючи пальцями вниз по поверхні щитовидного хряща і далі по дужці персневидного хряща, безпосередньо під нею знаходить поперечно ле ачий валик перешийка щитовидної залози (рис. 1а).

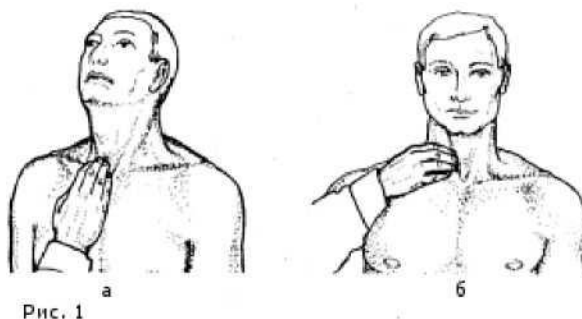


Рис. 1

Перекочуючись кінчиками пальців через перешийок, визначає його ширину, консистенцію, рухливість при ковтанні. Після цього в борознах, утворених бічними поверхнями щитовидного хряща і внутрішніми краями кивальних м'язів, безпосередньо над верхнім краєм перешийка намагаємося намацати бічні частки залози. Пальпують зімкнутими кінчиками вказівного, середнього та безіменного пальців правої руки спочатку з одного боку, а потім - з іншого. Напрямок пальпації - від щитовидного хряща до кивального м'яза (рис. 1б).

Для зручності пальпації можна натиснути лівою рукою на щитовидний хрящ з протилежного боку. Якщо бічні частки пальпуються, визначають їх властивості: розміри, форму, щільність і однорідність консистенції, ступінь рухливості при пальпації, наявність хворобливості і спаяності зі шкірою та навколишніми тканинами.

Описаний метод пальпації щитовидної залози бажано поєднувати з наступним прийомом.

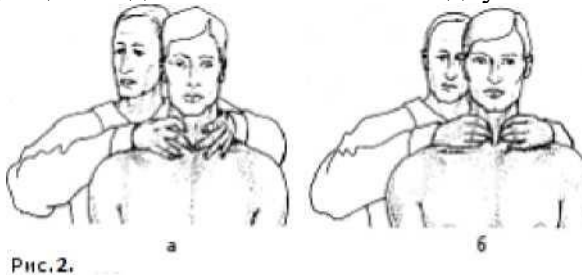


Рис. 2.

Лікар, вставши позаду хворого, охоплює його шию обома долонями так, щоб великі пальці знаходилися на її задній поверхні, а інші лежали на передній поверхні. Потім середніми пальцями обох рук нижче щитовидного хряща знаходить перешийок залози і, перекочуючись через нього в подовжньому напрямку, проводять пальпацію (рис. 2а). Після цього кінчиками

двох-трьох пальців намагаються одночасно з обох сторін намацати бічні частки, пальпують в напрямку від щитовидного хряща до кивального м'язу (рис. 2б).

Щоб визначити ступінь рухомості щитовидної залози, лікар, з'єднавши кінці середніх пальців під щитовидним хрящем, просить хворого набрати в рот води і зробити ковток. Щитовидна залоза зміщується при ковтанні вгору, проходить під середніми пальцями лікаря і таким чином пальпують. Даний прийом дозволяє також пропальпувати залозу при її загрудинному розташуванні.

У нормі при пальпації щитовидної залози бічні частки її не визначаються, а перешийок прощупується у вигляді поперечно ле ачого, гладкого, безболісного валика щільноеластичної однорідної консистенції. Ширина перешийка не перевищує ширину середнього пальця руки. Залоза не спаяна з шкірою і навколишніми тканинами, легко зміщується при ковтанні.

Збільшення щитовидної залози називається зобом. Виділяють п'ять ступенів зоба:

- I. залоза візуально не визначається, однак перешийок її розширений, потовщений і чітко пальпуються бічні частки залози;
- II. помірно збільшена залоза стає помітною при ковтанні;
- III. збільшена залоза згладжує контури передньої поверхні шиї та заповнює яремну ямку ("товста шия");
- IV. значно збільшена залоза виходить за зовнішні краї кивального м'яза і за межі яремної вирізки грудини, змінюючи конфігурацію шиї;
- V. різко виражене збільшення залози призводить до значної деформації шиї і спотворення її контурів.

Збільшення розмірів щитовидної залози спостерігається при тиреотоксикозі (базедова хвороба, або хвороба Гравеса), тиреоїдиті і пухлинному ураженні. У хворих тиреотоксикозом щитовидна залоза збільшується рівномірно або переважно збільшується одна з її часток. Однак залоза при цьому зберігає нормальну консистенцію, не спаяна з шкірою і навколишніми тканинами, рухома та безболісна.

При тиреоїдиті залоза збільшується нерівномірно, стає щільною, болючою, шкіра може бути гіперемійованою, гарячою на дотик. У хворих на рак щитовидної залози в товщі її пальпуються щільні вузлуваті або горбисті утвори, спаяні з шкірою, проростають в навколишні тканини і не зміщується при ковтанні. При цьому змінюється голос і з'являється утруднене із шумним вдихом дихання.