

Методика обследования хирургического пациента

1. Принципы организации хирургической службы в России

Медицинская помощь может оказываться в условиях (в соответствии с приказом МЗ РФ № 922 от 15.11.2012 г. «Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «Хирургия»): - амбулаторно, - в дневном стационаре, - стационарно.

Особенность организации хирургической помощи в России — ее максимальная приближенность к населению. В сельской местности созданы фельдшерско-акушерские пункты (ФАПы), на крупных предприятиях — здравпункты. В этих медицинских пунктах работают фельдшеры, акушерки, медицинские сестры и санитарки. В их задачу входит оказание первичной доврачебной медико-санитарной помощи пациентам с хирургическими заболеваниями, травмами.

Первичную специализированную медико-санитарную помощь оказывает врач-хирург.

При невозможности оказания медицинской помощи в рамках первичной медико-санитарной помощи и наличии медицинских показаний больного направляют в медицинскую организацию (МО), оказывающую специализированную медицинскую помощь по профилю «Хирургия».

Скорую, в том числе специализированную, медицинскую помощь пациентам, требующим срочного медицинского вмешательства, оказывают фельдшерские, врачебные, специализированные выездные бригады скорой медицинской помощи.

Бригада скорой медицинской помощи доставляет пациентов с угрожающими жизни состояниями в МО (медицинские организации), оказывающие круглосуточную медицинскую помощь по профилю «Анестезиология и реанимация» и «Хирургия».

При наличии медицинских показаний после устранения угрожающих жизни состояний пациентов переводят в хирургическое отделение МО для оказания специализированной медицинской помощи.

Специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь оказывают врачи-хирурги в стационарных условиях и условиях дневного стационара, она включает в себя профилактику, диагностику, лечение заболеваний и состояний, требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию.

Плановую медицинскую помощь оказывают при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни, не требующих экстренной и неотложной помощи, отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшения состояния, угрозы жизни и здоровью больного.

Оказание специализированной, за исключением высокотехнологичной, медицинской помощи осуществляется в федеральных МО, находящихся в ведении МЗ РФ, при необходимости установления окончательного диагноза в связи с нетипичностью течения заболевания, отсутствии эффекта от проводимой терапии и (или) повторных курсов лечения и т.д.

В городских, областных и республиканских больницах специализированную хирургическую помощь оказывают в торакальном, травматологическом, урологическом отделениях. Помимо специализированных хирургических отделений, в крупных городах находятся НИИ онкологии, травматологии и ортопедии, оснащенные специальным оборудованием и укомплектованные высококвалифицированными специалистами и научными работниками. Такие институты обслуживают население республики или нескольких областей.

Пациенты с острыми хирургическими заболеваниями нуждаются в неотложной хирургической помощи. Для этих пациентов в крупных стационарах существуют отделения неотложной хирургии, в которые их обычно доставляет скорая медицинская помощь. Существует график дежурств больниц. Отделения неотложной хирургии постоянно готовы принять максимальное число пациентов, поступающих экстренно. Для этого необходимы свободные койки, чистое постельное белье, дежурная бригада опытных хирургов, анестезиологов,

медицинских сестер, анестезиологов, медицинских сестер отделения и обслуживающий персонал. Вся техника должна быть исправна: лифты, каталки, кресла каталки и др.

Экстренная операционная в составе операционно-перевязочного блока отделения неотложной хирургии работает круглосуточно, принимая пациентов и пострадавших в порядке скорой и неотложной помощи.

Отделение плановой хирургии (плановая операционная) обычно работает днем. Накануне составляют план операционного дня, который подписывает заведующий отделением и утверждает начальник медицинской части медицинской организации. Сразу после этого собирают необходимые инструменты и другое оборудование, которые используют при операциях, проводимых на следующий день.

2. Основы этики и деонтологии в деятельности фельдшера

Характер лечебно-диагностической работы предъявляет к фельдшеру целый ряд морально-этических требований, которые регламентирует медицинская деонтология (от греч. *deontos* — «должное», *logos* — «учение»). Медицинская деонтология - науки о профессиональном поведении.

Современная деонтологическая модель основана на идее партнерства, состоящей из трех основных принципов: - соблюдения долга;

- уважения прав и достоинства человека (в частности, права выбора);

- информированного согласия (то есть добровольного принятия пациентом курса лечения после предоставления адекватной информации о его характере и целях, о связанном с ним существенном риске, возможных альтернативах).

Понятие альтернативы предложенному лечению крайне важно. Пациенту дают совет о наиболее приемлемом с медицинской точки зрения варианте, но окончательное решение принимает он сам. Таким образом, к пациенту необходимо относиться как к цели, а не как к средству для достижения другой цели, даже если этой целью служит здоровье.

Особое внимание при информировании уделяют также риску, связанному с лечением. Фельдшер должен затронуть четыре аспекта риска: характер, серьезность, вероятность и внезапность его реализации.

Принцип информированного согласия налагает на фельдшера особую моральную и юридическую ответственность — как и в каком объеме информировать пациента? На Западе в условиях правовой медицины все большую популярность приобретает понятие «субъективный стандарт информирования», согласно которому медицинские работники обязаны максимально адаптировать информацию к личностным особенностям и интересам данного конкретного больного. Крайне остро встает проблема понимания пациентом полученной информации, а также достижения согласия по поводу лечения.

Принятие деонтологической модели партнерства и доктрины информированного согласия означает пересмотр целей современной медицины. Ранее целью считали заботу о здоровье пациента, что нередко сопровождалось ущемлением его свободы. Теперь же в качестве главной цели рассматривают благополучие пациента, а восстановление здоровья при этом есть один из составляющих элементов.

Врачевание, как и любой иной вид профессиональной деятельности, в отдельных случаях может приводить к отрицательным последствиям — ятрогениям.

Ятрогения — это ухудшение физического или эмоционального состояния человека, которое возникает в результате действий медицинского работника.

Одной из причин ятрогений выступает субъективный фактор — ошибка медицинского работника и халатность.

Медицинская ошибка — добросовестное заблуждение, допущенное при лечении пациента и не содержащее признаков проступка или преступления.

Халатность — преступное «неисполнение или ненадлежащее исполнение должностным лицом своих обязанностей вследствие недобросовестного или небрежного отношения к обязанностям, если это

повлекло причинение крупного ущерба или существенное нарушение прав и законных интересов граждан или организаций либо охраняемых законом интересов общества или государства» (статья 293 УК Российской Федерации). Минимизация ошибок и недопущение халатности в своей работе — первейшая обязанность медицинского работника.

Основные принципы, которыми руководствуется фельдшер в своей работе:

Гуманность и милосердие. Действия должны быть направлены на благо пациента. Важно проявлять чуткость, сострадание, не допускать формального, обезличенного подхода.

Не навреди. Это один из фундаментальных принципов. Фельдшер должен избегать действий, которые заведомо причинят вред — ни физически, ни морально.

Автономия личности. Нужно уважать право пациента на самоопределение. Это значит получать информированное согласие на вмешательства, учитывать его ценности, культуру, убеждения, давать время на принятие решения.

Справедливость. Помощь должна оказываться равноценно всем пациентам, вне зависимости от их социального статуса, профессии, внешних обстоятельств.

Полнота оказания помощи. Фельдшер обязан использовать весь доступный профессиональный арсенал для качественной диагностики, лечения, профилактики.

Конфиденциальность. Сведения о пациенте (диагноз, анамнез, личная информация) нельзя разглашать без законных оснований.

Ответственность. Фельдшер осознаёт последствия своих профессиональных решений и несёт за них моральную ответственность.

3. Схема обследования больного

- Субъективное обследование (расспрос), методы — собеседование, изучение медицинских документов.

- Выяснение жалоб больного.

- Анамнез заболевания.

- Анамнез жизни.

- Объективное обследование.

- Физикальное обследование (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация).

- Общий осмотр.

- Исследование дыхательной системы.

- Исследование сердечно-сосудистой системы.

- Исследование пищеварительной системы, печени и желчевыводящих путей.

- Исследование мочевыделительной системы.

- Исследование эндокринной системы и органов чувств.

Дополнительные исследования.

- Лабораторные (исследование сред и тканей, извлеченных из организма): микроскопия, биохимический, иммунологический, генетический анализы, изучение физико-химических свойств биологических сред и др.

- Инструментальные (исследование структур и функций органов и тканей):

- лучевые исследования — рентгеновские, радиоизотопные, магнитно-резонансные, ультразвуковые;

- эндоскопические — эзофагогастроуденоскопия, колоноскопия и др.;

- методы функциональной диагностики — электрокардиография, спирометрия, мониторинг функций (артериального давления, электрокардиографии, рН, гликемии и др.), нагрузочные тесты и т.д.

4. Субъективное обследование. Опрос. Сбор жалоб

Чтобы обследование было полным, его всегда проводят по определенному плану.

Немаловажная роль принадлежит заполнению паспортной части, где указывается возраст, пол, национальность, место работы, должность, адрес, контакт родственников. Эти данные могут заполняться работником, не имеющим медицинского образования. Полученные сведения способствуют диагностике профессиональных, инфекционных и эндемических заболеваний, заболеваний, зависящих от возраста, пола и национальной принадлежности.

Все признаки болезни, которые испытывает пациент, относят к субъективным симптомам. Эти симптомы служат отражением объективных изменений в организме. Проявления заболеваний, обнаруживаемые фельдшером при обследовании пациента, например, исчезновение печеночной тупости, «звук падающей капли» при аускультации живота, считают объективными симптомами.

В работе фельдшера могут возникнуть трудности при сборе анамнеза у пациента, испытывающего в момент обследования сильные боли. С такими пациентами трудно установить контакт, так как они неохотно отвечают на вопросы. Таким пациентам нужно придать удобное положение для стихания боли и, пользуясь периодами некоторого ее временного стихания, терпеливо собрать необходимые для установления диагноза сведения. В экстренных случаях нельзя терять время на излишние уточнения.

Обследование пациента начинают с расспроса.

Жалобы пациента

Сначала детально выясняют основные жалобы пациента, так как они имеют большое значение для распознавания болезни. Иногда диагноз заболевания бывает основан почти исключительно на субъективных симптомах: например, «кинжальная» боль в эпигастральной области возникает при перфорации язвы желудка; приступообразная боль в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо — при желчнокаменной болезни.

Обязательно следует уточнять характер боли. Боль опоясывающего характера в верхней половине живота характерна для острого панкреатита. Схваткообразные боли в животе с урчанием и усиленной перистальтикой характерны для острой кишечной непроходимости. Боль, сравнимая пациентом с ударом ножом в живот, обычно бывает при перфорации язвы желудка или двенадцатиперстной кишки. Сильные приступообразные боли в поясничной области с иррадиацией в нижнюю область живота или промежность часто указывают на заболевание почек. Если у женщины приступ боли в животе сочетается с головокружением, помрачением сознания, у фельдшера должна возникнуть мысль о разрыве трубы при внематочной беременности или апоплексии яичника. Боль в икроножных мышцах при ходьбе (симптом «перемежающейся хромоты») свидетельствует о хронической артериальной недостаточности нижних конечностей. Из вышесказанного понятно, какое большое значение для постановки предварительного диагноза имеет тщательное изучение характера болей.

Кроме выяснения основных жалоб, у пациента необходимо выяснить и второстепенные — наличие или отсутствие тошноты, рвоты. Если была рвота, надо уточнить ее частоту, содержимое рвотных масс. Рвота пищей, съеденной накануне или 2-3-дневной давности, бывает при стенозе или раке привратника. Рвота кровью или «кофейной гущей», дегтеобразный стул бывают при желудочно-кишечном кровотечении.

Достоверность рассказа пациента о развитии заболевания фельдшер должен контролировать соответствующими вопросами, отбрасывать сомнительное и выделять достоверное.

К сожалению, некоторые больные умышленно преувеличивают болезненные явления (аггравация) или изобретают несуществующие симптомы (симуляция). Наряду с аггравацией и симуляцией бывает и так называемая диссимуляция, т.е. попытка скрыть какие-то симптомы болезни, например, в связи с боязнью оперативного вмешательства.

В тех случаях, когда по состоянию здоровья пациента собрать анамнез не представляется возможным, необходимо собрать подробные данные у родных или у лиц, доставивших пациента.

5. Субъективное обследование. Опрос. Анамнез заболевания (*anamnesis morbi*)

История настоящего заболевания должна отражать его развитие от начала до настоящего времени.

Выясняют общее состояние здоровья до заболевания. Необходимо установить причины, его вызвавшие. Выявляют первые признаки болезни, а затем в хронологической последовательности — динамику ее развития. У пациента необходимо выяснить начало и дальнейшее развитие болезненных явлений. Нужно сразу же вычислить, сколько времени прошло с начала заболевания, а не ограничиваться только датой его возникновения.

Большое значение в жалобах пациентов имеют боли; по возможности необходимо установить точную *локализацию и иррадиацию болей*. Типичная иррадиация болей бывает при желчнокаменной болезни — в правое плечо и лопатку; при мочекаменной болезни — по ходу мочеточника в область промежности, при остром панкреатите — опоясывающая боль.

Время появления болей, боли через полчаса после еды типичны для язвы желудка, голодные и ночные боли — для язвы двенадцатиперстной кишки.

Необходимо выяснить *стойкость, интенсивность и характер болей*. Они могут быть постоянными, схваткообразными, опоясывающими, внезапно возникшими, постепенно усиливающимися. Постоянные, постепенно усиливающиеся боли характерны для обострений хронических воспалительных процессов. При непроходимости кишечника, желчнокаменной и мочекаменной болезни характерны схваткообразные боли. Внезапно возникшие боли отмечают при перфорации желудка, кишечника, желчного пузыря.

Повторность и периодичность болей: повторные приступы болей бывают при аппендиците, язвенной болезни желудка, желчнокаменной и мочекаменной болезни. Необходимо выяснить степень интенсивности настоящего приступа по сравнению с предыдущими; связь с физическим напряжением, травмой, мочеиспусканием; например, сочетание болей в животе с головокружением, потерей сознания позволяет заподозрить внутреннее кровотечение (внематочная беременность, разрыв селезенки).

Необходимо обратить внимание на колебания температуры тела. Надо выяснить, сопровождалось ли повышение температуры общей реакцией: бессонницей, потерей аппетита, головными болями, ознобами, потливостью, потерей сознания.

При расспросе необходимо выяснить функцию различных органов и систем организма в процессе заболевания. При сердечно-сосудистой патологии нужно выяснить наличие болей в области сердца, одышки, сердцебиения, отеков. При подозрении на заболевание органов дыхания нужно отметить наличие или отсутствие кашля, мокроты с примесью крови. При заболеваниях желудочно-кишечного тракта следует уточнить, была ли тошнота, рвота, расспросить о характере стула. Нужно также обратить внимание на состояние нервной системы (изменения сна, раздражительность, головные боли), мочевыделительной системы (частота мочеиспускания, боль при этом, примесь крови в моче).

Кроме того, у хирургического пациента, в связи с предстоящей операцией, необходимо выяснить, не было ли в прошлом кровоточивости после мелких ран, после экстракции зуба и др.

6. Субъективное обследование. Опрос. Анамнез жизни (*anamnesis vitae*)

Анамнез жизни начинают собирать с общепрографических сведений. Имеют значение данные о месте рождения, так как известно, что некоторые болезни (например, эндемический зоб) больше распространены в одних местностях и редко встречаются в других. Выясняют возраст родителей пациента при его рождении, родился ли он в срок, каким по счету ребенком был в семье, как протекала беременность (угроза выкидыша, инфекционные болезни, применение лекарственных веществ), было ли вскармливание грудным или искусственным, когда начал ходить, говорить.

Требуется установить перенесенные заболевания, которые могут иметь отношение к данному заболеванию. Еще выясняют предшествовавшие травмы, операции, гемотрансфузии.

Обязательно следует собрать *аллергологический анамнез*, так как в патогенезе (развитии болезни) ряда заболеваний внутренних органов аллергические реакции играют существенную роль, вплоть до развития анафилактического шока и летального исхода.

Большое значение на состояние здоровья оказывают жилищно-бытовые условия, условия труда и производственные вредности (промышленная интоксикация, лучевые излучения, переноска тяжестей и др.), режим работы.

Выясняют *семейный анамнез*, который позволяет выяснить состояние здоровья родственников и тем самым помогает распознаванию заболеваний у данного больного: наследственные заболевания (гемофилия); предрасположенность к развитию заболеваний (артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, язвенная болезнь, сахарный диабет), при которых передается по наследству не сама болезнь, а лишь предрасположенность к ней, способная проявиться в болезнь под влиянием определенных внешних условий, таких как стресс, нерациональный образ жизни.

Эпидемический анамнез: выявление вирусного гепатита, сифилиса, туберкулеза, СПИД, переливание крови, контакта с инфекционными больными.

У пациента уточняют факты употребления наркотических веществ, алкоголя, никотина и др. Необходимо уточнить количество выпиваемых спиртных напитков или выкуриваемых сигарет.

Следует уточнить уровень физической активности, диетические пристрастия.

Разумеется, что некоторые отступления от пунктуального выполнения указанной схемы допустимы при обследовании пациентов, требующих неотложной хирургической помощи или находящихся в полубессознательном состоянии.

В условиях амбулаторного приема хирургических больных, в случае свежей травмы или острого воспаления мягких тканей при отсутствии общей реакции (фурункул, гидраденит и др.) сбор анамнеза ограничивают несколькими существенными вопросами; в сложных случаях анамнез собирают с необходимой полнотой.

7. Объективное обследование. Осмотр

Объективное обследование включает в себя: осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация.

Осмотр. Цель объективного обследования — выявление всех имеющихся патологических изменений органов и систем организма при помощи зрительного анализатора.

Начинают с общего осмотра пациента (*Status praesens communis*), чтобы получить впечатление о его общем состоянии и положении, возбужденности или угнетенности, цвете кожного покрова, телосложении, степени упитанности.

Оценивают степень упитанности, которая бывает хорошей, умеренной, пониженной, резкое истощение (кахексия).

Общее состояние пациента может быть удовлетворительным, средней тяжести, тяжелым, крайне тяжелым.

Сознание может быть ясное или нарушенное. Виды расстройства сознания:

- ступор (оглушение), когда больной плохо ориентируется в окружающей обстановке, отвечает на вопросы с запаздыванием,

- сопор – глубокое угнетение сознания. Пациент речевому контакту не доступен, реагирует на сильные раздражители (укол, щипок) открывает глаза или совершает простейшие защитные движения, рефлексы сохранены.

- кома – бессознательное состояние, рефлексы отсутствуют

Положение бывает активным, пассивным и вынужденным. При активном пациент легко меняет свое положение в зависимости от обстоятельств. При пассивном положении пациенты неподвижны, голова и конечности свешиваются в силу их тяжести. Вынужденное положение пациент принимает для уменьшения имеющихся у него болевых ощущений.

Рост бывает высоким, средним, низким.

Понятие «*телосложение*» включает: • рост; • массу тела;

Масса тела зависит от множества факторов, в первую очередь от наследственности, пищевого стереотипа, образа жизни. Количественным показателем массы тела человека служит индекс массы тела

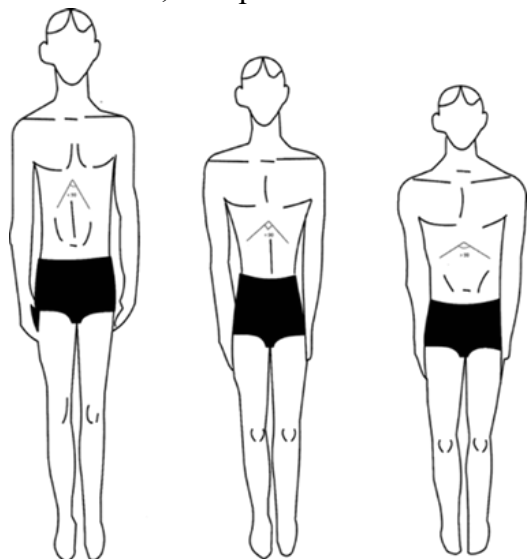
(ИМТ, индекс Кетле), для лиц старше 20 лет рассчитываемый по формуле: $ИМТ = m/h^2$, где m — масса тела, кг; h — рост человека, м.

ИМТ менее 15 расценивают как острый дефицит массы тела, от 15 до 20 — дефицит массы тела, от 20 до 25 — нормальная масса тела, от 25 до 30 — избыточная масса тела, свыше 30 — ожирение.

- форму тела; • степень развития и тонус скелетной мускулатуры; • строение скелета.

Необходимые при этом данные, помимо осмотра, можно получить посредством антропометрии.

Телосложение. Среди здоровых лиц выделяют три конституциональных типа — астенический, нормостенический, гиперстенический.



АСТЕНИК

межреберный
угол $< 90^\circ$

НОРМОСТЕНИК

межреберный
угол $= 90^\circ$

ГИПЕРСТЕНИК

межреберный
угол $> 90^\circ$

Обращают внимание на *окраску кожи*. Бледная кожа может быть при кровотечениях. Синюшная окраска кожи (цианоз) бывает обусловлена гипоксией при недостаточности кровообращения и дыхания. Бронзовое окрашивание отдельных участков кожи поблизости от раны может свидетельствовать об анаэробной инфекции, Землисто-серый и серый цвет кожи при резко пониженном питании характерен для злокачественных новообразований. Интенсивная коричневая окраска кожи бывает при механической желтухе из-за непроходимости общего желчного протока, вызванной закупоркой его камнем или раковой опухолью головки поджелудочной железы. Распространенный цианоз кожи верхней половины туловища бывает при травматической асфиксии. Черный цвет кожи свидетельствует о коагуляционном некрозе (гангрене). Иногда пигмент откладывается в виде родимых пятен; эти пятна могут быть бородавчатыми или сосудистыми.



А — желтуха



Б — бледность



В — цианоз

При розовой или розово-красной окраске кожи следует обратить внимание на характер распределения красноты и на ее интенсивность. К примеру, при воспалении вен или лимфатических сосудов краснота распространяется в виде узких полос по ходу сосудов. Яркая краснота в виде сплошного поля и «языков пламени» характерна для рожистого воспаления. При обычных воспалительных

процессах отмечают выраженную красноту в центре с постепенным переходом в цвет нормальной кожи по периферии.

Необходима оценка придатков кожи: ногти, волосы.

Изменение цвета кожи можно наблюдать также при тупой травме, когда в толще кожи образуются кровоизлияния фиолетовой окраски (кровоподтеки). В последующие дни в связи с рассасыванием кровоподтека эта окраска постепенно меняется, приобретая по краям желтый и зеленый цвет. При травматической асфиксии отмечают цианоз и отек верхней половины туловища.

Состояние *слизистых оболочек* определяют путем их осмотра. Следует обращать внимание на рубцы, окраску слизистых оболочек (бледная, розовая, желтушная), на поверхность, которая может быть гладкой или зернистой.

Для исключения острых заболеваний органов живота необходимо осмотреть ротовую полость. В ротовой полости обращают внимание на состояние десен, зубов, языка, миндалин, зева.

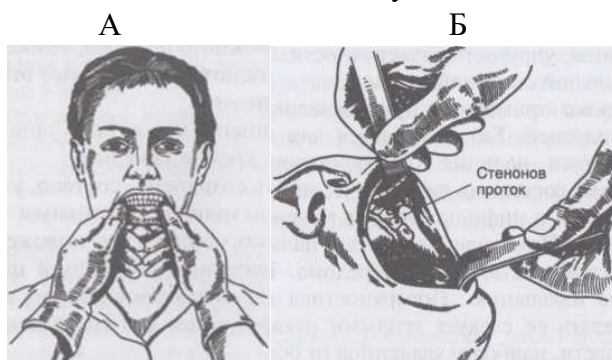
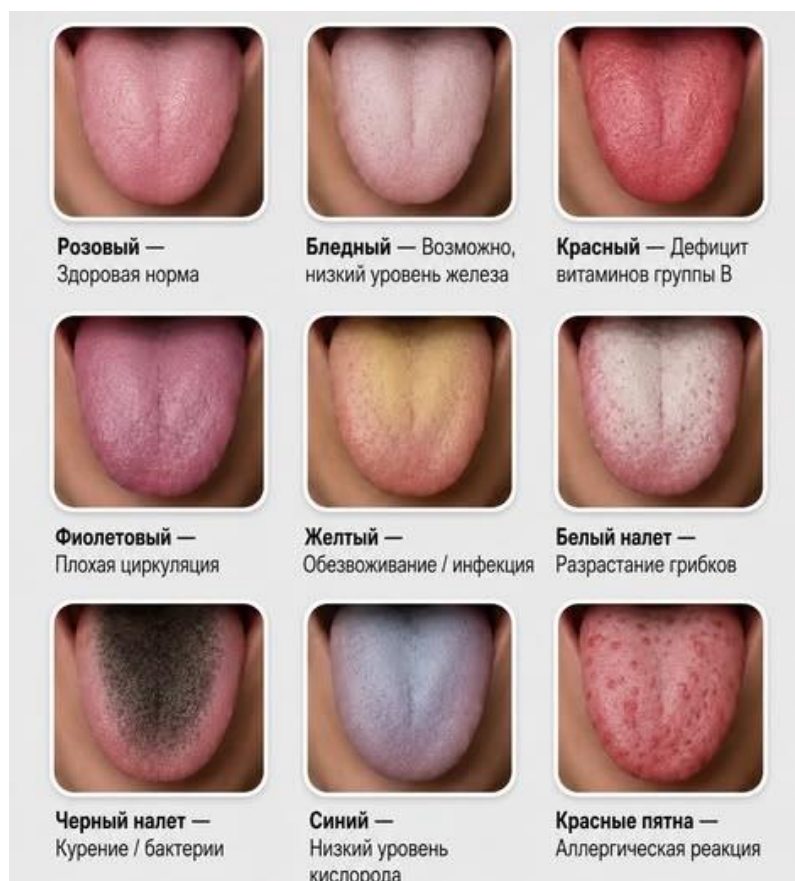


Рисунок – А. Осмотр внутренней поверхности губ и десен (по Линденбауму И.С., 1957)

Б - Осмотр зубов и слизистой оболочки щеки (по Линденбауму И.С., 1957)

Сухой, обложенный грязно-бурым налетом язык свидетельствует о воспалении органов живота, перитоните.



Выясняют глубину, ритм, количество дыханий в минуту.

8. Проведение пальпации. Определение тургора кожи и отеков. Пальпация лимфатических узлов

Для диагностики заболеваний внутренних органов, костно-мышечной, лимфатической систем, кожи очень широко применяют пальпацию как один из основных методов обследования пациента. В зависимости от цели исследования органа или системы пальпацию ведут различно, но всегда по определенной системе и правилам. Кожу или мышцы прощупывают, взяв их в складку для определения толщины, упругости, эластичности. Температуру кожи тела определяют тыльной стороной кисти.

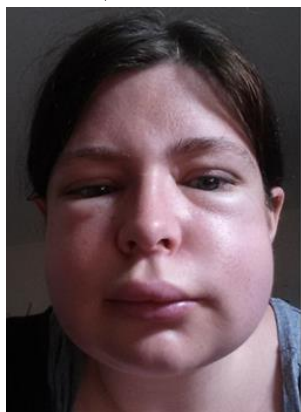
Тургор кожи отражает ее эластичность. Оценивают его пальпаторно (двумя пальцами на тыльной стороне кисти собирают кожную складку, которая после отнятия пальцев должна мгновенно расправляться). Хороший тургор — свойство молодой и здоровой кожи. Он обусловлен достаточными развитием подкожно-жировой клетчатки, кровоснабжением и содержанием жидкости в коже. Определенное диагностическое значение имеет снижение тургора у лиц молодого возраста.

Для определения степени эластичности (тургор - упругость) кожу в различных участках тела берут в небольшую складку и сдавливают между I и II пальцами. После отнятия руки наблюдают за быстротой расправления складки. В норме полное расправление происходит тотчас же; при пониженной эластичности в связи со старостью, с раковой кахексией, истощением на почве недоедания расправление складки резко замедлено.

Пальпацией пользуются для выявления напряжения, влажности кожи, наличия или отсутствия крепитации при подкожной эмфиземе, состояния лимфатических узлов. Пальпацией можно выявить опухоли и инфильтраты, их консистенцию, подвижность, болезненность. При травмах костей пальпацией выявляют патологическую подвижность, место перелома. Различают поверхностную и глубокую пальпацию. Поверхностная пальпация должна быть нежной, и делать ее следует теплыми руками. Пальпировать надо начинать с области, наиболее удаленной от болезненного органа, постепенно приближаясь к нему. Обязательно следует достичь полного расслабления брюшной стенки пациента. Для этого пациент должен лежать без подушки, с согнутыми в коленных и тазобедренных суставах ногами. При воспалительных заболеваниях органов живота глубокую пальпацию следует проводить очень осторожно кончиками пальцев.

При воспалительных заболеваниях мягких тканей пальпацией выявляют отеки, местное повышение температуры.

Отеки — проникновение жидкой части крови или лимфы из сосудистого русла в межклеточное пространство (тканевый отек) или свободные полости организма (полостной отек) — плевральную (гидроторакс), брюшную полость (асцит), полость перикарда (гидроперикард). Выраженные отеки можно обнаружить визуально. Кожа выглядит припухшей, правильная форма отекающих частей теряется вследствие сглаживания нормальных ямок и костных выступов. При сильных отеках эпидермис может отслаиваться, образуя пузыри, из которых при их прорыве вытекает жидкость. При надавливании на отечные места пальцем обычно появляется ямка, сохраняющаяся в течение нескольких минут после отнятия пальца.



Выделяют общие и местные отеки.

- Общими называют отеки, распространяющиеся либо по всему телу, либо на ограниченные места, но симметрично с обеих сторон (заболевания сердца, почек). Генерализованный отек называют анасаркой.
- Местные отеки расположены асимметрично и вызваны локальным нарушением крово- и лимфообращения.



Рис. Определение отеков

Отеки могут быть обусловлены выходом жидкости из сосудистого русла через стенки капилляров и скоплением ее в тканях. Скопившаяся жидкость может быть застойного (транссудат) либо воспалительного (экссудат) происхождения. Местный отек зависит от какого-либо местного расстройства крово- и лимфообращения и бывает при закупорке вены тромбом, при сдавлении ее опухолью или увеличенным лимфатическим узлом. Контуры отечных частей тела сглажены.

Пальпация лимфоузлов — это ощупывание, позволяющее оценить размер, форму, консистенцию, подвижность, болезненность и связь с окружающими тканями. Это основной и наиболее информативный способ диагностики состояния лимфатической системы.

Пальпацию проводят мягкими, скользящими кругообразными движениями кончиков слегка согнутых пальцев (обычно II–V пальцев обеих рук для симметричных групп или одной руки для узлов с одной стороны).

Лимфатические узлы прижимают к костной или мышечной ткани.

Исследование проводят в определённой последовательности, начиная с затылочных лимфоузлов и заканчивая подколенными.

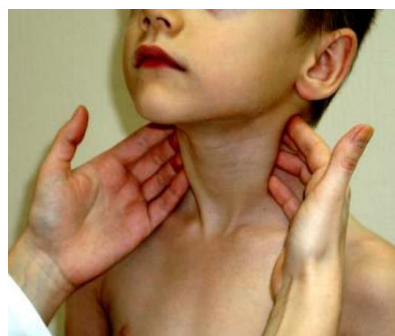
Затылочные лимфатические узлы пальпируют, укладывая руки на боковые поверхности головы, пальцы одновременно ощупывают пространство выше и ниже края затылочной кости. В норме не пальпируются.



А – Затылочные узлы



Б - Околоушные узлы.



В - Задне – шейные узлы.

Околоушные (заушные) узлы. Пальпация проводится от козелков (выступов на ушной раковине) вперёд вдоль скуловых дуг до угла нижней челюсти. В норме не пальпируются.

Задне – шейные узлы. Пальпируются между задним краем кивательной мышцы и трапецевидной мышцей прижимают узлы к фронтальной плоскости (к позвоночнику, а не к гортани).

Передне – шейные узлы. Пальпируются вдоль переднего края грудино – ключично – сосцевидной мышцы.



А - Передне – шейные узлы



Б - Поднижнечелюстные узлы



В - Подбородочные узлы

Поднижнечелюстные узлы. Голова пациента слегка наклонена вперёд для расслабления мышц. Кисти устанавливаются в подбородочной области на уровне передней поверхности шеи, затем выполняются скользящие движения к краю челюсти. В норме могут определяться единичные, размером до 5 мм.

Подбородочные узлы. Правой рукой пальпируют подбородочную область от подъязычной кости до края челюсти.левой рукой врач поддерживает голову пациента сзади, препятствуя отклонению головы назад.

Надключичные узлы. Пальпируются в надключичных ямках.



А - Надключичные узлы



Б - Подключичные узлы



В - Подмышечные узлы

Подключичные узлы. Пальпируются в подключичных ямках по ходу первого ребра.

Подмышечные узлы. Пациент слегка отводит руки в стороны. Врач устанавливает кисти с прямыми или слегка согнутыми пальцами вертикально вдоль плечевой кости в глубину подмышечной ямки до упора в плечевой сустав, затем пациент опускает руки, а обследуемый, прижимая пальцы к грудной стенке, скользит вниз на 5–7 см.

Локтевые узлы. Пальпируются при согнутом локтевом суставе, в внутреннем и наружном желобках двуглавой мышцы вблизи локтевой ямки.



А - Локтевые узлы



Б - Подколенные узлы



В - Паховые узлы

Подколенные узлы. Пальпируются при согнутом в коленном и тазобедренном суставах. Расположены в подколенной ямке.

Паховые узлы. Пальпация проводится вдоль паупартовой связки и в бедренном треугольнике.

Осмотр конечностей позволяет обнаружить варикозное расширение вен, отеки, припухлость, гиперемия по ходу вен, в области суставов, деформацию, язвы, рубцы. Отек и краснота кожи служат симптомами воспаления. Резкую бледность кожи стоп и голеней наблюдают при хронической артериальной недостаточности нижних конечностей.

9. Проведение пальпации живота.

При пальпации живота определяют напряжение мышц стенки живота, вызывают специальные болевые симптомы, характерные для определенных заболеваний. К примеру, для острого аппендицита характерны симптомы Ровзинга, Ситковского, Воскресенского и др.

Проведение поверхностной сравнительной пальпации живота

№ п/п	Перечень практических действий	Примерный текст комментария
1.	Установить контакт с пациентом: поздороваться, представиться, обозначить свою роль	«Здравствуйте!» «Я фельдшер, проведу поверхностную пальпацию живота»
2.	Попросить пациента представиться	«Представьтесь, пожалуйста»
3.	Сверить Ф.И.О. пациента с медицинской документацией	«Пациент идентифицирован»
4.	Сообщить пациенту о предстоящей процедуре	«Вам необходимо пропальпировать живот»
5.	Объяснить ход и цель процедуры	«Целью пальпации живота является выявление болезненности и патологических очагов. Пальпация будет проводится в положении лежа на спине»
6.	Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру	«У Вас нет возражений на выполнение данной процедуры?» Проговорить - «возражения пациента на выполнение процедуры нет»
Подготовка к проведению практического навыка		
7.	Предложить или помочь пациенту занять положение лежа на спине	«Прилягте, пожалуйста, и положите руки вдоль тела или на грудную клетку»
8.	Согреть руки	«Руки не должны быть холодными»
9.	Обработать руки гигиеническим способом кожным антисептиком	«Обрабатываю руки кожным антисептиком»
Выполнение практического навыка		
10.	Попросить пациента освободить живот от одежды	«Освободите, пожалуйста, верхнюю половину грудной клетки от одежды»
11.	Попросить пациента во время обследования дышать спокойно неглубоко, можно через рот	«Дышите спокойно неглубоко, можно через рот»
12.	Предложить или помочь пациенту занять удобное положение лежа на спине необходимое для пальпации живота	«Пожалуйста руки расположите вдоль тела или сложите на грудь, ноги согните в коленях»
13.	Провести разметку поверхности живота на зоны	«Провожу 2 горизонтальные линии - первая соединяет десятые ребра, вторая - верхние ости подвздошных костей; таким образом разделяю живот на эпигастрий, мезогастрий и гипогастрий. Двумя вертикальными линиями, проходящими по наружным краям прямых мышц живота и пересекающими горизонтальные линии живот делится на 9 областей. Правое и левое подреберья, надчревная (собственно эпигастральная), правая и левая боковые, околопупочная, правая и левая подвздошные и надлобковая»
14.	Провести поверхностную сравнительную пальпацию: правую ладонь положить плашмя на живот пациента и пальцами проводить легкие, осторожные надавливающие движения на переднюю брюшную	«Правую ладонь кладу плашмя на живот пациента и пальцами провожу легкие, осторожные надавливающие движения на переднюю брюшную

	надавливающие движения на переднюю брюшную стенку постепенно перемещая ладонь:	стенку постепенно перемещая ладонь в следующей последовательности:
	подвздошная область слева	подвздошная область слева
	подвздошная область справа	подвздошная область справа
	надлобковая область	надлобковая область
	левый боковой отдел живота	левый боковой отдел живота
	правый боковой отдел живота	правый боковой отдел живота
	околопупочная область	околопупочная область
	левое подреберье	левое подреберье
	правое подреберье	правое подреберье
	эпигастральный угол	эпигастральный угол
	исследование проводят на симметричных участках, начиная с левой подвздошной области	Если пациент предъявляет жалобы на боли, то может меняться порядок пальпации, так как начинать надо с симметричного безболезненного участка»
15.	Оценить резистентность и болезненность брюшной стенки	«У здорового человека при поверхностной пальпации живота болевые ощущения не возникают, напряжение мышц брюшной стенки незначительное. Если при поверхностной пальпации отмечается резистентность или более выраженное напряжение мышц брюшной стенки, можно сделать заключение о вовлечение брюшины в воспалительный процесс»
16.	Провести исследование белой линии живота на наличие грыж и расхождения прямых мышц живота Провести указательным пальцем правой руки по средней линии живота ниже мечевидного отростка для обнаружения грыжевого выпячивания	«Поверхностную пальпацию заканчиваю исследованием белой линии живота. Провожу указательным пальцем правой руки по средней линии живота ниже мечевидного отростка для обнаружения грыжевого выпячивания»
17.	Оценить обнаруженные изменения в белой линии живота	«При обнаружении грыжевого выпячивания проверяю, насколько легко и свободно удастся его вправить в брюшную полость, уточняю состояние и размеры грыжевых ворот, наличие сращения в области грыжевого мешка, пытаюсь определить его содержимое (сальник, петля кишки)»
18.	Уточнить у пациента о его самочувствии и ощущениях	«Как Вы себя чувствуете, не стало ли Вам хуже
19.	Сообщить пациенту, что осмотр закончен и можно одеваться	«Осмотр закончен, можно одеваться»
Завершение практического навыка		
20.	Обработать руки гигиеническим способом кожным антисептиком	«Обрабатываю руки гигиеническим способом кожным антисептиком»
21.	Сделать записать о результате обследования в медицинской документации	«Делаю записать о результате обследования в медицинской документации»

Пальпацию применяют и при исследовании периферических сосудов. Исследование выполняют кончиками II, III, IV пальцев, которые располагают по ходу артерии. При этом оценивают частоту, ритм, наполнение и напряжение пульса.

При осмотре мышечной системы определяется степень ее развития. Имеют диагностическое значение местная атрофия мускулатуры, выявление мышечной силы, расстройств функции мышц.

Обращают внимание на наличие дефектов, деформации костей, объем активных и пассивных движений в суставах.

10. Перкуссия

Перкуссия (выстукивание) — это метод физикальной диагностики, при котором обследуемый постукивает по поверхности тела пациента и анализирует возникающие при этом звуки. Эти звуки зависят от физических свойств тканей: их плотности, упругости и содержания воздуха.



Наряду с другими методами перкуссии постоянно применяют при обследовании пациентов с хирургическими заболеваниями и травмами.

При повышении воздушности определяется тимпанический звук. Незначительное снижение воздушности устанавливается как притупление. Безвоздушное пространство обозначает тупой звук.

Разновидности тимпанического звука – это коробочный, металлический, амфорический.

Перкуссию используют для: - определения границ и размеров органов;

- выявления патологических изменений в лёгких, плевральных полостях, брюшной полости;
- оценки состояния костной системы (например, при подозрении на перелом или туберкулёзный спондилит);
- провокации болевого синдрома при скрытых патологиях нервных стволов.

При травмах грудной клетки с помощью перкуссии определяют наличие или отсутствие пневмоторакса или гемоторакса. При исследовании живота этим методом определяют исчезновение печеночной тупости, что характерно для перфорации полого органа живота. Притупление в отлогих местах живота, перемещающееся при перемене положения пациента, отмечают при скоплении жидкости в брюшной полости (кровь, асцитическая жидкость, гной).

При ущемленных грыжах перкуссией определяют характер содержимого грыжевого мешка: в случае притупления убеждаются в ущемлении сальника, при тимпаните — в ущемлении кишечной петли.

Часто используют метод поколачивания ребром ладони по правой реберной дуге для выявления заболеваний печени или желчного пузыря. Для выявления заболевания почек применяют поколачивание в поясничной области справа и слева от позвоночника на уровне XII ребер.

11. Аускультация. Ректальное и вагинальное исследование

Аускультация («выслушивание») — это метод диагностики, при котором обследуемый выслушивает звуки, которые возникают при работе внутренних органов. С её помощью можно оценить состояние сердца, лёгких, сосудов и даже кишечника.

Аускультативное определение перистальтики — это метод оценки двигательной функции кишечника.

Изменение нормальной аускультативной картины может проявляться в виде:

Усиление перистальтики (громкое урчание) может быть физиологическим (например, после еды, богатой растительной клетчаткой) или патологическим. Последнее встречается при воспалении тонкой кишки (энтеритах) либо на ранних стадиях кишечной непроходимости (обычно на ограниченном участке выше места сужения).



Ослабление или отсутствие перистальтики («могильная тишина») может указывать на атонию кишечника (например, у пожилых людей с атоническими запорами) либо на более серьёзное состояние — перитонит (в том числе на фоне непроходимости кишечника).

В хирургии методом аускультации часто пользуются для определения патологии органов живота. Симптомы «звука падающей капли», шум плеска, усиленная перистальтика кишечника подтверждают диагноз острой кишечной непроходимости. Полное отсутствие кишечных шумов («гробовая тишина») свидетельствует о тяжелом перитоните или поздней стадии кишечной непроходимости.

При травмах органов грудной клетки аускультация помогает распознать гемоторакс, при котором дыхание бывает ослаблено или совсем не выслушивается.

Ректальное и вагинальное исследования

При острых хирургических заболеваниях органов живота во избежание непоправимых диагностических ошибок необходимо проводить пальцевое ректальное, а у женщин — вагинальное исследование.

Для этого исследования пациенту рекомендуют принять положение «на корточках». При пальцевом исследовании прямой кишки надо обращать внимание на ее наполнение, величину, содержание или отсутствие в ней крови или темного кала (что бывает при желудочном кровотечении), болезненность дугласова пространства. Через прямую кишку можно прощупать инфильтраты или опухоли, находящиеся в нижнем отделе живота. При этом можно определить приблизительную локализацию, подвижность, консистенцию и форму их образований.

При вагинальном (бимануальном) исследовании можно прощупать матку, придатки, определить увеличение этих органов, а также прощупать инфильтраты или опухоли, как исходящие из внутренних женских половых органов, так и находящиеся в тазу или низко в брюшной полости.

Надо помнить, что ректальное и вагинальное исследования обязательны во всех случаях острых заболеваний органов живота и травм его или таза.

12. Локальный статус

Локальный (местный) статус — это описание местных изменений органов и тканей. Этот раздел в истории болезни располагают после обследования всех систем. Следует последовательно и подробно описать данные осмотра, перкуссии и пальпации, аускультации. Также подробно описывают результаты специальных проб, применяемых в диагностике данного заболевания (симптом «кашлевого толчка» при грыже; «маршевая проба», проба Троянова—Тренделенбурга при варикозном расширении вен нижних конечностей; симптом «плантарной ишемии», «белого пятна» и другие при облитерирующих заболеваниях артерий).

При выявлении, например, в брюшной полости опухоли, воспалительного инфильтрата необходимо его подробное описание (локализация, размеры, характер поверхности, консистенция, болезненность, смещаемость и пр.).

Пример описания status localis абсцесса: "При нагноении мягких тканей ягодицы после инъекции отмечается покраснение и припухлость кожи над местом укола. Пальпаторно определяется болезненный инфильтрат с размягчением по центру. Температура кожи над ним повышена. Кожные покровы отечны".

Пример описания status localis резаной раны: "На тыльной поверхности верхней трети правого плеча расположена рана. Она имеет неправильную форму, напоминающую веретено. Ее длина равна 6 см, ширина - 0,9 см. От правого конца раны отходят еще два надреза, расположенные параллельно. Их размеры составляют 1 и 1,2 см, соответственно. Глубина раны равна 0,5 см. Из раны имеется скудное геморрагическое отделяемое".

Пример описания status localis ожога: На коже в области правого голеностопного сустава имеется ожог, который занимает 2/3 стопы. Примерно 4 % ожоговой поверхности находится под сухим струпом. Рана имеет неровные края, покрыта грануляциями. Из раны выделяется серозно-гнойная жидкость"