

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
імені О.О.БОГОМОЛЬЦЯ**

**КАФЕДРА ЗАГАЛЬНОЇ ХІРУРГІЇ №2**

«Затверджено»

на методичній нараді кафедри  
від 28 серпня 2019 р., протокол №1

Завідувач кафедри  
д.мед.н., професор

\_\_\_\_\_ О.Ю. Іоффе

**МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ**

***ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ  
ПРИ ПІДГОТОВЦІ ДО ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ***

<b>Навчальна дисципліна</b>	Загальна хірургія
<b>Модуль № 2</b>	Хірургічна інфекція. Змертвіння. Основи клінічної онкології, та трансплантології. Особливості обстеження, курація хірургічних хворих
<b>Змістовний модуль № 3</b>	Методика обстеження, курація хірургічних хворих
<b>Тема завдання № 21</b>	Обстеження хірургічного хворого. Збір скарг, анамнезу захворювання і життя. Об'єктивне обстеження голови, шиї, грудної клітки. Живота, опорно-рухового апарату, судин, лімфатичних вузлів. Курація хірургічного хворого.
<b>Курс</b>	Третій
<b>Факультет</b>	Медичний №1 та №4, ЗСУ

## 1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ

В останні роки розвиток медичної техніки розкриває надзвичайно широкі можливості для діагностики, але і до цього часу найважливішим компонентом діагностичного пошуку залишається ретельний збір анамнезу, систематичне та кваліфіковане фізикальне обстеження і досконале вивчення локального статусу. Кожному необхідно засвоїти алгоритм обстеження, який органічно переходить у побудову лікувальної тактики. Основними методами обстеження хворого залишаються опитування, огляд та фізикальні методи обстеження. Саме вони надають лікарю основну інформацію про хворого та характер його захворювання. Дозволяють визначити об'єм додаткових інструментальних та лабораторних обстежень. Дозволяють визначити основну причину важкості стану хворого та призначити необхідну першочергову терапію.

## 2. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

- Знати схему та особливості опитування хірургічного хворого.
- Знати методику об'єктивного обстеження хірургічних хворих.
- Знати традиційні і сучасні методи лабораторних та інструментальних досліджень.
- Вміти проводити суб'єктивне та об'єктивне обстеження хірургічних хворих.
- Виявити основні симптоми хірургічних захворювань.
- Аналізувати дані лабораторних та інструментальних обстежень.
- Застосовувати практичні навички, отримані на практичних заняттях під час обстеження хворих.

## 3. БАЗОВІ ЗНАННЯ, ВМІННЯ, НАВИЧКИ, НЕОБХІДНІ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ ТЕМИ:

<i>Назви попередніх дисциплін</i>	<i>Отримані навички</i>
<i>Анатомія людини</i>	Знати будову та топографію органів людини та основні анатомічні варіанти
<i>Фізіологія людини</i>	Знати функціональні відправлення та фізіологічні константи організму людини
<i>Біологічна хімія</i>	Знати основні біохімічні константи внутрішнього середовища
<i>Рентгенологія</i>	Основні принципи рентгенологічних, радіологічних, ультразвукових обстежень

## 4. ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ ПРАЦІ ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ЗАНЯТТЯ.

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

<i>Термін</i>	<i>Визначення</i>
<b>Деонтологія</b>	(від грец. δέον — належне) — вчення про проблеми моралі і моральності, розділ етики. Термін введений Бенґамом для позначення теорії моральності як

	науки про мораль. У ще більш вузькому сенсі деонтологія була позначена, як наука, що вивчає конкретно медичну етику, правила і норми взаємодії лікаря з колегами і пацієнтом.
<b>Лікарська таємниця</b>	інформація про стан здоров'я, яка стала відома про особу (пацієнта) лікарю (лікуючому персоналу), обслуговуючому персоналу, посадовим особам та службовому персоналу медичної установи при здійсненні ними своїх професійних обов'язків.
<b>Анамнез</b>	(грец. Αναμνησις — спомин) — основний суб'єктивний метод дослідження хворого, що полягає в отриманні інформації про хворого та його захворювання шляхом розпитування (Interrogatio aegroti). В ході спілкування з хворим можна зорієнтуватися в особливостях даного захворювання, індивідуальних її проявах, розпізнавання причин її виникнення. Правильно зібраний анамнез є запорукою встановлення вірного діагнозу і вже на цьому етапі можна встановити або припустити діагноз хворого. Важливо зазначити, що на основі тільки анамнезу офіційно діагноз встановлювати не можна, навіть попередній. Це можна зробити тільки після використання всіх основних методів дослідження хворого: суб'єктивних (розпитування хворого) та об'єктивних (огляд загальний та місцевий, пальпація, перкусія та аускультация).
<b>Пальпація</b>	(від лат. Palpatio «обмацування») метод медичного обстеження хворого. Як спосіб вивчення властивостей пульсу, пальпація згадується ще в працях Гіппократа. В якості методу дослідження внутрішніх органів, пальпація отримала широке розповсюдження в Європі лише у другій половині XIX століття, після робіт Р. Лаеннека, Й. Шкоди, В. П. Образцова та інших.
<b>Перкусія</b>	дослідження, яке полягає в постукуванні окремих ділянок тіла та аналізі звукових явищ, що виникають при цьому. За характером властивостей звуку визначається топографія внутрішніх органів, фізичний стан і частково їх функцію.
<b>Аускультация</b>	(лат. Ausculto — вислухую) — метод дослідження, що полягає у вислуховуванні звукових явищ, які виникають в організмі людини.

#### 4.2 Теоретичні питання до заняття:

1. Схема та особливості опитування хірургічного хворого.

2. Методика об'єктивного обстеження хірургічних хворих.
3. Традиційні і сучасні методи лабораторних та інструментальних досліджень.
4. Суб'єктивне та об'єктивне обстеження хірургічних хворих.
5. Основні симптоми хірургічних захворювань.
6. Аналіз даних лабораторних та інструментальних обстежень.
7. Застосовувати практичні навички, отримані на практичних заняттях під час обстеження хворих.
8. Послідовність обстеження хірургічного хворого.

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

1. Зібрати анамнез у хворого з гострою хірургічною патологією органів черевної порожнини.
2. Провести пальпацію периферійних артеріальних судин.
3. Провести об'єктивне обстеження опорно-рухового апарату, визначити абсолютну та відносну довжину кінцівок.
4. Провести об'єктивне обстеження голови у хворих з хірургічною патологією. Визначити прояви характерні для черепно-мозкової травми, запальних процесів, вад розвитку, ендокринних хвороб.
5. Провести об'єктивне обстеження шиї у хворих з хірургічною патологією. Визначити характерні прояви її пошкоджень, запальних процесів, вад розвитку, ендокринних хвороб.
6. Провести об'єктивне обстеження органів грудної клітини у хворих з хірургічною патологією. Визначити характерні для неї клінічні прояви.
7. Провести об'єктивне обстеження органів черевної порожнини у хворих з хірургічною патологією. Визначити його особливості.
8. Провести діагностику остеомієліту по рентгенограмах.
9. Провести діагностику кісткового туберкульозу по рентгенограмах.
10. Провести аналіз рентгенограм хворих з гострою хірургічною патологією органів черевної порожнини.
11. Провести аналіз основних лабораторних методів досліджень: загальний аналіз крові та сечі у хворих із гострою хірургічною патологією органів черевної порожнини. Визначити їх характерні прояви.

## **5. ЗМІСТ ТЕМИ**

Обстеження хворих починається з питання на що скаржиться хворий. Як правило ведучим симптомом є біль. Необхідно деталізувати його параметри: інтенсивність, характер (постійний, переймоподібний), локалізацію, іррадіацію, тривалість, зв'язок з рухами перемінного положення тіла, їжею, часом доби з чим сам хворий зв'язує появу болю. Вияснити чи поступається біль звичайним анальгетикам чи наркотичним, проходить самостійно. Хворого бажано терпляче вислухати і тактовно поставити питання, які дозволять з'ясувати основні скарги. Таким же чином слід деталізувати і інші скарги хворого (слабкість, нудоту, блювання, печію, діарею, втрату свідомості, коливання температури, кашель та інші).

В анамнезі захворювання уточнюється розвиток його з моменту захворювання до моменту огляду. 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, як і лікарі цієї служби повинні акуратно та ретельно заповнювати.

В анамнезі життя відобразити фізичний і розумовий розвиток починаючи з дитинства, умови життя та побуту. Захворювання, операції, травматичні пошкодження. Обов'язково запитати про хворобу Боткіна, туберкульоз, венеричні захворювання, спадкові захворювання. Шкідливі звички – куріння, зловживання алкоголем, наркотики. Гінекологічний анамнез: поява місячних, циклу, вагітності, пологи. У зв'язку з підвищеною алергізацією населення, з'ясовується 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.

## **ЗАГАЛЬНИЙ АНАМНЕЗ**

Обстеження всіх органів проводиться послідовно: огляд, пальпація, перкусія, аускультация.

При огляді місця хвороби слід детально в'ясувати положення органу, його форму, колір шкірного покриву, направлення осі органу або кінцівки, порівняння симетричних частин тіла, парних органів. Активні і пасивні рухи в суглобі – об'єм рухів, болючість їх, патологічна рухомість.

Перкусія – характер звуку, ділянку притуплення, її локалізацію.

Пальпація – положення, форма, величина припухлості, консистенція, болючість, рухомість, зміщуваність, напруження м'язів. Визначення звукових симптомів (тріску, крепітації, наявності патологічної пульсації).

Аускультация – наявність перистальтичних шумів, шуму плеску, додаткових шумів при вислуховуванні крупних судин.

### ***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: 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 температури (мерзлякуватість рук, ніг взимку). 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 – ясно-червона, 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, свердлярчий, 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 одnobічний біль при нахилі тулуба в здоровий чи уражений бік).

## **4. 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; пристрасть 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 передує її 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 помийв, кавової гуці; 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 закрепип; чи використовуються клізми, проносні засоби; чи прогресують закрепип; 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).

Проноси (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).

## **5. 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 помийв”, 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). Органи сечостатевої системи (симптом Пастернацького), випорожнення та сечовипускання.

## **6. 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 зупинитись під час ходи через біль, що починається в одній або обох ногах, після якої довжини пройденого шляху чи скількох 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).

## **7. 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).

При дослідженні об'єктивного статусу характеризувати загальний стан хворого (задовільний, середньої тяжкості, важкий, дуже важкий, передагональний, агонія). Визначити зріст, вагу тіла, температуру. Враховуючи, що значна доля хірургічних захворювань припадає на патологічні процеси в черевній порожнині слід детально описати органи черевної порожнини.

Студенти проводять ретельний огляд живота в різних положеннях хворого: на спині, на боку, стоячи. Під час огляду необхідно відмітити наявність асиметрії, випячування чи втягнення черевної стінки, рубців, пігментації шкіри, розширених вен черевної стінки, рухливості останньої під час акту дихання, при кашлі, можливість контрольованих рухів черевним пресом (с. Розанова), наявність перистальтичних хвиль (стеноз виходу із шлунку).

Для виявлення розходження прямих м'язів живота хворого просять припіднятися на ліктях.

Перкусія живота проводиться ніжно, дотримуючись абсолютної тиші. Розрізняють нормальний тимпаніт кишечника від високого тимпаніту. Виявляють болючі місця при перкусії.

Перкусія печінки, селезінки.

При перфорація порожнистих органів (шлунок, кишечник) печінкова тупість може зникнути. Цей симптом (пневмоперитоніум) велике значення має для діагностики перфоративних виразок шлунку, дванадцятипалої кишки.

Зона притуплення над лобком з горизонтально увігнутою поверхнею може вказувати на наявність вільної рідини в черевній порожнині; випуклою – на переповнений сечовий міхур, вагітну матку.

Проводиться порівняльна перкусія в симетричних місцях притуплення в бокових зонах може свідчити про наявність рідини в животі. Що підтверджується перкусією на боку. Високий тимпанічний звук на обмеженому просторі може визначитися при кишковій непрохідності (симптом Валя).

**ПАЛЬПАЦІЯ:** проводиться при розслабленій черевній стінці. Ноги хворого зігнуті в колінних суглобах. Лікар сидить справа від хворого.

При орієнтовній поверхневій пальпації треба диференціювати різні ступені напруження черевного преса від незначної резистентності до дошкоподібного напруження.

Напруження м'язів передньої черевної стінки може носити при перитоніті поширений характер, або обмежуватися невеликою ділянкою, наприклад, правою здухвинною ділянкою при гострому апендициті.

Поверхневою пальпацією одночасно з визначенням напруження виявляють болючість черевної стінки. Необхідно провести пальпацію білої лінії, пупочного і пахових кілець для виявлення гриж, не помічених при огляді.

Пальпація органів черевної порожнини проводиться за методом Образцова.

Пальпація печінки: звертають увагу на чутливість і консистенцію печінки, на форму її края (гострий, круглий, бугристий), на скільки сантиметрів знаходиться від реберної дуги.

Дно жовчного міхура виходить із – під края реберної дуги на 1 -1,5 см в місці перетинання останньої з правим зовнішнім краєм прямого м'яза. При холециститі пальпація цієї зони різко болюча.

Прощупування збільшеного, м'якоеластичної консистенції, безболісного жовчного міхура при наявності жовтяниці є досить ранньою ознакою пухлини голівки підшлункової залози або великого дуоденального соска (симптом Курвуаз'є –Тер'є).

Пальпація живота проводиться в подальшому з таким розрахунком, щоб болісне місце було обстежено в останню чергу. Так, наприклад, при апендициті спочатку пальпують ліву пахвинну, ліве підребер'я, епігастральну ділянку, праве підребер'я, тільки потім праву здухвинну ділянку.

Хірург при обстеженні живота має виключити в першу чергу гострий апендицит. Для цього перевіряють наявність найбільш типових симптомів: Симптом Ровзінга - при короткому поштовху в лівій пахвинній області біль посилюється, або відчувається в правій пахвинній області.

Симптом Сітковського – виникнення або посилення болю в правій пахвинній області при положенні хворого на лівому боці.

Симптом Роздольського – посилення болючості при перкусії в правій здухвинній ділянці.

Симптом Бартом'є–Міхельсона – при пальпації сліпої кишки в положенні хворого на лівому боці болючість в ній посилюється.

Симптом Образцова – болючість при пальпації правої здухвинної ділянки посилюється, якщо хворий піднімає випрямлену в колінному суглобі ногу.

Симптом Кримова – поява або посилення болю в правій здухвинній ділянці при дослідженні пальцем зовнішнього отвору пахового каналу.

Симптом Воскресенського – через натягнуту рубашку (майку) хворого під час видиху проводять рукою в напрямку від епігастральної ділянки навскоси вниз в праву здухвинну ділянку. Цей симптом більш чітко виявляє місце найбільшої болючості.

При пальпації живота у хворих з гострими хірургічними захворюваннями органів черевної порожнини найбільш важливим є виявлення симптому Щоткіна–Блюмберга. Повільно вдавлюють рукою черевну стінку, а потім, руку швидко знімають. З'являються сильні болі, які викликані струсом парієтальної очеревини. Цей симптом характерний для перитоніту.

Ковзна глибока методична пальпація черевної порожнини розроблена Образцовим і Стражеско. Пальпація проводиться злегка зігнутими пальцями. Поступово проникаючи в глибину під час видиху досягають задньої стінки черевної порожнини. Рука розміщується перпендикулярно вісі досліджуваного органа. Орган, придавлений до задньої стінки черевної порожнини, вислизав з –під пальців і в цей момент стає доступним на  $\frac{3}{4}$  своєї окружності. Пальпацію живота рекомендується проводити в вертикальному, горизонтальному та боковому положеннях.

При пальпації пухлини необхідно в'яснити місцезнаходження пухлини: передня черевна стінка, розміщується внутрішньо–очеревинно чи позаочеревинно.

Хворому пропонують трохи припіднятися на ліктях. Пухлини передньої черевної стінки продовжують пальпуватись, позаочеревинні –не пальпуються. З метою диференційної діагностики використовують інші методи обстеження (УЗД, комп'ютерна томографія, іррігоскопія та інші).

**АУСКУЛЬТАЦІЯ** живота проводиться часто для визначення наявності перистальтики, шуму “падаючої краплі”(симптом Склярова), який залежить від руху газів і рідини вище місця закупорки при механічній кишковій непрохідності, шум плескоту визначається при стенозі пілоричного відділу шлунку і досягається короткими поштовхами черевної стінки в епігастральній області, шум плескоту може

бути виявлений і в кишечнику при кишковій непрохідності. У випадку цієї патології шум краще вислуховувати стетоскопом.

#### ЗАГАЛЬНО-КЛІНІЧНІ ДОДАТКОВІ МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ:

У кожного хворого треба визначити загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, аналіз крові на вміст глюкози, групу крові, резус-фактор, флюорографію грудної клітини. За показаннями, а також у хворих, яким плануються операції під загальним знеболенням, виконують біохімічні аналізи крові для визначення рівнів електролітів (Ca, Na, K, Cl), білірубину, кислотно-основного балансу, залишкового азоту, креатиніну, коагулограми, реакції Вассермана, австралійського антигену.

В залежності від характеру і локалізації патологічного процесу призначають аналіз шлункового соку, дуоденального вмісту 12 –палої кишки, аналіз калу. Отримані дані про шлункову секрецію, окремі порції жовчі розширюють дані про захворювання, їх враховують при комплексному лікуванні.

Інструментальні та апаратні методи дослідження:

Термометрія та вимірювання артеріального тиску (АТ) проводиться у кожного хворого. У хворих з шоком, важким станом, пролонгованою терапією вимірюють центральний венозний тиск (ЦВТ). В нормі - 80-100 мм.вод.ст. Зниження ЦВТ свідчить про гіповолемію, підвищений ЦВТ-серцево-легенева недостатність або неадекватно великий об'єм введеної рідини.

Рентгенологічне дослідження використовується при гострих хірургічних захворюваннях органів черевної порожнини. Широко використовується нові методи дослідження з високим ступенем діагностичних можливостей: комп'ютерна томографія, магніто-резонансна томографія, за допомогою яких можна виявити патологічний осередок (пухлину, кістку) діаметром в кілька міліметрів. Також застосовуються рентгенологічні методи із контрастуванням органів контрастними речовинами (білігност, тріобраст, йодогност): ангіографія, бронхографія, мамографія, холецистографія, ретропневмоперитонеографія (для виявлення в позаочеревинному просторі), пневмомедіостенія, черезшкірна черезпечінкова холангіографія, доплерографія. Ультразвукове дослідження базується на різній можливості тканин вбирати звук. УЗД в хірургії використовують для діагностики пухлин органів черевної порожнини, каменів жовчних шляхів та нирок, зоба та пухлин щитовидної залози, захворювань судин н/кінцівок.

Ендоскопічні методи дослідження останнім часом набули стрімкого розвитку, дають можливість оглянути зсередини порожнисті органи або порожнини. Для діагностики в хірургії проводять: езофагоскопію, ФГДС, проктоскопію, ректоманоскопію, фіброкопоскопію, цистоскопію. Лапароскопію виконують для огляду черевної порожнини, торакокопію – плевральної порожнини. Для визначення функціонального стану проводять функціональні проби: реовазографія, осцілограія й інші.

Для уточнення діагнозу, особливо при пухлинах, виконують біопсії. Розрізняють такі види біопсії:

1. Аспіраційна тонкоголкова біопсія
2. Голкова трепанобіопсія
3. Проста відкрита біопсія: шляхом оперативного втручання беруть шматочок тканини, лімфовузол.
4. Розширена відкрита біопсія: під час операції видаляють усю змінену тканину з подальшим гістологічним дослідженням.

У деяких випадках виконують діагностичну лапаротомію, торакотомію.

Обстеження хворого має на меті встановлення діагнозу хвороби. Процес встановлення діагнозу називається діагностикою. Діагностика - складний процес, який можна розділити на 4 етапи:

1. Збирання даних
2. Оцінка фактів, їх осмислення та трактування
3. Вироблення вірогідних гіпотез діагнозу
4. Вибір між гіпотезами (диференціальний діагноз).

Діагноз - це точно сформульоване на підставі результатів обстеження хворого визначення його хвороби відповідно до державного реєстру номенклатури хвороби.

## **Методика обстеження хірургічних хворих: голови, шиї, грудної клітки, живота, опорно-рухового апарату**

### **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 водяниці. Квадратна голова, сплющена 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 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 променевої хворобі, кахексії, анемії, гіпотирозі, бешиховому запаленні. 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 лица спостерігається у хворих з лихоманкою.

Пристипи тонічних судом із скороченням м'язів лица у хворих правцем або гіпаратиреозом 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. 1).



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: мертвенно-бліде із синюшним відтінком, з різко загостреними рисами, з глибоко запалими страждальними очима, з великими краплями холодного поту на лобі (*facies Hippocratica*).

Набрякле, заплиле – 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, заплиле 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. 2).



Планомірний і уважний огляд голови і лица 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’юнктиви 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. 3).



При огляді очей звертають на форму, розмір, реакцію на світло та 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, пухлинні 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,

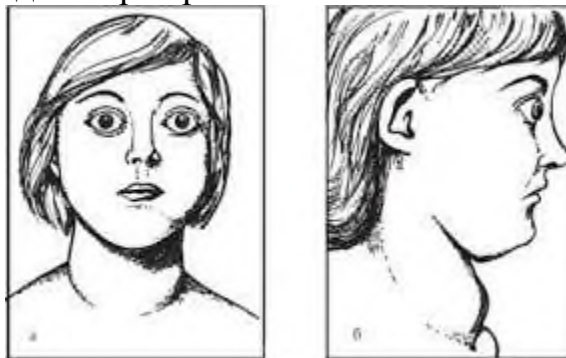
дихання, биття серця), необхідно звернути увагу на стан зіниць, які при біологічній смерті розширюються. Якщо зіниці залишаються звужені, необхідно проводити реанімаційні заходи.

При перевірці рогівковомигального рефлексу необхідно: притримуючи пальцями повіки доторкнутись кінчиком ватного гноту 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 (рис. 4).



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 лица 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. 5).



Рис. 5. 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'якотістовидної 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, слизову оболонку щік, твердого та м'якого піднебіння, передніх дуг мигдаликів та 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.6).



Рис. 6. 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 висунання 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 язик).
4. Сухий із темно-коричневим нальотом, потрісканий, що важко рухається – при тяжких інфекціях та інтоксикаціях.
5. Блідий, гладкий, блискучий, ніби полірований з вузликами, виразками по краях – при злоякісному недокрів'ї (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.

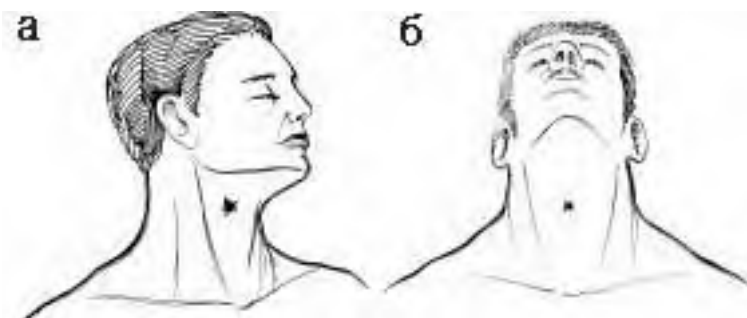
Зміни голосу.

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**

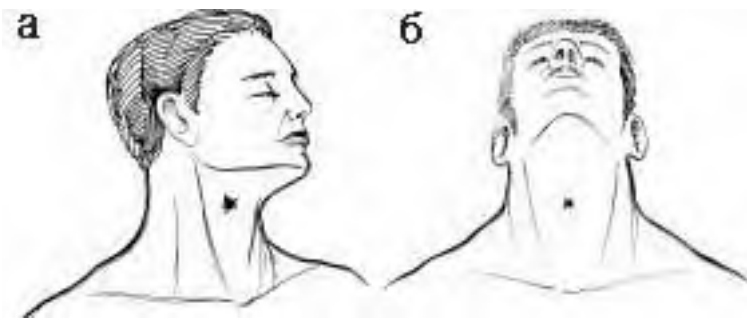
Огляд дозволяє виявити різке рівномірне збільшення розмірів шиї при раптовому стисненні грудної клітки і підвищення внутрішньогрудного тиску (травматична асфіксія), при стисненні середостіння пухлинами з порушенням крово- і лімфообігу (хомутоподібна шия) – нерівномірне збільшення в підщелепній ділянці 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. 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 білуватих 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.



Збільшення передньої поверхні шії нижче щитовидного хряща свідчить, як правило, про патологію щитовидної залози. Воло (зоб), пухлини, запальні процеси призводять до розширення її меж, перешийок може розповсюджуватись за грудиною і доверху щитовидного хряща. При наявності пухлини на передній поверхні шії 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.

**Огляд** дозволяє виявити різке рівномірне збільшення розмірів шії 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 шії як результат патологічного процесу лімфатичних вузлів (туберкульозний лімфаденіт, лімфогрануломатоз, лейкомія, лімфосаркома). У ділянці передньої і бокової поверхні шії при огляді можуть бути виявлені нориці різноманітного походження (рис. а, б) внаслідок туберкульозного лімфаденіту, гнійного остеомиєліту 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. Густиий 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 шії. 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.

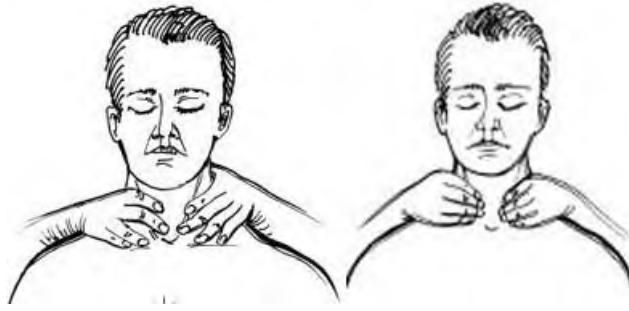


Збільшення передньої поверхні шії нижче щитовидного хряща свідчить, як правило, про патологію щитовидної залози. Волю (зоб), пухлини, запальні процеси призводять до розширення її меж, перешийок може розповсюджуватись за грудику і доверху щитовидного хряща. При наявності пухлини на передній поверхні шії 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 набряку, консистенцію (м'яка, щільна, вузлувата), розташування трахеї стосовно середньої лінії, зміщення утвору в вертикальному та горизонтальному напрямках. 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 шії. Пальпує щитовидний хрящ, просить хворого незначно підняти голову догори. Після цього ковзає пальцями вниз по поверхні щитовидного і далі по дужці персневидного хрящів. Пальпуючи перешийок, визначають його ширину, консистенцію, рухомість при ковтанні, 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 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



У нормі частки щитовидної залози не пальпуються, а перешийок визначається у вигляді поперечно лежачого валика, гладкого, безболісного, однорідної консистенції. Розміри щитовидної залози поділяють на 5 ступенів:

0 - щитовидна залоза не пальпується;

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

I- 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 грудної клітини

Загальне обстеження грудної клітки проводиться в певній послідовності.

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

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 спричинитись гострою патологією органів черевної порожнини.

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

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, легеневої артерії. Можуть прослуховуватись внутрішньосерцеві шуми (систоличний, 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.



Цей прийом використовують при підозрі на перелом ребер. При стисненні змінюється кривизна I-VIII ребер, підсилюється болючість у місці перелому.

### ***Інструментальні, лабораторні 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 проєкціях 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.

## **МЕТОДИКА ОБСТЕЖЕННЯ ЖИВОТА**

### ***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 від обстежуваного, 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, випячувань, 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. Різке 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 шлунково-кишковому тракту (при стенозі вихідника).

Підшкірна венозна сітка в нормі не помітна, а її поява свідчить про портальну гіпертензію через цироз печінки, тромбоз або стиснення зовні ворітної вени, а також тромбоз печінкових вен, що впадають у нижню порожнисту вену (хвороба Бадді-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 гіперпігментації через використання грілки (в результаті відкладення гемосидерину з гемолізованих еритроцитів) є свідченням наявності у хворого тривалого больового 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.

Респіраторне (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 грижове 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 видошу – 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 виявленнь грижових 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.

Перед початком глибокої пальпації нагадайте проекції органів черевної порожнини на передній черевній стінці. 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 пальпації. 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. (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. (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 урчить, 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 навсіліп закінчується закругленим дном, не болюча, помірно рухома, урчить 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 навкіс. 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, неbolючі 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 неbolюча, 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.

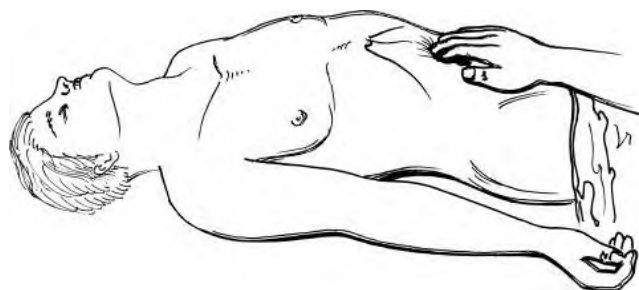
Треба мати на увазі, що при вісцероптозі попереково-ободова кишка може досягати рівня таза.

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.

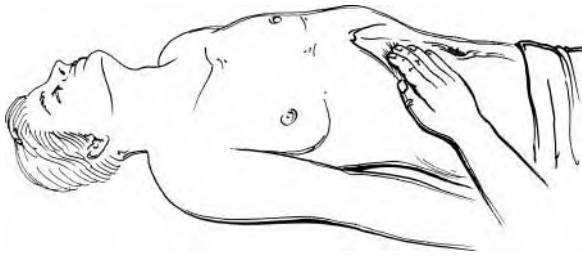
**Тонка кишка** зазвичай не доступна для пальпації, тому що лежить глибоко в черевній порожнині та вкрай рухома, що не дозволяє притиснути її до задньої черевної стінки. Але при запальному її ураженні (ентериті) іноді можливо знайти роздуті газом (тонкокишкові петлі) та визначити шум плескоту. Окрім 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. Промацати велику кривизну шлунка при цьому можливо в 50 % випадків.



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 урчання.

Пілоричний відділ шлунка пальпувати вдається значно рідше. Він розміщений дещо нижче мечоподібного відростка, правіше середньої 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, щоби 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.



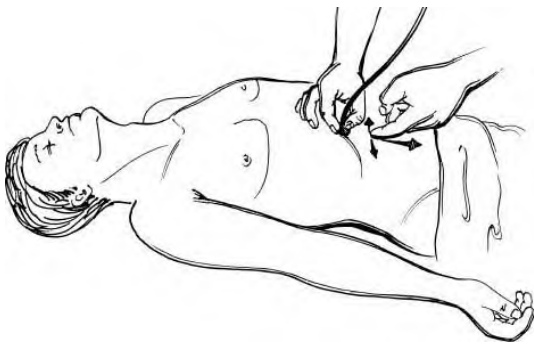
У нормі пілоричний відділ шлунка має форму гладкого, помірно щільного, малорухомого, неболючого тяжа діаметром не більше мізинця. Його пальпація супроводжується періодичним розслабленням, а іноді своєрідним вурчанням, що нагадує “писк миші”.

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.

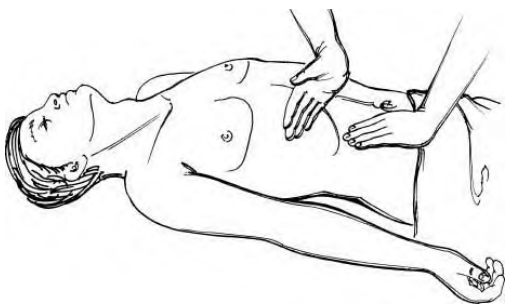
Аускультативний метод визначення нижньої межі шлунка. Положення хворого “лежачи на спині”. Лівою рукою фонендоскоп ставлять на лівий прямий м'яз живота безпосередньо нижче правої реберної дуги. Кінцем вказівного (чи середнього) пальця правої руки роблять легкі відривчасті штрихоподібні рухи (по шкірі черевної стінки) в поперечному напрямку, починаючи від фонендоскопа та поволі віддаляючись від нього донизу (рис. 27). При цьому над шлунком чути голосний шурхотящий звук, який за межами шлунка різко слабшає чи зникає.





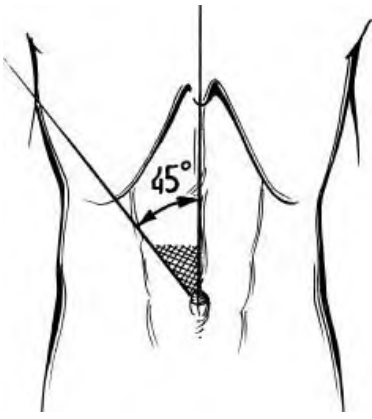
У нормі нижня межа шлунка є вище пупка: в чоловіків – на 3-4 см, а у жінок – на 1-2 см. Опущення її свідчить на користь значного розширення шлунка (стеноз воротаря, або атонія гладкої мускулатури органа) чи гастроптозу.

Метод сукусії (струсу) дозволяє визначити наявність рідини в шлунка. 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.



При наявності в шлунка 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 воротаря, 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, яка має форму прямокутного трикутника, що знаходиться в правому верхньому квадраті 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°).

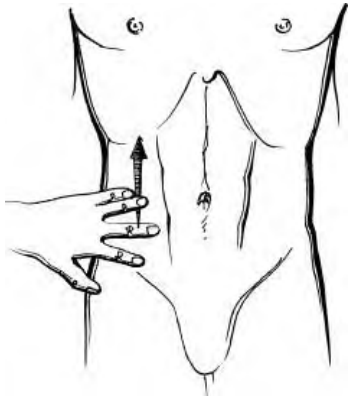


Методика пальпації: праву долоню кладуть поздовжньо на живіт справа від середньої лінії так, щоб пальці були спрямовані в бік реберної дуги та покривали зону Шоффара. При цьому кінці зімкнутих і трохи зігнутих пальців повинні знаходитись на 2-3 см вище, раніше знайденої, великої кривини (нижньої границі) 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 урчить, 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.

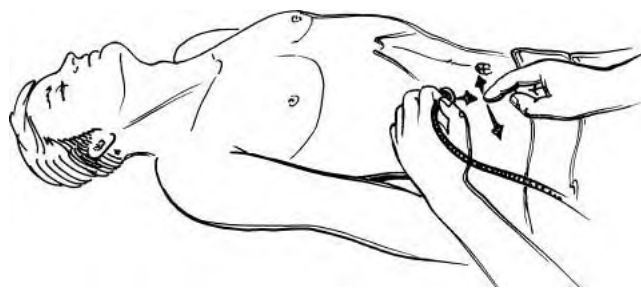
Хвіст підшлункової залози пальпують наступним чином – праву долоню кладуть вздовж зовнішнього краю прямого м'яза живота, щоб кінці пальців знаходились на рівні лівої реберної дуги. Методика пальпації така сама, як при дослідженні головки залози. Але для зручності необхідно використовувати метод бімануальної 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. Ця межа і є нижньою границею печінки.



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. На цьому рівні – нижня межа печінки.



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 випинання 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 Керра) 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). Прощупати 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. Водянка жовчного міхура викликає стійке порушення відтоку жовчі в результаті стиснення термінального та інтрапанкреатичного відділів холедоха пухлиною головки підшлункової залози чи дуоденального (фатерова) соска. 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. 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. 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 піддвіваючі 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”.



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.

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 палець-плесиметр 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 пальців-плесиметра, 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. 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.

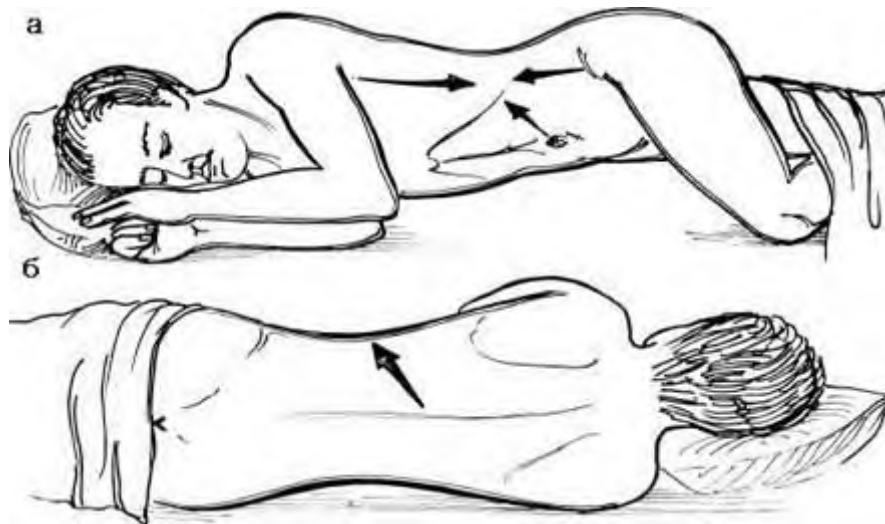


Рис. Схема перкуторного визначення розмірів селезінки (за Курловим): а – напрями перкусії при визначенні ширини притуплення та переднього краю (передньо-нижнього полюса); б – напрям перкусії при визначенні заднього краю (задньоверхнього полюса).

### ***Додаткові патологічні утвори***

Під час глибокої пальпації органів черевної порожнини інколи вдається виявити додаткові патологічні утвори (пухлини, кісти 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 передньо-задньому 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 природньої 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).

**Аускультация.** У нормі аускультация живота виявляє періодично виникаючі звуки перистальтики кишківника у вигляді вурчання та переливання рідини. У хворих з явищами перівісцериту 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. Відсутність перистальтики або ослаблена перистальтика вказують на наявність патологічного процесу в черевній порожнині. При кишковій непрохідності можна аускультативно визначити шум плеску.

## МЕТОДИКА ОБСТЕЖЕННЯ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ

### Огляд

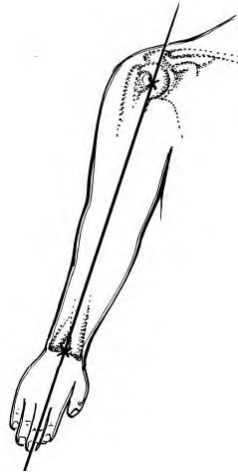
Слід обов'язково порівняти будову і форму симетричних частин тіла – хворе місце із симетричною неураженою ділянкою. Візуально визначають положення, форму, рухомість тіла та кінцівок, стан м'яких тканин (набряк), вираженість і симетричність шкірних складок, контури суглобів, направленість осі органа тощо.

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.

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

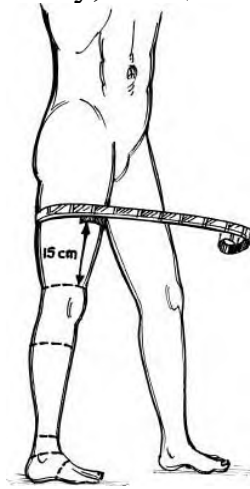


Вісь верхньої та нижньої кінцівки змінюється при переломах, вивихах, неправильно консолидованих переломах кісток, анкілозах. Зміна осі може бути природженого характеру або при викривленні кісток при їх захворюваннях (рахіт, остеомієліт, сифіліс, туберкульоз).

**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.



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.



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.

Клінічне обстеження пацієнта із захворюваннями або травмами опорно-рухового апарату слід доповнювати обов'язковим обстеженням судинної та периферичної нервової систем на боці ураження з метою визначення втягнення її в патологічний процес.

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.

# СХЕМА ІСТОРІЇ ХВОРОБИ ХІРУРГІЧНОГО ХВОРОГО

## 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, поперек, 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.

Сечовипускання – 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, астенічна, гіперстенічна.

Ріст, вага.

Температура тіла.

### *Обстеження хворого за системами*

Шкіра. Колір (блідорозжевий, 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, ліктюві, 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 аускультатії. 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, лійкоподібна 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 аускультация. 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).

Аускультация. 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 Щоткіна-Блюмберга.

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, кондиллом, 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 prueliminaris*)**

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 почалось 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 10x8 см, шкіра в ділянці ущільнення гіперемована, пастозна, зрощена з прилягаючими тканинами. Сосок втягнутий, в центрі – тріщина розміром 0,7x0,3 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 проєкціях, 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 курованого 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), 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 куруваного 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**

## **6. МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ**

### **6.1 Тестові завдання**

**1. Для чого в паспортній частині історії хвороби вивчається місце роботи хворого?**

- A. Без певної медичної мети
- B. Виявлення можливих побутових захворювань
- C. Виявлення кліматичних захворювань
- D. Виявлення можливих спадкових захворювань
- E. Виявлення можливих професійних захворювань

**2. Що в перекладі означає термін "anamnesis"?**

- A. Відмова
- B. Наголос
- C. Нагадування
- D. Спомин
- E. Розповідь

3. *З чого починається збирання анамнезу у хірургічного хворого?*
- A. З анамнезу життя
  - B. Сімейного анамнезу
  - C. Алергологічного анамнезу
  - D. З перев'язки
  - E. Зі скарг
4. *Як назвати скарги хворого на явища, які його не турбують?*
- A. Ремінесценція
  - B. Конфабуляція
  - C. Корекція
  - D. Аггравація
  - E. Симуляція
5. *Як назвати приховування хворим скарг на явища які його турбують?*
- A. Аггравація
  - B. Симуляція
  - C. Корекція
  - D. Ремінесценція
  - E. Конфабуляція
6. *Симптом Щоткіна-Блюмберга є ознакою:*
- A. Менінгіту
  - B. Перитоніту
  - C. Синовіту
  - D. Паранефриту
  - E. Плевриту
7. *Який симптом є найбільш постійним у скаргах хворого?*
- A. Біль
  - B. Свербіння
  - C. Озноб
  - D. Нудота
  - E. Лихоманка
8. *Про що свідчить спастичний характер болю?*
- A. Плацебо
  - B. Органічні порушення
  - C. Соціум
  - D. Відсутність патології
  - E. Функціональні порушення
9. *Про що може свідчити місце проживання хворого?*
- A. Про епідемічне захворювання
  - B. Про спадкове захворювання
  - C. Про ендемічне захворювання
  - D. Про професійне захворювання
  - E. Не має значення
10. *Що являється однією з особливостей болю?*
- A. Ясність
  - B. Іррадіація
  - C. Прозорість
  - D. Виразність

Е. Гнучність

**11. Постійний біль характерний для:**

- А. Безсимптомних уражень
- В. Неврологічних порушень
- С. Не має клінічного значення
- Д. Функціональних порушень
- Е. Органічних порушень

**12. Анамнез захворювання – це проміжок часу між:**

- А. З моменту захворювання до огляду
- В. Оглядом та повторним оглядом хворого
- С. З моменту захворювання до виписки хворого зі стаціонару
- Д. З моменту огляду до виписки хворого зі стаціонару
- Е. Вступом хворого до лікарні до огляду

**13. Що відображається в анамнезі захворювання?**

- А. Розвиток хвороби за останні 3 доби
- В. Розвиток хвороби в процесі лікування
- С. Розвиток захворювання з моменту появи перших його симптомів
- Д. Розвиток захворювання з моменту вступу до стаціонару
- Е. Розвиток хвороби за останню добу

**14. Який період повинен охоплювати анамнез життя?**

- А. За останній рік
- В. З переводу статевого дозрівання
- С. За останні 3 роки
- Д. Починаючи з дитинства
- Е. За останні 5 років

**15. Про які хвороби обов'язково питають хворого в анамнезі життя?**

- А. Туберкульоз, сифіліс
- В. Гайморит, риніт
- С. Нема таких хвороб
- Д. Радикуліт, ішіас
- Е. Грип, простуда

**16. Про яку хворобу обов'язково питають хворого в анамнезі життя?**

- А. Хворобу Вільсона
- В. Хворобу Боткіна
- С. Хворобу Дельбе-Пертеса
- Д. Хворобу Адіссона
- Е. Хворобу Ходжкіна

**17. Алергологічний анамнез це виявлення:**

- А. Підвищеної рухової активності
- В. Підвищеної психічної збудженості
- С. Емоційної лабільності
- Д. Підвищеної чутливості до ліків, їжі, запаху
- Е. Підвищеної чутливості до світла, звуків

**18. Як визначається загальний стан хворого без суттєвих порушень?**

- А. Задовільний
- В. Легкий
- С. Середньої тяжкості

- D. Важкий
- E. Дуже важкий

**19. При визначенні кольору шкіри визначається також:**

- A. Колір очей
- B. Колір язика
- C. Колір вух
- D. Колір волосся
- E. Колір слизових оболонок

**20. При описанні опорно-рухового апарату визначають:**

- A. Стан внутрішніх органів
- B. Стан зубів
- C. Неврологічний стан
- D. Стан м'яких тканин
- E. Стан кісток та суглобів

**21. Окрім підщелпних лімфовузлів при огляді шиї потрібно ще пальпувати:**

- A. Лімфовузли каротидного трикутника
- B. Пахвові лімфовузли
- C. Надключичні лімфовузли
- D. Потиличні лімфовузли
- E. Пахвинні лімфовузли

**22. Обстеження пахвових лімфовузлів особливу роль грає при пухлинах:**

- A. Щитовидної залози
- B. Нирок
- C. Підшлункової залози
- D. Молочної залози
- E. Шлунка

**23. Про що може свідчити збільшення пахвинних лімфовузлів?**

- A. Про хронічний артрит суглобів ступні
- B. Про невралгію
- C. Про хронічний артрит колінного суглоба
- D. Про плоскостопість
- E. Про гнійний процес ступні

**24. Де визначається пульсація a. dorsalis pedis?**

- A. Позаду медіальної кісточки
- B. В I міжплюсневому проміжку ступні
- C. В IV міжплюсневому проміжку ступні
- D. В III міжплюсневому проміжку ступні
- E. В II міжплюсневому проміжку

**25. Де визначається пульсація a. malleolaris posterior?**

- A. В II міжплюсневому проміжку
- B. Позаду медіальної кісточки
- C. В IV міжплюсневому проміжку ступні
- D. В I міжплюсневому проміжку ступні
- E. В III міжплюсневому проміжку ступні

**26. У хворого варикозне розширення вен ноги. Який додатковий метод обстеження слід зробити?**

- A. Реовазографія

- В. Капіляроскопія
- С. Електро-кардіографія
- Д. Ехокардіографія
- Е. Доплерографія

**27. Яка проба свідчить про недостатність клапанів великої підшкірної вени?**

- А. Бігова проба
- В. Проба Штанге
- С. Маршова проба
- Д. Ортостатична проба
- Е. Бензидинова проба

**28. Яким приладом виміряють м'язову силу кистей?**

- А. Спірометр
- В. Велоергометр
- С. Динамометр
- Д. Нанометр
- Е. Тонометр

**29. Як назвати викривлення хребта вперед при огляді хворого?**

- А. Лордоз
- В. Кіфоз
- С. Поліноз
- Д. Остеохондроз
- Е. Сколіоз

**30. Глибока методична ковзна пальпація за Оброзцовим-Стражеско застосовується при обстеженні:**

- А. грудної клітини
- В. живота
- С. кінцівок
- Д. шиї
- Е. голови

**31. Симптом Щоткіна-Блюмберга викликається при запаленні:**

- А. мозкових оболонок
- В. очеревини
- С. плеври
- Д. шкіри
- Е. синовіальних оболонок

**32. Об'єм рухів в суглобах визначається за допомогою:**

- А. вольтметра
- В. реостата
- С. кутоміра
- Д. динамометра
- Е. секундоміра

**33. Мінімальний об'єм лабораторного обстеження у хворого гострим апендицитом?**

- А. біохімічні аналізи крові
- В. загальні аналізи крові, сечі
- С. гістохімічні обстеження
- Д. імунологічні аналізи крові

Е. серологічні реакції

**34. При закритих пошкодженнях живота з діагностичною метою застосовують:**

- А. лапероцентез
- В. спинномозкову пункцію
- С. торакоцентез
- Д. артроцентез
- Е. цистоскопію

**35. Який додатковий метод застосовують для діагностики гематом головного мозку?**

- А. рентгенографію
- В. ультразвукове обстеження
- С. рентроменоскопію
- Д. цистоскопію
- Е. комп'ютерну томографію

**36. Яке дослідження виконують для верифікації діагнозу злоякісної пухлини?**

- А. біохімічне
- В. клінічне
- С. імунологічне
- Д. фізикальне
- Е. гістологічне

**37. Що визначається при поверхневій пальпації живота?**

- А. локалізацію нирок
- В. відділи товстої кишки
- С. відділи тонкої кишки
- Д. розміри жовчного міхура
- Е. локалізацію болю

**38. Яку інформацію дає поверхнева пальпація живота?**

- А. стан перистальтики кишечника
- В. напруження м'язів черевної стінки
- С. розміри жовчного міхура
- Д. стан відділів товстої кишки
- Е. стан відділів тонкої кишки

**39. Як правило кров для загального аналізу крові беруть:**

- А. при пункції вени
- В. при плевральній пункції
- С. при пункції м'яза
- Д. при пункції подушечки пальця
- Е. при пункції артерії

**40. Яке явище може відбуватись, коли загальний аналіз крові беруть не натщесерце?**

- А. зниження рівня моноцитів крові
- В. підвищення рівня лімфоцитів крові
- С. підвищений лейкоцитоз крові
- Д. підвищення вмісту гемоглобіну в крові
- Е. зниження щільності еритроцитів крові

**41. До чого призводить зменшення тромбоцитів крові?**

- A. нормокоагуляції
- B. гіпербілірубінемії
- C. гіперкоагуляції
- D. гіпопротейнемії
- E. гіпокоагуляції

**42. Про що свідчить підвищення рівня вмісту еозинофілів крові?**

- A. інтоксикацію
- B. гіперкоагуляції
- C. гіпокоагуляції
- D. алергію
- E. кровотечу

**43. Про що може свідчити різке зниження рівня гемоглобіну крові та еритроцитів?**

- A. про гіпергідратацію
- B. про кровотечу
- C. про інтоксикацію
- D. про гідратацію
- E. про алергію

**44. Про що свідчить збільшення кількості юних та паличкоядерних нейтрофілів в загальному аналізі крові?**

- A. стрес
- B. виснаження
- C. про голодування
- D. про кровотечу
- E. про інтоксикацію

**45. Як зветься збільшення кількості юних та паличкоядерних нейтрофілів?**

- A. зрушення формули крові ввверх
- B. зрушення формули крові до центру
- C. зрушення формули крові вправо
- D. зрушення формули крові вліво
- E. зрушення формули крові вниз

**46. Рівень яких елементів крові свідчить про імунно-біологічну реактивність організму?**

- A. лімфоцитів
- B. паличкоядерних нейтрофілів
- C. еозинофілів
- D. юних еозинофілів
- E. тромбоцитів

**47. Про виражений ступінь інтоксикації організму свідчить:**

- A. моноцитоз
- B. нейтрофілоз
- C. тромбоцитопенія
- D. лейкоцитоз
- E. анізоцитоз

**48. При онкологічних захворюваннях ШОЕ буде:**

- A. загальмованою
- B. сповільненою



- С. прискореною
- Д. не зміниться
- Е. хвилеподібною

**49. Який аналіз характеризує згортальну систему крові?**

- А. копрограма
- В. коагулограма
- С. гістограма
- Д. лейкограма
- Е. антибіотикограма

**50. Який метод являється провідним при обстеженні кісток та суглобів?**

- А. сцинтиграфія
- В. комп'ютерна томографія
- С. рентгенографія
- Д. ядерно-магнітне резонансне обстеження
- Е. ультразвукове обстеження

**51. Який ізотоп використовується для радіоізотопного обстеження нирок?**

- А. хром 131
- В. хлор 131
- С. цезій 131
- Д. йод 131
- Е. бром 131

**52. Який метод є найсучаснішим в діагностиці онкологічних захворювань?**

- А. цитологічний
- В. гістохімічний
- С. різничий
- Д. гістологічний
- Е. морфологічний

**53. Який метод відноситься до нетрадиційних методів діагностики?**

- А. лабораторна діагностика
- В. УЗД-діагностика
- С. іридодіагностика
- Д. рентгендіагностика
- Е. пальпація

**54. При якому захворюванні буде виявлено такий антиген як PSA?**

- А. пухлинні кістки
- В. пухлинні нирки
- С. пухлинні печінки
- Д. пухлинні легенів
- Е. пухлинні простати

**55. Який метод діагностики застосовується при закритих пошкодженнях живота?**

- А. лапароскопія
- В. отоскопія
- С. торакоскопію
- Д. артроскопія
- Е. риноскопія

**56. На скільки умовних топографічних областей розділяють передню черевну стінку?**

- A. 2
- B. 3
- C. 9
- D. 7
- E. 5

**57. Перистальтичні шуми кишечника визначаються при:**

- A. компресії
- B. аускультатії
- C. огляді
- D. перкусії
- E. пальпації

**58. Наявність рідини в плевральній порожнині визначається при:**

- A. огляді
- B. аускультатії
- C. перкусії
- D. декомерісії
- E. пальпації

**59. Провідними симптомами при захворюваннях нирок є:**

- A. с-м Кера
- B. с-м Пастернацького
- C. с-м Образцова
- D. с-м Кримова
- E. с-м Щоткіна-Блюмберга

**60. Наявність чорних дьогтеподібних випорожнень у хворого носить назву:**

- A. гемоптоє
- B. епістаксіс
- C. гематемезіс
- D. гематурія
- E. мелена

## **6.2 Ситуаційні задачі**

**1. В хірургічне відділення вступив хворий 59 років зі скаргами на сильні болі в правій гомілиці, ступні, поблідіння та зниження температури шкіри в цій ділянці. Про яке захворювання можна думати в цій ситуації?**

- A. Гостре порушення венозного кровообігу ноги
- B. Пієлонефрит
- C. Гостре порушення артеріального кровообігу ноги
- D. Гострий інфаркт-міокард
- E. Артреозоартрит

**2. Які додаткові методи обстеження слід виконати у такого хворого.**

- A. Спірограму
- B. Енцефалограму
- C. Визначення об'єму кінцівки
- D. ЕКГ
- E. Визначення пульсації периферичних артерій ноги

3. *Хворому 22 років на основі клінічних даних встановлено діагноз: "Гострий апендицит". Які додаткові методи обстеження провести, які подальші дії лікаря?*
- A. Хворого виписати
  - B. Хворого консультиувати
  - C. Імунологічні обстеження крові, ЕКГ. Хворого планово оперувати
  - D. Загальний аналіз крові, сечі. Хворого екстрено оперувати
  - E. Хворого не оперувати
4. *Пацієнту 69 років на основі клінічних даних встановлено діагноз: "Гострий апендицит. Постінфарктний кардіосклероз". Які додаткові методи обстеження провести, які подальші дії лікаря?*
- A. Хворого не оперувати
  - B. Загальний аналіз крові, сечі. Хворого екстрено оперувати
  - C. Біохімічні дослідження крові. Лікування у кардіолога, можливе оперативне лікування
  - D. Хворого консультиувати
  - E. Хворого виписати
5. *Хворий 47 років. На обстеження яких органів слід звернути особливу увагу і які вжити заходи?*
- A. Слизової оболонки
  - B. На дихальні шляхи, легені. провести профілактичне лікування
  - C. На шкіру. Посилити заходи особистої гігієни
  - D. Нігті
  - E. Волосся
6. *Пацієнтка 44 років майже все життя прожила на Буковині. Скаржиться на загальну слабкість, поганий сон, дратливість. Про яке захворювання слід подумати, хто повинен лікувати хвору?*
- A. Невралгія
  - B. Ендемічний зоб. Лікування у хірурга-ендокринолога
  - C. Ендемічний панкреатит, лікування у терапевта-гастроентеролога
  - D. Ендемічний гастрит
  - E. Гастроентерит
7. *Після гострого зубного болю у пацієнта 36 років в підщелепній ділянці виникло пухлинне утворення до 2 см в діаметрі болюче, рухоме. Найбільш вірогідно про яке захворювання йдеться, де повинен лікуватись хворий?*
- A. Актиномікоз
  - B. Злоякісна пухлина, лікування у онколога
  - C. Туберкульоз
  - D. Підщелепний лімфаденіт, лікування у стоматолога
  - E. Сифіліс
8. *Пацієнтка 62 років після приступу болі в животі відчула гіркоту в роті. При об'єктивному обстеженні язик вологий, обкладений жовтуватим нальотом. Про хворобу якого органа слід думати, до яких додаткових методів обстеження вдатися?*
- A. Нирок, сечовина крові, УЗД
  - B. Підшлункової залози
  - C. Матки

- D. Сечового міхура
- E. Печінки. Печінкові проби, УЗД

**9. При об'єктивному обстеженні юнака 16 років виявлено викривлення грудного відділу хребта вліво. Про яку хворобу йдеться, який метод обстеження застосувати?**

- A. Артрит
- B. Коксит, УЗД
- C. Сколіоз, виконати рентгенографію
- D. Кіфоз, виконати УЗД
- E. Гоніт, виконати УЗД

**10. Пацієнт 50 років скаржиться на болі в литкових м'язах, часто похолодання ступнів, пальців. Палить. Яке клінічне обстеження потрібно провести і про яке захворювання слід думати?**

- A. Визначення чутливості шкіри пальців. Можлива невралгія
- B. Пальпація пульсу на a. dorsalis pedis
- C. Епідермофітія
- D. ЕКГ, можливий інфаркт-міокарда
- E. Дерматит

**11. Хворий 65 років сам визначив у себе пухлину в правій клубовій ділянці живота. Про яке захворювання слід думати, яке клінічне обстеження слід провести?**

- A. Неврит
- B. Глистну інвазію. Перкусію епігастральної ділянки
- C. Пухлину сліпої кишки. Глибоку ковзну пальпацію за Образцовим- Стражеско
- D. Ентерит, зробити УЗД
- E. Цистит, зробити цистоскопію

## **7. РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА**

### **Основна:**

1. Загальна хірургія . Підручник для мед.ВНЗ IV р.а. Хіміч С.Д., Желіба М.Д., Герич І.Д. та ін. – К., 2018.
2. Березницький Я.С. (редактор) - Загальна хірургія. - Національний підручник. – 2018р.
3. Іоффе О.Ю., Крижановський Я.Й., Буренко Г.В. та ін. Загальна хірургія (практичні навички).- К.: Сталь, 2014.- 308 с.

### **Додаткова:**

1. Гостищев В.К. Общая хирургия. - М : Медицина, 2001. – 608 с.
2. Дмитрієв Б.І., Торбинський А.М., Демидов В.М. та ін. Загальна хірургія. Вибрані лекції.- Одеса: ОДМУ, 1999.- 356 с.
3. Зубарев П.Н., Кочеткова А.В. Общая хирургия.- М.: Спецлит, 2011.- 608 с.
4. Оскретов В.И. Общая хирургия в тестах.- М.: Феникс, 2007.- 288 с.
5. Ковальов А.И. Общая хирургия (курс лекций).- М.: МИА, 2009.- 648 с.
6. Кузнецов М.А. Общая хирургия.- М.: Медпресс, 2009.- 896 с.
7. Петерсон-Браун Общая и неотложная хирургия.- СПб.: Гоэтар-Медиа, 2010.-384

с.

8. Черенько М.П., Ваврик Ж.М. Загальна хірургія. - Київ: Здоров'я, 1999. - 616 с.
9. Шумпелик Ф. Атлас общей хирургии, 2010.- 616 с.