

Волгоградский государственный Медицинский Университет

Кафедра общей хирургии с урологией

**Методические рекомендации для студентов III курса
лечебного факультета**

Схема составления истории болезни для студентов 3 курса лечебного
факультета.

Основным первичным медицинским документом больного является история болезни. В ней последовательно излагаются жалобы больного, начало и дальнейшее течение болезни, данные о перенесенных ранее заболеваниях, операциях, прививках и вредных привычках. Далее отражаются объективные данные, характеризующие функциональное и анатомо-физиологическое состояние всех органов и систем организма на основании физикальных методов исследования.

Описательная часть истории болезни заканчивается предварительным, а в ясных случаях и окончательным диагнозом. Затем излагается план обследования больного (лабораторный, функциональный, инструментальный и др.).

После установления истинного характера заболевания обязательно намечается план лечения больного, а в необходимых случаях и план предоперационной подготовки.

В дневниках отражается динамика развития заболевания и результаты лечения, вносятся, при необходимости, изменения в ранее намеченный план лечения. Через 10-12 дней в виде этапного эпикриза подводятся итоги проведенного лечения, отражается тенденция в течении патологического процесса.

При необходимости применения хирургических методов лечения в истории болезни отмечается письменное согласие больного на операцию с его личной подписью. В случаях невозможности (по состоянию здоровья) сделать это самому больному, его согласие удостоверяется подписью двух врачей (зав. отд.). При несовершеннолетии больного письменное согласие на операцию дают родители (родственники). И наконец, при психической неполноценности больного согласие, на основании заключения специальной комиссии, дают родственники или опекуны больного.

Показания к операции, избранная методика ее выполнения, вид обезболивания и т.д. отражаются в специальном предоперационном заключении (концепции). В последующем в истории болезни отражается протокол операции, описание препаратов, течение после операционного периода в динамике и исход лечения.

Заканчивается история болезни выписным эпикризом, в котором отражаются результаты лечения, даются медицинские и трудовые рекомендации, а при необходимости больные направляются на ВКК и ВТЭК.

Схема истории болезни

1) ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ (Паспортная часть)

Фамилия, имя, отчество. Возраст. Пол. Национальность. Образование. Место жительства. Профессия, должность. Кем и когда направлен больной на стационарное лечение. Даты, время поступления и выписки. Диагнозы направившего лечебного учреждения и при поступлении. Сопутствующие заболевания.

2) ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО

Жалобы составляются по всем органам и системам на день первичного осмотра больного. Следует выделить основные (ведущие) и второстепенные жалобы (это деление условно). Необходимо указать время и место возникновения того или иного болезненного ощущения. Каждая жалоба максимально детализируется по характеру, силе, условиям появления или исчезновения, связи с другими моментами, усиливающими или ослабляющими их.

3) ИСТОРИЯ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ (*anamnesis morbi*)

При сборе анамнеза заболевания выясняется время первых проявлений болезни. В хронологическом порядке излагаются особенности течения заболевания, появления новых симптомов. Выявляются предполагаемые больным причины и поводы к заболеванию,

обстановка, в которой возникло заболевание, влияние на него условий труда и быта. Следует указать, какое проводилось лечение в различных лечебных учреждениях и его эффективность, собрать сведения о предшествующих диагнозах, результатах лабораторно-инструментальных исследований. В процессе опроса необходимо обратить внимание на: сезонность заболевания, влияние погоды, климата и физических факторов (охлаждение, перегревание) и нагрузок на его течение; значение отрицательных эмоций, простудных заболеваний, пищевых факторов, алкоголя, курения, контакта с животными на возникновение и течение заболевания.

4) ИСТОРИЯ ЖИЗНИ БОЛЬНОГО (*anamnesis vitae*)

Кратко приводятся биографические сведения из жизни больного, место рождения, социальное происхождение, развитие и состояние здоровья в раннем возрасте, материальная обеспеченность семьи. Начало учебы, какие окончил учебные заведения. Начало самостоятельной трудовой жизни и дальнейший трудовой анамнез с учетом условий труда (промышленные интоксикации).

Выявляются условия жизни последовательно в различные периоды: материальная обеспеченность, условия жизни, питания, использование отдыха, привычные интоксикации (курение, алкоголь), прием наркотиков. Перенесенные болезни, включая травмы, операции, ранения, контузии. При этом указывается тяжесть и продолжительность течения болезней, осложнения, лечебные мероприятия. Контакт с больными туберкулезом и инфекционными заболеваниями.

Время полового созревания. У женщин - начало менструаций и их характер (регулярность, продолжительность, болезненность). Время вступления в брак. Количество беременностей, число выкидышей, аборт, нормальных родов. Акушерская патология. Количество и здоровье детей, причины смерти, если умерли. Здоровье жены и мужа. Климакс у женщин и мужчин.

Аллергологический анамнез предусматривает выяснение аллергии у самого больного и в его семье (у родителей, сестер, братьев и детей больного), реакции на введение сывороток, вакцин и медикаментов. Гемотрансфузии и осложнения после их проведения.

Наследственность. Состояние здоровья или причины смерти близких родственников больного. Обращается особое внимание на венерические заболевания, болезни обмена и крови, злокачественные опухоли, эндокринные и нервно-психические заболевания.

5) НАСТОЯЩЕЕ СОСТОЯНИЕ (*status praesens*)

Оценка тяжести состояния больного: удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое, очень тяжелое.

Данные измерения температуры тела.

Положение: активное, пассивное, вынужденное (сидячее, лежащее и т.д.)/

Сознание: ясное, спутанное, безучастное, коматозное.

Поведение больного: обычное, возбужденное (двигательное, суетливость, дрожание и т.д.).

Выражение лица: возбужденное, безразличное, маскообразное, амимичное, лицо Гиппократ, страдальческое.

Телосложение: нормальное, астеническое, гиперстеническое, атлетическое.

Рост, вес, пропорциональность, состояние питания.

Кожа и слизистые оболочки: цвет кожи и видимых слизистых (бледность, цианоз, гиперемия, желтушность, пигментация, депигментация), эластичность кожи, сухость, потливость (диффузная, ограниченная). Сыпи, расчесы, подкожные кровоизлияния.

Волосы: тип оволосения, вирилизм, выпадение, поседение.

Ногти: форма, «часовые стекла», ложкообразные, ломкость, «барабанные палочки».

Подкожная клетчатка: степень развития: нормальная, слабая (исхудание, кахексия), чрезмерная (тучность, ожирение). Быстрота исхудания. Отеки и их распределение: конечности, лицо, веки, живот, одутловатость, пастозность, микседематозность, общие отеки. Свойство отеков: плотные, мягкие.

Лимфатическая система

Пальпация лимфатических узлов: подбородочные, подчелюстные, шейные, затылочные, надключичные, подключичные, подмышечные, локтевые, паховые, бедренные, подколенные. Величина, форма (овальные, круглые, неправильные). Консистенция (твердые, мягкие). Болезненность при пальпации, спаянность между собой и с окружающими тканями, кожей.

Мышечная система

Степень развития (нормальная, слабая, атрофия). Тонус (нормальный, повышенный, пониженный). Сила мышц бедра, сгибателей и разгибателей плеча. Болезненность мышц при пальпации и движениях. Измерение окружности плеча, предплечья, голени и бедра.

Костная система

Осмотр: пропорциональность соотношения частей скелета (деформация, периоститы, искривления), измерение абсолютной и относительной длины конечностей.

Суставная система.

Плечевой сустав: осмотр, движения, конфигурация, пальпация (определение костных опознавательных точек: акромиального отростка, клювовидный отросток лопатки).

Локтевой сустав: осмотр (конфигурация, цвет кожных покровов над суставом, положение оси предплечья по отношению к оси плеча), движения (сгибание, разгибание, пронация, супинация), пальпация (определение соотношения опознавательных точек локтевого сустава), (верхушка локтевого сустава, надмышелки локтевой кости), линия и треугольник Гюнтера.

Лучезапястный сустав: осмотр, движения, пальпация.

Тазобедренный сустав: осмотр (положение конечности, сравнительный объем обоих бедер и ягодиц, определение уровня стояния обеих передневерхних остей позвонковой кости). Движения (симптом Тренделинбурга). Пальпация (определение костных опознавательных точек: головки бедра, большого вертела), болезненность при поперечном сдавлении таза. Исследование линии Розер-Неятона, треугольника Бриана, линий Охумакара и Потерса.

Коленный сустав: осмотр, форма, рельеф, надколенника, наружный и внутренний мышелки бедра, суставной край большеберцовой кости, головка малоберцовой кости. Определение хруста, баллотирование надколенника.

Голеностопный сустав: осмотр, движения, пальпация.

Органы дыхания.

Нос: наружный осмотр и пальпация, запах из носа, кровотечение, гноетечение, придаточные полости (гайморова, лобная).

Гортань и глотка: голос, осмотр и ощупывание гортани. Миндалины: гипертрофия, атрофия, гиперемия, воспаление, пробки, гной в лакунах.

Форма грудной клетки (нормостеническая, гиперстеническая, астеническая). Положение лопаток, выраженность над- и подключичных ямок. Дыхание через нос. Тип дыхания (грудной, брюшной, смешанный), глубина, ритм, симметричность дыхательных движений. Участие вспомогательных мышц в акте дыхания. Частота дыхания в минуту. Одышка и ее характер (инспираторная, экспираторная, смешанная). Определение максимальной дыхательной экскурсии грудной клетки (измерение окружности грудной клетки на уровне сосков и нижних углов лопаток на высоте вдоха и выдоха).

Пальпация: резистентность грудной клетки, определение болезненных точек, отечности, состояние межреберных промежутков, наличие подкожной эмфиземы, определение голосового дрожания, ощущение трения плевры.

Перкуссия: локальный характер перкуторного звука (ясный, тупой, легочный, тимпанический, коробочный). Сравнительная и топографическая перкуссия с определением нижних границ легких по всем линиям. Определение высоты стояния верхушек полей Кренига. Подвижность нижнего края легких по среднеподмышечным и лопаточным линиям.

Аускультация: характер дыхания (везикулярное, жесткое, ослабленное, бронхиальное), дыхательные побочные шумы (хрипы сухие и влажные, крепитация, шум трения плевры). Бронхофония. По отношению ко всем патологическим данным необходимо указать их точную локализацию, пользуясь принятыми топографическими обозначениями.

Сердечно-сосудистая система.

Осмотр и пальпация сердечной области. Верхушечный толчок: локализация, сила (нормальный, разлитой), сердечный толчок. Симптом «кошачьего мурлыканья». Состояние шейных сосудов «пляска каротид», набухание вен.

Перкуссия: границы абс. и отн. тупости сердца. Поперечник сердечной тупости, перкуссия сосудистого пучка во втором межреберье.

Аускультация: тоны сердца, шумы, их отношение к фазам сердечной деятельности, тембр, продолжительность, локализация и иррадиация. Шум трения перикарда и место его выслушивания. Осмотр и пальпация периферических артерий. Пульсация, эластичность, извилистость, выслушивание крупных артерий.

Пульс (сонных, подключичных, подмышечных, плечевых, лучевых, бедренных, подколенных, заднеберцовых, тыльных артерий стопы), частота в минуту, ритм, напряжение, наполнение, величина, скорость, синхронность. Дефицит пульса при наличии аритмии. Капиллярный пульс.

Исследование вен: расширение вен грудной клетки, передней брюшной стенки, нижних конечностей, наличие венозных коллатералей. Уплотнение и болезненность отдельных вен. Определение кровяного давления на обеих руках.

Проверить симптомы: Панченко, Самуэляса, Гольдфляма; пробы Бюргера-Оппеля, Броди-Троянова-Тренделенбурга, Дельбе-Пертеса.

Органы пищеварения

Ротовая полость: запах изо рта (гнилостный, аммиачный), зубы (зубная формула, количество отсутствующих зубов, кариозные зубы, протезы, коронки), состояние слизистой оболочки десен, губ, щек, мягкого и твердого неба, (цвет, разрыхленность, кровоточивость, афты, язвочки), языка (окраска, влажность, наличие налетов, трещин, язвочек, атрофии сосочков).

Живот: осмотр (конфигурация, величина, участие в акте дыхания, подкожная венозная сеть, видимая перистальтика, ее локализация, наличие рубцов: область, форма). Поверхностная пальпация: состояние брюшных мышц (тонус, болезненность, мышечная защита, расхождение прямых мышц живота). Измерение окружности живота на уровне пупка. Перкуссия. Глубокая пальпация (методическая, глубокая, скользящая, топографическая по методу Образцова и Стражеско).

Желудок: болезненность, определение болевых точек, перкуссия и аускультация, определением большой кривизны желудка, пилорического отдела.

Кишечник: пальпация отделов толстой кишки, аускультация живота, стул (цвет, консистенция, частота). Исследование прямой кишки.

Печень: осмотр (видимое ее увеличение, определение границ относительной тупости: верхней – по линии соответствующей нижней границе легких, нижней – по правой среднеключичной линии и по средней линии живота; размеры печени по Курлову см.: поперечник – по среднеключичной, переднеподмышечной и средней линии).

Пальпация печени: характер прощупываемого передне-нижнего края печени (острый, закругленный, мягкий, плотный, неровный, болезненный) и ее поверхности (мягкая, плотная, неровная, бугристая).

Селезенка: пальпация селезенки в горизонтальном и боковом положении больного на правом боку (консистенция прощупываемого края, бугристость, болезненность, подвижность). Размеры селезенки по Курлову-Кассирскому.

Мочевыделительная с-ма: частота мочеиспускания, дизургические явления, осмотр области почек и мочевого пузыря. Пальпация почек. Симптом Пастернацкого с обеих сторон.

Перкуссия и пальпация мочевого пузыря.

Нервная система

Зрачки: величина, форма, реакция на свет (прямая и содружественная). Дермографизм (розовый, белый, стойкий). Устойчивость в позе Ромберга.

Эндокринные (железы)

Щитовидная железа: величина, консистенция, поверхность. Глазные симптомы (пучеглазие, симптомы Грефе, Мебиуса и др.). Гигантизм, ожирение, истощение, пигментация.

6) МЕСТНОЕ СОСТОЯНИЕ (*status localis*)

7) ДАННЫЕ ЛАБОРАТОРНЫХ, ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ И ДРУГИХ СПЕЦИАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ.

8) ОБОСНОВАНИЕ ДИАГНОЗА

На основании синтеза всех клинических данных, полученных при исследовании больного, производится обоснование установленного клинического диагноза.

И клиническом диагнозе указывается: и) основное заболевание

б) осложнения основного заболевания

в) сопутствующие заболевания

9) ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО

10) ЛЕЧЕНИЕ С ОБОСНОВАНИЕМ И ОБЪЯСНЕНИЕМ МЕХАНИЗМА ДЕЙСТВИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ И ДРУГИХ ПРИМЕНЯЕМЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ, ВКЛЮЧАЯ И ОПЕРАТИВНОЕ

11) ДНЕВНИКИ

В дневниках ведется ежедневная краткая, исчерпывающая информация обо всех изменениях, отражающих динамику течения болезни и лечения:

а) прошедшие за истекшие сутки изменения в субъективном и объективном статусе больного;

б) результаты проведенных в этот день лабораторных и инструментальных исследований, а также данные консультаций больного другими специалистами;

в) сделанные больному новые назначения и изменения в прежних назначениях.

12) ПРОГНОЗ

13) ЭПИКРИЗ

К истории болезни прилагается список использованной литературы. В конце истории болезни обязательна подпись студента-куратора.

**ВОЛГОГРАДСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ
МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ**

Кафедра общей хирургии им. А.А. Полянцева

Методическое пособие для студентов

**ОБСЛЕДОВАНИЕ ЛИМФАТИЧЕСКОЙ, ОПОРНО-
ДВИГАТЕЛЬНОЙ, СОСУДИСТОЙ СИСТЕМ**

Врачебное заключение при обследовании хирургического больного основывается на общих принципах исследования, которые включают в себя не только выясненные изменения со стороны патологического очага поражения, но и всех систем в целом, включая лимфатическую, сосудистую, опорно-двигательную.

Однако в плане обследования больного, данным системам не придается должного внимания. Предлагаемое методическое пособие имеет цель в лаконичном изложении осветить методические приемы, используемые при обследовании перечисленных систем

Методические указания не претендуют на исчерпывающее полное описание приемов. Они в основном основаны на данных изложения в монографиях И.С. Линденоаумона "Методика исследования хирургического больного". Медгиз Л. 1957 г. и А.П. Скоблина с соавт. "Руководство к практическим занятиям по травматологии и ортопедии". М., 1957 г.

ЛИМФАТИЧЕСКАЯ СИСТЕМА

При ощупывании лимфатических узлов исследующий должен обратить внимание на их величину, консистенцию, отношение друг к другу, к окружающим тканям, болевую чувствительность.

Пальпацию лимфатических узлов следует производить путем осторожных круговых движений II, III, IV пальцами, начинают исследование с подчелюстной области.

Подчелюстные лимфатические узлы собирают лимфу с ротовой полости, губ, носа, щек и подбородка.

Различают три отдельные группы лимфатических узлов:

а) подбородочные (субментальные), расположенные между внутренними ножками двубрюшной мышцы, они исследуются II или III пальцами по средней линии подбородочной области.

б) собственно подчелюстные (субмандибулярные) – в подъязычно-челюстном треугольнике, ограниченном краем нижней челюсти и обоими брюшками двубрюшной мышцы. Для исследования подчелюстных узлов справа правая ладонь располагается на голове, несколько наклоненной в соответствующую сторону, три пальца (II, III, IV) левой кисти подводятся под край нижней челюсти. В большинстве случаев удастся вывести лимфатические узлы и захватить их между подведенными пальцами и большим пальцем:

в) зачелюстные (ретромандибулярные) – в пространстве между восходящим краем нижней челюсти и внутренним краем грудично-ключично-сосковой мышцы.

Лимфатические узлы в каротидном треугольнике, ограниченном задним брюшком двубрюшной мышцы, внутренним краем грудично-ключично-сосковой и проксимальным брюшком лопаточно-подъязычной мышцы лимфатические узлы по ходу грудично-ключично-сосковой мышцы, кнутри и кнаружи от нее: сосцевидные узлы – на сосцевидном отростке: затылочные и задние шейные – по бокам от средней линии, соответственно III-IV шейным позвонкам.

Надключичные и подключичные узлы собирают лимфу с шеи, плечевого пояса и передней поверхности грудной клетки. Ощупывание их производится при расположении исследующего как впереди, так и позади больного.

Подмышечные лимфатические узлы, собирающие лимфу с верхних конечностей, плечевого пояса, грудной клетки и живота /выше пупочной горизонтали/, расположены глубоко в подмышечной ямке. Исследующий садится против больного. Рука больного опущена. Кисть исследующего ведется по внутренней поверхности плеча до вершины подмышечной впадины, пальцами захватываются все лимфатические узлы и придавливаются к грудной клетке. При таком способе не ускользает ни один узел.

Локтевые лимфатические узлы расположены во внутреннем желобке двуглавой мышцы, главным образом в дистальной его части. Исследование производится следующим образом: рука больного сгибается под прямым углом в локтевом суставе, исследующий захватывает заднюю поверхность плеча с таким расчетом, чтобы концы пальцев достигли внутреннего желобка двуглавой мышцы.

Паховые лимфатические узлы расположены по ходу паховой связки. Они собирают лимфу с передней поверхности живота, ниже пупочной горизонтали, от наружных половых органов, промежности, ягодиц и поясничной области. Исследование их производится концами пальцев по ходу паховой связки.

Бедренные лимфатические узлы расположены по ходу крупных сосудов в скарповском треугольнике, границами которого являются, паховая связка, портняжная мышца и длинная отводящая мышца. В отличие от паховых, они собирают лимфу с нижних конечностей. Исследование их производится глубоким ощупыванием по ходу сосудов.

Подколенные лимфатические узлы расположены глубоко в подколенной ямке также по ходу сосудов. Собирают лимфу со стопы и голени, Прощупать узлы удается только при их значительном увеличении в положении согнутого коленного сустава.

МЫШЕЧНАЯ СИСТЕМА

Обследование мышечной системы начинается с симметричного осмотра мышечного аппарата человека. Обращают внимание на пропорциональность развития мышц, наличие атрофии, уплотнения, гематомы, воспалительные инфильтраты и т.д., тонус (плотность, дряблость), мышечную силу. Мышечная сила на верхних и нижних конечностях определяется следующим образом. Больному предлагают согнуть, разогнуть, привести или отвести конечность, а исследуемый старается создать сопротивление, противодействуя этим движениям. Сравнивая данные, полученные на обеих конечностях, можно составить представления о силе мышц. Мышечная сила кисти определяетсяжатием руки. Для более точного учета мышечной силы используют динамометр.

Измерение окружности конечностей (плеча, предплечья, голени, бедра) проводится в симметричных местах на определенном расстоянии от костных опознавательных точек: для нижней конечности – от передней верхней ости подвздошной кости, большого вертела бедра, суставной щели коленного сустава (которая топографически располагается на середине надколенника), головки малой берцовой кости, для верхней конечности - от акромиального отростка, внутреннего надмыщелка плеча.

Например, запись измерения должна быть следующей: окружность левого бедра на 10 см. проксимальнее суставной щели коленного сустава равна 50 см, правого бедра-52 см.

КОСТНАЯ СИСТЕМА

Осмотр костной системы должен быть сравнительным при полном обнажении больного. Обычно он проводится путем сравнения с симметричным здоровым отделом туловища и конечностей. Обращают внимание на общий вид, позу, положение больного,

костные деформации, форму грудной клетки (бочкообразная, эмфизематозная, паралитическая, рахитическая, воронкообразная).

Осмотр позвоночника проводят следующим образом. Больной находится в вертикальном положении. Раздвинутыми вторым и третьим пальцем проводят по бокам от остистых отростков сверху вниз вдоль позвоночного столба. Таким образом можно определить отклонения позвоночника в ту или другую сторону.

Искривление позвоночника встречается в трех плоскостях:

- а) фронтальное (боковое искривление-сколиоз);
- б) сагиттальное (круглая спина – кифоз);
- в) горизонтальное (поворот позвонков – торсия).

Пальпация: Зрительные впечатления, полученные при осмотре проверяются и дополняются ощупыванием, во время которого определяют локальную болезненность, температуру кожи, хруст при движении в суставах.

Измерение конечностей. Измерение проводят обеих конечностей. Полученные результаты сравнивают. Измеряют обычной сантиметровой лентой. Опознавательными точками при сравнительном измерении длины конечностей являются костные выступы.

1. Относительная длина конечности – это расстояние от передней верхней ости подвздошной кости до нижнего края внутренней лодыжки.

2. Длина бедра – это расстояние от большого вертела до суставной щели коленного сустава.

3. Длина голени – это расстояние от суставной щели коленного сустава до нижнего края наружной лодыжки.

4. Относительная длина верхней конечности - это расстояние от акромиального отростка лопатки до шиловидного отростка лучевой кости или до конца пальца.

5. Длина плеча – это расстояние от края акромиального отростка лопатки до локтевого отростка или наружного надмыщелка плечевой кости.

6. Длина предплечья – это расстояние от локтевого отростка до шиловидного отростка локтевой кости.

7. Ось верхней конечности - это линия, соединяющая головку плечевой с головкой локтевой кости, которая в норме проходит через головку лучевой кости, при деформации конечности, линия оси делается ломаной.

8. Ось нижней конечности – это линия, соединяющая переднюю верхнюю ость подвздошной кости с I пальцем стопы в норме она проходит через внутренний край надколенника. Если эти точки нельзя соединить прямой линией между собой, значит, ось конечности искривлена.

ИССЛЕДОВАНИЕ СУСТАВОВ

Плечевой сустав: Осмотр. Необходимо выяснить конфигурацию, контуры и положение лопатки.

Движения возможны вокруг поперечной оси – сгибание до 90 градусов разгибание до 45 градусов, вокруг сагиттальной оси – приведение к туловищу и отведение до 90 градусов, дальнейшее отведение до 180 градусов происходил уже с участием лопатки. При сохранении движения в полном объеме исследуемый может свободно положить ладонь на затылок и опустить ее вниз между лопатками или тылом кисти коснуться поясничного отдела позвоночника и провести вверх до лопаток.

Пальпация. При пальпации плечевого сустава обращается внимание на взаимное расположение головки плечевой кости и акромиального отростка лопатки. В норме головка плечевой кости пальпируется под акромиальным отростком, клювовидный отросток лопатки – в верхнелатеральной яремной ямки, непосредственно ниже ключицы. Большой бугор

плечевой при ротации плеча кнутри прощупывается в центре обращенной кнутри поверхности головки, при ротации плеча кнаружи оба бугра также перемещаются и в центре обращенной кпереди головки будет расположен малый бугор.

Локтевой сустав. Осмотр. Определяется конфигурация, положения оси предплечья по отношению к оси плеча.

Движения в суставе определяют в двух плоскостях сгибание, разгибание и пронация, супинация.

Пальпация: Головка лучевой кости прощупывается на 1см дистальнее наружного надмыщелка плеча. При обследовании больного необходимо выяснить два взаимоотношения опознавательных точек сустава:

1. При выпрямленной конечности линия, соединяющая внутренний и наружный надмыщелки проходят через локтевой отросток. В норме будет прямая линия /линия Гютера/. При согнутом положении, если соединить между собой точки наружного и внутреннего мыщелков плечевой кости и верхушку локтевого отростка образуется равнобедренный треугольник.

2. Отношение длины оси плеча к линии, соединяющей оба надмыщелка плечевой кости в норме перпендикулярна.

Лучезапястный сустав: Осмотр: Определяется конфигурация сустава, соотношение между собой шиловидного отростка лучевой и локтевой кости, Пальпаторно можно определить состояние всех опознавательных точек. Движения совершаются в пределах 70-80 гр. тыльного сгибания и 60-70гр. ладонного сгибания. Боковые движения кисти - радиальное отведение в пределах 20гр. и ульнарное в пределах 30 гр.

Тазобедренный сустав. Осмотр: Обращается внимание на положение конечности, объем обеих бедер и ягодиц, сглаженности ягодичной складки, уровень стояния передне-верхних остей. Линия, соединяющая обе передне-верхние ости, в норме строго горизонтальна.

Движения. Больному в лежачем положении нужно предложить проделать все активные движения в тазобедренном суставе: поднятие ноги, выпрямление в коленном суставе, приведение, сгибание в тазобедренном и коленном суставе, ротация кнутри и кнаружи.

Пальпация. При ощупывании определяют линии, соединяющие костные ориентиры, и по отклонению от нормы судят о возможных патологических изменениях в тазобедренном суставе.

I. Линия Розер-Нелатона проводится между передне-верхней остью и седалищным бугром. Больной лежит на боку, нога сгибается в тазобедренном суставе, пальпаторно находят верхне-переднюю ось и высшую точку седалищного бугра, а затем сантиметровой лентой проводят линию. В норме высшая точка большого вертела определяется посередине и не выше ей. При вывихах бедра и переломах шейки бедра большой вертел расположен выше или ниже линии.

II. Для этих же целей можно определить треугольник Бриана. Больной лежит на спине, исследующий мысленно проводит кверху линию оси бедра, проведенную через вертел, из передне-верхней ости опускает перпендикуляр к этой линии и соединяет ость с верхушкой большого вертела. В норме треугольник прямоугольный.

III. Линия Схумахера соединяет большой вертел с верхней передней остью, на переднюю поверхность живота до пересечения ей с средней линией живота. В норме эта линия пересекает среднюю линию выше пупка.

VI. Линия Петерса проводится горизонтально через верхний край лонного сочленения. Верхушка тела лонной кости в норме расположена на высоте этой линии.

СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА

Исследование периферических сосудов проводится концами 2-3-4 пальцев, которые располагаются по ходу артерии. Перекатывание артерии под пальцами, сжатие её до исчезновения пульса дают возможность составить представление о степени её эластичности.

Лучевая артерия прощупывается на лучевой стороне лучевого сгибателя кисти на 2-3 см проксимальнее линии лучезапястного сустава. Плечевая артерия – во внутреннем желобке двуглавой мышцы.

Подмышечная артерия – глубоко в подмышечной ямке /при поднятой руке/.

Артерия тыла стопы – между первой и второй плюсневых костями.

Задняя большеберцовая артерия – между задне-нижним краем внутренне лодыжки и ахилловым сухожилием.

Подколенная артерия определяется путем глубокой пальпации подколенно: области при согнутом под углом 120 гр. коленном суставе в положении больного животом вниз. Ввиду глубокого расположения подколенной артерии прощупать пульсацию её иногда бывает трудно.

Бедренная артерия – на 1,5 – 2 см, кнутри паховой связки.

Височная артерия – на 1см кпереди от козелка уха на уровне скуловой кости или в области височной мышцы.

Система большой подкожной вены распространяется по заднвнутрсней поверхности голени и по внутренней поверхности бедра: система малой подкожной вены – по наружно-задней поверхности голени до подколенной ямки. Следует отметить, что вены нижних конечностей чаще всего подвергаются расширению.

Для выявления шумов проводится аускультация крупных сосудов. Для этого стетофонендоскоп устанавливается над проекцией сосудов. Наличие систолического шума указывает на стеноз артерии, наличие систолического шума, как правило, на сообщения между артерией и веной (врожденные артериовенозные свищи), травматические артериовенозные аневризмы и др.

Специальные приемы исследования.

Симптом подошвенного малокровия Гольфламма

Больному, находящемуся в лежачем положении, предлагают поднять об ноги, выпрямленные в коленном суставе, и проделать быстро 10-15 сгибательных и разгибательных движений в голеностопных суставах. При этом на больной ноге, особенно в области подошвы, обнаруживается резкое побледнение кожи с понижением тонуса сосудистой стенки.

Симптом утомляемости мышц Самуэляса

Больному предлагают поднимать и опускать (не достигая постели) выпрямленную в коленном суставе ногу до появления утомления или возникновения болей в области икроножной мышцы. Здоровый человек может сделать до 20 и более таких движений. При наличии сосудистых расстройств больной начинает испытывать утомление и боль после 10-12 движений. Производится сравнительное изучение и на другой ноге.

Симптом Панченко

Больному предлагается в сидячем положении запрокинуть больную ногу на здоровую и посидеть, не изменяя этого положения в течении 3-5 минут. При наличии облитерирующего эндартериита в результате давления на нервные стволы и сосуды появляется чувство онемения в стопе, боли в икроножных мышцах, чувство ползания мурашек и побледнение стопы.

Симптом прижатия пальца

Один из пальцев стопы слегка сдавливается в области концевой фаланги в течение короткого времени 15-10 сек. в передне-заднем направлении. После прекращения давления остается побледневшая подошвенная поверхность пальца у здорового человека, которое немедленно сменяется нормальной окраской. При облитерирующем эндартериите окраска после прижатия наступает с некоторой задержкой. При преимущественном поражении сосудов одной из нижних конечностей этот прием для сравнительного наблюдения удобнее проводить одновременно на обеих стопах.

Все перечисленные симптомы изучаются при поступлении больного, во время его пребывания в стационаре и перед выпиской. На основании сравнительного изучения их можно получить представление об эффективности проведенного лечения.

Обследование венозной системы

Начинают с осмотра. Выясняется состояние кожи (пигментация, экзема, изъязвления, отеки), распространенность варикозных узлов по ходу большой или малой подкожной вены, по ходу вен живота, степень расширения вен, характер расширений (змеевидный, цилиндрический, узловатый, аневризматический), при наличии язвы – точная ее локализация, размеры, характер углубления, дно, окружающие ткани.

Пальпация дает возможность определить наличие болезненных уплотнений по ходу венозных расширений (флебиты), безболезненных уплотненных участков (флеболиты).

Специальные приемы исследования

Симптом Троянова-Трендельбурга

Больной находится в горизонтальном положении. Нижняя конечность поднимается вертикально вверх. Поглаживание в проксимальном направлении способствует перемещению венозной крови в бедренную вену. Ствол большой подкожной вены сдавливается в верхней трети бедра, и больному предлагается встать на ноги при продолжающемся сжатии вены. Если при отнятии руки происходит видимое глазом быстрое наполнение вены вследствие обратного тока крови, симптом Трендельбурга считается положительным, он указывает на недостаточность венных клапанов.

Симптомы проходимости глубоких вен (Пертис-Дельбе)

Больному, находящемуся в вертикальном положении, на верхнюю треть бедра накладывается эластичный бинт, сдавливаются только поверхностные вены: после ходьбы в течение 2-3 минут исследуется состояние вен. При наличии достаточных анастомозов с глубокими венами варикозные узлы становятся более плоскими и менее напряженными, при компенсаторных расширениях результат плохой проходимости глубоких вен (тромбоз, бедренные вены, поверхностные вены резко набухают). Значение этого симптома заключается в том, что при вторичных компенсаторных расширениях подкожных вен противопоказаны оперативные вмешательства на венах (иссечение вен, наложение лигатур и др.).