



Шукин Юрий Владимирович – проректор по учебно-воспитательной и социальной работе Самарского государственного медицинского университета, заслуженный работник высшей школы РФ, заведующий кафедрой пропедевтической терапии, доктор медицинских наук, профессор. Автор 190 научных и учебно-методических работ, в том числе 2 монографий и 15 учебных пособий для студентов и врачей.



Дьячков Владислав Александрович – доцент кафедры пропедевтической терапии Самарского государственного медицинского университета, кандидат медицинских наук. Автор 76 научных и учебно-методических работ, в том числе 10 учебных пособий для студентов и врачей.



95 лет

**Ю. В. Шукин
В. А. Дьячков**

ПОРЯДОК ВЫПОЛНЕНИЯ ОСНОВНЫХ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПАЦИЕНТА

Самара 2014

Министерство здравоохранения Российской Федерации
Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Самарский государственный медицинский университет»

Ю. В. Щукин, В. А. Дьячков

ПОРЯДОК ВЫПОЛНЕНИЯ ОСНОВНЫХ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПАЦИЕНТА

*Рекомендовано УМО РАЕ по классическому
университетскому и техническому образованию в качестве
учебного пособия для студентов высших учебных заведений,
обучающихся по специальности 060101 – «Лечебное дело»*

Самара
«Издательство Ас Гард»
2014

УДК 616-07: 378(076)

ББК 54.1

Щ95

Рецензенты:

Двойников Сергей Иванович – доктор медицинских наук, профессор, директор института сестринского образования ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, главный внештатный специалист Министерства здравоохранения Российской Федерации по управлению сестринской деятельностью, председатель Совета директоров средних специальных медицинских и фармацевтических образовательных учреждений Российской Федерации;

Качковский Михаил Аркадьевич – доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой факультетской терапии ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Коллектив авторов:

Щукин Юрий Владимирович – заведующий кафедрой пропедевтической терапии Самарского государственного медицинского университета, доктор медицинских наук, профессор;

Дьячков Владислав Александрович – доцент кафедры пропедевтической терапии Самарского государственного медицинского университета, кандидат медицинских наук.

Щукин Ю. В., Дьячков В. А.

Щ95 Порядок выполнения основных практических навыков при обследовании терапевтического пациента : учебное пособие для студентов по специальности «Лечебное дело». Самара : ООО «Издательство Ас Гард», 2014. 106 с.

ISBN 978-5-4259-0317-4

Учебное пособие содержит сведения о порядке выполнения основных практических навыков, необходимых для клинического обследования терапевтического пациента как при непосредственном участии преподавателя, так и при самостоятельном изучении предмета. Материал, имеющийся в пособии, направлен на приобретение студентом профессиональной компетенции в соответствии с ФГОС ВПО по специальности 060101 «Лечебное дело» и предназначен для формирования способности и готовности проводить и интерпретировать опрос, физикальный осмотр, клиническое обследование, выработки навыков написания медицинской карты амбулаторного и стационарного больного (ПК-5).

УДК 616-07: 378(076)

ББК 54.1

ISBN 978-5-4259-0317-4

© Коллектив авторов, 2014

ГЛАВА 1. ИССЛЕДОВАНИЕ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

ПАЛЬПАЦИЯ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

ЦЕЛЬ: оценить состояние органов дыхания и грудной стенки.

ПОКАЗАНИЯ: диагностика заболеваний органов дыхания, диагностика патологии грудной стенки, по назначению врача.

ОСНАЩЕНИЕ: учетная документация.

ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ:

- представиться пациенту, объяснить цель и ход процедуры;
- вымыть и осушить руки (с использованием жидкого мыла или антисептика для обработки рук);
- придать пациенту вертикальное положение.

ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ДЕЙСТВИЙ

1. Предложить пациенту освободить грудную клетку от одежды.
2. Выполнить пальпацию грудной клетки в определенной методической последовательности.
3. Пальпаторно определить резистентность и болезненность грудной клетки, исследовать голосовое дрожание.

Резистентность или **эластичность** изучается путем сдавления грудной клетки ладонями рук в передне-заднем (рис.1) и боковом направлениях. То сопротивление грудной клетки, которое ощущает исследователь при пальпации, и характеризует эластичность и резистентность.

Болезненность грудной клетки. Болезненность грудной клетки определяют путем пальпации подушечками 2–3 пальцев рук врача по ребрам и межреберьям пациента. При пальпации выявляют наличие участков болезненности грудной клетки, ребер, грудины.

Голосовое дрожание. Определение голосового дрожания (fremitus pectoralis) – это пальпируемая вибрация грудной клетки, обусловленная проведением голоса обследуемого. При этом пациент громким голо-

сом произносит слова, содержащие звук «Р», а исследователь пальпаторно ощущает вибрацию грудной клетки. Определение голосового дрожания проводится строго на симметричных участках.



Рисунок 1. Определение эластичности грудной клетки

Голосовое дрожание сравнивают по передней, боковым и задней поверхностям грудной клетки.

А. **Спереди** начинают на симметричных участках справа налево в надключичных ямках, затем в подключичных областях, по срединно-ключичным линиям во II межреберье.

Б. По **боковым поверхностям** голосовое дрожание исследуют сначала в подмышечных впадинах, затем ниже границы подмышечной впадины по межреберьям по средним подмышечным линиям (2–3 позиции).

В. **Сзади** голосовое дрожание определяют в надостных ямках, затем в «тревожной зоне» (посередине линии между внутренним углом лопатки и остистым отростком VII шейного позвонка, перпендикулярно ей), потом на верхнем, среднем и нижнем межлопаточных пространствах и завершают в подлопаточных областях по ходу межреберий (2 позиции).

ОКОНЧАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ:

- вымыть и осушить руки (с использованием жидкого мыла или антисептика для обработки рук);
- записать результаты в соответствующую медицинскую документацию.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ СВЕДЕНИЯ ОБ ОСОБЕННОСТЯХ ВЫПОЛНЕНИЯ МЕТОДИКИ

Пальпация грудной клетки выполняется по определенным правилам. Пальпацию следует проводить в теплом помещении, с хорошим, желательно естественным освещением ладонными поверхностями пальцев одной или обеих рук на симметричных участках. Руки врача должны быть теплыми, ногти – коротко остриженными. Положение пациента зависит от исследуемого органа и тяжести общего состояния.

При проведении пальпации необходимо знать **вертикальные и горизонтальные ориентиры** на поверхности грудной клетки.

Горизонтальные линии располагаются вдоль ребер и межреберьев. Отсчет ребер спереди начинают с I ребра (у большинства людей оно располагается под ключицей) или со II ребра (оно прикрепляется к груди на уровне угла Людовика – угла между рукояткой и телом грудины). Сзади ориентирами являются остистый отросток VII шейного позвонка и VII ребро (при опущенных руках прикрывается нижним углом лопатки).

Вертикальные линии располагаются следующим образом:

- передняя срединная линия идет сверху вниз посередине грудины;
- грудинные линии (правая и левая) идут по соответствующим краям грудины;
- срединно-ключичные (правая и левая) – берут начало от середины ключицы и направляются вниз;
- окологрудинные (правая и левая) – располагаются посередине расстояния между грудинными и срединно-ключичными линиями;
- передние и задние подмышечные линии (правая и левая) идут вертикально вниз по переднему и заднему краям соответствующих подмышечных впадин;

- средние подмышечные линии (правая и левая) проходят посередине подмышечных впадин;
- лопаточные (правая и левая) – проходят вертикально вниз через нижний угол лопатки;
- околопозвоночные линии (правая и левая) располагаются на середине расстояния между задней срединной и лопаточными линиями;
- задняя срединная – идет по остистым отросткам позвонков.

ДОСТИГАЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОЦЕНКА

Резистентность и эластичность. Увеличение резистентности и снижение эластичности грудной клетки встречаются при экссудативных плевритах, эмфиземе легких.

Болезненность грудной клетки. Локальная болезненность наблюдается при переломе ребер и ушибе мягких тканей, а по ходу межреберий – при межреберной невралгии.

Во время пальпации можно определить шум трения плевры, шум плеска жидкости в плевральной полости, крепитацию при подкожной эмфиземе, хруст при смещении обломков ребер и даже жужжащие хрипы.

Голосовое дрожание. Голосовое дрожание у детей и женщин слабее, чем у мужчин. Кроме того, в правой верхней части грудной клетки голосовое дрожание выражено сильнее из-за широкого и короткого главного бронха, а в нижних отделах слева – слабее.

При патологии органов дыхания голосовое дрожание может усиливаться или ослабевать. **Ослабление голосового дрожания** связано с возникновением препятствия для распространения звука и встречается:

- при увеличении подкожно-жирового слоя;
- синдромах гидро- и пневмоторакса;
- наличии плевральных спаек и шварт;
- синдроме обтурационного ателектаза;
- пневмосклерозе и пневмофиброзе;
- синдроме бронхиальной обструкции.

Усиление голосового дрожания обусловлено улучшением проведения голоса и встречается:

- при тонкой грудной клетке;

- синдроме инфильтрата при пневмококковой пневмонии, так как уплотненная воспалительным экссудатом легочная ткань при сохраненной проходимости воздуха через бронхи лучше передает звуки (следует заметить, что при сегментарных пневмониях, из-за вовлечения в процесс воспаления бронхов и образования в них слизистых пробок, голосовое дрожание ослабевает);
- синдроме полости (из-за физического явления – резонанса);
- синдроме компрессионного ателектаза в зоне уплотнения легочной ткани.

ПЕРКУССИЯ ЛЕГКИХ

ЦЕЛЬ: оценить состояние органов дыхания.

ПОКАЗАНИЯ: диагностика заболеваний органов дыхания, оценка функционального состояния легких, по назначению врача.

ОСНАЩЕНИЕ: учетная документация.

ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ:

- представиться пациенту, объяснить цель и ход процедуры;
- вымыть и осушить руки (с использованием жидкого мыла или антисептика для обработки рук);
- придать пациенту вертикальное положение.

ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ДЕЙСТВИЙ

1. Предложить пациенту освободить грудную клетку от одежды.
2. Провести перкуссию легких в определенной методической последовательности. Правила перкуссии легких:
 - исследование осуществляется в теплом, хорошо освещенном и тихом помещении;
 - положение врача и пациента должно быть удобным и зависит от состояния больного, при этом перкуссия может проводиться в положении больного стоя, сидя или лежа;
 - в качестве пальца-плессиметра (для правой руки) применяют 3-й палец левой руки, который плотно прижимают к исследуе-

мому участку грудной клетки, другие пальцы не должны касаться поверхности грудной клетки;

- в качестве пальца-молоточка используется 3-й палец правой кисти, концевая фаланга которого слегка согнута, кисти обеих рук располагаются параллельно, друг над другом;
- во время перкуссии наносят 2 отрывистых, коротких, одинаковых по силе удара пальцем-молоточком строго перпендикулярно по пальцу-плессиметру, после обоих ударов кисть отводится кверху (отскакивающая перкуссия);
- движения правой рукой выполняются только в лучезапястном суставе;
- по силе перкуссия бывает громкой при исследовании глубоко расположенной патологии (в пределах 7–8 см), средней (5–6 см), тихой (3–4 см) и тишайшей (2–3 см).

3. Провести сравнительную и топографическую перкуссию легких.

Сравнительная перкуссия легких. Целью сравнительной перкуссии является выявление патологического очага в легких или плевральной полости путем сравнения перкуторного звука в симметричных участках грудной клетки.

Перкуссия по **передней поверхности** грудной клетки: исследователь располагается справа от больного, руки которого опущены вниз, перкуссия проводится слева направо.

1-е положение – надключичные ямки – удар наносится по концевой фаланге плессиметра, располагающегося по срединно-ключичной линии, параллельно ключице;

2-е положение – удар наносится непосредственно по ключице;

3-е положение – подключичные ямки – удар наносится по концевой фаланге плессиметра, располагающегося параллельно ключице по срединно-ключичным линиям;

4-е положение – удар наносится по средней фаланге плессиметра, располагающегося во 2-м межреберье по срединно-ключичным линиям;

5-е положение – удар наносится по концевой фаланге плессиметра, располагающегося в моренгеймовой ямке, и составляет тупой угол с ключицей.

Перкуссия по **боковым поверхностям** грудной клетки: исследователь располагается спереди от больного, как правило, перкуссию проводят в четырех положениях при поднятых за голову руках больного.

1-е положение – удар наносится с обеих сторон по плотно-прижатой концевой фаланге плессиметра, располагающегося вертикально глубоко в подмышечной ямке;

2-е положение – удар наносится по средней фаланге плессиметра, расположенного в нижней части ямки по средней подмышечной линии по ходу межреберий;

3-е и 4-е положения – располагаются на одно межреберье ниже предыдущего – удар наносится по средней фаланге плессиметра.

Перкуссия по **задней поверхности** грудной клетки: при перкуссии сзади исследователь располагается сзади и слева от больного, положение больного – скрещенные на груди руки и небольшой наклон головы кпереди, перкуссия проводится слева направо.

1-е положение – удар наносится по ногтевой или средней фаланге плессиметра, расположенного в надлопаточной ямке, параллельно гребню лопатки;

2-е положение – удар наносится по средней фаланге плессиметра, расположенного в «тревожной зоне» (такое название связано с частой локализацией туберкулезного процесса) посередине и перпендикулярно линии, соединяющей внутренний верхний угол лопатки и остистый отросток VII шейного позвонка;

3-е, 4-е и 5-е положения – располагаются на уровне верхних, средних и нижних частей межлопаточного пространства – удар наносится по средней фаланге плессиметра, располагающегося вертикально;

6-е и 7-е положения – удар наносится по средней фаланге плессиметра, который располагается в двух межреберьях ниже углов лопаток.

Топографическая перкуссия. Практическое значение имеет определение **нижней границы легких** по основным топографическим линиям справа и слева.

Палец-плессиметр располагают во II межреберье и направляют вниз параллельно ребрам. Перкутируют по средней фаланге по межреберьям тихой перкуссией до притупления легочного звука. Отметка границы производится по стороне пальца-плессиметра, обращенного в сторону ясного легочного звука. При косом расположении ре-

бер и межреберьев концевая фаланга плессиметра справа обращена книзу, а слева – кверху. Следует знать, что по лопаточной линии перкуссию начинают от угла лопатки. Необходимо помнить при этом, что нижний угол лопаток прикрывает VII ребро.

Верхняя граница легких определяется по высоте стояния их верхушек. Спереди ее определяют следующим образом: палец-плессиметр устанавливают параллельно ключице в надключичной ямке и перкутируют от середины ключицы вверх по наружному краю грудинно-ключично-сосцевидных мышц до смены ясного легочного звука тупым.

Для определения верхушки легких сзади палец-плессиметр помещают в надостную ямку параллельно ости лопатки и перкутируют от ее середины к точке, располагающейся на 3–4 см латеральнее остистого отростка VII шейного позвонка, до появления тупого звука.

Определение подвижности нижнего легочного края. Обычно определяют подвижность только нижнего края легких (причем справа) по трем линиям: срединно-ключичной, средней подмышечной и лопаточной (слева по двум последним линиям).

Сначала тихой перкуссией определяют нижнюю границу. Затем просят пациента сделать глубокий вдох и задержать дыхание. При этом надо быстро перкутировать вниз до возникновения притупления легочного звука. Затем больной делает глубокий выдох, и врач перкутирует вверх до появления ясного легочного звука.

ОКОНЧАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ:

- вымыть и осушить руки (с использованием жидкого мыла или антисептика для обработки рук);
- записать результаты в соответствующую медицинскую документацию.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ СВЕДЕНИЯ ОБ ОСОБЕННОСТЯХ ВЫПОЛНЕНИЯ МЕТОДИКИ

Правила сравнительной перкуссии легких:

- перкуторный звук сравнивают только в симметричных участках правой и левой половин грудной клетки;
- сила перкуторного удара громкая или средняя в зависимости от расположения патологического очага;

- перкуссия проводится в строго определенном порядке;
- удар пальцем-молоточком наносится в ямках по концевой фаланге пальца-плессиметра (рис. 2а), в межреберьях – по средней (рис. 2б);
- перкуссия проводится при спокойном и глубоком дыхании больного;
- сначала проводят перкуссию по передней поверхности грудной клетки, затем по боковой и задней, двигаясь сверху вниз;
- перкуссию выполняют спереди и сбоку – справа налево, сзади – слева направо.

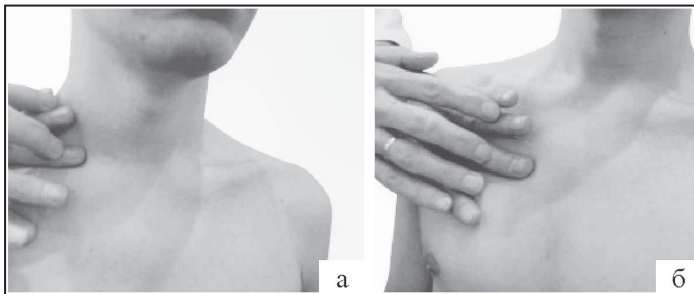


Рисунок 2. Положение кистей при перкуссии грудной клетки в ямках (а) и в межреберьях (б)

Правила топографической перкуссии легких:

- выполняют тихую перкуссию;
- перкуссию проводят по ребрам и межреберьям;
- палец-плессиметр должен передвигаться параллельно определяемой границе от легочного звука в сторону тупого справа и слева;
- отметку границы ставят по краю плессиметра, обращенному к зоне более ясного легочного звука.

ДОСТИГАЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОЦЕНКА

Сравнительная перкуссия легких. В норме над легкими при сравнительной перкуссии выслушивается ясный легочный тон. Однако в некоторых случаях возможны физиологические изменения перкуторного звука:

- над верхушкой правого легкого за счет более короткого правого верхнего бронха, что уменьшает ее воздушность, и из-за значительного развития мышц плечевого пояса;
- справа в нижней части подмышечной области перкуторный звук несколько короче из-за расположенной рядом печени;
- слева в нижней доле по передней подмышечной линии он имеет тимпанический оттенок из-за газового пузыря в желудке (пространство Траубе: ограничено справа нижним краем левой доли печени и отчасти нижним краем тупости сердца, сверху – нижним краем левого легкого, слева – передним краем селезенки, снизу – левой реберной дугой).

При патологических состояниях в легких и плевре перкуторный звук может измениться.

Притупление перкуторного звука определяется при уменьшении воздушности легочной ткани и появлении плотных участков при сегментарной пневмонии, пневмосклерозе, опухоли легкого, наличии плевральных спаек и шварт.

Тупой звук наблюдается при пневмококковой пневмонии, синдроме гидроторакса (скоплении жидкости в плевральной полости), синдроме обтурационного ателектаза, наличии опухоли значительных размеров, при выраженном утолщении плевральных листков и развитии мощного спаечного процесса, при абсцессе легких или туберкулезной каверне до опорожнения.

Притупленно-тимпанический тон определяется в случаях, когда на фоне небольшого уплотнения легочной ткани остается небольшое количество воздуха при одновременном снижении эластичности альвеол. Это встречается при пневмосклерозе, долевой пневмонии в 1-й и 3-й стадиях, при компрессионном ателектазе (тон Шкоды), отеке легких в начальной стадии.

Тимпанический звук определяется: при синдроме пневмоторакса (скоплении воздуха в плевральной полости), наличии полости, сообщаемой с бронхом, туберкулезной каверне и абсцессе легких в стадии опорожнения, больших бронхоэктазах.

При наличии крупной гладкостенной полости (6–8 см), расположенной поверхностно, тимпанический звук имеет **«металлический»** оттенок. Он более низкий и напоминает звук при ударе

по металлическому сосуду. Если поверхностно расположенная крупная полость сообщается с бронхом узким отверстием, то при перкуссии над ней тимпанический звук напоминает **шум «треснувшего горшка»**.

Коробочный звук возникает при синдромах бронхиальной обструкции и эмфиземы легких – при диффузном увеличении воздушности легочной ткани с одновременным снижением эластичности альвеол. Он имитирует звук, возникающий при поколачивании по пустой коробке или подушке.

Топографическая перкуссия легких

Нижние границы легких в норме

Топографическая линия	Правое легкое	Левое легкое
Парастернальная	верхний край VI ребра	IV ребро
Срединно-ключичная	VI ребро	VI ребро
Передняя подмышечная	VII ребро	VII ребро
Средняя подмышечная	VIII ребро	VIII ребро
Задняя подмышечная	IX ребро	IX ребро
Лопаточная	X ребро	X ребро
Паравертебральная	на уровне остистого отростка XI грудного позвонка	на уровне остистого отростка XI грудного позвонка

Верхние границы легких в норме: спереди – располагаются на 3–4 см выше ключицы; сзади – соответствуют уровню остистого отростка VII шейного позвонка.

Определение подвижности нижнего легочного края. В норме экскурсия нижних краев легких по срединно-ключичной и лопаточной линиям составляет 4–6 см, по средней подмышечной – 6–8 см.

Ограничение и уменьшение подвижности нижних краев легких наблюдаются при высоком стоянии диафрагмы, синдромах эмфиземы, пневмо- и гидроторакса, при наличии спаек в плевральной полости, синдроме бронхиальной обструкции.

АУСКУЛЬТАЦИЯ ЛЕГКИХ

ЦЕЛЬ: оценить состояние органов дыхания.

ПОКАЗАНИЯ: диагностика заболеваний органов дыхания, по назначению врача.

ОСНАЩЕНИЕ: стетоскоп или фонендоскоп, учетная документация.

ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ:

- представиться пациенту, объяснить цель и ход процедуры;
- вымыть и осушить руки (с использованием жидкого мыла или антисептика для обработки рук);
- придать пациенту вертикальное положение.

ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ДЕЙСТВИЙ

1. Предложить пациенту освободить грудную клетку от одежды.
2. Провести **аускультацию легких** в определенной методической последовательности.

Начинают сравнительную аускультацию справа налево с верхушек легких, выслушивая переднюю, затем боковые, далее – заднюю поверхности грудной клетки.

При **аускультации спереди** руки больного должны быть опущены. Врач становится спереди и справа от больного. Начинают аускультацию с верхушек легких. Фонендоскоп (стетоскоп) располагают в надключичной ямке таким образом, чтобы мембрана фонендоскопа (раструб стетоскопа) плотно соприкасалась с поверхностью тела больного. Затем фонендоскоп (стетоскоп) переставляют на симметричный участок другой надключичной ямки. Далее исследование продолжают, последовательно ставя фонендоскоп (стетоскоп) на симметричные участки передней стенки грудной клетки на уровне I, II и III межреберий, причем срединно-ключичная линия должна пересекать головку фонендоскопа посередине.

При **аускультации в боковых отделах** больной продолжает дышать глубоко и равномерно. Врач просит его сложить руки в замок

и поднять на голову. Фонендоскоп (стетоскоп) размещают на боковой поверхности грудной клетки в глубине подмышечной ямки. После этого фонендоскоп переставляют на симметричный участок другой подмышечной ямки. Далее исследование продолжают, последовательно помещая фонендоскоп на симметричные участки боковой поверхности грудной клетки (в точки сравнительной перкуссии), опускаясь постепенно до нижней границы легких.

При проведении **аускультации сзади** пациента просят скрестить руки на груди. Фонендоскоп (стетоскоп) последовательно помещают в симметричные точки на уровне надостных ямок, в верхнее, среднее и нижнее межлопаточное пространства и в подлопаточные области на уровне VII, VIII и IX межреберий.

По завершении аускультации оценивают результаты исследования:

- какой (или какие) основной дыхательный шум (шумы) выслушивается во всех точках аускультации;
- одинаков ли основной дыхательный шум в симметричных точках;
- выслушивается ли какой-либо побочный дыхательный шум (шумы) с определением его (их) локализации.

3. Исследовать бронхофонию. Для исследования бронхофонии исследуемый шепотом произносит слова, содержащие звуки «Р» или «Ч». Выслушивается проведение голоса с помощью фонендоскопа (стетоскопа), который прикладывается к симметричным участкам грудной клетки (как и голосовое дрожание).

Бронхофонию сравнивают по передней, боковым и задней поверхностям грудной клетки.

А. Спереди начинают на симметричных участках в надключичных ямках, затем в подключичных областях, по срединно-ключичным линиям во II межреберье.

Б. По боковым поверхностям голосовое дрожание исследуют сначала в подмышечных впадинах, затем ниже границы подмышечной впадины по межреберьям по средним подмышечным линиям (2–3 позиции).

В. Сзади голосовое дрожание определяют в надостных ямках, затем в «тревожной зоне» (посередине линии между внутренним углом лопатки и остистым отростком VII шейного позвонка, перпендикулярно ей), потом на верхнем, среднем и нижнем межлопаточных пространствах и завершают в подлопаточных областях по ходу межреберий (2 позиции).

ОКОНЧАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ:

- вымыть и осушить руки (с использованием жидкого мыла или антисептика для обработки рук);
- записать результаты в соответствующую медицинскую документацию.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ СВЕДЕНИЯ ОБ ОСОБЕННОСТЯХ ВЫПОЛНЕНИЯ МЕТОДИКИ

При **аускультации легких** необходимо соблюдать ряд правил:

- в помещении должно быть тихо и тепло, для слуховой адаптации соблюдается тишина в течение 2–3 минут;
- грудная клетка исследуемого должна быть обнажена;
- стетоскоп следует плотно прижимать к телу, избегая трения, при этом воронка его не должна быть холодной;
- не следует прикасаться к трубкам стетоскопа во время выслушивания, так как это создает дополнительные звуки;
- в зависимости от состояния больного аускультацию проводят в положении стоя, сидя или лежа на боку и спине;
- аускультация проводится в точках сравнительной перкуссии и с той же последовательностью;
- при аускультации сбоку руки больного расположены за головой, а сзади – скрещены на груди, голова несколько опущена вперед;
- сначала при спокойном вдохе и выдохе выслушивают основные дыхательные шумы, а затем дополнительные или побочные;
- для уточнения побочных шумов можно использовать следующие приемы: попросить больного сделать глубокий вдох или выдох, задержать дыхание, покашлять, изменить положение тела.

ДОСТИГАЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОЦЕНКА

Аускультация легких. В норме при аускультации может выслушиваться везикулярное и ларинго-трахеальное дыхание.

Везикулярное дыхание (альвеолярное) – это мягкий дующий шум, напоминающий звук «Ф», производимый в момент вдоха и связанный с колебаниями стенок альвеол, обеспечивающих определенную воздушность легочной ткани. Шум выслушивается на протяже-

нии всего вдоха и в первую треть выдоха. В последние две трети выдоха шум исчезает, так как колебания альвеол значительно уменьшаются и он практически не слышен. Между вдохом и выдохом нет паузы. Отношение вдоха к выдоху составляет 5:3.

Лучше всего везикулярное дыхание выслушивается в областях с наибольшим количеством альвеол – подмышечной, подключичной и подлопаточной.

Ларинго-трахеальное (бронхиальное) дыхание – это громкий, высокочастотный и грубый шум, возникающий при прохождении воздуха через голосовую щель с образованием при этом турбулентного потока. Он напоминает звук «Х», если произносить его открытым ртом.

Это дыхание лучше всего выслушивается над гортанью и трахеей: спереди в яремной ямке, сзади на уровне VII шейного позвонка – и смещается вниз до III–IV грудных позвонков. Над остальными участками грудной клетки у здорового человека оно не выслушивается. Поскольку голосовая щель во время выдоха уже, чем во время вдоха, завихрение воздуха во время выдоха усиливается, в результате чего шум в эту фазу дыхания продолжается несколько дольше. Соотношение фаз вдоха и выдоха составляет 4:5.

Бронхофония. У здорового человека в норме выслушиваются непонятные звуки или шелест, одинаково определяющиеся в симметричных участках грудной клетки.

В патологических случаях бронхофония может усиливаться, что приводит к тому, что слова становятся ясными и хорошо различимыми, и ослабевать или даже не выслушиваться.

Причиной **усиления бронхофонии** является улучшение проводимости звука через легочную ткань. Это может наблюдаться:

- при синдроме уплотнения легочной ткани (пневмококковая пневмония II стадии, туберкулезный инфильтрат), в ряде случаев возможно появление феномена шепотной пекториловки – ясные и хорошо различимые слова, выслушиваемые над грудной клеткой;
- синдроме компрессионного ателектаза (над областью поджатого легкого);
- синдроме полости вследствие эффекта резонанса (абсцесс в стадии опорожнения, туберкулезная каверна, «сухие» и крупные бронхоэктазы).

Над уплотненной легочной тканью иногда возникает прерывистый звуковой феномен, напоминающий блянье козы, – эгофония.

Важно также знать, что усиление бронхофонии сочетается с усилением голосового дрожания и появлением бронхиального дыхания.

Существуют различные причины **ослабления бронхофонии**:

1. Внелегочные: утолщение грудной клетки, избыточное развитие подкожно-жирового слоя.

2. Плевральные: синдром гидро- и пневмоторакса, образование массивных спаек и шварт.

3. Легочные: синдром эмфиземы легких, из-за повышения воздушности легочной ткани и преобладания неразборчивых низкочастотных звуков, синдром обтурационного ателектаза, синдром бронхиальной обструкции.

ГЛАВА 2. ИССЛЕДОВАНИЕ ОРГАНОВ КРОВООБРАЩЕНИЯ

ПАЛЬПАЦИЯ ОБЛАСТИ СЕРДЦА

ЦЕЛЬ: оценить состояние сердечно-сосудистой системы.

ПОКАЗАНИЯ: диагностика заболеваний сердечно-сосудистой системы, по назначению врача.

ОСНАЩЕНИЕ: учетная документация.

ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ:

- представиться пациенту, объяснить цель и ход процедуры;
- вымыть и осушить руки (с использованием жидкого мыла или антисептика для обработки рук);
- придать пациенту вертикальное положение.

ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ДЕЙСТВИЙ

1. Предложить пациенту освободить грудную клетку от одежды.
2. Перед проведением пальпации осуществить осмотр области сердца для визуального определения видимой пульсации.
3. Выполнить пальпацию области сердца в определенной методической последовательности.
4. Пропальпировать левожелудочковый толчок, пропальпировать правожелудочковый толчок, исследовать сердечное дрожание.

Пальпация **левожелудочкового толчка** производится в различных положениях больного (стоя, лежа на спине, на левом боку с отведенной кверху и согнутой в локтевом суставе левой рукой).

Для определения левожелудочкового толчка сердца в вертикальном положении пациента указательный, средний и безымянный пальцы правой руки врача помещают в IV, V и VI межреберья соответственно приблизительно на уровне левой средней подмышечной линии (у женщин предварительно отводят левую грудную железу вверх и вправо), основание кисти обращено к груди.

Затем пальцы правой руки постепенно перемещают по направлению к левой границе сердца (рис. 3а). После обнаружения пульсации указательный и средний палец кисти помещают в эту зону и определяют характеристики толчка (рис. 3б).

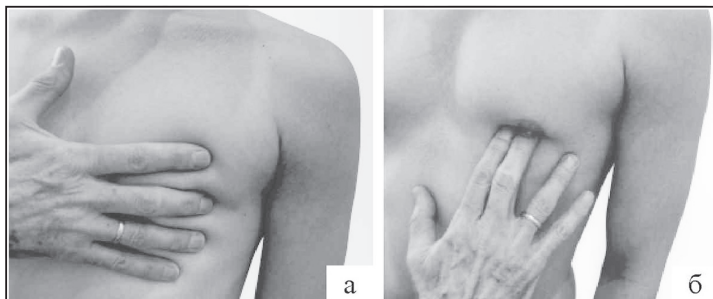


Рисунок 3. Пальпация левожелудочкового толчка

Правожелудочковый (сердечный) толчок обусловлен сокращением прилегающего к грудной стенке правого желудочка. Сердечный толчок наиболее доступен при пальпации в положении пациента лежа на спине. Предварительно производят осмотр грудной клетки в области абсолютной сердечной тупости. Если там обнаруживают пульсацию, производят пальпацию и оценку характеристик толчка (локализация, площадь, сила, эпицентр пульсации).

При отсутствии видимой пульсации осуществляют пальпацию, помещая (на выдохе больного) указательный, средний и безымянный пальцы правой руки врача соответственно в III, IV и V межреберья слева от грудины между стеральной и парастеральной линиями (рис. 4).



При пальпации грудной клетки в области сердца иногда удается определить **сердечное дрожание** — характерную вибрацию мягких тканей, обусловленную проведением на переднюю поверхность грудной клетки колебаний, возни-

Рисунок 4. Пальпация правожелудочкового толчка

кающих при сердечных сокращениях. Для его выявления необходимо положить ладонь врача на те места грудной клетки, где принято выслушивать сердце.

В зависимости от периода сердечного цикла, когда возникает и пальпируется сердечное дрожание, выделяют систолическое, диастолическое и систоло-диастолическое дрожание.

Систолическое дрожание пальпируется:

- при стенозе устья аорты во II межреберье у правого края грудины (рис. 5);
- стенозе устья легочной артерии во II межреберье у левого края грудины (рис. 6);



Рисунок 5. Определение сердечного дрожания над аортой



Рисунок 6. Определение сердечного дрожания над легочной артерией

- дефекте межжелудочковой перегородки в IV межреберье у левого края грудины (рис. 7).

Диастолическое дрожание наблюдается:

- при митральном стенозе в области верхушки (рис. 8);
- стенозе правого атриовентрикулярного отверстия в области мечевидного отростка справа от грудины.



Рисунок 7. Определение сердечного дрожания при дефекте межжелудочковой перегородки



Рисунок 8. Определение сердечного дрожания над верхушкой сердца

Систолю-диастолическое дрожание возможно пропальпировать при открытом артериальном (боталловом) протоке во II межреберье слева от грудины (рис. 9).

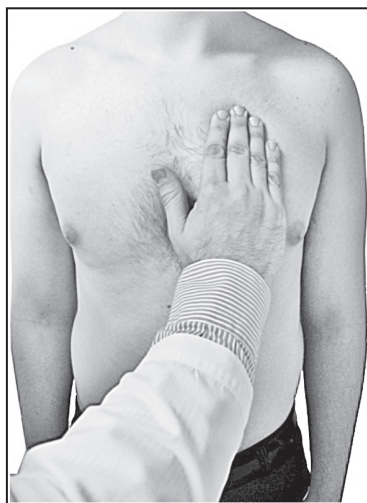


Рисунок 9. Определение сердечного дрожания при открытом артериальном протоке

ОКОНЧАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ:

- вымыть и осушить руки (с использованием жидкого мыла или антисептика для обработки рук);
- записать результаты в соответствующую медицинскую документацию.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ СВЕДЕНИЯ ОБ ОСОБЕННОСТЯХ ВЫПОЛНЕНИЯ МЕТОДИКИ

Пальпацию **левожелудочкового толчка** можно облегчить наклоном туловища больного вперед или же во время глубокого выдоха. В этом случае сердце более плотно прилегает к грудной стенке. Обращают внимание на локализацию (местоположение), площадь, силу, высоту, характер и резистентность (упругость) левожелудочкового толчка.

Площадь толчка определяется областью грудной клетки, в которой имеется пульсация. В зависимости от этого толчок бывает локализованным (прикрывается подушечкой одного или двух пальцев) и разлитым (располагается в нескольких межреберьях). У разлитого толчка определяют эпицентр пульсации.

Сила толчка измеряется тем сопротивлением, которое оказывает левый желудочек пальпирующим его пальцам. По силе различают слабые, средней силы и усиленные (приподнимающие) толчки.

Под высотой подразумевают амплитуду грудной клетки, производимую левым желудочком во время систолы. Левожелудочковый толчок бывает средней высоты и высокий (куполообразный).

По характеру верхушечный толчок может быть положительным (т. е. при сердечном сокращении грудная стенка движется вперед) и отрицательным (при сокращении сердца грудная стенка движется внутрь). Отрицательный левожелудочковый толчок определяется при наличии плевроперикардиальных спаек.

Резистентность левожелудочкового толчка определяется плотностью и толщиной сердечной мышцы, а также силой, с которой она выпячивает грудную стенку. Резистентность измеряется давлением, которое оказывает левый желудочек на пальпирующий палец, и силой, которую необходимо приложить для его преодоления. Высокая резистентность встречается при гипертрофии левого желудочка.

ДОСТИГАЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОЦЕНКА

В норме **левожелудочковый толчок** определяется в V межреберье на расстоянии 0,5–1,5 см кнутри от левой срединно-ключичной линии. В редких случаях у мужчин и женщин с короткой грудной клеткой, при высоком стоянии диафрагмы он может определяться в IV межреберье. В положении пациента на левом боку верхушечный толчок может смещаться до передней подмышечной линии. Следует помнить, что левожелудочковый толчок хорошо пальпируется лишь у лиц с тонкой грудной стенкой и широкими межреберными промежутками.

Левожелудочковый толчок иногда не определяется во время прощупывания при избыточном развитии подкожного жирового слоя или когда он не попадает в межреберное пространство и перекрывается ребром.

Правожелудочковый толчок в норме может прощупываться у детей и взрослых с тонкой грудной стенкой в возрасте до 30 лет. Обычно он определяется в IV межреберье слева от грудины (область абсолютной тупости сердца) и имеет незначительную интенсивность.

Сердечное дрожание в норме не определяется.

ПЕРКУССИЯ СЕРДЦА

ЦЕЛЬ: оценить состояние сердечно-сосудистой системы.

ПОКАЗАНИЯ: диагностика заболеваний сердечно-сосудистой системы, по назначению врача.

ОСНАЩЕНИЕ: учетная документация.

ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ:

- представиться пациенту, объяснить цель и ход процедуры;
- вымыть и осушить руки (с использованием жидкого мыла или антисептика для обработки рук);
- придать пациенту вертикальное положение.

ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ДЕЙСТВИЙ

1. Предложить пациенту освободить грудную клетку от одежды.
2. Выполнить перкуссию сердца в определенной методической последовательности.
3. Определить границы относительной тупости сердца, определить ширину сосудистого пучка.

Границы **относительной тупости сердца** определяются последовательно справа, сверху, а затем слева по моменту появления укорочения перкуторного звука. Они характеризуют истинные размеры сердца.

При определении **правой границы** относительной тупости сердца вначале выясняют высоту стояния правого купола диафрагмы по правой срединно-ключичной линии, которая влияет на положение сердца и соответствует нижним границам правого легкого. После этого палец-пlessиметр перемещают в IV межреберье и располагают его вертикально, т. е. параллельно ожидаемой границе по срединно-ключичной линии. Перкуссию ведут по межреберью в направлении края грудины (рис. 10). Отметку границы осуществляют по стороне пальца, обращенного в сторону ясного перкуторного звука.



Рисунок 10. Положение рук при определении правой границы относительной тупости сердца

При определении **верхней границы** относительной тупости сердца палец-пlessиметр устанавливают в I межреберье таким образом, чтобы его кончик располагался на левой парастеральной линии. Перкуссию проводят сверху вниз по ребрам и межреберьям до появления притупленного звука (рис. 11). Отметку границы осуществляют по верхнему краю пальца-пlessиметра, обращенного к ясному перкуторному звуку. Верхняя граница относительной тупости сердца образована ушком левого предсердия.



Рисунок 11. Положение рук при определении верхней границы относительной тупости сердца

Перед установлением **левой границы** относительной тупости сердца необходимо определить левожелудочковый (верхушечный) толчок, который служит ориентиром. Перкуссии начинают, отступив кнаружи на 2 см от него. В том случае, если левожелудочковый толчок обнаружить не удастся, перкуссии проводят в V межреберье, начиная от передней подмышечной линии по направлению к груди. Палец-пlessиметр располагают параллельно искомой границе и проводят тихую перкуссию до появления притупления (рис. 12).



Рисунок 12. Положение рук при определении левой границы относительной тупости сердца

Отметку левой границы относительной тупости сердца делают по наружному краю пальца-плессиметра, обращенному к ясному перкуторному звуку. Она образована левым желудочком.

Границы **сосудистого пучка** определяют с помощью тихой перкуссии по концевой фаланге во II межреберье справа и слева, установив палец-плессиметр параллельно краю грудины по срединно-ключичным линиям. Перкуссию проводят в сторону грудины до появления притупленного звука. Границы отмечают по наружному краю пальца-плессиметра, обращенному к ясному перкуторному звуку.

ОКОНЧАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ:

- вымыть и осушить руки (с использованием жидкого мыла или антисептика для обработки рук);
- записать результаты в соответствующую медицинскую документацию.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ СВЕДЕНИЯ ОБ ОСОБЕННОСТЯХ ВЫПОЛНЕНИЯ МЕТОДИКИ

Перкуссию проводят в вертикальном положении пациента, у тягелобольных – в горизонтальном положении. Палец-плессиметр располагается параллельно ожидаемой границе. При определении границ относительной сердечной тупости применяют тихую перкуссию, удары наносят по концевой фаланге (валику), при этом первый удар – короткий и отрывистый, а второй удар – припечатывающий. Отметка границ производится в месте перехода ясного перкуторного звука в притупленный по краю пальца, обращенному в сторону ясного звука.

ДОСТИГАЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОЦЕНКА

Правая граница относительной тупости сердца в норме располагается в IV межреберье по правому краю грудины с максимальным удалением от него не более чем на 1,5 см. Для диагностики имеет значение смещение границы вправо или кнаружи. Причины смещения: внесердечные – гидроторакс или пневмото-

ракс левосторонний; кардиальные – все заболевания, сопровождающиеся гипертрофией и дилатацией правого желудочка и правого предсердия.

Верхняя граница относительной тупости сердца в норме располагается в III межреберье по левой парастернальной линии. Диагностическое значение имеет ее смещение вверх, что наблюдается при гипертрофии и дилатации левого предсердия (митральный стеноз и недостаточность митрального клапана).

Левая граница относительной тупости сердца в норме определяется в V межреберье на 0,5–1,5 см кнутри от левой срединно-ключичной линии и совпадает с левожелудочковым толчком. Для диагностики важно наличие смещения этой границы влево. В патологии причинами этого являются все заболевания, сопровождающиеся формированием гипертрофии и дилатации левого желудочка. Значительно реже умеренное смещение влево может быть связано с выраженной гипертрофией правого желудочка.

В норме **правая и левая границы сосудистого пучка** располагаются по соответствующим краям грудины, а размер его поперечника составляет 4,5–6 см. Сосудистый пучок образуют справа верхняя полая вена и дуга аорты, слева – легочная артерия. Расширение тупости сосудистого пучка может возникать при опухоли средостения. Увеличение тупости во II межреберье справа возможно при расширении или аневризме аорты, во II межреберье слева – при расширении легочной артерии.

АУСКУЛЬТАЦИЯ СЕРДЦА И СОСУДОВ

ЦЕЛЬ: оценить состояние сердечно-сосудистой системы.

ПОКАЗАНИЯ: диагностика заболеваний сердечно-сосудистой системы, по назначению врача.

ОСНАЩЕНИЕ: стетоскоп или фонендоскоп, учетная документация.

ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ:

- представиться пациенту, объяснить цель и ход процедуры;

- вымыть и осушить руки (с использованием жидкого мыла или антисептика для обработки рук);
- придать пациенту вертикальное положение.

ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ДЕЙСТВИЙ

1. Предложить пациенту освободить грудную клетку от одежды.
2. Провести аускультацию сердца в определенной методической последовательности.
3. Выполнить аускультацию сердца, выполнить аускультацию сосудов.

Порядок аускультации сердца. Для аускультации сердца существуют соответствующие точки, выслушиваемые в определенной последовательности (рис. 13): **1-я точка** – верхушка сердца, **2-я точка** – II межреберье справа от грудины, **3-я точка** – II межреберье слева от грудины, **4-я точка** – основание мечевидного отростка, **5-я точка**, или зона Боткина-Эрба – III–IV межреберья слева от грудины. Если требуют обстоятельства, то выслушиваться могут и другие точки околосердечной области.

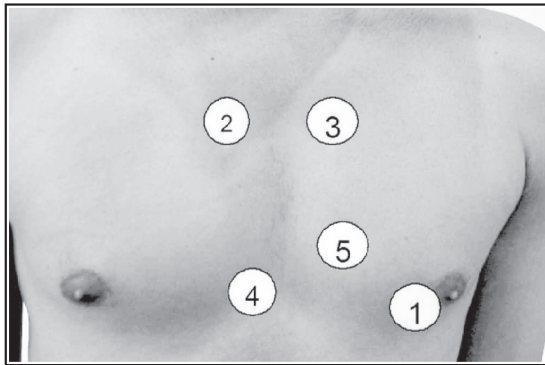


Рисунок 13. Точки аускультации сердца на грудной клетке

Аускультация сосудов. При проведении аускультации артерий чаще всего ограничиваются выслушиванием сонной, подключичной, плечевой и бедренной артерий. **Сонную артерию** выслушивают кнутри от грудинно-ключично-сосцевидной мышцы на уровне верхнего края щитовидного хряща, **подключичную** – под ключицей, в области дельто-грудного треугольника (**ямка Моренгейма**), **плечевую** – в лок-

тевом сгибе при вытянутой руке, **бедренную** – под пупартовой связкой, в положении больного лежа при немного ротированном наружу бедре.

Аускультацию яремной вены проводят в надключичной области.

ОКОНЧАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ:

- вымыть и осушить руки (с использованием жидкого мыла или антисептика для обработки рук);
- записать результаты в соответствующую медицинскую документацию.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ СВЕДЕНИЯ ОБ ОСОБЕННОСТЯХ ВЫПОЛНЕНИЯ МЕТОДИКИ

Правила проведения аускультации сердца. Исследование больного осуществляется при соблюдении тишины, в разных положениях (вертикальное и горизонтальное, в случае необходимости на левом боку), если требуется, то при задержке дыхания. Некоторые звуковые явления сердца могут резко изменяться после физической нагрузки. Поэтому в ряде случаев во время аускультации пациенту (если позволяет его состояние) предлагают сделать несколько приседаний, подняться по лестнице или пройти по коридору.

Врач располагается справа от пациента таким образом, чтобы можно было свободно и правильно приложить фонендоскоп (стетоскоп) к местам выслушивания. В некоторых случаях (например, для выявления ритма галопа) бывает целесообразным воспользоваться методикой непосредственной аускультации (ухом врача).

При проведении аускультации необходимо знать проекцию отверстий сердца и клапанов на переднюю грудную стенку и места наилучшего выслушивания. Так, митральный клапан проецируется в месте прикрепления III ребра к грудице слева; аортальный клапан – посередине грудины на уровне III реберных хрящей; клапан легочной артерии – во II межреберье у левого края грудины; трехстворчатый клапан – на середине линии, соединяющей места прикрепления к грудице хрящей III ребра слева и V ребра справа.

Места наилучшего выслушивания тонов и шумов сердца не всегда совпадают с анатомической локализацией их источников (клапанов и закрываемых ими отверстий).

Местом выслушивания **двухстворчатого клапана** служит область левожелудочкового (верхушечного) толчка (V межреберье на расстоянии 0,5–1,5 см кнутри от левой срединно-ключичной линии); **клапана аорты** – II межреберье у правого края грудины, а также зона Боткина-Эрба (III–IV межреберье у левого края грудины); **клапана легочной артерии** – II межреберье у левого края грудины; **трехстворчатого клапана** – нижняя треть грудины у основания мечевидного отростка.

ДОСТИГАЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОЦЕНКА

Аускультация сердца позволяет выявить два вида звуковых явлений – тоны и шумы, которые различаются по слуховому восприятию. Но в любом случае для характеристики того или иного звука мы должны определить:

- эпицентр звука;
- отношение к фазам сердечной деятельности;
- громкость или интенсивность;
- продолжительность.

При аускультации сердца здорового человека во всех точках обязательно выслушиваются I и II тоны.

Аускультация сосудов. У здорового человека можно выслушать два тона на сонной и подключичной артериях, которые связаны с напряжением стенки артерий во время систолы (I тон) и проведением звуковых колебаний со створок клапана аорты при их закрытии (II тон). При аускультации других артерий тоны, как правило, не выслушиваются. Если II тон на аорте отсутствует (недостаточность аортального клапана), то он не выслушивается и над артериями. В редких случаях при недостаточности аортального клапана на бедренной артерии можно обнаружить два тона (**двойной тон Траубе**), появление которых объясняют колебаниями стенок бедренной артерии во время систолы и диастолы сердца. Кроме этого, тоны на периферических артериях могут возникать при выраженной гипертрофии левого желудочка и при тиреотоксикозе вследствие усиленной пульсации сосудов.

При выслушивании артерий в некоторых случаях могут определяться и шумы (чаще систолические), которые иногда носят проводной характер (на сонных и подключичных артериях при стенозе устья аорты), в ряде случаев возникают при ускорении кровотока и снижении вязкости

крови (аневризма артерии) или при сужении артерии (за счет сдавления извне). При недостаточности аортального клапана на бедренной артерии при небольшом ее сдавлении фонендоскопом может выслушиваться так называемый **двойной шум Дюрозье**. Первая фаза этого шума возникает во время систолы в результате сужения просвета артерии при сдавлении, вторая фаза – во время диастолы за счет обратного тока крови.

У здорового человека при аускультации вен каких-либо звуковых явлений выслушать не удастся. При резко выраженной анемии над луковицей яремной вены (*bulbus v. jugularis*) в надключичной области, чаще справа, можно выслушать непрерывный (почти вне зависимости от сокращения сердца) низкий музыкальный дующий или жужжащий шум («**шум волчка**»). Этот шум усиливается при глубоком вдохе и повороте головы в противоположную сторону. Появляется он в результате ускоренного протекания крови с пониженной вязкостью через луковицу яремной вены, стенки которой плотно прикреплены к окружающим тканям и представляют постоянное расширение кровяного русла. Особого диагностического значения этот шум не имеет, тем более что в ряде случаев он может наблюдаться и у здоровых людей.

ПАЛЬПАЦИЯ ПУЛЬСА

ЦЕЛЬ: оценить состояние сердечно-сосудистой системы.

ПОКАЗАНИЯ: диагностика заболеваний сердечно-сосудистой системы, по назначению врача.

ОСНАЩЕНИЕ: учетная документация.

ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ:

- представиться пациенту, объяснить цель и ход процедуры;
- вымыть и осушить руки (с использованием жидкого мыла или антисептика для обработки рук);
- придать пациенту удобное положение.

ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ДЕЙСТВИЙ

1. Предложить пациенту освободить руки от одежды.

2. Выполнить пальпацию пульса в определенной методической последовательности.

3. Пальпаторно определить частоту, ритм, наполнение, напряжение и величину пульса.

Пальпацию артерий осуществляют кончиками трех соединенных пальцев, выполняя скользящие движения в поперечном к оси артерии направлении. При пальпации оценивают степень пульсации (сохранена или ослаблена), состояние стенок артерии (тонкие, эластичные, плотные, шероховатые и т. д.). В норме артерии эластичные и ровные. В патологии они могут становиться плотными и извилистыми. При обызвествлении артерий они становятся неравномерно уплотненными, четкообразными (напоминают гусиное горло).

При исследовании пульса на **лучевой артерии** кисть врача располагается таким образом, чтобы II–III (или II–IV) пальцы располагались на передней поверхности предплечья над артерией, а большой палец был прижат к тыльной стороне кисти (рис. 14). При пальпации пульса проводят оценку следующих его свойств: частота, ритм, наполнение, напряжение, величина, форма. **Частоту пульса** при правильном сердечном ритме подсчитывают за 30 с, а полученное значение умножают на 2. При неправильном ритме подсчет частоты пульса лучше проводить в течение целой минуты.

Ритм пульса оценивают, проверяя регулярность следования друг за другом пульсовых волн. В тех случаях, когда пульсовые волны возникают через одинаковые промежутки времени, говорят о правильном ритме (*pulsus regularis*). Если интервалы между пульсовыми волнами становятся различными, то можно вести речь о неправильном ритме (*pulsus irregularis*).

Напряжение пульса определяется сопротивлением артерии нажиму давящего пальца. Для определения напряжения пульса необходимо поместить на лучевую артерию 2–3 пальца правой руки. Проксимальный палец надавливает на артерию, а дистальный палец в это время пальпирует пульс. Сила, которую необходимо приложить, пока дистальный палец не перестанет ощущать пульсацию, дает представление о напряжении пульса.

О **наполнении пульса** судят по пульсовому изменению объема пальпируемой артерии. Для определения наполнения пульса после надавливания на артерию проксимальный палец быстро отпу-

скается, а дистальный палец в это время ощутит наполнение артерии кровью.

Величина (высота) пульса отражает амплитуду колебаний стенки артерий во время прохождения пульсовой волны. В основном величина пульса складывается из его наполнения и напряжения.

Форма (скорость) пульса зависит от быстроты изменения объема пальпируемой артерии.



Рисунок 14. Пальпация пульса на лучевой артерии

ОКОНЧАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ:

- вымыть и осушить руки (с использованием жидкого мыла или антисептика для обработки рук);
- записать результаты в соответствующую медицинскую документацию.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ СВЕДЕНИЯ ОБ ОСОБЕННОСТЯХ ВЫПОЛНЕНИЯ МЕТОДИКИ

Прощупывание пульса на **лучевой артерии** необходимо начинать на обеих руках одновременно, так как колебания артерий могут быть неодинаковыми вследствие уменьшения пульсовой волны над одной из артерий (различный пульс, *pulsus differens*). Такой пульс может определяться при сужении просвета или аномалии расположения одной из лучевых, плечевых или подключичных артерий. У больных с выраженным митральным стенозом также можно обнаружить раз-

личный пульс (**признак Савельева**), что объясняется сдавливанием резко увеличенным левым предсердием левой подключичной артерии. При выявлении различного пульса исследование его остальных свойств проводят на той лучевой артерии, на которой пульсовые волны лучше выражены. При отсутствии разницы пульса дальнейшее его исследование проводят на одной руке.

ДОСТИГАЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОЦЕНКА

Частота пульса. В норме в состоянии покоя частота пульса составляет 60–80 ударов в 1 мин. Пульс может быть частым (*pulsus frequens*) или редким (*pulsus rarus*). Частота пульса зависит от ряда причин. Частый пульс возникает при физической нагрузке, волнении. Резкое учащение пульса наблюдается при психическом возбуждении.

У хорошо тренированных спортсменов наблюдается урежение пульса до 45–50 ударов в 1 мин. Во время сна и вообще в лежачем положении пульс становится более редким. Повышение частоты пульса называется **тахикардией** (*tachis* – быстрый), а замедление – **брадикардией** (*bradis* – медленный).

Ритм пульса. В норме пульс ритмичный. Иногда на фоне правильного ритма ощущаются добавочные слабые пульсовые волны с последующей удлинненной паузой (компенсаторной паузой). В этом случае можно говорить об **экстрасистолии**. Помимо этого возможно определить периодическое выпадение пульса без экстрасистолического сокращения. Это называется **периодом Самойлова-Венкебаха** и может наблюдаться при неполной атриовентрикулярной блокаде. Ритм пульса может изменяться в зависимости от фазы дыхания (на вдохе происходит учащение пульса, на выдохе – урежение). Такая дыхательная аритмия может наблюдаться у здоровых людей.

При фибрилляции предсердий наблюдается полная неправильность пульса, отдельные пульсовые волны разнообразной величины следуют друг за другом без всякого порядка. Полная атриовентрикулярная блокада сердца может быть распознана по очень медленному, с частотой менее 40 ударов в 1 мин, правильному и регулярному пульсу. При наличии **перемежающегося пульса** (*pulsus alternans*) наблюдается правильное чередование друг с другом сильной и слабой пульсовых волн.

Особую разновидность представляет собой **парадоксальный пульс** (pulsus paradoxus, или pulsus respiratione intermittens), когда во время вдоха пульс становится очень слабым или вовсе исчезает. Такой пульс наблюдается при слипчивом медиастиноперикардите и при спайках перикарда и диафрагмы, затрудняющих систолу сердца.

При аритмиях сердца у больных может выявляться симптом, обозначаемый как **дефицит пульса** – наличие разницы между числом сокращений сердца и числом пульсовых волн. Вследствие малой величины часть пульсовых волн при аритмии не доходит до периферии, поэтому возникает дефицит пульса. Это состояние может наблюдаться при фибрилляции предсердий, экстрасистолии.

Наполнение пульса. Пульс, дающий ощущение обильного наполнения, называется **полным** (pulsus plenus), а противоположный ему – **пустым** (pulsus vacuus).

Напряжение пульса. Пульс может быть **твердым** (pulsus durus) или **мягким** (pulsus mollis). Напряжение пульса отражает уровень артериального давления. Очень напряженный, почти не сжимающийся под давлением пальца пульс называется **«проволочным»** пульсом.

У здорового человека наполнение и напряжение пульса – среднее.

Величина пульса. При большой амплитуде колебания стенки артерий (в результате увеличения ударного объема крови и снижения тонуса сосудистой стенки) пульс становится **высоким** или **большим** (pulsus magnus). Напротив, при уменьшении колебания стенки артерии (снижении ударного объема крови и повышении тонуса сосудистой стенки) пульс становится **низким** или **малым** (pulsus parvus). Очень слабый пульс (мягкий и пустой) называется **нитевидным** (pulsus filiformis).

Форма пульса. Быстрое растяжение и такое же быстрое спадение стенки артерии приводят к появлению **скорого пульса** (pulsus celer). Скорый пульс может наблюдаться при кратковременном психогенном возбуждении сердечной деятельности, при недостаточности полулунных клапанов аорты, гипертиреозе. Медленный подъем и медленный спад пульсовой волны способствуют возникновению **медленного пульса** (pulsus tardus). Он наблюдается при стенозе устья аорты.

ИЗМЕРЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

ЦЕЛЬ: оценить состояние сердечно-сосудистой системы.

ПОКАЗАНИЯ: диагностика заболеваний сердечно-сосудистой системы, проведение нагрузочных проб, по назначению врача.

ОСНАЩЕНИЕ: стетоскоп или фонендоскоп, тонометр, учетная документация.

ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ:

- представиться пациенту, объяснить цель и ход процедуры;
- вымыть и осушить руки (с использованием жидкого мыла или антисептика для обработки рук);
- придать пациенту удобное положение (горизонтальное или сидя).

ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ДЕЙСТВИЙ

1. Предложить пациенту освободить руку от одежды.
2. Провести измерение артериального давления по методу Н. С. Короткова.

Перед наложением манжетки из нее предварительно необходимо выпустить воздух, край манжетки, к которому примыкает резиновая трубка, должен быть обращен книзу и располагаться на 2–3 см выше локтевой ямки.

Манжетка закрепляется таким образом, чтобы между ней и кожей можно было поместить один палец. Рука пациента (несколько согнутая в локтевом суставе) лежит на ровной поверхности с ладонью, обращенной вверх, мышцы ее должны быть расслаблены. Мембрана фонендоскопа прикладывается к локтевой ямке достаточно плотно, но без сильного давления (рис. 15).

Далее (при закрытом вентиле) начинают нагнетать воздух в манжетку, создавая давление на 20–30 мм рт. ст. выше того уровня, при котором исчезают все звуки на сосудах и перестает определяться пульс ниже места компрессии.

Последующее «сбрасывание» давления в манжетке должно осуществляться медленно (примерно со скоростью 3–5 мм рт. ст. в секунду).

ду). После определения уровня систолического давления, которому соответствует момент появления четких тонов Короткова, последующий сброс давления может быть более быстрым (примерно 5–10 мм рт. ст. на каждый выслушиваемый тон). Диастолическое давление соответствует тому давлению в манжетке, при котором тоны начинают резко стихать.



Рисунок 15. Измерение артериального давления на плечевой артерии

ОКОНЧАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ:

- вымыть и осушить руки (с использованием жидкого мыла или антисептика для обработки рук);
- записать результаты в соответствующую медицинскую документацию.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ СВЕДЕНИЯ ОБ ОСОБЕННОСТЯХ ВЫПОЛНЕНИЯ МЕТОДИКИ

Прежде чем приступать к измерению артериального давления у пациента, необходимо убедиться в исправности самого аппарата (целостность манжетки, сохранность груши и т. д.). При использовании ртут-

ного тонометра следует обратить внимание на то, чтобы уровень ртути в стеклянной трубке соответствовал нулевой отметке.

При выборе манжетки нужно помнить, что оптимальная ее ширина должна составлять 13–14 см, а длина – 50 см.

При первом измерении артериального давления у пациента желательно определить его на обеих руках, поскольку полученные показатели могут отличаться друг от друга. В ряде случаев может потребоваться повторное (с интервалом в несколько минут) трехкратное измерение артериального давления (особенно у возбужденных больных) с последующим определением средних величин.

Для диагностики некоторых заболеваний большое значение имеет определение артериального давления на нижних конечностях. В данном случае манжетка накладывается на бедро, а воронку фонендоскопа помещают на подколенную артерию. Больной при этом находится в положении лежа на животе. Полученные цифры систолического давления (измеренные таким образом на бедренной артерии) примерно на 10–40 мм рт. ст. превышают систолическое давление на плечевой артерии, а диастолическое давление на бедренной артерии оказывается таким же, как и на плечевой артерии.

ДОСТИГАЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОЦЕНКА

Отклонение артериального давления от нормы наблюдается достаточно часто. Повышение артериального давления выше нормы (140/90 мм рт. ст. и более) носит название **гипертонии**. Стойкое повышение артериального давления наблюдается при эссенциальной гипертонической болезни и симптоматических гипертензиях.

Понижение артериального давления носит название **гипотонии**. Наблюдается она при острой сосудистой недостаточности, инфаркте миокарда, диффузном миокардите.

Резкое **увеличение пульсового давления** (в результате умеренного повышения систолического давления и выраженного снижения диастолического давления) характерно для недостаточности аортального клапана (во время диастолы часть крови возвращается обратно к сердцу, что приводит к быстрому снижению диастолического давления), для гипертиреоза (в результате снижения тонуса артериол).

**Классификация артериальной гипертонии
по степени повышения уровня АД**

Категории	Уровень давления (мм рт. ст.)	
	систолическое	диастолическое
Оптимальное давление	< 120	< 80
Нормальное давление	< 130	< 85
Высокое нормальное	130–139	85–89
Гипертония 1-й степени (мягкая)	140–159	90–99
Гипертония 2-й степени (умеренная)	160–179	100–109
Гипертония 3-й степени (тяжелая)	> 180	> 110
Изолированная систолическая гипертония	> 140	< 90

ГЛАВА 3. ИССЛЕДОВАНИЕ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

ПОВЕРХНОСТНАЯ ПАЛЬПАЦИЯ ЖИВОТА

ЦЕЛЬ: выявить участки болезненности и напряжения передней брюшной стенки.

ПОКАЗАНИЯ: диагностика заболеваний органов брюшной полости, диагностика патологии брюшной стенки, по назначению врача.

ОСНАЩЕНИЕ: учетная документация.

ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ:

- представиться пациенту, объяснить цель и ход процедуры;
- вымыть и осушить руки (с использованием жидкого мыла или антисептика для обработки рук);
- придать пациенту горизонтальное положение.

ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ДЕЙСТВИЙ

1. Предложить пациенту освободить живот от одежды.
2. Выполнить поверхностную пальпацию живота в определенной методической последовательности.
3. Провести поверхностную ориентировочную пальпацию, провести поверхностную сравнительную пальпацию.

При проведении **поверхностной ориентировочной пальпации** врач свою правую ладонь кладет плашмя на живот больного и проводит легкие, осторожные надавливающие движения пальцами на переднюю брюшную стенку (рис. 16). Обычно начинают пальпацию с левой подвздошной области, затем постепенно перемещают ладонь в околопупочную область, левый боковой отдел живота, левое подреберье, эпигастральный угол, правое подреберье, правый боковой отдел живота, околопупочную область справа и правую подвздошную область.

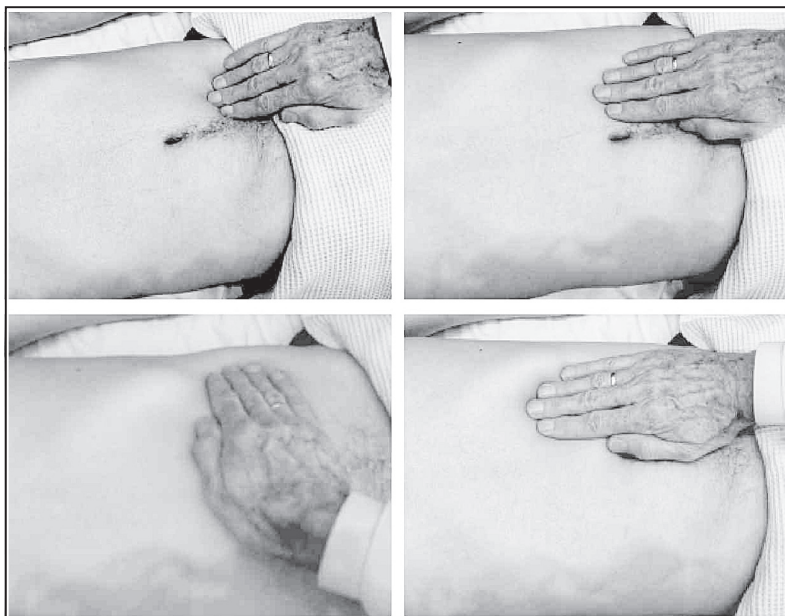


Рисунок 16. Положение кисти при поверхностной пальпации живота

При **поверхностной сравнительной пальпации** исследование проводят на симметричных участках, начиная с левой подвздошной области, в следующей последовательности: подвздошная область слева и справа, околопупочная область слева и справа, боковой отдел живота слева и справа, подреберье левое и правое, эпигастральная область слева и справа от белой линии живота.

Заканчивается поверхностная пальпация исследованием белой линии живота на наличие грыж и расхождения прямых мышц живота (рис. 17). Для этого просят больного, находящегося в горизонтальном положении, приподнять голову, оторвав ее от подушки без помощи рук, а врач в это время проводит своим указательным пальцем правой руки по средней линии живота ниже мечевидного отростка.

При обнаружении грыжевого выпячивания проверяют, насколько легко и свободно удастся его вправить в брюшную полость, уточняют состояние и размеры грыжевых ворот, наличие сращения в области грыжевого мешка, пытаются определить его содержимое (сальник, петля кишки).



Рисунок 17. Исследование белой линии живота

ОКОНЧАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ:

- вымыть и осушить руки (с использованием жидкого мыла или антисептика для обработки рук);
- записать результаты в соответствующую медицинскую документацию.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ СВЕДЕНИЯ ОБ ОСОБЕННОСТЯХ ВЫПОЛНЕНИЯ МЕТОДИКИ

Правила проведения пальпации живота. Чтобы пальпация живота достигла своей цели, прежде всего необходимо максимальное расслабление мышц брюшной стенки. В определенной степени это обеспечивается правильным дыханием больного, которое при проведении пальпации должно быть диафрагмальным.

При пальпации живота пациенту необходимо лежать ровно, с руками, сложенными на груди или вытянутыми вдоль туловища, на кушетке или кровати с низким изголовьем. Сгибание ног в коленных суставах для лучшего расслабления мышц брюшной стенки у больного не рекомендуется, поскольку желаемый эффект при этом, как правило, не достигается. В некоторых случаях для расслабления мышц брюшного пресса бывает полезно просто отвлечь внимание больного от действий врача каким-либо разговором.

Врач садится с правой стороны от пациента (ни в коем случае нельзя пальпировать стоя!) таким образом, чтобы сиденье стула находилось примерно на одном уровне с кроватью. Нельзя проводить пальпацию холодными руками, так как это вызовет рефлекторное сокращение мышц брюшного пресса. Ногти пальцев кистей врача должны быть коротко острижены.

Полноценное проведение пальпации живота бывает затруднено у больных с ожирением, метеоризмом, асцитом. Не всегда легко провести пальпацию у физически тренированных людей с хорошо развитыми мышцами брюшного пресса.

ДОСТИГАЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОЦЕНКА

У здорового человека при **поверхностной пальпации живота** болевые ощущения не возникают, напряжение мышц брюшной стенки незначительное.

В тех случаях, когда при поверхностной пальпации отмечаются резистентность или более выраженное напряжение мышц брюшной стенки (**симптом мышечной защиты**), можно сделать заключение о вовлечении брюшины в воспалительный процесс. Например, при остром холецистите во время поверхностной пальпации выявляются локальная болезненность и напряжение мышц брюшной стенки в области правого подреберья, при остром аппендиците – в правой паховой области.

О развитии перитонита свидетельствует появление положительно-го **симптома Щеткина-Блюмберга** – резкого усиления болей при внезапном отнятии от передней брюшной стенки пальпирующей руки.

При поверхностной пальпации, кроме того, обращают внимание на возможные изменения кожных покровов и подкожной клетчатки.

ГЛУБОКАЯ ПАЛЬПАЦИЯ ЖИВОТА

ЦЕЛЬ: исследование органов брюшной полости.

ПОКАЗАНИЯ: диагностика заболеваний органов брюшной полости, по назначению врача.

ОСНАЩЕНИЕ: учетная документация.

ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ:

- представиться пациенту, объяснить цель и ход процедуры;
- вымыть и осушить руки (с использованием жидкого мыла или антисептика для обработки рук);
- придать пациенту горизонтальное положение.

ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ДЕЙСТВИЙ

1. Предложить пациенту освободить живот от одежды.
2. Выполнить глубокую пальпацию живота по методу В. П. Образцова.

3. Провести пальпацию сигмовидной кишки, провести пальпацию слепой кишки, провести пальпацию восходящей и нисходящей частей ободочной кишки, провести пальпацию поперечно-ободочной кишки, провести пальпацию желудка, провести пальпацию привратника.

Необходимым условием выполнения **глубокой пальпации** является правильное положение кисти. Пальпация осуществляется врачом правой рукой с согнутыми в межфаланговых суставах кончиками четырех сложенных пальцев.

Последовательность пальпации следующая: сначала ощупывается сигмовидная кишка, потом слепая, восходящий отдел, нисходящий отдел, поперечно-ободочная кишка, желудок, привратник.

Пальпация сигмовидной кишки. Правая рука устанавливается на передней брюшной стенке в левой подвздошной области на границе средней и наружной трети линии, соединяющей пупок с верхней остью подвздошной кости, параллельно длиннику сигмовидной кишки. Затем во время вдоха больного поверхностным движением пальцев правой руки по направлению к пупку создают кожную складку. Во время двух-трех выдохов больного, когда наступает расслабление мышц брюшного пресса, пальцы плавно погружают в брюшную полость. Достигнув задней брюшной стенки (при задержке дыхания), скользят по ней по направлению от пупка к передней верхней ости подвздошной кости.

Пальпация слепой кишки. Правая рука устанавливается на передней брюшной стенке в правой подвздошной области. Техника пальпации слепой кишки аналогична таковой при пальпации сигмовидной кишки. Если пропальпировать слепую кишку сразу не удалось, паль-

пацию следует повторить. При напряжении мышц брюшного пресса можно тенаром и большим пальцем свободной левой руки надавить около пупка на переднюю брюшную стенку и продолжить исследование слепой кишки пальцами правой руки. Этим приемом напряжение брюшной стенки в области слепой кишки переносится на соседнюю.

Пальпация восходящей и нисходящей частей ободочной кишки. Вначале пальпируют восходящую часть, затем нисходящую. Кисть левой руки ладонной поверхностью сначала подкладывают под правую поясничную область, а потом под левую. Это увеличивает плотность задней брюшной стенки, так как пальпируемые участки кишки лежат на мягких тканях. Левую руку прижимают к соответствующей половине поясничной области и направляют навстречу пальпирующей правой (**бимануальная пальпация**). Правую руку устанавливают в области правого и левого фланков несколько кнаружи от края прямой мышцы живота ниже пупочной линии.

Во время вдоха по направлению к пупку формируют кожную складку. Во время выдоха пальцы в 2–3 этапа погружаются в брюшную полость, пока не появится ощущение соприкосновения с левой рукой. Затем при задержке дыхания скользящим движением пальцев правой руки складку перекатывают через восходящий (нисходящий) отрезок. По свойствам эти отрезки напоминают слепую и сигмовидную кишку, только они более ограничены в подвижности.

Пальпация поперечно-ободочной кишки. Проводится двумя руками по обе стороны от срединной линии живота (билатеральная пальпация) после определения нижней границы большой кривизны желудка, служащей ориентиром ее расположения. Для этого слегка согнутые пальцы обеих рук располагают горизонтально на 2–3 см ниже границы большой кривизны. Затем поверхностным движением на вдохе набирают кожную складку вверх, а во время выдоха пациента постепенно погружают пальцы в брюшную полость (в 2–3 вдоха и выдоха) до задней стенки и скользят по ней вниз (при задержке дыхания).

Пальпация желудка. Пальпация проводится в эпигастральной области. Прежде чем пальпировать желудок, необходимо определить нижнюю границу большой кривизны желудка методом аускульты-перкуссии или аускульты-аффрикции.

После определения нижней границы желудка руку с согнутыми пальцами ставят на область нижней границы желудка (рис. 18).

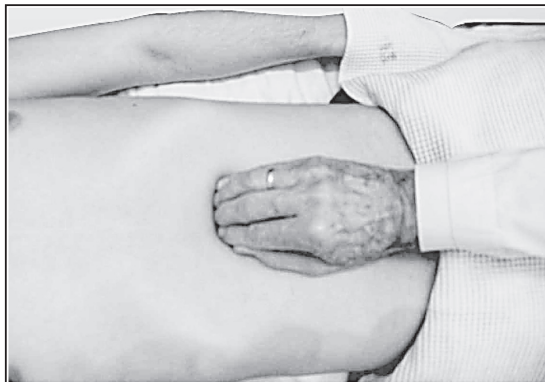


Рисунок 18. Пальпация большой кривизны желудка

Поверхностным движением пальцев вверх к мечевидному отростку собирают кожную складку. Затем во время выдоха пациента (в 2–3 этапа) погружают кончики пальцев вглубь до достижения позвоночника и при задержке дыхания скользят вниз. Большая кривизна желудка ощущается в виде «валика», расположенного на позвоночнике.

Для нахождения большой кривизны желудка можно использовать способ пальпации «двойной рукой». С этой целью кончики пальцев левой руки накладывают на конечные фаланги правой и производят ими глубокую скользящую пальпацию.

Пальпация привратника. Привратник пальпируют по биссектрисе угла, образованного белой линией живота и пупочной линией (справа от белой линии). Слегка согнутые пальцы правой руки устанавливают по этой биссектрисе и на вдохе набирают кожную складку. Во время выдоха больного постепенно погружают кончики пальцев правой руки вглубь и при задержке дыхания осуществляют скольжение перпендикулярно к продольной оси привратника сверху вниз и вправо, перекатывая складку через пилорический отдел желудка. Привратник прощупывается в виде тонкого цилиндрика, меняющего свою форму и консистенцию соответственно фазам сокращения и расслабления его мускулатуры.

При пальпации привратника можно услышать слабое урчание, вызываемое перемещением из него в двенадцатиперстную кишку жидкости и газа вследствие надавливания. Подвижность привратника составляет 2–3 см.

Пальпация поджелудочной железы. Сначала проводят определение нижней границы большой кривизны желудка. Затем устанавливают полусогнутые пальцы пальпирующей правой руки на 2–3 см выше большой кривизны желудка и во время вдоха поверхностным движением вверх набирают кожную складку.

Потом при каждом выдохе постепенно погружают пальцы до задней брюшной стенки и при задержке дыхания производят скользящее движение сверху вниз. При этом прощупывание поджелудочной железы (если оно вообще возможно) происходит через желудок в виде мягкого, горизонтально располагающегося, безболезненного, неподвижного, с нечеткими контурами цилиндра диаметром 1,5–2 см.

ОКОНЧАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ:

- вымыть и осушить руки (с использованием жидкого мыла или антисептика для обработки рук);
- записать результаты в соответствующую медицинскую документацию.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ СВЕДЕНИЯ ОБ ОСОБЕННОСТЯХ ВЫПОЛНЕНИЯ МЕТОДИКИ

Техника глубокой пальпации включает четыре приема:

- **установка кисти** над проекцией пальпируемого отдела кишечной трубки (пальцы пальпируемой руки согнуты во втором межфаланговом суставе (рис. 19));



Рисунок 19. Вид кисти при ее установке над проекцией пальпируемого отдела кишечника

- **набор кожной складки** (необходим в дальнейшем для скользящего движения руки (рис. 20));



Рисунок 20. Набор кожной складки при глубокой пальпации

- **погружение в брюшную полость на выдохе** (за 2–3 вдоха и выдоха, удерживая достигнутое положение пальцев после предыдущего выдоха (рис. 21));



Рисунок 21. Погружение в брюшную полость на выдохе

- **скольжение при задержке дыхания.** При выполнении скольжения (рис. 22) исследователь под своими пальцами ощущает кишечную трубку и оценивает ее размеры, консистенцию, подвижность, состояние поверхности, наличие болезненности.



Рисунок 22. Скольжение кисти во время глубокой пальпации

ДОСТИГАЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОЦЕНКА

Сигмовидная кишка у здорового человека пальпируется в 90–95 % случаев в виде гладкого, плотноватого, безболезненного, не урчащего цилиндра толщиной 2–3 см, подвижность ее варьирует до 3 см.

Наличие урчания говорит о скоплении газов и жидкого содержимого при ее воспалении (сигмоидит, дизентерия), что вызывает болезненность при пальпации. Сигмовидная кишка может увеличиваться, становиться плотной, бугристой, мало смещаемой при раке.

Слепая кишка пальпируется у 78–85 % людей в правой подвздошной области. В норме слепая кишка пальпируется в форме гладкого, безболезненного, слегка урчащего цилиндра шириной 3–5 см, умеренно упругого и слабоподвижного (2–3 см).

В патологии слепая кишка может быть излишне подвижной (врожденное удлинение брыжейки), неподвижной (при наличии спаек). Болезненность и громкое урчание наблюдаются при воспалительных процессах в ней. При туберкулезе и раке кишка может приобретать хрящевую консистенцию, становиться бугристой и малоподвижной. Объем кишки зависит от степени наполнения ее жидким содержимым и газом. Он увеличивается при запорах и уменьшается при поносах и спазме ее мускулатуры.

Восходящий и нисходящий отделы ободочной кишки у здоровых людей пальпируются редко, только у худощавых с тонкой и вялой брюшной стенкой.

В патологии их можно пропальпировать при полной кишечной непроходимости, новообразованиях.

В норме **поперечно-ободочная кишка** пальпируется в 70 % случаев. Она имеет форму цилиндра умеренной плотности, толщиной 4–5 см, безболезненного, не урчащего, легко смещаемого.

В патологии кишка может быть плотной, бугристой, деформированной при новообразовании. При язвенном колите, туберкулезе кишечника появляются болезненность, урчание. При спастическом колите поперечно-ободочная кишка прощупывается в виде шнура, при атонии – в виде мягкого цилиндра.

Пальпация желудка. В норме большая кривизна желудка находится у мужчин на 3–4 см, у женщин на 1–2 см выше пупка и пальпируется в 50–60 % случаев.

У здоровых людей поверхность желудка гладкая. При гастритах и язвенной болезни наблюдаются утолщение и болезненность большой кривизны при пальпации. При опухолях желудка изменяются его форма и консистенция, поверхность становится бугристой.

В норме **привратник** может пальпироваться в 20–25 % случаев. Более доступен для пальпации он при язвенной болезни во время его сокращения (пилороспазм). При опухолях привратник становится плотным, малоподвижным, бугристым, болезненным.

Поджелудочная железа в норме пальпируется очень редко в связи с ее глубоким расположением и мягкой консистенцией. Ее пальпация становится возможной лишь при значительном похудании больного и выраженной дряблости брюшной стенки, а также при увеличении и уплотнении железы.

Пальпация поджелудочной железы должна проводиться натошак (лучше после приема накануне слабительных средств) по всем правилам глубокой пальпации живота.

При хронических панкреатитах поджелудочная железа увеличивается, уплотняется, становится болезненной и поэтому может легко прощупываться. При опухолях, кистах она также увеличивается, становится бугристой, болезненной, может менять форму живота.

АУСКУЛЬТО-ПЕРКУССИЯ И АУСКУЛЬТО-АФФРИКЦИЯ ЖЕЛУДКА

ЦЕЛЬ: исследование нижней границы желудка.

ПОКАЗАНИЯ: диагностика заболеваний желудка, по назначению врача.

ОСНАЩЕНИЕ: стетоскоп или фонендоскоп, учетная документация.

ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ:

- представиться пациенту, объяснить цель и ход процедуры;
- вымыть и осушить руки (с использованием жидкого мыла или антисептика для обработки рук);
- придать пациенту горизонтальное положение.

ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ДЕЙСТВИЙ

1. Предложить пациенту освободить живот от одежды.
2. Выполнить аускульто-перкуссию и аускульто-аффрикцию желудка.



Рисунок 23. Аускульто-перкуссия живота для определения нижней границы желудка

При проведении **аускульто-перкуссии** в эпигастральной области устанавливают фонендоскоп (рис. 23), затем осуществляют тихую перкуссию одним пальцем в радиальном направлении от фонендоскопа

или, наоборот, к фонендоскопу. Граница большой кривизны желудка располагается по месту выслушивания громкого звука.

Методика **аускульто-аффрикции** аналогична методике аускульто-перкуссии, только перкуторный удар заменяется легким прерывистым скольжением по коже передней брюшной стенки.

ОКОНЧАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ:

- вымыть и осушить руки (с использованием жидкого мыла или антисептика для обработки рук);
- записать результаты в соответствующую медицинскую документацию.

ДОСТИГАЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОЦЕНКА

В норме нижняя граница желудка находится у мужчин на 3–4 см, у женщин на 1–2 см выше пупка. Расположение нижней границы желудка в норме может меняться в зависимости от степени наполнения желудка и кишечника, упитанности человека, изменения внутрибрюшного давления и др.

Диагностически значимым становится значительное смещение нижней границы желудка в результате его расширения или опущения.

ПЕРКУССИЯ ПЕЧЕНИ

ЦЕЛЬ: исследование гепато-билиарной системы.

ПОКАЗАНИЯ: диагностика заболеваний печени и желчевыводящих путей, по назначению врача.

ОСНАЩЕНИЕ: учетная документация.

ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ:

- представиться пациенту, объяснить цель и ход процедуры;
- вымыть и осушить руки (с использованием жидкого мыла или антисептика для обработки рук);
- придать пациенту горизонтальное положение.

ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ДЕЙСТВИЙ

1. Предложить пациенту освободить живот от одежды.
2. Определить границы печени по методу М. Г. Курлова.

Прежде чем пальпировать печень, рекомендуется перкуторно определить ее границы. Это позволяет не только судить о величине печени, но и определить, с какого места следует начинать пальпацию. На практике границы печени определяют по методу М. Г. Курлова.

Перкуссия печени начинается с определения верхней границы (**первый размер**) по правой срединно-ключичной линии при помощи тихой перкуссии. Пациент должен располагаться в горизонтальном положении. Поскольку эта граница практически совпадает с нижней границей правого легкого, то перкуссию ведут так же, как и при определении нижней границы правого легкого, располагая палец-пlessиметр соответственно ребрам и межреберьям (начиная со II межреберья) и отмечая найденную границу по месту перехода ясного звука в тупой. Верхняя граница в норме находится в V межреберье. Нижнюю границу определяют по этой же линии, но палец-пlessиметр перемещают на уровень пупка, устанавливают параллельно предполагаемой границе и проводят тихую перкуссию снизу вверх до появления тупого звука.

Второй размер печеночной тупости по М. Г. Курлову определяется по передней срединной линии. Верхнюю границу печени по этой линии определить не представляется возможным, так как выше печени расположено сердце. Поэтому верхнюю границу определяют условно, проводя горизонтальную линию из верхней точки первого размера до пересечения со срединной линией. При определении нижней границы печени палец-пlessиметр устанавливают на уровне пупка перпендикулярно к срединной линии и проводят тихую перкуссию, перемещаясь вверх до появления тупого перкуторного звука.

Третий размер печеночной тупости по М. Г. Курлову (косой размер) определяют по левой реберной дуге. Условная верхняя точка совпадает с верхней точкой второго размера. Для определения нижней точки палец-пlessиметр устанавливают на левую реберную дугу перпендикулярно к ней, проводят тихую перкуссию и смещаются вверх до появления тупого перкуторного тона.

ОКОНЧАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ:

- вымыть и осушить руки (с использованием жидкого мыла или антисептика для обработки рук);
- записать результаты в соответствующую медицинскую документацию.

ДОСТИГАЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОЦЕНКА

В норме первый прямой размер печени составляет 9–10 см; второй прямой размер составляет 7–9 см; третий косой размер составляет 6–8 см.

Смещение нижнего края печени выявляется при опущении печени, но в этом случае происходит опущение и верхней границы печени, определяемой при перкуссии.

Обычно смещение нижнего края печени происходит при увеличении печени (гепатомегалии), которая может отмечаться при различных заболеваниях (гепатиты, жировая инфильтрация и цирроз печени, застойная сердечная недостаточность, опухоль печени). При истинном увеличении печени положение верхней границы ее абсолютной тупости, как правило, не изменяется, тогда как размеры печеночной тупости возрастают.

ПАЛЬПАЦИЯ ПЕЧЕНИ

ЦЕЛЬ: исследование гепато-билиарной системы.

ПОКАЗАНИЯ: диагностика заболеваний печени и желчевыводящих путей, по назначению врача.

ОСНАЩЕНИЕ: учетная документация.

ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ:

- представиться пациенту, объяснить цель и ход процедуры;
- вымыть и осушить руки (с использованием жидкого мыла или антисептика для обработки рук);
- придать пациенту горизонтальное положение.

ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ДЕЙСТВИЙ

1. Предложить пациенту освободить живот от одежды.
2. Провести пальпацию печени по методу В. П. Образцова, провести баллотирующую пальпацию печени.

При проведении **пальпации печени по методу В. П. Образцова** больной принимает горизонтальное положение (лежа на спине), а врач садится на стул справа от него. Мышцы живота должны быть максимально расслаблены. Прежде чем установить правую руку для проведения пальпации, перкуторно определяют нижнюю границу абсолютной тупости печени по срединно-ключичной линии.

Левой рукой врач фиксирует область правого подреберья больного таким образом, чтобы ладонь прилегала к задне-боковой поверхности грудной клетки, а большой палец фиксировал правую реберную дугу сбоку и частично спереди. Эта фиксация препятствует расширению грудной клетки во время выдоха и способствует движению диафрагмы, в результате чего печень опускается и становится доступной для пальпации.

Правая рука со слегка согнутыми пальцами располагается по срединно-ключичной линии на несколько сантиметров ниже границы абсолютной печеночной тупости (рис. 24).

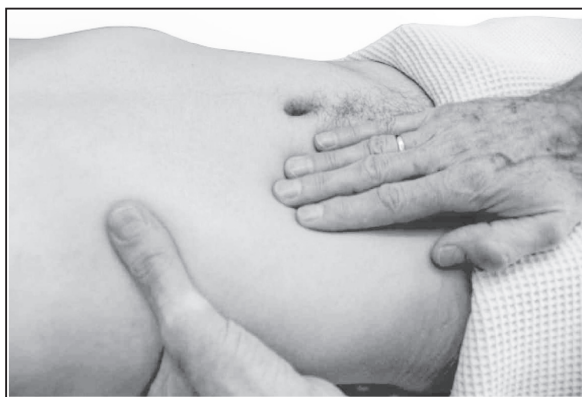


Рисунок 24. Пальпация печени

Пальпация проводится синхронно с дыханием. В момент выдоха пальпирующая рука погружается в брюшную полость перпендикулярно к брюшной стенке. На вдохе рука движется вперед и вверх.

Образующаяся кожная складка на высоте вдоха пропускается под пальцами. Этот прием повторяется до контакта с краем печени.

Баллотирующая пальпация печени. Кончиками четырех согнутых и сложенных вместе пальцев правой руки проводят короткие толчки перпендикулярно по отношению к предполагаемой поверхности печени, начиная с уровня пупка или чуть ниже и перемещая постепенно правую руку по направлению к реберной дуге.

Как только пальцы нанесут толчок в области края печени, последний сначала погрузится вглубь брюшной полости, а затем вернется обратно и слегка ударит о пальцы (**симптом плавающей льдинки**).

ОКОНЧАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ:

- вымыть и осушить руки (с использованием жидкого мыла или антисептика для обработки рук);
- записать результаты в соответствующую медицинскую документацию.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ СВЕДЕНИЯ ОБ ОСОБЕННОСТЯХ ВЫПОЛНЕНИЯ МЕТОДИКИ

При скоплении значительного количества жидкости в брюшной полости (**асцит**) пропальпировать печень с помощью обычных приемов зачастую не удастся. В таких случаях применяют методику баллотирующей пальпации, позволяющей ориентировочно судить о положении нижнего края печени.

ДОСТИГАЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОЦЕНКА

При пальпации печени по методу В. П. Образцова – Н. Д. Стражеско у большинства здоровых людей печень не пальпируется. В ряде случаев в норме при глубоком вдохе можно пропальпировать нижний край печени, располагаясь на 1 см ниже края реберной дуги. При этом край печени мягкий, ровный, слегка заостренный, безболезненный.

При заболеваниях печени она становится болезненной и увеличивается в размерах, оказывается разной плотности вплоть до так называемой каменной при раке печени, а поверхность – бугристой у больных с циррозом и раком.

ПАЛЬПАЦИЯ СЕЛЕЗЕНКИ

ЦЕЛЬ: исследование гепато-лиенальной системы.

ПОКАЗАНИЯ: диагностика заболеваний селезенки, диагностика заболеваний печени, диагностика заболеваний органов кроветворения, по назначению врача.

ОСНАЩЕНИЕ: учетная документация.

ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ:

- представиться пациенту, объяснить цель и ход процедуры;
- вымыть и осушить руки (с использованием жидкого мыла или антисептика для обработки рук);
- придать пациенту горизонтальное положение.

ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ДЕЙСТВИЙ

1. Предложить пациенту освободить живот от одежды.
2. Провести пальпацию селезенки в положении больного на спине, провести пальпацию селезенки в положении больного на правом боку.

Пальпация селезенки проводится в положении больного на спине или на правом боку.

При пальпации селезенки в положении больного на спине врач садится справа от больного, лицом к нему и кладет свою левую руку на область VII–X ребер по левым подмышечным линиям (рис. 25). С помощью такой фиксации левой половины грудной клетки больного ограничивается ее дыхательная подвижность и создаются условия для лучшего движения селезенки во время вдоха по направлению к передней поверхности брюшной стенки.

Правая рука врача со слегка согнутыми четырьмя пальцами устанавливается на передней брюшной стенке напротив X ребра параллельно реберной дуге и на 3–5 см ниже нее. На выдохе больного правая рука врача поверхностным движением оттягивает кожу по направлению к пупку и кончики пальцев погружаются вглубь брюшной полости, перемещая их в сторону левого подреберья.

Затем, не отпуская руки, врач просит больного сделать глубокий вдох, во время которого селезенка (если она увеличена) выходит из-под края реберной дуги, наталкивается на пальпирующие пальцы (которые должны оставаться неподвижными) и «соскальзывает» с них.



Рисунок 25. Пальпация селезенки

При пальпации селезенки в положении больного на правом боку больной подкладывает свою правую руку под голову, левую руку сгибает в локтевом суставе и располагает на передней поверхности грудной клетки. Правую ногу пациент вытягивает свободно, а левую ногу сгибает в коленном и тазобедренном суставах, благодаря чему достигается максимальное расслабление мышц передней брюшной стенки.

Методика проведения пальпации селезенки аналогична таковой при пальпации селезенки в положении больного на спине.

ОКОНЧАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ:

- вымыть и осушить руки (с использованием жидкого мыла или антисептика для обработки рук);
- записать результаты в соответствующую медицинскую документацию.

ДОСТИГАЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОЦЕНКА

В норме селезенка не пальпируется. Опушение селезенки встречается довольно редко (например, при экссудативном плеврите в случае

большого скопления выпота). Считается, что пропальпировать селезенку можно при ее увеличении минимум в 1,5 раза.

При некоторых заболеваниях (хронический лейкоз, гемолитическая анемия) селезенка может достигать огромных размеров, становится плотной, с гладкой поверхностью и закругленным краем. При эхинококкозе, кистах, инфарктах селезенки поверхность ее становится неровной.

СИМПТОМ ЩЕТКИНА-БЛЮМБЕРГА

ЦЕЛЬ: исследование желудочно-кишечного тракта.

ПОКАЗАНИЯ: диагностика перитонита, по назначению врача.

ОСНАЩЕНИЕ: учетная документация.

ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ:

- представиться пациенту, объяснить цель и ход процедуры;
- вымыть и осушить руки (с использованием жидкого мыла или антисептика для обработки рук);
- придать пациенту горизонтальное положение.

ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ДЕЙСТВИЙ

1. Предложить пациенту освободить живот от одежды.
2. Определить симптом Щеткина-Блюмберга.

Врач медленно погружает пальцы своей правой кисти глубоко в брюшную полость пациента, а затем осуществляет быстрое снятие своей руки с передней брюшной стенки и оценивает ощущения у исследуемого.

ОКОНЧАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ:

- вымыть и осушить руки (с использованием жидкого мыла или антисептика для обработки рук);
- записать результаты в соответствующую медицинскую документацию.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ СВЕДЕНИЯ ОБ ОСОБЕННОСТЯХ ВЫПОЛНЕНИЯ МЕТОДИКИ

Отчетливое усиление болевых ощущений в момент резкого отнятия врачом пальпирующей руки с передней брюшной стенки пациента вызвано раздражением воспаленного листка брюшины у больных диффузным или ограниченным перитонитом. У таких пациентов параллельно с этим наблюдается местное напряжение брюшного пресса.

ДОСТИГАЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОЦЕНКА

При наличии перитонита в момент снятия руки врача с передней брюшной стенки пациента резко усиливаются болевые ощущения.

СИМПТОМ МЕНДЕЛЯ

ЦЕЛЬ: исследование желудочно-кишечного тракта.

ПОКАЗАНИЯ: диагностика заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки, по назначению врача.

ОСНАЩЕНИЕ: учетная документация.

ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ:

- представиться пациенту, объяснить цель и ход процедуры;
- вымыть и осушить руки (с использованием жидкого мыла или антисептика для обработки рук);
- придать пациенту горизонтальное положение.

ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ДЕЙСТВИЙ

1. Предложить пациенту освободить живот от одежды.
2. Выполнить перкуссию по Менделю.

Перкуссию по Менделю применяют для определения чувствительности передней брюшной стенки. Средним пальцем правой руки врач наносит легкие отрывистые перкуторные удары по верхним отделам правой и левой прямых мышц живота.

ОКОНЧАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ:

- вымыть и осушить руки (с использованием жидкого мыла или антисептика для обработки рук);
- записать результаты в соответствующую медицинскую документацию.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ СВЕДЕНИЯ ОБ ОСОБЕННОСТЯХ ВЫПОЛНЕНИЯ МЕТОДИКИ

Причиной болезненности является повышенная чувствительность пристеночного листка брюшины в месте, соответствующем больному органу (в результате висцеросенсорного рефлекса).

ДОСТИГАЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОЦЕНКА

При наличии язвы желудка или двенадцатиперстной кишки на месте удара ощущается болезненность.

ТОЧКА ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

ЦЕЛЬ: исследование гепато-билиарной системы.

ПОКАЗАНИЯ: диагностика заболеваний печени и желчного пузыря, по назначению врача.

ОСНАЩЕНИЕ: учетная документация.

ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ:

- представиться пациенту, объяснить цель и ход процедуры;
- вымыть и осушить руки (с использованием жидкого мыла или антисептика для обработки рук);
- придать пациенту горизонтальное положение.

ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ДЕЙСТВИЙ

1. Предложить пациенту освободить живот от одежды.
2. Выполнить определение болезненности в точке желчного пузыря.

Врач погружает указательный палец своей правой руки в брюшную полость пациента в месте пересечения наружного края правой прямой мышцы живота с правой реберной дугой (точка Кера).

ОКОНЧАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ:

- вымыть и осушить руки (с использованием жидкого мыла или антисептика для обработки рук);
- записать результаты в соответствующую медицинскую документацию.

**ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ СВЕДЕНИЯ
ОБ ОСОБЕННОСТЯХ ВЫПОЛНЕНИЯ МЕТОДИКИ**

Причиной болезненности является непосредственное раздражение воспаленного желчного пузыря.

ДОСТИГАЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОЦЕНКА

Болезненность при пальпации в точке желчного пузыря наблюдается при воспалительных заболеваниях желчного пузыря.

СИМПТОМ МЕРФИ

ЦЕЛЬ: исследование гепато-билиарной системы.

ПОКАЗАНИЯ: диагностика заболеваний печени и желчного пузыря, по назначению врача.

ОСНАЩЕНИЕ: учетная документация.

ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ:

- представиться пациенту, объяснить цель и ход процедуры;
- вымыть и осушить руки (с использованием жидкого мыла или антисептика для обработки рук);
- придать пациенту горизонтальное положение.

ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ДЕЙСТВИЙ

1. Предложить пациенту освободить живот от одежды.
2. Определить симптом Мерфи.

Врач равномерно надавливает большим пальцем своей правой руки в точке желчного пузыря (месте пересечения наружного края правой прямой мышцы живота с правой реберной дугой) на выдохе пациента. Затем больному предлагают сделать глубокий вдох. При этом у него «захватывает дыхание» и отмечается резкая болезненность в исследуемой области.

ОКОНЧАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ:

- вымыть и осушить руки (с использованием жидкого мыла или антисептика для обработки рук);
- записать результаты в соответствующую медицинскую документацию.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ СВЕДЕНИЯ ОБ ОСОБЕННОСТЯХ ВЫПОЛНЕНИЯ МЕТОДИКИ

Причиной болезненности является непосредственное раздражение воспаленного желчного пузыря.

ДОСТИГАЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОЦЕНКА

Положительный симптом Мерфи характерен для острого холецистита.

СИМПТОМ КУРВУАЗЬЕ

ЦЕЛЬ: исследование гепато-билиарной системы.

ПОКАЗАНИЯ: диагностика заболеваний печени и желчного пузыря, диагностика заболеваний поджелудочной железы, диагностика заболеваний двенадцатиперстной кишки, по назначению врача.

ОСНАЩЕНИЕ: учетная документация.

ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ:

- представиться пациенту, объяснить цель и ход процедуры;
- вымыть и осушить руки (с использованием жидкого мыла или антисептика для обработки рук);
- придать пациенту горизонтальное положение.

ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ДЕЙСТВИЙ

1. Предложить пациенту освободить живот от одежды.
2. Определить симптом Курвуазье.

Врач свою правую ладонь кладет плашмя на переднюю брюшную стенку больного и проводит легкие, осторожные надавливающие движения пальцами на переднюю брюшную стенку в проекции правого подреберья.

ОКОНЧАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ:

- вымыть и осушить руки (с использованием жидкого мыла или антисептика для обработки рук);
- записать результаты в соответствующую медицинскую документацию.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ СВЕДЕНИЯ ОБ ОСОБЕННОСТЯХ ВЫПОЛНЕНИЯ МЕТОДИКИ

При пальпации желчный пузырь определяется в виде безболезненного, гладкого эластичного тела грушевидной формы в сочетании с желтухой.

Причиной увеличения желчного пузыря является появление функционального застоя в нем.

ДОСТИГАЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОЦЕНКА

Симптом Курвуазье может наблюдаться при обтурации выхода из желчного пузыря (например, камнем, или при эмпиеме, водянке желчного пузыря, сдавлении общего желчного протока при раке головки поджелудочной железы, или опухоли в области большого сосочка двенадцатиперстной кишки).

ФРЕНИКУС-СИМПТОМ (СИМПТОМ МЮССИ-ГЕОРГИЕВСКОГО)

ЦЕЛЬ: исследование гепато-билиарной системы.

ПОКАЗАНИЯ: диагностика заболеваний печени и желчного пузыря, по назначению врача.

ОСНАЩЕНИЕ: учетная документация.

ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ:

- представиться пациенту, объяснить цель и ход процедуры;
- вымыть и осушить руки (с использованием жидкого мыла или антисептика для обработки рук);
- придать пациенту горизонтальное положение.

ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ДЕЙСТВИЙ

1. Предложить пациенту освободить живот от одежды.
2. Определить френикус-симптом.

Врач надавливает указательным пальцем своей правой руки на точку диафрагмального нерва, расположенную в надключичной области между ножками правой грудинно-ключично-сосцевидной мышцы, и сравнивает ощущения пациента справа и слева.

ОКОНЧАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ:

- вымыть и осушить руки (с использованием жидкого мыла или антисептика для обработки рук);
- записать результаты в соответствующую медицинскую документацию.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ СВЕДЕНИЯ ОБ ОСОБЕННОСТЯХ ВЫПОЛНЕНИЯ МЕТОДИКИ

Причиной болезненности является раздражение ветвей диафрагмального нерва при остром воспалении желчного пузыря. Френикус-симптом справа может наблюдаться также при прободении язвы двенадцатиперстной кишки.

надцатиперстной кишки, правостороннем поддиафрагмальном абсцессе, правосторонней нижнедолевой пневмонии.

ДОСТИГАЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОЦЕНКА

Положительный френеникус-симптом справа характерен для острого холецистита.

ХОЛЕДОХО-ПАНКРЕАТИЧЕСКАЯ ЗОНА

ЦЕЛЬ: исследование гепато-билиарной системы.

ПОКАЗАНИЯ: диагностика заболеваний печени и желчного пузыря, по назначению врача.

ОСНАЩЕНИЕ: учетная документация.

ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ:

- представиться пациенту, объяснить цель и ход процедуры;
- вымыть и осушить руки (с использованием жидкого мыла или антисептика для обработки рук);
- придать пациенту горизонтальное положение.

ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ДЕЙСТВИЙ

1. Предложить пациенту освободить живот от одежды.
2. Определить болезненность в холедохо-панкреатической зоне.

Врач погружает указательный палец своей правой руки в брюшную полость пациента в зоне, располагающейся на 5 см вправо от пупка по поперечной пупочной линии и далее на 2 см вверх.

ОКОНЧАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ:

- вымыть и осушить руки (с использованием жидкого мыла или антисептика для обработки рук);
- записать результаты в соответствующую медицинскую документацию.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ СВЕДЕНИЯ ОБ ОСОБЕННОСТЯХ ВЫПОЛНЕНИЯ МЕТОДИКИ

Причиной болезненности является опосредованное раздражение желчного пузыря.

ДОСТИГАЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОЦЕНКА

Появление болезненности при пальпации в холедохо-панкреатической зоне наблюдается при воспалительном поражении желчного пузыря.

СИМПТОМ ОРТНЕРА (СИМПТОМ ГРЕКОВА-ОРТНЕРА)

ЦЕЛЬ: исследование гепато-билиарной системы.

ПОКАЗАНИЯ: диагностика заболеваний печени и желчного пузыря, по назначению врача.

ОСНАЩЕНИЕ: учетная документация.

ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ:

- представиться пациенту, объяснить цель и ход процедуры;
- вымыть и осушить руки (с использованием жидкого мыла или антисептика для обработки рук);
- придать пациенту горизонтальное положение.

ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ДЕЙСТВИЙ

1. Предложить пациенту освободить живот от одежды.
2. Определить симптом Ортнера.

Врач локтевым (внутренним) краем кисти своей правой руки совершает легкое поколачивание по реберной дуге пациента. Обязательно нужно провести поколачивание по обеим реберным дугам для сравнения болевых ощущений.

ОКОНЧАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ:

- вымыть и осушить руки (с использованием жидкого мыла или антисептика для обработки рук);
- записать результаты в соответствующую медицинскую документацию.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ СВЕДЕНИЯ ОБ ОСОБЕННОСТЯХ ВЫПОЛНЕНИЯ МЕТОДИКИ

Причиной болезненности является опосредованное раздражение желчного пузыря.

ДОСТИГАЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОЦЕНКА

Положительный симптом Ортнера встречается при воспалительных заболеваниях желчного пузыря, дискинезиях желчного пузыря, перигепатите, иногда при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (в результате развития спаечного процесса между двенадцатиперстной кишкой и желчным пузырем).

ГЛАВА 4. ИССЛЕДОВАНИЕ ОРГАНОВ МОЧЕОТДЕЛЕНИЯ

ПАЛЬПАЦИЯ ПОЧЕК

ЦЕЛЬ: исследование мочевыводящей системы.

ПОКАЗАНИЯ: диагностика заболеваний почек и мочевыводящих путей, по назначению врача.

ОСНАЩЕНИЕ: учетная документация.

ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ:

- представиться пациенту, объяснить цель и ход процедуры;
- вымыть и осушить руки (с использованием жидкого мыла или антисептика для обработки рук);
- придать пациенту горизонтальное или вертикальное положение.

ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ДЕЙСТВИЙ

1. Предложить пациенту освободить живот от одежды.
2. Провести пальпацию почек в положении пациента лежа, провести пальпацию почек в положении пациента стоя.

Пальпация почек в положении лежа. При пальпации почек по методу В. П. Образцова больной лежит на спине с вытянутыми ногами, голова его располагается на низком изголовье, мышцы брюшного пресса максимально расслаблены, руки пациента находятся на грудной клетке. Врач сидит на стуле с правой стороны от больного. Пальпация проводится бимануально.

При пальпации правой почки врач подкладывает свою левую ладонную поверхность под правую поясничную область больного таким образом, чтобы кончики пальцев находились вблизи позвоночника, несколько ниже XII ребра.

При пальпации левой почки врач продвигает свою левую руку под туловище больного за позвоночник таким образом, чтобы ее ладонная поверхность была под левой половиной поясницы, чуть ниже XII ребра.

Слегка согнутые четыре пальца пальпирующей правой руки врач устанавливает снаружи от латерального края соответствующей (правой или левой) прямой мышцы живота пациента. При выдохе больного пальпирующие пальцы правой руки постепенно погружаются вглубь брюшной полости (в 2–3 этапа), одновременно левая ладонь приближает к ней поясничную область. Погружение пальпирующей правой руки производят настолько глубоко в брюшную полость, насколько это позволяет расслабление мышц брюшного пресса и толщины брюшной стенки больного. Достигнув «предела» погружения пальцев правой руки и надавливая одновременно пальцами левой руки на поясничную область, врач просит больного сделать неглубокий вдох животом и задержать дыхание (рис. 26).



Рисунок 26. Пальпация почек в горизонтальном положении

Если почка доступна пальпации, то ее нижний полюс пройдет под пальцами правой руки. В момент пальпации можно также определить форму почки (в норме – бобовидная), величину (в норме – длинник почки равен примерно 12 см, поперечник – примерно 6 см), подвижность, консистенцию (в норме – плотная, упругая, эластичная). Обычно пальпация почки для пациента проходит безболезненно, однако у части больных в момент пальпации может появляться неприятное ощущение, напоминающее тошноту.

Почка обладает способностью к **баллотированию** (прием **Гюйона**). Для проведения этого приема выполняют следующие действия: после «предельного» погружения пальцев правой руки и задержки

дыхания после неглубокого вдоха животом пациента врач пальцами своей левой руки наносит короткие быстрые толчки по поясничной области. При этом почка приблизится к пальпирующим пальцам правой руки и, ударившись о них, отойдет назад.

Пальпация почек в вертикальном положении пациента проводится по такой же методике, что и в горизонтальном положении. При этом пациент становится лицом или чуть боком к врачу, сидящему на стуле. Правая рука врача устанавливается кнаружи от латерального края соответствующей (правой или левой) прямой мышцы живота пациента. Пальцы своей левой руки врач устанавливает в поясничную область больного вблизи позвоночника, несколько ниже XII ребра (рис. 27).

Затем за 2–3 дыхательных движения происходит постепенное погружение правой руки врача вглубь брюшной полости пациента при сближении с левой рукой, которая оказывает давление на поясничную область больного.

Достигнув «предела» погружения пальцев правой руки и надавливая одновременно пальцами левой руки на поясничную область, врач просит больного сделать неглубокий вдох животом и задержать дыхание.

Дополнительно можно провести и скольжение по почке, если она увеличена или опущена.



Рисунок 27. Пальпация почек в вертикальном положении

Следует указать, что данный метод пальпации почки применим к людям с умеренно развитой подкожной клетчаткой. У людей тучных прощупать почку в положении стоя тяжело, так как при этом у них нависает резко утолщенная брюшная стенка.

ОКОНЧАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ:

- вымыть и осушить руки (с использованием жидкого мыла или антисептика для обработки рук);
- записать результаты в соответствующую медицинскую документацию.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ СВЕДЕНИЯ ОБ ОСОБЕННОСТЯХ ВЫПОЛНЕНИЯ МЕТОДИКИ

Существует три степени опущения почек. При нефроптозе I степени отчетливо прощупывается нижний полюс почки, при нефроптозе II степени удастся пропальпировать не только нижний, но и верхний полюс почки, а при нефроптозе III степени, в результате выраженной подвижности почки, она может пальпироваться в паховой области и даже иногда в противоположной половине живота. При этом обычно увеличивается подвижность и второй почки.

ДОСТИГАЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОЦЕНКА

В норме почки практически никогда не пальпируются, лишь у лиц астенического телосложения (чаще у женщин) в вертикальном положении возможно пропальпировать нижний полюс правой почки.

В патологии почки могут пальпироваться в связи с их увеличением (опухоль, поликистоз и др.) или опущением (нефроптоз).

МОЧЕТОЧНИКОВЫЕ ТОЧКИ

ЦЕЛЬ: исследование мочевыводящей системы.

ПОКАЗАНИЯ: диагностика заболеваний почек и мочевыводящих путей, по назначению врача.

ОСНАЩЕНИЕ: учетная документация.

ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ:

- представиться пациенту, объяснить цель и ход процедуры;
- вымыть и осушить руки (с использованием жидкого мыла или антисептика для обработки рук);
- придать пациенту горизонтальное положение.

ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ДЕЙСТВИЙ

1. Предложить пациенту освободить живот от одежды.

2. Определить болезненность в верхних мочеточниковых точках, определить болезненность в средних мочеточниковых точках, определить болезненность в нижних мочеточниковых точках.

Болевые точки прощупываются в положении больного лежа на спине. Врач поочередно глубоко и отвесно погружает указательный или средний палец своей руки в симметричных точках на передней брюшной стенке пациента.

Сначала пальпируют **верхние мочеточниковые точки**, которые находятся в месте пересечения с обеих сторон наружного края прямой мышцы живота и горизонтальной пупочной линии. Затем пальпируют **средние мочеточниковые точки**, которые располагаются по линии биилиака (линия, соединяющая гребни обеих подвздошных костей) на $1/3$ расстояния от передней срединной линии до подвздошной ости. И в заключение определяют болезненность в **нижних мочеточниковых точках**, которые располагаются в месте пересечения с обеих сторон наружного края прямой мышцы живота с лобковой костью.

ОКОНЧАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ:

- вымыть и осушить руки (с использованием жидкого мыла или антисептика для обработки рук);
- записать результаты в соответствующую медицинскую документацию.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ СВЕДЕНИЯ ОБ ОСОБЕННОСТЯХ ВЫПОЛНЕНИЯ МЕТОДИКИ

Причиной болезненности в мочеточниковых точках является растяжение мочеточников при обструкции их конкрементом, сгустком крови, гноя.

ДОСТИГАЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОЦЕНКА

Болезненность при надавливании в мочеточниковых точках характерна для патологии мочеточников.

РЕБЕРНО-ПОЗВОНОЧНЫЕ ТОЧКИ

ЦЕЛЬ: исследование мочевыводящей системы.

ПОКАЗАНИЯ: диагностика заболеваний почек и мочевыводящих путей, по назначению врача.

ОСНАЩЕНИЕ: учетная документация.

ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ:

- представиться пациенту, объяснить цель и ход процедуры;
- вымыть и осушить руки (с использованием жидкого мыла или антисептика для обработки рук);
- придать пациенту горизонтальное положение.

ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ДЕЙСТВИЙ

1. Предложить пациенту освободить живот от одежды.
2. Определить болезненность в реберно-позвоночных точках.

Реберно-позвоночные точки пальпируются в положении больного лежа на животе. Врач поочередно надавливает указательным или средним пальцем своей руки на симметричные точки на спине пациента, находящиеся в углу, образованном XII ребром и позвоночником.

ОКОНЧАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ:

- вымыть и осушить руки (с использованием жидкого мыла или антисептика для обработки рук);
- записать результаты в соответствующую медицинскую документацию.

ДОСТИГАЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОЦЕНКА

Болезненность при надавливании в реберно-позвоночных точках наблюдается при патологии почек. Также появление болезненности может наблюдаться при корешковом синдроме в поясничном отделе позвоночника у больных с остеохондрозом.

СИМПТОМ Ф. И. ПАСТЕРНАЦКОГО

ЦЕЛЬ: исследование мочевыводящей системы.

ПОКАЗАНИЯ: диагностика заболеваний почек и мочевыводящих путей, по назначению врача.

ОСНАЩЕНИЕ: учетная документация.

ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ:

- представиться пациенту, объяснить цель и ход процедуры;
- вымыть и осушить руки (с использованием жидкого мыла или антисептика для обработки рук);
- придать пациенту вертикальное положение.

ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ДЕЙСТВИЙ

1. Предложить пациенту освободить живот от одежды.
2. Определить симптом Ф. И. Пастернацкого.

Выявление болезненности осуществляется при поколачивании по поясничной области. Для определения этого симптома врач кладет свою левую руку на область XII ребра справа и слева от позвоночника и ребром ладони своей правой руки аккуратно наносит по ней короткие несильные удары (рис. 28).



Рисунок 28. Исследование симптома Пастернацкого

ОКОНЧАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ:

- вымыть и осушить руки (с использованием жидкого мыла или антисептика для обработки рук);
- записать результаты в соответствующую медицинскую документацию.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ СВЕДЕНИЯ ОБ ОСОБЕННОСТЯХ ВЫПОЛНЕНИЯ МЕТОДИКИ

Симптом Ф. И. Пастернацкого определяют в положении больного стоя или сидя, однако при необходимости проверить его можно и в положении пациента лежа, подкладывая руки под поясничную область и нанося ими толчки.

ДОСТИГАЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОЦЕНКА

Положительный симптом Ф. И. Пастернацкого отмечается при мочекаменной болезни (особенно в момент почечной колики), паранефрите, остром пиелонефрите. Необходимо помнить, что положительный симптом Ф. И. Пастернацкого может определяться при выраженном корешковом синдроме у больных с остеохондрозом позвоночника, при заболеваниях ребер, поясничных мышц, органов брюшной полости (желчного пузыря, поджелудочной железы и др.).

ГЛАВА 5. ИССЛЕДОВАНИЕ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ

ПАЛЬПАЦИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

ЦЕЛЬ: исследование эндокринной системы.

ПОКАЗАНИЯ: диагностика заболеваний щитовидной железы, по назначению врача.

ОСНАЩЕНИЕ: учетная документация.

ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ:

- представиться пациенту, объяснить цель и ход процедуры;
- вымыть и осушить руки (с использованием жидкого мыла или антисептика для обработки рук);
- придать пациенту горизонтальное положение.

ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ДЕЙСТВИЙ

1. Предложить пациенту освободить живот от одежды.
2. Провести пальпацию щитовидной железы.

Существуют три наиболее распространенных способа пальпации щитовидной железы.

При **первом способе** пальпации врач, находящийся спереди от больного, глубоко заводит согнутые II–V пальцы обеих кистей за задние края грудинно-ключично-сосцевидных мышц, а большие пальцы располагает в области щитовидных хрящей кнутри от передних краев грудинно-ключично-сосцевидных мышц (рис. 29).

Во время пальпации просят больного сделать глотательное движение, в результате которого щитовидная железа перемещается вместе с гортанью вверх и движется под пальцами врача. Перешеек щитовидной железы пальпируют на передней поверхности шеи с помощью скользящих движений пальцев в вертикальном направлении.



Рисунок 29. Пальпация щитовидной железы

При **втором способе** пальпации врач располагается справа и немного спереди от больного. Для большего расслабления мышц шеи больной слегка наклоняет голову кпереди.левой рукой врач фиксирует шею пациента, обхватив ее сзади таким образом, чтобы большой палец с одной стороны и остальные пальцы с другой стороны располагались у заднего края грудинно-ключично-сосцевидных мышц.

Пальпация щитовидной железы осуществляется пальцами правой руки (рис. 30), причем пальпация правой доли проводится большим или указательным пальцем, а пальпация левой доли – сложенными вместе остальными пальцами.



Рисунок 30. Пальпация щитовидной железы

При **третьем способе** пальпации врач становится сзади больного. Большие пальцы рук располагаются на задней поверхности шеи, а остальные пальцы устанавливаются на область щитовидных хрящей кнутри от переднего края грудинно-ключично-сосцевидных мышц (рис. 31).

При данном способе пальпации щитовидной железы ладони врача располагаются на боковых поверхностях шеи.



Рисунок 31. Пальпация щитовидной железы

ОКОНЧАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ:

- вымыть и осушить руки (с использованием жидкого мыла или антисептика для обработки рук);
- записать результаты в соответствующую медицинскую документацию.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ СВЕДЕНИЯ ОБ ОСОБЕННОСТЯХ ВЫПОЛНЕНИЯ МЕТОДИКИ

При пальпации оценивают консистенцию, характер увеличения, болезненность и подвижность щитовидной железы.

В нашей стране для характеристики размеров щитовидной железы принято выделять 5 степеней ее увеличения:

1-я степень – железа не видна, но прощупывается перешеек;

2-я степень – хорошо прощупываются боковые доли, железа заметна при глотании;

3-я степень – железа видна при осмотре («толстая шея»);

4-я степень – значительное увеличение щитовидной железы, выступающей за края кивательной мышцы и изменяющей форму шеи;

5-я степень – зоб огромных размеров.

ДОСТИГАЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОЦЕНКА

Доли щитовидной железы прикрыты спереди грудинно-ключично-сосцевидными мышцами, затрудняющими их пальпацию. Принято считать, что у здоровых людей (особенно у мужчин) щитовидная железа не пальпируется. Однако в некоторых случаях у женщин при худой шее в норме можно пропальпировать щитовидную железу, которая ощущается в виде мягкого валика, расположенного в области латеральной поверхности щитовидного хряща.

Нормальные размеры долей щитовидной железы не должны превышать при этом 3–6 см по длиннику, 3–4 см по поперечнику, 1–2 см в толщину.

ГЛАЗНЫЕ СИМПТОМЫ ГИПЕРТИРЕОЗА

Экзофтальм – пучеглазие (рис. 32):



Рисунок 32. Экзофтальм

Симптом Дальримпля – ненормальное расширение глазных щелей при обычном взгляде, что придает лицу больного удивленное выражение (рис. 33):



Рисунок 33. Симптом Дальримпля

Симптом Грефе – отставание верхнего века от движения глазного яблока при взгляде вниз (исследуемое лицо с неподвижно фиксированной головой в выпрямленном положении следит глазами за опускающимся пальцем врача и при переводе взгляда вниз между нижним краем верхнего века и верхним краем роговицы появляется полоска незакрытой склеры (рис. 34)):

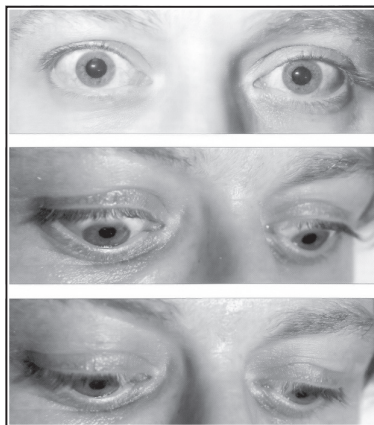


Рисунок 34. Симптом Грефе

Симптом Мебиуса – нарушение конвергенции глазных яблок при переводе взгляда на близкий предмет.

Симптом Штельвага – редкое непроизвольное мигание.

ГЛАВА 6. ПАЛЬПАЦИЯ ЛИМФОУЗЛОВ

ПАЛЬПАЦИЯ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ

ЦЕЛЬ: оценить состояние лимфатической системы.

ПОКАЗАНИЯ: диагностика воспалительного процесса, диагностика онкологических заболеваний, по назначению врача.

ОСНАЩЕНИЕ: учетная документация.

ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ:

- представиться пациенту, объяснить цель и ход процедуры;
- вымыть и осушить руки (с использованием жидкого мыла или антисептика для обработки рук);
- придать пациенту вертикальное положение.

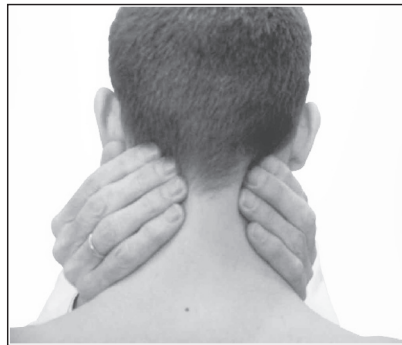
ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ДЕЙСТВИЙ

1. Предложить пациенту освободить грудную клетку от одежды.
2. Большинство лимфатических узлов пальпируют одновременно с обеих сторон легкими круговыми движениями подушечками вторых – пятых пальцев в местах их расположения. Определяют их размеры, форму, консистенцию, наличие болезненности, подвижность.
3. Проводить пальпацию поверхностных лимфоузлов в методической последовательности:

а) пальпация **затылочных лимфатических узлов**, которые располагаются в области прикрепления мышц головы и шеи к затылочной кости (рис. 35);

б) пальпация **заушных лимфоузлов**, которые находятся позади ушной раковины на сосцевидном отростке височной кости;

Рисунок 35. Пальпация затылочных лимфатических узлов



в) пальпация **околоушных лимфоузлов**, располагающихся в области околоушной слюнной железы;

г) исследование **поднижнечелюстных лимфатических узлов** (рис. 36) осуществляют следующим образом: врач укладывает пальцы кисти медиальнее края нижней челюсти с обеих сторон, просит пациента слегка наклонить голову и мягко проводит пальцы кнаружи к углу челюсти;

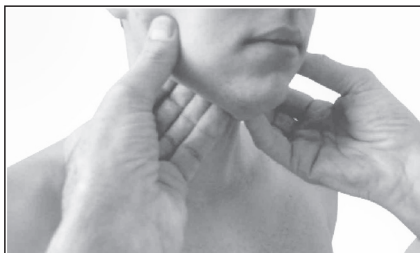


Рисунок 36. Пальпация поднижнечелюстных лимфатических узлов

д) **шейные лимфатические узлы** пальпируются по переднему и заднему краям грудинно-ключично-сосцевидной мышцы;

е) **надключичные лимфоузлы** пальпируются в надключичной области;

ж) **подключичные лимфоузлы** плохо поддаются пальпации, так как они прикрыты большой грудной мышцей;

з) при пальпации **подмышечных лимфатических узлов** больной слегка отводит свои руки в стороны. Врач в это время помещает свои пальцы глубоко в подмышечную ямку (рис. 37а). Отведенные руки больного возвращаются в исходное вертикальное положение, при этом пациент не должен плотно прижимать их к своей грудной клетке (рис. 37б). Пальпация проводится движением пальпирующих пальцев в направлении сверху вниз, скользя по боковой поверхности грудной клетки больного;

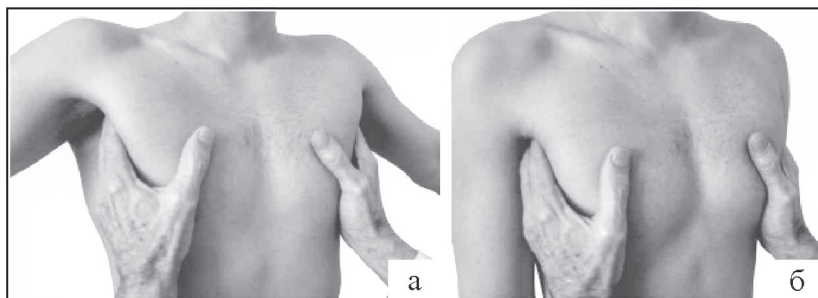


Рисунок 37. Пальпация подмышечных лимфатических узлов

и) при пальпации **локтевых лимфоузлов** (рис. 38) врач кистью своей руки захватывает нижнюю треть предплечья исследуемой руки пациента, сгибая ее в локтевом суставе под прямым углом. Затем указательным и средним пальцами другой руки врач скользящими движениями прощупывает их в области медиального желобка (между сухожилиями двуглавой мышцы);



Рисунок 38. Пальпация локтевых лимфатических узлов

к) **паховые лимфатические узлы** прощупываются в области пахового треугольника (*fossa inguinalis*) в поперечном к пупартовой связке направлении;

л) **подколенные лимфоузлы** пальпируются в подколенной ямке при немного согнутой в коленном суставе голени.

ОКОНЧАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ:

- вымыть и осушить руки (с использованием жидкого мыла или антисептика для обработки рук);
- записать результаты в соответствующую медицинскую документацию.

ДОСТИГАЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОЦЕНКА

У здорового человека большинство лимфатических узлов не пальпируется, чаще выявляют затылочные, поднижнечелюстные, шейные, подмышечные и паховые.

Длительно существующее увеличение шейных лимфоузлов может наблюдаться при туберкулезном лимфадените, лимфогранулематозе.

При раке желудка в надключичной области (в треугольнике между ножками грудинно-ключично-сосцевидной мышцы и верхним краем ключицы) можно прощупать плотный лимфатический узел («железа Вирхова» или «железа Вирхова-Труазье»), который представляет собой метастаз опухоли.

Увеличение лимфоузлов в подмышечной области может говорить о раке молочной железы, лимфогранулематозе, каких-то воспалительных процессах в области верхних конечностей.

Увеличение паховых лимфоузлов может наблюдаться при воспалительных процессах в области нижних конечностей, анального отверстия, при лейкозах, венерических заболеваниях.

Увеличение какой-либо группы узлов (региональная лимфаденопатия) наблюдается при инфекционных воспалительных и онкологических заболеваниях соответствующей локализации, увеличение всех лимфоузлов (генерализованная лимфаденопатия) или почти всех отмечается при болезнях системы крови (лимфогранулематоз, лейкозы), инфекционных заболеваниях (инфекционный мононуклеоз, цитомегаловирусная инфекция и др.), заболеваниях соединительной ткани.

ЛИТЕРАТУРА

Основная

1. *Мухин Н. А., Моисеев В. С.* Пропедевтика внутренних болезней : учебник. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. 848 с.

Дополнительная

2. *Бутов М. А.* Пропедевтика внутренних болезней. М. : Форум, 2011. 511 с.
3. *Довгялло О. Г., Сипарова Л. С., Федоренко Н. М. [и др.]*. Руководство к практическим занятиям по пропедевтике внутренних болезней. Расспрос и физические методы исследования. Минск : Высшейшая школа, 1986. 190 с.
4. *Кобалава Ж. Д., Моисеев В. С.* Практикум по пропедевтике внутренних болезней. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. 208 с.
5. *Манджони С.* Секреты клинической диагностики / пер. с англ.; под ред. А. В. Струтынского, Ю. П. Гапоненкова. М. : Издательство БИНОМ, 2004. 608 с.
6. *Образцов В. П.* Избранные труды. Киев : Гос. мед. издат. УССР, 1950. 304 с.
7. *Щукин Ю. В., Дьячков В. А., Рябов А. Е.* Пропедевтика внутренних болезней: методы исследования пациента. Ростов н/Д : Феникс, 2014. 287 с.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ ЗНАНИЙ

Выберите один правильный ответ.

1. ОСЛАБЛЕНИЕ ГОЛОСОВОГО ДРОЖАНИЯ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ
 - 1) при эмфиземе легких
 - 2) бронхите
 - 3) пневмонии
 - 4) синдроме компрессионного ателектаза
2. УСИЛЕНИЕ ГОЛОСОВОГО ДРОЖАНИЯ НАБЛЮДАЕТСЯ
 - 1) при синдроме бронхиальной обструкции
 - 2) синдроме пневмоторакса
 - 3) синдроме обтурационного ателектаза
 - 4) абсцессе легких (стадия опорожнения)
 - 5) синдроме гидроторакса
3. ЦЕЛЬЮ СРАВНИТЕЛЬНОЙ ПЕРКУССИИ ЯВЛЯЕТСЯ
 - 1) определение границ легких
 - 2) определение наличия патологического очага
 - 3) определение подвижности нижнего края легких
 - 4) определение жизненной емкости легких
4. НАД ПОЛОСТЬЮ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПЕРКУТОРНЫЙ ТОН
 - 1) легочный
 - 2) бедренный
 - 3) тимпанический
 - 4) коробочный
 - 5) притупленный
5. ПРИ НАЛИЧИИ В АЛЬВЕОЛАХ ЖИДКОСТИ И ВОЗДУХА (ПЕРВАЯ СТАДИЯ ПНЕВМОКОККОВОЙ ПНЕВМОНИИ) ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПЕРКУТОРНЫЙ ЗВУК
 - 1) ясный (легочный)
 - 2) коробочный
 - 3) тимпанический
 - 4) притупление с тимпаническим оттенком

6. ПРИ ЭМФИЗЕМЕ ЛЕГКИХ НАД ГРУДНОЙ КЛЕТКОЙ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПЕРКУТОРНЫЙ ЗВУК
- 1) тимпанический
 - 2) ясный (легочный)
 - 3) притупленный
 - 4) коробочный
 - 5) тупой
7. НАД ЛЕГКИМИ У ЗДОРОВЫХ ЛЮДЕЙ ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ МОЖНО УСЛЫШАТЬ
- 1) нормальное везикулярное дыхание
 - 2) ослабленное везикулярное дыхание
 - 3) усиленное везикулярное дыхание
 - 4) бронхиальное дыхание
8. ПРИ УПЛОТНЕНИИ ЛЕГОЧНОЙ ТКАНИ ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ ВЫЯВЛЯЕТСЯ ДЫХАНИЕ
- 1) ослабленное везикулярное
 - 2) везикулярное
 - 3) бронхиальное
 - 4) пуэрильное
 - 5) усиленное везикулярное
9. ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВЫЙ ТОЛЧОК У ЗДОРОВЫХ ЛЮДЕЙ ПАЛЬПИРУЕТСЯ
- 1) в V межреберье по срединно-ключичной линии
 - 2) V межреберье на 0,5–1,5 см кнутри от срединно-ключичной линии
 - 3) V межреберье на 1–1,5 см кнаружи от срединно-ключичной линии
10. ПРАВОЖЕЛУДОЧКОВЫЙ ТОЛЧОК В НОРМЕ МОЖЕТ ПАЛЬПИРОВАТЬСЯ
- 1) в III межреберье слева от левого края грудины
 - 2) IV межреберье слева от левого края грудины
 - 3) мезогастральной области
 - 4) IV межреберье справа от правого края грудины

11. ДЛЯ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОГО ТОЛЧКА У ЗДОРОВЫХ ЛИЦ НЕ ХАРАКТЕРНО
- 1) локализация в V межреберье на 0,5 см кнутри от срединно-ключичной линии
 - 2) средней силы
 - 3) положительный
 - 4) локализованный
 - 5) отрицательный
 - 6) средней высоты
12. УВЕЛИЧЕНИЕ ЧАСТОТЫ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ БОЛЬШЕ 90 В МИНУТУ НАЗЫВАЕТСЯ
- 1) нормокардией
 - 2) тахикардией
 - 3) брадикардией
13. ДЕФИЦИТ ПУЛЬСА НАБЛЮДАЕТСЯ
- 1) при низком АД
 - 2) состоянии, когда частота пульса меньше частоты сердечных сокращений
 - 3) редких сердечных сокращениях
 - 4) повышении АД
14. СИСТОЛИЧЕСКОЕ СЕРДЕЧНОЕ ДРОЖАНИЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ
- 1) в V межреберье справа от правого края грудины
 - 2) области левожелудочкового толчка
 - 3) области III–IV межреберья справа от правого края грудины
 - 4) области II межреберья справа от правого края грудины
15. ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВЫЙ ТОЛЧОК ПРИ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА
- 1) смещается влево
 - 2) смещается вправо
 - 3) смещается вверх
 - 4) становится отрицательным

-
16. ДЛЯ ПУЛЬСА ЗДОРОВОГО ЧЕЛОВЕКА НЕ ХАРАКТЕРНО СВОЙСТВО
- 1) ритмичный
 - 2) нитевидный
 - 3) удовлетворительного наполнения
 - 4) удовлетворительного напряжения
17. ПРАВОЖЕЛУДОЧКОВЫЙ ТОЛЧОК В ПАТОЛОГИИ ПОЯВЛЯЕТСЯ
- 1) при гипертрофии правого предсердия
 - 2) гипертрофии правого желудочка
 - 3) гипертрофии левого желудочка
 - 4) гипертрофии левого предсердия
18. ПРАВАЯ ГРАНИЦА ОТНОСИТЕЛЬНОЙ ТУПОСТИ СЕРДЦА В НОРМЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ
- 1) в IV межреберье на 0,5–1,5 см кнаружи от правого края грудины
 - 2) IV межреберье на 2,5 см кнаружи от правого края грудины
 - 3) IV межреберье на 1,0 см кнаружи от левого края грудины
 - 4) V межреберье на 0,5–1,5 см кнутри от левой срединно-ключичной линии
19. ЛЕВАЯ ГРАНИЦА ОТНОСИТЕЛЬНОЙ ТУПОСТИ СЕРДЦА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ
- 1) по левой срединно-ключичной линии в V межреберье
 - 2) на 0,5–1,5 см кнутри от левой срединно-ключичной линии в V межреберье
 - 3) на 1 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии в V межреберье
20. ПРИ ГИПЕРТРОФИИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА ГРАНИЦА СЕРДЦА СМЕЩАЕТСЯ
- 1) вверх
 - 2) вправо
 - 3) влево

21. ДЛЯ АУСКУЛЬТАЦИИ СЕРДЦА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ТОЧЕК
- 1) три
 - 2) пять
 - 3) четыре
 - 4) шесть
22. ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ СЕРДЦА В НОРМЕ МОЖЕТ ВЫСЛУШИВАТЬСЯ ТОНОВ
- 1) один
 - 2) два
 - 3) четыре
 - 4) пять
23. ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ СЕРДЦА У ЗДОРОВЫХ ЛЮДЕЙ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ
- 1) I и II тоны
 - 2) тон открытия митрального клапана
 - 3) IV тон
 - 4) диастолический шум
 - 5) ритм галопа
24. ТОЧКА НАИЛУЧШЕГО ВЫСЛУШИВАНИЯ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА НАХОДИТСЯ
- 1) в зоне абсолютной тупости сердца
 - 2) во II межреберье слева от грудины
 - 3) на верхушке сердца
 - 4) у мечевидного отростка
 - 5) во II межреберье справа от грудины
25. ТОЧКА НАИЛУЧШЕГО ВЫСЛУШИВАНИЯ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА НАХОДИТСЯ
- 1) в зоне абсолютной тупости сердца
 - 2) во II межреберье слева от грудины
 - 3) на верхушке сердца
 - 4) у мечевидного отростка
 - 5) во II межреберье справа от грудины

26. В МЕТОДИКУ ГЛУБОКОЙ ПАЛЬПАЦИИ НЕ ВХОДИТ ЭТАП
- 1) постановка руки
 - 2) набор кожной складки
 - 3) погружение на выдохе
 - 4) погружение на вдохе
 - 5) скольжение
27. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПОВЕРХНОСТНОЙ ОРИЕНТИРОВОЧНОЙ ПАЛЬПАЦИИ НЕ ИССЛЕДУЕТСЯ ОБЛАСТЬ
- 1) подвздошная
 - 2) околопупочная
 - 3) надлобковая
 - 4) боковой фланк живота
 - 5) подреберье
 - 6) эпигастрий
28. ПРОВЕДЕНИЕ ПОВЕРХНОСТНОЙ СРАВНИТЕЛЬНОЙ ПАЛЬПАЦИИ ЖИВОТА ЗАКАНЧИВАЮТ
- 1) поколачиванием по реберным дугам
 - 2) исследованием белой линии живота на предмет грыж, расхождения мышц
 - 3) оценкой диаметра зрачков
 - 4) оценкой тонуса мышц верхних конечностей
 - 5) пальпацией надлобковой области
29. НИЖНЯЯ ГРАНИЦА БОЛЬШОЙ КРИВИЗНЫ ЖЕЛУДКА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ МЕТОДОМ
- 1) аускульто-перкуссии
 - 2) УЗИ
 - 3) аускульто-пальпации
 - 4) ЭКГ
30. ПОЯВЛЕНИЕ ПОЛОЖИТЕЛЬНОГО СИМПТОМА ЩЕТКИ-НА-БЛЮМБЕРГА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О НАЛИЧИИ
- 1) перитонита
 - 2) грыжи пищеводного отверстия диафрагмы
 - 3) хронического гастрита
 - 4) хронического панкреатита

31. ПАЛЬПАЦИЮ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ ПРОВОДЯТ
- 1) в правой подвздошной области
 - 2) в левой подвздошной области
 - 3) по биссектрисе угла, образованного белой линией живота и пупочной линией справа от белой линии живота
 - 4) по обе стороны от срединной линии живота на уровне пупка
32. ВЫЯВЛЕНИЕ ШУМА ПЛЕСКА СПРАВА ОТ СРЕДНЕЙ ЛИНИИ В ЭПИГАСТРАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ ГОВОРИТ
- 1) о желчекаменной болезни
 - 2) остром гастрите
 - 3) геморрое
 - 4) стенозе привратника
33. ПЕРВЫЙ ПРЯМОЙ РАЗМЕР ПЕЧЕНИ ПРИ ПЕРКУССИИ ПО М. Г. КУРЛОВУ В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ
- 1) 9 ± 1 см
 - 2) 11 ± 1 см
 - 3) 7 ± 1 см
 - 4) 12 ± 1 см
 - 5) 13 ± 1 см
34. ВТОРОЙ ПРЯМОЙ РАЗМЕР ПЕЧЕНИ ПРИ ПЕРКУССИИ ПО М. Г. КУРЛОВУ В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ
- 1) 13 ± 1 см
 - 2) 10 ± 1 см
 - 3) 5 ± 1 см
 - 4) 12 ± 1 см
 - 5) 8 ± 1 см
35. ТРЕТИЙ КОСОЙ РАЗМЕР ПЕЧЕНИ ПРИ ПЕРКУССИИ ПО М. Г. КУРЛОВУ В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ
- 1) 9 ± 1 см
 - 2) 10 ± 1 см
 - 3) 7 ± 1 см
 - 4) 12 ± 1 см
 - 5) 13 ± 1 см

36. ПРИ ПАЛЬПАЦИИ ПУЛЬСА НЕЛЬЗЯ ОПРЕДЕЛИТЬ

- 1) частоту
- 2) ритм
- 3) наполнение
- 4) характер
- 5) напряжение

37. СИМПТОМ МЕРФИ – ЭТО

- 1) болезненность при поколачивании в эпигастральной области
- 2) болезненность при поколачивании по реберным дугам
- 3) болезненность при надавливании между ножками кивательной мышцы
- 4) болезненность при надавливании в точке желчного пузыря на вдохе
- 5) болезненность при поколачивании в поясничной области

38. СИМПТОМ МЕНДЕЛЯ – ЭТО

- 1) болезненность при поколачивании в эпигастральной области
- 2) болезненность при поколачивании по реберным дугам
- 3) болезненность при надавливании между ножками кивательной мышцы
- 4) болезненность при надавливании в точке желчного пузыря на вдохе
- 5) болезненность при поколачивании в поясничной области

39. СИМПТОМ Ф. И. ПАСТЕРНАЦКОГО – ЭТО

- 1) болезненность при поколачивании в эпигастральной области
- 2) болезненность при поколачивании по реберным дугам
- 3) болезненность при надавливании между ножками кивательной мышцы
- 4) болезненность при надавливании в точке желчного пузыря на вдохе
- 5) болезненность при поколачивании в поясничной области

40. СИМПТОМ ОРТНЕРА – ЭТО

- 1) болезненность при поколачивании в эпигастральной области
- 2) болезненность при поколачивании по реберным дугам
- 3) болезненность при надавливании между ножками кивательной мышцы
- 4) болезненность при надавливании в точке желчного пузыря на вдохе
- 5) болезненность при поколачивании в поясничной области

41. ФРЕНИКУС-СИМПТОМ – ЭТО

- 1) болезненность при поколачивании в эпигастральной области
- 2) болезненность при поколачивании по реберным дугам
- 3) болезненность при надавливании между ножками кивательной мышцы
- 4) болезненность при надавливании в точке желчного пузыря на вдохе
- 5) болезненность при поколачивании в поясничной области

42. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ГЛУБОКОЙ МЕТОДИЧЕСКОЙ СКОЛЬ-
ЗЯЩЕЙ ПАЛЬПАЦИИ НЕ ИССЛЕДУЕТСЯ

- 1) сигмовидная кишка
- 2) слепая кишка
- 3) поперечная ободочная кишка
- 4) восходящая ободочная кишка
- 5) нисходящая ободочная кишка
- 6) прямая кишка

43. БОЛЕЗНЕННОСТЬ ВЕРХНИХ МОЧЕТОЧНИКОВЫХ ТОЧЕК
ПРОВЕРЯЕТСЯ

- 1) в месте пересечения с обеих сторон наружного края прямой мышцы живота с лобковой костью
- 2) в месте пересечения реберных дуг с наружным краем прямой мышцы живота
- 3) на 5 см вправо от пупка по поперечной пупочной линии и далее на 2 см вверх

- 4) в месте пересечения пупочной линии с наружным краем прямой мышцы живота
- 5) по линии библиака на $\frac{1}{3}$ расстояния от передней срединной линии до подвздошной ости

44. БОЛЕЗНЕННОСТЬ СРЕДНИХ МОЧЕТОЧНИКОВЫХ ТОЧЕК ПРОВЕРЯЕТСЯ

- 1) в месте пересечения с обеих сторон наружного края прямой мышцы живота с лобковой костью
- 2) в месте пересечения реберных дуг с наружным краем прямой мышцы живота
- 3) на 5 см вправо от пупка по поперечной пупочной линии и далее на 2 см вверх
- 4) в месте пересечения пупочной линии с наружным краем прямой мышцы живота
- 5) по линии библиака на $\frac{1}{3}$ расстояния от передней срединной линии до подвздошной ости

45. БОЛЕЗНЕННОСТЬ НИЖНИХ МОЧЕТОЧНИКОВЫХ ТОЧЕК ПРОВЕРЯЕТСЯ

- 1) в месте пересечения с обеих сторон наружного края прямой мышцы живота с лобковой костью
- 2) в месте пересечения реберных дуг с наружным краем прямой мышцы живота
- 3) на 5 см вправо от пупка по поперечной пупочной линии и далее на 2 см вверх
- 4) в месте пересечения пупочной линии с наружным краем прямой мышцы живота
- 5) по линии библиака на $\frac{1}{3}$ расстояния от передней срединной линии до подвздошной ости

46. ТОЧКА ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ НАХОДИТСЯ

- 1) между ножками кивательной мышцы
- 2) на 5 см вправо от пупка по поперечной пупочной линии и далее на 2 см вверх
- 3) в месте пересечения XII ребра с поясничной мышцей справа
- 4) в месте пересечения правой реберной дуги с наружным краем прямой мышцы живота

- 5) в симметричных точках на спине пациента, находящихся в углу, образованном XII ребром и позвоночником

47. СИМПТОМ КУРВУАЗЬЕ – ЭТО

- 1) безболезненный, гладкий, эластичный желчный пузырь в сочетании с желтухой
- 2) болезненность при поколачивании по реберным дугам
- 3) болезненность при надавливании между ножками кивательной мышцы
- 4) болезненность при надавливании в точке желчного пузыря на вдохе
- 5) болезненность при поколачивании в поясничной области

48. ХОЛЕДОХО-ПАНКРЕАТИЧЕСКАЯ ЗОНА РАСПОЛАГАЕТСЯ

- 1) в месте пересечения линии библиака с наружным краем прямой мышцы живота
- 2) в месте пересечения реберных дуг с наружным краем прямой мышцы живота
- 3) на 5 см вправо от пупка по поперечной пупочной линии и далее на 2 см вверх
- 4) в месте пересечения пупочной линии с наружным краем прямой мышцы живота
- 5) в симметричных точках на спине пациента, находящихся в углу, образованном XII ребром и позвоночником

49. РЕБЕРНО-ПОЗВОНОЧНЫЕ ТОЧКИ РАСПОЛАГАЮТСЯ

- 1) в месте пересечения линии библиака с наружным краем прямой мышцы живота
- 2) в месте пересечения реберных дуг с наружным краем прямой мышцы живота
- 3) на 5 см вправо от пупка по поперечной пупочной линии и далее на 2 см вверх
- 4) в месте пересечения пупочной линии с наружным краем прямой мышцы живота
- 5) в симметричных точках на спине пациента, находящихся в углу, образованном XII ребром и позвоночником

50. ДЛЯ 1-Й СТЕПЕНИ УВЕЛИЧЕНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ХАРАКТЕРНО

- 1) железа видна при осмотре («толстая шея»)
- 2) значительное увеличение щитовидной железы, выступающей за края кивательной мышцы и изменяющей форму шеи
- 3) железа не видна, но прощупывается перешеек
- 4) зоб огромных размеров
- 5) хорошо прощупываются боковые доли, железа заметна при глотании

51. ДЛЯ 2-Й СТЕПЕНИ УВЕЛИЧЕНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ХАРАКТЕРНО

- 1) железа видна при осмотре («толстая шея»)
- 2) значительное увеличение щитовидной железы, выступающей за края кивательной мышцы и изменяющей форму шеи
- 3) железа не видна, но прощупывается перешеек
- 4) зоб огромных размеров
- 5) хорошо прощупываются боковые доли, железа заметна при глотании

52. ДЛЯ 3-Й СТЕПЕНИ УВЕЛИЧЕНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ХАРАКТЕРНО

- 1) железа видна при осмотре («толстая шея»)
- 2) значительное увеличение щитовидной железы, выступающей за края кивательной мышцы и изменяющей форму шеи
- 3) железа не видна, но прощупывается перешеек
- 4) зоб огромных размеров
- 5) хорошо прощупываются боковые доли, железа заметна при глотании

53. ДЛЯ 4-Й СТЕПЕНИ УВЕЛИЧЕНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ХАРАКТЕРНО

- 1) железа видна при осмотре («толстая шея»)
- 2) значительное увеличение щитовидной железы, выступающей за края кивательной мышцы и изменяющей форму шеи

- 3) железа не видна, но прощупывается перешеек
- 4) зоб огромных размеров
- 5) хорошо прощупываются боковые доли, железа заметна при глотании

54. ДЛЯ 5-Й СТЕПЕНИ УВЕЛИЧЕНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ХАРАКТЕРНО

- 1) железа видна при осмотре («толстая шея»)
- 2) значительное увеличение щитовидной железы, выступающей за края кивательной мышцы и изменяющей форму шеи
- 3) железа не видна, но прощупывается перешеек
- 4) зоб огромных размеров
- 5) хорошо прощупываются боковые доли, железа заметна при глотании

55. СИМПТОМ ГРЕФЕ – ЭТО

- 1) болезненность при поколачивании по реберным дугам
- 2) отставание верхнего века от движения глазного яблока при взгляде вниз
- 3) ненормальное расширение глазных щелей при обычном взгляде
- 4) нарушение конвергенции глазных яблок при переводе взгляда на близкий предмет
- 5) нарушение прохождения пищи по пищеводу
- 6) редкое непроизвольное мигание

56. СИМПТОМ ДАЛЬРИМПЛЯ – ЭТО

- 1) болезненность при поколачивании по реберным дугам
- 2) отставание верхнего века от движения глазного яблока при взгляде вниз
- 3) ненормальное расширение глазных щелей при обычном взгляде
- 4) нарушение конвергенции глазных яблок при переводе взгляда на близкий предмет
- 5) нарушение прохождения пищи по пищеводу
- 6) редкое непроизвольное мигание

57. СИМПТОМ МЕБИУСА – ЭТО

- 1) болезненность при поколачивании по реберным дугам
- 2) отставание верхнего века от движения глазного яблока при взгляде вниз
- 3) ненормальное расширение глазных щелей при обычном взгляде
- 4) нарушение конвергенции глазных яблок при переводе взгляда на близкий предмет
- 5) нарушение прохождения пищи по пищеводу
- 6) редкое произвольное мигание

58. СИМПТОМ ШТЕЛЬВАГА – ЭТО

- 1) болезненность при поколачивании по реберным дугам
- 2) отставание верхнего века от движения глазного яблока при взгляде вниз
- 3) ненормальное расширение глазных щелей при обычном взгляде
- 4) нарушение конвергенции глазных яблок при переводе взгляда на близкий предмет
- 5) нарушение прохождения пищи по пищеводу
- 6) редкое произвольное мигание

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ НА ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ ЗНАНИЙ

Номер вопроса	Ответ	Номер вопроса	Ответ
1	1	30	1
2	4	31	2
3	2	32	4
4	3	33	1
5	4	34	5
6	4	35	3
7	1	36	4
8	3	37	4
9	2	38	1
10	2	39	5
11	5	40	2
12	2	41	3
13	2	42	6
14	4	43	4
15	1	44	5
16	2	45	1
17	2	46	4
18	1	47	1
19	2	48	3
20	2	49	5
21	2	50	3
22	2	51	5

Номер вопроса	Ответ	Номер вопроса	Ответ
23	1	52	1
24	3	53	2
25	5	54	4
26	4	55	2
27	3	56	3
28	2	57	4
29	1	58	6

ОГЛАВЛЕНИЕ

Глава 1. Исследование органов дыхания	3
Пальпация грудной клетки	3
Перкуссия легких	7
Аускультация легких	14
Глава 2. Исследование органов кровообращения	19
Пальпация области сердца	19
Перкуссия сердца	24
Аускультация сердца и сосудов	28
Пальпация пульса	32
Измерение артериального давления	37
Глава 3. Исследование органов пищеварения	41
Поверхностная пальпация живота	41
Глубокая пальпация живота	44
Аускульто-перкуссия и аускульто-аффрикция желудка	52
Перкуссия печени	53
Пальпация печени	55
Пальпация селезенки	58
Симптом Щеткина-Блюмберга	60
Симптом Менделя	61
Точка желчного пузыря	62
Симптом Мерфи	63
Симптом Курвуазье	64
Френикус-симптом (симптом Мюсси-Георгиевского)	66
Холедохо-панкреатическая зона	67
Симптом Ортнера (симптом Грекова-Ортнера)	68
Глава 4. Исследование органов мочеотделения	70
Пальпация почек	70
Мочеточниковые точки	73
Реберно-позвоночные точки	75
Симптом Ф. И. Пастернацкого	76

Глава 5. Исследование эндокринной системы.	78
Пальпация щитовидной железы	78
Глазные симптомы гипертиреоза.	81
Глава 6. Пальпация лимфоузлов	83
Пальпация лимфатических узлов	83
Литература	87
Тестовые задания для самоконтроля знаний	88
Эталоны ответов на тестовые задания для самоконтроля знаний.	102

Учебное издание

Щукин Юрий Владимирович,
Дьячков Владислав Александрович

**ПОРЯДОК ВЫПОЛНЕНИЯ
ОСНОВНЫХ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ
ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ
ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПАЦИЕНТА**

Корректор *О. В. Корбан*
Техническая корректура *Л. В. Спиркиной*
Верстка *А. В. Петовраджи*
Дизайн обложки *И. В. Погодаевой*

Подписано в печать 24.04.2014.
Формат 60х84/16. Бумага офсетная.
Гарнитура Times New Roman. Печать оперативная.
Усл. печ. л. 6,16. Тираж 500 экз. Заказ 545.

ООО «Издательство Ас Гард»
Член Ассоциации книгоиздателей России
443023, г. Самара, ул. Промышленности, 278
Тел./факс (846) 246-97-01; e-mail: knigaasgard@yandex.ru
www.asgard-samara.ru