**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я УКРАЇНИ**

**ХаРківський національний медичний університет**

**кафедра загальної хірургії №1**

**Факультет I медичний**

**МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ ДЛЯ СТУДЕНТІВ ДО ПРОВЕДЕННЯ ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ**

Дисципліна «Загальна хірургія»

для студентів ІІІ курсу медичних факультетів

**Розділ дисципліни 2**

Методика обстеження хірургічних хворих

Тема 21

*Обстеження голови, шиї, грудної клітини, живота, опорно-рухового апарату*

|  |
| --- |
| ***Затверджено***  на засіданні кафедри  загальної хірургії №1  «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ р.  протокол № \_\_\_\_\_\_  Завідувач кафедри  загальної хірургії №1  проф., д.мед.н. Шевченко Р.С. |

Харків 2018

Кількість годин 2 год

**Обгрунтування теми**

Сучасні методи лікування не можуть бути ефективними, якщо невідомо, з якою метою їх застосовувати. В останні роки можливості для діагностики значно розширилися, але й насьогодні найважливішим компонентом діагностичного пошуку залишається ретельне збирання анамнезу, систематичне та кваліфіковане фізикальне обстеження і досконале вивчення локального статусу. Кожному майбутньому лікарю необхідно засвоїти алгоритм обстеження, який органічно переходить у побудову лікувальної тактики.

**Мета заняття:**

**Загальна:** ознайомити студентівз методикою обстеження хірургічних хворих

**Конкретна:**

**Знати( теоретичні питання)**

1. Правила та принципи анамнестичного обстеження хірургічного хворого
2. Патологічні симптоми, які можна виявити при об’єктивному обстеженні голови, шиї, грудної клітки
3. Методику об’єктивного обстеження голови, шиї, грудної клітки
4. Опанувати методикою збору анамнезу у хірургічних хворих
5. Методиками пальпації, перкусії та аускультації при об’єктивному обстеженні голови, шиї, грудної клітки
6. Провести обстеження підборідних, підщелепних, привушних, потиличних, передньо- та задньошийних, надключичних і пахвових лімфатичних вузлів

**Вміти**

1. Дотримуватися правилам та принципам обстеження хворого;
2. Розпізнавати патологічні симптоми;
3. Методикам пальпації, аускультації та об`ективного обстеження;

**Володіти практичними навичками:**

1. оволодіти технікою пальпації;
2. оволодіти технікою аускультації;
3. засвоїти методики суб’єктивного та об’єктивного обстеження хворого з врахуванням хірургічного профілю захворювання;
4. навчитися оцінювати результати клінічних, лабораторних та біохімічних обстежень;;
5. навчитися будувати алгоритм діагностики захворювання з оптимальним вибором необхідних методів додаткового обстеження.;

**Матеріальне та методичне забезпечення заняття:** навчальні таблиці: теоретичний мателіал;фонендоскопи.

Тести, ситуаційні завдання.

**Структурологічна схема заняття**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Обстеження голови,шиї,грудної клітини,живота, опорно-рухового апарату | | | | | | | |
|  | | СУБ'ЄКТИВНИЙ СТАТУС | | | | | |
| СКАРГИ | | АНАМНЕЗ ЗАХВОРЮВАННЯ | | АНАМНЕЗ ЖИТТЯ | | | ЗАГАЛЬНИЙ АНАМНЕЗ |
|  | |  | | | | | |
| Скарги хворого по прибуттю в лікарню |  | Коли розпочалась хвороба |  | | | Перенесені захворювання. |  |
| Клінічна картина | | | | | | | |
| ЛАБОРАТОРНІ, ІНСТРУМЕНТАЛЬНІ, АПАРАТНІ МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ | | ПОПЕРЕДНІЙ ДІАГНОЗ | | | ДИФЕРЕНЦІЙНИЙ ДІАГНОЗ | | |
| Клінічний аналіз крові, клінічний аналіз сечі, рентгенологічне обстеження УЗІ-діагностика | | Діагноз по прибуттю в стаціонар | | | Віддиференціювати поставлений діагноз | | |
|  | |  | | | | | |
| ЛІКУВАННЯ | | ХІРУРГІЧНЕ | | | | КОНСЕРВАТИВНЕ | |

**Забезпечення вихідного рівня знань- умінь**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дисципліна | Знати | Вміти |
| *Попередні* | | |
| Анатомія | Анатомічні особливості будови тіла |  |
| Гістологія | Будову тканин |  |
| Нормальна фізіологія | Фізіологію і біохімію | Оцінити стан системи організму |
| *Майбутні* | | |
| Патологічна анатомія | Патогістологічні ознаки захворювань |  |
| Патологічна фізіологія | Патогенез захворювань |  |
| Хірургічні хвороби | Класифікацію, патогенез і клінічні ознаки | Діагностувати, , призначати лікування. |
| *Внутрішньопредметні* | | |
| Асептика і антисептика | Правила асептики і антисептики | Накласти асептичну пов’язку |
| Переливання крові | Правила переливання крові | Провести переливання крові |
| Транспортна імобілізація | Правила іммобілізації | Провести іммобілізацію |
| Травма | Принципи надання допомоги при травмі | Надати першу допомогу травмованному |
| Рани | Клінічну картину і першу допомогу при ранах | Ревізувати рану, надати першу допомогу |
| Термінальні стани, реанімація | Клінічні ознаки термінальних станів | Провести реанімаційні заходи |
| Післяопераційний період | Особливості догляду за хворими після операції | Доглядати за хворим після операції |

**Тести для перевірки вихідного рівня знань**:

Що таке тризм?

а) асиметрія ротової щілини

б) сильне стискання рота (+)

в) слинотеча

г) тонічні судоми жувальних м’язів (+)

д) запалення трійчастого нерва

Сардонічна посмішка – це ознака:

а) неправильного введення правцевого анатоксина

б) скорочення м’язів обличчя у хворих на правець (+)

в) початку нисхідної форми правця (+)

г) початку висхідної форми правця

д) поліпшення настрою пацієнта

Що таке *facies Hyppocratica*?

а) скорочення м’язів обличчя у хворих на правець

б) западання спинки носа після перенесеного сифілісу

в) одутле, бліде обличчя при хронічній нирковій недостатності

г) типове лице, яке спостерігається при перитоніті (+)

д) лице з різко загостреними рисами, глибоко запалими страждальними очима (+)

Що таке екзофтальм?

а) витрішкуватість, випинання очних яблук (+)

б) западання очей

в) симптом, характерний для гіперфункції щитовидної залози (+)

г) однобічне западання ока

д) відсутність реакції зіниці на світло

Що таке зоб?

а) збільшення передньої поверхні шиї нижче щитовидного хряща (+)

б) додаткове утворення трахеї

в) збільшення передньо-шийних лімфовузлів

г) руйнування щитовидного хряща

д) збільшення щитовидної залози (+)

На які сектори (квадранти) умовно поділяється молочна залоза

а) верхньо-зовнішній, верхньо-внутрішній (+)

б) верхньо-ареолярний, нижньо-ареолярний

в) верхньо-маммарний, нижньо-маммарний

г) нижньо-зовнішній, нижньо-внутрішній (+)

д) верхній, нижній

Характерними для злоякісних пухлин молочної залози ознаками є:

а) втягнення соска або шкіри (+)

б) округла форма утворення

в) м’яко-еластична консистенція пухлини

г) рухомість

д) «дерев’яниста» щільність новоутворення (+)

Які топографічні лінії на грудній клітці використовують як орієнтири?

а) серединно-ключична (+)

б) передня пахвова (+)

в) торакальна

г) міжреберна

д) діафрагмальна

Які основні ознаки гіперстенічної будови тіла?

а) широкий тулуб, коротка шия (+)

б) довгаста грудна клітка, довга шия

в) гострий епігастральний кут

г) тупий епігастральний кут (+)

д) загальне збільшення живота

Як визначити голосове тремтіння?

а) запропонувати хворому повторювати слова «чашка чаю»

б) за допомогою стетофонендоскопа

в) запропонувати хворому повторювати слова «тридцять три» (+)

г) щільно прикласти долоні до обох половин грудної клітки (+)

д) притулити вухо до грудної клітки пацієнта

Як проводити пункцію плевральної порожнини

а) по серединно-ключичній лінії в ІV міжребір’ї

б) по задній пахвовій лінії в VІІ міжребір’ї (+)

в) по білягрудинній лінії в ІІІ міжребір’ї

г) по верхньому краю нижче розташованого ребра (+)

д) по нижньому краю вище розташованого ребра

До основних скарг, характерних для захворювань органів дихання належать:

а) носова кровотеча

б) задишка (+)

в) гикавка

г) нежить

д) кровохаркання (+)

На які топографічні відділи поділяють шию?

а) передній(+)

б) середній

в) трахеальний

г) задній (+)

д) вертебральний

При пальпації щитовидної залози в нормі:

а) залоза легко пальпується

б) пальпується перешийок (+)

в) частки не пальпуються (+)

г) залоза пальпується при ковтанні

д) залоза пальпується над щитовидним хрящом

З яких відділів складається щитовидна залоза?

а) головка

б) тіло

в) частки (+)

г) хвіст

д) перешийок (+)

Якщо ви пересвідчились, що Ваш вихідний рівень знань відповідає вимогам цілей початкового рівня, переходьте до засвоєння теоретичних питань теми.

**Тести для перевірки вихідного вихідного рівня знань**

З'ясувати характер захворювання можна лише в тому випадку, якщо вивчення хворого проводитиметься за заздалегідь виробленим планом, а не уривками, хаотично. Дослідження, яке направлене на розпізнавання хвороби повинно переслідувати 3 мети: 1) з'ясувати, який орган уражений і який характер ураження; 2) встановити причину і патогенез захворювання; 3) визначити, як захворювання впливає на організм хворого. Анатомічне і етіологічне розпізнавання хвороби визначає і план лікування хворого. Дані, отримані при обстеженні хворого, заносяться в історію хвороби.

Важливими моментами обстеження хірургічного хворого є з'ясування скарг, анамнезу захворювання, а також ретельне і докладне дослідження місцевого статусу. Хірург, як і інший лікар-клініцист, зобов'язаний досліджувати всі органи і системи хворого, щоб встановити правильний діагноз і вибрати відповідну лікувальну тактику. Проте основну увагу потрібно приділити з'ясуванню патологічних змін (суб'єктивних і об'єктивних), що складають сутність хірургічного захворювання.

**Алгоритм обстеження хірургічного хворого**

|  |
| --- |
| ХВОРИЙ |

|  |
| --- |
| СУБ'ЄКТИВНИЙ СТАТУС |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| СКАРГИ | АНАМНЕЗ ЗАХВОРЮВАННЯ | АНАМНЕЗ ЖИТТЯ | ЗАГАЛЬНИЙ АНАМНЕЗ |

|  |
| --- |
| ОБ'ЄКТИВНИЙ СТАТУС |

|  |
| --- |
| ЛОКАЛЬНИЙ СТАТУС |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ЛАБОРАТОРНІ, ІНСТРУМЕНТАЛЬНІ, АПАРАТНІ МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ | ПОПЕРЕДНІЙ ДІАГНОЗ | ДИФЕРЕНЦІЙНИЙ ДІАГНОЗ |

|  |
| --- |
| КЛІНІЧНИЙ ДІАГНОЗ |

|  |
| --- |
| ЛІКУВАННЯ |

|  |  |
| --- | --- |
| ХІРУРГІЧНЕ | КОНСЕРВАТИВНЕ |

**МЕТОДИКА ОБСТЕЖЕННЯ ГОЛОВИ ТА ЛИЦЯ**

***Топографо-анатомічні дані***

Череп поділяється на мозковий і лицьовий. Мозковий має склепіння, яке складається з верхніх частин лобової, вискової, по­тиличних і тім'яних кісток. Основа його складається з потиличної, основної і вискової кісток, орбітальних відростків лобної кістки, дірчастої пластинки решітчастої кістки. Всі кістки черепа (склепіння) з'єднані швами. Шов між тім'яними кістками називається стріловидним або сагітальним, між тім'яними і лобною – вінцевий, між тім'яними і потиличною – лямбдоподібний.

Уся поверхня склепіння черепа покрита надчерепним м'язом (*m.еріcrаnius*), середину якого займає апоневротичний шлем (*galea aponeurotica*), підшкірна основа в ділянці склепіння відсутня.

Лицьовий череп складається з верхньої та нижньої щелеп, скулових, носових та сльозних кісток. В лобній та верхньощелеп­них кістках наявні повітряні порожнини, додаткові до порожнини носа лобна пазуха (*sinus frontalis*), пазуха верхньої щелепи – гай­морова порожнина (*sinus maxillaris*).

Зовнішні частини голови по­стачаються кров'ю за рахунок зов­нішніх сонних артерій, мозок – за рахунок внутрішніх хребетних артерій, які утворюють на основі черепа велізієве коло.

Відтік крові з порожнини черепа та із зовнішніх покривів проходить через систему внутрі­шньої яремної вени, яка бере свій початок від поперечної па­зухи (*sinus transversus*).

Крім того, голова та облич­чя поділяються на певні топографоанатомічні зони.

**ГОЛОВА**

***Огляд***

При огляді звертають увагу на форму і величину голови. У дітей малі розміри голови (мікроцефалія) спостерігаються при ідіо­тизмі, а велика голова (макроцефалія) – при головній водянці. Квадратна голова, сплющена зверху та з виступаючими лобовими горбами говорить про перенесений рахіт. "Баштовий череп", низький і високий, як правило, поєднується з вродженою гемолітичною жовтяницею.

Положення голови може бути характерним для багатьох захворювань нервової системи. Зупинимось лише на симптомах, що зустрічаються частіше. Нерухоме положення голови спостерігається при нерухомості суглобів шийної частини хребта (спондилоартроз, спондилоартрит), або при контрактурі шийних м'язів (міозит), якщо м'язи зведені тільки з одного боку, голова схилена на один бік (кривошия – *torticollis*), закидання голови назад (внаслідок контрактури потиличних м'язів) і обмеження пасивних рухів голови (ригідність потиличних м'язів) – характерний симптом при подразненні й запаленні мозкових оболонок (менінгіт).

Місцева деформація склепіння черепа (випинання або запа­дання) може свідчити про перелом кісток або пухлини м'яких тка­нин. Наявність кровотечі, виділень спинномозкової рідини з носа і вух є ознакою перелому основи черепа.

Дифузне випадання волосся на голові (алопеція) спостері­гається при променевій хворобі, кахексії, анемії, гіпотиреозі, бе­шисі. Місцеве (гніздове) облисіння спостерігається при фурунку­льозі, сифілісі, грибковому ураженні.

**ОБЛИЧЧЯ**

***Огляд***

Оглядаючи лице, звертають увагу на вираз, його симетричність і пропорційність окремих його частин, колір шкіри, наявність виси­пу, набряку. Плямистий рум'янець з блиском очей, гіперемія судин склер і збуджений загальний вираз лиця спостерігається у хворих з лихоманкою.

Приступи тонічних судом із скороченням м'язів лиця у хворих на правець або гіпопаратиреоз призводять до появи виразу сар­донічної посмішки. Запальні процеси на лиці, особливо при локалізації на верхній губі (фурункул, карбункул), можуть набувати тяж­кого перебігу з утворенням великого запального інфільтрату і на­бряку тканин. Запальний процес може поширюватись на ділянку ока, через венозні анастомози – на мозкові оболонки і ділянку печеристого синуса. При розвитку тромбозу печеристого синуса спостерігається набряклість повік і випинання очних яблук. Найбільш виражена деформація – при передніх вивихах нижньої щелепи. Рот широко відкритий, хворий не може стулити щелепи, нижня щелепа висунена вперед, ковтання і мова утруднені, жування неможливе, спостерігається слинотеча.

У хворих на неврит лицевого нерву ротова щілина аси­метрична. Рот при цьому перетягнутий у здоровий бік, а на боці ураження кут рота опущений, носогубна складка менш вира­жена. Відкриття рота болісне і утруднене при паратонзилярному абсцесі, фурункулі зовнішньо­го слухового проходу. Сильне стискання рота зумовлене тоніч­ними судомами жувальних м'язів (тризм).

При тяжких захворюваннях органів черевної порожнини (гострі і гнійні перитоніти) спос­терігається типове лице, описане ще Гіппократом: мертвенно-бліде із синюшним відтінком, з різко загостреними рисами, з глибоко запалими страждальними очима, з великими краплями холодного поту на лобі (*facies Нурросrаtіса*). Набрякле, заплиле – при захворюванні нирок, бліде спотво­рене – при набрякових формах захворювань або одутле і бліде з байдужим, сонливим і ніби небачущим поглядом – при хронічних захворюваннях з явищами недостатності нирок (діабетична нефропатія, зморщені нирки).

У хворих на СНІД шкіра лиця нерідко уражується саркомою Капоші у вигляді червоних, темно-фіолетових або бурого кольору плям, вузликів, висипів. Кругле, заплиле жиром, блискуче, з рум'ян­цем (місяцеподібне), з наявністю волосся характерне для жінок з хворобою Іценко-Кушінга.

При флегмонах обличчя виникає гіперемія відповідної ділянки шкіри або слизової оболонки без різко виражених меж, набряклість іноді значна. Гіперемія шкіри настільки інтенсивна, що симулює бе­шиху. Шкіра лисніє, напружена, важко збирається в складку. Природні складки або заглиблення при значній набряклості згладжуються внаслідок запальної припух­лості і колатерального набряку навколишніх тканин обличчя хворо­го нерідко спотворюється. При од­нобічних флегмонах впадає у вічі асиметрія лиця. Характерним є зміни слизової оболонки губ, внутрішньої поверхні рота, язика, шкіра стає сухою, блідою або синюшною. Язик при цьому обкладений. Інфільтрат при розвинутій флегмоні визна­чається у вигляді ущільнення, зак­ладеного в масі набряклих тканин.

Планомірний і уважний огляд голови і лиця має особливе значення при свіжих травматичних по­шкодженнях, до розвитку набряку навколишніх тканин.

Особливу увагу потрібно звернути на огляд очей. Спочатку візуально визначають ширину і рівномірність очних щілин, поло­ження очних яблук. Звертають увагу на форму і рухомість повік, стан їх шкіри, збереження брів і вій. Двобічне звуження очних щілин внаслідок набряку – «водянисті» повіки характерні для захворю­вання нирок. До збільшення в об'ємі повік призводить також емфі­зема, яка виникає при переломі орбіти з проникненням повітря з додаткових пазух носа, при їх пальпації виникає крепітація. Одно­бічний набряк повік зумовлений запаленням, травмою або пухлиною. При запаленні повіки припухлі, гіперемовані, гарячі на дотик і болючі, гіперпігментовані при тиреотоксикозі (симптом Елінека). Птоз (опущення) верхньої повіки, перекошене лице свідчать про парез або параліч лицевого нерва.

Оглядають слизову оболонку кон'юнктиви і очних яблук. Визначають колір слизової оболонки, ступінь її вологості (блиск), стан судинного малюнка, наявність висипу і патологічних виділень. При огляді очних яблук дають характеристику стану склер, рогівки. Для цього лікар великими пальцями відтягує донизу нижні повіки і просить хворого дивитись вгору.

При огляді очей звертають увагу на форму, розмір, реакцію на світло і акомодацію зіниць.

*Мідріаз* (розширення зіниць) спостерігається при деяких отруєн­нях (беладонною, грибами) і при печінковій комі.

*Міоз* (звуження зіниць) виникає у хворих з уремічною комою, при алкогольній інтоксикації, пухлині мозку, крововиливах у шлу­ночки мозку. Якщо зіниці звужені, необхідно уточнити, чи не вводили омнопон або морфій. Різкий міоз спостерігається при тяжких інтоксикаціях.

Нерівність зіниць (*анізокорія*) має діагностичне значення. Зіниця буває розширена на тому боці, де виник субарахноїдальний або субдуральний крововилив при гострій травмі черепа, при переломі основи черепа, розвитку тромбозу кавернозного синуса. Слід відзна­чити, що при коматозному стані, коли зникають видимі ознаки життя (пульс, дихання, биття серця), необхідно звернути увагу на стан зіниць, які при біологічній смерті розширюються. Якщо зіниці залишаються звужені, необхідно проводити реанімаційні заходи.

При перевірці рогівковомигального рефлексу необхідно: при­тримуючи пальцями повіки доторкнутись кінчиком ватного ґноту до рогівки; рух повік і його інтенсивність свідчить про позитивну пробу.

Реакцію зіниці на світло виявляють наступним методом. По­передньо візуально визначають розмір зіниць, закривають обидва оки долонями на декілька секунд і, відкриваючи їх почергово, визнача­ють зміни розміру зіниць.

Западання очей (*enophtalmus*) типове для мікседеми, також одна з характерних рис перитонеального обличчя.

Випинання очей (*ехophtalmus*) – симптом, характерний для гіперфункції щитовидної залози, необхідно перевірити так звані очні симптоми.

*Симптом Грефе* – хворому рекомендують спостерігати за рухом вказівного пальця зверху донизу. При повороті очного яблу­ка донизу між краєм повіки і рогівки залишається смуга склери.

*Симптом Кохера* – рух пальцем проводиться в зворотньому напрямку. Верхнє повіко рухається швидше очного яблука і відкриває частину склери вище рогової оболонки.

*Симптом Мебіуса* (недостатність конвергенції) – хворий спо­стерігає за кінчиком пальця, який лікар підводить до його носа. Внаслідок слабості внутрішніх м'язів при фіксації зору поблизу очей одне із них відходить на бік.

*Симптом Штельвага* – хворі рідко мигають (у нормі 5-10 разів за хвилину) внаслідок ретракції верхньої повіки.

Однобічне западання ока при одночасному звуженні очної щілини, опущенні очної повіки і звуженні зіниці є *симптомом Клод Бернара-Горнера*; до вказаних явищ нерідко приєднується ще підви­щення температури і потовиділення на хворому боці. Цей симптом пов'язаний із парезом чи паралічем шийної або грудної частини симпатичного нерва і вказує на стиснення його пухлиною середо­стіння, метастазом в середостіння або аневризмою аорти. Вияв­лення тріади Горнера після вагосимпатичної новокаїнової блокади свідчить про правильне її виконання. Якщо при огляді лиця вдається встановити, що хворий не в змозі зімкнути повіки, або може це зробити частково, то ми спостерігаємо "заяче око" (*lagophtalmus*), яке в комбінації зі звисанням кута рота і вирівнюванням носогубної складки є результатом периферичного паралічу лицевого нерва.

**НІС**

***Огляд***

Звертають увагу на розміри, форму, стан шкіри. Збільшення розмірів і болюча припухлість, гіперемія шкіри виникають при фу­рункулі носа. При травмі ніс припухлий і синюшний. Непропорційно великий, м'ясистий характерний для хворих на акромегалію. «Шишкоподібний ніс» багряно-червоного кольору характерний для алкоголіків. У хворих на склеродермію ніс вузький зі стонченою шкірою, не збирається в складку. Риносклерома, туберкульоз, рецидивуючий перихондрит призводить до деформації спинки носа внаслідок змор­щення хрящевої частини. Западання спинки носа (сідлоподібний ніс) виникає після перенесених травм, сифілісу, прокази.

Утруднене носове дихання може викликатися багатьма при­чинами: вазомоторним ринітом, поліпозним синуситом, аденоїда­ми, гематомою або абсцесом, стороннім тілом, пухлиною. При тяжкій ядусі нерідко спостерігається посилений рух крил носа під час дихання.

**ВУХА**

***Огляд***

Звертають увагу на положення, розміри, форму вух, стан шкіри. Запальні процеси хрящів (перихондрит) призводять до при­пухлості та збільшення розмірів вух. Однобічний перихондрит час­тіше інфекційного походження, двобічний спостерігається при за­пальному ураженні хрящової тканини (рецидивуючий поліхондрит).

Деформація вух спостерігається при рубцевому зморщуванні хрящів внаслідок перенесеного перихондриту, туберкульозу, а також при вродженій аномалії розвитку сполучної тканини (*синдром Марфана*) і хромосомних аномаліях (*синдром Шерешевського-Тернера*). Відхилення вуха вперед виникає при запаленні соскоподібного відростка (мастоідит) у хворих на гнійний отит і може супроводжуватись припухлістю та гіперемією шкіри. У хворих із запаленням білявушних слинних залоз (паротит) спереду від вушної раковини з’являється одно- або двобічне припухання.

Огляд зовнішніх слухових проходів дозволяє виявити зміни шкіри і наявність виділень. Серозні або гнійні виділення спостерігаються у хворих із запаленням середнього вуха (мезотимпаніт); кров'янисті виділення з вух, які з'явилися після травми, є проявом перелому основи черепа, або наслідком баротравми.

**РОТ І ПОРОЖНИНА РОТА**

***Огляд***

Послідовно оглядаємо губи, зуби, ясна, язик, слизову оболонку щік, твердого і м'якого піднебіння, передніх дуг мигдаликів і зад­ньої стінки глотки.

У нормі губи мають правильну форму, помірну товщину, цілісність червоної кайми не порушена, вона рожево-червоного кольору, чиста. Ротова щілина симетрична. Носогубні складки однаково виражені з обох боків. У деяких випадках рот буває відкритим або напіввідкритим при утрудненому носовому диханні, важкому стоматиті, важкій ядусі. Відкривання рота в нормі можливе на ширину 2-3 поперечно вставлених пальців.

Потовщення губ (макрохейлія) характерне для хворих на ак­ромегалію і мікседему. Раптове виникнення потовщення губ викли­кане алергічним або ангіоневротичним набряком. Блідість губ є про­явом анемії, а синюшність – патологією дихання.

Стан зубів оцінюють шля­хом огляду за допомогою шпа­теля, послідовно відтягують щоки або губи назовні.

Користуються зубною формулою:

87654321 12345678

87654321 12345678

Уражені зуби у формулі обводяться кружечком. Одночасно оглядається слизова щік. У хворих з тяжким сепсисом в післяопера­ційному періоді на слизовій оболонці рота можна знайти появу грибка "молочниці" у вигляді великої кількості білого поверхнево розташованого нашарування, що нагадує крупинки "згорнутого" молока.

Іноді визначається мала величина зубів (мікродентія), попе­речна їх посмугованість, аномалія двох верхніх різців, по вільному краю яких утворюються півмісяцеві ямки, звужені у верхній частині і значно віддалені один від одного. Поєднання цих ознак з паренхіматозним кератитом і змінами середнього вуха (втрата слуху) – *тріада Гетчінсона* – говорить про вроджений сифіліс.

Множинне і швидке руйнування зубів від карієсу виникає при цукровому діабеті.

Язик у своїх змінах і властивостях дає ряд цінних вказівок при багатьох захворюваннях. Характерне висування язика – повільне, з тремтінням при важких інфекціях, септичних станах. Дуже енергій­не у неврастеніків, звиклих його розглядати. Висування язика з відхиленням на боки спостерігається при паралічах під'язикового нерва. Характерним вважається вигляд язика при деяких захворюваннях:

1. Чистий, вологий і червоний – при виразці шлунка.
2. Досить густо обкладений біля кореня і в центрі, але черво­ний по краях і на кінці – при черевному тифі.
3. Яскраво-червоний, оксамитовий – при скарлатині (малиновий язик).
4. Сухий із темно-коричневим нашаруванням, потрісканий, що важко рухається – при тяжких інфекціях та інтоксикаціях.
5. Блідий, гладкий, блискучий, ніби полірований, з вузликами, виразками по краях – при злоякісному недокрів'ї (гюнтерівський глосит).

Запах з рота (*foetor ех оrе*):

1. Гнильний (смердючий), крім місцевих причин (каріозні зуби, альвеолярна піорея, гнійні пробки в мигдаликах) може викликати гангрена легень, дивертикул стравоходу.
2. Солодкуватий, який нагадує запах хлороформу, яблук або свіжоскошеного сіна, запах ацетону спостерігається головним чи­ном при гіперглікемічній комі.
3. Сечовий (аміачний ) – при азотемічній уремії.

Зміни голосу.

Втрата його (афонія) вказує на параліч голосових зв'язок внаслідок паралічу поворотного нерва гортані (стиснення його аневризмою, пухлиною). Ослаблення голосу часто є ознакою за­гальної слабкості при тяжких септичних захворюваннях. Огрубіння голосу вказує на ураження гортані.

**МЕТОДИКА ОБСТЕЖЕННЯ ШИЇ**

***Анатомо-топографічні дані***

Шию поділяють на передній (*regіо colli anterior*) і задній (*regіо colli posterior*) відділи, межою яких є лінія, що з'єднує соскоподібні відростки лопаток. Задній відділ – потилиця (*сеrvіх*,або *regіо писhае*), розміщений між *lіпеа писhае superior* і горизонтальною лінією, яка проходить через остистий відросток VII шийного хребця. Передня поверхня шиї як справа, так і зліва від середньої лінії за допомогою грудинно-ключично-соскового м'яза поділяється на два великих трикутники: внутрішній – з основою в ділянці нижньої щелепи і зовнішній – з основою в ділянці ключиці. У внутрішньому трикутни­ку виявляють підщелепну ділянку, обмежену краєм нижньої щелепи і двома ніжками двочеревцевого м'яза, і каротидний трикутник – між заднім черевцем двочеревцевого м'яза, грудинно-ключично-сосковим м'язом і проксимальною частиною лопатково-під'я­зикового м'яза. Середня поверхня шиї поділяється на наступні ділянки: *reg. submentalis, hyoidea, laringea, trachealis.*

***Огляд***

Шию оглядають з усіх боків при прямому та боковому освіт­ленні. Звертають увагу на її форму, контури, наявність змін на шкірі, набряку, потовщення вен, видиму пульсацію артерій, а та­кож положення гортані та трахеї. При огляді передньої поверхні шиї грудинно-ключично-сосковий м'яз визначають у вигляді валика, який починається позаду нижньої щелепи і йде косо, медіально донизу і фіксується до ключиці й грудинно-ключичного з'єднання. Середина медіального краю грудинно-ключично-соскового м'яза є місцем знаходження пульсації сонної артерії. Різко видима пульса­ція сонних артерій ("танець їх") є характерною ознакою недостат­ності аортальних клапанів.

Огляд дозволяє виявити різке рівномірне збільшення розмірів шиї при раптовому стисненні грудної клітки і підвищенні внутрішньогрудного тиску (травматична асфіксія), при стисненні середос­тіння пухлинами з порушенням крово- і лімфообігу (ярмоподібна шия) – нерівномірне збільшення в підщелепній ділянці й бокових відділах шиї як результат патологічного процесу лімфатичних вузлів (туберкульозний лімфаденіт, лімфогрануломатоз, лейкемія, лімфосаркома). У ділянці передньої і бокової поверхні шиї при огляді можуть бути виявлені нориці різноманітного походження внаслідок туберкульозного лімфаденіту, гнійного остеомієліту хребців, актиномікозу, сторонніх тіл та вроджені. Необхідно визначити характер грануляційної тканини навколо нориці (плоскі, гіпергрануляції, драглисті, бліді, кровоточиві, яскраво-червоні), також кількість і якість виділень. Густий вершкоподібний гній з неприєм­ним запахом зустрічається при гнійній інфекції, рідкий водянистий без запаху з елементами казеозного розпаду – при туберкульозі, гній з наявністю жовтих або білувато-сірих зерен – при актиномі­козі. Слизові виділення характерні для вроджених нориць, що утворюються в результаті неправильного зворотного розвитку ембріональних ходів шиї. Бокові нориці, розташовані біля пере­днього краю грудинно-ключично-соскового м'яза, продукують не­велику кількість слизового секрету, при нагноєнні виділення набу­вають слизово-гнійного характеру. Навколо фістульного отвору розвивається гіперемія й набряк шкіри. Серединні фістули беруть початок зі сліпого утворення кореня язика, зовнішній отвір нориці міститься трохи нижче під'язикової кістки, іноді попереду від неї.

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

**МЕТОДИКА ОБСТЕЖЕННЯ МОЛОЧНОЇ (ГРУДНОЇ) ЗАЛОЗИ**

***Анатомо-топографічні дані***

Молочна залоза розташована між IIІ та VII ребрами по дов­жині та передньою пахвовою і былягрудинною лініями по ши­рині. Залоза обмежена жировою тканиною, каркасом її є фіброзні пере­мички (куперові зв'язки). Задньою поверхнею молочна залоза ле­жить на фасції великого грудного м'яза.

Вивідні протоки залози відкриваються на соску, який оточе­ний пігментною зоною (ареола). Лімфовідтік здійснюється пере­важно до пахвових, підлопаткових, підключичних, надключичних та загрудинних лімфовузлів.

Кровопостачання відбувається в басейні внутрішньої артерії молочної залози (*а. mammarіа іnternа*), перфоруючі гілки якої йдуть до залози через ІІ-ІV міжреберні проміжки.

***Огляд***

Умовно молочна залоза вертикальною та горизонтальною лініями, які проходять через сосок, поділяється на чотири сектори (квад­ранти): верхньо-зовнішній, верхньо-внутрішній, нижньо-зовнішній, нижньо-внутрішній.

Спочатку оглядають, порівнюючи обидві молочні залози, кон­статують їх форму, величину, симетричність, наявність деформацій, втягнення соска, зміни забарвлення шкіри, виникнення нориці.

Наявність гіперемії та припухлості свідчить про запальний процес у залозі (мастит). Типові втягнення у вигляді "лимонної кірки" на шкірі, зменшення еластичності останньої притаманно злоякіс­ним процесам.

Обов'язково слід попросити пацієнта підвести руку, при цьому більш рельєфно можуть контуруватись пухлини та пахвова ямка зі збільшеними лімфовузлами. Не повинна пройти повз увагу лікаря форма соска та його контури. Втягнення соска та дефор­мація периареолярної зони притаманні злоякісним новоутворенням, навпаки – випинання більш характерне для гнійно-запальних ура­жень молочної залози.

**МЕТОДИКА ОБСТЕЖЕННЯ ГРУДНОЇ КЛІТКИ**

***Топографо-анатомічні дані***

Грудна клітка утворена грудиною, грудним відділом хребта і 12-ма парами ребер та реберних хрящів, має два отвори – верхній та нижній.

Нижній отвір обмежений нижнім краєм XII грудного хребця, нижнім краєм XII ребра, кінцем XI ребра, реберною дугою і мечовидним відростком. По лопатковій лінії ребра утворюють реберні кути.

На грудній клітці виділяють такі ділянки, які мають характерні особливості будови:

1. Надпліччя – надключичні ямки, надлопаткові ділянки, край трапецієвидного м'яза.
2. Передня поверхня – грудина (правий та лівий край, рукоятка, яремна вирізка, кут Людовика, тіло, мечовидний відросток), клю­чиці, грудинно-ключичні з'єднання, підключичні ямки, молочні за­лози, соски, ребра, міжреберні проміжки, грудні м'язи.
3. Бокові поверхні – пахвові ямки, ребра, міжреберні проміжки.
4. Задня поверхня – лопатки (гребінь, нижній кут, медіальний і латеральний край), ребра, міжреберні проміжки, міжлопатковий простір, остисті відростки хребців.

На грудній клітці виділяють 10 топографічних ліній, які вико­ристовуються як орієнтири.

*На передній поверхні:*

1. Передня серединна (непарна) – проходить по середині гру­дини.
2. Грудинна (парна) – по право­му і лівому краю грудини.
3. Білягрудинна (парна) – між грудиною і середньоключич­ною лініями.
4. Серединно-ключична (парна), у чоловіків – соскова, прохо­дить через середину ключиці.

*На бокових поверхнях:*

1. Передня пахвова (парна) – по передньому краю пахвової ямки.
2. Середня пахвова (парна) – через найвищу точку пахвової ямки.
3. Задня пахвова (парна) – по задньому краю пахвової ямки.

*На задній поверхні:*

1. Лопаткова (парна) – через нижній кут лопатки при опущених руках.
2. Задня серединна (непарна) – по остистих відростках хребців.
3. Біляхребтова (парна) – по середині між задньою серединною і лопатковою лініями.

Загальне обстеження грудної клітки проводиться в певній послідовності.

***Особливості скарг та анамнезу***

До основних скарг, характерних для захворювань органів дихання, належать задишка, кашель, кровохаркання, біль у грудній клітці.

*Задишка –* характеризується порушенням частоти, ритму і глибини дихання, підсиленням роботи дихальних м'язів.

Задишка може бути суб'єктивною, при якій має місце відчут­тя утрудненого дихання без зміни його частоти, глибини; об'єктив­ною – зміна частоти, глибини і ритму дихання; змішаною – при наявності ознак суб'єктивної й об'єктивної задишки.

Розрізняють задишку фізіологічну – при фізичному наванта­женні, збудженні і патологічну – при захворюваннях дихальної, серцево-судинної і кровотворної систем.

*Кашель* є захисною реакцією на накопичення в верхніх ди­хальних шляхах сторонніх тіл, слизу. Має свої особливості при різних захворюваннях. Потрібно з'ясувати характер, тривалість, час по­яви. Кашель буває сухий, вологий, постійний і періодичний, голос­ний "лаючий" і тихий, короткий або покашлювання.

*Кровохаркання* спостерігається при захворюваннях верхніх дихальних шляхів, легень, серцево-судинної системи. Під час каш­лю виділяється кров із харкотинням. Кров при кровохарканні може бути незміненою і зміненою.

*Біль* виникає внаслідок патологічного процесу в грудній клітці або в органах грудної порожнини, а також може іррадіювати з інших ділянок. Потрібно розрізняти біль за його походженням, ло­калізацією, характером, інтенсивністю, тривалістю, а також врахо­вувати зв'язок із диханням, кашлем, рухами.

***Огляд***

При огляді візуально визначається форма і симетричність груд­ної клітки. Звертають увагу на ізольовані чи розлиті випинання або западання, частоту дихання, ритмічність, глибину і рівномірність участі обох половин грудної клітки.

Грудну клітку оглядають у прямому і боковому освітленні та в певній послідовності – ділянка ключиць, грудини, грудинно-ключичних з'єднань, надключична і підключична западини, моренгеймова ямка (між дельтоподібним і великим грудним м'язами), порівнюють спереду і ззаду обидві половини грудної клітки, міжреберні проміжки (ширина, ступінь виповнення), форму епігастрального кута (гострий, тупий – у градусах).

У чоловіків частіше, ніж у жінок зустрічається більш тупий епігастральний кут і більш плос­кий кут Людовіка. При вимірю­ванні навколишнього розміру грудної клітки доцільно порівню­вати з обох сторін відстань від середини грудини до остистих відростків.

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

Уроджені аномалії розвитку грудної клітки: у вигляді запа­дання нижньої частини грудини в формі лійки ("груди шевця") або "лійкоподібна" грудна клітка; може спостерігатись поздовжнє заглиблення грудини ("човноподібна грудна клітка"). При рахіті груд­на клітка ніби стиснута з обох боків, грудина виступає вперед у вигляді "кіля" ("курячі груди").

Частоту дихання визначають шляхом візуального спостере­ження за дихальними екскурсіями грудної клітки. Необхідно встановити, чи не відстає в акті дихання одна з її половин або якась ділянка.

Відставання грудної стінки в акті дихання, часто з випинанням міжреберних проміжків, як правило, має місце при ексудатив­ному плевриті.

Обмеження рухів половини грудної клітки в поєднанні із западанням міжреберних проміжків і опущенням плечового пояса, відставанням лопатки спостерігається при зменшенні об'єму плевральної порожнини після операції пульмонектомії.

Грудна клітка відстає в диханні при переломах ребер, коли дихання буває поверхневим, переривчастим із-за підсилення болю при глибокому вдосі.

При порушенні прохідності верхніх дихальних шляхів (гор­тань, трахея, бронхи) в диханні беруть участь допоміжні м'язи. Дихання стає підсиленим, напруженим зі свистячими шумами, вдих – подовженим.

Поява у чоловіків грудного типу дихання, характерного для жінок, може спричинятись гострою патологією органів черевної порожнини.

***Інструментальні, лабораторні та апаратні методи обстеження***

*Рентгенологічне обстеження*

Для уточнення діагнозу застосовується рентгеноскопія, рентгенографія в різних проекціях з отриманням прицільних знімків, томографія, комп'ютерна томографія, бронхографія.

*Бронхографія*

Це контрастне дослідження, яке є необхідним при захворюваннях бронхіального дерева, а саме: бронхоектазіях, пухлинах, нагнійних захворюваннях легень.

*Ультразвукове дослідження (УЗД)*

Дає можливість визначити наявність рідини в плевральних порожнинах, ущільнення і порожнини в легеневій тканині, функціонально-морфологічні зміни серця і великих судин середостіння.

У теперішній час широко застосовують ендоскопічні методи, такі як торакоскопія та бронхоскопія.

**МЕТОДИКА ЗБОРУ АНАМНЕЗУ У ХІРУРГІЧНОГО ХВОРОГО**

**Опитування**. Лікар в певній послідовності проводить опитування, прагнучи з'ясувати ту чи інший бік захворювання. Велике значення має правильне формулювання питань. З отриманих при опитуванні відомостей повинні враховуватися лише ті, які можуть допомогти з'ясувати причини і суть захворювання.

Обстеження починають із з'ясування ***скарг*** хворого. Необхідно охарактеризувати кожну з них. Так, за наявності болю слід з'ясувати його точну локалізацію, характер, інтенсивність, тривалість, іррадіацію, час появи, повторюваність і періодичність виникнення, зв'язок з фізичною напругою, травмою, фізіологічними відправленнями, поєднання болю із запамороченням, втратою свідомості, коливання температури тіла з моменту виникнення захворювання і появи болю.

При скаргах на блювоту уточнюють характер блювотних мас, частоту виникнення блювоти, зв'язок з іншими скаргами, чи наступає полегшення після блювоти.

При з'ясуванні ***історії розвитку захворювання (аnатnеsis тоrbi)*** потрібно встановити час появи перших ознак хвороби і їх розвиток до теперішнього часу, уточнити, яке лікування (хірургічне, санаторне, амбулаторне) проводилося і які його результати. Слід вивчити що є у хворого медичні документи: довідки, виписки з історії хвороби, аналізи, дані рентгенологічного дослідження і зафіксувати їх в історії хвороби.

***Історія життя хворого (аnатnеsis vitae)*** включає короткі біографічні дані з вказівкою на характер зростання і розвитку хворого, умов побуту і праці, харчування. З'ясовують перенесені захворювання, дані про спадковість, у жінок збирають гінекологічний анамнез. Необхідно з'ясувати алергологічний анамнез: як хворий переносив у минулому лікування антибактеріальними препаратами (в першу чергу антибіотиками), чи проводилося раніше переливання крові і кровозамінників, яка була реакція на них хворого. Слід з'ясувати наявність шкідливих звичок, професійних шкідливостей.

Далі переходять до об'єктивного обстеження хворого з використанням загальних клінічних методів: огляду, термометрії, пальпації, перкусії, аускультації.

**МЕТОДИКА ОБСТЕЖЕННЯ ГОЛОВИ ТА ЛИЦЯ**

**Голова**

***Пальпація***

За допомогою пальпації м'яких тканин черепа виявляють доб­роякісні пухлини, визначають їх щільність, консистенцію, рухомість, фіксацію до шкіри і апоневрозу. При тривалому перебігу вони можуть викликати вдавлення або овальний дефект кістки черепа.

При пошкодженні кісток черепа за допомогою пальпації виз­начають вид перелому (лінійний, осколковий, вдавлений, дірчас­тий або вікончастий).

***Перкусія***

Перкусію черепа проводять напівзігнутим вказівним пальцем, постукуючи по склепінню. При об'ємних внутрішньочерепних утво­реннях, які знаходяться близько від кісток (пухлина, гематома, абсцес) отримуємо чіткий тимпаніт. Перкусія вискової кістки викликає біль при запаленні середнього вуха.

**Обличчя**

***Пальпація***

За допомогою пальпації встановлюємо межу патологічного процесу стосовно кістковопізнавальних елементів. Таким пізнаваль­ним елементом в ділянці голови є потиличний горб (*prominentia occipitalis externa*), від якого до соскоподібного паростка йде *lіnеа nuche suреrіоr*. Перед вухами пальпується верхній та нижній край щелепної дуги, її суглоб, краї очної орбіти, носові кістки. Болючість, яка виникає при натисканні вказівним пальцем місця виходу верх­ньої гілки трійчастого нерва в ділянці надбрівної дуги, вказує на запалення лобного синуса (фронтіт).

Для визначення стану нижньої щелепи при її травмі останню охоплюють двома руками за зуби і нижній край відповідно до різців і молярів. Обережне стиснення в протилежний бік до отри­мання перших проявів патологічної рухомості дає можливість виявити ознаку перелому.

**Ніс**

Носові ходи оглядають наступним методом – лікар однією рукою відхиляє назад і фіксує голову хворого, а великим пальцем другої руки незначно піднімає кінчик носа вгору.

Наявність у носових ходах спизоподібних гнійних виділень вказує на запалення слизових оболонок або додаткових пазух. Кров'янисто-гнійні виділення з носа спостерігаються при пато­логічних процесах, що призводять до некрозу й утворення виразок слизової оболонки (дифтерія, ту­беркульоз, рак, проказа). При цьому нерідко виділення мають неприємний запах. Смердючий нежить характерний для особли­вої форми атрофічного риніту - озени. Носові кровотечі виникають при травмі носа, судинній пух­лині (гемангіоми) носових ходів, геморагічних діатезах, гіпертоніч­них кризах, швидкій декомпресії у пілотів і водолазів, а також при підвищеній ранимості слизової оболонки. У більшості випадків джерелом носової кровотечі є судинне сплетіння в передньому відділі носової перегородки (локус Киссельбаха). Витікання з носа прозо­рої цереброспінальної рідини (назальна лікворея) спостерігається при травмі черепа.

**Вуха**

***Пальпація***

Білявушні слинні залози в нормі не помітні, не пальпуються. У хворих із запальним ураженням білявушних залоз пальпується пухлиноподібне болюче новоутворення, м'якотістовидної або щільно-еластичної консистенції. Незначно болюча припухлість і болючість спереду від вуха виникають при артриті висковонижньощелепного суглоба.

**Рот і порожнина рота**

***Огляд***

Стан внутрішньої поверхні губ визначають таким методом. Першим і другим пальцем обох рук захоплюють зовнішні частини нижньої губи і відвертають донизу, це можливо зробити за допо­могою 2-х шпателів. При огляді необхідно звернути увагу на колір слизової оболонки, дефекти покриву (тріщини, виразки), площинні ущільнення. При виявленні ущільнення, підозрілого на рак губи, визна­чити нижню межу пухлини. Ат­рофічні процеси на яснах суп­роводжуються оголенням зубних коренів і відкладанням на них каменю. Виділення гнійного вмісту з-під вільного краю ясен свідчить про розвиток альвеоляр­ної піореї.

Стан зубів оцінюють шля­хом огляду за допомогою шпа­теля, послідовно відтягують щоки або губи назовні.

У подальшому лікар пропонує хворому відкрити рот, макси­мально висунути язик, доторкнутися язиком до правої і лівої щоки. Це дозволяє визначити можливість повного відкриття рота, положення і об'єм рухів язика, його розміри, форму, характер дорзальної поверхні і стан смакових сосочків. Хворий тримає язик біля піднебіння, а лікар за допомогою шпателя оглядає кути рота, передню і задню поверхні зубів, ясен, нижню поверхню язика, його вуздечку. Хворий опускає язик і лікар кладе шпатель на середню його частину, огля­дає піднебіння, передні дужки мигдаликів і задню стінку глотки.

**МЕТОДИКА ОБСТЕЖЕННЯ ШИЇ**

***Огляд***

При наявності пухлини на передній поверхні шиї відносно місця розташування щитовидної залози перевіряють *симптом ковтка води*. У момент ковтання хворим рідини пухлина, зв'яза­на із щитовидною залозою рухається разом із гортанню спочатку доверху, а потім донизу.

***Пальпація***

При пальпації слід визначити межі припухлості, консистен­цію (м'яка, щільна, вузлувата), розташування трахеї стосовно се­редньої лінії, зміщення утвору в вертикальному і горизонтально­му напрямках. Верхні полюси залози пальпуються добре, а нижні можуть заходити за грудину і їх треба пальпувати під час ковтан­ня. Пальпацію щитовидної залози проводять наступним методом. Спочатку лікар стає перед хворим і лівою рукою фіксує шию, а долоню правої руки кладе повздовж, пальцями вверх, на пере­дню частину шиї. Пальпує щитовидний хрящ, просить хворого не­значно підняти голову догори. Після цього ковзає пальцями вниз по поверхні щитовидного і далі по дужці персневидного хрящів. Безпосередньо під ним знаходиться горизонтально розташова­ний валик перешийка щитовидної залози. Пальпуючи перешийок, визначають його ширину, консистенцію, рухомість при ковтанні. Після цього між внутрішнім краєм кивального м'яза і трахеєю безпосередньо над верхнім краєм перешийка пальпують бокові частки.

Описаний метод пальпації щитовидної залози слід доповни­ти таким прийомом: хворий сидить на стільці, лікар стає позаду хворого і двома руками охоплює шию так, щоб великі пальці зна­ходились позаду, а інші лежали на передній поверхні. Після цього середніми пальцями обох рук знаходять щитовидний хрящ, пере­шийок щитовидної залози. Пальпують тканини, які знаходяться над трахеєю. Зміщують пальці по боках трахеї до внутрішніх країв кивальних м'язів. Пальпуючи таким методом необхідно щоб хворий дещо схилив голову для розслаблення кивальних м'язів. Щоб визначити рухомість щитовидної залози просять хворого зробити ковток.

У нормі частки щитовидної залози не пальпуються, а пере­шийок визначається у вигляді поперечно лежачого валика, гладко­го, безболісного, однорідної консистенції.

Розміри щитовидної залози поділяються на V ступенів:

0 - щитовидна залоза не пальпується;

І - щитовидна залоза на око не помітна, пальпується перешийок, іноді бокові частки;

ІІ - залоза легко пальпується, але контури шиї зміщені незначно, залоза помітна на око при ковтанні;

ІІІ - збільшення щитовидної залози помітне не тільки при ковтанні, змінені також контури шиї;

ІV - виражений зоб, різко змінена конфігурація шиї;

ІV - зоб великих розмірів.

Збільшення щитовидної залози І-ІІ ступенів слід вважати гіпер­плазією, ІІІ-ІV-V ступені збільшення щитовидної залози є вираже­ним зобом.

За характером збільшення щитовидної залози розрізняють:

а) дифузну форму, при якій щитовидна залоза збільшена рівномірно;

б) вузловий зоб, коли в тканині щитовидної залози промацується один або декілька вузлів;

в) змішану форму, при якій пальпуються вузли і ділянки рівномірно збільшеної тканини щитовидної залози.

**МЕТОДИКА ОБСТЕЖЕННЯ МОЛОЧНОЇ (ГРУДНОЇ) ЗАЛОЗИ**

***Пальпація***

Виконують як у вертикальному, так і у горизонтальному по­ложенні хворої. Долонними поверхнями пальців тканина молочної залози притискається до грудної стінки або пальпується між двома долонями. Таким чином краще вдається виз­начити наявність ущільнень та вузлів. Одночасно констатують шкірну температуру, еластичність, консистенцію та характер поверхні мо­лочної залози. При наявності патологічних утворів визначаються їх розміри, рухомість зрощення з оточуючими тканинами, болючість. Округла форма, щільна консистенція, рухомість та безболісність, притаманні фіброаденомам. Нерівна поверхня, щільно-еластична консистенція без чітких меж, рухомість, незначна болючість, відсутність зрощення із шкірою – для вузлової форми мастопатії молочної залози; горбиста поверхня, щільна консистенція, зрощення з оточуючими тканинами, втягнення соска або шкіри – для злоякіс­ної пухлини.

Визначити проростання пухлини в підлеглі тканини можна, захопивши пухлину двома пальцями, зміщуючи її у вертикальному та горизонтальному напрямках при опущеній та при піднятій кінцівці.

Велике значення має ретельне обстеження регіональних лімфатичних вузлів із чіткою їх характеристикою. Вирішальним для діаг­нозу і відповідно для тактики лікування є морфологічна верифікація діагнозу. З цією метою перед початком лікування проводять пункційну біопсію для цитологічного дослідження або секторальну резекцію молочної залози з терміновим гістологічним дослідженням видале­ної пухлини в момент операції.

Комп'ютерна томографія, ультрасонографічне дослідження, мамографія дають можливість звести діагностичні помилки до мінімуму.

**МЕТОДИКА ОБСТЕЖЕННЯ ГРУДНОЇ КЛІТКИ**

***Пальпація***

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

Хворого обстежують стоячи або сидячи. У нормі грудна клітка пружна, податлива, особливо в бокових відділах. Резистентність грудної клітки визначають за опором при її притисненні в різних напрямках.

Підвищення ригідності грудної клітки спостерігають при плев­ральному випоті, великих пухлинах легень, емфіземі, окостенінні реберних хрящів у похилому віці.

*Визначення загрудинної пульсації.* При нахиленій голові хворого в яремну ямку прикладають палець. Може відчуватись пульсація аорти, що свідчить про її роз­ширення.

*Пальпація ключиць.* Ключицю захоплюють великим і вказівним пальцями та паль­пують по всій довжині. При підозрі на перелом ключиці пальпа­цію проводять з великою обережністю із-за різкої болючості і мож­ливості пошкодження підключичних судин кістковими уламками. Можна виявити типове зміщення внутрішнього уламка вверх і донизу, а зовнішнього – вниз і допереду.

*Пальпація надключичної ямки.* Проводять порівняльне визначення лімфатичних вузлів з обох боків. Це має значення при новоутвореннях молочної залози, легень.

Іноді можна виявити плоский кістковий утвір, що залежить від наявності додаткового шийного ребра. Болючість при тисненні на внутрішній відділ надключичної ямки (розміщення плечового сплетіння) може свідчити про плексит.

*Пальпація ребер і міжреберних проміжків*

При пальпації грудна клітка не болюча, поверхня непошкоджених ребер гладка. Слід пам'ятати, що пальпувати потрібно кожне ребро від грудини до хребта. Звертають увагу й на місце з'єднання ребер і хрящів (рахітичні виступи), кісткові потовщення, локалізовану болючість. Ніжну крепітацію визначають, як наслідок підшкірної емфіземи при переломі ребра з пошкодженням плеври і легені. Більш груба крепітація при дихальних рухах свідчить про перелом ребер (кісткова крепітація). Визначення кісткової крепітації краще проводити після новокаїнової блокади місця перелому. Щоб встановити яке ребро пошкоджене, підрахунок проводять зверху, спереду, починаючи з ключиці. Підрахунок можна прово­дити і ззаду, знизу, починаючи з XII ребра. Ізольована припухлість і болючість міжреберних проміжків може свідчити про наявність запального процесу (гнійного вогнища) в плевральній порожнині.

*Визначення голосового тремтіння*

Голосове тремтіння виникає при розмові і пальпаторно відчу­ваються коливання грудної клітки, які передаються з вібруючих голо­сових зв'язок. Хворий низьким голосом повторює слова, які містять букву "Р", наприклад "тридцять три". Визначення проводять за допо­могою щільно прикладених долонь симетрично до обох боків груд­ної клітки. Підсилення голосового тремтіння має місце при інфільтративних процесах легеневої тканини (пневмо­нія, над кавернами і бронхоектазами). Послаблення голосового трем­тіння або його відсутність спостерігають при наявності рідини в по­рожнині плеври, пухлин плеври, обтурації просвіту бронха.

***Перкусія***

Перкусія грудної клітки дає можливість визначити межі легень і серця.

Порівняльну перкусію проводять послідовно на передній, бокових і задній поверхнях грудної клітки симетрично з обох сторін по топографічних лініях, а також топографічну – послідовне визначення меж, рухомості нижніх країв, висоти стояння верхівок легень.

Для визначення меж абсолютної тупості серця наносять слабкі удари, для виявлення віднос­ної тупості – більш сильні удари.

Перкусією нижніх відділів грудної клітки на вдиху і видоху визначають рухомість легеневих країв. Розрізняють ясний легеневий звук при нормальній легеневій тка­нині; коробковий – при емфіземі; високий тимпаніт – при пневмотораксі; притуплений або тупий звук – при ущільненні легеневої ткани­ни, наявності рідини в плевральних порожнинах, при пухлинах. Наявність рідини і повітря в плевральній порожнині дає межу притуплення у вигляді горизонтального рівня. При наявності тільки рідини без повітря межа притуплення буде по лінії Дамуазо, коса лінія з найвищою точкою – по задній пахвовій лінії.

***Аускультація***

Прослуховуванням серця визначають серцеві тони, які бува­ють підсилені або ослаблені, І та II тони прослуховуються на верхівці серця, аорті, легеневій артерії. Можуть прослуховуватись внутрішньосерцеві шуми (систолічний, діастолічний) і шум тертя перикарда.

Аускультацію легень проводять у симетричних точках спере­ду і ззаду, зверху донизу. В нормі вислуховують основні дихальні шуми (везикулярне дихання). При патологічних процесах – додат­кові або побічні дихальні шуми.

Везикулярне дихання виникає внаслідок коливання стінок альвеол. Може змінюватись в бік посилення або послаблення. Ці зміни бувають фізіологічними і патологічними.

Фізіологічне посилення везикулярного дихання спостерігають у дітей, а послаблення – при потовщенні грудної стінки.

Патологічне послаблення везикулярного дихання буває при запаленнях, а патологічне підсилення везикулярного дихання обу­мовлене змінами фаз дихального шуму при видиху і вдиху.

*Бронхіальне дихання –* це дихальні шуми, що виникають у гортані і трахеї. Нормальне бронхіальне дихання добре прослуховують над гортанню, трахеєю, біфуркацією трахеї.

Патологічне бронхіальне дихання прослуховується при ущіль­нені легеневої тканини і заповненні альвеол запальним ексудатом.

*Побічні дихальні шуми* – хрипи, виникають при розвитку па­тологічного процесу в трахеї, бронхах, у паренхімі легені.

*Сухі хрипи –* основною умовою їх виникнення є тотальне або вогнищеве звуження просвіту бронхів.

*Вологі хрипи* виникають у результаті скупчення в просвіті бронхів рідкого секрету.

*Крепітація –* хрускіт, який, на відміну від хрипів, виникає в аль­веолах.

*Шум тертя плеври –* прослуховують при патологічних станах, які призводять до змін властивостей листків плеври, внаслідок чого при їх рухах виникає додатковий шум – "шум тертя плеври".

***Спеціальні прийоми та методи обстеження грудної клітки***

*Тиснення по всій довжині ребра.* Другим, третім і четвертим пальцями лікар натискає на протязі ребра на деякій віддалі від місця травми або від припухлості (остеомієліт). При наявності перелому ребра чи запальних змін відзначається болючість.

*Стиснення грудної клітки.* У передньо-задньому напрямку між грудиною і хребтом стис­кають грудну клітку долонями до появи больових відчуттів. Цей прийом використовують при підозрі на перелом ребер. При стисненні змінюється кривизна І-VІІІ ребер, підсилюється болючість в місці перелому.

*Вимірювання обсягу грудної клітки.* Проводиться сантиметровою стрічкою спереду на рівні IV реберного хряща, ззаду – по нижнім кутам лопаток.

За наявності *трахеобронхіальних нориць* застосовують такі проби і обстеження:

1. При натузі із закритим ротом з нориці виходить повітря.
2. При курінні з нориці виходить дим.
3. При піднесенні до нориці запаленого сірника спостерігають відхи­лення полум'я.
4. Чітку картину при бронхіальних норицях дає фістулографія.

*Функціональні проби на визначення функціональної здатності серця*

*Проба Штанге.* Після глибокого вдиху хворий затримує ди­хання. Функція серця вважається доброю, якщо дихання затрима­но на 40 с і більше. Задовільною – на 30 с. Незадовільною – на 20 с і менше.

*Проба Соабразе.* Після глибокого видиху, якщо хворий може затримати дихання на 30 с – функція серця вважається доброю, на 20 - задовільною, на 10 і менше - незадовільною.

*Пункція плевральної порожнини*

Виконують після попередньої рентгеноскопії або рентгенографії. Прокол роблять дещо нижче верхнього рівня абсолютної тупості. При наявності рідини в плевральній порожнині пункцію проводять по задній пахвовій лінії в VIII міжребір'ї в положенні хворого сидячи, при наявності повітря – по середній ключичній лінії в II міжребір'ї в положенні хворого лежачи.

Пункцію слід проводити під місцевим знеболюванням. Прокол виконують по верхньому краю ребра, щоб не пошкодити міжре­берного судинно-нервового пучка. При проходженні голки постійно відтягують поршень шприца на себе. Отримавши рідину, потрібно уважно вивчити її колір, характер, запах, наявність згустків. Пунктат досліджують цитологічно і бактеріологічно. Важливо вирі­шити питання про приєднання інфекції.

*Проба Рівелуа-Грегуара.* Для контролю гемостазу в плевральній порожнині при гемотораксі. В пробірку набирають 3-4 мл плевральної рідини і вичікують 2-3 хв. Утворення згортків крові в пробірці буде свідчити про кровотечу, що триває.

**МЕТОДИКА ОБСТЕЖЕННЯ ПЕРИФЕРИЧНИХ ЛІМФАТИЧНИХ ВУЗЛІВ**

Обстеження периферичних лімфатичних вузлів виконується у симетричних ділянках у певній послідовності: підборідні, підщелепні, привушні, потиличні, задньошийні, передньошийні, надключичні, пахвові, ліктьові, пахвинні, підколінні.

Пальці або кисть долонною поверхнею кладуть на шкіру ділянки, що обстежується і поздовжніми рухами з незначним тиском пальпують лімфатичні вузли. Визначають щільність, розміри, форму, консистенцію, рухомість лімфатичних вузлів, наявність болючості, зрощення між собою та оточуючими тканинами. Візуально констатують наявність змін шкіри над вузлами: гіперемію, виразки, нориці.

При пальпації підборідних та підщелепних лімфатичних вузлів пацієнта просять дещо нахилити голову вперед і фіксують її лівою рукою. Злегка зігнуті пальці правої руки пальпують вказану ділянку, намагаючись вивести лімфовузли на край нижньої щелепи. Потім позаду вушних раковин пальпують привушні лімфовузли, пересуваючи руки дозаду – потиличні. Задньошийні лімфатичні вузли пальпують у просторах, розташованих між задніми краями кивального м’яза та зовнішніми краями довгих м’язів шиї. Передньошийні – вздовж внутрішніх країв кивальних м’язів. При цьому пальці розташовують перпендикулярно до шиї.

Надключичні лімфовузли пальпуються у відповідній ділянці.

Підключичні лімфовузли про пальпувати неможливо, оскільки вони розташовані під великим і малим грудними м’язами.

Пахвові (аксилярні) лімфовузли пальпують таким чином: просять хворого підвести руки горизонтально в бік, оглядають аксилярну ділянку, потім лікар кладе долоню на бокові поверхні грудної стінки, а пальці проводить до дна пахвових заглиблень. Потім хворий повільно опускає руки, а лікар ковзними рухами досліджує зазначену ділянку.

Невеликі, до 0,5-0,8 см в діаметрі, лімфовузли можуть пальпуватись у підщелепних, пахвових і пахвинних ділянках. Як правило, вони еластичні, рухомі, безболісні.

Більш значне збільшення лімфовузлів, а також їх визначення в інших ділянках, у більшості випадків є патологічною ознакою.

1. Правила та принципи анамнестичного обстеження хірургічного хворого
2. Патологічні симптоми, які можна виявити при об’єктивному обстеженні голови, шиї, грудної клітки
3. Методику об’єктивного обстеження голови, шиї, грудної клітки
4. Опанувати методикою збору анамнезу у хірургічних хворих
5. Методиками пальпації, перкусії та аускультації при об’єктивному обстеженні голови, шиї, грудної клітки
6. Провести обстеження підборідних, підщелепних, привушних, потиличних, передньо- та задньошийних, надключичних і пахвових лімфатичних вузлів

**Ситуаційні задачі для визначення кінцевого рівня знань**

1. В приймальне відділення лікарні доставлений хворий з різаною раною лівого передпліччя. При огляді звертає на себе увагу сплющена зверху, квадратної форми голова, з виступаючими лобними горбами.

Про що свідчить така форма голови?

*1. Така форма голови свідчить про перенесений рахіт.*

2. До хірурга поліклініки звернувся юнак 17 років, якого 1 годину тому побили невідомі. При огляді рот хворого широко відкритий, пацієнт не може стулити щелепи, нижня щелепа висунута вперед, ковтання і мова утруднені, жування неможливе, спостерігається слинотеча.

Сформулюйте діагноз. В чому полягає лікування?

*2. Діагноз: передній вивих нижньої щелепи.*

*Перш за все необхідно усунути надзвичайну силу напруги м’язів жувальної мускулатури. Для цього в порожнину щелепно-вискового суглоба достатньо ввести 3-5 мл 2% розчину лідокаїну. Хірург захищені великі пальці встановлює на задніх корінних зубах, а рештою пальців захоплює нижню щелепу зовні. Тиском на задні корінні зуби нижню щелепу спочатку відтягують донизу з одночасним підняттям підборіддя, а потім зміщують дозаду.*

3. Жінка 63 років 4 доби тому відчула різкий біль в правій здухвинній ділянці. З того часу приймала знеболюючі засоби. Стан погіршав. При огляді дільничний лікар звернув увагу на характерні для запалення очеревини (перитоніту) ознаки: обличчя хворої бліде з синюшним відтінком, різко загостреними рисами, глибоко запалими страждальними очима, з великими краплями холодного поту на лобі.

Яку назву носить це характерне обличчя?

*3. При тяжких захворюваннях органів черевної порожнини спостерігається описане ще Гіппократом типове обличчя, яке має назву facies Hyppocratica.*

4. Під час полювання мисливець спрямував заряд дробу в зарості і влучив в іншого мисливця, в міжлопаткову ділянку. Потерпілому провели туалет рани, наклали асептичну пов’язку і відправили додому. Через 1 добу поранений відчув сильне стискання рота, зумовлене тонічними судомами жувальних м’язів.

Як називається наведений симптом? Яке захворювання він супроводжує і чи можна було його попередити?

*4. Наведений симптом називається тризм. У хворого розвинувся правець, який потрібно було в умовах стаціонару попередити шляхом проведення специфічної профілактики залежно від часу останньої ревакцинації.*

5. В лікарню доставлений хлопчик 6 років, якого 15 хвилин тому збив автомобіль. При огляді у нього спостерігається нерівність зіниць.

Як називається наведений симптом? Про що свідчить розширення однієї з зіниць?

*5. Нерівність зіниць – анізокорія – має діагностичне значення. Зіниця буває розширеною на тому боці, де виник субарахноїдальний або субдуральний крововилив при гострій травмі черепа.*

6. Молодий чоловік з подругою під час поїздки на моторолері не справився з керуванням і в’їхав у бетонний паркан. Лікар швидкої допомоги на місці пригоди видимих ознак життя не виявив в жодного з потерпілих. Тоді лікар звернув увагу на стан зіниць, які у чоловіка були розширені, а у жінки – звужені.

Чому лікар звернув увагу на стан зіниць і про що свідчить їх розширення?

*6. Коли зникають видимі ознаки життя (Ps, дихання, серцебиття) потрібно звернути увагу на стан зіниць, які при біологічній смерті розширюються. Якщо зіниці залишаються звуженими, необхідно проводити реанімаційні заходи.*

7. Хірург оглянув пацієнта, направленого для планового оперативного лікування з приводу пахової грижі і звернув увагу на випинання очей у хворого.

Як називається цей симптом? Який патологічний стан він супроводжує?

*7. Випинання очей (exophtalmus) – симптом, характерний для гіперфункції щитовидної залози.*

8. Опишіть зміни в щитовидній залозі при ІІ ступені її збільшення.

*8. Залоза помітна на око при ковтанні, легко пальпується, контури шиї змінені незначно.*

9. У пацієнтки 38 років в верхньозовнішньому квадранті правої молочної залози хірург помітив втягнення шкіри у вигляді «лимонної кірки», там же пальпується пухлиноподібне новоутворення до 2,5 см в діаметрі, щільне, бугристе, спаяне з навколишніми тканинами. Пахвові лімфатичні вузли збільшені до 1,5 см.

Про яке захворювання можна говорити при виявленні таких патологічних змін? Яке дослідження слід провести для верифікації діагнозу?

*9. У хворої є ознаки раку молочної залози. Вирішальним для діагнозу і тактики лікування є морфологічна верифікація діагнозу. З цією метою проводять пункційну біопсію для цитологічного дослідження або секторальну резекцію молочної залози з терміновим гістологічним дослідженням видаленої в момент операції пухлини.*

10. У жінки, що годує груддю 4-місячну дитину, на межі верхніх квадрантів правої молочної залози хірург помітив гіперемію шкіри без чітких меж, при пальпації – інфільтрат до 3 см в діаметрі, локальне підвищення температури, біль, в центрі ділянка розм’якшення.

Про яке захворювання іде мова? Чи є в наведеній ситуації покази до оперативного втручання?

*10. У хворої гострий гнійний мастит. Про наявність гнійного розплавлення тканин свідчить розм’якшення інфільтрату, тому хворій за ургентними показами показане оперативне втручання – розкриття та дренування абсцесу.*

11. У хворого Г., 68 років, оперованого з приводу кам’яного холециститу, в ранньому післяопераційному періоді розвинулась застійна пневмонія.

Як провести визначення голосового тремтіння у даного хворого? Які зміни при цьому будуть спостерігатись?

*11. Хворий низьким голосом повторює слова «тридцять три». Визначення проводять за допомогою щільно прикладених долонь симетрично до обох боків грудної клітки. При інфільтративних процесах легеневої тканини (пневмонія) має місце підсилення голосового тремтіння.*

12. Монтажник при виконанні висотних робіт зірвався з висоти ІІІ поверху. Госпіталізований у відділення грудної хірургії з діагнозом: закритий перелом IV ребра справа, правобічний гемоторакс.

Які зміни голосового тремтіння будуть спостерігатись в проекції скупчення крові?

*12. При наявності рідини в порожнині плеври буде спостерігатись послаблення або відсутність голосового тремтіння.*

13. Хлопчик 8 років впав з дерева і потрапив у приймальне відділення лікарні з підозрою на перелом ребер. Продемонструйте спеціальні діагностичні прийоми, що використовують при переломі ребер.

*13. Використовують тиснення по всій довжині ребра і стиснення грудної клітки.*

*Тиснення по всій довжині ребра проводять другим, третім і четвертим пальцями: лікар натискає на протязі ребра дещо подалі від місця травми. При наявності перелому відзначається болючість.*

*Стиснення грудної клітки проводять у передньо-задньому напрямку між грудиною і хребтом: стискають грудну клітку долонями до появи больових відчуттів.*

14. Опишіть методику виконання пункції плевральної порожнини за наявністю в останній рідини.

*14. Прокол роблять в положенні хворого сидячи дещо нижче верхнього края абсолютної тупості. Найкраще місце пункції – по задній пахвовій лінії в VII міжребір’ї. Пункцію слід проводити під місцевим знеболенням. Прокол виконують після розрізу шкіри, по верхньому краю нижче розташованого ребра, щоб не пошкодити судинно-нервового пучка.*

15. Опишіть методику виконання пункції плевральної порожнини за наявністю в останній повітря.

*15. Прокол роблять в положенні хворого лежачи по середньо-ключичній лінії в II міжребір’ї. Пункцію слід проводити під місцевим знеболенням. Прокол виконують після розрізу шкіри, по верхньому краю нижче розташованого ребра, щоб не пошкодити судинно-нервового пучка.*

**ДЖЕРЕЛА НАВЧАЛЬНОЇ ІНФОРМАЦІЇ:**

**Основна**

1. Общая хирургия: підручник /М.Д. Желіба, С.Д. Хіміч, І.Д. Герич і ін.: за ред.. професорів М.Д.Желіби, С.Д.Хіміча.-К.: ВСВ “Медицина”, 2011.-  с.488.

2. Загальна хірургія : підручник : / М.Д. Желіба, С.Д. Хіміч, І.Д. Герич та ін.; за ред. проф.

М.Д. Желіби, проф. С.Д. Хіміча. – К.; ВВС «Медицина», 2010. – С. 488 с

3. Загальна хірургія: навчальний посібник/ В.І.Пантьо, В.М. Шимон, О.О. Болдіжар.-Ужгород:ІВА, 2010-464 с.

4. Гостищев В. К.Общая хирургия: учебник / Гостищев В.К. - 5-е изд., перераб. и доп.- М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 728 с.

5. Хірургія: підручник / за ред. Л.Я. Ковальчука. Тернопіль: ТДМУ, 2010. — 1056 с.

6. Курс лекцій з загальної хірургії за ред. О.І. Дронова, В.О. Сипливого, І.О. Ковальської, А. Скомаровського, Є.А. Крючиної Київ, МВЦ «Медінформ», 2011 – 487 с.

7. Хіміч С. Д. Довідник хірурга. / С. Д.. Хіміч – К.: Здоров’я, - 2011. – 208 с.

8. Хірургія: підручник/Б.П.Лисенко, В.Д.Шейко, С.Д. Хіміч. –К.: ВСВ «Медицина», 2010.-712 с.

9. Хірургія. За ред. Я.С.Березницького, М.П.Захараша, В.Г.Мішалова, В.О. Шідловського. – Дніпропетровськ: РВА «Дніпро-VAL», 2008. – 445 с.

**Допоміжна**

1. Догляд за хворими хірургічного профілю. / В. П. Польовий, О. Й. Хомко, С. П. Польова,

А. С. Паляниця, І. О. Вишньовський. – Чернівці: Медуніверситет, – 2012. – 380 с.

2. Глухов А.А.Основы ухода за хирургическими больными: учебное пособие / А.А. Глухов, А.А. Андреев, В.И. Болотских. 2013. - 288 с. – ЭБС «Консультант студента».

3. Петров С.В. Общая хирургия: учебник [Электронный ресурс] / Петров С.В. 4-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа 2012. - 832 с.

4. Конспекти лекцій.