

АО Медицинский Университет Астана
Кафедра хирургических болезней и кардиоторакальной хирургии

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЛОКАЛЬНОГО СТАТУСА
ХИРУРГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО

ВЫПОЛНИЛА: ЕГЕМТАЕВА А.К.

ГРУППА:420 ОМ

ПРОВЕРИЛ:ОРАЗБАЕВ С.Т.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС

МЕСТНЫЕ ПРИЗНАКИ ОСНОВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

Местные проявления болезни — основное отличие хирургических больных от других групп. Представить себе хирургического больного без местных проявлений болезни невозможно. Именно местные проявления болезни и методы их устранения послужили основным поводом для выделения ряда заболеваний в группу хирургических. В поисках и правильной оценке местных проявлений болезни хирург должен быть особенно внимательным. Описание локального статуса не означает локалистического подхода к оценке болезни. Через анализ местных проявлений болезни мы подходим к обоснованию диагноза и к дифференциальному диагнозу. В оценке целостности общего и местного уместно привести следующее положение: «В локальном всегда проявляется общее, общее локализуется» .

При выявлении локальных изменений, вызванных болезнью, используют те же методы, что и при описании общего статуса: осмотр, пальпацию, перкуссию, выслушивание, измерение. При описании конечностей исследуют функцию суставов. При заболеваниях прямой кишки проводят пальцевое исследование ее

Локальный статус – это описание местных изменений тканей. Это раздел в истории болезни должен находиться после обследования всех систем. Начинается он с описания положения больной конечности, локализации, внешнего вида повязки и состояния тканей вокруг раны. Затем описывается перевязка. Указывается внешний вид раны, ее размеры, характер и количество отделяемого. Описываются действия перевязочной медсестры, вид повязки, наложенной в результате перевязки.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС В ДИНАМИКЕ

Локальный статус в динамике – более краткое описание изменений, происходящих в ране.

Первичное описание локального статуса

Правая рука находится в среднефизиологическом положении (согнута в локтевом суставе под углом 90 градусов), на косыночной повязке. На средней трети предплечья – спиральная повязка, по наружной поверхности пропитана кровью. Видимого отека и инфильтрации окружающих тканей нет. Пальцы на руке теплые, шевелятся. Перевязка: на наружной поверхности средней трети правого предплечья – послеоперационная линейная рана длиной 6 см с 3 узловыми швами. Умеренная отечность тканей вокруг раны. Обработка йодонатом, наложена асептическая повязка, закрепленная сетчато-трубчатым бинтом.

Локальный статус в динамике: 3 день: повязка чистая, сухая. На перевязке: отек уменьшился, обработка брил. зеленью 5 день: повязка чистая, сухая. На перевязке: отека нет, рана спокойна, обработка брил. зеленью 8 день: повязка чистая, сухая. На перевязке: рана спокойна, сняты швы, обработка брил. зеленью, покой 2 часа.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ РАНЫ:

- Вид - случайная, преднамеренная (операционная), укушенная, рубленая, резанная, колотая, рубленая, ожог, отморожение
- Локализация - указать место расположения (на волосистой части головы – теменной, затылочной, височной области), на лице, на верхних конечностях (плечо, предплечье, кисть), на нижних конечностях (бедро, голень, стопа), передняя половина туловища (грудь, живот), задняя половина туловища, область паха, ягодичная область.
- Размеры - площадь, глубина, длина, ширина (см)

- . Состояние кожи вокруг раны (послеоперационного шва) – наличие или отсутствие признаков воспаления, окраска кожи, наличие пузырей, с каким содержимым (серозным, геморрагическим), наличие или отсутствие болезненности при пальпации.
- . Признаки воспаления – отек (место распространения отека), гиперемия, местная гипертермия, боль, нарушение функции (отсутствие движений конечности)
- . Наличие дренажа в ране (марлевый, резиновый, трубчатый)
- . Наличие отделяемого – характер (серозное, серозно-гнойное, гнойное, сукровичное), запах, количество (мл при наличии приемника)
- . Вид повязки – асептическая, лейкопластырная, бинтовая, клеевая, характер повязки (сухая, чистая, пропитана кровью).

- При первичном осмотре раны врач обязательно должен оценить локализацию раны, ее внешний вид, размеры, наличие деформаций, местные признаки и состояние окружающих рану тканей в сравнении с симметричной здоровой частью тела. К местным признакам ран относятся боль, кровотечение, зияние раны. Описывая состояние окружающих тканей, следует отметить выраженность воспалительной реакции.
- Зияние раны определяется величиной, глубиной и нарушением эластических структур кожи (линии Лангера).

- Интенсивность **болевого синдрома** в области раны находится в обратной зависимости с тяжестью повреждения – феномен, причина которого заключается в местном раневом ступоре. Другими словами, чем более острым предметом и стремительнее наносится рана, тем менее выражен местный болевой синдром. Огнестрельные ранения вследствие большой скорости их возникновения сопровождаются умеренной болью и иногда остаются незамеченными. Раны в области лица, кисти, промежности и половых органов в силу богатой иннервации наиболее болезненны. Раневая боль обычно имеет характер жгучей, интенсивность ее возрастает и уменьшается синхронно с частотой ударов пульса (пульсирующая боль). При возвышенном и спокойном положении поврежденной области раневая боль уменьшается; в течение 2 – 3 суток она исчезает полностью.

- Интенсивность **кровотечения** из раны, напротив, напрямую зависит от остроты и скорости ранящей силы. При размозженных ранах кровотечение из сосудов менее значительное. При колотых и огнестрельных ранениях мягких тканей без повреждения крупных сосудов возникает капиллярное кровотечение. Следует помнить, что капиллярное кровотечение может повлечь за собой значительную кровопотерю, величина которой нередко недооценивается. Кроме того, при ранении кровотечение не всегда бывает наружным. Выход крови из сосудов может осуществляться в ткани и приводить к образованию распространенных гематом.

РАЗДАВЛЕННАЯ РАНА.

- Такие раны образуются при воздействии тупого плоского предмета (колесо автомобиля, палка, камень) на мягкие ткани. Края таких ран обычно неровные синюшно – багрового или багрово – черного цвета, кровотечение незначительное, вокруг краев раны имеются кожные ссадины. В глубине раны видны сплюснутые обрывки мышечных волокон, сухожилий, фасций, кровеносных сосудов, нередко костей, представляющие собой трудно дифференцируемую массу багрово – черного цвета.

РЕЗАНАЯ РАНА

- Края раны гладкие, зияют в зависимости от эластичности тканей или от отношения к основным направлениям кожных линий. Кровотечение значительное. В глубине раны хорошо дифференцируются нижележащие ткани с ровными краями, розового цвета. При косом направлении действия острого предмета образуются лоскутные раны. Кожа и подкожная клетчатка при этом соединяются с окружающими тканями лишь более или менее широкими мостиками.

КОЛОТЫЕ РАНЫ

- При колотых ранах повреждающий предмет проникает в ткани на узкой, ограниченной площади. Края ран «склеены» и не зияют. Велика опасность повреждения в глубине раны крупных кровеносных сосудов и нервов, проникновения колющего предмета в полости организма: черепную, грудную или брюшную, в суставные сумки. Следует помнить, что при колотых ранах может не быть наружного кровотечения. Кровь может имbibировать окружающие ткани с образованием обширных гематом.

УКУШЕННЫЕ РАНЫ

- Укушенные раны значительно отличаются от описанных выше и имеют характерную форму. Несмотря на ограниченные размеры, такие раны не следует относить к легким. Укушенные раны нуждаются в широкой ревизии и тщательной хирургической обработке, причем зашивать их не рекомендуется, поскольку в ране могут содержаться высоко вирулентные возбудители, которые в кратчайшие сроки приводят к возникновению пиогенной и гнилостной инфекции. Также не следует забывать о профилактике столбняка и бешенства.

ПРИМЕРЫ ЛОКАЛЬНОГО СТАТУСА ХИРУРГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО

ОПЕРАЦИОННАЯ РАНА

- На передней брюшной стенке находится послеоперационная рана (срединный лапаротомный рубец) длиной до 15 см, в нижней трети рана до 10 см. Края раны ровные, чёткие, без размозжений и кровоизлияний. Стенки раны аналогичны краям: ровные, без размозжений и кровоизлияний. Дно раны ровное; перемычек, размозжения, кровоизлияний, инородных тел и повреждений серозных листков не имеется. В дне раны видны кишечник, сальник (частичная эвентрация). Форма раны линейная. Размеры зияния раны (без повязки) 15*5*5 см. Кровотечения из раны не наблюдается. Подкожно-жировая клетчатка и кожа не ушиты. Появляются мелкие островки грануляций, они яркие сочные блестящие, при контакте они кровоточат, вялые, фиброзно-некротическим налет, раневое отделяемое серозно-гнойного характера.

УКУШЕННАЯ РАНА

- В концевой части ногтевой фаланги, имеется рана в виде дефекта кожи и мягких тканей, на участке размером 1,5x1,5см, на глубину до 0,5см, на дне раны видна не поврежденная кость ногтевой фаланги, мягкие ткани красного цвета с наложениями жидкой крови темно-красного цвета, края раны неровные, обрывчатые, без оссаднения, выраженный болевой синдром.

РВАННАЯ РАНА

- На мочке левого уха сквозная рваная рана длиной около 1 см с неровными краями, направлена вертикально вниз. Имеется небольшое кровотечение.

ИНФИЦИРОВАННАЯ РАНА

- Боль в области щеки, усиливающаяся при жевании. Со слов пострадавшего, три дня назад на щеке была наибольшая ссадина. Никакой первичной обработки ранки не производилось. Краснота с нечеткими контурами и размером 3 на 4 см на правой щеке. Щека отечна, припухшая, горячая на ощупь. В центре багрово-красного инфильтрата небольшая ранка под корочкой, скудные выделения гнойного характера.

УШИБЛЕННАЯ РАНА

- В области ушиба, в лобно-теменной области, рана с неровными краями длиной 4 см, кровоточит. Вокруг раны раздавленные нежизнеспособные ткани. Кости черепа на ощупь целы.

РУБЛЕНАЯ РАНА ЛЕВОГО ПРЕДПЛЕЧЬЯ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ МЫШЦЫ СГИБАТЕЛЯ ЗАПЯСТЬЯ.

- На передней поверхности левого предплечья в средней трети глубокая рубленая рана, направленная поперек предплечья длиной около 4 см, с ровными краями. Рана широко зияет и обильно кровоточит. Кисть находится в разогнутом положении, активные сгибательные движения отсутствуют. В глубине раны определяются концы рассеченной мышцы – лучевой сгибатель запястья.

СКВОЗНОЕ ОГНЕСТРЕЛЬНОЕ РАНЕНИЕ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЛАДОННОЙ ПОВЕРХНОСТИ ПРАВОЙ КИСТИ.

- Повреждена правая кисть. Доставлен в травматологическое отделение больницы. При осмотре правой кисти на ладонной поверхности имеется сквозное огнестрельное ранение. Входная рана воронкообразно вогнута и находится в области гипотенара выходная – в области основания 1 пальца, края вывернутые, неровные, умеренно кровоточат. Двигательная и чувствительная функция 1 и 5 пальцев нарушена. Кости не повреждены.

КОЛОТО-РЕЗАННАЯ РАНА ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ.

- При осмотре живот участвует в акте дыхания. На передней стенке живота имеется колото-резаная рана длиной около 2 см, на 3 см левее пупочного кольца. В области раны имеется небольшая припухлость, пальпация живота болезненна лишь в месте повреждения. Напряжение брюшных мышц определяется лишь в пределах раны. Перитонеальные симптомы, рвота, метеоризм, учащение пульса отсутствуют. Температура тела нормальная.

ОТМОРОЖЕНИЕ IV И V ПАЛЬЦЕВ ПРАВОЙ КИСТИ I-II СТЕПЕНИ

- IV и V пальцы правой кисти бледные, отечные. После отогревания кожа на пальцах приобрела багрово-синюшную окраску. Появились пузыри, наполненные светлой жидкостью. Отечность распространилась за пределы пораженных участков. Чувствительность и температура пальцев восстановились. Появились умеренные боли.

ОЖОГ ЛЕВОЙ ВИСОЧНОЙ ОБЛАСТИ IIIA-IIIБ СТЕПЕНИ

- Левая височная область с обгоревшими волосами отёчная, ярко-красного цвета. Участок поражения размером 4 на 5 см с нечеткими контурами. На фоне гиперемии пузыри, заполненные желеобразным геморрагическим содержимым. Тактильная и болевая чувствительность снижены. В центре очага плотный серо-бурый струп (2 x 4 см), в области которого не просвечивают сосуды и полностью отсутствует болевая чувствительность.

ЛИТЕРАТУРА

Аничков Н. Н., Волкова К. Г., Гаршин В. Г. Морфология заживления ран. М., 1951.
Гиляревский С. А. Пропедевтика внутренних болезней. М., «Медицина», 1965.
Гржебец Э. Н., Цераидис Г. С. Основы гистологии кожи. М., Мед-гиз, 1960.
Еланский Н. Н. Схема истории болезни для студентов. М., 1960. Иванов И. А.
Схема истории болезни. Пермь, 1960. Краковский Н. Н. и Грицман Ю. Я. Ошибки в
хирургической практике. М., Медгиз, 1959. Лериш Р. Основы физиологической
хирургии. М., Медгиз, 1961. Линденбаум И. С. Методика исследования
хирургического больного. М., Медгиз, 1957. Михельсон Н. М. Рубцы кожи после
ожогов и ранений и борьба с ними. М., Медгиз, 1947. Михельсон Н. М.
Восстановительные операции челюстно-лицевой области. М., Медгиз, 1962.
Николаев О. В. и Тараканов Е. И. Гормонально-активные опухоли коры
надпочечников. М., Медгиз, 1963. Серебренников И. М. Судебно-медицинское
исследование рубцов кожи. М., Медгиз, 1962. Соловьев П. Д. Методика
исследования хирургического больного. М., Госиздат, 1922