

Қарағанды мемлекеттік медицина университеті
Клиникаға кіріспе кафедрасы

СӨЖ

Тақырыбы:

**Лимфа түйіндерін, бұлшықетті зерттеу әдістері. Тірек-қимыл
жүйесінің ерекшеліктері.**

Орындаған : Құлым Ж.Б.

Топ: 2-033 топ

Қабылдаған: Молдакасова Б.У.

Қарағанды 2015

ЛИМФА ТҮЙІНДЕРІНІҢ ЗЕРТТЕУ ӘДІСТЕМЕСІ

- Сұрастыру.
- Тексеру.
- Пальпация.
- Пальпация кезінде лимфа түйіндерін анықтайды:
- • шамасының тораптары; қалыпты олардың диаметрі жетеді 0,3-0,5 см. Оның көлемі мынадай лимфа түйіндері: дәнді (I дәрежесі), жасымық (II дәреже), домалақ (III дәрежесі), боб (IV дәрежесі), жаңғақ (V дәрежесі), көгершін жұмыртқасы (VI дәрежесі).
- • саны бойынша: егер әр топта пальпацияланса 3 тораптары, олардың пікірінше бірлі-жарым, 3-көптеген;
- • консистенциясын - жұмсақ, созылмалы, тығыз.
- Консистенциясы едәуір дәрежеде байланысты ескіру зақымдану сипаты мен процесін; созылмалы процестерде түйіндері кейде тығыз, жақында ұлғайту, олар, әдетте, жұмсақ, шырынды. Қалыпты түйіндер мягкоэластические;
- • қозғалғыштығы - қалыпты түйіндер қозғалғыш.
- • қарым-қатынасы тері, тері асты май майлары және бір-бірімен (спаяны немесе жоқ). Қалыпты түйіндер емес спаяны;
- • сезімталдығы және пальпацияда: қалыпты түйіндер нечувствительны және безболезненны; ауырсыну көрсетеді өткір қабыну процесі.

- Дені сау балаларда, әдетте, пальпируется үш топ лимфа түйіндері.
- Қалыпты емес пальпируются подбородочные, над - және подключичные, торакальные, кубитальные, подколенные.
- Лимфа түйіндері деп атауға болады қалыпты, егер олардың мөлшері аспайтын ұсақ горошины, олар әкімшілікке, мягкоэластической консистенциясы, подвижны, спаяны терімен және бір-бірімен безболезненны.
- Лимфаденопатия - өлшемдерінің ұлғаюы лимфа түйіндері, кейде өзгеруіне олардың консистенциясы.
- Полиадения - санының ұлғаюы лимфа түйіндері. Басқа клиникалық зерттеулер лимфа түйіндері үшін нақты диагностика, оларды жою қолданады пункция жасау керек, биопсию және лимфографию.
- **Мысалдар тұжырымын жасау:**
- Пальпируются жақ асты, переднешейные, қолтық асты және шап лимфа түйіндері, бірен-саран, өлшемі 0,3 см, жұмсақ-эластикалық консистенциялы, спаянны бір-бірімен және терімен, қозғалмалы, безболезненные.
- - Норма.
- Ал
- Пальпируются бірен-саран затылочные және кубитальные, көптеген алдыңғы - және заднешейные, қолтық асты және шап лимфа түйіндері өлшемі 3-5 мм, тығыз, спаянны бір-бірімен және терімен, қозғалмалы, безболезненные,
- - Микрополиадения.

- Перифериялық лимфа түйіндері топтастырылады клетчаткасында түрлі дененің болуы мүмкін пальпация арқылы табылған, ал елеулі ұлғайту және көзбен. Зерттеу лимфа түйіндерінің жүргізеді аттас симметриялы облыстарында сақтай отырып, белгілі бір реттілігі: подбородочные, жақ асты, углочелюстные, околоушные, затылочные, заднешейные, переднешейные, надключичные, подключичные, қолтық асты, кубитальные (шынтақ), шап және подколенные.
- Пальпация кезінде барлық топтағы лимфа түйіндері, сонымен подколенных, дәрігер алдында науқас.
- Әдісі қолданылады беттік пальпация.
- Дәрігер қояды саусақтарын не бүкіл қылқалам ладонной беті тегіс зерттелетін облысында құбырдан алмай, саусақтар, жағады, олармен бірге тері жататын тығыз тіндердің (бұлшық немесе костям), аздап надавливая. Қол саусақтарының қозғалысы кезінде, бұл мүмкін бойлық, көлденең немесе круговыми.
- Бармағын әдетте пальпация қатыспайды. Қозғалтып саусақпен арқылы пальпируемые лимфа түйіндері, дәрігер белгілейді, олардың саны, мөлшері мен нысаны әр торабының тығыздығы (консистенциясын), қозғалғыштығы (смещаемость), болуы ауырса және спаянності тораптарының өзара, тері және қоршаған мата. Көзбен дейді де өзгерістердің болуы, тері саласындағы пальпируемых лимфа түйіндері: гиперемия, жаралануы, жыланкөздер.
- Мөлшері лимфа түйіндерінің көрсеткен дұрыс миллиметр немесе сантиметр, ал салыстыру жолымен не, мысалы, горошиной, фасолью және т. б. Егер лимфатический торабы бар округлую нысанын көрсету қажет, оның диаметрі, ал егер сопақша, — ең көп және ең аз мөлшері.

- Кірісе отырып, пальпация подбородочных лимфа түйіндерінің, дәрігер сұрайды, науқастың сәл басын еңкейтіп алға және тіркейді, оны сол қолмен. Кладет сомкнутые және аздап согнутые саусақтар оң қолдың ортасына подбородочной области осылайша, ұшы саусақ упирались, алдыңғы беті мойынның науқастың. Содан кейін, пальпируя бағыты бойынша подбородку тырысады шығару лимфа түйіндері өлкесі төменгі жақтың анықтау және олардың қасиеттері (сур. 14а). Осылайша пальпирует жақ асты лимфа түйіндері екі қолымен бір мезгілде оң және сол жақ бөлімдерінде подбородочной области шеттерін бойлай төменгі жақ (сур. 14б).
- Осыдан кейін тікелей астында бұрыштары төменгі жақтың указательными не орта саусақпен сезінеді бұрыш жақтық лимфа түйіндері (сур. 15а). Бұдан әрі, артта құлақ қалқанын екі жағынан пальпирует околоушные лимфа түйіндері (сур. 15б), содан кейін, перемещая саусақ екі қолды тиісті облыстың, ощупывает затылочные лимфа түйіндері. Науқастарда жіті ревматизммен саласындағы затылочного апоневроза кейде пальпируются ұсақ безболезненные деп аталатын ревматикалық түйін.



Рис. 14. Пальпация подбородочных (а) и подчелюстных (б) лимфатических узлов

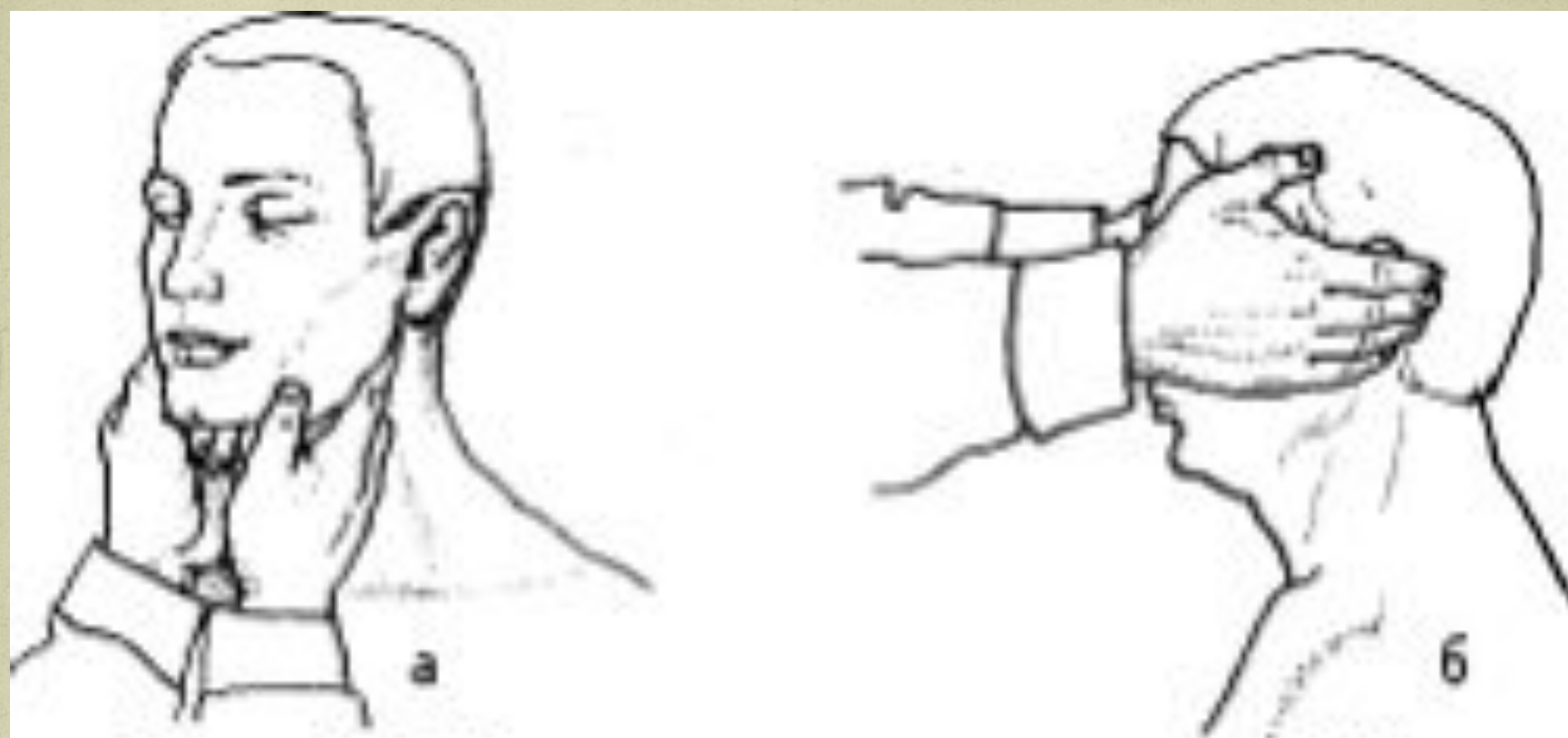


Рис. 15. Пальпация углочелюстных (а) и околоушных (б) лимфатических узлов

- **Артқы лимфа түйіндері пальпируют бір мезгілде екі тараптың да кеңістіктер арасында орналасқан артқы шеті кивательных бұлшық және сыртқы шеті ұзын бұлшық мойын (сур. 16а). Алдыңғы лимфа түйіндері ощупывают бойындағы ішкі өлкелер кивательных бұлшық (сур. 16б).**
- **Пальпация кезінде мойын лимфа саусақтары орналастырады перпендикуляр длиннику мойын. Ощупывание жүргізеді бағытта жоғарыдан төмен қарай. Надключичные және подключичные лимфа түйіндері дәйекті пальпируют да үстіңгі- және бұғана асты ямках (сур. 17а және 17б).**

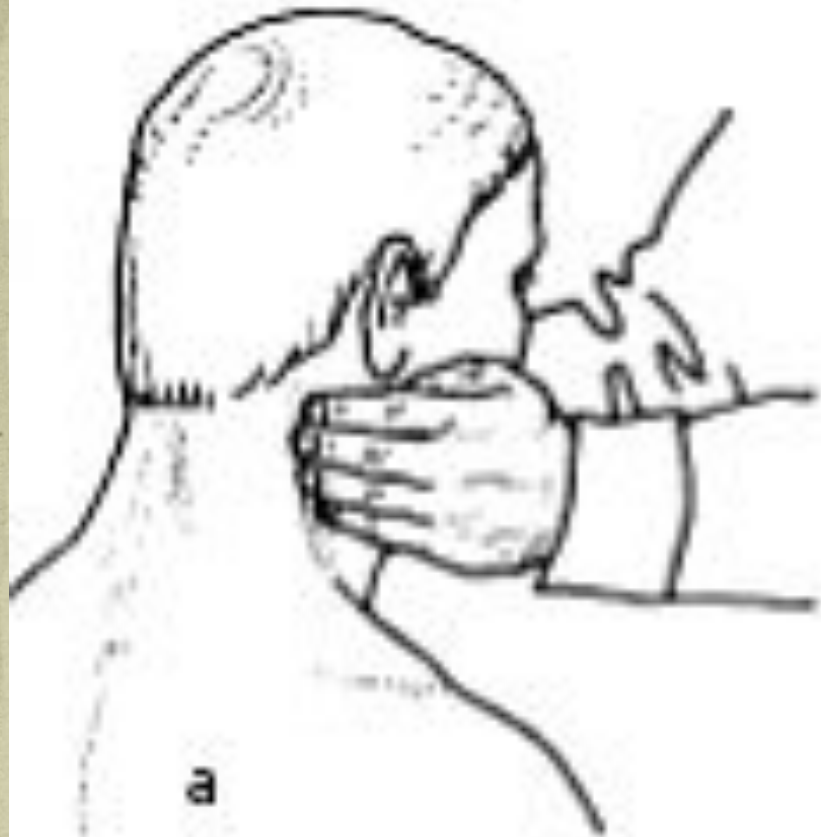


Рис. 16. Пальпация переднешейных (а) и заднешейных (б) лимфатических узлов

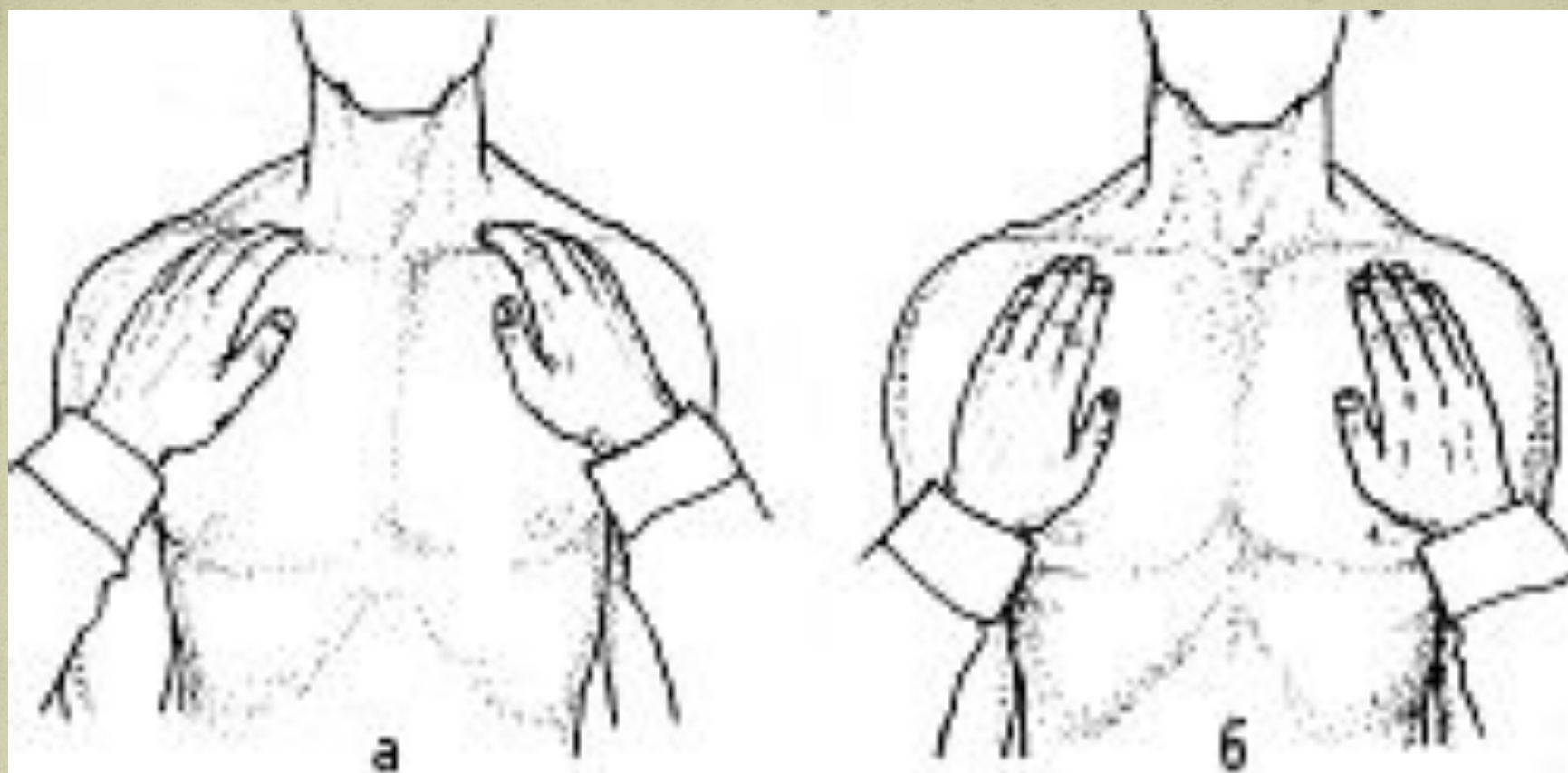


Рис. 17. Пальпация надключичных (а) и подключичных (б) лимфатических узлов

- Алдында кірісуге пальпация подмышечных лимфа түйіндерінің, дәрігер сұрайды науқасты алып шығу итереміз дейін көлденең деңгейін тексереді қолтық тазартылып, бірнеше шұңқырлар, анықтау үшін жергілікті патологиялық өзгерістер, мысалы қабынуы тер бездерінің (гидраценит, немесе "сучье желін"). Осыдан кейін кладет өз алақанның ұзын бүйір бетінің науқастың кеуде қуысының екі жағынан да, ұшы саусақ упирались түбіне подмышечных ямок, бірақ прижимались - ребрам (сур. 18а). Жұмсай беруін өтінді науқастың баяу түсіру керек, қолды төмен, дәрігер бұл уақытта бірнеше жылжытады саусақ жоғары, камтиды, олардың мазмұны қолтық қатпарына: және төмен сырғып (сур. 18б).
- Бір мезгілде саусақтары тұрған - ребрам және қалай продавливает олардың арасындағы захваченную май мата анықтай отырып, оның біртектілігі және анықтай отырып, осылайша неғұрлым тығыз және дөңгелек лимфа түйіндері. Үшін егжей-тегжейлі зерттеу подмышечных лимфа түйіндерінің пальпация жатады жүргізген орынды 2-3 рет. Пальпация жатады кубитальных (шынтақ) лимфа түйіндерінің дәйекті жүргізеді, алдымен бір жағынан, ал екінші жағынан. Науқастың тиіс полусогнуты " шынтақ буындарында. Зерттеу кезінде оң жақ кубитальных лимфа түйіндерінің дәрігер берет оң жақ алған зақымымен күресті науқастың өзінің оң қолын, ал алақан өзінің сол қолына кладет артқы бетіне оң жақ иықтың науқастың болатындай ұштары пальпирующих саусақ орналасқан " медиальной борозде екі басты бұлшық еттің. Ощупывают дистальную үштен бірі осы борозда бағыты бойынша шынтақ ямке (сур. 19а). Зерттеу кезінде сол жақ кубитальных лимфа түйіндерінің дәрігер берет сол алған зақымымен күресті науқастың өзінің сол қолын, ал оң қолмен ощупывает дистальную үштен бірі медиальной борозда екі басты бұлшық еттің сол жақ иық (сур. 19б).



Рис. 18. Пальпация подмышечных лимфатических узлов: а - исходное положение, б - выполнение приема



а

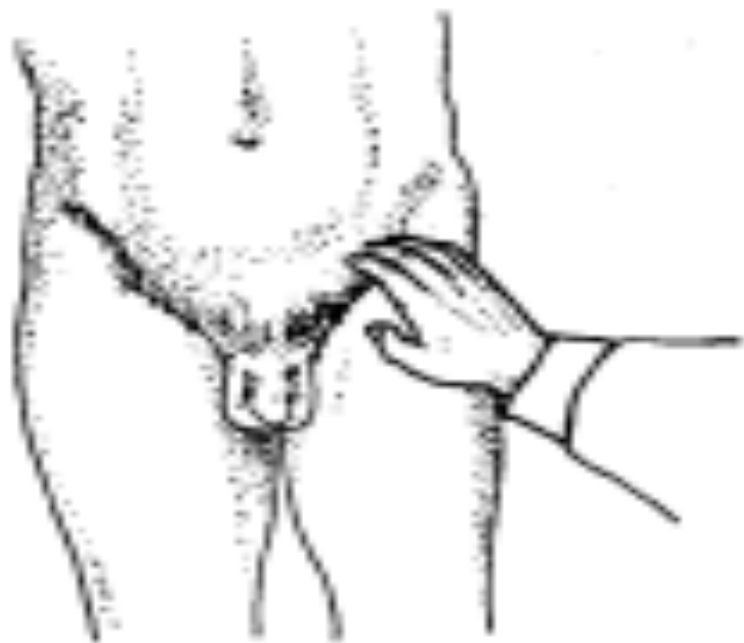
а



б

Рис. 19. Пальпация правых (а) и левых (б) локтевых лимфатических узлов

- Алдында пальпация шап лимфа науқас обнажаєт шап қатпарлары. Содан кейін кезекпен екі жағынан дәрігер пальпирует облысы, жатқан жоғары және төмен шап құрғақтықпен. Бұл ретте ощупывающие қозғалыс тиіс перпендикулярны пупартовой связке (сур. 20а). Ескеру, пальпация кезінде осы салаларда қатар түйіндері мүмкін анықталады шап грыжи, ал ер адамдарда, сонымен қатар, — лежащее " паховом арнада яичко кезінде оның неопушении в мошонку (крипторхизм). Алдында пальпация подколенных лимфа түйіндерінің науқас обнажаєт аяқтар қояды тізе арналған кереуетке немесе орындықтың отырғышы. Дәрігер туындайды артта науқастың ощупывает подколенную ямку согнутой тізе буынында аяқтың (сур. 20б). Содан соң ұқсас түрде пальпирует басқа подколенную ямку. Шағын, диаметрі бірнеше миллиметрден 1 см-ге дейін, жеке лимфа түйіндері мүмкін қалыпты пальпироваться " жақ асты, шап, және, сирек, подмышечных облыстарында. Олар дөңгелек пішінді, плотноэластической консистенциялы, қозғалмалы, безболезненные. Астам елеулі лимфа түйіндерінің ұлғаюы осы салаларда, сондай-ақ пальпируемые лимфа түйіндері басқа облыстарда дене, әдетте, болып табылады патологиялық белгісі.



а

Рис. 20. Пальпация паховых (а) и подколенных (б) лимфатических узлов



б

- Кейбір ауруларда лимфа түйіндері ұлғаяды белгілі бір салаларында. Айқын ұлғаюы, мойын лимфа түйіндері байқалады туберкулездік лимфадените. Мұндай тораптар әдетте спаяны терімен және бір-бірімен түрінде пакетін, болезненны және ыдырауға бейім білімі бар свища, ол арқылы отходят беловатые творожистые массасы. Емделгеннен кейін туберкулез лимфадениттің орнында свища қалады дөрекі втянутый жиек пайда болады. Осындай көрініс байқалады актиномикозном лимфадените. Едәуір ұлғайтылған, жалғыз, ауру, жиі нагнаивающиеся лимфа түйіндері в мойын немесе подмышечных облыстарында жиі балаларда кезінде деп аталатын ауру кошачьей сызаттар. Кезінде лимфогранулематозе дебютта аурулары анықталады айқын ұлғаюы және тығыздалуы бір топ лимфа түйіндерінің, тостаған барлығы мойын, надключичных немесе шап облыстарында. Тораптары бұл мүмкін жалғыз немесе түрінде тығыз спаянның ірі конгломераттар, бірақ, әдетте, байланысты емес тері, подвижны, безболезненны және нагнаиваются.
- Кеңейтілген лимфа түйіндері көбінесе, токсемияға — бұл типтік симптомы қызамық, ал ұлғаюы, негізінен, заднешейных лимфа түйіндері — инфекциялық мононуклеоза. Тізбегінің қалыпты кеңейтілген лимфа түйіндерінің мойын жиі байқалады науқастарда созылмалы тонзиллитом. Пайда болуы бір немесе бірнеше ұлғайтылған тығыз лимфа түйіндерінің сол жақ надключичной ямке у медиального соңына бұғана — тән белгі метастазирующего обыр құрсақ қуысы, әдетте, асқазан немесе ұйқы безі ("вирховская темір"). Ұлғайту подмышечных лимфа түйіндерінің байланысты емес нагноительными процестерді облысы қолдарының, мүмкін метастазами сүт безі қатерлі ісігінің.

- Кезінде оба және туляремия едәуір өсуі байқалады воспаленных лимфа түйіндерінің түріндегі ірі конгломераттары ("бубоны") спаяны с лежашей олармен ашық гиперемированной және ыстық тері. Науқастарда оба "бубоны" жиі туындайды шап облыстарында күрт болезненны, тез нагнаиваются және ашылады, ал туляремия, олар, әдетте, пайда-мойын, подмышечных және кубитальных облыстарында, аз болезненны ашылады сирек және кейінгі кезеңдерінде ауру. Лимфа түйіндері бұл шап облыстарында ұлғайтылады кезінде гнойном қабынуы саласындағы аяқтың, сонымен қатар, венерологиялық аурулар: мерез ерте сатысында, венерическая лимфогранулема (ауру Никола — Фавра) және жұмсақ шанкр.
- Орташа лимфа түйіндерінің ұлғаюы, бір мезгілде бірнеше немесе барлық пальпируемых облыстарында байқалады, кейбір жұқпалы аурулар (бруцеллез, токсоплазмоз, листериоз, жұқпалы мононуклеоз), сондай-ақ, сепсис, инфекциялық эндокардитте кездеседі, саркоидозе, иммунопатологических аурулар, Жқтб және т. б. сол уақытта ушыққан кезде лейкозе, созылмалы миело - және лимфолейкозе лимфа түйіндері басым бөлігінде едәуір ұлғаяды. Олар, әдетте, жоқ спаяны бір-бірімен және терімен, тестовидной консистенциясы, безболезненны, жақсы подвижны жылжыған кезде.

Зерттеу кезінде тірек-қимыл аппаратының алдымен қарайды және пальпируют аяқ-қолдың зерттей отырып, осылайша, жай-күйі, бұлшық ет, сүйек, буын. Содан кейін егжей-тегжейлі қарайды білезік және табан. Осыдан кейін зерттейді, омыртқа.

Бұлшықет

- Тексеру кезінде назар аударады даму дәрежесі бұлшық тұтастай алғанда, болуы жергілікті бұлшық еттердің атрофиясы, контрактуралар және тырыспалы тимелері жекелеген бұлшық ет топтарының. О даму дәрежесі бұлшық сотталуда бойынша олардың көлемі мен рельефіне симметриялы. Байқаған кезде жергілікті бұлшық еттердің атрофиясы, аяқ-қолдың өлшейді шеңбері өзгертілген оның учаскесінің және салыстырады окружностью симметриялық учаскесінің басқа аяқтары.
- Артық дамыту (гипертрофиясы) қаңқалық бұлшық байқалады науқастарда акромегалияда. Сонымен қатар, әйелдердің сипатталған ауру нейроэндокринного шыққан кезде шамадан тыс дамуы, қаңқа бұлшық еттерінің үйлеседі атрофией май тіндерінде (гипермускулярная липодистрофия). Жалпы бұлшық ет салмағының азаюы (гипотрофия) жүреді ұзақ жалпы обездвиживании, истощении және жүйелі зақымдануы қаңқалық бұлшық (миастения, дерматомиозит). Бұлшық бұл ретте истончаются, контурлары олардың сглаживаются. Жергілікті бұлшық ет атрофиясы, әдетте, анықталады, арналған аяқ-қолдарының кезінде олардың ұзақ обездвиживании, мысалы, ауырған кезде, буындардың, сіңірлердің зақымдануы, жүйке немесе өздерінің бұлшықеттерін.

- Бұлшық контрактуралары пайда болып, буын ауруларында және білдіреді тұрақты судорожное мәлімет іргелес суставу бұлшық еттердің, көбінесе сгибателей. Жергілікті тырыспалы тартқылау жеке бұлшық ет топтарын көп жағдайда туындаған аурулары бар жүйке жүйесі. Бұлшық ет тонусы төмендеген кезде перифериялық параличах және бұлшық еттердің атрофиясы өзге де шығарылған. Бұл ретте бұлшық айналады дряблыми, вялыми, ал пассивті қозғалыс тиісті буындардың артық. Орталық паралич, керісінше, үйлеседі гипертонусом бұлшық, олар айналады тығыз, напряженными, анық контурируются, пассивті қозғалыс қиындық туғызған және шектеулі. Болуы-бұлшық ет қабатындағы учаскелерін елеулі тығыздау және науқастықтың туралы куәландырады, олардың қабыну зақымдануы (миозит, дерматомиозит, трихинеллез). Айқын көрінген ауырсыну, аяқ-қол бұлшықеттерінде жиі пайда болады кейбір жұқпалы аурулар, мысалы, лептоспирозе, бруцеллез, туляремия, возвратном вшивом тифе. Сонымен қатар, кезінде сапе және мелиоидозе бұлшық кейде туындайды абсцесстер қалыптасады және сыртқы жыланкөздері. Ошақтары тасты тығыздығы-бұлшықет қабатындағы құрылады кейінге қалдырылған кезде кальций тұздарының (оссификация) тән гиперпаратиреоза және токсоплазмоз. Елеулі тығыздау фасций бұлшық іргелес шынтақ және коленным буындарға ұштастыра өзгеруіне тері аяқ "үлгісі бойынша апельсиновой қабығы" және шектеуге қозғалысы кезінде ғана жұмыс істе, шынымен сирек аутоиммунном ауру — диффузном эозинофильном фасциите (ауру Шульмана).

Сүйектер

- Тексеру кезінде назар аударады нысанын, аяқ-қолдың дұрыстығын, олардың контурлары мен симметриялылығы анықтауға мүмкіндік беретін түрлі костные деформация (майысу, қалыңдалған бөліктер) болуы жалған буындар, сыну және т. б. Табылған сыртқы өзгерістерді зерттейді пальпация арқылы анықтау үшін, олардың сипаты: тығыздығы сүйек тінінің, оның тұтастығын, тегіс беті болуы ауырса. Сонымен қатар, анықтау үшін ауырса поколачивают саусақтың немесе неврологиялық балғамен бойынша эпифизам ұзын құбырлы сүйек, грудине, ключицам, ребрам және гребням подвздошных сүйек. У бастан өткерген балалық шағында рахит пен ауыратын науқастар, созылмалы аурулары бар тізе буындарының жиі байқалады айқын Х - немесе О-тәрізді деформациясы төменгі аяқ. Кейбір ауруларда тіпті болмашы жарақат құруға әкеледі қайтадан ұзақ уақыт бойы жазылмайтын жарақаттың малоблезненных сүйектерінің сыну. Мұндай патологиялық сынықтар пайда науқастарда қатерлі ісіктері сүйек, миеломной ауруына не остеопороз ауруы, түрлі генездегі. Болуы проекцияда сүйектер свищевого барысы бастап іріңді бөлінді бар болып табылады және өзіне тән белгісі остеомиелита. Жергілікті қалыңдауы, неровность бетінің және ауырсыну сүйектері дәлелдейді патология надкостницы (периостит) және кезінде байқалады туберкулездік, сифилитическом немесе опухолевом зақымдануы, сүйектердің, сондай-ақ кейбір ревматикалық аурулар. Науқаста туа біткен люэсом ерекше жеңіліс сирақ сүйектерінің кейде ықпал етеді, олардың искривлению изгибом алға ("саблевидные" сирақ). Кең таралған ауырсыну, сүйек тән гемобластозов (лейкозов).

Буындар

- Жүйелі түрде қарайды барлық буындар жоғарғы және төменгі аяқ. Назар аударады, олардың мөлшері, нысаны (контурлары) және жай-күйі покрывающей тері. Сонымен қатар, көлемін анықтайды және белсенді (произвольных) қозғалыс буындары ауырады. Кезде айқын патология қандай буынында сұрайды, науқастың көрсетуге барынша ықтимал, онда белсенді қозғалыс. Содан кейін пальпируют облысы зақымданған буынның жалпы, ощупывают суставную щель, сіңірдің және синовиальные сумки анықтай отырып, осылайша болуы ауырса және друтие патологиялық симптомдары. Осылайша, кезінде жиналған артық санын қуысында сұйықтық буының анықтауға болады феномені флюктуации. Сыртқы беті қолдың айқындайды тері температурасын бақылау зақымданғандарға суставом, онымен жапсарлас учаскелерде аяқ-қолдың және осы суставом басқа аяқтары. Өлшейді шеңбері зақымданған және симметриялық оған буындардың, ал қажет болған жағдайларда ұзындығы, аяқ-қол. Содан кейін, ұстап тұрып, бір қолымен буыны, басқа жасайды, онда қозғалыс барлық ықтимал жазықтықта анықтауға мүмкіндік береді амплитудасын пассивті қозғалыстар, анықтау шамадан тыс переразгибание, разболтанность (гипермобильность) немесе тән емес, осы буынның қозғалыс (тұрақсыздық), сондай-ақ болуы хруста және крепитация.
- Біркелкі көлемін ұлғайту және сезімдік контурлары (дефигурация) буын, әдетте, негізделген қабыну өзгерістер буын жұмсақ тіндердің және жиналуы кезінде внутрисуставной қуысы үлкен санын синовиалды сұйықтық, қабыну, оның ішінде ірінді экссудат немесе қан. Алайда, кейде жалған көрінісін ұлғайту буынның, әсіресе тізе береді, шамадан тыс жергілікті жиналуы, тері асты май (ауру Декруме). Үшін қабыну зақымдануы буын (артрит) қатар бірқалыпты припухлостью жұмсақ тіндердің және дефигурацией тән жергілікті гиперемия және гипертермия покрывающей терінің диффузды пальпаторная ауырсыну облысы буынының бұзылуы, белсенді және пассивті қозғалыстардың барлық ықтимал жазықтықта.

- Жиналуы едәуір санының синовиалды сұйықтық қуысы тізе буындардың пайда болуына байланысты белгі "қалқымалы тізе тобығының" жиі байқалады постэнтероколитических және урогенных реактивті артриттах, жіті бактериалды (гнойном) және сифилитическом артриттах. Жіті бактериялық артрит көбінесе зақымдануымен сипатталады тек бір буынның бастап резчайшей қайғы-онда, жылтыр жергілікті белгілері қабыну, көп шоғырланатын " буын қуысында іріңді экссудат ұштастыра отырып регионарным лимфаденитом және гектической қызбамен.
- Тері астылық түйіндер арналған разгибательной бетінің воспаленных буындардың мүмкін анықталады подагре кезінде, жіті ревматизм және ревматоидты артрит. Түйіндік эритема жіліншік жиі байқалады постйерсиниозном ревматоидты артрит, ал кең таралған сақиналы эритема дене және аяқ-қол — жіті ревматизм. Созылмалы аурулар кезінде, буындардың негізделген дегенеративным зақымданған соң хрящевых беттерін (остеоартроз), сыртқы өзгерістер облысының буындардың жиі ұзақ уақыт бойы жоқ, не аз көрініс табады, бірақ, әдетте, бар қалыпты бұзған белсенді және пассивті қозғалыстар, жиі сүйемелденеді слышимым қашықтықта өрескел хрустом. Хруст қозғалысы кезіндегі буындардың пайда болуы мүмкін және басқа да патологиялық процестерге әкеп соғатын бүлінуіне шеміршек және сүйек тінінің, оның ішінде созылмалы артриттах. Шектеуге белсенді және пассивті қозғалыс буын санамаланғандардан басқа себептерін келтіреді, сондай-ақ склеротические өзгерістер буын жұмсақ тіндердің, дамушы салдарынан жарақат, жаралану, күйік, склеродермияның шектелген түрлері және т. б. Біркелкі ісінуі саласындағы бір буындар құрылады кезінде қабыну немесе жарақатты зақымдануы сіңірлердің жарақаты, оның қынаптың немесе синовиальді сөмке (периартрит), сондай-ақ ісіктер сүйек шеміршегінің не жұмсақ буын тіндердің. Үшін периартрита тән жергілікті ауырсыну саласындағы буынның кейде ұштастыра отырып гиперемией және гипертермией тері үстінен зақымданғандарға учаскесімен. Сіңірдің зақымдануы (теносиновит) шектелуіне әкеледі ғана жасалатын, оның қатысуымен белсенді қозғалыстар, олар кейде сүйемелденеді қатты щелчками. Сол уақытта қалған белсенді қозғалыс және пассивті қозғалыс осы буынында толық көлемде сақталады.

Сүйек пен табан

- Маңызды диагностикалық ақпаратты зерттеу кезінде тірек-қимыл аппаратының алуға мүмкіндік береді егжей-тегжейлі қарау және қолдың тоқта. Бұл ретте назар аударады, олардың мөлшері, нысаны, жағдайы покрывающей тері, бұлшық ет, сүйек, буын, атап болуы, ісіну, қимыл-қозғалыс бұзылыстары. Жарқын воспалительная гиперемия ладоней және табанның у лихорадящего наукастың болып табылады тән белгісі псевдотуберкулеза. Симметричное қызарып алақанның сыртқы беті саласындағы тенара және гипотенара кеңеюі салдарынан ұсақ қан тамырларының налюдается кезінде бауырдың созылмалы аурулары (бауыр плантарная эритема). Ашық-сарғыш бояуға, кейде күшке алақан тұлғаларға ұзақ употреблявших көп мөлшерде азық-түлік, құрамында каротин. Сарғыш бояу ладоней наукастарда гипотиреозбен және қант диабетімен мүмкін, сондай-ақ туындады отложением теріде каротин бұзу салдарынан.
- Кең қалың қолдың с толстыми саусақпен салдарынан слизистого ісінуі және қалыңдалған бөліктер жұмсақ тіндердің тән гипотиреозбен ауыратын наукастарға арналған. Кезінде акромегалии қатар жалпы удлинением аяқ жүреді, бірдей емес ұлғайту және қолдың тоқта байланысты шамадан тыс көбеюін сүйек және көлемін ұлғайту, жұмсақ тіндердің. Жіңішке ұзын қолдың бастап ерекше ұзын және жұқа саусақпен (арахнодактилия, немесе "паучьи саусақтар") — типтік белгісі синдром Марфана.

- Туралы диагностикалық маңызы булавовидного утолщения жұмсақ тіндердің шеткі бунақтың саусақ ұштастыра өзгерту енгізілді-тырнақ түрінде, сағат шыныларын (Гиппократ саусақтары) туралы, сондай-ақ басқа да ықтимал өзгерістер тырнақ пластинка қазірдің өзінде аталған мемлекеттер. Тағы да астын сызу керек, бұл салыстырмалы жылдам қалыптастыру саусақ Гиппократ ең тән ауру өкпе қатерлі ісігі. Бұл ретте мынаны ескеру керек, мұндай деформация саусақтардың кистях мүмкін пайда кейінірек қарағанда стопах. Треморы вытянутых алға қолды анықталуы мүмкін кезде, орталық нерв жүйесінің аурулары (паркинсонизм, склероз, невроз), сондай-ақ тиреотоксикозе, созылмалы қорғасынмен улану, алкоголизме және нашақорлық. Кезінде гипопаратиреозе жиі байқалады тониялық бұлшықеттің предплечий және қылқалам. Бұл ретте, қылқалам согнута " лучезапястном буынында, саусақтары сжаты және аздап келтірілген - ладони, ал үлкен саусақ келтірілген - указательному және орта талқыланды ("кисть акушер"). "Межприступном кезеңде мұндай тырысулар болады әкеліп соғуы, егер пережать 2-3 мин иық жойылғанға дейін пульс резеңке жгутот немесе манжетой аппаратының қан қысымын өлшеуге арналған (Труссо симптомы). Науқастарда подагрой ұзақ уақыт бойы ауру көрінеді мерзімдік туындайтын, көбінесе түнгі уақытта ұстамалары бар жіті артрит бір ғана табан-фаланга буыны I саусақ, табан. Болуы қабыну зақымдануы ахилл сіңірлері мен подпяточной синовиальді сөмке науқастың полиартритпен әдетте мәжбүрлейді туралы ойлауға байланысты аурулар, венерологиялық уретритом гонококкового немесе хламидийного шыққан.

Омыртқа

- Алдымен жолымен байқау фас және бейіні назар аударады нысаны омыртқа, содан кейін анықтайды қозғалыс көлемі, оның әр түрлі бөлімдерінде анықтайды және ауыр омыртқалар. Қозғалыс көлемі мойын омыртқаның бойынша анықтайды қабілетін науқастың басын бұруға, наклонять оның алға тараптың запрокидывать бұрын. Қозғалғыштығы кеуде және бел бөлімдері бойынша анықтайды ротациям денесінің, наклонам оны алға және тараптар прогибанию бұрын. Анықтау үшін омыртқа ауырса неврологиялық молоточком поколачивают бойынша остистым отросткам барысында омыртқа бастап мойын бөлімі. Қалыпты үшін омыртқа тән бірнеше орташа айқын көрінген физиологиялық иірімді: мойын бөлімінде ол выпуклостью алға, верхнегрудном (V кеуде омыртқасы) дугообразно иілген бұрын нижнегрудном және поясничном (II бел омыртқадан) ж / е иілу алға, ал құйымшағының жаңадан изгибается бұрын. Нысаны омыртқа кезде өзгереді аномалиях даму кемшіліктері, рахите, жарақат, туберкулез зақымданған омыртқа және т. б. Патологиялық қисаюын жиі байқалады кеуде бөлімінде түрінде шамадан тыс иілу кпреди (лордоз) және артқа / / (кифоз), жағына (сколиоз) не бір мезгілде және артқа / / жағына (кифосколиоз). Арнайы зерттеу тәсілдері буындар мен омыртқа, үйренуде хабардар ортопедия және травматология.

Қорытынды

- Науқас ер кісі 44 жаста, 4 жылдай жүк тасымалдаушы болып жұмыс жасайды.
- **Шағымы:** физикалық белсенділіктен кейін пайда болатын, демалыстан кейін басылатын арқасындағы ауыру сезіміне, бел аймағындағы және самның алдыңғы беткейіне берілетін қарқынды емес ауыру сезіміне, ұюып қалу сезіміне шағымданады. Арқасындағы ауыру сезімі физикалық күштемеден кейін (жүктерді көтергенде) күшее түседі. Соңғы айда жиі әр түрлі майларды (диклофенак, долобене) қолданады, бірақ нәтижесіз.
- **Анамнезінде:** өзін шамамен 5 жылдай аурумын деп санайды, соңғы жылы ауыру сезімі күшее
- бастады. 16 жастан бастап шылым шегеді, ішімдікті сирек қолданады.
- **Объективті:** жалпы жағдай қанағаттанарлық. Дене бітімі қалыпты. Өкпесінде – везикулярлы
- тыныс, сырылдары жоқ. Жүрек үндері тұйықталған, ырғағы дұрыс. ЖСЖ – 75 рет/мин. АҚҚ 115/75 мм с.б.б Іші жұмсақ, ауыру сезімсіз.
- **Сүйек-буындық жүйесі** – омыртқаның кеуделік және бел-сегіз көз бөлігін пальпациялағанда ауыру сезімді. Бел аймағында «көсем (вожжей)» симптомы анықталады және пальпация кезінде паравертебральді нүктелерде ауыру сезімі анықталды. Жүргенде, сондай-ақ алдыға қарай еңкейгенде науқас шектелмеген.
- **Кушилевский тесті – теріс**
- **Томайера тесті – теріс**
- **Шобера тесті – теріс**
- **Форестье тесті – теріс**

Қадамдарды бағалау критерийлері

Ұпайлық бағасы

Ескертулер болды

Шағымдарды жинау

Анамнез жинау

Физикалық қарау

Тірек-қимыл жүйесін зерттеу

Сакроилеитті анықтауға арналған тесттерді жүргізу

Омыртқа қозғалысын анықтауға арналған тесттерді жүргізу

Алдын ала диагнозды негіздеу және құру

Салытырмалы диагноз жоспары

Лабораторлы зерттеу жоспарын тағайындау

Құралдық зерттеу жоспарын тағайындау

Лабораторлы зерттеу мәліметтерін интерпретациялау

Keуде ағзаларының Р-граммасын интерпретациялау

Омыртқаның кеуде-бел бөлігінің 2 проекциядағы рентгенограммасын интерпретациялау

Қорытынды диагнозды негіздеу және тұжырымдау

Емдеу қағидаларын анықтау

Келешекте жүргізу тәсілі

Науқаспен коммуникацияның нәтижелігі

Қолданылған әдебиеттер

- http://bono-esse.ru/blizzard/Socpom/Method/metod_3_8.html сайты
- <http://mylektsii.ru/1-71439.html> сайты.