

А.Ф. Черноусова

Хирургические болезни

Год издания 2012

Оглавление

ПРЕДИСЛОВИЕ	3
СОКРАЩЕНИЯ И УСЛОВНЫЕ ОБОЗНАЧЕНИЯ.....	4
ГЛАВА 1. ОСОБЕННОСТИ АНАЛИЗА ЖАЛОБ И АНАМНЕЗА БОЛЬНОГО С ХИРУРГИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ	5
ГЛАВА 2. ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНОГО В ХИРУРГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ.....	6
2.1 ОБЩИЙ ОСМОТР.....	6
ГЛАВА 3. СОДЕРЖАНИЕ УЧЕБНЫХ ЗАНЯТИЙ ПО ФАКУЛЬТЕТСКОЙ ХИРУРГИИ И МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ САМОПОДГОТОВКИ	6
3.1 ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ.....	6
ГЛАВА 4. СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ПО КУРСУ ФАКУЛЬТЕТСКОЙ ХИРУРГИИ И ВАРИАНТЫ ИХ РЕШЕНИЯ С КОММЕНТАРИЯМИ.....	7
ГЛАВА 5. СТРУКТУРА ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ СТАЦИОНАРА.....	8
ГЛАВА 6. СХЕМА СТУДЕНЧЕСКОЙ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ В КЛИНИКЕ ФАКУЛЬТЕТСКОЙ ХИРУРГИИ	8
6.1 ТИТУЛЬНЫЙ ЛИСТ СТУДЕНЧЕСКОЙ ИСТОРИИ.....	8
ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО.....	9

ПРЕДИСЛОВИЕ

«Зачем проводить пальпацию и аускультацию, если есть УЗИ, КТ и ЭГДС?»
Студентка - на занятии по практическим навыкам

Хирургическая клиника XXI века немыслима без новейших методов лабораторной и инструментальной диагностики. В этих условиях все чаще слышишь от молодых врачей неумолимый приговор канонам клинической медицины: зачем необходимы перкуссия грудной клетки, аускультация сердца, пальпация живота, если современные приборы более надежны и информативны.

Это так, но далеко не всегда у современного прибора есть важная прилагаемая деталь, еще одна «опция» - умный и знающий врач. Кроме того, технические методы диагностики имеют свои пределы возможностей и ограничения, да и доступность их для большинства больных оставляет желать лучшего. А клинические методы - ГПУ (глаза - пальцы - уши) доступны всегда и часто предопределяют успех своевременного диагноза. Так, например, в неотложной хирургии органов брюшной полости опытный клиницист обнаружит признаки надвигающейся катастрофы, когда интерпретация результатов дополнительных исследований еще представляет значительные сложности.

И это не единственная коллизия технического прогресса в медицине. До 25 - 30% проводимых сегодня специальных исследований чрезмерны, излишни и опасны. Если раньше врачебные ошибки возникали от недостатка информации, то сегодня все чаще они обусловлены ее избытком и, к сожалению, могут приводить к ятро-гении. Фетишизм техники, утрата культа личности пациента редуцирует способность врача к клиническому восприятию больного. Отягощенные стопкой бланков с анализами и заключениями «узких» врачей-инструменталистов мы, несомненно, в конечном счете выиграем в глубине изучения конкретной патологии, но неминуемо потеряем в ширине восприятия больного.

Бездумное протоколирование жалоб и анамнеза больного, утрата способности замечать целое через деталь, привычка видеть только жесткие, односторонние, линейные зависимости и причинно-следственные отношения невольно подталкивают врача к решению направить пациента на Голгофу инвазивных и/или дорогостоящих методов исследования, оставляющих в конце пути больше новых вопросов, чем ответов.

Наш опыт показывает: к нюансам истории развития заболевания, определению и трактовке клинических признаков болезни приходится возвращаться постоянно в процессе лечения больного. Никакие технические методы диагностики не заменят мануальных навыков и аналитической работы клинициста - ни сегодня, ни в обозримом будущем. Нет ничего более субъективного, чем объективные методы диагностики! Помните, что результаты дополнительных методов исследования необходимо учитывать только в сопоставлении с данными клинического обследования, причем приоритет необходимо отдавать последним. Помните, что всего около 200 болезней определяют 98% заболеваемости современных людей. Для распознавания этих болезней достаточно помнить 18 общих симптомов, 28 физи-кальных признаков и 6 лабораторных тестов... На фоне технических достижений современной медицины диагноз основного заболевания при типичном течении можно установить у 50% больных по данным анамнеза, у 30% - на основе физикального обследования и лишь в 20% случаев - по данным дополнительных методов диагностики... В то же время существующие и активно насаждаемые стандарты диагностики, которые должны были стать алгоритмами поиска истины, все чаще формируют шаблонное мышление, способствуют исчезновению индивидуального подхода и в конечном счете приводят к тому, что врач утрачивает чувство ответственности за свою работу.

Мы не призываем вернуться «назад к Гиппократу». Разрешение противоречия между сложившимися веками, классическими методами клинического обследования больного, несущими печать не только ремесла, но и искусства, с одной стороны, и с другой - непрерывным ростом «техногенной» информации о больном мы видим в

формировании ярких профессиональных и личностных качеств молодых специалистов. По нашему мнению, успех диагностики по-прежнему зависит от качества общеклинического обследования, а не от количества использованных приборов.

В помощь студентам, интернам, клиническим ординаторам и аспирантам, изучающим азы клинической медицины в клинике хирургических болезней, овладевающим навыками сбора жалоб и анамнеза, проведения объективного исследования, оформления истории болезни, и предназначена эта книга.

Академик РАМН, профессор *А.Ф. Черноусов*

СОКРАЩЕНИЯ И УСЛОВНЫЕ ОБОЗНАЧЕНИЯ

- ♦ - торговое название лекарственного средства
- JRSGC - Japanese Research Society for Gastric Cancer
- SEC - Superficial esophageal cancer
- TNM - Tumor, Lymph Nodules, Metastasis
- АД - артериальное давление
- АИТ - аутоиммунный тиреоидит
- АКТГ - адренокортикотропный гормон
- АЛТ - аланинтрансфераза
- АСТ - аспартатаминотрансфераза
- БПК - базальная продукция кислоты
- БСДК - большой сосочек двенадцатиперстной кишки
- ВБ - варикозная болезнь
- ВИЧ - вирус иммунодефицита человека
- ВОЗ - Всемирная организация здравоохранения
- ГПДР - гастропанкреатодуоденальная резекция
- ГПОД - грыжа пищеводного отверстия диафрагмы
- ДТЗ - диффузный токсический зоб
- ИБС - ишемическая болезнь сердца
- ИВЛ - искусственная вентиляция легких
- ИМТ - индекс массы тела
- ЖКБ - желчнокаменная болезнь
- ЖКТ - желудочно-кишечный тракт
- ЖП - желчный пузырь
- КЭА - карциноэмбриональный антиген
- КТ - компьютерная томография
- КЩС - кислотно-щелочное равновесие
- ЛПИ - лодыжечно-плечевой индекс
- МПК - максимальная продукция кислоты
- МРА - магнитно-резонансная ангиография
- МРТ - магнитно-резонансная томография
- МСКТ - мультиспиральная компьютерная томография
- МСЭК - медико-социальная экспертная комиссия
- МЭН - синдром множественных эндокринных неоплазий
- НАА - неспецифический аортоартериит
- НПВП - нестероидные противовоспалительные препараты
- НЭО - нейроэндокринные опухоли
- НЯК - неспецифический язвенный колит
- ОМС - обязательное медицинское страхование
- ОРВИ - острая респираторная вирусная инфекция
- ОЦК - объем циркулирующей крови
- ПЖ - поджелудочная железа
- ПТФС - посттромбофлебитический синдром

ПХ - перемежающаяся хромота
РЛ - рак легких
РЭА - раково-эмбриональный антиген РЖ - рак желудка
РКАГ - рентгеноконтрастная ангиография
РТВ - рентгенотелевидение
РЩЖ - рак щитовидной железы
СвТ4 - свободный тироксин

ГЛАВА 1. ОСОБЕННОСТИ АНАЛИЗА ЖАЛОБ И АНАМНЕЗА БОЛЬНОГО С ХИРУРГИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ

Когда говорят о клинической картине, то видят не просто фотографический снимок больного в кровати, но скорее полотно импрессиониста, изобразившего пациента на фоне его дома и работы, с его родными и друзьями, радостями и печалью, страхами и надеждами.

Профессор Гарвардского университета *F.W. Peabody*, 1881-1927

Эффективное лечение возможно только при раннем, правильном и точном распознавании болезни. Диагноз будет ранним, если врач своевременно выявит и точно интерпретирует симптомы болезни. Вывод о природе заболевания правильный, если хирург провел всестороннее и исчерпывающее обследование. Заключение точное в том случае, если врач осведомлен о деталях сложного механизма развития заболевания, заподозренного у больного и подтвержденного его осмотром и обследованием.

Перед опросом пациента необходимо представиться ему: назвать свои имя, отчество и фамилию. Во время беседы не следует проявлять нетерпение, торопливость. Врач должен демонстрировать готовность к скрупулезной работе, выяснить все необходимые для лечения детали и особенности болезни.

Выслушав часто сбивчивый и непоследовательный рассказ больного, основные жалобы, составив первое общее впечатление о пациенте, врач в дальнейшем берет инициативу в свои руки и строго в определенной последовательности опрашивает его по существующей схеме.

Точная формулировка вопросов и умение избегать возможного внушения имеют большое значение. Из сведений, полученных при опросе, следует учитывать те, которые содействуют выяснению причины и сущности заболевания. Эти данные нередко играют решающую роль в диагностике. Однако ценность опроса часто снижена из-за плохого определения больным своих ощущений или отсутствия умения ясно изложить их даже при правильной постановке вопросов. Противоположная крайность в ответах больного на вопросы врача - избыточная подробность, чрезмерная насыщенность несущественными деталями, иногда уводящими далеко в сторону. Очень важно своевременно направить беседу в нужное русло и постоянно контролировать ее течение.

ГЛАВА 2. ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНОГО В ХИРУРГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ

Все вещи - в труде: не может человек пересказать всего, не насытится око зрением, не наполнится ухо слушанием.

Ветхий Завет, книга Екклезиаста, 1.8

2.1 ОБЩИЙ ОСМОТР

Больного осматривают при ярком освещении и комфортной комнатной температуре. При осмотре обращают внимание на положение больного, возбужденное или угнетенное состояние его нервной системы, цвет кожных покровов, телосложение, степень питания. Температура тела, рост, масса тела, пульс, дыхание, общее состояние больного важны для выбора тактики всех последующих диагностических и лечебных мероприятий. Согласно отечественной медицинской школе состояние больного оценивают как удовлетворительное, относительно удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое и крайне тяжелое.

Сознание может быть ясным и помраченным, а больной - возбужденным, безразличным или находиться в эйфоричном настроении.

Помрачение сознания - отрешенность больного, невозможность адекватного восприятия окружающего мира, дезориентация в пространстве, времени и собственной личности, бессвязность мышления, полная или частичная амнезия. Ступор - недостаточная ориентировка больного и заторможенная реакция, может сопровождаться бредом и галлюцинациями. При глубоком угнетении сознания-сопоре-больной лежит неподвижно или совершает только автоматические рефлекторные движения, не обнаруживая признаков сознания, не проявляя никакой инициативы и не реагируя на окружающее. Его можно на короткое время вывести из такого состояния резким воздействием: сотрясением, шумом, ярким светом. Он проявит ту или иную реакцию: открывание глаз с направлением их на раздражающий предмет, то или иное движение, короткий ответ на вопрос. После этого снова возвратится в прежнее состояние. Даже в момент такого относительного прояснения психическая деятельность носит характер крайней неясности и автоматичности. Нередко вся реакция состоит в кратковременном пробуждении внимания без способности понимать происходящее.

ГЛАВА 3. СОДЕРЖАНИЕ УЧЕБНЫХ ЗАНЯТИЙ ПО ФАКУЛЬТЕТСКОЙ ХИРУРГИИ И МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ САМОПОДГОТОВКИ

Сократ ученику: «Заговори со мной, чтобы я тебя увидел».

3.1 ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Цель занятия

Систематизировать и закрепить у студентов знания диагностики и лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки; обучить умению обследовать больных с подозрением на язвенную болезнь, включая особенности объективного исследования; формулировать клинический диагноз.

Частные цели занятия

Студент должен знать:

- предрасполагающие факторы язвообразования, физиологию кис-лотопродукции и ее регуляцию;
- классификацию язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки;
- особенности клинической картины в зависимости от локализации язвы;
- жизнеугрожающие осложнения язвенной болезни;
- методы обследования больных;
- принципы лечения. Студент должен уметь:
- собрать анамнез у больного язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки;
- на основании жалоб, анамнеза и данных объективного исследо-

- вания заподозрить язвенную болезнь и угрожающие жизни ее осложнения;
- составить план обследования больного при подозрении на язвенную болезнь;
 - провести дифференциальную диагностику и сформулировать диагноз.

Содержание занятия

Занятие проводят в отделениях хирургической клиники, в операционной и перевязочной для систематизации теоретических знаний (контрольный опрос, разбор тематических больных, решение ситуационных задач). Отрабатывают практические навыки сбора анамнеза и объективного исследования больных язвенной болезнью.

Контрольные вопросы

1. Эпидемиология язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.
2. Кислотопродукция и ее регуляция, факторы язвообразования.
3. Классификация язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

ГЛАВА 4. СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ПО КУРСУ ФАКУЛЬТЕТСКОЙ ХИРУРГИИ И ВАРИАНТЫ ИХ РЕШЕНИЯ С КОММЕНТАРИЯМИ

Exemplapraeceptisutiliora... (Примеры полезней наставлений)

Гораций

Работа над ситуационными задачами должна начинаться в процессе самоподготовки студента к практическим занятиям по факультетской хирургии. На занятиях в клинике необходимо проверить свое умение решать эти задачи.

Решения ситуационных задач, осмысление принципов формулировки диагноза заболеваний, с которыми придется встретиться в клинике, обоснование последовательности диагностических и лечебных мероприятий позволит студентам выработать и закрепить алгоритм практических действий при оказании хирургической помощи в различных клинических ситуациях.

Важные замечания.

- Каждая клиническая ситуационная задача воспроизводит уникальную историю болезни пациента, находившегося в факультетской хирургической клинике ММА. Подобную клиническую ситуацию студенты будут разбирать непосредственно у постели больного в соответствии с предложенной схемой.
- При решении ситуационной задачи студент должен смоделировать весь процесс оказания медицинской помощи пациенту, начиная от поликлиники и приемного отделения стационара, а затем при необходимости до отделения реанимации, операционной и хирургического отделения.
- Текст задачи воспроизводит фрагменты беседы студента с преподавателем, который на определенном этапе собеседования предоставляет ему определенную, необходимую для принятия решения информацию. Так до тех пор, пока не будет разобраная цепь событий от анализа жалоб и анамнеза до оценки данных объективного обследования, от результатов лабораторных и инструментальных исследований до варианта хирургической помощи и прогнозирования ее результата. Таким образом, в ходе самоподготовки к каждому практическому занятию студент должен после изучения соответствующей главы учебника хирургических болезней разобрать представленные ситуационные задачи и усвоить подробные комментарии к ним.

ГЛАВА 5. СТРУКТУРА ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ СТАЦИОНАРА

Значительно легче научиться расшифровывать показания приборов, чем приобрести мастерство в составлении добротной истории болезни или в осмотре больного.

В. Laun, американский кардиолог, изобретатель дефибриллятора, лауреат Нобелевской премии мира в 1985 г.

История болезни - основной медицинский документ о состоянии и лечении больного. Она имеет практическое, юридическое и научное значение. Практическое значение в обеспечении преемственности в обследовании и лечении больного, научное - в возможности анализировать и обобщать результаты обследования и лечения различных категорий больных. История болезни - важный юридический документ, который имеет значение для установления годности к воинской службе, инвалидности, причинно-следственной связи с полученной травмой, правомерности страховых выплат. Кроме того, записи в истории болезни позволяют руководству медицинских учреждений, а в спорных случаях и органам юстиции оценивать адекватность медицинской помощи, оказанной больному.

Строгая последовательность изложения сведений, полученных при обследовании больного, дисциплинирует клиническое мышление, обеспечивает преемственность диагностики и лечения. Записи о динамике клинических проявлений заболевания, достоверное отражение эффекта лечебных мероприятий позволяют вовремя скорректировать лечебную программу.

Лечащий врач несет юридическую ответственность за правильность и точность записей в истории болезни.

Руководство поможет студентам лечебных факультетов учебных заведений выработать навык ведения и оформления истории болезни больного, находящегося на лечении в хирургическом отделении стационара. Это будет способствовать совершенствованию лечебно-диагностического процесса, улучшению юридических взаимоотношений сторон, участвующих в организации и оказании медицинской и медико-социальной помощи пациентам хирургических отделений на последующих этапах профессионального обучения.

ГЛАВА 6. СХЕМА СТУДЕНЧЕСКОЙ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ В КЛИНИКЕ ФАКУЛЬТЕТСКОЙ ХИРУРГИИ

Все наши схемы более или менее условны и имеют значение только для данного времени.

И.П. Павлов, 1949

Думайте, думайте! Если вы не привыкнете думать и не сделаете живой организм и весь ход жизни предметом настойчивого и страстного думания, от всей вашей деятельности останется только ремесло.

И.П. Павлов, 1949

6.1 ТИТУЛЬНЫЙ ЛИСТ СТУДЕНЧЕСКОЙ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ

Учебное заведение Кафедра Факультет Преподаватель Клиника (больница)

Больной (ая)

ФИО (полностью), возраст (полный)

Диагноз (основное заболевание и его осложнения)

Куратор

Студент ФИО, № группы Курс, факультет Дата начала курации Дата окончания курации

ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ О БОЛЬНОМ

- Фамилия, имя, отчество.
- Возраст.
- Образование.
- Профессия.
- Место работы.
- Место жительства.
- Дата и час поступления в стационар.
- Кем направлен больной.
- Направительный диагно
- основное заболевание;
- осложнения основного заболевания;
- сопутствующие заболевания.
- Операция: название, дата. Если больной не оперирован, отметить «не было».
- Осложнения операции.
- Дата выписки.

ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО

Вначале перечисляют жалобы, обусловленные основным заболеванием, а затем связанные с сопутствующими болезнями. Описывают жалобы, которые наиболее полно и ярко характеризуют течение заболевания больного. При этом не обязательно, чтобы они соответствовали дню начала курации. Возможно, приступ печеночной колики больной перенес 1 нед назад, или больная опишет болевой приступ при остром панкреатите, который возник 1 мес назад.

Иногда больной не сразу понимает вопросы к нему. Далеко не всегда и куратор готов конкретно сформулировать их.