

СЕВЕРНЫЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ФАКУЛЬТЕТСКОЙ ХИРУРГИИ

С.М. ДЫНЬКОВ

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
ПО СОСТАВЛЕНИЮ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ
АБДОМИНАЛЬНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО**

АРХАНГЕЛЬСК
2009

Методические рекомендации составлены на кафедре факультетской хирургии СГМУ. Пособие включает рекомендации по проведению обследования и оформлению истории болезни для хирургических больных с неотложными заболеваниями живота, с учетом особенностей этой категории больных. Рекомендации по оформлению академической истории болезни учитывают требования современного законодательства в сфере здравоохранения и неразглашения сведений, составляющих врачебную тайну.

Рекомендации предназначены для студентов медицинских факультетов СГМУ

Автор - Дыньков Сергей Михайлович, д.м.н., доцент, заведующий кафедрой факультетской хирургии СГМУ

Рецензенты:

Дуберман Борис Львович к.м.н., доцент, заведующий кафедрой хирургии ФПК и ППС СГМУ

Одинцов Владислав Александрович к.м.н., доцент кафедры факультетской хирургии СГМУ

Печатается по решению центрального координационного методического совета СГМУ от 26 февраля 2009 г.

ВВЕДЕНИЕ

На этапе изучения вопросов общей хирургии студенты обучаются приемам обследования хирургических больных, овладевают умением выделять локальный статус, определять характер основного патологического процесса. При изучении предмета хирургические болезни перед студентом стоят задачи овладения диагностикой наиболее часто встречающихся хирургических заболеваний. Этот этап обучения предполагает обязательную самостоятельную работу студентов у постели больного, в процессе которой закрепляются умения объективного обследования больных и вырабатываются умения по выявлению симптомов хирургических заболеваний, овладение методологией диагноза. Первый цикл хирургических болезней включает изучение острых заболеваний органов брюшной полости. Как правило, в этих ситуациях процесс диагностики достаточно сложен, поскольку большинство случаев требует дифференциального диагноза.

В практической деятельности врача любой специальности огромное значение имеет умение вовремя распознать заболевания, угрожающие жизни пациента, и незамедлительно оказать ему лечебную помощь. В экстренной хирургии особенно необходим точный своевременный диагноз, поскольку хирургические заболевания органов брюшной полости могут иметь катастрофические последствия, если будет допущено промедление в постановке диагноза. Понятно, что быстрая ориентация врача в сложных клинических ситуациях и неотложное проведение необходимых лечебных мероприятий нередко определяют судьбу пациента.

Особенностью обследования больных с экстренной абдоминальной патологией служит необходимость постановки диагноза и определение тактики лечения в очень короткие сроки, зачастую тяжелое общее состояние пациентов и ограниченные возможности использования специальных инструментальных методов. При обследовании пациентов с подозрением на острые хирургические заболевания перед врачом стоят две основные зада-

чи:

1. Установить диагноз заболевания, послужившего причиной срочного обращения пациента за медицинской помощью.
2. Выявить сопутствующие заболевания жизненно важных органов, оценить тяжесть общего состояния пациента и риск хирургического вмешательства.

«История болезни» является документом, который имеет лечебное, научное и юридическое значение. История болезни — это единственное средство, обеспечивающее преемственность и последовательность лечения больного, и главный источник для научных сообщений. Этот документ должен быть оформлен аккуратно, грамотно и последовательно. Заполнение всех разделов истории болезни является обязательным и должно быть достоверным. История болезни в то же время является документом, наиболее адекватно отражающим настоящее состояние различных органов и систем больного, динамику их изменения в процессе лечения, характер самого лечения и позволяет достоверно прогнозировать исход заболевания.

В истории болезни необходимо не только зарегистрировать полученные данные, но и тщательно их проанализировать. В истории болезни студент должен продемонстрировать овладение основами клинического мышления (умение решать конкретную лечебно-диагностическую задачу).

В методической разработке по составлению истории болезни указано, на что надо обратить внимание при обследовании больного и как изложить сведения, которые получены в процессе обследования. Работа над историей болезни — большой и серьезный этап формирования врача. Составление академической истории болезни — единственный путь к овладению навыком написания клинической истории болезни, которую пишет практический врач.

Оформление титульного листа истории болезни

СЕВЕРНЫЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ

КАФЕДРА ФАКУЛЬТЕТСКОЙ ХИРУРГИИ

ЗАВ. КАФЕДРОЙ: (ученая степень, звание), ф., и., о.

ПРЕПОДАВАТЕЛЬ: (ученая степень, звание), ф., и., о.

И С Т О Р И Я Б О Л Е З Н И

(код больного*, возраст)

Клинический диагноз:

Основное заболевание -----

Осложнение основного заболевания _____

Сопутствующие заболевания _____

Время курации с ____ по _____

(число, месяц, год)

Куратор — студент _ курса _____ группы

_____ факультета

I. ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ

1. Код больного* _____
2. Пол _____ . _____
3. Возраст -----
4. Семейное положение ----, _____ ,
5. Дата поступления в больницу (стационар)
6. Диагноз при направлении в стационар: ____
7. Диагноз при поступлении в стационар:
10. Клинический диагноз:

Основное заболевание _____

Осложнения основного заболевания

Сопутствующие заболевания

11. Операция: {дата, название)

12. Дата выписки:

*Паспортные данные пациента, также как и сам факт обращения его за медицинской помощью, составляют врачебную тайну, поэтому академическая история болезни закодирована и таким образом обезличена для случайных свидетелей.

Основой диагностики в неотложной абдоминальной хирургии служит клиническое обследование больных. Распознавание болезни основано на оценке жалоб больного, данных анамнеза, результатов физикального обследования и результатов дополнительных методов исследования. Установлено, что анамнез и результаты физикального обследования дают 60% сведений, необходимых для правильного диагноза, результаты инструментальных методов - в среднем до 25%, а данные лабораторных исследований - лишь 10-15% такой информации.

I. ЖАЛОБЫ

Основные жалобы больного и их детализация.

В истории болезни жалобы фиксируются после краткого их анализа и систематизации. Сначала производится краткое перечисление жалоб, начиная с наиболее ярких, определяющих, и кончая менее заметными, второстепенными. Рассмотрение жалоб ведется последовательно от главных к второстепенным, при этом отмечаются только те жалобы, которые беспокоят в настоящее время и заставили обратиться к врачу. После перечисления производится детализация каждой жалобы — подробная характеристика каждой из них. Боль в животе - наиболее яркий симптом, указывающий на возникновение острого заболевания органов брюшной полости и заставляющий пациента срочно обратиться за медицинской помощью. Ее интенсивность весьма различна, от непереносимых страданий до ощущения небольшого дискомфорта. Трудности в постановке точного диагноза связаны с тем, что этот симптом может сопровождать чрезвычайно широкий круг болезней. Следует учитывать, что причины болей в животе многообразны. Они могут быть обусловлены:

- поражением органов брюшной полости;
- заболеваниями органов, расположенных экстраабдоминально;
- системными болезнями.

Если больной жалуется на боли, то следует описать их локализацию, характер, интенсивность, иррадиацию. Указываются время появления бо-

лей, их частота, длительность, продолжительность, постоянство, нарастание или уменьшение, связь с физическими нагрузками, положением тела, приемом пищи и прочие провоцирующие или облегчающие боль факторы. и т. п. Нужно попросить пациента указать место, в котором боль наиболее интенсивна. Некоторые заболевания органов брюшной полости сопровождаются болью вполне определенной локализации. Наличие боли в проекции пораженного органа обусловлено раздражением париетальной брюшины, например, при остром аппендиците или холецистите. Поэтому в первую очередь следует предположить поражение тех органов, которые расположены в непосредственной близости от очага боли. Следует отметить, что заболевания органов, не контактирующих с париетальной брюшиной, а также невоспалительные заболевания органов брюшной полости, такие как механическая кишечная непроходимость, сопровождаются разлитой болью без четкой локализации. После детализации основной жалобы следует подробно описать детали второстепенных жалоб.

Если в течение пребывания больного в клинике (до момента начала курации) жалобы изменились, необходимо выделить два подраздела: «жалобы при поступлении» и «жалобы в момент курации».

II. ИСТОРИЯ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

В этом разделе следует строго в хронологическом порядке установить и описать начало и развитие основного заболевания от самых первых его проявлений до поступления в клинику. Указываются последовательно по мере появления первые признаки болезни, присоединение других симптомов. Далее указывается лечение до поступления в стационар (амбулаторное, курортное). Проводимые обследования и их результаты. Сроки предыдущих госпитализаций. Виды и сроки предыдущих оперативных вмешательств, выполненных по поводу основного заболевания.

Более подробно указывается причина данной госпитализации. Указать, как развивалось ухудшение состояния, последовательность развития

симптоматики. Если у больного отмечаются боли в животе, обязательно следует уточнить область живота, где боль появилась первоначально, как менялась ее локализация и интенсивность, возможно, боль была чем-то спровоцирована. Также, следует уточнить, отмечалась или нет тошнота и рвота, характер последней. Тошноту и рвоту могут вызывать системные заболевания, поражения ЦНС, болезни желудочно-кишечного тракта. Диспепсия может быть проявлением побочного действия лекарственных средств. Однако нередко она встречается при хирургических заболеваниях органов брюшной полости. Некоторые из них, как правило, сопровождаются упорной рвотой, при других она бывает редко или отсутствует. Например упорная рвота, не приносящая облегчения, характерна для острого панкреатита. При механической кишечной непроходимости частота и интенсивность рвоты зависят от локализации обструкции: чем она выше, тем чаще рвота. Она может быть неукротимой и приводить к быстрому развитию водно-электролитных нарушений. Важное значение имеет также время возникновения и характер сопутствующей боли рвоты. Большинство хирургических заболеваний начинается с болей в животе, а тошнота и рвота появляются позже. Рвота желудочным содержимым с примесью желчи может наблюдаться при желчной и почечной коликах и обструкции проксимальной части тонкого кишечника. Рвота мутным содержимым наблюдается при обструкции дистальной части тонкого кишечника. Рвота с каловым запахом указывает на желудочно-ободочный свищ либо на терминальную стадию кишечной непроходимости. Отсутствие в рвотных массах желчи свидетельствует об обтурации желчных путей или обструкции двенадцатиперстной кишки проксимальнее большого дуоденального сосочка. Рвота кровью или «кофейной гущей» - характерный признак кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

Определенную роль в уточнении диагноза при острых болях в животе играет информация о потере массы тела в ближайшие месяцы, предшествующие обращению пациента к врачу. Подобный признак может указы-

вать на наличие онкологического заболевания, которое может осложниться перфорацией опухоли, обтурацией кишки или желчных протоков, либо кровотечением.

Важно уточнить отмечался ли обморок или коллапс. Потеря сознания или головокружение на фоне болей в животе могут свидетельствовать об артериальной гипотензии и тяжелой кровопотере, что наблюдается при нарушенной внематочной беременности, травме паренхиматозных органов и брыжейки кишки или разрыве аневризмы аорты. Данные анамнеза могут оказать существенную помощь для установления источника кровотечения. При таких заболеваниях как язвенная болезнь, нарушенная внематочная беременность, апоплексия яичника, травма внутренних органов, разрыв артериальных аневризм и аортокишечный свищ кровотечению обычно предшествует болевой синдром. Кровотечение при новообразованиях, дивертикулах, варикозном расширении вен пищевода, геморрое, синдромах Меллори-Вейсса и Дъелафуа не сопровождаются болью. Сведения о кровавой рвоте или рвоте цвета кофейной гущи говорят о том, что источник кровотечения расположен выше связки Трейтца.

Важно уточнить характер стула. Следует учитывать, что консистенция и цвет каловых масс может меняться при желудочно-кишечных кровотечениях, механической желтухе. Если пациент не принимал препаратов железа или висмута, то черный дегтеобразный вид стула заставляет заподозрить патологию верхних отделов желудочно-кишечного тракта; однако такой стул иногда наблюдается в результате кровотечения при заболеваниях правой половины толстой кишки. Выделение неизменной крови из прямой кишки, как правило указывает на кровотечение из левой половины толстой кишки, однако иногда это может наблюдаться при профузном кровотечении из верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Небольшие количества неизменной крови в кале предполагают наличие патологии в сигмовидной или прямой кишке. Задержка отхождения кишечных га-

зов и каловых масс может быть характерным признаком кишечной непроходимости.

Следует отметить, что для диагностики представляет ценность активно собранный анамнез. Врач после беседы с пациентом должен четко себе представлять, как возникло и развивалось заболевание.

IV. ИСТОРИЯ ЖИЗНИ БОЛЬНОГО

Описание жизни больного с рождения и биографические сведения, которые имеют прямое или косвенное отношение к возникновению и течению болезни. Дается общая характеристика типа психологического и соматического развития в течение жизни. Условия жизни, труда в прошлом и в настоящее время.

Необходимо установить, какие заболевания перенес пациент, и какими страдает в настоящее время. Обязательно выяснять, были ли у пациента инфаркт миокарда, нарушение мозгового кровообращения, пневмония, заболевания печени и почек, страдает ли он ишемической болезнью сердца, гипертонической болезнью, бронхиальной астмой и сахарным диабетом. Уточняются перенесенные операции, ранения, контузии, их последствия. Тяжелые перенесенные и сопутствующие заболевания не только осложняют диагностику острого заболевания органов брюшной полости, но и значительно увеличивают риск неотложного хирургического вмешательства и существенно ухудшают прогноз. Они всегда требуют консультации смежных специалистов и часто влияют на лечебную тактику. Выясняется семейный анамнез, болезни ближайших родственников, вредные привычки эпиданамнез.

Следует выяснить наличие распространенных инфекционных заболеваний - СПИДа, гепатита, сифилиса, туберкулеза и др. Это принципиально важно, поскольку данные болезни не только осложняют диагностику и лечение острой патологии органов брюшной полости, но и представляют большой риск для окружающих пациентов и медицинского персонала,

требуя обязательного проведения комплекса профилактических мероприятий. Также важно выяснить наличие контакта с инфекционными больными и нахождение в местностях с неблагоприятной санитарно-эпидемиологической обстановкой, что может оказать существенную помощь в установлении правильного диагноза у пациентов с подозрением на острый живот.

Гинекологический анамнез. У женщин важное значение имеет характер менструального цикла, его нарушения, срок последних менструаций, аменорея предполагает наличие внематочной беременности, боли в середине цикла часто связаны с овуляцией. Воспалительные заболевания матки и придатков часто носят рецидивирующий характер. У женщин, перенесших внематочную беременность, высок риск ее повторения. Необходимо выяснить число беременностей, родов, абортов.

Лекарственный анамнез. При беседе с пациентом необходимо выяснить, какие лекарственные препараты он использовал ранее и принимает в настоящее время. Нужно целенаправленно спросить о приеме неспецифических противовоспалительных средств (НПВС), дезагрегантов, антикоагулянтов, инсулина и антибиотиков. Это необходимо не только для преемственности лечения, но и для диагностики острых заболеваний, прогноза возможных осложнений и их профилактики, а также для выявления аллергических реакций. Некоторые лекарственные средства могут провоцировать развитие острых хирургических заболеваний органов брюшной полости. При острой боли в животе, возникшей на фоне приема кортикостероидов или НПВС, в первую очередь следует заподозрить прободную язву, а при появлении слабости и головокружения необходимо исключить желудочно-кишечное кровотечение. При указании больным на аллергию на лекарственные препараты, необходимо указать ее характер.

V. НАСТОЯЩЕЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНОГО

Оценивается общее состояние, сознание, положение, рост, вес. Внешний вид пациента помогает приблизительно оценить тяжесть заболевания.

Больные с перитонитом очень чувствительны к малейшим сотрясениям. Если незаметно или «случайно» толкнуть кровать, пациент немедленно пожалуется на боль. При транспортировке больного следует обратить внимание на его реакцию при переезде каталки через дверной порог или при ударе каталки о стену. Подобные методы скрытого наблюдения за пациентом, например, для диагностики перитонита, имеют существенное значение. Бледность, сонливость и холодные цианотичные конечности могут свидетельствовать об угрозе гиповолемического шока в результате кровопотери или тяжелого панкреатита.

Положение больного - поза, которую принимает пациент для ослабления болезненных ощущений, - важный диагностический признак. Больные с перфорацией полого органа и разлитым перитонитом любой этиологии лежат неподвижно, поскольку малейшее движение усиливает боль. При почечной колике больной мечется от боли. При внутрибрюшном кровотечении, разрыве селезенки, нарушенной внематочной беременности или апоплексии яичника скопление крови в поддиафрагмальном пространстве в горизонтальном положении вызывает иррадиацию боли в плечо и шею, что вынуждает пациентов принимать сидячее положение (симптом Ваньки-Встаньки).

При выраженных воспалительных процессах в подвздошных областях и полости таза отмечается раздражение поясничных мышц, что приводит к появлению псоас-симптома. Такие пациенты стараются лежать согнув ногу в соответствующем тазобедренном суставе, чтобы уменьшить напряжение подвздошно-поясничной мышцы.

Кожный покров: цвет, рубцы после операций, ранений, ожогов, отеки, видимая сосудистая сеть на коже, слизистые. Тургор кожи. Подкожная жировая клетчатка, ее развитие. Лимфатическая система. Локализация пальпирующихся лимфоузлов с их полной характеристикой. Опорно-двигательный аппарат: мускулатура конечностей, объем активных и пассивных движений суставов, позвоночника.

Нервная система: тип нервной системы, черепно-мозговые нервы, рефлексy, зрение, слух, обоняние, осязание, характер сна, дермографизм.

Эндокринная система: данные осмотра и пальпации щитовидной железы, вторичные половые признаки.

Сердечно-сосудистая система: осмотр, пульс на лучевой артерии, ритм, наполнение и напряжение, наличие или отсутствие пульса на артериях ног, абсолютные и относительные границы сердца, сердечный толчок; артериальное кровяное давление. Данные аускультации сердца, брюшной аорты и ее ветвей.

Дыхательная система: голос, грудная клетка (данные осмотра и пальпации). Форма грудной клетки, грудные железы. Тип дыхания, границы легких, ширина полей Кренига, подвижность легочного края, данные сравнительной перкуссии и аускультации.

Мочеполовые органы: осмотр наружных половых органов. Мочевой пузырь, мочеиспускательный канал, предстательная железа, характер мочеиспускания, асимметрия и другие изменения поясничных областей, пальпация почек, наличие симптома Пастернацкого. Мочеиспускание, характер мочи.

VI. МЕСТНЫЙ СТАТУС

Наличие в истории болезни *status localis* – отличительная черта хирургической истории болезни. Оценка *status localis* крайне важна, так как зачастую от состояния локального статуса во многом зависит диагноз и определяется выбор тактики лечения. Для больных с неотложными заболеваниями органов брюшной полости локальным статусом является живот. Поэтому результаты обследования пищеварительной системы в *Status praesens* не регистрируются. Вся информация по обследованию пищеварительной системы, включая обследование ротовой полости (состояние зубов, миндалин, языка, акт глотания) и живота регистрируется в *status localis*.

Исследование живота должно включать в себя традиционный подход, при этом несколько меняется общепринятая последовательность применения методов. Следует начинать с манипуляций, не вызывающих боли: осмотра, аускультации, перкуссии и пальпации.

Осмотр. При осмотре оценивают форму и степень вздутия живота, участие брюшной стенки в акте дыхания и наличие послеоперационных рубцов. Таким путем могут выявляться вздутие и асимметрия живота, а иногда и видимая перистальтика кишечника, характерные для кишечной непроходимости; ограничение дыхательной экскурсии брюшной стенки, присущее перитониту; цианоз кожных покровов боковых отделов живота, который появляется при геморрагическом панкреонекрозе (симптом Грея Турнера). Можно выявить выпячивания в местах выхода грыж.

Аускультация. Важным шагом для постановки правильного диагноза является определение характера кишечных шумов. Традиционно отсутствие кишечных шумов в течение 5 минут считают патогномоничным симптомом разлитого перитонита или паралитической непроходимости кишечника, а громкие и звонкие перистальтические кишечные шумы на фоне схваткообразной боли в животе - механической непроходимости кишечника в начальную фазу. Тем не менее, необходимо помнить, что активная перистальтика иногда сохраняется при распространенном перитоните, а на поздних стадиях кишечной непроходимости кишечные шумы могут отсутствовать.

У всех пациентов с подозрением на острый живот необходимо определять шум плеска, который выслушивается при перкуссии за счет наличия в желудочно-кишечном тракте одновременно жидкости и газа (симптом Склярова). Данный признак выявляется у большинства пациентов с кишечной непроходимостью и может определяться при остром расширении желудка.

Выслушивание сосудистого шума в области живота, обусловленного турбулентностью кровотока, может свидетельствовать об аневризме

брюшной аорты или стенозе почечных и брыжеечных артерий. Однако, разрыв аневризмы аорты и ишемия кишечника нередко протекают без сосудистого шума.

Перкуссия. Перкуссию всегда проводят после аускультации, поскольку она, как и пальпация, стимулирует перистальтику. Перкуссия позволяет установить место наибольшей болезненности. С помощью перкуссии можно оценить, является ли причиной увеличения живота скопление жидкости в брюшной полости (асцит, экссудат) или газа в кишечнике (кишечная непроходимость). Тупой звук дают свободная жидкость в брюшной полости, заполненные жидкостью петли кишечника и объемные образования. Смещение границы тупого звука при изменении положения тела характерно для свободной жидкости в брюшной полости. Притупление в отлогих местах живота отражает появление выпота в брюшной полости при кишечной непроходимости, панкреатите или перитоните, а также может указывать на наличие крови в брюшной полости при разрыве паренхиматозных органов и нарушенной внематочной беременности. Тимпанический звук определяют при наличии свободного газа в брюшной полости и скоплении газов в кишечнике. Исчезновение печеночной тупости и появление высокого тимпанита над печенью означает присутствие свободного газа в брюшной полости в результате прободения полого органа. Резкая болезненность при легкой перкуссии кончиками пальцев или покашливании (симптом Менделя) является достоверным признаком перитонита. В этих случаях нет необходимости прибегать к более «резким» методам обследования, например, определению симптома Щеткина-Блюмберга.

Увеличение мочевого пузыря, которое также можно определить с помощью перкуссии, свидетельствует об обструкции мочеиспускательного канала и острой задержке мочевыделения. Обычно развивается в результате увеличения предстательной железы у мужчин пожилого возраста, но может быть и при травме уретры и конкрементах в мочевом пузыре.

Пальпация. Её нужно начинать по возможности дальше от болезненного очага, чтобы не причинить сильной боли в самом начале исследования. Обследование значительно осложняется, когда уже в начале осмотра пациент испытывает неприятные ощущения. Сначала проводят поверхностную ориентировочную пальпацию и определяют зоны наибольшей болезненности и защитное напряжение мышц. «Доскообразный» живот - классический признак прободной язвы желудка. Действие соляной кислоты на брюшину вызывает сильную боль и мышечный спазм. Исследование живота завершают глубокой пальпацией. С помощью нее методически исследуют все органы брюшной полости, выявляют объемные образования и определяют их размеры и консистенцию. При крайней болезненности нащупать образования или границы органа невозможно, и в таких случаях больше информации дает определение степени болезненности исследуемого участка и зон ее иррадиации. Если диагноз разлитого перитонита к этому моменту уже установлен - глубокая пальпация бесполезна и негуманна. Данные, выявляемые при глубокой пальпации, в настоящее время во многом могут уточняться при ультразвуковом сканировании и компьютерной томографии, которые позволяют точно и безболезненно определить размеры внутренних органов, выявить патологические образования, недоступные для пальпации, определить их характер. Особое внимание при пальпации должно быть уделено обследованию пупочного, паховых колец и бедренных треугольников с целью выявления грыжевых ворот и возможного ущемления органов.

Важное значение имеет выявление симптомов раздражения брюшины, их выраженность и локализацию. Значительную помощь в диагностике оказывают определенные физикальные симптомы, характерные для отдельных заболеваний. Примером таких признаков следует считать симптомы Ситковского, Ровзинга, Бартомье-Михельсона и Воскресенского при остром аппендиците, симптомы Ортнера, Кера и Мерфи при остром

холецистите, симптом Валя при кишечной непроходимости, симптом Мейо-Робсона при остром панкреатите.

Во всех случаях острых болей в животе обязательно проводится тщательное обследование тазовой области и прямой кишки, вагинальное исследование.

Вагинальное исследование сначала выполняется осторожным введением лишь одного пальца в хорошо смазанной перчатке. При этом можно получить ценную информацию, не прибегая к надавливанию на живот. Таким образом можно определить болезненность уретры, пузырно-влагалищной складки и мочевого пузыря. После этого палец продвигают вверх и достигают шейки матки. Очень важно определить, нет ли болезненных ощущений при движении за шейку матки. Если при этом возникает боль, пациентку просят указать, в каком месте живота она ее ощущает. Затем проводится бимануальное исследование с введением двух пальцев одной правой руки во влагалище, при этом ладонь левой пальпирует живот и придвигает органы к пальцам, введенным во влагалище. Пальпация живота проводится путем осторожного давления в направлении симфиза. Таким путем определяют размеры, форму и консистенцию матки, ее болезненность. Затем пальцы продвигают к боковым сводам влагалища и с помощью легкого надавливания руки на живот ощупывают придатки. Определяя таким образом консистенцию и болезненность придатков, врач в состоянии решить, являются ли источником боли придатки или же источник боли расположен выше. В заключение осмотра указательный палец помещается во влагалище, а хорошо смазанный средний палец - в прямую кишку и ощупывают ректо-вагинальный карман на предмет нависания и инфильтрации стенок кишки и влагалища. Односторонняя болезненность и пальпация объемного образования - признаки пиосальпинкса, пиовара или перекрута ножки кисты яичника. Болезненность при смещении шейки матки во время исследования характерна для воспалительных заболеваний матки и придатков. Болезненность при пальпации узловатой матки, осо-

бенно на фоне бесплодия, указывает на эндометриоз. Нависание заднего свода влагалища характерно для гемоперитонеума или скопления воспалительного экссудата и служит показанием к его диагностической пункции. Если при этом выявляется несвертывающаяся кровь или гной, то диагноз становится ясным.

Пальцевое исследование прямой кишки обязательно проводится у всех пациентов с подозрением на острые заболевания органов брюшной полости.. При этом оценивают тонус сфинктера прямой кишки, характер содержимого, наличие патологических образований и болезненности. У мужчин ощупывают обе доли предстательной железы, семенные пузырьки и ретровезикальную перитонеальную складку над простатой. Нависание и резкая болезненность передней стенки прямой кишки обычно указывают на скопление воспалительного экссудата при перитоните («крик Дугласа»). При ректальном пальцевом исследовании всегда следует подробно описывать характер кала, оформленный, кашецеобразный или жидкий, цвет каловых масс. Характер дефекации, стула.

VII. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

На основании жалоб, анамнеза и физикального обследования хирург формулирует предварительный (а иногда и окончательный!) диагноз основного заболевания или определяет узкий круг патологических состояний, дающих сходную клиническую картину, выявляет также сопутствующие заболевания.

Диагноз есть медицинское заключение о патологическом состоянии здоровья обследуемого, об имеющемся заболевании или травме, о причине смерти, выраженном в терминах, предусмотренным принятыми классификациями и номенклатурой болезней.

Именно предварительный диагноз, устанавливаемый при первичном осмотре пациента, и определяет срочность и объем дополнительных диаг-

ностических исследований.

VIII. ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО

Планируется выполнение лабораторных, биохимических, инструментальных, рентгенологических исследований, необходимых конкретному пациенту с учетом особенностей клинической картины его заболевания. Определяют методы, которые позволяют поставить окончательный диагноз основного заболевания, и его осложнений. Предполагается применение тех методов, которые позволяют подтвердить или исключить предполагаемые на предварительном этапе исследования болезни.

Также определяют методы, которые позволяют оценить общее состояние больного (функции жизненно важных органов и систем, состояние гомеостаза) и наличие сопутствующих заболеваний. В перечень таких обязательных методов исследования включены общий анализ крови, общий анализ мочи, ЭКГ, рентгенографию груди.

Следует предусмотреть порядок (срочно, отсрочено) проведения диагностических исследований. Для применения каждого диагностического исследования необходимо его обоснование.

IX. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНЫХ

И СПЕЦИАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

В историю болезни заносятся данные анализов. Указывается дата исследования, дается краткая интерпретация полученных данных. Указываются описания результатов инструментальных методов исследования, по этим данным делается заключение о выявленных признаках патологического процесса

Х. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

По способу установления клинический диагноз может быть прямой, то есть установленный на основании наличия в клинической картине типичной совокупности признаков, или по наличию патогномоничных для заболевания симптомов, и дифференциальный диагноз, основанный на установлении различий в проявлениях данной болезни с проявлениями всех заболеваний, при которых возможна сходная клиническая картина. При этом диагноз может быть установлен путем исключения всех, кроме одного, предполагавшихся возможных заболеваний. Это возможно на основании различительных признаков, в том числе выявленных при целенаправленном диагностическом обследовании, или в процессе наблюдения за развитием болезни.

Дифференциальная диагностика начинается с того, что надо подвести итог выявленным при обследовании патологическим признакам и выделить ведущее проявление заболевания. Оно не должно быть слишком общим (повышенная температура, недомогание, утомляемость и т.п.). Более достоверные результаты диагностики наблюдаются, если учитывается наиболее вероятный и достаточно существенный симптомокомплекс или какое-то патологическое состояние – синдром.

В неотложной хирургии наиболее часто могут отмечаться следующие проявления болезней: абдоминальный болевой синдром, синдром желудочно-кишечного кровотечения, диспептический синдром, синдром механической желтухи, синдром гнойно-септической интоксикации, синдром пальпируемой опухоли.

Следующим этапом дифференциальной диагностики является определение круга болезней, которые могут протекать с клинической картиной, сходной с наблюдаемым заболеванием. Необходимо перечислить заболевания, сходные по ведущему синдрому с заболеванием курируемого больного. Далее дифференциальная диагностика строится на обнаружении раз-

личий между проявлениями данного заболевания и абстрактной клинической картиной каждого из заболеваний, при которых возможен тот же признак, который является ведущим у данного больного. Для дифференциации используется как можно большее число симптомов каждой болезни. Это повышает достоверность выводов. Из ряда возможных болезней в дифференциальную диагностику включают прежде всего те, которые наиболее вероятны по частоте или обстоятельствам заболевания. Различаемые болезни сравнивают по числу и характеру симптомов сходных с наблюдаемыми. Затем проводят различия как по отсутствию симптомов свойственных предполагаемой болезни, так и по наличию несвойственных или малосвойственных ей симптомов. При дифференциальной диагностике первоначально предполагавшееся заболевание должно исключаться на основании одного из трех принципов дифференциации.

Принцип существенного различия состоит в том, что при данном заболевании отсутствует симптом, являющийся его постоянным признаком. Например, отсутствие «кинжальных» болей в эпигастрии при подозрении на типичную перфорацию язвы желудка. Однако это положение относительно. Так перфорация язвы в полость малого сальника или гепатодуоденальную связку не сопровождается кинжальными болями. Скрытая перфорация также может протекать со сглаженной клинической картиной.

Принцип исключения через противоположность – в частности, анацидное состояние, вряд ли может иметь место при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, хотя и это положение не абсолютно.

Принцип несовпадения признаков – так желтуха может наблюдать при повышенном гемолизе эритроцитов, паренхиматозных поражениях печени вирусном, токсическом гепатите, циррозе печени, в результате обтурации общего желчного протока желчным камнем и т.д. Однако если появлению желтухи предшествовал острый приступ боли в правом подреберье, то скорее всего можно исключить гемолитический и паренхиматозный характер желтухи, и больше оснований предположить механическую желту-

ху в результате обтурации общего желчного протока камнем.

На последнем этапе дифференциальной диагностики, когда установлены сходство данного случая с определенным заболеванием и отличие его от остальных возможных заболеваний, протекающих с подобной клинической картиной, ставится окончательный клинический диагноз.

В практической работе врач-клиницист использует метод дифференциальной диагностики уже с первых минут встречи с больным. Общий вид больного, поведение, походка, даже реакция на опрос о жалобах и сборе анамнеза сразу дают почву для мыслей о дифференциальном диагнозе. Сравнить патологию по признакам сходства и различия. При дифференциальном диагнозе студент должен показать ход клинического мышления. Анализ и синтез должны подвергнуться не только данные анамнеза, объективного исследования, но и результаты лабораторного и инструментального исследований. Исключив на основании принципиальных различий ряд предполагаемых заболеваний, необходимо прийти к клиническому диагнозу.

XI. КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ

Клинический диагноз строится на основании анализа проведенных субъективных, объективных и специальных исследований с учетом результатов проводимой дифференциальной диагностики.

Формулирование клинического диагноза производится по единым правилам, согласно которым в диагнозе последовательно указываются на первое место основное заболевание, на второе место – осложнение (я) основного заболевания, и на третьем месте сопутствующее (ие) болезни. Должен соблюдаться нозологический принцип формулировки основного заболевания. Следует указывать основное заболевание (нозологическая единица), его фаза, стадия, локализация, характер и степень функциональных нарушений, патогенез и этиология. Можно выделить четыре аспекта диагноза:

этиологический, патогенетический, морфологический и функциональный. Все это в зависимости от конкретного случая излагается кратко или подробно, но так, чтобы указанные пункты были освещены.

ХII. ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Излагается с современных позиций этиология и патогенез данного заболевания. Если в результате анализа клинических данных удалось установить, то указываются предполагаемые причины заболевания и патогенез основных симптомов у данного больного.

ХIII. ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЯ

Вначале приводятся все существующие методы лечения данного заболевания. Указывается стандартная или общепринятая тактическая схема ведения больных с подобным заболеванием. Затем обосновывается выбор метода лечения у курируемого больного. Лекарственные препараты выписываются в виде рецептов. Указываются показания к оперативному лечению, отмечается план предстоящей операции (в том случае, если больной за время курации не подвергнут оперативному лечению, а показания к операции установлены), метод обезболивания (предоперационный эпикриз). Оформляется протокол операции, если больной за время курации был оперирован.

ХIV. ДНЕВНИК

Дата	Состояние больного	Назначения
Дата каждого посещения	В дневнике дается оценка состояния самочувствия больного. Отмечаются жалобы больного за истекшие сутки. Указываются	Диета, режим. Лекарственные

ния б-го	аппетит, сон, физиологические отправления. Краткие объективные данные с обязательным отражением динамики общего статуса и изменений в местном статусе с момента предыдущего посещения. (При наличии раны — описание динамики раневого процесса при перевязке, при наличии дренажей отмечается количество и характер отделяемого). В дневник вносятся лечебные и диагностические манипуляции (пункции, блокады, и т. д.). Если в течение периода курации больному произведена операция, текст последней выписывается после дневника за соответствующее число, по возможности дается схема операции.	назначения (изменения в назначениях). Физиотерапевтические методы.
----------	--	--

XV. ОФОРМЛЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРНОГО ЛИСТА

В температурном листе отмечаются температура, показатели АД, пульса.

XVI. ЭПИКРИЗ

Дается краткое изложение истории болезни.

Ф. И. О. больного, возраст, когда и по какому поводу поступил в стационар, диагноз при поступлении. Проведенное обследование, клинический диагноз. Проведенное лечение и его результаты. Если больной был оперирован, указывается дата и название операции. Указывается течение послеоперационного периода. Если отмечались послеоперационные осложнения, то указывается, их проявления, методы диагностики и лечения. Состояние больного к концу курации. Исход (выздоровление, улучшение, без перемен, ухудшение, летальный). Прогноз (в отношении жизни, вы-

здоровления, трудоспособности, медицинской и социальной реабилитации). Необходимые рекомендации при выписке.

XVII СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

Ф. И. О. Автор(ов). Название монографии, руководства, пособия. Город. Издательство. Год издания. Число страниц.

Подпись куратора:

Заключение преподавателя: В заключении приводится краткая рецензия на историю болезни. Указываются положительные стороны и недостатки. Особое внимание обращается на раздел дифференциального диагноза.

Оценка _____ Дата проверки

Подпись преподавателя:

СПИСОК УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Методические указания по составлению истории болезни хирургического больного. – Архангельск. – АГМИ. – 1988. - С -12.
2. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. Под редакцией В.С.Савельева. Скомпилированный HTML –файл.
3. В.К. Султанов. Учебное пособие. Исследование объективного статуса больного. – «ПИТЕР» - Санкт-Петербург. – 1997. - С – 237.
4. С.В. Петров Учебник Общая хирургия. « ГЭОТАР- Медиа». - Москва. – 2005. – Глава 10.
5. Руководство по клиническому обследованию больного под редакцией А.А.Баранова. - Москва. - « ГЭОТАР- Медиа». – С 627.