

Методические указания к практическим занятиям по дисциплине «Общая хирургия»

Разработаны
профессором кафедры
профессором кафедры
доцентом кафедры
доцентом кафедры
ассистентом кафедры

Лаврешиным П.М.
Муравьевым А.В.
Байчоров Х.М.
Корабленой С.С.
Келин ЯД.

Обсуждена на заседании кафедры «общей хирургии»
Зав. кафедрой

Лаврешин П.М.

Согласованы и рекомендованы к использованию в образовательном процессе для обучающихся по направлению подготовки 31.05.01 Лечебное дело 2023 года набора очной формы обучения

Руководитель ОПОП ВО, декан факультета

Никулина Г.П.

Методические указания по дисциплине «Общая хирургия» размещены в ЭИОС университета в авторской редакции

1. Цель Научить студентов основным приемам обследования больных, освоить этапы этого процесса, сочетать их с элементами деонтологии.

2. Учебные вопросы

1. Основные этапы обследования.
2. История болезни хирургического больного
3. Целенаправленное выяснение жалоб больного и истории развития заболевания.
4. Сопутствующие, перенесенные заболевания и операции. Переносимость лекарственных препаратов.
5. Общеклиническое обследование больного.

3. Теоретическая часть

АННОТАЦИЯ

Обследование больного

Результат лечение больных напрямую зависит от правильности и своевременности поставленного диагноза. Диагностический процесс состоит из нескольких этапов, среди которых базовым является первичное обследование больного. Оно обязательно абсолютно во всех случаях для врача любой специальности, хотя его объем может быть разным и зависит от целей, вида заболевания, состояния больного и др. моментов. Обсуждение всех данных, полученных при обследовании больного, дает право поставить предварительный диагноз. Основное обследование больного проводится строго по схеме, т.к. нарушение необходимой последовательности этого процесса может привести к недооценке одних и переоценке других данных и в итоге к диагностическим погрешностям. Схема обследования предусматривает получение врачом от больного двух частей сведений: субъективных (со слов больного) и объективных (данные, полученные самим врачом). Субъективные данные включают в себя: паспортную часть, жалобы, анамнез. **ЖАЛОБЫ** - выяснение того, что беспокоит больного. Чаще всего основной жалобой является боль, о которой врач должен узнать как можно больше: локализация, время появления, причина, характер, интенсивность, продолжительность и т.д. Подробности необходимы для того, чтобы уже на этом этапе обследования можно было сделать определенные диагностические предположения. Болевые ощущения, которые почти всегда являются симптомами какого-то заболевания, можно сгруппировать. А) Боли **травматические**. Для них характерно то, их возникновение связано непосредственно с повреждением, а интенсивность зависит от силы травмы, локализации и площади. Пик болей отмечается в момент повреждения, интенсивность постепенно ослабевает. Б) Боли **ишемические**. Они возникают обычно при нарушении питания мышечных органов. Типичные примеры: загрудинные боли при стенокардии, боли в нижних конечностях (симптом «перемежающейся хромоты») при облитерирующем эндартериите или атеросклерозе. Интенсивными болями сопровождаются также тромбоз или тромбозомболия магистральных сосудов нижних конечностей. Многие заболевания органов брюшной полости сопровождаются болями, но особое место занимает состояние, трактуемое как брюшная жаба. При расстройстве питания кишечника боли носят своеобразный характер: они постоянные, нарастающие, не купируются наркотиками, не меняют интенсивности при пальпации. В клинике появляются симптомы кишечной непроходимости. Состояние может осложниться мезентериальным тромбозом с развитием инфарктов в кишечнике. В) Боли **спастические**. Они связаны со спазмом гладкой мускулатуры внутренних органов. В отличие от других видов болей они имеют волнообразное (приступообразное) течение, не меняют своей интенсивности при перемене положения тела. Их называют еще коликами (желудочная, желчная, кишечная и др.), при которых, как правило, больные ведут себя беспокойно в поисках вынужденного положения. Г) Боли, связанные с **перерастяжением** стенок полых органов (желчного пузыря, мочевого пузыря, почечной лоханки). Они развиваются исподволь, постепенно нарастают и сразу проходят при опорожнении органа. Д) Боли **воспалительные**. Наблюдаются всегда при развитии хирургической инфекции. Особенностью этих болей является появление их вначале только при прикосновении к месту развития процесса. Затем при увеличении инфильтрации боль усиливается, заставляет больного искать положения, которое бы максимально ограждало данную область от прикосновения. Боль постепенно нарастает, может приобретать

пульсирующий характер (например, при панариции) и достигает пика вплоть до самостоятельного или хирургического вскрытия гнойника.

Анализ описанных болевых ощущений зачастую может позволить врачу сделать определенные диагностические предположения уже на этапе опроса больного. АНАМНЕЗ - совокупность сведений (о больном, развитии заболевания), полученных при опросе самого больного и знающих его лиц, а также при изучении документации. Анамнез всегда строится по определенному плану. Вначале собираются данные по истории развития заболевания. Подробно описываются детали появления основного заболевания, последовательность возникновения отдельных признаков и динамика болезни в целом. Важно знать — какова причина, были ли периоды улучшения и ухудшения, чем объяснялись, имели ли место обращения к врачу. Если речь идет о заболевании, занимающим длительный период времени, необходимо получить подробные данные обо всех эпизодах обострения. Это позволит выяснить: настоящее состояние является самостоятельным заболеванием или обострением хронического (следствием его осложнения).

Изучение анамнеза жизни дает представление об особенностях организма, характере физического и умственного развития, профессии, условиях труда и быта, перенесенных заболеваниях в хронологическом порядке (с особенностями течения). Имеют значение сведения о вредных привычках, аллергических реакциях, о здоровье прямых родственников (семейный анамнез). Все это может иметь прямое или косвенное отношение к развитию патологического процесса у пациента.

Полнота сведений субъективного характера зависит от умения врача установить контакт с больным, создать обстановку для дружеской беседы. Это возможно только при соблюдении деонтологических принципов; взаимопонимании и доверии между врачом и больным, охраняемых врачебной тайной.

Всегда следует иметь в виду, что сведений субъективного характера, даже тщательно собранных, для установления предварительного диагноза недостаточно. Это связано с тем, что, во-первых, больной иногда по разным причинам преуменьшает свои страдания (диссимуляция), преувеличивает (аггравация) или даже измышляет их (симуляция). Во-вторых, не всегда предъявляет жалобы на тот процесс, который развивается не причиняя боль (начальные бессимптомные стадии опухоли). Поэтому второй неотъемлемой половиной в процессе установления предварительного диагноза является ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ больного. Оно проводится по определенной схеме методами, которыми обязан владеть врач любой специальности. Они просты в исполнении, доступны, полностью безвредны для больного, позволяют объективно судить об общем состоянии и состоянии отдельных внутренних органов.

Первый этап - *общий осмотр*. Он позволяет оценить походку, симметрию туловища, конституцию, упитанность, выражение лица, степень сознания, цвет кожи и склер, тип дыхания и т.д. Сведения, полученные при осмотре, сопоставленные с субъективными данными, уже могут стать материалом для размышлений и диагностических предположений (рис. 1).

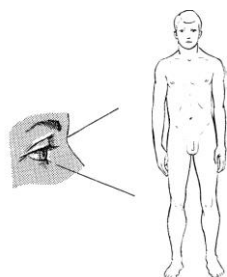


Рис. 1. Общий осмотр.

Пальпация - метод, позволяющий при использовании осязания изучить физические свойства тканей и органов, топографические соотношения между ними, чувствительность. При пальпации можно установить местное изменение температуры, степень напряжения мышц, наличие какого-либо патологического образования и т.д. Метод можно использовать для обследования полости рта, прямой кишки, влагалища. Следует всегда помнить, что пальпация не должна доставлять больному неприятные или болезненные ощущения (рис. 2).

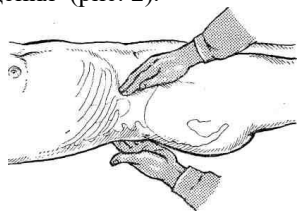


Рис. 2. Пальпация.

Перкуссия (выстукивание). Метод основан на том, что изучаемые методом перкуссии органы и ткани при выстукивании дают звук, свойство которого связано с их структурой (плотность, напряжение, эластичность, содержание в них жидкости или воздуха). На основе разных по высоте и оттенку звуков

перкуссией можно определить границы и форму органа, выявить опухоль, кисту, обнаружить газ в брюшной полости при прободении полого органа . свободную жидкость в животе (рис. 3).

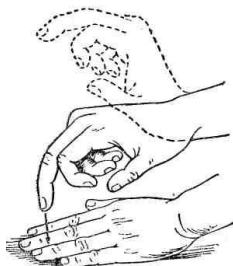


Рис. 3. Перкуссия.

Аускультация - выслушивание самостоятельно возникающих в организме звуковых явлений. В обследовании хирургических больных аускультация информативна при выслушивании живота для оценки характера перистальтических шумов при кишечной непроходимости и подозрении на перитонит, на наличие систолического шума при аневризме брюшной аорты и т.д. Без аускультации диагностика заболеваний дыхательной и сердечно-сосудистой систем невозможна (рис. 4, 5).

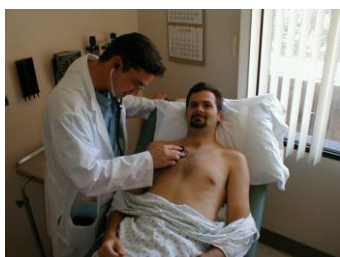


Рис. 4. Аускультация.

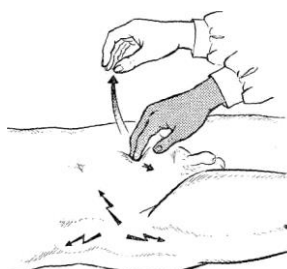


Рис. 5. Определение симптома Щеткина-Блюмберга.

При обследовании хирургического больного врач должен уделить внимание местному статусу. В разделе STATUS LOCALIS необходимо дать оценку локальным изменениям (рана, язва, опухоль и др. патологические состояния). Эта оценка строится на осмотре, пальпации, перкуссии и аускультации исследуемой области.

Все сведения, полученные врачом после первичного осмотра, позволяют поставить предварительный диагноз, который может быть вполне обоснованным, но чаще всего он является предположительным.

Задание 1

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача 1

Глухонемой пациент указывает пальцем на правую подвздошную область, из чего лишь можно судить, что здесь его что-то беспокоит. Можно ли в этом случае без детализации жалоб и анамнеза приступить к объективному исследованию?

Задача 2

В приемном отделении врач приступил к обследованию больного, поступившего в связи с кровотечением из прямой кишки. В процессе общения с больным оценить характер крови и степень кровопотери врачу не удалось. При удовлетворительном состоянии и некоторой слабости больной вдруг стал испытывать упорный позыв к дефекации и попросил пойти в туалет. Как должен поступить врач?

Задача 3

Обследуя в приемном покое больного с острыми болями в животе, врач не может провести пальпацию, т.к. из-за болей больной ведет себя беспокойно, постоянно меняет положение тела, на кушетке. Приступить к пальпации врач смог, когда больной несколько успокоился после введения ему обезболивающей инъекции. Действия врача правильные?

Задача 4

Боли в эпигастральной области, связанные с приемом пищи и четко выраженная сезонность их — данные, типичные для язвенной болезни. На основе этих сведений врач назначил пациенту противоязвенное лечение. Его решение правильное?"

Задача 5

В стационар поступил больной с жалобами на общую слабость, головокружение. Был дегтеобразный стул. Объективно: кожные покровы бледные, пульс слабый, частый, артериальное давление понижено. В анализах крови отмечается снижение количества гемоглобина, эритроцитов. Что может быть причиной этого состояния?

ТЕСТЫ

1. Общеклиническими методами исследования в предоперационном периоде являются:

1) анамнез, * 2) пальпация, * 3) рентгенография, 4) перкуссия, * 5) аускультация. *

2. Что относится к общеклиническим методам обследования больных: 1) опрос, * 2) осмотр, * 3) пальпация, * 4) перкуссия, * 5) общий анализ крови, 6) анализ мочи, 7) аускультация, * 8) рентгеноскопия, 9) компьютерная томография.

3. У больного имеются полные данные жалоб, анамнеза, объективных данных, различных данных дополнительных исследований. Это необходимо для постановки: 1) предварительного диагноза, 2) диагноза направившего учреждения, 3) клинического диагноза, * 4) предположительного диагноза.

4. Для постановки предварительного диагноза врач опирается на данные проведенного обследования. Расставьте в нужном порядке проведение необходимых манипуляций для получения данных: а) наследственность, б) анамнез жизни, в) жалобы, г) аускультация, д) перкуссия, е) анамнез болезни, ж) локальный статус, з) общий осмотр, и) пальпация. Выберите правильное сочетание: 1) а,б,в,г,д,е,ж,з,и, 2) б,в,а,г,д,и,ж,з,е, 3) в,е,б,а,з,и,д,г,ж, * 4) г,а,б,в,д,е,ж,з,и, 5) в,г,а,б,е,д,ж,з,и.

5. Укажите, как делятся жалобы: 1) общие, * 2) тотальные, 3) превалирующие, 4) местные, * 5) главные, * 6) вспомогательные, 7) второстепенные.*

6. Метод аускультации позволяет определить: а) характер сердечных тонов, б) характер дыхания, в) наличие кишечных шумов, г) исчезновение печеночной тупости, д) шум стенозированной артерии, е) границы желудка, ж) границы сердца. Выберите правильный ответ: 1) а,б,в,г, 2) а,б,в,д, * 3) в,г,д,ж 4) б,г,д,е, 5) г,д,е,ж.

7. Пальпация позволяет установить: 1) локальную болезненность, * 2) кишечные шумы, 3) напряжение мышц над пораженной областью, * 4) наличие патологического образования, * 5) форму, величину, смещаемость образования.*

8. В истории развития заболевания отражаются: 1) время появления первых признаков, * 2) динамика развития заболевания до настоящего времени, * 3) ранее перенесенные заболевания, 4) условия быта, труда, питания, 5) проведенное ранее лечение по поводу данного заболевания,* 6) у женщин— акушерско-гинекологический анамнез, 7) аллергологический анамнез, 8) данные о наследственности. 9) гемотрансфузионный анамнез, 10) вредные привычки, профвредности.

9. Укажите, какой бывает осмотр: 1) поверхностный, 2) глубокий, 3) местный, * 4) общий.*

10. Расставьте в правильном порядке этапы обследования больного: 1) перкуссия, 2) осмотр, 3) пальпация, 4) аускультация, 5) изучение имеющихся результатов анализов _____
2, 3, 1, 4, 5

4. Вопросы для собеседования

1. В чем состоит порядок обследования хирургического больного?
2. В чем заключается опрос больного и каково его значение?
3. Какой порядок объективного исследования больного?
4. Зачем проводится пальпация, перкуссия, аускультация?
5. Какие данные можно получить при перкуссии живота?
6. На основании чего строится предварительный диагноз?
7. Что такое клинический диагноз?

