

# Методика обследования хирургического больного



## Цель обследования.



Обследование хирургического больного — комплекс исследований, проводимых целенаправленно для выявления индивидуальных особенностей больного, установления диагноза болезни, подбора рационального лечения, наблюдения за течением заболевания, определения прогноза. Объем исследования при этом зависит от целей обследования (установление диагноза, диспансерное наблюдение, контроль эффективности лечения) и от вида заболевания, по поводу которого оно проводится.

# Основные методы обследования в хирургии



- Сбор анамнеза
- Осмотр больного
- Пальпация
- Перкуссия
- Аускультация.

# Основные методы обследования в хирургии



- Никакие лабораторные и инструментальные методы исследования, как бы совершенны они ни были, не в состоянии заменить основных диагностических приемов, часто достаточных для обнаружения заболевания и установления нозологического диагноза.
- Основные методы обследования и развитое клиническое мышление позволяют избежать диагностических ошибок (недооценки одних и переоценки других данных) при получении дополнительной информации, которая всегда нуждается в осмысливании и правильной интерпретации. Диагноз ставит человек, а не машина.

# Первый вопрос пациенту

- Здравствуйте!
- Что с Вами случилось!?



# Жалобы больного



Самый  
частый  
симптом  
заболевания  
- **БОЛЬ**



# Характеристика боли



- **Боль** — физическое или душевное страдание, мучительное или неприятное ощущение, мучение. (Википедия).
- **Боль** — неприятное сенсорное и эмоциональное переживание, связанное с истинным или потенциальным повреждением ткани или описываемое в терминах такого повреждения. Международная ассоциация по изучению боли (IASP)
- **Боль** - тягостное ощущение, отражающее психофизиологическое состояние человека, которое возникает под влиянием сверхсильных или разрушительных раздражителей. (БМЭ)

# Характеристика боли



- **Локализация**
- Локализация боли зависит от стадии заболевания и наличия осложнений.



# Характеристика боли



- **Интенсивность болевых ощущений** бывает различной — от незначительной ноющей и сжимающей до сильнейшей, сопровождающейся резким ухудшением состояния больного.
- Интенсивность болевых ощущений зависит и от типа высшей нервной деятельности больного, его психологического и эмоционального настроения, возраста больного.
- Чувствительность к боли у различных людей, очень индивидуальна.

# Характеристика боли



- **Характер болей**
- **Постоянная** (ноющая) боль вызывается раздражением нервных элементов, заложенных в слизистой оболочке и подслизистом слое при воспалительных процессах.
- **Периодическая** в определенные часы при язвенной болезни.
- **Схваткообразная** боль возникает при спастических сокращениях гладкой мускулатуры полых органов.
- **Сезонная** боль (появляется или обостряется весной или осенью).

# Характеристика боли



- **Иррадиация болей**
- Важнейший дифференциально-диагностический признак, основанный на характерной передаче болевых импульсов по вегетативной части нервной системы в определенные точки (зоны Захарьина-Геда, Гаавы—Лувсан, Ван Вэйи), свойственные для каждого органа.

# Характеристика боли



- **Причина боли.**
- Легче всего понять природу боли, возникшей после травмы, укусов насекомыми и пр. Чаще причина боли скрыта, и только при придирчивом расспросе выявляются, казалось бы, маловажные обстоятельства, предшествовавшие заболеванию.

# Характеристика боли



- **Сопутствующие боли явления.**

- ✓ Рвота
- ✓ Жидкий стул
- ✓ Дизурические расстройства и др.

**Боль редко приходит одна!!!**

# Характеристика боли

- **Что уменьшает или купирует боли?**
- Прием пищи
- Рвота
- Горячая или холодная грелка и др...



# Характеристика боли



- Локализация боли.
- Интенсивность болевых ощущений.
- Характер болей.
- Иррадиация болей.
- Причина боли.
- Сопутствующие боли явления.
- Что уменьшает или купирует боли?

# Анамнез заболевания



- Что случилось?
- Когда это случилось?
- Где это случилось? (при травмах)

**ЧТО? ГДЕ? КОГДА?**



# Анамнез жизни



- Перенесенные заболевания
- Вредные привычки
- Аллергологический анамнез
- Контакт с инфекционными больными

# Объективный осмотр, оценка состояния



- **Удовлетворительное** - если функции жизненно важных органов относительно компенсированы. Как правило, общее состояние больных остается удовлетворительным при легких формах течения болезни. Субъективные и объективные проявления заболевания при этом нерезко выражены, сознание больных обычно ясное, положение активное, питание не нарушено, температура тела нормальная или субфебрильная. Удовлетворительным бывает общее состояние больных также в периоде реконвалесценции после острых заболеваний и при стихании обострений хронических процессов.

# Объективный осмотр, оценка состояния



- **Состоянии средней тяжести** -заболевание приводит к декомпенсации функций жизненно важных органов, однако не представляет непосредственной опасности для жизни больного. Такое общее состояние больных обычно наблюдается при заболеваниях, протекающих с выраженными субъективными и объективными проявлениями. Больные могут предъявлять жалобы на интенсивные боли различной локализации, выраженную слабость, одышку при умеренной физической нагрузке. Сознание обычно ясное. Двигательная активность нередко ограничена, но они способны обслуживать себя. Число сердечных сокращений в покое более 100 в минуту либо, наоборот, брадикардия менее 40 в минуту, аритмия. Число дыханий в покое превышает 20 в минуту, может наблюдаться нарушение бронхиальной проходимости или проходимости верхних дыхательных путей. Со стороны пищеварительной системы возможны признаки местного перитонита, повторная рвота, выраженная диарея, наличие умеренного желудочно-кишечного кровотечения.

# Объективный осмотр, оценка состояния



- **Тяжелое** характеризуется декомпенсацией функций жизненно важных органов представляет непосредственную опасность для жизни больного либо может привести к глубокой инвалидности. Тяжелое общее состояние наблюдается при осложненном течении болезни с ярко выраженными и быстро прогрессирующими ее клиническими проявлениями. Положение больного пассивное или вынужденное, он, как правило, не может себя обслуживать, нуждается в постоянном уходе.
- О тяжелом общем состоянии больного свидетельствуют нарастающая кахексия, анасарка, признаки резкого обезвоживания организма. О тяжелом общем состоянии свидетельствуют также неукротимая рвота, профузный понос, признаки разлитого перитонита, массивного продолжающегося желудочно-кишечного (рвота "кофейной гущей", мелена), маточного или носового кровотечения.

# Объективный осмотр, оценка состояния



- **Крайне тяжелое (предагональное) общее состояние** характеризуется столь резким нарушением основных жизненно важных функций организма, что без срочных и интенсивных лечебных мероприятий больной может погибнуть в течение ближайших часов или даже минут.
- Сознание обычно резко угнетено, вплоть до комы, хотя в ряде случаев остается ясным. Положение чаще всего пассивное, иногда отмечаются двигательное возбуждение, общие судороги с вовлечением дыхательной мускулатуры.
- Пульс прощупывается только на сонных артериях, артериальное давление не определяется, тоны сердца едва выслушиваются. Число дыханий достигает 60 в минуту. При тотальном отеке легких дыхание становится клокочущим, изо рта выделяется пенная мокрота розового цвета, над всей поверхностью легких выслушиваются разнокалиберные незвучные влажные хрипы.

# Объективный осмотр, оценка состояния



- **При терминальном (агональном) общем состоянии** наблюдается полное угасание сознания, мышцы расслаблены, рефлексy, в том числе мигательный, исчезают. Роговица становится мутной, нижняя челюсть отвисает. Пульс не прощупывается даже на сонных артериях, артериальное давление не определяется, тоны сердца не выслушиваются, однако на электрокардиограмме еще регистрируется электрическая активность миокарда. Отмечаются редкие периодические дыхательные движения по типу дыхания Биота.

# Объективный осмотр



Особенностями объективного осмотра у хирургического больного является описание локальных изменений (**STATUS LOCALIS**), осмотр слабых мест брюшной стенки и исследование через прямую кишку (**PER RECTUM**).

# STATUS LOCALIS



- Статус - (лат. status; стояние, положение, состояние) понятие, используемое в клинической медицине при характеристике состояния больного на момент обследования (status praesens), местных проявлений болезни или травмы (status localis) особенностей и аномалий конституции (например, status thymicolymphaticus) либо для обозначения затяжного течения определенных проявлений болезни, существенно отличающегося (в сравнении с краткосрочным течением) по прогнозу или диагностическому значению (например, status asthmaticus, status febrilis).



# *STATUS LOCALIS*



- понятие, используемое в клинической медицине при характеристике состояния больного на момент местных проявлений болезни или травмы (*status localis*)

# *STATUS LOCALIS, как описывать раны*



- Указывают локализацию раны по анатомическому сегменту тела (голова, лицо, шея, грудь, конечность и т. д.);
- Дают уточненное положение раны с указанием анатомических ориентиров (например, в области груди, справа, в четвертом межреберье, по среднеключичной линии или в области бедра, по внутренней поверхности, выше коленного сустава на 6 см и т. д.);
- Указывают размеры зияния раны - 2 на 5 см, 3 на 4 см и т. д.; если видно дно раны, отмечают и ее глубину (2 см, 4 см, 6 см и т. д.);
- Описывают форму раны: линейная, округлая, звездчатая, овальная, серповидная, треугольная и т. д.;

## *STATUS LOCALIS, как описывать раны*



- Описывают края раны: ровные или неровные (фестончатые), четкие или нечеткие; наличие осаднений и размозжений, размеры кровоизлияний, особенности формы и цвет кровоподтеков;
- Отделяемое из раны
- Наличие или отсутствие кровотечения из раны.
- Характер кровотечения
- Наличие или отсутствие эвентраций внутренних органов.

## *STATUS LOCALIS, как описывать раны*



- Наличие подкожной эмфиземы.
- Указывают направление раны по продольной оси тела: косая, продольная, поперечная;
- Описывают стенки раны аналогично описанию ее краев (ровные, неровные, наличие размозжений и кровоизлияний);
- Описывают дно раны.

# Исследование PER RECTUM



- *Ректальное исследование* специальные приемы обследования с целью оценки состояния прямой кишки и окружающих ее органов и тканей, выполняемые через просвет прямой кишки.
- Пальцевое Р. и. является обязательным методом диагностики заболеваний прямой кишки, малого таза и органов брюшной полости.
- Пальцевое Р. и. дает возможность оценить функциональное состояние мышц заднего прохода, выявить заболевания, патологические изменения анального канала и прямой кишки, воспалительные инфильтраты, кистозные и опухолевые образования параректальной клетчатки, крестца и копчика; изменения предстательной железы у мужчин и внутренних половых органов у женщин; состояние тазовой брюшины, прямокишечно-маточного или прямокишечно-пузырного углубления.

# Исследование PER RECTUM



- Пальцевое Р. и. противопоказано при резком сужении заднего прохода, а также при выраженной болезненности его до снятия болевого синдрома с помощью мази с дикаином, анальгетиков или наркотических средств.
- Ректальное исследование проводят в различных положениях пациента: лежа на боку с согнутыми в тазобедренных и коленных суставах ногами, в коленно-локтевом положении, в положении на спине (на гинекологическом кресле) с согнутыми в коленных суставах и приведенными к животу ногами.

# Исследование PER RECTUM

- Пальцевому Р. и. всегда должен предшествовать тщательный осмотр области заднего прохода, что нередко позволяет выявить признаки заболевания (наружные свищи, тромбоз наружных геморроидальных узлов, недостаточное смыкание краев заднего прохода, разрастания опухолевидной ткани, мацерацию кожи и др.), после чего указательный палец правой руки, на которую надета резиновая перчатка, обильно смазанный вазелином, осторожно вводят в задний проход. Последовательно ощупывая стенки анального канала, оценивают эластичность, тонус и растяжимость сфинктера заднего прохода, состояние слизистой оболочки, наличие и степень болезненности исследования. Затем палец проводят в ампулу прямой кишки, определяя состояние ее просвета (зияние, сужение), последовательно обследуют стенку кишки по всей поверхности и на всем доступном протяжении, обращают внимание на состояние предстательной железы (у мужчин) и прямокишечно-влагалищной перегородки, шейки матки (у женщин), параректальной клетчатки внутренней поверхности крестца и копчика. После извлечения пальца из прямой кишки оценивают характер отделяемого (слизистое кровянистое, гнойное).