

ПРОПЕДЕВТИКА ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ



ПРОПЕДЕВТИКА

Propaideo – греч. «обучать предварительно». Подготовительное обучение или введение в науку.

То есть, пропедевтика - это вводный курс в изучаемую клиническую дисциплину, дающий основу тем знаниям, которые будут использованы в дальнейшем в процессе детального изучения клинических дисциплин в медицинских учебных заведениях и в течение всей профессиональной жизни медика.

Основная задача пропедевтики - обучение методам исследования больного, распознавания ведущих клинических синдромов (методам клинической диагностики и семиотики), построения синдромального и нозологического диагноза, основам медицинской этики и деонтологии.

Диагностика - это процесс распознавания болезни (в переводе с греческого языка слово *diagnosis* обозначает распознавание)

ОСНОВНЫЕ РАЗДЕЛЫ ДИАГНОСТИКИ, КАК НАУЧНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ

Изучение методов получения информации о заболевании пациента, её анализе.

Семиотика (наука о симптомах и признаках заболеваний, их происхождении, взаимосвязи, диагностическом значении) и синдромология.

Общая методология и методика диагноза - учение о диагнозе и методике его построения.

ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ

Диагноз - медицинское заключение о сущности заболевания, отображающее его нозологию, этиологию, патогенез и морфофункциональные проявления, выраженные в терминах, предусмотренных Международной Классификацией Болезней (МКБ).

Синдром – патогенетически взаимосвязанная совокупность симптомов (признаков) заболевания.

Симптом – отдельный признак заболевания.

Нозология (нозологическая форма, нозологическая единица) - болезнь или группа болезней, для которых характерны определённая причина, схожий патогенез, типичные внешние проявления, специфические структурные и функциональные нарушения в органах и тканях.

СОСТАВЛЯЮЩИЕ И ВИДЫ ДИАГНОЗА

Основное заболевание (одно или несколько — конкурирующих, сочетанных, фоновых)

Сопутствующее заболевание

Осложнение основного заболевания

ДИАГНОСТИКА ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Этапы обследования больного

- Первичный осмотр
- Дополнительное обследование
- Динамическое наблюдение
- Установление окончательного диагноза

ОБЩИЙ АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ

Анамнез (сведения о больном и его заболевании, полученные путём опроса самого больного, либо знающих его лиц с целью установления диагноза)

- Жалобы больного
- Анамнез заболевания (anamnesis morbi)
- Анамнез жизни (anamnesis vitae)

ОБЩИЙ АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ

Объективный статус (Status praesens)

- Общий осмотр
- Физикальные методы исследования больного
- Пальпация
- Перкуссия
- Аускультация

Локальный статус (Status localis)

- Местный осмотр
- Локальное физикальное обследование

ОБЩИЙ АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ

Дополнительные методы обследования

- Лабораторные методы
- Общеклинические
- Специальные
- Инструментальные
- Морфологические

Он позволяет поставить относительно точный диагноз примерно в 50-70% случаев.

Изолированно физикальные методы дают лишь 30% точных диагнозов.

Лабораторные – 20%

**НЕЛЬЗЯ НЕДООЦЕНИВАТЬ СБОР
АНАМНЕЗА!**

ОСНОВНЫЕ ЖАЛОБЫ ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Боль

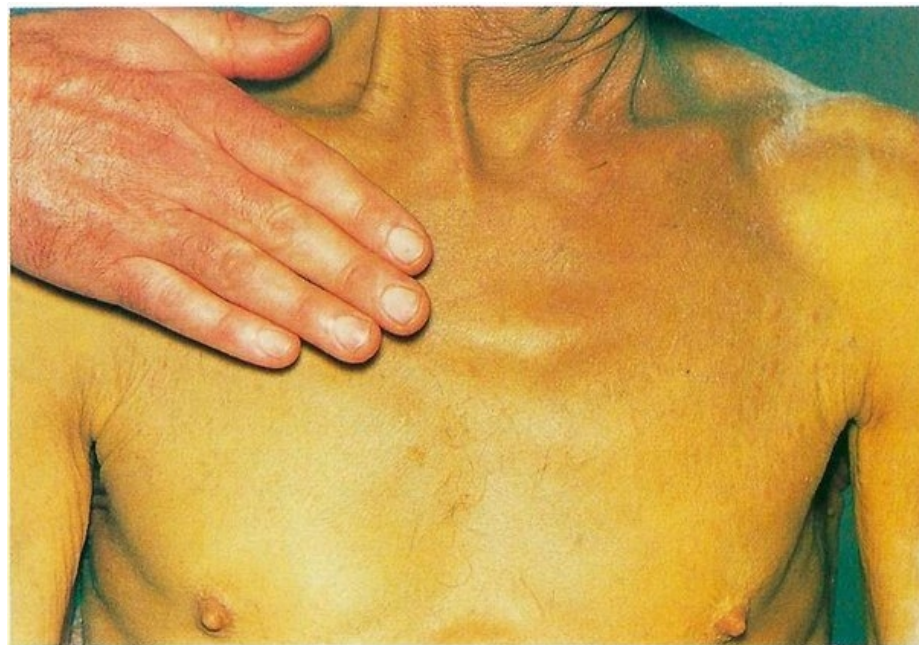
Нарушение функции органов и систем (изжога, отрыжка, тошнота, рвота, нарушения отхождения стула и газов, и т.п.).

Деформация и изменение функции отдельных участков тела (изменение оси конечности при переломах, отёки, опухоли), появление изменений окраски кожных покровов (ишемическая бледность, мраморность, изменение сосудистого рисунка, синюшность (цианоз), желтуха (иктеричность), покраснение (гиперемия) и т.п.).

Истечение из естественных и противоестественных отверстий различных жидкостей (кровь, лимфа, гной, ликвор, и т.п.)



Сухая гангрена пальца стопы
при облитерирующем
эндартериите



Механическая желтуха



МРАМОРНЫЙ РИСУНОК
КОЖИ



Побледнение кожи
пальцев при болезни
Рейно



Бледность кожи лица



Отёки на лице



Стрии на коже живота при синдроме
Иценко-Кушинга



Гиперемия кожи
лица



Акроцианоз



Цианоз левой ноги



ДЕФОРМАЦИЯ КОНЕЧНОСТЕЙ



**ИЗМЕНЕНИЕ ОСИ КОНЕЧНОСТИ ПРИ
ПЕРЕЛОМЕ**



ОТКРЫТЫЙ ПЕРЕЛОМ ОБЕИХ НОГ





«Голова Медузы» при
портальной гипертензии



Свищ (fistula)
Искусственные свищи -
СТОМЫ



ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ РУБЦЫ

ОСНОВНЫЕ СИНДРОМЫ В ХИРУРГИИ

Синдром «малых признаков»;

Болевой синдром;

Синдром кровотечения и кровопотери, анемический синдром;

Интоксикационный синдром (эндотоксикоз), воспалительный синдром;

Синдром «острого живота», абдоминальный синдром;

Синдром желтухи;

Синдром дисциркуляции;

И т.д.

СИНДРОМ «МАЛЫХ ПРИЗНАКОВ»

Общая слабость, утомляемость, апатия,
снижение работоспособности;

Потливость;

Снижение аппетита;

Похудание;

Необъяснимое повышение температуры тела;

Другие неясные жалобы.

БОЛЕВОЙ СИНДРОМ (ОСТРЫЙ И ХРОНИЧЕСКИЙ)

Ощущение боли или болезненность(ноцицепция);

Психологическое переживание боли;

Невротическая реакция (тревожность, депрессия);

Болевое поведение (беспокойство или неподвижность, охранительные позы, попытки уменьшить боль);

Вегетативная реакция на боль;

Стрессовая реакция на боль;

Нарушение функции органов, систем и сегментов в ответ на болевой раздражитель.

ОСНОВНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ БОЛИ

Локализация и миграция (перемещение) боли,

Иррадиация (распространение) боли,

Продолжительность и динамика боли,

Интенсивность боли,

Характер боли (тупые, разрывающие, жгучие, давящие, колющие, сжимающие, распирающие, сверлящие, схваткообразные боли),

Причины возникновения боли,

Факторы усиливающие боль,

Факторы облегчающие боль (лекарства, физические факторы – тепло или холод, поза),

Сопутствующие болям симптомы (тошнота, головокружение и др.),

Закономерности появления боли (если имеются).

СИНДРОМ «ОСТРОГО ЖИВОТА»

Боль и болезненность в животе;

Напряжение мышц передней брюшной стенки (defans musculorum);

Симптомы раздражения брюшины (симптом Щёткина-Блюмберга);

Интоксикационный синдром;

Синдром нарушения функции органов брюшной полости;

ПСЕВДОАБДОМИНАЛЬНЫЙ СИНДРОМ

Боли, локализуемые больным, как абдоминальные, не связанные с заболеваниями и травмами органов брюшной полости.

К таким заболеваниям можно отнести:

- Некоторые формы инфаркта миокарда

- Нижнедолевые пневмонии и плевриты

- Мочекаменная болезнь, пиелонефрит

- Некоторые инфекционные заболевания (брюшной тиф, корь, грипп, опоясывающий лишай, ПТИ и др.)

- Некоторые неврологические заболевания (невралгии, травмы спинного мозга, и др.)

- Опухоли

- Болезни обмена веществ (кетацидоз)

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ В ХИРУРГИИ

Лабораторные методы

Клинические анализы

Биохимические анализы

Цитологические и гистологические исследования

Бактериологические, серологические и
иммунологические исследования

и т.п.

Визуализационные методы

НОРМЫ ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ. ГЕМОГРАММА.

Показатель		Мужчины	Женщины
Эритроциты		4,0-5,1×10 ¹² /л	3,7-4,7×10 ¹² /л
Гемоглобин		130-160 г/л	120-140 г/л
СОЭ		1-10 мм/ч	2-15 мм/ч
Гематокрит (л/л)		40-48% (0,40-0,48)	36-42% (0,36-0,48)
Цветовой показатель		0,86-1,05	
Лейкоциты		4,0-8,8×10 ⁹ /л	
Лейкоцитарная формула	миелоциты	отсутствуют	
	Метамиелоциты («юные»)	отсутствуют	
	Палочкоядерные нейтрофилы	1-6%	
	Сегментоядерные нейтрофилы	45-70%	
	эозинофилы	0-5%	
	базофилы	0-1%	
	лимфоциты	18-40%	
	моноциты	2-9%	
Тромбоциты		180-320×10 ⁹ /л	

НОРМЫ ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ. БИОХИМИЯ

Показатель	Значение	Показатель	Значение
Глюкоза (капилл. кровь)	3,5 -5,5 ммоль/л	Билирубин общий	3,4-20,5 мкмоль/л
Общий белок	65-85 г/л	Билирубин прямой	0-5,1 мкмоль/л
Креатинин	50-115 мкмоль/л	Билирубин непрямой	до 16,5мкмоль/л
Мочевина	2,5-8,3 ммоль/л	Натрий плазмы	135-152 ммоль/л
АСТ (оптич. тест, 37°)	до 40 МЕ	Калий плазмы	3,6-6,3 ммоль/л
АЛТ (оптич. тест, 37°)	до 30 МЕ	Кальций плазмы	2,2-2,75 ммоль/л
γГТП	до 35♂ и 45♀ МЕ	Хлориды	97-108 ммоль/л
Амилаза (диастаза)	25-125 ЕД/л	Железо	12-32 мкмоль/л
Щелочная фосфатаза	до 120 МЕ/л	С-реактивный белок	до 10 мг/л
Фибриноген	2-4 г/л	pH артер. крови	7,35-7,45
Время свёртывания	6-8 мин.	PaO ₂	83-108 мм рт.ст.
Время кровотечения	до 3 мин.	PaCO ₂	35-45 мм рт.ст.
АЧТВ	30-40 сек.	SaO ₂	92-100%

ВИЗУАЛИЗАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ

Лучевая диагностика

Ультразвуковые методы

Рентгенологические методы

Магнитно-резонансная томография

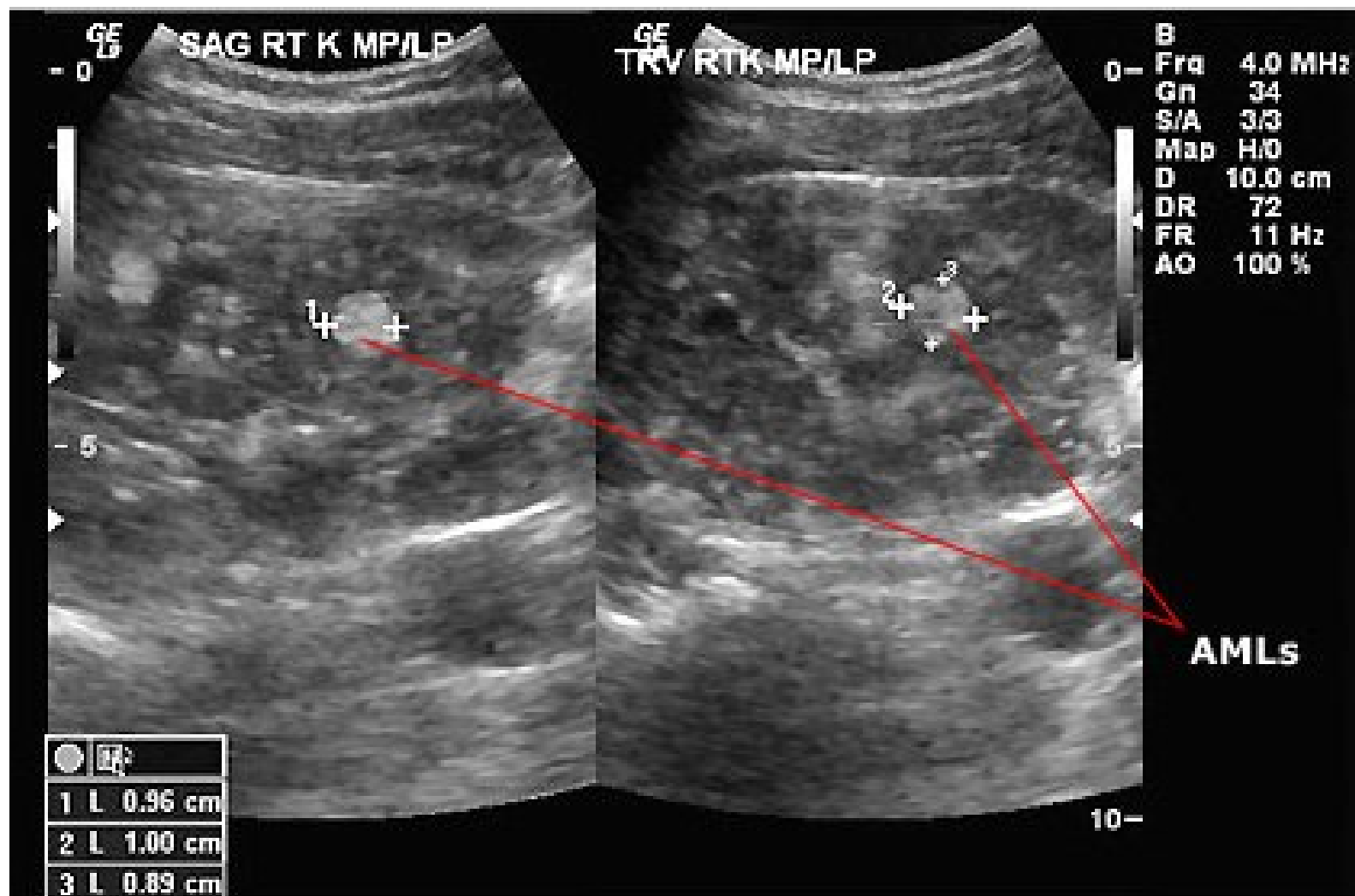
Позитронно-эмиссионная томография

Радиоизотопная диагностика

Термография



Ультразвуковое исследование





Рентгеновская установка



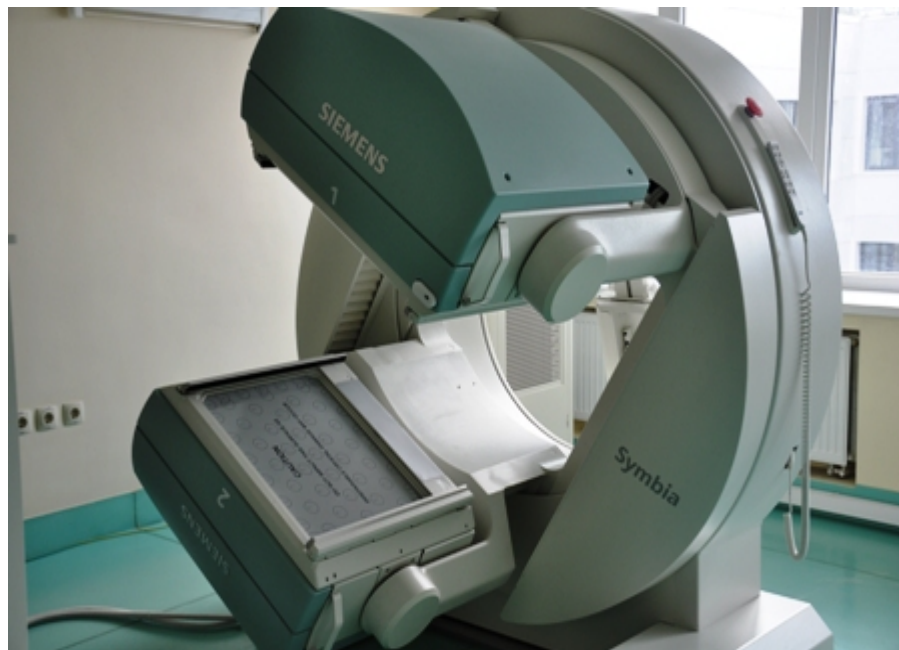
Компьютерный томограф



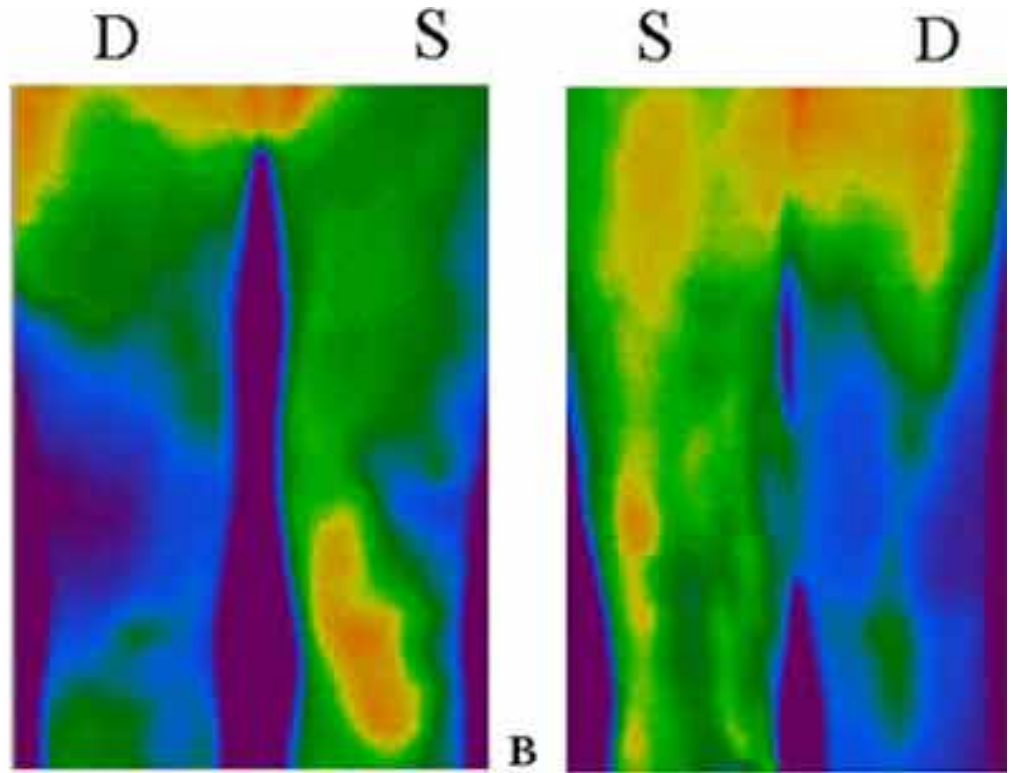
Магнитно-резонансный томограф



Позитронно-эмиссионный томограф



РАДИОИЗОТОПНАЯ ДИАГНОСТИКА Гамма-камера



Облитерирующий атеросклероз



МЕДИЦИНСКИЕ ТЕПЛОВИЗОРЫ

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ

ФГДС

Ректоскопия, ректороманоскопия

Колоноскопия

Бронхоскопия

Уретероцистоскопия

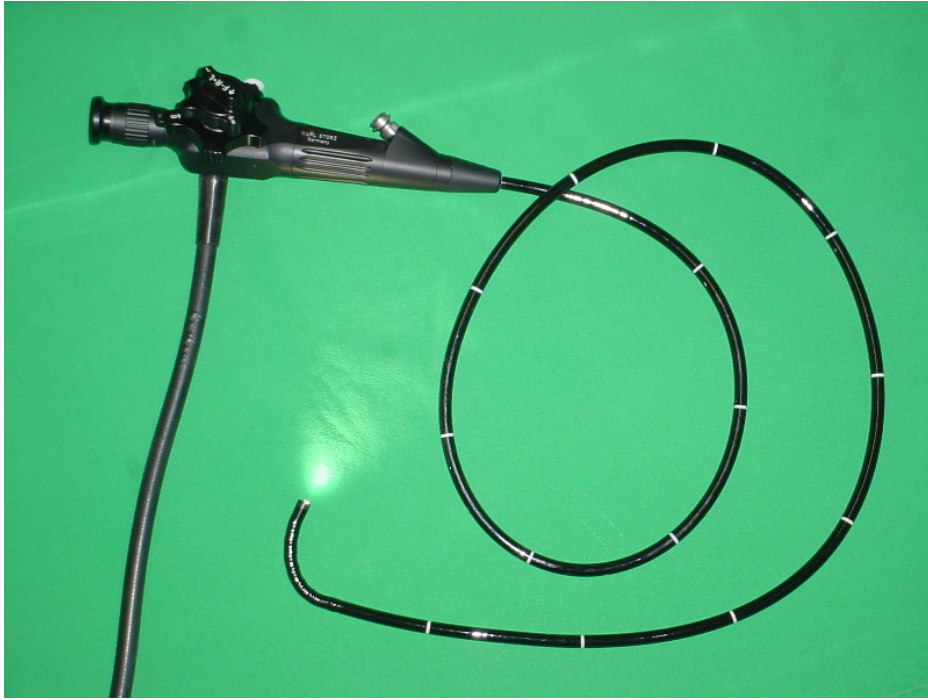
Кольпоскопия

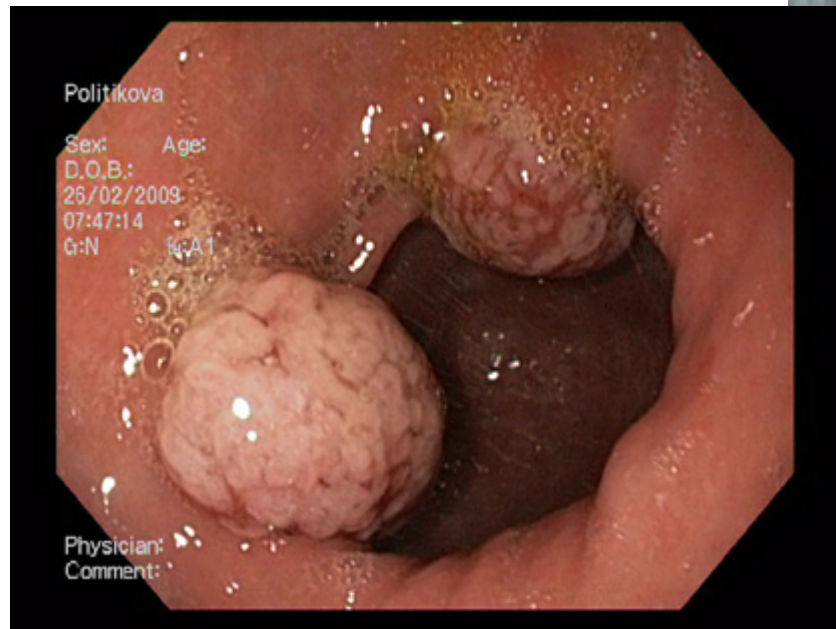
Гистероскопия

Лапароскопия

Медиастино-торакоскопия

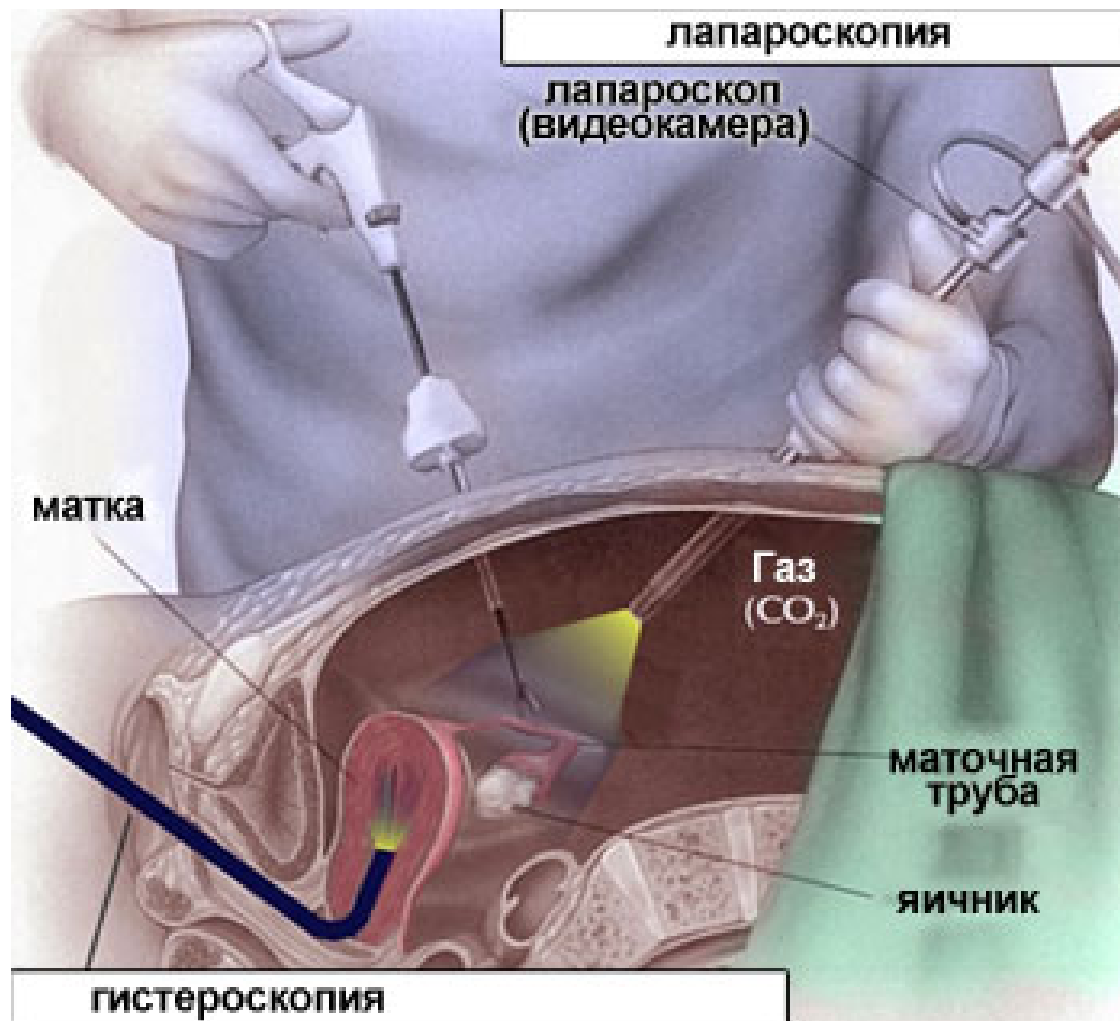
Артроскопия





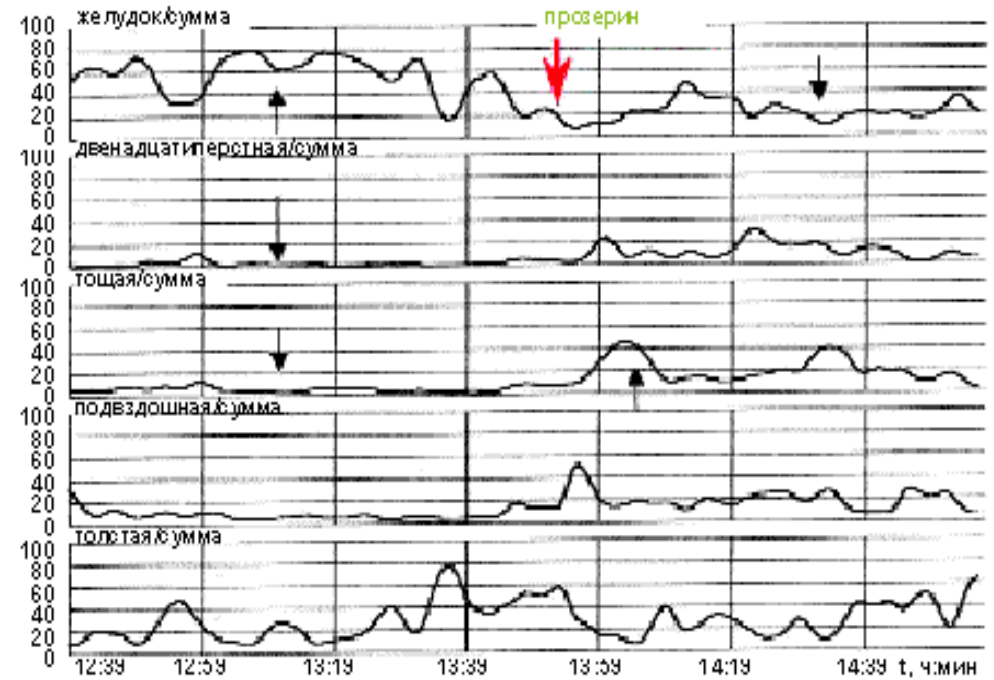
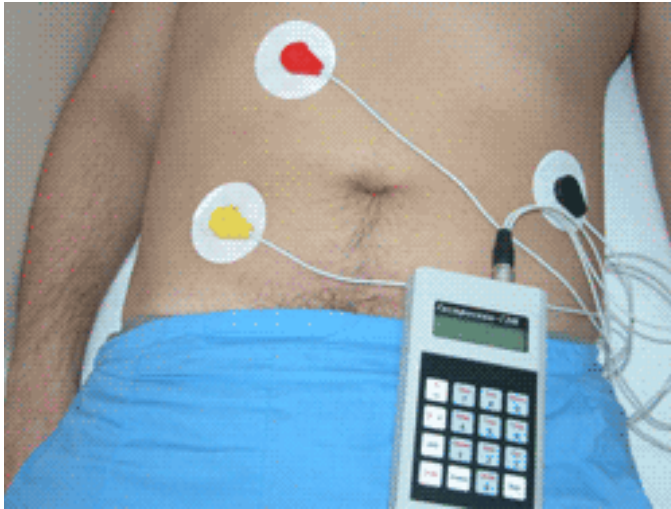


**ИНОРОДНОЕ ТЕЛО БРОНХА
(МОНЕТА)**



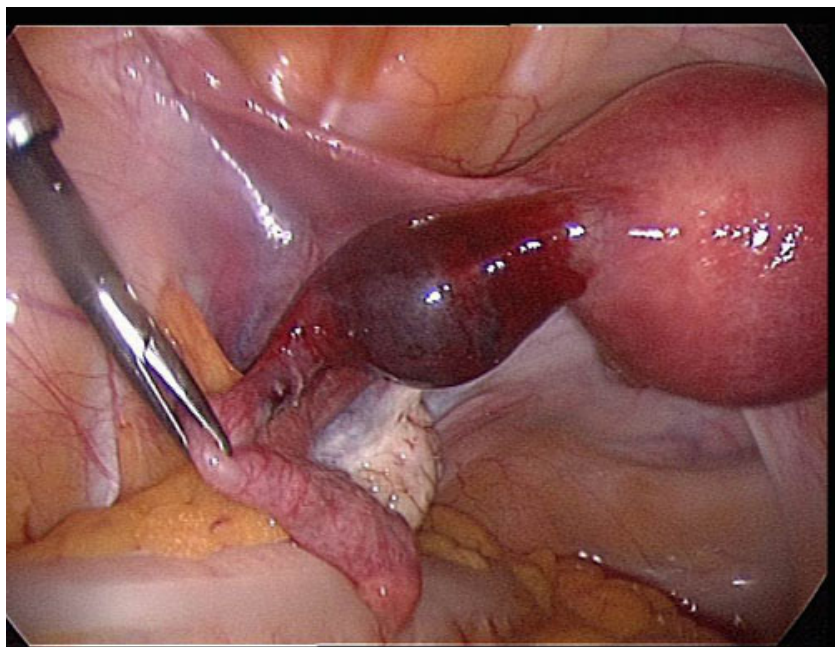
ЛАПАРОСКОПИЯ И ЛАПАРОЦЕНТЕЗ





ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ **Электрогастроэнтерография**

ОТДЕЛЬНЫЙ ВИД ДИАГНОСТИКИ В ХИРУРГИИ – ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ



ФЕЛЬДШЕР В ЭКСТРЕННЫХ И СЛОЖНЫХ УСЛОВИЯХ ДОЛЖЕН ТРАТИТЬ НА ОБСЛЕДОВАНИЕ ПАЦИЕНТА МИНИМАЛЬНОЕ КОЛИЧЕСТВО ВРЕМЕНИ, ПО ВОЗМОЖНОСТИ УДЕЛЯЯ ВНИМАНИЕ УГРОЖАЮЩИМ ЖИЗНИ СИМПТОМАМ И СИНДРОМАМ.

ПЕРВИЧНЫЙ ОСМОТР (2 МИН).

ФЕЛЬДШЕР ДОЛЖЕН ОЦЕНИТЬ:

1.ОСМОТР ПОМЕЩЕНИЯ.

2.БЕЗОПАСНОСТЬ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА (ОЦЕНИТЬ ЛИЧНУЮ БЕЗОПАСНОСТЬ).

3.ОСВЕЩЕНИЕ.

4.ЗАПАХИ.

5.СОЦИАЛЬНОЕ БЛАГОПОЛУЧИЕ ИЛИ НЕБЛАГОПОЛУЧИЕ ПРОЖИВАЮЩИХ В ДАННОМ ПОМЕЩЕНИИ.

6.НАЛИЧИЕ ПЯТЕН КРОВИ В ПОМЕЩЕНИЕ, БИОЛОГИЧЕСКИХ ЖИДКОСТЕЙ ИЛИ ОРУДИЙ ПРЕСТУПЛЕНИЯ.

7.НАЛИЧИЕ ПОСТОРОННИХ ЛИЦ, КРОМЕ ПАЦИЕНТА ИЛИ ПОСТРАДАВШЕГО. ПОЛОЖЕНИЕ ПАЦИЕНТА (АКТИВНОЕ, ПАССИВНОЕ, ВЫНУЖДЕННОЕ).

8.ЦВЕТ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ.

9.НАЛИЧИЕ ВИДИМЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ НА ТЕЛЕ ПАЦИЕНТА ИЛИ ПОСТРАДАВШЕГО.

Вторичный осмотр (10 мин).

- Оценить тяжесть состояния пациента (уровень сознания по шкале Глазго, пульс, АД, ЧД) по прибытию, перед началом транспортировки и прибыв в приемное отделение).
- Оценить величину зрачков и реакцию их на свет.
- Если есть повреждения – выяснить механизм травмы. Определить время, прошедшее с момента получения травмы или начала заболевания.
- Собрать анамнез:
 - аллергические реакции;
 - какие лекарственные препараты принимает, и какие принимал до обращения за медицинской помощью;
 - чем болел, когда в последний раз, имеются ли документы;
 - когда в последний раз обращался за медицинской помощью;
 - чем болеет сейчас;
 - события, предшествующие травме или заболеванию.

Осмотр, аускультация, пальпация по принципу «От головы – до пяток», для фельдшеров скорой помощи по схеме карты вызова.

Провести дополнительное инструментальное обследование, согласно стандарту оснащения среднего медицинского работника на догоспитальном этапе, в пределах профессиональных компетенций:

- ЭКГ;
- Пульсоксиметрия сатурация – SpO₂);
- Глюкоза крови;
- Тропт – тест.

Установить предварительный диагноз или ведущий симптом.
Действовать в соответствии со специальным протоколом

Шоковый индекс Альговера

Примерное определение величины кровопотери возможно у взрослых пациентов по индексу шока (Allgower). Этот индекс, получается от деления частоты пульса за минуту на величину систолического АД. Индекс также указывает на степень тяжести шока при кровопотере.

Индекс шока	Пульс/ АД сист	Кровопотеря, л	Степень шока
0,5	60/120	Нет	Норма
0,9 - 1	100/100	1 л	1 степень
1,2 - 1,5	120/80	1,5 л	2 степень
1,5 - 2	120/60	более 2 л	3 степень

Помните! Нельзя идти слепо на поводу у диагноза, поставленного при предыдущих исследованиях, даже выполненных в том же учреждении и документально зафиксированных.

6. Аллергический анамнез.

- Выясняют непереносимость продуктов питания, лекарственных препаратов, вакцин и сывороток и как она проявляется.
- При наличии аллергических реакций (вазомоторного ринита, крапивницы, отека Квинке), уточняют причину и периодичность их возникновения.

Сознание:

Ясное – пациент полностью ориентируется в обстановке, четко отвечает на вопросы.

Ступор (оглушение) – плохо ориентируется в обстановке, вяло, медленно отвечает на вопросы, иногда не по существу, тут же начинает дремать, впадает в состояние оцепенения.

Сопор – глубокое помрачение сознания, пациент находится в состоянии «спячки». Только громкий окрик, болевые воздействия могут вывести его, на не очень короткое время, вскоре он вновь «засыпает».

Кома – полная утрата сознания, на окрик, болевые раздражители и тормошение. Отсутствуют рефлексы.

Положение пациента: активное (ходит), активное в постели, вынужденное (ортопное), пассивное (при параличах, у пациентов без сознания).

МЕСТНЫЙ СТАТУС (status localis)

Местный осмотр предназначен для осмотра и описания очага заболевания. Местному статусу придают основное значение при обследовании хирургического пациента. (см. Схема 12).

Если он локализуется на одной стороне тела или в одном из парных органов, то его размеры и характер патологии легче определить путем сравнительного осмотра.

Исследование проводят по схеме:

- осмотр;
- активные движения;
- перкуссия, пальпация, аускультация;
- специальные приемы исследования;
- предварительный диагноз.

Локальный статус - понятие, используемое в клинической медицине при характеристике местных проявлений болезни или травмы.

При локализованных патологических процессах описывают status localis, т.е. дают детальную характеристику местных проявлений болезни или травмы.

Положение больного или поврежденного сегмента

Осмотр кожных покровов

Определение осанки

Определение оси конечности

Определение симметрии туловища

Измерение длины конечности

Измерение окружности конечности

Пальпация

Аускультация

Перкуссия

Техника проведения осмотра и обследования локального статуса

Больного можно осматривать в положении стоя, сидя или лежа в зависимости от тяжести состояния. Больных в тяжелом состоянии можно осматривать не перекладывая с носилок.

При осмотре обязательно сравнивают симметричные участки туловища.

Осмотр можно считать полноценным , только если он проведен при полном обнажении пациента

Таким образом, исследование пациента производится в строгой последовательности, однако, в зависимости от клинической ситуации, состояния пациента (шок, кровотечение, остановка дыхания, сердечной деятельности и др.).

Эта последовательность нарушается и основное внимание фельдшера направляется на немедленное оказание первой помощи, реанимационных мероприятий, организации интенсивной терапии для спасения жизни пациента.

Тактика диагностики.

- Обследование пациента начните с выявления признаков жизнеугрожающих состояний :
 - отсутствие сознания
 - отсутствие или нарушение дыхания (брадипное, патологический тип дыхания)
 - отсутствие пульса на сонных артериях (АД ниже 30 мм рт ст), лучевых артериях (АД ниже 50 мм рт ст)
 - кровотечение
- При выявлении угрожающих жизни симптомов **сначала окажите соответствующую помощь и лишь** затем продолжите обследование пациента.
- Изучите анамнез:
 - заболевания, эпидемиологический, аллергологический, гинекологический,
 - выясните анамнез настоящего приступа, какие препараты пациент принял, в какой дозе, сколько времени прошло с момента приема препаратов.
 - уточните, какие лекарственные препараты противопоказаны
- Объективное исследование проводите по общей схеме.
 - при травме дополнительно: выясните механизм травмы, узнайте время, прошедшее с момента травмы, оцените величину и положение зрачков, их реакцию на свет, оцените ориентировочную величину кровопотери, осмотрите, пропальпируйте грудь, живот, опорно-двигательный аппарат.

- Локальный статус обязателен при: травмах, термических поражениях, отморожениях, гнойных хирургических заболеваниях.
- При использовании электрокардиографии в медицинской карте должно быть описание электрокардиограммы, при летальных случаях ЭКГ должна быть приложена к карте вызова.
- Сформулируйте диагноз
 - в графе «Диагноз» первым укажите заболевание пациента, ставшее причиной вызова скорой медицинской помощи.
 - в графе «Осложнения» укажите осложнения основного заболевания или ведущий синдром этого заболевания.
 - при невозможности поставить полный диагноз на догоспитальном этапе диагноз выставляется посиндромно (по синдрому, определяющему тяжесть состояния пациента и тактику бригады)
- Медицинская помощь, оказанная бригадой, должна соответствовать основному диагнозу и указанному осложнению (синдрому).

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!