

## Отдел III. Из практики.

### Заметки из амбулаторной практики хирурга.

Доцент Ю. А. Ратнер.

Проблема раннего диагноза является для врача самой жгучей проблемой нашего времени. Неясные жалобы, неопределенные признаки—вот что мы имеем в ранних стадиях болезни. Ранний диагноз (хотя бы предположительный) редко ставится на основании объективных симптомов. Их часто еще нет. Главное значение имеет анализ „субъективной картины болезни“. Ряд мелочей, деталей часто определяют картину болезни. Осветить их значение может скорее асная логика, чем микроскоп. Опытный глаз врача должен увидеть болезнь раньше, чем ее обнаружат лучи Рентгена. Умелый расспрос больного, вдумчивый анализ играют большое значение. Никакие успехи объективной диагностики не умаляют значения субъективной картины болезни.

Правильная оценка „субъективной“ картины болезни предопределяет весь ход дальнейшего объективного исследования. Врач должен представить себе, что он предполагает найти при объективном исследовании. Без такого предварительного диагноза („преддиагноза“) постановка окончательного диагноза является случайной, неосмысленной.

В наше время часто недооценивают значение „амбулаторного диагноза“. Многие врачи относятся с недоверием и скепсисом к амбулаторному диагнозу. Кто же станет спорить, что в сложных случаях диагноз не может быть поставлен в амбулатории. Само противопоставление амбулаторного диагноза клиническому по существу неверно. Амбулаторный диагноз должен существовать. Его надо совершенствовать, этого требует сама жизнь. Судьба многих больных зависит от первого амбулаторного диагноза. На армию амбулаторных врачей ложится большая ответственная задача выявления больных с начальными симптомами болезни. Можно без преувеличения сказать, что практическое разрешение проблемы раннего диагноза находится в руках поликлинического врача. Если прибавить к тому, что врач в поликлинике большею частью ограничен в средствах диагностики, станет понятным, какие большие требования предъявляет жизнь к личности амбулаторного врача, его опыту, знаниям, искусству.

Ясно и то, что амбулаторного врача надо разгрузить от всей черной работы (канцелярской), отнимающей большую часть его времени, с тем, чтобы он мог целиком сосредоточиться на больном. Одной из причин, почему мы, врачи, так не любим амбулаторного приема, является большая перегрузка и многосложные обязанности, лежащие на врачах.

Каждый врач приходит к диагнозу своими собственными путями, по своему анализируя данные анамнеза. Даже объективные данные находят различное объяснение. Неудивительно, что у больного часто оказывается столько диагнозов, сколько врачей. Между тем правильный диагноз один. Ошибки, разумеется, неизбежны у самых талантливых диагностов. Разница, однако, в том, что один ошибается часто, другие редко.

Первые шаги в диагностике у молодых врачей робки и неуверенны. Нехватает знаний и опыта. Отсутствие метода ведет к умножению ошибок. И жна какая-то система не только в собирании анамнеза и объективных данных—этого никто не оспаривает,—но и в анализе, в мышлении.

В нашей амбулаторной практике мы придерживаемся определенной системы. Всесторонний подробный анамнез (лучше всего сначала дать больному высказаться, затем инициатива переходит к врачу). Дальше, анализ „субъективной“ картины болезни до того, как приступить к объективному исследованию, выявлению главных, ведущих признаков.

При анализе анамнестических данных мы сначала определяем локализацию болезненного процесса и затем его характеристику.

Если строго следовать этому правилу (сначала локализация, затем характеристика), можно до некоторой степени ограничить свои ошибки. В хирургиче-

ской практике часто очень полезно *при анализе данных произвести мысленно послойное рассечение тканей*. Например, острый воспалительный процесс на колючности, — где расположен гнойник, на какой глубине? (подкожная клетчатка, мышцы, подapon-вротические пространства, сосуды, сухожилия, надкостница, костный мозг). Также важно бывает определить *высоту локализации*, например, в мочевыводящей системе — верхний этаж (почка, лоханка, мочеточник) или нижний (пузырь, простата, уретра).

Когда с известной вероятностью определена, на основании жалоб больного, локализация болезненного процесса, мы должны попытаться на *основании тех же жалоб дать характеристику процесса*.

Есть ли в этом надобность и возможно ли это? И то и другое нам кажется бесспорным.

Симптомы „субъективные“ часто оказываются не менее ценными, чем объективные. Нам хорошо известно, что иногда один яркий симптом в анамнезе определяет диагноз. „Внутренняя картина“ многих болезней бывает столь характерна, что позволяет во многих случаях ставить диагноз до объективного исследования (я-ва желудка и 12-п. кишки, камни почек, гипертрофия простаты и мн. др.).

Стремление дать характеристику процесса по анамнезу находит свое оправдание также в том, что мы тем самым *приучаемся высоко ценить все детали анамнеза*, луже проникать во внутренний мир больного. При такой системе объективные данные являются не только случайными, но продуманными, ожидаемыми.

Чтобы внести при выяснении характера заболевания некоторую последовательность, мы, обычно, делим в е хирургические страдания *на 5 основных групп*: 1) травма, 2) инфекция (вульгарная и специфическая — туберкулез, сифилис, акти-омикоз, эхинококк и т. д.), 3) новообразования (доброкачественные и злокачественные), 4) конституция (атоз, камни, диатезы, язвен. болезнь и т. д.), 5) аномалии развития.

Эта маленькая схема оказывает нам большие услуги при дифференциальной диагностике. Вместе с тем она дает некоторую уверенность в том, что мы хотя бы не упустим из виду то или другое страдание, что не так редко бывает в практике.

Мы зд сь имеем в виду преимущественно диагностику хирургических заболеваний, к ытых от глаза и в условиях амбулатории или периферической больницы. Лишенный специальных методов диагностики, врач совершенствуется еще больше свои глаза, уши, пальцы. Он беспрерывно совершенствуется в постановке диагноза на основании обычной клинической картины.

Конечно, диагностические способности совершенно индивидуальны у людей, но все мы стремимся к совершенству. Пути у каждого различны. Одного показа, примера не достаточно. Нужна какая-то определенная система.

Чтобы не быть абстрактным в своих суждениях, я позволю себе иллюстрировать сказанное о системе, принятой нами, примерами из повседневной амбулаторной практики, е заранее подобранными сложными или казуистическими случаями, а обыкновенным поликлиническим материалом одного рабочего дня.

1. Ребенок 6 л. с некоторых пор каждый раз при акте мочеиспускания кричит и тужится. Однажды была терминальная гематурия, острой задержки мочи не было. Струя мочи хорошая. Моча на вид чистая, при мочеиспускании хватается за penis.

Ведущие симптомы — боль и терминальная гематурия. Локализация болезненного процесса очевидно — нижний этаж мочевыводящих путей (пузырь, уретра). *Характеристика*. Травма исключается также, как и инфекция и новообразование. Обсужаются по нашей системе, конституция (камень) и аномалия (фимоз). Бья плюс гематурия говорят *за камень*. Фимоз гематурии не дает.

При отсутствии гематурии, если у ребенка нет фимоза, значит у него камень. В горизонтальном положении ребенок лучше мочится. Камень скатывается легко к выходу пузыря и ущемляется у сфинктера, вследствие чего было кровотечение. Камень должен быть небольшой. Рентгенография обнаруживает тень от мальшого компонента, при операции удален маленький камень.

2. Стрик 10 лет. Частые позывы на мочу днем и ночью. Повелительные позывы. Утолщение струи мочи. Неудовлетворенность актом мочеиспускания. Моча мутная, под конец каплями. Болей нет. Гематурии не было. Явления на-

растают постепенно в течение нескольких лет. Была однажды острая задержка мочи. Мочу выпускали катетром. Гоноррею отрицает. Ведущие симптомы — повелительные, учащенные мочеиспускания, безболезненные.

Локализация процесса очевидна. Нижний отдел мочевыводящих путей (пузырь, простата, уретра).

Характеристика процесса — механическое препятствие для нормального оттока мочи (простата, уретра). Травма, инфекция, аномалия отпадают. Остаются новообразования и конституция (камень). Ведущие симптомы (повелительные позывы и учащенное мочеиспускание) говорят за новообразование простаты и против камня.

Новообразования простаты — доброкачественная (нет боли и гематурии). Диагноз — гипертрофия простаты. Не надо смущаться, если *per rectum* простата не увеличена. Цистоскоп открывает увеличенную среднюю долю (те же клинические явления).

При гипертрофии простаты диагноз почти во всех случаях может быть поставлен на основании одного анамнеза, но без анализа и системы можно впасть в ошибку, как это видно из случая:

3) Больному 52 года. Те же в общем жалобы, но имеются боли при акте мочеиспускания и вне акта мочеиспускания, отдающие в прямую кишку и в ногу. Два раза замечал небольшую примесь крови в конце мочеиспускания. Прислан с диагнозом цистита. Ведущие симптомы: боль, гематурия, повелительные и учащенные мочеиспускания. Локализация болезненного процесса в нижнем этаже мочевых путей — либо в пузыре, либо в простате. Трудно дать точную характеристику; дифференцировать, понятно, нужно между новообразованием и инфекцией. Когда на основании одних ведущих симптомов трудно бывает определить, как характеристику, так и локализацию процесса, решающее значение приобретают мелкие, второстепенные симптомы. Из анамнеза выясняется, что кровь в конце мочеиспускания больной стал замечать недавно. Года два он испытывал лишь повелительные учащенные позывы. Боли также появились недавно (м-ца 2 т. н.). Ясно, что больной вначале страдал доброкачественным новообразованием простаты (гипертрофия). Затем появились боли, столь характерные для рака предстательной железы (при акте мочеиспускания и вне акта), кровь в конце мочеиспускания. Становится очевидным, что наш больной страдает раком предстательной железы, проросшим заднюю стенку мочевого пузыря. *Per rectum* определяется бугристая большая болезненная простата. При цистоскопии — раковая язва задней стенки пузыря близ сфинктера.

4. 2 м. т. н. травма грудной клетки. Боли, кашель. Спустя 2 недели появилась припухлость на месте ушиба. Усилился кашель. Была обильная гнойная мокрота. Месяц т. н. вскрыт подкожный гнойник. Кашель уменьшился, но беспокоит. На месте разреза свищ. Несколько выше флегмона грудной клетки. Прислан для разреза по поводу этой флегмоны.

Характеристика процесса проста. Травма, осложненная инфекцией. Нужно выяснить первоисточник инфекции. В послыйном сечении можно допустить грудную стенку, плевральную полость и паренхиму легкого. Анализ явлений по времени указывает, что вначале был ограниченный гнойник плевры, частично проложивший себе дорогу в бронх (гнойная мокрота), а затем через межреберный внутриплеврального давления (при кашле) должно быть выделение гноя, что и было обнаружено у больного. Рентген подтвердил наличие осумкованного гнойника плевральной полости. В данном случае нам необходимо было определить глубину процесса, уточнить диагностику, без чего лечение останется без пользы.

В других случаях важно уточнить высоту процесса в той или другой системе органов, особенно в урологической практике.

На днях нам представился такой случай.

5. Средних лет интеллигентный больной чрезвычайно образно передает свои страдания (почечно-камен. колика). Страдает много лет. Камень на многочисленных снимках не обнаружен. Резко выраженные дизурические явления (пузырные), которые с несомненностью свидетельствуют о низком положении конкремента (близ устья мочеточника). Рентгеновский снимок мочевого пузыря дал тень от конкремента в интрамуральной части мочеточника. Прежние снимки

пузыря не захватывали. Мало диагноза камня. Надо знать его местоположение. С известной вероятностью это можно определить по анамнезу.

Приведенные случаи из амбулаторной практики служат пояснением нашего постоянного стремления на основе анализа субъективной картины поставить *предиагноз*.

Мы, разумеется, весьма далеки от мысли утверждать, что это часто возможно в жизни, но мы готовы утверждать, что на основании правильно собранного анамнеза и объективных данных можно совершенствовать амбулаторный диагноз. Анализ полученных данных по известной системе и в известной последовательности значительно облегчает эту задачу. В этом мы убедились на собственном опыте. При занятиях с нашими слушателями-врачами, на живом конкретном материале мы держимся, как правило, такой методики.

6. Ребенок 8 лет. Болен 2 недели, после падения стал жаловаться на сильные боли в правом бедре. К вечеру сильный жар. До ножки не дает дотронуться. С тех пор лежит. <sup>то</sup> все время высокая, через 2—3 дня появилась припухлость на бедре. При осмотре увеличенное по всей окружности бедро, лоснящаяся кожа, в складки не собирается, при давлении боль. Движения в коленном и тазобедренном суставах резко болезненны и резко ограничены. Ясна природа заболевания—острая инфекция с очагом в правом бедре, определить нужно глубину процесса. В послышном сечении тканей последовательно надо дифференцировать флегмону мягких тканей, субпериостальный гнойник, артрит. Нетрудно, конечно, прийти к диагнозу на основании ведущих симптомов—острый гематогенный гнойный остеомиелит (равномерное по своей окружности увеличение бедра, лоснящаяся кожа, боли и ограничение движения в двух смежных суставах).

7. Больная 32 лет. Несколько месяцев чувствует тупые боли в пояснице справа и слева, усиливающиеся при ходьбе и физической работе. Иногда бывает легкая примесь крови в моче. Больше ничего в анамнезе существенного. Боли в пояснице и гематурия позволяют локализовать болезненный процесс в почке. Из пяти групп заболеваний исключить можно в данном случае травму и с известной вероятностью перичную инфекцию (нет дизурических явлений <sup>то</sup>, острых болей).

Подлежат разбору анэмалии (кистозная почка) конституции (латентный, без приступов камень) и новообразование почки.

В условиях амбулатории только пальпация может выяснить дело. Пальпация обнаруживает крупно бугристую почку на обеих сторонах. Новообразование отпадает, камень (двухсторонний трудно допустить), остается кистозная почка (почти всегда двухсторонняя аномалия).

Пределы „амбулаторного диагноза“, разумеется, уже „клинического“ стационарного. В сложных случаях мы должны прибегать к специальным методам исследования. Но как жизненно важно, необходимо иметь перед этим „свой“ предварительный диагноз („предиагноз“), уловить месторасположение и характер страдания по анамнезу, по обычным признакам, с тем, чтобы своевременно и по правильному пути направить дальнейшие специальные исследования. К этому сводится ответственная задача, стоящая перед амбулаторным врачом.

---