

СОВРЕМЕННЫ ЛИ ТРАДИЦИИ РУССКОЙ ПРОПЕДЕВТИЧЕСКОЙ ШКОЛЫ В УСЛОВИЯХ БОЛЬШОГО КОЛИЧЕСТВА НОВЫХ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ МЕТОДИК?

Ю. Павлов, доктор медицинских наук, профессор
Первый МГМУ им. И.М. Сеченова
E-mail:

Физикальные методы обследования – осмотр пациента, пальпация, перкуссия и аускультация – обязательный этап постановки диагноза у больного с торакальной патологией. Он позволяет оценить тяжесть состояния пациента, диагностировать осложненное течение основного заболевания и своевременно выполнить адекватное хирургическое лечение.

Ключевые слова: пульмонология, пропедевтика, компьютерная томография, спонтанный пневмоторакс, хирургия легких.

Я намерен сообщить вам новую истину,
которой многие не поверят и которую,
может быть, не все из вас постигнут...

Врачевание не состоит в лечении болезни...

Врачевание состоит в лечении самого больного.

М.Я. Мудров (актовая речь перед студентами в 1821 г.)

Современная медицина за последние десятилетия обогатилась внедрением в клинику инновационных высокотехнологичных методов диагностики. Однако физикальные методы обследования – осмотр больного, пальпация, перкуссия, аускультация – в течение почти 2 столетий все же продолжают оставаться основными.

Пальпация, перкуссия и аускультация легких – основа пульмонологической синдромологии, драгоценный дар XIX века. Разумеется, чтобы получить их достоверные данные, нужно этими методами хорошо владеть и верить в достоверность получаемых с их помощью сведений.

Между тем в значительной части случаев хирурги при заболеваниях легких пальпируют, перкутируют и аускультуют по привычке, как бы выполняя формальность, необходимую главным образом из психотерапевтических соображений. При этом они подчас даже не вдумываются в получаемые ощущения, надеясь на достоверность данных рентгенологических, инструментальных и лабораторных исследований. Такое отношение к классическим методам обследования легких даже в условиях современной клиники нередко ведет к диагностическим и лечебным ошибкам.

В своей практике мы столкнулись с редким осложнением первичного спонтанного пневмоторакса, которое подтверждает важность и обязательность применения классических методик обследования торакального больного. Изучая отечественную и иностранную литературу, описания подобного осложнения мы не встретили.

Первичный спонтанный пневмоторакс встречается с частотой от 1 до 18 случаев на 100 тыс. населения в год (в зависимости от пола). Обычно он возникает у высоких, худых молодых людей (астенического типа) в возрасте от 10 до 30 лет и редко бывает у людей старше 40 лет. Большинство случаев первичного спонтанного пневмоторакса возникает в покое. Практически все больные жалуются на боль в грудной клетке на стороне развившегося пневмоторакса и остро возникающую одышку. Интенсивность боли может варьировать от минимальной до очень сильной, чаще всего ее описывают как острую, а позже — как ноющую или тупую.

Диагноз первичного спонтанного пневмоторакса ставят на основании анамнеза и выявления свободного края легкого (то есть становится видимой тонкая линия висцеральной плевры) при рентгенографии либо компьютерной томографии (КТ) органов грудной клетки. Частота рецидивов спонтанного пневмоторакса — от 39 до 47%. Лечение заключается в эвакуации воздуха из плевральной полости и предотвращении рецидива.

Оптимальный метод — дренирование плевральной полости. Для предупреждения рецидива выполняют хирургическое вмешательство на легком либо через торакоскопический доступ, либо путем торакотомии. Выбор доступа зависит от объема пневмоторакса, тяжести клинических проявлений, интенсивности поступления воздуха в плевральную полость и того, является ли пневмоторакс первичным или вторичным [1–4].

Однако не всегда клиническое течение первичного спонтанного пневмоторакса протекает стандартно.

Приводим клинический пример.

Больной А., 15 лет, поступил в Клинику факультетской хирургии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова. Жалобы при поступлении — сухой кашель, постоянная боль и дискомфортные ощущения в левой половине грудной клетки; боль усиливается при движениях, глубоком дыхании, эпизодическом кашле; припухлость, отек верхней части левой половины грудной клетки, одышка при физической нагрузке, эпизодические дискомфортные ощущения за грудиной.

Анамнез заболевания: за 1 сут до поступления в клинику пациент почувствовал умеренную боль в левой половине грудной клетки, появился постоянный сухой

кашель. С течением времени интенсивность боли возрастала, был вызван наряд скорой медицинской помощи; ЭКГ патологических изменений не выявила. Пациент обратился в медицинский центр; при КТ грудной клетки был диагностирован минимальный верхушечный левосторонний пневмоторакс (рис. 1).

Больной был консультирован в нескольких медицинских учреждениях: учитывая минимальные рентгенологические признаки левостороннего верхушечного пневмоторакса, рекомендовано динамическое наблюдение; хирургическое лечение не предлагали. Во всех этих учреждениях пациента не осмотрели, не произвели пальпацию, перкуссию и аускультацию (торакальный больной!). То есть были проанализированы только результаты КТ. В связи с ухудшением общего состояния больной обратился в Клинику факультетской хирургии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова и был госпитализирован.

При поступлении: общее состояние средней тяжести, положение больного вынужденное. Кожные покровы обычной окраски, нормальной влажности. Температура тела — 37,0°C. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Тоны сердца ясные, ритмичные. Частота сердечных сокращений — 75 в минуту, ритм правильный. АД — 120/80 мм рт. ст.

Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Местный статус: частота дыхательных движений — 20 в минуту; при осмотре определяются увеличение в размерах и отечность области большой грудной мышцы слева, левого плечевого сустава и области левой лопатки.

При пальпации и перкуссии левой половины грудной клетки отмечается выраженная резкая болезненность; перкуторно над правым и левым легочными полями — ясный легочный звук; дыхание жесткое, справа проводится во все отделы легких, хрипов не выслушивается; слева в верхних отделах легкого дыхание не выслушивается; в остальных отделах левого легкого дыхание проводится, жесткое; подвижность нижнего легочного края справа — ± 2 см, слева практически отсутствует.

Рентгенологическое исследование грудной клетки: в верхних отделах левой плевральной полости имеются ограниченное количество воздуха (узкая полоска), межмышечная эмфизема в области большой грудной и трапециевидной мышц слева.

На основании жалоб больного, истории настоящего заболевания, данных субъективных и объективных методов исследования пациенту поставлен диагноз: спонтанный первичный левосторонний пневмоторакс, осложненный нарастающей межмышечной эмфиземой.

Больному показано экстренное хирургическое лечение; учитывая наличие ограниченного верхушечного пневмоторакса, локальная плевральная пункция и дренирование левой плевральной полости в области верхушки легкого технически чрезвычайно сложны и могут сопровождаться тяжелыми осложнениями (повреждением крупных сосудов и развитием кровотечения). Плевральная пункция или дренирование нижележащих отделов плевральной полости из-за отсутствия там воздуха также чреваты большим риском повреждения легкого.

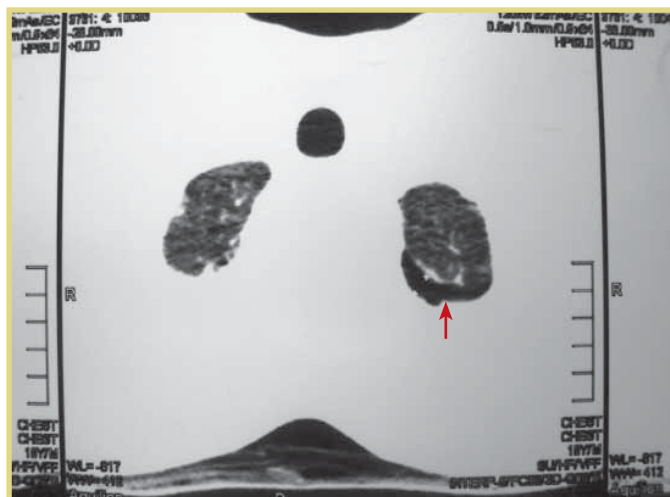


Рис. 1. Левосторонний верхушечный пневмоторакс

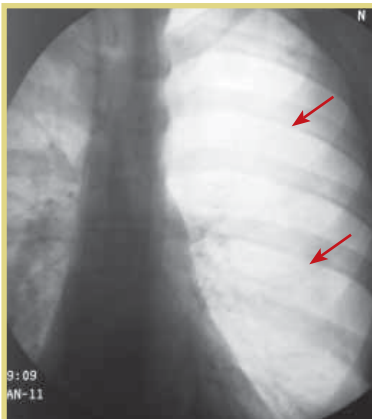


Рис. 2. Наложенный левосторонний пневмоторакс

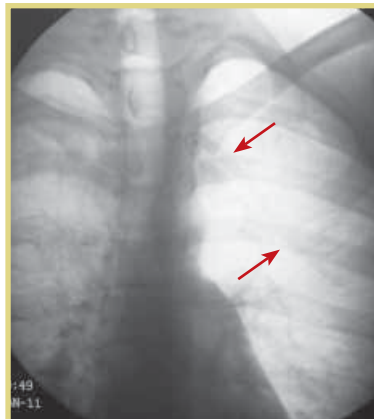


Рис. 3. Дренаж, стоящий в левой плевральной полости

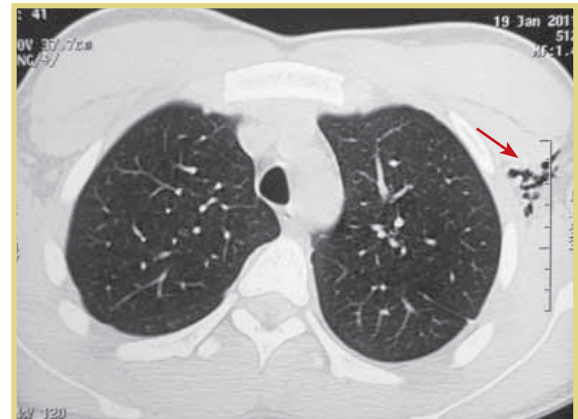


Рис. 4. Контрольная КТ после удаления дренажа из левой плевральной полости

Решено 1-м этапом выполнить наложение искусственного пневмоторакса и в последующем произвести адекватное дренирование левой плевральной полости.

Под местной анестезией в пятом межреберье по передней подмышечной линии с большими техническими трудностями в левую плевральную полость между париетальной и висцеральной плеврой установлен тонкий дренаж диаметром 3 мм, по которому шприцем введено около 600 см³ воздуха.

При рентгенографии легких диагностировано коллабирование левого легкого на 1/3 (рис. 2).

Впоследствии тонкий дренаж извлечен из плевральной полости и по старому дренажному каналу установлен новый дренаж диаметром 0,6 см. Выполнена аспирация воздуха из левой плевральной полости шприцем до разрежения.

Контрольное рентгенографическое исследование грудной клетки: левое легкое частично расправилось, установленный дренаж дистальным концом расположен в области верхушки левого легкого (рис. 3).

Впоследствии дренаж был подсоединен к системе постоянной аспирации воздуха. В течение 1-х суток после дренирования плевральной полости состояние больного полностью нормализовалось, жалоб не предъявляет, отечность и увеличение в размерах области передней грудной мышцы и лопатки слева значительно уменьшились. По дренажу со 2-х суток сброс воздуха прекратился, отделяемого не было. Через 5 сут после контрольной рентгенографии легких (с предварительным пережатием дренажа на 1 сут) дренаж из левой плевральной полости был удален. При контрольной КТ легких: левое легкое расправлено, каких-либо патологических изменений в правом и левом легком не выявлено, сохраняется незначительная межмышечная эмфизема слева (рис. 4).

В удовлетворительном состоянии больной был выписан под наблюдение хирурга по месту жительства.

Рекомендовано динамическое рентгенологическое исследование легких через 3 мес (при отсутствии жалоб). Осмотр через 3 мес — здоров.

Приведенное наблюдение еще раз подтверждает высокую информативность физического обследования больного (осмотр, пальпация, перкуссия и аускультация), которое является обязательным этапом процесса диагностики. В данном конкретном случае это позволило оценить тяжесть состояния больного, диагностировать осложненное течение первичного спонтанного пневмоторакса — нарастающую межмышечную эмфизему — и своевременно выполнить адекватное хирургическое лечение. Лучевые методы диагностики позволили утвердиться в тактике и проконтролировать эффективность каждого этапа лечения.

Литература

1. II Международная конференция по торакальной хирургии, посвященная 40-летию профильных отделений РНЦХ РАМН. М., 2003; с. 96–102, 235–47.
2. I Международная конференция по торако-абдоминальной хирургии (к 100-летию со дня рождения академика Б.В. Петровского). М., 2008; с. 265, 277, 291, 311.
3. Sahn S., Heffner J. Spontaneous pneumothorax // N. Engl. J. Med. – 2000; 342: 868–74.
4. Review Diagnosis and treatment of primary spontaneous pneumothorax. Shi-ping Luh. Department of Surgery, Chia-Yi City, Taiwan, China, 2010.

ARE THE TRADITIONS OF RUSSIAN PROPEDEUTIC SCHOOLS MODERN IN CONDITIONS OF A LARGE NUMBER OF NEW INSTRUMENTAL DIAGNOSTIC METHODS?

Professor Yu. Pavlov, MD

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University

Physical studies, such as medical examination, palpation, percussion, and auscultation, are a mandatory stage of diagnosis in a patient with thoracic pathology. It makes it possible to evaluate the severity of his/her condition, to diagnose the complicated course of the underlying disease and to timely perform adequate surgical treatment.

Key words: pulmonology, propedeutics, computed tomography, spontaneous pneumothorax, lung surgery.