

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
1-я КАФЕДРА ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ

В. Л. КАЗУЩИК, А. Д. КАРМАН

СХЕМА НАПИСАНИЯ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ ПАЦИЕНТА С ХИРУРГИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ

Методические рекомендации



Минск БГМУ 2012

УДК 617(091)(075.8)
ББК 54.5 я73
К14

Рекомендовано Научно-методическим советом университета
в качестве методических рекомендаций 28.03.2012 г., протокол № 6

Рецензенты: д-р мед. наук, проф. 1-й каф. хирургических болезней Белорусского государственного медицинского университета С. И. Леонович; канд. мед. наук, доц. каф. неотложной хирургии Белорусской медицинской академии последипломного образования С. Г. Шорох

Казущик, В. Л.

К14 Схема написания истории болезни пациента с хирургическим заболеванием : метод. рекомендации / В. Л. Казущик, А. Д. Карман. – Минск : БГМУ, 2012. – 16 с.

ISBN 978-985-528-595-4.

Содержатся вопросы, касающиеся обследования хирургических больных, а именно: сбор анамнеза, выяснение жалоб, данные физикального исследования, обследование больного по системам и областям, интерпретация данных лабораторных и инструментальных методов исследования. Описаны основные симптомы острых хирургических заболеваний, предоставлен образец оформления титульного листа истории болезни, образец формулировки клинического диагноза, дан перечень для дифференциальной диагностики наиболее частых хирургических заболеваний.

Предназначены для студентов 4–5-го курсов лечебного факультета.

УДК 617(091)(075.8)
ББК 54.5 я73

Учебное издание

Казущик Василий Леонович
Карман Александр Дмитриевич

СХЕМА НАПИСАНИЯ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ ПАЦИЕНТА С ХИРУРГИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ

Методические рекомендации

Ответственный за выпуск Г. Г. Кондратенко

Редактор И. В. Дицко

Компьютерная верстка А. В. Янушкевич

Подписано в печать 29.03.12. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Снегурочка».

Печать ризографическая. Гарнитура «Times».

Усл. печ. л. 0,93. Уч.-изд. л. 0,6. Тираж 99 экз. Заказ 360.

Издатель и полиграфическое исполнение:

учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет».

ЛИ № 02330/0494330 от 16.03.2009.

ЛП № 02330/0150484 от 25.02.2009.

Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.

ISBN 978-985-528-595-4

© Оформление. Белорусский государственный
медицинский университет, 2012

МОТИВАЦИОННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕМЫ

Задача: научить студентов 4–5-го курсов лечебного факультета детальной методике обследования хирургического пациента с применением современных методов исследования и правильному написанию академической истории болезни.

При клиническом обследовании пациента и заполнении истории болезни в первую очередь необходимо собрать полные сведения о нем (паспортная часть): фамилия, имя, отчество, возраст (дата рождения), пол, постоянное место жительства, образование, профессия, место работы, семейное положение, дата поступления в хирургическое отделение (для экстренных больных — время поступления), кем направлен пациент в стационар.

СУБЪЕКТИВНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

ЖАЛОБЫ ПАЦИЕНТА

Пациенту следует задать вопрос, что его беспокоит, и терпеливо выслушать все жалобы, ощущения, сомнения и переживания. Каждую жалобу необходимо уточнить дополнительными вопросами, выяснить ее характер. После этого жалобы кратко, четко и ясно записываются в историю болезни; на первом месте те жалобы, которые имеют наиболее важное значение в постановке диагноза.

АНАМНЕЗ ДАННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ (ANAMNESIS MORBI)

Необходимо установить точное время начала заболевания, его продолжительность, частоту возникновения (впервые или повторно), как развивалось заболевание, возможная причина его возникновения (со слов пациента с чем связывает начало заболевания), применявшееся ранее лечение, где проводилось (в поликлинике или стационаре), его результаты и т. д. Уточнить, с чем связано настоящее обращение пациента в стационар. Достоверность рассказа пациента, а также получение целенаправленной информации о заболевании, необходимо уточнять соответствующими вопросами. В первую очередь отражать главные жалобы и во вторую — имеющие второстепенное, косвенное отношение к основному заболеванию.

АНАМНЕЗ ЖИЗНИ (ANAMNESIS VITAE)

Анамнез жизни пациента представляет его специальную медицинскую биографию, которую необходимо изложить по главным периодам жизни: рождение, детство, юношество, зрелый возраст. В каждом из возрастных периодов необходимо учитывать местность, где живет или жил

больной, жилищные условия, семейные обстоятельства (отношения в браке, наличие детей), режим питания, условия труда, вредные привычки (табакокурение, прием алкоголя, наркотиков), наследственность, венерические заболевания, перенесенные заболевания, гемотрансфузии, операции, травмы и др.

Все эти вопросы рассматриваются в хронологическом порядке, по периодам жизни и отражаются в истории болезни.

ВЫВОДЫ ИЗ АНАМНЕЗА

После уточнения жалоб пациента, разбора начала и течения заболевания, а также анамнеза жизни, необходимо сделать выводы, чтобы составить ориентировочное представление о заболевании и в дальнейшем целенаправленно вести исследование курируемого пациента. В выводах из анамнеза жизни и данного заболевания необходимо отразить следующие вопросы:

1. Какие органы или системы могут быть вовлечены в данный патологический процесс?
2. Установить, какова давность и характер заболевания (острое, подострое, хроническое, рецидивирующее)?
3. Течение заболевания (прогрессирующее, стабильное, регрессирующее).
4. Что может являться причиной заболевания?
5. Применявшееся лечение и его эффективность (в обобщенном виде).
6. Определить субъективные симптомы заболевания, которые могут помочь в постановке предварительного диагноза.

ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

СОСТОЯНИЕ ПАЦИЕНТА НА МОМЕНТ КУРАЦИИ

Общий осмотр пациента. Вид пациента (положение — активное, пассивное, вынужденное), поведение (спокойное, безучастное, возбужденное, агрессивное), общее состояние (удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое, крайне тяжелое, агональное), выражение лица (обычное — не представляющее никаких болезненных проявлений, страдальческое, безразличное, выражающее гнев, испуг, тоску, возбуждение). Рост и вес, их взаимоотношение (индекс массы тела). Телосложение (крепкое или слабое, правильное или неправильное). Тип конституции (астенический, нормостенический, гиперстенический).

ОБСЛЕДОВАНИЕ ПАЦИЕНТА ПО СИСТЕМАМ

1. Кожные покровы и видимые слизистые.

2. Состояние лимфатической системы — наличие пальпируемых лимфоузлов: подбородочных, подчелюстных, по ходу крупных сосудов шеи, затылочных, над- и подключичных, подмышечных, локтевых, паховых и др.

3. Мышечная система.

4. Костно-суставная система.

5. Мочеполовая система.

ОБСЛЕДОВАНИЕ ПАЦИЕНТА ПО ОБЛАСТЯМ

1. **Обследование головы и шеи.** При наличии выпячивания на шее необходимо измерить ее окружность. Установить точную анатомическую локализацию опухолевидного образования, границы, подвижность, консистенцию, болезненность, отношение к крупным сосудам шеи, к трахее, связь с актом глотания, спаянность с кожей.

2. **Грудная клетка.** Обследование грудных желез. Обследование органов дыхания: тип дыхания, частота, перкуссия — сравнительная и топографическая (определение границ легких), аускультация.

3. **Органы кровообращения.** Пульс — его частота, ритм, величина, скорость, напряжение. Артериальное давление. Осмотр области сердца, перкуторно определяются границы относительной и абсолютной тупости сердца. Аускультация сердца. Функциональные пробы. Специальные методы исследования: рентгеноскопия и рентгенография, рентгенотомография, электрокардиография, фонокардиография, эхокардиография, зондирование сердца, коронарография.

4. **Органы пищеварения.** Ротовая полость. Пищевод. Обследование органов брюшной полости: осмотр, перкуссия, пальпация, аускультация. Пальпация области желудка и 12-перстной кишки, пальпация слепой кишки и области червеобразного отростка, а также других отделов кишечника. Перкуссия и пальпация печени и желчного пузыря. Перкуссия селезенки. Исследование брюшной полости на предмет наличия опухолей.

Обследование прямой кишки и заднего прохода (осмотр анальной области, пальцевое исследование, осмотр зеркалами, ректороманоскопия).

5. **Органы мочеполовой системы.** Почки: пальпация, симптом поколачивания. Перкуссия области мочевого пузыря. Исследование предстательной железы. Наружные половые органы: осмотр мошонки, яичек, их контуры, болезненность, состояние семенного канатика, придатков яичек. Состояние наружного пахового кольца, симптом «кашлевого толчка». Наличие выпячивания выше или ниже паховой связки. Отношение выпячивания к элементам семенного канатика, его вправимость в брюшную полость.

6. **Нервная система.** Высшая нервная деятельность. Черепно-мозговые нервы. Двигательная сфера. Рефлексы. Патологические рефлексы. Чувствительная сфера. Дермографизм в его различных проявлениях.

7. **Описание местного статуса заболевания (status localis).** Подробно описываются все местные проявления заболевания с указанием патогномоничных симптомов и функциональных проб (прил. 2). Необходимо подробно описывать каждый симптом, пробу, давать их трактовку.

8. **Разбор и оценка лабораторных анализов, инструментальных методов обследования.** Необходимо делать выводы из анализов.

СХЕМА СОСТАВЛЕНИЯ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ

Титульный лист истории болезни (прил. 3).

Разделы истории болезни хирургического пациента:

1. Общие сведения о пациенте (паспортная часть).
2. Диагноз при направлении.
3. Клинический диагноз (прил. 4).

Субъективное исследование:

1. Жалобы пациента.
2. История настоящего заболевания.
3. История жизни пациента.
4. Выводы из анамнеза.

Объективное исследование:

1. Общий статус.
2. Обследование пациента по системам, областям и органам.
3. Клиническое исследование специальными методами (лабораторные анализы крови (прил. 1), мочи, желудочного сока, мокроты, кала, выпота из брюшной и плевральной полостей и др.). Результаты УЗИ, фиброгастродуоденоскопии, рентгеноскопии и рентгенографии органов грудной клетки и брюшной полости, электрокардиографии, эхокардиографии, ангиографии, РПХГ, эндосонографии, бронхоскопии, колоноскопии, цистоскопии, доплерографии сосудов нижних конечностей и др., их оценка.
4. Диагноз, его обоснование и дифференциальная диагностика.
5. Клиническая картина данного заболевания.
6. Этиология и патогенез.
7. Лечение: консервативное (специфическое, симптоматическое, патогенетическое) и оперативное (паллиативное, радикальное).
8. Показания к операции и виды операций.
9. Выбор и обоснование метода обезболивания.
10. Профилактика данного заболевания.
11. Прогноз (в отношении жизни, здоровья и труда), исход болезни.
12. Течение болезни (дневники).
13. Эпикриз.

Куратором формулируется диагноз четко, кратко, на основании конкретных данных: жалоб пациента, ведущих симптомов заболевания, данных специальных методов исследования. После обоснования диагноза необходимо провести дифференциальную диагностику с заболеваниями, протекающими с симптомами, близкими к данному патологическому процессу (прил. 5). При этом необходимо указать, что общего между этими заболеваниями, а также, что различает их, и на основании различия симптоматики, лабораторных анализов и специальных методов обследования исключить похожее заболевание.

При описании клинической картины заболевания куратор отмечает, с какими клиническими симптомами протекает заболевание. При этом необходимо дать объяснение каждому симптому, каждому признаку заболевания, тем биохимическим и другим изменениям, которые происходят в организме при клиническом течении определенного заболевания.

Дневник болезни (течение заболевания) ведется ежедневно. Запись ведется четко, сжато. Дневник делится на 3 раздела: дата наблюдения, течение заболевания, назначения. Кроме того, как приложение с дневником ведется температурный лист.

В эпикризе в краткой форме дается резюме основных положений истории болезни.

Подпись куратора.

Список использованной литературы при написании истории болезни.

НОРМАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ АНАЛИЗА КРОВИ**ОБЩИЙ АНАЛИЗ КРОВИ**

Эритроциты: $3,8-5,0 \times 10^{12}$.
 Гемоглобин: 120–160 г/л.
 Цветной показатель: 0,8–1,0.
 Ретикулоциты: 8–10 %.
 Тромбоциты: 180,0–400,0.
 Лейкоциты: $4,0-9,0 \times 10^9$.
 Базофилы: 0–1 %.
 Эозинофилы: 0,5–5,0 %.
 Миелоциты: нет.
 Юные: нет.
 Палочкоядерные: 1–6 %.
 Сегментоядерные: 45–70 %.
 Лимфоциты: 24–30 %.
 Моноциты: 28 %.
 СОЭ: 1–15 мм/ч.

Таблица 1

Биохимический анализ крови

Наименование	Нормальные показатели
Общий белок	66–87 г/л
Альбумин	38–51 г/л
Билирубин	Общий: 8,55–20,52 ммоль/л Связанный: 2,1–5,1 ммоль/л Свободный: 6,45–15,42 ммоль/л
Креатинин	Жен.: 53–80 ммоль/л; муж.: 62–97 ммоль/л
Мочевина	2,61–8,35 ммоль/л
Мочевая кислота	Жен.: 140–340 ммоль/л; муж.: 200–415 ммоль/л
Глюкоза	3,9–6,4 ммоль/л
Триглицериды	Жен.: 0,4–1,54 ммоль/л; муж.: 0,45–1,82 ммоль/л
Общий холестерин	3,1–5,2 ммоль/л
Железо	Жен.: 8,8–27,0 ммоль/л; муж.: 9,5–29,9 ммоль/л
Калий	3,5–5,0 ммоль/л
Кальций	2,1–2,55 ммоль/л
Натрий	136–146 ммоль/л
Хлор	98–106 ммоль/л
Амилаза	Мочи: до 380 ед/л; крови: до 80 ед/л
АСТ	Жен: до 31 ед/л; муж.: до 37 ед/л
АЛТ	Жен.: до 32 ед/л; муж.: до 42 ед/л
Щелочная фосфатаза	Жен.: до 104 ед/л; муж.: до 117 ед/л
ГГТ	Жен.: 7–32 ед/л; муж.: 11–50 ед/л
ЛДГ	225–450 ед/л

Наименование	Нормальные показатели
НВДН	72–182 ед/л
КФК	Жен.: 25–450 ед/л; муж.: 25–200 ед/л
КФК-МБ	До 24 ед/л
Ревматоидный фактор	0–14 ед/л
С-реактивный белок	0–10 мг/л

Профиль гликемии (с указанием даты и времени исследования).

Таблица 2

Практическая коагулограмма

Фаза свертывания	Тесты	Норма	Опасная зона гипокоагуляции	Опасная зона гиперкоагуляции
Первичный гемостаз сосудисто-тромбоцитарный	Количество тромбоцитов	$15-450 \times 10^9$	$< 100 \times 10^9$ л	450×10^9 л
	Адгезия, %	30–40	20	40
	Агрегация	16–20	25	15
Вторичный гемостаз I фаза — протромбинообразование	АПТВ (АЧТВ) активированное парциальное тромбопластиновое время	35–40	50	< 30
II фаза — тромбинообразование	Протромбиновый индекс (ПТИ)	0,7–1,1	< 0,7	> 1,1
III фаза — фибринообразование	Фибриноген А, г/л	1,8–3,5	< 1,8	3,5
	РКМФ, усл. ед.	30–80	–	80
	В-нафтоловая проба	+, –	–	++,+++
Антикоагулянты	Тромбиновое время, с	14–16	16	< 14
Посткоагуляционная фаза	Ретракция, %	60–75	< 60	80
	Спонтанный фибринолиз, %	10–20	20	< 10
	Эуглобулиновый, мин (тест резерва)	150–200	< 150	250
	ХЗФ, мин	4–9	< 4	10

Определение МНО крови (международное нормализованное отношение в норме 0,9–1,3).

УСМ (уровень средних молекул в норме не превышает 0,350).

НОРМАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ АНАЛИЗА МОЧИ

Общий анализ мочи

Цвет: соломенно-желтый.

Прозрачность: прозрачная.

Реакция (рН): нейтральная, слабокислая, слабощелочная (4,5–8,0).

Удельный вес: 1008–1026.
Белок: отсутствует или следы (25–75 мг/сут).
Сахар: отсутствует (не более 0,02%).
Ацетон: отсутствует.
Кетоновые тела: отсутствуют (не более 50 мг/сут).
Уробилиновые тела: отсутствуют (не более 6 мг/сут).
Билирубин: отсутствует.
Аммиак: отсутствует (0,6–1,3 г/сут).
Гемоглобин: отсутствует.
Осадок: отсутствует.

МИКРОСКОПИЯ ОСАДКА МОЧИ

1. Эпителиальные клетки.
Плоские: незначительное количество в поле зрения.
Полиморфные: незначительное количество в поле зрения.
2. Лейкоциты: 0–3 (муж.) и 0–6 (жен.) в поле зрения.
3. Эритроциты: 0–2 в препарате.
4. Цилиндры: отсутствуют.
Гиалиновые: —
Зернистые: —
5. Клетки почечного эпителия: отсутствуют.
6. Соли: незначительное количество.
7. Слизь: незначительное количество.
8. Бактерии: отсутствуют или незначительное количество (не более 50 000 в 1 мл).

ПЕРЕЧЕНЬ ОСНОВНЫХ СИМПТОМОВ ДЛЯ ОПИСАНИЯ ОСТРЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

1. **Острый аппендицит.** Симптомы: *Ровзинга* (левой рукой прижимают сигмовидную кишку в левой подвздошной области к подвздошной кости, правой наносят толчкообразные движения в левом мезогастрин, возникает боль в правой подвздошной области); *Воскресенского* («натянутой рубашки» — левой рукой натягивают рубашку больного за нижний край, кончиками пальцев правой руки проделывают быстрое скользящее движение от подложечной области косо вниз к области слепой кишки, возникает боль); *Ситковского* (возникновение или усиление боли в правой подвздошной области при положении больного лежа на левом боку); *Образцова* (усиление боли при пальпации правой подвздошной области при поднимании больным выпрямленной в коленном суставе правой ноги); *Бартомье–Михельсона* (болезненность при пальпации слепой кишки усиливается в положении больного на левом боку); *Раздольского* (при перкуссии передней брюшной стенки выявляется болезненность в правой подвздошной области); *Менделя* (боль, возникающая при легком постукивании кончиками пальцев по передней брюшной стенке); *Волковича–Кохера* (боль первоначально возникает в подложечной области и через 2–4 часа локализуется в правой подвздошной области); *Бастедо* (при хроническом аппендиците возникает боль в правой подвздошной области при нагнетании воздуха в толстую кишку).

2. **Острый холецистит.** Симптомы: *Мерфи* (большой палец левой руки расположен ниже правой реберной дуги, остальные пальцы этой руки — по краю реберной дуги, больной прерывает глубокий вдох из-за острой боли под большим пальцем); *Грекова–Ортнера* (болезненность при поколачивании ребром ладони по правой реберной дуге); *Мюсси–Георгиевского* (болезненность при надавливании пальцем над ключицей между передними ножками правой грудино-ключично-сосцевидной мышцы); *Боткина* (холецистокордиальный симптом — иррадиация боли в область сердца); *Березнеговского* (иррадиация боли в правое надплечье).

3. **Острый панкреатит.** Симптомы: *Мейо-Робсона* (болезненность при пальпации в левом реберно-позвоночном углу); *Керте* (болезненная резистентность передней брюшной стенки в эпигастрии в проекции поджелудочной железы); *Грея–Турнера* (цианоз кожи живота); *Грюнвальда* (экхимозы или петехии вокруг пупка, в ягодичных областях вследствие поражения периферических сосудов); *Мондора* (появление фиолетовых пятен на коже лица и туловища); *Холстеда* (цианоз отдельных участков кожи живота); *Воскресенского* (отсутствие пульсации брюшного отдела аорты).

4. **Острая кишечная непроходимость.** Симптомы: *Матье–Склярова* (шум плеска, определяемый при аускультации живота); *Валя* (раздутая кишечная петля образует над местом препятствия ограниченный метеоризм с высоким тимпанитом); *Кивуля* (высокий тимпанит с металлическим оттенком); *Спасокукоцкого* (аускультативно определяемый звук падающей капли); *Цеге-Мантейфеля* (при завороте сигмовидной кишки с клизмой удается ввести не более 0,5–1,0 л жидкости); *Шиманса–Данса* (определяемое пальпаторно западение правой подвздошной области при тонко-толстокишечной инвагинации); *Руше* (возникновение боли и тенезмы при пальпации колбасовидной опухоли в животе при инвагинации кишечника); *Обуховской больницы* («зияющий анус»).

5. **Прободная язва.** Симптомы: *Дзбановского–Чугуева* (поперечные втянутые бороздки на передней брюшной стенке, соответствующие перемычкам прямых мышц живота); *Спижарного* (исчезновение «печеночной тупости» — высокий тимпанит над печенью); *Куленкампа* (при ректальном обследовании определяют болезненность дугласова пространства — «крик дугласа»); *Грекова* (замедление пульса в первые часы после прободения язвы).

6. **Заболевания вен.** Пробы при **варикозном расширении подкожных вен нижних конечностей:** Бродди–Троянова–Тренделенбурга, Гаккенбруха, Шварца, Пратта I, II, Шейниса, Тальмана, Дельбе–Пертеса. Описание проб приведено в материале лекций. Симптомы, характерные для **тромбофлебита глубоких вен голени:** *Хоманса* (боль в икроножных мышцах при тыльном сгибании стопы в голеностопном суставе); *Модеса* (возникновение боли в икроножных мышцах при их пальпации в передне-заднем направлении). Симптом манжетки (давление в пределах 50 мм рт. ст., вызывает боль в икроножной мышце, обусловленную воздействием на зону воспаленных тканей и пораженные вены).

7. **Облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей.** Проба Оппеля (приподнятая кверху пораженная конечность бледнеет). Проба Бурденко (симптом плантарной ишемии — определяется путем надавливания большими пальцами кистей на область возвышения больших пальцев стоп). Проба Самюэlsa (при сгибании и разгибании в голеностопных суставах быстрее наступает бледность стопы на стороне поражения). Проба Шамова (считается положительной, при увеличении времени восстановления кровообращения в конечности более 30 с после снятия жгута). Проба Панченко (быстрое появление болей в пораженной конечности при укладывании ноги за ногу).

**ОБРАЗЕЦ НАПИСАНИЯ ТИТУЛЬНОГО ЛИСТА ИСТОРИИ
БОЛЕЗНИ**

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
1-я КАФЕДРА ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ

Зав. кафедрой — д. м. н., профессор Г. Г. Кондратенко

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ № _____

Смирнов Иван Петрович

Клинический диагноз:

Основной: желчнокаменная болезнь, множественные камни желчно-го пузыря.

Осложнение: отключенный желчный пузырь. Водянка желчного пузыря.

Сопутствующий: хронический гастродуоденит, ст. ремиссии.

Куратор: студент(ка) IV (V) курса _____ гр.
лечебного факультета
Петров А. И.

Преподаватель: ассистент (доцент, профессор),
к. м. н. (д. м. н.),

ФОРМУЛИРОВКА КЛИНИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА

При формулировке клинического диагноза необходимо отметить:

1. Основное заболевание.
2. Фоновое заболевание (сахарный диабет, артериальная гипертензия и другие заболевания).
3. Осложнения основного заболевания.
4. Все сопутствующие заболевания.

Пример формулировки клинического диагноза:

1. **Основной:** острый гангренозный прободной аппендицит.
2. **Фоновое заболевание:** сахарный диабет, 2 тип, состояние клин-ко-метаболической субкомпенсации.
3. **Осложнение:** местный фибринозно-гнойный перитонит.
4. **Сопутствующий.** ИБС: атеросклеротический кардиосклероз, атеросклероз аорты, коронарных, мозговых сосудов. Н2а. СН ФКЗ. Язвенная болезнь 12-перстной кишки, стадия ремиссии.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

1. **Острый аппендицит:** острый панкреатит, прободная язва желудка и 12-перстной кишки, острый холецистит, опухоль слепой кишки, кишечная непроходимость, спастический колит, болезнь Крона, мезаденит, внематочная беременность, правосторонний аднексит, почечная колика, правосторонний пиелонефрит, правосторонняя нижнедолевая пневмония.

2. **Острый панкреатит и обострение хронического панкреатита:** острый гастрит, язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки и ее осложнения, острый холецистит, опухоль поджелудочной железы, тромбоз мезентериальных сосудов, кишечная непроходимость, спастический колит, острый аппендицит, ущемленная грыжа белой линии живота, абдоминальная форма инфаркта миокарда.

3. **Острый холецистит и обострение хронического холецистита:** дискинезия желчевыводящих путей, острый и хронический гастродуоденит, острый панкреатит, опухоль печеночного угла толстой кишки, острый аппендицит, кишечная непроходимость, тромбоз мезентериальных сосудов, спастический колит, мочекаменная болезнь, правосторонняя нижнедолевая пневмония, абдоминальная форма инфаркта миокарда.

4. **Прободная язва желудка и 12-перстной кишки:** острый панкреатит, острый холецистит, тромбоз мезентериальных сосудов, кишечная непроходимость, ущемленная грыжа белой линии живота, абдоминальная форма инфаркта миокарда.

5. **Острая кишечная непроходимость:** острый панкреатит, прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки, перитонит, почечная колика, нарушенная внематочная беременность, аппендицит, холецистит, дизентерия, острый гастрит, копростаз, также необходимо проводить дифференциальную диагностику между динамической и механической формой кишечной непроходимости.

6. **Ущемленная паховая грыжа:** невправимая паховая грыжа, ущемленная и невправимая бедренная грыжа, паховый лимфаденит, ложное ущемление при перитоните.

7. **Облитерирующий атеросклероз сосудов ног:** облитерирующий тромбангиит (болезнь Бюргера), вертеброгенная люмбоишалгия, облитерирующий эндартериит, тромбофлебит глубоких вен голени, илеофemorальный флеботромбоз (белая и голубая флегмазия).

8. **Варикозное расширение подкожных вен ног (и осложнения):** слоновость, врожденные венозные дисплазии (синдром Клиппеля–Треноне, синдром Паркса–Вебера–Рубашова), болезнь Бюргера, тромбофлебит глубоких вен.

9. **Тромбофлебит глубоких вен голени, илеофemorальный флеботромбоз:** икроножный миозит, слоновость, тромбоз артерий ног, травматический и спонтанный разрыв икроножных мышц.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Мотивационная характеристика темы	3
Субъективное обследование	3
Жалобы пациента	3
Анамнез данного заболевания (anamnesis morbi)	3
Анамнез жизни (anamnesis vitae)	3
Выводы из анамнеза	4
Объективное исследование	4
Состояние пациента на момент курации	4
Обследование пациента по системам	4
Обследование пациента по областям	5
Схема составления истории болезни	6
Приложение 1	8
Приложение 2	11
Приложение 3	13
Приложение 4	14
Приложение 5	15