

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

А. Д. КАРМАН, В. Л. КАЗУЩИК, А. В. ПЛАНДОВСКИЙ

СХЕМА НАПИСАНИЯ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ ПАЦИЕНТА С ХИРУРГИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ

Методические рекомендации



Минск БГМУ 2019

УДК 616-071.1:617(075.8)

ББК 54.5я73

К24

Рекомендовано Научно-методическим советом университета
в качестве методических рекомендаций 21.06.2019 г., протокол № 10

Рецензенты: канд. мед. наук, доц. каф. неотложной хирургии Белорусской медицинской академии последипломного образования С. Г. Шорох; канд. мед. наук, доц. 2-й каф. хирургических болезней Белорусского государственного медицинского университета А. В. Большов

Карман, А. Д.

К24 Схема написания истории болезни пациента с хирургическим заболеванием : методические рекомендации / А. Д. Карман, В. Л. Казущик, А. В. Пландовский. – Минск : БГМУ, 2019. – 18 с.

ISBN 978-985-21-0437-1.

Описаны разделы, касающиеся обследования хирургических пациентов с целью постановки диагноза: сбор анамнеза жизни и заболевания, выяснение жалоб, данные объективного исследования, обследование пациента 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 полного клинического диагноза, перечислены наиболее часто встречающиеся хирургические заболевания с целью дифференциальной диагностики.

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

УДК 616-071.1:617(075.8)

ББК 54.5я73

ISBN 978-985-21-0437-1

© Карман А. Д., Казущик В. Л., Пландовский А. В., 2019

© УО «Белорусский государственный
медицинский университет», 2019

МОТИВАЦИОННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕМЫ

Задача: научить студентов 4–5-го курсов лечебного факультета систематизированной методике обследования пациента с хирургическим заболеванием с применением современных методов исследования с целью постановки полного клинического диагноза и правильному написанию истории болезни.

При сборе анамнеза, объективном обследовании пациента и заполнении истории болезни в первую очередь необходимо собрать полные сведения о нем (паспортные данные): фамилию, имя, отчество, дату рождения, пол, постоянное место жительства, образование, профессию, место работы, семейное положение, дату и время поступления в хирургическое отделение, кем был направлен пациент в стационар.

СБОР АНАМНЕЗА

ЖАЛОБЫ ПАЦИЕНТА

Пациенту следует задать вопрос, что его беспокоит, и внимательно выслушать все жалобы и ощущения. Каждую жалобу необходимо уточнить дополнительными вопросами, выяснить ее характер. После этого жалобы кратко, четко и ясно фиксируются в истории болезни. На первое место выносятся те жалобы, которые имеют наиболее важное значение в постановке диагноза. Также следует установить характер болевого симптома (острые, схваткообразные, режущие, ноющие, тупые боли), наличие иррадиации.

АНАМНЕЗ ДАННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ (ANAMNESIS MORBI)

Необходимо установить точное время начала заболевания, его продолжительность, частоту возникновения (впервые или повторно), как развилось заболевание, с чем связана возможная причина его возникновения (со слов пациента или сопровождающих лиц), применявшееся ранее лечение, где проводилось (в поликлинике или стационаре), его результаты, а также изучить предыдущие эпикризы и выписки перенесенных заболеваний. Следует уточнить, с чем связано настоящее обращение пациента в стационар. Достоверность слов пациента и информацию о заболевании необходимо уточнять соответствующими целенаправленными вопросами. В первую очередь необходимо выяснять главные жалобы, и во вторую — имеющие второстепенное, косвенное отношение к основному заболеванию.

АНАМНЕЗ ЖИЗНИ (ANAMNESIS VITAE)

Анамнез жизни пациента представляет его медицинскую биографию, которую необходимо изложить по главным периодам жизни: рождение, детство, юношество, зрелый возраст, старость. В каждом из возрастных периодов необходимо учитывать местность, где живет или жил пациент, жилищные условия, эпиданамнез, семейные обстоятельства (отношения в браке, наличие детей), режим питания, условия труда, вредные привычки (курение, прием алкоголя, наркотических препаратов), наследственность, венерические заболевания, перенесенные (инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения и др.) и сопутствующие заболевания (туберкулез, сахарный диабет и др.), гемотрансфузии, операции, травмы, гинекологический анамнез и др.

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

ВЫВОДЫ ИЗ АНАМНЕЗА

После уточнения жалоб пациента, их характера, выяснения начала и течения заболевания, а также анамнеза жизни, необходимо сделать выводы, чтобы поставить предварительный диагноз и в дальнейшем целенаправленно проводить обследование 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. Определить течение заболевания (прогрессирующее, стабильное, регрессирующее).
4. Что может являться причиной заболевания?
5. Выяснить применявшееся ранее лечение и его эффективность.
6. Определить симптомы заболевания, которые могут помочь в постановке предварительного диагноза.

ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

СОСТОЯНИЕ ПАЦИЕНТА НА МОМЕНТ КУРАЦИИ

Производим общий осмотр пациента. Оцениваем вид и общее состояние пациента (удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое, крайне тяжелое, агональное), уровень сознания (в сознании, ступор, сопор, кома), его положение (активное, пассивное, вынужденное), поведение и его адекватность (спокойное, безучастное, тревожное, возбужденное, агрессивное), выражение лица

(обычное — не представляющее никаких болезненных проявлений, страдальческое, безразличное, выражающее гнев, испуг, тоску, возбуждение). Определяем рост и вес, их взаимоотношение (индекс массы тела), характер телосложения (правильное или неправильное), а также тип конституции (астенический, нормостенический, гиперстенический).

ОБСЛЕДОВАНИЕ ПАЦИЕНТА ПО СИСТЕМАМ

Обследование пациента по системам организма проводится в следующем порядке:

1. Кожные покровы и видимые слизистые (окраска, эластичность, тургор, наличие высыпаний и образований).
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

Обследование пациента по анатомическим областям проводится в следующем порядке:

1. **Голова и шея.** 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. Определить визуально и пальпаторно наличие увеличения щитовидной железы, ее однородность.

2. **Грудная клетка.** Даем оценку ее форме (нормостеническая, гиперстеническая, астеническая), выявляем наличие деформации. Осуществляем пальпацию молочных (грудных) желез. Обследование органов дыхания: тип дыхания (грудной, брюшной, смешанный), частота дыхания (нормальная — 16–20 в минуту, тахипноэ, урежение дыхания), перкуссия — сравнительная и топографическая (определение границ легких, выявление патологических звуков — притупление, коробочный или тимпанический), аускультация (выявление дыхательных шумов: везикулярное, бронхиальное дыхание). Специальные методы исследования: флюорография, рентгеноскопия и рентгенография, компьютерная томография.

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 (определение 1-го и 2-го тонов, дополнительных шумов). Проведение функциональных проб. Инструментальные методы исследования: электрокардиография, фонокардиография, эхокардиография, зондирование полостей сердца, коронарография, вентрикулография.

4. Органы пищеварения. Ротовая полость, язык. Пищевод. Обследование органов брюшной полости: осмотр передней брюшной стенки (наличие венозных сплетений вокруг пупка — «голова медузы», послеоперационных рубцов, увеличение живота в размерах, его симметрия, изменение цвета передней брюшной стенки, наличие выпячивания), перкуссия (определение притупления в отлогих местах, наличие тимпанита), пальпация (поверхностная и глубокая с целью определения степени напряжения, наличия образований в брюшной полости), аускультация (перистальтика кишечника: нормальная, усилена, ослаблена, отсутствует, наличие патологических шумов — «шум плеска» и др.). Пальпация области желудка и двенадцатиперстной кишки, проекции поджелудочной железы, 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 ректальным зеркалом, ректороманоскопия).

5. Органы мочеполовой системы. Почки: пальпация, симптом поколачивания. Перкуссия надлонной области (определение размеров мочевого пузыря при его увеличении). Ректальное 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 патогномичных симптомов и функциональных проб (прил. 1). Необходимо подробно описывать каждый симптом, пробу, давать их трактовку. В локальный статус также выносятся описание состояния послеоперационной раны, наличие осложнений.

8. Интерпретация лабораторных анализов, инструментальных методов обследования. Необходимо делать выводы и заключение из полученных данных. Описание результатов инструментальных методов исследования следует давать в развернутом виде, а не только заключение.

СХЕМА СОСТАВЛЕНИЯ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ

История болезни составляется по следующей схеме:

I. Титульный лист истории болезни (прил. 2).

II. Разделы истории болезни хирургического пациента:

1. Общие сведения о пациенте (паспортные данные).
2. Диагноз направившего учреждения или скорой помощи.
3. Клинический диагноз (прил. 3).

III. Сбор анамнеза:

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

IV. Объективное исследование:

1. Общий статус.
2. Обследование пациента по системам, областям и органам.
3. Клиническое исследование лабораторными методами: анализы крови (общий и биохимический), мочи, мокроты, кала, выпота из брюшной и плевральной полостей и др. (прил. 4). Инструментальные методы исследования: УЗИ, фиброгастродуоденоскопия, рентгеноскопия и рентгенография органов грудной клетки и брюшной полости, электрокардиография, эхокардиография, ангиография, ретроградная холангиопанкреатография (РХПГ), эндосонография, бронхоскопия, колоноскопия, доплерография сосудов нижних конечностей и др. Оценка полученных результатов.

4. Диагноз, его обоснование и дифференциальная диагностика. Куратором формулируется диагноз четко, кратко, на основании полученных данных: жалоб пациента, основных симптомов заболевания, результатов лабораторных и инструментальных методов исследования. После обоснования диагноза необходимо провести дифференциальную диагностику с другими 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 инструментальных методов обследования исключить похожее заболевание.

5. Клиническая картина данного заболевания. При описании клинической картины заболевания куратор отмечает, с какими клиническими симптомами протекает заболевание. При этом необходимо дать объяснение каждому симптому, каждому признаку заболевания, тем морфологическим, биохимическим и другим изменениям, которые происходят в организме пациента при клиническом течении 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). Дневник отражает состояние пациента и динамику течения заболевания и ведется ежедневно. Запись ведется четко, сжато. Дневник делится на 3 раздела: дата наблюдения, состояние пациента, течение заболевания, назначения.
 13. Температурный лист.
 14. Выписной эпикриз. В нем в краткой форме отражается резюме основных положений истории болезни.
- V. Подпись куратора.**
- VI. Список использованной литературы при написании истории болезни.**

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* («симптом рубашки» — левой рукой натягивают одежду пациента 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 пациента лежа на левом боку); *Образцова* (усиление боли при пальпации правой подвздошной области при поднимании пациентом выпрямленной в коленном суставе правой ноги); *Бартомье–Михельсона* (болезненность при пальпации слепой кишки усиливается в положении пациента 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 ч 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, пациент 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 ножками правой грудино-ключично-сосцевидной мышцы); *Боткина* (холецисто-кардиальный 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 проекции поджелудочной железы); *Грея Тернера* (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: *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 л жидкости); *Шимана–Данса* (определяемое пальпаторно западение правой подвздошной области при тонко-толстокишечной инвагинации); *Обуховской больницы* (при ректальном исследовании определяется «зияющий анус»).

5. Прободная язва. Симптомы: *Дзбановского* (поперечные втянутые бороздки на передней брюшной стенке, соответствующие перемычкам прямых мышц живота); *Стижарного* (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**: Броди–Троянова–Тренделенбурга, Гаккенбруха, Шварца, Пратта I и 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); *Мозеса* (возникновение боли в икроножных мышцах при их пальпации в передне-заднем направлении). Симптом *Ловенберга* — «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. Пробы: *Оппеля* (приподнятая кверху пораженная конечность бледнеет); *Бурденко* (симптом плантарной ишемии — определяется путем надавливания большими пальцами кистей на область возвышения больших пальцев стоп); *Самюэлса* (при сгибании и разгибании в голеностопных суставах быстрее наступает бледность стопы на стороне поражения); *Шамовой* (считается положительной при увеличении времени восстановления кровообращения в конечности более 30 с после снятия жгута); *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 Григорий Петрович

Клинический диагноз:

Основной: Острый флегмонозный калькулезный холецистит.

Осложнение: Эмпиема 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, II тип, состояние клинико-метаболической субкомпенсации.
3. *Осложнение*: местный фибринозно-гнойный перитонит.
4. *Сопутствующий*. ИБС: атеросклеротический кардиосклероз, атеросклероз аорты, коронарных, мозговых сосудов. N2a. СН ФКЗ. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, стадия ремиссии.

НОРМАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ АНАЛИЗА КРОВИ

Таблица 1

Общий анализ крови

Наименование	Нормальные показатели
Эритроциты	$3,8-5 \cdot 10^{12}/л$
Гемоглобин	120–150 г/л
Цветной показатель	0,8–1
Ретикулоциты	0,2–1,2 %
Тромбоциты	$180-320 \cdot 10^9/л$
Лейкоциты	$4-9 \cdot 10^9/л$
Базофилы	0–1 %
Эозинофилы	0,5–5 %
Миелоциты	Нет
Юные миелоциты	Нет
Палочкоядерные нейтрофилы	1–6 %
Сегментоядерные нейтрофилы	47–72 %
Лимфоциты	18–40 %
Моноциты	2–9 %
СОЭ	2–15 мм/ч

Таблица 2

Биохимический анализ крови

Наименование	Нормальные показатели	
Общий белок	66–83 г/л	
Альбумин	35–50 г/л	
Билирубин	общий	8,5–20,5 мкмоль/л
	связанный	2,1–5,1 мкмоль/л
	свободный	6,45–15,42 мкмоль/л
Креатинин	Жен.: 55–95 мкмоль/л; муж.: 62–120 мкмоль/л	
Мочевина	2,8–7,2 ммоль/л	
Мочевая кислота	Жен.: 140–340 мкмоль/л; муж.: 200–415 мкмоль/л	
Глюкоза	4,1–5,9 ммоль/л	
Триглицериды	Жен.: 0,4–1,54 ммоль/л; муж.: 0,45–1,82 ммоль/л	
Общий холестерин	3,9–5,2 ммоль/л	
Железо	Жен.: 8,8–30,4 мкмоль/л; муж.: 11,6–30,4 мкмоль/л	
Калий	3,5–5,3 ммоль/л	
Кальций	2,15–2,57 ммоль/л	
Натрий	136–146 ммоль/л	
Хлор	98–107 ммоль/л	
Амилаза	До 80 Ед/л	
АСТ	Жен: до 31 Ед/л; муж.: до 41 Ед/л	
АЛТ	Жен.: до 35 Ед/л; муж.: до 45 Ед/л	
Щелочная фосфатаза	Жен.: 30–110 Ед/л; муж.: 30–130 Ед/л	
ГГТ	Жен.: до 40 Ед/л; муж.: до 55 Ед/л	
ЛДГ	225–450 Ед/л	

Наименование	Нормальные показатели
КФК	До 190 МЕ/л
КФК-МБ	10–25 Ед/л
Ревматоидный фактор	До 30 МЕ/мл
С-реактивный белок	До 0,5 мг/л

Таблица 3

Коагулограмма

Фаза свертывания	Тесты	Норма	Опасная зона гипokoагуляции	Опасная зона гиперкоагуляции	
Первичный гемостаз сосудисто-тромбоцитарный	Количество тромбоцитов	180–320 · 10 ⁹ /л	< 180 · 10 ⁹ /л	320 · 10 ⁹ /л	
	Адгезия, %	30–40	20	40	
	Агрегация	16–20	25	15	
Вторичный гемостаз	I фаза — протромбинообразование	АЧТВ (активированное парциальное тромбопластиновое время)	35–40	50	< 30
	II фаза — тромбинообразование	ПТИ (протромбиновый индекс)	0,7–1,2	< 0,7	> 1,2
	III фаза — фибринообразование	Фибриноген А, г/л	2–4	< 2	> 4
РКМФ, у. е.		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	

НОРМАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ АНАЛИЗА МОЧИ

Таблица 4

Общий анализ мочи

Наименование	Нормальные показатели
Цвет	Соломенно-желтый
Прозрачность	Прозрачная
Реакция (pH)	Нейтральная, слабокислая, слабощелочная (4,5–8)
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)

Наименование	Нормальные показатели
Уробилиновые тела	Отсутствуют (не более 6 мг/сут)
Билирубин	Отсутствует
Аммиак	Отсутствует (0,6–1,3 г/сут)
Гемоглобин	Отсутствует
Осадок	Отсутствует

Таблица 5

Микроскопия осадка мочи

Наименование		Нормальные показатели
Эпителиальные клетки	Плоские	Незначительное количество в поле зрения
	Полиморфные	Незначительное количество в поле зрения
Лейкоциты		0–3 (муж.) и 0–6 (жен.) в поле зрения
Эритроциты		0–2 в препарате
Цилиндры		Отсутствуют
Гиалиновые цилиндры		Отсутствуют
Зернистые цилиндры		Отсутствуют
Клетки почечного эпителия		Отсутствуют
Соли		Незначительное количество
Слизь		Незначительное количество
Бактерии		Отсутствуют или незначительное количество (не более 50 000 в 1 мл)

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

1. Острый аппендицит: острый панкреатит, прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки, острый холецистит, опухоль слепой кишки, кишечная непроходимость, спастический колит, болезнь Крона, мезаденит, внематочная беременность, аднексит, почечная колика, правосторонний пиелонефрит.

2. Острый панкреатит и обострение хронического панкреатита: острый гастрит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной 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, гепатит, 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 двенадцатиперстной 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, внематочная беременность, аппендицит, холецистит, дизентерия, острый гастрит, копростаз, колит, 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 люмбоишиалгия, облитерирующий эндартериит, флеботромбоз 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, флеботромбоз глубоких вен, лимфангит.

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

ОГЛАВЛЕНИЕ

Мотивационная характеристика темы.....	3
Сбор анамнеза	3
Жалобы пациента.....	3
Анамнез данного заболевания (anamnesis morbi).....	3
Анамнез жизни (anamnesis vitae).....	4
Выводы из анамнеза	4
Объективное исследование.....	4
Состояние пациента на момент курации.....	4
Обследование пациента по системам	5
Обследование пациента по областям.....	5
Схема составления истории болезни	7
Приложение 1	9
Приложение 2	11
Приложение 3	12
Приложение 4.....	13
Приложение 5	16

Учебное издание

Карман Александр Дмитриевич
Казущик Василий Леонович
Пландовский Александр Владимирович

СХЕМА НАПИСАНИЯ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ ПАЦИЕНТА С ХИРУРГИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ

Методические рекомендации

Ответственный за выпуск Г. Г. Кондратенко
Старший корректор А. В. Царь
Компьютерная вёрстка С. Г. Михейчик

Подписано в печать 25.10.19. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Хероx office».
Ризография. Гарнитура «Times».
Усл. печ. л. 1,16. Уч.-изд. л. 0,7. Тираж 70 экз. Заказ 647.

Издатель и полиграфическое исполнение: учреждение образования
«Белорусский государственный медицинский университет».
Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 1/187 от 18.02.2014.
Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.

Репозиторий БГМУ

Репозиторий БГМУ