

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 <sup>9</sup> /л	< 180 · 10 <sup>9</sup> /л	320 · 10 <sup>9</sup> /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 (рН)	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 «Хerox 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