

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ  
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ  
КАФЕДРА ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ

**ОБСЛЕДОВАНИЕ ДЕТЕЙ  
ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ:  
СХЕМА УЧЕБНОЙ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ**

Учебно-методическое пособие



Минск БГМУ 2013

УДК 617-053.2-07(091)(075.8)  
ББК 57.33 я73  
О-25

Рекомендовано Научно-методическим советом университета в качестве  
учебно-методического пособия 26.12.2012 г., протокол № 4

**А в т о р ы:** проф. В. И. Аверин; доц. В. М. Черевко; доц. В. М. Хомич; ассист.  
В. М. Рустапов

**Р е ц е н з е н т ы:** д-р мед. наук, доц. каф. детской хирургии Белорусской меди-  
цинской академии последипломного образования В. В. Троян; канд. мед. наук, доц.  
каф. анестезиологии и реаниматологии Белорусского государственного медицинского  
университета А. Е. Кулагин

**Обследование** детей при хирургической патологии : схема учебной истории  
О-25 болезни : учеб.-метод. пособие / В. И. Аверин [и др.]. – Минск : БГМУ, 2013. – 20 с.

ISBN 978-985-528-802-3.

Содержит программу обследования детей с хирургической патологией, методики и методы  
клинического инструментального обследования. В издании указывается, как интерпретировать  
полученную информацию для правильного внесения данных в медицинскую документацию.

Предназначено для студентов 4–5-го курсов педиатрического факультета, субординаторов по  
специальности «Детская хирургия», клинических ординаторов хирургического профиля.

УДК 617-053.2-07(091)(075.8)  
ББК 57.33 я73

ISBN 978-985-528-802-3

© Оформление. Белорусский государственный  
медицинский университет, 2013

## ВВЕДЕНИЕ

Подготовка и оформление учебной истории болезни является одной из форм практической работы студента на кафедре детской хирургии, имеет целью закрепление приобретенных знаний, овладение специальными практическими навыками клинического обследования ребенка, разработку и обоснование диагностических и лечебных программ при хирургической патологии у детей. Учебная история болезни оформляется студентом по итогам самостоятельной работы с больным ребенком — обследования, участия в составлении и реализации отдельных элементов диагностической и лечебной программ в одном из базовых хирургических отделений кафедры. Подбор больных осуществляется преподавателем кафедры в соответствии с учебной программой цикла.

Врачи-интерны, молодые специалисты могут использовать учебно-методическое пособие для совершенствования навыков хирургического обследования детей и оформления медицинской документации при работе с картами стационарных (истории болезни) и амбулаторных больных.

### 1. ОФОРМЛЕНИЕ УЧЕБНОЙ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ

Учебная история болезни оформляется в ученической тетради или на стандартных листах (формат А4) рукописным или печатным способом. Во втором случае текст набирается через 1,5 межстрочных интервала. Поля должны быть следующими: справа — 2,5–3 см, слева — 1 см, сверху — 2 см и снизу — 2,5 см. При наборе текста следует использовать гарнитуру Times New Roman, размер шрифта 14 пт. Исправления, сокращения в тексте (кроме общепринятых) не допускаются. Учебная история болезни, ежедневные дневники наблюдений и листы назначений должны иметь личную подпись студента-куратора.

Титульный лист содержит:

1. Надзаголовок, который размещают в верхней части листа по центру или справа (Министерство здравоохранения Республики Беларусь — на 1-й строке, Белорусский государственный медицинский университет — на 2-й строке, кафедра детской хирургии, зав. профессор В. И. Аверин — на 3-й и 4-й строках).

2. Заголовок (Учебная история болезни ребенка).

3. Клинический диагноз (указывается основной диагноз), который размещается в центральной части листа.

4. Сведения об исполнителях, указывающиеся в правом нижнем углу (факультет, курс, группа, Ф.И.О. куратора-студента/ки; должность, Ф.И.О. преподавателя).

## 2. ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

Информация выясняется при расспросе больного ребенка, сопровождающих его родителей, медицинского работника или иных лиц, а также из клинической истории болезни. С целью соблюдения положений о врачебной этике и врачебной тайне в учебную историю болезни не вносятся фамилия, имя, отчество пациента и адрес проживания. Отмечаются следующие сведения:

1. Дата рождения (возраст), для новорожденного — время рождения.
2. Пол ребенка (муж., жен.).
3. Направившее учреждение.
4. Диагноз при направлении.
5. Диагноз при госпитализации.
6. Диагноз клинический.
7. Диагноз заключительный: основной, осложнения, сопутствующие заболевания.
8. Дата и время госпитализации.
9. Дата и время выбытия (выписан, переведен в другой стационар, умер).
10. Исход лечения при выписке (выздоровление, улучшение, без перемен, ухудшение).
11. При госпитализации больных для экстренной (диагностической, лечебной) хирургической помощи — продолжительность каждого из этапов и общую длительность заболевания до операции:
  - догоспитального — часов (суток);
  - в приемном отделении стационара — минут (часов);
  - в стационаре до операции — минут (часов);
  - продолжительность болезни до операции — часов (суток).
12. Согласие родителя (опекуна) при госпитализации ребенка на проведение необходимых исследований и хирургического вмешательства (получено, не получено).
13. При госпитализации с ребенком матери — обоснование.
14. Особые сведения при наличии аллергических реакций (указать вид аллергена — пищевой, бытовой, медикаментозный и т. п.), гемотрансфузий, лечения гормональными препаратами.

### **3. СУБЪЕКТИВНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ**

#### **3.1. ЖАЛОБЫ**

Жалобы отмечаются в истории болезни со слов больного или сопровождающего. Выясняют, что беспокоит (болит), каковы, по мнению больного (матери), проявления болезненного состояния, когда заболел ребенок. В историю болезни вносятся конкретные и лаконичные жалобы. При перечислении жалоб следует стремиться отразить установленную врачом последовательность их появления.

#### **3.2. АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

При расспросе выясняют: как началось заболевание (остро, постепенно), что ему предшествовало и при каких условиях пациент заболел. Устанавливается динамика болезненного процесса: первоначальные проявления, их развитие и изменение во времени с указанием факторов, влияющих на характер и интенсивность болезненных проявлений; максимально точно указывается момент или возрастной период появления болезненных признаков (получения травмы). Выявляют наиболее вероятные предрасполагающие или провоцирующие факторы (факторы риска). Приводится описание названных в жалобах и выявленных при расспросе признаков заболевания. По возможности точно описывается проводившееся на догоспитальном этапе лечение (мероприятия, методы, медикаментозные средства, их дозировка и способы введения).

#### **3.3. АНАМНЕЗ ЖИЗНИ**

В разделе отражают индивидуальные особенности ребенка, которые могли бы оказать влияние на возникновение, течение заболевания, выбор методов и препаратов в процессе лечения, а также определяют объем и характер противоэпидемических мероприятий. Указывают акушерский анамнез матери (количество беременностей и родов, их особенности), массу тела (МТ) ребенка при рождении, особенности периода новорожденности. Для пациентов первого года жизни отмечают место рождения (на дому, в лечебно-профилактическом учреждении), номер лечебно-профилактического учреждения, длительность пребывания в нем новорожденного. Перечисляют перенесенные инфекционные и иные заболевания, травмы, операции (в каком возрасте, по какому поводу, где выполнены), установленные ранее врожденные аномалии. Вносятся сведения о функциональном состоянии до настоящего заболевания, касающиеся высшей нервной деятельности: уравновешенности (бодрость, общительность, приветливость и др.), неуравновешенности (нерешительность, раздражительность, упрямство, подавленность, плаксивость и др.), памяти, характере (тип темперамента), интеллекте и его соответствии возрасту. Уточняется наличие неврологических нарушений и нарушений функ-

ций систем кровообращения, дыхания, пищеварения, мочевыделения, эндокринной и др., их лечение (когда, какое, где) и его эффективность. Выясняется наследственность: состояние здоровья и заболевания, врожденные аномалии у ближайших родственников, причины их смерти. Указывается аллергологический, фармакологический, трансфузионный и эпидемиологический анамнез, прививочный статус.

Указывают МТ фактическую (при госпитализации), при наличии сведений — МТ до возникновения заболевания. Оценивают соответствие МТ возрасту больного, соответствие его физического развития возрасту и полу.

Отмечают особенности социальных и экологических условий жизни ребенка (промышленная зона, зоны радиационного контроля и т. п.), оценивая их вероятное влияние на течение заболевания, риск возникновения осложнений и особенностей послеоперационного периода, влияние на реабилитационную программу.

*Клиническое значение.* Анализ сведений, полученных по разделам 2 и 3, позволяет с учетом возрастных и половых анатомо-физиологических особенностей больного предположительно определить анатомическую область локализации патологического процесса, его характер (воспалительный, травматический, диспластический и т. п.). Исходя из этого формируется диагностическая программа — приемы и методики физикального, лабораторного и специального обследования.

#### **4. ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ НАСТОЯЩЕГО СОСТОЯНИЯ**

Одни и те же органы являются элементами различных функциональных систем, и чтобы избежать повторений в истории болезни, приводят описание результатов клинического обследования по функциональным системам и анатомическим областям. При этом последовательно излагают выявленные функциональные нарушения, результаты осмотра, пальпации, перкуссии, аускультации. Методики физикального исследования применяются с учетом анатомической структуры и функционального предназначения органа (системы). Необходимо максимально точно описывать выявленные признаки. Недопустимы констатирующие оценки или заключения типа «дегидратация», «интоксикация», «в норме», «ушибленная рана» и т. п. Исключением является оценка состояния больного при внешнем осмотре, которая уточняется и обосновывается результатами последующего клинического обследования.

##### **4.1. Оценка состояния больного**

Оценка состояния больного (удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое, крайне тяжелое, терминальное) первоначально базируется на выявленных внешних признаках, характеризующих функциональное со-

стояние приоритарных органов (сердце, легкие и головной мозг) и его соответствие метаболическим потребностям организма.

## **4.2. ОБЩИЙ ОСМОТР**

Данные общего осмотра включают описание (с учетом возрастных особенностей):

- сознания: ясное, сомноленция (церебральная депрессия), ступор, сопор, кома;
- поведения: активное, пассивное;
- походки: свободная, шадящая (с указанием характерных особенностей: акцент при ходьбе на определенную нижнюю конечность, хромота шадящая/нешадящая);
- положения тела ребенка: свободное, вынужденное.

## **4.3. КОЖНЫЙ ПОКРОВ, ЕГО ДЕРИВАТЫ.**

### **ВИДИМЫЕ СЛИЗИСТЫЕ ОБОЛОЧКИ ГУБ, ПОЛОСТИ РТА.**

### **ПОДКОЖНО-ЖИРОВАЯ КЛЕТЧАТКА И ПЕРИФЕРИЧЕСКИЕ РЕГИОНАРНЫЕ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ**

**Осмотр** позволяет установить:

- температуру тела в подмышечной впадине, ректальную температуру (обязательно у новорожденных и по показаниям у детей старше одного месяца);
- цвет кожного покрова: розовый, бледный, бледно-серый, цианоз периоральный, диффузный, акроцианоз, иктеричность. Локальность изменений окраски;
- видимые следы повреждений (знаки травмы): ссадину (эрозия), рану, рубец с описанием локализации, направления (согласно ближайшим анатомическим ориентирам), формы, размеров (площади), цвета раневой поверхности, раневого отделяемого (кровь, газ, экссудат: серозный, гнойный; его цвет, консистенция, запах); инородные тела и их описание;
- патологические изменения: опрелость, мацерацию, потницу, трещину, расчесы, пиодермальные элементы. Усиление венозного подкожного рисунка. Гиперкератоз, ксеродермию, шелушение. Пигментные невусы и ангиопатии. Элементы сыпи (экзантема, энантема): уртикарные (волдырь), розеолезные (пятнистые) или эритематозные, нодулярные (узелковые), геморрагические (экхимозы, петехии, гематома), туберкулярные (бугорковые), везикула (пузырек), пустула (гнойничек), буллезные (пузырчатые). Указывают локализацию, расположение (изолированное, групповое), количество (единичные, множественные);
- внешний вид, форму, цвет ногтевых пластинок. Изменения околногтевого валика (фликтена, турниоль у новорожденных), деформации, грануляции, отделяемое. Особенности волосяного покрова.

**Пальпацией** выявляют:

– тургор, развитие подкожно-жировой клетчатки (нормотрофия, паратрофия, гипотрофия, ожирение с указанием степени и дефицита или избытка МТ в процентах от должествующей). Склерему. Пастозность, отеки, их локализацию. Толщину кожной складки, ее эластичность. Влажность или сухость кожи;

– локальную болезненность, гиперестезию, гипо- или гипертермию;

– инфильтрацию, дефект, объемное образование с описанием локализации, размеров, формы (очертания линейные, округлые, неправильные), болезненности, подвижности (смещаемости), поверхности (гладкая, бугристая), консистенции (мягкая, эластичная, плотная), связи с кожей, внешнего вида кожи или слизистой оболочки над образованием. Симптомы флюктуации, зыбления.

Указанные признаки описания объемного образования используют при иных его локализациях, а также при описании периферических регионарных лимфатических узлов.

#### **4.4. КОСТНО-СУСТАВНАЯ И МЫШЕЧНАЯ СИСТЕМЫ**

Применяя при обследовании методики осмотра, пальпации и функциональных проб, выявляют:

– тип конституции: нормостенический, астенический, гиперстенический. Осанку, ее нарушения (сколиоз, кифоз, лордоз и др.). Видимые деформации, особенности и врожденные аномалии костей и мышц головы, шеи, грудной клетки, живота, конечностей плечевого и тазового поясов, пропорциональность развития;

– мышечный рельеф: гипертрофию (истинная, ложная), атрофию. Мышечный тонус: гипертонию, гипотонию, атонию. Тургор мышц. Мышечный дефект, объемное образование (описание см. в 4.3);

– суставы: дефигурацию, деформацию, периартикулярный отек, гиперемию, гипертермию; симметричность, движения (активные и пассивные), их диапазон, степень ограничения и вероятные причины (дисплазия, вывих, болезненность, травма, объемное образование и др.); функциональное состояние.

#### **4.5. ОРГАНЫ ДЫХАНИЯ**

**Осмотр** позволяет выявить:

– нарушения фонации: охриплость, афонию;

– изменения частоты дыхания (тахипноэ, брадипноэ), его ритма, глубины. Затруднение фаз дыхания с изменением соотношения продолжительности вдоха и выдоха (одышка, ее тип: инспираторная, экспираторная, смешанная). Приступы апноэ у новорожденных. Патологические



типы дыхания (Чейна–Стокса, Куссмауля, Биота). Участие в акте дыхания вспомогательной мускулатуры, у новорожденных — раздувание и ригидность крыльев носа. Носовое дыхание: свободное, сопящее, храпящее, стридорозное. Симметричность участия грудной клетки в акте дыхания. При откашливании описывается мокрота;

- западение или выпячивание одной из половин грудной клетки.

**Пальпация** позволяет обнаружить:

- локальную болезненность; сглаженность (выбухание), расширение или сужение межреберных промежутков; подкожную крепитацию; изменение голосового дрожания.

**Перкуссия** позволяет:

- охарактеризовать легочный звук (по М. В. Яновскому): над воздушным участком легкого (ясный, громкий, звонкий, высокий, продолжительный), над безвоздушным (неясный, тихий, глухой, низкий, короткий). Уточнить оттенки: коробочный, металлический, тимпанический. Крайняя степень укорочения и снижения интенсивности звука обозначается как абсолютная «бедренная» тупость;

- определить границы легочных полей, подвижность нижнего легочного края;

- выявить наличие объемного образования, его границы, размеры; линию Дамуазо.

**Аускультация** позволяет описать выявленные:

- кашель: сухой, влажный, грубый, беззвучный, конвульсивный, болезненный;

- бронхофонию; тип дыхательных шумов: везикулярные, бронхиальные, усиленные везикулярные (жесткие), пуэрильные у новорожденных; хрипы: сухие, влажные, крепитирующие, проводные;

- патологические шумы: трения плевры, перистальтические.

#### **4.6. ОРГАНЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ**

**Осмотр** позволяет описать сердечный и верхушечный толчок; выявить пульсацию яремных вен, пляску каротид, капиллярный пульс (проба Гведела); варикозное расширение подкожных и перианальных (геморроидальных) вен; флебит подкожных вен.

**Пальпаторно** исследуют:

- артериальный пульс: частоту, напряжение, наполнение, величину, форму, ритмичность, дефицит;

- топографию верхушечного и сердечного толчка.

**Перкуссией** определяют:

- границы относительной и абсолютной сердечной тупости, размеры сердца при кардиомегалии;

– наличие и направление смещения границ относительной сердечной тупости при синдроме внутригрудного напряжения.

**Аускультация** позволяет:

– определить величину артериального давления (систолического и диастолического) при использовании различных манометрических приборов;

– исследовать тоны сердца: усиление (акцент) или ослабление; сердечные шумы: функциональные, органические; громкие, хорошо проводимые за пределы сердца, не зависящие от фаз дыхания, постоянные, сохраняющиеся при изменении положения тела. Выясняют эпицентр и направление наиболее четкого проведения шума, соотношение с фазами сердечного цикла (систолический, пресистолический, диастолический). Оценивают силу, тембр и продолжительность. Выявляют наличие шума трения перикарда.

#### **4.7. Живот. Промежность**

Обследование включает описание функционального состояния и результатов объективного обследования (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) брюшной стенки, печени и системы пищеварения, селезенки, поджелудочной железы, почек и мочевого пузыря, матки и придатков у девочек, наружных половых органов и промежности.

**Исследование функционального состояния** осуществляют посредством **опроса**. При этом описывают:

– аппетит и его нарушения (снижен, отсутствует, повышен). Вкусовые ощущения. Наличие жажды. Объем принятой жидкости (сравнительный — больше или меньше обычного);

– изжогу, боль за грудиной, боль в груди при глотании (одинофагия) и их связь с приемом пищи; дисфагию. Руминацию. Отрыжку, запах выдыхаемого воздуха (отсутствует, неприятный, приторный, ацетона и т. п.);

– тошноту. Срыгивание. Рвоту, ее частоту, объем и вид рвотных масс: цвет, содержимое (съеденная пища, желудочное, застойное желудочное, застойное кишечное), запах (кислый, фекальный), наличие примесей желчи, крови;

– стул, его частоту в течение суток. Объем: обильный, скудный. Вид содержимого: каловый; каловый с примесью слизи, крови; мелена; слизь и кровь типа малинового желе. При выделении крови из прямой кишки — кровь предшествует акту дефекации, во время или после него, цвет крови (алая, темная). Консистенцию кала: оформленный (плотный, мягкий), неоформленный, жидкий. Цвет кала: коричневый, желтый, ахоличный (обесцвеченный), черный (дегтеобразный). Запах: кислый у новорожденного, зловонный. Связь дефекации с болью, псевдотенезмы, тенезмы. Запор, его периодичность, продолжительность. Отхождение газов: свободное, за-

трудненное, отсутствует. Удержание содержимого прямой кишки: произвольное опорожнение, непроизвольное (каломазание, энкопрез);

– мочеотделение и его частоту, объем, цвет мочи; болезненность мочеиспускания и дизурические проявления. Изменения мочевыделения в период болезни. Энурез;

– выделения из половых путей. У девочек пубертатного возраста определяется менструальная функция, период на момент обследования (менструальный, овуляторный, предменструальный, менопауза), периодичность цикла (установившаяся, не установившаяся).

**Осмотр** включает описание ротоглотки, внешнего вида живота и брюшной стенки, наружных половых органов и промежности. Описываются:

– губы: цвет, влажность, налеты, трещины; полость рта: цвет слизистой, анантема. Язык: влажность, сухость, гипертрофия сосочков, налеты; десны и зубы: гиперемия, припухлость, альвеолярная пиоррея, дефекты зубов, кариес, протезы. Глотка: миндалины, небные дужки; задняя стенка глотки: цвет, налеты, рубцы, выпячивание;

– живот: форма (правильный, распластаный («лягушачий»), втянутый/запавший, «ладьевидный»), увеличение, вздутие (равномерно или в определенной анатомической области). Симптом Валя. Симптомы Курвуазье, Иванова (расстояние между пупком и передней верхней остью подвздошной кости справа меньше, чем слева, при остром аппендиците), Розанова (невозможно из-за усиления боли «надуть» или втянуть живот). Видимая перистальтика желудка типа песочных часов, кишечника; контурирующиеся петли кишечника или объемное образование. Брюшная стенка: выраженность подкожной венозной сети, участие в акте дыхания (свободное, ограниченное, отсутствует), наличие выпячиваний в областях паховых, поясничных, пупочной, бедренных треугольников, в проекциях белой и спигелевой линий. У новорожденных — вид культи пуповины (цвет, влажность), пупочной ранки-грануляции, отделяемое (серозное, геморрагическое, гнойное, кишечное), изменения кожи вокруг пупка (гиперемия, мацерация, инфильтрация). Отсутствие кожного пупка при канатиковых грыжах, параумбиликальный дефект брюшной стенки при гастрошизисе;

– наружные половые органы и промежность: тип формирования наружных половых органов (мужской, женский), соответствие развития вторичных половых признаков возрасту и полу. Обнажение головки полового члена (свободное, ограниченное при фимозе, синехиях препуциального мешка). Гипо- или эписпадия. Атрезия hymen, гематокольпос, гематометра; ректовестибулярный свищ, эктопия анального канала и другие аномалии. У новорожденных — наличие заднепроходного отверстия, при его отсутствии — наличие, расположение и выраженность анальной «воронки», мекониевой пигментации.

**Пальпация** поверхностная живота (передней брюшной стенки, поясничных областей) позволяет выявить гиперестезию кожи, пассивное мышечное напряжение (локализованное или по всему животу), дефект в апоневротических или мышечных элементах брюшной стенки, объемное образование в ней. Пальпаторным исследованием мошонки определяют наличие яичек, соответствие их размеров возрасту, болезненность, наличие объемного образования в мошонке и его отношение к яичку, консистенцию, вправимость, определяют наружные паховые кольца, их размеры. Выявляют наличие симптома «толчка» при атрезии заднего прохода.

Пальпация глубокая проводится по Образцову–Стражеско в положении больного лежа и стоя (при необходимости) для выявления перитонеальных и болевых симптомов, исследования объемного образования. Может проводиться у больных, находящихся в состоянии медикаментозного сна или под наркозом. При этом у детей младшей возрастной группы выявляют и оценивают двигательные и эмоциональные эквиваленты болевых и перитонеальных симптомов.

Исследование начинают с заведомо безболезненной области. Выявляют локальную болезненность, перитонеальные симптомы Щеткина–Блюмберга, Воскресенского (симптом «скольжения»), Габая, Куленкампа. Далее исследуют наличие болевых топографических симптомов Филатова, Яуре–Розанова, Мейо–Робсона, Ровзинга, Бартомье–Михельсона, Ситковского, Образцова, Коупа I–II и Островского (с осторожностью!). Объемное образование в брюшной полости описывают по признакам, указанным в п. 4.3.

Пальпация позволяет описать:

- желудок, кишечник: контуры большой и малой кривизны, болезненность, наличие объемного образования; в проекции слепой, ободочной и сигмовидной кишок — пальпируемость, болезненность, объемное образование. Симптом Штернберга (Клейна, МакФедена) — болезненность в проекции корня брыжейки тонкой кишки. Энтероптоз;

- печень: отношение ее края к правой реберной дуге (гепатомегалия), консистенцию, болезненность, контур поверхности выступающей из-под реберной дуги печени, Френикус-симптом и симптомы Мэрфи, Баирова (симптом «пупка»: при надавливании на область кожного пупка выявляют усиление боли в правом подреберьи при травме печени);

- поджелудочную железу: пальпируемость, болезненность, наличие объемного образования в ее проекции. Симптом Воскресенского — ослабление или исчезновение пульсации брюшной аорты при панкреатите;

- селезенку: пальпируемость ниже края левой реберной дуги при спленомегалии, консистенцию, поверхность, болезненность. Прием Вейнерта при травме селезенки;

– почки: пальпируемость, объемное образование, нефроптоз. Симптом Пастернацкого;

– придатки матки: пальпируемость, объемное образование, болезненность. Симптом Жиздринского;

– полость малого таза и прямую кишку (при пальцевом ректальном обследовании по показаниям): тонус, растяжимость анального сфинктера (канала), наложение прямой кишки. Симптом Грекова (Обуховской больницы). Инородное тело, объемное образование в просвете прямой кишки, в брюшной полости, локальную болезненность. Симптом Промптова. По окончании обследования — вид содержимого прямой кишки на перчатке (кал, слизь, кровь и т. п.).

**Аускультация** живота позволяет выявить: перистальтические шумы (обычные, глуховатые, ритмичные, булькающие), изменение их интенсивности (усиленные, звонкие или ослабленные вплоть до исчезновения), ритмичности (непрерывные, обрывающиеся, единичные); связь с болью или изменением поведения, положения ребенка, шум плеска, симптом Склярова.

**Перкуссия** применяется для выявления болевых топографических симптомов Раздольского, Ортнера, Пастернацкого, обнаружения тимпани-та над областью печени (пневмоперитонеум), укорочения звука в нижнебоковых (отлогих) областях живота (гидроперитонеум: гемоперитонеум, асцит). Перкуторно исследуют размеры объемного образования и перкуторный звук над ним, границы печени по Курлову, скелетотопические границы селезеночной тупости. Определяют наличие симптома Вала.

#### 4.8. НЕРВНАЯ И ЭНДОКРИННАЯ СИСТЕМА

**Исследование функционального состояния** осуществляют посредством **расспроса**. При этом выясняют: самочувствие, настроение, утомляемость, угнетенность, возбуждение, раздражительность, плаксивость, страх, эмоциональную лабильность; длительность, глубину сна. Характеризуют головную боль: локализацию, интенсивность, периодичность, чем сопровождается (тошнотой, рвотой). Уточняют наличие головокружения, потемнения в глазах. Описывают очаговые неврологические симптомы, судороги, параличи, потерю сознания. Выявляют признаки нарушений периферической нервной системы, сухожильные рефлексy, нарушения болевой, тактильной чувствительности. Описывают рефлексy периода новорожденности: поисковый, сосательный, Бабкина, Моро, Робинсона, защитный, Баура (ползания), Таланта и Переса.

**Осмотр и пальпация** позволяют описать:

– череп: форму, видимые повреждения, деформации. Большой родничок: размеры, конфигурацию, западение, напряжение; лицо: эмоци-

ональное выражение, симметричность; глаза: форму, симметричность глазных щелей, птоз, энофтальм, экзофтальм. Эпикант. Зрачки: симметричность формы, величины, реакцию на свет, нистагм, конвергенцию. Уши: выделения из слухового прохода, болезненность при пальпации козелка, области сосцевидного отростка. Нарушение слуха. Передние и задние черепно-мозговые грыжи;

– область щитовидной железы: увеличение, форму, размеры, консистенцию, болезненность. Объемное образование (кисты) и свищи шеи.

#### **4.9. МЕСТНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ**

Описываются выявленные объективно при обследовании анатомической области симптомы хирургического заболевания.

Особенность хирургического обследования заключается в первоначальном поиске местных проявлений хирургического заболевания на основании анамнестически установленного характера процесса (воспаление, кишечная непроходимость, травматическое повреждение внутренних органов, диспластические изменения и т. п.) и его предположительной локализации.

### **5. ЛАБОРАТОРНЫЕ, СПЕЦИАЛЬНЫЕ И ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЙ**

#### **5.1. ЛАБОРАТОРНЫЕ МЕТОДЫ**

К лабораторным методам исследования относятся следующие:

- клинические;
- биохимические;
- серологические;
- бактериологические, бактериоскопические;
- гистологические, цитологические.

#### **5.2. МЕТОДЫ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ**

Данные методы включают:

- рентгенологические методы (обзорные и контрастирующие: ангиография, бронхография, эзофагогастрография, ирригография и др.; фистулография, спленопортография, урография и т. п.);
- сонографию (ультразвуковая томография);
- компьютерную, магнито-резонансную томографию;
- тепловизионное исследование;
- радиоизотопное исследование.

### **5.3. МЕТОДЫ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ**

Для функциональной диагностики используются следующие методы:

- органов и систем гемодинамики — ЭКГ, ФКГ, поликардиография, реоплетизмография и др.; комплексные исследования при зондировании сердца и крупных сосудов;

- органов дыхания и газообмена;
- ЦНС — электроэнцефалография;
- измерение ЦВД;
- мышечной системы скелета — электромиография;
- кишечника — электроэнтерография, сфинктероманометрия.

### **5.4. ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Эндоскопические исследования включают:

- эндоскопию: фиброзофагогастроуденоскопию, колоноскопию, ректороманоскопию, бронхоскопию и др.;
- лапароскопию, торакоскопию, цисто- и хромоцистоскопию и т. п.

## **6. ОБОСНОВАНИЕ ДИАГНОЗА**

Приводят перечень жалоб, местных и общих симптомов заболевания в их причинно-следственной взаимообусловленности — проводят группировку и анализ симптомокомплексов. Дают клиническую интерпретацию результатов лабораторных и других исследований, подтверждающих или выявляющих патогномичные изменения, признаки. Формулируют диагноз в соответствии с международной классификацией болезней (МКБ–Х).

## **7. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА**

Приводят перечень всех заболеваний, при которых возможно выявление указанных в разделе 6 симптомов и синдромов. Указывают опорные (основные) дифференциально-диагностические признаки, характеризующие отличия и не выявленные у больного, для исключения сходного заболевания.

## **8. ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ**

С учетом современного научного знания излагается причина возникновения данного заболевания у конкретного больного и механизм развития патологического процесса (клиническая физиология), позволяющие объяснить выявленные симптомы, раскрыть их взаимосвязь и вза-

имообусловленность, обосновать в последующем план этиотропного и патогенетического лечения.

## **9. ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ**

Обоснование хирургической тактики включает показания к операции или применению метода консервативного лечения с целью устранения причины хирургического заболевания (радикальное лечение) либо создания условий для наиболее оптимальной компенсации нарушенных функций (паллиативное лечение).

При наличии показаний к операции описывают:

- предоперационную подготовку: цель и задачи, мероприятия, методы, препараты, продолжительность, критерии оценки эффективности;
- операцию: предполагаемые оперативный доступ и оперативный прием, объем хирургического вмешательства. Оценивают степень риска. Указывают о согласии родителя (опекуна) при выполнении операции у больных в возрасте до 16 лет;
- послеоперационное лечение: цель и задачи, элементы программы лечения, методы, препараты, режим, диету (№ стола по Певзнеру), методики контроля, программированный мониторинг.

## **10. ТЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ**

История болезни включает:

1. Протокол операции: дату, время, описание.
2. Дневники наблюдения. Краткое описание общего состояния, общих и местных симптомов, характеризующих течение послеоперационного периода (болезни) за 2–4 дня наблюдений. Температурный лист больного за этот же период.
3. Лист назначений на каждый день наблюдения, подписанный куратором. Назначение медикаментозных средств производят с указанием лекарственной формы, разовой дозы, интервалов (кратности) и способа введения, объемно-скоростной характеристики инфузионной программы (мл/мин, кап./мин).

## **11. ЭПИКРИЗ**

Эпикриз оформляется при выписке (выбытии) больного из данного стационара, а также в виде этапного эпикриза через каждые 10–14 дней лечения. Содержит ретроспективную характеристику заболевания, вид и объем хирургического вмешательства, особенности заболевания, касающиеся трудности диагностики, определения хирургической тактики, эф-



фективности проводившегося лечения и его функциональных результатов. Анализируется динамика показателей (признаков) лабораторных и других методов обследования. Обосновывается необходимость дальнейшего лечения и его программа.

Эпикриз содержит:

1. Сведения о больном, стационаре, продолжительности пребывания в нем (больной Н., пол, возраст, находился на лечении в отделении \_\_\_\_\_ (название стационара) с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_).

2. Клинический диагноз. Операция: дата, название.

3. Послеоперационное лечение: наименование, разовая и суточная дозы, продолжительность курса при назначении антибактериальных, гормональных препаратов. Трансфузии крови, ее препаратов (способ, объем, кратность, осложнения). Группы применявшихся препаратов. Инвазивные методы диагностики и лечения (люмбальная пункция, катетеризация вен, перидуральная анестезия, гемосорбция и т. п.). Дата снятия швов и характер заживления послеоперационной раны.

4. Данные лабораторных и иных исследований на момент оформления эпикриза с оценкой их динамики.

5. Итог проведенного лечения (выписан с выздоровлением, с улучшением, без перемен; ухудшение; переведен в другой стационар; продолжает лечение).

6. Конкретные и краткие рекомендации при выписке (переводе), касающиеся режима, особенностей питания, медицинского наблюдения и реабилитационного лечения (по показаниям), определения инвалидности.

7. Прогностическое заключение, которое составляется в отношении жизни, здоровья и функционально-анатомического восстановления.

## ЛИТЕРАТУРА

1. *Игнатов, С. И.* Руководство по клиническому исследованию ребенка (с элементами семиотики и диагностики) / С. И. Игнатов. М. : Медицина, 1978. 328 с.
2. *Ефремов, В. А.* Клиническое исследование ребенка / В. А. Ефремов. 1984.
3. *Иванов, С. В.* Обследование больного в клинике хирургических болезней / С. В. Иванов, А. Л. Ярош, Е. П. Розберг. Курск : КГМУ, 2004. 104 с.
4. *Кондратенко, Г. Г.* Физикальное обследование хирургического больного : метод. рекомендации / Г. Г. Кондратенко, И. Н. Игнатович, А. А. Татур. Минск : БГМУ, 2008. 32 с.

## ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение .....	3
1. Оформление учебной истории болезни.....	3
2. Паспортная часть .....	4
3. Субъективное обследование.....	5
4. Объективное исследование настоящего состояния.....	6
5. Лабораторные, специальные и дополнительные методы исследований.....	14
6. Обоснование диагноза.....	15
7. Дифференциальная диагностика.....	15
8. Этиология и патогенез.....	15
9. План лечения и его обоснование.....	16
10. Течение болезни.....	16
11. Эпикриз .....	16
Литература .....	18

Учебное издание

**Аверин** Василий Иванович  
**Черевко** Вячеслав Михайлович  
**Хомич** Владимир Михайлович  
**Рустамов** Васим Мирзабекович

# **ОБСЛЕДОВАНИЕ ДЕТЕЙ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ: СХЕМА УЧЕБНОЙ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ**

Учебно-методическое пособие

Ответственный за выпуск В. И. Аверин  
Редактор О. В. Лавникович  
Компьютерная верстка В. С. Римошевского

Подписано в печать 27.12.12. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Снегурочка».  
Ризография. Гарнитура «Times».  
Усл. печ. л. 1,16. Уч.-изд. л. 0,86. Тираж 99 экз. Заказ 350.

Издатель и полиграфическое исполнение:  
учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет».  
ЛИ № 02330/0494330 от 16.03.2009.  
Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.