

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

**СХЕМА НАПИСАНИЯ
МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ
СТАЦИОНАРНОГО ПАЦИЕНТА
С ХИРУРГИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ**

Минск БГМУ 2024

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ХИРУРГИИ И ТРАНСПЛАНТОЛОГИИ

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

**СХЕМА НАПИСАНИЯ
МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ
СТАЦИОНАРНОГО ПАЦИЕНТА
С ХИРУРГИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ**

Методические рекомендации



Минск БГМУ 2024

УДК 616-089-071:614.2(075.8)

ББК 54.5я73

К21

Рекомендовано Научно-методическим советом университета в качестве методических рекомендаций 30.04.2024 г., протокол № 16

Рецензенты: д-р мед. наук, проф. каф. хирургии и трансплантологии Белорусского государственного медицинского университета И. Н. Игнатович; канд. мед. наук, доц., зав. отделением трансплантации Минского научно-практического центра хирургии, трансплантологии и гематологии И. П. Штурич

Карман, А. Д.

К21 Схема написания медицинской карты стационарного пациента с хирургическим заболеванием : методические рекомендации / А. Д. Карман, В. Л. Казущик, А. В. Пландовский. – Минск : БГМУ, 2024. – 19 с.

ISBN 978-985-21-1694-7.

Описаны разделы медицинской карты, 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, предоставлены образцы оформления титульного листа медицинской карты, формулировки полного клинического диагноза, перечислены наиболее часто встречающиеся хирургические заболевания с целью дифференциальной диагностики.

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

УДК 616-089-071:614.2(075.8)

ББК 54.5я73

ISBN 978-985-21-1694-7

© А. Д. Карман, В. Л. Казущик, А. В. Пландовский, 2024

© УО «Белорусский государственный медицинский университет», 2024

СБОР АНАМНЕЗА

Перед началом общения с пациентом необходимо представиться, сообщить свои фамилию и имя, сказать, на каком курсе медицинского университета вы учитесь, и рассказать о цели вашего прихода к нему. При сборе анамнеза, объективном обследовании и заполнении медицинской карты в первую очередь необходимо собрать полные сведения о пациенте: фамилия, имя, отчество, дата рождения, пол, место прописки и жительства (паспортные данные), образование, профессия, место работы, семейное положение, дата и время поступления в хирургическое отделение, кем был направлен в стационар.

ЖАЛОБЫ ПАЦИЕНТА

Прежде всего следует задать пациенту 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 медицинской карте. На первое место выносятся те жалобы, которые имеют наиболее важное значение в постановке диагноза (локализация болей в животе: в эпигастрии, правом или левом подреберье, правой или левой боковой области живота, правой или левой подвздошной области, надлонной или околопупочной области). Также следует установить характер болевого симптома (острые, схваткообразные, постоянные, режущие, ноющие, тупые боли), наличие иррадиации болей (в спину, подлопаточную или поясничную область и т. д.).

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, а также полученную информацию о заболевании необходимо уточнять соответствующими целенаправленными вопросами. В первую очередь необходимо выяснять главные жалобы, 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, пожилой возраст. В каждом из возрастных периодов необходимо учитывать местность, где живет или жил больной, жи-

лищные условия, эпиданамнез, семейные обстоятельства (отношения в браке, наличие детей), режим питания, условия труда, вредные привычки (курение, прием алкоголя, наркотических препаратов), наследственность (онкологический анамнез), венерические заболевания, перенесенные (инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения и др.) и сопутствующие (ИБС, сахарный диабет, ожирение и др.) заболевания, гемотрансфузии, операции, полученные травмы, гинекологический анамнез, наличие аллергической реакции (на лекарства, пыльцу, пищу и др.) и как она проявлялась (крапивница, отек Квинке 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 динамику течения заболевания.
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

Проводится общий осмотр пациента. Оцениваются вид и общее состояние (удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое, крайне тяжелое), уровень сознания (в сознании, ступор, сопор, кома), положение (активное, пассивное, вынужденное), поведение и адекватность (спокойный, безучастный, тревожный, возбужденный, агрессивный), выражение лица (обычное — не представляющее никаких болезненных проявлений, страдальческое, безразличное, выражающее гнев, испуг, тоску, возбуждение) пациента. Определяются рост и масса, индекс массы тела (рассчитывается по следующей формуле: массу тела в килограммах разделить на рост в метрах в квадрате), характер телосложения (правильное или неправильное), а также тип конституции (астенический, нормостенический, гиперстенический).

ОБСЛЕДОВАНИЕ ПАЦИЕНТА ПО СИСТЕМАМ

Выполняется в следующем порядке:

1. Кожные покровы и видимые слизистые (окраска, эластичность, тургор, наличие высыпаний и образований).
2. Состояние лимфатической системы (наличие пальпируемых лимфатических узлов: 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

Голова и шея. При наличии выпячивания на шее необходимо измерить ее окружность. Устанавливаются точная анатомическая локализация опухолевидного образования, границы, подвижность, консистенция, болезненность, отношение к крупным сосудам шеи, к трахее, связь с актом глотания, спаянность с кожей. Визуально и пальпаторно определяется наличие увеличения щитовидной железы, ее однородность.

Грудная клетка. Дается оценка ее форме (нормостеническая, гиперстеническая, астеническая), выявляется наличие деформации. Осуществляется пальпация молочных (грудных) желез.

Обследование органов дыхания: тип дыхания (грудной, брюшной, смешанный), частота (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, рентгенография, КТ грудной клетки (по показаниям).

Органы кровообращения. Определяется пульс: его частота, ритм, величина, скорость, напряжение. Измеряется 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 (тредмил-тест, велоэргометрия и др.), холтеровского мониторирования (круглосуточная 24- или 48-часовая непрерывная запись ЭКГ пациента, проводимая автономным цифровым регистратором, закрепленным на пациенте).

Инструментальные методы исследования: ЭКГ, эхокардиография, фонокардиография, коронарография (по показаниям).

Органы пищеварения. Осмотр ротовой полости, языка (влажный, сухой, чистый, обложен налетом и др.). Исследуется пищевод (есть ли признаки дисфагии — нарушения проходимости по пищеводу).

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 — появление цианотичных пятен, наличие грыжевого выпячивания), перкуссия (определение притупления в отлогих местах — в боковых отделах живота и над лоном, наличие тимпанита), пальпация (поверхностная и глубокая с целью определения степени напряжения, наличия образований в брюшной полости), аускультация (перистальтика кишечника: нормальная, усилена, ослаблена, отсутствует; имеются патологические шумы, например «шум плеска»). Пальпация области желудка и 12-перстной кишки, проекции поджелудочной железы, слепой кишки и области червеобразного отростка, а также других отделов толстой кишки. Перкуссия и пальпация печени и желчного пузыря. Пальпация и перкуссия селезенки (на правом боку).

Обследование прямой кишки и заднего прохода: осмотр анальной области, пальцевое исследование, осмотр ректальным зеркалом (при его наличии).

Органы мочеполовой системы. Обследование почек: пальпация поясничных областей, симптом поколачивания. Перкуссия надлонной области (определение размеров мочевого пузыря при его увеличении). Ректальное исследование предстательной железы. Осмотр наружных половых органов: мошонки, яичек, определение их контуров, болезненности, состояния семенного канатика, придатков яичек. Пальпация наружных паховых колец, симптом «кашлевого толчка». Определяется наличие выпячивания выше или ниже паховой связки (в проекции выхода бедренных грыж) и отношение выпячивания к элементам семенного канатика, его вправимость в брюшную полость.

Нервная система. Оцениваются: высшая нервная деятельность (психическое состояние и адекватность пациента на момент осмотра), черепно-мозговые нервы, двигательная сфера, рефлексы, патологические рефлексы, чувствительная сфера, дермографизм в его различных проявлениях.

Описание местного статуса заболевания (status localis). Подробно описываются все местные проявления заболевания с указанием патогномных симптомов и функциональных проб (прил. 1), дается их трактовка. В локальный статус также выносятся описание состояния послеоперационной раны, наличие осложнений, ежедневное количество отделяемого по дренажам.

Интерпретация результатов. Анализируются данные лабораторных анализов (прил. 2), инструментальных методов обследования. Необходимо сделать выводы и заключение из полученных данных. Описание результатов инструментальных методов исследования следует давать в развернутом виде, а не только заключение (необходимо отражать полное описание протоколов инструментальных методов обследования).

СХЕМА СОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ

Титульный лист медицинской карты. Образец представлен в прил. 3.

Разделы медицинской карты хирургического пациента:

1. Общие сведения о пациенте (паспортные данные, можно печатать только первые буквы Ф.И.О. пациента).

2. Диагноз направившего учреждения или скорой помощи.

3. Клинический диагноз (пример формулировки в прил. 4).

Сбор анамнеза:

1. Жалобы пациента.

2. История настоящего заболевания.

3. История жизни пациента.

4. Выводы из анамнеза.

Объективное исследование:

1. Клиническая картина данного заболевания.

2. Этиология и патогенез.

3. Общий статус.

4. Обследование пациента по системам, областям и органам.

5. Клиническое исследование лабораторными методами: анализ крови (общий и биохимический), мочи, мокроты, кала, выпота из брюшной и плевральной полостей и др. (прил. 2). Инструментальные методы исследования: УЗИ, фиброгастродуоденоскопия, рентгенография органов грудной клетки и брюшной полости, ЭКГ, эхокардиография, ангиография, ретроградная холангиопанкреатография (РХПГ), эндосонография, бронхоскопия, колоноскопия, доплерография сосудов нижних конечностей, УЗИ вен нижних конечностей, КТ органов брюшной полости с контрастом, МРТ и др. Оценка полученных результатов.

6. Диагноз, его обоснование и дифференциальная диагностика данного заболевания с другими хирургическими болезнями.

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 возникновения данного заболевания.

11. Прогноз (в отношении жизни, здоровья и труда), исход болезни.

12. Течение болезни (дневники). Пишутся ежедневно и отображают динамику заболевания.

13. Температурный лист.

14. Выписной эпикриз.

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 данно-

му заболеванию (прил. 5). При этом необходимо указать, что общего между этими заболеваниями, а также что их различает, и на основании различия симптоматики, результатов лабораторных анализов и инструментальных 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 морфологическим, биохимическим и другим изменениям, которые происходят в организме пациента при клиническом течении данного заболевания.

Дневник (отражает динамику течения заболевания и состояние пациента — ухудшение, улучшение или без изменений) ведется ежедневно. Дневник делится на 3 раздела: состояние пациента, течение заболевания, назначения.

Температурный лист.

В **выписном эпикризе** в краткой форме отражается резюме основных положений истории болезни и рекомендации для амбулаторного этапа лечения. Если пациент все еще находится в стационаре на момент окончания курации, в конце эпикриза надо написать, что лечение продолжается.

Подпись куратора.

Список литературы, использованной при написании истории болезни.

ПЕРЕЧЕНЬ ОСНОВНЫХ СИМПТОМОВ ДЛЯ ОПИСАНИЯ ОСТРЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Симптомы острого аппендицита:

– *Волковича–Кохера* — боль первоначально возникает в эпигастрии и через 2–4 ч локализуется в правой подвздошной области;

– *Ровзинга* — левой рукой прижимают нисходящую ободочную кишку в левой подвздошной области, не отнимая левой руки пальцами правой надавливают на вышележащий участок нисходящей ободочной кишки, при этом 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 мечевидного отростка косо вниз к левой подвздошной области, затем к правой подвздошной области, где 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 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.

Симптомы острого холецистита:

– *Мерфи* — большой палец левой руки расположен ниже правой реберной дуги, остальные пальцы этой руки — по краю правой реберной дуги, пациент прерывает глубокий вдох из-за острой боли под большим пальцем;

– *Грекова–Ортнера* — болезненность при поколачивании ребром ладони по правой реберной дуге по среднеключичной линии;

– *Мюсси–Георгиевского* — болезненность при надавливании пальцем над ключицей между ножками правой грудино-ключично-сосцевидной мышцы;

– *Боткина* — холецистокардиальный симптом — иррадиация боли в область сердца;

– *Березнеговского* — иррадиация боли в правое надплечье.

Симптомы острого панкреатита:

– *Воскресенского* — отсутствие пульсации брюшного отдела аорты в проекции поджелудочной железы;

– *Мейо–Робсона* — болезненность при пальпации в левом реберно-позвоночном углу;

– *Кёрте* — болезненность и напряжение мышц передней брюшной стенки при пальпации на 5–6 см выше пупка по средней линии живота в проекции поджелудочной железы;

– *Грея–Тёрнера* — цианоз на коже боковой области живота;

– *Куллена* — подкожные кровоизлияния в околопупочной области;

– *Мондора* — появление фиолетовых пятен на коже лица и туловища;

– *Холстеда* — цианоз отдельных участков кожи передней поверхности живота.

Симптомы острой кишечной непроходимости:

– *Склярова* — «шум плеска», определяемый при аускультации живота;

– *Валя* — асимметричное вздутие живота, пальпируемая раздутая петля кишки и тимпанит при перкуссии над ней;

– *Кивуля* — высокий тимпанит при перкуссии живота;

– *Спасокукоцкого* — аускультативно определяемый звук падающей капли;

– *Обуховской больницы* — расширенная и пустая ампула прямой кишки при ректальном исследовании.

Симптомы прободной язвы:

– *Дзбановского* — поперечные втянутые бороздки на передней брюшной стенке, соответствующие перемычкам прямых мышц живота;

– *Спижарного* — исчезновение «печеночной тупости» — высокий тимпанит над печенью;

– *Куленкамфа* — при ректальном исследовании выявляется нависание передней стенки прямой кишки, резкая болезненность в дугласовом пространстве.

Пробы при варикозной болезни подкожных вен нижних конечностей: *Броди–Троянова–Тренделенбурга, Гаккенбруха, Шварца, Пратта I, II, Шейниса, Тальмана, Дельбе–Пертеса* (описание проб приведено в материале лекций).

Симптомы флеботромбоза 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 переднезаднем направлении;

– *Ловенберга* — резкая боль в икроножной мышце при давлении 60 мм рт. ст. в манжетке, наложенной на среднюю треть голени.

Пробы при облитерирующем атеросклерозе артерий нижних конечностей:

– *Оппеля* — больной в положении лежа на спине поднимает нижние конечности, согнутые в коленных суставах до угла 45°, и удерживает их в таком положении 1 мин. При недостаточности периферического артериального кровообращения в области подошвы на стороне поражения наступает побледнение, которое в норме отсутствует;

– *Бурденко* — стоящему больному предлагают согнуть ногу в коленном суставе под углом 45° . По интенсивности мраморного характера окраски стопы судят о кровообращении в стопе;

– *Самюэлса* — в положении с приподнятыми ногами больной совершает 20–30 сгибаний в голеностопных суставах. Появление бледности стопы быстрее наступает на стороне поражения;

– *Шамовой* — на поднятую ногу, согнутую в коленном суставе, наложить манжету на среднюю треть бедра и нагнать давление выше систолического, затем ногу опустить и через 4 мин манжету снять. При недостаточности кровообращения гиперемия на стопе и голени пораженной конечности наступит более чем через 1 мин (в норме — 30 с);

– *Панченко* — в положении сидя при укладывании ноги за ногу возникают неприятные ощущения, чувство онемения и боли в пораженной конечности.

НОРМАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ АНАЛИЗОВ

ОБЩИЙ АНАЛИЗ КРОВИ

Наименование	Нормальные показатели
Эритроциты	$(3,7-4,9) \cdot 10^{12}/л$
Гемоглобин	120–150 г/л
Цветной показатель	0,8–1,0
Тромбоциты	$(150-400) \cdot 10^9/л$
Лейкоциты	$(4,0-9,0) \cdot 10^9/л$
Эозинофилы	0,5–5 %
Нейтрофилы:	
палочкоядерные	1–6 %
сегментоядерные	47–72 %
Моноциты	3–11 %
Лимфоциты	19–37 %
СОЭ	0–20 мм/ч (10–50 лет)

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
Креатинин	58–96 мкмоль/л (старше 18 лет)
Мочевина	2,8–7,2 ммоль/л
Мочевая кислота	жен.: 140–340 ммоль/л; муж.: 200–415 ммоль/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 ммоль/л; муж.: 11,6–30,4 ммоль/л
Калий	3,5–5,1 ммоль/л
Кальций	2,2–2,65 ммоль/л
Натрий	136–146 ммоль/л
Хлор	96–09 ммоль/л
Амилаза	крови: до 80 МЕ/л; мочи (диастаза): до 380 МЕ/л
АСТ	5–35 МЕ/л
АЛТ	5–35 МЕ/л
Щелочная фосфатаза	жен.: 30–110 МЕ/л; муж.: 30–130 МЕ/л
ГГТ	жен.: до 40 МЕ/л; муж.: до 55 МЕ/л
ЛДГ	225–450 МЕ/л
КФК	до 190 МЕ/л
КФК-МБ	10–25 МЕ/л
Ревматоидный фактор	< 30 МЕ/мл
С-реактивный белок	< 5 мг/л
Прокальцитонин	< 0,5 нг/л

Профиль гликемии (с указанием даты и времени исследования).

КОАГУЛОГРАММА

Фаза свертывания		Тесты	Норма	Опасная зона гипокоагуляции	Опасная зона гиперкоагуляции
Первичный гемостаз сосудисто- тромбоцитарный		Количество тромбоцитов	$(150-400) \cdot 10^9/\text{л}$	$< 150 \cdot 10^9/\text{л}$	$400 \cdot 10^9/\text{л}$
		Адгезия, %	30–40	20	40
		Агрегация	16–20	25	15
Вторичный гемостаз	I фаза — протромбинообразование	АЧТВ	22,7–31,8	35	< 22
	II фаза — тромбинообразование	ПТИ	0,7–1,2	< 0,7	> 1,2
	III фаза — фибринообразование	Фибриноген А, г/л	2–4	< 2	> 4
		РКМФ, усл. ед.	30–80	–	80
		В-нафтоловая проба	+, –	–	++, +++
Антикоагулянты		Тромбиновое время, с	15,5–19,4	20	< 15,5
Посткоагуляционная фаза		Ретракция, %	60–75	< 60	80
		Спонтанный фибринолиз, %	10–20	20	< 10
		Эглобулиновый (тест резерва), мин	150–200	< 150	250
		ХЗФ, мин	4–9	< 4	10

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

ОБЩИЙ АНАЛИЗ МОЧИ

Наименование	Нормальные показатели
Цвет	соломенно-желтый
Прозрачность	прозрачная
Реакция (pH)	нейтральная, слабокислая (5,5–7)
Удельный вес	1,01–1,025
Белок	отсутствует или следы (0–0,15 г/л)
Глюкоза	отсутствует (0–2,8 ммоль/л)
Кетоновые тела	отсутствуют (не более 1,5 ммоль/л)
Уробилиновые тела	отсутствуют (0–35 мкмоль/л)
Билирубин	отсутствует (не более 0–8,5 мкмоль/л)
Гемоглобин	отсутствует
Осадок	отсутствует

МИКРОСКОПИЯ ОСАДКА МОЧИ (ЕД/мкл)

Наименование	Нормальные показатели
Эритроциты	0–10
Лейкоциты	0–12
Скопление лейкоцитов	0–12
Клетки плоского эпителия	0–5
Клетки неороговевающего эпителия	0–2
Гиалиновые цилиндры	0–2
Патологические цилиндры	0–1,5
Кристаллы	0–6
Кристаллы мочевой кислоты	0–6
Аморфные кристаллы	0–130
Бактерии	0–130
Слизь	0–264
Дрожжи	0–3

**ОБРАЗЕЦ НАПИСАНИЯ ТИТУЛЬНОГО ЛИСТА
МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ**

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ХИРУРГИИ И ТРАНСПЛАНТОЛОГИИ
Зав. кафедрой — д-р мед. наук, проф. О. О. Руммо

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА № _____

Смирнов Григорий Петрович (можно СГП)

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: ассист. (доц., проф.),
канд. мед. наук (д-р мед. наук)

ФОРМУЛИРОВКА КЛИНИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА

При формулировке клинического диагноза необходимо отметить:

1. Основное заболевание.
2. Фоновое заболевание (сахарный диабет, артериальная гипертензия и др.).
3. Осложнения основного заболевания.
4. Сопутствующие заболевания.

Пример формулировки клинического диагноза:

1. **Основной:** Острый гангренозный прободной аппендицит.
2. **Фоновое заболевание:** Сахарный диабет, 2-й тип, состояние клинико-метаболической субкомпенсации.
3. **Осложнение:** Общий 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

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, аднексит, почечная колика, правосторонний пиелонефрит.

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, абдоминальная форма инфаркта миокарда.

Острый холецистит и обострение хронического холецистита: 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, правосторонний плеврит, абдоминальная форма инфаркта миокарда.

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.

Острая кишечная непроходимость: острый панкреатит, прободная язва желудка и 12-перстной 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.

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

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

Варикозное расширение подкожных вен ног (и осложнения): слоновость, врожденные венозные дисплазии (синдромы Клиппеля–Треноне, Паркса–Вебера–Рубашова), болезнь Бюргера, флеботромбоз глубоких вен, лимфангит.

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

ОГЛАВЛЕНИЕ

Сбор анамнеза.....	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.....	5
Обследование пациента по областям	5
Схема составления медицинской карты	7
Приложение 1. Перечень основных симптомов для описания острых хирургических заболеваний.....	9
Приложение 2. Нормальные показатели анализов	12
Приложение 3. Образец написания титульного листа медицинской карты	15
Приложение 4. Формулировка клинического диагноза.....	16
Приложение 5. Дифференциальная диагностика наиболее частых хирургических заболеваний	17

Учебное издание

Карман Александр Дмитриевич
Казущик Василий Леонович
Пландовский Александр Владимирович

**СХЕМА НАПИСАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ
СТАЦИОНАРНОГО ПАЦИЕНТА
С ХИРУРГИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ**

Методические рекомендации

Ответственный за выпуск О. О. Руммо
Редактор Н. В. Оношко
Компьютерная вёрстка Н. М. Федорцовой

Подписано в печать 06.12.24. Формат 60×84/16. Бумага писчая «PROJESTA».
Ризография. Гарнитура «Times».
Усл. печ. л. 1,16. Уч.-изд. л. 0,7. Тираж 50 экз. Заказ 676.

Издатель и полиграфическое исполнение: учреждение образования
«Белорусский государственный медицинский университет».
Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 1/187 от 24.11.2023.
Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.

ISBN 978-985-21-1694-7



9 789852 116947