

Министерство образования и науки Украины
Сумский государственный университет
Медицинский институт

4297 Методические указания
к практическим занятиям
на тему
«Схема написания истории болезни хирургического больного»
по курсу «Общая хирургия»
для иностранных студентов медицинских вузов
дневной формы обучения



Сумы
Сумский государственный университет
2017

Методические указания к практическим занятиям на тему «Схема написания истории болезни хирургического больного» по курсу «Общая хирургия» / составители: А. В. Кравец, В. П. Шевченко, Г. И. Пятикоп, И. Я. Гресько. – Сумы : Сумский государственный университет, 2017. – 49 с.

Кафедра общей хирургии, радиационной медицины и фтизиатрии

СОДЕРЖАНИЕ

	С.
Предисловие.....	4
1 Титульная страница	6
2 Паспортная часть	7
3 Жалобы больного	8
4 История заболевания (anamnesis morbi)	13
5 История жизни (anamnesis vitae)	13
6 Объективное обследование (status praesens objectivus)	14
7 Место заболевания (status localis)	24
8 Предварительный диагноз	25
9 План обследования	26
10 Клинический диагноз	30
11 Этиология и патогенез заболевания	31
12 Лечение	32
13 Передоперационный эпикриз	33
14 Протокол операции	35
15 Послеоперационный период	37
16 Дневники	38
17 Профилактика заболевания	40
18 Прогноз	40
19 Исход заболевания	40
20 Выписной эпикриз	40
21 Использованная литература	43
Приложения	44
Список литературы	48

ПРЕДИСЛОВИЕ

«История болезни» является документом, который имеет лечебное, научное и юридическое значение. История болезни обеспечивает преемственность и последовательность лечения больного, является главным источником информации о нем. Этот документ должен быть оформлен аккуратно и грамотно. Заполнение всех разделов истории болезни является обязательным и должно быть достоверным.

Необходимо различать клиническую и академическую истории болезни. Написание их имеет разные цели.

Клиническая история болезни ведется практическим врачом с момента госпитализации больного. В ней фиксируются основные этапы клинического, инструментального и лабораторного обследований, консультации врачей-специалистов, устанавливается предварительный диагноз. После этого с учетом современных классификаций устанавливается клинический диагноз и назначается лечение. Обязательно отмечают все изменения состояния больного в дневниках. Через определенные промежутки времени состояние больного описывают в этапном эпикризе. Если состояние больного улучшилось, больного выписывают, оформляя выписной эпикриз. В случае, если заболевание заканчивается летальным исходом, история болезни завершается посмертным эпикризом.

Написание академической истории болезни имеет учебные цели. Студент должен продемонстрировать все приобретенные им навыки и знания. Академическая история болезни является заключительным этапом, итогом работы студента по клинической дисциплине.

История болезни пишется по определенному плану. Ее написанию предшествует беседа с больным. При этом студент должен получить исчерпывающую информацию, которая поможет ему при написании работы.

В истории болезни необходимо не только

зарегистрировать полученные данные, но и тщательно их проанализировать. Студент должен продемонстрировать владение основами клинического мышления (умение решать конкретную лечебно-диагностическую задачу).

В методических указаниях по составлению истории болезни указано, на что надо обратить внимание при обследовании больного и как изложить сведения, полученные в процессе обследования.

Работа над историей болезни – большой и серьезный этап формирования врача. Составление академической истории болезни – путь к овладению навыками написания клинической истории болезни.

1 ТИТУЛЬНАЯ СТРАНИЦА

Сумский государственный университет
Медицинский институт
Кафедра общей хирургии, радиационной медицины и
фтизиатрии

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ СТАЦИОНАРНОГО БОЛЬНОГО

Фамилия, имя, отчество больного _____

Клинический диагноз
Основное заболевание _____

Осложнения основного заболевания _____

Сопутствующее заболевание _____

Куратор - студент _____
(группа, Ф.И.О.)

Начало курации _____
(дата)

Окончание курации _____
(дата)

История болезни защищена _____
(дата)

Оценка _____

Преподаватель _____
(ученая степень, ученое звание, Ф.И.О)

2 ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

1. Дата и время госпитализации _____
2. Пол _____
3. Фамилия, имя, отчество больного _____
4. Дата рождения _____
5. Гражданство _____
6. Место жительства (адрес) _____
7. Место работы, должность _____
8. Кем направлен больной _____
9. Диагноз при поступлении _____
10. Отделение при поступлении _____
11. Госпитализация: ургентная, плановая _____
12. Обследование на ВИЧ-инфекцию _____
13. Группа крови и резус-принадлежность _____
14. Реакция Вассермана _____
15. Аллергические реакции, гиперчувствительность или непереносимость лекарственного средства _____
16. Госпитализация по поводу данного заболевания в этом году:
впервые, повторно _____
17. Дата выписки _____
18. Проведено койко-дней _____

3 ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО

В разделе указываются жалобы больного, с которыми он был вынужден обратиться к врачу. Сначала нужно перечислить жалобы, обусловленные тем заболеванием, по поводу которого пациент госпитализирован в хирургическую клинику. Следует активно выявить жалобы, которые могут иметь место при данном заболевании, но больной по какой-то причине их не вспомнил. Далее следует изучить жалобы больного, характеризующие состояние органов и систем, для выявления сопутствующих заболеваний. Жалобам следует дать подробную характеристику и изложить их в логической последовательности.

Если больной находится в бессознательном состоянии, то, по возможности, собирают анамнез у родственников.

Расспрос проводится посистемно, в том же порядке, как будет проводиться объективное исследование. В этом логика работы с больным – сначала изучение органов по субъективным ощущениям, потом их объективное изучение.

При написании раздела указать жалобы больного на момент поступления в клинику.

Схема опроса больного по системам органов

Дыхательная система

Дыхание через нос свободное, затрудненное, невозможно (дышит через рот). Ощущение сухости в носу.

Выделения из носа: количество (незначительные, умеренные, обильные), характер отделяемого (густое, жидкое, прозрачное, гнойное, кровянистое, с запахом).

Носовые кровотечения (причина возникновения, продолжительность, количество крови).

Гортань. Боль при разговоре. Голос: громкий, тихий, хриплый, афония.

Боль в области грудной клетки: нет, чувствует постоянно, возникает периодически; усиливается при движениях, кашле; носит острый, тупой, колющий, стреляющий характер и т. п.

Одышка: постоянная, при физической нагрузке, при

подъеме вверх, ходьбе; ее выраженность и продолжительность.

Кашель: незначительный, сильный, постоянный, приступообразный, продуктивный, непродуктивный.

Мокрота: количество, зависимость от времени и положения тела больного; характер (слизистая, гнойная, слизисто-гнойная), запах.

Кровохарканье: время появления, интенсивность (кровотечения, прожилки крови в мокроте), цвет крови (красный, черный).

Сердечно-сосудистая система

Сердцебиение: приступами, постоянное; зависимость его от возбуждения, физического напряжения. Перебои в работе сердца. Ощущение пульсации в различных частях тела.

Боль в области сердца, за грудиной: ее иррадиация, сила, продолжительность, зависимость от движений, физической нагрузки, возбуждения.

Отеки (локализация, закономерность их появления).

Органы пищеварения

Аппетит: хороший, удовлетворительный, плохой, булимия. Отвращение к той или иной пищи. Привкус – отсутствует, неприятный (горький, кислый, «металлический»).

Сухость во рту, жажда, слюнотечение. Количество выпитой жидкости в сутки.

Пережевывание пищи, боль при этом, усталость. Глотание. Прохождение твердой и жидкой пищи по пищеводу (свободное, затруднено, невозможно, болезненное).

Диспепсические явления. Отрыжка: частота, причина и время возникновения; характер (воздухом, принятой пищей, желудочным содержимым); вкус (горький, сладкий, кислый) запах (без запаха, тухлых яиц, каловый).

Изжога, тошнота (интенсивность, сколько продолжается, после какой пищи).

Рвота: без причины, натощак, после принятой пищи, какой? Через какой промежуток времени? Давно съеденной пищей. Количество рвотных масс, их привкус (принятой пищи, кислый, горький), запах (без запаха, тухлых яиц, каловый), цвет

(желтый, чистая кровь, темно-бурый, по типу «кофейной гущи»), рвота калом (при наличии желудочно-ободочно-кишечной фистулы).

Боль в животе: ее локализация (эпигастрии, подреберья (справа, слева), в области пупка; подвздошных, паховых областях, по ходу тонкого, толстого кишечника, над лоном). Иррадиация боли: в грудную клетку, спину, поясницу, опоясывающие и т. д. Характер боли: постоянная, схваткообразная, внезапная, нарастает постепенно, острая, режущая, колющая, стреляющая, «кинжальная» и т. д. Связь боли с едой, какой, через какое время после еды? Зависит ли от положения тела. Средства, которые успокаивают боль. Ночная боль.

Отхождение газов: свободное, в большом количестве, задержка.

Акт дефекации: самостоятельно, ежедневно, несколько раз в день, с клизмой или слабительными веществами, влияние употребляемой пищи. Стул: оформлен, твердый, жидкий, «овечий» кал. Цвет кала: обычный, глинистый, темный, дегтеобразный, кал с примесью крови (на поверхности, внутри), наличие слизи (в малом, большом количестве), гнойных выделений. Ложные ощущения (тенезмы и императивные позывы, недержание кала). Боль в области анального прохода при акте дефекации. Выход узлов, слизистой оболочки, прямой кишки.

Мочевыделительная система

Боль в пояснице: постоянная, приступами, ее продолжительность и интенсивность, после чего усиливается, иррадиация (в спину, подвздошные области, бедро, наружные половые органы). Боль над лобком: ее характер, причины, которые ее вызывают, усиливают или уменьшают.

Мочеиспускание: свободное, затрудненное, болезненное (в начале мочеиспускания, на всем протяжении, в конце), ночью, недержание мочи, постоянное выделение каплями у мужчин, характер струи мочи.

Боль в области яичек: появление, ее интенсивность,

иррадиация. У женщин – боль в области наружных половых органов, выделения из влагалища.

Эндокринная система

Следует изучить жалобы, указывающие на изменения функции щитовидной железы (раздражительность, плаксивость, дрожание конечностей, сердцебиение, похудание, утомляемость, вялость, ожирение, зябкость, повышение температуры); гипофиза (головная боль, сухость кожи, выпадение волос, боли в костях, жажда, полиурия), паращитовидных желез (судороги, ломкость костей), надпочечников (утомляемость, слабость, потеря аппетита, тошнота, рвота, понос, пигментация кожи, похудение, парестезии, сердцебиение, расстройства менструального цикла, потенции, либидо).

Необходимо провести также опрос о состоянии поджелудочной железы (признаки возникновения гипер- или гипогликемии) и функции половых желез (вторичные половые признаки, половое влечение, половой акт, бесплодие, менструальный цикл).

Нервная система

При расспросе больного следует обратить внимание на сон больного: нормальный, бессонница, тревожный, сновидения, кошмары, сонливость днем.

Настроение: ровное, спокойное, неустойчивое, нарушенное, подавленное, повышенная раздражительность, вспыльчивость.

Общительность: взаимоотношения в семье, на работе, трудности в общении.

Наличие головной боли: локализация, характер, частота, интенсивность, продолжительность, причина, уточнить провоцирующие факторы и чем сопровождается боль.

Головокружение: условия возникновения, продолжительность, интенсивность.

Органы чувств

При расспросе больного обратить внимание на зрение (нормальное, сниженное, близорукость, дальнозоркость, мелькания мушек перед глазами); слух (нормальный,

сниженный, степень снижения, шум в ушах, выделения из ушей); обоняние (нормальное, пониженное, заостренное, отсутствует); вкус (нормальный или отсутствует, извращение вкуса).

Опорно-двигательный аппарат

Больной может предъявлять жалобы на отечность, изменение цвета кожных покровов над пораженным суставом, деформацию суставов, ограничение объема движений, ощущение скованности (уточнить время появления, длительность существования этого симптома), наличие боли в костях или мышцах.

Необходимо уточнить локализацию боли, время и условия возникновения (постоянная, периодическая, возникающая в покое или при какой-то определенной нагрузке, связанная с погодными условиями), характер (переходят из одного сустава на другой или локальные), чем боль облегчается (определенным положением пораженного сустава или препаратами).

Изменения общего состояния больного

Самочувствие: хорошее, удовлетворительное, плохое, когда ухудшилось, с чем пациент связывает ухудшение состояния.

Наличие общей слабости: нет, есть, в какой степени выражена, как быстро наступает.

Наличие утомляемости: нет, есть, степень выраженности, как быстро наступает.

Степень работоспособности: сохранена, снижена, потеряна, с какого времени от начала заболевания.

Отмечает похудение или увеличение веса: с какого времени началось и в какой степени выражено.

Потливость: в какое время суток возникает, интенсивность, чем сопровождается, что предшествует.

Повышение температуры: время повышения, постоянное или периодическое, сопровождается ознобом и потом, какими препаратами снимается лихорадка и на какое время, переносимость повышенной температуры.

Кожный зуд: общий или местный, как давно появился, причина его появления.

4 ИСТОРИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ (ANAMNESIS MORBI)

В этом разделе истории болезни описывается течение заболевания от его начала, включая способствующие и причинные факторы, к моменту дня курации. Важно подробно остановиться на обстоятельствах возникновения болезни, указать дату, а для острого приступа и точное время возникновения. Отмечается последовательность и выраженность каждого симптома, описывается их продолжительность, нарастание или стихание, постоянство. Имеет значение как и в какое время начал лечиться больной, эффект от лечения (уменьшение симптоматики, полное исчезновение ряда симптомов, временное облегчение и т. п.). В этом разделе не следует останавливаться на деталях, которые не имеют прямого отношения к течению заболевания (где лечился больной и т. п.). Время пребывания пациента в стационаре и динамика болезни до дня курации также относятся к истории заболевания.

Если больной ранее обследовался и лечился по поводу этого заболевания, то сведения о течении заболевания и проведенных исследованиях вносятся в данный раздел со ссылкой на источник информации (со слов больного, родственников, сопровождающих, выписки из истории болезни, амбулаторной карты и т. п.).

5 ИСТОРИЯ ЖИЗНИ (ANAMNESIS VITAE)

История жизни больного позволяет выяснить индивидуальные особенности больного (наследственные и приобретенные), условия труда и быта, наличие вредных привычек, перенесенные заболевания и т. п.

Сначала выясняют **особенности физического и психического** развития в детские и юношеские годы, бытовые условия, характер питания.

Необходимо детально отобразить **трудовой анамнез**: профессию, начало трудовой деятельности, условия труда (военной службы). Особое внимание обращается на работу с

вредными условиями труда (химические факторы, перегревание или переохлаждение, вибрация, запыленность, ионизирующая радиация, электромагнитное излучение и др.)

В хронологическом порядке указываются *перенесенные заболевания*, операции, ранения, их последствия. Выяснить болел ли пациент туберкулезом, вирусным гепатитом, инфекционными заболеваниями.

У женщин выясняется регулярность *менструального цикла*, количество родов, уточняют, как протекала беременность, во время менопаузы – возраст начала менопаузы.

Вредные привычки: курение (длительность курения, число сигарет в день), употребление алкоголя (количество, как часто и с какого времени), употребление наркотических веществ (в количестве, с какого времени).

Наследственный анамнез включает состояние здоровья ближайших родственников, причины их смерти в молодом и среднем возрасте (мужчины до 55 лет, женщины до 65 лет).

Аллергологический анамнез включает непереносимость лекарственных средств, пищевых продуктов, вакцин, сывороток (указать проявления аллергической реакции). Было ли переливание крови или препаратов крови с указанием переносимости.

Отмечается продолжительность нетрудоспособности больного, заболевания в результате которого он был освобожден от военной службы.

6 ОБЪЕКТИВНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ (STATUS PRAESENS OBJECTIVUS)

Включает описание общего состояния больного, данные объективного исследования с использованием физических методов (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация). Проводится по системам в определенной последовательности.

Общее состояние больного: удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое.

Сознание: ясное, спутанное, ступор, сопор, кома, бред,

галлюцинации.

Положение больного: активное, пассивное, вынужденное.

Телосложение: конституционный тип (астенический, нормостенический, гиперстенический), рост, масса тела. Осанка (прямая, сутулый), походка (быстрая, медленная, атаксическая, спастическая, паретическая).

Температура тела: субфебрильная, фебрильная, гиперфебрильная; характер температурной кривой: febris continua, febris remittens, febris intermittens, febris hectica, febris recurrens, febris undulans.

Выражение лица: спокойное, равнодушное, маскообразное, тоскливое, страдальческое, утомленное, лицо Корвизара, facies febris, facies nephritica, facies mitralis, facies Hippocratica, facies Basedovica и др.

Кожные покровы, видимые слизистые оболочки, ногти: цвет кожи (бледно-розовый, красный, синюшный, желтушный, бледный, землистый, смуглый). Пигментация и депигментация, их локализация. Высыпания: форма сыпи (розеола, папула, пустула, везикула, эритема, пятно, герпетические высыпания – herpes nasalis, labialis, zoster), локализация высыпаний, одиночные или множественные (сливные) высыпания. Сосудистые изменения: телеангиоэктазии, «сосудистые звездочки», их локализация и количество. Кровоизлияния: локализация, размер, количество, выраженность. Рубцы: локализация, цвет, размеры, подвижность, болезненность. Трофические изменения: язвы, пролежни, их локализация, размер, характер поверхности и т. д. Видимые опухоли: липома, миома, ангиома, атерома и др., их локализация и размеры. Влажность кожи, тургор. Тип оволосения.

Ногти: форма («часовые стекла», койлонихии и др.). Цвет (розовый, синюшный, бледный), поперечная или продольная полосатость, ломкость ногтей.

Видимые слизистые: цвет (розовый, бледный, цианотичный, желтушный, гиперемия), высыпания на слизистых (энантема), их локализация и выраженность, влажность

слизистых.

Подкожно-жировая клетчатка: развитие (умеренное, слабое, избыточное), места наибольшего отложения жира (на животе, руках, бедрах). Отеки: их локализация (лицо, конечности, живот), распространенность (местные или анасарка), выраженность (пастозность, умеренные или резко выраженные), консистенция отеков и их симметричность. Болезненность при пальпации подкожно-жировой клетчатки, наличие крепитации (при воздушной эмфиземе подкожной клетчатки).

Лимфатические узлы: локализация лимфоузлов, которые пальпируют (затылочные, задние шейные, околоушные, передние шейные, подчелюстные, надключичные и подключичные, подмышечные, локтевые, паховые, подколенные). Их величина, форма, консистенция, характер поверхности, болезненность, подвижность, сращения между собой и с окружающими тканями, состояние кожи над лимфоузлами.

Зев (мягкое небо, корень языка, небные дужки, задняя стенка глотки): окраска, отечность, налет. Миндалины: величина, окраска, отечность, налет.

Мышцы: степень развития: удовлетворительное, слабое, атрофия, гипертрофия мышц. Тонус: симметричность, сохранен, снижен, повышенный (ригидность мышц). Сила мышц. Болезненность и уплотнение при пальпации.

Кости: форма костей, наличие деформаций, болезненность при пальпации, постукивании, состояние концевых фаланг пальцев рук и ног (симптом «барабанных палочек»).

Суставы: конфигурация, отечность, болезненность при пальпации, местная температура кожи над суставами. Движения в суставах: болезненность, хруст при движениях, объем активных и пассивных движений в суставах.

Система органов дыхания

При обследовании органов дыхания отмечают изменение носового дыхания (свободное, затрудненное), голоса (громкий,

тихий, хриплый, афония). Внешний осмотр носа (изменение формы, припухлость, покраснение, язвы, Herpes zoster). Определяется локальная болезненность при давлении, пальпации, постукивании у корня носа, в области придаточных пазух носа.

При объективном обследовании органов дыхания проводят осмотр грудной клетки, ее пальпацию, перкуссию и аускультацию.

Осмотр грудной клетки. Форма (рахитическая, коническая, бочкообразная, цилиндрическая, воронкообразная), симметричность. Положение ключиц, лопаток (прилегают к грудной клетке, отстают). Ширина межреберных промежутков, их состояние при дыхании (втягивание, выпячивание). Тип дыхания (грудное, брюшное, смешанное). Участие обеих половин грудной клетки в акте дыхания. Ритм дыхания, частота в 1 минуту, глубина. Дыхание Чейн-Стокса, Куссмауля, Биота. В случае одышки определяется ее вид (инспираторная, экспираторная, смешанная).

Пальпация. Определяется локальная болезненность, эластичность (резистентность) грудной клетки, исследуют голосовое дрожание (обычное, усиленное, ослабленное).

Сравнительная перкуссия грудной клетки. Исследуют характер перкуторного звука (ясный, легочный, тимпанический, коробочный, притупленный, тупой) с точным определением границ каждого звука по ребрам и топографическим линиям.

Топографическая перкуссия. С обеих сторон определяют высоту стояния верхушек легких (спереди, сзади) и их ширину (поля Кренига), подвижность нижнего края легких (по средне-ключичной, средней подмышечной и лопаточной линии), расположение нижних границ легких.

Таблица расположения нижних границ легких

Линии перкуссии	Нижняя граница правого легкого	Нижняя граница левого легкого
Средне-ключичная		
Передняя подмышечная		
Средняя подмышечная		
Задняя подмышечная		
Лопаточная		
Околопозвоночная		

Аускультация. Исследование проводится над симметричными участками грудной клетки. Сначала определяют характер дыхания (везикулярное, ослабленное, усиленное, жесткое, бронхиальное, амфорическое, отсутствие дыхательного шума), затем указываются дополнительные дыхательные шумы: хрипы (сухие или влажные), крепитация, шум трения плевры, их локализация и характеристика. Методом аускультации также определяется бронхофония над симметричными участками (одинаковая с обеих сторон, усиленная или ослабленная с одной стороны).

Измерение окружности грудной клетки.

Сердечно-сосудистая система

Осмотр. Выпячивание области сердца (Gibbus cordis). Видимые пульсации (верхушечный толчок, сердечный толчок, эпигастральная пульсация, атипичная пульсация в области сердца), их характеристика (локализация, распространенность, сила, отношение к фазам сердечной деятельности).

Пальпация. Верхушечный толчок: его локализация (указать межреберье и отношение к левой средне-ключичной линии), сила (ослабленный, усиленный), площадь (ограниченный, распространенный), амплитуда (высоко- или низкоамплитудный), резистентность. Эпигастральная пульсация: ее характер (связь с пульсацией брюшной аорты, сердца), распространенность (ограниченная или распространенная). Дрожание в области сердца: его локализация, отношение к фазам сердечной деятельности. Определение пальпаторной болезненности, зон гиперестезии.

Перкуссия. Границы относительной тупости сердца (правая, левая, верхняя). Ширина сосудистого пучка (в см). Конфигурация сердца (нормальная, митральная, аортальная и др.). Границы абсолютной тупости сердца (правая, левая, верхняя).

Аускультация. Тоны: ритм сердечных сокращений (ритмичный или аритмичный), число сердечных сокращений. Громкость тонов. Дополнительные тоны: пресистолический, протодиастолический, ритм галопа, ритм «перепелов». Шумы: отношение к фазам сердечной деятельности, места наилучшего выслушивания шума, характер шума, его тембр, продолжительность. Шум трения перикарда: место наилучшего выслушивания, характер шума (грубый, громкий, тихий, нежный).

Исследование сосудов

Исследование артерий: осмотр и пальпация височных, сонных, лучевых, бедренных, подколенных артерий, заднеберцовых и артерий тыла стопы, выраженность пульсации, эластичность, характеристика поверхности артериальной стенки, извилистость артерий. Определение пульсации аорты в яремной ямке. Выслушивания сонных и бедренных артерий (двойной тон Траубе, двойной шум Виноградова-Дюрозье и др.). Артериальный пульс: артериальный пульс на лучевых артериях, сравнение пульса на обеих руках (дифференциальный пульс), частота, ритм (наличие аритмий и дефицита пульса), наполнение, напряжение, величина, скорость, форма пульса. Артериальное давление по методу Короткова (систолическое и диастолическое).

Исследование вен: осмотр и пальпация наружных яремных вен, их набухание, видимая пульсация. Выслушивания яремной вены («шум волчка»). Наличие расширений вен грудной клетки, брюшной стенки, конечностей с указанием места и степени расширения. Уплотнение и болезненность вен с указанием вены и протяженности уплотнения или болезненности.

Пищеварительная система и органы брюшной полости

Осмотр. Полость рта. Язык: окраска, влажность, состояние сосочкового слоя, наличие налета, трещин, язв. Состояние зубов. Десна, мягкое и твердое небо (окраска, налеты, геморрагии, язвы). Наличие запаха изо рта (запах ацетона, прелого сена, «гнилостный» запах и т. п.). Живот: форма, симметричность, участие в акте дыхания, видимая перистальтика желудка и кишечника, наличие, локализация и выраженность венозных коллатералей на передней брюшной стенке. Видимые новообразования.

Перкуссия. Характер перкуторного звука. Наличие признаков свободной или осумкованной жидкости в брюшной полости. Определение положения нижней границы желудка методом перкуссии (шум плеска) или аускультативной перкуссии.

Пальпация. Поверхностная пальпация: определение болезненных областей; напряжение мышц брюшной стенки (мышечная защита – *defans musculaire*), расхождения прямых мышц живота, наличие грыж белой линии, пупочной грыжи; перитонеальные симптомы (симптом Щеткина-Блюмберга – резкое усиление боли при внезапном отнятии руки, которая пальпирует живот, симптом Менделя – при легком поколачивании кончиками пальцев по стенке живота возникает боль и др.); наличие поверхностно расположенных опухолевидных образований.

Глубокая пальпация: данные пальпации сигмовидной, слепой, восходящей и нисходящей ободочной кишки, большой кривизны желудка, привратника и поперечно-ободочной кишки. Если данные отделы желудочно-кишечного тракта пальпируются, то необходимо дать их характеристику по локализации, болезненности, размерам, форме, консистенции, характеру поверхности, подвижности и наличию урчания.

При наличии опухолевых образований описываются их размеры, консистенция, болезненность, подвижность, локализация и возможная связь с тем или иным органом

брюшной полости.

Аускультация. Характер перистальтических кишечных шумов (ослабленные, усиленные, не изменены, отсутствуют, симптом «падающей капли»). Шум трения брюшины.

Печень и желчный пузырь

Осмотр. Наличие ограниченного выпячивания в области правого подреберья, ограничения дыхательной экскурсии брюшной стенки в этой области.

Перкуссия. Границы печени по Н. Г. Курлову. Верхняя граница. Нижняя граница:

1-й размер – по правой средне-ключичной линии: __ см.

2-й размер – по передней средней линии: __ см.

3-й размер – по левой реберной дуге: __ см.

Симптом поколачивания (симптом Ортнера) – появление болезненности при легком постукивании ребром ладони по правой реберной дуге.

Пальпация. Оценить состояние нижнего края печени, локализация, форма (острая, закругленная), консистенция (мягкая, плотная, каменной плотности) наличие неровностей, бугристости края; болезненность.

Пальпацией желчного пузыря определяют его болезненность, размеры. Наличие симптомов Керра – болезненность (положительный) или отсутствие болезненности (отрицательный) на вдохе при пальпации правого подреберья; Мюсси-Георгиевского (френикус-симптом) – болезненность при надавливании между ножками правой грудинно-ключично-сосцевидной мышцы, симптом Курвуазье – при пальпации в правом подреберье определяется увеличенный безболезненный желчный пузырь.

Аускультация. Наличие шума трения брюшины в правом подреберье.

Селезенка

Осмотр. Наличие ограниченного выпячивания в области левого подреберья, ограничение дыхательной экскурсии брюшной стенки в этой области.

Перкуссия. Определение продольного и поперечного

размера селезенки.

Пальпация. В случае, если селезенка пальпируется – характеристика нижнего края (острый или закругленный, плотный или эластичный, болезненный или безболезненный) и поверхности (гладкая или бугристая).

Аускультация. Наличие шума трения брюшины в левом подреберье.

Поджелудочная железа

Пальпация. Проводится в области проекции поджелудочной железы на переднюю брюшную стенку. Определяют наличие болезненности, увеличение и уплотнение поджелудочной железы. Определяют передаточную пульсацию брюшного отдела аорты.

Исследование прямой кишки (исследование per rectum)

Ректальное исследование завершает объективное исследование органов пищеварения. Пальцевое ректальное исследование позволяет оценить функциональное состояние мышц заднего прохода, выявить заболевания, патологические изменения анального канала и прямой кишки (трещины, свищи, геморрой, рубцовые изменения и сужение просвета кишки, доброкачественные и злокачественные новообразования, инородные тела); воспалительные инфильтраты, кистозные и опухолевые образования параректальной клетчатки, крестца и копчика; изменения предстательной железы у мужчин и внутренних половых органов у женщин; состояние тазовой брюшины, прямокишечно-маточного или прямокишечно-пузырного углубления. По окончании исследования прямой кишки следует оценить содержание прямой кишки, оставшегося на перчатке: кровь, гной, слизь, цвет и консистенцию каловых масс.

Мочевыделительная система

Осмотр. Поясничная область: наличие гиперемии и припухлости кожи, сглаживание контуров в этой области. Надлобковая область: наличие ограниченного выпячивания.

Перкуссия. Поясничная область: определение симптома поколачивания (Пастернацкого) – болезненность при

поколачивании ребром ладони (короткие несильные удары) по другой руке, лежащей на поясничной области в проекции XII ребра справа или слева. Надлобковая область: характер перкуторного звука. При увеличении мочевого пузыря – определения уровня расположения его дна.

Пальпация. Почки пальпируются в положении лежа и стоя. Оценивают их локализацию, болезненность, величину, форму, подвижность, характер поверхности. При пальпации мочевого пузыря обнаруживают уровень расположения дна, болезненность. Болевые точки: наличие болезненности при пальпации в реберно-позвоночной точке и по ходу мочеточников.

Нервная система

Состояние психики: сознание, ориентировка в месте, времени и ситуации.

Интеллект: соответствует или не соответствует уровню развития. Ослабление интеллектуальных функций (ослабление внимания, снижение памяти, нарушение критики, сужение круга интересов). Поведение больного в клинике, степень общительности, уравновешенность, суетливость, двигательное беспокойство.

Исследование черепно-мозговых нервов: острота зрения, двоение в глазах (диплопия), птоз, объем движений глазных яблок, реакция зрачков на свет, симметричность носогубных складок при оскале зубов, расстройства глотания, дистония, положение языка при высовывании.

Менингеальные симптомы: ригидность затылочных мышц, симптомы Кернига и Брудзинского.

Двигательная сфера: характер походки с открытыми и закрытыми глазами (обычная, атаксическая, паретическая, другие формы). Устойчивость при стоянии с открытыми и закрытыми глазами (проба Ромберга). Пальценосовая и коленно-пяточная пробы.

Судороги: клонические и тонические, фибриллярные подергивания, тремор и другие произвольные движения.

Объем движений и сила в конечностях.

Чувствительная сфера: пальпаторно болезненность по ходу нервных стволов и корешков. Объем движений и сила в конечностях.

Рефлексы: роговичный, глоточный, коленный, ахилловый.

Патологические рефлексы: симптомы Бабинского и Россолимо.

Язык: афазия (моторная или сенсорная), дизартрия.

Вегетативная нервная система: глазные симптомы: ширина глазной щели, ширина зрачка, экзофтальм, энофтальм. Симптом Горнера. Кожа: вид дермографизма, температурные асимметрии, гипертрихоз, облысение, трофические язвы, нарушение потоотделения.

Эндокринная система

Осмотр. Нарушение роста, телосложения и пропорциональности отдельных частей тела. Ожирение: степень выраженности, преимущественная локализация жира. Похудение, кахексия. Состояние кожных покровов: влажность, истончение или огрубение, гиперпигментация кожи, кожных складок (локализация), наличие стрий, атипичного оволосения, лунообразное лицо. Увеличение размеров языка, носа, челюстей, ушных раковин, кистей рук, стоп.

Пальпация щитовидной железы: локализация, величина и консистенция, болезненность, подвижность.

7 МЕСТО ЗАБОЛЕВАНИЯ (STATUS LOCALIS)

Раздел истории болезни, описываемый при наличии у пациента локализованных внешних образований (опухоли кожи, воспалительные инфильтраты, раны и язвы, наружные грыжи др.) или при необходимости подробного описания пораженных частей тела (например, нижних конечностей с варикозной болезнью, артериальной недостаточностью, травмах).

Указываются: топографо-анатомическая локализация

патологического очага, его характеристики (форма, величина, консистенция, подвижность, отношение к тканям, болезненность и др.), состояние кожных покровов над ним, регионарных лимфатических узлов, суставов, артериальных и венозных сосудов в этой зоне.

Пример

Status localis: в правой паховой области определяется грыжевое выпячивание размерами 5,0×4,0 см, мягкой консистенции, безболезненное, свободно вправляется в брюшную полость. Положительный симптом кашлевого толчка.

8 ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Построение предварительного диагноза основывается на данных ведущих жалоб, анамнеза и объективного обследования, при этом могут быть установлены 2–3 диагноза. Кроме этого, необходимо указать характер заболевания (острое, хроническое, рецидивирующее). Для обоснования диагноза следует использовать типичные для этого заболевания проявления и признаки, обобщая их.

В формулировке предварительного диагноза выделяют:

- а) основное заболевание;
- б) осложнение основного заболевания;
- в) сопутствующее заболевание.

Пример

На основе жалоб больного (распирающая постоянная боль, наличие болезненного уплотнения в области правой ягодицы, повышение температуры тела до 38–38,5 °С, озноб, общая слабость), данных анамнеза заболевания (болеет в течение 7 суток, заболевание началось после внутримышечной инъекции, выполненной в домашних условиях, остро, с появления болезненного уплотнения в области правой ягодицы, повышения температуры тела), данных анамнеза жизни (болеет гипертонической болезнью II степени), результатов объективного обследования (в области верхне-наружного

квадранта правой ягодицы имеется ограниченный болезненный инфильтрат размером 9×7 см, кожа в области инфильтрата гиперемирована, отечная, в центре инфильтрата определяется флюктуация, температура тела повышена до 38,2 °С) можно поставить предварительный диагноз:

Основной: Постинъекционный абсцесс правой ягодицы.

Осложнения:

Сопутствующее заболевание: гипертоническая болезнь II степени.

Обращаем внимание, что в данном случае осложнений нет.

9 ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ

После установления предварительного диагноза, для его подтверждения необходимо провести дообследование больного с применением современных методов диагностики, от общеупотребляемых до сложных. Специальные методы исследования следует назначать с учетом предварительного диагноза путем прямого исследования органа или системы или методом исключения (диагностический поиск).

Следует помнить, что к процессу обследования хирургического больного при необходимости привлекаются смежные специалисты (терапевт, кардиолог, невролог и другие), заключение и рекомендации которых заносятся в историю болезни и учитываются при формулировке диагноза и лечении больного.

Необходимо отметить, что план обследования индивидуален для каждого больного.

Обследование каждого больного нужно начинать с обязательной программы, которая включает:

- 1 Клинический анализ крови.
- 2 Клинический анализ мочи.
- 3 Анализ крови на сахар.
- 4 Группа крови и резус-принадлежность.
- 5 Анализ кала на яйца глистов.

6 Реакция Вассермана.

7 Флюорография.

Дополнительно применяются

Рентгенологическое исследование (рентгенография (-скопия) грудной клетки в двух проекциях, бронхография, томография, обзорная рентгенография брюшной полости, контрастная рентгенография желудка и 12-перстной кишки, ирригоскопия (-графия), холецистохолангиография, урография, цистография, флебография, ангиография, лимфография, фистулография, исследование пассажа контраста по желудочно-кишечному тракту).

Эндоскопические и инструментальные методы (цистоскопия, бронхоскопия, эзофагогастродуоденоскопия, лапароскопия, торакоскопия, ректороманоскопия, фиброколоноскопия, эндоскопическая биопсия, лапароцентез и др.).

Ультразвуковое исследование (щитовидной железы, сердца, органов брюшной полости, забрюшинного пространства, малого таза, компьютерная томография, ядерно-магнитный резонанс).

Функциональные исследования (ЭКГ, зондирование полостей сердца, фоноэлектрокардиография, венозное давление по Вальдману, исследование внешнего дыхания, бронхоспирометрия, капилляроскопия, энцефалография, реовазография, плетизмография, определение регионарного кровотока, определение объема циркулирующей крови).

Лабораторные исследования

- 1 Биохимические анализы (общий белок, альбумины, глобулины, глюкоза, билирубин общий, билирубин прямой, билирубин непрямой, АсАТ, АлАТ, гамма-ГТ, фосфатаза щелочная, креатинин, мочевины, электролиты и др.).
- 2 Исследование свертываемости крови (протромбиновый индекс, активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ), международное нормализованное отношение (МНО), фибриноген, тромбиновое время, активированное время

рекальцификации плазмы, кальций крови, время кровотечения, время свертывания, фактор VIII, фактор Виллебранда, фибринолитическая активность и др.).

- 3 Цитологическое и гистологическое исследование.
- 4 Бактериологическое, серологическое и иммунологическое исследование.

После плана обследования записываются результаты исследований курируемого больного с обязательной их динамикой (результаты повторных анализов и исследований) и интерпретацией.

Пример

План обследования больного с перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки

- 1 Клинический анализ крови.
- 2 Клинический анализ мочи.
- 3 Анализ крови на сахар.
- 4 Группа крови и резус-принадлежность.
- 5 Анализ кала на яйца глистов.
- 6 Реакция Вассермана.
- 7 Биохимический анализ крови.
- 8 Коагулограмма.
- 9 Флюорография или рентгенография органов грудной клетки.
- 10 Обзорная рентгенография органов брюшной полости.
- 11 Эзофагогастродуоденоскопия.
- 12 УЗИ органов брюшной полости (по необходимости).
- 13 ЭКГ.
- 14 Осмотр терапевта (кардиолога), анестезиолога (учитывая необходимость оперативного вмешательства).

Примеры оформления результатов дополнительных методов обследования

Общий анализ крови от 22.01.10: эритроциты – 4,4×

10^{12} /л, гемоглобин – 128 г/л; цветной показатель – 0,8; лейкоциты – $12,9 \times 10^9$ /л; эозинофилы – 4 %; нейтрофилы: палочкоядерные – 5 %, сегментоядерные – 74 %; лимфоциты – 12 %; моноциты – 5 %; СОЭ – 38 мм/ч

Вывод: повышение уровня лейкоцитов, ускоренная СОЭ.

Биохимический анализ крови от 11.02.13: общий белок – 49 г/л; сахар крови – 4,9 ммоль/л; билирубин общий – 122,6 мкмоль/л; билирубин прямой – 103,1 мкмоль/л; билирубин непрямой – 19 5 мкмоль/л; мочевины – 4,1 ммоль/л; креатинин – 68 мкмоль/л; АсАТ – 34 мкмоль/л; АЛТ – 40 мкмоль/л; амилаза – 13 г/ч/л.

Вывод: снижение уровня белка, повышение уровня билирубина.

Общий анализ мочи от 27.07.16: количество – 120,0 мл; цвет – светло-желтая; реакция – кислая; удельный вес – 1012; прозрачность – прозрачная; белок – нет; сахар – нет; эпителиальные клетки – единицы в поле зрения; лейкоциты 1–2 в поле зрения; эритроциты – нет.

Вывод: норма.

УЗИ органов брюшной полости от 27.01.10: размеры печени правая доля – 14,5 см, левая доля – 7,4 см, паренхима диффузно неоднородная. Воротная вена 1,1 см. Холедох – 0,4 см. Поджелудочная железа: размеры 2,6×1,5×2,4; структура неоднородная, гиперэхогенна. Желчный пузырь: размеры 7,6×2,5 см; форма – перегиб в области шейки; стенка 0,6 см, плотная; просвет на 1/3 заполнен мелкими конкрементами (6–8мм).

Заключение: ЖКБ. Острый калькулезный холецистит. Диффузные изменения паренхимы печени и поджелудочной железы.

ЭКГ от 22.05.13: синусовая тахикардия, горизонтальное

положение электрической оси сердца. Умеренные изменения в миокарде.

Эзофагогастродуоденоскопия от 02.10.15: пищевод свободно проходим, слизистая без изменений. Желудок средних размеров, содержит слизь. Складки ровные, слизистая гиперемирована. Привратник свободно проходим. Луковица двенадцатиперстной кишки деформирована, на передней стенке имеется глубокая язва диаметром 0,9 см.

Заключение: язва передней стенки луковицы двенадцатиперстной кишки (d = 0,9 см), гастрит.

Консультация уролога от 22.05.2014: аденома предстательной железы II стадии. Вторичный хронический двусторонний пиелонефрит в фазе латентного воспаления.

10 КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ

Клинический диагноз формулируют четко и кратко на основе предварительного диагноза и полученных дополнительных методов обследования. В него вносят осложнения и сопутствующие заболевания, обнаруженные у больного.

Составные части клинического диагноза:

- а) основное заболевание;
- б) осложнения основного заболевания;
- в) сопутствующее заболевание.

Пример

На основании жалоб (интенсивная боль в правом подреберье, тошнота, рвота, повышение температуры тела до 37,5 °С, субиктеричность кожных покровов), данных анамнеза (в анамнезе 5 лет ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит. Гипертоническая болезнь II ст. Периодически отмечается обострение болезни. Двое суток назад после употребления жареной жирной пищи появились боли в правом подреберье,

которые нарастали, отмечалась рвота с примесью желчи, повысилась до 37,5 °С температура тела, появилась субиктеричная окраска кожных покровов), объективного исследования (кожные покровы субиктеричны, отмечается болезненность при пальпации в правом подреберье, положительные симптомы Мерфи, Кера, Ортнера, Мюсси-Георгиевского), данных лабораторных и инструментальных исследований (лейкоциты – $14,9 \times 10^9/\text{л}$; СОЭ – 32 мм/ч; билирубин общий – 62,6 мкмоль/л; билирубин прямой – 53,1 мкмоль/л; УЗИ органов брюшной полости: размеры желчного пузыря увеличены – 10,6×5,5 см; стенка уплотнена – 0,7 см, в шейке пузыря конкремент – 38 мм, холедох – 0,8 см; эзофагогастро- дуоденоскопия – эрозивный гастрит) можно установить клинический диагноз:

Основное заболевание: ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит в стадии обострения.

Осложнение основного заболевания: механическая желтуха.

Сопутствующее заболевание: эрозивный гастрит. Гипертоническая болезнь II ст.

11 ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ

В этом разделе описываются причины, вызвавшие возникновение и развитие заболевания и его осложнений. Кратко описываются современные взгляды на этиологию заболевания. Кроме того, на основании данных обследования больного и результатов специальных методов исследования описываются конкретные этиологические факторы, которые привели к развитию болезни у данного больного. Во всех случаях целесообразно установить также и другие возможные провоцирующие факторы, способствующие возникновению или обострению данного заболевания, в том числе так называемые факторы риска. При описании патогенеза приводятся теории патогенеза данного заболевания и его осложнений, а также описываются наиболее вероятные патогенетические механизмы,

которые имели место у больного. В этом же разделе желательно дать краткое объяснение механизмов всех клинических симптомов и синдромов, выявленных у больного.

12 ЛЕЧЕНИЕ

Показать современные методы лечения данного заболевания: а) консервативное лечение (специфическое, патогенетическое, симптоматическое), б) хирургическое (показания, подготовка к операции, выбор метода обезболивания, описание операции, характеристика макропрепарата). Необходимо описать общие принципы лечения данного заболевания (режим, диета, перечислить группы препаратов), а затем конкретизировать все методы по курируемому больному.

В случае, когда больному назначается только консервативная терапия, она излагается в виде схемы с написанием рецептов препаратов, которые назначаются **конкретному больному**.

Пример

Режим: постельный

Диета: голод.

1 *Rp.: Sol. Glucosae 5%-400 ml*

D.t.d. N10 in flac.

S. Внутривенно капельно по 400 мл 2 р/д 7 дней.

2 *Rp.: Sol. Natrii chloridi 0,9%-400 ml*

D.t.d. N10 in flac.

S. Внутривенно капельно по 400 мл 2 р/д 7 дней.

3 *Rp.: Sol. No-spa 2%-2,0 ml*

D.t.d. N10 in amp.

S. Внутримышечно по 2,0 мл 3 р/д 7 дней.

4 *Rp.: Ceftriaxon 1,0*
D.t.d. N10 in amp.
S. Внутримышечно по 1,0 2 р/д 7 дней

5

6

УВЧ на рану, ЛФК, дыхательная гимнастика.
Перевязки.

В том случае, когда больной требует оперативного вмешательства, оно проводится без предоперационной подготовки или с предоперационной подготовкой (в тяжелых, декомпенсированных случаях).

Продолжительность и содержание лечебных мероприятий в предоперационном периоде обусловлены основными показателями функционального состояния жизненно важных органов и систем, характером патологического процесса, а также объемом предполагаемого оперативного вмешательства.

Предоперационная подготовка состоит из коррекции выявленных нарушений водно-электролитного и белкового обмена, кислотно-щелочного равновесия, а также стимуляции защитных сил организма (переливание компонентов крови, растворов электролитов, диетическое питание, витаминотерапия, иммуномодуляторы, стимуляторы и др.). Должное внимание куратор должен уделить лечению сопутствующих заболеваний, которые в послеоперационном периоде могут вызвать различные осложнения.

В случае проведения предоперационной подготовки она записывается в виде схемы, как при консервативном лечении (см. выше).

13 ПРЕДОПЕРАЦИОННЫЙ ЭПИКРИЗ

Все действия врача в предоперационном периоде должны быть отражены в предоперационном эпикризе – одном из важнейших разделов истории болезни.

Предоперационный эпикриз должен быть составлен таким образом, чтобы были совершенно ясны показания к операции, необходимость ее выполнения, адекватность предоперационной подготовки и оптимальность выбора вида операции и способа обезболивания. При тяжелом состоянии больного, когда потеряно или резко подавлено сознание и пациент не ориентируется в окружающей обстановке, согласие на необходимое срочное оперативное вмешательство могут давать ближайшие родственники.

Если больной доставляется в стационар без сознания и нет возможности связаться с родственниками, а операция абсолютно срочно необходима, то санкция на операцию оформляется консилиумом, в котором принимают участие представитель администрации больницы, заведующий хирургическим отделением и врач.

Необходимость предоперационного эпикриза обусловлена тем, что при повторном рассмотрении результатов клинического обследования для любого врача, который читает историю болезни, четко вырисовываются показания к операции, сложности, которые могут встретиться при ее выполнении и другие важные моменты. Предоперационный эпикриз отражает степень готовности пациента к операции и качество проведенной предоперационной подготовки.

Пример

12.07.2017. *Предоперационный эпикриз*

У больного _____, 1978 г. р., установлен диагноз острый аппендицит. Больному показано оперативное лечение в ургентном порядке. Операция будет выполнена под внутривенным наркозом. С возможными осложнениями больной и родственники ознакомлены. Согласие больного на операцию получено.

Зав. отделением _____ Врач _____

14 ПРОТОКОЛ ОПЕРАЦИИ

В протоколе куратор должен указать дату и время выполнения операции, ее название, продолжительность, вид обезболивания, а также фамилию, имя, отчество хирурга, ассистентов, анестезиолога и операционной сестры.

Если операция проводится под местным обезболиванием, необходимо отметить концентрацию и количество потраченного раствора анестетика. При применении ингаляционного (интубационного), внутривенного наркоза данные по количеству потраченных наркотических средств должны быть изложены в наркозной карте.

В протоколе операции необходимо описать все этапы оперативного вмешательства:

- 1 Положение больного на операционном столе.
- 2 Вид анестезии.
- 3 Методика обработки операционного поля.
- 4 Особенности операционного доступа.
- 5 Разрез кожи (форма, длина).
- 6 Данные осмотра и ревизии органов и тканей грудной клетки, брюшной полости и др.
- 7 Выявленные патологические изменения.
- 8 Обоснование и последовательность различных этапов операции.
- 9 Осложнения, возникшие во время операции (кровотечение, ранение органов и др.).
- 10 Состояние органа после его реконструкции (герметичность ушитой культи, проходимость анастомоза и др.).
- 11 Характеристика макропрепарата (удаленные ткани, орган или его часть).
- 12 Особенности операции (повышенная кровоточивость, выраженный спаечный процесс и др.)
- 13 Закрытие послеоперационной раны: глухое зашивание, тампонирование, дренирование и др.

Пример

Протокол операции

*Операция: Лапароскопическая холецистэктомия.
Дренаживание брюшной полости.*

Дата операции _____

Начало операции _____

Окончание операции _____

Диагноз до операции: ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит.

Диагноз после операции: ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит.

Хирург: _____

Ассистент: _____

Анестезиолог: _____

Операционная сестра: _____

Операционное поле обработано раствором С4. Под эндотрахеальным наркозом над пупком с помощью иглы Вереша наложен пневмоперитонеум. Над пупком в брюшную полость введен 10 мм троакар, через который введен лапароскоп. Ревизия брюшной полости. При лапароскопии печени, желудка, кишечника, органов малого таза патологии не выявлено. Желчный пузырь размерами 8×5×4 см, напряженный, без признаков воспаления. Установлено два дополнительных 5 мм порта. Выделены пузырьный проток и артерия, отдельно клинованым, пересечены. Выполнена холецистэктомия. Гемостаз печени в ложе желчного пузыря. Желчный пузырь удален через разрез над пупком. Под печень и диафрагму заведены полихлорвиниловые трубчатые дренажи. Разрез над пупком ушит. Швы на кожу. Асептические повязки.

Макропрепарат: Желчный пузырь размерами 8×5×4 см.

Стенка пузыря толщиной 0,3 см, не изменена. В просвете пузыря умеренное количество светлой желчи, множество конкрементов, размерами до 0,5–0,7 см в диаметре. Пузырь отправлен на гистологическое исследование.

15 ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД

Послеоперационное лечение должно быть многокомпонентным и состоять из режима, диеты, патогенетического, симптоматического, физиотерапевтического и других видов лечения. Назначение медикаментозных средств куратор обязан записать в историю болезни в виде рецептов. При возникновении послеоперационных осложнений следует детально описать особенности их клинических проявлений, обосновать дополнительные лечебные мероприятия. Одними из обязательных условий рационального послеоперационного ведения больного является лечебная физкультура, профилактика пролежней.

Схема лечения индивидуальна для каждого больного.

Пример

Режим постельный

Диета №1

1 *Rp.: Sol. Glucosae 5%-400 ml*

D.t.d. N10 in flac.

S. Внутривенно капельно по 400 мл 2 р/д 7 дней.

2 *Rp.: Trisol 200 ml*

D.t.d. N10 in flac.

S. Внутривенно капельно по 400 мл 2 р/д 5 дней.

3 *Rp.: Sol. Analgini 50%-2,0 ml*

D.t.d. N10 in amp.

S. Внутримышечно по 2,0 мл 3 р/д 7 дней

4 *Rp.: Sol. Dimedroli 1%-1,0 ml*
D.t.d. N10 in amp.
S. Внутримышечно по 1,0 мл 3 р/д 7 дней

5 *Rp.: Ceftriaxon 1,0*
D.t.d. N10 in amp.
S. Внутримышечно по 1,0 2 р/д 7 дней

6

Ингаляции, дыхательная гимнастика.
Перевязки, профилактика пролежней.

16 ДНЕВНИКИ

Течение послеоперационного периода отражается в дневнике наблюдения за больным, в котором последовательно излагается динамика субъективного состояния больного и данные объективных исследований. В дневнике следует характеризовать общее состояние больного, переносимость и эффективность лечебных мероприятий, уровень АД, частоту пульса и дыхания. В дневнике должны найти отражение данные осмотра, пальпации, аускультации органов грудной и брюшной полости. Важным разделом дневника является динамическое наблюдение и описание локального статуса заболевания: характер послеоперационной раны, образование инфильтрата, отека, покраснения и проч. Следует подробно описывать состояние повязки, количество и характер выделений из раны, наличие некротических тканей, грануляций, удаление дренажей, микроирригаторов, применение повязок с антисептическими растворами, характер заживления послеоперационной раны.

Тяжелым больным дневник пишется каждый день (иногда несколько раз в сутки с указанием времени осмотра), больным с удовлетворительным состоянием и состоянием средней тяжести достаточно написания дневников через сутки. В учебной истории болезни необходимо наличие не менее 3 дневников.

Схема дневника

Дата	Течение заболевания и назначения
ЧСС АД ЧД Т, °С	<p>Общее состояние больного, сон, аппетит. Состояние сердечно-сосудистой, дыхательной систем и органов желудочно-кишечного тракта. Физиологические отправления.</p> <p>Перевязка: состояние повязки, количество и характер выделений из раны. Состояние раны (наличие некротических тканей, грануляции и т. д.). Во время проведения перевязки: удаление или введение дренажей, тампонов с антисептическими препаратами, гипертоническим раствором, мазью и др.</p> <p>Переливание крови и кровезаменителей.</p> <p>Двигательный режим.</p> <p>Диетический режим.</p> <p>Назначение медикаментозных препаратов (рецепты).</p> <p>Физиотерапевтические процедуры.</p> <p>Дополнительные обследования и др. (на день курации)</p>

Пример

22.01.2015 ЧСС – 82' АД – 120/80 мм.рт.ст. ЧД – 16' Т – 37,5 °С	<p>Жалобы на боль в области послеоперационной раны, слабость, повышение температуры тела. Состояние средней степени тяжести. Кожа бледная, чистая. Дыхание везикулярное, незначительно ослаблено в нижних отделах. Тоны сердца ослаблены, ритмичны. Живот обычной формы, участвует в акте дыхания. При пальпации живот мягкий, болезненный в области послеоперационной раны. Печень по краю реберной дуги. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Диурез 1200 мл. Стул оформленный, коричневого цвета. Повязка незначительно промокла серозным отделяемым. Перевязка. Лечение по листу назначений. Отменить гентамицин. Назначить ципрофлоксацин 500 мг 2 раза в сутки в/венно. Повторить клинические анализы крови и мочи, УЗИ органов брюшной полости.</p>
--	---

Графическое изображение температурной кривой, пульса, артериального давления прилагается на отдельном листе.

17 ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЯ

Описать комплекс медицинских и немедицинских мероприятий по предупреждению развития данного заболевания.

18 ПРОГНОЗ

Прогноз обосновывается данными, полученными при исследовании больного во время курации.

Он включает:

а) прогноз для здоровья (возможно выздоровление или ухудшение при хроническом заболевании и при каких условиях);

б) прогноз для жизни (угрожает ли заболевание жизни больного);

в) прогноз относительно работоспособности (степень ограничения трудоспособности, инвалидность – временная или постоянная).

19 ИСХОД ЗАБОЛЕВАНИЯ

Результатом заболевания может быть: выздоровление, улучшение, без изменений, смерть.

20 ВЫПИСНОЙ ЭПИКРИЗ

Является заключительным разделом истории болезни, в котором должны быть кратко представлены основные клинические данные с оценкой индивидуальных особенностей течения болезни, проведенного лечения и дальнейшего прогноза.

В эпикризе необходимо отразить следующие пункты:

1 Паспортные данные: ФИО, возраст, профессия, поступил в стационар экстренно или в плановом порядке, по какому

- поводу (причина госпитализации).
- 2 Жалобы (основные).
 - 3 Объективные данные (указать выявленные объективно отклонения со стороны общего состояния, сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной, мочеполовой, нервной системы).
 - 4 Клинический диагноз.
 - 5 Перечислить результаты лабораторных методов исследования, изменения на ЭКГ, данные рентгенологических, эндоскопических, ультразвуковых исследований и т. д.
 - 6 При консультации смежных специалистов привести их заключения.
 - 7 Лечение, которое проводилось в стационаре: режим, диета, операция, указать препараты, названия физиотерапевтических процедур, ЛФК, другие виды лечения. В результате лечения состояние больного улучшилось, осталось без изменений или ухудшилось.
 - 8 Рекомендации. Подробно привести рекомендации по режиму, физической активности, диете, приему лекарств с названиями конкретных препаратов и их доз, дальнейшему лечению в условиях стационара, поликлиники или врачами общей практики.

Пример

Выписной эпикриз из истории болезни № _____

Ф.И.О. больного: Мельничук Павел Степанович.

Дата рождения: 14.09.1945 г.

Домашний адрес: г. Конотоп, ул. Высокая, 34/41.

Место работы и род занятий: не работает.

Госпитализирован в ургентном порядке в хирургическое отделение СОКБ 12.03.2016 г. с жалобами на распирающую, постоянную боль, наличие опухолевидного образования в области правого бедра, повышение температуры тела до 38 °С,

озноб, общую слабость. По передней поверхности правого бедра имеется болезненный инфильтрат без четких границ размером 12×8 см, кожа в области инфильтрата гиперемирована, отечна.

Клинический диагноз: флегмона правого бедра.

12.03.2016 г. Операция: вскрытие и дренирование флегмоны правого бедра.

В послеоперационном периоде получал лечение: Sol. Natrii chloridi 0,9% - 400 ml в/в 2 p/d, Metronidasol 500 mg в/в 2 p/d, Sol. Vit C 5% - 2,0 ml в/в 2 p/d, Sol. Dimedroli 1% - 1,0 ml в/м 3 p/d, Sol. Analgini 50% - 2,0 ml в/м 3 p/d, Ceftriaxon 1,0 в/м 2 p/d, Dipiridamol 2,0 ml в/м 2 p/d, перевязки, УВЧ.

Проведенные обследования:

Группа крови: A (II); Rh + (полож.).

RW от 12.03.2016: отрицательная.

Общий анализ крови: эритроциты – $3,4 \times 10^{12}$ /л гемоглобин – 121 г/л; цветной показатель – 0,8; лейкоциты – $14,9 \times 10^9$ /л; эозинофилы – 4%; нейтрофилы: палочкоядерные – 9%, сегментоядерные – 75%; лимфоциты – 8%; моноциты – 4%; СОЭ – 32 мм/ч.

Общий анализ мочи: количество – 100,0 мл, цвет – светло-желтая, реакция – кислая, удельный вес – 1010, прозрачность – прозрачная, белок – 0,012 г/л, сахар – нет, эпителиальные клетки – незначительное количество, лейкоциты 1–2 в поле зрения, эритроциты – нет.

Биохимический анализ крови: общий белок – 69 г/л, сахар крови – 4,2 ммоль/л, билирубин общий – 12,6 мкмоль/л, мочевины – 5,2 ммоль/л, креатинин – 79 мкмоль/л, АсАТ – 32 мкмоль/л, АЛТ – 36 мкмоль/л, амилаза – 12 г/ч/л.

Коагулограмма: фибриноген – 5,5 г/л, толерантность плазмы к гепарину – 8 мин, тромботест – повышен, рекальцификации плазмы – 50 с.

Кал на яйца глистов: не обнаружено.

ЭКГ: синусовая тахикардия, положение электрической оси сердца горизонтальное. Умеренные изменения в миокарде.

12.03.16. Рентгенография ОГК: норма.

Послеоперационный период протекал без осложнений.

24.03.2016 г. больной выписан в удовлетворительном состоянии.

Больничный лист: не требуется.

Рекомендации: наблюдение, перевязки у хирурга по месту жительства.

Зав. отделением _____

Врач _____

21 ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА

Приводится список использованной литературы в количестве не менее трех источников.

Пример

1. Дужий И. Д. Хирургия туберкулеза легких и плевры / И. Д. Дужий. – Киев: Здоровье, 2008. – 360 с.
2. Ермолов А. С. Травма печени / А. С. Ермолов, М. М. Абакумов, Е. С. Владимирова. – Москва: Медицина, 2003. – 192 с.
3. Трутяк И. Г. Damage control в хирургии повреждений органов брюшной полости / И. Г. Трутяк // Хирургия Украины. – 2008. – № 3. – С. 77–81.

Дата _____

Подпись куратора _____

СПИСОК ЛІТЕРАТУРЫ

1. Байдо В. П. Пропедевтика хирургических болезней / В. П. Байдо. – Великий Новгород. Издательство: Новгор. гос. ун-т, 2006. – 139 с
2. Гребенев А. Л. Пропедевтика внутренних болезней / А. Л. Гребенев. – Москва : Медицина, 2001. – 592 с.
3. Загальна хірургія / Основа : за ред. М. Д. Желіби, С. Д. Хіміча. – Київ : ВСВ Медицина, 2016. – 448 с.
4. Ляпіс М. О. Методика обстеження хірургічного хворого / М. О. Ляпіс. – Тернопіль.: Укрмедкнига, 2000. – 168 с.
5. Наказ МОЗ України 14.02.2012 № 110 (у редакції наказу Міністерства охорони здоров'я України 21.01.2016 № 29) «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування».
6. Наказ МОЗ України від 02.04.2010 № 297, „Про затвердження стандартів та клінічних протоколів надання медичної допомоги зі спеціальності «Хірургія».
7. Пропедевтика хирургии (избранные лекции). Учебное пособие / под ред. В. К. Гостищева, А. И. Ковалева. – Москва : Медицина, 2007. – 904 с.
8. Хегглин Юрг. Хирургическое обследование / Хегглин Юрг ; пер. с нем. Г. В. Говорунова . – Москва : Медицина, 1980. – 414 с.

Учебное издание

Методические указания
к практическим занятиям
на тему
«Схема написания истории болезни хирургического больного»
по курсу «Общая хирургия»
для иностранных студентов медицинских вузов
дневной формы обучения

Ответственный за выпуск И. Д. Дужий
Редактор Н. Н. Мажуга
Компьютерная верстка А. В. Кравец

Подписано к печати 17.11.2017, поз. 145.
Формат 60×84/16. Усл. печ. л. 2,79. Уч.-изд. л. 2,60. Тираж 50 экз. Зак. №
Себестоимость издания грн к.

Издатель и изготовитель
Сумский государственный университет,
ул. Римского-Корсакова, 2, г. Сумы, 40007
Свидетельство субъекта издательского дела ДК № 3062 от 17.12.2007.