

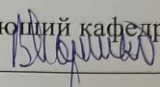
МИНОБРНАУКИ РОССИИ

Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Тульский государственный университет»

Медицинский институт
Кафедра «Хирургические болезни»

Утверждено на заседании кафедры
«Хирургические болезни»
«25» января 2022г., протокол № 6

Заведующий кафедрой

 В.А. Марийко

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
по написанию истории болезни
по дисциплине (модулю)
«Факультетская хирургия»

основной профессиональной образовательной программы
высшего образования – программы специалитета

по специальности
31.05.01 Лечебное дело

с направленностью (профилем)
Лечебное дело


Форма обучения: *очная*

Идентификационный номер образовательной программы: 310501-01-22

Тула 2022 год

Разработчик(и) методических указаний

Карапыш Д.В., к.м.н., доцент кафедры ХБ


(подпись)

В методических рекомендациях представлены основные требования к написанию академической и клинической историй болезней, разобраны основные ошибки, допускаемые студентами при написании истории болезни, изложена методика обследования хирургического больного. Сделан акцент на диагнозе, видах диагноза, правилах постановки его. В приложении подробно разобран алгоритм обследования больных при тяжелой травме в экстренных ситуациях, приведены правила обследования больного с выпячиванием в пахово-мошоночной области, основные клиничко-лабораторные показатели, которые могут понадобиться при написании истории болезни.

Методические рекомендации могут быть использованы студентами 3–6 курсов на хирургических дисциплинах.

ВВЕДЕНИЕ

История болезни – документ, имеющий важное лечебное, научное и юридическое значение. Точное ведение документации является служебной обязанностью врача, пренебрежение или халатное отношение к выполнению этой функции является серьезным упущением, а иногда и преступлением.

Скучная, часто отягощающая хирурга обязанность тщательного ведения всех медицинских документов является необходимой. Особенно остро хирург чувствует тогда, когда вследствие плохой документации на предыдущих этапах обследования и лечения больного, врач оказывается без необходимых сведений. Не менее это переживается при возникновении конфликта или необоснованного обвинения. В подобных случаях только при помощи своевременного и правильно составленных медицинских документов врач легко отведет незаслуженные обвинения. Кроме того, всякий мыслящий хирург время от времени должен оглядываться назад, так сказать подвести итоги своей работы. Изучить достижения и ошибки, иногда обобщить их в виде научной работы и в этом случае, хорошо продуманные и своевременно составленные истории болезни, становятся для него необходимы и полезны. В таких случаях хирург перестает считать часы, затраченные, на записи бесполезно растраченным временем и извлекает из медицинских документов большую пользу для больных, сотрудников, для себя лично.

«История болезни» является документом, описывающим состояние здоровья пациента. Это рассказ о болезни, написанный с использованием профессионального медицинского языка, своего рода «портрет», созданный кистью художника, в роли которого выступает врач. Если художник – мастер, то портрет будет соответствовать оригиналу.

Целью написания истории болезни при изучении курса общей хирургии и хирургических болезней является отражение знаний, полученных им при изучении предмета. Способности выявления симптомов и обобщение их в синдромы. Умение составить и реализовать план обследования больного с возможным привлечением врачей-консультантов других специальностей. По полученной совокупности результатов сформировать окончательный клинический диагноз и обосновать его.

История болезни является заключительным этапом работы на кафедре и должна быть представлена в окончательном варианте для получения зачета, поэтому, перед написанием истории болезни необходимо полностью изучить теоретическую информацию для наиболее плодотворной работы у постели больного.

История болезни составляется на отдельных, чистых, белых листах формата А4. Рекомендуется оформление истории болезни в виде сброшюрованных пронумерованных

листов с обложкой. Помарки и исправления в истории болезни недопустимы. Последовательность записей в истории болезни должна соответствовать схеме предложенной ниже. Сдается история болезни студентами до зачетного занятия в конце семестра.

1. ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ, ПРЕДЪЯВЛЯЕМЫЕ К ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ

Главные требования к оформлению истории болезни, это:

- 1) своевременность составления,
- 2) достоверность сообщаемых в ней фактов.

История болезни должна быть составлена наглядно, четко, разборчиво, причем не разрешается вносить какие-либо исправления или вычеркивать ранее внесенные данные.

Своевременность записи при оказании экстренной помощи играет решающую роль в разборе конфликтов. Когда речь идет о хирургическом больном, то в большинстве случаев такой конфликт становится по понятным причинам особенно острым. Для разбора этих жалоб и защиты хирурга в случае их необоснованности необходимо иметь неопровержимый документ. Таким документом является история болезни. Несвоевременное, неправильное, небрежное ее ведение ставит медицинский персонал в трудное положение.

Достоверный документ – это документ, основанный на, несомненно, верных и подлинных фактах, протоколах клинико-лабораторных обследований. Если данные изложены в пристрастном освещении, то такой документ достоверным считаться не может. «История болезни, говорил М.Я. Мудров, – должна иметь достоинство точного повествования о случившемся, следственно, должна быть справедлива».

2. ОШИБКИ ПРИ ВЕДЕНИИ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ.

Как любой объект человеческой деятельности, труд медика также подвержен ошибкам. В данном случае наибольшее количество приходится именно на оформление и ведение истории болезней, притом как у начинающих врачей, так и умудренных опытом жизни и профессии медиков.

Основные ошибки можно свести к нескольким принципам и моментам:

- 1) В изложении анамнеза и объективных данных приводятся несущественные подробности, а важные данные упускаются.

2) Не указывается срок начала заболевания (для экстренной госпитализации необходимо указать день и час), время поступления в больницу.

3) Для больных, доставленных в тяжелом состоянии, не составляется подробное описание всех сведений, полученных от доставивших его лиц или родственников. Эти сведения, если они не зафиксированы сразу, могут быть безвозвратно утеряны, а их диагностическое и судебно-медицинское значение очевидно. При ряде заболеваний, особенно при умышленных травмах, история болезни с точной фиксацией показаний пострадавшего о времени и обстоятельствах травмы, а также детальное описание всех имеющихся повреждений на его теле, могут сыграть роль в раскрытии преступления.

4) При описании объективной картины болезни иногда опускаются важные подробности, такие как форма раны, ее точные размеры, состояние краев раны, которые могут иметь большое значение в случае последующей судебно-медицинской экспертизы.

5) Не точно указывается окончательный диагноз. Окончательный диагноз должен быть развернутым и четким. Диагноз «Острый аппендицит» не дает в понимании сущности процесса, он правомочен лишь при поступлении и как вывод в обосновании к экстренному оперативному вмешательству. В записи окончательного клинического диагноза обязательно должна быть отображена патологоанатомическая сущность процесса, если, конечно, имелась возможность ее установить (операция, биопсия). Так, например: «Острый флегмонозный аппендицит».

6) Основной диагноз, осложнения и сопутствующие заболевания, указанные на лицевой стороне истории болезни, должны быть точно обоснованными в разделе «Обоснование окончательного диагноза» тексте записей, особенно в эпикризе (этапный эпикриз, выписной эпикриз).

7) В проведении лечебных процедур не указывается дозировка, кратность и длительность проводимого воздействия на организм. Рационально в описании методов исследования указывать дату их проведения, что в последующем при наличии результатов повторных исследований дает возможность оценить динамику процесса.

8) Запись операции должна быть подробной, с указанием названия операции, времени проведения, вида наркоза. Стандартная ошибка заключается в попытке сократить объем описания операции, так например, при аппендэктомии, в протокол операции записывается буквально следующее: «Проведено удаление червеобразного отростка типичным способом». Напрашивается вопрос, какой способ считается типичным? Больной может вернуться в данный стационар через несколько лет, когда сменились врачи и способы стали иными. При этом извлеченная из архива история болезни с записью

такого порядка, ничем не поможет в случае рецидива болей, поздних осложнений и т.д. Стандартной может считаться запись лишь в том случае, когда действительно, какой либо момент операции выполнен строго согласно общеизвестной и широко опубликованной методике. Так, например доступ в правой подвздошной области при неосложненном течении острого аппендицита выполняется по общепринятой методике из разреза по Волковичу-Дьяконову.

Интересы больного, прежде всего, определяют необходимость точного и безошибочного ведения медицинской документации. Строгая регламентация в написании истории болезни, широкий кругозор знаний по основной патологии и заболеваниям способным симулировать клинику основного заболевания и ряду сопутствующих процессов позволяют студенту, а затем и врачу справиться с возложенной на него задачей.

3. ДИАГНОЗ, ВИДЫ, ПРАВИЛА ФОРМИРОВАНИЯ ДИАГНОЗА.

Одним из важнейших элементов врачебной деятельности является установление диагноза. Своевременность в постановке диагноза определяет вероятность выздоровления пациента, а часто и спасение его от гибели. На основе диагноза выписывается лечение, определяется режим и трудоустройство больного.

На практике имеются различия в понятиях «диагноз» и «диагностика» и соответственно следует их четко различать.

Распространенное слово «*диагноз*» происходит от греч. *diagnosis* – исследовать, точно взвесить, различить, точно распознать, решиться, составить мнение и означает *краткое врачебное заключение о сущности заболевания и состояния больного, выраженное в терминах современной медицинской науки*. Распознавание болезни основывается на исследовании больного и изучении проявлений, или симптомов заболевания. Итогом диагностического исследования больного является определение диагноза болезни.

Диагностика (от греч. *diagnosticon* – способный распознавать) является одним из ключевых разделов клинической медицины, изучающий методы распознавания заболевания и состояния больного с целью назначения необходимого лечения и профилактики. Термином «диагностика» обозначают также весь процесс обследования больного, наблюдения и рассуждения врача для определения болезни и состояния больного.

Диагностика как научная дисциплина состоит из трех основных разделов: 1) изучение методов наблюдения и исследования (физикальных и лабораторно-инструментальных) больного – *врачебная диагностическая техника*; 2) изучение диагностического значения симптомов болезней – *семиология*; 3) изучение особенностей мышления при распознавании заболевания – *методика диагноза*.

Установление диагноза болезни составляет заключительную часть процесса диагностики на каком-либо этапе или по окончании целенаправленного обследования в частности хирургического больного. Знание методов диагностики, принципов построения и оформления диагноза имеет важнейшее значение для медицинской практики, т.к. сформулированный диагноз является обоснованием к выбору методов лечения больного и проведения профилактических мероприятий. При изучении хирургических заболеваний данный раздел – как одна из форм познания объективной реальности – является неотъемлемым элементом любого практического занятия. В процессе дальнейшего изучения хирургии основным направлением в учебном процессе будет углубление знаний по семиотике и методам диагностики хирургических заболеваний, совершенствование клинического мышления, способности к построению гипотез, умение образовывать и применять разные формы умозаключений.

За установлением диагноза следует выработка тактики лечения и профилактики заболевания. Ошибочный диагноз приводит к ошибочному либо запоздалому лечению.

Так как хирургия является клинической дисциплиной, все принципы диагностики получают определенное подтверждение либо исключение в ходе объективного обследования, лечения больного, предположении прогноза заболевания.

В диагностике хирургических заболеваний строго определенные место и роль имеют анамнез, данные клинико-инструментального исследования в диагностике.

В медицине диагноз отражает здоровье человека, причины смерти, сущность различных повреждений организма или особенности эпидемической обстановки, в связи с этим выделяют следующие виды диагноза: клинический диагноз, посмертный, судебно-медицинский, эпидемиологический диагноз.

Клинический диагноз – медицинское заключение о состоянии здоровья, имеющемся заболевании, травме или причине смерти, выраженное в специальных терминах. Сформулированный диагноз служит обоснованием к выбору методов лечения и профилактических мероприятий. Он отражается в медицинских документах – амбулаторной карте, истории болезни, диспансерной карте и др.

В процессе лечебно-диагностических мероприятий клинический диагноз претерпевает ряд метаморфоз, от предварительного диагноза к клиническому диагнозу и заключительному клиническому диагнозу (рис.1).



Рис. 1. Варианты и формы клинического диагноза.

Предварительным диагнозом следует считать субъективное по форме медицинское заключение, выражающие гипотезу сущности болезни у данного больного человека В.А. Германов (1981). Предварительный диагноз ставят на основании первоначального исследования больного, и базируется он на результатах расспроса, имеющейся у больного медицинской документации и физикального обследования. Он служит исходной точкой для построения плана дальнейшего подробного обследования больного. Предварительный диагноз устанавливается в первые часы поступления больного в стационар и записывается в титульном листе истории болезни. В процессе лечебно-диагностических мероприятий предварительный диагноз может быть подтвержден, уточнен, он может стать основой клинического и заключительного клинического диагноза, но может быть отвергнут.

В свою очередь *клинический диагноз* – это краткая запись патогенеза заболевания, полученная в ходе дифференциального диагноза, которая по мере накопления наших знаний приближается к истине, но никогда не достигает абсолютного значения последней.

Клинический диагноз должен быть поставлен в сроки, не превышающие 3 суток пребывания больного в стационаре, а также должен быть вынесен на титульный лист истории болезни с указанием даты его установления и подписи врача, установившего диагноз. Если диагноз не вызывает сомнений уже при первичном обследовании больного, клинический диагноз можно обосновать в день поступления больного в стационар.

Посмертный (патологоанатомический) диагноз – медицинское заключение о заболевании или заболеваниях, которые сами по себе или вследствие сочетаний стали причиной смерти, а также сопутствующих состояниях, которые послужили фоном для патологии. В нем также основным диагнозом могут служить медицинские действия, повлекшие за собой смертельный исход, в том числе операция, введение лекарств и пр.

Судебно-медицинский диагноз – специальное заключение о сущности повреждения, заболевания, а также о причине смерти, составленное на основании судебно-медицинской экспертизы при решении вопросов, возникших в судебно-следственной практике. Судебно-медицинский диагноз предусматривает возможность составления заключения по медицинским документам (история болезни, амбулаторная карта, протокол вскрытия и др.).

При обосновании и формировании клинического (и предварительного) диагноза необходимо соблюдать следующие требования:

1) Диагноз формируется на основе нозологического принципа в соответствии с международной классификацией болезней (МКБ), то есть системой рубрик, объединяющих конкретные нозологические единицы в соответствии с установленными критериями. На сегодняшний день МКБ является инструментом унификации оценки здоровья людей всех стран мира.

2) Все заболевания указываются в порядке значимости для пациента в момент проводимого лечения той патологии, которая вызывает наибольшие жалобы и опасность для здоровья.

На первое место выносится основное заболевание. При этом указывается нозологическая единица, стадия болезни, степень компенсации функции пораженных органов или систем организма, характер патологоанатомических изменений, степень функциональных изменений, этиология и патогенез заболевания. Основное заболевание может быть представлено двумя или более нозологическими единицами и быть, следовательно, комбинированным (представленным конкурирующим, сочетанным, основным и фоновым заболеваниями). При этом формулировка диагноза может быть либо очень краткой, либо очень подробной в зависимости от характера болезни.

- *Конкурирующими* заболеваниями следует называть имеющиеся одновременно у определенного больного заболевания, независимые друг от друга по этиологии и патогенезу, но в равной степени отвечающие критериям основного заболевания.

- *Сочетанными* заболеваниями следует называть заболевания, имеющиеся одновременно у определенного больного, которые именно в этой совокупности обуславливают возникновение инвалидности, тяжелых осложнений или летального исхода вследствие суммирования структурно-функциональных повреждений, тогда как порознь каждое из этих заболеваний не могло бы привести к подобным осложнениям или летальному исходу.

- *Фоновое* заболевание – это заболевание, которое этиологически не связано с основным заболеванием, но способствует возникновению или неблагоприятному течению основного заболевания, повышая его опасность для трудоспособности и жизни, либо способствует развитию тяжелых осложнений и наступлению смерти и поэтому требует вместе с основным заболеванием лечения.

На второе место выносится осложнение основного заболевания – это вторичное структурно-функциональное повреждение, патогенетически связанное с основным заболеванием, или проявлениями основного заболевания, имеющее самостоятельное значение. Осложнения существенно утяжеляют клиническую картину, повышают вероятность или степень нетрудоспособности, способствуют смертельному исходу или являются непосредственной его причиной.

На третье место выносятся сопутствующие заболевания – это одна или несколько нозологических единиц, которые не связаны этиологически и патогенетически с основным заболеванием, не оказывают существенного влияния на течение основного заболевания, значительно уступая ему по степени влияния на трудоспособность и опасность для жизни и не имеют значения в танатогенезе.

Далее следуют лечебно-диагностические вмешательства (операции), если они были предприняты в связи с основным заболеванием или его осложнениями. Они также вносятся в диагноз, записываются после «сопутствующих заболеваний» с указанием даты выполнения операции. Если операций было несколько, то они отмечаются в порядке хронологии.

Таким образом, поставить диагноз – это значит: 1) определить локализацию болезненного процесса, 2) установить характер изменений органов и тканей, 3) выяснить причину, вызвавшую заболевание. Такого рода диагноз дает точное представление о заболевании.

Например: Основной диагноз: гангренозно-перфоративный аппендицит.

Осложнения: распространенный, диффузный, фибринозно-гнойный перитонит.

Сопутствующие заболевания: ИБС: атеросклеротический кардиосклероз, Гипертоническая болезнь 2 стадии, ожирение 2 ст.

Медицинские мероприятия: лапаротомия, аппендэктомия, санация и дренирование брюшной полости (дата и подпись).

Внимание:

Студенческая история болезни (академическая) отличается от врачебной (клинической) тем, что клиническая история болезни дает ответ насколько хорошо доктор изучил больного, а студенческая должна показывать насколько хорошо студент знает заболевание!

Не стоит дублировать врачебную историю болезни – у нее несколько другая схема построения!

4. СХЕМА ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ

Тульский государственный университет	
Медицинский институт	
Кафедра хирургических болезней	
ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ	
по общей (клинической) хирургии	
ФИО больного.	
Заключительный клинический диагноз:	
(Основной; Осложнения; Сопутствующий; Операция)	
Куратор:	
Курс:	
Группа:	подгруппа
Клиническая база:	
Отделение:	
Преподаватель:	
Оценка:	

Рис. 2. Титульный лист истории болезни по общей (клинической) хирургии.

4.1. Паспортная часть:

1. Фамилия, имя, отчество.
2. Возраст (*число, месяц, год рождения с указанием полных лет*).
3. Пол.
4. Профессия/должность и место работы.
5. Место постоянного жительства.
6. Дата поступления в стационар.
7. Кем направлен больной.
8. Доставлен в стационар по экстренным показаниям (*да, нет*), через, сколько часов от начала заболевания, получения травмы; госпитализирован в плановом порядке (*да, нет*).
9. Диагноз направившего учреждения.
10. Диагноз при поступлении.
11. Диагноз заключительный клинический:
а) основной; б) осложнения; в) сопутствующий.
12. Операция:
- 13.

Название операции	Дата, час	Метод обезболивания	Осложнения
1.			
2.			

14. Дата выписки или окончание курации.

4.2. Жалобы при поступлении.

Представившись больному, ознакомившись с ним, обследование больного следует, начинать с выяснения жалоб – постановки вопроса: «На что жалуетесь? или что у Вас болит?». Необходима тщательная детализация жалоб. Например, при наличии болей необходимо по возможности установить:

- А) их точную локализацию и иррадиацию;
- Б) время появления;
- В) стойкость, интенсивность и характер;
- Г) повторность и периодичность;
- Д) связь болевых ощущений с физическим напряжением, травмой, приемом пищи, физиологическими отправлениями (актом мочеиспускания, дефекации);

Е) сочетание болей с изжогой, рвотой, головокружением, потерей сознания, позывами к мочеиспусканию и др.;

Ж) колебание температуры тела с момента возникновения заболевания и появления болей;

З) что предпринимал больной для снятия болей, какие лекарственные средства принимает, приводит ли это к снятию болей.

При наличии других жалоб необходима их детализация по аналогичной схеме.

В историю болезни жалобы больного заносятся в отредактированном виде, кратко, посистемно, указываются в первую очередь те, на которые больной делает ударение, а затем остальные (*последовательно, по силе их выраженности*). Описывая жалобы, не нужно использовать диагностических определений. *Больной не жалуется на дистрофию, геморрой или аппендицит.* Использование диагнозов при описании жалоб является ошибкой.

Правильно, полноценно собранный анамнез нередко является залогом правильной постановки диагноза еще до проведения инструментальных и лабораторных методов обследования.

Учитывая, что студенческая хирургическая история болезни составляется по большей части ретроспективным порядком, жалобы на момент курации могут отличаться от жалоб при поступлении.

Внимание: в рубрике «жалобы при поступлении» указываются данные из клинической истории болезни!

4.3. История настоящего заболевания (anamnesis morbi).

История настоящего заболевания излагается больным после вопросов: «С какого времени считаете себя больным?», «Что раньше всего почувствовали?», «Что послужило причиной болезни?».

В хронологическом порядке излагается динамика симптомов заболевания от первых проявлений до обследования куратором. Выясняется начало заболевания, первые признаки и симптомы его, предполагаемые причины возникновения, определяется последующий ход болезни, вплоть до момента обращения заболевшего за врачебной помощью.

При травме: отмечается время получения повреждения, причины травмы, характер травмирующего фактора, механизм травмы, обстоятельства при которых получено повреждение. Отмечается сохранность сознания или продолжительность потери сознания, наличие ретроградной амнезии, поведение пострадавшего после

травмирования. Где, кто и как оказал первую помощь, каким транспортом больной был доставлен, наличие шины, повязок и их состояние, кровеостанавливающего жгута и время его наложения, введение противостолбнячной сыворотки и анатоксина.

При гнойной хирургической инфекции: отмечается причина заболевания, время проявления, первые симптомы (*боль, озноб, высокая температура, отек, нарушение функции и др.*). Отражается характер болей, динамика развития патологического процесса, применяемое лечение.

При трофических нарушениях, некрозах, сосудистых расстройствах и новообразованиях: когда впервые заметил, динамика развития, степень нарушения функции и применяемое лечение его эффект.

При хронических заболеваниях: кроме того, выявляется длительность болезни, частота обострений и их причины, продолжительность периодов обострения и ремиссий, динамика веса больного, состояние аппетита и сна. Отмечается трудоспособность в периоды ремиссий (*восстанавливается или остается сниженной*).

При написании данного раздела истории болезни учитываются только те данные, которые излагаются больным или его родственниками и представляются достоверными. Если больной предоставляет документальные данные предыдущих исследований, проведенных в других лечебных учреждениях, то их тоже вносят в этот раздел истории болезни.

4.4. История жизни больного (anamnesis vitae):

Как правило, описание «истории жизни» больших трудностей не вызывает. Лишь укажем, что ответы на вопросы этого раздела позволяют уточнить, как то или иное событие из жизни больного могло повлиять на здоровье пациента, оказать влияние на возникновение заболевания, определить характер его течения.

Отмечаются краткие биографические данные, развитие в детском и юношеском возрасте, образование, отношение к военной службе (участие в боевых действиях). Этот фрагмент можно записать так, «...Родился в 1984 году в городе Тула, в семье служащего, вторым по счету ребенком. В развитии от сверстников не отставал. Учился хорошо, учеба давалась легко. Образование высшее педагогическое – в 2008 году закончил Тульский государственный педагогический университет по специальности «учитель химии и биологии». В настоящее время работает по специальности в лицее №2. В рядах армии РФ не служил...»

Указывается семейное положение. У женщин – время появления менструаций и их характер, количество беременностей и родов (их течение и исходы), аборт, начало климакса.

Отражаются условия жизни больного (*состояние жилища, материальная обеспеченность*), характер и регулярность питания, возможные вредные привычки (*употребление алкоголя и наркотиков, табакокурение*). Однако нельзя у больного спросить напрямую: есть ли у вас вредные привычки, ибо это понятие широкое, и трактуется разными людьми по-разному. Говорить громко, сморкаться пальцами, нецензурно выражаться, по сути, тоже вредные привычки. Так что, лучше задать конкретный вопрос, например, *курите ли Вы*, чтоб получить конкретный ответ. Далее следуют уточняющие вопросы, какой стаж курильщика, какие сигареты больной предпочитает, сколько выкуривает в день и т.д.

На прямой вопрос *«Употребляете ли Вы наркотики?»* вряд ли следует сразу рассчитывать на утвердительный ответ. Но, наблюдая за поведением больного, осматривая кожные покровы, исследуя сосуды, где могут быть обнаружены мелкие рубцы от ранее выполненных инъекций с нарушением правил асептики иногда можно предположить, что пациент употребляет наркотики с помощью инъекций. И только тогда, под влиянием неоспоримых доказательств, больной признается в их употреблении. В других случаях следует написать *«Наркотики не употребляет. Токсикоманией не страдает»*.

Перечисляются, начиная с детства, перенесенные болезни, травмы, операции. Особо следует указать о перенесенном ранее или получаемом лечении от туберкулеза, венерических заболеваний, гепатитах, ВИЧ-инфекции, контакте с инфекционными больными. Отметить, имели ли место гемотрансфузии и реакции на них, а так же парентеральное введение лекарств в течение последних 6 месяцев.

Уточняется непереносимость пищевых продуктов и лекарственных препаратов, вакцин и сывороток, и при наличии непереносимости, вид аллергической реакции (*крапивница, отек Квинке, анафилактический шок и др.*).

Выясняется наличие у кровных родственников возможных наследственных заболеваний.

Фиксируются продолжительность нетрудоспособности по данному заболеванию за последний календарный год, сроки последнего листа нетрудоспособности, наличие инвалидности и ее причины.

4.5. Настоящее состояние больного (status praesens):

Внимание: Описывайте только те системы и органы, которые заинтересованы в описываемом Вами заболевании, а так же те которые могут быть затронуты

осложнениями основного процесса. Остальные органы и системы тоже нужно подробно описать, но в этом случае следует описывать их как норму!

Рубрика «Расспрос» в описании систем органов призвана сориентировать студента в правилах сбора анамнеза. Эти данные заносятся в раздел «Жалобы при поступлении»!

Общее состояние больного: удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое, крайне тяжелое, агонирующее, клиническая смерть.

Сознание: ясное, спутанное, ступор, сон, кома, бред, галлюцинации.

Интеллект: развит, снижен.

Настроение: спокойное, подавленное, тревожное, эйфория.

Положение: активное, пассивное, вынужденное.

Выражение лица: спокойное, страдальческое, тревожное и т.д.

Телосложение: правильное, неправильное (*расшифровать*), рост, вес, температура тела (*на момент поступления в стационар*).

Конституциональный тип телосложения: нормостенический, гиперстенический, астенический.

Кожные покровы:

окраска (*телесного цвета, бледная, цианотичная, желтушная, мраморная, землистая*), влажность, эластичность, пигментация, наличие сыпи (*пятно – macula; узелок – papula, nodulus; узел – tuberculum; шишка – phima; пузырь – bulla; пузырек-pustule; пузырек с водянистым содержимым – vesicula; волдырь – urtica; эритема – erithema; чешуйка – squama; корка, струп – crusta; экскориация – excoriation; трещина – rhagades; язва – ulcus; эрозия – erosio*), расчесов, геморрагий, «сосудистых звездочек», рубцов, шелушения, трофических язв, пролежней и т.д.

Волосной покров: тип оволосения (*женский, мужской, интерсексуальный*), распространение, состояние волос.

Ногти: форма (*«часовые стекла», «ложкообразные»*), цвет, исчерченность, ломкость.

Видимые слизистые оболочки: цвет, влажность, наличие высыпаний.

Подкожно-жировая клетчатка: степень развития (*умеренная, слабая, чрезмерная*), места наибольшего отложения жира, наличие пастозности, отеков, эмфиземы (*локализация, распространенность*).

Лимфатические узлы: (*пальпируются, не пальпируются*) их локализация, величина, консистенция, подвижность и болезненность при пальпации. Исследуются: подчелюстные, подбородочные, над и подключичные, подмышечные, локтевые, паховые, бедренные лимфатические узлы.

Мышцы: развития мышечной ткани (*хорошее, умеренное, слабое*), мышечная сила, тонус мышц (*нормальный, повышенный, пониженный*), координированность сокращений, уплотнения (*узловые, ограниченные, разлитые*), болезненность при ощупывании с указанием места ее локализации, боли самостоятельные или возникающие при движении, гипертрофии, атрофии, параличи, парезы.

Кости: наличие деформаций, патологической подвижности, болезненности при ощупывании и поколачивании, боли самостоятельные или возникающие при движении. Характер боли ее локализация, продолжительность, время наибольшей интенсивности. Исследуются: кости черепа, позвоночника, грудной клетки, таза, конечностей.

Суставы: конфигурация, объем активных и пассивных движений, контрактуры и анкилозы, боли спонтанные, при активных и пассивных движениях, пальпации. Характер боли, локализация, хруст. Объем активных и пассивных движений в суставе при ограничении измеряется в градусах. Измерение окружности сустава при выявляемой патологии осуществляется в сантиметрах.

Система органов дыхания:

Расспрос:

Дыхание: через нос или рот, свободное или затрудненное, носовые кровотечения. Обоняние: ухудшение, потеря. Боли в области лобных и гайморовых пазух. Гортань: голос чистый громкий, тихий, афония. Боли при разговоре глотании.

Боли в грудной клетке: локализация болей, характер, интенсивность, иррадиация, связь с дыханием.

Одышка: характер, время возникновения, интенсивность и продолжительность. Приступы удушья: время возникновения, сила приступа продолжительность.

Кашель: время появления, сила, длительность, характер (*постоянный, периодический, приступообразный*). Сухой или с мокротой. Причины, влияющие на появление и усиления кашля.

Мокрота: время ее появления, отхождение свободно или с трудом, количество, цвет, запах, примеси крови. Зависимость отделения мокроты от времени и положения больного.

Кровохарканье: время появления, частота, интенсивность, мокрота смешанная с кровью, чистая кровь (*со сгустками или жидкая кровь*), цвет крови (*алый, ржавый, розовый, пенистая мокрота*).

Повышение температуры тела: ознобы, поты.

Осмотр:

Форма грудной клетки: нормостеническая, гиперстеническая, астеническая, патологические формы – эмфизематозная, паралитическая, ладьевидная, рахитическая, воронкообразная. Симметричность грудной клетки,

Тип дыхания: грудной, брюшной, смешанный. Число дыхательных движений в минуту. Ритм и глубина дыхания.

Пальпация грудной клетки:

Определение болезненных участков, эластичности и ригидности, крепитации, изменения голосового дрожания на симметричных участках.

Перкуссия легких:

Сравнительная перкуссия: характер перкуторного звука на симметричных участках (*ясный легочный, притупленный, тупой, коробочный, тимпанический, металлический, звук «треснувшего горшка»*). Точное определение границ каждого звука. Топографическая перкуссия легких по линиям грудной клетки с определением дыхательной экскурсии по средней подмышечной линии (*экскурсия легочных краев в сантиметрах*).

Аускультация легких:

Характер основных дыхательных шумов на симметричных участках грудной клетки (*везикулярное, усиленное, ослабленное, жесткое, смешанное; бронхиальное, амфорическое, металлическое и др.*). Наличие побочных дыхательных шумов и их локализация: хрипы (*сухие, влажные, звонкие, глухие, мелко-, средне- или крупнопузырчатые*), крепитация, шум трения плевры. Бронхофония над симметричными участками грудной клетки.

Система органов кровообращения:

Расспрос:

Боли в области сердца или за грудиной, их характер, интенсивность, продолжительность, иррадиация, зависимость от физической и нервной нагрузки. Одышка: в покое, при движении. Сердцебиение: постоянное или приступообразное, время возникновения (*в покое, при волнении, после еды, утром, при отходе ко сну*). Отеки: время появления, локализация, зависимость от времени суток. Другие ненормальные ощущения в области сердца. Влияние покоя и лекарственных средств.

Осмотр и пальпация сосудов:

Пульс на лучевых, височных, сонных, подмышечных, плечевых, бедренных, подколенных артериях и артериях стоп в сравнении с двух сторон. Частота пульса в 1 минуту на лучевых артериях. Наполнение: большого, малого, альтернирующего характера. Напряжение: нормальный, напряженный, мягкий пульс. Ритм: правильный или

неправильный. Артериальное давление на правой и левой плечевых артериях, измеренное с помощью тонометра по методу Короткова (*систолическое и диастолическое в мм. рт. ст.*). Осмотр и пальпация вен шеи, подкожных вен грудной клетки, брюшной стенки, нижних конечностей. Отмечается уплотнение вен, болезненность.

Осмотр области сердца:

Выпячивание в области сердца, верхушечный и сердечный толчки, патологическая пульсация (*характер, локализация, распространенность*).

Пальпация области сердца:

Характеристика верхушечного и сердечного толчков, дрожание в области сердца. Пульсация в других местах сердечной области с указанием места.

Перкуссия области сердца:

Определение границ относительной и абсолютной тупости сердца, конфигурация сердца (нормальная, митральная, аортальная, легочная, *cor bovinum*).

Аускультация области сердца:

Тоны сердца (*при необходимости описываются последовательно над каждой точкой*): ясные, ослабленные, глухие, хлопающие, с расщеплением или раздвоением, дополнительные. Шумы относительно фаз сердечной деятельности (сistolы или диастолы), их тембр, громкость, продолжительность, проведение. Шум трения перикарда. Ритм сердца (*тахикардия, брадикардия, экстрасистолия, мерцательная аритмия*), число сердечных сокращений.

Система органов пищеварения:

Расспрос:

Боли в животе: локализация, характер, иррадиация, продолжительность, зависимость от рода пищи, количества, времени приема, зависимость от перемены положения тела, акта дефекации, физической нагрузки, средства, способствующие их облегчению.

Аппетит: хороший, снижен, отсутствует, извращен, отвращение к пище.

Жажда: (*есть или нет*), количество выпиваемой жидкости за сутки.

Жевание: боли при жевании, хорошо ли пережевывается пища.

Диспепсические явления:

А) *Тошнота:* (*есть или нет*), зависимость от приема пищи.

Б) *Рвота:* (*есть или нет*), натощак или после еды, зависимость от рода пищи. Количество и характер рвотных масс: не переваренные остатки пищи, примесь желчи, крови (*свежей, в виде сгустков, кофейной гущи*), каловая рвота.

В) *Отрыжка: (есть или нет)*, воздухом, пищей. Отрыжка горькая, кислая, тухлая, зависимость от рода пищи. Время появления отрыжки, продолжительность, наличие срыгивания.

Г) *Изжога: (есть или нет)*, время появления, продолжительность, интенсивность, зависимость от характера пищи.

Глотание: свободное, затрудненное, болезненное.

Прохождение пищи по пищеводу: свободное, затрудненное (на каком уровне ощущается препятствие, какая пища проходит – жидкая или твердая). Прохождение пищи болезненное или безболезненное.

Тяжесть в животе: (есть или нет), ощущение переливания, урчания.

Метеоризм: (есть или нет), зависимость от количества и качества пищи.

Отхождение газов: нарушение отхождения газов (есть или нет). Отхождение газов обильное, без запаха с резким запахом.

Дефекация: поносы (частота), запоры (через, сколько дней дефекация, опорожнение кишечника самостоятельно или после клизмы, слабительного (какого?)), чередование поносов и запоров. Кал жидкий, твердый, оформленный, кашицеобразный, форма каловых масс (колбасовидный, глыбообразный, лентовидный, «овечий», гетерогенный кал). Цвет каловых масс: нормальный, светлый, дегтеобразный, с примесью крови (на поверхности, перемешана с калом). Боли при дефекации, чувство неполного опорожнения кишечника, тенезмы.

Осмотр полости рта:

Запах изо рта: обычный, гнилостный, ацетона, аммиака и др.

Язык: окраска, влажность, налет, язвы и т.д.

Состояние зубов: зубы кариозные, шатающиеся, вставные, протезы, отсутствие зубов.

Десны: окраска, разрыхленные, изъязвленные, кровоточащие.

Слизистая оболочка губ, десен, твердого и мягкого неба: окраска, налеты, трещины, изъязвление.

Зев, миндалины, глотка: окраска, налеты (*легко или трудно снимаются*), отечность, величина миндалин (*не увеличены, гипертрофированны*), гнойные пробки на миндалинах.

Осмотр живота:

Осмотр живота производится стоя и лежа: оценивается форма живота (*вздут, втянут*), симметричность, выраженность подкожной жировой клетчатки, участие в акте дыхания, наличие расширенных подкожных вен и послеоперационных рубцов (*их локализация, форма, размеры*), видимая на глаз перистальтика желудка, кишечника.

Измерение окружности живота на уровне пупка. Определение локальной болезненности в животе при помощи симптома «кашлевого толчка». Осмотр и выявление возможных грыжевых выпячиваний в типичных местах (*паховые, бедренные, пупочные*).

Пальпация:

Поверхностная ориентировочная пальпация: определение болезненности, напряжении мышц живота (*локальное или распространенное*). Определение симптомов раздражения брюшины (Щеткина-Блюмберга, Раздольского, Воскресенского и др.) и симптомов, патогномоничных для воспаления органов, расположенных в этих зонах. Пальпаторно состояние области пупка, выявление грыжевых выпячиваний и расхождения прямых мышц живота.

Внимание: *поверхностная пальпация начинается с наименее болезненного места и заканчивается местом, где имеется наибольшая болезненность!*

Глубокая, топографическая, методическая, скользящая пальпация по методу Образцова – Стражеско: пальпация по ходу толстого кишечника (*сигмовидная, нисходящая, слепая, восходящая, поперечно-ободочная, терминальный отрезок подвздошной кишки*). Определение состояние кишки, характер поверхности (*гладкая, бугристая, четкообразная*), консистенция (*мягкая, эластичная, уплотненная, плотная*), подвижность, болезненность, урчание, плеск.

Пальпация области желудка: видимое увеличения желудка, определение границ его перкуторно, по шуму плеска (*сукуссия*), аускультперкуссией. Глубокая пальпация большой кривизны желудка. Болезненность пилородуоденальной зоны, проекции малой кривизны желудка. Пальпация, в положении лежа, на правом и левом боку, болевые точки. Симптом точечной болезненности в эпигастральной области (*симптом Менделя*).

Аускультация:

Определяется наличие и характеристика перистальтических кишечных шумов (*перистальтика усиленная, вялая, звонкая, резонирующая*). Патологические, проводные или иные шумы (*при их наличии*). «Шум плеска» при сукуссии в желудке, кишечнике.

Перкуссия:

Перкуторно выявляется наличие свободного газа в брюшной полости (*исчезновение печеночной тупости*), зона высокого тимпанита, наличие свободной жидкости.

Печень, желчный пузырь, поджелудочная железа:

Осмотр: наличие ограниченного или диффузного выбухания.

Перкуссия: определение верхней и нижней границы печени. Размеры печени по Курлову.

Пальпация: характеристика нижнего края печени (*острый, закруглен*), поверхность (*гладкая или бугристая*), консистенция (*плотная, мягкая, эластичная*), болезненность при пальпации.

Пальпация области желчного пузыря: его пальпируемость (симптом Курвуазье), болезненность, смещаемость, консистенция, размеры. Зоны кожной гиперестезии. Симптомы: Кера, Ортнера-Грекова, Мерфи, Лепене.

Пальпация области поджелудочной железы: болезненность, наличие мышечного напряжения (*при острых панкреатитах*). Наличие пальпируемых объемных образований (киста, инфильтрат, опухоль), болезненность, смещаемость, консистенция, размеры. Зоны кожной гиперестезии. Симптомы: Губерглиц, Мейо-Робсона, триада симптомов Мондора, Керте, Воскресенского.

Селезенка:

Осмотр: наличие обширного или локального выбухания.

Перкуссия: перкуторные размеры поперечника и длинника.

Пальпация: пальпация селезенки в положении на спине и правом боку. Болезненность при пальпации, консистенция (*мягкая, плотная*), поверхность (*гладкая, бугристая*).

Прямая кишка:

Осмотр: наружные геморроидальные узлы, трещины, свищи, кондиломы.

Пальцевое исследование: болезненность при введении пальца, тонус сфинктера, скопление каловых масс, внутренние геморроидальные узлы, опухолевидные образования, воспалительные инфильтраты, состояние смежных пальпируемых органов (предстательной железы, матки) и объемных образований полости малого таза.

Мочевыделительная система:

Расспрос:

Мочеиспускание свободное, затрудненное, болезненное. Частота мочеиспускания днем и ночью. Задержка мочи. Диурез: обычный, полиурия, олигурия, анурия. Боли в области почек, мочевого пузыря: постоянные, приступообразные, их характер, продолжительность, причины возникновения, ослабления, иррадиация болей, интенсивность. Цвет мочи (*соломенно-желтая, темно-желтая, красная*), прозрачность.

Осмотр области почек:

Припухлость, покраснение кожи.

Пальпация:

Пальпация почек в положение на спине, на боку, а затем в положении стоя.

Определение локализации, величины почек, характер пальпируемой поверхности почек (*гладкая, бугристая*). Опускание почек. Симптом Пастернацкого (*положительный или отрицательный*) с какой стороны.

Пальпация по ходу мочеточника с указанием локализации, болезненности.

Перкуссия:

Определение границы дна мочевого пузыря.

Эндокринная система:

Расспрос:

Аппетит, жажда, потоотделение, суточный диурез.

Осмотр:

Характер - тип оволосения, степень оволосения. Пигментация кожи и слизистых оболочек. Форма лица. Неравномерность и степень распределения подкожной жировой клетчатки. Развитие вторичных половых признаков.

Щитовидная железа:

Деформация шеи; величина железы (*нормальная, увеличена: вся железа, правая, левая доля, перешеек; степень увеличения*), консистенция, наличие опухолевидных образований. Смещение при глотании, болезненность при пальпации.

Нервная система и органы чувств:

Расспрос:

Память: хорошая, ослабленная, потеря памяти.

Сон: хороший, прерывистый, тревожный, бессонница.

Головные боли: локализация, сила, продолжительность, характер, сопутствующие болям явления. Головокружение, шум в голове.

Нарушение в двигательной и чувствительной сфере.

Зрение, слух, обоняние, осязание, вкус.

Неврологическое исследование:

Сознание: ясное, спутанное.

Настроение: спокойное, подавленное, тревожное, эйфория.

Реакция зрачков на свет. Симптомы поражения черепно-мозговых нервов. Параличи, парезы. Характер дермографизма (*красный, белый, стойкий, нестойкий*).

Координация движений.

Психические нарушения: бред, галлюцинации.

Обоняние и вкус. Органы зрения: острота зрения, равномерность глазных щелей, косоглазие, величина и форма зрачков. Слух. Речь, ее расстройства.

4.6. Местный статус (status localis).

Этот раздел истории болезни, описываемый при наличии у пациента следующих патологических форм, изучаемых в хирургии: раны и язвы, наружные грыжи, травмы (*ушиб, растяжение, разрыв, вывих, перелом, раны, в том числе послеоперационные*), ожоги, отморожение, электротравма, воспалительные инфильтраты (*фурункул, карбункул, абсцесс, флегмона, рожа, эризипеллоид, панариций, лимфаденит, лимфангит, тромбоз, тромбофлебит, остеомиелит, анаэробная гнилостная инфекция*), костно-суставной туберкулез, некрозы, гангрены.

Местный статус заполняется при необходимости подробного описания пораженных частей тела.

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.

4.7. Предварительный диагноз.

Внимание: После того как Вы описали жалобы, историю заболевания и жизни, общий и местный статус – Вы должны выставить **«Диагноз при поступлении»** или **«Предварительный диагноз» (без обоснования)!**

Затем решите, какие необходимо выполнить исследования для подтверждения или отторжения поставленного диагноза. Опишите эти исследования, обращая особое внимание, на то, что Вы хотите в результате этих исследований получить. Так у Вас родится план обследования.

4.8. План обследования.

Составляется для уточнения или установления заключительного клинического диагноза. Включает лабораторные и инструментальные методы исследования в соответствии с предварительным диагнозом; при необходимости, возможно, предусмотреть консультацию врача-специалиста. Все назначаемые исследования, помимо обязательных при первичном обследовании пациента (*общие клинические анализы крови и мочи, группа крови и Rh-фактор, определение в сыворотке крови уровней общего белка, билирубина, креатинина, мочевины, глюкозы, маркеров на гепатиты «В», «С» и ВИЧ-инфекцию, реакция Вассермана, ЭКГ*), следует указывать в порядке их выполнения.

Внимание: исследования могут выполняться не только для того чтобы отвергнуть или поставить верный диагноз, но и для оценки общего состояния организма

больного, особенно в тех случаях, когда предполагается выполнения активных хирургических манипуляций (операции, инвазивные манипуляции)!

4.9. Результаты лабораторных и специальных методов исследования.

При описании результатов исследований вносятся результаты, а при необходимости, и полные протоколы выполненных исследований. Следует указать дату, когда было проведено, то или иное исследование.

Внимание: *Если Вы столкнулись с ситуацией отсутствия в клинической истории болезни того или иного исследования Вы, тем не менее назначаете это исследование и описываете те результаты, которые, по-вашему мнению, могли быть получены в соответствии с текущей клинической картиной заболевания!*

4.10. Дифференциальная диагностика.

Проводится на основании собранного анамнеза и проведенных исследований между заболеваниями, выставленными в качестве предварительного диагноза.

Дифференциальный диагноз проводится по следующим принципам: описываем жалобу, симптом, синдром или что-то иное, что объединяет оба заболевания. Пишем следствием чего в случае каждого заболевания, является это проявление. Затем, рассматриваем другие исследования с точки зрения каждого из дифференцируемых заболеваний. Если какие-то данные подтверждают наличие одного из дифференцируемых заболеваний, а данных за другое заболевание нет, оставляем то, за которое больше данных.

Пример: *Острая боль в эпигастральной области может быть следствием прободной язвы желудка, а может быть проявлением острого панкреатита. В анамнезе у больного с прободной язвы отмечаем внезапность возникновения боли - «кинжальная боль», как правило, возникновению подобной боли предшествует психо-эмоциональный стресс, возможно, наличествует язвенный анамнез. В отличие от острого панкреатита основными причинами, которыми у женщин можно считать ЖКБ у мужчин злоупотребление алкоголя. При этом больные с острым панкреатитом в жалобах отмечают постепенно возникающие боли в животе, тошноту многократную рвоту желудочным содержимым, рвота без облегчения.*

Из методов дополнительных исследований при прободении язвы в брюшной полости на рентгенограмме мы отметим свободный газ, а при остром панкреатите высокий уровень амилазы в крови. Значит, для выяснения причины острой боли в эпигастрии нужно сделать больному обзорный снимок брюшной полости и посмотреть

уровень амилазы в крови. Результаты исследований подтвердят один и отвергнут другой диагноз!

Дифференциальная диагностика должна проводиться корректно, на основании имеющихся данных (*жалоб, анамнеза, результатов обследования*). Например, некорректно проводить дифференциальный диагноз между язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки, в то время как при фиброгастроскопии (*при наличии исследования в анамнезе*) определена локализация язвы. В данном случае дифференциальный диагноз некорректен, поскольку одно из заболеваний (*язвенная болезнь 12-перстной кишки*) просто отсутствует, о чем есть документальное подтверждение - фиброгастроскопия!

Дифференциальная диагностика должна по возможности выявлять этиологию и патогенез заболевания. *Дифференциальный диагноз может быть сформулирован в истории болезни в повествовательном виде или в виде таблицы сравнения это на выбор пишущего. Идеальный вариант – небольшая таблица, а ниже повествовательное рассуждение без излишней «воды».*

4.11. Клинический заключительный диагноз (diagnosis).

Заключительный клинический диагноз включает:

- А) Основное заболевание.
- Б) Осложнения основного заболевания.
- В) Сопутствующие заболевания.
- Г) Операции (*дата проведения*).

Внимание: Рубрики обозначающие: «Основное заболевание», «Осложнение основного заболевания», «Сопутствующие заболевания» и тд., указываются с новой строки. Внутри рубрики допустимо перечисление через запятую!

4.12. Обоснование заключительного клинического диагноза.

Для обоснования диагноза должны быть последовательно использованы: жалобы больного, данные анамнеза заболевания, анамнеза жизни, объективного исследования, результаты лабораторных и специальных методов обследования больного, а также интраоперационные данные и данные гистологического исследования, если такие есть. Этот раздел не должен состоять из простого перечисления симптомов, характерных для данного заболевания, а должен отражать ход клинического мышления над больным. Если какой либо из симптомов, обнаруженных у больного, не укладывается в классическую картину заболевания, надо попытаться объяснить его происхождение. При обосновании диагноза куратор постепенно, этап за этапом, развертывает историю болезни,

устанавливая между выявленными жалобами симптомами и данными лабораторных и специальных методов обследования логическую связь. Необходимо последовательно и четко обосновывать не только диагноз заболевания, но и стадию процесса, и имеющиеся осложнения. Обосновывать сопутствующие заболевания не стоит.

Таким образом, должны быть сделаны следующие записи:

Диагноз поставлен на основании жалоб больного: ... (перечисление жалоб со всеми их характеристиками). На основании анамнеза заболевания – эволюции жалоб в истории развития заболевания: ... (сжатое изложение, с емкими, точными, понятными фразами). На основании данных, объективного исследования больного: ... (признаки болезни, полученные при осмотре, пальпации, перкуссии, аускультации). Диагноз подтвержден результатами дополнительных методов исследования, интраоперационных данных, данных гистологического исследования: ... (перечисляются результаты исследования, проводится их характеристика).

4.13. Лечение больного.

После установления заключительного клинического диагноза Вы должны выбрать и обосновать метод лечения курируемого больного. Для хирургических заболеваний на этом этапе важно решить – будет в ходе лечения использован оперативный метод или нет. Если оперативного вмешательства в плане лечения нет – расписывается весь комплекс лечебных мероприятий с обязательным обоснованием каждого из них. При консервативной терапии нужно указывать препараты, их дозировку, способ введения, кратность назначения и патогенетическую направленность действия.

Если оперативное вмешательство в плане лечения присутствует, весь комплекс лечебных мероприятий разбивается на три этапа:

- 1) Предоперационная подготовка;
- 2) Оперативное вмешательство;
- 3) Послеоперационный период.

Для каждого этапа определяется свой план лечения с обязательным обоснованием каждого его элемента.

Описание оперативного пособия состоит из обоснования его необходимости, которое приводится в предоперационном эпикризе.

4.14. Предоперационный эпикриз.

Обосновывается необходимость оперативного вмешательства. Данное решение может быть принято как сразу при поступлении, так и отсрочено. Сразу при поступлении

больного, например на плановое оперативное лечение, известно, когда и какое оперативное пособие будет ему выполнено. Если ситуация носит urgentный характер – оперативное пособие выполняется немедленно и речь идет об экстренной операции. Особняком стоят срочные оперативные вмешательства. Срочная операция это операция, которая выполняется через заранее определенный срок от момента поступления больного. Этот срок может быть обусловлен необходимостью предоперационной подготовки, либо (чаще) нужен для решения вопроса о консервативном или оперативном пути ведения больного.

Пример (предоперационный эпикриз):

Больной А., 45 лет, поступил в хирургическое отделение 25 апреля 2010 г..

Диагноз при поступлении: острый аппендицит.

Диагноз подтвержден клиническими, лабораторными и инструментальными данными.

Больному показано оперативное вмешательство.

Планируется операция: аппендэктомия.

Обезболивание: наркоз.

Оперирующий хирург Иванов И.И. , ассистент Петров С.С.

Противопоказания к операции не имеются.

Согласие на операцию от больного получено, о характере операции, наркоза, возможных осложнениях больной информирован.

Премедикация: внутримышечно за 30 мин до операции: кеторол 1,0 мл, супрастин 1.0 мл, реланиум 2,0 мл.

4.15. Описание операции (протокол операции):

Протокол операции формируется по следующей схеме:

- А) Предоперационный диагноз.
- Б) Диагноз после операции.
- В) Дата операции.
- Г) Название операции.
- Д) Вид обезболивания.
- Е) Описание самой операции.

Описание операции следует начинать с оперативного доступа (*лапаротомия, разрез по Дьяконову - Волковичу, подреберный доступ и др.*), далее последовательно указываются все этапы оперативного вмешательства. Сокращения по типу: «Проведена типичная аппендэктомия» не допустимо. При постановке дренажа указывается точная

локализация области дренирования. В конце операции обязательно уточняется счет салфеток - «Салфетки все». Это выражение объясняет, что счет операционных салфеток в конце операции совпал и в брюшной полости хирургами не оставлено инородных тел.

Также в протоколе операции следует указать интраоперационную кровопотерю.

Внимание: *протокол операции переписывается из клинической истории болезни!*

4.16. Дневники.

Дневник составляется на день курации больного. В дневнике указывается дата осмотра больного, день заболевания или день послеоперационного периода, отображается течение болезни. Кратко излагается общее состояние больного, жалобы, изменения, произошедшие со времени предыдущего осмотра. Если изменения по органам и системам не обнаружены, кратко констатируется их состояние. Отображается характер физиологических отпавлений, особенно в ранний послеоперационный период. Детально описывается состояние послеоперационной раны, наличие отека, гиперемии кожных покровов, отделяемое из раны, его характер, цвет. В дневнике отражают все мероприятия, выполняемые в проекции послеоперационной раны (*дренирование раны вследствие нагноения, снятие швов, характер заживления раны и др.*).

4.17. Прогноз.

В этой части истории болезни нужно определить прогноз для жизни, функции пораженного органа или системы, прогноз для здоровья и трудоспособности.

А) Прогноз для жизни (*Prognosis quo ad vitam*).

Б) Прогноз для здоровья (*Prognosis quo ad valitudinem*).

В) Прогноз для труда (*Prognosis quo ad laborem*).

4.18. Эпикриз (epicrisis).

К сведению студента: Эпикриз это краткое врачебное заключение о больном и течении его заболевания в процессе проведенного лечения. Эпикризы подразделяют на этапные эпикризы, выписные, посмертные. В этапном эпикризе каждые 10–14 дней отражается ход и результаты обследования и лечения, намечаются дальнейшие действия. **В студенческой истории болезни этапные эпикризы можно не писать!**

В эпикризе указывается фамилия, имя, отчество, возраст больного, дата поступления в стационар дата выписки (для больных которые продолжают лечение на момент курации в истории болезни указывается: «продолжает лечение»), жалобы при поступлении, результаты клинического, лабораторного, рентгенологического,

эндоскопического и других видов специального исследования. Указывается установленный диагноз, кратко его обоснование, проведенное лечение и его результаты – выздоровление, улучшение, без изменений, ухудшение.

У оперированных больных указывается дата операции, характер операции, вид обезболивания, данные гистологического исследования удаленного препарата, послеоперационное течение, осложнения, вид заживления раны.

В конце эпикриза указывается состояние, в котором выписан больной с указанием его трудоспособности. Излагаются рекомендации в отношении режима, диеты, медикаментозной терапии, санаторно-курортного лечения, отмечаются примерные сроки нетрудоспособности и ограничения нагрузки. В случае необходимости указывается, куда выписывается больной под наблюдение и лечение каких врачей специалистов.

/Подпись студента-куратора/.

4.19. Список используемой литературы.

Если Вы в ходе написания истории болезни использовали дополнительную литературу ее необходимо указать в этом разделе. Литература указывается в хронологическом порядке по году издания.

Во всех остальных случаях заполнение этого раздела не обязательно.

5. ПРИЛОЖЕНИЕ.

5.1. Обследование больных при тяжелой травме в экстренных ситуациях.

Обследование больных при тяжелых травматических повреждениях из-за недостатка времени и угрожающего жизни состояния, когда необходимо срочно оказать первую помощь, отличается от обычной схемы обследования (выяснение жалоб, их детализация, анамнез болезни, жизни и т.д.). В этих ситуациях следует сразу же выяснить по симптомам функции жизненно важных органов – нервной системы, кровообращения, дыхания и принять срочные меры по устранению нарушений.

Целенаправленное обследование больного для установления точного диагноза проводят при сохраненных функциях системы жизнеобеспечения или после их восстановления.

Для оценки состояния пострадавшего при тяжелой травме сразу же необходимо выяснить следующее:

1. Возможность контакта с больным – ответы на вопросы, выполнение простейших действий (открыть и закрыть глаза, поднять конечность, открыть рот, повернуть голову). Наличие заторможенности, сонливости.
2. Проходимость воздушных путей: западение языка, аспирация крови, рвотных масс.
3. Состояние дыхания: наличие дыхания, его частота, глубина, ритм.
4. Состояние сердечнососудистой системы: частота, ритмичность, напряжение и наполнение пульса, уровень АД.
5. Наличие глазных симптомов: активное движение глазных яблок, спонтанное их движение - «плавающий взор», наличие роговичного рефлекса, широких зрачков, анизокории, отсутствие реакции зрачков на свет.
6. Наличие выделения крови, сукровичной жидкости из носа ушей.
7. Тонус мышц. При сравнении тонуса мышц с обеих сторон определяют гипотонию или мышечную гипертонию.

Поскольку ЦНС, система дыхания и кровообращения тесно связаны между собой, их состояние следует оценивать в комплексе и расстройства устранять одновременно.

Оценка функции ЦНС:

Основными причинами нарушения функций ЦНС при травмах является: травма мозга, расстройство кровообращения, дыхания, кровотечение и острая кровопотеря. При обследовании учитываются три группы симптомов, характеризующих состояние функции ЦНС: сознание, реакцию зрачков на свет и сохранность рефлексов, адекватность поведения.

Нарушение сознания может быть легкой, средней и тяжелой степени. При *легкой степени (ступор)*, больной дезориентирован во времени и месте, заторможен, сонлив, путано отвечает на вопросы, по команде открывает глаза, показывает язык и т.д. Реакция зрачков на свет живая, рефлексы сохранены. При *средней степени (сопор)*, больного не удается разбудить. Никаких команд он не выполняет, но реагирует на болевое раздражение (*укол, щипок*), защитными движениями – отведением руки, поворотом головы. Зрачки нормальной величины или несколько расширены, их реакция на свет хорошая. *Тяжелая степень* угнетения сознания - *кома*. Контакт с больным невозможен, на окрик не реагирует, его не удается разбудить, защитные рефлексы на болевые раздражения отсутствуют. Ресничный, роговичный рефлексы отрицательные. Зрачки умеренно расширены, реакция на свет вялая. Состояние зрачков является важным признаком продолжающегося угнетения ЦНС.

Широкие зрачки с отсутствием их реакции на свет при остановке дыхания и кровообращения указывают на наступившую смерть. Анизокория при черепно-мозговой травме свидетельствует, как правило, о повреждении полушарий мозга вследствие кровоизлияния и сдавления мозга.

Кровотечение из ушей, выделение спинномозговой жидкости могут указывать на перелом пирамиды височной кости с разрывом барабанной перепонки, кровотечение из носа – на перелом дырчатой пластинки решетчатой кости (*lamina cribrosa ossis ethmoidalis*), кровотечение из ротовой полости – на перелом пирамиды височной кости с поступлением крови через евстахиеву трубу. Обнаружение кровоподтеков орбитальных областей («очковые гематомы») и области мягкого и твердого неба подкрепляют предположение о переломе костей основания черепа в области передней и средней черепных ямок. Кровоподтеки в области сосцевидных отростков указывает на перелом затылочной кости.

Оценка расстройства дыхания:

При определении расстройства дыхания вследствие тяжелых травматических повреждений ориентируются на такие симптомы, как *цианоз* кожных покровов и слизистых оболочек, наличие дыхательных движений грудной клетки, *частота* и *глубина* дыхания, *ритм* дыхательных движений, участие в дыхании вспомогательных мышц груди и шеи, необычные экскурсии грудной стенки при дыхании (*парадоксальное дыхание*), *тахикардия*.

При осмотре больного с тяжелой травмой определяются в срочном порядке наличие признаков расстройства дыхания. Остановка дыхания – *апноэ*, цианоз кожи свидетельствует о тяжелой гипоксии. Частое поверхностное (*щадящее*) дыхание обусловлено болевым воздействием (*переломом ребер, ушибом грудной клетки*). При кровотечении дыхание становится глубоким и частым вследствие снижения ОЦК, легочного кровотока. При частичном закрытии дыхательных путей дыхание стридорозное, с шумным выдохом. При полной закупорке дыхательных путей происходит остановка дыхания. Если при осмотре больного определяются необычные дыхательные движения грудной клетки (*часть ее западает при вдохе и выпячивается при выдохе, грудино-ключично-сосцевидные, большие грудные лестничные мышцы резко напряжены при вдохе*) – этот результат обусловлен нарушением механической стабильности грудной клетки при двойном, множественном переломе ребер.

Состояние функций органов дыхания можно оценить с помощью аускультации и перкуссии грудной клетки. Коробочный звук с отсутствием дыхательных шумов над

половиной грудной клетки указывает на пневмоторакс, укорочение перкуторного звука и отсутствие дыхательных шумов на гемоторакс.

При установлении причины дыхательной недостаточности, основные мероприятия направлены на устранение ее причины в экстренном порядке.

Оценка состояния кровообращения:

Причинами расстройства кровообращения при травматических повреждениях являются болевой фактор, травматический шок, кровотечение и кровопотеря, геморрагический шок. Оценка степени нарушения кровообращения при первичном осмотре пострадавшего проводится по состоянию кожных покровов, пульса (*частота, наполнение, напряжение*), уровню АД, состоянию периферического кровообращения (*бледность, цианоз кожных покровов*).

Если при осмотре больного с тяжелой травмой определяются бледность кожных покровов, цианоз губ, кончика носа, ушных раковин, пальцев рук и ног, гипотермия конечностей, холодный липкий пот, частый пульс слабого наполнения, понижение АД, это свидетельствует о серьезном расстройстве кровообращения. Чем сильнее выражены перечисленные симптомы, тем больше степень расстройства кровообращения. Для уточнения состояния кровообращения в стационаре измеряют ЦВД, определяют ОЦК, уровень гемоглобина, гематокритное число, оценивают диурез.

5.2. Правила обследования больного

с выпячиванием в паховой и пахово-мошоночной области.

Особенности опроса:

При опросе больного выясняется следующее: жалобы, давность заболевания, его развитие, имеются ли боли, связь их с физической нагрузкой; вправляется ли выпячивание, в положении лежа; были ли случаи ущемления в прошлом; сопровождается появление выпячивания дизурическими симптомами (*учащение или задержка мочи*); имели ли место ушибы мошонки; болел ли больной венерическими заболеваниями. Какое лечение применялось в прошлом (*бандаж, операция, подробности операции, обезболивание, течение послеоперационного периода, характер заживления послеоперационной раны*).

Данные опроса имеют большое значение для постановки диагноза и в отношении показаний к оперативному вмешательству. В частности, наличие дизурических явлений при выхождении выпячивания дает возможность заподозрить скользящую грыжу стенки мочевого пузыря. Наличие ущемления в анамнезе заставляет настаивать на скорейшем производстве операции. Длительное ношение бандажа, вызывает образование рубцов в

области грыжевого мешка, усложняет технику оперативного вмешательства. Перенесенные ушибы мошонки и гонорейю можно рассматривать как причину водянки яичка.

Осмотр:

Производят сравнительное исследование области обоих паховых каналов. Осматривая больного в положении стоя и лежа, наблюдают за выпячиванием: уменьшается ли оно или остается без изменений. Подвижные паховые грыжи исчезают сразу, не оставляя никакой припухлости. При грыжах большой величины, спускающихся в мошонку, иногда и после вправления можно видеть некоторое выпячивание, зависящее от утолщенного грыжевого мешка с его рубцово-измененными оболочками.

Выпячивание, в положении лежа, не исчезает при ущемленных, неврвнимых грыжах, при водянке яичка, а также при лимфадените, который иногда ошибочно принимают за грыжевое выпячивание. Также для уточнения пути распространения грыжевого выпячивания больному предлагают покашлять или натужиться. При появлении выпячивания отмечают его величину и направление распространения. Важно установить распространяется ли припухлость в косом направлении по ходу пахового канала (*косая грыжа – hernia obliqua*), спускается ли в мошонку (*hernia inguinoscrotalis*), или выпячивание проявляется сразу в виде полусферовидного образования у наружного отверстия пахового канала (*прямая грыжа - hernia directa*), располагается ли выпячивание выше (*паховая грыжа*) или ниже (*бедренная грыжа*) пупартовой связки.

В случае распространения грыжевого выпячивания на область мошонки исследующий должен обратить внимание на контуры яичка и выяснить, имеются ли перетяжка между грыжевым выпячиванием и яичком (*приобретенная грыжа*), или перетяжки не наблюдается и выпячивание вместе с яичком находится как бы в одном мешке (*врожденная грыжа*).

Перкуссия:

Грыжевое выпячивание при перкуссии дает обычно тимпанический звук, тупой звук имеет место при водянке яичка и при наличии в грыжевом мешке сальника, притупленный тимпанит – при наличии сальника и кишки.

При ущемленной грыже (*hernia incarcerate*), несмотря на наличие в грыжевом мешке кишечной петли, перкуссия часто дает тупой звук, так как тимпанический звук маскирует большое количество транссудата, появляющегося в результате сдавления в области ущемленного кольца венозных сосудов.

Пальпация.

При пальпации определяется консистенция выпячивания. При наличии в грыжевом мешке кишечной петли консистенция мягко-эластическая; сальника – мягкая, мелкодольчатая; при водянке яичка – тугоэластическая.

Специальные методы исследования:

Отношение грыжевого выпячивания к лонному бугорку является дифференциально-диагностическим признаком между паховой грыжей и бедренной грыжей (*симптом Купера*). Необходимо выяснить, пальпируется ли лонный бугорок снаружи от грыжевого выпячивания (*пальпация производится указательным пальцем правой руки*). При бедренных грыжах лонный бугорок прощупать снаружи от выпячивания не удастся, так как он несколько выше и медиальней, при паховых он пальпируется.

Исследованию наружного отверстия пахового канала предшествует вправление грыжи (*кроме ущемленных грыж!*). Вправлению свободной пахово-мошоночной грыжи или предоставляется самому больному, который в этом имеет большой опыт, или же производится врачом. Вправление грыжевого выпячивания осуществляется в горизонтальном положении больного, при этом мошонка больного захватывается пятью пальцами и переводится в косо-приподнятое положение, грыжевое выпячивание вправляется по наклонной плоскости.

Исследование наружного отверстия пахового канала у мужчин разделяется на три этапа: 1) указательный палец правой руки исследующего со стороны мошонки вводится по направлению к паховому каналу;

2) определяется лонный бугорок;

3) палец продвигается несколько проксимальнее и кзади и попадает в наружное отверстие пахового канала, по обеим сторонам от пальца отчетливо пальпируются ножки апоневроза наружной косой мышцы живота. Исследующий определяет ширину наружного отверстия (*сколько пальцев пропускает*) и передачу кашлевого толчка. Сравниваются оба наружных отверстия паховых каналов. В норме наружное отверстие пропускает только кончик указательного пальца.

Исследование наружного отверстия пахового канала у женщин представляет большие затруднения, чем у мужчин, и удается при дряблой коже и при значительном расширении наружного отверстия пахового канала.

Пальпация подвздошно-паховой области непосредственно после вправления грыжевого выпячивания позволяет обнаружить задержанное в паху или в брюшной полости яичко, которое обычно бывает атрофированным, если нет в нем опухолевого роста (семинома и др.).

5.3. Оценка тяжести кровопотери.

Классификация тяжести кровопотери по А.И. Горбашко (1974 г.)

Критерии оценки	Тяжесть кровопотери		
	Легкая	Средняя	Тяжелая
Сознание	Не нарушено	Не нарушено	Не нарушено
Бледность кожных покровов	Нет	Нет или невыраженная	Резкая
Пульс, уд/мин	<80	80-100	>100
Систолическое АД, мм рт. ст.	>110	110-90	<90
Нв, г/л	>100	83-100	<83
Нт	>0,30	0,25-0,30	<0,25
Эритроциты, $\times 10^{12}/л$	>3,5	3,5-2,5	<2,5
Дефицит глобулярного объема, % от должного	<20	20-30	>30

Эндоскопическая классификация кровотечений по Форресту.

F IA – струйное кровотечение из язвы (*артериальное*), встречается у 8-10% больных, риск потенциального рецидива 80-85%.

F IB – капельное кровотечение из язвы (*венозное*), встречается у 10-15% больных, риск рецидива у 5%.

F IIA – тромбированные сосуды в дне язвы, встречается у 25-40% больных, риск рецидива у 40-50%.

F IIB – сгусток крови, закрывающий язву, встречается у 15-20% больных, риск рецидива у 40-50%.

F IIC – язва без признаков кровотечения с гематином на дне, у 10% больных, риск рецидива у 5%.

F III – источника кровотечения не обнаружено или язва без следов кровотечения.

Оценка риска рецидива кровотечения при острых и хронических язвах желудка.

(Срок прогноза – первые 5 суток от момента эндоскопического гемостаза).

А) Высокий риск рецидива ЖКК (средняя или тяжелая кровопотеря или анемия + язва хроническая **F IA, F IB, F IIA, F IIB**).

Б) Низкий риск рецидива ЖКК (легкая степень кровотечения + **F IIC, F IIC**).

В) Сомнительный риск рецидива ЖКК (легкая степень кровотечения + **F IA, F IB, F IIA, F IIB**; средняя тяжесть кровопотери или выраженная анемия + **F IIC, F IIC**).

Классификация тяжести кровопотери Американской коллегии хирургов.

Тяжесть кровопотери	Клинические симптомы	Дефицит ОЦК в % и мл
I класс (легкая)	Ортостатическая тахикардия. При переводе больного из горизонтального в вертикальное положение увеличение ЧСС на 20 или более уд/мин. АД, сознание, мочеотделение не изменено.	15% и менее (<750 мл)
II класс (средняя)	Ортостатическая гипотензия. Снижение систолического АД при переводе больного из горизонтального в вертикальное положение на 15 мм рт. ст. и более. АД в горизонтальном положении нормальное или несколько понижено. Сознание ясное, однако, больной беспокоен или слегка заторможен. Мочеотделение сохранено. Возможно развитие шокового состояния.	20-25% (1000-1250 мл)
III класс (тяжелая)	Артериальная гипотензия в положении лежа на спине, олигурия. Снижение АД в положении лежа на спине. Диурез менее 500 мл/сут. появляется дефицит факторов свертывания крови. Нарушение сознания – оглушение. При отсутствии срочного лечения развитие шокового состояния неизбежно.	30-40% (1500-2000 мл)

IV класс (крайне тяжелая)	Нарушение сознания, коллапс. Крайне низкое АД, в положении лежа (систолическое АД 50-60 мм рт. ст.) Нарастает дефицит факторов свертывания крови. Анурия. Усугубляется нарушение сознания: глубокое оглушение может перейти в сопор, а затем в кому. Развитие шокового состояния неизбежно.	Более 40% (>2000 мл)
------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------

5.4. Нормы лабораторных показателей.

Материалом для клинико-лабораторных исследований могут служить различные биологические жидкости: кровь, ее компоненты, (плазма, эритроциты и др.), моча, кал, желудочный, панкреатический соки, желчь, слюна, ликвор, сперма, пот, выпотные жидкости (экссудаты, транссудаты), конденсат выдыхаемой влаги, а также ткань паренхиматозных органов, получаемая способом биопсии.

Материал для исследования следует доставить в лабораторию, где будет проводиться исследование в предельно короткие сроки с сопровождающим бланком, в котором указываются: фамилия, имя, отчество больного, возраст, характер материала и дата взятия, отделение, предварительный диагноз перечень необходимых лабораторных исследований.

Общеклинический анализ крови

<i>Показатель</i>	<i>Нормальное значение</i>	
	<i>Мужчины</i>	<i>Женщины</i>
Гемоглобин (HGB), г/л	130-164	120-145
Гематокритное число (HCT)	0,37-051	0,35-0,47
Эритроциты (RBC) $\times 10^{12}/л$	4-5,5	3,7-4,7
Средний объем эритроцитов (MCV), мкм ³	80-94	81-99
СОЭ, мм/ч	1-10	2-15
Среднее содержание гемоглобина в эритроците (MCH), пг	27-31	
Анизоцитоз эритроцитов (МСНС), %	33-37	
Цветовой показатель	0,86-1,05	
Тромбоциты (PLT), $\times 10^9/л$	180-320	

Ретикулоциты (% от числа эритроцитов)	0,2-1,2	
Лейкоциты (WBC), $\times 10^9/\text{л}$	4,0-8,8	
Лейкоцитарная формула		
<i>Вид лейкоцитов</i>	<i>Абсолютное число</i>	<i>Процент от числа лейкоцитов, %</i>
Базофилы, $\times 10^9/\text{л}$	0-0,065	0-1
Эозинофилы, $\times 10^9/\text{л}$	0,02-0,4	0,5-5
Нейтрофилы, $\times 10^9/\text{л}$	2,04-6,25	46-78
- Палочкоядерные, $\times 10^9/\text{л}$	0,04-0,35	1-6
- Сегментоядерные, $\times 10^9/\text{л}$	2,0-5,9	45-72
Миелоциты, $\times 10^9/\text{л}$	0	0
Метамиелоциты, $\times 10^9/\text{л}$	0	0
Лимфоциты, $\times 10^9/\text{л}$	1,2-3,0	19-37
Моноциты, $\times 10^9/\text{л}$	0,09-0,55	3-8
Плазматические клетки, $\times 10^9/\text{л}$	0-0,02	0-0,5%

Материал для исследования: венозная или капиллярная кровь.

Кровь рекомендуют брать у больных натощак (спустя 12 часов после приема пищи), обычно утром между 7 и 9 часами, до проведения диагностических процедур.

Для оценки выраженности эндогенной интоксикации (бактериальная) и оценки эффективности проводимой антибактериальной терапии, используют лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ), (Я.Я. Кальф-Калиф, 1941), который в норме составляет 0,3-1,5.

Формула расчета ЛИИ:

$$\text{ЛИИ} = \frac{(4 \times \text{Ми} + 3 \times \text{ММи} + 2 \times \text{ПЯд} + 1 \times \text{СЯд}) \times (\text{Пл} \times 1)}{(\text{Лимф} + \text{Мн}) \times (\text{Эоз} + 1)}$$

где: Ми - миелоциты, ММи - метамиелоциты, ПЯд - палочкоядерные, СЯд - сегментоядерные, Пл - плазмоциты, Лимф - лимфоциты, Мн - моноциты, Эоз - эозинофилы.

Повышение ЛИИ до 4-9 свидетельствует о значительном бактериальном компоненте эндогенной интоксикации, умеренное повышение до 2-3, свидетельствует об ограничении инфекционного процесса. Лейкопения с высоким ЛИИ является неблагоприятным прогностическим признаком.

Общеклинический анализ мочи

Материал для исследования: моча утреннего сбора.

<i>Показатель</i>	<i>Нормальное значение</i>
<i>Физические свойства:</i>	
Количество мочи в сутки	800-1500 мл
Относительная плотность (в утренней порции)	1015-1025 г/л
Цвет	Соломенно-желтый
Прозрачность	Прозрачная
<i>Химический состав:</i>	
Реакция	Нейтральная или слабокислая
Белок	Отсутствует или следы (0,025-0,1 г/сут)
Сахар	Отсутствует или следы (0,03-0,05 г/л)
Кетоновые тела	Отсутствует
Билирубин	Отсутствует

Осадок мочи

Материалом исследования на мочевого осадок является надосадочная жидкость, полученная после центрифугирования утренней мочи.

<i>Показатель</i>	<i>Нормальное значение</i>
Эпителиальные клетки	0-3 в поле зрения
Лейкоциты	Мужчины: 0-2 в поле зрения Женщины: 1-3 в поле зрения
Эритроциты	Единичные в препарате
Цилиндры	Отсутствуют
Слизь	Отсутствует
Бактерии	Отсутствует или не более 50000 в 1 мл
Неорганизованный осадок	При кислой реакции – мочевая кислота, ураты, оксалаты. При щелочной реакции – аморфные фосфаты, мочекислый аммоний, трипельфосфаты.

Биохимический анализ крови (анализатор «Сапфир 400»)

<i>Показатель</i>	<i>Обозначения</i>	<i>Нормальное значение</i>		<i>ЕД.</i>
		<i>Мужчины</i>	<i>Женщины</i>	
Амилаза	AMY	<100	<100	Е/л
АсТ	ASAT	<35	<31	Е/л
АлТ	ALAT	<41	<31	Е/л
Билирубин общий	Bil T	1,7-21	1,7-21	мкМ/л
Билирубин прямой	Bil D	<3,4 или равно	<3,4 или равно	мкМ/л
Холестерин	CHOL	5,2-6,2	5,2-6,2	мм/л
Триглицериды	TRIGL	2,3-4,5	2,3-4,5	мм/л
Мочевая кислота	UA	214-488	214-488	мкМ/л
Мочевина	UREA	2,8-7,2	2,8-7,2	мм/л
Общий белок	Pro T	67-87	67-87	г/л
Сывороточное железо	IRON	25 лет: 7,2-27,7 40 лет: 6,3-30,1 60 лет: 7,2-21,5	25 лет: 6,6-29,5 40 лет: 4,1-24,0 60 лет: 7,0-26,7	мкМ/л

Некоторые показатели свертывающей системы крови

Время свертывания крови	Время кровотечения	Протромбиновое время	Протромбиновый индекс
5-10 мин (по Ли Уайту)	1-3 мин (по Дюке)	11-13,5 с (по Квику)	75-100%
Фибринолитическая активность	Толерантность к гепарину натрия		Фибриноген
	Оксалатной плазмы	Цитратной плазма	
15-30% (по Бидуэллу)	7-13 мин	10-16 мин	2-4 г/л (по Рутбергу)

Показатели иммунного статуса

<i>Показатель</i>	<i>Нормальное значение</i>
В- лимфоциты	0,1-0,9x10 ⁹ /л или 10-30%
Иммуноглобулин А	0,9-4,5 г/л
Иммуноглобулин Е	0,25-0,3 мг/л или 3-423 кЕ/л
Иммуноглобулин G	7,5-17,0 г/л

Иммуноглобулин М	0,6-2,8 г/л
Интерлейкин-2	0,-2,5 Ед/мл
Интерлейкин-6	0-33 Ед/мл
Интерлейкин-8	146-172 Ед/мл
Т- лимфоциты	40-90%
Фагоцитарная активность нейтрофилов (индекс)	40-80%
Фактор некроза опухоли (ФНО)	0-87 пкг/мл
Циркулирующие иммунные комплексы (ЦИК)	90-95% или 100 у.е.