

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ АГЕНТСТВО ПО ОБРАЗОВАНИЮ
БУРЯТСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ**

СХЕМА ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ
(Рекомендации по анализу истории болезни)

Улан-Удэ
2011

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ АГЕНТСТВО ПО ОБРАЗОВАНИЮ
БУРЯТСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ**

В.П. САГАНОВ, В.Е. ХИТРИХЕЕВ, Е.Н. ЦЫБИКОВ

СХЕМА ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ
(Рекомендации по анализу истории болезни)

Учебно-методическое пособие

Рекомендовано Учебно-методическим Советом БГУ для
специальности хирургия

Улан-Удэ
Издательство Бурятского госуниверситета
2011

УДК: 616.37 - 002.4 – 022 - 084
С 138

Утверждено к печати редакционно-издательским
советом Бурятского государственного университета.

Рецензенты:

Г.Ф. Жигаев, засл. деятель науки РФ, д-р мед. наук, профессор
С.М. Николаев, засл. деятель науки РФ, д-р мед. наук, профессор,

Саганов В.П., Хитрихеев В.Е., Цыбиков Е.Н. учебно-методическое пособие содержит подробную схему истории болезни по хирургии. Логически связаны со схемой рекомендации по анализу истории болезни. Представлена комплексная оценка качества клинической диагностики.

Рекомендовано для студентов старших курсов, врачей-интернов, ординаторов.

© В.П. Саганов, В.Е. Хитрихеев, Е.Н. Цыбиков 2011
© Бурятский госуниверситет, 2011
© БФ НЦ РВХ СО РАН

СХЕМА ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ ХИРУРГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО

I. Общие сведения (Анкетные данные)

1. Фамилия , Имя, Отчество.
2. Возраст (год рождения, полных лет).
3. Национальность.
4. Образование.
5. Подробный адрес места жительства больного.
6. Место работы.
7. Профессия.
8. Дата и час поступления в стационар.
9. Дата выписки.
10. Диагнозы:
 - а) основной,
 - б) осложнения основного заболевания,
 - в) операция,
 - г) осложнения операции,
 - д) сопутствующие заболевания.

Расспрос больного состоит из трех частей: жалобы больного, история развития настоящего заболевания, история жизни.

II. Анамнез (Anamnesis)

1. Жалобы больного

При опросе пациента при поступлении в клинику обращается внимание на основные (главные) и второстепенные (дополнительные) жалобы с их детализацией, нельзя пропускать ни одной жалобы, которая может быть полезной в диагностике. К основным (главным) жалобам следует отнести те, которые являются важными симптомами данного заболевания и указывают в той или иной мере на локализацию процесса. К второстепенным жалобам относятся субъективные ощущения, указывающие лишь на наличие заболевания, но не специфичные для определенной болезни (общая слабость, чувство жара и т.д.), либо те жалобы, которые связаны с сопутствующим заболеванием.

Следует помнить, что вопросы, задаваемые больному для

детализации жалоб больного, должны быть не прямыми (т.е. не такими, ответы на которые дают больные в алгоритме «да-нет»), а косвенными (наводящими, т.е. такими, при ответах на которые сам больной подбирает термины-определения, характеризующие его ощущения).

При наличии болевого синдрома следует указать: 1. локализацию и иррадиацию болей, 2. продолжительность, 3. интенсивность, 4. характер (ноющие, давящие, схваткообразные, режущие и т.д.) 5. связь болей с кашлем, дизурическими, диспепсическими явлениями, с приемом пищи или отправлениями кишечника и др., 6. положение тела больного в момент болей (вынужденное), 7. какие средства принимал больной самостоятельно при болях.

Жалобы в зависимости от преимущественного поражения различных органов и систем могут быть следующими:

1. При заболеваниях, сопровождающихся поражением кожи и слизистых оболочек: зуд, боль, высыпания, изъязвления, кровоточивость и т.д.
2. При заболеваниях, сопровождающихся поражением лимфатических узлов: увеличение их размеров, локализация поражения, боли, нагноение и т.д.
3. При заболеваниях, сопровождающихся поражением мышц: боли (локализация, иррадиация и связь с движениями), нарушение движения, изменение величины и т.д.
4. При поражении костей (позвоночник, ребра, грудина, трубчатые кости): боли самостоятельные или при движении (их локализация, характер и время появления), припухлость суставов.
5. При поражении суставов: боли (в покое или при движении, днем или ночью), нарушение функции, локализация поражения, чувство жара в суставах и т.д.
6. При заболеваниях органов дыхания: носовое дыхание (свободное, затрудненное), характер и количество отделяемого из носа (слизь, гной, кровь). Боли в области околоносовых пазух. Боли при разговоре и глотании. Изменения голоса. Боли в грудной клетке: локализация, характер, связь с дыханием и кашлем. Кашель: незначительный, умеренный, сильный. Неприятные ощущения, вызываемые кашлем - чувство саднения, загрудинная боль. Характер - постоянный, периодический,

приступообразный (его продолжительность), сухой или с мокротой (отхождение свободное или с трудом). Мокрота-характер, запах, цвет, консистенция, равномерная, слоистая. Одышка - постоянная, в покое, при физической нагрузке, ее характер (инспираторная, экспираторная, смешанная), интенсивность, продолжительность и условия возникновения. Удушье-время появления, продолжительность, сопутствующие явления. Кровохарканье-время появления, частота, интенсивность, прожилки в мокроте; мокрота смешанная с кровью; чистая кровь, жидкая или со сгустками, цвет - алый, темный и условия появления.

7. При заболеваниях сердечно-сосудистой системы: боли за грудиной и в области сердца (точная локализация, характер, длительность, иррадиация, чем сопровождаются, причины и условия возникновения, успокаивающие, или купирующие, влияния), одышка (степень выраженности, характер), сердцебиения, перебои в работе сердца, головные боли, головокружение, летание «мушек» перед глазами, потери сознания, отеки, изменение диуреза. Отеки - время появления, локализация, зависимость от времени суток, положения тела.
8. При заболеваниях органов пищеварения: аппетит - хороший, средний, отсутствие аппетита, его усиление, отвращение к пище или к определенному виду. Сухость во рту. *Вкус* (неприятный, металлический и т.д.). Запах изо рта, слюноотделение. Жажда - усилена, нет. Количество выпиваемой жидкости и ее характер. Кожный зуд. Жевание - хорошо ли прожевывает пищу, боли при жевании. Глотание - свободное, безболезненное, затрудненное, невозможное. Прохождение пищи через пищевод - свободное, затрудненное, болезненное, невозможное. Уровень задержки пищи. Проходит ли твердая или только жидкая пища. Изжога-частота, условия появления, продолжительность, интенсивность, связь с приемом пищи. Отрыжка - пустая (воздухом), пищевой, горькая, кислая, тухлая. Время появления, продолжительность, чем облегчается. Срыгивания. Тошнота. Рвота - натошак, после еды (через сколько времени), зависимость от рода пищи, лекарства. Характер рвотных масс - непереваренные куски пищи, остатки пищи, съеденной задолго до рвоты, слизь и ее вид, пенистый вид рвотных масс, водянистые, клейкие массы,

примесь желчи, примесь крови (в каком количестве), кровавая рвота, чистой кровью или кровью в виде сгустков, кофейной гущей, рвота с каловым запахом или каловая рвота. Приносит ли она облегчение, вызывает ли сам рвоту. Боль-локализация, характер, сила, продолжительность, зависимость от времени приема, количества, качества и рода пищи (боли натошак, сразу после еды, через какое-то время, ночные боли), от движения и физического напряжения, иррадиация, медленное или быстрое начало (окончание), способы успокоения боли (проходит ли боль от приема пищи или жидкости, самостоятельное, после применения лекарств, грелок, уколов). Вздутие живота, тяжесть, урчание, переливание, ощущение переливания, полноты и распираия. Дефекация - ежедневно, в какое время, число испражнений. Если стул не ежедневно, то через сколько дней, действие кишечника, самостоятельный или с клизмой, слабительным (каким). Тенезмы (ложные позывы), ощущение тяжести, неполноты опорожнения кишечника. Задержка стула. Неустойчивый стул. Чередование запоров с поносами. Понос-частота испражнений, влияние приема пищи и других факторов на акт дефекации. Непроизвольное испражнение. Боли при дефекации (схваткообразные, ноющие). Отхождение газов - свободное, умеренное, обильное, без запаха, с резким запахом, задержка газов. Свойства испражнений - оформленные, кашицеобразные, жидкие, твердые (лентовидный, овечий кал, кал орешками). Цвет испражнений - нормальный, темный, светлый, бесцветный, дегтеобразный, примесь крови, в каком количестве (в виде прожилок на поверхности кала, выделение крови после отхождения кала, кал перемешан с кровью). Примесь слизи. Присутствие глистов, их члеников в испражнениях. Геморрой - наружный, внутренний, с кровотечением, характер геморроидальных узлов.

9. При заболеваниях системы мочеотделения: боли в области поясницы - постоянные, приступообразные, их характер. Боли в области мочевого пузыря - их характер, продолжительность, иррадиация, причины (вызывающие, усиливающие, ослабляющие). Мочеиспускание - свободное, затрудненное, безболезненное. Частота мочеиспускания днем и ночью. Цвет мочи.

10. При заболеваниях кроветворной и эндокринной систем: боли в костях, горле, повышение температуры, общая слабость, кровоточивость, увеличение лимфатических узлов, тяжесть в подреберьях, жажда, сухость во рту, повышение аппетита (булимия), чувство голода, дрожь в теле, судороги, зуд во влагалище, изменение внешнего облика женщины (появление вторичных мужских половых признаков), нарушение менструального цикла, половой функции у мужчин, сердцебиение, раздражительность, вспыльчивость, похудание или ожирение, сонливость или бессонница, слабость в конечностях, повышенная потливость или сухость кожи, потемнение цвета кожи, увеличенное мочеотделение до 3-10 литров в сутки, ожирение, похудание, периодическая потеря сознания, ухудшение памяти, выпадение волос. Наличие опухолевидного образования на передней поверхности шеи, смещающегося при глотании, вызывающее нарушение функции органов шеи (затруднение дыхания, изменение голоса, сдавление сосудов, нервов пищевода. Боли в области молочной железы, их характер, связь с менструальным циклом, локализация, иррадиация. Наличие образования в молочной железе, его величина, локализация, болезненность, выделения из соска, характер, количество.
11. При заболеваниях нервной системы: головная боль-локализация, сила, продолжительность, характер; причины вызывающие, усиливающие или успокаивающие их; сопутствующие явления. Сон - хороший, прерывистый, тревожный, кошмарный, бессонница. Сновидения. Память - хорошая, ослабленная, потеря памяти. Параличи, парезы, нарушения речи.

2. История настоящего заболевания (*Anamnesis morbi*)

Подробное описание течения и развития настоящего заболевания от первых его проявлений до обследования его куратором. Дать подробную характеристику началу заболевания (внезапное, острое, постепенное возникновение тех или иных симптомов, их последовательность и выраженность). Описание симптомов развития болезни производится в хронологическом порядке, с указанием причин – «Когда заболел, с чего началось заболевание» (первые проявления), «С чем связывает заболевание, возможные причины его

возникновения» (по мнению больного), «Как развивалось заболевание до момента обследования больного». Последовательность, усиление, ослабление или исчезновение ранее возникших или появление новых симптомов заболевания. Куда обращался, где обследовался и чем лечился, какие ставились диагнозы, влияние на течение болезни.

Завершается этот раздел анамнеза обязательным описанием настоящего ухудшения состояния (при каких обстоятельствах поступил в настоящее время в стационар).

Данные рентгенологического обследования, лабораторных исследований и прочие данные, полученные в других лечебных учреждениях, вносятся в этот раздел истории болезни (со слов больного)

3. История жизни больного (Anamnesis vitae)

Краткие биографические сведения в хронологическом порядке до поступления в стационар излагаются по главным периодам жизни – младенчество, детство, юность, зрелый возраст (место рождения, родился ли в срок, масса тела ребенка при рождении. Возраст родителей при рождении больного. Развитие в раннем детстве. Школьный период: в каком возрасте пошел в школу, как учился. Особенности развития в юношеском возрасте).

Бытовой анамнез.

Условия жизни, начиная с детства. Жилище: теплое, сырое, холодное, светлое, темное, грязное, его площадь и число живущих в нем, коммунальные услуги, этаж. Одежда и обувь. Питание на протяжении всей жизни: характер и полноценность пищи, регулярность приема пищи, употребление большого количества жидкости, поваренной соли, крепкого чая и т.д. Отдых, продолжительность и достаточность. Занятия физкультурой и спортом.

Трудовой анамнез.

С каких лет началась трудовая жизнь, профессия и условия труда на протяжении всей жизни. Имелись ли вредные условия труда и на протяжении какого времени.

Половой анамнез.

Период полового созревания. У женщин - время появления менструаций, их регулярность, болезненность, продолжительность.

Сколько всего было беременностей и родов, искусственных абортов, самопроизвольных абортов (выкидышей). Не было ли поздних токсикозов беременных (преэклампсии - эклампсии). Масса детей при рождении (малая масса новорожденного - менее 2500 г - является независимым фактором развития сердечно-сосудистых заболеваний взрослых). Климакс, время его появления и признаки.

Вредные привычки (привычные интоксикации).

Курение, употребление алкоголя, наркотиков (с каких лет, количество).

Перенесенные заболевания. Какие заболевания перенес (начиная с детства), в каком возрасте и их последствия. Ранения, операции, контузии. Венерические заболевания. Психические травмы. Отравления. Контакт с инфекционными больными (эпидемиологический анамнез). Имеется ли инвалидность, с какого времени и какой группы, как часто выдавался «Листок нетрудоспособности».

Аллергологический анамнез. Наличие аллергических заболеваний (бронхиальная астма, крапивница, экзема и др.) в анамнезе у больного и его родственников. Предшествующее применение антибиотиков. Прививки. Повышенная чувствительность к лекарствам, непереносимость каких-либо пищевых продуктов.

Трансфузионный анамнез. Трансфузии крови, плазмы, препаратов крови и кровезаменителей по причине какого-либо заболевания или в послеродовом периоде. Реакции на них (озноб, кожные проявления, отек Квинке и т.д.). У женщин с отрицательной резус-принадлежностью количество беременностей и их вынашивание (выкидыши, роды, аборты), рождение детей с гемолитической болезнью новорожденных, резус-принадлежность детей.

Семейный анамнез и наследственность. Сведения о родственниках: их возраст, состояние здоровья, возраст, в котором у них началась болезнь, причина смерти и возраст умерших родителей, братьев, сестер, детей, дедов и бабок как со стороны отца, так и со стороны матери. Наличие у родителей заболеваний, которыми страдает больной, и таких, как туберкулез, сифилис, алкоголизм, злокачественные новообразования и т.д.

III. Настоящее состояние больного (Status praesens objectivus).

1. Общий осмотр

А. Общее состояние (удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое, крайне тяжелое - определение степени тяжести больного дано в Приложении). Температура тела (степень повышения температуры и тип температурной кривой).

Б. Состояние сознания. Ясное сознание. Нарушения (расстройства) сознания: количественные нарушения - угнетение сознания (непродуктивные формы): 1) оглушение — обнубиляция, сомноленция, 2) сопор, 3) кома; качественные нарушения (продуктивные формы): помрачение сознания (ирритативные расстройства — бред, галлюцинации), 4) спутанность сознания.

В. Положение больного (активное, пассивное, вынужденное /ортопноэ, поза «легавой собаки», «Ваньки-встаньки» и т.д./).

Г. Выражение лица (не отражающее каких-либо болезненных процессов, тоскливое, возбужденное, безразличное). Особенности лица - изменение черт лица (лицо Гиппократата, Корвизара, Базедова, митральное, почечное, лунообразное и т.д.). Arcus senistris. Диагональная складка мочки уха — симптом Хортона.

Шея. «Пляска каротид». Симптомы Альфреда и Мюсси. Щитовидная железа (степень и характер увеличения).

Запах тела больного и выдыхаемого им воздуха.

Д. Рост, масса тела, индекс массы тела (индекс Кетле — вес (кг)/рост (m^2), окружность живота (талии). Телосложение (правильное, неправильное; крепкое, среднее, слабое). Конституциональный тип (нормо-, гипер-, астенический). Походка.

Е. Кожа и слизистые оболочки: окраска кожи и видимых слизистых оболочек (цианоз центральный или периферический, желтуха). Влажность кожи, ее тургор, эластичность, сыпи, кровоизлияния, симптом Лукина, пятна Джекпнуэя, шелушение, язвы, «сосудистые звездочки». Ангиомы, кровоизлияния. Рубцы - локализация, форма, размеры, степень выраженности, втянут или выступает над поверхностью кожи, отношение к подлежащим тканям (сращен или нет), подвижен или нет, истончен или уплотнен, изъязвлен, келоидоизменен, вызывает ли обезображивание, искривление, контрактуры и т.д. Пролежни - локализация, форма, размеры, глубина, состояние краев и дна, характер отделяемого, состояние кожи вокруг. Раны - локализация, форма, размеры, глубина, состояние краев и дна, степень инфицированности, фаза

раневого процесса, вид грануляционной ткани (нормальная, больная, избыточный рост), состояние кожи вокруг раны. Язвы - локализация, форма, размеры, особенности краев (ровные, неровные, обрубленные, подрытые, мягкие, плотные, оmozолелые, бледные, красные, цианотичные и т.д.), dna (углубленное, приподнятое), характер налета, вид грануляций, характер отделяемого и состояние кожных покровов вокруг язвы. Свищи - локализация, размеры, врожденный, приобретенный, сформированный, несформированный, губовидный, трубчатый, чем выстланы стенки, эпителием или грануляциями?, наружный или внутренний, полный или неполный, ход свищевого канала (прямой, извилистый, разветвленный), характер отделяемого, состояние кожи вокруг свища. Ожог-локализация, степень, площадь.

Ж. Подкожная жировая клетчатка, степень развития подкожной жировой клетчатки (чрезмерная, умеренная, слабая). Характер распределения жира (центральный — абдоминальный и периферический — бедренный типы ожирения). Толщина кожной складки (в см) у нижнего угла лопатки и на животе (на уровне пупка). Отеки: локализация, плотность. Подкожная эмфизема.

3. Лимфатические узлы (подчелюстные, над- и подключичные, шейные, подмышечные, паховые): прощупываемость, величина, форма, консистенция, подвижность, болезненность, сращение между собой и с подлежащими тканями.

И. Мышцы: развитие (хорошее, удовлетворительное, умеренное, слабое), атрофия, болезненность при ощупывании, тонус (нормальный, повышенный, пониженный), уплотнения, асимметричность отдельных мышечных групп).

К. Кости (позвоночник, ребра, трубчатые): искривления, утолщения, узур, болезненность при ощупывании и поколачивании. Деформация. Нагрузки на ось. Барабанные пальцы.

Л. Суставы: конфигурация, припухлость (окружность, в см), узловатость, изменение наружных покровов, болезненность при ощупывании и движении. Функция суставов: сохранена, нарушена (активные и пассивные движения, анкилоз), хруст при движении. Наличие выпота в суставах.

М. Волосы и ногти. Тип оволосения (мужской, женский), выпадение, поседение. Форма ногтей, ломкость, исчерченность, цианоз, «часовые стекла», «ложкообразные».

2. Система дыхания

Осмотр: форма носа, гортани, шеи, форма грудной клетки, ее деформация, асимметрия; тип, ритм, частота и глубина дыхания, характер одышки (экспираторная, инспираторная, смешанная), равномерность и симметричность дыхательных движений обеих сторон грудной клетки. Участие дополнительной дыхательной мускулатуры в акте дыхания.

Пальпация грудной клетки: резистентность, болезненные места, отечность кожи, голосовое дрожание (одинаковое с обеих сторон, ослабленное, усиленное с указанием места изменения). Пальпаторное восприятие шума трения плевры.

Перкуссия — данные сравнительной перкуссии: характер перкуторного звука (ясный, легочный, коробочный, тимпанический, тупой, звуки смешанного характера - притуплённый и притупленно-тимпанический); данные топографической перкуссии: высота стояния верхушек спереди и сзади, ширина верхушечных полей (поля Кренига), нижние границы легких, активная подвижность нижнего края легких. Полулунное пространство Траубе.

Аускультация. Основные дыхательные шумы: везикулярное («нормальное») дыхание (ослабленное, усиленное, викарное, жесткое, с удлинённым выдохом); бронхиальное, или ляринготрахеальное, дыхание (инфильтрационное, компрессионное, амфорическое). Бронховезикулярное, или везикулобронхиальное, дыхание. Побочные (дополнительные) дыхательные шумы: хрипы сухие (свистящие, гудящие) и влажные (с указанием калибра и звучности); крепитация; шум трения плевры. Бронхофония (неизменная — одинаковая с обеих сторон; пекториловия, эгофония).

3. Сердечно-сосудистая система

Исследование сердца

Осмотр сердечной области: сердечный горб, видимая пульсация в области сердца, основания сердца, яремной ямки, подложечной области.

Осмотр артерий и вен: «пляска каротид», извитость артерий, наполнение и пульсация шейных вен в покое и при пробе Плеша.

Пальпация: верхушечный толчок, его локализация, ширина, сила, высота, направление (выпячивающий, втягивающий); сердечный толчок; дрожание в области сердца — «кошачье мурлыканье»-

(fremissement cataire), его локализация и отношение к сердечному циклу.

Перкуссия сердца: границы относительной тупости сердца (правая, левая, верхняя), конфигурация тупости (нормальная, митральная, аортальная, трапециевидная), размеры поперечника в см, границы абсолютной тупости сердца (правая, левая, верхняя), ширина сосудистого пучка в см.

Аускультация сердца (проводится по 6 точкам: 4 основным и 2 дополнительным). Тоны сердца: громкость (нормальной громкости, усиленные, ослабленные), расщепление и раздвоение, III и IV тоны сердца. Наличие акцента II тона на основании сердца (на аорте или на легочной артерии). Щелчок открытия митрального клапана (ритм перепела). Маятникообразный ритм, эмбриокардия. Ритм галопа (пресистолический, протодиастолический, суммационный галоп). Систолический щелчок (клик). Шумы: локализация, отношение к фазам сердечного цикла (систолические, диастолические: ранние, задержанные, поздние диастолические, или пресистолические) громкость, характер, тембр, продолжительность, направление проведения. Симптом Риверо Карвалло. Экстракардиальные шумы (шум трения перикарда, плевроперикардиальный шум).

Исследование сосудов.

Свойства пульса на лучевых артериях. Синхронность, одинаковость выраженности пульса на обеих руках (симптом Попова-Савельева), частота, ритм, напряжение, наполнение, величина, симметричность, форма пульса. Дефицит пульса.

Капиллярный пульс.

Пальпация аорты (в яремной ямке, брюшной аорты).
Исследование венозного пульса.

Аускультация сосудов: аускультация сонных артерий, шум Виноградова-Дюрозье, шумы на других артериях, прием Куковерова-Сиротинина.

Артериальное давление на обеих руках и ногах (в мм. рт. ст.). Симптом Хилла.

4. Система пищеварения

Осмотр: полость рта (зубы, десны, язык, глотка и миндалины), живот — его конфигурация, окружность в см, состояние пупка, наличие расширенных подкожных вен («голова медузы»), движение

брюшной стенки при акте дыхания, наличие рубцов, грыжевых образований, пигментация.

Перкуссия: характер перкуторного звука (тимпанический, притупленно-тимпанический), определение свободной или осумкованной жидкости в полости живота. Исключить свободный газ в брюшной полости.

Пальпацию начинать с наименее болезненного отдела. Пальпация: данные поверхностной пальпации — состояние мышц живота (тонус (нормальный, пониженный, повышенный, мышечная защита (указать локализацию), напряжение мышц, расхождение прямых мышц живота, состояние пупка, паховые кольца), болезненность при пальпации, ригидность и ее локализация (зона Керте, напряжение в правом подреберье, доскообразный живот и др.). Симптомы раздражении брюшины: Щёткина-Блюмберга, Воскресенского, Ровзинга и др. Шум плеска, флюктуация; данные глубокой пальпации живота – глубокой, методической, скользящей, пальпации по методу Образцова-Стражеско (пальпируемость кишечника, подвижность, большой кривизны желудка, пальпируемость привратника, расположение, форма, подвижность, болезненность, урчание, инфильтраты, кисты, опухоли, и т.д.), пальпация поджелудочной железы, болевые точки. При наличии грыжи живота необходимо определить ее локализацию, величину и форму образования, консистенцию, болезненность, вправимость грыжи, размеры грыжевых ворот, симптом кашлевого толчка. Перкуссия грыжевого выпячивания, аускультация.

Аускультация: аускультация брюшной аорты, почечных артерий, выслушивание кишечных шумов, определение нижней границы желудка методами перкуторной пальпации или аускультации, шум трения брюшины.

5. Печень и желчные пути

Осмотр: выпячивание, деформация в области печени.

Перкуссия: размеры печеночной тупости по правой среднеключичной линии, срединной линии тела, левой реберной дуге (размеры печени по Курлову, в см).

Пальпация: размеры печени, край - острый, закругленный; поверхность - гладкая, бугристая; консистенция - плотная, мягкая; болезненность; желчный пузырь: его прощупываемость,

болезненность, болевые симптомы холецистита (Кера, Мерфи, Мюсси, Грекова-Ортнера и т.д.).

6. Селезенка

Осмотр: выпячивание, деформация в области селезенки.

Перкуссия: перкуторные границы селезенки.

Пальпация: размеры, консистенция, характер края и поверхности.

Аускультация (для выявления периспленита).

7. Мочевыводящая система

Осмотр области почек.

Пальпация (в положении на спине, на боку, в положении стоя) почек, мочевого пузыря. Болезненность при пальпации в области почек, симптом Пастернацкого, по ходу мочеточников. Исследование мошонок и ее содержимого, семенного канатика. Предстательная железа (через прямую кишку) - форма, величина, консистенция, болезненность, семенные пузырьки. Влагалищное исследование-состояние шейки матки (эрозии, разрывы). Матка-форма, положение, величина, консистенция, подвижность, болезненность, придатки матки. Характер выделений из влагалища.

Перкуссия: определение верхнего края мочевого пузыря в см.

8. Исследование прямой кишки.

Осмотр заднепроходного отверстия - наружные геморроидальные узлы, кондиломы, трещины, свищи. Пальцевое исследование-тонус сфинктера, скопление каловых масс, внутренние геморроидальные узлы, инфильтраты, опухоли. Исследование ректальным зеркалом. Данные ректоскопии. Каловые массы - характер.

9. Кровотворная, эндокринная и нервная системы (детально исследуются в соответствующих клиниках)

10. Локальный статус (status localis)

Подробно описать патологический очаг или пораженную систему (результаты осмотра, пальпации, перкуссии и аускультации). При наличии раны или поверхностно расположенной опухоли подробно описать состояние окружающей ткани и органов, регионарных лимфатических узлов, артериальных, венозных и лимфатических

сосудов.

IV. Предварительный диагноз и его обоснование.

На основании жалоб, истории заболевания, жизни больного, данных объективного исследования необходимо обосновать предварительный диагноз основного заболевания.

V. Данные лабораторных и инструментальных методов исследования больного.

Лабораторное и инструментальное обследование больного является индивидуальным и определяется планом его обследования, который составляется с учетом особенностей заболевания.

1). Исследование крови (морфологические, биохимические, бактериологические, серологические, определение группы крови, антител ВИЧ, исследование свертывающей системы крови, иммунитета).

2). Исследование мочи (общий анализ, проба Зимницкого, Нечипоренко и др.)

3). Исследование мокроты (общий анализ, на микобактерии туберкулеза, атипичные клетки, на микрофлору и чувствительность к антибиотикам).

4). Исследование плевральной, асцитической жидкости (общий анализ, на микобактерии туберкулеза, атипичные клетки, на микрофлору и чувствительность к антибиотикам).

5). Исследование желудочной секреции.

6) Исследование содержимого двенадцатиперстной кишки.

7) Исследование кала (макро-, микроскопическое, бактериологическое, исследование на простейшие, на гельминты, на кровь).

8) Рентгенологическое исследование органов грудной клетки (обзорная рентгенография органов грудной клетки, пневмомедиастинография, рентгеноскопия органов грудной клетки, пункция образований в легких под ЭОП, рентгеноскопия пищевода, париетография п пр.).

9) Ультрасонография органов брюшной полости.

10). Рентгенологическое исследование органов брюшной полости (обзорная рентгенография органов брюшной полости, исследования

в условиях пневмоперитонеума, ирригоскопия, рентгеноскопия и рентгенография желудка, кишечника, желчного пузыря, почек, мочеточников, мочевого пузыря и др.)

11). Рентгенограммы костей, суставов и др.

12). Компьютерная томография, по показаниям с контрастным усилением.

13). Радиоизотопное сканирование органов.

14). Электрокардиография, фонокардиография, эхокардиография.

15). Исследование функции внешнего дыхания.

16) Эндоскопические исследования (бронхоскопия, эзофагогастродуоденоскопия, колоноскопия, цистоскопия, лапароскопия, ректороманоскопия, ЭРХПГ и др.).

17) Гистологические и цитологические данные.

VI. Окончательный диагноз и его обоснование.

- основное заболевание,

- осложнение основного заболевания,

- сопутствующие заболевания.

Подробно описать, на основании каких анамнестических, субъективных и объективных данных верифицируется диагноз основного заболевания. Какими лабораторными, рентгенологическими, другими инструментальными и морфологическими данными подтверждается диагноз.

VII. Дифференциальный диагноз.

Дифференциальный диагноз проводить индивидуально по отношению к курируемому больному только с теми заболеваниями, которые наиболее сходны с болезнью курируемого пациента. Дифференциальный диагноз проводить отдельно с каждым заболеванием в той же последовательности, как и при обосновании диагноза (по жалобам, анамнезу заболевания, объективным данным и дополнительным методам исследования).

VIII. Клиническая картина заболевания.

Показать типичное клиническое проявление заболевания. Сопоставить с клиническим проявлением болезни у курируемого пациента. Показать типичные и атипичные признаки заболевания, а также особенности их течения.

VI. Клиника заболевания.

Показать типичное клиническое проявление заболевания. Сопоставить с клиническим проявлением болезни у курируемого пациента. Показать типичные и атипичные признаки заболевания, а также особенности их течения.

VII. Этиология и патогенез заболевания.

Кратко указать существенные гипотезы, теории, концепции по этиологии и патогенезу заболевания. Рассмотреть возможные причины возникновения болезни у курируемого больного. Подробно осветить происхождение и механизм развития отдельных признаков, используя схемы, рисунки, диаграммы.

VIII. Патологическая анатомия.

Последовательно описать макро- и микроскопические изменения пораженного органа и окружающих тканей больного.

Лечение.

Лечение больного в хирургии должно быть патогенетически обоснованным. Необходимо обратить внимание на выбор метода лечения: оперативный, консервативный, химиотерапевтический, лучевой и др. с четким обоснованием показаний и противопоказаний к их применению.

Показания (чем диктуется необходимость или целесообразность хирургического вмешательства): резкое нарушение функции, угроза жизни, потеря трудоспособности, превращение в злокачественную опухоль и др.

Противопоказания: тяжелая сопутствующая патология, невозможность оперативного вмешательства и др.

Основные этапы предоперационной подготовки или консервативной терапии. Здесь же показать дозировку и методику применения основных лекарственных препаратов. План операции. Выбор метода обезболивания, доступа и объем операции с обоснованием каждого из этих пунктов. Исходя из особенностей клиники, предсказать наиболее вероятные осложнения у данного больного во время операции и после нее. Изложить меры профилактики этих осложнений. Послеоперационное ведение

больного.

Прогноз.

1) для жизни, 2) для здоровья, 3) для труда, 4) для функции органа.

Трудовая экспертиза.

Обосновать количество дней нетрудоспособности у данного больного или определить группу инвалидности. В случае необходимости перемены профессии подробно это изложить.

Дневник.

Должен отражать сдвиги местного и общего характера и ежедневную динамику болезни, изменения в методике лечения.

Студент должен начертить развернутый температурный лист и ежедневно в нем отмечать температуру, частоту пульса, АД и дыхания.

Операция. (Записывается в дневнике). Название операции. Дата. Час. Продолжительность. Обработка операционного поля. Вид обезболивания. Доступ к пораженному органу. Разрез (в какой области, длина, направление). Какие ткани рассекаются. Описание интраоперационных изменений. Необходимо изложить весь ход операции. Способ закрытия раны: глухой шов, дренаж, тампоны, провизорные швы, отсроченные швы. Состояние больного во время операции. Фамилии хирургов, анестезиолога, операционной сестры. Описание макропрепарата. Гистологическое исследование удаленного препарата и др. к протоколу операции под наркозом приложить записи анестезиолога с указанием пульса, дыхания и АД во время хода операции. Результаты бактериологического анализа.

Эпикриз.

Фамилия, Имя, Отчество больного, дата и час поступления в стационар. Далее должно следовать краткое обоснование основного диагноза, характеристика и особенности течения у данного больного, проведенное лечение, эффективность проведенного лечения, наличие осложнений, дата выписки пациента, состояние его при выписке, прогноз. Какие рекомендации даны, оздоровительные и профилактические мероприятия для данного больного (санаторий,

профилактикой, амбулаторное лечение, диспансерное наблюдение и т.д.), результаты трудовой экспертизы, рекомендации в отношении трудоустройства больного.

Общие принципы объективного исследования хирургического больного.

Объективное исследование должно проводиться строго последовательно: осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация.

I. Осмотр.

А) осмотр лучше производить при естественном освещении. Ряд заболеваний (роза волосистой части головы, желтуха, лимфадениты и др.) при искусственном освещении могут не выявляться.

Б) осматривать стоит вблизи и в отдалении, ибо не все детали можно увидеть с одного расстояния.

В) при осмотре необходимо сравнивать симметричные участки тела больной и здоровой стороны.

Г) осматривать следует всего больного с ног до головы, включая видимые слизистые (можно поэтапно).

Д) производить осмотр в удобном положении для врача и больного.

Е) при некоторых заболеваниях (грыжи, варикозное расширение вен и др.) целесообразно осмотр производить в различных положениях тела или его органов (стоя, сидя, лежа, согнутые конечности и т.д.)

Ж) при осмотре больного не отвлекаться.

II. Пальпация.

1. Правила пальпации:

А) пальпация должна выполняться в удобном положении для врача и больного.

Б) пальпацию начинать с заведомо здорового участка тела или органа.

В) создать оптимальные условия для лучшей пальпации путем изменения положения тела, используя при этом фазу вдоха или выдоха. Например, при пальпации живота больному следует слегка согнуть коленные суставы, расслабить мышцы. Пальпацию печени проводить на вдохе.

Г) проводить пальпацию аккуратно, теплыми и сухими руками.

Д) пальпируемая область должна намного превосходить по

площади пальпирующую поверхность: «палец пальцем не пальпируется», для этого необходим зонд. Область живота правильно пальпировать двумя руками всей поверхностью ладоней, а не кончиками пальцев.

Е) пальпацию проводить послойно – ткань за тканью.

2. Последовательность пальпации:

А) исследование кожи. Температура кожи исследуется тыльной поверхностью кисти. Эластичность, влажность, болезненность, наличие образований в коже, связь с подлежащими тканями, состояние волосяных мешочков, сальных желез и ногтей.

Б) подкожная клетчатка. Выраженность, наличие образований и их характеристика, сосуды. При воспалении (симптом проваливающегося пальца», истинная и ложная флюктуация и т.д.

В) мышцы. Выраженность, напряжение, атрофия, болезненность, сила, отношение к окружающим органам.

Г) брюшина. Признаки раздражения брюшины при ее воспалении (симптомы Щеткина-Блюмберга, Думбадзе, Крымова, Воскресенского).

Д) кости, связки, суставы. Наличие пальпируемых костных образований и их характеристика, симптом баллотирующегося надколенника. Прямая или непрямая болезненность, крепитация и патологическая подвижность при переломах, пассивные движения.

Е) внутренние органы. Границы, консистенция, очертания, болезненность, подвижность, поверхность, связь с окружающими органами и тканями.

Ж) пальпация прямой кишки (в одном из 5 положений: на спине, левом и правом боках, колено-локтевом и на корточках). Состояние сфинктера, слизистой, простаты, матки, наличия варикозных узлов, кондилом и др.

III. Перкуссия.

Сравнительная и топографическая перкуссия. С помощью перкуссии определение болезненности, наличие свободной жидкости и газа в полостях.

IV. Аускультация.

Аускультации подлежат все орган, особенно при наличии припухлости (аневризмы). Органы брюшной полости необходимо тщательно выслушивать так же, как сердце и легкие. Определять шум перистальтики кишечника и желудка, симптом «шум плеска»,

границы желудка и пр.

V. Анализ анамнеза и данных объективного исследования позволяет отнести заболевание к одной из категорий:

- врожденные аномалии и уродства.
- воспалительные процессы.
- травмы (повреждения).
- новообразования – опухоли доброкачественные и злокачественные.
- обменные нарушения и болезни эндокринных желез.
- болезни сердечно-сосудистой системы.
- паразитарные заболевания.

VI. Планируя применение для верификации диагноза специальных методов исследования врач должен иметь ясное представление о значении их для диагноза, должен знать, что они могут дать, а также уметь читать анализы или протоколы исследования.

VII. Изучая тот или иной патологический процесс, врач (студент) должен четко представлять себе морфологическую сущность заболевания и стадию его развития.

Перед врачом ставятся следующие важные и сложные вопросы:

1. знать все существующие методы исследования больного, ориентироваться в возможностях каждого из них.
2. уметь избрать из сотен имеющихся методик исследования необходимые для изучения конкретного больного, который поступил под наблюдение.
3. иметь необходимые знания для правильной оценки результатов исследования каждым из примененных у больного методов.
4. уметь провести анализ и синтез результатов всех методов исследования, полученных при изучении больного.
5. на основе имеющихся клинических знаний провести дифференциальный диагноз и поставить диагноз основного заболевания у исследуемого больного, выявить сопутствующие болезни, которыми страдает больной, и определить состояние функций жизненно важных органов и систем, степень их нарушения, которые не только влияют на течение основного заболевания, но и нередко определяют план лечения больного.

Все изложенное свидетельствует о том, что современное обследование и диагностика хирургического больного являются весьма сложным, трудным и очень трудоемким творческим процессом, требующим от врача-хирурга не только обширных знаний, но и значительного количества времени. Помимо этого, следует учесть, что эффективное проведение современной диагностической работы возможно только при соблюдении определенной системы, последовательности применения всех многочисленных сложных методик исследования.

Диагноз и его построение.

Диагноз (греч. *diagnosis* – распознавание) – медицинское заключение о патологическом состоянии здоровья обследуемого, об имеющемся заболевании (травме) или о причине смерти, выраженное в терминах, предусмотренное принятыми классификациями и номенклатурой болезней.

Установление диагноза болезни составляет заключительную часть процесса диагностики на каком-либо этапе или по окончании целенаправленного обследования больного

ОБРАЗЕЦ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ

I. ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ

1. Яловий Алексей Иванович.
2. 42 года.
3. ЛВРЗ.
4. Слесарь.
5. г. Улан-Удэ, ул. Павлова, д. 6, кв. 67.
6. 24 апреля 1999 года.

II. АНАМНЕЗ (ANAMNESIS)

1. Жалобы

Жалобы в настоящее время (при поступлении в клинику).

Поступил в клинику с жалобами: (главные жалобы)

—на умеренные ноющие боли в эпигастральной области справа от срединной линии, возникающие после приема пищи через 1,5—2 ч (чаще во второй половине дня), постепенно нарастающие,

проходящие после приема раствора питьевой соды;

—«голодные» и ночные боли (с 11 часов вечера до 3 часов утра), исчезающие после приема молока или раствора питьевой соды;

—рвоту кислым желудочным содержимым на высоте болей, приносящую облегчение;

—изжогу, предшествующую болям, усиливающуюся после употребления в пищу кислых, острых продуктов, пряностей; (второстепенные жалобы)

—на похудание (на 3 кг за 2 месяца);

—раздражительность, плохой сон;

—снижение работоспособности.

2. История настоящего заболевания (Anamnesis morbi)

Впервые боли в эпигастрии появились 20 лет назад (в возрасте 22 лет) после того, как начал употреблять спиртные напитки. Боли носили слабый и непостоянный характер, и поэтому больной к врачам не обращался, лишь изредка, по совету жены, принимал папаверин, но-шпу с хорошим эффектом.

В сентябре 1997 г. после обильной еды и употребления большого количества спиртного (был в гостях) через несколько дней стал отмечать более интенсивный характер болей в эпигастрии, возникавших через 1—2 ч после еды, изжогу. Пациент к врачам решил не обращаться, так как в этот период находился в отпуске и на обследование тратить время не хотел. По совету знакомых, для уменьшения болей пил молоко, что, действительно, значительно улучшило самочувствие. Через 2 недели боли прошли. Чтобы предупредить их, больной перестал употреблять даже алкоголь. В течение года у него было хорошее самочувствие, лишь изредка беспокоили слабые боли в эпигастрии и изжога при употреблении в пищу кислых, жареных, острых продуктов.

Осенью 1998 г. после значительных психоэмоциональных нагрузок вновь появились подобные умеренные боли в эпигастральной области, которые длились около месяца. И опять больной занимался самолечением, не обращаясь к врачам (принимал но-шпу, раствор питьевой соды, молоко). Общее самочувствие оставалось хорошим, и больной продолжал работать.

В начале марта 1999 г. после приема острой и жирной пищи (съел копченого гуся) болевые приступы стали появляться чаще и носить

более упорный характер, появились ночные и «голодные» боли, неоднократно на высоте болей возникала рвота кислым желудочным содержимым, приносящая облегчение, усилилась изжога. Больной, опасаясь усиления болей, стал ограничивать себя в еде. Похудел, стал раздражительным, нарушился сон. Больной принимал большое количество раствора питьевой соды, но-шпы, но без эффекта, что заставило его обратиться к цеховому терапевту. Было проведено обследование. При фиброгастродуоденоскопии (ФГДС) была выявлена язва луковицы двенадцатиперстной кишки. 24 апреля 2009 г. направлен к хирургу больной и был госпитализирован в хирургическое отделение Республиканской клинической больницы г. Улан-Удэ.

3. Перенесенные заболевания

В возрасте 4 лет перенес ветряную оспу.

В 1972 г. в возрасте 15 лет больной перенес острую пищевую токсико-инфекцию после приема несвежих заварных пирожных, лечился в стационаре.

Ранений, контузий не было. Венерическими заболеваниями не страдал. В контакте с инфекционными больными не был.

Гемотрансфузий не было.

4. Аллергологический анамнез

Больной не переносит креветок (возникают тошнота, рвота, боли в эпигастрии).

Повышенной чувствительности к лекарственным препаратам, непереносимости парфюмерных изделий, запахов растений больной не отмечает.

5. Семейный анамнез и наследственность

Дед больного по линии отца умер в возрасте 45 лет от ран, полученных в годы Великой Отечественной войны. Бабка больного по линии отца страдала хроническим колитом, умерла в возрасте 67 лет от перитонита. Дед больного по линии матери умер в возрасте 69 лет от рака желудка. Бабка больного по линии матери страдала хроническим холециститом, гипертонической болезнью, умерла в возрасте 68 лет от нарушения мозгового кровообращения.

Отец больного страдает язвенной болезнью желудка, ему 67 лет. Мать больного страдает гипертонической болезнью, сахарным диабетом, ей 64 года.

Брат больного страдает хроническим колитом, ему 45 лет.

6. История жизни больного (Anamnesis vitae)

Родился в г. Казани, в срок, от 2-й беременности. Возраст отца при рождении ребенка — 25 лет, матери — 22 года. Вскармливался грудью.

Ходить начал в 1,5 года, говорить в 2,5 года.

С 7 лет пошел в школу, учился хорошо. От сверстников в умственном и физическом развитии не отставал.

После окончания 8-го класса школы поступил в профессионально-техническое училище, по специальности слесарь-сборщик.

После окончания училища служил в армии.

С 1977 г. работает слесарем на ЛВРЗ.

Живет в 3-комнатной благоустроенной изолированной квартире со всеми коммунальными удобствами, вместе с женой и сыном (3 человека), на 5-м этаже 5-этажного дома. Одежда и обувь соответствуют сезону, гигиеничные. Питание в течение жизни полноценное, но в течение последних 2 лет нерегулярное, часто приходится питаться на работе всухомятку, предпочтение отдает мясным блюдам, приправам, кислым продуктам, копченостям, мучным изделиям.

Отдыхал ежегодно, отдавая предпочтение активному отдыху (работа на садовом участке).

Спортом не занимался.

Работает слесарем на Казанском оптико-механическом заводе в течение 22 лет. Работа не связана с производственными вредностями, но приходится выходить в ночные смены.

Период полового созревания проходил без осложнений в возрасте 14-16 лет. Половой жизнью живет с 22 лет. Женат, имеет 1 ребенка: сына 20 лет.

Вредные привычки: курит с 20 лет, употребляет до 20—25 сигарет в день. Алкоголь употребляет: принимал алкогольные напитки с 22 лет 6—8 раз еженедельно, до 100 г. водки. Последние 1,5 года алкогольные напитки не употребляет. Наркотические средства не употребляет.

III. ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Состояние больного удовлетворительное, температура тела - 36,4 °С.

Положение больного в постели активное. Сознание ясное. Лицо не выражает каких-либо болезненных процессов.

Телосложение правильное, астенический тип конституции. Рост 180 см, масса тела 65 кг, ИМТ 20,0 кг/м². Нарушений осанки и походки не отмечается.

Кожные покровы бледно-розовой окраски, умеренной влажности, чистые, эластичность кожи снижена. Ногти не изменены.

Развитие подкожного жирового слоя пониженное (толщина кожной складки на уровне нижнего угла лопатки - 0,5 см), распределен равномерно. Отеков нет. Щитовидная железа не увеличена.

Лимфатические узлы (подчелюстные, шейные, надключичные, подключичные, подмышечные, паховые) при осмотре не видны, не пальпируются.

Общее развитие мышечной системы удовлетворительное. Болезненность при пальпации мышц отсутствует. Тонус мышц одинаков с обеих сторон. Мышечная сила удовлетворительная.

При обследовании костей черепа, грудной клетки, позвоночника, конечностей болезненности и деформаций нет.

Суставы правильной конфигурации, безболезненные. Деформации, припухлость, болезненность суставов и околосуставных тканей не определяются. Активные и пассивные движения в полном объеме.

Органы дыхания

Носовое дыхание свободное. Форма носа не изменена.

Грудная клетка правильной конфигурации, астенического типа. Тип дыхания - брюшной. Дыхание ритмичное. Частота дыхания - 18 в минуту. Дыхательные движения обеих сторон грудной клетки средние по глубине, равномерные и симметричные. Вспомогательная дыхательная мускулатура в акте дыхания не участвует.

Грудная клетка безболезненна. Эластичность грудной клетки снижена. Голосовое дрожание одинаковое с обеих сторон.

Перкуссия легких.

При сравнительной перкуссии легких выявляется ясный звук.

Данные топографической перкуссии

Высота стояния верхушек:

Спереди: справа — на 3 см выше уровня ключицы, слева — на 3 см выше уровня ключицы; Сзади: на уровне остистого отростка VII шейного позвонка. Ширина полей Кренига: справа — 5 см, слева - 6 см. Нижние границы легких:

Топографические линии	Справа	Слева
Окологрудинная	V межреберье	-
Среднеключичная	VI межреберье	-
Передняя подмышечная	VII межреберье	VII межреберье
Средняя подмышечная	VIII межреберье	VIII межреберье
Задняя подмышечная	IX межреберье	IX межреберье
Лопаточная	X межреберье	X межреберье
Околопозвоночная	Остистый отросток XI грудного позвонка	Остистый XI грудного позвонка

Подвижность нижних краев легких (в см):

Топографические линии	Справа			Слева		
	вдох	выд	сумм.	вдох	выдох	сумм.
Среднеключичная	2	2	4	-	-	-
Средняя подмышечная	3	3	6	3	3	6
Лопаточная	2	2	4	2	2	4

Аускультация легких.

При аускультации над легкими определяется везикулярное дыхание. Бронхофония не изменена, одинаковая с обеих сторон.

Сердечно-сосудистая система

Область сердца не изменена.

Верхушечный толчок не визуализируется, пальпируется в V межреберье, на 1,5 см кнутри от левой среднеключичной линии, шириной 2 см, низкий, умеренной силы. Сердечный толчок отсутствует.

Перкуссия сердца.

Границы относительной тупости сердца: правая — 1 см кнаружи от правого края грудины, левая — 1,5 см кнутри от левой среднеключичной линии, верхняя — III межреберье.

Поперечник относительной тупости сердца: $3+9=12$ см.
Конфигурация сердца нормальная.

Границы абсолютной тупости сердца:

правая — левый край грудины,

левая — 2,5 см кнутри от левой среднеключичной линии, верхняя - IV ребро.

Ширина сосудистого пучка — 5 см.

Аускультация сердца

Тоны сердца звучные, ритмичные.

Исследование сосудов

Пульс 64 удара в 1 минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения, средней величины, одинаковый на обеих руках.

При аускультации артерий патологические изменения не выявлены.

Артериальное давление: на левой руке — 105/60 мм рт.ст. на правой руке — 100/65 мм рт.ст.

Исследование вен — без особенностей.

Система пищеварения

Запах табака изо рта. Слизистая оболочка ротовой полости розовой окраски, миндалины не увеличены, десны бледно-розового цвета. Имеются кариозные зубы.

Язык красной окраски, влажный, слегка обложен налетом белого цвета, грибковидные сосочки увеличены.

Живот правильной конфигурации. Окружность живота на уровне пупка — 86 см. Мышцы брюшной стенки активно участвуют в акте дыхания. При перкуссии живота определяется тимпанический звук.

При поверхностной пальпации живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной области справа от срединной линии. Симптом раздражения брюшины (Щеткина—Блюмберга) отрицательный. В пилоробульбарной области определяется положительный симптом Менделя.

Сигмовидная кишка пальпируется в левой подвздошной области на протяжении 15 см цилиндрической формы, диаметром 3 см, плотноэластической консистенции, гладкая, подвижная, безболезненная, неурчащая.

Слепая кишка пальпируется в правой подвздошной области на протяжении 8 см цилиндрической формы, диаметром 4 см, плотноэластической консистенции, гладкая, подвижная, безболезненная, урчащая при пальпации.

Остальные отделы толстой кишки не пальпируются.

Методом аускульто-аффрикции нижняя граница желудка

определяется на 3 см выше пупка.

Малая кривизна желудка и привратник не пальпируются.

Поджелудочная железа не пальпируется.

При аускультации живота выслушиваются перистальтические кишечные шумы.

Выпячивания, деформации в области печени не выявляются.

Размеры печени по Курлову: 9—8—7 см.

Печень пальпируется у края правой реберной дуги, край печени мягкий, острый, ровный, гладкий, умеренно болезненный.

Желчный пузырь не пальпируется.

При осмотре области селезенки выпячиваний и деформаций нет.

При перкуссии селезенки по X ребру — длинник 8 см, поперечник — 4 см (между IX и XI ребрами). Селезенка не пальпируется.

Органы мочевого выделения

При осмотре области почек патологические изменения не выявляются. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Мочевой пузырь перкуторно не выступает над лобком, не пальпируется.

IV. ДАННЫЕ ЛАБОРАТОРНЫХ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

Общий анализ крови: НЬ - 142 г/л, Ег - 5,4- 10²/л, F_i - 0,8, СОЭ - 5 мм/ч, L - 6,4 x 10⁹/л, палочкоядерные нейтрофилы — 4%, сегментоядерные нейтрофилы - 56%, эозинофилы - 4%, базофилы — 1%, моноциты - 6%, лимфоциты - 29%.

Общий анализ мочи: относительная плотность - 1022, соломенно-желтого цвета, прозрачная, реакция мочи - кислая, белок отрицательный, лейкоциты — 1—2, эпителий плоский — 2—4 в поле зрения.

Анализ кала на скрытую кровь: реакция Грегерсена отрицательная.

Анализ кала на яйца гельминтов: яйца гельминтов не обнаружены.

Биохимическое исследование крови: глюкоза - 4,6 ммоль/л, холестерин - 5,2 ммоль/л, амилаза - 32 мг/ч мл, аланинаминотрансфераза -0,32 мкмоль/л, аспартатаминотрансфераза — 0,25 мкмоль/л.

Электрокардиограмма. Регулярный синусовый ритм с частотой 64 в минуту. Вертикальное положение электрической оси сердца.

ФГДС. Пищевод без видимой патологии. Желудок натощак содержит небольшое количество мутной жидкости. Слизистая оболочка желудка блестящая, отечна, выявляются очаги гиперемии. Эвакуация из желудка ускорена. Слизистая оболочка луковицы двенадцатиперстной кишки гиперемирована, отечна. На передней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки имеется дефект слизистой оболочки, размером 0,7х0,8 см, округлой формы — язва двенадцатиперстной кишки. Края с четкими границами, гиперемированы, отечны. Дно язвы покрыто фибрином. Привратник свободно проходит.

Заключение: Язва луковицы двенадцатиперстной кишки. Поверхностный гастрит.

Исследование желудочного содержимого

Фазы секреции	Объем сока, мл	Дебит—час свободной НС1, мэкв
Натощак	10	1,3
Базальная	75	5,0
Субмаксимальная стимуляция	120	15,2

Заключение: Повышенная кислотообразующая функция желудка.

УЗИ печени и желчного пузыря. Печень - эхоструктура однородная, контуры ровные, четкие, размеры не увеличены. Явления сегментарного стеатоза. Желчный пузырь: размеры 70 x 22 мм. Стенки гиперэхогенные, не утолщены. Содержимое гомогенное. Конкрементов нет. Диаметр общего желчного протока 4 мм. Диаметр v.portae 7 мм.

V. Клинический диагноз

Основное заболевание:

Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, активная фаза, впервые выявленная.

Язва луковицы двенадцатиперстной кишки.

Сопутствующие заболевания.

Хронический поверхностный гастрит с повышенной кислотообразующей функцией, стадия обострения.

Гепатоз.

Обоснование диагноза

В пользу диагноза: Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки свидетельствуют:

— жалобы больного, носящие характер, типичный для язвенных (боли в эпигастральной области справа от срединной линии, возникающие после приема пищи через 1,5—2 ч, проходящие после приема антацидов, «голодные» и ночные боли, исчезающие после приема пищи или антацидов, рвота кислым желудочным содержимым на высоте болей, приносящая облегчение, изжога; стереотипность болей);

— анамнестические данные (сезонный характер болей (возникают преимущественно весной и осенью), наличие предрасполагающих факторов (вредные привычки - курение, употребление алкоголя), отягощенная наследственность по заболеваниям желудочно-кишечного тракта, нарушения режима и характера питания — употребление кислых, копченых продуктов, питание всухомятку);

— данные объективного осмотра (болезненность в эпигастральной области, положительный симптом Менделя);

— фиброгастроэндоскопическая картина (язвенный дефект в луковице двенадцатиперстной кишки).

В пользу диагноза: Хронический поверхностный гастрит с повышенной кислотообразующей функцией свидетельствуют:

— также вышеописанные жалобы и данные анамнеза жизни;

— данные объективного исследования (болезненность в эпигастральной области);

— данные ФГДС (блестящая слизистая оболочка желудка, отек ее, очаги гиперемии);

— исследование желудочного содержимого (повышенная кислотообразующая функция желудка).

В пользу диагноза: Гепатоз свидетельствуют:

— данные анамнеза (злоупотребление алкоголем);

— данные объективного исследования (болезненность при пальпации печени);

— данные УЗИ печени (явления сегментарного стеатоза).

VI. Патогенез симптомов.

Боли в эпигастральной области появляются при нарушении моторной функции желудка (возникает спазм или растяжение его

гладкомышечных волокон), — это висцеральные боли. Поздние боли возникают спустя 1,5—2 ч после еды, усиливаясь по мере поступления кислого желудочного содержимого в двенадцатиперстную кишку. Ночные боли обусловлены преобладанием парасимпатической нервной системы (n.vagus) в ночное время. Сезонный характер болей обусловлен циркадным ритмом выработки глюкокортикоидов корой надпочечников, вызывающих изменения барьерных свойств слизистой оболочки желудка.

Рвота представляет собой сложнорефлекторный акт непроизвольного выбрасывания содержимого желудка через пищевод, глотку, полость рта, носовые ходы. Механизм рвоты регулируется рвотным центром, который располагается в продолговатом мозге. Раздражение рвотного центра происходит благодаря импульсам, поступающим с рецепторов слизистой оболочки желудка, — рвота висцерального происхождения.

Изжога обусловлена гиперсекрецией соляной кислоты и раздражением слизистой оболочки желудка.

Раздражительность, плохой сон — признаки лабильности нервной системы, проявление вегетативной дисфункции при заболеваниях желудочно-кишечного тракта.

Похудание возникло вследствие неоднократной рвоты и сознательного ограничения больного в еде.

Вертикальное положение электрической оси сердца объясняется астеническим конституциональным типом больного. При низком стоянии диафрагмы у астеников электрическая и анатомическая оси сердца занимают более вертикальное положение, при котором максимальная разность потенциалов улавливается в III отведении (так как электрическая ось сердца становится параллельной оси III отведения). Поэтому наиболее высокий зубец R регистрируется в III отведении.

Болезненность при пальпации в эпигастральной области появляется при обострениях заболеваний желудка, язвенной болезни.

Положительный симптом Менделя — появление болезненности при отрывистом постукивании в эпигастральной области при язвенной болезни связано с вовлечением в процесс висцеральной брюшины, покрывающей двенадцатиперстную кишку.

Повышенное количество эритроцитов в крови (E_r — $5,4 \times 10^{12}/л$) объясняется некоторым сгущением крови при неоднократной рвоте.

Определение степени тяжести общего состояния больного

Показатели	Степень тяжести состояния больного			
	удовлетворительное	средней тяжести	тяжелое	крайне тяжелое
1	2	3	4	5
Сознание	Ясное	Ясное, иногда оглушение — в виде обнубиляции	Ясное, иногда оглушение: больной стонет, просит о помощи; в ряде случаев — угнетение сознания до сопора, возможен бред	Как правило, резко угнетено (до комы), редко - ясное
Положение	Активное	Вынужденное или активное в постели; сохранена способность к самообслуживанию	Пассивное или вынужденное; неспособность к самообслуживанию; больной нуждается в постоянном уходе; возможно психомоторное возбуждение	Пассивное; в ряде случаев - двигательное возбуждение, общие судороги
Температура тела	Нормальная или субфебрильная	Возможна высокая лихорадка	Возможны гиперпиретическая лихорадка либо, наоборот, гипотермия	Различная
Состояние кожи и пол кожной жировой клетчатки	В пределах нормы	Отмечаются распространенные отеки подкожной жировой клетчатки; возможны выраженная бледность кожных покровов или умеренный цианоз	Возможна анасарка; отмечаются «меловая» бледность кожных покровов или выраженный цианоз уже в покое	Лицо мертвенно бледное, с заостренными чертами, покрыто капальками пота («лицо Гиппократа»)

Состояние сердечно-сосудистой системы	В пределах нормы (ЧСС 60-90 в мин, АД 110-140/60-90 мм рт.ст.)	Тахикардия (ЧСС более 90 в мин) или брадикардия (менее 60 в мин), могут наблюдаться нарушения ритма сердца, повышение АД (равно и более 140/90 мм рт.ст.) или снижение АД (менее 110/60 мм рт.ст.)	Нитевидный пульс, значительное понижение АД, и может быть значительное повышение АД	Пульс определяется только на сонных артериях; АД может не определяться
ЧДД (частота дыхательных движений)	16—20 в мин	Более 20 в мин	Выраженное тахипноэ (до 40 в мин и более)	Достигает 60 в мин
Другие симптомы	Симптомы основного заболевания	Возможны рвота, выраженная диарея, признаки желудочно-кишечного кровотечения. Существует вероятность быстрого прогрессирования заболевания и развития опасных для жизни осложнений	Возможны неукротимая рвота, профузная диарея, признаки разлитого перитонита, массивного желудочно-кишечного кровотечения (рвота «кофейной гущей», черный жидкий стул — мелена)	При тотальном отеке легких — клокочущее дыхание, изо рта выделяется пенистая мокрота розового цвета; может определяться нарушение дыхания («большое дыхание» Куссмауля, периодическое дыхание Чейна— Стокса и др.)
Функции жизненно важных органов	Относительно компенсированы	Декомпенсированы, однако это не представляет опасности для жизни больного	Декомпенсация представляет опасность для жизни больного или может привести к глубокой инвалидности	Резкое нарушение основных жизненно важных функций организма

Характер заболевания	Как правило, легкие формы течения болезни, период выздоровления после острых заболеваний, стихание обострений хронических процессов	Заболевания с выраженными субъективными проявлениями	Осложнения течения заболеваний с выраженными и быстро прогрессирующими клиническими проявлениями	Резкое обострение заболеваний, опасные для жизни острые осложнения заболеваний
Медицинская тактика	Общие показания для госпитализации	Больные нуждаются, как правило, в оказании неотложной доврачебной помощи и госпитализации	Необходима срочная госпитализация; как правило, лечение проводят в условиях палаты интенсивной терапии	Лечение только в условиях реанимационного отделения

Учебно-методическое пособие

Владислав Павлович Саганов
Владимир Евгеньевич Хитрихеев
Еши Нянюевич Цыбиков

СХЕМА ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ

(Рекомендации по анализу истории болезни)

Печатается в авторской редакции

Св-во РПУ – У №1020300970106 от 08.10.02

Подписано в печать 10.09.09. Формат 60 x 84 ¹/₁₆
Усл. печ. л. 8,54. Уч.-изд. л. 5,49. Тираж 200. Заказ №

Издательство Бурятского госуниверситета

670000, г. Улан-Удэ, ул. Смолина, 24а

