

Министерство здравоохранения Кыргызской Республики  
Кыргызско-Российский Славянский университет имени Б. Н. Ельцина  
Медицинский факультет  
Педиатрическое дело  
Кафедра детской хирургии

**СХЕМА ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ ПО ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ ДЛЯ  
СТУДЕНТОВ 5-6 КУРСА ПЕДИАТРИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА НА  
КАФЕДРЕ ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ**  
(учебно-методическое пособие)

Бишкек

## Оглавление

Введение .....	3
СХЕМА ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ.....	4
Основные требования к оформлению истории болезни: .....	4
Титульный лист .....	5
I. Общие сведения о пациенте (паспортная часть):.....	6
II. Жалобы больного при поступлении.....	6
III. История настоящего заболевания (Anamnesis morbi) .....	7
IV. История жизни больного (Anamnesis vitae) .....	9
V. Настоящее состояния больного (Status praesens objectivus) .....	10
Наружный осмотр .....	10
Органы дыхания.....	13
Органы кровообращения.....	15
Органы пищеварения.....	17
Гепатобилиарный тракт.....	19
Органы мочевого выделения.....	19
Нервная и эндокринная системы.....	19
VI. Status localis .....	20
VII. Предварительный клинический диагноз.....	21
VIII. План дополнительного обследования.....	21
IX. Результаты дополнительного обследования и заключения консультантов.....	22
X. Дифференциальный диагноз.....	22
XI. Окончательный диагноз .....	23
XII. Описание данного заболевания .....	23
XIII. План лечения .....	24
XIV. Обоснование операции (предоперационный эпикриз) .....	24
XV. Подготовка к операции.....	25
XVI. Описание операции (протокол операции).....	26
XVII. Дневники курации (пред- и послеоперационные) .....	26
XVIII. Эпикриз (выписной или этапный).....	27
XIX. Кривые температуры, пульса, АД.....	28
XX. Литература .....	28
Заключение .....	30
Библиографический список .....	30
Приложение 1 .....	31
Приложение 2.....	48

## **Введение**

История болезни — важный медицинский и юридический документ, в котором должны быть отражены все сведения о больном. В связи с этим научение студентов правильному и квалифицированному написанию истории болезни — важная и ответственная задача всех дисциплин.

Предлагаемая схема клинического обследования больного включает традиционные разделы, касающиеся хирургических заболеваний у детей. Написанная по схеме история болезни отражает уровень теоретических знаний и степень освоения практических навыков, деонтологических приемов, демонстрирует знание различных приемов врачебной деятельности и умение их применять в конкретной практической ситуации. Самостоятельная работа студентов над историей болезни способствует освоению методики общения с больными (сбор жалоб, их детализация, выяснение особенностей анамнеза болезни и жизни), физических способов обследования (пальпация, перкуссия, аускультация), творческому осмыслению полученной информации для обоснования предварительного (рабочего) диагноза, составления эффективного плана дополнительных исследований, клиническому мышлению (дифференциальный диагноз), квалифицированному (грамотному) выбору основных принципов консервативного лечения, обоснованию показаний к оперативному вмешательству, четкому формулированию окончательного клинического диагноза, формированию навыков протоколирования операций, что обеспечивает формирование основ врачебного мышления.

## **СХЕМА ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ ПО ДЕТСКОЙ ХИРКУРГИИ**

### ***Основные требования к оформлению истории болезни:***

- для написания используются листы формата А4 (21x29,7 см), поля: левое – 3 см, остальные - по 1,5 см;
- титульный лист оформляется в соответствии с приведенной схемой;
- все разделы должны следовать в порядке, приведенном в данном пособии, на отдельном листе размещаются паспортная часть, температурный лист (кривые температуры, пульса, АД и т.д.), список литературы. Истории болезни, в которых тот или иной раздел схемы отсутствует, не принимаются и возвращаются студенту для доработки (за исключением частей, касающихся оперативного лечения, в случаях, когда оно не выполнялось);
- страницы нумеруются, листы сшиваются степлером либо иным способом, исключаяющим их свободное разделение, переплет должен располагаться слева.

Истории болезни, не соответствующие указанным требованиям, не подлежат оценке и возвращаются студенту на доработку с указанием недостатков.

## **Титульный лист**

Министерство здравоохранения Кыргызской Республики  
Кыргызско-Российский Славянский университет имени Б. Н. Ельцина  
Медицинский факультет  
Педиатрическое дело  
Кафедра детской хирургии

Заведующий кафедрой: к.м.н., доцент Мыкыев К.М

**Руководитель:** Ф.И.О. преподавателя с указанием ученой степени,  
научного звания и должности

# **ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ**

больного (указывается Ф.И.О. пациента)

## **ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ**

1. основной
2. осложнения
3. сопутствующий

Куратор - студент(ка) ..... группы  
Ф.И.О.

Сроки курации (указывается период  
курации, например: 15.01.21г.-  
27.01.21г.)

Бишкек 20\_\_ г.

## ***I. Общие сведения о пациенте (паспортная часть):***

Ф.И.О. больного.

Возраст.

Профессия.

Дата поступления в клинику.

Диагноз при поступлении.

Диагноз клинический:

-основной

-осложнения

-сопутствующие заболевания.

Оперативные вмешательства: (перечисляются в хронологическом порядке)

<b>Наименование операции</b>	<b>Дата, час</b>	<b>Метод обезболивания</b>	<b>Осложнения</b>	<b>Ф.И.О. врача</b>

## ***II. Жалобы больного при поступлении***

Необходимо, чтобы больной охарактеризовал свои ощущения. Помимо самостоятельного рассказа, следует направлять пациента и активно выявлять те жалобы, которые могут иметь место при данном заболевании, но не упомянуты по какой-либо причине. Немаловажное значение имеет и указание

жалоб, которые встречаются при данном заболевании, характеризуют его запущенность или осложнения, но отсутствуют у пациента. Если курация проводится после периода пребывания пациента в стационаре, в данном разделе жалобы излагаются ретроспективно на момент поступления, а их динамика отражается в разделах: история настоящего заболевания, дневники курации с указанием сроков пребывания в стационаре.

Жалобы необходимо изложить четко, конкретно и максимально подробно в логической последовательности. Целесообразно объединение жалоб, характерных для функциональных изменений органов или систем. Необходимо стремиться к выделению жалоб основного и сопутствующих заболеваний.

**Детализованный опрос по органам и системам.** В дальнейшем выясняют наличие жалоб со стороны других органов и систем, которые больной мог не отметить.

### ***III. История настоящего заболевания (Anamnesis morbi)***

В данном разделе описываются течение и длительность заболевания от начала его возникновения до настоящего момента. Изложение обязательно проводится в хронологическом порядке.

Расспрашивая больного, добивайтесь конкретики и ясности во всех деталях. Исключение могут составить моменты, травмирующие психику больного и не имеющие для Ваших выводов решающего значения.

План изложения истории настоящего заболевания.

- С какого времени считает себя больным, и характер начальных симптомов.
- С чем связывает заболевание (возможные причины его возникновения).

- Когда впервые больной обратился к врачу, как часто это повторялось в дальнейшем. Чем лечился (по возможности), и какова была эффективность лечения. В обязательном порядке выясняются характер и объем проведенных оперативных вмешательств, имевшие место осложнения в послеоперационном периоде. Если больной лечился в стационаре, то выяснить в хронологическом порядке частоту и продолжительность пребывания.

Следует отразить в анамнезе известные больному результаты проводившихся исследований со слов или с имеющихся выписок из истории болезни, амбулаторной карты.

- Трудоспособность: влияние заболевания на работоспособность

(ограничение, утрата и т.п.).

- Когда и при каких обстоятельствах наступило настоящее ухудшение (если процесс хронический) или появились признаки заболевания. При острых хирургических заболеваниях и травмах следует указать число и час начала заболевания или получения травмы, обстоятельства травмы (производственная, бытовая). Данная информация имеет важное значение для оценки своевременности оказания помощи и/или судебно-медицинской экспертизы случая.

- Каким образом осуществлена госпитализация (экстренно или планово).

Примечание: В случаях, когда больной страдает двумя или больше заболеваниями, нужно описать историю основного.

Если больной доставлен экстренно в бессознательном состоянии, необходимо выяснить у родственников или сопровождающих обстоятельства возникновения болезни.

#### ***IV. История жизни больного (Anamnesis vitae)***

История жизни больного — медицинская биография, излагаемая последовательно в соответствии с периодами жизни.

Детские болезни. Особенности развития в юношеском возрасте.

Трудовая жизнь: когда начал трудиться, в качестве кого, где, условия производственной деятельности (краткая санитарно-гигиеническая характеристика): смена работы, ее причины. Наличие, причины инвалидности, группа.

Семейное положение: холост, замужем.

Перенесенные заболевания: описываются в хронологическом порядке болезни, ранения, контузии, травмы, ушибы, операции. Гинекологический анамнез для женщин (количество беременностей, их исход: нормальные или патологические, крупный плод, двойня, тройня, аборт, выкидыши).

Особо выделяются туберкулез, вирусный гепатит, кожно-венерологические и онкологические болезни (об этом пациента нужно спросить целенаправленно).

Гемотрансфузионный анамнез: группа крови больного, переливалась ли раньше кровь, были ли осложнения, инъекции, переливание кровезаменителей в течение последнего года.

Эпиданамнез: контакты с инфекционными больными. Пребывание в местности с неблагоприятной эпидобстановкой в течение последнего года.

Вредные привычки: курение, употребление алкоголя; наркотиков

(количество, продолжительность); погрешности в диете (увлечение соленой, острой, сладкой пищей).

Образ жизни (малоподвижный — гиподинамия, адинамии), психоэмоциональные переживания.

Наследственность: сведения о болезнях ближайших родственников; наличие у них болезней, которыми страдает пациент, а также таких, как туберкулез, кожно-венерологические, алкоголизм, злокачественные новообразования, сахарный диабет и другие эндокринные болезни, аллергические состояния.

Аллергоанамнез: пищевая, лекарственная и другая непереносимость (подробное описание аллергической реакции - крапивница, отек Квинке, бронхоспастический синдром, анафилактический шок, промежуточные состояния, разнообразные субъективные ощущения).

Бытовой анамнез: материальная обеспеченность, питание, гигиенический режим.

Экспертный анамнез: наличие листка нетрудоспособности, с какого времени.

## ***V. Настоящее состояние больного (Status praesens objectivus)***

Обратите внимание! При патологии того или иного органа, его состояние и состояние соответствующей системы подробно описываются в разделе **Status localis**.

### **Наружный осмотр**

Оценка общего состояния больного: хорошее, удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое, крайне тяжелое (какое - указать).

Сознание: ясное, ступорозное, сопорозное, коматозное, возбуждение, бред.

Положение: активное, пассивное, вынужденное. Походка. Осанка.

Выражение лица: нормальное, возбужденное, безразличное, маскообразное, лихорадочное, гектическое, сардоническое, ужаса, тупое. Наличие одутловатости, отеков под глазами, увеличение и изменение черт лица, нижней челюсти, носа, скуловых костей.

Поведение: общительность, спокойствие, раздражительность, негативизм, неадекватность. Телосложение.

Конституциональный тип: (нормостенический, астенический, гиперстенический). Рост, вес.

Кожные покровы. Цвет - нормальный (обычный), бледный, бледно-розовый, красный, желтушный, цианотичный, землистый, темно-коричневый, бронзовый (указать локализацию). Пигментация, эластичность (тургор) кожи. Степень влажности (нормальная, повышенная): сухость, шелушение.

Сыпь, ее характер и локализация: пятно, эритема, розеола, папула, пустула, волдырь; чешуйки, струпы, эрозии, трещины, язвочки, сосудистые звездочки.

Геморрагические явления: локализация, выраженность, характер.

Рубцы, их характер и подвижность.

Видимые слизистые (губ, полости рта, носа, глаз). Цвет: бледно-розовый, цианотичный, бледный, желтушный. Энантема — высыпание на слизистых (локализация и характер).

Подкожная клетчатка. Степень развития (нормальная, умеренная, слабая, чрезмерная), места наибольшего отложения жира — на руках, животе, бедрах, общее ожирение, жировой горбик. Исхудание, кахексия.

Наружные опухоли, грыжи, опухолевидные выпячивания, ангиомы, атеромы.

Ногти (ломкость, деформация, «часовые стекла», эмалированные ногти).

Волосы (выпадение, поседение). Гипертрихоз.

Отеки: общие (анасарка), местные (локализация — конечности, лицо, веки, живот, поясница), выраженность (пастозность), плотность.

Подкожные вены: малозаметные, расширенные. Варикозное расширение вен (локализация), их выраженность, болезненность.

Лимфатические узлы: пальпация околоушных, подчелюстных, шейных, подключичных, подмышечных, локтевых, паховых — величина их (с горох, орех, яйцо, кулак), форма (овальная, круглая, неправильная), консистенция (твердая, мягкая), болезненность, подвижность, спаянность с другими тканями или между собой, с кожей.

Мышечная система: степень развития мышц (нормальная, умеренная, слабая, гипотрофии, атрофии).

Тонус мышц: нормальный, повышенный, пониженный, уплотнения, местные гипертрофии, болезненность при пальпации, движении. Судороги (клонические, тонические). Сила.

Костно-суставной аппарат. Костная - деформация, болезненность при пальпации, поколачивании. Череп (форма), позвоночник (форма), степень подвижности — в шейном, грудном, поясничном отделах, болезненность при пальпации, движениях, деформации кифоз, лордоз, сколиоз. Увеличение (чрезмерное) стоп, кистей, челюсти, носа, надбровных дуг — акромегалия. Утолщение межфаланговых и концевых фаланг («барабанные палочки») пальцев рук.

Суставы: осмотр — конфигурация (деформация), припухлость, гиперемия кожи над суставами, движения (активные, пассивные). Пальпация - изменения местной температуры, болезненность, состояние кожи над суставом; шумы

при движениях (хруст, шелканье, флюктуация). Объем движений в суставах (активных, пассивных):

ограничение подвижности, контрактура. Изменение окружности суставов.

Температура тела.

### **Органы дыхания**

Осмотр: дыхание через нос (свободное, затрудненное, полная невозможность дыхания через нос вообще или через ноздрю). Форма грудной клетки — нормальная (нормостеническая, гиперстеническая, астеническая), патологическая (бочкообразная - эмфизематозная, паралитическая, воронкообразная, ладьевидная, рахитическая). Характеристика эпигастрального угла. Состояние над- и подключичных ямок. Ширина межреберных промежутков. Направление ребер.

Положение лопаток, плотность прилегания их, отстаивание, симметричность.

Движение грудной клетки при дыхании: равномерность обеих половин, верхних и нижних отделов грудной клетки, втяжение межреберных промежутков. Участие дыхательной мускулатуры в акте дыхания.

Тип дыхания: грудной, брюшной, смешанный. Глубина и ритм дыхания (поверхностное, глубокое, ритмичное, аритмичное — Чейн-Стокса, Куссмауля, Биота, Грокка).

Число дыхательных движений в минуту: нормальное, учащенное (одышка — инспираторная, экспираторная, смешанная); учащение дыхания, сопровождающееся вынужденным положением.

Пальпация грудной клетки: болезненность, резистентность, отечность кожи (точно указать локализацию), голосовое дрожание (нормальное, ослабленное, усиленное — указать локализацию); шум трения плевры. Изменение

окружности грудной клетки при вдохе, выдохе (в см) на уровне 4 межреберья.  
Экскурсия грудной клетки.

Определение передне-заднего и поперечного размеров.

Перкуссия легких. Сравнительная перкуссия (перкуссия в симметричных точках грудной клетки): звук - ясный легочный, притуплённый, тупой, коробочный, тимпанический — с точным определением границ.

Топографическая перкуссия (определение границ легких): верхние — спереди и сзади, ширина полей Кренига (в см с обеих сторон). Нижние границы легких: определяются по всем вертикальным топографическим линиям справа и слева (начиная с передне-подмышечной линии). Подвижность нижнего края легких по средне-ключичной, средне-подмышечной и лопаточной линиям с обеих сторон.

Аускультация легких. Характер основных дыхательных шумов, везикулярное (нормальное, ослабленное, усиленное) и бронхиальное; жесткое, бронхиальное (патологическое), амфорическое, саккадированное, металлическое дыхание, отсутствие дыхательного шума (точно описать границы каждого вида дыхания).

Патологические (побочные) дыхательные шумы: хрипы - сухие низкого тона (басовые) и высокого тона (дискантовые). Влажные: звонкие, незвонкие (мелко-, средне- и крупнопузырчатые). Крепитация. Шум трения плевры (следует точно указать количество, места выслушивания патологических шумов, влияние откашливания и глубокого дыхания на побочные дыхательные шумы). Бронхофония (выслушивание шепотной речи с обеих сторон) — не изменена, усилена (локализация).

## **Органы кровообращения**

Осмотр: сосудов шеи (набухшие вены, пульсация сонных артерий, пульсация вен), области сердца - сердечный горб, верхушечный толчок - невидимый, видимый с указанием его локализации, характера (положительный, отрицательный, куполообразный, приподнимающийся), ширины (площади). Сердечный толчок, эпигастральная пульсация.

Пальпация: определение места верхушечного толчка и его характеристика (сила, площадь, амплитуда, величина). Ощупывание сердечного толчка, пульсация подложечной области (отличие пульсации аорты, сердца и печени). Дрожание в области сердца (симптом «кошачьего мурлыканья» в фазу систолы — систолическое и диастолы — диастолическое; симптом «двойного молоточка», симптом «коромысла».

Перкуссия. Границы относительной тупости: правая, левая и верхняя. Поперечник относительной тупости сердца, сосудистого пучка. Конфигурация относительной тупости сердца (нормальная, митральная, аортальная). Высота стояния аорты.

Границы абсолютной тупости сердца: правая, левая, верхняя. Поперечник и длинник сердца.

Аускультация. Тоны: первый - нормальной звучности, ослабленный, отсутствует, усиленный (хлопающий): второй - нормальной звучности, ослабленный, отсутствует, усиленный (акцентуированный), расщепленный, раздвоенный. Ритм «перепела». Ритм галопа пресистолический и протодиастолический. Маятникообразный ритм. Эмбриокардия. Указать места, где зарегистрированы изменения. Частота (число) сердечных сокращений: правильный, неправильный (аритмичный—экстрасистолия, мерцательная аритмия).

Шумы: их отношение к фазам сердечной деятельности — систолический, диастолический (мезодиастолический, пресистолический, протодиастолический). Характер шума: мягкий, дующий, пилящий, скребущий; сила (резкий, слабый), тембр (мягкий, грубый, высокий, низкий), продолжительность (длинный, короткий), нарастающий или убывающий. Эпицентр шума (место наилучшего выслушивания), проводимость (распространение). Изменение характера шума в зависимости от фазы дыхания (на вдохе с задержкой дыхания), перемены положения больного (из вертикального в горизонтальное и наоборот, на левом боку, при нагрузке и при пробе Сиротинина—Куковерова). Шум трения перикарда, плевроперикардальный и кардиопульмональный шумы.

Исследование артерий и вен. Осмотр и пальпация лучевой, сонной, височной, бедренной артерий и тыльной артерии стопы; извитые, мягкие, жесткие, узловатые. Симптомы жгута (Кончаловского) и «щипка».

Пульс: одинаковый или асимметричный, ритм (правильный, неправильный - указать тип аритмии), частота (в мин.) пульса, наполнение, напряжение, величина, форма, наличие дефицита (соотношение частоты сокращений сердца и частоты пульса при аритмии), скорость (форма) пульса: скорый, медленный, быстрый. Капиллярный пульс.

Аускультация сосудов - сонной, бедренной, почечной: двойной тон Траубе, двойной шум Виноградова-Дюрозье. Систолический шум. Выслушивание яремной вены («шум волчка»).

Артериальное давление — на плечевых артериях симметрично, при необходимости лежа, сидя, стоя, после нагрузки; «базальное», случайное давление.

Осмотр и ощупывание вен: пульсация вен с точным указанием места, синхронности с артериальной пульсацией. Расширение вен грудной клетки,

брюшной стенки, конечностей. Уплотнение и болезненность вен, варикозное расширение вен. «Голова медузы». Венозное, давление.

### **Органы пищеварения**

Полость рта: запах выдыхаемого воздуха — обычный, кислый, гнилостный, каловый, мочевины, аммиака, ацетона. Слизистая оболочка внутренней поверхности губ, щек, мягкого и твердого нёба; цвет (нормальный, бледный, красный), пигментация, пятна Филатова, изъязвления, лейкоплакия, афты. Десны (бледные, розовые, разрыхленные, кровоточащие), серая кайма, некрозы, геморрагии, болезненность.

Зубы; зубная формула, протезы, кариозные изменения, коронки, Гетчинсоновы зубы.

Язык: величина, влажный, сухой, чистый, обложенный (умеренно, сильно), покрыт корками, малиновый, лакированный. Припухлость языка, трещины. Язвы, свежие от прикусывания, рубцы.

Зев: нормальный, красный, налет, припухлость на слизистой оболочке.

Миндалины: нормальной величины, гипертрофированные, краснота, припухлость, налеты (с описанием их распространения, цвета, легкости или трудности снятия), пробки.

Глотка: нормальной окраски, покрасневшая. Слизистая — сухая, зернистая, блестящая.

Исследование живота: осмотр живота (стоя, лежа) — форма, выпячивание, втяжение, симметричность. Развитие коллатералей на передней стенке живота (вокруг пупка — «голова медузы»), по боковым поверхностям. Перистальтика — патологическая. Рубцы, грелочная пигментация с указанием локализации. Окружность живота (в см на уровне пупка). Состояние средней линии живота, пупка, паховых областей. Участие живота в акте дыхания.

Пальпация. Поверхностная ориентировочная пальпация - определяется состояние влажности кожи, болезненность, резистентность и мышечная защита с указанием ее локализации и степени выраженности. Выявляются «слабые места» передней стенки живота (пупочное кольцо, белая линия живота, паховые кольца); расхождение мышц живота — при натуживании, при поднятии вытянутых ног с постели. Зоны кожной гиперестезии (Захарьина-Геда).

Глубокая методическая скользящая пальпация по методу Образцова-Стражеско: кишечника (последовательно различные отделы кишечника с указанием локализации, формы, толщины, подвижности, болезненности, консистенции и поверхности), желудка (большой, малой кривизны, привратника), поджелудочной железы (определяется болезненность, опухоли, кисты, инфильтраты в ее области, увеличение и уплотнение поджелудочной железы), селезенки (увеличение с указанием степени, болезненность, поверхность ее).

Определение нижней границы желудка при перкуссии (разграничение области низкого тимпанита желудка от высокого над кишечником, определение шума плеска — перкуторная пальпация).

Перкуссия живота: степень выраженности тимпанического звука, наличие тупого звука (его происхождение): наличие жидкости (асцит), опухоли, скопления каловых масс; симптом флюктуации.

Аускультация живота: кишечная перистальтика, шум трения брюшины.

Исследование прямой кишки: при соответствующих показаниях производятся осмотр области заднего прохода (трещины, геморроидальные узлы, выпадение слизистой прямой кишки) и пальцевое исследование прямой кишки (тонус сфинктера, проходимость, полипы, болезненность).

Стул: регулярный, запоры, поносы; цвет (нормальный, ахоличный, дегтеобразный).

### **Гепатобилиарный тракт**

Осмотр — видимое увеличение печени (выпячивание), пульсация, фиксация правого подреберья при дыхании.

Пальпация печени: прощупывается, увеличена — характеристика ее нижнего края (острый, закругленный, безболезненный, плотный, мягкий), поверхности (гладкая, бугристая, зернистая, шероховатая), желчного пузыря (болезненность, безболезненность, увеличение желчного пузыря, наличие опухоли, уплотненного конгломерата), описать болезненные точки и симптомы (Ортнера, Мерфи, Георгиевского-Мюссе и др.).

Перкуссия печени: определение верхних и нижних границ абсолютной печеночной тупости, высоты последней по трем топографическим линиям: размеры печени по Курлову.

### **Органы мочевого выделения**

Осмотр: области почек (гиперемия, припухлость, выбухание) и мочевого пузыря (выпячивание над лобком).

Пальпация: почек (лежа и стоя) — состояние нижнего полюса правой почки по отношению к левой, степень смещения, увеличения почек, болезненность последних; мочевого пузыря (увеличение, наличие плотного конгломерата, болезненность. Метод поколачивания — оценка симптома Пастернацкого с обеих сторон; перкуссия мочевого пузыря (указать степень выстояния его над лобком в см). Характеристика мочеиспускания (частота, цвет, болезненность, императивное мочеиспускание).

### **Нервная и эндокринная системы**

Сон: спокойный, плохой, бессонница.

Головные боли: локализация, характер, продолжительность, причины, вызывающие их.

Головокружение: интенсивность, продолжительность, с чем связано и чем сопровождается, нарушение походки, наличие судорог, нарушение чувствительности, слабость в конечностях.

Психическая сфера: настроение, раздражительность, состояние памяти, наличие навязчивых идей, галлюцинаций.

Зрение: ослабленное, мелькание «мушек», близорукость, дальнозоркость.

Слух: ослабленный, шум в ушах, глухота.

Обоняние: ослабленное, отсутствует.

Интеллект (нормальный, ослабленный), парестезии, анестезии, параличи, вкус, координация движений. Устойчивость при стоянии с открытыми и закрытыми глазами (поза Ромберга). Дермографизм, гипергидроз. Отечность и одутловатость лица, ширина глазной щели (расширение, сужение, экзофтальм, энофтальм). Сухость кожи, расчесы. Наличие стрий. Ожирение, исхудание. Нарушение роста, телосложения, пропорциональности отдельных частей тела. Вторичные и первичные половые признаки (явления маскулинизации, феминизации, евнухоидизма, вирилизма). Глазные симптомы (Грефе, Мебиуса, Штельвага, Елинека, Дельримпля, Кохера, Розенбаха). Щитовидная железа: величина (нормальная, увеличенная — степень I, II, III, IV, V и характер увеличения — диффузный, узловой, смешанный).

## ***VI. Status localis***

Подробное описание органа, системы или области тела, где расположен патологический процесс. Сюда вносится описание наружных брюшных грыж,

заболеваний молочной и щитовидной желез, вен и артерий нижних конечностей, патология органов брюшной полости, если они являются основным заболеванием, и т.д.

### ***VII. Предварительный клинический диагноз***

На основании жалоб, анамнеза, данных объективного обследования больного последовательно обосновывается локализация патологического процесса в определенной системе органов, конкретном органе. Необходимо выделить характер течения процесса (острый, хронический; стадия, распространенность, осложнения и т.д.). Все выводы должны основываться только на данных, описанных Вами выше. В заключение обоснования формулируется предварительный диагноз.

**Примечание:** если больной страдает двумя (или больше) заболеваниями, то рассуждения по обоснованию предварительного диагноза должны предполагать основное (ведущее) заболевание, его осложнение(-я) и сопутствующее(-ие) заболевание(-я).

### ***VIII. План дополнительного обследования***

Перечень необходимых лабораторных, инструментальных методов обследования, включая динамическое клиническое наблюдение за пациентом и перечень специалистов - консультантов. Реализация плана и получение результатов этих исследований, консультаций должны подтвердить (или исключить) предполагаемый диагноз (основной и сопутствующий), предоставить достаточно сведений для проведения дифференциальной диагностики. Необходимо предусмотреть и указать частоту и периодичность планируемых методов дообследования.

## ***IX. Результаты дополнительного обследования и заключения консультантов***

Приводятся результаты клинико-биохимических и инструментальных методов обследования, выводы и заключения консультантов. Необходимо выделить отклонения от нормы, все показатели должны содержать размерность единиц (г/л, моль/л и т.п.).

## ***X. Дифференциальный диагноз***

Необходимо определить круг заболеваний (не менее 3-х) со сходной основному предварительному диагнозу клинической картиной и провести дифференциальную диагностику для окончательного определения патологического процесса. Подробно должны быть рассмотрены жалобы, анамнестические данные, клинические симптомы, результаты лабораторных и инструментальных исследований, заключения консультантов, если они имеют значение в постановке основного диагноза.

Дифференциальный диагноз должен быть оформлен в виде таблицы (схема приведена ниже).

В заключении необходимо резюмировать приведенные данные и указать, на основании сходства каких признаков (симптомов) подтверждается или исключается предварительный диагноз.

*Схема дифференциальной диагностики*

Сравниваемый признак (симптом)	Характер изменений признака у пациента	Характерные изменения при заболевании, которое подозревается у пациента	Характерные изменения при заболевании 1	Характерные изменения при заболевании 2	Характерные изменения при заболевании 3

При исключении предварительного диагноза также указываются возможные причины заблуждений на этапе клинического обследования и результаты дообследования, имевшие решающее значение в диагностическом поиске.

### ***XI. Окончательный диагноз***

Формулируется на основании проведенного дифференциального диагноза.

Основное заболевание - заболевание, по поводу которого больной находится на лечении в клинике.

Осложнение основного заболевания — заболевание, развивающееся как следствие основного.

Сопутствующее заболевание — болезнь, патогенетически не связанная с основным заболеванием.

### ***XII. Описание данного заболевания***

Реферативный раздел истории болезни. Приводятся краткие сведения по основному патологическому процессу.

Необходимо описать: этиологию, эпидемиологию, патогенез, патологическую анатомию, классификацию, клиническую картину, диагностику, часто

встречающиеся осложнения и дать их краткое описание, профилактику заболевания и его осложнений, лечение (консервативное, оперативное, показания и противопоказания), предоперационную подготовку, ведение в послеоперационном периоде, осложнения, прогноз.

### ***XIII. План лечения***

В данном разделе на основании выставленного Вами окончательного диагноза и описания данного заболевания необходимо изложить лечебные мероприятия конкретного больного с указанием лекарственных препаратов и их дозировок, кратности введения, определить рекомендации о режимах лечебного питания и физической активности.

Схема изложения плана лечения должна быть следующей:

1. Режим (постельный, полупостельный (палатный), общий)
2. Диета (номер стола, описание, если планируется изменение диеты, указать сроки и номера диет)
3. Немедикаментозное лечение (физиотерапия и т.п. - указать на каком этапе лечения и сроки применения)
4. Медикаментозное лечение (этиологическое, патогенетическое, симптоматическое)
5. Оперативное лечение (указать наименование операции)

### ***XIV. Обоснование операции (предоперационный эпикриз)***

Должен содержать:

- показания и противопоказания к операции, при возможности консервативного лечения данной патологии указывается причина выбора хирургического метода (отсутствие эффекта от консервативной терапии, развитие осложнений и т.п.)
- характер планируемой операции
- выбор метода обезболивания
- согласие больного на операцию
- группа крови и резус принадлежность больного.

#### ***XV. Подготовка к операции***

Перечисляются манипуляции, необходимые для подготовки пациента к оперативному вмешательству:

- общая подготовка (хороший сон, отсутствие стрессов и физических нагрузок, коррекция белкового, водноэлектролитного обмена и т.п.)
- подготовка операционного поля (бритье перед операцией и т.д.)
- подготовка желудочно - кишечного тракта (запрет приема пищи и воды в день операции, в зависимости от вмешательства - очистительная клизма накануне и в день операции, механическое очищение просвета толстой кишки, медикаментозная стерилизация, подготовка желудка к операции при стенозах и т.п.)
- создание адекватного венозного доступа (катетеризация центральных вен, периферических и т.д.)
- премедикация.

## ***XVI. Описание операции (протокол операции)***

Переписывается из истории болезни курируемого больного.

## ***XVII. Дневники курации (пред- и послеоперационные)***

В течение всего периода курации необходимо документировать динамику в состоянии и лечении больного в виде дневников. Полученные новые факты, данные дополнительных обследований должны комментироваться в дневниках, подчеркивается их значение для обоснования или исключения диагноза. При необходимости проведения методов исследования, не изложенных в плане обследования, их так же необходимо указать в дневнике с обоснованием цели назначения.

В дневниковой записи необходимо изложить жалобы пациента, отразив их динамику (боли уменьшились, стали интенсивнее и т.п.). Далее кратко излагаются данные клинического обследования по системам, указываются все выявленные патологические симптомы с отражением динамики. Каждый дневник должен содержать такие физиологические показатели, как: пульс, АД, ЧДД, температура тела. В status localis отражается состояние повязки (сухая; пропитана серозным, геморрагическим, гнойным отделяемым), состояние раны (линия швов состоятельна, адаптация краев удовлетворительная, заживление первичным, вторичным натяжением и т.п.), манипуляции, проведенные при перевязке (снятие швов, обработка, наложение асептической повязки, зондовая ревизия и т.п.).

В конце каждого дневника обязательно ставится подпись куратора.

### ***XVIII. Эпикриз (выписной или этапный)***

Эпикриз - краткая спрессованная информация об истории болезни. Ф., и., о. больного, возраст, время нахождения в клинике, диагноз (основной, осложнение основного, сопутствующий). Жалобы при поступлении (основные, дополнительные, второстепенные, их детализация). Краткое изложение истории развития болезни и жизни (основные этапы), перенесенные заболевания, вредные привычки, факторы риска, особенности профессиональной деятельности, наследственности. Отметить причину госпитализации (усугубление ранее существовавших симптомов, появление новых, динамика состояния). Кратко описать объективный статус при поступлении: сознание, состояние, телосложение, цвет кожи и слизистых оболочек, отеки, степень их выраженности, число дыхательных движений в минуту, одышка, ее тип, данные пальпации, перкуссии и аускультации по системам (характер изменений, их локализация).

Данные клинического наблюдения, дополнительных лабораторных и инструментальных исследований: привести новые клинические факты, заключения консультантов, указать результаты клинико-биохимических анализов; при отсутствии отклонений от нормы — отметить, что они отсутствуют.

Изложенный выше диагноз (основной, осложнение основного, сопутствующий) обосновать: жалобы, особенности анамнеза, данные объективного (перечислить симптомы и синдромы) и клиникоинструментального (перечислить обнаруженные патологические сдвиги) обследования являются основанием для формулировки диагноза.

Проведенное лечение (режим, диета, лекарственные препараты, физиопроцедуры).

Кратко изложить динамику клинического состояния больного за период нахождения в клинике (изменение жалоб, объективных клинических симптомов, динамика показателей дополнительных инструментальных и лабораторных методов исследования).

Состояние больного при выписке (удовлетворительное, средней тяжести, хорошее). Если больной продолжает находиться в клинике, отметить данное обстоятельство (в этом случае оформляется этапный эпикриз).

Рекомендации: режим, диета, физическая активность, необходимость приема лекарственных препаратов (дозировка, кратность, длительность), физиотерапия, санаторно-курортное лечение, отказ от вредных привычек, наблюдение у специалистов по месту жительства. Прогноз (жизненный, трудовой).

### ***XIX. Кривые температуры, пульса, АД***

Отмечаются на температурном листе в соответствии с общепринятыми положениями (см. приложение).

### ***XX. Литература***

В заключении приводится список использованной для подготовки истории болезни литературы, оформленный в соответствии с приведённой схемой, в алфавитном порядке. Не допускается использование учебников по хирургическим болезням, различных справочников, энциклопедических изданий и т.п.

Пример оформления списка монографий:

Хирургические инфекции: Руководство для врачей. Под ред. И. А. Ерюхина, Б. Р. Гельфанда, С. А. Шляпникова. СПб.: Питер, 2003.

Шуркалин Б. К., Кригер А. Г., Горский В. А. и др. Гнойный перитонит. М., 1993.

Пример оформления списка журнальных статей:

Федоров В. Д., Гостищев В. К., Ермолов А. С. и др. Современные представления о классификации перитонита и системах оценки тяжести состояния больных. Хирургия, 2000; 4: 58— 62.

## **Заключение**

Помните, что при общении с больным облик врача должен убедить пациента, что перед ним профессионал, которому не страшноверить здоровье и жизнь. Никто не захочет стать пациентом человека легкомысленного, неаккуратного, с безразличием относящегося к больным. Старайтесь быть собранным, сдержанным и доброжелательным человеком. Повышать голос, грубить больным и их родственникам недопустимо, даже сталкиваясь с их неадекватной реакцией, следует вести себя твердо, но корректно. Если пациент и его близкие вызывают явную антипатию (что случается не так уж редко), негативные чувства не должны проявляться ни в словах, ни в жестах. Будьте корректны и в отношениях с медицинскими работниками, особенно если общение происходит в присутствии больного. Крайне неэтично ставить под сомнение в глазах пациента профессионализм коллеги, лечащего врача. Подчеркнуто уважительного отношения требует общение со средним и младшим медицинским персоналом.

Желаем Вам успехов в оформлении такого важного документа, как история болезни.

## **Библиографический список**

1. Баранов А.А., Денисов И.Н., Ивашкин В.Т. Руководство по клиническому обследованию больного. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. 648 с.
2. Бунина М.В. и др. Предоперационный период. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2009. 128 с.
3. Гребенев А.Л., Шептулин А.А. Непосредственное исследование больного. М.: МЕДпресс-информ, 2005. 176 с.
4. Кукош М.В., Мезинов В.В. Диагностика хирургических болезней:

- Краткий справочник. Нижний-Новгород: Издательство НижГМА, 2010. 64 с.
5. Литвинов А.В. Норма в медицинской практике. М.: МЕДпресс-информ, 2009. 144 с.
  6. Мак-Интайр Р.Б., Стигманн Г.В., Айсман Б. Алгоритмы диагностики и лечения в хирургии. Перевод с английского под ред. В.Д. Федорова, В.А. Кубышкина. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. 744 с.
  7. Милькаманович В.К. Атлас клинического исследования. Минск: Высшая школа, 2006. 288 с.
  8. Немцов Л.М., Юпатов Г.И. Клиническое обследование и оформление истории болезни. Минск: Мед.лит, 2008. 192 с.
  9. Островский В.К., Клочков В.В. Работа над учебной историей болезни хирургического больного. Ульяновск: ф.МГУ, 1995. 43 с.
  10. Пропедевтика хирургической патологии. Под редакцией А. И. Ковалева и А. П. Чадаева. М.: Медицинская книга, 2006. 638 с.
  11. Энциклопедия клинического обследования больного. Под ред. Денисова И.Н., Ивашкина В.Т., Княжев В.А. и др. Пер. с англ. М.: Гэотар Мед, 2001. 704 с.

## Приложение 1

### Наиболее часто встречающиеся симптомы и синдромы в хирургии

#### ПАТОЛОГИЯ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ (ОБЩИЕ)

**Симптом Думбадзе, брюшинно-пупочный** - признак раздражения брюшины: появление болезненности при исследовании брюшины кончиком пальца через пупок.

**Симптом Крымова, пахово-мошоночный** - признак раздражения брюшины: появление болезненности после введения кончика пальца и пальпации брюшины через наружное отверстие пахового канала.

**Симптом Штернберга** - определяют при мезадените: боль, возникающая при пальпации по ходу корня брыжейки, то есть по косой линии Штернберга, идущей из правой боковой области в левую подреберную. Служит для дифференциальной диагностики между хроническим аппендицитом и мезаденитом.

**Симптом Блюмберга—Щеткина** - признак воспаления или раздражения брюшины: при медленном надавливании рукой на живот больной почти не испытывает боли; острая боль появляется при быстром отнятии руки.

## АППЕНДИЦИТ

**Симптом Волковича – Кохера** – признак острого аппендицита: боль, первоначально возникающая в подложечной области (иногда непосредственно под мечевидным отростком), спустя несколько часов локализуется в правой подвздошной области.

**Симптом Воскресенского (симптом «рубашки»)** – признак острого аппендицита: при быстром проведении ладонью по передней брюшной стенке (поверх рубашки) от правого реберного края вниз больной испытывает боль.

**Симптом Раздольского** – возможный признак острого аппендицита: при перкуссии брюшной стенки молоточком или пальцем выявляется болезненность в правой подвздошной области.

**Симптом Ситковского - Ортнера** – признак острого аппендицита: при положении больного на левом боку в илеоцекальной области появляется боль.

**Симптом Бартомье-Михельсона** - признак острого аппендицита: болезненность при пальпации слепой кишки, усиливающаяся в положении больного на левом боку.

**Симптом Дъелафуа, триада Дъелафуа** – характерна для острого аппендицита: боль, мышечное напряжение и гиперестезия кожи в правой боковой области.

**Симптом Мак-Берни** – признак аппендицита: болезненная при пальпации точка, находящаяся посередине между пупком и передней верхней остью подвздошной кости справа.

**Симптом Ровзинга** – признак аппендицита или тифлита: при пальпации левой подвздошной области и одновременном надавливании на нисходящий отдел ободочной кишки давление через газы передается на илеоцекальную область, что сопровождается болью.

## ОСТРАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ

**Симптом Обуховской больницы** – признак заворота сигмовидной кишки: расширенная и пустая ампула прямой кишки при ректальном исследовании.

**Симптом Спасокукоцкого** – возможный признак кишечной непроходимости: аускультативно определяется звук падающей капли.

**Симптом Склярова** – признак непроходимости толстой кишки: в растянутой и раздутой сигмовидной кишке определяется шум плеска.

**Симптом Дельбе, триада Дельбе** - наблюдают при завороте тонкой кишки: быстро нарастающий выпот в брюшной полости, вздутие живота и нефекалоидная рвота.

**Симптом Гиршспрунга** – наблюдают при инвагинации кишки: расслабление сфинктеров заднего прохода.

**Симптом Валя** – признак непроходимости кишечника: локальный метеоризм или выпячивания отдела кишечника выше уровня препятствия (видимая асимметрия живота, прощупываемая кишечная выпуклость, видимая глазом перистальтика, слышимый при перкуссии тимпанит).

## ХОЛЕЦИСТИТИТ

**Симптом Захарьина** – признак холецистита: боль при надавливании или поколачивании в области желчного пузыря.

**Симптом Образцова** – признак холецистита: боль при глубокой пальпации на вдохе.

**Симптом Ашоффа, Ашоффа желчный пузырь** – застойный желчный пузырь, проявляющийся желчной коликой, тошнотой, рвотой. Наблюдают при наличии препятствия оттоку желчи.

**Симптом Боаса** – признак холецистита: участок гиперестезии в поясничной области. Болезненность, возникающая при надавливании пальцем справа от VIII—X позвонков на спине.

**Симптом Курвуазье** – возможный признак закупорки общего желчного протока: сильно увеличенный желчный пузырь у больных с механической желтухой.

**Симптом Шоффара, зона Шоффара** – наблюдают при заболеваниях желчного пузыря и поджелудочной железы: болезненность в зоне Шоффара. Ее определяют путем деления биссектрисы верхнего правого угла брюшной стенки, который образуется двумя взаимно перпендикулярными линиями, проведенными через пупок (одна из них - срединная линия тела).

**Симптом Кера** – признак холецистита: боль при вдохе во время пальпации правого подреберья.

**Точка Кера** - точка, расположенная на пересечении наружного края правой прямой мышцы живота и реберной дуги. Соответствует проекции желчного пузыря. Болезненная при его заболеваниях.

**Симптом Мерфи** – признак патологии желчного пузыря: произвольная задержка дыхания на вдохе при давлении на область правого подреберья.

**Симптом Мюсси** – признак поражения желчного пузыря (часто — острого холецистита): болевая точка, находящаяся между проекциями на кожу ножек правой грудино-ключично-сосцевидной мышцы.

**Симптом Ортнера** – признак заболевания печени и желчевыводящих путей: поколачивание краем ладони по правой реберной дуге вызывает боль.

## ПАНКРЕАТИТ

**Симптом Воскресенского** – возможный признак острого панкреатита: исчезновение пульсации брюшной аорты в подчревной области.

**Симптом Джанелидзе** – уменьшение боли при углубленной пальпации надчревной области характерно для инфаркта миокарда, усиление боли — для острого панкреатита.

**Зоны Захарьина - Геда** – характерны для панкреатита: зоны гиперестезии кожи на уровне VIII—IX грудных позвонков сзади.

**Симптом Раздольского** - *при остром панкреатите: боль при перкуссии над поджелудочной железой*

**Симптом Тужилина, симптом —красных капелек** - *возможный признак хронического панкреатита: ярко-красные пятнышки (аневризмы мелких сосудов) на коже живота, груди и спины.*

**Симптом Куллена** – *наблюдается у больного острым панкреатитом: желтовато- цианотичная окраска в области пупка.*

**Симптом Холстеда** – *признак острого панкреатита: слабосинюшный или мрамороподобный цвет кожи живота и периферических частей тела (токсическое поражение капилляров).*

**Симптом Кёрте** – *признак острого панкреатита: наличие болезненности и резистентности брюшной стенки в виде пояса, соответствующего топографическому положению поджелудочной железы на 6 – 7 см выше пупка.*

**Симптом Мейо-Робсона** – *признак острого панкреатита: боль при пальпации в левом реберно- позвоночном углу.*

**Точка Мэйо – Робсона** - *определяют при панкреатите болезненность, определяемая в точке, расположенной на границе наружной и средней трети линии, соединяющей пупок со серединой левой реберной дуги.*

**Симптом Мондора** – *признак острого панкреатита: наличие фиолетовых пятен на коже лица и туловища.*

## ПЕРФОРАЦИЯ ПОЛОГО ОРГАНА

**Симптом Берштейна, генитальный симптом** – *возможный признак перфоративной язвы желудка или двенадцатиперстной кишки: подтягивание яичек к наружным отверстиям паховых каналов, половой член поворачивается головкой кверху, параллельно передней брюшной стенке, в*

*результате рефлекторного сокращения поверхностной фасции живота и мышцы, поднимающей яичко.*

**Симптом Грекова** – *ранний признак прободения язвы желудка или двенадцатиперстной кишки: замедление пульса сразу же после прободения.*

**Симптом Ратнера — Виккера** – *характерен для прикрытой перфорации желудка или двенадцатиперстной кишки: длительное стойкое напряжение мышц в правом верхнем квадранте передней брюшной стенки при общем хорошем состоянии больного.*

**Симптом Спизарного** – *признак прободения при гастродуоденальных язвах: исчезновение печеночной тупости и появление высокого тимпанита над печенью.*

**Симптом Дъелафуа** – *характерен для перфоративных гастродуоденальных язв: острая «кинжальная» боль в животе.*

**Симптом Де Куервена** – *признак перфорации желудка или двенадцатиперстной кишки: появление тупого перкуторного звука в нижних и боковых отделах живота, чаще справа в связи с затеканием желудочного содержимого и перитонеальной экссудации.*

**Симптом Жобера** – *признак перфорации желудка или двенадцатиперстной кишки: в области печени определяется участок ограниченного тимпанита или полное исчезновение печеночной тупости (особенно четко симптом определяется во время наркоза).*

**Симптом Куленкампа** – *признак прободения при гастродуоденальных язвах: при пальцевом ректальном исследовании определяется болезненность дугласова пространства, вызванная скоплением перитонеального экссудата и желудочного содержимого.*

**Симптом Подлаха** – *симптом атипичной перфорации: подкожная эмфизема в левой подключичной области при прободении язвы кардиального отдела желудка.*

**Симптом Вигиацо** – при локализации прободной язвы на задней стенке двенадцатиперстной кишки подкожная эмфизема может занимать область пупка вследствие распространения газа по круглой связке печени.

## ПЕРИТОНИТ

**Симптом Макензи** – признак перитонита: гиперестезия кожи живота.

**Симптом Тренделенбурга** – наблюдают при перитоните: резко напряженная передняя брюшная стенка с подтянутыми к паховым отверстиям яичками (вследствие сокращения *m. cremaster*).

## СЕЛЕЗЁНКА

**Симптом Какушкина** – признак внутрибрюшных кровотечений: бледность нижней поверхности языка.

**Симптом Розанова, симптом —ваньки-встаньки** – признак внутрибрюшного кровотечения при разрыве селезенки: больной лежит на левом боку с поджатыми к животу бедрами; при попытке повернуть больного на спину или другой бок, он тотчас же переворачивается и занимает прежнее положение.

**Симптом Джойса** – признак забрюшинных гематом и кровоизлияния в корень брыжейки: перкуторно определяемая тупость в боковых областях живота, не смещающаяся при повороте туловища.

**Симптом Кера** – возможный признак внутрибрюшного кровотечения: сильная боль в левом плече.

**Симптом Зегессера** – возможный признак разрыва селезенки или внутрикапсульного кровоизлияния: болезненная точка френикуса при пальпации слева.

## АБСЦЕССЫ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

**Симптом Крюкова** – признак абсцесса печени: болезненная точка в межреберье, соответствующем наиболее близкому расположению абсцесса к поверхности тела.

**Симптом Троянова** — признак поддиафрагмального абсцесса: сухой мучительный кашель, обусловленный вовлечением в процесс плевры.

## ЖЕЛУДОК И 12-П. КИШКА

**Симптом Бувере** — возможный признак сужения привратника: видимая через брюшную стенку перистальтика желудка у истощенных больных.

**Симптом Де Кервена, симптом «указательного пальца»** — при рентгенологическом исследовании вследствие тонического сокращения стенки желудка образуется складка слизистой оболочки в виде указательного пальца, направленного в сторону «ниши» на малой кривизне желудка.

**Симптом Гюнцбурга** — возможный признак язвы двенадцатиперстной кишки: локализованное урчание между желчным пузырем и привратником желудка.

**Синдром Дъелафуа, exulceratio simplex Dieulafoy** — массивное желудочное кровотечение, вызванное повреждением (аррозией) подслизистой артериальной ветви: преимущественно болят лица молодого возраста без так называемого желудочного анамнеза. Массивная кровавая рвота наступает внезапно; диагноз подтверждается либо фиброгастроскопией, либо во время операции; быстро прогрессирующая острая постгеморрагическая анемия. Без срочного хирургического вмешательства — летальный исход в течение нескольких дней.

**Синдром Борхардта, torsio ventriculi** — частичный или полный заворот желудка: острая форма (обычно при полном завороте) начинается подложечным метеоризмом; мучительная рвота (рвотные движения без выделения рвотных масс при наличии переполненного желудка); пальпируется увеличенный, переполненный содержимым желудок; потеря желудочного сока может привести к гипохлоремической азотемии и тетании; нередко — некроз поджелудочной железы, разрыв селезенки. Рентгенологически — барий в желудок не проходит, пневматоз желудка.

Без срочного хирургического вмешательства — некроз желудка,

## УЩЕМЛЁННЫЕ ГРЫЖИ

**Симптом Мельника** – в положении стоя больной отклоняет туловище кзади и в сторону, противоположную локализации грыжи. При ущемленной грыже происходит усиление боли, и больной наклоняется в сторону ее локализации.

**Симптом Потоцкого (I)** – определяют при скользящей грыже толстой кишки: при очень широких грыжевых воротах пальцем, введенным в паховый канал, удается пальпировать стенку толстой кишки в виде мягкой складки, увеличивающейся при натуживании больного.

**Симптом Потоцкого (II)** – определяют при скользящих грыжах мочевого пузыря: позывы к мочеиспусканию при исследовании грыжевых ворот.

**Симптом Купера** – дифференциальная диагностика между бедренными и паховыми грыжами: указательным пальцем прощупывают лонный бугорок и определяют отношение к нему грыжевого выпячивания. При бедренных грыжах лонный бугорок прощупать снаружи от выпячивания не удастся, при паховых он прощупывается.

**Симптом Ромберга – Хаушипа** – возможный признак ущемленной грыжи запирающего отверстия: боль по ходу запирающего нерва, по передней и внутренней поверхностям бедра, с иррадиацией в переднюю брюшную стенку или конечность. Боль возникает при давлении грыжи на запирающий нерв, может усиливаться при движении. Диагностическую ценность симптом приобретает при отсутствии видимого грыжевого выпячивания, когда оно находится только в пределах запирающего канала.

**Симптом Тревса** – при грыжах запирающего отверстия отведение и ротация нижней конечности сопровождаются болью.

**Грыжа Гессельбаха** – бедренная грыжа мышечной лагуны выходит под паховую связку, опускаясь во влагалище подвздошно-поясничной мышцы. Над ней находится портняжная мышца, натягивающая широкую фасцию бедра, впереди шейки грыжевого мешка лежит артерия, огибающая подвздошную кость. Особенностью этой грыжи является ее плоская форма.

**Лимфатический узел Клоке, лимфатический узел Пирогова — Розенмюллера** – лимфатический узел, расположенный в овальной ямке бедра. При увеличении симулирует невправимую бедренную грыжу.

**Грыжа Купера** – бедренная грыжа с двухкамерным грыжевым мешком, который состоит из 2 частей: подкожной на уровне подкожной фасции и подфасциальной, проходящей через решетчатую фасцию.

**Грыжа Майдля, W-образная грыжа, грыжа с двойной петлей** – ретроградное ущемление брыжейки, кишки, находящейся в брюшной полости, а не в грыжевом мешке, с развитием гангрены внутрибрюшной петли.

**Грыжа Рихтера** – пристеночное ущемление кишечной петли — в грыжевом мешке ущемляется только часть окружности кишечной стенки, чаще противоположная линии прикрепления брыжейки.

## ПАТОЛОГИЯ ВЕН

**Симптом Бауера** – признак недостаточности клапанов варикозно расширенных вен нижних конечностей: ощущение распирающей боли в голени при вставании, обусловленное обратным током крови по венам.

**Симптом Крювелье** – признак варикозного расширения большой подкожной вены нижней конечности: при пальпации выпячивания в паховой области в момент покашливания возникает ощущение дрожания жидкости, напоминающим журчание воды. Если выпячивание вызвано лимфаденитом, дрожание отсутствует.

**Симптом Дюкьюинга** – признак тромбоза голени: при совершении боковых движений ногой после предварительного расслабления мускулатуры больной испытывает боль.

**Симптом Хомана** – признак тромбоза голени: больной лежит на спине, ноги полусогнуты в суставах колен. Производят тыльное сгибание стопы в голеностопном суставе. Боль в икроножных мышцах, которую при этом ощущает больной, свидетельствует о тромбозе глубоких вен. Боль возникает при сдавливании тромбированных вен икроножными мышцами.

**Симптом Хормана** – признак тромбоза голени: появление болей в икроножной мышце при тыльном сгибании стопы.

**Симптом Мейра** – признак глубокого тромбофлебита голени: болезненность при надавливании у медиального края большеберцовой кости в нижней трети голени.

**Симптом Мозеса** – признак тромбофлебита глубоких вен: голень сдавливают (умеренно!) руками в передне-заднем направлении, а затем с боков. Появление боли при сдавлении спереди - назад указывает на тромбофлебит глубоких вен голени.

**Проба Шейниса** – служит для определения недостаточности клапанов коммуникантных вен. В положении больного лежа на спине поднимают исследуемую конечность вертикально и накладывают три жгута, сдавливающие только подкожные вены — под овальной ямкой, в средней трети бедра и под коленом. После этого больной встает. Появление набухания вен на каком-либо участке свидетельствует о недостаточности клапанов коммуникантных вен в пределах этого отрезка. Сближая соответствующие жгуты, можно точно установить локализацию пораженных клапанов.

**Проба Броди - Троянова – Тренделенбурга** – указывает на несостоятельность клапанов вен: больному с варикозным расширением вен в положении лежа на спине поднимают ногу, при этом видимые вены спадаются. Область впадения большой подкожной вены в бедренную прижимают пальцем или на верхнюю треть бедра накладывают мягкий резиновый жгут. При переходе в вертикальное положение подкожные вены 15—30 с. остаются спавшимися – и постепенно с периферии заполняются кровью. Если в этих условиях снять жгут, варикозно расширенные вены бедра и голени за несколько секунд заполняются сверху обратным током крови, что свидетельствует о полноценности клапанов соединительных вен и недостаточности клапанов большой подкожной вены,— проба положительна. Проба считается отрицательной, если до устранения сдавления в области овальной ямки поверхностные вены быстро (за 5—10 мин.) заполняются с периферии, и наполнение их не увеличивается после устранения сдавления.

**Проба Купера, симптом Барроу - Купера - Шейниса** – признак недостаточности коммуникантных вен в положении больного лежа на конечность накладывают несколько резиновых жгутов (бинтов) до сдавления

вен. Появление варикозного узла между бинтами в положении стоя свидетельствует о недостаточности коммуникантных вен на этом уровне.

**Проба Дельбе - Пертеса, маршевая проба** – признак непроходимости глубоких вен нижней конечности: больному, находящемуся в вертикальном положении, накладывают эластический жгут в верхней трети бедра (натяжение жгута рассчитано лишь на сдавление подкожных вен). Больному предлагают пройти по комнате. Если после этого подкожные вены опорожняются и спадаются, считают, что глубокие вены проходимы; если же они не спадаются, то проходимость глубоких вен нарушена.

**Проба Майерса** – признак недостаточности клапанов большой подкожной вены: одной рукой охватывают исследуемую конечность на уровне колена так, чтобы кончики пальцев придавливали большую подкожную вену к внутренней поверхности мышечка бедра. Кончики пальцев другой руки исследующего предварительно располагаются по ходу основного ствола большой подкожной вены на различных уровнях и воспринимают толчок, передающийся по вене.

**Проба Мэйо – Пратта** – определение проходимости глубоких вен нижней конечности: больному, находящемуся в положении лежа, накладывают резиновый «венозный» жгут на верхнюю треть бедра. После этого исследуемую конечность туго бинтуют эластическим бинтом от пальцев стопы до верхней трети бедра, больному предлагают походить 20—30 мин. Отсутствие боли, распирания, неприятных ощущений при ходьбе свидетельствует о проходимости глубоких вен конечности.

**Проба Пратта, «двух жгутовая проба»** – свидетельствует о перфорирующей вене с недостаточностью клапана: в положении больного лежа на спине и после опорожнения варикозно расширенных вен в верхней трети бедра накладывают резиновый жгут, сдавливающий проксимальный отдел большой подкожной вены. На конечность накладывают эластический бинт от пальцев до жгута, и больного переводят в положение стоя. Эластический бинт снимают по одному витку, начиная сверху. При образовании между жгутом и витками бинта промежутка шириной 5—10 см накладывают второй эластический бинт, обвивающий конечность сверху вниз вслед за снимающимися турами первого бинта. Наполнение сегмента варикозной вены между двумя бинтами свидетельствует о перфорирующей вене с

*недостаточностью клапана, по которому происходит сброс крови в систему поверхностных вен.*

**Проба Тренделенбурга, симптом Троянова-Тренделенбурга** – признак варикозного расширения вен и недостаточности венозных клапанов: находящемуся в горизонтальном положении больному предлагают держать ногу поднятой до спадения вен, после чего прижимают большую подкожную вену у ее впадения в бедренную вену и просят больного быстро принять положение стоя; при наличии этой патологии после отнятия пальцев вены сразу же наполняются.

**Болезнь Бюргера, облитерирующий тромбангиит** – мигрирующий сегментарный тромбофлебит подкожных вен нижних (реже верхних) конечностей сопровождается субфебрилитетом. Синхронно или метахронно появляются признаки нарушения артериального кровообращения: повышенная чувствительность нижних конечностей к холоду, парестезии, гиперестезии, перемежающаяся хромота, боль, некроз, гангрена пальцев. Течение заболевания прогрессирующее, рецидивирующее. Болеют чаще молодые мужчины.

**Болезнь Грегуара, острый подвздошно-бедренный венозный тромбоз** – острая боль в конечности, быстро развивающийся отек и цианоз – основные признаки заболевания. Может вторично присоединиться нарушение артериального кровообращения с развитием так называемой венозной гангрены (из-за сдавления артерий отеком). В пораженной конечности депонируется большое количество жидкой части крови, что может привести к гиповолемии и шоку. По окончании острого периода возникает постфлебитический синдром.

**Синдром Педжета – Шреттера - Кристелли** – проявления нарушений кровообращения в подмышечной вене: вначале постепенное, нередко внезапное припухание руки с чувством напряжения; часто — спонтанная боль в руке; изредка наблюдаются цианоз руки, переполнение поверхностных вен, парестезии и слабость. В некоторых случаях клинические симптомы наступают после перегрузки руки. Вены плеча резко набухают. Нередко — нарушения трофики кожи и мускулатуры; сегментарный гипо- или гипергидроз; «гусиная кожа» (гиперреактивность мышц, поднимающих волоски). Поражается преимущественно правая рука (у левшей — левая).

*Течение длительное, с частыми рецидивами. Болеют преимущественно молодые мужчины с развитой мускулатурой.*

**Синдром Сали, венозная корона Сали** – *наблюдают при сдавлении верхней полой вены: расширение подкожных вен верхней половины туловища, местами образующих сплетения.*

## **ЗАБОЛЕВАНИЯ АРТЕРИЙ**

**Симптом Оппеля** – *уменьшение боли при опускании конечности у больных эндартериитом. Объясняется улучшением кровообращения за счет венозного застоя крови.*

**Симптом Цеге — Мантейфеля** – *признак облитерирующего атеросклероза артерий конечностей: пульс то появляется, то исчезает на некоторых артериях.*

**Симптом Бока** – *наблюдают при эндартериите: гипертромбоцитоз (15-105 в 1 мкл и более) вследствие гипердреналинемии.*

**Симптом Шарко** – *признак облитерирующего эндартериита и артериосклероза нижних конечностей: перемежающаяся хромота.*

**Симптом Марбурга** – *признак нарушения кровообращения в магистральных артериях ноги: синюшные пятна на бледной подошвенной поверхности кожи стопы.*

**Синдром Образцова** – *гипергликемия без глюкозурии. Наблюдает у больных с гангреной конечности при тромбоблитерирующих заболеваниях конечностей. Чем процесс тяжелее, тем больше сахара в крови.*

**Синдром Данбара, Colitis ischaemica** - *клиническая картина так называемой брюшной жабы (angina abdominalis), вызванной сдавлением чревного ствола (truncus coeliacus): интермиттирующая, иногда приступообразная боль в животе, сопровождающаяся в ряде случаев поносами, редко — с примесью крови. При пальпации живота — разлитая болезненность; часто выслушивается систолический сосудистый шум в эпигастрии. Чревный ствол обычно сдавливается атеросклеротическими или аневризматическими*

сосудами или гипертрофированными отделами диафрагмы. Иногда с. возникает при атеросклерозе самого чревного ствола.

**Синдром Лериша, Bifurcatio-syndromus, thrombosis aortae terminalis** – симптомокомплекс у больных с облитерацией аорты в области бифуркации: половое бессилие и чувство усталости в нижних конечностях, атрофия мускулатуры ног; холодные конечности, кожа на них имеет бледность слоновой кости, синюшные пятна на стопах. Часто (в поздних стадиях) расстройства трофики нижних конечностей; слабая или исчезающая пульсация в ногах и на поверхности стоп. Болеют преимущественно мужчины после 40 лет.

**Болезнь Рейно** – приступообразно возникающие парестезии конечностей, жжение и боль. Приступ длится от нескольких минут до нескольких часов. Различают 3 стадии:

I — стадия «белого пальца» — острая ишемия; II — «синего пальца» — присоединяются атония капилляров и стаз в них крови; III—стадия гангрены - появляются пузыри с кровянистым содержимым, на месте которых развивается некротическая язва, мумификация одного или нескольких пальцев. Определяют спазм сосудов глазного дна. Этиология не известна. Заболевание начинается между 18 и 30 годами, болеют преимущественно женщины (5:1). Провоцирующими факторами являются холод, травма, психические переживания, курение.

**Синдром Рейно** – в отличие от болезни синдром Рейно является всегда вторичным. Сопутствует склеродермии, красной волчанке, атеросклерозу, облитерирующему тромбангиту, коллагенозам. Наблюдает при опухолях спинного мозга, сирингомиелии, травме головного мозга. Характеризуется явлениями вазомоторного невроза, изменением цвета кожи: мертвеннобледная окраска сменяется синюшной или розовой, особенно под влиянием эмоций, напряжения, холода. Ангиоспастические явления длительное время преобладают над трофопаралитическими. Характерна асимметрия поражения (появление на одной верхней конечности, одной половине лица и др.). В основе синдрома – спазм сосудов.

**Болезнь Рейли, «мертвый палец»** – вследствие внезапного спазма пальцевых артерий и вен кожа пальца принимает мертвенно бледную окраску. Приступ длится от нескольких секунд до 40—50 мин, сопровождается парестезиями. При этом пульс, артериальное и венозное давление не изменяются.

*Поражаются чаще II—IV пальцы, иногда все пальцы кистей и стоп. Заболеванию часто предшествует холодное раздражение или психическое переживание.*

**Синдром Рейли** – *нейрососудистый синдром. Клинические признаки: парез сосудов и стаз крови в мелких кровеносных сосудах с последующей геморрагической пурпурой, выраженная склонность к тромбозам и инфарктам, гипоплазия лимфоидной ткани. Могут развиваться отек мозга, кровоизлияния в вегетативные ганглии. Заболевание развивается в ответ на раздражение вегетативной нервной системы (применение ганглиоблокаторов и др.).*

**Синдром Такаясу** – *облитерирующий брахиоцефальный артериит: пульс на руках не прощупывается, на ногах прощупывается хорошо, гипертензия в нижней и гипотензия - в верхней части тела; тахикардия, гиперсенситивный рефлекс каротидного синуса со склонностью к коллапсу, систолические и диастолические сердечные шумы, шумы кровеносных сосудов над дугой аорты; ортостатический коллапс; головокружение, ослабление памяти. Недостаточное кровоснабжение глаз с периодическими расстройствами зрения («зрительная клаудикация»), переходящая слепота с возможным переходом в стойкую в результате атрофии сетчатки или зрительного нерва. Часто помутнения хрусталика, атрофия радужной оболочки; нередко также трофические нарушения — атрофия кожи и мускулатуры, мягких частей лица (обычно гемиатрофия), трофические изъязвления на кончике носа, носовой перегородке, небе и ушных хрящах. Выпадение зубов, альвеолярная пиорея, шум в ушах, ослабление слуха до полной глухоты.*

## ЭНДОКРИНОЛОГИЯ

**Симптом Грефе** – *признак базедовой болезни: отставание верхнего века при взгляде вниз.*

**Симптом Дальримпля** – *признак базедовой болезни: широкая глазная щель, лагофтальм.*

**Симптом Энрота** – возможный признак диффузного токсического зоба: припухание верхних век.

**Симптом Мебиуса** – признак тиреотоксикоза: при фиксации взгляда на близком предмете глаза не могут долго находиться в положении конвергенции, и один из них вскоре отходит кнаружи.

**Симптом Пламмера** – возможный признак диффузного токсического зоба: некоторые больные не могут встать на стул или идти медленным, спокойным шагом.

**Симптом Розенбаха** – возможный признак гипертиреоза: мелкое и быстрое дрожание опущенных век.

**Симптом Сентона** – признак тиреотоксикоза: при фиксировании взгляда на движущемся перед глазами сверху вниз предмете верхнее веко у больного при движении глазного яблока вниз приподнимается из-за спастического сокращения лобной мышцы.

**Симптом Снеллена** – признак тиреотоксического пучеглазия: жужжание, выслушиваемое в некоторых случаях фонендоскопом над закрытыми глазами.

**Симптом Штельвага** – признак тиреотоксикоза и паркинсонизма: редкое и неполное мигание.

**Симптом Сукера** – признак тиреотоксического экзофтальма: в некоторых случаях невозможна боковая фиксация глаз.

**Симптом Телле** – признак тиреотоксикоза: пигментация глазных век.

**Симптом Уайлдера** – признак начальной стадии тиреотоксического экзофтальма: небольшое подергивание глазного яблока при чередующихся приведении и отведении глаз.



