

**Российский государственный медицинский университет**

**СХЕМА ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ**

**Методические указания для студентов 3-4 курсов медицинских**

**ВУЗов**

**для написания истории болезни по курсу общей хирургии**

**МОСКВА 2010**

Методические рекомендации по написанию истории болезни по курсу общей хирургии для студентов 3 и 4 курсов.

Под редакцией заведующего кафедрой общей хирургии лечебного факультета РГМУ, профессора Н.А. Кузнецова.

Коллектив авторов: проф. д.м.н. Кузнецов Н.А., проф. д.м.н. Родоман Г.В., доц. к.м.н. Лаберко Л.А., доц. к.м.н. Семенова Т.В., доц. к.м.н. Харитонов С.В., асс. к.м.н. Шалаева Т.И.

## **ВВЕДЕНИЕ**

Предлагаемая схема истории болезни предназначена для студентов медицинских вузов, изучающих общую хирургию и направлена для облегчения и выработки правильных навыков объективного обследования хирургического больного, выяснения ими анамнеза заболевания, правильной трактовки полученных данных и оформления первой студенческой хирургической истории болезни.

Студенческая история болезни должна соответствовать основным требованиям предъявляемым к первичной медицинской документации - медицинской карте стационарного больного.

История болезни стационарного больного является основным медицинским документом, который составляется на каждого поступившего больного и содержит все необходимые сведения, характеризующие состояние больного в течение всего времени пребывания в стационаре, организацию его лечения, данные объективных исследований и назначения.

Данный документ состоит из паспортной части, диагноза направившего учреждения, диагноза при поступлении, кратких данных анамнеза, жалоб больного, состояния больного на момент поступления, данных обследования больного в приемном отделении. В дальнейшем лечащий врач определяет план обследования больного, назначает лечение и ежедневно фиксирует в истории сведения состоянии больного, оценивает эффективность проводимого лечения. При выписке больного лечащий врач составляет эпикриз, в котором кратко резюмируются данные о состоянии больного при поступлении и выбытии, обосновывается диагноз, указываются лечебные мероприятия и их эффективность, даются рекомендации по дальнейшему лечению и режиму больного (см. приложение).

При написании истории болезни студентами 3 курса при изучении курса общей хирургии, вследствие сквозного обучения на кафедре и не возможности наблюдать за больным в динамике написание дневников, выписного эпикриза

считаем не целесообразным.

По структуре «студенческой» истории болезни пациента хирургического профиля целесообразно после ознакомления с паспортными данными пациента, выяснить жалобы и данные анамнеза, исследовать настоящее состояние больного, локальный статус. Далее ознакомиться с картой стационарного больного, проанализировать проведенные больному исследования и проводимое лечения, с оценкой динамики его объективного состояния от момента поступления до момента Вашей курации. На основании всех полученных данных Вы должны выделить имеющиеся у больного патологические синдромы, обосновать их и если патология имеющаяся у пациента входит в число изучаемых в курсе данной дисциплины нозологий (см. приложение), то сформулировать клинический диагноз и обосновать его, если данное заболевание не изучалось, можно ограничиться только формулировкой и обоснованием патологических синдромов (см. приложение).

**Российский государственный медицинский университет**

**Им. Пирогова**

**Кафедра общей хирургии лечебного факультета**

Заведующий кафедрой: проф. д.м.н. Кузнецов Н.А.

Преподаватель: доц. к.м.н. Лаберко Л.А.

### **ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ**

**Ф.И.О. больного: Жмайдин Валерий Сергеевич. Возраст: 63 года.**

**Дата поступления в стационар: 19.10.2010 Дата курации: 22.10.2010**

**Клинический диагноз или патологические синдромы:**

**КУРАТОР:** студентка 4 курса 453 группы

Лечебного факультета

2010 г

## **I. ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ**

1. Фамилия, имя, отчество
2. Пол
3. Возраст
4. Постоянное место жительства
5. Профессия
6. Дата поступления
7. Дата курации

## II. ЖАЛОБЫ

В этот раздел вносятся основные жалобы больного, предъявляемые им на момент курации.

Описывая болезненные явления, беспокоящие больного, на первое место следует поставить жалобы, которые наиболее специфичны (информативны) для диагностики основного заболевания. При этом наиболее специфичные болезненные ощущения могут иметь меньшую выраженность (интенсивность), чем второстепенные.

В этом разделе описываются также и неспецифические жалобы пациента, если они имеют отношение к проявлениям основного заболевания (например - лихорадка, ознобы, потливость, слабость).

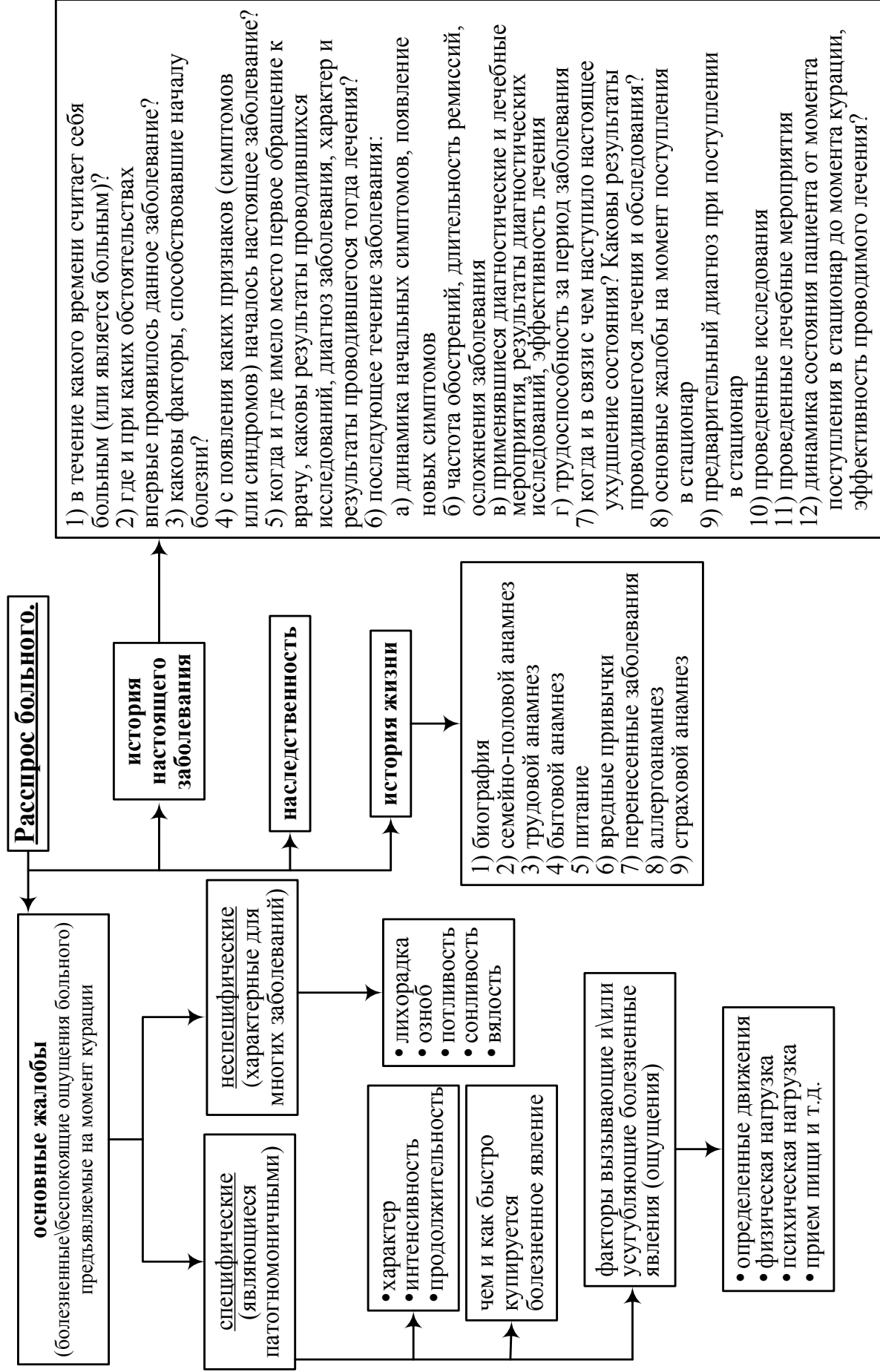
Каждая из перечисленных жалоб должна быть максимально детализирована по следующему примерному плану.

1. На что жалуется пациент?
2. Характер беспокоящего явления (например - характер боли: сжимающий, колющий, жгучий, постоянный или приступообразный и др.), его интенсивность, продолжительность, скорость нарастания и длительность развития (например при желтухе); точная локализация (и иррадиация) беспокоящего явления; время появления (днем, ночью) беспокоящего явления; факторы, вызывающие появление и/или усугубление беспокоящего ощущения (физическое или психическое напряжение, прием пищи, определенные движения и др.); чем и как быстро купируется (облегчается) болезненное явление?

Кроме вышеуказанной детализации для каждой из жалоб следует указать *специфические для нее признаки*. Например, если больной предъявляет жалобы на лихорадку, следует уточнить быстроту и степень повышения температуры, пределы ее колебаний в течение суток, длительность лихорадочного периода, наличие ознобов, потливости и связи лихорадки с другими болезненными явлениями (кашлем, одышкой, болями в животе,

желтухой и т.д.). И, наконец, следует описать *связь различных жалоб между собой* (если таковая имеется). Например, у больного с желчекаменной болезнью интенсивные схваткообразные боли в правом подреберье после приема жирной пищи часто сопровождается тошнотой, неукротимой рвотой и лихорадкой.





### III. ИСТОРИЯ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

#### (Anamnesis morbi)

В этом разделе подробно в хронологическом порядке описывается возникновение, течение и развитие настоящего заболевания от первых его признаков до момента обследования пациента студентом.

Под *настоящим заболеванием* следует понимать основное заболевание (то есть болезненное состояние, послужившее причиной госпитализации). Картина истории настоящего заболевания должна формироваться у врача в результате расспроса больного, его родственников и анализа данных медицинских документов (выписки из предшествующих историй болезни, карты амбулаторного больного и проч.).

При воссоздании Anamnesis morbi постарайтесь получить ответы на несколько важных вопросов.

1. В течение какого времени считает себя больным (или является больным)?
2. Где и при каких обстоятельствах впервые проявилось данное заболевание?
3. Каковы факторы, способствовавшие началу болезни?
4. С появления каких признаков (симптомов или синдромов) началось настоящее заболевание?
5. Когда и где имело место первое обращение к врачу, каковы результаты проводившихся исследований, диагноз заболевания, характер и результаты проводившегося тогда лечения?
6. Последующее течение заболевания:
  - а) динамика начальных симптомов, появление новых симптомов;
  - б) частота обострений, длительность ремиссий, осложнения заболевания;
  - в) применявшиеся диагностические и лечебные мероприятия (медикаментозные средства, физиотерапия, санаторно-курортное лечение),

результаты диагностических исследований (анализы крови, мочи, ЭКГ, данные рентгенологического исследования и т.д.), эффективность лечения;

г) трудоспособность за период заболевания.

7. Когда и в связи с чем наступило настоящее ухудшение состояния? Каковы результаты проводившегося амбулаторного лечения и обследования?

8. Основные жалобы на момент поступления пациента в стационар. (Основными жалобами следует считать беспокоящие проявления болезни, явившиеся непосредственным поводом для текущей госпитализации пациента в стационар.)

9. Предварительный диагноз, поставленный больному при поступлении в стационар.

10. Проведенные исследования (указываются выявленные **патологические** лабораторные данные и **заключения** проведенных диагностических инструментальных методов исследования). Полные протоколы исследований приводятся в главе «данные лабораторных и инструментальных методов исследования».

11. Проведенные лечебные мероприятия (характер проведенной терапии, ее количество, оперативные методы лечения (название произведенных оперативных вмешательств с указанием основных этапов операций: оперативный доступ, оперативный прием, завершение операции)).

12. Как изменилось состояние пациента в стационаре от момента поступления до момента курации, эффективность проводимого лечения?

Следует помнить, что истинное начало болезни иногда может намного предшествовать тому периоду, когда у пациента появляются определенные признаки. Это может быть связано с тем, что некоторые больные длительное время могут не предъявлять никаких жалоб (или не отмечать у себя каких-либо специфичных для данного заболевания явлений) и поэтому сами считают себя больными более короткий период, чем есть на самом деле. Это нередко наблюдается у больных с заболеваниями периферических вен и артерий и др.

Следует попытаться узнать у самого пациента, не выявлялись ли у него

какие-либо объективные признаки заболевания до того периода, как он начал чувствовать себя больным. Например, больной с критической ишемией нижней конечности, в течение нескольких лет перед появлением первых субъективных признаков болезни мог ощущать боли в икроножных мышцах.

## IV. ИСТОРИЯ ЖИЗНИ

### (Anamnesis vitae)

*КРАТКИЕ БИОГРАФИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ:* Год; место рождения (так как имеются различия в распространенности заболеваний в определенных географических зонах); в какой семье родился и каким ребенком по счету (так как необходимо оценить социальные факторы влиявшие на больного в детстве); как рос и развивался (чтобы оценить возможную врожденную патологию). Образование. Отношение к военной службе, участие в боевых действиях (если был освобожден или демобилизован необходимо указать по какой причине).

### *СЕМЕЙНО-ПОЛОВОЙ АНАМНЕЗ:*

*Для женщин:*

- время появления менструаций, их регулярность, продолжительность, болезненность, дата начала последней менструации;
- начало половой жизни; беременности, роды и аборты (самопроизвольные и искусственные), их сроки, количество, исходы и осложнения;
- климакс, время его появления и признаки.

*Для мужчин:*

- начало половой жизни;
- возраст вступления в брак, наличие детей.

*БЫТОВОЙ АНАМНЕЗ.* Жилищные и санитарно-гигиенические условия в быту начиная с детства (санитарная характеристика квартиры и коммунальных удобств), климатические условия, отдых, продолжительность и достаточность занятий физкультурой и спортом. Проживание в экологически неблагоприятных зонах.

*ПИТАНИЕ.* Характер и регулярность питания, полноценность пищевого рациона.

*ТРУДОВОЙ АНАМНЕЗ.* С каких лет началась трудовая жизнь. Условия

и режим труда (продолжительность рабочего дня, ночные смены, подверженность влиянию метеофакторов, длительное статическое, физическое и психоэмоциональное напряжение, температурный режим и т.д.), профессия на протяжении всей жизни. Связь работы с профессиональными вредностями, длительность их воздействия (токсические химические соединения, пыли, ионизирующая радиация и других факторов, контакт с которыми связан с родом профессиональной деятельности пациента).

*ВРЕДНЫЕ ПРИВЫЧКИ.* Курение, употребление алкоголя, наркотических, токсических веществ (с какого возраста, в каком количестве, с какой регулярностью).

*ПЕРЕНЕСЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ.* Какие заболевания перенес (начиная с детства), в каком возрасте и их последствия и какими заболеваниями страдает в настоящее время. Особо следует указать на перенесенные инфекционные заболевания, туберкулез, гепатит («желтуху»), венерические болезни, контакт с инфекционными больными. Психические травмы. Отравления. Ранения, травмы, операции (необходимо выяснить какая была операция, когда и где ее выполняли, были ли послеоперационные осложнения – кровотечения, нагноения и др.). Отметить, переливалась ли ранее кровь или ее заменители, и были ли реакции (какие?) на эти трансфузии. Проводилось ли парентеральное введение лекарств последние 6 месяцев?

*АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ И НЕПЕРЕНОСИМОСТЬ ПРЕПАРАТОВ.* Наличие аллергических заболеваний (бронхиальная астма, крапивница, экзема и т.д.) в анамнезе у больного и его родственников. Предшествующее применение антибиотиков, местных анестетиков (новокаин, лидокаин). Наличие аллергических реакций на введение других лекарственных препаратов, вакцин и сывороток с указанием характера проявлений этих реакций (вазомоторный ринит, крапивница, отек Квинке и др.).

*СТРАХОВОЙ АНАМНЕЗ.* Длительность последнего больничного листа; общая продолжительность больничных листов по данному заболеванию за

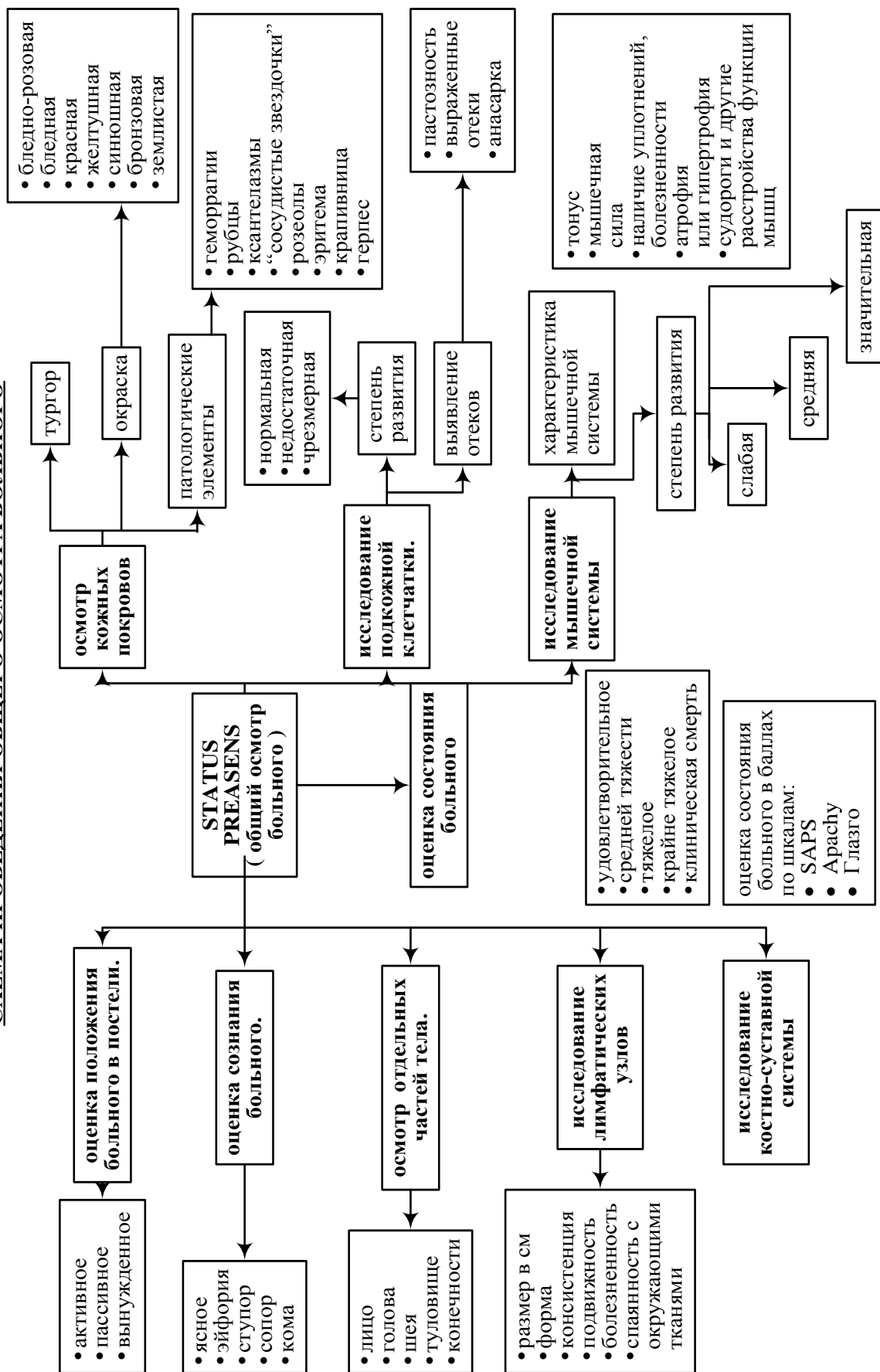
последний календарный год. Инвалидность (группа инвалидности, причина, время установления).

## **V. НАСЛЕДСТВЕННОСТЬ**

Сведения о родственниках: их возраст, состояние здоровья, причина смерти и возраст умерших родителей, братьев, сестер, дедов и бабок, как со стороны отца, так и со стороны матери. Отметить наличие у ближайших родственников злокачественных новообразований, грыжевых выпячиваний, варикозно-расширенных вен, сердечно-сосудистых заболеваний (инфаркт миокарда, стенокардия, артериальная гипертония, инсульт), эндокринных заболеваний (сахарный диабет, патология щитовидной железы) и психических отклонений, геморрагических диатезов, алкоголизма. Наличие у ближайших родственников туберкулеза, венерических заболеваний.



### СХЕМА ПРОВЕДЕНИЯ ОБЩЕГО ОСМОТРА БОЛЬНОГО



## VI. НАСТОЯЩЕЕ СОСТОЯНИЕ

(*Status praesens*)

### 1. ОБЩИЙ ОСМОТР

*ОБЩЕЕ СОСТОЯНИЕ ПАЦИЕНТА:*

- I. удовлетворительное,
- II. средней тяжести,
- III. тяжелое.

Тяжесть состояния может быть обусловлена:

1. Тяжестью патологического процесса.
2. Степенью выраженности функциональных расстройств.
3. Вероятностью развития осложнений болезни.

В настоящее время в клинической практике принята оценка тяжести состояния больного с использованием интегральных клинико-лабораторных шкал балльной оценки, что позволяет дать объективную количественную оценку состоянию. При достаточном количестве информации, полученной при осмотре пациента и содержащейся в «стационарной» истории болезни, необходимо оценить тяжесть состояния больного по шкале SAPS (см. приложение).

❖ *Сознание:*

1. Ясное.
2. Спутанное:
  - Ступор – пациент вялый, заторможенный адинамичный, но отвечает на вопросы, ориентирован в месте и времени, сохранены все рефлексы.
  - Сопор – пациент находится как бы в состоянии сна, но при интенсивном раздражителе (боль) открывает глаза и может односложно отвечать на вопросы. Плохо ориентирован во времени и месте.
  - Кома – пациент находится в бессознательном состоянии.

Отмечается снижение или исчезновение основных рефлексов. Оценка по шкале Глазго (см. приложение).

❖ *Положение пациента:*

1. активное положение – это возможность активно передвигаться, обслуживать себя самостоятельно;
2. пассивное положение – такое состояние, когда больной не может самостоятельно изменить преданное ему положение;
3. вынужденное – такое положение, которое занимает пациент для облегчения страдания.

❖ *Телосложение.*

1. Конституциональный тип
  - нормостенический
  - гиперстенический
  - астенический
2. Рост. Масса тела. Осанка (прямая, сутулая); походка (быстрая, медленная, атактическая, спастическая, паретическая и др.).

❖ *Температура тела:* \_\_\_\_\_ ° C. Ее характеристика: пониженная (ниже 36 градусов C), нормальная (36-37 градусов C), субфебрильная (до 38 градусов C), фебрильная (до 39 градусов C), высокая (свыше 39 градусов C), чрезмерно высокая (свыше 40 градусов C), гиперпиретическая (выше 41-42 градусов C).

❖ *Выражение и изменения лица:* спокойное, безразличное, страдальческое и т.п. *Facies Hippocratica* (характерно для больных с перитонитом, перфорации язвы желудка, кишечной непроходимости – лицо мертвенно-бледное, осунувшееся, запавшие тусклые глаза, заостренный нос, на лице капельки пота), *лицо Корвизара* (лицо больного с выраженной сердечной недостаточностью – одутловато, кожа желтовато-бледная с цианозом губ, кончика носа, ушей, рот приоткрыт, глаза тусклые), *facies febris* (лицо лихорадящего больного – обычно возбужденное, кожа гиперемирована, лихорадочный блеск глаз), *facies nephritica* (лицо больного с заболеваниями

почек – бледное, одутловатое, с отеками верхних и нижних век, с отеками под глазами), *facies mitralis* (лицо больного с декомпенсированными митральными пороками сердца – цианоз губ, цианотичный румянец на щеках в виде “митральной бабочки”), *facies Basedovica* (лицо больного с тиреотоксикозом – тревожное, раздраженное или испуганное выражение лица, глазные щели расширены, выпячивание глазных яблок или экзофтальм) и др.

❖ *Кожные покровы, придатки кожи (ногти, волосы) и видимые слизистые:*

1. *Цвет* (бледно-розовый, смуглый, гиперемированный, коричневатый (бронзовый), желтушный, синюшный ((акроцианоз или диффузный цианоз)), бледный, землистый). Пигментации и депигментации (витилиго) и их локализация.

2. *Высыпания на коже (экзантема):* форма сыпи (розеолы, папулы, пустулы, везикулы, эритема, пятна, буллы, «герпетические» высыпания (*herpes nasalis, labialis, zoster*)), локализация и характер высыпаний (единичные или множественные (сливные)). *Следы расчесов:* локализация, количество, наличие очагов вторичной инфекции.

3. *Сосудистые изменения:* телеангиоэктазии, «сосудистые звездочки», их локализация и количество. Кровоизлияния: характер (синяки, петехии, гематомы), их локализация, размер и количество.

4. *Рубцы:* локализация, цвет, размеры, связь с окружающими тканями, болезненность.

5. *Трофические изменения:* язвы, пролежни. Их локализация, размер, характер поверхности, наличие и характер отделяемого.

6. *Видимые опухоли:* липома, атерома, ангиома и др. (их локализация, размеры, связь с окружающими тканями, смещаемость, болезненность, цвет кожных покровов над ними).

7. *Влажность и тургор* кожи.

8. *Волосы:* Тип оволосения (мужской, женский). Выпадение волос (алопеция). *Ногти:* форма (обычная, «часовые стекла», койлонихии и др.),

цвет (розовый, синюшный, бледный), поперечная или продольная исчерченность, ломкость.

9. *Видимые слизистые.* Цвет (розовый, бледный, желтушный, красный, синюшный). Влажность. Высыпания (энантема): локализация и выраженность.

10. *Зев.* Окраска, припухлость, налеты, миндалины (величина, цвет, наличие гноя, налетов).

11. *Склеры.* Цвет обычный (белый), желтушный, голубоватый. Наличие инъектированности.

❖ *Подкожно-жировая клетчатка.*

1. *Развитие* (умеренное, слабое, чрезмерное). Толщина кожной складки (в см.) у нижнего угла лопатки. Места наибольшего отложения жира (на животе, руках, бедрах).

2. *Отеки (oedema)* - локализация (конечности, поясница, живот, лицо), распространенность (местные или анасарка), выраженность (пастозность, умеренные или резко выраженные), консистенция (мягкие или плотные), цвет и наличие трофических изменений кожи над отеками.

3. *Болезненность* подкожно-жировой клетчатки при пальпации, наличие *крепитации* (при воздушной эмфиземе подкожно-жировой клетчатки), *очаговых уплотнений* (их локализация, размер, болезненность).

❖ *Лимфатические узлы.*

Прощупываемость, величина, форма, консистенция, болезненность, подвижность, спаянность между собой и окружающими тканями, состояние кожи над ними (затылочные, околоушные, подчелюстные, шейные, над- и подключичные, подмышечные, локтевые, паховые подколенные).

❖ *Мышцы.*

Степень развития (хорошая, удовлетворительная, слабая); мышечные атрофии или гипертрофии, тонус (сохранен, снижен, повышен), асимметричность отдельных мышечных групп, сила. Уплотнения, болезненность при пальпации мышц и активных движениях.

❖ *Кости.*

Наличие деформаций скелета. Болезненность при ощупывании и поколачивании. Состояние концевых фаланг пальцев рук (симптом «барабанных пальцев»).

❖ *Суставы.*

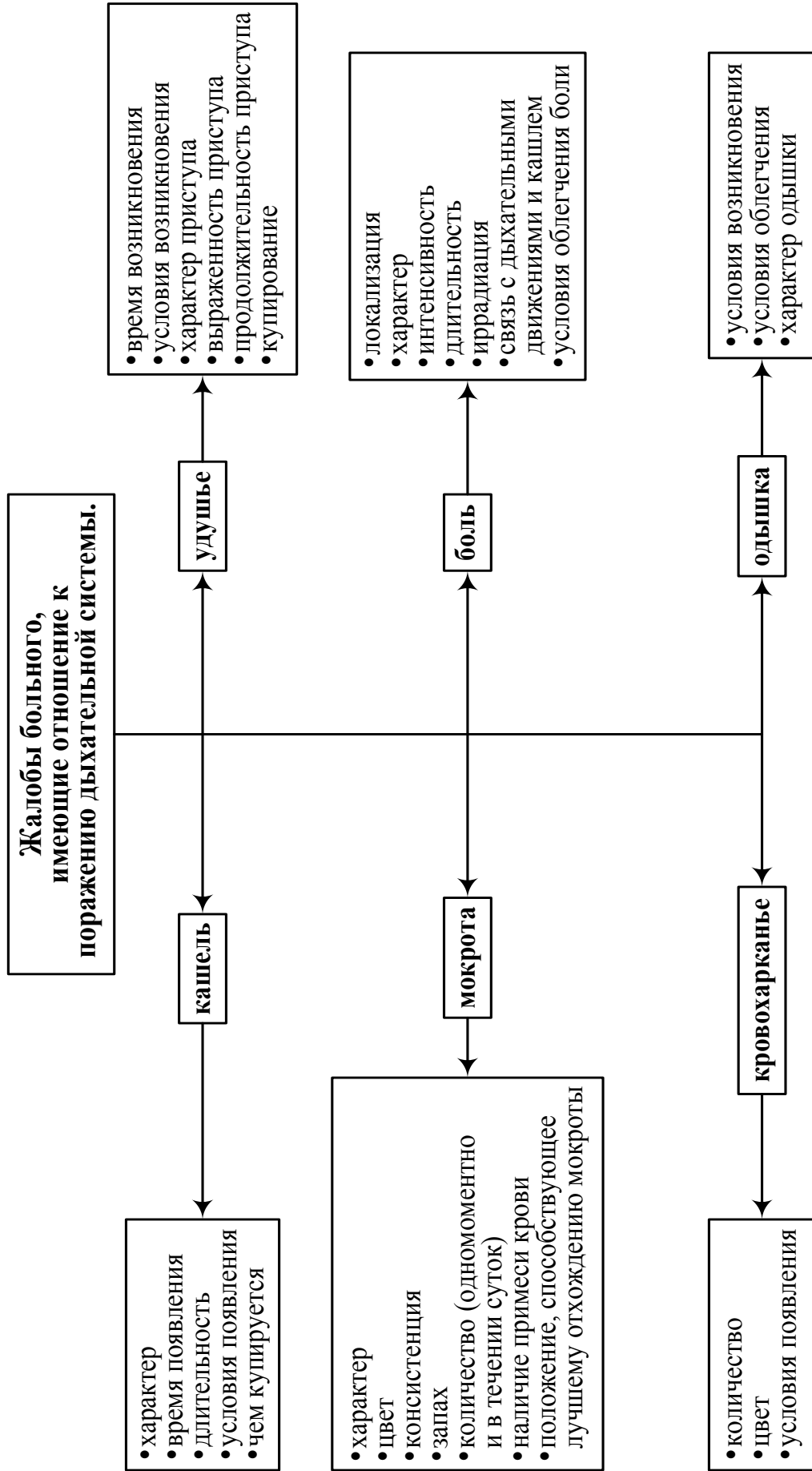
Конфигурация; наличие припухлости, изменений кожи над ними; болезненность суставов. Гиперемия и местная температура кожи над ними. Функция суставов: движения в суставах (их болезненность); ощущение хруста при движениях; объем активных и пассивных движений.

## 2. СИСТЕМА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ ЖАЛОБЫ

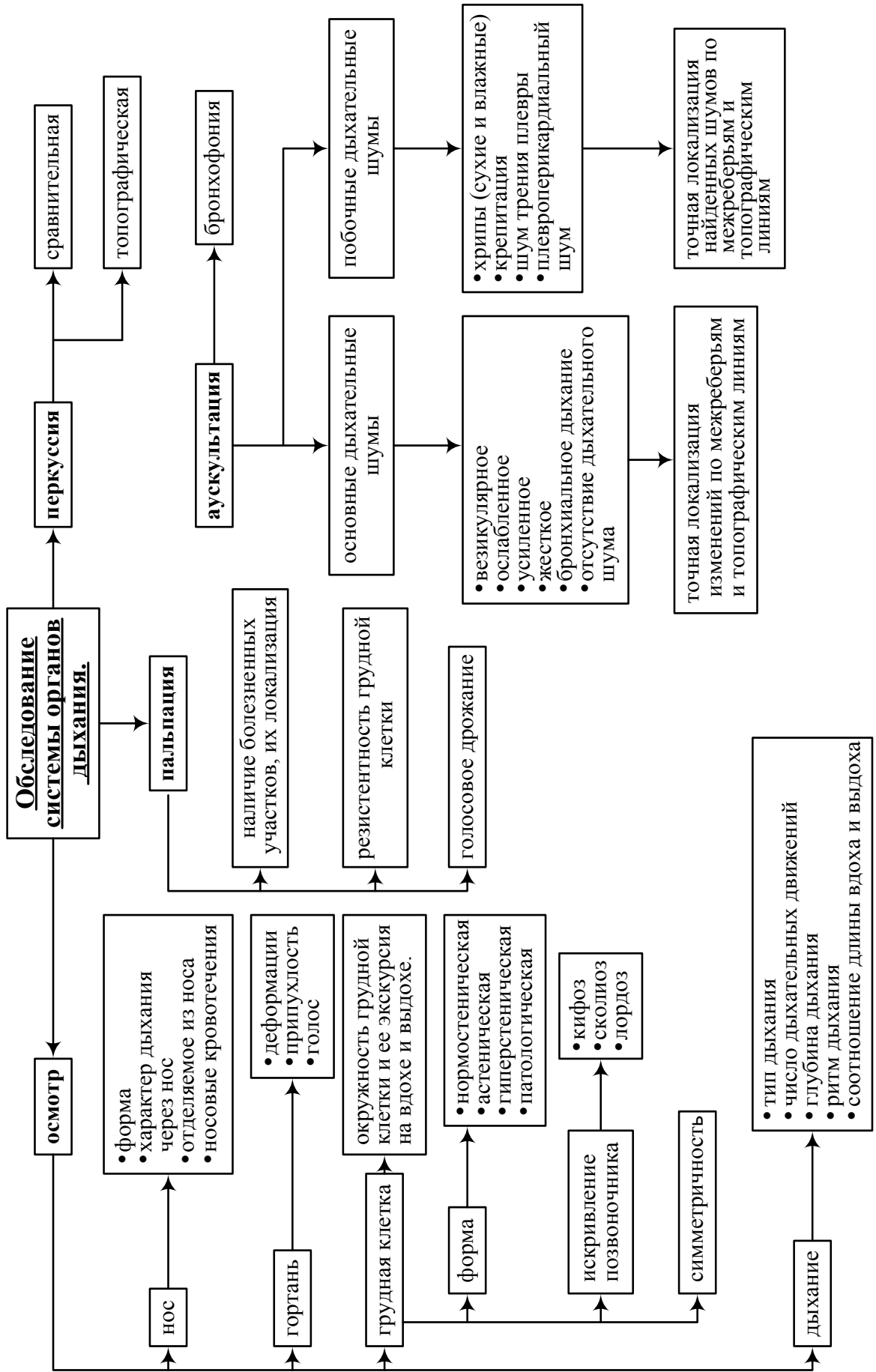
*В начале описания каждой системы органов излагаются жалобы больного, имеющие отношение к поражению данной системы. Эти жалобы могут быть признаками, как основного, так и сопутствующего заболеваний. Ряд неспецифических жалоб, имеющих отношение к поражению различных систем органов (слабость, недомогание, снижение работоспособности, лихорадка и др.), также заносятся в этот раздел.*

- Кашель (**tussis**): его характер (продуктивность; надсадный, лающий и т.д.), время появления (днем, ночью, утром), длительность (постоянный, периодический или приступообразный), условия появления и купирования.
- Мокрота (**sputum**): характер, цвет, консистенция и запах (серозная, слизистая, слизисто-гнойная, гнойная, гнилостная): количество мокроты, выделяемой одномоментно и в течение суток; наличие примесей крови; положение, способствующее лучшему отхождению мокроты (дренажное положение).
- Кровохарканье (**haemoptoe**): количество выделяемой крови (прожилки, сгустки или чистая кровь - в каком объеме); цвет крови (алая, темная, «ржавая» или малинового цвета); условия появления кровохарканья.

- Боль (**dolor**): в грудной клетке: локализация, характер боли (острая, тупая, колющая и др.); интенсивность (слабая, умеренная, сильная); длительность (постоянная или приступообразная); иррадиация; связь с дыхательными движениями, кашлем, положением тела; условия облегчающие боль.
- Одышка (**dispnoe**): условия возникновения (в покое, при физической нагрузке, при кашле, изменении положения тела и т.д.), условия облегчения одышки, характер одышки (инспираторная – признаки затруднения вдоха, экспираторная – признаки затруднения выдоха, смешанная).
- Удушье (**asthma**): время и условия возникновения, характер, выраженность и продолжительность приступов, их купирование.







## ОСМОТР

❖ Нос: форма носа; характер дыхания через нос (свободное или затрудненное). Отделяемое из носа, его характер и количество. Носовые кровотечения.

❖ Гортань: деформации и отечность в области гортани. Голос (громкий или тихий, чистый или осиплый, отсутствие голоса - афония).

❖ Грудная клетка:

- *Форма грудной клетки:* нормостеническая, астеническая, гиперстеническая; патологические формы грудной клетки (эмфизематозная, бочкообразная, паралитическая, ладьевидная, воронкообразная, рахитическая). Выраженность над- и подключичных ямок (выполнены, запавшие, втянуты); ширина межреберных промежутков (широкие, умеренные, узкие); величина эпигастрального угла (тупой, прямой или острый); положение лопаток и ключиц (не выступают, выступают умеренно или отчетливо, крыловидные лопатки); состояние переднезаднего и бокового размеров грудной клетки.

- *Симметричность* обеих половин грудной клетки (увеличение или уменьшение одной из половин, западения или выпячивания).

- *Искривление позвоночника* (кифоз, сколиоз, кифосколиоз, лордоз).

- *Окружность грудной клетки и ее экскурсия на вдохе и выдохе (см.).*

❖ Дыхание:

- *Тип дыхания* (грудной, брюшной, смешанный). Симметричность дыхательных движений (наличие отставания одной из половин грудной клетки при дыхании). Участие в дыхании вспомогательной мускулатуры.

- *Число дыхательных движений (ЧДД) в 1 минуту.*

- *Глубина дыхания* (поверхностное или глубокое, в том числе - дыхание Куссмауля).

- *Ритм дыхания* (ритмичное или аритмичное, в том числе - дыхание

Чейн-Стокса и Биота).

- *Соотношение длины вдоха и выдоха.* Экспираторная, инспираторная или смешанная одышка.

### **ПАЛЬПАЦИЯ**

Определение болезненных участков и их локализации; резистентности (эластичности) грудной клетки; *голосового дрожания* на симметричных участках грудной клетки (одинаковое, ослаблено, усилено с одной стороны; где? - описать по анатомическим ориентирам - вертикальным линиям грудной клетки, ребрам и межреберным промежуткам).

### **ПЕРКУССИЯ ЛЕГКИХ**

❖ Сравнительная перкуссия: характер перкуторного звука на симметричных участках грудной клетки (звук ясный легочный, притупленный, тупой, коробочный, тимпанический, притупленно-тимпанический) - с точным описанием границ каждого звука по ребрам и топографическим ориентирам.

❖ Топографическая перкуссия: *В таблице приведены данные топографической перкуссии легких у здорового взрослого нормостенической конституции.*

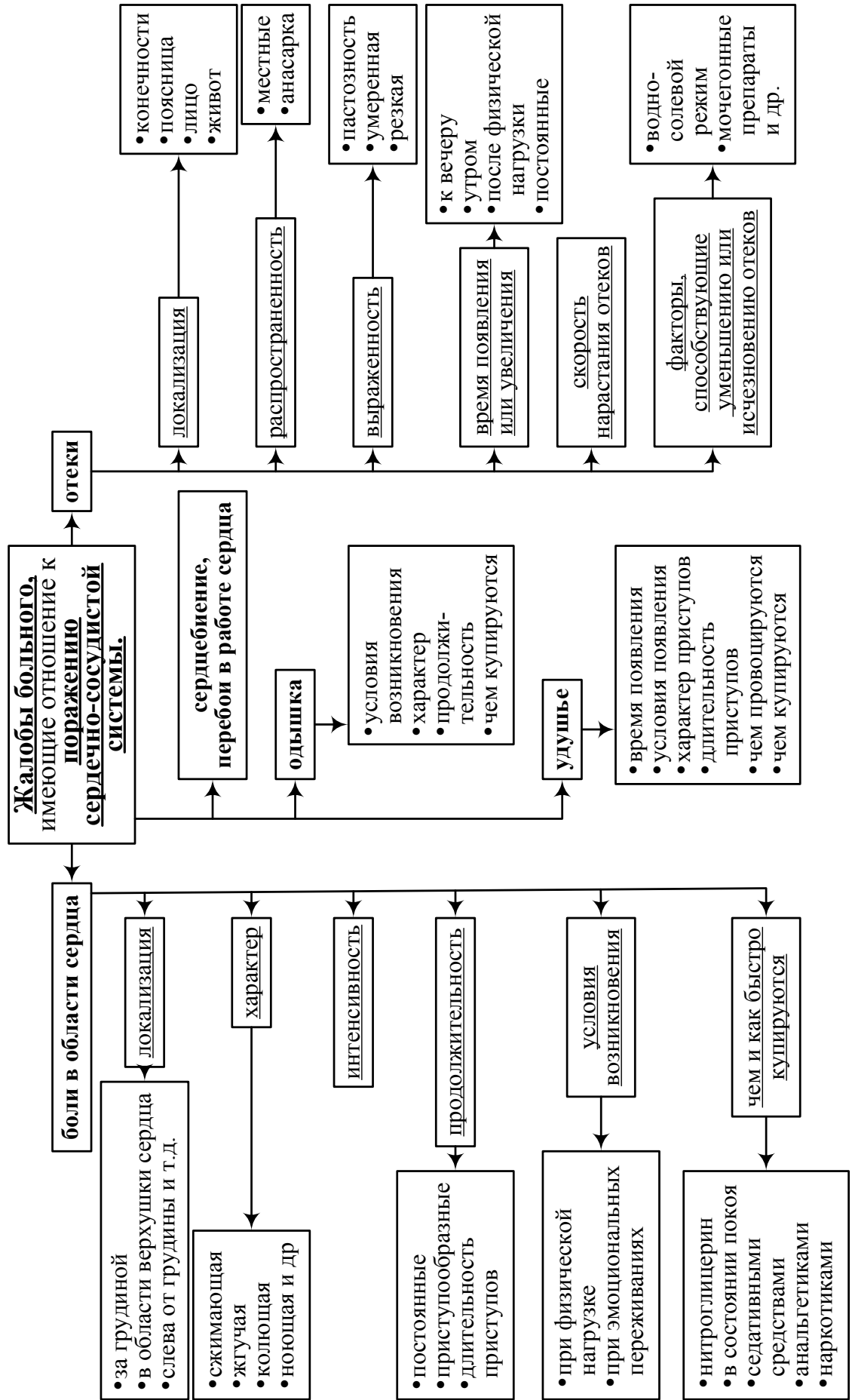
Анатомические ориентиры	Справа	Слева
Верхняя граница легких:		
высота стояния верхушек спереди	3 - 4см	
высота стояния верхушек сзади	на уровне остистого отростка С <sub>4</sub>	
ширина полей Кренига	3 - 8 см (чаще - 5 - 6 см)	
Нижняя граница легких:		
по окологрудинной линии	5 межреберье	не определять
по срединно-ключичной линии	6 ребро	не определять
по передней подмышечной линии	7 ребро	
по средней подмышечной линии	8 ребро	
по задней подмышечной линии	9 ребро	
по лопаточной линии	10 ребро	
по околопозвоночной линии	остистый отросток Th9	
Дыхательная экскурсия нижнего края легких:		
по средней подмышечной линии	6 - 8 см	6 - 8 см
по лопаточной линии	4 - 6 см	4 - 6 см

## АУСКУЛЬТАЦИЯ ЛЕГКИХ

❖ Основные дыхательные шумы: Характер основных дыхательных шумов (везикулярное, ослабленное, усиленное, жесткое (в результате сужения бронхов к обычному шуму везикулярного дыхания, связанного с колебаниями альвеолярных стенок, примешивается звук, обусловленный турбулентным движением потока воздуха по бронхам, стенки которых имеют неровности и шероховатости), смешанное, бронхиальное, амфорическое дыхание, отсутствие дыхательного шума) на симметричных участках грудной клетки с точной локализацией изменений по межреберьям и топографическим линиям.

❖ Побочные дыхательные шумы: Хрипы (сухие или влажные), крепитация, шум трения плевры, плевроперикардальный шум с точной локализацией найденных шумов по межреберьям и топографическим линиям.

❖ Бронхофония: Определение бронхофонии над симметричными участками грудной клетки (одинаковая с обеих сторон, усилена, ослаблена с одной стороны)



### 3. СИСТЕМА ОРГАНОВ КРОВООБРАЩЕНИЯ

#### ЖАЛОБЫ

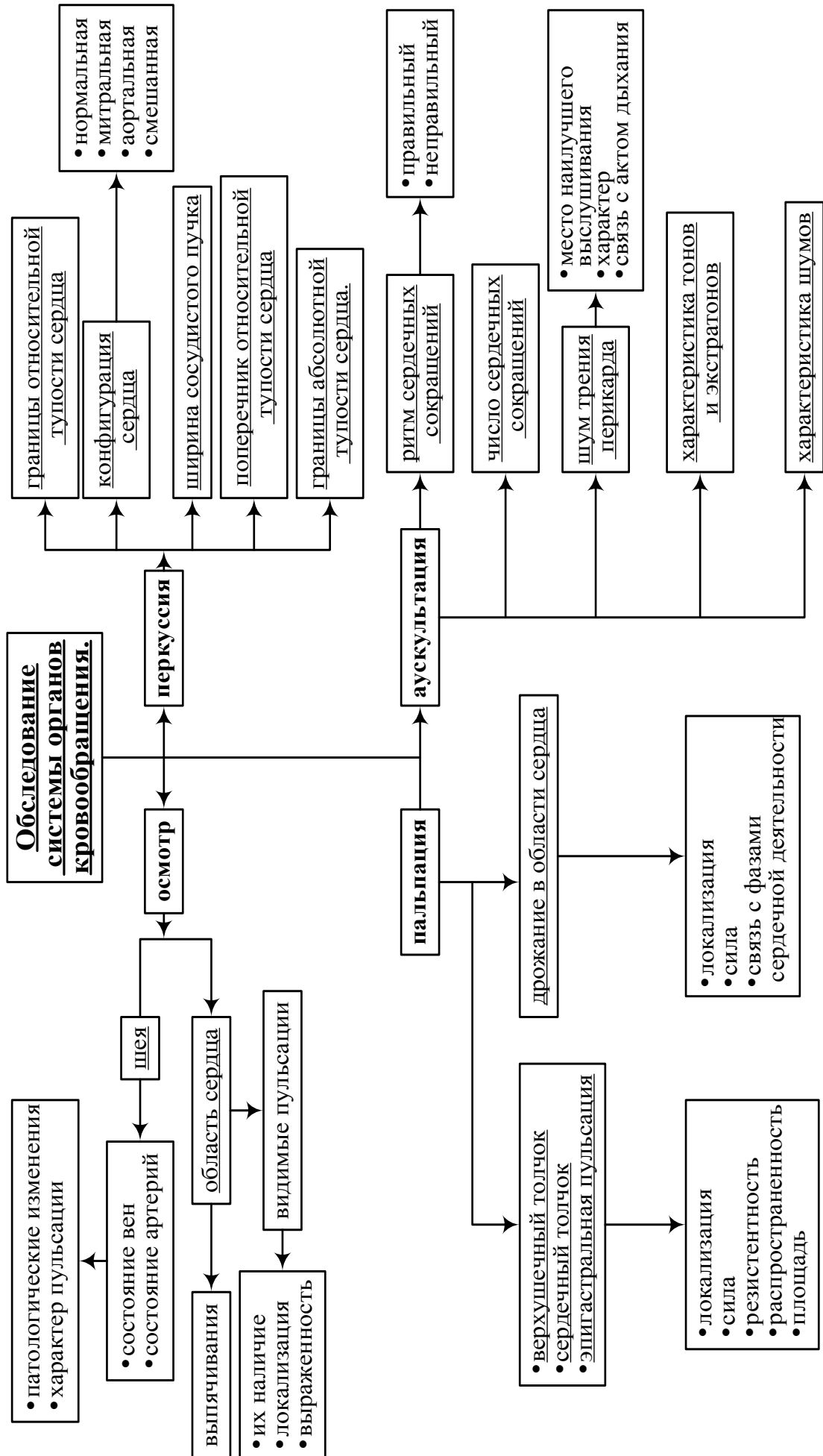
- ❖ Боли в области сердца:
  - *Локализация* (за грудиной, в области верхушки сердца, слева от грудины и т.д.), иррадиация.
  - *Характер* (сжимающая, давящая, жгучая, колющая, ноющая и др.).
  - *Интенсивность*.
  - *Продолжительность* (постоянные или приступообразные боли, их длительность).
  - *Условия возникновения* (при физической нагрузке, эмоциональных переживаниях, в покое).
  - *Чем и как скоро купируются* (валидолом, нитроглицерином, в состоянии покоя, седативными средствами, ненаркотическими анальгетиками, наркотическими анальгетиками и др.).
- ❖ Одышка (**dispnoe**): Условия возникновения (при физической нагрузке, в покое), характер и продолжительность одышки, чем купируется.
- ❖ Удушье (**asthma**): Время и условия появления (время суток, при физической нагрузке, в покое), характер и длительность приступов, чем провоцируются и купируются.
- ❖ Сердцебиение (**palpitatio cordis**), перебои в работе сердца: Характер аритмии (постоянный, приступообразный, периодический, в виде единичных сбоев, «переворотов» сердца или абсолютно нерегулярного сердцебиения); длительность приступов, их частота; когда возникают и чем купируются.
- ❖ Отеки (oedema): Локализация (конечности, поясница, лицо, живот); распространенность (местные или анасарка); выраженность (пастозность, умеренно или резко выраженные); время появления или увеличения (к вечеру, утром, после физической нагрузки, постоянные).

Скорость нарастания отеков. Факторы, способствующие уменьшению или исчезновению отеков (водно-солевой режим, мочегонные препараты и др.).

### **ОСМОТР**

❖ Осмотр шеи: Состояние наружных яремных вен и сонных артерий; их патологические изменения и характер пульсации.

❖ Осмотр области сердца: Выпячивание в области сердца (*gibbus cordis*). Видимые пульсации: верхушечный и сердечный толчок, эпигастральная пульсация, пульсация в яремной ямке, атипичная пульсация в области сердца (их наличие, локализация и выраженность, сила, отношение к фазам сердечной деятельности).





## ПАЛЬПАЦИЯ

❖ **Верхушечный толчок:** Локализация (указать межреберье и отношение к левой срединно-ключичной линии); сила (ослабленный, усиленный); распространенность (ограниченный, разлитой); площадь (в см.); амплитуда (высокоамплитудный (приподнимающий), низкоамплитудный); резистентность (резистентный, не резистентный).

❖ **Сердечный толчок:** Его локализация, площадь.

❖ **Эпигастральная пульсация:** Ее распространенность (ограниченная или разлитая), выраженность и характер (связь с пульсацией брюшной аорты, сердца, печени).

❖ **Дрожание в области сердца (**fremitus**):** Его локализация, выраженность и связь с фазами сердечной деятельности.

❖ **Наличие и локализация зон пальпаторной болезненности и гиперестезии.**

## ПЕРКУССИЯ

❖ **Относительная тупость сердца.**

- **Границы относительной тупости сердца:**
  - правая: на \_\_\_ см. от правого края грудины;
  - левая: на \_\_\_ см. кнутри (кнаружи) от левой средней ключичной линии;
  - верхняя: на уровне \_\_\_ межреберья (ребра).
  - Поперечник относительной тупости сердца: \_\_\_ см. (поперечник относительной тупости сердца определяется как сумма расстояний от передней срединной линии тела до правой границы этой тупости, находящийся обычно в IV межреберье (в норме 3-4 см) и до левой границы этой тупости, расположенной, как правило, в V межреберье (в норме - 8 - 9 см), таким образом, поперечник относительной тупости сердца в норме составляет 11 - 13 см.)
- **Ширина сосудистого пучка:** \_\_\_ см.
- **Конфигурация сердца:** нормальная, митральная, аортальная,

смешанная.

❖ Абсолютная тупость сердца.

Границы абсолютной тупости сердца:

- правая: на \_\_\_ см. от правого края грудины;
- левая: на \_\_\_ см. кнутри (кнаружи) от левой средней ключичной линии;
- верхняя: на уровне \_\_\_ межреберья (ребра).

### **АУСКУЛЬТАЦИЯ**

❖ Ритм сердечных сокращений: (правильный или неправильный с указанием формы аритмии: дыхательная, мерцательная, экстрасистолия, выпадение сердечных сокращений, эмбриокардия).

❖ Число сердечных сокращений: (ЧСС) в 1 минуту.

❖ Характеристика тонов и шумов сердца по точкам аускультации:

- *в 1-й точке (на верхушке сердца)* дается характеристика 1-го тона, экстратонам и шумам сердца (если таковые имеются), 2-й тон не оценивается;
- *во 2-й точке (во 2-м межреберье справа от грудины)* дается характеристика 2-го тона, экстратонам и шумам сердца (если таковые имеются), 1-й тон не оценивается;
- *в 3-й точке (во 2-м межреберье слева от грудины)* дается характеристика 2-го тона, экстратонам и шумам сердца (если таковые имеются), 1-й тон не оценивается;
- *в 4-й точке (у основания мечевидного отростка)* дается характеристика 1-го тона, экстратонам и шумам сердца (если таковые имеются), 2-й тон не оценивается;
- *в 5-й точке (слева от грудины в области прикрепления 3-4 ребер - в точке Боткина - Эрба)* дается характеристика 1-му и 2-му тонам, экстратонам и шумам сердца (если таковые имеются).

❖ Описывая тоны (и экстратоны) сердца, необходимо:

1. описать их громкость;

2. частоту (тембр) тона;
3. наличие расщепления или раздвоения;
4. зависимость характеристик тонов от положения тела, фазы дыхания и физической нагрузки.

5. Охарактеризовать ритм галопа (если имеется).

❖ Давая характеристику шумам сердца, необходимо:

1. указать точку наилучшего выслушивания;
2. связь с систолой или диастолой;
3. связь с тонами сердца;
4. громкость (тихий, громкий);
5. тембр (высокий, низкий);
6. характер (убывающий, нарастающий, нарастающе-убывающий и др.);
7. продолжительность (короткий, длинный);
8. проведение во внесердечные области;
9. зависимость характеристик шума от положения тела, задержки дыхания на вдохе и выдохе и физической нагрузки.

❖ Шум трения перикарда:

1. место наилучшего выслушивания;
2. характер (грубый, нежный);
3. связь с актом дыхания.

## **ИССЛЕДОВАНИЕ СОСУДОВ**

❖ Исследование артерий.

- *Осмотр и пальпация* височных, сонных, лучевых, бедренных, подколенных, заднеберцовых артерий и артерий тыла стопы, а также - области подключичных артерий; выраженность пульсации; эластичность, гладкость стенки, извитость артерий. Определение пульсации аорты в яремной ямке.

- *Аускультация.* Выслушивание сонных и бедренных артерий (двойной тон Траубе, двойной шум Виноградова-Дюрозье и др.). Выслушивание брюшного отдела аорты.

- *Артериальный пульс.* Артериальный пульс на лучевых артериях (сравнение пульса на обеих руках (*pulsus differens*), частота, ритмичность (наличие дефицита пульса, аритмий); наполнение, напряжение, величина, скорость, форма пульса).

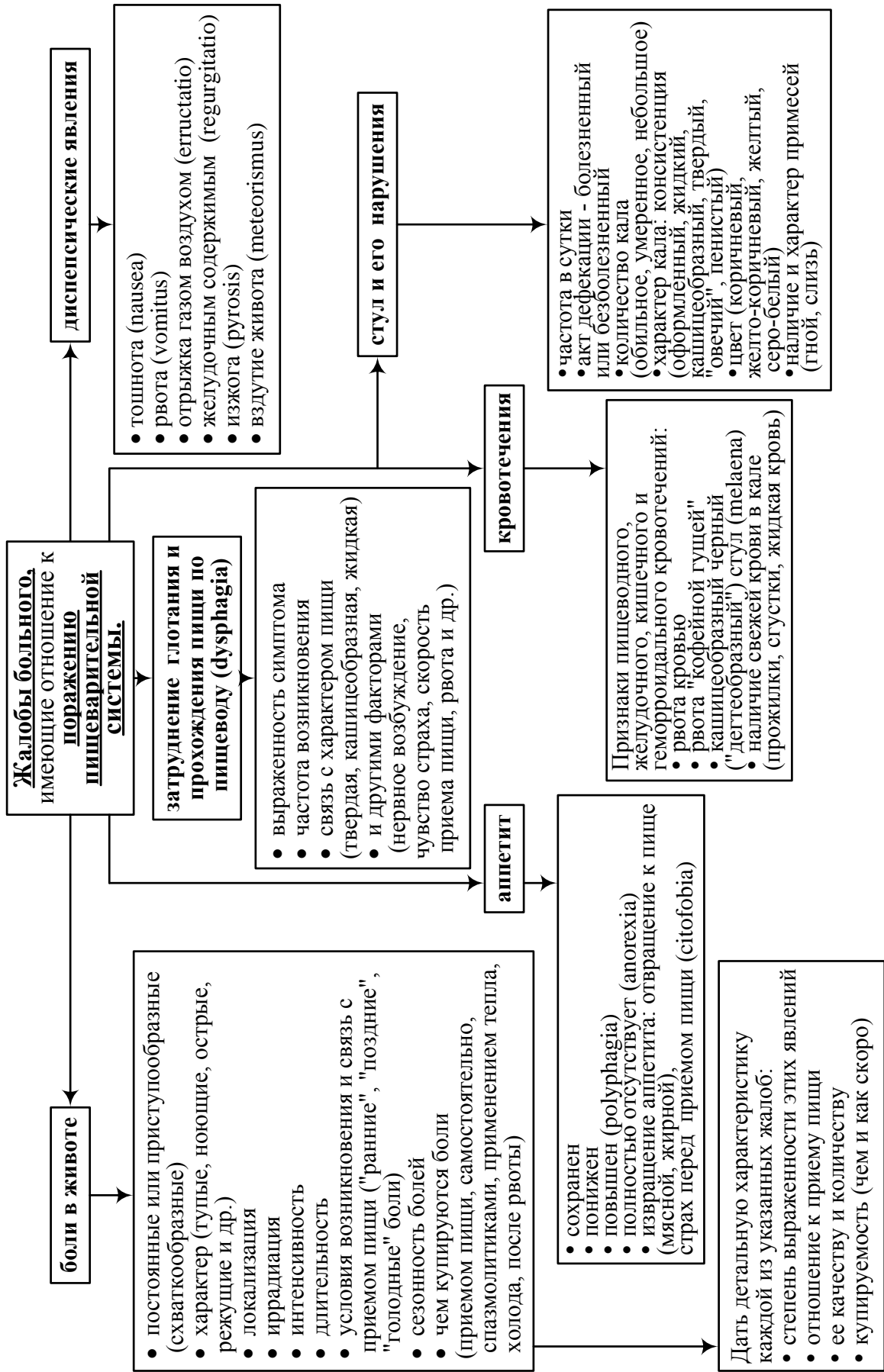
- *Артериальное давление (АД).* Измерение систолического и диастолического АД методом Короткова на правой и левой плечевых артериях (в мм.рт.ст.).

❖ Исследование вен.

- *Осмотр и пальпация* наружных яремных вен: их набухание, пульсация, наличие отрицательного или положительного венозного пульса. Если имеется пульсация внутренней яремной вены - указать верхний уровень пульсации (в см. от угла грудины). Наличие, локализация и выраженность расширений вен грудной клетки, брюшной стенки, конечностей. Уплотнение, наличие изменений кожи и пальпаторной болезненности по ходу вен с указанием локализации и протяженности этих изменений.

- Пальпация поверхностных вен нижних конечностей (наличие варикозных расширений и узлов, болезненность в точках проекции перфорантных вен).

- *Аускультация.* Выслушивание яремных вен («шум волчка»).



## 4. ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЙ ТРАКТ

### ЖАЛОБЫ

- ❖ Боли в животе:
  - локализация (правый верхний, правый нижний, левый верхний, левый нижний квадранты, эпигастральная, пупочная, надлобковая области);
  - иррадиация;
  - продолжительность (постоянные или приступообразные (схваткообразные));
  - характер (тупые, ноющие, острые, режущие и др.);
  - интенсивность (слабая, умеренная, сильная, очень сильная (непереносимая));
  - длительность;
  - условия возникновения, провоцирующие факторы, связь с приемом пищи («ранние», «поздние», «голодные» боли);
  - сезонность болей;
  - чем купируются боли (приемом пищи, самостоятельно, спазмолитиками, применением тепла, холода, после рвоты)?
- ❖ Диспепсические явления:
  - Затруднение глотания и прохождения пищи по пищеводу (dysphagia);
  - тошнота (nausea);
  - рвота (vomitis);
  - отрыжка газом, воздухом (erructatio);
  - желудочным содержимым (regurgitatio);
  - изжога (pyrosis);
  - вздутие живота (meteorismus).

Дать детальную характеристику каждой из указанных жалоб (степень выраженности этих явлений, частоту возникновения, отношение к приему

пищи, ее качеству и количеству, купируемость (чем и как скоро)).

❖ **Аппетит:** Сохранен, понижен, повышен (polyphagia), полностью отсутствует (anorexia); извращение аппетита. Отвращение к пище (мясной, жирной). Страх перед приемом пищи (sitofobia).

❖ **Стул и его нарушения:**

• Частота в сутки.

• Акт дефекации - болезненный или безболезненный.

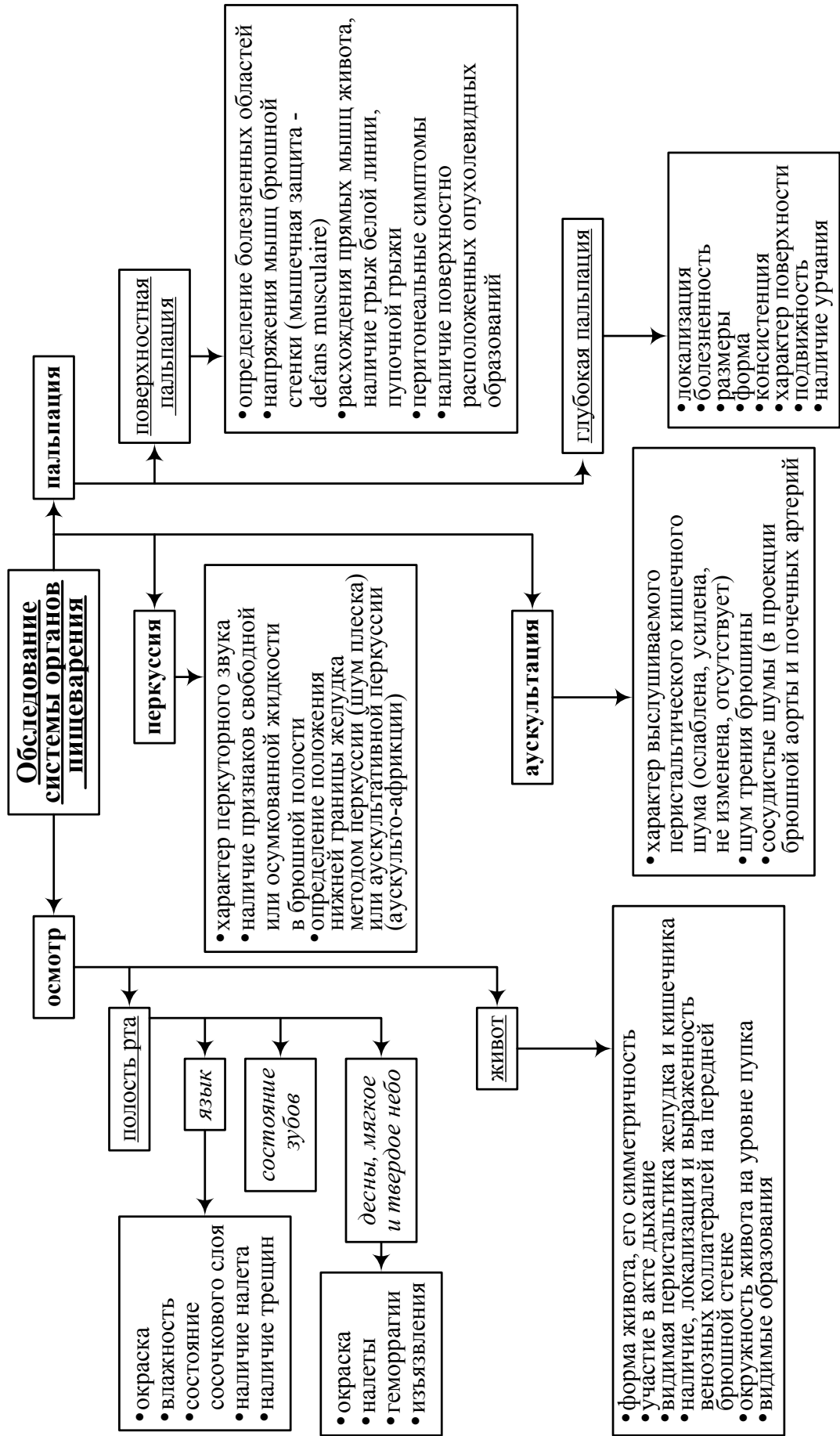
• Количество кала (обильное, умеренное, небольшое).

• Консистенция кала: оформленный, жидкий, кашицеобразный, твердый, «овечий», пенистый.

• Цвет (коричневый, желто-коричневый, желтый, серо-белый, дегтеобразный).

• Наличие и характер примесей (гной, слизь, кровь).

❖ **Кровотечения:** Признаки пищеводного, желудочного, кишечного и геморроидального кровотечений (рвота кровью или «кофейной гущей», кашицеобразный черный («дегтеобразный») стул (melena), наличие свежей крови в кале (прожилки, сгустки, жидкая кровь)).





## **ОСМОТР**

### ❖ Полость рта:

- Язык: окраска, влажность, состояние сосочкового слоя, наличие налета, трещин, язв.
- Состояние зубов.
- Десны, мягкое и твердое небо (окраска, налеты, геморрагии, изъязвления).
- Наличие запаха изо рта (запах ацетона, прелого сена, «гнилостный» запах и т.д.).

### ❖ Живот:

- Форма живота, его симметричность.
- Участие в акте дыхания.
- Видимая перистальтика желудка и кишечника.
- Наличие, локализация и выраженность венозных коллатералей на передней брюшной стенке.
- Окружность живота на уровне пупка: \_\_\_\_ см.
- Видимые образования.

## **ПЕРКУССИЯ**

Характер перкуторного звука. Наличие признаков свободной или осумкованной жидкости в брюшной полости.

Определение положения нижней границы желудка методом перкуссии (шум плеска) или аускультативной перкуссии (аускульто-африкции).

## **ПАЛЬПАЦИЯ**

### ❖ Поверхностная пальпация:

- определение болезненных областей;
- напряжения мышц брюшной стенки (мышечная защита – *defans musculaire*);
- расхождения прямых мышц живота, наличие грыж белой линии, пупочной грыжи;

- перитонеальные симптомы (симптом Щеткина-Блюмберга – резкое усиление болей при внезапном отнятии от живота пальпирующей руки, симптом Менделя – при легком постукивании кончиками пальцев по стенке живота возникает боль, и др.);

- наличие поверхностно расположенных опухолевидных образований.

- ❖ Глубокая пальпация:

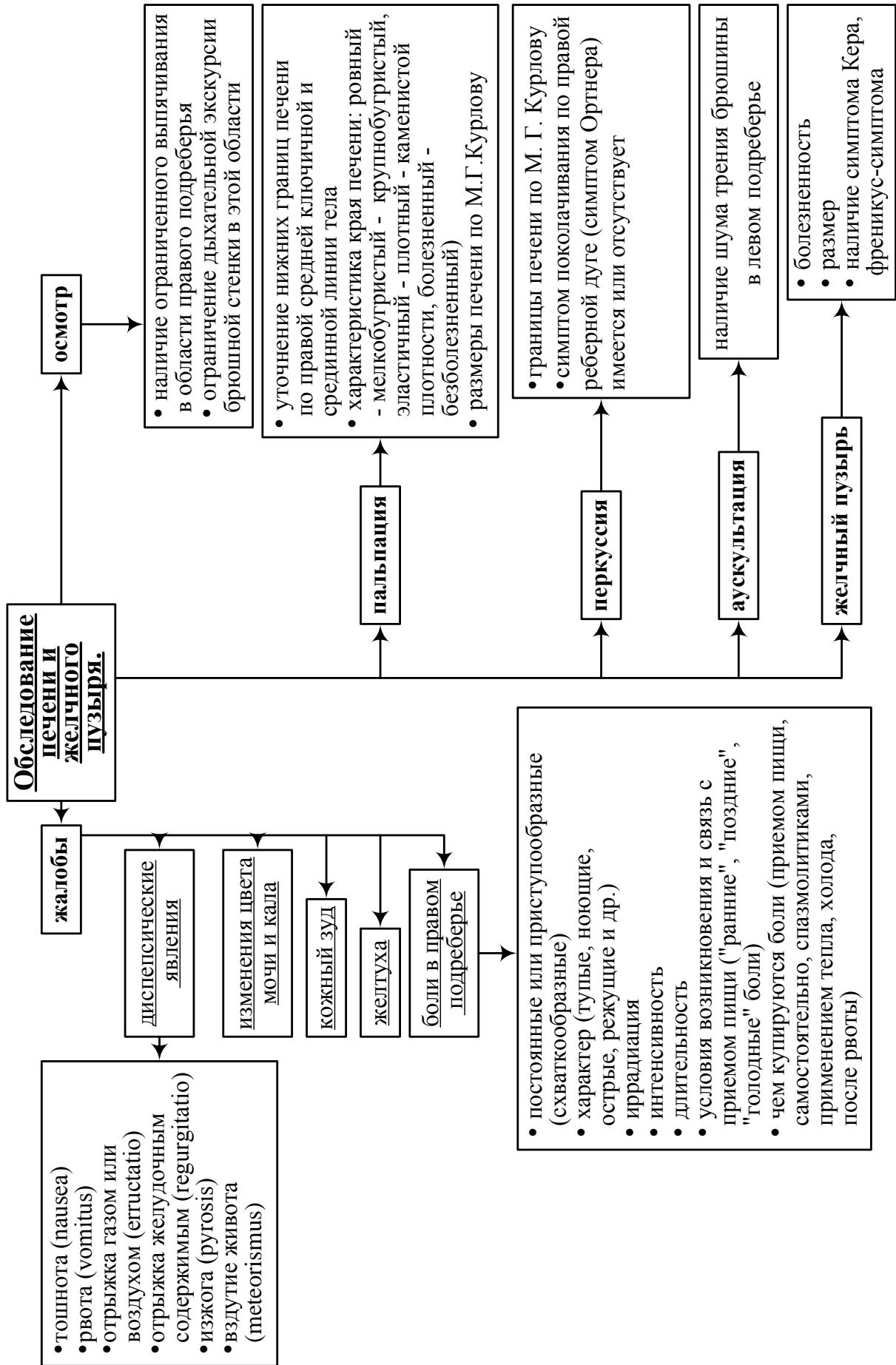
Данные пальпации сигмовидной, слепой, восходящей и нисходящей ободочной кишок, большой кривизны желудка, привратника и поперечно-ободочной кишки.

Если данные отделы ЖКТ пальпируются, то необходимо дать их характеристику по локализации, болезненности, размерам, форме, консистенции, характеру поверхности, подвижности и наличию урчания.

При наличии опухолевых образований описываются их размеры, консистенция, болезненность, смещаемость, локализация и возможная связь с тем или иным органом брюшной полости.

### **АУСКУЛЬТАЦИЯ**

Характер выслушиваемых перистальтических кишечных шумов (ослаблены, усилены, не изменены, отсутствуют). Шум трения брюшины.



## ПЕЧЕНЬ И ЖЕЛЧНЫЙ ПУЗЫРЬ

### ЖАЛОБЫ

- ❖ Боли в правом подреберье:
  - Характер болей (приступообразные или постоянные, острые или тупые, ноющие, чувство тяжести).
  - Иррадиация болей.
  - Интенсивность, длительность, условия возникновения (связь с приемом, характером пищи, изменением положения тела, физической нагрузкой).
  - Чем купируются боли (приемом пищи, самостоятельно, спазмолитиками, применением тепла, холода, после рвоты)?
- ❖ Диспепсические явления:
  - Тошнота, рвота (характер рвотных масс, их количество, чувство облегчения после рвоты).
  - Отрыжка. Горечь во рту.
  - Условия возникновения диспепсических явлений; связь с приемом и характером пищи; чем они купируются?
- ❖ Желтуха: Связь с болями в правом подреберье, диспепсическими явлениями. Изменения цвета мочи и кала.
- ❖ Кожный зуд: Связь со временем суток, приемом пищи.

### ОСМОТР

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

### ПЕРКУССИЯ

- ❖ Границы печени по М. Г. Курлову:
  - Верхняя граница абсолютной тупости печени:*
    - по правой средней ключичной линии: на уровне \_\_\_\_ (ребра или межреберья).

*Нижняя граница абсолютной тупости печени:*

- по правой средней ключичной линии: на \_\_\_ см. (ниже или выше правой реберной дуги);
  - по передней срединной линии на \_\_\_ см. ниже нижнего края мечевидного отростка;
  - по левой реберной дуге на \_\_\_ см. кнутри или кнаружи от левой парастеральной линии.
- ❖ Симптом поколачивания (симптом Ортнера) – появление (положительный) или отсутствие (отрицательный) болезненности при легком поколачивании ребром ладони по правой реберной дуге.

### ПАЛЬПАЦИЯ

**Печень:** Уточнить нижние границы печени по правой средней ключичной и срединной линии тела. Оценить состояние нижнего края печени:

- локализация;
- форма (острая, закругленная);
- консистенция (мягкая, уплотненная, плотная, каменистой плотности);
- наличие неровности, бугристости края;
- болезненность.

Размеры печени по М.Г. Курлову:

- 1-й размер - по правой средней ключичной линии: \_\_\_ см.
- 2-й размер - по передней средней линии: \_\_\_ см.
- 3-й размер - по левой реберной дуге: \_\_\_ см.

***Границы печени по М.Г.Курлову (у здорового взрослого нормостенической конституции человека в положении лежа):***

Верхняя граница		На уровне VI ребра
Нижняя граница	По средней ключичной линии	На уровне реберной дуги
	По передней срединной линии	На границе верхней и средней трети расстояния от пупка до мечевидного отростка

	По левой реберной дуге	На уровне левой парастернальной линии
--	------------------------	---------------------------------------

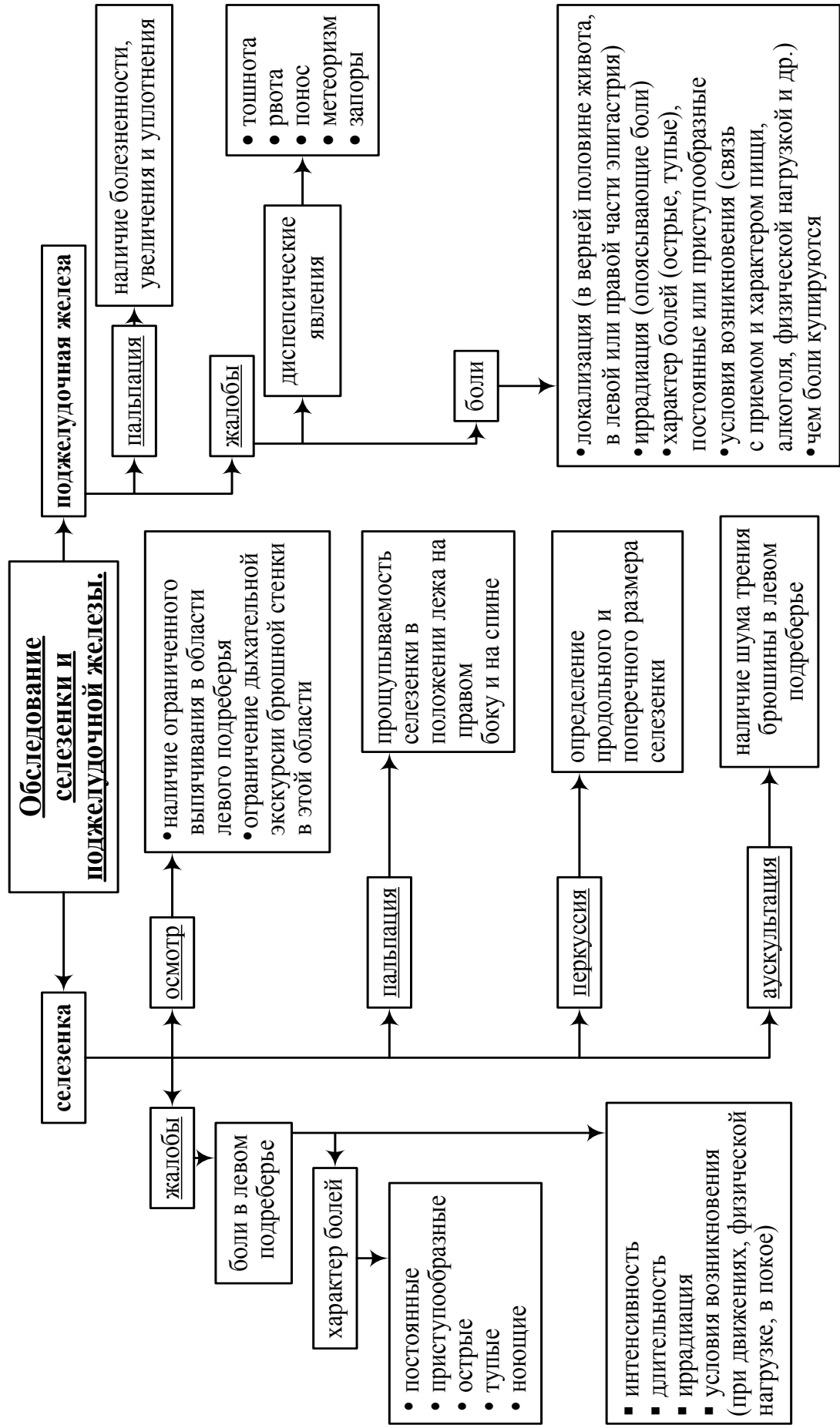
***Размеры печени по М.Г.Курлову (у здорового взрослого нормостенической конституции человека в положении лежа):***

1-й размер - по правой срединно-ключичной линии	8-10 см.
2-й размер – по передней срединной линии	7-9 см.
3-й размер – по левой реберной дуге	6-8 см.

**Желчный пузырь:** Характеристика желчного пузыря, его пальпируемость, болезненность, размеры. Наличие симптомов Кера – болезненность (положительный) или отсутствие болезненности (отрицательный) при вдохе во время пальпации правого подреберья, Мюсси-Георгиевского (френикус-симптома) – болезненность (положительный) или отсутствие болезненности (отрицательный) при надавливании между ножками правой грудино-ключично-сосцевидной мышцы.

### **АУСКУЛЬТАЦИЯ**

Наличие шума трения брюшины в правом подреберье.



## **СЕЛЕЗЕНКА**

### **ЖАЛОБЫ**

Боли в левом подреберье:

Характер болей (постоянные или приступообразные, острые или тупые, ноющие). Интенсивность боли, длительность, иррадиация, условия возникновения (при движениях тела, физической нагрузке и т.д.).

### **ОСМОТР**

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

### **ПЕРКУССИЯ**

Определение продольного и поперечного размера селезенки (в см.) (в норме длинник селезенки, располагающийся по 10 ребру, составляет 6-8 см., а поперечник – 4-6 см.).

### **ПАЛЬПАЦИЯ**

Прощупываемость селезенки в положении лежа на правом боку и на спине. В случае пальпируемости селезенки - характеристика ее нижнего края (острый или закругленный, плотный или эластический, болезненный или безболезненный) и поверхности (гладкая или бугристая).

### **АУСКУЛЬТАЦИЯ**

Наличие шума трения брюшины в левом подреберье.

## **ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА**

### **ЖАЛОБЫ**

❖ Боли:

- локализация (в верхней половине живота, в левой или правой части эпигастрия);
- иррадиация (опоясывающие боли);
- характер болей (острые, тупые, постоянные или приступообразные);
- условия возникновения (связь с приемом и характером пищи, алкоголя, с физической нагрузкой и др.);
- чем боли купируются?



❖ Диспепсические явления: тошнота, рвота, метеоризм, поносы, запоры. Их подробная характеристика.

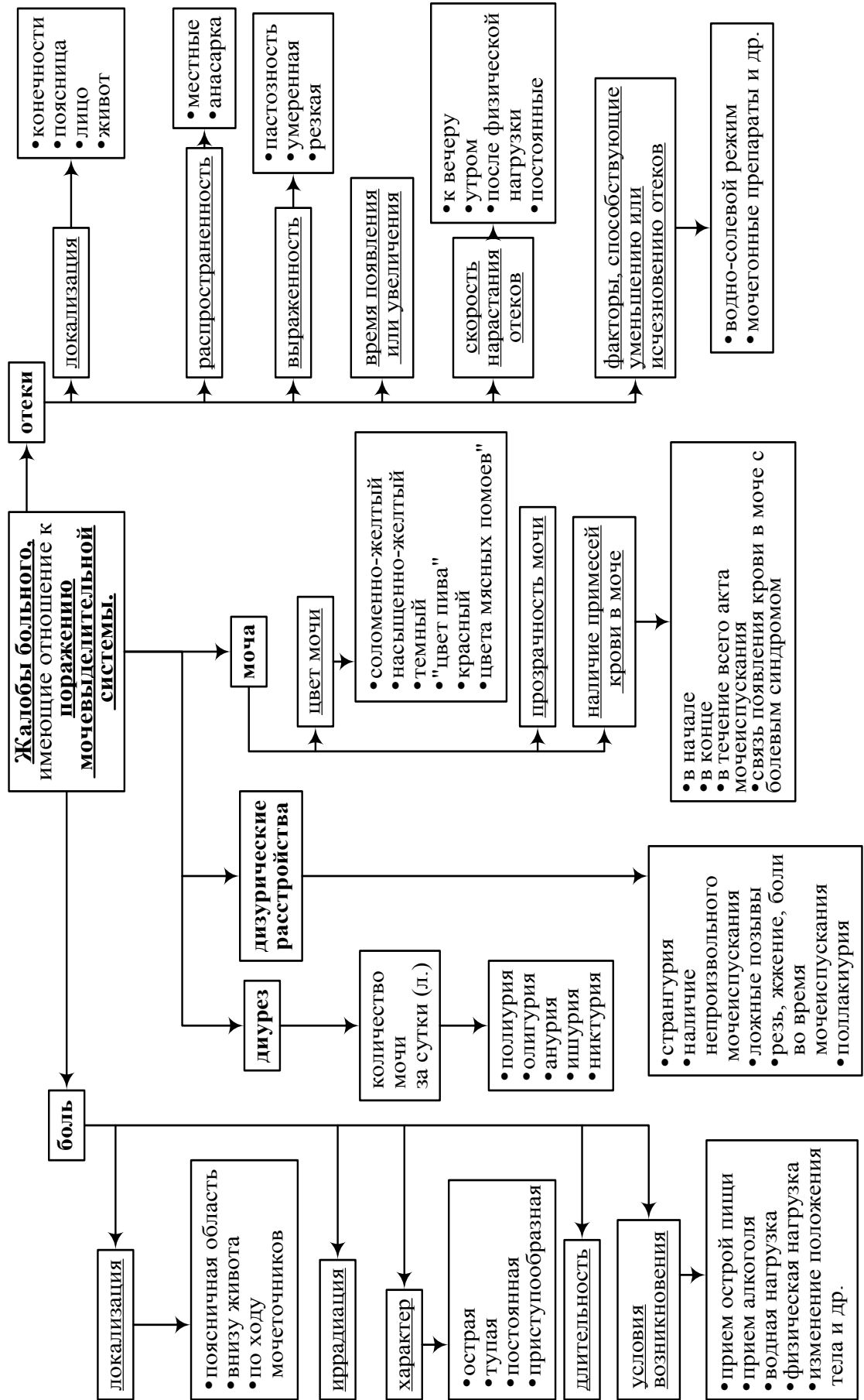
### **ПАЛЬПАЦИЯ**

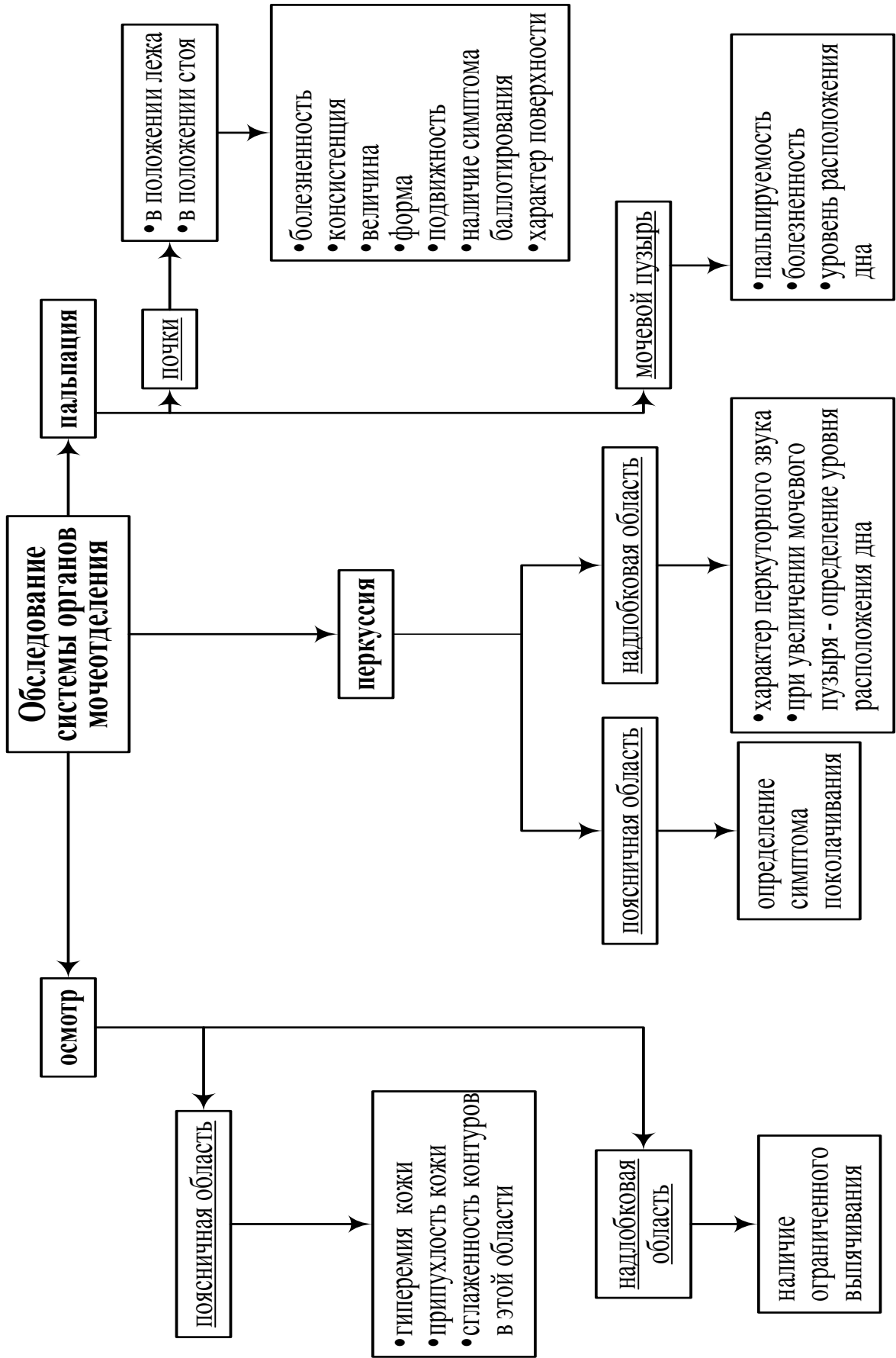
Проводится в области проекции поджелудочной железы на переднюю брюшную стенку, определить наличие болезненности, увеличения и уплотнения поджелудочной железы. Определение передаточной пульсации брюшного отдела аорты.

### **ИССЛЕДОВАНИЕ ПРЯМОЙ КИШКИ**

#### **(per rectum)**

Ректальное исследование проводится всем пациентам, обратившимся за хирургической помощью старше 50 лет, при отсутствии каких-либо жалоб касающихся органов желудочно-кишечного тракта и всем пациентам, имеющим жалобы на боли в прямой кишке и заднем проходе и завершает объективное исследование органов пищеварения. После окончания исследования прямой кишки следует оценить содержимое прямой кишки, оставшееся на перчатке: кровь, гной, слизь, цвет и консистенцию каловых масс.





## 5. СИСТЕМА ОРГАНОВ МОЧЕОТДЕЛЕНИЯ

### ЖАЛОБЫ

#### ❖ Боль:

- локализация (в поясничной области, внизу живота, по ходу мочеточников);

- иррадиация и характер (острая или тупая, постоянная или приступообразная);

- длительность боли;

- условия ее возникновения (прием острой пищи, алкоголя, водная нагрузка, физическая нагрузка, изменение положения тела и др.) и купирования.

#### ❖ Мочеиспускание и мочевыделение:

- *Диурез* (количество мочи) за сутки (л.). **Наличие полиурии** (повышенное количество выделяемой мочи (более 1800 мл в сутки): физиологическая - например, при чрезмерном потреблении жидкости, или патологическая - например, при сахарном и несахарном диабете), **олигурии** (уменьшение суточного количества мочи (менее 500 мл. в сутки) при заболевании почек, сухоедении, обезвоживании организма (например, вследствие рвоты или поноса), сердечных отеках и т д.), **анурии** (прекращение выделения мочи (менее 100 мл. в сутки) при почечной недостаточности («истинная» анурия), а также в связи с падением давления в почечных сосудах при кровопотере, шоке (внепочечная анурия), препятствием оттоку мочи (например, при сдавлении мочеточников опухолью) или рефлекторными влияниями на почечные сосуды (например, при психической травме, острой боли)), **ишурии** (задержка мочи, обусловленная невозможностью опорожнить мочевого пузырь). Учащение ночного мочеиспускания.

#### • Дизурические расстройства:

- **странгурия** (затрудненное мочеиспускание по каплям, как правило, сопровождающейся болью и частыми ложными позывами на мочеиспускание

(тенезмы); возникает при нарушении проходимости мочеиспускательного канала (инородные тела, различные варианты инфравезикальной обструкции, частичное повреждение уретры), заболеваниях предстательной железы (острый простатит, особенно в стадии абсцедирования, аденома и рак предстательной железы), тяжелом цистите, опухоли мочевого пузыря, локализующейся в области его шейки; при камнях мочевого пузыря иногда наблюдается так называемая позиционная странгурия, которая возникает лишь в момент мочеиспускания, совершаемого при определенном положении тела больного; у мальчиков странгурия может быть проявлением резко выраженного фимоза и баланопостита);

- **полакиурия** (учащенное мочеиспускание (более 4-5 раз днем и 1 раза ночью), может быть симптомом цистита и многих других заболеваний, часто сочетается с полиурией);

- **никтурия** (перемещение основного диуреза с дневных часов на ночные);

- наличие непроизвольного мочеиспускания;

- ложные позывы на мочеиспускание;

- резь, жжение, боли во время мочеиспускания (в начале, конце или во время всего мочеиспускания).

- ❖ Моча: Цвет мочи (соломенно-желтый, насыщенно-желтый, темный, «цвет пива», красный, цвета «мясных помоев» и др.), прозрачность мочи, запах. Наличие примесей крови в моче (в начале, в конце или в течение всего акта мочеиспускания) и связь появления крови в моче с болевым синдромом.

- ❖ Отеки: Локализация (конечности, поясница, лицо, живот); распространенность (местные или анасарка); выраженность (пастозность, умеренная или резкая выраженность); время появления или увеличения (к вечеру, утром, после физической нагрузки, в связи с водной или солевой нагрузкой и т.д.). Скорость нарастания отеков. Факторы, способствующие уменьшению или исчезновению отеков (водно-солевой режим, мочегонные

препараты и др.).

### **ОСМОТР**

❖ Поясничная область: Наличие гиперемии и припухлости кожи, сглаживания контуров в этой области.

❖ Надлобковая область: Наличие ограниченного выбухания.

### **ПЕРКУССИЯ**

❖ Поясничная область: Определение *симптома поколачивания* – болезненность (положительный) или отсутствие болезненности (отрицательный) при поколачивании ребром ладони (короткие несильные удары) по другой руке, лежащей в поясничной области, в проекции XII ребра справа или слева.

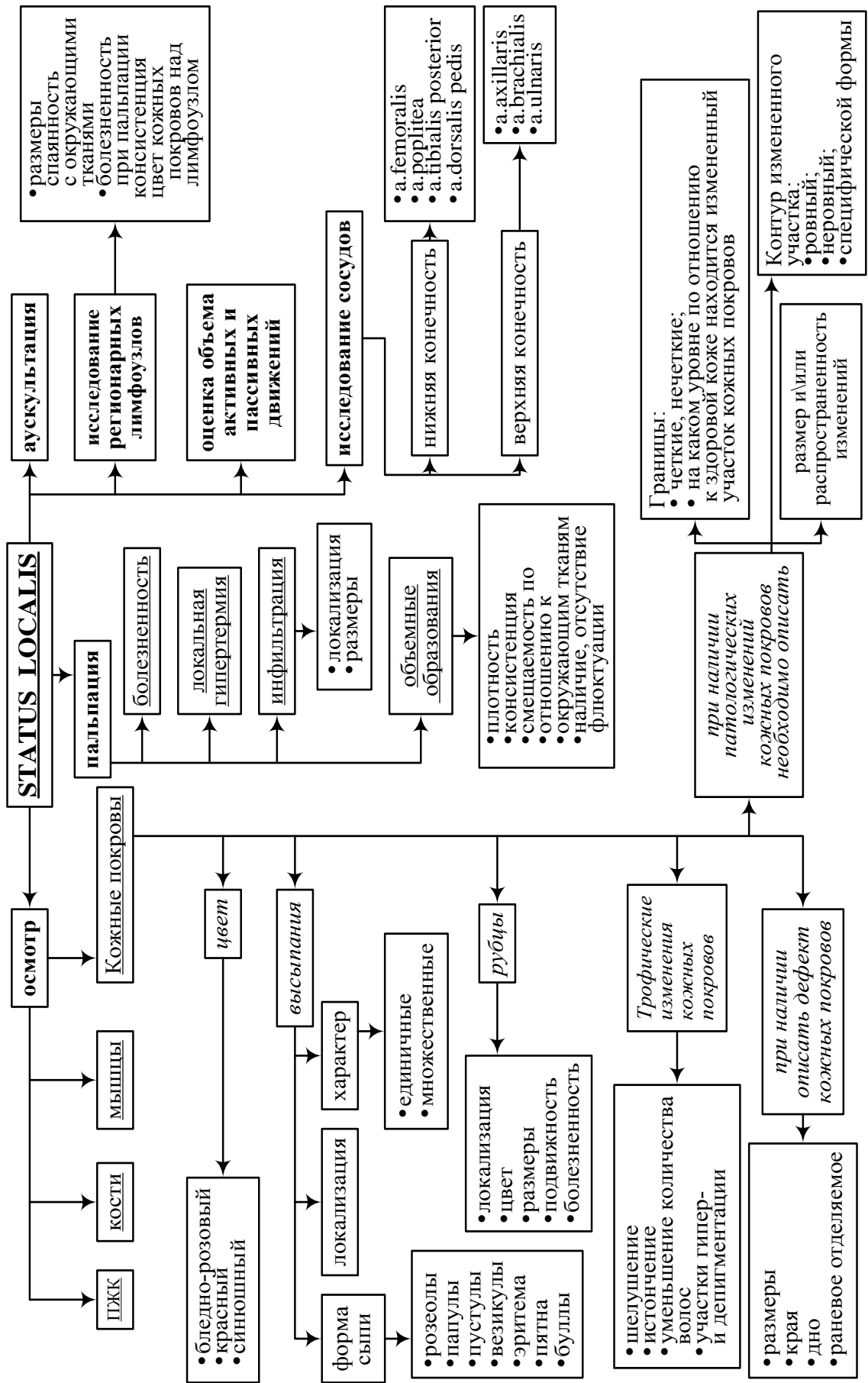
❖ Надлобковая область: Характер перкуторного звука. При увеличении мочевого пузыря - определение уровня расположения его дна.

### **ПАЛЬПАЦИЯ**

Почки: Пальпируемость почек в положении лежа и стоя. При их пальпируемости - болезненность, консистенция, величина, форма, подвижность, наличие симптома баллотирования, характер поверхности.

Мочевой пузырь: Пальпируемость мочевого пузыря. При его обнаружении - уровень расположения дна, болезненность.

Болевые точки: Наличие болезненности при пальпации в реберно-позвоночной точке и по ходу мочеточников (мочеточниковые точки).



## 6. STATUS LOCALIS

Описание местного статуса необходимо проводить по определённому плану: вначале описывается осмотр области поражения, затем излагаются данные полученные при пальпации данной области. При вовлечении в патологический процесс некоторых анатомических образований (сосуды, суставы, лимфатические узлы и т.д.) необходимо описывать их состояние (пальпация и аускультация сосудов, объем активных и пассивных движений в суставах и т.д.).

Если очаг поражения (рана, видимая опухоль?) является самостоятельным локальным заболеванием, то в осмотре вначале описывается очаг, а затем окружающие ткани. В случае если видимый очаг является проявлением системного заболевания (гангрена при облитерирующем атеросклерозе, трофические язвы при хронической венозной недостаточности), то вначале описывается вся анатомическая область: состояние кожных покровов, мягких тканей конечности, а затем очаг поражения.

Статус описывается связным текстом, без разделения на подпункты (осмотр, пальпация и т.д.), изменения отсутствующие у данного пациента не описываются (например: «шелушения, истончения кожи нет...»).

### 1) Осмотр.

1. Необходимо указать четкую анатомическую локализацию очага поражения.

2. Провести визуальное сравнение (если это возможно) измененной области с симметричной неизмененной.

- Кожные покровы:

*Цвет* (бледно-розовый, красный, желтушный, синюшный, бледный).

*Высыпания на коже:* форма сыпи (розеолы, папулы, пустулы, везикулы, эритема, пятна, буллы), локализация и характер высыпаний (единичные или множественные (сливные)).



*Рубцы:* локализация, цвет, размеры.

*Трофические изменения кожных покровов:*

- шелушение;
- истончение;
- уменьшение количества волос;
- участки гипер- и депигментации.

*При наличии патологических изменений кожных покровов необходимо описать:*

Размер и\или распространенность изменений.

Границы:

- четкие, нечеткие;
- на каком уровне по отношению к здоровой коже находится измененный участок кожных покровов (возвышающийся, на одном уровне, западающий).

Контур измененного участка:

- ровный;
- неровный;
- специфической формы («языки пламени», «географическая карта», размытый и т.д.).

- Подкожно-жировая клетчатка:

*Степень выраженности.*

*Наличие видимых объемных образований.*

- Мышцы: описать видимые изменения (атрофия, гипертрофия).
- Кости: описать видимые деформации.

3. При наличии дефекта кожных покровов (ссадины, раны, трофические язвы, некрозы) – описать его (при наличии нескольких дефектов – каждый описывать в отдельности).

- Размеры (длина x ширина x глубина).
- Края (ровные, неровные, подрывные, разможенные, оmozолелые).

- Дно (какие ткани являются дном раны).
- Раневое отделяемое: характер (серозное геморрагическое, гнойное), консистенция, запах, наличие примесей (сгустки, детрит), количество.

2) Пальпация:

1. Болезненность.

2. Локальная гипертермия.

3. Инфильтрация:

- локализация
- размеры

4. При наличии объемных образований – их характеристика:

- плотность
- консистенция
- смещаемость по отношению к окружающим тканям
- наличие, отсутствие флюктуации.

5. Наличие пастозности, отеков, степень их выраженности.

6. При исследовании регионарных лимфатических узлов (исследуются группы лимфоузлов, находящиеся в непосредственной близости от очага поражения: размеры, спаянность с окружающими тканями, болезненность при пальпации, консистенция, цвет кожных покровов над лимфоузлами).

3) **Аускультация** – при возможности выявления патологических изменений, связанных с очагом поражения.

4) **Оценка объема активных и пассивных движений.** При наличии ограничения в движениях, описать причину (боль, отек, контрактура, разрыв сухожилия) и субъективные ощущения больного возникающие при попытке совершить движение.

5) **Исследование сосудов** (в обязательном порядке проводится в сравнении с симметричной стороной):

1. обязательно для исследования на нижней конечности:

A. femoralis

A. poplitea

A. tibialis posterior

A. dorsalis pedis

2. обязательно для исследования на верхней конечности:

A. axillaris

A. brachialis

A. ulnaris

## **VII. ДАННЫЕ ЛАБОРАТОРНЫХ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ**

В этом разделе указываются результаты всех дополнительных лабораторных и инструментальных методов исследования проведенных пациенту в стационаре от момента поступления до момента курации. Краткие данные излагаются в разделе «история настоящего заболевания», в этом разделе полностью описываются проведенные исследования и интерпретируются полученные данные. При нескольких одинаковых исследованиях (лабораторных показателей) указывается их динамика.

## **VIII. ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ, ВЫЯВЛЕННЫЕ У БОЛЬНОГО, ФОРМУЛИРОВКА КЛИНИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА, ОБОСНОВАНИЕ**

Анализируя все имеющиеся клинические данные (жалобы, анамнез, физикальные данные, лабораторные показатели), необходимо выделить основные патологические симптомы и синдромы и дать их подробную характеристику. Анализируя патогенетическую взаимосвязь отдельных патологических симптомов и синдромов, сделать заключение об их возможном единстве. (Приложение №4.).

Если выявленные у пациента патологические синдромы позволяют, то формулируется клинический диагноз пациента (если данная нозология не изучалась в курсе общей хирургии, то формулировка диагноза не требуется).

### **ПРИМЕЧАНИЕ:**

Клинический диагноз должен быть поставлен и записан в истории болезни в течение первых трех дней пребывания больного в стационаре, после получения результатов лабораторных и инструментальных методов исследования и заключений специалистов-консультантов.

Клинический диагноз должен быть сформулирован в соответствии с общепринятыми классификациями, и включать:

1. развернутый диагноз основного заболевания:
  - название заболевания;
  - клиническая, клинико-морфологическая или патогенетическая его форма;
  - характер течения;
  - стадии, фазы, степень активности процесса;
  - степени функциональных расстройств или тяжести заболевания;
2. диагноз осложнений основного заболевания;
3. развернутый диагноз сопутствующих заболеваний.

Далее приводится обоснование клинического диагноза:

1. Проанализировать основные жалобы и анамнез больного, чтобы сделать заключение о преимущественном поражении того или иного органа или системы.

2. Провести ссылку на обоснование выявленных у пациента синдромов, не повторяя их подробно и обосновать с их помощью основной диагноз больного.

3. Отметить результаты лабораторного и инструментального обследования, подтверждающие диагноз.

## **IX. ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ**

План обследования больного разрабатывается, исходя из предварительного диагноза с целью установления окончательного клинического диагноза и проведения дифференциального диагноза. При написании «учебной» истории болезни планируемые исследования должны уточнять настоящее состояние больного, прогноз тяжести течения и исхода заболевания, оценивать динамику местных изменений в патологическом очаге. Указывается и обосновывается перечень необходимых лабораторных и инструментальных исследований, которые пациенту не проводились в стационаре или необходимо повторить исследование в динамике.

## **Х. ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ**

В этом разделе излагаются цели, задачи, основные принципы и современные методы и средства лечения данного заболевания и профилактики его осложнения (режим, диета, медикаментозные и физические средства, санаторно-курортное лечение).

После этого на основе представлений об индивидуальных особенностях клинического течения заболевания, морфологического и функционального состояния органов, а также с учетом социального и психологического статуса больного, разрабатываются конкретные, наиболее оптимальные лечебные и профилактические мероприятия у данного больного.

Прежде всего, необходимо определить реальные цели лечения данного больного: полное выздоровление, ликвидация или уменьшение обострения заболевания, его осложнений, приостановление прогрессирования или регресс болезни, улучшение прогноза, трудоспособности.

Указать лечение направленное как на общее состояние пациента, так и воздействующее на местный патологический очаг.

Далее необходимо определить способы достижения поставленных целей, т.е. основные направления лечения. К ним относятся:

1. **Этиологическое лечение**, предусматривающее устранение или коррекцию причинных, провоцирующих факторов, факторов риска (например, антимикробные средства и т.д.);

2. **Патогенетическое лечение**, имеющее целью воздействие на основные механизмы болезни данного больного (воспаление, аллергия, функциональные нарушения, дефицит определенных факторов, интоксикация и др.);

3. **Симптоматическое лечение.**

По отношению к каждому направлению следует определить и обосновать выбор конкретных лечебных мероприятий (режим, диета, медикаменты, ФТЛ, ЛФК, физические и оперативные методы, санаторно-



курортное лечение); уточнить дозу, пути и частоту введения с учетом имеющихся показаний и противопоказаний в отношении данного больного. Необходимо отметить отдельно возможные нежелательные (побочные) эффекты всех назначаемых лечебных мероприятий.

Все медикаментозные средства даются в рецептурной прописи.

## ПРИЛОЖЕНИЕ

### 1. ПОРЯДОК ВЕДЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ КАРТ СТАЦИОНАРНОГО И АМБУЛАТОРНОГО БОЛЬНОГО

#### ТИПОВАЯ ИНСТРУКЦИЯ

к заполнению форм первичной медицинской документации лечебно-профилактических учреждений (без документов лабораторий), утвержденных приказом Минздрава СССР от 4 октября 1980 г. № 1030

(утв. Минздравом СССР от 20 июня 1983 г. № 27-14/70-83) (с изменениями от 25 января 1988 г.)

#### 1.1. ... Медицинская карта стационарного больного (форма № 003/у)

Медицинская карта стационарного больного является основным медицинским документом стационара, который составляется на каждого поступившего в стационар больного. Ведется всеми больницами, стационарами диспансеров, клиниками вузов и НИИ, а также санаториями.

Карта содержит все необходимые сведения, характеризующие состояние больного в течение всего времени пребывания в стационаре, организацию его лечения, данные объективных исследований и назначения. Данные медицинской карты стационарного больного позволяют контролировать правильность организации лечебного процесса и используются для выдачи справочного материала по запросам ведомственных учреждений (суд, прокуратура, экспертиза и др.).

Паспортная часть, диагноз направившего учреждения и диагноз, установленный врачами при поступлении больного в больницу записываются в приемном отделении. Врачом приемного отделения заполняется также специально отведенный лист, в котором указываются краткие данные анамнеза и данные обследования больного в приемном отделении. Остальные записи в карте, включая клинический диагноз, делает лечащий врач.

Если больной подвергался хирургическому вмешательству, то на 2-ой странице карты указывается дата (месяц, число, час) операции и ее название.

(Подробное описание операции дается в журнале записи оперативных вмешательств в стационаре (. В случае смерти больного указывается патологоанатомический диагноз. При выписке или смерти больного указывается число проведенных койко-дней, причем день поступления и день выбытия считаются за один койко-день.

Во время пребывания больного в стационаре карта хранится в папке лечащего врача. Врач делает ежедневные записи о состоянии и лечении больного; назначения записываются в дневнике карты; на прилагаемом к карте температурном листе () палатная сестра графически изображает температуру, пульс, дыхание, больного и т.д.

При выписке (смерти) больного лечащий врач составляет эпикриз, в котором кратко резюмируются данные о состоянии больного при поступлении и выбытии, обосновывается диагноз, указываются лечебные мероприятия и их эффективность, даются рекомендации по дальнейшему лечению и режиму больного (если они необходимы).

Медицинская карта стационарного больного подписывается лечащим врачом и заведующим отделением. На основании данных медицинской карты составляется карта, выбывшего из стационара (), после чего карта сдается в архив учреждения.

#### Температурный лист (форма № 004/у)

Температурный лист является оперативным документом, служащим для графического изображения основных данных, характеризующих состояние здоровья больного.

Ежедневно лечащий врач записывает в карте стационарного больного (истории родов, истории развития новорожденного) сведения о состоянии больного (роженицы, родильницы, новорожденного), палатная сестра переносит данные о температуре, пульсе, дыхании и т.д. в температурный лист и вычерчивает кривые этих показателей.

#### Лист регистрации переливания трансфузионных сред (форма № 005/у)

Форма применяется для регистрации каждого переливания

трансфузионных сред (крови, ее компонентов и препаратов, кровезаменителей), производимого больному, а также реакций и осложнений после трансфузии.

Лист клеивается в медицинскую карту стационарного больного ( ).

Заполняется врачом, проводившим трансфузию, на основании данных журнала регистрации переливания трансфузионных сред ( ).

При регистрации каждой трансфузии заполняются все графы формы.

Журнал регистрации переливания трансфузионных сред (форма № 009/у)

Форма применяется для регистрации всех переливаний трансфузионных сред, проводимых в лечебно-профилактическом учреждении.

В крупных учреждениях на отдельные виды трансфузионных сред можно вести отдельные журналы: на кровь, ее компоненты, препараты, кровезаменители.

Журнал заполняется врачом, проводящим трансфузии.

Каждая трансфузия, кроме журнала, должна быть зафиксирована в листе регистрации переливания трансфузионных сред ( ), вклеенном в медицинскую карту стационарного больного.

В журнале регистрируются также трансфузионные реакции (графа 18) и осложнения (графа 19), наблюдаемые у больного, перенесшего трансфузию.

В конце года по данным граф 3, 5, 9-14, 18-19 подводится итог, на основании которого заполняется таблица № 4 «Переливание крови и кровезамещающих жидкостей» раздела III отчета лечебно-профилактического учреждения (отчетная форма № 1).

Журнал записи оперативных вмешательств в стационаре (форма № 008/у)

В журнале регистрируются все оперативные вмешательства, произведенные в стационаре. На каждую операцию отводится отдельный лист, в котором подробно описывается ход операции, указывается вид обезболивания, доза наркотического средства, отмечается продолжительность

операции, состояние больного во время оперативного вмешательства, а также указываются лечебные мероприятия, проводившиеся во время операции (инъекции сердечных средств, дача кислорода и др.), записываются фамилии оперирующих врачей и наркотизатора, исход операции.

Журнал хранится в операционной, заполняется врачом, если в больнице несколько операционных (для чистых, гнойных операций), то в каждой из них ведется свой отдельный журнал.

## 1.2. Медицинская первичная документация в поликлиниках (амбулаториях)

### Медицинская карта амбулаторного больного ( )

Медицинская карта является основным первичным медицинским документом больного, лечащегося амбулаторно или на дому, и заполняется на всех больных при первом обращении за медицинской помощью в данное лечебное учреждение.

На каждого больного в поликлинике ведется одна медицинская карта, независимо от того, лечится ли он у одного или нескольких врачей.

Карта заполняется во всех учреждениях, ведущих амбулаторный прием общих и специализированных, городских и сельских, включая фельдшерско-акушерские пункты, врачебные и фельдшерские здравпункты.

### *Примечания:*

#### *1. Медицинская карта амбулаторного больного заполняется:*

*- в противотуберкулезных учреждениях - на первично обратившихся и консультативных больных; на контингенты, взятые на учет противотуберкулезным учреждением, заполняется медицинская карта больного туберкулезом ( );*

*- в кожно-венерологических учреждениях - на больных кожными болезнями и больных, направленных на консультацию; на больных венерическими болезнями заполняется карта больного венерическим заболеванием ( ), на больных грибковыми болезнями - медицинская карта больного грибковым заболеванием ( ;*

- в женских консультациях - на гинекологических больных и женщин, обратившихся по поводу прерывания беременности; на беременных и родильниц заполняется индивидуальная карта беременной и родильницы ();

2. На фельдшерско-акушерских пунктах и здравпунктах в случае надобности вместо медицинской карты амбулаторного больного разрешается вести журнал регистрации амбулаторных больных ().

В случае госпитализации больного в стационар, объединенный с поликлиникой, карта передается в стационар и хранится в медицинской карте стационарного больного. После выписки больного из стационара, или его смерти, медицинская карта амбулаторного больного с эпикризом лечащего врача стационара возвращается в поликлинику.

В случае смерти больного, одновременно с выдачей врачебного свидетельства о смерти в карте производится запись о дате и причине смерти.

Медицинские карты умерших изымаются из действующей картотеки и передаются в архив лечебного учреждения.

На титульном листе медицинской карты амбулаторного больного предусмотрено место для записи заболеваний, по поводу которых больной был взят под диспансерное наблюдение, с указанием дат взятия и снятия с учета и причины снятия.

Больной может состоять под наблюдением по поводу одного и того же заболевания у нескольких специалистов (например, по поводу язвенной болезни, хронического холецистита у терапевта и хирурга), на титульном листе он записывается один раз специалистом, первым взявшим его под диспансерное наблюдение. Если больной наблюдается по поводу нескольких, этиологически не связанных, заболеваний у одного или нескольких специалистов, то каждое из них выносится на титульный лист.

Если у больного изменяется характер заболевания (например, к гипертонической болезни присоединяется ишемическая болезнь сердца), то в таблицу на титульный лист выносится новый диагноз без даты взятия на учет, а старая запись зачеркивается.

Особое внимание должно уделяться записям на листе заключительных (уточненных) диагнозов, куда заносятся врачами всех специальностей диагнозы, установленные при первом, обращении в поликлинику и по помощи на дому в данном календарном году, независимо от того, когда был поставлен диагноз: при первом или последующих посещениях или в предыдущие годы.

В случаях, когда врач не может поставить точный диагноз при первом посещении больного, на странице текущих наблюдений записывается предполагаемый диагноз, в лист для записи уточненных диагнозов вносится только дата первого посещения. Диагноз вписывается после его уточнения.

В случае, когда поставленный и записанный на «лист» диагноз заменяется другим, неправильный диагноз зачеркивается и вписывается новый диагноз без изменения даты первого обращения.

Если у больного одновременно или последовательно обнаружено несколько заболеваний, этиологически не связанных друг с другом, то все они выносятся на «лист».

В случае перехода болезни из одной стадии в другую (при гипертонической болезни и др.), записанный диагноз вновь повторяется с указанием новой стадии.

Если при обращении больного обнаруживается заболевание, по поводу которого больной раньше ни в какое лечебное учреждение не обращался, то такое заболевание считается впервые выявленным и отмечается на «листе» знаком «+» (плюс).

Заболевания, которые могут возникнуть у одного человека заново несколько раз (ангина, острое воспаление верхних дыхательных путей, абсцессы, травмы и т.д.), всякий раз при новом возникновении считаются впервые выявленными и отмечаются на «листе» знаком «+» (плюс).

Все остальные записи в медицинской карте производятся лечащими врачами в порядке текущих наблюдений. Здесь же записываются консультации специалистов, и т.д.

Медицинские карты амбулаторного больного хранятся в регистратуре: в





Возраст (лет)					<45	46-55	56-65	66-75	>75
ЧСС	>180	140-179	110-139		70-109		55-69	40-54	<40
САД	>190		150-189		80-149		55-79		<55
Температура	>41	39-40.9		38.5-38.9	36-38.4	34-35.9	32-33.9	30-31.9	<30
ЧДД	>50	35-49		25-34	12-24	10-11	6-9		<6
ИВЛ								да	
Мочеотделение (л/ч)			>5	3.5-4.99	0.7-3.49		0.5-0.69	0.2-0.49	<0.2
Мочевина крови (ммоль/л)	>55	36-54.9	29-35.9	7.5-28.9	3.5-7.4	<3.5			
Гематокрит (%)	>60		50-59.9	46-49.9	30-45.9		20-29.9		<20
Лейкоциты	>40		20-39.9	15-19.9	3-14.9		1-2.9		<1
Глюкоза крови (ммоль/л)	>44.5	27.8-44.4		14-27.7	3.9-13.9		2.8-3.8	1.6-2.7	<1.6
Калий крови	>7	6-6.9		5.5-5.9	3.5-5.4	3-3.4	2.5-2.9		<2.5
Натрий крови	>180	161-179	156-160	151-155	130-150		120-129	110-119	<110
НСО <sub>2</sub>		>40		30-39.9	20-29.9	10-19.9		5-9.9	<5
Шкала комы Глазго				13-15	10-12	7-9	4-6	3	

#### 4. ТИПЫ ТЕМПЕРАТУРНЫХ КРИВЫХ

Обследование больного в курсе общей хирургии не подразумевает динамического наблюдения за его состоянием, однако, мы считаем, что знание типов суточных колебаний температуры и температурных кривых (в данном курсе возможна только ретроспективная их оценка) позволит в более сжатые сроки заподозрить у пациента ту или иную патологию и поставить правильный диагноз.

##### По типу суточных колебаний температуры бывает:

- Постоянная лихорадка разница между утренней и вечерней температурой не превышает 1 градус (характерна для крупозной пневмонии, 2 стадии брюшного тифа).

- Послабляющая лихорадка - суточные колебания температуры превышают 1 градус, утренняя температура выше 37 градусов С (туберкулез, гнойные заболевания, очаговая пневмония, 3 стадия брюшного тифа).
- Перемежающая лихорадка - суточные колебания температуры больше 1 градуса, но минимум ее в пределах нормы (малярия).
- Истошающая (гектическая) - сильное повышение температуры чередуется с падением ее до нормы и ниже (тяжелый туберкулез легких, сепсис).
- Извращенная лихорадка (обратная) - утренняя температура выше вечерней (может быть при сепсисе, туберкулезе, бруцеллезе).
- Неправильная лихорадка - отличаются разнообразные и неправильные суточные колебания (пневмония, сепсис, туберкулез, эндокардит).

**По типу температурной кривой (за несколько дней) различают:**

- Температура ремиттирующая (возвратная) периоды лихорадки чередуются с безлихорадочными периодами (характерна для брюшного тифа).
- Волнообразная температура - периоды нарастания температуры сменяются ее затуханиями (наиболее типична для лимфогранулематоза, бруцеллеза).

## 5. РЕКТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Исследование области заднего прохода может быть произведено в положении больного на боку с согнутыми в тазобедренных суставах конечностями, в коленно-локтевом положении или в положении на спине с приведенными к животу бедрами.

Первоначально производится осмотр кожи вокруг заднего прохода, при этом можно выявить различной величины и формы выбухания на границе кожи и слизистой оболочки (наружные геморроидальные узлы), опухоль анального канала прямой кишки, прорастающую кожу и сфинктер, свищи с гнойным отделяемым, припухлость при воспалительной инфильтрации кожи (подкожный парапроктит), мокнущие плоские сифилитические папулы и остроконечные перианальные кондиломы.

Далее осторожно разводят края заднего прохода, тонус сфинктера ослабляется и обычно удается осмотреть стенки заднепроходного канала. Производится пальпация окружности заднего прохода. При наличии припухлостей надо определить консистенцию и чувствительность этих областей. Далее производится непосредственное пальцевое исследование прямой кишки. Это исследование позволяет изучить как саму прямую кишку, так и ряд смежных образований и органов (предстательная железа и семенные пузырьки у мужчин, внутренние половые органы у женщин, нижние отделы мочеточников, копчик и крестец, тазовую брюшину, часть мочевого пузыря). Исследование должно быть произведено указательным пальцем кисти, одетой в резиновую перчатку. Палец густо смазывается вазелином. Исследование следует начинать с легких массирующих движений вокруг заднего прохода. При этом пациент привыкает к исследованию, уменьшается спазм наружного сфинктера прямой кишки. Затем палец осторожно вводят в задний проход; при наличии трещин и геморроидальных узлов исследование из-за болезненности должно быть крайне осторожным. Сначала исследуется анальный отрезок прямой кишки (оценивается тонус сфинктера, наличие опухолей в области

анального канала, дефектов слизистой, свищей), затем палец продвигается в ампулу. На расстоянии 6-7 см. от заднего прохода на передней стенке исследуется у мужчин – предстательная железа, у женщин – шейка матки, затем исследуется задняя стенка кишки, продвигая палец вверх по вогнутости крестца (оценивается целостность крестца, копчика, седалищных костей, костные разрастания, инфильтраты).

Пальцем, введенным в ампулярную часть прямой кишки, можно обнаружить ее сужение, при этом необходимо оценить степень сужения (проходит ли палец), характер инфильтрата, место его расположения, форму, величину, подвижность, связь с окружающими прямою кишку образованиями. Если констатируется изъязвление (злокачественная опухоль, язвенный проктит), то необходимо отметить величину углубления, характер краев язвы, состояние окружающих тканей, а также подвижность всего инфильтрата.

При гнойных процессах брюшной полости ректальное исследование помогает выявить наличие гнойника или скопления крови в дугласовом пространстве (болезненное нависание, выпячивание передней стенки при скоплении экссудата). При наличии воспалительного инфильтрата консистенция его плотная, по мере образования гнойника происходит размягчение и определяется флюктуация.

## 6. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИЕСЯ СИНДРОМЫ В ХИРУРГИИ.

### 6.1 ВОСПАЛЕНИЯ

<b>Опрос</b>	Жалобы на повышение температуры, озноб, одышку, общее недомогание, слабость, головную боль, боль в пояснице, суставах, утомляемость, нарушение памяти, сна, раздражительность, сонливость, снижение работоспособности, снижение аппетита, тошноту и рвоту, похудание и мышечную слабость, сухость во рту и жажду, одышку, снижение диуреза, кишечные расстройства. Возможны жалобы на наличие воспалительного очага и боли соответствующей локализации.
<b>Общий осмотр</b>	Лихорадка, часто гектическая с ознобами, реже гипотермия. Беспокойство или апатия, адинамия, возможны судороги, различные виды спутанности сознания, бред, ступор, сопор, кома. Бледность или гиперемия, цианотичность, иногда желтушность или геморрагии, сухость кожи и слизистых, отеки, возможна кахексия, мышечная дистрофия и слабость, характерно увеличение ЧДД, диспноэ.
<b>Системы организма</b>	Выявляются признаки гемодинамических нарушений: возможно увеличение ЧСС, СВ, снижение ОПСС, АД и ЦВД, реже, напротив, повышение АД, иногда – увеличение шокового индекса, снижение диуреза. Возможны признаки дыхательной недостаточности. Симптомы пареза кишечника (вздутие живота, ослабление перистальтики, задержка стула, ультразвуковые и рентгенологические признаки динамической кишечной непроходимости), острых язв и желудочно-кишечных кровотечений, возможно увеличение печени и селезенки, в тяжелых случаях могут быть анурия, почечные отеки, накопление жидкости в полостях тела, симптомы отека легких, отека мозга, симптомы перегрузки сердца и другие признаки органной недостаточности. Специфические местные симптомы при особой локализации воспалительного процесса: при перитоните – защитное напряжение мышц передней брюшной стенки и симптом Щеткина-Блюмберга, при экссудативном плеврите – тупой перкуторный звук над скоплением жидкости и пр.
<b>Местный статус</b>	При поверхностном расположении первичного очага выявляется гиперемия, припухлость, местная гипертермия, болезненность, нарушение функции. Возможно наличие экссудата, симптомы размягчения и флуктуации при гнойном воспалении, при анаэробной инфекции характерны: выраженный распространяющийся отек тканей без гиперемии, массивный некроз соединительнотканых и мышечных структур и имбибиция тканей продуктами распада, мутный экссудат не гнойного характера с неприятным запахом, симптомы скопления газов в тканях.
<b>Лабор. обследование</b>	Лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, нейтрофилия, часто лимфопения и эозинопения, повышение СОЭ, в тяжелых случаях лейкомоидные реакции, снижение альбуминовой и увеличение глобулиновой фракции белка, увеличение СРБ,

	<p>фибриногена и других белков острой фазы. Повышение концентрации цитокинов, продуктов ПОЛ, МСМ, ЛИИ, протеолитической активности, снижение связывающей способности альбумина, признаки мембранного повреждения эритроцитов, гипергликемия, повышения уровня жирных кислот крови, увеличение содержания азотистых продуктов в моче и в крови. Возможны гипокапния и алкалоз или гипоксемия, гиперкапния, ацидоз, увеличение в плазме лактата и пр., эритроцитурия, протеинурия, цилиндрурия, повышение креатинина, мочевины, билирубина, ЛДГ, АЛТ, АСТ, изменение осмолярности, концентрации электролитов, анемия и тромбоцитопения, развитие гиперкоагуляционного синдрома, ДВС.</p>
--	--

## 6.2 ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ

<b>Опрос</b>	<p>Возможны жалобы на головную боль, утомляемость, нарушение памяти, сна, раздражительность, сонливость, снижение работоспособности, состояние тревоги или апатию, снижение аппетита, тошноту и рвоту, похудание и мышечную слабость, сухость во рту и жажду, одышку, снижение диуреза, аменорею. Возможны жалобы, связанные со специфическим действием токсина. В анамнезе выявляется заболевание или состояние, сопровождающееся интоксикацией. Если это не так – обязательно тщательное дообследование для его выявления.</p>
<b>Общий осмотр</b>	<p>Беспокойство или адинамия, возможны судороги, различные виды спутанности сознания, бред, ступор, сопор, кома. Бледность или цианотичность, иногда желтушность или геморрагические высыпания, сухость кожи и слизистых, возможна кахексия, лихорадка, диспноэ. Симптомы, связанные со специфическим действием токсина.</p>
<b>Системы организма</b>	<p>Выявляются признаки гемодинамических нарушений: снижение АД и ЦВД, реже, напротив, повышение АД, УО, МОС, СИ. Увеличение ЧСС, ЧДД, иногда - шокового индекса. Симптомы пареза кишечника (вздутие живота, ослабление перистальтики, задержка стула, ультразвуковые и рентгенологические признаки), острых язв, в тяжелых случаях могут быть почечные отеки и другие признаки органной недостаточности. Симптомы, связанные со специфическим действием токсина, и симптомы основного заболевания.</p>
<b>Лабор. обследование</b>	<p>Повышение СОЭ, лейкоцитоз (часто со сдвигом влево) и нейтрофилия, часто лимфопения и эозинопения. Возможны – гипергликемия, повышения уровня жирных кислот крови, некоторых печеночных белков: фибриногена и др., возможно снижение концентрации альбумина, связывающей способности альбумина, повышение концентрации белков острой фазы, цитокинов, продуктов ПОЛ, МСМ, ЛИИ, признаки мембранного повреждения эритроцитов и снижение концентрации гемоглобина. Увеличение содержания азотистых продуктов в моче. Часто выявляется гиперкоагуляция, при печеночной недостаточности – гипокоагуляция. Возможны олигурия, мочевого синдром, в крови увеличение креатинина, мочевины, билирубина,</p>

	изменение осмолярности, изменение концентрации электролитов, чаще гипокалиемия и гипернатриемия, нарушения кислотно-основного состояния - чаще ацидоз, возможна гипоксемия. Специфические методы позволяют проводить качественную и количественную оценку токсинов.
--	---

### 6.3 ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ

<b>Опрос</b>	Жалобы могут отсутствовать, при развитии профузного кровотечения жалобы на слабость, головокружение, сухость во рту и жажду, одышку, потемнение в глазах и мелькание «мушек» перед глазами, снижение диуреза. Возможны эпизоды потери сознания. В анамнезе выявляется механическая желтуха или соответствующее заболевание печени или применение антикоагулянтов.
<b>Общий осмотр</b>	Характерны кровоизлияния в местах инъекций, ушибов. При развитии профузного кровотечения может наблюдаться беспокойство, чувство страха, вялость, адинамия, в тяжелых случаях нарушения сознания до комы. Бледность, сухость кожи и слизистых, снижение тургора, мягкость глазных яблок, при шоке - бледная, холодная и влажная кожа, симптом «бледного пятна», температура тела часто понижена, диспноэ и т.д.
<b>Системы организма</b>	При кровотечениях снижены систолическое и пульсовое АД, ОЦК и ЦВД тоже, в тяжелых случаях АД невозможно измерить методом Короткова и отсутствует пульс на периферических артериях. ЧДД и ЧСС увеличены. Шоковый индекс повышен.
<b>Лабор. обследование</b>	Увеличение ТВ, ПТВ, ПТИ и МНО, АЧТВ, снижение концентрации фибриногена. При кровотечениях возможно снижение гематокрита, эритроцитов и гемоглобина, тромбоцитов, лейкоцитов, белка, олигурия или анурия и т.д.

### 6.4 СИНДРОМ ЖЕЛУДОЧНОЙ ДИСПЕПСИИ

<b>Опрос</b>	Жалобы на боли, чувство тяжести в животе, отрыжку, тошноту и рвоту, иногда – изжогу, снижение аппетита, расстройства стула и потерю веса. При локализации патологического процесса в желудке характерны боли и тяжесть в эпигастрии сразу после приема пищи, тошнота и рвота после еды, приносящая облегчение, заметное похудание. При локализации патологического процесса в двенадцатиперстной кишке характерны поздние и голодные боли, боль может носить сезонный характер, иметь атипичную локализацию (в правом подреберье, подвздошной области, в области сердца и за грудиной). Рвота и потеря веса менее характерны. При острой патологии желчного пузыря и поджелудочной боль провоцируется жирной пищей, локализуется в верхних отделах живота, имеет типичную иррадиацию и сопровождается рвотой без облегчения. При развитии дегидратации и кислотно-основных нарушений возможны жалобы на слабость, снижение работоспособности, головокружение, сухость во рту, жажду, головную боль, судороги, снижение диуреза и т.д. В анамнезе часто
--------------	--

	выявляется заболевание ЖКТ.
<b>Общий осмотр</b>	Налет на языке, может быть сухость языка, неприятный запах изо рта. При локализации патологического процесса в двенадцатиперстной кишке часто имеет место повышенная потливость. Возможна бледность из-за развития анемии (железодефицитной, В12-дефицитной), желтуха при желчекаменной болезни, вялость, адинамия, сухость кожи и слизистых, снижение тургора при обезвоживании. Вынужденное положение тела больной принимает для облегчения боли – при болях в желудке, 12перстной кишке чаще на правом боку с согнутыми коленями, при панкреатите – на животе, подтянув под себя ноги. При желчной колике больной мечется, не находя себе места. В тяжелых случаях снижение или повышение температуры, нарушения сознания и пр.
<b>Системы организма</b>	Выявляются физикальные признаки заболевания: болезненность пальпации соответствующего отдела живота, шум плеска и значительное опущение нижней границы желудка при гастростазе, увеличение печени, увеличенный напряженный желчный пузырь при обтурационном холецистите и раке поджелудочной железы, специальные симптомы при холецистите (Кера, Ортнера) и т.д. При развитии водно-электролитных и кислотно-основных нарушений вследствие рвоты выявляются признаки гемодинамических нарушений: падение АД, рост ЧСС, ЧДД, аритмии и т.д. При локализации патологического процесса в двенадцатиперстной кишке часто имеет место брадикардия.
<b>Инструментал. обследование</b>	Методы инструментального обследования – рентгеноконтрастное исследование (признак язвы – ниша с конвергенцией складок, изменение скорости эвакуации, признак опухоли – дефект наполнения и т.д.), ЭГДС с биопсией, УЗИ, исследование моторики и секреции – позволяют выявить причину диспепсии и поставить окончательный диагноз.
<b>Лабор. обследование</b>	В нетяжелых случаях лабораторные симптомы отсутствуют. При некоторых заболеваниях возможно снижение содержания эритроцитов и гемоглобина, симптомы водно-электролитных нарушений (повышение гематокрита, гиперкоагуляция, олигурия и пр.), алкалоз, гипокалиемия, повышение билирубина и т.д.

## 6.5 СИНДРОМ КИШЕЧНОЙ ДИСПЕПСИИ

<b>Опрос</b>	Жалобы на боли в животе, вздутие живота и чувство распирания, нарушение стула и отхождения газов, иногда на тошноту и рвоту, потерю аппетита, потерю веса, возможны жалобы на слабость, головокружения, потерю работоспособности, отеки, снижение зрения, сухость кожи, дерматиты. При локализации процесса в тонкой кишке боли чаще локализуются в околопупочной области, при развитии диареи характерен обильный стул с остатками непереваренной пищи без патологических примесей, обычно не чаще 3-4 раз в сутки. При локализации процесса в толстой кишке боли чаще локализуются по ходу ободочной кишки,
--------------	--



	характерны запоры либо частый (10-15 раз в сутки), скудный стул с патологическими примесями (кровь, слизь), могут быть ложные позывы, тенезмы, боль при дефекации либо облегчение после дефекации и отхождения газов. Спастические запоры сочетаются со схваткообразными болями, атонические запоры – с дистензионными болями, вздутием и распираем живота.
<b>Общий осмотр</b>	При болях в толстой кишке – возможно вынужденное положение больного на боку на стороне поражения. В отдельных случаях возможны бледность, отеки, дерматиты, признаки дегидратации.
<b>Системы организма</b>	Физикальные признаки заболевания ЖКТ: пальпаторная болезненность, обнаружение опухолевидного образования, растянутой или спазмированной кишки, увеличение пневмотизации, аускультативные признаки усиления или ослабления перистальтики, шум плеска. При длительной рвоте, диарее могут иметь место гипотензия, тахикардия, в тяжелых случаях – признаки нарушений гемодинамики до шока.
<b>Инструмент. обследов.</b>	Ректороманоскопия, ирригоскопия, колоноскопия, а также УЗИ, ЭГДС, исследование секрети и пр. помогают установить причину диспепсии и окончательный диагноз.
<b>Лабор. обследование</b>	В нетяжелых случаях лабораторные симптомы отсутствуют. Возможно снижение содержания эритроцитов и гемоглобина, симптомы водно-электролитных нарушений (чаще всего при диарее – повышение гематокрита, олигурия, мочевого синдром и пр.), при исследовании кала – патологические примеси в кале, стеаторея, креаторея.

## 6.6 СИНДРОМ ИЗОТОНИЧЕСКОЙ ДЕГИДРАТАЦИИ

<b>Опрос</b>	Жалобы на слабость, сухость во рту и жажду, снижение диуреза. В анамнезе выявляется рвота, диарея, кровотечение и т.д.
<b>Общий осмотр</b>	Характерна вялость, адинамия, в тяжелых случаях нарушения сознания до комы. Бледность, сухость кожи и слизистых, снижение тургора, мягкость глазных яблок, температура тела снижена.
<b>Системы организма</b>	Выявляются признаки гемодинамических нарушений вплоть до шока (гипотензия, тахикардия и пр.).
<b>Лабор. обследование</b>	Увеличены гематокрит, содержание эритроцитов, тромбоцитов, лейкоцитов, белка, но осмолярность в пределах нормы. Часто выявляется гиперкоагуляция. Характерны олигурия или анурия, увеличение плотности мочи, в крови увеличение креатинина и мочевины.

## 6.7 СИНДРОМ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ ДЕГИДРАТАЦИИ

<b>Опрос</b>	Жалобы на сильную жажду, сухость во рту, снижение саливации и диуреза. В анамнезе выявляются соответствующие заболевания.
<b>Общий осмотр</b>	Характерно возбуждение, беспокойство, в тяжелых случаях делирий, кома. Сухость и бледность или гиперемия кожи, снижение тургора, температура повышена.
<b>Системы организма</b>	Гипотензия, тахикардия, в тяжелых случаях – признаки нарушений гемодинамики до шока.
<b>Лабор. обследование</b>	Увеличены гематокрит, содержание эритроцитов, тромбоцитов, лейкоцитов, белка, осмолярность повышена – больше 300 мосмоль/л, чаще всего натрий выше 150 ммоль/л. Возможна гиперкоагуляция. Характерны олигурия или анурия, увеличение плотности мочи, рано появляются признаки почечной недостаточности - увеличение креатинина и мочевины.

## 6.8 СИНДРОМ ГИПОТОНИЧЕСКОЙ ДЕГИДРАТАЦИИ

<b>Опрос</b>	Жалобы на слабость, рвоту, частый водянистый стул, увеличение диуреза, при дальнейшем прогрессировании – снижение диуреза. В анамнезе выявляются соответствующие заболевания.
<b>Общий осмотр</b>	Характерно раннее развитие адинамии и апатии, тремор, в тяжелых случаях судороги, менингеальные симптомы, нарушение сознания и кома.
<b>Системы организма</b>	Гипотензия, тахикардия, в тяжелых случаях – признаки нарушений гемодинамики до шока.
<b>Лабор. обследование</b>	Увеличены гематокрит, содержание эритроцитов, тромбоцитов, лейкоцитов, белка, осмолярность снижена – ниже 280 мосмоль/л, натрий ниже 130 ммоль/л. Возможна гиперкоагуляция. Сначала полиурия с низкой плотностью мочи, потом олигурия или анурия, увеличение плотности мочи, увеличение креатинина и мочевины крови.

## 6.9 СИНДРОМ ИЗОТОНИЧЕСКОЙ ГИПЕРГИДРАТАЦИИ

<b>Опрос</b>	Жалобы на головную боль, боли в сердце, одышку и пр. В анамнезе выявляется применение инфузионной терапии.
<b>Общий осмотр</b>	Отеки до анасарки.
<b>Системы организма</b>	Гипертензия, признаки перегрузки сердца, в тяжелых случаях – острая сердечная недостаточность. При развитии отека легких – одышка, влажные хрипы и пр. При обследовании живота может быть выявлен асцит.
<b>Лабор. обсл.</b>	Снижены гематокрит, содержание эритроцитов, тромбоцитов, лейкоцитов, белка, осмолярность в норме.

## 6.10 СИНДРОМ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ ГИПЕРГИДРАТАЦИИ

<b>Опрос</b>	Жалобы на сильную жажду, головную боль, боли в сердце, одышку и пр. В анамнезе выявляется применение инфузионной терапии.
<b>Общий осмотр</b>	Характерно возбуждение, беспокойство, в тяжелых случаях делирий, кома. Отеки, температура повышена.
<b>Системы организма</b>	Гипертензия, признаки перегрузки сердца, в тяжелых случаях – острая сердечная недостаточность. При развитии отека легких – одышка, влажные хрипы и пр. При обследовании живота может быть выявлен асцит. Признаки, характерные для основного заболевания (например, органов ЖКТ).
<b>Лабор. обследование</b>	Снижены гематокрит, содержание эритроцитов, тромбоцитов, лейкоцитов, белка, осмолярность повышена – больше 300 мосмоль/л, чаще всего натрий выше 150 ммоль/л.

## 6.11 СИНДРОМ ГИПОТОНИЧЕСКОЙ ГИПЕРГИДРАТАЦИИ

<b>Опрос</b>	Жалобы на головную боль, боли в сердце, одышку и пр., на слабость, рвоту, особенно при попытке приема воды, частый водянистый стул, увеличение диуреза, при дальнейшем прогрессировании – снижение диуреза. В анамнезе выявляется применение инфузионной терапии.
<b>Общий осмотр</b>	Адинамия и апатия, тремор, в тяжелых случаях судороги, менингеальные симптомы и кома. Отеки.
<b>Системы организма</b>	Гипертензия, признаки перегрузки сердца, в тяжелых случаях – острая сердечная недостаточность. При развитии отека легких – одышка, влажные хрипы и пр. При обследовании живота может быть выявлен асцит.
<b>Лабор. обследование</b>	Снижены гематокрит, содержание эритроцитов, тромбоцитов, лейкоцитов, белка, осмолярность снижена – ниже 280 мосмоль/л, натрий ниже 130 ммоль/л. Сначала полиурия с низкой плотностью мочи, потом олигурия или анурия, увеличение креатинина и мочевины.

## 6.12 СИНДРОМ ОСТРОГО ДЫХАТЕЛЬНОГО АЦИДОЗА

<b>Опрос</b>	Жалобы на нарушение дыхания, головную боль, снижение диуреза. Возможны жалобы на жажду, рвоту, диарею. В анамнезе выявляются соответствующие заболевания.
<b>Общий осмотр</b>	Характерно диспноэ, возбуждение, позже сменяющееся адинамией, бледность или цианоз, некоторое повышение температуры. Возможен мышечный гипертонус. В тяжелых случаях нарушения сознания, кома.
<b>Системы</b>	Тахикардия, диспноэ, гипертензия, сменяющаяся гипотензией. Возможно развитие

<b>организма</b>	сердечных аритмий.
<b>Лабор. обследование</b>	РаСО <sub>2</sub> и РvСО <sub>2</sub> увеличены, рН снижен, ВЕ как правило в норме, но при развитии вторичного метаболического ацидоза снижается. Мочевой синдром. Типичны электролитные нарушения: увеличение в плазме калия, натрия и фосфатов, гиперосмолярность. При развитии ПОН – изменения в биохимическом анализе крови.

### 6.13 СИНДРОМ ОСТРОГО ДЫХАТЕЛЬНОГО АЛКАЛОЗА

<b>Опрос</b>	Жалобы на слабость, парестезии, судороги. Возможны жалобы на головокружение, помутнение сознания, запоры или, напротив, диарею, рвоту, полиурию. В анамнезе выявляются соответствующие заболевания.
<b>Общий осмотр</b>	Характерно дыхание в режиме гипервентиляции, возможны гипотонус мышц, адинамия, тремор, судороги, менингеальные симптомы и кома.
<b>Системы организма</b>	Гипотония, возможны сердечные аритмии.
<b>Лабор. обследование</b>	РаСО <sub>2</sub> и РvСО <sub>2</sub> снижены, рН увеличен, ВЕ как правило в норме. Обычно наблюдаются электролитные нарушения: снижение в плазме калия, натрия, кальция и фосфатов, гипоосмолярность. Мочевой синдром.

### 6.14 СИНДРОМ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО АЦИДОЗА

<b>Опрос</b>	Жалобы на головную боль, слабость, одышку. Возможны жалобы на головокружение, жажду, рвоту, диарею. В анамнезе выявляются соответствующие заболевания.
<b>Общий осмотр</b>	Характерно возбуждение, позже сменяющееся адинамией, бледность или акроцианоз, кожа холодная и влажная, увеличение ЧДД, в тяжелых случаях дыхание Куссмауля. Возможны лихорадка, мышечный гипертонус, помутнение сознания, делирий, кома.
<b>Системы организма</b>	Гипотония, возможны сердечные аритмии.
<b>Лабор. обследование</b>	РаСО <sub>2</sub> и РvСО <sub>2</sub> обычно снижены, рН снижен, ВЕ снижен. Обычно наблюдаются электролитные нарушения: увеличение в плазме калия и фосфатов, возможно увеличение натрия плазмы и осмолярности. Мочевой синдром. При развитии ПОН – изменения в биохимическом анализе крови.

## 6.15 СИНДРОМ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО АЛКАЛОЗА

<b>Опрос</b>	Жалобы на головную боль, снижение диуреза. Возможны жалобы на судороги, запоры или, наоборот, диарею, рвоту, полиурию. В анамнезе выявляются соответствующие заболевания.
<b>Общий осмотр</b>	Характерно дыхание в режиме гиповентиляции, бледность, возбуждение, сменяющееся адинамией, в тяжелых случаях кома. Возможны лихорадка, гипотония мышц до параличей, тремор, судороги, менингеальные симптомы.
<b>Системы организма</b>	Гипертензия, в дальнейшем сменяющаяся гипотензией, увеличение ЧСС, возможны сердечные аритмии.
<b>Лабор. обследование</b>	РаСО <sub>2</sub> и РvСО <sub>2</sub> повышены, рН увеличен, ВЕ увеличен. Обычно наблюдаются электролитные нарушения: снижение в плазме калия, натрия и фосфатов, гипоосмолярность. Мочевой синдром.

## 6.16 ШОК

<b>Опрос</b>	Жалобы на слабость, головокружение, одышку. В анамнезе выявляются соответствующие заболевания. Возможны эпизоды потери сознания, жажда, рвота.
<b>Общий осмотр</b>	Характерна адинамия, нарушения сознания до комы. Бледная, холодная и влажная кожа, симптом «бледного пятна», температура тела часто понижена. Диспноэ. При гиповолемии - сухость кожи и слизистых, в том числе языка, снижение тургора, мягкость глазных яблок. При присоединении ДВС – геморрагические высыпания, при гиперкалиемии мышечный гипертонус и пр.
<b>Системы организма</b>	Выявляются признаки нарушения системной гемодинамики: чаще всего снижение СВ, систолического и пульсового АД, ОЦК и ЦВД, в тяжелых случаях АД невозможно измерить методом Короткова и отсутствует пульс на периферических артериях. ЧДД и ЧСС значительно увеличены. Шоковый индекс выше 1, при тяжелом шоке - выше 1,5. Возможны аритмии. Олиго- или анурия.
<b>Лабор. обследование</b>	Снижение рН, ВЕ, повышение концентрации лактата, сначала снижение, потом повышение РСО <sub>2</sub> . Отклонения показателей водно-электролитного баланса – чаще увеличение калия, натрия, осмолярности. Гиперкоагуляция, сменяющаяся гипокоагуляцией. Увеличение плотности мочи, появление в моче белка, цилиндров, эритроцитов. При почечной недостаточности – рост креатинина, мочевины и пр.

## 6.17 РЕСПИРАТОРНЫЙ ДИСТРЕСС-СИНДРОМ ВЗРОСЛЫХ (РДСВ)

<b>Опрос</b>	Жалобы на сильную одышку, кашель. Возможны головные боли, жажда, рвота, снижение диуреза. В анамнезе соответствующее заболевание.
<b>Общий осмотр</b>	Характерна бледность или цианоз. Возбуждение, позже адинамия, возможен мышечный гипертонус, нарушения сознания до комы.
<b>Системы организма</b>	Выраженное увеличение ЧДД и ЧСС, снижение АД и аритмии. Выявляются физикальные признаки отека легких.
<b>Лабор. обследование</b>	РаО <sub>2</sub> ниже 50 мм рт.ст. даже при ингаляции концентрированного кислорода, увеличение РСО <sub>2</sub> , снижение рН, увеличение калия, натрия, осмолярности.
<b>Рентген. исследование</b>	Усиление сосудистого рисунка, на этом фоне множество очаговоподобных теней, потом картина альвеолярного отека и диффузной инфильтрации.

## 6.18 СИНДРОМ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

<b>Опрос</b>	Жалобы на слабость, зуд, потемнение мочи. Возможна одышка, головокружение, жажда, рвота. В анамнезе выявляется соответствующее заболевание.
<b>Общий осмотр</b>	Характерна заторможенность, адинамия, в тяжелых случаях делирий, кома с дыханием Куссмауля, «печеночный запах». Бледность или желтушное окрашивание кожи и слизистых, геморрагические высыпания, отеки, возможно наличие печеночных знаков, мышечный гипертонус.
<b>Системы организма</b>	Снижение АД, аритмии. Выявляются признаки гидроторакса и асцита.
<b>Лабор. обследование</b>	Увеличены и прямая, и непрямая фракции билирубина крови. Увеличены ЛДГ, АЛТ, АСТ. Диспротеинемия, снижение концентрации альбумина, глюкозы, церулоплазмينا, протромбина, фибриногена, холестерина, фосфолипидов, липопротеинов. Характерны признаки гипокоагуляции, снижение рН, ВЕ, РСО <sub>2</sub> , увеличение концентрации кетоновых тел, калия, натрия, осмолярности. В моче билирубин и уробилин.

## 6.19 СИНДРОМ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КИШЕЧНИКА.

<b>Опрос</b>	Жалобы на отсутствие аппетита, тошноту, рвоту, вздутие живота и боли в животе (обычно умеренной интенсивности), задержку стула.
<b>Системы</b>	Выявляются признаки пареза кишечника - характерно симметричное вздутие

<b>организма</b>	живота и ослабление или отсутствие перистальтики при аускультации. Признаки, характерные для основного заболевания, а также симптомы, связанные с интоксикацией, кислотно-основными и водно-электролитными нарушениями.
<b>Инструм. обсл.</b>	Ультразвуковые и рентгенологические признаки динамической кишечной непроходимости (см. тему «кишечная непроходимость»).

## 6.20 СИНДРОМ ОСТРОЙ КРОПОТЕРИ

<b>Опрос</b>	Жалобы на слабость, головокружение, сухость во рту и жажду, одышку, потемнение в глазах и мелькание «мушек» перед глазами, снижение диуреза. Возможны эпизоды потери сознания. В анамнезе выявляется соответствующее заболевание, травма и т.д.
<b>Общий осмотр</b>	Может наблюдаться беспокойство, чувство страха, эйфория или наоборот вялость, адинамия, в тяжелых случаях нарушения сознания до комы. Бледность, сухость кожи и слизистых, снижение тургора, мягкость глазных яблок, при шоке - бледная, холодная и влажная кожа, симптом «бледного пятна», температура тела часто понижена, диспноэ, возможны геморрагические высыпания и пр. Признаки излития крови – в ткани, в среду.
<b>Системы организма</b>	Снижены систолическое и пульсовое АД, ОЦК и ЦВД, в тяжелых случаях АД невозможно измерить методом Короткова и отсутствует пульс на периферических артериях. ЧДД, ЧСС, шоковый индекс увеличены. Характерно нарушение моторики ЖКТ – развитие пареза. Специфические симптомы гемоперитонеума, гемоторакса и т.д.
<b>Лабор. обследование</b>	В фазе гемодиллюции снижены гематокрит, содержание эритроцитов и гемоглобина, тромбоцитов, лейкоцитов, белка. Характерны олигурия или анурия, увеличение плотности мочи, при шоке - увеличение креатинина, мочевины крови, снижение рН, ВЕ и т.д. В фазе компенсации характерна регенераторная нормохромная макроцитарная анемия.

## 6.21 СИНДРОМ ХРОНИЧЕСКОЙ КРОВОПОТЕРИ

<b>Опрос</b>	Жалобы на слабость, утомляемость, головокружение, одышку и сердцебиение, звон в ушах, потемнение в глазах и мелькание «мушек» перед глазами, обмороки. Возможны жалобы на тошноту и тяжесть в желудке после еды, жжение языка и мышечную слабость. В анамнезе выявляется соответствующее заболевание.
<b>Общий осмотр</b>	Бледность, сухость волос и кожи и шелушение, атрофический глоссит, ангулярный стоматит, койлонихии.
<b>Системы организма</b>	ЧДД и ЧСС могут быть увеличены. Звучные сердечные тоны, систолический шум.

<b>Лабор. обследование</b>	Снижение концентрации эритроцитов, еще большее снижение гемоглобина, цветовой показатель около 0,5-0,6, микроцитоз, ретикулоцитоз или ретикулопения. Может наблюдаться анизоцитоз и пойкилоцитоз. Железо сыворотки и ферритин снижены, ЛЖСС повышена, при пробе с десфералом отмечается снижение выведения железа.
----------------------------	--

## 6.22 ДВС СИНДРОМ

<b>Опрос</b>	Возможны жалобы на слабость, головокружение, одышку, на головную боль, боли в пояснице, жажду, тошноту и рвоту, уменьшение диуреза, кашель, боли в сердце. При желудочно-кишечных кровотечениях – мелена и пр. признаки. В анамнезе выявляется соответствующее заболевание.
<b>Общий осмотр</b>	Характерна вялость, адинамия, в тяжелых случаях нарушения сознания до комы. Кожа бледная или цианотичная, возможны геморрагические высыпания, в местах инъекций кровоизлияния, при развитии шока холодная и влажная, симптом «бледного пятна», температура тела часто понижена. Диспноэ. При кровотечениях – соответствующие симптомы. При почечной недостаточности отеки тела. Возможен гипертонус мышц, психозы. При сочетании с макротромбозами – симптомы артериальных или венозных тромбозов крупных сосудов (чаще всего – венозных тромбозов нижних конечностей).
<b>Системы организма</b>	Выявляются признаки гемодинамических нарушений вплоть до шока, тогда снижен СВ, ОЦК и ЦВД, снижены систолическое и пульсовое АД, в тяжелых случаях АД невозможно измерить методом Короткова и отсутствует пульс на периферических артериях. ЧДД и ЧСС значительно увеличены, шоковый индекс выше 1. Возможны признаки перегрузки сердца, гидроторакса, отека легких, асцита, сердечные аритмии из-за гиперкалиемии. При развитии кровотечений – соответствующие симптомы.
<b>Лабор. обследование</b>	Гиперкоагуляция, сменяющаяся гипокоагуляцией. На этой стадии возможно уменьшение количества тромбоцитов, рост времени кровотечения, времени агрегации и пр.; увеличение тромбинового времени, ПТВ, ПТИ, МНО, времени свертывания, АЧТВ, уменьшение концентрации фибриногена, увеличение ПДФ, РФМК, Д-димеров фибрина, комплексов тромбин-антитромбин, плазмин-антиплазмин и пр., фибринолитической активности плазмы. Из-за нарушения перфузии тканей снижение рН, ВЕ, олигурия или анурия и т.д.



## 6.23 ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

<b>Опрос</b>	Жалобы могут отсутствовать, при развитии профузного кровотечения жалобы на слабость, головокружение, сухость во рту и жажду, одышку, потемнение в глазах и мелькание «мушек» перед глазами, снижение диуреза. Возможны эпизоды потери сознания. В анамнезе выявляется механическая желтуха или соответствующее заболевание печени или применение антикоагулянтов.
<b>Общий осмотр</b>	Характерны кровоизлияния в местах инъекций, ушибов. При развитии профузного кровотечения может наблюдаться беспокойство, чувство страха, вялость, адинамия, в тяжелых случаях нарушения сознания до комы. Бледность, сухость кожи и слизистых, снижение тургора, мягкость глазных яблок, при шоке - бледная, холодная и влажная кожа, симптом «бледного пятна», температура тела часто понижена, диспноэ и т.д.
<b>Системы организма</b>	При кровотечениях снижены систолическое и пульсовое АД, ОЦК и ЦВД тоже, в тяжелых случаях АД невозможно измерить методом Короткова и отсутствует пульс на периферических артериях. ЧДД и ЧСС увеличены. Шоковый индекс повышен.
<b>Лабор. обследование</b>	Увеличение ТВ, ПТВ, ПТИ и МНО, АЧТВ, снижение концентрации фибриногена. При кровотечениях возможно снижение гематокрита, эритроцитов и гемоглобина, тромбоцитов, лейкоцитов, белка, олигурия или анурия и т.д.

## 6.24 СТРЕСС-СИНДРОМ (ПОСТАГРЕССИВНЫЙ СИНДРОМ)

<b>Опрос</b>	Жалобы, связанные с основным заболеванием или операцией (специфическое действие стрессора) и жалобы на отсутствие аппетита, сухость во рту, нарушения сна, сердцебиение, одышку, тошноту, вздутие живота и боли в животе, задержку стула и газов, снижение диуреза, аменорею, похудание, слабость.
<b>Общий осмотр</b>	Характерно состояние тревоги, возбуждение. Возможна гипертермия. В тяжелых случаях значительное похудание, атрофия мышц.
<b>Системы организма</b>	Тахикардия, повышение ЧДД, АД, УО, МОС, СИ, симптомы пареза – вздутие живота, ослабление или отсутствие перистальтики. В тяжелых случаях симптомы сердечной недостаточности, гипергидратации, признаки желудочно-кишечных кровотечений и тромбозов. При истощении систем адаптации - гемодинамические нарушения вплоть до шока. Признаки, характерные для основного заболевания (например, органов ЖКТ).
<b>Лабор. обследование</b>	Повышение уровней АКТГ, СТГ, ГК, АДГ, КА, глюкагона, инсулина, снижение уровня половых гормонов. Гипергликемия, повышения уровня жирных кислот крови, гипокалиемия и гипернатриемия, повышение уровня некоторых печеночных белков: фибриногена и др. Возможно снижение альбумина. Олигурия, увеличение содержания азотистых продуктов в моче и в крови. Гиперкоагуляционный синдром.

	<p>Ретикулоцитоз, лейкоцитоз и нейтрофилия, лимфопения, моноцитопения и эозинопения.</p> <p>При истощении адаптации наблюдаются гипогликемия, снижение уровня жирных кислот, электролитные нарушения, кислотно-основные нарушения, при развитии органических нарушений - изменения в биохимическом анализе крови.</p>
--	---

## ЛИТЕРАТУРА

1. Хеглин Ю. Хирургическое обследование М., Медицина, 1991
2. Шкроб О.С. Исследование прямой кишки М., ММА им. И.М.Сеченова, 1997
3. Эпштейн О., Перкин Г.Д., Д.П. де Боно, Куксон Д. Непосредственное исследование больного С.-П., Бином, 2001