

**Министерство здравоохранения Республики Беларусь
Учреждение образования**

«Гомельский государственный медицинский университет»

Кафедра хирургических болезней №1

КЛИНИЧЕСКАЯ ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ ХИРУРГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО

Учебно-методическое пособие
для студентов 5 курса

Гомель 2007

УДК 617-071.1
ББК 54.5
К 49

Авторы-составители: А. А. Призенцов; А. Г. Скуратов

Рецензент: заведующий кафедрой хирургических болезней №1 кандидат медицинских наук, доцент Гомельского государственного медицинского университета *В. М. Лобанков*

Клиническая история болезни хирургического больного : учеб.-метод. пособие для студентов 5 курса / авт.-сост. : А. А. Призенцов, А. Г. Скуратов. — Гомель : Учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет», 2007.— 16 с.

ISBN 985-6779-82-0

Пособие содержит инструктивные материалы по написанию клинической истории болезни хирургического больного. Соответствует учебному плану и программе по хирургическим болезням для студентов высших медицинских учебных заведений Министерства здравоохранения Республики Беларусь.

Предназначено для студентов 5 курса специальности «Лечебное дело».

Утверждено и рекомендовано к изданию Центральным учебно-научно-методическим советом учреждения образования «Гомельский государственный медицинский университет» 7 декабря 2006 г., протокол № 11.

ISBN 985-6779-82-0

УДК 617-071.1
ББК 54.5

© Учреждение образования
«Гомельский государственный
медицинский университет», 2007

СОДЕРЖАНИЕ

1. Паспортная часть	4
2. Жалобы	4
3. История настоящего заболевания	4
4. История жизни больного.....	5
5. Настоящее состояние больного.....	5
6. Настоящее состояние больного.....	9
7. План обследования	9
8. Результаты лабораторных и специальных методов обследования ...	10
9. Клинический диагноз и его обоснование.....	10
10. Лечение курируемого больного	10
11. Дневник ежедневного наблюдения.....	10
12. Предоперационный эпикриз.....	11
13. Протокол операции.....	11
14. Прогноз заболевания	11
15. Эпикриз.....	11
Список рекомендуемой литературы.....	12
Приложения.....	13

1. ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

1. Ф.И.О. больного.
2. Возраст.
3. Пол.
4. Место жительства.
5. Место работы, профессия.
6. Дата поступления. Для экстренных больных указывается время.
7. Дата выписки.
8. Направившее учреждение.
9. Диагноз направившего учреждения.
10. Клинический диагноз:
 - основной.
 - осложнения основного заболевания.
 - сопутствующие заболевания.
11. Операция: дата и название.
12. Исход болезни: выздоровление, улучшение, без перемен, ухудшение, смерть.
13. Трудоспособность: восстановлена, временно утрачена, стойко утрачена.

2. ЖАЛОБЫ

В этом разделе указываются основные жалобы больного на момент курации. Затем перечисляют остальные (второстепенные, не связанные с основным заболеванием) жалобы. Жалобы при поступлении в клинику кратко отмечаются в анамнезе заболевания (при необходимости). У каждого больного должно быть выяснено общее самочувствие, наличие или отсутствие болевого синдрома, диспепсических и дизурических расстройств, нарушений функции дыхания, сердечно-сосудистой деятельности, опорно-двигательного аппарата и т.п.

NB! В этом разделе не рекомендуется употреблять фразы «со стороны сердечно-сосудистой системы больной предъявляет жалобы на ...» и т.п., так как зачастую один и тот же симптом может наблюдаться при дисфункции различных органов и систем.

При оформлении истории болезни имеющиеся жалобы излагаются в порядке, который наилучшим образом отражает состояние больного, т.е. от более значимых к менее значимым.

3. ИСТОРИЯ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

Указывается, в течение какого времени (при острых хирургических заболеваниях с точностью до часа) обследуемый считает себя больным. В хронологическом порядке описывается возникновение и динамика имею-

щихся жалоб и других патологических изменений, проводившиеся ранее исследования и их результаты (если известны), диагнозы, устанавливаемые при предшествующих обращениях за медицинской помощью, проводимое ранее лечение, в том числе оперативные вмешательства, их результаты.

Необходимо отметить причину настоящей госпитализации: для планового оперативного лечения, для уточнения характера патологии; отсутствие эффекта амбулаторного лечения; появление осложнений заболевания; развитие неотложного состояния.

4. ИСТОРИЯ ЖИЗНИ БОЛЬНОГО

Изучаются и записываются материально-бытовые условия, характер трудовой деятельности с наличием возможных профессиональных вредностей, перенесенные заболевания, травмы, операции и результаты их лечения, наследственность, вредные привычки. В этом же разделе записывается аллергологический, в частности лекарственный анамнез (переносимость принимаемых лекарств, проводились ли гемотрансфузии, были ли осложнения). При наличии сахарного диабета указывается вариант лечения (таблетированные препараты, инсулины).

У женщин собирается гинекологический анамнез (менструации, беременность, роды, аборты, гинекологические заболевания).

5. НАСТОЯЩЕЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНОГО

ОБЩИЙ ОСМОТР

Общее состояние больного: удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое.

Сознание: ясное, заторможен, возбужден, сопор, кома.

Настроение: ровное, подавленное, эйфория.

Положение больного: активное, пассивное, вынужденное (указать какое и с чем оно связано).

Телосложение: правильное, неправильное. Питание: нормальное, пониженное, повышенное, ожирение, кахексия. Конституциональный тип : нормостенический, астенический, гиперстенический. Рост, вес.

Кожные покровы и слизистые оболочки. Окраска: обычной окраски, бледные, гиперемизированные, цианотичные, иктеричные, землистые. Влажность, тургор кожи. Пигментация. Телеангиоэктазии. Сыпь (характер элементов). Расчесы. Кровоподтеки. Рубцы. Опухолевидные образования. Трофические расстройства.

Подкожно-жировая клетчатка: ее развитие (умеренное, слабое, чрезмерное). Ожирение, преимущественная локализация отложений жира. Наличие пастозности и отеков, их локализация и распространенность (общие, местные).

Лимфатические узлы: пальпация подчелюстных, шейных, над- и подключичных, подмышечных, локтевых, паховых узлов. Их величина, консистенция, болезненность, подвижность, спаянность между собой и окружающими тканями.

У женщин описываются результаты осмотра и пальпации молочных желез.

Опорно-двигательный аппарат: степень развития мышц (умеренное, слабое, хорошее), имеющиеся деформации, изменение конфигурации суставов, объем активных и пассивных движений.

СИСТЕМА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Дыхание носом, ртом (затрудненное, свободное). Характер голоса (громкий, тихий, охриплость, афония).

Тип дыхания: грудной, брюшной, смешанный. Ритм, глубина дыхания. Число дыханий в одну минуту. Форма грудной клетки. Окружность грудной клетки и определение дыхательных экскурсий. Участие в дыхании обеих половин грудной клетки, наличие деформаций или других патологических образований грудной клетки.

Характер перкуторного звука. Топографическая перкуссия: границы легких по стандартным линиям, подвижность нижних краев. Голосовое дрожание.

Результаты аускультации легких (характер дыхания, наличие хрипов, их характеристика и локализация).

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА

Осмотр области шеи: патологические изменения сосудов.

Пульс, его частота, ритм, наполнение. Артериальное давление. Деформации в области сердца, характеристика верхушечного толчка.

Границы абсолютной и относительной сердечной тупости.

Результаты аускультации сердца: тоны (ясные, приглушенные), нарушение ритма сердца (экстрасистолия, мерцательная аритмия). Шумы и их характеристика. Шум трения перикарда.

Функциональные пробы: проба Штанге (задержка дыхания на вдохе после двух глубоких дыханий) хорошая — 40–50 с, слабая — ниже 30 с.

Проба Собрале : задержка дыхания на выдохе после двух глубоких дыханий (средние величины 20–25 с).

Определяется пульсация периферических артерий на верхних и нижних конечностях, аускультация сосудов (патологические шумы).

При наличии изменений венозных сосудов описывается внешний вид, расположение, выраженность варикозно расширенных вен, отеки и другие изменения. Результаты функциональных проб.

NB! В случае, если заболевание артерий или вен конечностей является основным, подробное описание изменений, результаты проведенных функциональных проб записываются при описании местного статуса.

ОРГАНЫ ПИЩЕВАРЕНИЯ

Аппетит: сохранен, понижен, повышен, анорексия, извращен. Отвращение к пище.

Язык: влажный, сухой. Чистый, обложен. Характер и цвет налета. Наличие трещин, язв. Состояние зубов, десен.

Живот: симметричность, форма, величина, вздутие (равномерное, неравномерное), участие передней брюшной стенки в акте дыхания. Наличие деформаций, рубцов.

Пальпация живота (поверхностная, глубокая): болезненность при пальпации, ее локализация и интенсивность. Наличие или отсутствие напряжения мышц передней брюшной стенки, его локализация и интенсивность. Основные симптомы раздражения брюшины (Щеткина-Блюмберга и Воскресенского): положительны или отрицательны. При наличии клиники острых хирургических заболеваний брюшной полости выявляется наличие или отсутствие характерных для той или иной нозологии симптомов. Результаты пальпации печени, селезенки и др. Определяются дефекты в брюшной стенке (грыжи, диастаз прямых мышц), их локализация и размеры. Опухолевидные образования и инфильтраты брюшной стенки и брюшной полости (локализация, величина, консистенция, подвижность, болезненность, наличие флюктуации).

NB! У здорового человека в брюшной полости пальпации доступны только слепая, сигмовидная кишки и позвоночный столб. Пальпация других органов возможна либо при наличии в них той или иной патологии (приводящей к изменению плотности, размера, подвижности органа), либо при дефиците массы тела (истощении) больного.

Перкуторно определяется наличие жидкости в брюшной полости (укорочение перкуторного звука в отлогих местах живота, меняющего свои границы при перемене положения туловища), свободного газа (исчезновение печеночной тупости — симптом Спигарного).

Размеры печени по Курлову, размеры селезенки.

Аускультативно определяется наличие и характер перистальтики (отсутствует, единичные шумы, вялая, ровная, усиленная, стенотическая, резонирующая). Шум трения брюшины. Сосудистые шумы.

Прямая кишка: осмотр области заднепроходного отверстия (наружные геморроидальные узлы, кондиломы, трещины, свищи и др.). При пальцевом исследовании прямой кишки описывается тонус сфинктера (обычный, ослаблен, повышен), наличие болезненности при его пальпации. Наличие и консистенция каловых масс, их цвет. Инфильтраты, опухоли, их локализация.

ция. Патологические примеси (слизь, кровь, гной). У мужчин определяются размеры и эластичность предстательной железы, симметричность (равновеликость) ее долей и сохранность междолевой бороздки.

NB! Учитывая отмеченную в последние годы высокую частоту рака прямой кишки, пальцевое ректальное исследование проводится в обязательном порядке всем больным по достижении 40 лет (вне зависимости от патологии и профиля отделения).

Стул: регулярный, не регулярный, частота; оформленный, не оформленный. Количество (небольшое, умеренное, обильное). Цвет: обычный, бесцветный (ахоличный), черный и т.д. Наличие примесей крови, слизи, гноя.

МОЧЕПОЛОВАЯ СИСТЕМА

Наличие изменений наружных половых органов. Исследование наружных отверстий паховых каналов.

Наличие изменений в поясничной области, наличие или отсутствие болезненности при пальпации и поколачивании в поясничной области. Мочеиспускание: свободное, затруднено, болезненное, безболезненное, не учащено, учащено. Наличие выбухания в надлобковой области.

Результаты пальпации почек, мочевого пузыря.

Вторичные половые признаки, тип оволосения. Гинекомастия.

Гинекологическое исследование: выделения из влагалища, положение матки, размеры и консистенция ее, характеристика сводов (свободные, наличие инфильтратов), наличие болезненности при смещении шейки матки, изменений придатков матки, если они определяются.

ЭНДОКРИННАЯ СИСТЕМА

Осмотр и пальпация щитовидной железы. Степень увеличения, равновеликость долей. Поверхность (гладкая, бугристая), консистенция, смещаемость при глотании. Наличие пальпируемых узловых образований, их размер. Припухлость за грудиной. Экзофтальм. Симптомы Грефе, Штельвага и др.

НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ И ОРГАНЫ ЧУВСТВ

Интеллект: соответствие уровню развития.

Поведение больного: спокойное, повышенная раздражительность, мнительность и т.д. Отношение к своему заболеванию (уверенность в выздоровлении, или наоборот, склонность переоценивать тяжесть заболевания и т.д.).

Чувствительность: тактильная, болевая, температурная, глубокая. Зрение, слух, обоняние (дается общая характеристика, без применения специальных методов обследования).

Речь: афазия (сенсорная, моторная), дизартрия.

Судороги: тонические, клонические, тремор.

Менингеальные симптомы.

МЕСТНЫЙ СТАТУС

В этом разделе приводятся объективные данные, касающиеся описания части тела, системы или органа, которые поражены заболеванием: данные осмотра, пальпации, перкуссии, аускультации.

NB! Местный статус описывается только в том случае, если изменения доступны визуальному и физикальному исследованию. Так, при язвенной болезни желудка, хроническом калькулезном холецистите, остром аппендиците и т.п. местный статус отсутствует.

Примеры

Свободная паховая грыжа. В правой паховой области при натуживании определяется свободно вправимое в брюшную полость, не опускающееся в мошонку грыжевое выпячивание до 3 на 6 см в размерах, мягко-эластической консистенции, урчащее, безболезненное. Наружное паховое кольцо расширено до 1,5 см. Симптом кашлевого толчка положительный.

Варикозно расширенные вены. Правая голень пастозна, рост волос снижен. В нижней трети по медиальной поверхности голени кожа пигментирована. В бассейне большой подкожной вены в нижней трети бедра и верхней трети голени имеются множественные варикозные узлы и конгломераты размером от 1,5 на 1,5 см до 3 на 6 см, безболезненные, кожа над ними не изменена. Инфильтратов по ходу вен не выявлено. В горизонтальном положении вены спадаются. Маршевая проба положительна.

6. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Указывается без обоснования.

NB! Диагноз записывается полностью. Сокращения не допускаются. Если патология имеет название по автору, это указывается в скобках после записи диагноза.

7. ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ

План обследования больного составляется с учетом данных, необходимых для уточнения диагноза и проведения дифференциального диагноза, а также (по показаниям) для изучения функционального состояния жизненно важных органов и систем организма. В нем конкретно указывается, какие лабораторные, инструментальные, функциональные исследования должны быть проведены больному. План составляется с учетом очередности их проведения.

NB! Клинический минимум лабораторного обследования включает общий анализ крови, общий анализ мочи, уровень гликемии, и проводится всем больным. Если планируется оперативное вмешательство под местной анестезией, достаточно клинического минимума лабораторных исследований, в других случаях необходим биохимический анализ крови (мочевина,

билирубин, общий белок, АЛТ, АСТ, другие — по показаниям). Всем больным старше 40 лет показаны ЭКГ и консультация терапевта. Флюорографическое обследование проводится по достижении 17 лет.

NB! Названия лабораторных и инструментальных методов исследований записываются полностью. Допускаются лишь общепринятые сокращения (УЗИ, ФГДС, ЭКГ).

8. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНЫХ И СПЕЦИАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ

В этом разделе отражаются результаты выполненных исследований с подробными протоколами. Затем проводится их анализ с указанием имеющихся отклонений.

9. КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ

1. Основной.
2. Осложнения основного заболевания.
3. Сопутствующие заболевания.

Обоснование клинического диагноза проводится путем детального последовательного рассмотрения полученных данных (анамнестических, объективных, лабораторных и т.д.). При оформлении диагноза учитывается МКБ-10.

NB! Допустимо в формулировках диагноза отступать от МКБ-10, если термин является устоявшимся, общепринятым и общепонятным, например «Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Компенсированный рубцовый бульбарный стеноз».

10. ЛЕЧЕНИЕ КУРИРУЕМОГО БОЛЬНОГО

В этом разделе обосновывается избранная или планируемая тактика лечения больного. Применительно к данному больному обосновываются методы консервативного лечения, проводимая предоперационная подготовка, показания к хирургическому лечению. При наличии сопутствующих заболеваний приводится также их лечение.

11. ДНЕВНИК ЕЖЕДНЕВНОГО НАБЛЮДЕНИЯ

Дневники наблюдения за больным пишутся со второго дня курации и заканчиваются в день ее окончания. В дневниках отражается состояние больного на день осмотра, произошедшие изменения, записываются диагностические и лечебные манипуляции, даются конкретные назначения больному.

NB! Дневник наблюдения пишется в строгой последовательности, соответствующей первичному осмотру : жалобы, общее состояние больного, далее по системам, физиологические отправления, местный статус (перевязка), отделяемое по дренажам.

12. ПРЕДОПЕРАЦИОННЫЙ ЭПИКРИЗ

Пишется в дневнике наблюдения накануне операции.

В предоперационном эпикризе указывается, в каком порядке больной поступил в клинику (плановом, экстренном), основные жалобы и этапы развития заболевания, сведения из анамнеза жизни, объективные данные, на основании которых поставлен диагноз. В предоперационном эпикризе должны быть отмечены изменения в других органах и системах, которые влияют на определение показаний и противопоказаний к операции, на характер предоперационной подготовки и выбор самого метода оперативного вмешательства. Определяется и обосновывается метод операции. Указывается вид анестезии и премедикация. При операции под наркозом приводится запись анестезиолога до начала операции и после операции. Обязательно указывается согласие больного на операцию.

NB! Стандартная премедикация: Sol. Promedoli 2%—1 ml, Sol. Dimedroli 1%—2 ml, Sol. Atropini sulfatis 0,1%—0,8 ml внутримышечно за 30 мин до операции.

13. ПРОТОКОЛ ОПЕРАЦИИ

Пишется в дневнике в день операции. После протокола указывается послеоперационный диагноз.

14. ПРОГНОЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Приводится ближайший и отдаленный прогноз заболевания в отношении жизни и трудоспособности. Благоприятный, неблагоприятный. Трудоспособность восстановлена, временно утрачена, стойко утрачена.

15. ЭПИКРИЗ

Может быть выписным, переводным, этапным, посмертным.

Должен содержать основные сведения из жалоб, анамнеза, объективных и лабораторных данных, на основании которых поставлен диагноз и определено показание к тому или иному методу лечения, в том числе к операции. Необходимо отметить состояние и изменения со стороны основных систем организма. Характер проведенного лечения (конкретно и его результаты: изменения в состоянии больного, лабораторных данных и т.п.). В случае оперативного лечения должен быть указан характер и объем вмешательства, особенности течения послеоперационного периода, сроки снятия швов, вид заживления раны (первичным, вторичным натяжением). Заканчивается эпикриз рекомендациями и прогнозом.

СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Бурых, М. П.* Общие основы технологии хирургических операций / М. П. Бурых. — Ростов н/Д. : Изд-во «Феникс», 1999. — 544 с.
2. *Войно-Ясенецкий, В. Ф.* Очерки гнойной хирургии / В. Ф. Войно-Ясенецкий. — М.; СПб. : ЗАО «Изд-во БИНОМ»; «Невский Диалект», 2000. — 704 с.
3. Клиническая хирургия / Р. Конден [и др.]; под ред. Р. Кондена и Л. Найхуса; пер. с англ. — М.: Практика, 1998. — 716 с.
4. *Ковалев, А. И.* Школа неотложной хирургической практики / А. И. Ковалев, Ю. Т. Цуканов. — М., 2004. — 911 с.
5. *Маслов, В. И.* Малая хирургия / В. И. Маслов. — М., 1988. — 215 с.
6. *Петров, С. В.* Общая хирургия / С. В. Петров. — СПб. : Изд-во «Лань», 1999. — 672 с.
7. 50 лекций по хирургии / В. С. Савельев [и др.]; под ред. В. С. Савельева. — М. : Изд-во «Триада-Х», 2004. — 752 с.
8. *Рычагов, Г. П.* Методы наложения повязок при травмах и некоторых заболеваниях / Г. П. Рычагов, А. Н. Нехаев. — Мн.: Выш. шк., 1996. — 124 с.
9. Справочник по хирургии / С. Шварц [и др.]; Под ред. С. Шварца, Дж. Шайерса, Ф. Спенсера; пер. с англ. — СПб. : Питер Пресс, 1999. — 880 с.
10. Хирургические болезни: учеб. В 2 т / В.С. Савельев [и др.]; под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. — М. : ГЭОТАР–Медиа, 2005.
11. *Cotton, L.* A new short textbook of surgery / L. Cotton, K. Lafferty. — Hodder and Stoughton, 1986. — 362 p.
12. *Forrest, A. P. M.* Principles and practice of surgery / A.P.M. Forrest, D.C. Carter, J.B. Macleod. —Churchill Livingstone, 1989. — 672 p.
13. *Mann, Ch. V.* Bailey and Love's short practice of surgery / Ch. V. Mann, R. C. G. Russel: 21st Ed. — Chapman and Hall Medical, 1992. — 1519 p.
14. *Skandalakis, J. E.* Surgical anatomy and technique. A pocket manual / J. E. Skandalakis, P. N. Skandalakis, L. J. Skandalakis; Springen-Verlag, 1995. — 674 p.
15. *Stillman, R. M.* General surgery. Review and Assessment / R. M. Stillman; 3rd Ed. Appleton and Lange, 1988. — 438 p.
16. *Way, L. W.* Current surgical diagnosis and treatment / Way L. W: Lange med book. —9th Ed. — 1991.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

ОСНОВНЫЕ СИМПТОМЫ В АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Симптом Щеткина-Блюмберга — признак перитонита. При медленном надавливании на живот боль умеренная; при быстром отнятии руки появляется острая боль.

Симптом Воскресенского — признак перитонита. Резкая боль при быстром проведении пальцами по передней брюшной стенке.

Симптом Менделя — признак перитонита. При перкуссии по передней брюшной стенке возникает боль.

Симптом Кохера-Волковича — признак острого аппендицита. Боль возникает в эпигастрии или мезогастррии, а через несколько часов перемещается и локализуется в правой подвздошной области.

Симптом Ровзинга — признак острого аппендицита. При толчкообразном надавливании на нисходящий отдел ободочной кишки возникает боль в правой подвздошной области.

Симптом Раздольского — признак острого аппендицита. Боль при перкуссии в правой подвздошной области.

Симптом Ситковского — признак острого аппендицита. При положении больного на левом боку боль усиливается.

Симптом Бартомье-Михельсона — признак острого аппендицита. Болезненность в правой подвздошной области в положении больного на левом боку.

Симптом Михельсона — признак острого аппендицита у беременных. Усиление болей в положении больной на правом боку.

Симптом Аарона — признак острого аппендицита. Боль и чувство распирания в эпигастрии при надавливании в правой подвздошной области.

Симптом Образцова — признак острого ретроперитонеального аппендицита. Усиление болей во время пальпации в правой подвздошной области в положении больного с приподнятой правой ногой.

Симптом Островского — признак острого ретроперитонеального аппендицита. Усиление болей во время пальпации в правой подвздошной области в положении больного с приподнятой правой ногой, при этом врач второй рукой прижимает ногу пациента к кушетке.

Симптом Грекова-Ортнера — признак острого холецистита. Боль при поколачивании краем ладони по правой реберной дуге.

Симптом Мерфи — признак острого холецистита. Болезненность и невозможность продолжить вдох при пальпации в правом подреберье.

Симптом Мюсси — признак острого холецистита. Болезненность при пальпации между ножками грудно-ключевидно-сосцевидной мышцы.

Симптом Керте — признак острого панкреатита. Резистентность в эпигастрии.

Симптом Воскресенского — признак острого панкреатита. Исчезновение пульсации аорты в эпигастрии.

Симптом Мейо-Робсона — признак острого панкреатита. Боль при пальпации в левом подреберье.

Симптом Спизарского — признак перфорации. Перкуторно исчезновение печеночной тупости.

Симптом Крымова — признак перфорации. Болезненность при пальпации пупка кончиком пальца.

Симптом Склярова — признак кишечной непроходимости. Определяется шум плеска.

Симптом Валя — признак кишечной непроходимости. Локальное вздутие с пальпирующейся петлей кишки.

Симптом Обуховской больницы — признак заворота сигмовидной кишки. Расширенная пустая ампула прямой кишки, зияние сфинктера.

Симптом Цеге — Мантейфеля признак заворота сигмовидной кишки и низкой обтурационной кишечной непроходимости. Малая вместимость дистального отдела при постановке сифонной клизмы. Удастся ввести не более 500 мл воды.

Симптом Спасокукоцкого — признак кишечной непроходимости. Аускультативно шум падающей капли.

Симптом чаш Клойбера — признак кишечной непроходимости, рентгенологический. При обзорной рентгеноскопии брюшной полости выявляются горизонтальные уровни жидкости с газовыми пузырями над ними.

Симптом Шланге — признак паралитической кишечной непроходимости. При аускультации отмечается полная тишина.

Симптом Блинова — признак тромбоза брыжеечных сосудов. Значительное повышение артериального давления.

Симптом Розанова (симптом «ваньки-встаньки») — признак внутрибрюшного кровотечения. Больной сидит согнувшись, держась руками за живот. При попытке положить больного на спину он тотчас же занимает прежнее положение.

Симптом Кера — признак внутрибрюшного кровотечения. Боль в левом плече.

Приложения 2

Образец оформления титульного листа истории болезни

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
Кафедра хирургических болезней №1

Зав. кафедрой: _____
(ученая степень, ученое звание, Ф.И.О.)

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

КЛИНИЧЕСКАЯ ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

Больной: _____
Ф.И.О.

Клинический диагноз:

Основной: _____

Осложнения: _____

Сопутствующий: _____

Куратор : _____, ____ курса, _____ группы
(Ф.И.О.)

Время курации: с _____ по _____

Гомель год

Учебное издание

Призенцов Антон Александрович
Скуратов Александр Геннадьевич

**КЛИНИЧЕСКАЯ ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ
ХИРУРГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО**

Учебно-методическое пособие для студентов 5 курса

Редактор **Т. Ф. Рулинская**
Компьютерная верстка **Ж. И. Цырыкова**

Подписано в печать 11. 01. 2007
Формат 60×84¹/₁₆. Бумага офсетная 65 г/м². Гарнитура «Таймс»
Усл. печ. л. 0,03 . Уч.-изд. л. 1,0 . Тираж 70 экз. Заказ № 12

Издатель и полиграфическое исполнение
Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
246000, г. Гомель, ул. Ланге, 5
ЛИ № 02330/0133072 от 30. 04. 2004

Репозиторий ГОМГМУ