**Схема истории болезни на кафедре Факультетской Хирургии № 1**

**ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ О БОЛЬНОМ**

Фамилия, имя, отчество больного.

Возраст.

Образование.

Профессия.

Место работы.

Место жительства.

Дата и час поступления в стационар.

Кем направлен больной.

Диагноз направившего учреждения.

Диагноз при поступлении.

Клинический диагноз: а) основное заболевание; б) осложнения основного заболевания; в) сопутствующие заболевания.

Операция (название, дата, если больной не оперирован, отметить – не было).

Осложнения операции.

Дата выписки.

**ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО**

Излагаются на момент курации.

Вначале перечисляются жалобы, обусловленные основным заболевани­ем, а затем, связанные с сопутствующими болезнями. Их изложение долж­но быть лаконичным и конкретным.

Болевой синдром нуждается в тщательной детализации: необходимо ука­зать локализацию и интенсивность болей, причинную зависимость (связь с приемом пищи, физическими, психоэмоциональными факторами и т.д.), их иррадиацию, сочетание с диспепсическими, дизурическими, кишечными расстройствами, температурную реакцию организма.

При ряде хронических заболеваний органов брюшной полости, сопро­вождающихся приступами болей в анамнезе, жалоб со стороны больных на момент курации может не быть. Тем не менее и в подобных случаях в данном разделе следует дать подробное описание этих приступов с указанием их пе­риодичности и продолжительности, вариантов купирования.

**ИСТОРИЯ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ**

В данном разделе описывают динамику развития заболевания от момен­та первых его проявлений до поступления больного в стационар. Следует указать на причины, вызвавшие заболевание.

В этот раздел истории болезни должны быть вынесены сведения о преды­дущем амбулаторном, стационарном и курортном лечении. Необходимо изучить имеющиеся у больного на руках документы, характеризующие течение болезни (справки, выписки, лабораторные анализы, данные инструмен­тальных методов исследования и т.п.) и соответствующую информацию за­нести в историю болезни.

В тех случаях, когда студент начинает курировать больного, уже нахо­дящегося в лечебном учреждении на протяжении определенного време­ни, в настоящем разделе должны содержаться сведения о проведенных с момента поступления пациента лечебных мероприятиях и их эффектив­ности, изменениях в его состоянии, результатах обследования и предпо­лагаемом диагнозе.

**ИСТОРИЯ ЖИЗНИ БОЛЬНОГО**

В хронологическом порядке приводятся краткие биографические данные с указанием местности, где родился больной, возраста и состояния здоровья родителей при его рождении, социального положения и состава семьи; ус­ловия вскармливания и особенности развития, отношение к учебе, характер трудовой деятельности.

Характеристика работы (режим труда, санитарно-гигиеническая оценка рабочего помещения, наличие профессиональных вредностей).

Питание (регулярность приема, качество и количество принимаемой пи­щи, особенности пережевывания, быстрота употребления). Отношение к острым блюдам, горячей пище.

У женщин собирают гинекологический анамнез: наличие менструаций, менопауза; время установления менструаций, их характеристика (регуляр­ность, продолжительность, обильность, болезненность и т.д.), точный срок последней менструации; количество беременностей, выкидышей, абортов, родом.

Семейное положение, количество детей, их здоровье.

Жилищно-бытовые условия (площадь помещения, количество прожива­ющих, санитарная характеристика его).

Перенесенные заболевания, оперативные вмешательства (с обязатель­ным указанием возраста и года). Следует обратить особое внимание на такие болезни, как туберкулез, ревматизм, гепатиты, сахарный диабет, болезни сердечно-сосудистой системы, венерические заболевания. У женщин выяс­няются перенесенные гинекологические заболевания.

Наследственность (судьба родителей, заболевания в семье злокачест­венными новообразованиями, болезнями обмена, психическими болез­нями и др.).

Аллергологический анамнез (повышенная чувствительность к тем или иным запахам, продуктам, непереносимость лекарственных препаратов и т.д.).

Вредные привычки (курение, алкоголь, наркомания, злоупотребление чаем или кофе). Продолжительность подобных влечений, количество или объем, частота употребления вредных ингредиентов.

**НАСТОЯЩЕЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНОГО**

Оценивают общее состояние больного (удовлетворительное, средней тяже­сти, тяжелое, крайне тяжелое), положение (активное, пассивное, вынужден­ное), выражение лица (страдальческое, тоскливое, возбужденное, без болез­ненных проявлений), тип телосложения (крепкое, среднее, слабое), степень упитанности (повышенная, умеренная, пониженная, резкое истощение).

Определяют температуру тела, рост, массу тела больного.

Описывают окраску кожных покровов (бледно-розовая, бледная, жел­тушная, бронзовая, землисто-серая, цианотичная и т.д.), их влажность. Сле­дует исключить из обихода термин "нормальная" окраска. Указывают окрас­ку конъюнктивы век и склер. Фиксируются изменения кожи (пигментация, кровоподтеки, краснота, сыпь, расчесы, шелушение, сосудистые "звездоч­ки", телеангиоэктазии и др.) на отдельных участках туловища. Отмечают ло­кализацию, размеры обнаруженных на коже рубцов и другие их характеро­логические особенности (атрофичный, гипертрофичный, линейный, широ­кий, звездчатый, свободный или спаянный с подлежащими тканями); обра­щают внимание на наличие striae gravidarum у женщин, распределение воло­систости на коже, форму ногтевых пластинок, эластичность кожи на раз­личных участках тела.

Дается оценка степени развития подкожно-жировой клетчатки (чрезмер­ная, умеренная, слабая), измеряется толщина жирового слоя (в сантимет­рах) у пупка и в области угла лопаток. При обнаружении отеков подкожной клетчатки указывается их локализация и плотность.

Состояние лимфатического аппарата оценивают по результатам пальпа­ции подчелюстных, шейных, надключичных, подмышечных, локтевых, па­ховых, бедренных, подколенных лимфоузлов (л/у). Описывают их величину, консистенцию, количество (единичные или множественные), подвижность, болевую чувствительность, спаянность между собой и с окружающими тка­нями. Размеры л/у не должны сопоставляться с величинами горошин, фасо­ли, лесного или грецкого орехов и т.п.; их следует приводить в официальных единицах измерения (сантиметры, миллиметры). Как правило, у большин­ства больных удается прощупать мелкие подчелюстные, подмышечные и па­ховые л/у. Поэтому утверждение куратора о том, что л/у вообще не прощу­пываются, свидетельствует о неумении их исследования. Об этом же может свидетельствовать и "ложная" информация о прощупывании всех известных групп л/у.

Исследование мышц предусматривает оценку общего развития мышеч­ной системы (хорошее, умеренное, слабое), выявление атрофии или гипер­трофии мышечного аппарата, определение мышечного тонуса, уплотнений в толще мышц, уточнение мышечной силы верхних и нижних конечностей.

При исследовании костей (череп, грудная клетка, позвоночник, таз, ко­нечности) обращают внимание на возможные утолщения и деформации, болезненность при пальпации и перкуссии, нагрузке по оси. При необходимости измеряют длину конечностей и длины окружностей конечностей на симметричных уровнях.

Состояние суставов оценивают с позиций внешнего осмотра (конфигура­ция, деформация, припухлость, окраска кожных покровов, правильность со­отношения суставных концов), данных пальпации (болезненность, флюкту­ация), объема осуществляемых в них активных и пассивных движений, бо­лезненных ощущений, испытываемых больным при подобных движениях.

Щитовидная железа: не визуализируется, видна при глотании, внешнем осмотре, выявляется при пальпации. Следует уточнить, имеет ли место уве­личение одной доли, обеих долей, перешейка или всей щитовидной железы. Указывают ее размеры (с учетом ширины и высоты). Определяют консис­тенцию железы, характер ее поверхности, чувствительность к пальпации, способность смещаться при глотании; измеряют окружность шеи на уровне щитовидной железы.

Молочные железы: описывают форму молочных желез, их размеры, сим­метричность расположения, состояние кожных покровов, сосков, результа­ты пальпаторного обследования.

Молочные железы должны быть обследованы не только у женщин, но и у мужчин ввиду возможности развития в них патологических процессов (ги­некомастия, рак).

**Органы дыхания**

Описание начинают с упоминания жалоб (либо их нет, либо они изложе­ны выше - в разделе "ЖАЛОБЫ").

Оценивают возможность дыхания через нос (свободное, затрудненное); констатируют такие клинические проявления, как ощущение сухости в но­су, наличие отделяемого из носа (с учетом характера и количества выделе­ний), носовые кровотечения (с оценкой провоцирующих моментов, объема, продолжительности кровотечений); анализируют качество обоняния (нор­мальное, ухудшено, потеряно).

Обращают внимание на чистоту, тембр голоса; исследуют болезненность в области корня носа, лобных пазух и гайморовых полостей; проводят ма­нуальное обследование гортани (уточняют форму, наличие припухлостей, болезненности).

**Осмотр**

Форма грудной клетки (коническая, цилиндрическая, парали­тическая, рахитическая - "куриная грудь", воронкообразная, кифосколиотическая). Симметричность обеих ее половин (отсутствие выбуханий, западений, втяжений, одинаковый уровень расположения ключиц и лопаток). Вы­раженность над- и подключичных ямок, ширина межреберных промежут­ков, плотность прилегания лопаток к грудной стенке, форма эпигастрального угла (острый, тупой). Ритм дыхания (правильный, патологический - ды­хание Куссмауля, Чейн-Стокса), число дыханий в минуту, синхронность движений обеих половин грудной клетки, участие вспомогательных мышц в акте дыхания. Тип дыхания (брюшной, грудной, смешанный). Изменения межреберных промежутков при глубоком дыхании (полное сглаживание или западение на определенных участках грудной стенки) и положения ло­паток (отставание от грудной стенки).

**Перкуссия**

Сравнительная перкуссия симметричных участков легких с определением характера перкуторного звука (ясный легочный, коробоч­ный, тимпанит, притупление, тупость).

Топографическая перкуссия с исследованием высоты выстояния верху­шек легких (спереди над ключицей, сзади - на уровне остистого отростка VII шейного позвонка), ширины полей Кренига. Определение нижних границ легких по окологрудинной, срединноключичной, передней, средней и зад­ней подмышечным, лопаточной, паравертебральной линиям. При этом сле­дует помнить, что определение нижней границы левого легкого начинают с передней подмышечной линии. Исследуется дыхательная экскурсия нижне­го легочного края по срединноключичной, средней подмышечной и лопа­точной линиям.

**Пальпация**

Выявление болезненных участков, эластичности грудной клетки; измерение длины окружности (на уровне сосков или IV ребер спере­ди и углов лопаток сзади) на высоте максимального вдоха и выдоха, опреде­ление максимальной дыхательной экскурсии грудной клетки. Сравнитель­ное изучение характера голосового дрожания (неизмененное, ослабленное, усиленное) с указанием зон его изменений.

**Аускультация легких**

Характеристика дыхательных шумов (нор­мальное везикулярное) дыхание, его усиление или ослабление, жесткое, бронхиальное, смешанное, амфорическое дыхание, отсутствие дыхательных! шумов), констатация хрипов (сухие, крепитирующие, влажные и др.), шума трения плевры; оценка бронхофонии (голосовой шум одинаков с обеих сто­рон, ослаблен или усилен на определенных участках).

**СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА**

В тех случаях, когда жалобы изложены в соответствующем разделе ("ЖА­ЛОБЫ"), их не повторяют. Достаточно фразы "жалобы изложены выше". От­сутствие жалоб заменяют фразой "жалоб нет".

**Осмотр**

Наличие деформации сердечной области, усиленной пульса­ции в области сердца, яремной ямки, визуализация верхушечного и сердеч­ного толчка.

**Пальпация**

Характеристика верхушечного толчка (локализация, си­ла, степень распространения - ограниченный, разлитой), сердечного толчка (при его обнаружении).

**Перкуссия**

Определение границ (правой, левой и верхней) относи­тельной и абсолютной тупости сердца, поперечного размера притупления на аорте в сантиметрах.

**Аускультация сердца**

Характеристика тонов (ясные, глухие, уси­ленные, ослабленные, расщепленные и т.д.), наличие шумов (с учетом лока­лизации, интенсивности, отношения к фазам сердечной деятельности - си­столический, диастолический и т.п., мест проведения), частота сердечных сокращений.

**Исследование сосудов**

Исследуют пульс на лучевых артериях (ча­стоту, ритм, напряжение, наполнение). При аритмиях обращают внимание на величину дефицита пульса. Измеряют артериальное давление. Определя­ют пульс на остальных, доступных для пальпации артериях (височных, об­щих сонных, плечевых, бедренных, подколенных, задних большеберцовых, дорсальных артериях стоп, брюшной аорте). Проводят аускультацию сонных, бедренных артерий, брюшной аорты (для выявления или исключения сосу­дистых шумов). При обнаружении в проекции артерий пульсирующих обра­зований указывают их локализацию, размеры, консистенцию, чувствитель­ность к пальпации, характер перкуторных и аускультативных данных.

Осмотр вен нижних конечностей проводят в положении больного стоя. Производят пальпацию по ходу подкожных вен с целью обнаружения уплот­нений и болезненности. В случае изменения венозного рисунка указывают локализацию и протяженность измененных отрезков вен.

При выявлении патологии периферических сосудов проводят специаль­ные пробы. Так, при варикозной болезни проводят пробы, отражающие функциональное состояние клапанного аппарата подкожных вен (Троянова-Тренделенбурга, Гаккенбруха), перфорантных вен (Шейниса, Тальмана), а также пробы, дающие представление о проходимости глубоких вен (Дельбе Пертеса, Пратта-1). При облитерирующих заболеваниях, с помощью проб Гольдфламма и Самюэльса, симптомов плантарной ишемии, прижатия пальца, коленного феномена Панченко констатируют недостаточность ар­териального кровообращения нижних конечностей.

**Органы пищеварения**

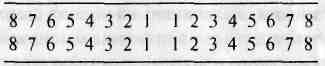
Констатируют отсутствие или наличие жалоб, изложенных в соответству­ющем разделе.

**Опрос**

Выясняют особенности аппетита (хороший, средний, усилен­ный, его отсутствие), наличие жажды, количество употребляемой в течение суток жидкости, характер жевания, глотания, прохождения пищи по пище­воду; уточняют регулярность дефекации, вид испражнений (оформленные, кашицеобразные, жидкие и т.д.), цвет каловых масс, наличие в них патоло­гических выделений.

**Осмотр полости рта**

Определяют запах изо рта, оценивают цвет губ, состояние слизистых оболочек внутренней поверхности губ, щек, де­сен, твердого и мягкого неба (окраска, изъязвления, афты, припухлости, налеты, кровоточивость из десен и т.д.), состояние зубов (количество недо­стающих, кариозных, пломбированных, протезированных) с указанием че­люсти и порядкового их номера. Для удобства регистрации кариозных зу­бов можно пользоваться следующей схемой:



(при этом пораженные зубы обводят кружками).

Описывают состояние языка (величина, форма, положение по отношению к средней линии, окра­ска, степень влажности, обложенность, выраженность сосочков, наличие дефектов слизистой). При осмотре зева выяс­няют состояние небных дужек, уточняют величину миндалин, цвет их сли­зистой, наличие налетов и гнойных пробок.

**Осмотр живота**

Обращают внимание на форму, конфигурацию и симметричность живота (равномерно или неравномерно вздут, втянут и т.д.), участие его в акте дыхания, наличие видимых грыжевых выпячиваний (по ходу средней линии, в пупочной, паховых областях - особенно при каш­ле и натуживании), расширенных вен передней брюшной стенки, диастаза прямых мышц живота, видимой перистальтики желудочно-кишечного трак­та (с указанием локализации), пигментации кожи и рубцов (если они не описаны в разделе "STATUS PRAESENS").

**Измерение длины окружности живота**

Производится на уровне пупка.

**Ориентировочная перкуссия живота**

Производят сравни­тельную перкуссию симметричных участков обеих половин живота с целью уточнения характера перкуторного звука (тимпанит, притупление, тупость), определения зон перкуторной болезненности (при вовлечении в патологичес­кий процесс брюшины), свободного газа в брюшной полости (исчезновение печеночной тупости). Выполняют перкуссию отлогих отделов живота (обнару­жение асцита, перитонеального выпота, гемоперитонеума). При обнаружении притупления в отлогих местах следует провести сравнительную перкуссию в положении больного на спине и на боку.

**Ориентировочная поверхностная пальпация живота**

Производят сравнительную пальпацию симметричных отделов обеих половин живота, начиная с зон наименьшей болезненности (как и при ориентировочной перкуссии). С ее помощью выявляют защитное напряжение мышц живота, болезненность брюшной стенки (местного или разлитого характера при острых воспали­тельных заболеваниях органов брюшной полости). Поверхностная паль­пация в некоторых случаях позволяет обнаружить и опухолевидные обра­зования в брюшной полости (при больших размерах опухолей, прилежа­щих к брюшной стенке).

**Глубокая пальпация живота**

Ведется с таким расчетом, что болезненный участок обследуется в последнюю очередь. В ходе пальпации определяют болезненные участки, защитное напряжение мышц передней брюшной стенки, выявляют новообразования и воспалительные инфильтраты. В случае обнаружения опухолей необходимо уточнить, исхо­дят ли они из брюшной стенки или расположены интраперитонеально (пальпация живота в положении больного на приподнятых локтях). Дается характеристика опухолевидным образованиям (локализация, размеры, кон­систенция, смещаемость, болезненность и т.д.). Оценивается симптом Щеткина-Блюмберга.

**Аускультация**

Оценивается характер кишечной перистальтики - нормальная, усилена, ослаблена, отсутствует. Обращают внимание на пато­логические кишечные шумы.

**Скользящая глубокая методическая пальпация обо­дочной кишки по Образцову-Стражеско**

Уточняют расположе­ние пальпируемых отделов ободочной кишки, определяют их диаметр, то­нус, контуры, болезненность, консистенцию, подвижность. Выявляют плеск в кишечнике.

**Желудок**

Следует попытаться доступными методами (перкуссия, глу­бокая пальпация и др.) определить границы большой и малой Кривизны; уточнить наличие шума плеска, связанного с нарушением эвакуации из же­лудка (помнить о возможности выявления шума плеска у здорового челове­ка после приема пищи).

**Печень, желчный пузырь**

Определение верхней перкуторной границы абсолютной печеночной тупости (по окологрудинной, срединноключичной и передней подмышечной линиям), нижней границы пече­ни (по передней срединной, срединноключичной и передней подмышеч­ной линиям), размеров печени по Курлову (по правой срединноключич­ной, передней срединной линиям, косой размер - по краю левой ребер­ной дуги).

Особенности пальпаторного обследования печени (болезнен­ность, консистенция), характер прощупываемого передне-нижнего края печени (острый, закругленный, неровный, бугристый, плотный, элас­тичный).

Пальпация желчного пузыря (в случае обнаружения пузыря описать его форму, консистенцию, болезненность, смещаемость; при непальпируемом пузыре обращают внимание на болезненность в точке желчного пузыря). Оценивают результаты проведения симптомов Грекова-Ортнера, Мерфи, Мюсси-Георгиевского.

**Поджелудочная железа**

Пальпация по ходу поджелудочной же­лезы с определением болезненности, инфильтратов, опухолевидных образо­ваний. Оценка результатов проведения симптомов Воскресенского, Шоффара, Дежардена, Мейо-Робсона.

**Селезенка**

Определение перкуторных границ органа (с указанием ре­бер, между которыми она расположена), размеры поперечника и длинника в сантиметрах. В случае пальпаторного выявления селезенки отмечают ее консистенцию, подвижность, чувствительность к пальпации, характер по­верхности (гладкая, бугристая).

**Прямая кишка**

Исследование начинают с осмотра области зад­него прохода (наличие или отсутствие мацерации, гиперемии кожных покровов перианальной области, наружных геморроидальных узлов, ост­роконечных кондилом, анальных трещин, свищей и т.д.). Затем произво­дят пальпацию области заднего прохода (уточнение консистенции и бо­лезненности видимых припухлостей и образований, степени развития рубцового процесса по ходу свищей и т.д.). В ходе пальцевого исследова­ния прямой кишки определяют тонус сфинктера, уплотненные геморро­идальные узлы, воспалительные инфильтраты, опухоли. У мужчин обсле­дуют предстательную железу (уточняют ее форму, величину, консистен­цию, болезненность).

**мочеполовая система**

Уточняют характер мочеиспускания (свободное, затрудненное, болезнен­ное, безболезненное, его частоту в дневное и ночное время).

Наличие припухлостей в поясничных областях. Характеристика симпто­ма Пастернацкого. Прощупывание почек в вертикальном и горизонтальном положениях больного. В случае пальпируемости почек определяют их раз­меры, болезненность, характер поверхности. Выявляют болезненность по ходу мочеточников (с указанием конкретной локализации), выполняют пальпацию и перкуссию области мочевого пузыря, обращая внимание на высоту выстояния его дна над лоном.

У мужчин производят осмотр наружных половых органов, исследуют со­стояние мошонки и наружных отверстий паховых каналов, ощупывают яич­ки, придатки, семенные канатики (получение информации о величине, консистенции, болезненности). При необходимости обследуют через пря­мую кишку предстательную железу (если не проводилось пальцевого иссле­дования прямой кишки - см. раздел "ОРГАНЫ ПИЩЕВАРЕНИЯ").

У женщин в целом ряде случаев возникает необходимость в проведении бимануального влагалищного исследования с целью определения величины влагалища, болезненности и нависания его сводов, положения, величины и подвижности матки, состояния шейки и придатков матки, оценки характе­ра выделений из влагалища.

**НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИЙ СТАТУС**

Оценивают уровень сознания больного (ясное, спутанное, подавленное и т.д.), способность его вступать в контакт (легко, с трудом, не вступает в кон­такт), степень интеллекта (нормальный, сниженный, слабоумие и т.д.), ха­рактер речи (нормальная, дизартрия, заикание и т.д.).

Выявляют нарушения со стороны болевой, температурной и тактильной чувствительности, двигательной сферы (парезы, параличи, фибриллярные подергивания и др.), изменения зрения, слуха и обоняния, зрачковых ре­флексов.

**ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

Указать предположительный диагноз заболевания.

**ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ**

Естественно, что в каждом конкретном случае, он определяется специ­фикой заболевания. Тем не менее, существуют элементы обследования, обязательные для каждого планового больного хирургического профиля, в частности:

1. Общие анализы крови и мочи
2. Биохимическое исследование крови (определение уровня белка, калия, натрия, кальция, глюкозы, билирубина, креатинина, мочевины, ACT, AJIT)
3. Коагулограмма (определение времени свертывания крови и кровотече­ния, протромбинового индекса, активированного времени рекальцификации, фибринолитической активности, концентрации фибриногена)
4. Определение группы крови и резус фактора
5. Исследование серологических реакций (RW, антител к ВИЧ, маркеров вирусных гепатитов, включая антитела к HBs-антигену)
6. Рентгеноскопия органов грудной клетки (флюорография легких)
7. ЭКГ

В целом ряде случаев указанный "стандартный" план обследования до­полняется другими современными лабораторными, рентгенологическими, инструментальными и функциональными исследованиями, обеспечиваю­щими постановку клинического диагноза.

**ДАННЫЕ ЛАБОРАТОРНЫХ И ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ**

Порядок их описания должен соответствовать той последовательности, которая определена планом обследования больного и сопровождаться ука­занием даты исследования. При этом показатели гемограммы, лейкоцитар­ной формулы, биохимического состава крови, кислотно-щелочного состоя­ния должны быть приведены в единицах международной системы единиц (СИ). Протоколы рентгенологических и инструментальных исследований, содержащиеся в клинической истории болезни, переписываются студентом в полном объеме.

**КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ**

**Основное заболевание.**

**Осложнения основного заболевания.**

**Сопутствующие заболевания.**

**ОБОСНОВАНИЕ ДИАГНОЗА**

Проводится обоснование диагноза основного заболевания и его ослож­нений. Оно строится на основании жалоб, анамнеза заболевания, данных объективного обследования, а также результатов лабораторных и дополни­тельных методов исследования.

Каждому из этих факторов принадлежит определенная роль в обоснова­нии диагноза.

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

Дифференциальная диагностика проводится со всеми похожими заболеваниями. В дифференциальном диагнозе необходимо четко отразить, чем отличается каждое из сходных заболеваний от заболевания у курируемого больного. Для этого используют принцип сопоставления наиболее важных признаков в сравниваемых заболеваниях, а также результаты дополнитель­ных исследований. Недопустимо проведение отвлеченного дифференциаль­ного диагноза, когда забывается принцип сравнения клинических проявле­ний данного страдания с тем или иным дифференцируемым заболеванием.

**ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ**

С современных позиций анализируются причины данного заболевания в целом, дается трактовка патогенетических механизмов его развития. Для этого используется дополнительная медицинская литература. Изложение не должно быть простой копией материала, переписанного из того или иного литературного источника. Желательно, чтобы оно носило аналитический характер, подчеркивало способность студента творчески мыслить при обоб­щении литературных данных.

В конце данного раздела необходимо указать на причины, которые при­вели к развитию болезни курируемого больного целесообразно дать обоб­щающую картину механизма развития болезни у пациента с указанием глав­ных и второстепенных звеньев этого механизма.

**ЛЕЧЕНИЕ ДАННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ И БОЛЬНОГО**

Приводится обзор существующих консервативных и оперативных мето­дов лечения данного заболевания. При этом большее внимание должно быть уделено вопросам хирургической коррекции анализируемого страда­ния. Целесообразен экскурс в историю становления тех или иных оператив­ных вмешательств, сложившегося к ним отношения. Используя данные ли­тературы, необходимо оценить эффективность современных методов лече­ния заболевания с указанием показаний и противопоказаний к их выполне­нию, преимуществ и недостатков.

Далее обсуждается характер лечения курируемого больного. Избирается наиболее оптимальный метод хирургического вмешательства (с точки зре­ния студента), обосновывается его целесообразность. При наличии соответ­ствующих способностей куратор может иллюстрировать данный раздел схе­мой предполагаемого оперативного вмешательства, что несомненно повы­сит информативность этого раздела. В тех случаях, когда предпочтение от­дается консервативной терапии, куратор не должен ограничиваться пере­числением медикаментозных препаратов и процедур, назначенных больно­му лечащим врачом. Он может изложить свою точку зрения по данному во­просу с включением в комплекс консервативного лечения тех лечебных ме­роприятий, которые считает более эффективными.

**ДНЕВНИКИ**

Составляются студентом в те дни, когда он находится в клинике. В каж­дом из дневников отражается динамика заболевания за прошедшие сутки или дни. Описываются жалобы больного, дается оценка общего его состоя­ния. Кратко излагаются объективные данные по системам. При этом, осо­бое внимание обращается на описание той области, где локализуется орган, пораженный патологическим процессом.

**ПРЕДОПЕРАЦИОННЫЙ ЭПИКРИЗ**

В целом ряде случаев на период курации выпадает и день выполнения больному операции. Предоперационный эпикриз должен предшествовать оперативному вмешательству. Для плановых больных его оформляют накануне операции.

В предоперационном эпикризе указывают фамилию, имя, отчество, воз­раст больного, дату его поступления в клинику, жалобы. Коротко излагают историю настоящего заболевания.

Дается оценка состояния больного при поступлении с кратким описани­ем данных объективного исследования по системам. Приводятся результаты проведенного обследования и характер установленного диагноза. Обосно­вывается необходимость оперативного вмешательства, уточняется конкрет­ная методика операции. Констатируют согласие больного на операцию. Ак­центируется внимание на имеющихся противопоказаниях к оперативному вмешательству, особенностях и результатах их коррекции в предоперацион­ном периоде. Уточняют вид обезболивания.

**ПРОТОКОЛ ОПЕРАЦИИ**

Указывается название оперативного вмешательства, дата, время его вы­полнения и вид обезболивания. Протокол переписывается из истории болезни. Куратор может внести в него коррективы, более подробно детализирующие ход оперативного вме­шательства, если он лично участвовал в операции. Описывается макропрепарат. Указываются фамилии оперирующих хи­рургов, операционной сестры, врача-анестезиолога.

**ДНЕВНИКИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ**

Общие требования к дневникам изложены выше. В то же время их со­держание должно быть дополнено данными перевязок, в ходе которых обращают внимание на состояние операционного шва, отсутствие или наличие воспалительной инфильтрации и т.д. При описании послеопера­ционной раны отмечают ее размеры, характер отделяемого, наличие уча­стков некроза, состояние грануляций, особенности эпителизации, уточ­няют объем манипуляций, выполняемых при перевязке (санация раны, иссечение участков некроза, дренирование, тампонирование, наложение повязки и т.п.). В дневниках должна содержаться информация и о темпе­ратурной реакции больного.

**ЭПИКРИЗ**

Это краткое изложение всей истории болезни. Оно почти полностью дублирует содержание предоперационного эпикриза, включая информа­цию об установленном диагнозе**.** Далее отмечают дату проведения операции, характер интраоперационных находок, вид операции, данные гистологического исследования препарата. Указывают на особенности течения послеопе­рационного периода (гладкое, осложненное). При наличии тех или иных осложнений перечисляют проведенные лечебные мероприятия по их коррекции. Констатируют дату снятия швов, описывают особенности за­живления раны (первичным, вторичным натяжением). Отмечают дату выписки, состояние больного на момент выписки, намечают рекоменда­ции (режим, объем физических нагрузок, диета, характер предстоящего амбулаторного лечения, целесообразность санаторно-курортного лече­ния и т.д.). Если к моменту окончания курации больной не выписан, сле­дует указать на дальнейшие перспективы пребывания его в стационаре (ожидание операции, окончание курса консервативной терапии, лечение осложнений и т.д.). Если у оперированного больного при гладком после­операционном течении еще не сняты швы с раны, куратор должен наме­тить дату их снятия, а также ориентировочные сроки выписки больного из стационара. И в этом случае он определяет характер рекомендаций, назначаемых больному при выписке.

В случае смерти больного описывается протокол вскрытия. Проводится сопоставление клинических данных с секционными находками.

**ПРОГНОЗ**

Отмечается прогноз дальнейшего течения и исхода болезни в отношении выздоровления, жизни и трудоспособности (благоприятный, сомнитель­ный, неблагоприятный). Информация по данному вопросу может быть по­лучена куратором при использовании дополнительной литературы.

**ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА**

Приводится по правилам библиографии. Должны быть указаны: поряд­ковый номер, фамилия автора, его инициалы, полное название книги или журнала, название статьи, место и год издания, том, количество или номера страниц.

Например:

1. Хирургические болезни (под редакцией М.И.Кузина). - М.: Медици­на, 1995-640 с.
2. Савельев B.C., Кошкин В.М. Критическая ишемия нижних конечнос­тей. — М.:Медицина, 1997. — 160 с.
3. Чиссов В.И., Дарьялова С.Л., Вашакмадзе Л.А. и др. Комбинированное лечение рака желудка. — Хирургия, 1997, N 6, с. 4-9.