Коми филиал КГМА

Кафедра хирургических болезней № 1

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ

ПО СОСТАВЛЕНИЮ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ

# ХИРУРГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО

г. Сыктывкар

2003 год

Оформление титульного листа истории болезни

КФ КГМА

Кафедра:

Зав. кафедрой: (ученая степень, звание), ф., и., о.

Преподаватель: (ученая степень, звание), ф., и., о.

## ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

(фамилия, имя, отчество больного, возраст)

### Время курации с \_\_\_\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(число, месяц, год)

Куратор – студент \_\_\_\_\_\_\_ курса \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ группы

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ факультета

(ф., и, о.)

1. ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ
2. Фамилия, имя, отчество больного \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Пол \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Возраст \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. Семейное положение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Место работы, занимаемая должность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Постоянное место жительства \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Дата поступления в больницу (стационар) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Диагноз при направлении в стационар: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Диагноз при поступлении в стационар: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Клинический диагноз:

Основаное заболевание

Осложнения основного заболевания \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Сопутствующие заболевания

1. Операция: (дата, название) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Дата выписки: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

«Историю болезни» определяют как документ, имеющий лечебное, научное и юридическое значение.

История болезни – это единственное средство, обеспечивающее преемственность и последовательность лечения больного, и главный источник для научных исследований. Вот почему этот документ должен быть написан аккуратно, грамотно и последовательно. Заполнение всех граф истории болезни является обязательным и должно быть достоверным. История болезни в то же время является документом, наиболее адекватно отражающим настоящее состояние различных органов и систем больного. Динамику заболевания, изменения в процессе лечения, характер самого лечения, что позволяет достоверно прогнозировать исход заболевания.

В истории болезни необходимо не только зарегистрировать полученные данные, но и тщательно осмыслить эти факты.

В предлагаемой схеме истории болезни показано, на что надо обратить внимание при обследовании больного и как изложить сведения, которые получены.

Работа над историей болезни – большой и серьезный этап формирования врача. Составление развернутой истории болезни – единственный путь к овладению навыком написания краткой истории болезни, которую пишет практический врач.

Методические указания составлены заведующим кафедрой хирургических болезней № 1 КФ КГМА, доцентом Ватлиным А.В., ассистентом Коюшевым А.Л.

1. ЖАЛОБЫ

Основные жалобы больного и их детализация. Сначала краткое перечисление жалоб, начиная с наиболее ярких, определяющих, и заканчивая менее заметными, второстепенными; затем – подробная характеристика каждой из них. Рассмотрение жалоб ведется последовательно от главных к второстепенным. При этом отмечаются только те жалобы, которые беспокоят в настоящее время и заставили обратиться к врачу. Если больной жалуется на боли, то следует описать их локализацию, характер, интенсивность. Указываются время появления болей, их частота, длительность, иррадиация, постоянство, нарастание или затухание, связь с работой, положением тела, приемом пищи и т.п. Если в течение пребывания больного в клинике (до момента начала курации) жалобы изменились, необходимо выделить два подраздела: «жалобы при поступлении» и «жалобы в момент курации».

1. ИСТОРИЯ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

Строго в хронологическом порядке установить и описать начало и развитие основного заболевания от самых первых его проявлений до поступления в клинику. Лечение до поступления в стационар (амбулаторное, курортное). Проводимые обследования и их результаты. Сроки предыдущих госпитализаций. Виды и сроки предыдущих оперативных вмешательств, выполненных по поводу основного заболевания.

Причины данной госпитализации (ухудшение состояния, доставлен «скорой помощью», поступил в плановом порядке для обследования, уточнения диагноза, операции и т.д.). У пострадавших, госпитализированных по поводу травмы, необходимо подробно описать время травмы, ее характер (бытовая, производственная, в состоянии алкогольного опьянения, спортивная и т.д.) и механизм травмы, а также вид первой помощи, кем она оказана и способ доставки пострадавшего в стационар; с каким диагнозом, кем и чем проводилось ранее лечение.

1. ИСТОРИЯ ЖИЗНИ БОЛЬНОГО

Описание жизни больного с рождения и биографические сведения, которые имеют прямое или косвенное отношение к возникновению и течению болезни. Дается общая характеристика типа психологического и соматического развития в течение жизни. Условия жизни, труда в прошлом и в настоящее время, профессиональные вредности. Перенесенные заболевания и хронические болезни, которыми страдает больной, болезни ближайших родственников, операции, ранения, контузии, их последствия. Вредные привычки, половое развитие, семейный анамнез, аллергологический и эпиданамнез.

У женщин необходимо выяснить характер менструального цикла, его нарушения, срок последних менструаций, число беременностей, родов, абортов. Исход родов, осложнения, вид родоразрешения, здоровье ребенка.

1. НАСТОЯЩЕЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНОГО

**Общее состояние больного**, положение, рост, вес, температура тела.

Кожные покровы, слизистые (цвет, рубцы после операций, ранений, ожогов; отеки, просвечивание сосудов на коже). Тургор кожи. Подкожная жировая клетчатка, ее развитие. Лимфатическая система. Локализация пальпирующихся лимфоузлов с их полной характеристикой. Опорно-двигательный аппарат: мускулатура конечностей, объем активных и пассивных движений суставов, позвоночника.

**Нервная система:** тип нервной системы, черепно-мозговые нервы, рефлексы, зрение, слух, обоняние, осязание. Характер сна. Дермографизм.

**Эндокринная система:** данные осмотра и пальпации щитовидной железы, вторичные половые признаки.

**Сердечно-сосудистая система:** осмотр, пульс на лучевой артерии, ритм, наполнение и напряжение, наличие или отсутствие пульса на артериях ног.

Выраженность подкожной венозной системы на конечностях, брюшной стенке, грудной клетке, шее. Абсолютные и относительные границы сердца, сердечный толчок; артериальное кровяное давление; данные аускультации сердца, брюшной аорты и ее ветвей.

**Дыхательная система:** голос, грудная клетка (данные осмотра и пальпации). Форма грудной клетки, грудные или молочные железы. Тип дыхания, границы легких, ширина полей Кренига, подвижность легочного края, данные сравнительной перкуссии и аускультации.

**Пищеварительная система:** полость рта (состояние зубов, миндалин, языка), глотание.

Осмотр живота:форма живота, видимая перистальтика, участие передней брюшной стенки в акте дыхания, места выхода грыж. Пальпация, перкуссия органов брюшной полости, болезненность и ее локализация. Граница печени, селезенки, желудка. Наличие свободной жидкости в брюшной полости. Выявление симптомов раздражения брюшины, их выраженность и локализация. Дефекация. Стул.

**Мочеполовые органы:** осмотр наружных половых органов. У женщин – гинекологическое исследование в необходимых случаях. Мочевой пузырь, мочеиспускательный канал, предстательная железа, характер мочеиспускания, асимметрия и другие изменения поясничных областей, пальпация почек, наличие симптома Пастернацкого. Характеристика мочи.

1. МЕСТНЫЙ СТАТУС

Подробное и точное топографо-анатомическое описание изменений на месте локализации болезненного процесса. Следует последовательно и подробно описать данные осмотра, аускультации, перкуссии, пальпации, а также результаты специальных проб и патологических симптомов, проверяемых при диагностике данного заболевания.

**Осмотр**

При осмотре зоны патологических изменений оценить его локализацию и внешниме проявления процесса ( припухлость, гиперемия, рана, язва, новообразование, деформация, размеры, цвет, состояние кожи и слизистых, сосудистая сеть, форма краёв дефекта, характер и количество отделяемого из очага ). При патологическом процессе на конечностях сравнить размеры больного и здорового сегментов, определить объём пассивных и активных движений.

**Пальпация**

Пальпация выполняется поверхностная и глубокая, при этом определяются границы, размеры болезненности ( возникновение болевых ощущений при воздействии руки врача или при пассивных движениях- в отличии от боли, имеющейся или воникающей без действия врача). Измеряется местная температура, пульсация магистральных сосудов, размеры, болезненность и подвижность регионарных и отдалённых лимфатических узлов.

Пальпаторно оценить консистенцию паталогического очага ( мягко-элластическая, плотно-элластическая, каменистой плотности, наличие флюктуации или баллотирования), подвижность по отнощению к коже и подлежащим тканям, характер поверхности ( гладкая, бугристая), связь образования с соседними органами.

**Перкуссия**

Определяется характер перкуторного звука (притупление, тимпанит), размеры поражённых внутренних органов, выявляются специальные симптомы,

смещение патологических жидкостей в полостях ( плевральной и брюшной).

 **Аускультация**

 Позволяет определить патологические шумы в области сужений и расширений сосудов, перистальтику кишечника или её отсутствие, сердечные тоны, дыхательные шумы, шум плескаишечника или её отсутствие, сердечные тоны, дыхательные шумы, шум плеска и т. д.

.

1. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Формируется на основе жалоб, анамнеза и данных объективного исследования. Должен логически вытекать из полученных данных. Состоит из диагноза основного заболевания, его осложнений и сопутствующих заболеваний. Точность предварительного диагноза определяет эффективность, срочность, объём диагностических и лечебных мероприятий.

#### ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО

Необходимые лабораторные, биохимические, инструментальные, рентгенологические исследования, которые позволяют поставить окончательный диагноз и оценить состояние больного.

#### РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНЫХ И СПЕЦИАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

В историю болезни заносятся данные первого и последнего общих анализов мочи, крови и все анализы с патологическими отклонениями показателей, способствующие постановке диагноза. (Указывается дата исследования, дается краткая интерпретация полученных данных).

1. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ (4 – 7 заболеваний)

(для факультетской хирургии)

Подвести итог выявленной при обследовании патологии, выделить ведущий синдром. Перечислить заболевания, сходные по ведущему синдрому с заболеванием курируемого. Сравнить патологию по признакам сходства и различия. При дифференциальном диагнозе студент должен показать ход клинического мышления. Анализу и синтезу должны подвергнуться не только данные анамнеза, объективного исследования, но и **результаты лабораторного и инструментального исследований.** Исключив, на основании принципиальных различий, ряд предпологаемых заболеваний, прийти к клиническому диагнозу.

#### КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ

Клинический диагноз строится на основании анализа проведенных субъективных, объективных и специальных исследований с учетом результатов проводимой дифференциальной диагностики.

Выделяются основной диагноз, его осложнения, а также сопутствующие заболевания.

Обосновать основной клинический диагноз жалобами, анамнезом, типичными симптомами и данными дополнительных исследований.

#### ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ

( для факультетской хирургии)

Излагается с современных позиций этиология данного заболевания. Указываются предпологаемые причины заболевания и патогенез основных симптомов у данного больного.

#### ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЯ

(для факультетской хирургии)

Вначале приводятся все существующие методы лечения данного заболевания. Затем обосновывается выбор метода лечения у курируемого больного. Лекарственные препараты выписываются в виде рецептов. Указываются показания к оперативному лечению, отмечается план предстоящей операции, метод обезболивания.

ЛЕЧЕНИЕ

 (по общей хирургии)

1. Хирургическое:
* Дренирование ⎫
* Операция ⎬ методика, применяемая у больного
* Манипуляции ⎭
* Обоснование выбранной методики.

- Определение степени риска оперативного вмешательства.

1. Консервативное:
* лекарственная терапия
* инфузионно-трансфузионная терапия
* изложение протокола определения группы крови и резус-фактора, определение показаний для в\в инфузий кровезаменителей, препаратов крови.

#### ДНЕВНИК

(минимально 3 дня – через 1 – 3 суток)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата | Состояние больного | Назначения |
| Дата каждого посещения больного | В дневнике дается оценка состояния самочувствия больного. Отмечаются жалобы больного за истекшие сутки. Указываются аппетит, сон. Физиологические отправления. Краткие объективные данные с обязательным отражением динамики общего статуса и изменений в местном статусе с момента предыдущего посещения. (При наличии раны – описание динамики раневого процесса при перевязке). В дневник вносятся лечебные и диагностические манипуляции (пункции, блокады, наложение гипсовых повязок и т.д.). Если в течение периода курации больному произведена операция, текст последней выписывается после дневника за соответствующее число, по возможности дается схема операции.  | Диета, режим. Лекарственные назначения. Физиотерапевтические методы. |

#### ОФОРМЛЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРНОГО ЛИСТА

В температурном листе отмечаются температура, показатели АД, пульса.

Отмечаются вес больного в динамике, рост, физиологические отправления, по показаниям – диурез.

#### ЭПИКРИЗ

(за время от момента поступления до окончания курации)

Дается краткое изложение истории болезни.

Ф.И.О. больного, возраст, когда и по какому поводу поступил в стационар, диагноз при поступлении. Проведенное лечение и его результаты. Состояние к концу курации. Прогноз и необходимые рекомендации при выписке.

Исход: …..

#### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

##### Ф.И.О. Название монографии. Город. Издательство. Год издания. Число страниц.

Подпись куратора:

Заключение преподавателя:

Оценка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись преподавателя:

###### Приложение № 1

#### СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

Литература по курсу общей хирургии

1. Линденбаум И.С. – Методика исследования хирургического больного, 1957.
2. Дудкевич Д.А. – Методика исследования хирургического больного, 1969.
3. Юрг Хегглин – Хирургическое обследование. М., 1980.
4. Карашуров Е.С. с соавт. – Методика исследования хирургического больного. Петрозаводск, 1981.
5. Бычихин Н.П. с соавт. – Методические рекомендации к проведению практических занятий по общей хирургии на лечебном факультете. Архангельск, 1984.

Литература по курсу частной хирургии

Основная литература

1. Альбицкий Б.А. – Клинические лекции по хирургии, 1976.
2. Астапенко В.Г., Малиновский Н.Н. – Практическое руководство по хирургическим болезням, 1979.
3. Еланский Н.И. – Хирургические болезни. М., 1964.
4. Напалков П.Н. с соавт. – Хирургические болезни. Л., 1976.
5. Петровский Б.В. – Хирургические болезни. М., 1980.
6. Савельев В.С. – Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. М., 1976.
7. Эизарку Теодореску – Хирургическая агрессология. Бухарест, 1972.
8. Мондор Т. – Неотложная диагностика. М., 1937.
9. Русаков В.К. – Основы частной хирургии в 3-х томах. Ростов, 1975 – 1977.
10. Многотомное руководство по хирургии/ под ред. Б.В. Петровского. М., 1959 – 1966.
11. Шалаев М.И. с соавт. – Лекции по факультетской хирургии, 1984.

Неотложная хирургия

1. Руководство по неотложной хирургии брюшной полости/ под ред. В.С. Савельева. М., 1976.
2. Неотложная хирургия/ под ред. Н.И. Блинова и Б.М. Хромова. Л., 1970.

Дополнительная литература по темам:

1. Грыжи.
2. Булынин И.И. – Наружные грыжи живота. М., 1968.
3. Кукуджанов А.И. – Паховые грыжи. М., 1969.
4. Воскресенский Н.В. – Наружные брюшные грыжи. М., 1960.
5. Воскресенский Н.В., Горелик С.Л. – Хирургия грыж брюшной стенки. М., 1965.
6. Тоскин К.Д., Жебровский В.В. – Грыжи. М., 1980.
7. Аппендицит.
8. Арсений А.К. – Диагностика острого аппендицита. Кишинев, 1978.
9. Колесов В.И. – Клиника и лечение острого аппендицита. М., 1972.
10. Дехтярь Е.Т. – Острый аппендицит у женщин. М., 1971.
11. Матяшин И.М., Балтайтис Ю.В., Яремчук А.Я. – Осложнения аппендэктомии. Киев, 1974.
12. Русанов А.А. – Аппендицит. Л., 1979.
13. Исаков Ю.Ф. и др. – Острый аппендицит в детском возрасте. М., 1980.
14. Ротков И.Л. – Диагностические и тактические ошибки при остром аппендиците. М., 1980.
15. Желчнокаменная болезнь. Холецистит.
16. Виноградов В.В. – Холецистит и его хирургическое лечение. М., 1970.
17. Виноградов В.В., Мазаев П.П., Зима П.И. – Диагностика холецистита. М., 1978.
18. Дунаевский О.А. – Дифференциальная диагностика желтух. Л., 1977.
19. Шалимов А.А. – Хирургия печени и желчных протоков. К., 1975.
20. Панкреатит
21. Аджигитов Г.Н. – Острый панкреатит. М., 1974.
22. Елецкая О.М. – Острый панкреатит. М., 1971.
23. Королев Б.А., Пиковский Д.Л. – Осложненный холецистит. М., 1971.
24. Шелагуров А.А. – Панкреатиты. М., 1976.
25. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки

Осложнения язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки

1. Братусь В.Д. – Острые гастродуоденальные кровотечения. Киев, 1972.
2. Горбашко А.И. – Острые желудочно-кишечные кровотечения. Л., 1974.
3. Кукош В.И., Учугина А.Ф. – Хирургия язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки. Горький, 1981.
4. Левин Т.Н. – Язвенная болезнь. М., 1980.
5. Панцирев Ю.М., Гринберг А.Н. – Ваготомии при осложненных дуоденальных язвах. М., 1979.
6. Стручков В.И. с соавт. – Желудочно-кишечные кровотечения и фиброгастроскопия. М., 1977.
7. Шалимов А.А. – Хирургия желудка и 12-перстной кишки. Киев, 1972.
8. Юдин С.С. – Этюды желудочной хирургии. М., 1955, 1965.
9. Непроходимость кишечника
10. Дедерер Ю.Л. – Патогенез и лечение ОКН. М., 1971.
11. Даиров А.Б., Элькин М.А. – Обтурационная непроходимость кишечника. Алма-Ата, 1981.
12. Симонян К.С. – Спаечная болезнь. М., 1966.
13. Щекотов Г.М. – Непроходимость кишечника и ее лечение. М., 1966.
14. Перитонит
15. Савчук В.Д. – Гнойный перитонит. М., 1978.
16. Симонян К.С. – Перитонит. М., 1971.
17. Федоров В.Д. – Лечение перитонита. М., 1974.
18. Шалимов А.А. – Острый перитонит. Киев, 1981.
19. Заболевания пищевода
20. Ванцян Э.Н., Тощаков Р.А. – Лечение ожогов и рубцовых сужений пищевода. М., 1971.
21. Рогачева В.С. – Рак пищевода и его хирургическое лечение. М., 1968.
22. Шалимов А.А., Саенко В.Ф. – Хирургия пищевода. М., 1975.
23. Рак желудка
24. Березов Ю.Е. – Хирургия рака желудка. М., 1976.
25. Русанов А.А. – Рак желудка. Л., 1979.
26. Василенко В.Х., Сальман М.М. и др. – Рак желудка и его ранняя диагностика. М., 1977.
27. Опухоли толстой кишки
28. Аминев А.М. – Руководство по проктологии. Т. IV. Куйбышев, 1979.
29. Ганичкин А.М. – Рак толстой кишки. М., 1970.
30. Под ред. Блохина Н.И. и Петерсона Б.Е. – Клиническая онкология. М., 1971.
31. Заболевания прямой кишки
32. Александров В.Б. – Рак прямой кишки. М., 1977.
33. Аминев А.М. – Руководство по проктологии. Т. IV, Куйбышев, 1979.
34. Холдин С.А. – Злокачественные новообразования прямой кишки. Л., 1965.
35. Под ред. Федорова В.Д. – Рак прямой кишки. М., 1979.
36. Заболевания молочной железы
37. Брускин Я.М. – Дисгормональные заболевания молочной железы и их лечение. М., 1962.
38. Кукин Н.Н. – Диагностика и лечение заболеваний молочной железы. М., 1972.
39. Клиническая онкология. М., 1971.
40. Заболевания щитовидной железы
41. Брейдо И.С. – Хирургическое лечение заболеваний щитовидной железы. Л., 1979.
42. Николаев О.В., Хавин И.Б. – Болезни щитовидной железы. М., 1961.
43. Гуревич Т.М. – Тиреотоксикоз и его хирургическое лечение. М., 1968.
44. Заболевания легких и плевры
45. Вагнер Е.А. – Проникающие ранения груди. М., 1975.
46. Вагнер Е.А. – Закрытые травмы груди мирного времени. М., 1969.
47. Колесников И.С., Вихрев Б.С. – Абсцессы легких. Л., 1973.
48. Гнойные заболевания плевры и легких. Под ред. П.А. Куприянова. Л., 1955.
49. Лукомский Г.И. – Неспецифические эмпиемы плевры. М., 1976.
50. Заболевания сосудов и сердца
51. Аскерханов Р.П. – Хирургия периферических вен. Махачкала, 1973.
52. Бакулев А.Н. – Хирургическое лечение болезней сердца и магистральных сосудов. М., 1952.
53. Вишневский А.А. – Облитерирующие заболевания артерий нижних конечностей. М., 1971.
54. Клемент А.А., Веденский А.Н. – Хирургическое лечение заболеваний вен конечностей. Л., 1976.
55. Исаков Ю.Ф., Степанов Ю.Ф., Гераськин В.И. – Руководство по торакальной хирургии у детей. М., «Медицина», 1978.
56. Тальман И.М. – Варикозное расширение вен нижних конечностей. Л., 1961.

Приложение № 2

ЧИСЛЕННЫЕ ВЕЛИЧИНЫ ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ В НОВОЙ МЕЖДУНАРОДНОЙ (СИ) И СТАРОЙ СИСТЕМАХ ЕДИНИЦ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование проводимого исследования | Прежнее обозначение | Обозначение в единицах СИ |
| 1 | 2 | 3 |
| Показатели крови |
| Эритроциты | 4 240 000 в 1 мм3 | 4,24 . 106 в 1 мкл |
| Гемоглобин | 14,1 г % | 141 г/л |
| Цветной показатель | 0,92 | 0,92 |
| Ретикулоциты | 1,2 % или 12 % | 1,2 или 12 % |
| Тромбоциты | 291 000 в 1 мм3  | 29,1 . 104 мкл |
| РОЭ | 14 мм/час | 14 мм/ч |
| Лейкоциты | 6800 в 1 мм3 | 6,8 .103 в 1 мкл |
| Гематокрит | 48 % | 0,46 г/л |
| Протромбиновый индекс | 80 – 100 % |  |
| Фибриноген плазмы | 0,2 – 0,4 г % | 2,0 – 4,0 г/л |
| Остаточный азот (по Асселю) | 20 – 40 мг % | 14,3 – 28,6 ммоль/л |
| Мочевина сыворотки крови | 15 – 50 мг % | 2,5 – 8,3 ммоль/л |
| Общий белок сыворотки | 6,5 – 8,5 г % | 65 – 85 г/л |
| А/Г | 1,5 – 2,0 | 1,5 – 2,0 |
| Общий холестерин | 120 – 250 мг % | 3,1 – 5,5 ммоль/л |
| Сахар (по Хагедорну и Иенсену) | 80 – 120 мг % | 0,8 – 1,2 г/л |
| Билирубин (по Иендрашику) | 0,5 – 1,2 мг % | 6,55 – 20,5 ммоль/л |
| Электролиты плазмы: |  |  |
| Натрий | 129 мэкв/л | 129 ммоль/л |
| Железо | 64 мг % | 740 мкг/л |
| Кальций | 10 мг % | 2,5 ммоль/л |
| Калий | 5,2 мэкв/л | 5,2 ммоль/л |
| Магний | 2,5 мэкв/л | 1,25 ммоль/л |
| Данные анализа мочи: |
| Суточное количество мочи | 1000 – 2000 мл |  |
| Удельный вес | 1015 – 1030 |  |
| Цвет | От оранжево-желтого до соломенно-желтого |  |
| Прозрачность | Прозрачная |  |
| Реакция | Кислая |  |
| Истинная реакция рН | 5,0 – 7,0 (в среднем 6,0) |  |
| Белок | Нет |  |
| Сахар | Нет |  |
| Билирубин | Нет |  |
| Диастаза (по Вольгемуту) | 16 – 64 ед. |  |
| Проба Амбурже (в минутном объеме мочи): |  |  |
| Эритроциты | 730±550, максимально до 2000 |  |
| Лейкоциты | 990±620, максимально до 4000 |  |
| Микроскопическое исследование мочевого осадка: |  |  |
| Эпителиальные клетки: |  |  |
| А) плоский эпителий | 0 – 3 в п/зр. |  |
| Б) эпителий мочевых канальцев (почечный) | Отсутствует |  |
| Лейкоциты | 1 – 3 в п/зр. |  |
| Эритроциты | Отсутствуют |  |
| Цилиндры: гиалиновые | Ед. в п/зр. |  |
| Зернистые | Отсутствуют |  |
| Восковидные | Отсутствуют |  |
| Соли | Небольшое количество уратов или оксалатов |  |
| Проба Зимницкого |
| Суточный диурез | Не менее 80 % от всей выпитой жидкости |  |
| Удельный вес | Колеблется в широких пределах, имеется хотя бы одна порция с удельным весом не ниже 1020 - 1022 |  |