

Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Российский университет медицины»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

КАФЕДРА ФАКУЛЬТЕТСКОЙ ХИРУРГИИ №1
Лечебный факультет
НОИ клинической медицины им. Н.А. Семашко

Луцевич О.Э., Миронов К.Э., Розумный А.П., Вардаев Л.И., Кочубей В.В.,
Одишелидзе Н.В., Розумный И.А., Урбанович А.С., Михайлов В.Г.

СХЕМА МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ ПАЦИЕНТА

Учебно-методическое пособие



Москва – 2025

УДК: 614.23:617-089.844

ББК 54.56

С92

ISBN: 978-5-9737-0052-3

Составители:

О.Э.Луцевич, К.Э.Миронов, А.П.Розумный, В.Г.Ширинский, Л.И.Вардаев,
И.А.Розумный, В.В.Кочубей, А.С.Урбанович, Н.В.Одишелидзе, В.Г.Михайлов

Рецензенты:

Рязанцев Андрей Александрович – д.м.н., профессор кафедры
ультразвуковой диагностики ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России,
заведующий отделением ультразвуковой диагностики ЧУЗ «ЦКБ «РЖД-
Медицина»

Гончаренко Александра Юрьевна – к.м.н, доцент кафедры пропедевтики
внутренних болезней и гастроэнтерологии ФГБОУ ВО «Российского
университета медицины»

С92 Схема медицинской карты пациента учебно-методическое пособие [для
студентов медицинских вузов] / сост. Луцевич О.Э., Миронов К.Э.,
Розумный А.П. [и др.]; ФГБОУ ВО «Российский университет
медицины». – 2025, 70 с.

Пособие предназначено для студентов 4-6 курсов медицинских ВУЗов. Предлагается адаптированная для хирургических циклов схема написания медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условиях в соответствии с современными требованиями. Рассматриваются методические принципы, даны указания по написанию конкретных разделов медицинской карты. Пособие предназначено для помощи в формировании алгоритма физикального обследования пациентов и формулировке диагноза, а также может быть использовано как справочный ресурс для клинических ординаторов и врачей любых специальностей, сталкивающихся в своей работе с пациентами хирургического профиля.

Рекомендовано к изданию Учебно-методическим Советом Российского университета медицины (протокол №4 от 20.04.2025 г.)

@ Составители, 2025

@ ФГБОУ ВО «Российский университет медицины», 2025

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	4
ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ.....	6
ТИТУЛЬНЫЙ ЛИСТ.....	9
СВЕДЕНИЯ О ПАЦИЕНТЕ.....	10
ПЕРВИЧНЫЙ ОСМОТР.....	12
Жалобы.....	12
Анамнез заболевания.....	12
Анамнез жизни.....	12
Физикальное исследование, локальный статус.....	14
ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ.....	19
ОБОСНОВАНИЕ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО ДИАГНОЗА.....	19
ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ.....	20
ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ.....	20
ДАННЫЕ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ И ЛАБОРАТОРНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	20
ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ.....	20
ОБОСНОВАНИЕ ОКОНЧАТЕЛЬНОГО ДИАГНОЗА.....	20
ПРЕДСТАВЛЕНИЕ О ДАННОМ ЗАБОЛЕВАНИИ И ЕГО ЛЕЧЕНИИ.....	21
ЛЕЧЕНИЕ.....	21
ПРОГНОЗ.....	22
ЭПИКРИЗ.....	22
ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ.....	23
ЛИТЕРАТУРА.....	27
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	28

ВВЕДЕНИЕ

Ведение медицинской документации является важнейшей составной частью лечебного процесса. Необходимость фиксировать сведения, касающиеся пациента, его состояния и лечения, определяется как сугубо медицинскими, так и правовыми положениями. Выбравший стезю врача обрек себя на постоянную работу с ручкой и бумагой, сравни труду писателя. Перо в руках врача – медицинский инструмент, действие которого следует направлять лишь во благо пациента и работать им нужно с филигранной точностью, постоянно оттачивая мастерство.

Четко определить объем сведений, подлежащий документации в медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь (в стационарных или амбулаторных условиях), достаточно сложно. Желание поместить максимальное их количество наталкивается на преграду рабочего времени, большая часть которого при этом отводилась бы не лечению, а бюрократии. Представленная схема медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условиях, далее – **медкарта**, предлагается для работы студентов 4-6 курсов на хирургических кафедрах. При ее составлении учитывалось множество факторов: традиции преподавания на хирургической кафедре, анализ предлагаемых методов формирования медицинской документации на других кафедрах (пропедевтических, терапевтических), практический опыт сотрудников, а также в соответствии с учетной формой №003/у, утвержденной приказом Минздрава России от 05.08.2022 г. №530н и т.д. Мы считаем, что студентам пока нельзя излагать полученные при осмотре данные в кратком, порой схематическом виде «карты стационарного пациента». Написание медкарты формирует главное – школу работы с пациентом. Отсутствие педантичности, неукоснительной последовательности, тщательности в исследовании, анализе и лечении приводит к трагическим ошибкам, исправить которые иногда невозможно. В работе с пациентом нет второстепенных, незначительных моментов. На этапе обучения студент должен максимально подробно

представить их письменно, что дает возможность преподавателю более полно оценить работу и помочь молодому специалисту при анализе представленного материала.

Данный пример медицинской карты иллюстрирует методику формирования «академической истории болезни» на хирургических кафедрах, которую условно можно разделить на 3 раздела:

1. Субъективный – беседа с пациентом и/или его родственниками, имеющейся медицинской документацией, сбор жалоб, данных анамнеза, и т. д.; в медицинской карте отражается в виде разделов:
 - жалобы на момент курации,
 - история заболевания (*anamnesis morbi*),
 - история жизни (*anamnesis vitae*).
2. Объективный – исследование пациента при помощи физикальных, инструментальных и лабораторных методов и отражение результатов в медицинской документации.
3. Логический:
 - анализ данных, полученных в субъективном и объективном разделах,
 - обоснование предварительного клинического диагноза,
 - проведение дифференциального диагноза,
 - составление плана обследования,
 - формирования окончательного диагноза
 - лечения.

Применение на практике такого метода работы и написания медкарты позволяет выработать правильный, логически осмысленный, дидактически верный подход к обследованию пациента, облегчает и упорядочивает диагностическую работу, позволяет оптимизировать время обследования, диагностики и лечения.

ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ

В основу правил формулировки диагноза и, при летальных исходах, оформления медицинского свидетельства о смерти должны быть положены современные дефиниции и требования действующего законодательства РФ (Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 №323-ФЗ) и экспертов ВОЗ, отраженные в Международной классификации болезней.

Диагноз (греч. διάγνωσις – распознавание) – медицинское заключение о состоянии здоровья, об имеющемся заболевании (травме, состоянии), выраженное в терминах, предусмотренных принятыми классификациями и номенклатурой болезней, обозначающих название болезней (состояний), их форм, вариантов течения и основанное на всестороннем систематическом изучении пациента. Содержанием диагноза также могут быть особые физиологические состояния организма (беременность, климакс, состояние после разрешения патологического процесса и др.), заключение об эпидемическом очаге.

Заболевание определяется как нарушение деятельности организма, работоспособности, способности адаптироваться к изменяющимся условиям внешней и внутренней среды, возникающее в связи с воздействием патогенных факторов при одновременном изменении защитно-компенсаторных и защитно-приспособительных реакций и механизмов организма [ст. 2, ч. 16 - ФЗ №323].

Состояние – определяется как изменения организма, возникающие в связи с воздействием патогенных и (или) физиологических факторов и требующие оказания медицинской помощи [ст. 2, ч. 17 - ФЗ №323].

Ведущий принцип формулирования диагноза в медицине – нозологический. Приведем некоторые термины и определения в соответствии с отраслевым стандартом (ОСТ ТО № 91500.01.0005-2001):

1) нозологическая форма (единица) определяется как совокупность клинических, лабораторных и инструментальных диагностических признаков, позволяющих идентифицировать заболевание (отравление, травму, физиологическое состояние) и отнести его к группе состояний с общей этиологией и патогенезом, клиническими проявлениями, общими подходами к лечению и коррекции состояния;

2) синдром – это состояние, развивающееся вследствие заболевания и определяющееся совокупностью клинических, лабораторных, инструментальных диагностических признаков, позволяющих идентифицировать его и отнести к группе состояний с различной этиологией, но общим патогенезом, клиническими проявлениями, общими подходами к лечению, зависящих вместе с тем и от заболеваний, лежащих в основе синдрома.

Диагноз является интегральным выражением представления врача-специалиста о состоянии здоровья пациента и об имеющемся заболевании (травме, состоянии) на основании данных, полученных в результате диагностики, представляющей собой комплекс медицинских вмешательств, направленных на распознавание состояний или установление факта наличия либо отсутствия заболеваний, осуществляемых посредством сбора и анализа жалоб пациента, данных его анамнеза и осмотра, проведения лабораторных, инструментальных, патологоанатомических и иных исследований в целях определения диагноза, выбора мероприятий по лечению пациента и (или) контроля осуществления этих мероприятий [ст. 2, ч. 7 - ФЗ №323].

Исходя из этих положений структура диагноза при коморбидности должна быть представлена следующими рубриками:

1. Основное заболевание.
2. Конкурирующие, сочетанные, фоновые заболевания (коморбидные заболевания) при наличии.
3. Осложнения основного и коморбидных (при наличии) заболеваний.
4. Сопутствующие заболевания.

Конкурирующее заболевание – это имеющиеся одновременно с основным заболеванием у пациента заболевание или травма, взаимонезависимое по этиологии и патогенезу, но в равной мере отвечающее критериям основного заболевания, потребовавшее оказания медицинской помощи в связи с не меньшей угрозой работоспособности, жизни и здоровью.

Например: Инфаркт миокарда и острый аппендицит

Сочетанное заболевание определяется как нозологическая единица (заболевание или травма), которой одновременно с основным заболеванием страдает пациент, и которые, находясь в различных патогенетических взаимоотношениях и отягощая друг друга, могут привести к осложнениям или смерти, причем каждое из них по отдельности этого бы не вызвало.

Фоновое заболевание – это заболевание или травма, которая способствует возникновению или неблагоприятному течению основного заболевания, повышает его опасность для жизни пациента, влияет на развитие осложнений и в связи с чем требует лечения вместе с основным заболеванием.

Например: сахарный диабет является фоновым заболеванием при пиелонефрите или гипертонической болезни

ТИТУЛЬНЫЙ ЛИСТ

Кафедра

Заведующий кафедрой

**Преподавател
ь**

**Курато
р**

студент

группа

курс

факультет

**МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА ПАЦИЕНТА, ПОЛУЧАЮЩЕГО
МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ,
В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА**

СВЕДЕНИЯ О ПАЦИЕНТЕ

ФИО пациента

Дата рождения

Пол

Дата и время поступления

Поступил через _____ часов после начала заболевания, травмы

Направлен в стационар: поликлиникой, бригадой скорой медицинской помощи, полицией, обратился самостоятельно, другое (указать) _____

Форма оказания медицинской помощи: плановая/экстренная _____

Наименование отделения: _____

В анамнезе: туберкулез _____ ВИЧ _____ вирусные гепатиты _____ сифилис _____ COVID-19 _____

Аллергические реакции на лекарственные препараты, пищевая аллергия или иные виды непереносимости в анамнезе, с указанием типа и вида аллергической реакции _____

Трансфузии (переливания) донорской крови и (или) ее компонентов (год, осложнения, реакции): _____

**Группа
крови**

**резус-
принадлежность**

**Антиген K1
системы
Kell**

Диагноз направившего учреждения:

Диагноз клинический, установленный в стационаре:

Дата и время установления диагноза:

Основное заболевание _____

Осложнения основного заболевания _____

Внешняя причина при травмах _____

Сопутствующие заболевания _____

Проведенные оперативные вмешательства (операции):

Дата проведения	Наименование оперативного вмешательства	Вид анестезиологического пособия	Кровопотеря во время оперативного вмешательства

ПЕРВИЧНЫЙ ОСМОТР

«__» _____ 202__ г. время: _____ час. _____ мин.

Жалобы

Четко перечислить жалобы пациента, дав их подробную характеристику с указанием, при необходимости, степени выраженности, временных параметров, локализации, иррадиации болей, условий, при которых они возникают и изменяются, и т.д. Порядок изложения жалоб зависит от степени выраженности ощущений и их диагностической значимости. Группировать их целесообразно по синдромам.

Анамнез заболевания

Излагается динамика заболевания от появления первых симптомов до момента осмотра пациента куратором.

Необходимо стремиться выявить факторы, которые могли быть причиной болезни и влиять на ее развитие.

Указывается время первого обращения за медицинской помощью и установленный диагноз. В хронологическом порядке описывается течение заболевания, развитие симптомов и осложнений, периоды обострения и ремиссии. Отмечаются результаты проведенных исследований и методов проводившегося лечения с анализом их эффективности (со слов пациента или по имеющейся медицинской документации).

Выясняются причины и пути настоящей госпитализации, в случае неотложного состояния необходима точная фиксация всех действий пациента и медицинского персонала по часам и минутам.

Анамнез жизни

Отмечаются краткие биографические данные, развитие в детском и юношеском возрасте, образование, отношение к военной службе (участие в боевых действиях).

Семейно-половой анамнез. Указывается семейное положение. У женщин – время появления первых менструаций и их характер, количество беременностей и родов (их течение и исходы), аборты, начало климакса.

Отражаются условия жизни пациента (состояние жилища, материальная обеспеченность), характер и регулярность питания, возможные привычные интоксикации (употребление алкоголя и наркотических препаратов, табакокурение).

Перенесенные заболевания. Перечисляются, начиная с детства, перенесенные заболевания, травмы, операции, факторы риска, наличие имплантатов организме.

Аллергологический анамнез. Выясняется наличие аллергических реакций на лекарственные препараты, пищевой аллергии или иные виды непереносимости в анамнезе, с указанием типа и вида аллергической реакции.

Эпидемиологический анамнез. Особо указать о туберкулезе, венерических заболеваниях, гепатитах, ВИЧ-инфекции, сифилисе, COVID-19, контакте с инфекционными пациентами. Отметить, имели ли место гемотрансфузии и реакции на них, парентеральное введение лекарств в течение последних 6 месяцев.

Наследственность. Выясняется наличие у кровных родственников возможных наследственных заболеваний.

Сведения о нетрудоспособности. Фиксируются продолжительность нетрудоспособности по данному заболеванию за последний календарный год, сроки последнего листа нетрудоспособности, наличие инвалидности и ее причины.

Физикальное исследование, локальный статус

Температура _____ °C Рост _____ см Вес _____ кг ИМТ _____ см/м²

Тяжесть состояния пациента: _____

(принятые характеристики: удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое, крайне тяжелое, агонирующее, клиническая смерть)

В приложениях 1 и 6 даны некоторые пояснений и справочный материал по разделу «Физикальное исследование, локальный статус»

Уровень сознания _____ (баллы по шкале Глазго в баллах – см. приложение 2).

Оценка состояния кожных покровов и придатков кожи: окраска, влажность, эластичность, пигментация; наличие сыпи, расчесов, геморрагий, рубцов, шелушения, сосудистых звездочек и т.д. Волосистой покров: тип оволосения, характер распространения, состояние волос. Ногти: форма, цвет, исчерченность, ломкость.

Отеки: не определяются /определяются, указать локализацию (при наличии), их выраженность и характеристики

Оценка состояния видимых слизистых оболочек: розовые, без патологических высыпаний; иктеричность склер; инъекция сосудов склер; гиперемия конъюнктивы; иные сведения (при наличии)

Состояние подкожно-жировой клетчатки: нормальное, гипотрофия, ожирение, иные сведения (при наличии)

Состояние лимфатических узлов: локализация, величина, консистенция, подвижность и болезненность пальпируемых лимфоузлов.

Оценка костно-мышечной системы:

Мышцы (при наличии патологии отметить): степень развития, асимметричность отдельных групп, тонус, болезненность и уплотнения при ощупывании, мышечная сила, параличи, парезы.

Кости (при наличии патологии отметить): наличие деформаций, патологической подвижности, утолщения концевых фаланг пальцев (симптом «барабанных палочек»), болезненности при ощупывании и поколачивании.

Суставы (при наличии патологии отметить): конфигурация, объем активных и пассивных движений, контрактуры и анкилозы, болезненность и хруст при движениях.

Система органов дыхания

Осмотр. Наличие деформации носа. Форма грудной клетки (нормо-, гипер-, астеническая; патологические формы – эмфизематозная, паралитическая, ладьевидная, рахитическая, воронкообразная), ее симметричность. Окружность и экскурсия грудной клетки на уровне IV ребра.

Дыхание: через нос или рот, свободное или затрудненное, ритм и глубина. Тип дыхания: грудной, брюшной, смешанный. Оценка голоса: звонкий, охриплый, афония. Число дыхательных движений в минуту.

Пальпация грудной клетки: определение болезненных участков, эластичности и ригидности, крепитации, изменения голосового дрожания на симметричных участках.

Аускультация легких. Характер основных дыхательных шумов на симметричных участках грудной клетки (везикулярное или бронхиальное, усиленное или ослабленное, жесткое). Наличие побочных дыхательных шумов и их локализация: хрипы (сухие или влажные, звонкие или глухие, мелко-, средне- или крупнопузырчатые), крепитация, шум трения плевры. Бронхофония над симметричными участками грудной клетки.

Перкуссия легких. Сравнительная перкуссия: характер перкуторного звука на симметричных участках (ясный легочный, притупленный, тупой, коробочный, тимпанический). Топографическая перкуссия легких по линиям грудной клетки с определением дыхательной экскурсии по средней подмышечной линии.

Система органов кровообращения

Осмотр области сердца: выпячивание в области сердца, верхушечный и сердечный толчки, патологическая пульсация (характер, локализация, распространенность).

Осмотр сосудов шеи: видимая пульсация артерий и вен.

Пальпация области сердца: характеристика верхушечного и сердечного толчков, дрожание в области сердца.

Перкуссия сердца: определение границ относительной и абсолютной тупости сердца, конфигурация сердца (нормальная, митральная, аортальная, легочная, cor bovinum).

Аускультация сердца. Ритм и число сердечных сокращений. Тоны сердца (при необходимости описываются последовательно над каждой точкой): ясные, ослабленные, глухие, хлопающие, с расщеплением или раздвоением, дополнительные. Шумы относительно фаз сердечной деятельности (сistolы или диастолы), их тембр, громкость, продолжительность, проведение. Шум трения перикарда.

Исследование сосудов. Пальпация артерий: сонных, на запястье и на стопе. *Аускультация:* аорты, сонных, подвздошных и бедренных артерий. Артериальный пульс на лучевых артериях (ритм, частота, напряжение, наполнение, дефицит). Артериальное давление на плечевых артериях.

Осмотр и пальпация вен: шеи, подкожных вен грудной клетки, брюшной стенки, нижних конечностей.

Система органов пищеварения

Осмотр полости рта. Запах изо рта: обычный, гнилостный, ацетона, аммиака и др. Язык: окраска, влажность, налет, язвы и т.д. Состояние зубов, слизистой оболочки губ, десен, твердого и мягкого неба. Характеристика миндалин.

Осмотр живота: форма, симметричность, выраженность подкожной жировой клетчатки, участие в акте дыхания, наличие расширенных подкожных вен и послеоперационных рубцов (их локализация, форма, размеры), видимая перистальтика кишечника.

Аускультация брюшной полости. Наличие и характеристика перистальтических кишечных шумов. Патологические, проводные или иные шумы (при их наличии). Шум плеска при перкуссии.

Перкуссия брюшной полости. Характер перкуторного звука над брюшной полостью и в отлогих местах живота. Печеночная «тупость»: сохранена, отсутствует, сглажена. Границы и размеры печени по Курлову. Размеры селезенки.

Пальпация живота (поверхностная ориентировочная и глубокая скользящая). Выявление болезненных областей, защитного напряжения мышц. Определение мышечно-апоневротических дефектов брюшной стенки, состояния пупочного, пахового и бедренного колец. Характеристика прощупываемых органов (желудка, различных отделов кишечника, печени, желчного пузыря, поджелудочной железы, селезенки, матки) и опухолевых образований: локализация, границы, размеры, консистенция, смещаемость, болезненность. При наличии болезненных зон – описание симптомов раздражения брюшины (Щеткина-Блюмберга, Раздольского, Воскресенского и

др.) и симптомов, патогномоничных для воспаления органов, расположенных в этих зонах.

Осмотр области заднего прохода: состояние кожных покровов перианальной области, наличие трещин, рубцов, свищи, наружных геморроидальных узлов, инородных тел.

Пальцевое исследование через прямую кишку: болезненность при введении пальца, тонус сфинктера, скопление каловых масс, внутренние геморроидальные узлы, опухолевидные образования, воспалительные инфильтраты, состояние смежных пальпируемых органов (предстательной железы, матки) и объемных образований полости малого таза.

Мочеполовая система

Результаты обследования мочеполовой системы: патологических изменений не определяется/определяется, область проекции почек внешне не изменена/изменена, симптом поколачивания отрицательный/положительный, иные сведения (при наличии)_____

Оценка характера мочеиспускания: свободное, не затруднено, произвольное, безболезненное, иные сведения (при наличии)_____

Осмотр молочных желез. Размер, форма, положение, симметричность, состояние соска, состояние кожи, смещаемость, втяжение кожи, деформация контуров, изъязвление.

Локальный статус

Раздел истории болезни, в котором отражается, при наличии у пациента, локализованных наружных образований (таких как: опухоли кожи, воспалительные инфильтраты, раны и язвы, наружные грыжи др.), или при необходимости подробного описания пораженных частей тела (например, нижних конечностей при варикозной болезни, артериальной недостаточности, травмах). Указываются: топографо-анатомическая локализация патологического очага, его характеристики (форма, величина, консистенция, подвижность, отношение к окружающим тканям, болезненность и др.), состояние кожных покровов над ним, регионарных лимфатических узлов, суставов, артериальных и венозных сосудов в этой зоне.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Устанавливается и записывается в соответствие с рубрификацией (*см. приложение 3*)

ОБОСНОВАНИЕ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО ДИАГНОЗА

На основании жалоб пациента (описание конкретных жалоб); данных анамнеза заболевания (перечисление конкретных данных); данных анамнеза жизни (описание конкретных данных); данных объективного обследования (перечисление конкретных данных) устанавливается предварительный диагноз.

ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ

Составляется для уточнения предварительного и установления окончательного клинического диагноза. Включает перечень лабораторных и инструментальных методов исследования в соответствии с предварительным диагнозом; при необходимости, консультаций специалистов, консилиумов. Все назначаемые исследования следует указывать в порядке их выполнения с кратким пояснением их целесообразности.

ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ

Указываются запланированные медицинские вмешательства с целью лечения заболеваний, медицинской реабилитации.

ДАННЫЕ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ И ЛАБОРАТОРНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

Вносятся результаты, а при необходимости, и полные протоколы выполненных исследований.

ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Устанавливается и записывается в соответствие с рубрификацией (*см. приложение 3*)

ОБОСНОВАНИЕ ОКОНЧАТЕЛЬНОГО ДИАГНОЗА

На основании жалоб пациента (описание конкретных жалоб); данных анамнеза заболевания (перечисление конкретных данных); данных анамнеза жизни (описание конкретных данных); данных объективного обследования (перечисление конкретных данных); данных инструментальных и лабораторных методов обследования (перечисление конкретных данных) формируется окончательный диагноз.

Возможна ситуация, когда имеются не все результаты исследований, указанных в плане обследования; в этом случае надо указать, какое из исследований не проводилось и пояснить его необходимость.

ПРЕДСТАВЛЕНИЕ О ДАННОМ ЗАБОЛЕВАНИИ И ЕГО ЛЕЧЕНИИ

Дать краткую справку по анатомии и физиологии пораженного органа или системы.

Изложить существующие этиологические и патогенетические теории данного заболевания. Рассмотреть возможные причины возникновения болезни у курируемого пациента.

Привести литературную справку о клинике, классификации и методах диагностики заболевания.

Кратко перечислить все существующие методы консервативного и оперативного лечения данного заболевания, показания и противопоказания к ним.

ЛЕЧЕНИЕ

Выбрать и обосновать метод лечения курируемого пациента.

При консервативной терапии указать фармакологические группы препаратов, способ введения и патогенетическую направленность действия.

При планировании операции – определить срочность, вид обезболивания, доступ и объем вмешательства.

В случае проведенного лечения – оценить его эффективность и дать динамику состояния пациента.

При необходимости привести протокол хирургического вмешательства (*см. приложение 4*).

ПРОГНОЗ

Определить ближайший и отдаленный прогноз для жизни, функции пораженного органа (или системы), трудоспособности пациента.

ЭПИКРИЗ

Эпикризы подразделяют на этапные, выписные, посмертные.

В *этапном эпикризе* каждые 10 дней отражается ход и результаты обследования и лечения, намечаются дальнейшие действия (*см. приложение 5*).

В *выписном эпикризе* необходимо кратко изложить историю болезни: установленный клинический диагноз, жалобы при поступлении и основные моменты анамнеза, данные объективного осмотра и результаты обследования, проведенное лечение и его результаты. Дать рекомендации: режим, диета, дальнейшее лечение (амбулаторное, стационарное, санаторно-курортное) и рекомендуемые препараты, примерные сроки нетрудоспособности и ограничения нагрузки.

ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ

1. В каких случаях при сборе анамнеза заболевания производится опрос родителей, родственников или знакомых пациента?

Ответ:

При невозможности получить эту информацию от пациента

2. При осмотре пациента 24 лет с острым респираторным заболеванием, лежащего в постели, врач сделал запись в истории болезни: «Состояние пациента удовлетворительное. Положение в постели пассивное. Пациент среднего роста, правильного телосложения, нормальной упитанности. Кожные покровы влажные, горячие, $t-37,8\text{ }^{\circ}\text{C}$ и т.д.»

Какие неточности и ошибки начинающий врач сделал при описании больного?

Ответ:

Состояние пациента удовлетворительное. У пациента состояние средней тяжести

Положение пассивное. У пациента положение активное

Не описан конституциональный тип телосложения: астеническое, гиперстеническое, или нормостеническое.

3. Студент 3 курса при написании академической истории болезни следующим образом изложил историю заболевания курируемой пациентки: «Заболела утром –почувствовала себя плохо; посмотрев в зеркало, увидела, что плохо выглядит, но встала с постели и начала заниматься привычными домашними делами: приготовила завтрак, проводила детей в школу, мужа на работу; погладила себе платье, позавтракала и пошла на работу. По дороге на работу зашла в молочный магазин и купила молоко и сметану; зашла в хлебный и овощной магазины. Так как долго не было автобуса, больная опоздала на 10 минут на работу, в связи с чем была вызвана к руководителю для дачи объяснений. Он ей сказал: «.....» , она сказала: «.....»; он сказал: «.....»; она сказала: «.....» и т.д. После разговора с руководителем пациентке стало совсем плохо; сослуживцы дали ей выпить какие-то лекарства, но состояние не улучшилось. Была вызвана «Скорая помощь» и пациентка доставлена в больницу.

Оцените данный анамнез. Чего не хватает в нем?

Ответ:

Анамнез изобилует подробностями, не имеющее диагностического значения. Какие жалобы пациентка предъявляла при ухудшении состояния?

4. Врач начал сбор анамнеза с выяснения места работы, профессии и должности больного.

Правильна ли тактика врача? Почему?

Ответ:

Неправильно. Сначала надо уточнить Ф.И.О., возраст, то есть должно состояться знакомство.

5. Врач–терапевт, собирая анамнез болезни у заболевшего врача–хирурга, на вопрос, что у Вас болит, что Вас беспокоит? Получил ответ: «Беспокоят боли в сердце постоянного характера».

Можно ли без изменения вышесказанные жалобы внести в историю болезни?

Ответ:

Нет, это недостаточная детализация болевого синдрома.

6. Рабочий завода, рассказывая врачу о заболевании, сказал, что у него бывают сильные ознобы, во время которых его трясет «как–будто на вибрационном испытательном стенде». Целесообразно ли последнюю фразу больного перенести в историю болезни?

Ответ:

Да, но в контексте: «со слов пациента».

7. Врач во время ночного дежурства осмотрел пациента и не обнаружил изменений окраски кожных покровов и видимых слизистых. Утром, у этого больного определялось желтушное окрашивание кожи и склер. Врач сделал вывод о наличии желтухи, развившейся в течение ночи. Справедлив ли вывод?

Ответ:

Нет. Необходимо указывать при каком освещении проводился осмотр.

8. Будет ли меняться схема сбора анамнеза у пациента, страдающего заболеваниями: сердечно–сосудистой системы, желудочно–кишечного тракта или органов дыхания?

Ответ:

Не будет.

9. Объективная информация – это:

- а) **наблюдения, измерения, проводимые лицом, собирающим информацию**
- б) ощущения пациента относительно состояния своего здоровья
- в) информация, полученная в процессе расспроса пациента

10. К субъективному методу обследования относится:

- а) **беседа с пациентом**
- б) общий осмотр пациента
- в) лабораторное исследование мочи

11. Сознание характеризуют, как спутанное, когда:

- а) пациент без сознания
- б) **пациент отвечает на вопросы с опозданием**
- в) пациент отвечает на вопросы быстро и конкретно

12. Пациент способен двигаться, но для облегчения своего состояния приходится принимать определенную позу. Это характерно для:

- а) активного положения в постели
- б) **вынужденного положения в постели**
- в) пассивного положения в постели

13. Кожу собирают в складку на тыльной поверхности предплечья или кисти, после чего, разжав пальцы, отпускают складку и по скорости ее расправления судят о:

- а) влажности кожи
- б) выраженности отеков
- в) **тургоре кожи**

14. Надавливанием в течение 5–10 секунд на кожу пальцем к передней поверхности голени определяют:

- а) тургор кожи
- б) **выраженность отеков**
- в) влажность кожи

15. Обязательные условия при определении массы тела пациента:

- а) утром, натощак, после опорожнения кишечника и мочевого пузыря, в привычной одежде
- б) за 2 дня назначается диета, вечером и утром за 2 часа очистительная клизма
- в) подготовки пациента не требуется**

16. Обязательное условие при измерении роста пациента:

- а) утром, натощак, после опорожнения кишечника и мочевого пузыря, в привычной одежде
- б) подготовки пациента не требуется
- в) проводится после снятия обуви и головного убора**

17. При измерении роста пациента необходимо, чтобы он:

- а) касался вертикальной планки ростомера затылком, лопатками, ягодицами, пятками**
- б) встал лицом к медицинской сестре с опущенными вниз руками и сделал глубокий выдох и вдох
- в) осторожно встал в центре площадки на клеенку

18. К антропометрическим методам относят:

- а) измерение окружности грудной клетки**
- б) определение влажности кожных покровов
- в) измерение температуры тела

ЛИТЕРАТУРА

1. Интенсивная терапия: национальное руководство : в 2 т. / под ред. И.Б. Заболотских, Д.Н.Проценко. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - Т. 1. - 1152 с.: ил.
2. Забозлаев Ф.Г., Зайратьянц О.В., Кактурский Л.В., Клевню В.А., Кучук С.А., Максимов А.В. Методические рекомендации по сопоставлению заключительного клинического и патологоанатомического / судебно-медицинского диагнозов // Судебная медицина. - 2019. - Т. 5. - №4. - С. 48-56. doi: 10.19048/2411-8729-2019-5-4-48-56
3. Пирадов М.А., Супонева Н.А., Рябинкина Ю.В., Гнедовская Е.В., Ильина К.А., Юсупова Д.Г. и др. Шкала комы Глазго (glasgow coma scale, gcs): лингвокультурная адаптация русскоязычной версии. Журнал им. Н.В. Склифосовского Неотложная медицинская помощь. 2021; 10(1): 91-99.
4. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 05.08.2022 № 530н "Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара и порядков их ведения" (Зарегистрирован 18.10.2022 № 70594) – электронный ресурс <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202210190009>
5. Пропедевтика внутренних болезней: Учебник: в 2-х томах. /Под ред. И.В. Маева, В.А. Шестакова.- М.: Медицина
6. «Рубрикатор клинических болезней» электронный-ресурс https://cr.minzdrav.gov.ru/clin_recomend
7. Хирургические болезни: Учебник/ М. И. Кузин, О. С. Шкроб, Н. М. Кузин и др.; Под ред. М. И. Кузина. — 4-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018 – 992с
8. Частная хирургия. Т.1: Учебник для медицинских вузов/ Под ред. проф. Ю.Л. Шевченко. 3-е изд., испр. и доп. – М.: РАЕН, 2017. – 706 с.: ил.
9. Частная хирургия. Т.2: Учебник для медицинских вузов/ Под ред. проф. Ю.Л. Шевченко. 3-е изд., испр. и доп. – М.: РАЕН, 2017. – 808 с.: ил.

ПРИЛОЖЕНИЯ

СИМПТОМЫ И СИНДРОМЫ, НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИЕСЯ В ЧАСТНОЙ ХИРУРГИИ

СИМПТОМЫ РАЗДРАЖЕНИЯ БРЮШИНЫ И ПЕРИТОНИТА

Симптомы мышечной защиты:

- резистентность в области отдельных зон;
- ясно выраженное локальное напряжение;
- общее напряжение половины или всего брюшного пресса

Симптом Розанова – активное надувание и выпячивание живота затруднено при острых процессах в брюшной полости.

Симптом Щеткина-Блюмберга – значительное усиление болезненности при быстром отнятии руки, производящей глубокую пальпацию живота.

Симптом Раздольского – выявление зоны максимальной чувствительности при легком постукивании по брюшной стенке.

Симптом Краснобаева – напряжение прямых мышц живота.

Симптом Маделунга – большая разница температур в подмышечной области и прямой кишке.

Симптом Маккензи – гиперестезия кожи живота.

СИМПТОМЫ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

Симптом Ровзинга – толчкообразное движение при глубокой пальпации левой подвздошной области вызывает болезненность в правой подвздошной области. Встречается в 80% случаев.

Симптом Образцова – усиление болезненности при пальпации правой подвздошной области при поднятой правой ноге.

Симптом Ситковского – при повороте пациента на левый бок болезненность усиливается вследствие натяжения брыжейки воспаленного отростка.

Симптом Бартомье–Михельсона – появление или значительное усиление болезненности при пальпации в правой подвздошной области при положении пациента на левом боку.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1 (продолжение)

Симптом Воскресенского («симптом рубашки») – определяется через натянутую рубашку. При быстром скольжении давящей на брюшную стенку руки от мечевидного отростка по направлению к правой подвздошной области появляется значительная болезненность в области расположения воспаленного червеобразного отростка.

Симптом Волковича-Кохера – смещение боли из эпигастральной в правую подвздошную область.

Симптом Крымова – болезненность правого пахового канала при введении исследующего пальца через наружное отверстие в области задней стенки.

Симптом Чугуева – прощупывание напряженных тяжей в наружной косой мышце живота при пальпации правой подвздошной области. Чаще определяется в положении пациента на левом боку.

Триада Мондора – болезненность, напряжение мышц и положительный симптом Щеткина-Блюмберга в правой подвздошной области.

СИМПТОМЫ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Симптом Воскресенского – исчезновение пульсации брюшной аорты в подчревной области.

Симптом Мэйо-Робсона – болезненность при глубокой пальпации в левом реберно-позвоночном углу.

Симптом Грей-Тернера – цианоз кожи боковых отделов живота.

Симптом Кулена – цианоз кожи в области пупка.

Симптом Керте – наличие резистентности брюшной стенки в виде пояса, соответствующего топографическому положению поджелудочной железы.

СИМПТОМЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Кишечные кровотечения у пациентов с хроническим панкреатитом являются патогномоничным симптомом ложной аневризмы ветвей чревного ствола и верхней брыжеечной артерии. При этом при гастродуоденоскопии не обнаруживают изъязвлений в желудке и двенадцатиперстной кишке, флебэктазий пищевода. Следствием прогрессирующего фиброза поджелудочной железы и панкреатической *мальдигестии*, не контролируемой заместительной ферментной терапией, является синдром *мальабсорбции* с развитием дефицита микронутриентов. Поэтому признаки дефицита незаменимых макро- и микронутриентов также относят к осложнениям хронического панкреатита с внешнесекреторной недостаточностью поджелудочной железы

Мальдигестия при экзокринной недостаточности поджелудочной железы является фактором риска развития синдрома избыточного бактериального роста (СИБР). СИБР встречается у 34-92% пациентов с хроническим панкреатитом при этом чаще у пациентов с алкогольным хроническим панкреатитом, чем у пациентов с другими формами этого заболевания.

Симптом Тужилина — при осмотре на коже пациента с хроническим панкреатитом можно увидеть геморрагические высыпания в виде капелек багрового цвета размером до 1—4 мм. Это точечные ангиомы, возникающие при протеолизе — деструктивном действии на капилляры ферментов поджелудочной железы, выбросившихся в кровь при обострении процесса.

Синдром рецидивирования (повторения приступов). Специфичен для хронического рецидивирующего панкреатита. Характеризуется повторениями заболевания после перенесенного острого панкреатита (с возможным повторением болевого, воспалительного, диспепсического, перитонеального синдромов, а также развитием синдромов желтухи и полиорганной недостаточности, всех ранних осложнений острого панкреатита). Данная форма морфологически может заканчиваться некрозом железы, гнойной секвестрацией, формированием псевдокист, панкреатических свищей (по сравнению с острым панкреатитом эти осложнения развиваются реже, что связано с замещением части железы фиброзом и участками атрофии железистого аппарата со снижением его функциональной активности).

ПРИЛОЖЕНИЕ 1 (продолжение)

Синдром непрерывной боли. Характерен для болевой формы хронического панкреатита. Основным манифестирующим признаком заболевания является непрерывный болевой синдром. Проявляется непрерывными тупыми, сверлящими, изнуряющими болями, нередко усиливающимися до «малых приступов». Помимо болевого синдрома отмечаются астения (психастения), кахексия, диспепсические расстройства. Иногда пациенты с этой формой заболевания предпринимают суицидальные попытки.

Синдром «скрытого» течения. Характерен для латентной или безболевого формы хронического панкреатита. Несмотря на название, данную клиническую форму трудно назвать бессимптомной, поскольку в той или иной форме болевой синдром имеет место почти у всех пациентов. На первый план в клинической картине выступают функциональные изменения со стороны поджелудочной железы – нарушения внутренней секреции (чаще с пониженной, реже с повышенной продукцией инсулина) и нарушения внешней секреции (поносы, потеря массы тела, метаболические нарушения).

Симптом Курвуазье – характеризуется триадой признаков: обтурационная желтуха, увеличение желчного пузыря, отсутствие боли при его пальпации. Больше характерен для злокачественных опухолей головки поджелудочной железы.

СИМПТОМЫ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ

Синдром Ано–Рессле (синонимы – синдром Ано, синдром Ано–Къене) - хронический холецистит и холангит, протекающие с интермиттирующей лихорадкой, ознобами, часто с общим зудом кожных покровов, спленомегалией, увеличением СОЭ, повышением активности щелочной фосфатазы в крови. Течение заболевания длительное и заканчивается развитием билиарного цирроза печени.

Синдром Бадда-Киари – сдавление, или окклюзия нижней поллой вены на уровне или выше впадения в нее печеночных вен.

Синдром Гейда (гепаторенальный синдром)– функциональная почечная недостаточность, развивающаяся на фоне портальной гипертензии и печеночной недостаточности.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1 (продолжение)

Синдром (болезнь) Дельбе (синоним – первичный склерозирующий холангит). Хроническое прогрессирующее фиброзно-склеротическое поражение внутри- и внепеченочных желчных протоков, приводящее к билиарному циррозу и печеночной недостаточности.

Синдром Жильбера II (синоним – колибациллез Жильбера). Проявляется острым рецидивирующим холангитом с периодическими подъемами температуры. Позднее присоединяются боль и рецидивирующая желтуха, увеличивается печень.

Синдром Жильбера–Ано (синонимы –печеночные пятна, печеночные звездочки). Звездчатое расширение кровеносных сосудов лица (лба, носа, щек) и тыльной поверхности рук.

Цирроз Лаэннека (синонимы – цирроз печени Laennec, синдром Лаэннека) - цирроз печени, основными проявлениями которого являются: плотная небольшая цирротически измененная печень, увеличенная селезенка, портальная гипертензия, расширение поверхностных вен передней брюшной стенки, асцит, варикозное расширение вен пищевода и желудка с частыми кровотечениями из них, изредка – субиктеричность.

СИМПТОМЫ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА

Симптом Ортнера – возникновение болезненности при постукивании ребром кисти по правой реберной дуге.

Симптом Мюсси–Гергиевского («френикус-симптом») – при надавливании в надключичной области между ножками грудино-ключично-сосцевидной мышцы выявляется болезненность вследствие иррадиации по диафрагмальному нерву раздражения с рецепторов диафрагмы.

Симптом Березнеговского – иррадиация болей в правое надплечье.

Симптом Кера – боль при вдохе во время пальпации правого подреберья

Симптом Мерфи – равномерно надавливая большим пальцем руки на область желчного пузыря, предлагают больному сделать глубокий вдох, при этом он задерживает дыхание и отмечается значительная боль в этой области.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1 (продолжение)

СИМПТОМЫ ПРОБОДНОЙ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА И 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ

Симптом Спигарного – исчезновение печеночной тупости и появление высокого тимпанита над печенью.

Симптом Куленкампа – при пальцевом ректальном исследовании определяется болезненность тазовой брюшины, вызванная скоплением перитонеального экссудата и желудочного содержимого.

Симптом Грекова – замедление пульса сразу же после прободения язвы желудка или 12-перстной кишки.

СИМПТОМЫ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Симптом Шланге – признак паралича кишечника: при аускультации живота отмечается полная тишина.

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

Симптом Матье – при быстрой перкуссии над пупочным кольцом области слышится шум плеска.

Симптом Валя – видимую асимметрию живота, видимая перистальтика, пальпируемая раздутая петля кишки и высокий тимпанит при перкуссии

Симптом Склярова – при пальпации живота возникает шум плеска в кишечнике

Симптом Байера – асимметрия живота («косой живот»).

Симптом Анштютца – пальпаторно выявляемое вздутие слепой кишки, свидетельствующее о непроходимости ободочной кишки.

ОСНОВНЫЕ СИМПТОМЫ ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ СОСУДОВ

Симптом Дельбе-Пертеса – «маршевая проба» – на выявление проходимости глубоких вен. Пациент в положении стоя, поверхностные вены максимально наполнены. На верхнюю треть бедра накладываем жгут, при этом сдавливаем только поверхностные вены. Затем просим пациента маршировать в течение 3-5 минут, если подкожные вены спадаются, значит глубокие – проходимы.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1 (продолжение)

Симптом Оппеля – побледнение и появление мраморной пятнистости поднятых вверх стоп. Этим симптомом выявляют артериальную недостаточность.

Симптом Бурденко (прижатия пальца) – подошвенная поверхность 1 пальца сдавливается в течение 5-10 сек (время появления белого пятна) после прекращения давления выявляют степень нарушения кровотока.

Симптом Панченко – появление онемения, чувства ползания мурашек в стопе и голени в сидячем положении с пораженной ногой, запрокинутой на здоровую ногу через 3-5 мин после начала пробы.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПУЛЬСАЦИИ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

На бедренной артерии – ниже паховой связки, на 1.5-2 см кнутри от ее середины;

На подколенной артерии – в подколенной ямке.

На задней большеберцовой артерии – между задненижним краем внутренней лодыжки и ахилловым сухожилием.

На тыльной артерии стопы – по линии, проведенной между I и II пальцами к голеностопному суставу.

ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Симптом Грефе – при медленном опускании яблок между роговой оболочкой и краем верхнего века остается полоска склеры.

Симптом Кохера – глаза следят за пальцем исследующего: при движении его вверх веко движется быстрее глазного яблока и открывается часть склеры выше роговой оболочки.

Симптом Мебиуса – пациент следит за приближающимся пальцем исследующего и на близком расстоянии происходит отклонение глазного яблока кнаружи (недостаток конвергенции).

Симптом Штельвага – редкое мигание вследствие ретракции верхнего века.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1 (продолжение)

Симптом Горнера – сужение зрачка, сужение глазной щели и западение глазного яблока, развивающееся при повреждении, сдавлении или блокаде шейного отдела симпатического ствола.

СИМПТОМЫ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Симптом умбиликации – втяжение кожи над опухолью за счет укорочения куперовых связок, вовлеченных в опухоль.

Втяжение соска

Симптом площадки – нарушение контура железы при пальпации области, где локализуется опухоль. Вместо округлой поверхности образуется так называемая площадка. Причины возникновения данного симптома является подтягивание подкожно-жировой клетчатки к опухоли молочной желез.

Симптом «лимонной (апельсиновой) корки» - за счет вторичного внутрикожного лимфостаза вследствие блокады лимфатических путей регионарных зон или вследствие эмболии опухолевыми клетками глубоких кожных лимфатических сосудов.

Гиперемия кожи над опухолью – проявление специфического лимфангита

Симптом Краузе – утолщение складки ареолы вследствие отека из-за поражения опухолевыми клетками лимфатического сплетения субареолярной зоны.

Симптом Прибрама – при потягивании за сосок опухоль смещается за ним

Симптом Кенига – при прижатии молочной железы ладонью плашмя в положении пациентки лежа опухоль не исчезает – *положительный* симптом Кенига, если в положении лежа опухоль исчезает – *отрицательный* симптом Кенига.

Симптом Пайра – при захватывании железы двумя пальцами слева и справа кожа не собирается в продольные складки, а образуется поперечная складчатость.

СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ЛИМФОГЕННОГО МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ:

Метастаз Вирхова («Вирховская железа», «Вирховские узлы») – поражение лимфатических узлов левой надключичной области, между ножками грудино-ключично-сосцевидной мышцы. Представлен левым надключичным лимфатическим узлом, расположенным рядом с местом соединения грудного протока и левой подключичной вены, где лимфа из большей части тела стекает в большой круг кровообращения.

Метастаз Айриша – относится к группе Вирховских метастазов – это редкий тип метастазирования злокачественной опухоли, чаще всего рака желудка или молочной железы, в лимфатический узел, расположенный в левой подмышечной области. Однако теоретически он может возникать и с правой стороны, в зависимости от особенностей лимфатического дренажа у конкретного пациента и локализации первичной опухоли. Но, как и другие метастазы рака желудка, чаще встречается с левой стороны.

Метастаз сестры Марии Джозеф – метастазы в параумбиликальные лимфоузлы (в пупок) по ходу круглой связки печени – наиболее частыми причинами являются злокачественные новообразования желудка, толстой кишки, яичников и поджелудочной железы. Описаны случаи метастазов в пупок при злокачественных опухолях тонкой кишки, желчного пузыря, легких, предстательной железы, шейки матки, матки, маточных труб, серозных оболочек и костного мозга. Узелки также, в редких случаях, возникают в результате распространения рака аппендикса и псевдомиксомы брюшины.

Метастаз Шницлера – метастаз в параректальные лимфатические узлы. Это специфический вид метастазирования злокачественной опухоли, чаще всего рака желудка, в лимфатические узлы малого таза, расположенные вокруг прямой кишки.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1 (продолжение)

СИНДРОМЫ ПРИ ГРЫЖЕ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ

Симптом Бергманна I – боль иррадирует в левое плечо и напоминает стенокардию – одно из проявлений диафрагмальной грыжи, напоминающее по течению язвенную болезнь или патологию желчных путей.

Синдром Борри – триада симптомов ущемленной параззофагеальной грыжи – одышка, усиление перкуторного звука над одной половиной грудной клетки, непроходимость контраста или зонда (эндоскопа) по пищеводу.

Синдром Бергмана II (синоним – эзофагокардиальный синдром). Сочетание болей и неприятного ощущения наличия инородного тела за грудиной, дисфагии, икоты.

ШКАЛА ОЦЕНКИ НАРУШЕНИЯ СОЗНАНИЯ И КОМЫ ГЛАЗГО

Оригинальное название: Glasgow Coma Scale

Источник: Teasdale G.M., Jennett B., 1974

Пирадов М.А., Супонева Н.А., Рябинкина Ю.В., Гнедовская Е.В., Ильина К.А., Юсупова Д.Г. и др. Шкала комы Глазго (Glasgow Coma Scale, GCS): лингвокультурная адаптация русскоязычной версии. Журнал им. Н.В. Склифосовского Неотложная медицинская помощь. 2021; 10(1): 91 - 99. <https://doi.org/10.23934/2223-9022-2021-10-1-91-99>

ПРИЗНАК	БАЛЛЫ
1. Открывание глаз:	
спонтанное	4
на вербальную стимуляцию	3
на боль	2
нет реакции	1
2. Вербальная реакция:	
соответствующая	5
спутанная	4
бессвязные слова	3
нечленораздельные звуки	2
нет реакции	1
3. Двигательная реакция:	
выполняет словесные команды	6
локализует боль	5
реакция одергивания в ответ на боль	4
сгибание верхних конечностей в ответ на боль (поза декорткации)	3
разгибание верхних конечностей в ответ на боль	2
нет реакции	1

ИНТЕРПРЕТАЦИЯ:

Начальная оценка по шкале Глазго коррелирует с тяжестью церебрального повреждения и прогнозом.

Шкала состоит из трех тестов, оценивающих реакцию открывания глаз (**E**), а также речевые (**V**) и двигательные (**M**) реакции. За каждый тест начисляется определенное количество баллов. В тесте открывания глаз от 1 до 4, в тесте речевых реакций от 1 до 5, а в тесте на двигательные реакции от 1 до 6 баллов.

Минимальное количество баллов — 3 (глубокая кома), максимальное — 15 (ясное сознание). Таким образом, шкала Глазго является важным критерием для оценки уровня сознания. Каждая отдельная реакция оценивается в баллах, а уровень сознания выражается суммой баллов по каждому из параметров.

Оценка по шкале 3-5 баллов прогностически крайне неблагоприятна, особенно если она сочетается с широкими зрачками и отсутствием окуловестибулярного рефлекса.

- **15 баллов** – сознание ясное
- **13-14 баллов** – оглушение
- **9-12 баллов** – сопор
- **4-8 баллов** – кома
- **3 балла** – гибель коры

СТРУКТУРА ДИАГНОЗА

Структура диагноза должна быть представлена следующими рубриками:

1. Основное заболевание
2. Конкурирующие, сочетанные, фоновые заболевания (коморбидные заболевания, при наличии)
3. Осложнения основного (и коморбидных, при наличии) заболеваний
4. Сопутствующие заболевания

- 1. Основное заболевание** – заболевание, которое само по себе или в связи с осложнениями вызывает первоочередную необходимость оказания медицинской помощи в связи с наибольшей угрозой работоспособности, жизни и здоровью, либо приводит к инвалидности, либо становится причиной смерти;

За состояние (заболевание), которое следует использовать для анализа заболеваемости по единичной причине, рекомендовано принимать такое, по поводу которого проводилось лечение или обследование во время соответствующего эпизода обращения за медицинской помощью. При этом как основное определяется состояние (заболевание, травма), диагностированное в конце эпизода оказания медицинской помощи, по поводу которого главным образом проводились обследование и лечение пациента. При наличии более одного такого состояния (заболевания) в качестве основного выбирают то, на долю которого пришлось наибольшая часть использованных ресурсов.

- 2. Конкурирующее заболевание**

– это имеющиеся одновременно с основным заболеванием у пациента заболевание или травма, взаимонезависимое по этиологии и патогенезу, но в равной мере отвечающее критериям основного заболевания, потребовавшее оказания медицинской помощи в связи с не меньшей угрозой работоспособности, жизни и здоровью.

Сочетанное заболевание

определяется как нозологическая единица (заболевание или травма), которой одновременно с основным заболеванием страдает пациент, и которые, находясь в различных патогенетических взаимоотношениях и отягощая друг друга, могут привести к осложнениям или смерти, причем каждое из них по отдельности этого бы не вызвало.

Фоновое заболевание

– это заболевание или травма, которая способствует возникновению или неблагоприятному течению основного заболевания, повышает его опасность для жизни пациента, влияет на развитие осложнений и в связи с чем требует лечения вместе с основным заболеванием.

- 3. «Осложнения основного заболевания»**, которые определяют первоочередную необходимость оказания медицинской помощи в связи с наибольшей угрозой работоспособности, жизни и здоровью, либо приводят к инвалидности, либо становятся причиной смерти.
- 4. Сопутствующее заболевание** – заболевание, которое не имеет причинно-следственной связи с основным заболеванием, уступает ему в степени необходимости оказания медицинской помощи, влияния на работоспособность, опасности для жизни и здоровья и не является причиной смерти.

ПРОТОКОЛ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА (ОПЕРАЦИИ)

Сведения о пациенте:

Фамилия, имя, отчество (при наличии) _____

Дата рождения: "___" _____ 20___ г.

Дата и время начала оперативного вмешательства (операции):

"___" _____ 20___ г. _____ час. _____ мин.

Дата и время окончания оперативного вмешательства (операции):

"___" _____ 20___ г. _____ час. _____ мин.

Продолжительность оперативного вмешательства (операции): _____ час. _____ мин.

Наименование оперативного вмешательства (операции): _____

Код согласно номенклатуре медицинских услуг: _____

Диагноз до оперативного вмешательства (операции):

Основное заболевание _____

Осложнения основного заболевания _____

Внешняя причина при травмах, отравлениях _____

Сопутствующие заболевания _____

Дополнительные сведения о заболевании _____

Премедикация (наименование лекарственных препаратов, лекарственная форма, дозировка, способ введения): _____

Группа крови _____ резус-принадлежность _____ антиген K1 системы Kell _____

иные сведения групповой принадлежности крови (при наличии) _____

Степень риска оперативного вмешательства (операции): _____

План оперативного вмешательства (операции): _____

Описание оперативного вмешательства (операции): _____

Осложнения, возникшие в ходе оперативного вмешательства (операции): _____

Использование 1 медицинских 1 изделий (оборудования) (эндоскопическое, лазерное, криогенное, рентгеновское, иное): _____

Подсчет операционного материала: инструменты _____ салфетки _____

Кровопотеря во время оперативного вмешательства (операции), мл. _____

Вид анестезиологического пособия: _____

ПРИЛОЖЕНИЕ 4 (продолжение)

Диагноз после оперативного вмешательства (операции):

Основное заболевание _____

Осложнения основного заболевания _____

Внешняя причина при травмах, отравлениях _____

Сопутствующие заболевания _____

Дополнительные сведения о заболевании _____

Имплантированные медицинские изделия: _____

Назначения: _____

Операционный материал, взятый для проведения морфологического исследования: _____

Операционный материал направлен: _____

Персонал, участвующий при проведении оперативного вмешательства (операции) (фамилия, имя, отчество (при наличии), должность, специальность, подпись):

состав оперирующей бригады:

оперирующий врач _____

ассистирующий врач _____

операционная медицинская сестра _____

состав бригады анестезиологии-реанимации:

врач-анестезиолог-реаниматолог _____

медицинская сестра-анестезист _____

ОСМОТР

**лечащим врачом, врачом-специалистом, заведующим отделением,
лечащим врачом совместно с врачом-специалистом, лечащим врачом
совместно с заведующим отделением**

" ____ " _____ 20 ____ г. время: ____ час. ____ мин.

Жалобы: _____

Анамнез заболевания (дополнения к анамнезу): _____

Анамнез жизни (дополнения к анамнезу): _____

Физикальное исследование, локальный статус (его изменение): _____

Диагноз:

Основное заболевание _____

Осложнения основного заболевания _____

Внешняя причина при травмах, отравлениях _____

Сопутствующие заболевания _____

Дополнительные сведения о заболевании _____

Обоснование диагноза (при наличии дополнительных сведений): _____

Назначения: _____

Выполнены медицинские вмешательства: _____

План обследования (дополнения к плану): _____

План лечения (дополнения к плану): _____

ПРИЛОЖЕНИЕ 5 (продолжение)

Этапный эпикриз (заключение лечащего врача, по результатам оценки изменение состояния пациента с момента госпитализации, изменение локального статуса (при наличии), заполняется каждые 10 дней):

Фамилия, имя, отчество (при наличии), должность, специальность, подпись

МЕТОДИКИ ИССЛЕДОВАНИЯ ОРГАНОВ И СИСТЕМ

Методика исследования молочных желез

При всех заболеваниях молочной железы необходим тщательный сбор анамнеза, направленный на выявление следующих моментов:

1. Течение периода полового созревания
2. Количество беременностей и родов
3. Прерывание беременности
4. Кормление грудью
5. Течение менструального цикла
6. Наличие травм молочной железы
7. Наличие опухолей у пациента и его родственников
8. Наличие выделений из соска и характер выделений

Осмотр молочных желез производится при полном обнажении тела до пояса вначале в вертикальном, а затем в горизонтальном положении. Определяется размер, форма, положение желез, их симметричность, состояние соска, состояние кожи, смещаемость желез при активных движениях верхних конечностей, состояние сосудистой сети.

Выраженность сосудистого рисунка на коже, окраска, втяжение кожи, деформация контуров, изъязвление соска и ареолы могут быть очень важными признаками рака и других заболеваний молочной железы.

Пальпацию проводят в положении стоя, лежа на спине и затем на боку. При поверхностной пальпации кончиками пальцев ощупывают область ареолы, затем периферических отделов железы, начиная от верхнее-наружного квадранта к верхнее-внутреннему, а затем от нижнее-внутреннего к нижнее-наружному квадранту. В такой же последовательности проводят глубокую пальпацию.

Сначала пальпируют здоровую молочную железу. При выявлении опухолевидного образования определяют его размеры, консистенцию, характер поверхности, подвижность по отношению к коже.

Затем пальпируют подмышечные, подключичные и надключичные лимфатические узлы. Пациентка должна расслабить руки, положив их себе на талию или на плечи исследующего.

При пальпации надключичных лимфатических узлов лучше стоять позади пациентки; она должна слегка наклонить голову в сторону обследования для расслабления грудино-ключично-сосцевидной мышцы. Определяют величину, консистенцию, количество лимфоузлов, их подвижность, болезненность при пальпации.

ПРИЛОЖЕНИЕ 6 (продолжение)

Методика исследования прямой кишки

Начинается с осмотра заднепроходного отверстия. Осмотр лучше всего проводить на проктологическом (гинекологическом, урологическом) кресле, но также он может быть произведён в коленно-локтевом положении пациента или в положении на левом боку при разведении ягодиц. После тщательного осмотра с раздвиганием складок слизистой анального отверстия производится пальцевое исследование, при котором оценивается тонус сфинктера (в пассивном положении и при активном его сокращении), тщательно ощупываются все доступные отделы прямой кишки, смежные органы. Во время пальцевого исследования целесообразно попросить больного потужиться, чем удастся приблизить недоступные участки прямой кишки. После извлечения пальца осматривается содержимое прямой кишки (нормальный кал, примесь слизи, гноя, крови и тд.).

Методы исследования щитовидной железы

Жалобы, предъявляемые пациентами при различных заболеваниях щитовидной железы, зависят от характера функциональных нарушений (тиреотоксикоз, гипотиреоз) и степени увеличения щитовидной железы. Увеличение щитовидной железы вызывает жалобы на опухолевидное образование на передней поверхности шеи (зоб). При больших размерах железы пациент может испытывать чувство «кома в горле», ощущение инородного тела при глотании, осиплость голоса, сухой кашель, дисфагию. При беседе с пациентом необходимо прежде всего выяснить место проживания, что позволяет выделить эндемический и спорадический зоб, а также уточнить, не подвергался ли больной воздействию ионизирующей радиации.

ПРИЛОЖЕНИЕ 6 (продолжение)

Жалобы могут широко варьировать в зависимости от функционального состояния щитовидной железы. При эутиреоидном зобе они будут связаны с увеличением щитовидной железы, при тиреотоксикозе спектр жалоб будет необычайно разнообразным, что обусловлено нарушением функции ряда органов и систем (сердечно-сосудистой, нервной, эндокринной, пищеварения; обменными нарушениями и др.). Совсем иной, противоположный спектр жалоб будет наблюдаться у пациентов с гипотиреозом.

Осмотр позволяет установить наличие зоба, характер поражения (диффузный/узловой), локализацию узловых образований, подвижность железы при глотании, симптомы, характерные для нарушения функции щитовидной железы (тиреотоксикоз, гипотиреоз), внешние проявления болезни. Важен осмотр лица больного: спокойное – при эутиреоидном состоянии; амимичное, одутловатое – при гипотиреозе; беспокойное, худощавое, с широко раскрытыми глазами и испуганным взглядом, экзофтальмом – при тиреотоксикозе. При осмотре пациента с загрудинным зобом иногда видно набухание подкожных вен шеи и передней поверхности грудной клетки. Сдавление симпатического ствола приводит к формированию синдрома Бернара-Горнера (птозу, миозу, энофтальму).

Пальпацию железы лучше проводить в положении больного сидя спиной к врачу, при этом голова больного должна быть слегка наклонена вперед и вниз. В таком положении мышцы шеи расслабляются и железа становится более доступной исследованию. При загрудинном расположении железы исследование лучше проводить в положении больного лежа с подложенной под плечи подушкой. Узловые образования менее 1 см в диаметре часто не пальпируются, но легко определяются при УЗИ.

Методы исследования при грыжах живота

Наиболее типичными жалобами больных являются боли и наличие выпячивания в области брюшной стенки. Боли, обусловленные грыжей брюшной стенки, возникают преимущественно в области грыжевых ворот, но могут иметь и иную локализацию: в эпигастрии, в поясничной области, соответственно проекции локализации корня брыжейки тонкой кишки, или носить характер разлитых болей в животе без определенной локализации.

Иногда болевые ощущения отсутствуют или настолько незначительны, что практически не беспокоят больного. Основной жалобой в этих случаях является наличие выпячивания в области брюшной стенки, размеры которого могут быть самыми разнообразными.

Осмотр пациента необходимо осуществлять в вертикальном и горизонтальном положении, в покое и при натуживании.

Характерным объективным признаком наружной грыжи живота является наличие выпячивания передней брюшной стенки в области грыжевых ворот. Увеличение размеров грыжевого выпячивания наблюдается при кашле, натуживании, что зависит от перемещения содержимого грыжи из брюшной полости в грыжевой мешок и обратно. При невправимой грыже этот симптом будет отрицательным. Вторым кардинальным симптомом является наличие «кашлевого толчка», ощущаемого пальцем, введенным по ходу выпячивания грыжи к месту расположения грыжевых ворот. Симптом считается положительным, если в момент кашля ощущается толчкообразное давление на подушечку пальца, обусловленное резким кратковременным повышением внутрибрюшного давления. Характерным признаком наружной неосложненной грыжи является также определение дефекта в мышечно-апоневротических и фасциальных слоях брюшной стенки на месте вправленного в брюшную полость выпячивания. При невправимой грыже обнаружение этого симптома бывает затруднительно и ее признаками служат: сохранение размеров грыжи при перемене положения тела больного и попытках осторожного вправления, трудность пальцевого исследования

грыжевых ворот, болезненность при пальпации грыжевого выпячивания, при сохранении симптома кашлевого толчка.

При осмотре следует обращать внимание на состояние кожных покровов над выпячиванием: наличие расширения венозной сети, опрелостей, ссадин, мацерации, трещин и изъязвлений. При пальпации оценивают консистенцию, характер поверхности, болезненность грыжевого выпячивания, его отношение к окружающим тканям и близлежащим анатомическим ориентирам. Консистенция грыжи зависит от характера грыжевого содержимого: при наличии в грыжевом мешке сальника – консистенция мягкая, кишечной петли – мягкоэластичная, жидкости – тугоэластичная. Затем, если это возможно, производят осторожное вправление грыжевого выпячивания в брюшную полость, что лучше попросить сделать самого больного. При свободных грыжах это легко удастся: если содержимым оказывается сальник, то вправление происходит беззвучно, если вправляется кишечная петля – то с урчанием. После вправления грыжи приступают к исследованию грыжевых ворот. При этом оцениваются форма и размеры грыжевых ворот, состояние окружающих их тканей, прочность, дряблость, тонус мышц, взаимоотношение с грыжевым содержимым. При перкуссии грыжевого выпячивания и наличии в грыжевом мешке полого органа будет определяться тимпанит, а при наличии сальника или жидкости – тупой перкуторный звук. Выслушиваемые над грыжевым выпячиванием перистальтические шумы указывают на наличие петли тонкой кишки в грыжевом содержимом.

Методы исследования селезенки

В клинической практике применяют физикальное исследование селезенки (перкуссию и пальпацию), рентгеновское исследование (компьютерная томография, ангиография), магнитно-резонансную томографию, радионуклидное и ультразвуковое исследование, лапароскопическое и пункционное исследование селезенки.

ПРИЛОЖЕНИЕ 6 (продолжение)

Перкуссия селезенки проводится в горизонтальном (на правом боку) положении пациента с целью определения ее размеров. В норме длинник селезенки, располагающийся по X ребру, составляет 6–8 см, а поперечник 4–6 см. Определение размеров селезенки по Курлову производят в положении пациента лежа при неполном повороте на правый бок, по возможности не смещая таз. Перкутируют по десятому межреберью, начиная от позвоночника, и по границам притупления определяют длину селезенки. Если селезенка выступает из подреберья, то учитывают размер выступающей ее части. Ширину селезенки определяют, перкутируя сверху от передней подмышечной линии по направлению к задней подмышечной линии. Результаты исследования записывают в виде дроби, в которой в числителе указывают длину, а в знаменателе — ширину. При ее увеличении длину выступающей части указывают перед дробью, например 10 20/11 см. В норме селезенка не пальпируется. Пальпацию селезенки производят в горизонтальном положении больного на спине и в правом боковом положении. При ее увеличении удастся прощупать переднюю поверхность, а также определить ее консистенцию и болезненность. При инфекционном мононуклеозе и малярии пальпацию проводить следует очень осторожно, так как уже при минимальной травме возможен разрыв селезенки. Необходимо обращать особое внимание на консистенцию и величину органа. Так, при инфекционных или воспалительных заболеваниях селезенки, консистенция чаще мягкая, в то время как при опухолях селезенки, лейкозах и лимфомах консистенция плотная.

КЛАССИФИКАЦИЯ ТЯЖЕСТИ ЦИРРОЗОВ ПЕЧЕНИ ПО ЧАЙЛД-ПЬЮ (англ. Child-Pugh)

Предназначена для оценки тяжести цирроза

Тяжесть цирроза печени оценивается по системе баллов, которые рассчитываются исходя из 5 или 6 параметров. Всего установлено три класса: А, В и С:

- класс А (Child A) — 5–6 баллов
- класс В (Child B) — 7–9 баллов
- класс С (Child C) — 10–15 баллов

Баллы выставляются в зависимости от значения каждого из параметров от 1 до 3, после чего суммируются.

Оцениваемые параметры	Число баллов, в зависимости от значения параметра		
	1 балл	2 балла	3 балла
асцит	отсутствует	мягкий, легко поддается лечению	напряженный, плохо контролируемый
общий билирубин плазмы, мкмоль/л (мг/дл)	<34 (<2)	34–50 (2–3)	>50 (>3)
альбумин плазмы крови, г	>3,5	2,8–3,5	<2,8
печеночная энцефалопатия	отсутствует	степень I–II (легкая, терапевтически контролируемая)	степень III–IV (тяжелая, плохо контролируемая)
протромбиновый индекс (ПТИ), % или протромбиновое время (ПТВ), с или международное нормализованное отношение (МНО)	>60 или 1–4 или <1,70	40–60 или 4–6 или 1,71–2,20	<40 или >6 или >2,20

КЛАССИФИКАЦИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕН (СЕАР)

Клинический раздел (С) В этом разделе классификации описывают клинический статус пациента. Поводом для отнесения больного к тому или иному классу служит наличие у него наиболее выраженного объективного симптома хронического заболевания вен (ХЗВ)	
С0 – нет видимых или пальпируемых признаков ХЗВ С1 – телеангиэктазии или ретикулярные вены С2 – варикозно измененные подкожные вены С2r – рецидив варикозных вен С3 – отек С4 – трофические изменения кожи и подкожных тканей а – гиперпигментация и/или варикозная экзема b – липодерматосклероз и/или белая атрофия кожи с – Corona phlebectatica С5 – зажившая венозная язва С6 – открытая (активная) венозная язва С6r – рецидивная открытая венозная язва	При наличии симптомов ХЗВ к обозначению клинического класса добавляют S. При отсутствии симптомов добавляют А. Классы ХЗВ не являются стадиями заболевания. Между ними нет последовательной связи, заболевание может проявиться сразу отеком и даже трофическими нарушениями

ПРИЛОЖЕНИЕ 8 (продолжение)

Этиологический раздел (Е) В этом разделе указывают происхождение заболевания	
Ec – врожденное заболевание Ep – первичное заболевание Es – вторичное заболевание с известной причиной Esi – интравенозное поражение Ese – экстравенозное поражение En – не удается установить этиологический фактор	Esi – повреждение венозной стенки и /клапанов: тромбоз, первичная интравенозная саркома, венозный тромбоз, артериовенозная фистула и т.п. Ese – нет повреждения клапанов или стенки вены, изменения связаны с локальной или системной венозной гипертензией (ожирение, хроническая сердечная недостаточность, синдром «щелкунчика», синдром венозного тазового полнокровия), внешним сдавлением (экстравенозная опухоль, забрюшинный фиброз), дисфункция венозной помпы вследствие двигательных расстройств (параплегия, патология суставов, другие причины длительной иммобилизации) Возможно описание одновременного поражения сегмента первичным и вторичным процессом: Примеры: Первичное заболевание + ТГВ = $Ep+Esi = Epsi$ Тромбоз на фоне наружной компрессии = $Esi+Ee = Esie$

ПРИЛОЖЕНИЕ 8 (продолжение)

Анатомический раздел (А) В этом разделе указывают локализацию патологических изменений	
As – поверхностные вены Ap – перфорантные вены Ad – глубокие вены An – не удастся выявить изменения в венозной системе	Поражение может локализоваться в одной (например, Ad) или в нескольких системах одновременно (As, p, d)
Патофизиологический раздел (Р) В этом разделе указывают характер нарушений венозной гемодинамики	
Pr – рефлюкс Po – окклюзия Pr, o – сочетание рефлюкса и окклюзии Pn – не удастся выявить изменения в венозной системе	
Уровень диагностических действий (L) В этом разделе указывают проведенное обследование для установки диагноза	
LI – клиническое обследование ± ультразвуковая доплерография LII – клиническое обследование + ДСВНК ± плетизмография LIII – клиническое обследование + ДСВНК + флебография или флеботонометрия или спиральная компьютерная томография	

НОРМЫ ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ ОСНОВНЫХ ИССЛЕДОВАНИЯХ

Нормальные показатели периферической крови у взрослых:

Показатель	Мужчины	Женщины
Эритроциты	4–5 x 10 ¹² /л	3,9–4,7x 10 ¹² /л
Гемоглобин	130–160 г/л	120–140 г/л
Гематокрит	40–48%	36–42%
Цветной показатель	0,8–1,0	0,8–1,0
Ретикулоциты	0,2–1,2%	0,2–1,2%
Тромбоциты	180–320 x 10 ⁹ /л	180–320 x 10 ⁹ /л
Лейкоциты	4–9 x 10 ⁹ /л	4–9 x 10 ⁹ /л
Базофилы	0–1% (0–0,065 x 10 ⁹ /л)	0–1%(0–0,065 x 10 ⁹ /л)
Эозинофилы	0,5–5% (0,02–0,3 x 10 ⁹ /л)	0,5–5% (0,02–0,3 x 10 ⁹ /л)
Нейтрофилы	–	–
–палочкоядерные	1–6% (0,04–0,3 x 10 ⁹ /л)	1–6% (0,04–0,3 x 10 ⁹ /л)
–сегментоядерные	47–72% (2–5,5 x 10 ⁹ /л)	47–72% (2–5,5 x 10 ⁹ /л)
Лимфоциты	19–37% (1,2–3 x 10 ⁹ /л)	19–37% (1,2–3 x 10 ⁹ /л)
Моноциты	3–11% (0,09–0,6 x 10 ⁹ /л)	3–11% (0,09–0,6 x 10 ⁹ /л)
Плазматические клетки	–	–
Скорость оседания эритроцитов	2–10 мм/ч	2–15 мм/ч

ПРИЛОЖЕНИЕ 9 (продолжение)

Нормальные показатели для автоматических гематологических анализаторов у взрослых

Параметр	Значение	Единицы	Мужчины	Женщины
WBC	Лейкоциты	х10 ⁹ /л	4,6–10,2	4,6–10,2
RBC	Эритроциты	х10 ¹² /л	4,69–6,13	4,69–6,13
HGB	Концентрация гемоглобина	г/л	141–181	122–162
MCV	Средний объем эритроцитов	Фл (фемтолитр)	80–97	80–97
HCT	Гематокрит	%	43,5–53,7	37,7–47,9
MCH	Среднее содержание гемоглобина в эритроците	Пг (пикограмм)	27,0–31,2	27,0–31,2
MCHC	Средняя концентрация гемоглобина в эритроците	г/дл (грамм/децилитр)	31,8–35,4	31,8–35,4
RDW	Широта распределения эритроцитов	%	11,6–14,8	11,6–14,8
PDW	Широта распределения тромбоцитов	%	10–20	10–20
PLT	Тромбоциты	х10 ⁹ /л	142–424	142–424
MPV	Средний объем тромбоцитов	Фл	7,4–10,4	7,4–10,4

ПРИЛОЖЕНИЕ 9 (продолжение)

Нормальные значение основных биохимических показателей крови у взрослых:

Показатель	Единицы
Гамма–глутамилтранспептидаза (ГГТП)	женщины – 10-71 ЕД/л мужчины – 6-42 ЕД/л
Билирубин	общий – 5-21 мкмоль/л прямой – до 5,1 мкмоль/л
Холинэстераза	младше 40 лет – 5300–12900 ЕД/л женщины 16–39 лет, не принимающие пероральные контрацептивы, не беременные – 5300–11200 ЕД/л
Аланинаминотрансфераза (АЛТ)	менее 40 Ед/л
Аспартатаминотрансфераза (АСТ)	менее 40 Ед/л
Щелочная фосфатаза (ЩФ)	взрослые – менее 40-130 ЕД/л беременные – 70-250 ЕД/л
Амилаза	28-100 ЕД/л
Амилаза панкреатическая	менее 53 ЕД/л
Липаза	13-60 МЕ/л
Глюкоза	дети старше 14 лет, мужчины, небеременные женщины – 4,1 – 6,1 ммоль/л беременные – 4,1 – 5,1 ммоль/л
Калий	3,5–5,1 ммоль/л
Магний	до 20 лет – 0,7-0,91 ммоль/л > 20 лет – 0,66-1,07 ммоль/л
Кальций	18 – 60 лет – 2,15–2,5 ммоль/л 60 – 90 лет – 2,2–2,55 ммоль/л > 90 лет – 2,05–2,4 ммоль/л
Натрий	136–145 ммоль/л
Хлор	98–107 ммоль/л
Железо	16-18 лет: мужчины – 4,8-24,7 мкмоль/л женщины – 5,9-18,3 мкмоль/л >18 лет: мужчины – 11-28 мкмоль/л женщины – 6,6-26 мкмоль/л
Железосвязывающая способность сыворотки общая (ОЖСС)	45,3–77,1 мкмоль/л.
Ферритин	мужчины – 20-250 мкг/л женщины – 10-120 мкг/л
Трансферрин	2-3,6 г/л

ПРИЛОЖЕНИЕ 9 (продолжение)

Нормальные значение основных биохимических показателей крови у взрослых (продолжение):

Общий холестерин (ХС)	3,1–5,2 ммоль/л
Лipoproteины высокой плотности (ЛПВП)	мужчины – >1,0 ммоль/л женщины – <1,2 ммоль/л
Лipoproteины низкой плотности (ЛПНП)	<3,0 ммоль/л
Триглицериды (ТГ)	0,5–1,7 ммоль/л
Лактатдегидрогеназа (ЛДГ)	мужчины – 135 – 225 Ед/л женщины – 135 – 214 Ед/л
Общий белок	64-83 г/л
Альбумин	35-52 г/л
С-реактивный белок (СРБ)	0–5 мг/л
Креатинкиназа общая (креатинфосфокиназа, КФК)	женщины – менее 167 Ед/л мужчины – менее 190 Ед/л
Креатинкиназа–МВ (Креатинфосфокиназа МВ, КФК-МВ)	0-25 Ед/л
Мочевина	20-25 лет: мужчины – 3,2-7,3 ммоль/л женщины – 2,6-6,7 ммоль/л >50 лет: мужчины – 3-9,2 ммоль/л женщины – 3,5-7,2 ммоль/л
Креатинин	женщины – 44-80 мкмоль/л мужчины – 62-106 мкмоль/л
Мочевая кислота	женщины – 142,8-339,2 мкмоль/л мужчины – 202,3-416,5 мкмоль/л

ПРИЛОЖЕНИЕ 9 (продолжение)

Нормальные значение основных показателей в общем анализе мочи

Показатель	Мужчины	Женщины
Суточное количество	1000–2000 мл	1000–1600 мл
Относительная плотность	1,003–1,040	1,003–1,040
Цвет	Янтарно–желтый, соломенно–желтый	Янтарно–желтый, соломенно–желтый
Прозрачность	Прозрачная	Прозрачная
Реакция мочи (pH)	Нейтральная, кислая, слабокислая: pH 5,5–7,0	Нейтральная, кислая, слабокислая: pH 5,5–7,0
Белок мочи	Отсутствует или следы	Отсутствует или следы
Глюкоза мочи	Отсутствует	Отсутствует
Ацетон	Отсутствует	Отсутствует
Кетоновые тела	Отсутствуют	Отсутствуют
Уробилиновые тела	Отсутствуют	Отсутствуют
Билирубин	Отсутствует	Отсутствует
Аммиак	Отсутствует	Отсутствует
Гемоглобин	Отсутствует	Отсутствует
Микроскопия осадка		
Плоский эпителий	Незначительное количество	Незначительное количество
Переходный эпителий	Незначительное количество	Незначительное количество
Почечный эпителий	Отсутствует	Отсутствует
Лейкоциты	0–3 в поле зрения	0–3 в поле зрения
Эритроциты	0–2 в поле зрения	0–2 в поле зрения

ПРИЛОЖЕНИЕ 9 (продолжение)

Копрограмма

Диагностический критерий	Значение
Макроскопия	
Цвет фекалий	Однородный коричневый
Запах	Не резкий, специфичный для каловых масс
Консистенция	Плотная, пластичная
Форма	Четко определена (оформленный)
рН (кислотность)	От 6 до 8
Примеси (кровь, слизь, остатки непереваренной пищи)	Отсутствуют
Биохимия	
Скрытая кровь	Отрицательно
Белок	Отрицательно
Стрептобилин	Положительно
Билирубин	Отрицательно
Микроскопия	
Мышечные волокна с исчерченностью	Отсутствуют
Соединительная ткань	Ед. в препарате
Жир нейтральный	Отсутствует
Жирные кислоты	Отсутствуют
Соли жирных кислот	Незначительное количество
Растительная клетчатка переваренная	Ед. в препарате
Крахмал внутриклеточный	Отсутствует
Крахмал внеклеточный	Отсутствует
Йодофильная флора нормальная	Ед. в препарате
Йодофильная флора патологическая	Отсутствует
Кристаллы	Отсутствуют
Слизь	Отсутствует
Эпителий цилиндрический	Отсутствует
Эпителий плоский	Отсутствует
Лейкоциты	Отсутствуют
Эритроциты	Отсутствуют
Простейшие	Отсутствуют
Яйца глистов	Отсутствуют
Дрожжевые грибы	Отсутствуют

ПРИЛОЖЕНИЕ 9 (продолжение)

Коагулограмма

Тромбоцитарный гемостаз:

Показатель	Значение
Тромбоциты	180–320 x10 ⁹ /л (в Европе и США – 150–400 x10 ⁹ /л)
Фактор фон Виллебранда	значения определяются для каждой лаборатории отдельно
Бета–тромбоглобулин	не более 80 мкг/л, 10–50 МЕ/л
11–дегидротромбоксан В2	Концентрация в моче 40–240 нг/ммоль креатинина (350–2100 нг/г креатинина)

Коагуляционный гемостаз:

Показатель	Значение
Время свертывания по Ли–Уайту	6–11 минут (при комнатной температуре)
Время свертывания крови активированное (ВСКА)	80–120 с.
Каолиновое время	65–90 с.
Активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ)	20–45 сек. индекс АЧТВ – 0,8–1,2
Протромбиновое время (ПВ)	10–20 с.
Протромбиновое отношение (ПО)	0,85–1,2
Протромбин по Квику	60–130%
Протромбиновый индекс (ПТИ)	90–105%
Тромбиновое время	14–17 сек.
Фибриноген	Новорожденные – 1,2–3,0 г/л Взрослые – 1,8–4,0 г/л
Международное отношение (МНО)	0,9–1,2

НОРМЫ НЕКОТОРЫХ ОСНОВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ

Ультразвуковое исследование печени

(нормальные значения размеров при УЗИ печени):

Показатель	Значение
Передне-задний размер правой доли по среднеключичной линии	8,1–10,6см (по разным данным 11–12,5 см)
Толщина левой доли по срединной линии	5,6–8,2см
Кранио-каудальный размер:	
правой доли	10,5±1,5 см (max 12,6 см)
левой доли	8,3±1,6 (max 10,9 см)
Длина печени в поперечной плоскости	14–19 см
Длина правой доли	11–15 см
Угол, образованный передней и вентральной поверхностями правой доли	Не более 75°
Угол, образованный передней и вентральной поверхностями левой доли	Не более 45°
Косой вертикальный размер правой доли	До 15 см
Высота левой доли	До 10 см
Длина хвостатой доли	6–7 см
Толщина хвостатой доли	1,5–2 см
Размер папиллярного отростка	0,8–3,9 см
Соотношение правой доли к левой	Более 1,3

ПРИЛОЖЕНИЕ 10 (продолжение)

Ультразвуковое исследование желчного пузыря

(нормальные значения размеров при УЗИ):

Показатель	Значение
Толщина стенки	1–2 мм
Толщина стенки при сокращении желчного пузыря	2–5 мм
Толщина стенки в области шейки	4–5 мм
Патологическое утолщение стенки	более 5 мм
Длина	7–10 см
Ширина	3–5 см
Объем желчного пузыря	8–42 мл
Площадь желчного пузыря по УЗИ	8–12 см ²

Ультразвуковое исследование желчевыводящих протоков

(нормальные значения размеров при УЗИ):

Показатель	Значение
Сегментарные и субсегментарные протоки	до 1 мм
Правый и левый долевые протоки	2–3 мм
Главный желчный проток (ГЖП)	до 5 мм
Возможное расширение ГЖП	6–7 мм
Патологическое расширение ГЖП	более 7 мм
ГЖП после приема желчегонных средств	уменьшается на 2–3 мм

ПРИЛОЖЕНИЕ 10 (продолжение)

Ультразвуковое исследование поджелудочной железы (нормальные значения размеров при УЗИ):

Показатель	Значение
Расположение поджелудочной железы	На 5–6 см ниже мечевидного отростка
Расстояние от передней брюшной стенки:	
у нормостеников	2,6–5,3 см
у астеников	2,6 см
у гиперстеников	до 9,5 см
Переднезадний размер головки	1,5–3,5 см
Толщина шейки поджелудочной железы	0,7–1,2 см
Толщина тела поджелудочной железы	0,8–2,1 см
Кранио-каудальный размер тела в сагиттальной плоскости	3,0±0,6см
Переднезадний размер хвоста	0,5–3,5 см
Кранио-каудальный размер хвоста	3,6±1,2см
Среднее по разным данным:	
Переднезадние размеры или средняя толщина железы:	
длина головки	от 2,5 до 3,5 см
длина тела в среднем	от 1,75 до 2,5 см
длина хвоста	~ 1.5 — 3.5 см

ПРИЛОЖЕНИЕ 10 (продолжение)

Ультразвуковое исследование панкреатического протока

(нормальные значения размеров при УЗИ):

Показатель	Значение
Визуализация вирсунгова протока у здоровых лиц	50–85%
Переднезадний размер вирсунгова протока	0,8–2 мм
Диаметр протока в области хвоста поджелудочной железы	1–1,7 мм
Диаметр протока в области тела поджелудочной железы	2,4–2,6 мм
Диаметр протока в области головки поджелудочной железы	2,8–3,3 мм
Визуализация вирсунгова протока у здоровых лиц	50–85%

Ультразвуковое исследование почек

(нормальные значения размеров при УЗИ):

Показатель	Значение
Продольный размер	7,5–12 см
Колебания различия в размерах почек	не более 1,5–2,0 см
Ширина почки	4,5 – 6,5см
Толщина почки	3,5–5,0 см
Капсула	0,9–1,5 см
Диаметр пирамид	0,5–0,9 см
Внутренний диаметр чашечек	0,5 см
Величина лоханки	1–2,5 см
Соотношение толщины паренхимы почки к чашечно–лоханочной системе	2:1 (у детей больше, у пожилых меньше)

ПРИЛОЖЕНИЕ 10 (продолжение)

Ультразвуковое исследование надпочечников

(нормальные значения размеров при УЗИ):

Показатель	Значение
Длина правого надпочечника	1,8–2,8 см
Длина левого надпочечника	1,8–2,3 см
Толщина	1,1–1,6 см
Возможности визуализации правого надпочечника	89%
Возможности визуализации левого надпочечника	76%

Ультразвуковое исследование селезенки

(нормальные значения размеров при УЗИ):

Показатель	Значение
Продольный размер	8,5–11 см
Поперечный размер	3,5–5,0 см
Расстояние от верхнего полюса до наружного края	5,5–7,8 см
Толщина	3,7–5,4 см
Расстояние от верхнего полюса до нижнего	5,8–8,7 см
Селезеночный индекс	16 см ² (не более 20 см ²)

ПРИЛОЖЕНИЕ 10 (продолжение)

Ультразвуковое исследование желудка и кишечника

(нормальные значения размеров при УЗИ):

Показатель	Значение
Толщина стенки в париетальном отделе	2–3 мм
Толщина стенки в антральном отделе	3–4 мм
Патологическое утолщение стенки	более 8 мм
Толщина стенки тонкой и толстой кишки	2–3 мм
Толщина стенки прямой кишки	2,4–8 мм
Толщина стенки в париетальном отделе	2–3 мм

Ультразвуковое исследование щитовидной железы

(нормальные значения размеров при УЗИ):

Показатель	Значение
Поперечный размер	5,0–6,0 см
Переднезадний размер в области боковых долей	1,8–2,0 см
Размер на уровне перешейка	6–8 см
Объем щитовидной железы женщины	18 см ³
Объем щитовидной железы мужчины	25 см ³

ПРИЛОЖЕНИЕ 10 (продолжение)

Ультразвуковое исследование простаты

(нормальные значения размеров при УЗИ):

Показатель	Значение
Длина	2,5–4,5 см
Переднезадний размер	1,8–2,5 см
Поперечный размер	2,7–4,2 см