

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«ГОМЕЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Кафедра хирургических болезней № 3

**СХЕМА УЧЕБНОЙ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ ХИРУРГИЧЕСКОГО
ПАЦИЕНТА**

**для проведения занятий со студентами 4 курса лечебного
факультета и ФИС по хирургическим болезням**

Рассмотрено на заседании кафедры 30.05.2020, протокол №5.

Авторы: зав. кафедрой доц. Берещенко В.В.,
асс. Данкевич В.И.

Гомель, 2021 г.

I. Паспортные данные.

1. Фамилия, имя, отчество пациента.
2. Возраст.
3. Семейное положение.
4. Профессия.
5. Адрес.
6. Дата поступления в клинику.

II. Жалобы.

В этот раздел вносят жалобы пациента, обусловленные тем основным заболеванием, по поводу которого пациента госпитализирован в хирургическую клинику. Жалобам следует дать детальную характеристику и изложить их в логической последовательности: Беседа с пациентом, необходимо активно выявить те жалобы, которые могут иметь место при данной хирургической патологии, а пациент по какой-либо причине их не упомянул. Вместе с тем, будет излишним перечислять все жалобы, которые предъявляет пациент, поскольку часть их них связана с сопутствующими заболеваниями. Последние нужно выносить в соответствующий раздел истории болезни (система органов дыхания, кровообращения и пр.) В настоящем разделе не следует выделять и противопоставлять «Жалобы при поступлении» и «жалобы в момент курации». Следует иметь в виду, что жалобы при поступлении стали историей настоящего заболевания и должны найти отражение в соответствующем разделе.

III. История заболевания.

В этом разделе необходимо подробно описать начало, течение и развитие настоящего заболевания от первых его проявлений до момента осмотра пациента куратором. При этом нужно стремиться выявить те факторы, которые могли играть роль в этиологии и патогенезе заболевания, а также показать динамику клинических симптомов появление осложнений; отразить результаты ранее проведенного течения и др. Кроме этого, следует активно выявить все симптомы, которые прошли для пациента незамеченными или он считает их несущественными. Таким образом, этот раздел истории болезни не должен быть простой записью рассказа пациента о своей болезни, а все полученные от пациента сведения должны быть подвергнуты клинической оценке и изложены в свете правильного механизма развития данного заболевания.

IV. История жизни пациента.

В этот раздел вносят краткие биографические сведения в хронологическом порядке, начиная с рождения пациента до поступления его в клинику: место жительства и семья, в которой родился пациент, развитие его в раннем детстве, учёба, начало самостоятельной трудовой деятельности и дальнейший трудовой анамнез.

Менструации, замужество (женитьба), беременность, роды, аборты. Злоупотребление алкоголем, табаком, наркотиками. Перенесенные заболевания.

Условия труда и быта: а) условия труда, характеристика профессии,

производственные вредности; б) жилищные условия; в) характер питания: качественная и количественная характеристика питания, его регулярность.

Наследственность: наличие в семье сифилиса, психических заболеваний, заболеваний обмена веществ, гемофилии, туберкулеза, злокачественных новообразований; алкоголизма и пр.

V. Настоящее состояние пациента.

Общее состояние пациента: удовлетворительное, средней тяжести, тяжёлое.
Температура тела.

Положение больного: активное, пассивное, вынужденное.

Телосложение: конституция, рост, вес. Индекс массы тела.

Кожа и слизистые оболочки: окраска (нормальная, бледная, желтушная (иктеричная), «землистая», синюшная), пигментации, депигментации, рубцы, расчесы, геморрагии, высыпания, сосудистые «звездочки»; эластичность, влажность.

Подкожно-жировая клетчатка: ее развитие (умеренное, слабое, чрезмерное), места наибольшего отложения жира. Наличие пастозности и отеков, их локализация и распространенность.

Лимфатические узлы: пальпация подчелюстных, шейных, над- и подключичных, локтевых, подмышечных и паховых узлов. При их увеличении - определение величины, консистенции, болезненности, подвижности, сращение их между собой и кожей.

Мышцы: степень их развития (умеренное, слабое, хорошее развитие).

Суставы: изменение их конфигурации, болезненность и хруст при движениях, объем активных и пассивных движений.

Кости: деформация, болезненность при ощупывании. Утолщение концевых фаланг пальцев рук и ног в виде «барабанных палочек».

Осмотр и пальпация щитовидной железы, молочных желез (при заболевании щитовидной и/или молочных желез эти органы подробно описываются в специальном разделе «местный статус»).

Система органов дыхания. (++) – строки, обозначенные этим знаком, не обязательны при отсутствии патологии)

++ Жалобы.

++ 1. Боли в грудной клетке: интенсивность, характер, иррадиация, связь с дыханием.

++ 2. Одышка: характер, время возникновения, продолжительность, приступы удушья.

++ 3. Кашель: время появления, сила, длительность, характер (сухой, с мокротой).

++ 4. Мокрота: время ее появления, количество, цвет, запах, примесь крови. Зависимость отделения мокроты от положения больного.

++ 5. Носовые и легочные кровотечения: частота появления, продолжительность.

Осмотр.

Дыхание: носом, свободное, затрудненное.

Голос: охриплость, афония.

Грудная клетка: форма, симметричность, деформация, участие в дыхании.

++ Дыхательная экскурсия грудной клетки. ++Расширение поверхностных венозных коллатералей грудной стенки.

Дыхание: Глубина, тип, ритм. Число дыхания в 1 минуту.

Пальпация.

++ Выявление болезненность областей.

++ Определение резистентности грудной клетки.

++ Определение голосового дрожания.

Перкуссия.

++ 1. Топографическая перкуссия:

а) определение верхней границы легких: высота верхушек легких над ключицей (осмотр в сантиметрах); сзади по отношению к остистому отростку седьмого шейного позвонка. Перкуссия полей Кренига и их изменение;

б) определение нижней границы легких по линиям: срединно-ключичной, передней подмышечной, задней подмышечной, лопаточной, околопозвоночной. Слева исследования проводится, начиная от передней подмышечной линии. Подвижность нижнего края легких определяется под лопаткой линии с обеих сторон грудной клетки.

2. Сравнительная перкуссия. Характер перкуторного звука: обычный легочный, тимпанический, тупой, коробочный.

Аускультация.

Характер дыхания: везикулярное, бронхиальное, амфорическое и т.д.

Хрипы: сухие, влажные (мелко-, средне-, крупнопузырчатые).

++ Крепитация: шум прения плевры.

++ Исследование бронхофонии на симметричных участках грудной клетки.

Функциональные пробы:

++ Проба с задержкой дыхания: Штанге и Саабразе-Генча.

Сердечно-сосудистая система. (++ – строки, обозначенные этим знаком не обязательны при отсутствии патологии)

++ Жалобы.

++ 1. Одышка, ее характер и время возникновения.

++ 2. Сердцебиение, ощущение перебоев.

++ 3. Боль в области сердца и за грудиной, их характер. Продолжительность, иррадиация.

++ Осмотр шеи: выявление сердечного горба и патологической пульсации в области сердца: верхушечный толчок и его свойства, сердечный толчок, его месторасположение и характер.

++ Пальпация.

Пальпация верхушечного и сердечного толчка, их характеристика. Определение систолического и диастолического дрожания.

Перкуссия.

Определение правой, левой, верхней границ относительной тупости сердца в сантиметрах.

Определение правой и левой границ абсолютной тупости сердца. Конфигурация

сердца. Измерение поперечника сосудистого пучка.

Аускультация.

Тоны сердца: громкие, приглушенные, глухие.

++ Детальная характеристика тонов сердца

++ Ритм, его нарушение: тахикардия, брадикардия, экстрасистолия, мерцательная аритмия и др.

++ Шумы и их характеристика: место наилучшего выслушивания шумов и их проводимость.

++ Шум трения перикарда.

++ Состояние сосудистой стенки периферических артерий: эластичность, извитость, видимая пульсация.

Свойства пульса лучевых артерий: синхронность, частота, ритм, напряжение, наполнение. Дефицит пульса.

Исследование пульса на сонных, бедренных, подколенных артериях, артериях стоп. Артериальное давление.

Результаты исследования артерий и вен нижних конечностей у больных с заболеваниями сосудов выносят в специальный раздел "местный статус".

Система органов пищеварения. (++ – строки, обозначенные этим знаком не обязательны при отсутствии патологии)

++ Жалобы.

++ 1. Чувство горечи во рту, запах изо рта.

++ 2. Аппетит.

++ 3. Глотание (затрудненное, болезненное).

++ 4. Боли в животе: локализация, характер, иррадиация, зависимость от приема пищи, продолжительность, связь с актом глотания, физической нагрузкой; средства, способствующие их облегчению.

++ 5. Вздутие живота.

++ 6. Диспепсические явления: тошнота, изжога, отрыжка, рвота, время ее появления, характер рвотных масс.

++ 7. Стул: запоры, не отхождение стула и газов.

++ 8. Характер испражнений: «дегтеобразный» кал с примесью крови и слизи, выделение крови, не смешанной скалом, форма каловых масс.

Осмотр полости рта.

Язык: окраска, наличие налетов.

++ Состояние зубов.

++ Десны: окраска, разрыхленность, некрозы, изъязвления.

++ Состояние мягкого неба и твердого неба: окраска, напеты и пр.

++ Миндалины.

Осмотр живота.

Форма живота, его величина, участие в дыхании, асимметрия, развитие венозных коллатералей, видимая перистальтика кишечника

++ Измерение окружности живота на уровне пупка.

++ Определение локальной болезненности в животе при помощи "кашлевого толчка".

++ Послеоперационные швы, рубцы, локализация, форма и размеры.

Пальпация.

Определение болезненности, напряжения мышц живота, выявление грыж и расхождение прямых мышц живота, формы и размеры пахового кольца. Если у больного основным заболеванием является грыжа передней брюшной стенки, она описывается в разделе "местный статус".

При наличии в брюшной полости патологического образования требуется подробное описание его (локализация, размеры, характер поверхности, консистенция, болезненность, смещаемость).

++ При острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости глубокая пальпация начинается с той области живота, где менее выражена болезненность. Область локализации наибольшей болезненности исследуется в последнюю очередь (определяется наличие и степень выраженности напряжения мышц, перитонеальные симптомы (Щеткина-Блюмберга и др.) - их локализация и распространенность).

++ Исследуются симптомы Ровзинга, Ситковского, Образцова, Воскресенского (при осмотре больного с аппендицитом), Мейо-Робсона и Воскресенского (при остром панкреатите и др.).

Аускультация.

Определяется характер перистальтики (усиленная, ослабленная, вялая, звонкая).

++ Перкуторно выявляется наличие свободного газа в брюшной полости (исчезновение печеночной тупости). Наличие свободной жидкости.

++ Перкуссия.

Определение "шума плеска" (в желудке, кишечнике).

Печень и желчный пузырь.

Размеры печени по Курлову.

Край печени (форма, консистенция, поверхность (гладкая, бугристая, зернистая)).

Пальпация области желчного пузыря: при его увеличении определение размеров, консистенция болезненность.

Исследование симптома Ортнера и френикус-симптом.

Селезенка.

Край селезенки (тонкий, округлый), поверхность (гладкая, бугристая, размеры селезенки).

Система органов выделения. (++ – строки, обозначенные этим знаком не обязательны при отсутствии патологии)

++ Жалобы.

++ Дизурических явлений нет.

++Дизурические явления (учащенное, болезненное мочеиспускание, непроизвольное мочеиспускание, задержка мочи и прочее).

++Боли в области поясницы.

++ Изменение окраски и прозрачности мочи.

• Осмотр области почек. Припухлость, окраска.

• Пальпация.

• Симптом поколачивания, ++ опущение, увеличение, ++ болезненность почек.

Нейропсихическая сфера (++) – строки, обозначенные этим знаком не обязательны при отсутствии патологии).

++ Жалобы.

++ 1. Головная боль.

++ 2. Нарушение в двигательной и чувствительной сфере.

Неврологическое исследование.

Сознание (ясное, спутанное).

++ Настроение: спокойное, подавленное, тревожное, эйфория и прочее. Реакция зрачков на свет: симптомы поражения черепно-мозговых нервов.

++ Параличи, парезы.

++ Характер дермографизма.

++ Психическое нарушение (бред, галлюцинация).

Состояние зрения и слуха.

Местный статус.

Местный статус описывается при следующих нозологических формах, изучаемых на цикле факультетской хирургии: наружные грыжи, заболевания молочной и щитовидных желез, острые и хронические заболевания сосудов конечностей, геморрой. Следует последовательно и подробно описать данные осмотра, перкуссии, пальпации и аускультации, а также результаты специальных проб, применяемых в диагностике данного заболевания.

Влагалищное и ректальное обследование.

Проводится в обязательном порядке у всех пациентов. Влагалищное исследование: форма и величина шейки матки, болезненность при ее смещении. Пальпация сводов (выбухание, болезненность). Пальпация придатков и тела матки. Выделения из половых путей.

Тонус сфинктера прямой кишки (нормальный, повышенный, парез сфинктера). Предстательная железа (размеры, болезненность, поверхность). Пальпация стенок прямой кишки (опухолевидные образования, нависания и болезненность стенки прямой кишки). Характер кала на перчатке.

VI. Предварительный диагноз.

Формулируется предварительный диагноз. Определяется план обследования пациента (необходимые лабораторные и инструментальные исследования, которые позволяют поставить окончательный полный клинический диагноз).

VII. Результаты лабораторных и инструментальных методов исследования, осмотров врачами.

В этот раздел выносят данные общего анализа крови, общего анализа мочи, биохимического анализа крови, глюкозы крови, группу крови и резус-фактор, данные коагулограммы, RW и ВИЧ, анализа желудочного сока, копрограммы, анализа кала на скрытую кровь. ЭКГ, результаты УЗИ органов брюшной полости, УЗИ почек, УЗИ органов малого таза, УЗИ вен нижних конечностей, УЗИ артерий нижних конечностей, ФЭГДС, ФКС, результаты КТ и МРТ, дуоденального

зондирования, спирографии, холеграфии, рентгеновского исследования (органов грудной клетки, желудочно-кишечного тракта и др.) и пр. Осмотр гинекологом по диспансеризации. Осмотр терапевтом и др. специалистами при наличии сопутствующей патологии. Следует указать дату, когда было произведено то или иное исследование и его результат с интерпретацией.

VIII. Дифференциальный диагноз.

В основу дифференциального диагноза следует взять основные клинические проявления, которые наблюдаются у курируемого пациента, после чего перечисляются нозологические формы, имеющие сходную клиническую картину. Затем, в результате последовательного сопоставления и сравнения клинических симптомов, выявляются те дифференциально-диагностические признаки, которые позволяют исключить у курируемого пациента каждое из перечисленных заболеваний.

Следует избегать простого перечисления дифференциально-диагностических признаков, описанных в литературе. В дифференциальной диагностике необходимо основываться только на той клинической картине заболевания, результатах специальных методов исследования и лабораторных данных, которые имеются у курируемого пациента.

IX. Обоснование основного диагноза.

Для обоснования диагноза должны быть последовательно использованы жалобы, данные анамнеза, объективного исследования, а также результаты лабораторных и специальных методов диагностики. Этот раздел не должен состоять из простого перечисления симптомов, характерных для данного заболевания, а должен отражать ход клинического мышления над пациентом. Если какой-либо симптом, обнаруженный у пациента, не укладывается в классическую картину данного заболевания, не следует обходить его молчанием, напротив, нужно объяснить его происхождение.

Необходимо последовательно и четко обосновать не только диагноз заболевания, но также стадию процесса и имеющиеся осложнения.

В заключении формулируется полный клинический диагноз, после чего перечисляются сопутствующие заболевания (без специального обоснования).

X. Обоснование лечения.

В этом разделе следует осветить современные принципы лечения заболевания по данным литературы. Необходимо четко выделить консервативный и оперативный методы лечения, а также конкретно перечислить показания и противопоказания к каждому из них.

Описывая оперативный метод лечения, нужно остановиться на предоперационной подготовке, принципах хирургических вмешательств (радикальных и паллиативных), ведении послеоперационного периода, ближайших и отдаленных осложнений.

XI. Предоперационный эпикриз.

В этом разделе должны быть кратко изложены основные жалобы, анамнез, данные объективного и специальных методов исследования, на основании которых был поставлен диагноз. Формулируется полный клинический диагноз с указанием осложнений и стадии заболевания. Четко выделяются относительные и абсолютные показания к операции. Определяется план оперативного вмешательства, доступ, способ обезболивания, риск оперативного вмешательства. При этом учитывают характер обезболивания, объем операции, возраст пациента, тяжесть течения основного и сопутствующих заболеваний. Отмечается согласие пациента на операцию.

XII. Операция и лечение курируемого пациента.

В этом разделе должны быть изложены протокол операции (взять из медицинской карты стационарного пациента) и лечение курируемого пациента.

XIII. Дневники наблюдения за пациентом (приложение 1).

В течение периода курации до момента сдачи истории болезни преподавателю куратор должен ежедневно записывать данные о пациенте, отражая в каждом дневнике динамику течения заболевания, эффективность лечения и пр.

Запись производится соответственно нижеприведенной схеме

Дата осмотра. Время осмотра. Текст дневника. Температура:

Назначения и рекомендации:

- 1) режим;
- 2) стол;
- 3) лечебные назначения – при необходимости;
- 4) диагностические назначения (дообследование) – при необходимости.

XIV. Эпикриз (приложение 2).

Эпикриз – это краткое содержание истории болезни, в котором должны найти отражение жалобы, анамнез, данные объективного и специального метода исследования, окончательный диагноз, проведенное лечение, его эффективность, состояние больного к моменту окончания курации.

В заключении определяется прогноз основного заболевания, прогноз жизни и трудоспособности пациента. Рекомендации.

XV. Литература.

Перечисляются (согласно принятым нормам по составлению списка литературы) названия монографий, руководств, журнальных статей, которыми пользовался куратор при написании истории болезни.

Приложение 1.

Осмотр врача-хирурга

Дата и время: _____

Жалобы: _____

Общее состояние пациента: удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое. Сознание: ясное, сонор, кома.

Кожные покровы и видимые слизистые: обычной окраски, чистые, бледные, желтушные, цианотичные, гиперемия _____, сыпь _____

Лёгкие: перкуторно: звук ясный легочной, притупление, коробочный, тупой _____, дыхание: везикулярное, жесткое, ослабленное _____, хрипы: нет, сухие, влажные (мелко-, средне-, крупнопузырчатые), крепитация _____ ЧД - _____ в мин.

Пульс - _____ в мин, АД - _____ мм рт. ст. Температура тела: _____ °С

Сердечные тоны: ясные, приглушенные, ритмичные, неритмичные, экстрасистолия, шумы _____ Язык: чистый, влажный, сухой, обложен _____ налетом. Живот мягкий, безболезненный _____, (не) вздут, симметричный, (не) участвует в акте дыхания, притупления перкуторного звука в отлогих местах живота не определяется, перистальтика кишечника выслушивается.

Печень: не увеличена, край ровный, бугристый, выступает из-под края реберной дуги на _____ см.

Селезенка: не пальпируется, увеличена.

Стул: норма, запоры, неустойчивый, учащенный (_____ в сут.) Мочеиспускание: норма, учащенное, безболезненное или по катетеру. Диурез: достаточный (при мочеиспускании по катетеру диурез учитывается - _____ мл за сутки).

Симптом поколачивания: отрицательный, положительный.

Отеки: нет, голеней, бедер _____, лица, асцит, анасарка.

Местный статус: _____

Перевязка: Повязка _____ Края раны _____ Швы _____ Отделяемое _____

Назначения и рекомендации: _____

Врач-хирург _____ подпись _____ И.О.Ф.

Приложение 2.

Гомельская городская клиническая больница №

Хирургическое отделение

Выписка из медицинской карты стационарного пациента №

Находился (ась) на стационарном лечении: с _____ по _____

Ф.И.О: _____ Пол: _____ Дата рождения: _____

Адрес: _____

Место работы: _____

Кем направлен: _____

Поликлиника по месту жительства: _____

Диагноз: Основной: _____ Осложнения: _____

Сопутствующий: _____

Обследования: _____

17.01.20 - Анализ мочи на диастазу: Диастаза мочи: 58.3

20.01.20 - Гемостазиограмма: Активированное частичное тромбопластиновое время: 35.7 Протромбиновое время: 12.7 Активность протромбинового комплекса: 0.98 Международное нормализованное отношение: 1.02 Фибриноген: 4.4

17.01.20 - ОАМ: Физические свойства: цвет: сж мутность: пр относительная плотность: 1010 Химические свойства: белок: нет глюкоза: отр Микроскопические исследования: эпителий плоский: ед лейкоциты: 0-1

20.01.20 - БАК: Мочевина: 6.9 Креатинин: 125.8 Холестерин Общий: 4.21 Билирубин Общий: 16.6 АсАТ: 38.5 Амилаза: 51.3 Натрий: 145.5 Калий: 5.05 Хлориды: 110.2

17.01.20 - ОАК: Эритроциты:5.3; Гемоглобин:163; Тромбоциты:147; Лейкоциты:5.3; Нейтрофилы Палочкоядерные:1; Нейтрофилы Сегментоядерные:78; Лимфоциты:18%; Моноциты:3%; СОЭ:10;

17.01.20 - УЗИ органов брюшной области и почек: Визуализация: затруднена из-за пневматоза кишечника, Печень: Размеры: норма, Правая доля: КВР:137 мм. ПЗР:118 мм. Левая доля: ККР:79 мм. ПЗР:98 мм. Контуры: ровные, четкие, Эхогенность паренхимы: повышена, Структура: однородная, ; Звукопроводимость: нормальная, ; Очаговые образования: нет, Внутривенные желчные протоки: не расширены, Сосудистый рисунок: сохранен, Воротная вена: воротная вена, (мм) 10 мм; Холедох: Холедох 3 мм. мм. Печеночные вены: Печеночные вены норма; Нижняя полая вена: Нижняя полая вена норма; /;

Желчный пузырь: Размеры: длина: 70 мм. ширина: 24 мм. норма; Форма: обычная, Содержимое: однородное; Стенки: 1 мм. не утолщены; Образования в полости: нет.;

Поджелудочная железа: Визуализация: затруднена. ; Размеры: норма, ; Головка: 25 мм. Тело: 18 мм. Хвост: 21 мм. Контуры: неровные; Эхогенность: повышена, звукопроводимость: нормальная, Структура: однородная; Очаговые образования: нет. Вирсунгов проток: не расширен, Образования: нет.

Селезенка: Размер: 108/42 мм. норма; Структура: однородная,

Правая почка: Дифференцировка паренхимы: сохранена; Контуры: ровные Эхоструктура: норма Положение: обычное ЧЛС: Лоханки: не расширена Чашечки: не расширены ЦЭК: без особенностей, образования нет.

Левая почка: Дифференцировка паренхимы: сохранена, ; Контуры: ровные Эхоструктура: норма Положение: обычное ЧЛС: Лоханка: не расширена Чашечки: не расширены образования: нет. Брюшная аорта: не расширен, Забрюшинные лимфоузлы: не увеличены, Свободная жидкость: нет.; Заключение: УЗ-признаки стеатоза печени.

22.01.20 - Протокол ЭГДС: Описание: Пищевод свободно проходит. Слизистая эластичная, гиперемированная в н/3. Кардия смыкается вяло. Желудок средних размеров, обычной формы. Хорошо расправляется воздухом, содержит жидкость, слизь в небольшом кол-ве. Складки слизистой нормотрофичны. Слизистая гиперемирована, с множ. приподнятыми дефектами до 3 мм по большой кривизне в антральном отделе. Эластичность сохранена. Привратник не деформирован, смыкается. Луковица 12-п. кишки свободно проходима. Слизистая проксимальных отделов умеренно отечная, диффузно гиперемированная. БДС и продольная складка не изменены. В просвете светлая желчь; Заключение: Катаральный рефлюкс-эзофагит. Недостаточность кардии. Папулезная гастропатия. Эритематозная дуоденопатия.;

29.01.20 - Рентгенография: Рентгенограмма ОГК; Описание: Явн. инф. теней не выявл., синусы свободны. Обогащ. лег. рис. в н/о слева. ОХ-роз ГОП.; ЭЭД: 0.015 мЗв.

31.01.20 Рентгеноскопия пищевода, желудка 3,0 мЗв

Акт глотания не нарушен, пищевод свободно проходит. Отмечается небольшая задержка контраста в н/3 пищевода, явления гастроэзофагеального рефлюкса. Желудок обычного положения, без патологических сужений, пассаж бария в ДПК, тонкую кишку поступил в первую минуту исследования.

Заключение: Рентгенологические признаки гастроэзофагеального рефлюкса, убедительных данных за аксиальную грыжу не выявлено.

ЭКГ от 29.01.20 - ЧСС - 55 в минуту, брадикардия, ЭОС горизонт.

Консультации врачей-узких специалистов, консилиумы врачей:

Осмотр терапевтом от 29.01.20 - Диагноз: Артериальная гипертензия 2 ст., риск 3. Стеатоз печени. Астено-невротический синдром. Рек-но: см.выписку.

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ:

Вид исследования	
<input checked="" type="checkbox"/> Измерение АД при поступлении	130/80
<input checked="" type="checkbox"/> Измерение АД при выписке	130/80
<input checked="" type="checkbox"/> Определение ИМТ	24
<input checked="" type="checkbox"/> Электрокардиография	17.01.2020
<input checked="" type="checkbox"/> Общий анализ крови	17.01.2020
<input checked="" type="checkbox"/> Общий анализ мочи	17.01.2020
<input checked="" type="checkbox"/> Пальцевое исследование прямой кишки и предстательной железы	17.01.2020
<input checked="" type="checkbox"/> Проведение теста на скрытую кровь	17.01.2020
<input checked="" type="checkbox"/> Глюкоза крови	27.02.2020

<input checked="" type="checkbox"/>	Оценка риска ССЗ по таблице SCORE	менее 10%
<input checked="" type="checkbox"/>	Флюорография	29.01.2020 №
<input checked="" type="checkbox"/>	Офтальмометрия	нет специалиста
Иная информация о состоянии здоровья пациента:		
<input checked="" type="checkbox"/>	Генеалогический анамнез	не отягощен
<input checked="" type="checkbox"/>	Курение	нет
<input checked="" type="checkbox"/>	Употребление алкоголя	нет
<input checked="" type="checkbox"/>	Медикаментозная аллергия	нет

Проведенное лечение: Операция от 11.10.18: Грыжесечение слева с аллопластикой пахового канала по Лихтенштейну.

Медикаментозное лечение: дротаверин, гептрал (свой), р-р натрия хлорида 0,9%, омепразол, р-р глюкозы 5%, р-р новокаин 0,5%, инсулин, р-р Рингера, фуросемид, анальгин, папаверин, димедрол, аспикард, липромак, эссенцикапс, лизитар.

Выписан: Послеоперационная рана заживает первичным натяжением. Выписан с улучшением в удовлетворительном состоянии. Даны рекомендации. Онкоосмотрен. По ШОРС 2 балла.

Рекомендации (примеры):

- 1. режим питания (частое и дробное питание – 5-6 раз в сутки), диета с исключением алкоголя, жирной, копчёной, жареной, острой пищи;
 - 2. панкреатин 10000 по 1 капсуле 3 раза в день в начале еды 2 недели, затем по 1 капсуле при пищевых нагрузках, омепразол 20 мг по 1 капсуле 2 раза в день до еды 14 дней.
 - 3. ФЭГДС, УЗИ ОБП контроль через 1 год после курса лечения у терапевта;
 - 4. Наблюдение хирургом, терапевтом поликлиники по месту жительства; консультация гастроэнтеролога по показаниям;
 - 5. лизитар 10 мг по 1/2 т. утром длительно под контролем АД, эссенцикапс 300 мг по 12 к. 3 р./д. до 1 месяца, аспикард 75 мг по 1 т. 1 р./д. вечером длительно. аторвастатин 10 мг по 1 т. 1 р./д. на ночь длительно под контролем липидограммы и печёночных ферментов.
 - 6. Ограничение физической нагрузки 1-1,5 месяца после операции (подъём тяжестей массой не более 7 кг).
 - 7. Перевязки до заживления раны, швы снять на 8-10 сутки после операции.
 - 8. Носить послеоперационный бандаж при физических нагрузках (проведена беседа).
- Л/Н не выдавался.

Лечащий врач

(подпись)

И.О.Ф.

Заведующий
отделением

(подпись)

И.О.Ф.