

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
УО «ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ»

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
ПО НАПИСАНИЮ И ОФОРМЛЕНИЮ
УЧЕБНОЙ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ**

Витебск, 2011

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
УО «ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ»

**В.И. Козловский, С.М. Соболев, Л.В. Бабенкова, М.С. Печерская,
Н.М. Самсонов, Г.В. Довгялло, Т.Л. Оленская, О.В. Антонышева,
О.П. Сероухова**

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
ПО НАПИСАНИЮ И ОФОРМЛЕНИЮ
УЧЕБНОЙ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ**

пособие
для студентов 4 курса лечебного факультета

Библиотека ВГМУ



Витебск, 2011

УДК 616-071.1 (072)

-ББК 53.4я73

М 54

Рецензент: профессор кафедры госпитальной терапии, д.м.н.
А.Н. Щупакова

Козловский В.И.

М 54 Методические рекомендации по написанию и оформлению учебной истории болезни: учебное пособие для студентов 4 курса лечебного факультета / В.И. Козловский, С.М. Соболев, Л.В. Бабенюва, М.С. Печерская, Н.М. Самсонов, Г.В. Довгялло, Т.Л. Оленская, О.В. Антонышева, О.П. Сероухова. – Витебск: 2011. – 22 с.

Методические рекомендации по написанию и оформлению учебной истории болезни включают алгоритмы сбора жалоб, анамнеза, проведения физикального обследования пациентов, что помогает в формировании клинического мышления студентов 4 курса.

При написании плана обследования и лечения внимание студентов обращается на современные клинические протоколы диагностики и лечения заболеваний. В эпикризе предлагается детализация рекомендаций по дальнейшему поведению пациента, тактике его лечения и реабилитации на амбулаторном этапе. Это способствует пониманию важности роли врача и самого пациента в поддержании здоровья и трудоспособности.

Авторский коллектив полагает, что учебное пособие будет полезным при подготовке истории болезни и ее защите.

Учебное пособие утверждено ЦУМС УО «Витебский государственный медицинский университет» 20 октября 2010 г., протокол № 8.

УДК 616-071.1 (072)

ББК 53.4я73

© УО «Витебский государственный

медицинский университет», 2011



Образец оформления титульного листа учебной истории болезни

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
УО «ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ

Кафедра факультетской терапии
Зав.каф.: д.м.н., профессор В.И. Козловский
Преподаватель:

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ
Ф.И.О. пациента в родительном падеже

Заключительный клинический диагноз:
основной
осложнения основного
сопутствующий

Время курации: с ____ по ____
Куратор: студент 4 курса ____ группы
Ф.И.О. в именительном падеже

Витебск 20__ год

I. ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ

1. Ф.И.О. пациента в именительном падеже
2. Пол
3. Возраст
4. Постоянное место жительства
5. Место работы, профессия
6. Дата и время поступления в стационар
7. Дата выписки из стационара или перевода в другое лечебное учреждение
8. Кем направлен больной
9. Диагноз направившего учреждения
10. Диагноз при поступлении

II. ОСНОВНЫЕ ЖАЛОБЫ ПАЦИЕНТА

В этом разделе следует отразить основные жалобы пациента, по поводу которых он обратился за медицинской помощью. Главной задачей при этом является детализация и полная характеристика каждой из жалоб пациента согласно схеме опроса соответствующей системы.

III. ОБЩИЕ ЖАЛОБЫ ПАЦИЕНТА (*anamnesis communis*)

В данном разделе следует отразить жалобы пациента со стороны всех других органов и система организма, которые не входят в раздел «Основные жалобы пациента». Детализация этих жалоб также обязательна, так как помогает в постановке диагноза основного заболевания и позволяет выявить осложнения, а также сопутствующую патологию.

Схема опроса по органам и системам

Система органов дыхания:

боль в грудной клетке (нет, есть: постоянная или периодическая, локализация, характер (острая, тупая, колющая, ноющая), связь с дыханием, кашлем, положением тела, иррадиация)

одышка (нет, есть: постоянная или периодическая, время и условия ее появления (ночью, утром, днем, вечером, при физическом напряжении, в покое), характер одышки (на вдохе, на выдохе, смешанная, в виде приступов удушья); положение, облегчающее состояние пациента)

удушие (нет, есть: характер удушья, сила и продолжительность приступов, факторы, провоцирующие приступы, мероприятия, способствующие ликвидации удушья)

кашель (нет, есть: постоянный или периодический, время и условия его появления (ночью, утром), характер кашля (сухой или с выделением мокроты), сопровождается ли болями в грудной клетке; зависимость появления и интенсивности кашля от положения тела пациента)

мокрота (нет, есть: отходит легко или с трудом, характер и цвет мокроты (слизистый, слизисто-гнойный, кровянистый, жидкая, густая, вязкая, тягучая), количество за сутки (несколько плевков, четверть стакана, до полулитра и более), зависит ли выделение мокроты от положения тела больного; запах мокроты - нет, есть: обильный, приторно-сладкий, гнилостный)

кровохарканье (нет, есть: его частота, интенсивность, количество выделяемой крови (прожилки крови в мокроте, один или несколько плевков, большое количество), характер (кровь с мокротой, жидкая кровь, сгустками, пенящаяся), цвет (алый, темный))

Система органов кровообращения:

болевы́е ощущения в области сердца и за грудиной (нет, есть: локализация (за грудиной, в области верхушки), характер (сжимающие, жгучие, тупые, острые, колющие, ноющие), интенсивность, иррадиация (в левую лопатку, руку, ключицу, левую половину нижней челюсти и т.д.), приступообразные (продолжительность) или постоянные, причина появления болей (физическое напряжение, волнение), бывают ли боли в покое; мероприятия, облегчающие самочувствие пациента (покой, вынужденное положение, нитроглицерин, валидол, сердечные капли, успокоительные средства))

сердцебиение, перебои в работе сердца (нет, есть: постоянные или периодические, условия, при которых они появляются (после физической нагрузки, волнения, приема пищи, в покое, во время сна); мероприятия, помогающие уменьшить перебои в работе сердца (покой, задержка дыхания на некоторое время, прием антиаритмических препаратов, успокоительных средств и т.д.))

отеки (нет, есть: локализация, степень выраженности, постоянные или исчезающие, время появления (утром, вечером), цвет (обычный, бледный, синюшный))

Система органов пищеварения:

аппетит (хороший, повышенный, пониженный, отсутствует)

изжога (нет, есть: частота, интенсивность и длительность, с чем связана (с приемом пищи и какой, с переменной положения тела и т.д.); что облегчает изжогу)

отрыжка (нет, есть: воздухом, съеденной пищей, горькая, кислая, тухлым яйцом, с каловым запахом; связана ли с приемом пищи; частота и продолжительность)

тошнота (нет, есть: частота, продолжительность, интенсивность, ее зависимость от приема и характера пищи (натощак, после приема пищи); сопровождается ли рвотой)

рвота (нет, есть: натощак, после приема пищи (немедленно или через определенный срок), независимо от приема пищи, на высоте болей; частота рвоты; вкус во рту после рвоты (кислый, горький, без вкуса); количество рвотных масс (обильное, небольшое); запах (кислый, гнилостный, зловонный); характер рвотных масс: съеденной пищей, желчью, кровью (алая, темная, в виде “кофейной гущи”); облегчение после рвоты - нет, есть)

боли в животе (нет, есть: локализация (в подложечной области, правом или левом подреберьях, в подвздошных областях, околопупочной и т.д.); постоянные или периодические; связь болей с приемом пищи (натощак, через какое время после приема пищи), с ее характером (грубая, острая, сладкая, соленая и т.д.); связь болей со временем суток, физическими нагрузками, ходьбой, ездой в транспорте, работой и т.д.; связь болей с актом дефекации - нет, есть: усиливаются, уменьшаются после дефекации; иррадиация болей (в спину, плечо, лопатку, пах, ногу и т.д.); характер болей: острые, тупые, ноющие, тянущие, жгучие, режущие, опоясывающие и т.д.; продолжительность и интенсивность болей)

характер стула (регулярный, нерегулярный: реже 1 раза за двое суток или чаще 2 раз в сутки (связь с волнением и характером пищи); консистенция и форма кала: оформленный, колбасовидный, ленточный, овечий кал, кашицеобразный, жидкий, водянистый, в виде рисового отвара и т.д.; наличие примесей в кале - нет, есть: слизь, кровь, гной, остатки непереваренной пищи, глисты; цвет кала: коричневый, темный, дегтеобразный, глинистый, красный; запах кала: обычный, кислый, зловонный; ложные позывы - нет, есть)

Мочевыделительная система:

дизурические явления (мочиспускание: свободное, произвольное или затрудненное; боли (рези, жжение) при мочеиспускании (в начале, в конце, в течение всего периода мочеиспускания); частота за сутки (особенно ночью); количество выделяемой мочи за сутки; наличие ложных позывов на мочеиспускание, изменение струи мочи (тонкая, слабая, прерывистая); цвет мочи (соломенно-желтый, темный, цвета пива, цвета «мясных помоев» и т.д.); выделение видимой крови с мочой – нет, есть)

болевы́е ощущения (нет, есть: локализация (поясничная область, крестец, над лобком, по фланкам), характер (ноющие, тупые, острые), постоянные, периодические или приступообразные. Условия, при которых появляются боли (переохлаждение, физическое напряжение, мочеиспускание, тряска, интенсивная ходьба, прием спиртных напитков и т.д.): иррадиация болей (в надлобковую область, в пах, в половые органы); поведение больного во время приступа; мероприятия, облегчающие состояние больного (грелка, горячая ванна, инъекции обезболивающих средств и т. п.); сопровождаются ли боли дизурическими расстройствами, рвотой, повышением температуры тела)

Нервно-психическая сфера:

сон (нормальный или нарушен (бессонница, трудное засыпание, тревожный сон, сновидения, сонливость днем))

настроение (ровное, спокойное, неустойчивое, возбужденное, тревожное, подавленное, апатичное)

память (сохранена, снижена (на отдельные текущие события, недавние или отдаленные во времени))

общительность (взаимоотношения на работе и в семье, легкость привыкания к новой обстановке, реакция на различные события в жизни)

головные боли (нет, есть: локализация, характер, интенсивность, периодичность, время и условия появления болей, продолжительность; сопровождаются ли головные боли тошнотой, рвотой; мероприятия, облегчающие самочувствие пациента (нож, тугая, давящая повязка, компресс, холод, тепло, прием анальгетиков, транквилизаторов и т. п.))

головокружение (нет, есть: частота, условия появления (переход из горизонтального в вертикальное положение, физическая нагрузка, учащение дыхания, прием лекарств); связь с головными болями, обмороками; мероприятия, облегчающие самочувствие пациента)

приливы крови к голове (ощущения внезапного жара) (нет, есть: время, условия появления)

Эндокринная система:

менструальный цикл, булимия, полидипсия, склонность к ожирению или похуданию, состояние щитовидной железы и др.

!!! Внимание! Записывать нужно только жалобы пациента. Не следует писать, что одышки нет и т.п.

IV. ИСТОРИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ (anamnesis morbi)

В этом разделе следует описать историю развития основного заболевания от момента его появления до осмотра пациента.

Следует, по возможности, описать следующие положения.

- Когда и как началось заболевание.
- Что, по мнению пациента, могло послужить причиной заболевания и как развивались симптомы.
- Состоит ли пациент на диспансерном учете по месту жительства по поводу данного заболевания и с какого времени.
- Как часто обостряется течение заболевания (в случае хронического течения) и проводилось ли его лечение под наблюдением врача (амбулаторно или стационарно), когда последний раз.
- Какие исследования по поводу данного заболевания проводились до момента настоящего обращения.
- Основные методы лечения до поступления в стационар и их результаты.
- Причины настоящей госпитализации в клинику (ухудшение состояния на фоне проводимого амбулаторного лечения, уточнение диагноза и т. д.).

!!! Внимание!

Если данные анамнеза были получены Вами со слов сопровождающих пациента людей, или есть определенные особенности состояния пациента (тяжесть состояния, психический статус, воздействие алкоголя или психотропных средств, глухонмота, слепота и др.), следует специально оговаривать это обстоятельство.

Если пациент лечился в стационаре до настоящей госпитализации, не следует прибегать к перечислению всех больниц, в которых он

лечился, соблюдая строгую хронологию. Необходимо в таких случаях указать на частоту стационарного лечения, характер лечения, продолжительность и эффективность его, время последней госпитализации.

V. ИСТОРИЯ ЖИЗНИ (anamnesis vitae)

!!!Внимание! Записывать в историю болезни полученные сведения следует при условии, что те или иные особенности повлияли на возникновение и/или течение заболеваний пациента в настоящее время.

Краткие биографические данные: место рождения, социальное положение, особенности дошкольного и школьного периода жизни. Учеба, образование, специальность (в случае необходимости все описывается в хронологическом порядке).

Трудовой анамнез: начало трудовой деятельности, профессия, перемены ее, характер и условия труда. Особое внимание обращается на работу во вредных условиях (химические факторы, ионизирующая радиация, лучевая энергия, высокочастотное поле, перегревание или переохлаждение, вибрация, запыленность и др.). Служба в армии.

Бытовой анамнез: жилищные и санитарно-гигиенические условия. Питание (регулярность приема пищи, характер пищи).

Вредные привычки: курение (с какого возраста, число сигарет в день), употребление алкоголя (в каком количестве, как часто и с какого времени), употребление наркотических веществ (в каком количестве, с какого времени).

Перенесенные заболевания: в детстве и в последующие периоды жизни с указанием даты установления диагноза. Ранения, контузии и их последствия. Протекание беременности, количество родов. Болел ли вирусным гепатитом, туберкулезом, сифилисом, ВИЧ-инфекцией, венерическими заболеваниями.

Семейный анамнез и наследственность: состояние здоровья кровных родственников, наличие у них онкозаболеваний, летальных исходов в молодом возрасте при сердечно-сосудистых заболеваниях.

Аллергологический анамнез: непереносимость лекарственных средств, пищевых продуктов, вакцин, сывороток (указать вид аллергической реакции – шок, крапивница, отек Квинке и тд). Были ли переливание крови, кровозаменителей - нет, да: реакции на введение, в каком виде.

VI. ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ (status praesens)

Общий осмотр

Общее состояние: крайне тяжелое, тяжелое, средней тяжести, удовлетворительно.

Сознание: ясное, помраченное, ступор, сопор, кома, бред, галлюцинации.

Положение: активное, пассивное, вынужденное.

Телосложение: конституция, осанка, рост, вес, окружность грудной клетки. Индекс Кетле (вес/рост (m^2), $N = 23-25$)

Кожа: цвет (для представителей европеоидной расы бледно-розовый, бледный, красный, цианотичный, желтушный, бронзовый, серый и др.). Влажность кожи (нормальная, усиленная, сухость). Эластичность (эластичная, снижение тургора кожи). Наличие очаговых пигментаций, высыпаний, кровоизлияний, шелушения, рубцов – нет, есть: локализация, размеры, цвет, характер и т. д.

Видимые слизистые оболочки: цвет (бледно-розовый, бледный, красный, синюшный). Наличие высыпаний, кровоизлияний, петехий, изъязвлений и т. д. – нет, есть: локализация.

Оволосение: выраженность, тип, выпадение волос, ломкость. Состояние ногтей: форма, цвет, ломкость, гладкость, прозрачность.

Ногти: форма правильная – овальная, ровная поверхность, прозрачные, изменение формы – нет, есть: в виде «часовых стекол», койлонихий и т. д.). Наличие исчерченности, ломкости, матовости ногтей.

Подкожная жировая клетчатка: выраженность (развита слабо, умеренно, значительно), толщина кожной складки в области трехглавой мышцы плеча (в см), места наибольшего отложения жира.

Отёки: нет, есть; локализация (лицо, веки, конечности, поясница, обшие), степень выраженности, консистенция (плотные, мягкие, тесто-ватые).

Периферические лимфатические узлы (шейные, затылочные, подчелюстные, подмышечные, локтевые, паховые), при их увеличении - размер, консистенция, болезненность, подвижность, спаянность между собой или с кожей.

Мышечная система: степень развития (умеренное, хорошее, гипотрофия, гипертрофия), при пальпации мышц - болезненность, сила мышц в кисти, бедрах, голени (умеренная, симметричная), тонус мышц, судороги (нет, есть, какие).

Костно-суставная система .

Деформации и искривления костей (есть, нет).

Суставы: деформация, дефигурация, температура кожи над суставами, флюктуация, болезненность и хруст при движениях, объем активных и пассивных движений, степень нарушения функции суставов (если имеется).

Позвоночник: подвижность при сгибании, разгибании, боковых движениях, наличие искривлений, болезненность отдельных позвонков при ощупывании и постукивании. Походка (нормальная, неустойчивая, прихрамывание и др.).

Осмотр головы, лица, шеи

Голова: форма, величина (овальная, круглая, квадратная, микроцефалия, макроцефалия и т.д.), положение (прямое, с наклоном в сторону, запрокинутая назад), подвижность (свободная, ограниченная). Наличие произвольных движений головы в виде тремора, покачивания.

Лицо: выражение (спокойное, возбужденное, маскообразное, страдальческое и др.). Цвет кожи лица (бледно-розовый, гиперемия, цианоз и т.д.).

Глаза: глазная щель правильной формы, расширена, сужена. Наличие косоглазия, экзофтальма, западения глазного яблока, дрожания, блеска.

Зрачки: (сужены, расширены, неравномерность - анизокория, реакция на свет), конвергенция, аккомодация.

Веки: (наличие отеков, опущения, дрожания, симптомов Грефе, Мебиуса, Штельвага и др.).

Нос: форма правильная, деформация - нет, есть. Движение крыльев носа при дыхании - нет, есть.

Зев: цвет (розовый, красный и т.д.) Гнойные пробки, налеты, изъязвления, кровоизлияния, сыпи - нет, есть.

Шея: длинная, короткая, толстая, тонкая. Увеличение щитовидной железы - нет, есть: степень увеличения. Наличие бугристости, степень плотности, болезненность, подвижность при глотании и пальпации.

Система органов дыхания

Статический осмотр грудной клетки

Форма грудной клетки нормальная или патологическая (паралитическая, эмфизематозная, воронкообразная, ладьевидная, кифосколиотическая). Степень выраженности над- и подключичных ямок,

межреберные промежутки, надчревной угол, положение лопаток, ход ребер. Асимметрические выпячивания или западения грудной клетки – нет, есть: локализация.

Динамический осмотр грудной клетки

Участие обеих половин в акте дыхания, тип дыхания, ритм дыхания, частота и глубина, наличие одышки. Измерение окружности грудной клетки на уровне сосков во время спокойного дыхания, на высоте вдоха и выдоха.

Пальпация грудной клетки

Эластичность или ригидность грудной клетки: нормальная, снижена, повышена. Болезненность при пальпации кожи, мышц, ребер, межреберных промежутков, грудного отдела позвоночника - нет, есть: локализация болезненности.

Головоное дрожание на симметричных участках и его характеристика: одинаковое, усилено, ослаблено, отсутствует - указать локализацию.

Перкуссия грудной клетки

Сравнительная перкуссия: на симметричных участках характеристика перкуторного звука (ясный легочной, тупой, притупленный, тимпанический, коробочный, металлический - указать локализацию).

Топографическая перкуссия:

Нижняя граница:		
Линии	правое легкое	левое легкое
Парастернальная		
Медиоклавикулярная		
Передняя аксиллярная		
Средняя аксиллярная		
Задняя аксиллярная		
Лопаточная		
Паравerteбральная		
Верхняя граница легких:		
Высота стояния вершечек легких спереди		
Высота стояния вершечек легких сзади		
Ширина полей Кренига		

Подвижность нижних краев легких:		
Линии	правое легкое (см.)	Левое легкое (см.)
Медиоклавикулярная		
Средняя аксиллярная		
Лопаточная		

Аускультация легких

Везикулярное дыхание на симметричных участках - не изменено, изменено: ослаблено, усилено, жесткое с удлиненным выдохом, отсутствует (локализация).

Бронхиальное дыхание над легкими: нет, есть: локализация.

Добавочные дыхательные шумы - нет, есть: сухие хрипы (жужжащие, свистящие), влажные хрипы (мелко-, средне- и крупнопузырчатые), крепитация, шум трения плевры. Локализация добавочных шумов.

Бронхофония на симметричных участках грудной клетки (определяется одинаково, усилена, ослаблена, отсутствует – указать локализацию).

Система органов кровообращения

Осмотр области сердца и сосудов

Выпячивание грудной клетки в области сердца (сердечный горб) - нет, есть.

Сердечный толчок – нет, есть: локализация.

Надчреваемая пульсация – нет, есть: изменение при дыхании, положении больного.

Пульсация сосудов шеи и других зон – нет, есть: сонных артерий, пульсация яремных вен, ее отношение к пульсации сонных артерий (положительный или отрицательный венный пульс), пульсация височных, подключичных артерий

Пальпация области сердца и сосудов

Пальпация верхушечного толчка и определение его свойств (локализация, площадь, высота, резистентность), смещаемость в положении налевом боку.

Наличие “юшащего мурлыканья”- нет, есть: систолическое, диастолическое, локализация.

Пальпация пульса на лучевых артериях и определение его свойств: одинаков ли на обеих руках, ритм, частота, наполнение, напряжение, состояние артериальной стенки (эластичная, мягкая, гладкая, твердая, неровная и т. д.). Дефицит пульса – нет, есть: разница между частотой сердечных сокращений и частотой пульса.

Пальпация пульса на сонных и бедренных артериях, a.tibialis post., a.dorsalis ped. (симметрично).

Перкуссия сердца и сосудистого пучка

Границы относительной тупости сердца:

Правая	Левая	Верхняя

Контуры сердца, конфигурация сердца (нормальная, аортальная, митральная, «бълье сердце»).

Размеры поперечника относительной тупости сердца ___ см.

Ширина сосудистого пучка во втором межреберье ___ см.

Граница абсолютной тупости сердца:

Правая	Левая	Верхняя

Аускультация сердца и сосудов

Ритм сердца: правильный, неправильный (характер аритмии).

Тоны сердца: ясные, громкие, тихие, глухие. Соотношение громкости 1-го и 2-го тонов в точках аускультации.

Изменение тонов – нет, есть: усиление, ослабление, хлопающий, с металлическим оттенком, расщеплён, раздвоен (локализация).

Наличие добавочных тонов - нет, есть: ритм «перепела», ритм галопа (систолический, протодиастолический, мезодиастолический, пресистолический).

Шумы сердца - нет, есть: систолический, диастолический (протодиастолический, мезодиастолический, пресистолический). Место наилучшего выслушивания шума, его интенсивность (выраженный, слабый), тембр (нежный, мягкий, грубый, свистящий, напоминающий шум пилы и т.д.), продолжительность (короткий, продолжительный), проведение шума (в подмышечную ямку, в межлопаточное пространство, на сосуды шеи, в точку Боткина-Эрба и т.д.), изменение шума (усиление или ослабление) при перемене положения тела больного (стоя, лежа, на левом боку, после физической нагрузки, задержке дыхания).

Экстракардиальные шумы – нет, есть: шум трения перикарда, плевроперикардиальный шум.

Аускультация крупных сосудов: сонной и бедренной артерии, яремной вены и т.д. Двойной тон Траубе, двойной шум Дюрозье на бедренных артериях – нет, есть.

Измерение артериального давления

Классическое положение пациента	Правая рука	Левая рука
Систолическое АД, мм рт.ст.		
Диастолическое АД, мм рт.ст.		
Положение пациента «стоя»		
Систолическое АД, мм рт.ст.		
Диастолическое АД, мм рт.ст.		

Система органов пищеварения

Общий осмотр

Запах изо рта: обычный, фруктовый, тухлых яиц, гнилостный и т.д.

Слизистая оболочка ротовой полости: цвет, наличие пигментации, кровоизлияний, изъязвлений, молочницы и т.д.

Десны: нормальные, наличие разрыхленности, кровоточивости (нет, есть).

Зубы: состояние их, наличие кариозных зубов.

Язык: цвет, сухой или влажный, чистый или обложен (каким налетом), наличие трещин, изъязвлений, отека зубов, прикусов, увеличение (нет, есть), выраженность сосочкового слоя. Девияция языка в сторону при высовывании: нет, есть.

Исследование живота в вертикальном положении

Общий осмотр

Форма живота (нормальная конфигурация, выпячен, втянут, отвисает), наличие асимметрий и местных выпячиваний, видимой перистальтики, расширение вен на передней брюшной стенке (“голова медузы”), рубцов, стрий, сыпи, пигментации.

Пальпация живота поверхностная

Выявление зон болезненности, напряжения мышц, грыж передней брюшной стенки.

Перкуссия живота

Характеристика перкуторного звука по направлению от эпигастрия к гипогастрию, от пупка к фланкам (наличие признаков метеоризма, свободной жидкости в брюшной полости).

Аускультация эпигастральной области

Через какое время после проглатывания жидкости появляются первый и второй шум (в секундах).

Исследование живота в горизонтальном положении

Общий осмотр

Форма живота, ее изменение по сравнению с вертикальным положением. Наличие местных выпячиваний, состояние пупка (втянут, выпячен и т.д.).

Перкуссия живота

Характеристика перкуторного звука по направлению от эпигастрия к гипогастрию, от пупка к фланкам (в том числе «на боку») для определения наличия метеоризма и свободной жидкости в брюшной полости. Пальпаторное выявление асцита методом флюктуации.

Аускультация живота

Кишечная перистальтика (количество перистальтических движений в минуту) над тонким (точка Поргеса) и толстым кишечником (левая подвздошная точка и правая подвздошная точка).

Поверхностная ориентировочная пальпация

Наличие болезненности, напряжения мышц передней брюшной стенки (диффузное, локальное), выявление опухолевидных образований и грыж с указанием локализации. Наличие зон гиперестезии.

Глубокая скользящая, методическая топографическая пальпация по методу Glenard-Образцова-Гаусмана

Сигмовидная, нисходящий отдел поперечноободочной, слепая, восходящий отдел поперечноободочной кишки, терминальный отдел подвздошной кишки, большая кривизна и пилорический отдел желудка, поперечный отдел поперечно-ободочной кишки: их локализация, форма, диаметр, характер поверхности, консистенция, подвижность, урчание, болезненность.

!!!Внимание! Необходимо помнить о частоте пальпируемости отделов желудочно-кишечного тракта.

Перкуссия печени

Определение верхней границы абсолютной тупости печени по:

правой передней подмышечной линии _____
правой срединно-ключичной линии _____
правой околорудинной линии _____

Определение нижней границы абсолютной тупости печени по:

правой передней подмышечной линии _____
правой срединно-ключичной линии _____
правой окологрудной линии _____
передней срединной линии _____
левой окологрудной линии _____

Измерение высоты печеночной тупости по:

правой передней подмышечной линии _____
правой срединно-ключичной линии _____
правой окологрудной линии _____

Определение размеров печени по Курлову по:

правой срединно-ключичной линии _____
передней срединной линии _____
левой реберной дуге _____

Пальпация печени

Характеристика края печени (острый, закругленный), консистенции (мягкая, эластичная, плотная). Болезненность при пальпации – нет, есть.

Перкуссия селезенки

Определение верхней и нижней границ селезенки по средней подмышечной линии слева, передней и задней границ по X межреберью (ребру).

Измерение поперечника, длинника селезенки.

Пальпация селезенки

Селезенка пальпируется – нет, да: характеристика края, поверхности, консистенции, наличие болезненности.

Свободная жидкость в брюшной полости (есть, нет).

Мочеполовая система

Осмотр поясничной области

Выпячивание поясничной области - нет, есть: локализация. Покраснение и отечность кожи - нет, есть: локализация.

Перкуссия почек

Симптом поколачивания (положительный, отрицательный).

Пальпация мочеточниковых точек

Пальпация подреберных, верхних мочеточниковых, средних мочеточниковых, реберно-позвоночных, реберно-поясничных точек для выявления болезненности - нет, есть, локализация.

Аускультация почек

Наличие шума в реберно-позвоночном углу – нет, есть: локализация, систолический или диастолический.

VII. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Предварительный диагноз заболевания формулируется на основании основных жалоб, данных истории болезни, истории жизни и результатов вышеизложенного объективного исследования пациента.

VIII. ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТА

Исходя из предполагаемого диагноза и состояния пациента намечается план обследования пациента, который должен быть полным независимо от того, что пациент уже находится в стационаре и в истории болезни могут быть лабораторные и другие данные.

IX. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНЫХ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

В хронологическом порядке приводятся данные лабораторного обследования: анализы крови, мочи, кала, анализы мокроты, дуоденального содержимого и т. д.

Далее указываются все виды инструментального обследования пациента с подробным описанием полученных данных.

Заключения специалистов-консультантов: для установления окончательного диагноза пациенты нередко осматриваются смежными специалистами, т.к. заключение консультанта может служить одним из обоснований диагноза.

!!!Внимание! В этом разделе следует записать те заключения специалистов-консультантов, которые позволяют установить или уточнить основной или сопутствующий диагноз, о сложения).

X. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Для проведения дифференциальной диагностики следует выделить ведущие синдромы (один или несколько симптомов), которыми могут быть как жалобы пациента (например, боли в суставах), так и любой объективный признак (например, повышение АД).

Схема проведения дифференциальной диагностики:

1. Упоминается одно из наиболее часто встречающихся заболеваний, при котором может быть такой же синдром, как у Вашего пациента. Затем указываются, какие еще имеются общие симптомы или данные объективного исследования у Вашего пациента и при том заболевании, с которым Вы дифференцируете.

2. Указываются, чем эти общие для обоих заболеваний симптомы у Вашего пациента отличаются от симптомов при другом заболевании.

3. Приводится перечень симптомов, типичных для другого заболевания, но отсутствующих у Вашего пациента.

4. Приводятся симптомы, имеющиеся у Вашего пациента, но не типичные для другого заболевания.

Дифференциальная диагностика проводится с несколькими заболеваниями, она должна быть конкретной, строиться применительно к данному пациенту.

XI. КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ

Диагноз должен быть максимально развернутым, формулироваться в соответствии с существующими классификациями.

Следует обратить внимание на необходимость характеристики течения и тяжести заболевания, в ряде случаев разумно выделять ведущие синдромы (например, гидроторакс, асцит при недостаточности кровообращения III степени), в конце дается характеристика нарушения функционального состояния органа или системы.

Обоснование диагноза:

- на основании основных жалоб пациента (в скобках перечисляются те жалобы, которые имеют прямое отношение к основному диагнозу);

- на основании данных истории болезни, истории жизни (перечисляются наиболее важные данные, необходимые и достаточные для обоснования диагноза);

- на основании объективных данных (перечисляются только те патологические признаки, которые обосновывают основной диагноз);

- на основании данных лабораторных и инструментальных исследований (в скобках указываются только патологические изменения и именно те, которые обосновывают диагноз);

- и на основании проведенной дифференциальной диагностики можно поставить диагноз (его формулировка, причем указывается суть диагноза, не прибегая к его детализации);

а) основной диагноз;

б) осложнения;

в) сопутствующие заболевания.

XII. ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТА И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ

В этом разделе излагается лечение конкретного пациента.

Начинать следует с изложения режима, диеты, и только затем - медикаментозная терапия, где соблюдается распределение препаратов на группы в зависимости от принципов лечения (последовательно этиологическое, патогенетическое и симптоматическое лечение). Препараты распределяются по механизму действия, по химическому строению или используется комбинация принципов.

Упомянув препарат, следует коротко изложить основные побочные явления и противопоказания, после чего приводятся рецепты, в которых указывается доза и способ применения.

XIII. ПРОГНОЗ

Прогноз по отношению к жизни, восстановлению здоровья, и трудоспособности (конкретно для данного пациента).

Используются термины: “благоприятный”, “сомнительный”, “неблагоприятный”. Следует обосновать каждое положение прогноза,

основываясь на данных объективного, лабораторного и инструментального исследований, характера течения заболевания у данного пациента и литературных данных.

XIV. ПРОФИЛАКТИКА

Излагается профилактика возникновения основного заболевания, обострений хронических заболеваний или его осложнений (при данном заболевании, а не у данного пациента). Желательно распределить все профилактические мероприятия на первичную и вторичную профилактику.

XV. ДНЕВНИК НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ПАЦИЕНТОМ

В дневнике записывается общее состояние в день обследования и изменения его в последующие дни.

Дневник заполняется ежедневно за все время курации (до сдачи истории болезни или до выписки пациента). Первый дневник заполняется подробно, регистрируются жалобы пациента, состояние основных систем: легких, сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта при необходимости регистрируется стул, суточный диурез, приводится медикаментозное лечение, которое получает в этот день пациент (из листка назначений). В дневнике обосновываются изменения в назначении медикаментозных средств. В последующих дневниках следует, по возможности, отражать изменения, произошедшие в состоянии пациента.

XVI. ЭПИКРИЗ

Этапный, переводной или заключительный.

Это короткая выдержка из истории болезни: Ф.И.О., дата поступления в клинику, основные жалобы пациента, основные детали истории развития заболевания, причина поступления в больницу. Объективные данные (указать лишь патологию), лабораторные и инструментальные данные. Диагноз основного, сопутствующего заболеваний, осложнений. Проведенное лечение и его результаты, изменение состояния пациента перед выпиской. Рекомендации по проведению медикаментозного лечения, режиму, диете, диспансерному наблюдению, необходимости дальнейшего обследования и

лечения, необходимо также дать совет по поводу тех ситуаций, когда пациент должен обратиться к врачу.

XVII. ЛИТЕРАТУРА

Приводится список литературы, использованной при подготовке истории болезни, оформленный по общим правилам (фамилия автора с инициалами, название, место и год издания).

Рекомендуемая литература

Основная:

1. Лекции по факультетской терапии в 2-х томах / Под ред. В.И. Козловского, Витебск, 2001.
2. Внутренние болезни: Учебник: В 2 т. / Под ред. А.И. Мартынова, Н.А. Мухина, В.С. Моисеева, А.С. Галявич (отв. ред.). – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. – Т.1. – 600 с.: ил. – (Серия «XXI век»).
3. Маколюн В.И., Овчаренко С.И. Внутренние болезни: Учебник. – 4-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 1999. – 592 с.: ил. – (Учеб. лит. для студ. мед. вузов).
4. Болезни сердца и сосудов: Руководство для врачей (в четырех томах) Под ред. Е.И. Чазова. – М., Медицина, 1992. – 425 с.
5. Кардиология в таблицах и схемах Под ред. М. Фрида.-М.: Практика-1996.

Дополнительная:

1. Алыерт Д., Френсис Г. Лечение инфаркта миокарда (пер. с англ.). М., Практика, 1994.
2. Атрошенко Е.С., Козловский В.И. Хроническая сердечная недостаточность. – Минск. - 2002. - 455 с.
3. Барт Чернов. Фармакотерапия неотложных состояний, пер., М., 1999.
4. Белоусов Ю.Б. Клиническая фармакология и фармакотерапия. – М. – 2010. – 430 с.
5. Болезни органов дыхания: Руководство в 4 т. Под ред. Палеева Н.Р. М.: Медицина. – 1989-1990.
6. Бубнова А.Г., Аронов Д.М. Тактика ведения пациентов с атерогенной гиперлипидемией. Практические рекомендации для врачей. – Минск. – 2004. – 15 с.
7. Бутылин Ю.П., Бутылин В.Ю., Бутылин Д.Ю. Интенсивная терапия неотложных состояний. Патфизиология, клиника, лечение. Атлас. – Киев.: Новый друк. – 2003. – 523 с.

8. Гасилин В.С., Сидоренко Б.А. Стенокардия. – М.: Медицина. _ 2001. – 240 с.
9. Гиляревский С.Р. Диагностика и лечение заболеваний перикарда: современные подходы, основанные на доказательной информации и клиническом опыте. – М.: Медиа Сфера. – 2004. – 132 с.
10. Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких /Пер. с англ. под ред. Чучалина А.Г. – М.: «Атмосфера», 2007. – 96 с.
11. Григорьев П.Я., Яковеню Э.П. Диагностика и лечение болезней органов пищеварения. М.: МИА – 2001.
12. Европейские рекомендации 2007 г. по лечению артериальной гипертензии. - Артериальная гипертензия. – 2007. - Тематический номер – 229. / В помощь практическому врачу. – 130 с.
13. Замотаев И.П. Фармакотерапия в пульмонологии. М.: Медицина. - 1993.
14. Зудбинов Ю.И. Азбука ЭКГ и боли в сердце. – Ростов-на-Дону: Феникс. – 2003. – 240 с.
15. Интенсивная терапия. Реанимация. Первая помощь: учебное пособие /Под ред. В.Д. Малышева/ М.: Медиа Сфера. – 2000. – 464 с.
16. Козловский В.И. Гипертонические кризы. – Витебск. - 2001. - 155 с.
17. Колосов Д. Атипичная пневмония: причины, симптомы, профилактика. – СПб, 2003. – 96 с.
18. Кушаковский М.С. Аритмии сердца: Руководство для врачей. Санкт-Петербург: Гиппократ. – 1999.
19. Лугонов А.С., Блок Ю.Г. Хронические гепатиты и циррозы печени. М.: Медицина. - 1987.
20. Мартынов А.А. Диагностика и терапия неотложных состояний в клинике внутренних болезней. Кардиология, пульмонология, гастроэнтерология и др. Практическое руководство для врачей и студентов. – Петрозаводск.: «Карелия». – 2000. – 370 с.
21. Машковский М.Д. Лекарственные средства. – М., 1999. – том 1-2.
22. Мухин Н.А., Моисеев В.С. пропедевтика внутренних болезней: Учебник. - М.: «ГОЭТАР-Медиа». – 2004. – 768 с.
23. Национальное соглашение по бронхиальной астме. – Мн., 2000.
24. Неотложные состояния от А до Я: справочник практического врача.: Пер. с англ. (Под ред. А.Д.Верткина). – М.: 2003. – 352 с.
25. Ожороков А.Н. Лечение болезней внутренних органов: Практ. рук. в 3 т. Т. 1 – 2-е изд., перераб. и доп. - Мн.: Выш. шк.; Витебск: Белмедкнига, 1997. – 552 с.: ил.
26. Орлов В.Н. Руководство по электрокардиографии. М.: Медицина. 1983, 1999.
27. Практическое руководство по нефрологии. Под ред. Чиж А.С. – Мн., 2001.
28. Приложение №3 к приказу Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 274 от 19 мая 2005 г.

29. Руда М.Я., Зыско А.П. Инфаркт миокарда. – М.: Медицина. – 1999. – 289 с.
30. Руководство по гематологии. Под ред. А.И. Воробьева в 2-х т./ - 2-е изд. - Медицина-1981..
31. Руководство по пульмонологии Под ред. Н.В. Путова. Л.: Медицина. - 1984.
32. Рускин В.В. Неотложная кардиология. – СПб. Невский диалект. М.: Бином. Лаборатория знаний. Издательская группа «ГОЭТАР-Медиа». – 2007. – 512 с.
33. Стандарты диагностики и лечения органов пищеварения. Под ред. П.Я. Григорьева, В.Т. Ивашкина, Ф.И. Комарова и др. – М.: 1998
34. Хэмптон Дж. Р. ЭКГ в практике врача. – М.: Мед. лит. – 2006. - 432 с.
35. Хэмптон Дж. Р. Атлас ЭКГ: 150 клинических ситуаций. – М.: Мед. лит. – 2007. - 320 с.
36. Шулуток Б.И. Болезни печени и почек. Санкт-Петербург. - 1993.
37. Harrison's Principles of Internal Medicine (Edit, by E. Braunwald and oth.). - N.-Y. – V. 1-2. – 2010.
38. The Expert Panel. Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. Final report. - Circulation. – 2002. – V. 106. – P. 3143-3421.

Библиотека ВГМУ



Учебное издание

**В.И. Козловский, С.М. Соболев, Л.В. Бабенкова, М.С. Печерская,
Н.М. Самсонов, Г.В. Довгялло, Т.Л. Оленская, О.В. Антонышева,
О.П. Сероухова**

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
ПО НАПИСАНИЮ И ОФОРМЛЕНИЮ
УЧЕБНОЙ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ**

пособие
для студентов 4 курсов лечебного факультета

Технический редактор И.А. Борисов
Компьютерная верстка Л.В. Бабенкова

Подписано в печать 20.11.11 2011 г. Формат 64x84 1/16.
Бумага типографская №2. Гарнитура Times New Roman. Усл. печ. л. 1,22
Тираж 150 экз. Заказ № 888
Издательство УО «Витебский государственный ордена Дружбы
народов медицинский университет»
ЛИ № 02330/0549444 от 08.04.2009 г.
Отпечатано на ризографе УО «Витебский государственный ордена
Дружбы народов медицинский университет», г. Витебск, пр. Фрунзе, 27
Тел. (8-0212)261966