

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ПРОПЕДЕВТИКИ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ

**СХЕМА НАПИСАНИЯ УЧЕБНОЙ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ
ПО ПРОПЕДЕВТИКЕ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ
ДЛЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА**

Методические рекомендации



Минск БГМУ 2018

УДК 616.1/4-071(075.8)
ББК 53.4я73
С92

Рекомендовано Научно-методическим советом университета в качестве методических рекомендаций 18.04.2018 г., протокол № 8

Авторы: д-р мед. наук, проф. Э. А. Доценко; канд. мед. наук, доц. Г. М. Хвашевская; канд. мед. наук, доц. С. И. Неробеева; канд. мед. наук, доц. В. Я. Бобков; д-р мед. наук, проф. В. П. Царёв

Рецензенты: канд. мед. наук, доц. каф. анестезиологии и реаниматологии Белорусского государственного медицинского университета С. С. Грачёв; 1-я каф. внутренних болезней Белорусского государственного медицинского университета

Схема написания учебной истории болезни по пропедевтике внутренних болезней для стоматологического факультета: методические рекомендации / Э. А. Доценко [и др.]. – Минск : БГМУ, 2018. – 19 с.

ISBN 978-985-21-0169-1.

Методические рекомендации помогут студенту-стоматологу правильно обследовать пациента по системам организма, логически обосновать правильный клинический диагноз.

Предназначены для студентов 3-го курса стоматологического факультета.

УДК 616.1/4-071(075.8)
ББК 53.4я73

ISBN 978-985-21-0169-1

© УО «Белорусский государственный медицинский университет», 2018

ВВЕДЕНИЕ

История болезни — это важнейший медицинский документ, в котором содержатся все необходимые сведения о пациенте, развитии его заболевания, о результатах клинико-лабораторного и инструментального обследования. В истории болезни отражается все многообразие индивидуального течения заболевания внутренних органов, подробное описание которого не найти в традиционной учебной и научной литературе. Вот почему крупнейший русский терапевт М. Я. Мудров так высоко ценил историю болезни. Он писал: «Я имею истории болезни всех моих больных. Все написаны моею рукой, написаны не дома, а при самих постелях больных. Сие сокровище для меня дороже моей библиотеки. Печатные книги везде найти можно, а истории болезни — нигде». Непросто научиться хорошо и на высоком профессиональном уровне исследовать пациента и оформлять свои наблюдения в виде клинической истории болезни. Чтобы помочь быстрее овладеть этим важнейшим навыком, разработана настоящая схема истории болезни. Она определяет последовательность исследования пациента методом расспроса, осмотра, пальпации, перкуссии и аускультации, т. е. является своеобразным алгоритмом действий. Важной особенностью данной схемы является то, что она может быть использована для самостоятельной работы с пациентом практически на всех кафедрах терапевтического профиля. Строгое соблюдение представленной в схеме последовательности действий — основное условие овладения основами врачебной диагностической техники.

Учебная история болезни включает следующие разделы:

- титульный лист (рис. 1), паспортные данные;
- жалобы пациента;
- история настоящего заболевания;
- история жизни пациента;
- настоящее состояние (исследование по системам);
- данные лабораторных и инструментальных исследований;
- клинический диагноз и его обоснование;
- дневник врачебного заключения;
- лечение.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ПРОПЕДЕВТИКИ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ

Заведующий кафедрой д-р мед. наук, проф. Э. А. Доценко

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

(Ф.И.О. пациента)

(клинический диагноз)

Куратор: указывается Ф.И.О.,
номер учебной группы, курс,
факультет.

Преподаватель: указываются
должность, Ф.И.О.

Время курации: указываются
числа месяца, в течение которых
куратор наблюдает пациента.

Рис. 1. Образец написания титульного листа учебной истории болезни

ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ

Указываются:

- Ф.И.О. пациента;
- возраст;
- семейное положение;
- место работы и профессия;
- место жительства;
- клинический диагноз.

ЖАЛОБЫ ПАЦИЕНТА

При расспросе выделяют основные жалобы, а затем дополнительные.

Основные жалобы. Каждую из основных жалоб анализируют (детализируют) по схеме. Детализация основных жалоб позволяет связать их наличие с поражением определенных органов или систем пациента. Описание жалоб проводится по той системе, которая поражена. Остальные системы не отражаются.

Система дыхания: боль в грудной клетке, одышка и (или) приступы удушья, кашель, кровохарканье и (или) легочное кровотечение.

Система кровообращения: боль в области сердца, одышка и (или) приступы удушья, кашель, кровохарканье, боли и (или) тяжесть в правом подреберье, отеки, жалобы, обусловленные изменениями артериального давления (головная боль, головокружение, нарушение зрения).

Система пищеварения: боли в животе, тошнота, рвота, изжога, отрыжка, нарушения акта глотания, слюнотечение, сухость во рту, горечь во рту, нарушения аппетита, вздутие живота, нарушения стула (в том числе запор и понос) и акта дефекации.

Система мочевыделения: боль в поясничной области, нарушение мочеотделения, изменение цвета мочи (гематурия), боль внизу живота, отеки, жалобы, обусловленные артериальной гипертензией (головная боль, головокружение, нарушение зрения) и почечной недостаточностью (тошнота, рвота, поносы, сухость кожных покровов, кожный зуд, запах мочи изо рта).

Опорно-двигательная система: боль в суставах, утренняя скованность, изменение формы суставов, нарушение функции суставов, шумовые явления при движениях в суставах (хруст, щелчки, крепитация), боли в мышцах, боли в области связок и сухожилий.

Система крови и гемостаза:

1) жалобы, обусловленные анемическим синдромом: головные боли, головокружение, шум в ушах, ослабление памяти, повышенная раздражительность, обморочные состояния, сердцебиение, одышка, боли в области сердца;

2) при геморрагическом синдроме: кровотечения (носовые, маточные, легочные, кишечные и др.); геморрагические высыпания на коже (петехии, экхимозы, синяки); образование часто болезненных гематом, гемартрозов;

3) язвенно-некротическом синдроме: боли в горле, нарушение глотания, слюнотечение, боли в животе, кашицеобразный или жидкий стул, вздутие живота (метеоризм);

4) интоксикационном синдроме: отсутствие аппетита (анорексия), похудение, кожный зуд;

5) лимфоаденопатическом синдроме: увеличение лимфатических узлов различных групп, кашель и (или) затрудненное дыхание, охриплость голоса, нарушение глотания (дисфагия), припухлость шеи, лица, плечевой области, тяжесть и (или) боли в подреберьях;

6) остеоартропатическом синдроме: оссалгии, боли в суставах (артралгии), припухание и нарушение движений в суставах.

Эндокринная система: увеличение массы тела, похудение, жажда, чувство голода, выделение большого количества мочи, постоянное ощущение жара, потливость, озноб, судороги, мышечная слабость.

Дополнительные жалобы характерны для патологии разных систем и органов: общая слабость, недомогание, потеря работоспособности, раздражительность, расстройство сна.

ИСТОРИЯ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ (ANAMNESIS MORBI)

Основное требование к анамнезу болезни — раскрыть динамику патологического процесса от начала заболевания до поступления пациента в клинику. Раздел состоит из 3 основных, хронологически связанных частей:

1. *Начало, характер и особенности течения основного заболевания.* История настоящего заболевания должна отражать причины и время возникновения, а также динамику развития заболевания от его начала до настоящего времени.

Если заболевание хроническое, то подробно описываются первые признаки болезни, а затем в хронологической последовательности отражаются симптомы, возникновение рецидивов или обострение болезни, выделяются периоды ремиссии, их длительность. Необходимо установить, когда наступило настоящее ухудшение, по поводу чего пациент госпитализирован в клинику (обострение болезни, уточнение диагноза и др.).

2. *Результаты проведенных лабораторно-инструментальных исследований до поступления в стационар.* В этом разделе необходимо перечислить результаты всех выполненных лабораторно-инструментальных исследований до поступления пациента в клинику.

3. *Предшествовавшее лечение и его эффективность.* В этом разделе необходимо отметить результаты проводимого ранее лечения.

ИСТОРИЯ ЖИЗНИ ПАЦИЕНТА (ANAMNESIS VITAE)

Раздел состоит из 5 частей:

1. Физическое и интеллектуальное развитие пациента. Здесь описывается медицинская биография пациента, излагаемая по главным периодам его жизни (младенчество, детство, зрелый возраст). Нужно указать, каким по счету ребенком был в семье пациент, родился ли в срок, вскармливался ли грудью матери или искусственно; когда начал ходить, говорить; общее состояние здоровья и развитие в детстве и юности, не отставал ли от сверстников в физическом и умственном развитии; когда начал учиться, легко или трудно было учиться, какое имеет образование; занимался ли спортом, имеет ли разряд; у женщин — время появления менструации, ее продолжительность, роды, аборт, как протекала беременность; у мужчин — служба в армии, причина отсрочки.

Вредные привычки: курение (возраст, в котором начал курить, количество выкуриваемых сигарет в день), алкоголь (возраст, в котором начал употреблять алкоголь, частота употребления); наркотики (употребляет или нет).

Перенесенные заболевания. Рассматриваются в хронологическом порядке, причем нельзя довольствоваться одним сообщением пациента, что он болел тогда-то тем или иным заболеванием. Необходимо расспросить подробнее о картине этого заболевания, с одной стороны, чтобы убедиться в том, что оно соответствует указанному заболеванию, а с другой — для оценки тяжести заболевания. Нужно указать, в каком возрасте перенес каждое заболевание или операцию; уточнить, болел ли болезнью Боткина, венерическими заболеваниями, туберкулезом (контакт с больными туберкулезом).

2. Материально-бытовые условия:

– жилищные условия: квартира, дом;
– семейное положение: холост, женат (замужем). Живет отдельно или в семье;

– питание: сколько раз в день, когда и в каком виде принимается пища. Производится ли прием пищи размеренно или быстро, как она пережевывается. Горячая пища, напитки (чай, кофе) принимаются умеренно горячими или очень горячими. Достаточно ли пациент получает овощей. Употребляет ли свежие овощи и фрукты и в каком количестве;

– личная гигиена: смена нательного и постельного белья (как часто). Принимает душ, ванну (как часто). Гигиена полости рта (чистит зубы или нет);

– режим вне рабочего времени: когда встает и ложится, что делает до отправления на работу и по возвращении с нее, расстояние до места работы от дома и способы передвижения.

3. Экспертно-трудоустройственный анамнез:

– трудовой анамнез: трудовая деятельность пациента с изложением в хронологическом порядке. По отношению к каждому периоду необходимо указать, в течение какого времени и в каком возрасте, на каком предприятии, какой профессией был занят пациент, дать краткую характеристику работы с обозначением профессиональных вредностей, продолжительности рабочего дня;

– режим труда: продолжительность работы, перерыв во время работы, работа дневная или ночная, повременная или сдельная, темп работы, ответственность за выполненную работу;

– экспертный анамнез: как долго пациент за последний год был на больничных листах; стойкая нетрудоспособность (имеет ли группу инвалидности, когда установлена).

4. Аллергологический анамнез. Необходимо указать, были ли аллергические реакции немедленного типа (крапивница, отек Квинке, анафилактический шок) на медикаменты, вакцины, сыворотки, пищевые продукты, пыльцу растений, укусы насекомых и др.; пищевая аллергия, реакции на переливание крови.

5. Наследственный анамнез. Указывается наличие сходных по клинике заболеваний у ближайших родственников (мать, отец, братья, сестры, дедушки, бабушки) и наследственных заболеваний в семье.

НАСТОЯЩЕЕ СОСТОЯНИЕ (STATUS PRAESENS)

Указываются следующие данные:

1. Общее состояние пациента: удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое, крайне тяжелое.

2. Сознание: ясное, помраченное, спутанное (ступор), безучастное (сопор), глубокое бессознательное (кома), возбужденное (бред, галлюцинации).

3. Положение пациента: активное, пассивное, вынужденное.

4. Выражение лица: обычное, не представляющее никаких болезненных проявлений, осмысленное, страдальческое, тоскливое, возбужденное, безразличное, специфическое («митральное» лицо), лунообразное и др.

5. Соответствие внешнего вида своему паспортному возрасту: соответствует, выглядит моложе своих лет, выглядит старше своих лет.

6. Телосложение: конституциональный тип (астенический, нормостенический, гиперстенический), рост, вес тела, осанка (правильная, сутуловатость), походка (обычная, замедленная, шаркающая, «утиная»).

7. Температура тела, были ли ознобы.

8. Окраска кожных покровов: бледно-розовая, бледная с оттенком (пепельным, землистым, зеленоватым, желтушным, «кофе с молоком»)

и т. д.), красная, синюшная (цианоз: диффузный, акроцианоз), желтушная (субиктеричность, умеренная желтушность, охряно-желтая, темно-желтая, с зеленоватым оттенком), бронзовая, бурая, серая, наличие мраморного рисунка, пигментации и депигментации.

9. Влажность: нормальная, сухость кожи с пигментацией, потливость общая и местная с указанием степени (умеренная, сильная), причины, вызывающие потливость, зависимость от времени суток (ночной пот).

10. Сыпь: характер (розеола, эритема, крапивница, пурпура, петехии, герпес, опоясывающий лишай), распространенность и локализация, наличие ксантелазм, сосудистых «звездочек», рубцов, уплотнений кожи, изъязвлений, пролежней, расчесов, варикозного расширения вен.

11. Эластичность кожи (тургор): нормальная, пониженная, повышенная. Кожный покров не изменен, дряблый, морщинистый.

12. Окраска видимых слизистых и конъюнктивы: нормальная, бледная, желтушная, цианотичная. Наличие изъязвлений, пигментаций, кровоизлияний.

13. Волосы: тип оволосения (по мужскому или по женскому типу), выпадение, поседение, ломкость волос и др.

14. Ногти: форма (нормальная, в виде часовых стекол, ложкообразная), поверхность (гладкая, исчерченная), цвет, ломкость.

15. Подкожно-жировая клетчатка: развита слабо, умеренно, чрезмерно, равномерно, неравномерно; места наибольшего отложения жира, толщина кожной складки у реберной дуги (норма 1,5–2 см), около пупка (норма 2–3 см); наличие отеков, характеристика отеков по локализации и распространенности (общие, местные), консистенции (мягкие, плотные); условия их проявления и исчезновения; узелки, узлы, их болезненность, плотность, размеры.

16. Периферические лимфатические узлы: необходимо провести пальпацию подчелюстных, шейных, яремных, затылочных, над- и подключичных, подмышечных, локтевых, паховых. При положительном результате ощупывания нужно определить их величину, количество, консистенцию, болезненность, подвижность, сращения с другими органами или между собой, а также с кожей, наличие свищей.

17. Мышцы: степень общего развития мышечной системы (хорошее, умеренное, слабое), тонус (нормальный, повышен, понижен), сила (снижена, достаточная), болезненность (в покое, при пальпации, при движении) с указанием места болезненности, наличие гипо- и атрофии с ее локализацией.

18. Кости: симметричность развития соответствующих частей скелета; боли (самостоятельные, возникающие при движении, при пальпации, поколачивании) с указанием места болезненности, деформации, утолщение ногтевых фаланг пальцев в виде «барабанных палочек», форма головы, носа (седловидный, «утиный»), форма позвоночника и его искривление (ско-

лиоз, лордоз, кифоз, кифосколиоз), сглаженность физиологических изгибов, поза «просителя».

19. Суставы: изменение формы суставов (припухание, деформация, деформации (ульнарная девиация, шея «лебедя», «пуговичная петля», кисть в виде «лорнетки», узелки Гебердена, Бушара), гиперемия кожи над суставами. Данные пальпации (глубокой и поверхностной): местное повышение температуры, хруст и крепитация при движениях, наличие флюктуации, симптома баллотирования надколенника, болезненность, тест бокового сжатия (оценка по 4-балльной шкале, когда 3 балла соответствуют максимальному проявлению боли, т. е. пациент отдергивает конечность, 0 баллов — боль при пальпации отсутствует), наличие тофусов, ревматоидных или ревматических узелков.

Система органов дыхания. Методы исследования: осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация.

Осмотр грудной клетки:

– форма грудной клетки (коническая, гипер- или астеническая, эмфизематозная, рахитическая, ладьевидная, воронкообразная);

– деформация грудной клетки и искривление позвоночника (лордоз, кифоз, сколиоз, кифосколиоз);

– симметричность или асимметричность грудной клетки (увеличение или уменьшение объема, западение или выбухание над- и подключичных областей правой и левой половин грудной клетки);

– положение ключиц, лопаток (симметричность, плотность прилегания); синхронность движения грудной клетки (ее обеих половин спереди и сзади с точным обозначением места, где выявлено отставание грудной клетки при дыхании);

– участие дыхательной мускулатуры в дыхании (основных, вспомогательных мышц);

– тип дыхания (преимущественно брюшной, преимущественно грудной, смешанный); число дыханий в минуту;

– одышка: с затрудненным вдохом (инспираторная), с затрудненным выдохом (экспираторная), смешанная; наличие дистанционных хрипов;

– ритм дыхания (правильный, дыхание Чейна–Стокса, дыхание Биота, дыхание Куссмауля, дыхание Грокка).

Пальпация грудной клетки:

– уточнение особенностей грудной клетки, выявленных при ее пальпации;

– голосовое дрожание: не изменено на симметричных участках, ослаблено, усилено с указанием точной локализации (по топографическим линиям, межреберьям и ребрам);

– определение резистентности грудной клетки (эластичная, ригидная);

– болезненность грудной клетки (локальная, разлитая) с точным указанием локализации и границ болезненных мест.

Сравнительная перкуссия. Определяем характер перкуторного звука на симметричных участках грудной клетки (ясный легочной звук, приглушенный, тупой, коробочный, тимпанический).

Аускультация легких:

1. Сравнительная аускультация:

- характер дыхания: везикулярное (ослабленное, усиленное, жесткое, саккадированное), бронхиальное (стенотическое, металлическое, амфорическое), смешанное (или бронховезикулярное);
- хрипы: есть, нет;
- сухие хрипы: низкие (басовые), высокие (дискантовые);
- влажные хрипы: мелко-, средне-, крупнопузырчатые;
- крепитация: истинная, ложная;
- шум трения плевры.

Необходимо точно указать места выслушивания патологических дыхательных шумов.

2. Бронхофония: отрицательная, усиленная (указать локализацию) над симметричными участками.

Сердечно-сосудистая система. Методы исследования: осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация.

Исследование сердца. Осмотр области сердца нужно провести с целью выявления верхушечного и сердечного толчков, патологических пульсаций. Провести осмотр эпигастральной области. Если пульсация наблюдается в эпигастральной области, то необходимо определить, чем она обусловлена (правым желудочным или брюшным отделом аорты, печенью).

Верхушечный и сердечный толчки могут быть видимыми (указать локализацию) или невидимыми. Патологическая пульсация в области сердца может выявляться при осмотре (указать локализацию) или не выявляться.

Пальпацию сердечной области следует провести для того, чтобы:

- подтвердить наличие или отсутствие сердечного толчка;
- определить верхушечный толчок (локализация, площадь, сила);
- определить (в норме не определяется) систолическое и диастолическое дрожание (симптом «кошачьего мурлыканья») на верхушке или на основании сердца.

При *перкуссии* сердца определяют границы относительной тупости сердца по отношению к передней срединной линии (правая, левая, верхняя).

У здорового человека следующие показатели (таб.):

- правая граница — в IV межреберье на 3–4 см вправо от передней срединной линии;
- левая граница — в V межреберье на 8–9 см влево от передней срединной линии;
- верхняя граница — на уровне III ребра.

Границы относительной тупости сердца по межреберьям по отношению к передней срединной линии

Межреберья	Справа, см	Слева, см
II	2,5–3	2,5–3
III	3–4	4–5
IV	3–4	Можно не определять
V	Не определяется	8–9

Примерная запись результатов перкуссии:

- ширина сосудистого пучка равна 5–6 см (II межреберье);
- поперечник относительной тупости сердца равен 11–13 см (справа — IV межреберье, слева — V межреберье);
- конфигурация сердца нормальная.

Далее необходимо перкуторно определить конфигурацию сердца. Конфигурация сердца может быть нормальной или патологической (аортальная, митральная, треугольная, трапециевидная).

При *аускультации* сердца нужно дать характеристику тонов сердца в каждой из пяти точек аускультации сердца:

- первый тон: нормальной звучности, ослабленный, усиленный, хлопающий, расщепленный, раздвоенный;
- второй тон: нормальный, акцентуированный, ослабленный, расщепленный, раздвоенный.

Выслушивается ритм «перепела», ритм «галоп» (протодиастолический, мезодиастолический, пресистолический); нужно указать точки, где найдены перечисленные изменения.

Далее определяют ритм сердечных сокращений (правильный, маятниковобразный, эмбриокардия), число сердечных сокращений в минуту.

Также выслушивают по точкам аускультации шумы сердца, место проведения шума, шум трения перикарда (выслушивается, не выслушивается).

Исследование артерий. При осмотре и пальпации следует обратить внимание на периферические артерии: височные, сонные, подключичные, лучевые, бедренные, подколенные и артерии тыла стопы. Необходимо определить степень выраженности пульсации (извитые или не извитые артерии), поверхность сосуда (гладкая или узловатая), эластичность.

Провести исследование пульса на лучевых артериях по следующим параметрам:

- одинаковый (или неодинаковый) по наполнению пульс на правой и левой лучевой артерии;
- ритм пульса (правильный, неправильный; если неправильный, то указать дефицит пульса);
- частота пульса: число ударов в минуту (нормокардия, тахикардия, брадикардия);
- наполнение пульса: полный или пустой;
- напряжение: твердый или мягкий.

Провести исследование прекапиллярного пульса Квинке (определяется или не определяется).

Провести аускультацию сонных артерий, брюшной аорты и почечных артерий. При недостаточности аортального клапана на бедренных артериях выслушивается двойной тон Траубе и двойной шум Виноградова–Дюрозье.

Измерить артериальное давление по методу Короткова (систолическое и диастолическое в мм рт. ст.) на плечевых и бедренных артериях. Определить пульсовое давление.

Исследование вен. Проводится осмотр и пальпация периферических вен. Нужно определить венный пульс (отрицательный или положительный) на яремных венах. Если при осмотре выявлено расширение вен, то указать эти места (грудная клетка, передняя брюшная стенка, конечности), степень расширения и наличие (или отсутствие) уплотнения и болезненности.

Система органов пищеварения. Методы исследования: осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация.

Осмотр полости рта:

- десны: отечность, кровоточивость;
- зубы: санированы, кариозные, шатающиеся, искусственные;
- язык: сухой, влажный, чистый, обложенный (умеренно, сильно), лакированный, малиновый, изъязвлен, с трещинами;
- слизистая оболочка области рта: бледная, покрасневшая, изъязвленная;
- зев: краснота, припухлость слизистой оболочки, сухость, налеты;
- миндалины: увеличение размера (правой, левой), краснота, припухлость, налеты, наличие гнойных пробок в лакунах.

Осмотр живота:

- величина и форма живота: не увеличен, втянут, уплощен, умеренное увеличение, значительное увеличение, «лягушачий» живот, выпячивание живота равномерное, неравномерное;
- окружность живота на уровне пупка (в см);
- подкожная венозная сеть: не видна, просматривается, в виде «головы медузы»;
- грыжи: пупочная, паховая, белой линии.

Поверхностная ***пальпация живота:*** ориентировочная и сравнительная, безболезненна, болезненна в эпигастральной области, правом подреберье, пупочной области, болезненность разлитая, ограниченная.

Осмотр области печени: видимое выбухание (есть, нет).

Осмотр области селезенки: видимое выбухание области (есть, нет).

Система мочеотделения. Методы исследования: осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация.

Осмотр области почек: гиперемия и припухлость в области почек (есть, нет).

Пальпация почек проводится в горизонтальном и вертикальном положении пациента бимануально. Почки в норме не пальпируются, иногда может пальпироваться нижний полюс обеих почек. Также смотрят, почки смещаются или не смещаются, пальпация болезненна или нет.

Следует определить форму, консистенцию и степень опущения почек.

При **перкуссии** используется метод поколачивания (симптом Пастернацкого): отрицательный, слабо положительный (определяется незначительная болезненность), положительный (умеренная болезненность), резко положительный (выраженная болезненность, пациент не дает наносить удары), справа или (и) слева.

Аускультация поясничной области и проекции почечных артерий спереди и сзади проводится с целью выявления стеноза почечной артерии при подозрении на реноваскулярную гипертензию.

Эндокринная система. Методы исследования: осмотр, пальпация, аускультация.

Осмотр области щитовидной железы: осматривается кожа на наличие или отсутствие рубцов после струмэктомии, изменения ее цвета.

Щитовидная железа осматривается для установления ее увеличения и наличия локальных выпячиваний (узловых образований), оценки подвижности при глотании (подвижна, мало подвижна, не подвижна).

Затем приступают к **пальпации щитовидной железы**. Оценка индекса массы тела (ИМТ):

$$\text{ИМТ} = \text{вес (кг)} / \text{рост (м}^2\text{)}.$$

Соответствие между массой тела человека и его ростом:

- 16 и менее — выраженный дефицит массы тела;
- 16,5–18,49 — недостаточная масса тела (дефицит);
- 18,5–24,99 — норма;
- 25–29,99 — избыточная масса тела (предожирение);
- 30–34,99 — ожирение первой степени;
- 35–39,99 — ожирение второй степени;
- 40 и более — ожирение третьей степени (морбидное).

Также необходимо *оценить распределение жировой ткани*. Для этого объем талии (см) нужно разделить на объем бедер (см). Показатель более 0,9 говорит об андроидном типе (фактор риска сердечно-сосудистой патологии), показатель менее 0,8 — о гиноидном типе (фактор риска по венозной недостаточности).

Кроветворная система. Методы исследования: осмотр, пальпация, перкуссия.

Осмотр кожи: геморрагические симптомы (петехии, экхимозы, гематомы), телеангиоэктазии.

Пальпация лимфатических узлов (шейных, надключичных, подключичных, кубитальных, паховых, подколенных): локализация пальпиру-

емых узлов, их размер (см), болезненность/безболезненность, консистенция (мягкая, плотная), подвижность (подвижные, спаянные с кожей). Описание лимфатических узлов дополняется характеристикой селезенки.

Перкуссия: наличие/отсутствие болезненности при постукивании по грудины, трубчатым костям. Затем проводят пробу «щипка» (симптом Кончаловского–Лиеле): положительная/отрицательная.

Нервная система:

1. Оценка уровня сознания (сохраненное, сопор, ступор, кома), ориентация пациента (может назвать свое имя, время, дату, место пребывания или нет), память (сохранена, нарушена), настроение (хорошее, угнетенное, быстрая смена настроения), речевые функции (сохранены, дизартрия, афазия).

2. Исследование рецепторной сферы: обоняние, слух, зрение, температурная, тактильная чувствительность (сохранены/нарушены); болезненность по ходу ветвей тройничного нерва (наличие/отсутствие).

3. Исследование двигательной сферы: глазные щели (сужены, расширены, птоз), движение глазных яблок (сохранено, нарушено, нистагм); устойчивость/неустойчивость пациента в позе Ромберга.

4. Исследование рефлекторной сферы: зрачки (одинаковые, неодинаковые), реакция на свет (прямая, содружественная), рефлексы сухожильные (усилены, ослаблены; одинаковые, неодинаковые), патологическое изменение тонуса мышц (ригидность, спастичность, вялость), наличие непроизвольных движений (отсутствуют, тремор, хорей, дистония, миоклонус).

5. Вегетативная сфера: дермографизм (красный, белый; нестойкий, разлитой), гипергидроз.

ДАННЫЕ ЛАБОРАТОРНЫХ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

При написании учебной истории болезни результаты обследования пациента оформляются на основании карты стационарного пациента по следующему плану: общеклинические и специальные методы обследования.

К первому уровню обследования относятся методики, выполняемые во всех лечебных диагностических учреждениях. Они оформляются в следующей последовательности: общий анализ крови, мочи, биохимические тесты, кровь на реакцию Вассермана, электрокардиограмма (описание, заключение), рентгенограмма органов грудной клетки (заключение).

К специальным методам относят лабораторно-инструментальные комплексы, позволяющие выявить дополнительную посистемную информацию.

КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ

Клинический диагноз ставят на основании:
– основных жалоб пациента (перечислить);

- данных анамнеза заболевания;
- данных объективного обследования;
- лабораторных и инструментальных данных.

При обосновании диагноза нужно кратко перечислить имеющуюся в учебной истории болезни информацию, значимую для диагностики.

Структура диагноза:

- 1) основное заболевание;
- 2) осложнения;
- 3) сопутствующие заболевания.

ДНЕВНИК ВРАЧЕБНОГО НАБЛЮДЕНИЯ

Дневник — это ежедневная краткая врачебная запись в медицинских документах, отражающая динамику состояния пациента, а также результаты обследования, лечения. В нем регистрируются жалобы пациента, оценивается общее состояние пациента, описываются объективные данные по системам организма. Также оформляется температурный лист — графическое изображение на одном листе данных температуры тела (для каждой даты наблюдения) (рис. 2).

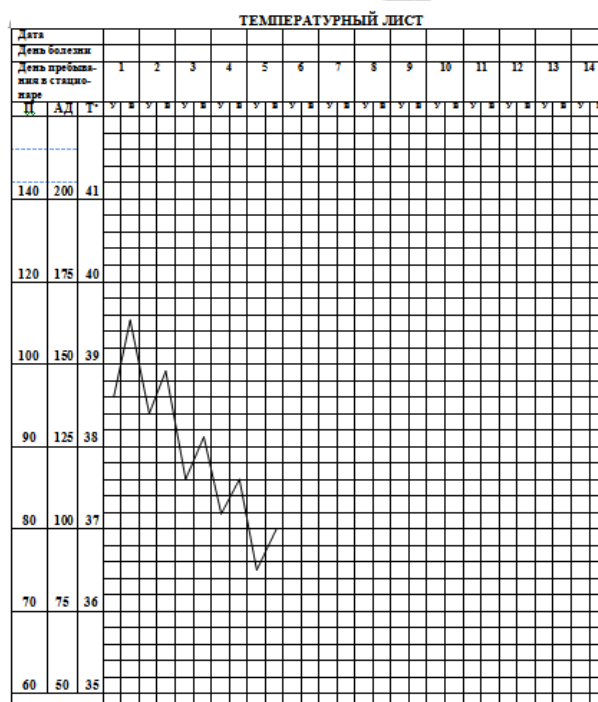


Рис. 2. Пример заполнения температурного листа

ЛЕЧЕНИЕ

В этом разделе отражаются данные из листа назначений пациента: стол, режим, лекарственные препараты.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

Основная

1. *Гребенев, А. Л.* Пропедевтика внутренних болезней / А. Л. Гребенев. Москва : Медицина, 2001. 592 с.
2. *Клинические* методы исследования пациентов с заболеваниями органов дыхания : учеб.-метод. пособие / Э. А. Доценко [и др.]. Минск : БГМУ, 2013. 125 с.
3. *Мухин, Н. А.* Пропедевтика внутренних болезней / Н. А. Мухин, В. С. Моисеев. Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2002. 768 с.
4. *Семиотика* приобретенных пороков сердца : учеб.-метод. пособие / сост. Э. А. Доценко [и др.]. Минск : БГМУ, 2015. 95 с.
5. *Струтынский, А. О.* Основы семиотики заболеваний внутренних органов / А. О. Струтынский, А. П. Баранов, Г. Е. Ройтберг. 4-е изд. Москва : МЕДпресс-информ, 2007. 300 с.
6. *Схема* учебной истории болезни по пропедевтике внутренних болезней : метод. рекомендации / В. П. Царёв [и др.]. 2-е изд., перераб. и доп. Минск : БГМУ, 2006. 19 с.

Дополнительная

7. *Бобков, В. Я.* Перкуссия легких : метод. рекомендации / В. Я. Бобков, Е. В. Переверзева, Э. А. Доценко. Минск : БГМУ, 2006. 16 с.
8. *Хващевская, Г. М.* Пальпация органов брюшной полости : метод. рекомендации / Г. М. Хващевская, А. В. Полянская. Минск : БГМУ, 2002. 13 с.
9. *Аускультация* легких : метод. рекомендации / В. П. Царёв [и др.]. Минск : БГМУ, 2007. 16 с.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение.....	3
Паспортные данные	5
Жалобы пациента	5
История настоящего заболевания (anamnesis morbi).....	6
История жизни пациента (anamnesis vitae).....	7
Настоящее состояние (status praesens)	8
Данные лабораторных и инструментальных исследований	15
Клинический диагноз и его обоснование	15
Дневник врачебного наблюдения	16
Лечение.....	16
Список использованной литературы.....	17

Учебное издание

Доценко Эдуард Анатольевич
Хващевская Галина Михайловна
Неробеева Светлана Ивановна и др.

**СХЕМА НАПИСАНИЯ УЧЕБНОЙ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ
ПО ПРОПЕДЕВТИКЕ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ
ДЛЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА**

Методические рекомендации

Ответственный за выпуск Э. А. Доценко
Корректор А. В. Лесив
Компьютерная вёрстка А. В. Янушкевич

Подписано в печать 30.10.18. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Снегурочка».
Ризография. Гарнитура «Times».
Усл. печ. л. 1,16. Уч.-изд. л. 0,86. Тираж 200 экз. Заказ 725.

Издатель и полиграфическое исполнение: учреждение образования
«Белорусский государственный медицинский университет».
Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 1/187 от 18.02.2014.
Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.