

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ОБЩЕЙ ХИРУРГИИ

А. И. ЛЕМЕШЕВСКИЙ, В. М. КАЗАЧЕНОК

СХЕМА АКАДЕМИЧЕСКОЙ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ

Методические рекомендации



Минск 2007

УДК 616(091) (075.8)
ББК 53.4 я 73
Л 44

Утверждено Научно-методическим советом университета в качестве
методических рекомендаций 28.02.2007 г., протокол № 6

Рецензенты: д-р мед. наук, проф. С. И. Леонович; канд. мед. наук, доц.
А. Н. Нехаев

Лемешевский, А. И.

Л 44 Схема академической истории болезни : метод. реком. / А. И. Лемешевский,
В. М. Казаченок. – Минск: БГМУ, 2007. – 20 с.

Изложены принципы составления академической истории болезни, отдельные методы обследо-
вания хирургического больного.

Предназначено для студентов медицинского университета.

УДК 616(091) (075.8)
ББК 53.4 я 73

Учебное издание

Лемешевский Александр Иванович
Казаченок Виталий Макарович

СХЕМА АКАДЕМИЧЕСКОЙ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ

Методические рекомендации

Ответственный за выпуск А. И. Лемешевский
Редактор Н. В. Тишевич
Компьютерный набор А. И. Лемешевского
Компьютерная верстка Н. М. Федорцовой

Подписано в печать 01.03.07. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Снегурочка».

Печать офсетная. Гарнитура «Times».

Усл. печ. л. 1,16. Уч.-зд. л. 0,96. Тираж 150 экз. Заказ 153.

Издатель и полиграфическое исполнение –

Белорусский государственный медицинский университет.

ЛИ № 02330/0133420 от 14.10.2004; ЛП № 02330/0131503 от 27.08.2004.

220030, г. Минск, Ленинградская, 6.

© Оформление. Белорусский государственный
медицинский университет, 2007

Вводный материал

Время занятия: лечебный, медико-профилактический и военно-медицинский факультеты — 3 часа, педиатрический факультет — 2 часа.

Мотивационная характеристика темы: согласно учебным программам университета, к VI семестру студенты приобретают существенные знания и умения по теоретическим (анатомия, физиология, гистология и др.) и клиническим дисциплинам (пропедевтика внутренних болезней, общая хирургия). Именно на этом этапе начинается познание студентами всех сложностей лечебно-диагностического процесса, проводится обучение первым правилам обследования пациента.

История болезни — это системное, динамичное изложение субъективной и объективной информации о состоянии здоровья пациента. Академическая история болезни пишется в учебных целях, поэтому имеет расширенный объем, включает дополнительные разделы и усложняется с каждым курсом обучения. В ходе ее написания студенты курируют больных, представляют результаты своих исследований, излагают свои доводы по обоснованию диагноза. Написание академической истории болезни является основой освоения всех клинических дисциплин, кроме того, ее изложение отражает отношение студента к своей будущей профессии, его прилежание и интеллектуальные качества.

Цель занятия: научить студента составлять учебную историю болезни, реализуя накопленные теоретические и практические знания, обследовать хирургического больного.

Задачи занятия:

- обучить студента контакту с хирургическим больным;
- привить правила этических и деонтологических отношений в клинике;
- научить сбору жалоб и данных анамнеза заболевания;
- отработать практические навыки при физикальном обследовании больного;
- анализ и интерпретация лабораторно-инструментальных данных;
- развивать логику клинического мышления;
- подготовить к работе с клинической историей болезни;
- обучить составлению академической истории болезни.

Требования к исходному уровню: знание деонтологии, физикальных, лабораторных и инструментальных методов обследования больного.

Учебный материал

Общие вопросы деонтологии студента-медика

Деонтология и этика студента-медика — это часть деонтологии и врачебной этики, в которой рассматриваются должное профессиональное поведение будущих врачей, их отношения с пациентами, коллегами, средним и младшим медицинским персоналом, обществом в целом.

Культура студента определяет его контакт с пациентом. Внутренняя и внешняя культуры проявляются соответственно в отношении к труду, предметам материально-технической базы, коллегам и в манерах, тоне, культуре речи, внешнем виде и т. д. Имидж врача формируется умением держать себя, аккуратностью внешнего вида (опрятная одежда, отсутствие излишних украшений и косметики, наличие сменной обуви). Медицинский работник должен держаться просто, говорить ясно, спокойно, сдержанно, какие бы переживания и мысли его не будоражили изнутри.

Для учебного процесса клиническая демонстрация больного студентам исключительно важна и незаменима. В глазах пациента учащиеся могут предстать невольными свидетелями его недуга, людьми, которые хотят «потренироваться», или будущими профессионалами, осматривающими больного с особым клиническим случаем. Формирование образа студента в глазах пациента, в первую очередь, зависит от самих студентов. Пациент должен чувствовать уважение, внимание к себе, только тогда у него возникнет доверие к лечащему врачу. Если вы проявите сочувствие, будете аккуратны, вежливы и внимательны, то пациент непроизвольно расположится к вам, независимо от того врач вы или студент. Для снятия негативной реакции пациентов очень важна работа преподавателя, который способен найти индивидуальный подход к каждому больному. Помните, что каждый пациент должен дать согласие на осмотр. При осмотре группой студентов недопустимы перешептывания, разговоры, звонки по телефону, обсуждения.

Зачастую, принимая непростое для себя решение о согласии на проведение операции, пациент старается выяснить у студентов вероятный исход предстоящей операции, получить рекомендации. Для решения таких вопросов есть лечащий врач и об этом следует вежливо напомнить пациенту: «А что говорит по этому поводу ваш лечащий доктор?». Помните, что любой совет, который расходится с ранее полученными рекомендациями, вызывает у больного чувства сомнения и недоверия.

Соблюдать профессиональную деонтологию и развивать профессиональную наблюдательность не так легко, как сразу может показаться. В поликлинике за смену хирург осматривает до 60 пациентов (5–8 минут на одного), в приемном покое больницы — в среднем 25–35 за сутки. Надо учиться владеть собой, управлять своими эмоциями, чтобы при огромных

нагрузках и днем, и ночью увидеть, оценить, запомнить мельчайшие изменения физического, психологического состояний больного человека.

Общение с пациентом — это сбор и анализ частной информации. Этому процессу должна способствовать благоприятная атмосфера. Всегда представляйтесь, называя должность (в будущем), имя, отчество. Уважайте пациента, обращаясь к нему на «Вы» и по имени, отчеству. Создайте условия для доверительной беседы: хорошее освещение, отсутствие шумов и посторонних людей. Сядьте рядом с пациентом на стул, если он сидит или лежит. Дайте человеку понять, что вас интересует то, что он говорит. Развивайте в себе умение слушать, задавать вопросы и отвечать на них. Избегайте применения при пациентах вызывающих страх слов («неоплазма», «органика» и др.).

Перед началом беседы обязательно убедитесь, что у пациента нет проблем со слухом. Если больной страдает тугоухостью, то сядьте напротив него, говорите медленно и четко, чтобы он мог читать по губам. Иногда приходится переписываться с пациентом, буквально по крупичкам собирая всю информацию, или общаться, пользуясь услугами переводчика (с иностранцем, глухонемым).

Следует уважать себя. Медицина — это не сфера обслуживания населения, а *ваш выбор служения обществу*. Не стоит потворствовать больным, осуждающим предыдущих «плохих» докторов, «неинформативные» исследования — этим вы не поднимите свой авторитет.

Обследование хирургических больных

В самом начале обсуждения обследования хирургических больных следует отметить, что пациенты разделяются на 2 группы: плановые (с грыжей, варикозной болезнью, хроническим холециститом и др.) и экстренные (с прободной язвой, травмой полостей, ущемленной грыжей и др.). Объем диагностических подходов в разных группах может значительно отличаться между собой.

Сбор информации о пациенте начинается с **субъективного** обследования. Жалобы собираются на день курации. Это может проводиться как до, так и после операции, больной может заканчивать лечение, готовиться к выписке, и жалобы у него могут быть скудными, поэтому куратор обязательно должен получить необходимые сведения о болезни в момент опроса (например, боли в операционной ране, общая слабость, отделяемое из раны в повязке).

Сбор жалоб — настоящее врачебное искусство, которому приходится обучаться в течение всей лечебной деятельности. В зависимости от характера и самочувствия больные бывают словоохотливыми, подробно рассказывающими о своих ощущениях и замкнутыми, молчаливыми, отвечающими на вопросы односложными предложениями. В обоих случаях необ-

ходимо тактично задавать целенаправленные вопросы. При такой позиции куратора, его сочувствии и участливости удастся добиться взаимопонимания и откровенности с пациентами.

Все жалобы следует уточнять и детально анализировать. Например, чаще всего больные жалуются на боли. Обязательно нужно выяснить характер и эмоциональную окраску болевых ощущений (острые, постоянные, схваткообразные, жгучие, стреляющие, кинжальные и т. д.), локализацию, иррадиацию, сочетание с другими симптомами (рвотой, дизурией, диспепсией, нарушением сна и т. д.).

Изучив основные жалобы, следует уделить внимание отдельным органам и системам организма. При этом удастся выявить сопутствующие заболевания, которые в последующем определяют дальнейшие обследования и лечение.

При выяснении *истории заболевания* необходимо отметить первые симптомы, динамику и в хронологическом порядке проследить течение заболевания до дня курации, не забыв учесть результаты лечения больного в хирургическом отделении. При этом используется медицинская документация: справки, эпикризы, история болезни, интраоперационные данные, результаты обследований и т. д.

Следующим этапом субъективного обследования является *история жизни (anamnesis vitae)* больного — отражение основных этапов жизни (служба в армии, учеба, трудовая деятельность, семейное положение, материально-бытовые условия жизни), создание наследственного анамнеза (продолжительность жизни родителей, их болезни: злокачественные опухоли, туберкулез, сифилис, СПИД и др.), воссоздание заболеваний самого пациента в прошлом, операции, травмы с указанием дат.

Особо отмечают вредные привычки: алкоголь (частота приема), курение (количество сигарет в сутки), наркомания (тип наркотика). В трансфузионном анамнезе особенно важны реакции и осложнения, в аллергологическом — следует обязательно отмечать любые имеющиеся у пациента виды аллергий и непереносимости лекарственных препаратов. При составлении акушерско-гинекологического анамнеза нужно подробно выяснять у женщины наличие или отсутствие каких-либо заболеваний в этой области (воспалительных, онкологических), количество беременностей и их исход, особенности менструального цикла.

Далее студент-куратор приступает к **объективному** обследованию хирургического больного, используя физикальные методы. Следует выявить функциональные нарушения, подробно изучить локальные проявления патологического процесса, оценить лабораторные, инструментальные и аппаратные результаты исследований.

Для решения этих задач необходимо применять изучаемые на кафедрах пропедевтики внутренних болезней и общей хирургии методы обследования органов и систем, иметь при себе фонендоскоп, измерительную

ленту. Подробные методические указания по объективному обследованию отражены в схеме академической истории болезни применительно к каждому разделу.

Особенности обследования экстренных хирургических больных

К экстренным хирургическим больным относятся те пациенты, которые подлежат немедленному лечению или выполнению хирургических манипуляций для спасения жизни (кровотечение, полостная травма, прободная язва и т. д.). Диагностика ургентного заболевания (ущемленной грыжи, тромбоэмболий, ожогов, электротравмы, заворота кишечника, флегмон и др.) в большинстве случаев не представляет сложностей, так как они имеют выраженную симптоматику. Также возможны и показаны дополнительные методы исследования для детализации процесса (рентгенография полостей, общие анализы крови и мочи, УЗИ брюшной полости и т. д.). При необходимости у пациентов с экстренной хирургической патологией подробный сбор анамнеза может быть отложен до стабилизации состояния. В этом случае рекомендуется сбор анамнеза по системе «AMPLE»:

- Allergies (есть ли аллергия);
- Medications (употреблял ли лекарства, наркотики, алкоголь);
- Previous illnesses (имеет ли сопутствующие заболевания);
- Last meal (когда последний раз употреблял пищу);
- Events surrounding injury (выяснение времени и обстоятельств травмы или болезни).

В то же время ряд больных поступает в стационар в тяжелом, коматозном, бессознательном состоянии (например, после травм, при передозировке лекарствами, злоупотреблении алкоголем, употреблении наркотиков). В подобных случаях первостепенное значение имеет состояние жизненно важных систем. Проверяются адекватность дыхания, состояние гемодинамики, неврологический статус. При необходимости проводятся мероприятия, направленные на поддержание жизненно важных функций: искусственная вентиляция легких, остановка кровотечения, непрямой массаж сердца, инфузионная терапия. Затем выполняются диагностика и лечение угрожающих жизни повреждений, повторные осмотры с выявлением и лечением всех нарушений.

Общие особенности оформления академической истории болезни

Академическая история болезни на кафедре общей хирургии пишется от руки в ученической тетради или на листах формата А4. Каждый раздел должен начинаться с новой страницы (названия выделяются заглавными

буквами), а каждый подраздел — с абзацного отступа. На каждой странице должны быть не занятые текстом поля шириной не менее 1,5 см. Запрещаются сокращения слов, кроме общепринятых. Почерк должен быть разборчивым, чернила синие. При курации несколькими студентами одного пациента академические истории болезни пишутся самостоятельно. Титульный лист должен быть выполнен на лицевой части тетради (рис. 1). Варианты, оформленные несоответствующим образом, к проверке не принимаются.

| |
|---|
| <p>МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ</p> <p>БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ</p> <p>КАФЕДРА ОБЩЕЙ ХИРУРГИИ</p> <p>Зав. кафедрой общей хирургии, профессор Г.П. Рычагов</p> <p>АКАДЕМИЧЕСКАЯ ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ</p> <p>Фамилия, имя, отчество пациента: Клинический диагноз:</p> <p>Куратор: фамилия, имя отчество, группа, факультет</p> <p>Преподаватель: должность, Ф. И. О.</p> <p>Минск год</p> |
|---|

Рис. 1. Содержание титульного листа академической истории болезни

Особо следует отметить важность клинической истории болезни как важнейшего медицинского и юридического документа. История болезни не просто отражает определенный этап жизни пациента, подробности болезни, диагностику и лечение, но и является первоисточником научных исследований, имеет социальную значимость (например, при дальнейшей реабилитации, определении группы инвалидности). Студентам **категорически запрещается выносить** клиническую историю болезни за пределы отделения, брать ее без ведома персонала: лечащего врача, постовой медицинской сестры, которых обязательно следует информировать о *конкретном месте* нахождения документа во время вашей работы с ним.

Зачет по академической истории болезни является одним из условий допуска к экзамену и выставляется преподавателем. Зачтенный документ передается студентом экзаменатору во время сдачи экзамена для хранения в архиве кафедры общей хирургии.

Паспортные данные

1. Фамилия, имя, отчество больного.
2. Пол.
3. Возраст.
4. Место работы или учебы (название учреждения, предприятия, завода, пенсионер и т. д.).
5. Должность или выполняемая работа, профессия.
6. Домашний адрес, телефон.
7. Адрес и телефон ближайших родственников (указать степень родства, фамилию, имя, отчество).
8. Когда и каким специалистом, лечебным учреждением направлен в стационар (врачом скорой помощи, поликлиникой №, медсанчастью завода и т. д.) или обратился сам.
9. Время поступления (число, месяц, год, а для экстренных больных указать часы и минуты).
10. Дата выписки.
11. Направительный диагноз.
12. Диагноз при поступлении.
13. Клинический диагноз.
14. Основной окончательный диагноз.
15. Осложнения основного заболевания (если есть).
16. Сопутствующие заболевания (если есть).
17. Операция. Ее осложнения (если есть).

Субъективное обследование больного (status praesens subjectivus)

Жалобы

Методические указания к этому разделу частично были изложены выше. Еще раз обращаем ваше внимание на то, что в академической истории болезни фиксируются жалобы больного в день курации, которые следует писать через запятые, без абзацных отступов, указывая дату курации.

Должны быть перечислены *основные* жалобы: боль (локализация), озноб, повышение температуры, затрудненное дыхание, ограничение движения конечности и т. д. Отдельно выделить *второстепенные* жалобы общего характера (слабость, утомляемость, снижение аппетита, снижение работоспособности, головные боли) и, связанные с нарушением функции органов или системы. Рекомендуется провести опрос по системам.

Наиболее характерные жалобы:

1. *Нервная система*: снижение работоспособности, раздражительность, характер сна (легко ли засыпает и просыпается, глубина сна, пользуется ли снотворными, наркотиками).

2. *Сердечно-сосудистая система*: одышка, сердцебиение, отеки, боли в левой половине грудной клетки.

3. *Дыхательная система*: одышка, кашель, боли в грудной клетке, характер мокроты.

4. *Пищеварительная система*: нарушение аппетита, диспептические явления, характер стула, боли в животе (локализация, иррадиация, длительность).

5. *Мочевыделительная система*: дизурические явления, изменения характера мочи, боли в поясничной области.

6. *Костно-суставная система*: боли при ходьбе и др.

История настоящего заболевания (*anamnesis morbi*)

У хирургических больных заболевание считается основным, если выполняется хирургическое вмешательство или проводится консервативное лечение. При наличии конкурирующих заболеваний их анамнезы пишутся параллельно.

При описании *anamnesis morbi* необходимо последовательно изложить представленные ниже положения.

Начало заболевания: когда и как началось заболевание (постепенно, внезапно, первые его проявления)? С чем больной связывает свое заболевание (предполагаемая причина развития — переутомление, неправильное соблюдение диеты, влияние профессиональных, бытовых, климатических факторов)? С какого времени считает себя больным (месяц, год)? При остром заболевании также указываются число, часы, минуты. В случае травмы обязательно устанавливаются место получения травмы, время, обстоятельства и подробный механизм повреждения (упал навзничь, попал под

колесо автомобиля, получил удар ножом в живот и т. д.). При воспалительных процессах: панариции, фурункуле, мастите и т. д. — выясняются обстоятельства, предшествующие заболеванию (если была микротравма, то описать производилась ли ее обработка, и в чем она заключалась).

Течение заболевания: последовательность появления отдельных симптомов, периоды обострения и ремиссии. Обязательно отмечается динамика первых признаков заболевания, указываются, какие из них нарастают или, наоборот, исчезают. В случае иррадиации болевых ощущений отмечается их направленность.

Результаты ранее проведенных исследований: лабораторные, инструментальные.

Способы лечения, которые применялись ранее: медикаментозные, хирургические и др., оценка их эффективности.

Обращался ли за медицинской помощью: назвать лечебное учреждение, специализацию врача и в чем конкретно эта помощь заключалась.

Причина госпитализации: ухудшение состояния, неэффективность предыдущего лечения, уточнение диагноза, плановое или экстренное помещение в больницу. Следует отмечать: обратился ли пациент сам, направлен поликлиникой или доставлен скорой помощью.

Запомните!

Собрав anamnesis morbi, вы должны получить четкое представление о том, когда возникло заболевание, что спровоцировало начало болезни, как она развивалась, как лечили и обследовали пациента, как изменялось состояние больного, что заставило обратиться к врачу в настоящее время, что выполнено в отделении после госпитализации.

История жизни (anamnesis vitae)

1. **Биографические сведения:** когда и где родился (описать климатические особенности); как рос и развивался; перечислить заболевания в детском возрасте; когда начал учебу в школе; какое получил образование; изменения места жительства.

2. **Профессиональный анамнез** (собирается у всех, в т. ч. у пенсионеров): с какого возраста работает; основная и дополнительная профессии; условия работы (характеристика рабочего помещения в плане освещения, особенностей воздуха и др.); наличие неблагоприятных профессиональных факторов: физических, химических, чрезмерного умственного или физического напряжения; продолжительность рабочего дня.

3. **Бытовой анамнез:** условия жизни (жилищные условия, гигиенический режим, особенности отдыха); режим питания.

4. **Перенесенные ранее заболевания:** инфаркт миокарда, инсульт, пневмония, гепатит и др. **Полученные травмы,** в том числе и нервно-психические, суицидальные попытки. **Проведенные хирургические опе-**

рации с указанием даты их выполнений, особенностей течения послеоперационного периода. **Сопутствующие хронические заболевания:** гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет, хронический бронхит, бронхиальная астма — с описанием длительности и особенностей течения заболевания, характера применяемой терапии.

5. **Эпидемиологический анамнез:** отдельно отметить наличие или отсутствие в прошлом таких заболеваний, как туберкулез, венерические болезни, гепатит, малярия (при отсутствии в анамнезе следует написать, что больной отрицает их). Были ли выезды за пределы постоянного места жительства и контакты с инфекционными больными в последние 0,5 года.

6. **Вредные привычки** (табак, алкоголь, наркотики): характер злоупотребления; с какого возраста, как часто употребляются; как переносятся; нет ли в данный момент сопутствующих заболеваний (каких, чем они проявляются).

7. **Аллергологический анамнез:** непереносимость лекарственных препаратов, бытовая и пищевая аллергия, характер реакций (сыпь, зуд, лихорадка, затруднение дыхания, анафилактический шок и др.).

8. **Трансфузионный анамнез:** производилось ли переливание крови и другие трансфузии в прошлом (по какой причине, когда, сколько раз, приблизительно в каких количествах). Были ли осложнения (в чем они заключались, наличие описания в анамнезе).

9. **Акушерско-гинекологический анамнез:** когда начались менструации, установились, как протекают, когда были в последний раз; сколько было беременностей, родов, аборт, выкидышей; была ли патология беременности, в чем заключалась.

10. **Наследственный анамнез:** здоровье прямых родственников, причина их смерти, при наличии наследственной предрасположенности в отношении основного заболевания следует указать, страдают ли им прямые родственники.

11. **Страховой анамнез:** указать длительность пребывания на последнем больничном листе, наличие страхового полиса, инвалидности (дана по какому заболеванию, группа, срок переосвидетельствования).

Объективное настоящее состояние (status praesens objectivus)

Общие положения

При объективном обследовании больного последовательно применяются методы:

- осмотра (*inspectio*);
- ощупывания (*palpatio*);
- выстукивания (*percussio*);
- выслушивания (*auscultatio*);
- оценки функции (*functio*).

Обследование следует проводить в теплом и хорошо освещаемом помещении. Руки должны быть теплыми, ногти коротко остриженными. Желательно присутствие медицинской сестры или другого медработника, если обследование пациентки-женщины проводит врач-мужчина. Представьте пациенту. Объясните цель исследования и, как оно будет выполняться. Осмотр проводится параллельно с пальпацией. Если пациент жалуется на боль, начните осмотр с противоположной (здоровой) стороны, а затем осторожно с больной. Явные клинические проявления не должны отвлекать вас от детального обследования. При наличии источников патологических выделений оденьте перчатки. Сначала проводите поверхностную пальпацию, затем глубокую.

Общее состояние пациента

Общее состояние пациента определяют как удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое или крайне тяжелое.

Данная оценка достаточно субъективна, исходит из общего видения пациента врачом на основании оценки состояния нервной, сердечно-сосудистой, дыхательной систем, прогноза заболевания, стабильности гемодинамики, тяжести перенесенной операции и др. Однако существуют, могут применяться и объективные системы оценки тяжести состояния (APACHE, SAPS, Глазго и др.).

Осмотр тела пациента

1. Телосложение, конституция, вес; положение (активное, пассивное, вынужденное).

2. Кожные покровы и видимые слизистые:

– цвет кожных покровов и видимых слизистых оболочек, тургор и эластичность кожи; наличие высыпаний, родимых пятен и других образований (указать размеры);

– состояние волос и ногтей;

– степень развития подкожной клетчатки (толщина кожной складки в области плеча и реберной дуги), наличие в ней образований.

3. Лимфатическая система. Состояние (величина, консистенция, подвижность) периферических лимфоузлов: шейных, подчелюстных, подмышечных, кубитальных, паховых. При их увеличении указать размеры.

4. Мышечная система: степень развития мышц, их тонус и сила.

5. Костно-суставная и эндокринологическая системы. Скелет: конфигурация (нет ли деформаций), движения в суставах (в полном объеме, ограничены, отсутствуют); голова: конфигурация черепа, наличие деформаций; шея: конфигурация, движения, пульсация сосудов, состояние щитовидной железы (размеры, консистенция).

Дыхательная система

1. Грудная клетка: конфигурация, участие в дыхании.

2. Тип дыхания: грудной, брюшной.

3. Данные топографической перкуссии (табл. 1): описать нижние границы легких по линиям с обеих сторон, подвижность нижнего края легкого по задней подмышечной линии (при глубоком вдохе и выдохе).

Таблица 1

Представление данных топографической перкуссии легких

| Топографическая линия | Справа | | | Слева | | |
|---|-------------------------|----------|-------|----------------------|------|-------|
| | <i>l. parasternalis</i> | ...ребро | | | – | |
| <i>l. medioclavicularis</i> | ...ребро | | | – | | |
| <i>l. axillaris anterior</i> | ...ребро | | | ...ребро | | |
| <i>l. axillaris media</i> | ...ребро | | | ...ребро | | |
| <i>l. axillaris posterior</i> | ...ребро | | | ...ребро | | |
| <i>l. scapularis</i> | ...ребро | | | ...ребро | | |
| <i>l. paravertebralis</i> | ...остистый отросток | | | ...остистый отросток | | |
| Подвижность по <i>l. axillaris posterior</i> , см | вверх | вниз | общая | вверх | вниз | общая |
| | ... | ... | ... | ... | ... | ... |

4. Данные сравнительной перкуссии.
5. Голосовое дрожание.
6. Аускультация легких проводится над всей поверхностью, практически над теми точками, где и проводилась перкуссия.
7. Проба Штанге (продолжительность задержки дыхания на вдохе).
8. Частота дыханий в минуту.

Сердечно-сосудистая система

1. Локализация верхушечного толчка сердца.
2. Границы относительной тупости сердца.
3. Поперечный размер сердца.
4. Границы абсолютной тупости сердца.
5. Ширина сосудистого пучка.
6. Данные аускультации сердца.
7. Частота пульса и его характеристика. Артериальное давление.
8. Состояние периферических сосудов. Оценить пульсацию на артериях стоп, подколенных, бедренных, лучевых и сонных артериях.

Органы пищеварения

1. Описание слизистых оболочек полости рта, языка. Величина и окраска небных миндалин. Глотание (свободное, безболезненное, затруднено).
2. Конфигурация живота: вздут, втянут, наличие асимметрии, без изменений. Наличие выпячиваний в эпигастрии, области пупка, паховых областей.
3. Участие живота в акте дыхания (равномерное, отстают левая половина, правая не задействована).
4. Перкуссия живота (тимпанит, притупление в отлогих местах, тупость), синдром ундуляции (при асците). Данные пальпации: живот мягкий, безболезненный или напряжен и болезнен (указать в каких отделах).

Наличие образований, определяемых пальпаторно, в передней брюшной стенке или брюшной полости. Симптом Щеткина–Блюмберга: отрицательный или положительный (в последнем случае — в каких отделах). Аускультация: перистальтика кишечника прослушивается или нет, усилена или ослаблена.

5. Перкуссия печени. Границы печени по Курлову. Пальпация нижнего края печени (если пальпируется, описать уровень, консистенцию, форму, поверхность (гладкая, бугристая), др.).

6. Селезенка: границы при перкуссии (длина и ширина), возможность пальпации.

7. Регулярность, характер стула.

Мочеполовая система

1. Мочеиспускание: частота, болезненность.

2. Почки: возможность пальпации; наличие болезненности по ходу мочеточников, в поясничной области справа и слева; мочевого пузыря перкуторно и пальпаторно определяется или нет над лоном, на каком уровне.

3. Описание наружных половых органов у мужчин: развиты, недоразвиты, величина и консистенция яичек, придатков, состояние элементов семенных канатиков, наличие или отсутствие водянки яичка или семенного канатика. Половая сфера у женщин описывается гинекологом.

Нервная система

Сознание: сохранено, помрачение, отсутствует. Контакт: вступает легко, трудно, отсутствует. Во времени и месте: ориентируется или нет. Описать настроения больного. Сон: спокойный, тревожный, количество часов в сутки. Открывание глаз: произвольное, на боль, на речь, отсутствует. Зрачки: равновеликие с обеих сторон, широкие, точечные, есть ли реакция на свет. Словесный ответ: ориентирован, спутанность, непонятные слова, нечленораздельные звуки, речи нет. Двигательная реакция: выполняет команды, целенаправленная на боль, нецеленаправленная на боль, тоническое сгибание, разгибание на боль, отсутствует. Наличие патологических рефлексов.

Местное проявление заболевания (status localis)

При наличии раны (в том числе послеоперационной) указываются ее локализация, размеры, описываются ее края и характер отделяемого (нет, серозное, геморрагическое, гной, и др.). Точно также указываются локализация, величина, консистенция, поверхность, смещаемость, границы обнаруженного образования (опухоли, инфильтрата), наличие или отсутствие болезненности при надавливании на него.

Местное проявление заболевания рекомендуется описывать в следующем порядке: 1) визуальные особенности; 2) изменения при проверке активных движений; 3) результаты пальпации; 4) результаты перкуссии; 5) данные аускультации (патологические шумы, ослабление дыхания, отсутствие перистальтики); 6) описание других симптомов, характерных для данной патологии.

Дополнительные данные обследования

1. *Лабораторные данные:* анализы крови, мочи, биохимические, серологические исследования. Обязательно отмечать показатели, не соответствующие норме, и указывать направление их изменений (снижение или повышение концентрации, уровня).

Например: гемоглобин — 98 г/л (снижение), палочкоядерные лейкоциты — 12 % (повышение).

2. *Рентгенологические исследования.* При отсутствии патологических изменений записывать только заключения. Обязательно указывать дозу облучения в мЗв и дату последней рентгенографии грудной клетки.

3. *Данные эндоскопии, ЭКГ, УЗИ и других обследований.* При отсутствии патологических изменений записывать только заключения.

4. *Консультации специалистов* выписываются из клинических историй болезни (обязательно указать дату, диагноз и рекомендации).

Обоснование диагноза

Завершающим этапом обследования хирургического больного является диагностика патологического процесса. С этой целью необходимо еще раз проанализировать полученные данные (жалобы, анамнез заболевания, результаты объективного обследования, лабораторные и инструментальные показатели, мнения консультантов), обратиться к литературным источникам по изучаемой болезни (перечислите их в разделе «Литература»), сделать диагностические выводы. Обычно обоснование диагноза выражается в истории болезни следующим образом:

На основании жалоб (описываются подробно), истории заболевания (описывается кратко развитие болезни от начала до дня курации, в т. ч. и данные операции), лабораторных данных (выделяются показатели, свойственные болезни), инструментально-аппаратных данных (приводятся результаты исследования), заключения консультантов выставляется **клинический диагноз** (с абзаца), который включает в себя этиологический компонент, остроту течения, возможные формы процесса, анатомическую локализацию, стадийность развития, осложнения.

Например, острый гнойный гематогенный остеомиелит правого бедра (верхний метафиз), поднадкостничный абсцесс.

Затем следуют диагнозы сопутствующих заболеваний.

Дифференциальная диагностика

Данный раздел академической истории болезни на третьем курсе подробно не оформляется, но, учитывая его важность, обязательно следует перечислить названия заболеваний, с которыми нужно дифференцировать основное заболевание курируемого пациента.

Обоснование лечения

В данном разделе следует отметить все основные составляющие терапии, применяемые при данном заболевании: режим, диета, лекарства, но в общих чертах, без указания дозы, интервалов введения препаратов. Например, лечение вышеуказанного остеомиелита заключается в следующем:

1. Обеспечение покоя конечности: постельный режим, гипсовая иммобилизация.

2. Антибактериальная терапия (выделить необходимые антибиотики и антисептики).

3. Стимуляция иммунологического статуса (отметить биопрепараты, витамины, характер питания и т. д.).

4. Дезинтоксикационная терапия (указать препараты, средства) и т. д. Не забыть упомянуть о необходимости оперативного лечения и прочих лечебных мероприятиях.

Протокол операции

Указать название, дату, продолжительность операции. Отметить этот день (дни, если операций было несколько) толстой красной вертикальной чертой на температурном листе.

Температурный лист

Таблица 2

Схема температурного листа академической истории болезни

| Фамилия, инициалы пациента | | | | Номер истории болезни | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------|---|---|---|-----------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--|
| Дата | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | | 6 | | 7 | | 8 | | 9 | | |
| Сутки | у | в | у | в | у | в | у | в | у | в | у | в | у | в | у | в | у | в | |
| 40 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 39 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 38 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 37 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 36 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 35 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| t, °C | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ЧД | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| АД | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Должен быть вычерчен в академической истории болезни. Нельзя вклеивать форменные больничные бланки. В температурном листе указываются фамилия и инициалы пациента, номер истории болезни. Ежедневно графически должны прочерчиваться утренняя и вечерняя температуры, указываться частота пульса и дыхания, артериальное давление (в течение всех дней госпитализации пациента до и во время курации) (табл. 2).

Утренняя «у» и вечерняя «в» температуры должны сначала проставляться точками на пересечении соответствующих линий. Затем эти точки соединяются прямыми линиями, а цифровое значение температуры записывается в соответствующей графе.

Дневники

В академической истории болезни на кафедре общей хирургии дневники оформляют в количестве не менее двух (табл. 3). В дневнике дается оценка общему состоянию больного (хорошее, удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое, крайне тяжелое); указываются основные жалобы; приводится краткое описание по системам: кожные покровы, слизистые, нервная, сердечно-сосудистая, дыхательная, пищеварительная; отмечаются физиологические отправления (стул, мочеиспускание), изменения местного статуса. Дневники должны писаться таким образом, чтобы в них отражалась *динамика* заболевания. Под каждым дневником должна быть подпись студента.

Таблица 3

Схема дневника академической истории болезни

| Дата | Содержание дневника | Назначения на день курации |
|------|----------------------------------|----------------------------|
| PS | Жалобы. | Режим |
| ЧД | Общее состояние. | Диета |
| АД | Краткое описание по системам. | Медикаменты |
| | Местный статус. | Дозы лекарств |
| | Диурез, стул. | Процедуры |
| | Отделяемое по дренажам. | Обследования |
| | Перевязка. | |
| | Рекомендации. | |
| | <i>Подпись студента-куратора</i> | |

Прогноз заболевания

Прогноз заболевания в отношении:

а) *жизни*: благоприятный, неблагоприятный;

б) *работоспособности*: временная потеря трудоспособности, может приступить к работе, нуждается в переводе на более легкую работу, получении инвалидности и т. д.

Эпикриз

Эпикриз оформляется в следующем порядке:

1. Фамилия, имя, отчество больного, возраст, когда поступил в клинику (число, месяц, год, а при экстренной патологии отметить часы и минуты).

2. Указать основной диагноз, осложнения, сопутствующую патологию.

3. Если пациент оперирован, то указать дату и название операции, осложнения в послеоперационном периоде.

4. Кратко перечислить жалобы пациента при поступлении, симптомы, а также лабораторные, рентгенологические и другие данные, на основании которых поставлен клинический диагноз (указать какой). Коротко пишется о проведенном лечении, приводятся результаты.

5. После перевода больного на амбулаторное лечение копия эпикриза направляется в поликлинику, поэтому в выписке из истории болезни должны быть отмечены выполненные исследования (анализы крови, мочи, реакция Вассермана, рентгеноскопия грудной клетки и др.).

6. Обязательно отмечается, в каком состоянии и когда больной выписан из клиники, какие рекомендации даны (амбулаторное лечение у хирурга и т. д.), когда следует обратиться в поликлинику и к какому специалисту, продолжительность ограничения физической нагрузки, диета. Если на день окончания курации больной не выписался, то эпикриз пишется в полном объеме, описывается состояние больного на последний день курации и указывается, что он остается в клинике для продолжения лечения.

7. Под эпикризом ставится подпись студента-куратора.

Литература

В этом разделе студентом указываются литературные и электронные источники, использованные в ходе написания истории болезни. Оформлять источники следует в соответствии с правилами, установленными во втором приложении к «Инструкции по оформлению диссертации, автореферата и публикаций по теме диссертации» (эта инструкция доступна на сайте ВАК РБ www.vak.org.by в разделе «Нормативные документы»).

Литература

1. *Общая хирургия* : учеб.-метод. пособ. // Г. П. Рычагов [и др.] ; под ред. Г. П. Рычагова, В. Е. Кремня. Минск: МГМИ. 2000. 249 с.
2. *Николаев, Н. Е.* Лечебно-диагностические приемы в неотложной хирургии : метод. реком. / Н. Е. Николаев. Минск: МГМИ. 1999. 21 с.
3. *Общая хирургия* : учеб. пособ. / Г. П. Рычагов [и др.] ; под ред Г. П. Рычагова, П. В. Гарелика, Ю.Б. Мартова. Минск: Интерпрессервис; Книжный Дом. 2002. 928 с.
4. *Петров, С. В.* Общая хирургия: учеб. / С. В. Петров. 2-е изд. СПб: Питер. 2002. 768 с.
5. *Хирургия* // гл. ред. Ю. М. Лопухин, В. С. Савельев ; пер. с англ. доп. М.: ГЭОТАР Медицина. 1997. 1070 с.

Оглавление

| | |
|--|----|
| Вводный материал | 3 |
| Учебный материал | 4 |
| Общие вопросы деонтологии студента-медика | 4 |
| Обследование хирургических больных | 5 |
| Особенности обследования экстренных хирургических больных | 7 |
| Общие особенности оформления академической истории болезни | 7 |
| Паспортные данные | 9 |
| Субъективное обследование больного | 9 |
| Жалобы | 9 |
| История настоящего заболевания | 10 |
| История жизни | 11 |
| Объективное настоящее состояние | 12 |
| Общие положения | 12 |
| Общее состояние пациента | 13 |
| Осмотр тела пациента | 13 |
| Дыхательная система | 13 |
| Сердечно-сосудистая система | 14 |
| Органы пищеварения | 14 |
| Мочеполовая система | 15 |
| Нервная система | 15 |
| Местное проявление заболевания | 15 |
| Дополнительные данные обследования | 16 |
| Обоснование диагноза | 16 |
| Дифференциальная диагностика | 16 |
| Обоснование лечения | 17 |
| Протокол операции | 17 |
| Температурный лист | 17 |
| Дневники | 18 |
| Прогноз заболевания | 18 |
| Эпикриз | 19 |
| Литература | 19 |
| Литература | 19 |