

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«Национальный исследовательский ядерный университет «МИФИ»

Обнинский институт атомной энергетики –

филиал федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования

«Национальный исследовательский ядерный университет «МИФИ»

(ИАТЭ НИЯУ МИФИ)

Одобрено на заседании

Ученого совета ИАТЭ НИЯУ МИФИ

Протокол от 24.04.2023 № 4-4/2023

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
к самостоятельной работе ординатора
по написанию итоговой письменной работы
по учебной дисциплине
«Академическая история болезни»**

Онкопатология у детей

Шифр, название дисциплины

для ординаторов специальности

31.08.19 Педиатрия

Шифр, название специальности/направления подготовки

специализации/профиля

Шифр, название специализации/профиля

Форма обучения: очная

г. Обнинск 2023 г.

НАПИСАНИЕ АКАДЕМИЧЕСКОЙ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ КУРИРУЕМОГО БОЛЬНОГО.

Основной самостоятельной работой по дисциплине «Госпитальная хирургия, детская хирургия» является написание академической истории болезни курируемого больного.

Общие положения

Высшая медицинская школа ориентирует свое развитие на модель выпускника, который должен в современных условиях рыночной экономики быть подготовлен к самостоятельной профессиональной деятельности, требующей аналитического подхода, в том числе и в нестандартных ситуациях. Поэтому особое внимание уделяется организации самостоятельной творческой работы студентов, развитию навыков самостоятельного клинического. Важной формой развития навыков самостоятельной научной работы является написание академической истории болезни. Подготовка и защита академической истории болезни должны являться завершающим этапом изучения дисциплины «Госпитальная хирургия, детская хирургия».

Цель подготовки и защиты академической истории болезни – углубить и конкретизировать знания студента по изучаемой дисциплине, полученные им в ходе теоретических и практических занятий, привить ему навыки самостоятельного подбора, осмысления и обобщения клинической информации и специальной литературы. История болезни позволяет студенту расширить круг дополнительно привлекаемой информации по выбранной теме, а также изучить те разделы курса, которые в ходе занятий могут рассматриваться в ознакомительном порядке.

История болезни предусматривается учебным планом и программой изучения дисциплины «Госпитальная хирургия, детская хирургия». Требования к структуре и содержанию академической истории болезни определяются кафедрой на основе типовой истории болезни и методических указаний по написанию истории болезни, утверждаемой центральным методическим советом факультета. Нозологические формы, отражаемые в истории болезни, определяются учебным и учебно-тематическим планом по дисциплине. Конкретная тематика академических историй болезни определяется преподавателем, ведущим практические занятия и под контролем которого проводится написание академической истории болезни.

Общие требования

Академическая история болезни должна быть написана на основе тщательно проработанного собранного и обработанного материала по результатам курации больного.

Академическая история болезни представляет собой самостоятельный труд по итогам курации больного по тематике, изучаемой на клинических занятиях. История болезни должна отличаться логическим изложением основных положений, базироваться на сведениях, полученных из литературных источников, посвященных изучаемым нозологическим единицам. Материал, используемый из литературных источников, должен быть переработан, органически увязан с избранной студентом темой; изложение темы должно быть конкретным, насыщенным фактическими данными, логически обоснованным. Академическая история болезни включает следующие разделы: паспортную часть, жалобы больного (при поступлении или на момент курации, анамнез развития заболевания и анамнез жизни больного, объективный статус с изложением по системам, предварительный диагноз, план обследования, клинический диагноз с обоснованием, план лечения с указанием лекарственных препаратов в форме рецептов и их обоснованием, предоперационным эпикризом (с обоснованием) , рекомендациями, прогнозом заболевания и указанием списка использованных источников.

Выбор тематики академической истории болезни

Профиль тематики историй болезни по блоку изучаемых тем дисциплины обсуждается и утверждается на заседании кафедры в начале учебного года. Преподавателем, ведущим практические занятия, на первом занятии цикла предоставляется студентам перечень нозологических форм и список курируемых больных. Студенту предоставляется право выбора больного для курации по изучаемым нозологическим формам.

Написание академической истории болезни

1. Работа с научным руководителем начинается сразу же после выбора больного для курации по избранной теме. Научный руководитель рекомендует студенту основную базовую литературу, являющуюся обязательной при разработке данной темы: монографии, учебные пособия, методические рекомендации, фундаментальные научные статьи.

2. Следующим этапом работы студента с научным руководителем является составление рабочего плана написания истории болезни.

3. После составления рабочего плана и получения задания от научного руководителя студент приступает к курации больного, а также к изучению основной и дополнительной литературы по тематике работы. Подбор литературы – это самостоятельная работа студента, успех которой зависит от его инициативности и умения пользоваться каталогами, библиографическими справочниками и т.п.

4. Одним из наиболее ответственных и трудных этапов при подготовке академической истории

болезни является сбор и обработка фактического материала. Этот этап работы выполняется студентом самостоятельно в соответствии с индивидуальным заданием научного руководителя и отражает специфику разрабатываемой темы истории болезни.

Общие требования к содержанию академической истории болезни.

Клиническая история болезни включает следующие разделы: паспортные данные, жалобы, анамнез заболевания, анамнез жизни и состояние пациента по системам. Схема предполагает подробное описание местного травматологического статуса, а также предусматривает анализ результатов лабораторного и инструментального методов исследования, дифференциальный диагноз, обоснование клинического диагноза и лечебной тактики и дневники наблюдения за больным. История болезни заканчивается оформлением эпикриза и указанием использованной литературы.

Содержание работы должно быть конкретным и целиком опираться на данные, полученные при курации больного. Следует обратить внимание на стилистику, язык работы, её оформление. Все разделы работы должны быть связаны между собой. Поэтому особое внимание нужно обращать на логические переходы от одного параграфа к другому и связь между ними.

Все содержание истории болезни должно иметь как бы единый стержень, все ее части должны быть связаны между собой, должны дополнять и углублять одна другую. После заключения студент должен поставить дату окончания работы и свою подпись, а также привести список использованной литературы.

Оформление академической истории болезни проводится в соответствии с утвержденной схемой написания истории болезни.

Материал в работе располагается в следующей последовательности:

1. Титульный лист (заполняется по одной форме, его форма приведена ниже) .
2. Текстовое изложение истории болезни (по разделам) .
3. Список использованных источников.

Работа выполняется на одной стороне листа формата А4, в рукописном или машинописном варианте. Все листы академической истории болезни должны быть пронумерованы. Каждый раздел в тексте должен иметь заголовок в точном соответствии с наименованием в схеме. Новый раздел (подраздел) можно начинать на той же странице, на которой кончился предыдущий, если на этой странице кроме заголовка поместится несколько строк текста. В работе можно использовать только общепринятые сокращения и условные обозначения.

Студент несет ответственность за точность приносимых данных, а также за объективность изложения мыслей других авторов. Общий объем работы не может ограничиваться определенным числом страниц. Список использованной литературы и других источников составляется в следующей последовательности:

Последним этапом выполнения работы является ее внешнее оформление, она должна быть подписана студентом.

Оценка академической истории болезни

Каждая история болезни с учетом ее содержания оценивается по пятибалльной системе.

Высшая оценка **«отлично»** ставится за всестороннее полное обследование больного, постановку точного диагноза, определения полной схемы лабораторного и инструментального обследования, правильного обоснования клинического диагноза, проведения полного дифференциального диагноза, определения и обоснования лечебной тактики, прогноза заболеваний, установления правильных и точных рекомендаций для последующего этапа лечения и объективного оформления (этапного или выписного) эпикриза. Работа хорошо оформлена в четком соответствии со схемой обследования больного.

Оценка **«хорошо»** ставится при нарушении одного из вышеизложенных требований, но при условии глубокой и самостоятельной проработки темы, а также соблюдении всех других требований.

Оценка **«удовлетворительно»** ставится за работу, содержание которой свидетельствуют о том, что студент добросовестно провел курацию больного, оформил историю болезни в соответствии с требованиями, однако допустил ошибки в различных разделах (диагнозе, сопоставлении физикальных данных и данных инструментального (лабораторного) обследования, плане обследования или лечения и др.) .

Работа, которую преподаватель признал неудовлетворительной, возвращается для переработки с учетом высказанных в отзыве замечаний. История болезни должна быть написана в сроки, устанавливаемые кафедрой (как правило, за три дня до окончания цикла занятий) .

При несвоевременном представлении истории болезни на кафедру снижается оценка на 1 балл, а непредставление ее к началу сессии приравнивается к неявке на экзамен. Поэтому студент, *не сдавший без уважительных причин историю болезни, получает неудовлетворительную оценку по истории болезни, считается не прошедшим промежуточную аттестацию по дисциплине и не допускается к сдаче экзамена по данной дисциплине.*

По решению кафедры отлично написанные академической истории болезни могут быть защищены и в виде доклад с мультимедийной презентацией на заседании научного студенческого общества и представлены на внутривузовский и иные конкурсы студенческих научных работ.

***Методические рекомендации к написанию академической истории
болезни по дисциплине «Госпитальная хирургия, детская хирургия»***

Схема написания академической истории болезни

Пример оформления титульного листа

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«Национальный исследовательский ядерный университет «МИФИ»

Обнинский институт атомной энергетики –

филиал федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования
«Национальный исследовательский ядерный университет «МИФИ»

(ИАТЭ НИЯУ МИФИ)

Кафедра хирургических болезней

**Дисциплина
«Онкология»**

**АКАДЕМИЧЕСКАЯ
ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ**

Больного _____

Клинический диагноз: _____

Дата начала курации: _____

Дата окончания курации: _____

Куратор _____

Преподаватель _____

Обнинск 202__ г.

ВВЕДЕНИЕ

Написание академической истории болезни является фундаментом изучения любой клинической дисциплины, т.к. способствует развитию клинического мышления у будущих врачей. Но при выполнении этой работы студенты часто сталкиваются с определенными трудностями, связанными как с выбором правильной последовательности изложения материала, так и правильных формулировок. Кроме того, сложность выполнения курсовой работы по клинической дисциплине заключается в том, что обследование больного студентами, как правило, по времени происходит намного позже его поступления в клинику. Больной может и не предъявлять жалобы на момент курации. Но при оформлении академической истории болезни студентам следует выяснить и отразить жалобы на момент поступления больного в клинику. Кроме того, студенты могут еще не знать встретившейся у курируемого больного патологии. Оформление истории болезни формирует у будущего врача правильную последовательность действий в трудных ситуациях: необходима кропотливая работа с больным, анализ медицинской литературы и консультации с более опытными коллегами. На основе проделанной работы студент должен синтезировать полученные данные и представить не только свое видение начала, развития и течения заболевания у курируемого больного, но и исход лечения.

Пренебрежение полноценным клиническим обследованием очень часто приводит к тяжелым диагностическим ошибкам. Выяснить характер заболевания и наметить правильную тактику лечению больного возможно только лишь в том случае, если изучение пациента будет производиться по четко отработанному и понятному врачу любого профиля **алгоритму**. В данном случае алгоритм – это система обследования, применяемая по строго определенным правилам, которая после последовательного ее выполнения приводит к решению поставленной задачи, т.е. к постановке правильного диагноза заболевания.

Соблюдение данного алгоритма позволяет наиболее полно обследовать больных в кратчайшие сроки.

Необходимо помнить, что любое обследование больного должно преследовать цели:

- **выяснить, какой орган поражен;**
- **выяснить характер поражения органа;**
- **выяснить причину и патогенез заболевания;**
- **определить, как заболевание влияет на весь организм больного.**

Диагноз должен быть результатом анализа всех фактов, добытых как путем тщательно собранного анамнеза, так и объективного обследования больного при помощи всех методов клинического, лабораторного, рентгенологического, ультразвукового, эндоскопического и других исследований.

Тщательно собранный анамнез и систематическое физикальное обследование позволяет распознать важнейшие хирургические заболевания. Они составляют основу для целенаправленного применения лабораторных и инструментальных методов исследования. Из множества известных методов инструментального обследования предпочтение следует отдавать простым и информативным методам. Минимальное количество технических исследований, с одной стороны, экономичнее, а с другой – менее обременительно для больных. Не следует забывать, что обширную информацию технических методов исследования можно осмыслить и использовать для диагностики только с учетом анамнестических данных и результатов физикального обследования.

В заключение необходимо подчеркнуть, что всякое хирургическое обследование должно иметь определенный акцент, ибо из него рождается следствие (операция). Неправильный диагноз или не выявленное противопоказание к операции легко может повлечь за собой серьезные, порой непоправимые ошибки. Ошибок можно избежать, если в работе с больным руководствоваться следующими положениями:

- **нет лечения без диагноза;**
- **анамнез и физикальное обследование составляют основу диагностики;**
- **из диагноза вытекают показания к операции.**

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ ХИРУРГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО

Написание истории болезни – одно из важнейших мероприятий в исследовании больного.

Правильное выполнение этого процесса позволяет не только точнее поставить основной диагноз, выявить сопутствующие заболевания, но и способствует тому, чтобы никакие мелочи не ускользнули от внимания лечащего врача. Порой именно эти «мелочи» влияют на результат лечения, а их недооценка может вызывать серьезные осложнения, в том числе и ятрогенные. История болезни – основа постановки диагноза.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЯ «АКАДЕМИЧЕСКАЯ ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ»

История болезни – систематизированное изложение субъективных и объективных фактов, имеющих отношение к состоянию здоровья пациента как в прошлом и настоящем, так и в будущем.

Для системного изложения выделяются следующие основные разделы истории болезни: паспортная часть, жалобы, история развития заболевания, история жизни, объективное исследование больного, предварительный диагноз, план обследования, клинический диагноз, дневники наблюдения, выписной эпикриз.

Различают два вида истории болезни: академическая и клиническая.

Академическая история болезни

Академическая история болезни – это то, что пишут студенты и молодые обучающиеся врачи, то есть люди, еще не умудренные клиническим опытом и не имеющие достаточного багажа знаний. Этот вид истории болезни содержит кроме основных разделов дополнительные, где студент излагает свои мысли по поводу постановки диагноза. Например, согласует выявленные симптомы и синдромы с данными медицинской литературы.

Основные разделы академической истории болезни следующие:

1. Паспортная часть.
2. Жалобы: основные, опрос по системам и органам.
3. История заболевания (*anamnesis morbi*).
4. История жизни (*anamnesis vitae*).
5. Объективное исследование больного (*status praesens objectivus*) с хирургическим статусом и местным статусом (*status localis*), т.е. с описанием органа или части тела, где расположен патологический очаг.
6. Предварительный диагноз (формулировка: основное заболевание и его осложнения, сопутствующая патология) и его обоснование.
7. План обследования.
8. Данные дополнительных методов исследования и заключения консультантов.
9. Клинический диагноз (формулировка: основное заболевание и его осложнения, сопутствующая патология) и его обоснование.
10. План и методы лечения больного и их обоснование.
11. При оперативном лечении необходимо отразить:
 - предоперационный эпикриз;
 - протокол операции.
12. Дневники наблюдения.
13. Прогноз.
14. Профилактика (возникновения и рецидивов болезни).
15. Выписной эпикриз.
16. Реферат по теме изучаемого дисциплиной «Хирургические болезни» заболевания (или его осложнения), которое было диагностировано у больного (этиология и патогенез; патологоанатомические изменения в органах; диагностика; принципы лечения и их обоснование; литература, использованная для написания истории болезни).

Клиническая история болезни

В клинической истории болезни отсутствуют пространные рассуждения, она максимально приспособлена для работы в отделении. Каждый врач или медицинская сестра, просмотрев ее, могут быстро сориентироваться в обстановке и принять соответствующие решения. В связи с этим в клинической истории болезни описательная часть разделов бывает сокращена. Но не следует забывать, что любая история болезни составляется на основании общих правил, обязательных для врача любой специальности.

Написание академических историй болезни должно подготовить студента к предстоящей практической работе и правильному оформлению **клинической истории болезни – документа, утвержденного Министерством здравоохранения РФ, имеющего важное лечебное, научное и юридическое значение.**

СТРУКТУРА АКАДЕМИЧЕСКОЙ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ

1. ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

Паспортная часть истории болезни обычно заполняется медицинской сестрой в приемном покое лечебного учреждения. При этом данные получают непосредственно от больного, его родственников и из соответствующих документов (паспорт, удостоверение личности и пр.).

В паспортной части истории болезни должны быть отражены следующие пункты:

- фамилия, имя, отчество больного;
- возраст;
- профессия;
- место жительства;
- дата и час поступления;
- кем направлен больной;
- диагноз направившего учреждения;
- предварительный диагноз;
- клинический диагноз;
- дата, время и название выполненной операции;
- послеоперационные осложнения;
- дата курации;
- дата выписки.

Дата поступления и диагноз направившего учреждения позволяют хотя бы ориентировочно определить тяжесть состояния пациента, характер заболевания (хирургическое, урологическое, гинекологическое и пр.) и срочность оказания лечебных мероприятий. Такая оценка, безусловно, является приблизительной, но при большом количестве поступающих в стационар больных она значительно упрощает работу медицинского персонала и обеспечивает своевременность и качество оказываемой помощи.

Следует отметить, что на стандартных бланках клинической истории болезни, утвержденных Министерством здравоохранения России, кроме перечисленных выше пунктов на лицевую страницу истории предусмотрено вынесение:

- диагноза при поступлении больного;
- клинического диагноза с указанием даты его установления и заключительного диагноза с указанием основного заболевания, его осложнений, сопутствующих заболеваний;
- сведений о группе крови и резус-факторе;
- сведений о непереносимости лекарственных препаратов.

В последнее время на первую страницу истории болезни выносят и данные страхового полиса (его номер и название страховой компании, выдавшей документ).

Все дальнейшие разделы истории болезни могут быть условно разделены на две части:

- субъективная (жалобы, история заболевания и история жизни);
- объективная (объективное исследование больного и данные дополнительных методов исследования).

Субъективная часть истории болезни заполняется на основании ответов больного на задаваемые вопросы, объективная же состоит из симптомов и параметров, определяемых непосредственно врачом.

2. ЖАЛОБЫ

Субъективная часть истории болезни начинается с выяснения жалоб – того, что беспокоит пациента в момент поступления. Во время сбора жалоб от студента требуется внимание и чуткость к больному. Для выяснения всех необходимых особенностей заболевания нужно иметь определенный навык: знать, какие вопросы задавать, чему уделить повышенное внимание, а что пропустить и т. д. Всегда необходимо направлять беседу в нужное русло, не позволяя больному уходить в сторону от темы разговора, оставаясь при этом предельно внимательным и тактичным к пациенту, что позволит добиться максимальной откровенности больного. Все это касается не только сбора жалоб, но и всей субъективной части истории болезни.

Все жалобы условно можно разделить на две группы:

- основные жалобы;
- опрос по системам и органам.

Основные жалобы

После вопроса о жалобах больной излагает свои ощущения непосредственно в момент осмотра или ощущения, характерные для настоящего его состояния.

Основные жалобы – это те, которые связаны с развитием основного заболевания. Среди основных жалоб выделяют три группы:

- жалобы на боли;
- жалобы общего характера;
- жалобы, связанные с нарушением функции органов.

Жалобы на боли. При жалобах на боли уточняются:

- локализация боли;
- иррадиация (место отражения боли);
- время появления (днем, ночью);
- длительность (постоянные, периодические, приступообразные);
- интенсивность (сильная, слабая, мешает или не мешает сну, работе);
- характер (ноющая, колющая, режущая, тупая, острая, пульсирующая и т.д.);
- причина, вызывающая боль (определенное положение тела, движение, дыхание, прием пищи, нервное состояние и т. д.);
- сопутствующие боли явления (сердцебиение, тошнота, рвота, ощущение нехватки воздуха и т. д.);
- изменение при боли общего состояния (слабость, потеря сна, изменение аппетита, раздражительность и т.д.).

Все перечисленные параметры крайне важны, т.к. позволяют дифференцировать болевой синдром при разных заболеваниях. Уточнение характера боли, ее иррадиации позволяет отличить желчную колику от почечной, язву желудка от язвы 12-перстной кишки.

Жалобы общего характера могут быть на:

- слабость;
- недомогание;
- повышенную утомляемость;
- плохой аппетит;
- плохой сон;
- похудание;
- головную боль;
- снижение работоспособности.

Выяснение жалоб общего характера не только позволяет уточнить характер заболевания, но и способствует оценке общего состояния пациента.

Жалобы, связанные с нарушением функции органов.

Жалобы, связанные с нарушением функций основной пораженной системы больного, имеют определенные особенности, обусловленные отличием в функционировании самого пораженного органа или системы (для сердечно-сосудистой системы характерны слабость, сердцебиение, боли в левой половине грудной клетки и пр.; для дыхательной системы – одышка, кашель и пр.; для пищеварительной – системы отрыжка, тошнота, рвота и т. д.).

Опрос по системам органов

Этот раздел имеет особое значение в терапии, когда при лечении особенно важно учитывать состояние всех органов и систем пациента. При обследовании хирургического больного этот раздел не выделяется, а характер сопутствующих заболеваний отражается только в истории жизни.

С помощью дополнительных вопросов необходимо провести детальный опрос по всем другим системам организма. При этом *фиксируются только патологические отклонения*. Ниже представлены возможные жалобы, обусловленные преимущественным поражением определенных органов и систем:

- 1) при заболеваниях, сопровождающихся поражением кожи и слизистых оболочек: зуд, боль, высыпания, изъязвления, кровоточивость и т.д.;
- 2) при заболеваниях, сопровождающихся поражением лимфатических узлов: увеличение их размеров, локализация поражения, боли, нагноение и т.д.;
- 3) при заболеваниях, сопровождающихся поражением мышц: боли (их локализация и связь с движениями), нарушение движения и т.д.;
- 4) при поражении костей (позвоночник, ребра, грудина, трубчатые кости): боли (их локализация, характер и время появления);
- 5) при поражении суставов: боли (в покое или при движении, днем или ночью), нарушение функции, локализация поражения, хромота, укорочение конечности и т.д.;
- 6) при заболеваниях органов дыхания: носовое дыхание (свободное, затрудненное), характер и количество отделяемого из носа (слизь, гной, кровь). Боли в области околоносовых пазух. Боли при разговоре и глотании. Изменения голоса. Боли в грудной клетке: локализация, характер, связь с дыханием и кашлем. Одышка, ее характер и условия возникновения. Удушье, время его появления, продолжительность, сопутствующие явления. Кашель (сухой, влажный, болезненный), время его появления и продолжительность. Мокрота, ее отхождение, количество, свойства (цвет, примеси, слоистость). Кровохарканье, условия его появления;
- 7) при заболеваниях сердечно-сосудистой системы: боли за грудиной и в области сердца (точная локализация, характер, длительность, иррадиация, чем сопровождаются, причины и условия возникновения, успокаивающие влияния), одышка (степень выраженности, характер), сердцебиение, перебои в работе сердца, головные боли, головокружение, летание «мушек» перед глазами, отеки, изменение диуреза;
- 8) при заболеваниях органов пищеварения: аппетит, вкус, запах изо рта, слюноотделение, жажда,

жевание, глотание, изжога, отрыжка, тошнота, рвота (характер рвотных масс), время их возникновения и зависимость от количества и качества принятой пищи, боль (локализация, характер, сила, продолжительность, зависимость от времени приема пищи, от движения и физического напряжения, иррадиация, способы успокоения боли), вздутие живота, тяжесть, урчание, переливание, деятельность кишечника (стул), число дефекаций, тенезмы (ложные позывы), зуд в области заднего прохода, геморрой, выпадение прямой кишки, отхождение газов, свойства испражнений (количество, консистенция, слизь, кровь), похудание;

9) при заболеваниях системы мочеотделения: боли в области поясницы и мочевого пузыря (их характер и иррадиация), учащение и болезненность мочеиспускания, количество и цвет мочи, отеки;

10) при заболеваниях кровеносной и эндокринной систем: боли в костях, горле, повышение температуры, общая слабость, кровоточивость, увеличение лимфатических узлов, тяжесть в подреберьях, жажда, сухость во рту, повышение аппетита (булимия), учащенное мочеиспускание, зуд во влагалище, сердцебиение, похудание или ожирение, сонливость или бессонница, слабость в конечностях, потливость или сухость кожи;

11) при заболеваниях нервной системы: головная боль, головокружение, память, настроение и его смена, особенности поведения, снижение работоспособности, раздражительность, характер сна (легко ли засыпает и просыпается, глубина сна, пользуется ли снотворными или наркотиками, бессонница).

3. ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ (ANAMNESIS MORBI)

В этом разделе описываются все детали проявления основного заболевания, т.е. того заболевания, которое обуславливает тяжесть состояния пациента и основные его жалобы, в связи с чем он поступил в стационар.

У хирургических больных основным считается то заболевание, по поводу которого выполняется хирургическое вмешательство. При наличии у больного конкурирующих заболеваний пишется два анамнеза заболевания.

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

Начало заболевания. Когда и как началось заболевание (постепенно, внезапно). Первые его проявления, предполагаемая причина развития (переутомление больного, погрешности в диете, влияние профессиональных, бытовых, климатических факторов и пр.).

Течение заболевания: последовательность развития отдельных симптомов, периоды обострения и ремиссии.

Результаты проведенных ранее исследований: лабораторные, инструментальные.

Способы лечения, применявшиеся ранее: медикаментозные, хирургические, физиотерапевтические и др., оценка их эффективности.

Непосредственная причина данной госпитализации: ухудшение состояния, безуспешность предыдущего лечения, уточнение диагноза, плановая терапия, поступление в экстренном порядке.

Изменение самочувствия больного за время пребывания в стационаре.

Существует более простая схема истории заболевания, выраженная всего в семи вопросах.

1. Когда (дата и час) началось заболевание?

2. Какие факторы способствовали возникновению болезни?

3. С чего началось заболевание (первые проявления)?

4. Как развивались симптомы заболевания в дальнейшем?

5. Как больной обследовался, как лечился? Было ли лечение эффективно? Были ли операции по поводу основного заболевания?

6. Как изменялась трудоспособность?

7. Что побудило больного обратиться к врачу в настоящее время?

Следует отметить, что при сборе анамнеза (субъективной части истории болезни) можно не только выслушивать ответы пациента, но и пользоваться медицинскими справками и документами (амбулаторная карта, выписки из истории болезни, заключения специалистов и т.д.).

4. ИСТОРИЯ ЖИЗНИ (ANAMNESIS VITAE)

У больного выясняют все особенности жизни, имеющие хоть какое-то значение для постановки диагноза и лечения больного. Схематично основные разделы *anamnesis vitae* можно представить следующим образом.

Общая часть

Указываются краткие биографические сведения:

- место рождения с описанием изменения климатических факторов в течение жизни;
- образование с указанием особенностей физического и умственного развития.

Уточняется профессиональный анамнез:

- с какого возраста работает;
- основная профессия и ее изменения;
- условия работы;

- характеристика рабочего помещения (освещение, особенности воздуха);
- продолжительность рабочего дня;
- наличие неблагоприятных профессиональных факторов (физических, химических, вынужденного положения во время работы, чрезмерного умственного или физического напряжения).

Бытовой анамнез:

- условия жизни (жилищные условия, гигиенический режим, особенности отдыха);
- режим питания.

Вредные привычки:

- характер злоупотребления (табак, алкоголь, наркотики);
- с какого возраста и как часто.

Перенесенные заболевания и травмы:

- перенесенные хирургические вмешательства с указанием даты (года) их выполнения и особенностей течения послеоперационного периода;
- серьезные травмы, в том числе и нервно-психические;
- перенесенные тяжелые заболевания (инфаркт миокарда, нарушение мозгового кровообращения, пневмония и пр.);
- сопутствующие хронические заболевания (ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, сахарный диабет и пр.), особенности их течения, характер применяемой терапии.

Эпидемиологический анамнез (эпиданамнез):

- четко указывается наличие или отсутствие в прошлом следующих инфекционных заболеваний: гепатит, туберкулез, малярия, венерические болезни, ВИЧ-инфекция;
- гемотрансфузии, инъекции, инвазивные методы лечения, выезды за пределы постоянного места жительства и контакт с инфекционными больными за последние 6 месяцев.

Гинекологический анамнез (для женщин):

- начало менструаций, их характер, дата начала последних менструаций (для выбора времени выполнения планового оперативного вмешательства, производить которое на фоне менструации нежелательно из-за нарушений свертывающей системы в этот период);
- число беременностей, родов, абортов;
- при наличии климакса – его проявления.

Аллергологический анамнез:

- непереносимость лекарственных препаратов;
- бытовая и пищевая аллергия;
- характер протекания аллергических реакций (сыпь, лихорадка, бронхоспазм, анафилактический шок и пр.).

Наследственность:

- здоровье прямых родственников (родители, дети, братья, сестры);
- причина смерти прямых родственников;
- при наличии наследственной предрасположенности в отношении основного заболевания указать, страдают ли им прямые родственники.

Страховой анамнез:

- длительность последнего больничного листа;
- общая продолжительность больничных листов по данному заболеванию за календарный год;
- наличие группы инвалидности, срок переосвидетельствования;
- наличие страхового полиса и его данные.

5. ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНОГО (STATUS PRAESENS OBJECTIVUS)

Описание состояния больного осуществляется по определенной схеме и в определенной последовательности: общий осмотр, система органов дыхания, система органов кровообращения, система органов пищеварения, мочевыделительная система, нервная система, эндокринная система.

Объективное исследование больного осуществляется четырьмя способами:

- осмотр;
- пальпация;
- перкуссия;
- аускультация.

Осмотр является одним из самых простых, не требующих специального оснащения и в то же время достаточно информативным методом обследования больных.

Осмотр больного начинается с момента его доставки в приемное отделение. Походка больного, выражение его лица, положение тела, характер речи, глаза, цвет кожи, склер, наличие высыпаний и кровоподтеков – все это представляет собой обширный материал для диагностических предположений. Во всех случаях желательно производить полный осмотр больного, что дает возможность сравнить симметричные здоровую и больную области тела человека и не пропустить локальных изменений.

При осмотре определяется тип дыхания (грудное, брюшное), те или иные его нарушения,

ограничения движений грудной клетки, туловища и конечностей.

Пальпацию необходимо производить теплыми руками, осторожно, стараясь не вызвать у больного неприятных ощущений и сильных болей.

Пальпация позволяет установить наличие болезненности в различных областях тела, степень напряжения мышц, местное повышение или снижение температуры, наличие какого-либо патологического образования и пр.

Перкуссия проводится в различных положениях больного в зависимости от цели исследования. Метод позволяет определить границы легких, сердца, печени, селезенки, верхнюю границу увеличенного мочевого пузыря, появление газов в брюшной полости при прободении полых органов (тимпанит в области печеночной тупости), а также полезен для выявления опухолей, кист, свободной жидкости, воспалительных инфильтратов и других патологических процессов.

Аускультация является одним из методов обследования хирургических больных. Весьма информативно выслушивание не только легких, сердца, но и брюшной полости при подозрении на перитонит, кишечную непроходимость (наличие и характер перистальтических шумов), при аневризмах и стенозировании артерий (наличие систолического шума) и т.д.

5.1 Общий осмотр

1) общее состояние, температура тела. Оценка тяжести общего состояния больного. Общее состояние больного может быть определено как **удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое или крайне тяжелое, агональное**. Оценка складывается из данных, характеризующих сознание больного, его двигательную активность, состояние сердечно-сосудистой и дыхательной систем (цвет кожного покрова, частота пульса, артериальное давление, частота дыхательных движений). Проводимая оценка отчасти субъективная, но в то же время клинический опыт в ее определении позволяет довольно четко придерживаться указанной градации;

2) положение больного в постели (активное, вынужденное, пассивное);

3) сознание ясное, спутанное, бессознательное: ступор, сопор, кома;

4) выражение лица (не отражающее каких-либо болезненных процессов, тоскливое, возбужденное, безразличное, маскообразное, страдальческое);

5) рост, масса тела, телосложение (правильное или неправильное, крепкое, среднее или слабое), конституция;

6) кожа и слизистые оболочки: цвет кожи (бледно-розовый, красный, бледный, желтушный, цианотичный, землянистый, багровый, темно-коричневый или бронзовый с указанием места данной окраски), влажность кожи (нормальная, повышенная, пониженная, сухость, шелушение). Тургор кожи, эластичность, кровоизлияния, рубцы (размер, подвижность, локализация), язвы, «сосудистые звездочки». Сыпи: эритема, пятно, розеола, папула, пустула, волдырь, чешуйки, струп, эрозия, трещина, язвы. Распределение сыпи по поверхности тела с обязательным указанием наличия или отсутствия на лице, волосистой части головы, на ладонях и подошвах. Волосы и ногти. Цвет видимых слизистых оболочек (бледно-розовый, цианотичный, бледный, желтушный, вишнево-красный);

7) подкожная клетчатка, степень развития подкожной клетчатки (чрезмерная, умеренная, слабая), толщина кожной складки (в см) у нижнего угла лопатки или на уровне реберной дуги. Отеки: локализация, плотность. Подкожная эмфизема. Щитовидная железа (степень и характер увеличения);

8) лимфатические узлы (подчелюстные, над- и подключичные, шейные, подмышечные, паховые): прощупываемость, величина, форма, консистенция, подвижность, болезненность, спаянность друг с другом и с подлежащими тканями;

9) опорно-двигательный аппарат:

– мышцы: развитие (хорошее, удовлетворительное, атрофия, болезненность при ощупывании, тонус, уплотнения, контрактуры, асимметричность отдельных мышечных групп);

– кости (позвоночник, ребра, трубчатые): искривления, утолщения, узур, болезненность при ощупывании и поколачивании;

– суставы: конфигурация, припухлость (окружность в см), изменение наружных покровов, болезненность при ощупывании и движении. Функция суставов: сохранена, нарушена (активные и пассивные движения, анкилоз), хруст при движении. Наличие выпота в суставах (флюктуация).

5.2 Органы дыхания

Осмотр. Форма носа, гортани, шеи. Форма грудной клетки, ее деформация, асимметрия; тип, ритм, частота и глубина дыхания, характер одышки (экспираторная, инспираторная, смешанная), равномерность и симметричность дыхательных движений обеих сторон грудной клетки. Участие дополнительной дыхательной мускулатуры в акте дыхания.

Пальпация грудной клетки. Резистентность, болезненные места, отечность кожи. Голосовое дрожание (одинаковое с обеих сторон, ослабленное, усиленное с указанием места изменения). Пальпаторное восприятие шума трения плевры.

Перкуссия. Данные сравнительной перкуссии. Характер перкуторного звука (легочный, коробочный, тимпанический, тупой, звуки смешанного характера, с оттенком), различные изменения перкуторного звука над легкими. Данные топографической перкуссии: высота стояния верхушек, ширина верхушечных полей

(поля Кренига), нижние границы легких, активная подвижность нижнего края легких.

Аускультация. Дыхательные шумы: основные (везикулярное и бронхиальное дыхание, его разновидности) и дополнительные (хрипы сухие и влажные с указанием калибра, крепитация, шум трения плевры). Бронхофония (неизменная – одинаковая с обеих сторон).

5.3 Сердечно-сосудистая система

Исследование сердца

Осмотр сердечной области: сердечный горб, видимая пульсация в области сердца, основания сердца, яремной ямки, подложечной области.

Осмотр артерий и вен: «пляска каротид», извитость артерий, наполнение и пульсация шейных вен в покое и при пробе Плеша.

Пальпация. Верхушечный толчок, его локализация, распространенность, сила, высота, направление (выпячивающий, втягивающий). Сердечный толчок, симптом «кошачьего мурлыканья» (fremissement cataire), его локализация и отношение к сердечному циклу.

Перкуссия сердца. Границы относительной тупости сердца (правая, верхняя, левая). Конфигурация тупости (нормальная, митральная, аортальная). Размеры поперечника (в см), ширина сосудистого пучка (в см). Границы абсолютной тупости сердца (правая, верхняя, левая).

Аускультация сердца (проводится по всем 5 точкам). Тоны сердца: громкость (нормальной громкости, усиленные, ослабленные), расщепление и раздвоение, III тон сердца. Наличие (или отсутствие) акцента II тона на основании сердца. Щелчок открытия митрального клапана (ритм перепела). Маятникообразный ритм, ритм галопа (пресистолический, протодиастолический). Шумы: локализация, отношение к фазам сердечного цикла, громкость, характер, тембр, продолжительность, направление проведения. Экстракардиальные шумы (шум трения перикарда, плевроперикардиальный шум).

Исследование сосудов

Свойства пульса на лучевых артериях. Синхронность, одинаковость выраженности пульса на обеих руках, частота, ритм, наполнение, напряжение, величина, скорость и высота пульса. Дефицит пульса. Капиллярный пульс на обеих руках. Пальпация аорты (в яремной ямке, брюшной аорты), вен (венный пульс).

Аускультация сосудов: симптом волчка, шум Виноградова–Дюрозье, стенотические шумы на других артериях, симптом Куковерова–Сиротинина.

Артериальное давление на обеих руках и ногах (в мм рт.ст.).

5.4 Органы пищеварения

Осмотр. Полость рта (зубы, десны, язык, глотка и миндалины). Живот – конфигурация, окружность (в см), состояние пупка, наличие расширенных подкожных вен, движение брюшной стенки при акте дыхания, наличие рубцов, грыжевых образований.

Аускультация. Выслушивание кишечных шумов, определение нижней границы желудка методами перкуторной пальпации, аускульто-аффрикции.

Перкуссия. Характер перкуторного звука (тимпанический, притупленно-тимпанический), определение перемещающейся жидкости в полости живота.

Пальпация. Данные поверхностной пальпации: состояние мышц живота (тонус, напряжение мышц, расхождение прямых мышц живота, грыжа), болезненность при пальпации и ее локализация, симптом Щеткина–Блюмберга, шум плеска, флюктуация. Данные глубокой пальпации живота (глубокой методической скользящей пальпации по Образцову–Стражеско): прощупываемость кишечника, большой кривизны желудка, пальпируемость привратника (расположение, форма, подвижность, болезненность, урчание и т.д.). Пальпация поджелудочной железы, болевые точки.

5.5 Печень и желчные пути

Осмотр: выпячивание, деформация в области печени.

Перкуссия: размеры печеночной тупости по правой среднеключичной линии, срединной линии тела, левой реберной дуге (размеры печени по Курлову).

Пальпация: размеры печени, ее край, поверхность, консистенция, болезненность. Желчный пузырь: его прощупываемость, болезненность.

5.6 Селезенка

Осмотр: выпячивание, деформация в области селезенки.

Перкуссия: перкуторные границы селезенки.

Пальпация: размеры, консистенция, характер края и поверхности.

Аускультация (для выявления периспленита).

5.7 Мочевыводящая система

Осмотр области почек, мочевого пузыря.

Пальпация почек, мочевого пузыря. Болезненность при пальпации в области почек.

Перкуссия: поколачивание по поясничной области, определение верхнего края мочевого пузыря.

5.8 Эндокринная система

Признаки патологического ожирения либо нарушения питания. Щитовидная железа, ее величина, консистенция, болезненность. Наличие глазных симптомов при гипертиреозе. Вторичные половые

признаки. Прочие расстройства со стороны эндокринной системы.

5.9 Нервная система

Обоняние, вкус.

Органы зрения (подвижность глазных яблок, косоглазие, нистагм; величина и форма зрачков, реакция зрачков на свет, аккомодацию и конвергенцию; острота зрения).

Слух и вестибулярный аппарат.

Мимическая мускулатура, глотание, движение языка. Речь и ее расстройство. Чтение и письмо.

Походка больного: обычная, атактическая, паретическая, спастическая.

Координация движений. Симптом Ромберга. Гиперкинезы: клонические и тонические судороги. Дрожание.

Нарушение поверхностной и глубокой чувствительности и их границы.

Дермографизм.

Менингеальные симптомы.

5.10 Хирургический статус

При наличии патологии какой-либо системы органов (дыхательной, сердечно-сосудистой, пищеварительной, мочевыделительной, эндокринной и т.п.) эта система исключается из обычной схемы последовательного описания систем организма и записывается после всех систем под заголовком «Хирургический статус».

5.11 Местные изменения (status localis)

Наличие в истории болезни *status localis* – отличительная черта хирургической истории болезни. Оценка *status localis* крайне важна, т.к. именно хирурги встречаются в своей работе с ранами, язвами, опухолями и другими патологическими состояниями с яркими локальными проявлениями.

Осмотр. При осмотре зоны патологических изменений нужно оценить характер болезненного процесса (припухлость, рана, выпячивание, новообразование, деформация, язва и т. д.), его локализацию, размеры, цвет кожного покрова в данной области и выраженность сосудистого рисунка. При нарушении целостности кожи (рана, язва) – характер краев, форму и глубину дефекта, вид и количество отделяемого. Следует внимательно изучить антропометрические показатели (длина и окружность конечности и пр.), объем активных движений. Необходимо подчеркнуть важность осмотра симметричных участков тела, обеих конечностей и т.д. для сравнения пораженной и интактной зоны.

Пальпация. При пальпации необходимо определить болезненность (в отличие от боли, болезненность – это возникновение болевых ощущений в ответ на действия врача – пальпацию или осуществление пассивных движений), местную температуру, характер границы болезненного процесса со здоровыми тканями, исследовать пульсацию магистральных артерий и регионарные лимфатические узлы. Важно высчитать объем пассивных движений.

При изучении образования дополнительно необходимо оценить его консистенцию (мягко-эластическая, плотно-эластическая, каменистой плотности), подвижность по отношению к коже и подлежащим тканям, характер поверхности (гладкая, бугристая).

Перкуссия. Определяется характер перкуторного звука (притупление, тимпанит), выявляются специальные симптомы.

Аускультация проводится для обнаружения сосудистых шумов в области образования и некоторых специальных симптомов (определение перистальтики кишечника, проведения сердечных тонов, ослабления дыхательных шумов, «шума плеска» и др.).

Все проведенные методы исследования направлены на то, чтобы поставить диагноз, т.е. определить имеющееся у пациента заболевание.

Физикальное исследование заканчивается вагинальным (у женщин) и ректальным исследованиями.

6. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ (и его обоснование).

После первичного осмотра больного студент должен поставить предварительный диагноз. Для установления и обоснования предварительного диагноза необходим тщательный анализ информации, полученной при физикальном обследовании пациента с учетом соответствия выявленного синдрома (комплекса симптомов) тому или иному ранее известному описанному синдрому в учебной или специальной литературе. Необходимо систематизировать симптомы, определить преимущественное поражение той или иной системы органов – дыхания, кровообращения, пищеварения, мочевого выделения, кроветворения, эндокринной, нервной, опорно-двигательного аппарата. Затем сгруппировать симптомы по признаку общего механизма развития и отношения к определенному органу, т.е. **определить ведущий синдром** и сопоставить его с известным ранее синдромом. При наличии сходства сопоставляемых синдромов и проявлений течения болезни с таковыми при известных заболеваниях устанавливают предварительный диагноз.

Предварительный диагноз формулируется на основании сбора жалоб, анамнеза заболевания и жизни, объективного исследования больного. Он должен логически вытекать из полученных при субъективном и объективном исследовании данных. В предварительном диагнозе выделяются основное заболевание и его осложнения, а также основные сопутствующие заболевания. Устанавливаемый непосредственно при первичном осмотре больного, он во многом определяет эффективность диагностики и лечения. Именно предварительный диагноз определяет срочность и объем предпринимаемых диагностических и лечебных

приемов.

7. ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО

План обследования (вид, объем и порядок применения дополнительных методов исследования) составляется после постановки предварительного диагноза. Его цель – максимально точно поставить клинический диагноз.

Общие принципы обследования. При обследовании хирургического больного следует определиться в решении трех основных проблем:

- срочность обследования;
- рациональный объем обследования;
- последовательность применения диагностических методов.

Прежде чем говорить об этих принципах, хотелось бы напомнить классические правила дополнительного исследования пациента, выдвинутые отечественным терапевтом И.А. Кассирским:

- никогда инструментальное исследование не должно быть опаснее болезни;
- если опасное исследование можно заменить менее опасным или совсем безопасным без ущерба для результативности, надо сделать это;
- следует помнить о противопоказаниях к тем или иным опасным инструментальным исследованиям.

Решение вопроса о срочности проведения обследования. В зависимости от характера заболевания и тяжести состояния больного обследование может проводиться в срочном и плановом порядке. Срочное применение диагностических методов необходимо при таких патологических процессах, как кровотечение различной этиологии, острые заболевания органов брюшной полости, острые гнойные заболевания, травмы и т.д. В этих случаях дополнительные методы необходимы для уточнения тактики в плане оказания срочных лечебных мероприятий. Потребность в применении методов обследования может возникнуть в любое время суток, поэтому ряд основных вспомогательных служб в хирургическом стационаре работает круглосуточно (лаборатория, рентгеновский кабинет, эндоскопический кабинет, кабинет ультразвуковой диагностики). В связи с лимитом времени, отведенного на диагностику, в таких случаях выполняются лишь основные дополнительные методы, без данных которых невозможно решить вопросы лечебной тактики.

Плановое обследование в принципе не ограничено во времени. Здесь могут быть применены все существующие специальные методы, результаты которых могут уточнить состояние больного, выявить особенности локализации, стадии или формы патологического процесса. При этом возможно выполнение сложных исследований в других лечебных учреждениях (например, компьютерная томография, исследование ядерного магнитного резонанса, ангиография и т.д.).

Рациональный объем обследования. Врач должен решить, сколько и каких дополнительных методов применить у данного пациента. Дополнительных методов исследования бесконечно много. Выполнять все – бессмысленно; кроме того, это может значительно затянуть диагностический период и увеличить возможность развития осложнений, которые с очень малой частотой, но все-таки встречаются при использовании специальных диагностических методов. Поэтому вопрос о рациональном объеме лабораторно-инструментального исследования решается индивидуально в каждом конкретном случае.

Существуют определенные схемы обследования. Например, есть минимальный объем обследования больного перед любой плановой операцией.

При внезапно возникших болях в животе необходимо взять у больного клинический анализ крови, общий анализ мочи, провести ультразвуковое исследование брюшной полости, обзорную рентгенограмму живота, фиброгастроскопию.

При травме конечности следует сделать клинический анализ крови, общий анализ мочи и рентгеновский снимок поврежденной конечности.

Однако даже такие простые схемы в конкретных ситуациях могут видоизменяться. Назначать дополнительный метод исследования врач должен только тогда, когда при его применении можно ожидать определенного (положительного или отрицательного) результата, и не делать этого формально, бездумно. Поэтому объем проведения специальных методов исследования должен быть минимально достаточным для постановки развернутого клинического диагноза и выяснения всех особенностей течения патологического процесса, способных повлиять на выбор метода и тактику лечения.

Последовательность применения диагностических методов. Применяя различные специальные методы, врач должен четко соблюдать принцип: от простого – к сложному, от неинвазивных методов – к инвазивным. Что это значит? В ряде случаев при обследовании больного на определенном этапе диагноз становится ясным и дальнейшее его продолжение ни к чему. При верной последовательности применения методов это позволяет избежать сложных, более опасных для больного инвазивных процедур.

Инвазивными называются те методы исследования, при выполнении которых происходит нарушение целостности покровных тканей и, соответственно, появляется возможность развития таких осложнений, как кровотечение, хирургическая инфекция, повреждение внутренних органов. К инвазивным методам исследования относятся ангиография, биопсия, диагностические пункции, лапароскопия, торакоскопия и др. Их применение является необходимым при многих заболеваниях, но назначать их нужно только тогда, когда неинвазивные методы исчерпали свои возможности и не дали точного результата.

Основные диагностические методы:

1) лабораторные методы:

- клинические анализы;
- биохимические анализы;
- цитологическое исследование;
- гистологическое исследование;
- бактериологическое исследование;
- серологические и иммунологические методы;

2) рентгеновские методы (в том числе и компьютерная томография);

3) ультразвуковое исследование;

4) эндоскопические методы;

5) электрофизиологические методы;

6) радиоизотопное исследование;

7) исследование ядерно-магнитного резонанса (ЯМР).

8. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНОГО И ИНСТРУМЕНТАЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО

В этом разделе академической истории болезни необходимо отразить результаты тех исследований, которые были намечены планом обследования больного (лабораторных, рентгенологических, инструментальных исследований, функциональных исследований, пункций, биопсий и т.п.) и соотнести полученные результаты с нормальными показателями.

9. КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ (и его обоснование)

Клинический диагноз формулируется на основании данных, полученных при сборе жалоб, анамнеза, объективного исследования больного, а также результатов проведенного дополнительного лабораторно-инструментального обследования. В нем так же, как и в предварительном, но более полно и точно, выделяют основное заболевание и его осложнения, отражают сопутствующую патологию.

10. ПЛАН И МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОГО

В этом разделе необходимо указать предполагаемый метод лечения (только консервативный, только оперативный или консервативное лечение с последующей операцией) заболевания, диагностируемого у курируемого больного.

При необходимости проведения консервативного лечения следует указать схему лечения (диета, режим, медикаментозные средства, физиолечение, лечебная физкультура, массаж и т.п.). Но при описании медикаментозного лечения студенты должны обозначить лишь группы применяемых лекарственных препаратов. Прописи конкретных препаратов с указанием их разовых и суточных доз, а также методов их введения не требуется, т.к. студенты 3-го курса только начинают изучать дисциплину «Фармакология». При определенных условиях консервативный метод лечения может рассматриваться как предоперационная подготовка.

Целесообразно перечислить все симптомы и синдромы, свидетельствующие о необходимости оперативного вмешательства. Важно правильно оценить общее состояние больного для решения вопроса о возможности выполнения оперативного вмешательства, т.е. определить к какой группе (к группе операбельных, условно операбельных или неоперабельных пациентов) относится курируемый больной.

При положительном решении вопроса об оперативном вмешательстве важно:

- конкретизировать показания к операции (жизненные, абсолютные, относительные);
- обозначить цель вмешательства (диагностическая, лечебная);
- уточнить характер предполагаемой операции (радикальная или паллиативная операция);
- определить срочность выполнения (экстренная, срочная, отсроченная, плановая операция);
- указать объем вмешательства.

11. ПРЕДОПЕРАЦИОННЫЙ ЭПИКРИЗ

Предоперационный эпикриз является одной из важнейших составляющих истории болезни (как клинической, так и академической), поэтому все действия врача в предоперационном периоде должны быть в нем отражены.

Предоперационный эпикриз должен быть составлен таким образом, чтобы были абсолютно ясны показания и противопоказания к операции, необходимость ее выполнения, адекватность предоперационной подготовки и оптимальность выбора как вида операции, так и способа обезболивания. Необходимость такого документа обусловлена тем, что при повторном синтетическом рассмотрении результатов клинического обследования для любого врача, читающего историю болезни, да и для самого лечащего врача наиболее четко вырисовываются показания и противопоказания к операции, сложности, которые могут встретиться при ее выполнении, особенности течения послеоперационного периода и другие важные моменты. Предоперационный эпикриз отражает степень готовности пациента к операции и качество проведенной предоперационной подготовки.

Предоперационный эпикриз включает в себя следующие разделы:

- мотивированный диагноз;
- показания к операции;
- противопоказания к операции;
- название планируемой операции;
- вид обезболивания;
- положение больного на операционном столе;
- степень риска операции и наркоза;
- группа крови и Rh-фактор;
- предполагаемый объем кровопотери и необходимость интраоперационной гемотрансфузии;
- согласие больного на операцию;
- риск развития тромбозмболических осложнений;
- хирургическая бригада (в академической истории болезни данный пункт может быть пропущен).

Для наглядности ниже представлен возможный схематичный вариант написания предоперационного эпикриза.

ПРЕДОПЕРАЦИОННЫЙ ЭПИКРИЗ

На операцию (указать дату) подготовлен больной (указать ФИО), (указать возраст) с диагнозом:
(указать диагноз).

Больной был госпитализирован (дата) в (экстренном или плановом) порядке.

Диагноз поставлен на основании:

- жалоб больного (указать основные жалобы);
- данных анамнеза (указать значимые факты из анамнеза);
- данных объективного исследования (указать диагностически значимые моменты);
- данных лабораторных методов исследования (указать);
- данных инструментальных методов исследования (указать).

Поставленный диагноз является абсолютным (или относительным) показанием к операции. Из сопутствующих заболеваний отмечается (указать диагноз сопутствующей патологии).

Больному(ой) необходимо выполнение плановой (или экстренной) операции. В клинике проведен курс предоперационной подготовки, включающий (указать мероприятия).

Планируется под местной анестезией (с элементами нейролептаналгезии или под общим обезболиванием) выполнить операцию (указать название операции).

Степень риска операции и наркоза (указать степень).

Группа крови (указать группу и Rh-фактор).

Предполагаемый объем кровопотери (указать) и необходимость интраоперационной гемотрансфузии...

Согласие больного на операцию получено.

Риск развития тромбозмболических осложнений (указать) и предполагаемые меры профилактики (указать).

Опируют: хирург _____ ассистент _____ (в академической истории болезни можно не указывать).

12. ПРОТОКОЛ ОПЕРАЦИИ

Протокол хирургической операции в академической истории болезни должен быть составлен на основе изученных научных источников и представлен следующим образом.

ПРОТОКОЛ ОПЕРАЦИИ №

Дата _____ Начало _____ Конец _____

Операция (название) _____

Вид обезболивания _____

Описание операции:

Положение пациента на операционном столе. Обработка операционного поля.

Доступ (в какой области сделан разрез, его размер, направление, слои рассекаемых тканей).

Описание патологических изменений, обнаруженных при операции.

Интраоперационный диагноз.

Подробное описание хода выполнения операции. Проведен ли гемостаз в ране, число тампонов и дренажей, оставленных в ране (либо полости) с указанием мест их выведения на кожу. Контрольный счет марли и инструментов. Завершение операции (вид швов, повязка).

Описание удаленного макропрепарата.

13. ДНЕВНИКИ НАБЛЮДЕНИЯ

Дневники наблюдения составляются ежедневно. Изложение данных исследований проводится по

системам в такой же последовательности, как при написании объективного статуса, но очень лаконично. Наибольшее внимание следует уделить описанию той системы и тех органов, которые повреждены или могут быть повреждены при данном патологическом процессе.

Описываются все выявленные патологические симптомы и сопоставляются с результатами, полученными ранее.

У больных в послеоперационном периоде ежедневно следует считать пульс, измерять артериальное давление, выслушивать сердце, легкие, особенно нижние отделы (возможность послеоперационной пневмонии). Отмечается течение заболевания в динамике с обязательным указанием состояния больного и всеми проводимыми методами лечения, которые были использованы.

Нужно проводить пальпацию живота, следить за тем, нет ли признаков перитонита, следить за функцией кишечника (отхождение газов, стул), мочеиспусканием. Указывают состояние повязки. Следует описать перевязку: состояние раны (дренажная система, раневое отделяемое, швы) и что сделано при перевязке.

В таблице 1 представлена схема дневника наблюдения.

Таблица 1

Возможный вариант написания дневника наблюдения (указать сутки после операции)		
Дата <i>t</i> утром <i>t</i> вечером Пульс А/Д ЧДД	Текст дневника	Назначения
	<p>Жалобы – самочувствие.</p> <p>Общее состояние, изменения во внутренних органах и в области заболевания.</p> <p>Состояние повязки, отделяемое из дренажей.</p> <p>Физиологические отправления.</p> <p>Перевязка. Характер и количество отделяемого из раны.</p> <p>Описание раны (форма, размеры, грануляции, некрозы) и состояние окружающих рану тканей (отек, цвет и т.д.). Отразить, что сделано при перевязке</p>	<p>Диета.</p> <p>Режим.</p> <p>ЛФК.</p> <p>Лекарственные назначения.</p> <p>Исследования: анализы мочи, крови, рентгеновские, эндоскопические и пр.</p> <p>Процедуры</p>

В академической истории болезни необходимо написать 3–4 дневника, где указать положительную динамику заболевания. Для удобства написания дневник можно представить в виде таблицы (таблица 1). В первом столбце указать все цифровые показатели (дата, температура, пульс, артериальное давление, частота дыхательных движений, количество отделяемого по дренажам, зонду и т.д.). Во втором столбце – текст дневника, а в третьем – назначения. Принимая во внимание, что студенты третьего курса только начинают изучать фармакологию, написания названий препаратов и их дозировки не требуется. Но в назначениях необходимо указать стол, режим и лечебную физкультуру, название группы препаратов, профилактические мероприятия и исследования.

Возможно написание дневника без выделенных граф. Указывается дата написания, день после операции, описательная часть с указанием цифровых показателей, а после дневника делаются назначения.

14. ПРОГНОЗ

- 1) для жизни;
- 2) для полного выздоровления;
- 3) для восстановления трудоспособности.

15. ПРОФИЛАКТИКА (возникновения и рецидивов болезни)

16. ЭПИКРИЗ

В эпикризе указывается краткое содержание истории заболевания, приводятся все данные, на основании которых был поставлен диагноз. Кратко обосновывается необходимость оперативного вмешательства с указанием даты и его характера. Подчеркиваются особенности послеоперационного течения (сроки удаления дренажей, снятия швов, характер заживления раны), отражается эффективность примененных методов лечения (консервативных и хирургических). В эпикризе должны быть указаны

рекомендации по дальнейшему лечению и прогноз течения заболевания.

Так как эпикриз – это краткое врачебное заключение о больном и течении его заболевания в процессе проведенного лечения, оформляемое при выписке больного из стационара, переводе в другое лечебное учреждение, в случае смерти пациента, то в нем должны найти отражение следующие основные положения.

1. Дата поступления и срок пребывания в больнице.
2. Развернутый клинический диагноз, включающий основное заболевание, его стадию, наличие сопутствующей патологии, осложнения основного заболевания.
3. Обоснование диагноза с перечислением основных симптомов, данных лабораторного, инструментального, функционального, морфологического (гистологическое, цитологическое исследование биопсийного материала) исследований.
4. Проведившееся лечение с указанием выполненной операции, дополнительного лечения – антибактериальное, иммунотерапия, физиотерапия.
5. Послеоперационное течение с указанием осложнений.
6. Состояние больного на момент выписки с указанием его трудоспособности.
7. Рекомендации дальнейшего лечения с указанием лекарственных средств, методов лечебной физкультуры, диеты, санаторного лечения, необходимости наблюдения врачами других специальностей.
8. При летальном исходе после описания течения болезни указывают непосредственную причину смерти больного.
9. При выдаче больничного листа указать трудоспособность пациента.
10. Указать сроки явки пациента на амбулаторный прием к нужному специалисту.

Возможны различные варианты изложения материала. Приводим один из вариантов написания начала выписного эпикриза.

Больной (указать ФИО, возраст) находился на стационарном лечении в (указать отделение, больницу) с (дата) по (дата) с диагнозом (указать основное заболевание, его осложнения, сопутствующую патологию).

ЛИТЕРАТУРА

В список включаются все учебники, монографии и журнальные статьи, которыми пользовался куратор при написании истории болезни, с указанием фамилии и инициалов автора, названия произведения, места и года издания, выпуска, номера тома и страниц.

Дата _____ Подпись куратора _____

Оценка _____ Подпись преподавателя _____

Критерии оценивания компетенций (результатов) :

Высшая оценка **«отлично»** ставится за всестороннее полное обследование больного, постановку точного диагноза, определения полной схемы лабораторного и инструментального обследования, правильного обоснования клинического диагноза, проведения полного дифференциального диагноза, определения и обоснования лечебной тактики, прогноза заболеваний, установления правильных и точных рекомендаций для последующего этапа лечения и объективного оформления (этапного или выписного) эпикриза. Работа хорошо оформлена в четком соответствии со схемой обследования больного.

Оценка **«хорошо»** ставится при нарушении одного из вышеизложенных требований, но при условии глубокой и самостоятельной проработки темы, а также соблюдении всех других требований.

Оценка **«удовлетворительно»** ставится за работу, содержание которой свидетельствуют о том, что студент добросовестно провел курацию больного, оформил историю болезни в соответствии с требованиями, однако допустил ошибки в различных разделах (диагнозе, сопоставлении физикальных данных и данных инструментального (лабораторного) обследования, плане обследования или лечения и др.).

Работа, которую преподаватель признал неудовлетворительной, возвращается для переработки с учетом высказанных в отзыве замечаний. История болезни должна быть написана в сроки, устанавливаемые кафедрой (как правило, за три дня до окончания цикла занятий).

При несвоевременном представлении истории болезни на кафедру снижается оценка на 1 балл, а непредставление ее к началу сессии приравнивается к неявке на экзамен. Поэтому студент, *не сдавший без уважительных причин историю болезни, получает неудовлетворительную оценку по истории болезни, считается не прошедшим промежуточную аттестацию по дисциплине и не допускается к сдаче экзамена по данной дисциплине.*

По решению кафедры отлично написанные академической истории болезни могут быть защищены и в виде доклад с мультимедийной презентацией на заседании научного студенческого общества и представлены на внутривузовский и иные конкурсы студенческих научных работ.

Описание шкалы оценивания: 4х балльная: отлично, хорошо, удовлетворительно, неудовлетворительно. Пересчет шкалы в 100 балльную осуществляется в соответствии соответствует п. 3.4.2. СМК-ПЛ-7.5-06 «Положения о кредитно-модульной системе НИЯУ МИФИ».

Методические рекомендации составили:

С.Г. Анашкин – заведующий кафедрой хирургических болезней, доктор медицинских наук, доцент

И.Д. Корнилецкий – доцент кафедры хирургических болезней, кандидат медицинских наук

Рецензент:

А.А. Котляров – декан медицинского факультета, доктор медицинских наук, профессор