

Запорожский государственный медицинский университет

Визир В.А., Приходько И.Б., Демиденко А.В.

**КУРАЦИЯ БОЛЬНЫХ В КЛИНИКЕ
ВНУТРЕННЕЙ МЕДИЦИНЫ**

**УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ
для аудиторной и внеаудиторной работы студентов
5 курса медицинского факультета**

Запорожье - 2013

Учреждение-разработчик:

Запорожский государственный медицинский университет МОЗ Украины

Составители:

Визир В.А. - зав.кафедрой, д.м.н., профессор

Приходько И.Б. - к.м.н., доцент

Демиденко А.В. - к.м.н., доцент

Рецензенты:

Заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней с уходом за больными ЗГМУ, д.мед.н., профессор Сиволап В.В

Заведующий кафедрой здравоохранения, социальной медицины и ВТЭ ЗГМУ, д.мед.н. Клименко В.І

Курация больных в клинике внутренней медицины. Учебно-методическое пособие для аудиторной и внеаудиторной работы студентов курса медицинского факультета. – Запорожье, ЗГМУ, 2013. – 47 с.

Пособие утверждено на заседании ЦМС ЗГМУ 22 февраля 2013 г., протокол №3

Содержание

Стр.

| | |
|--|----|
| Вступление | 5 |
| Список сокращений | 6 |
| I. Общие рекомендации по работе с больным | 7 |
| 1.1. Особенности сбора жалоб и анамнеза..... | 8 |
| 1.2. Объективное исследование | 9 |
| 1.3. Работа с медицинской документацией | 10 |
| 1.4. Завершающие этапы курации..... | 11 |
| II. Курация больного с оформлением полной, «академической» истории болезни..... | 13 |
| 2.1. Общие замечания по курации | 13 |
| 2.2. Рекомендации по оформлению истории болезни..... | 13 |
| Паспортная часть | 15 |
| Жалобы | 15 |
| Анамнез болезни | 16 |
| Анамнез жизни | 16 |
| Объективное исследование | 17 |
| Предварительный диагноз и его обоснование | 21 |
| План обследования | 22 |
| Результаты дополнительных исследований | 23 |
| Дифференциальный диагноз | 24 |
| Клинический диагноз | 27 |
| Этиология и патогенез | 28 |
| Общие принципы лечения | 28 |
| Рекомендуемое лечение..... | 28 |
| Фактическое лечение..... | 29 |
| Прогноз | 29 |
| Дневники наблюдений | 30 |
| Особенности течения данного заболевания..... | 30 |

| | |
|---|----|
| Эпикриз..... | 30 |
| 2.3. Критерии оценки оформления истории болезни..... | 32 |
| 2.4. Защита истории болезни на итоговом занятии | 34 |
| III. Курация больного с оформлением краткой истории болезни | 35 |
| 3.1. Общие замечания | 35 |
| 3.2. Рекомендации по оформлению истории болезни | 36 |
| 3.3. Критерии оценки истории болезни | 41 |
| IV. Работа с тематическими больными на практическом занятии | 42 |
| 4.1. Общие замечания | 42 |
| 4.2. Рекомендации по оформлению протоколов курации больных | 43 |
| Литература..... | 47 |

Вступление

Предлагаемое учебное пособие посвящено важнейшей составляющей учебного процесса на клинической кафедре – практической работе студента с больным.

Целью нашей работы являлась помощь студентам 5 курса, изучающим дисциплину «Внутренняя медицина» по новой программе МЗ Украины, разработанной с учетом основных положений Болонской системы. Основной частью практических занятий является сейчас непосредственная работа студента с больным, а с увеличением объема изучаемого теоретического материала, возрастанием роли самостоятельной работы студентов в его усвоении, возникла необходимость в соответствующем учебно-методическом обеспечении, помогающем студентам в работе с больным и правильном оформлении учебной медицинской документации.

Пособие написано на основе литературных данных и собственного опыта работы на кафедре внутренних болезней №2 Запорожского государственного медицинского университета и предназначено для студентов 5 курса медицинских факультетов, изучающих 2-й модуль дисциплины «Внутренняя медицина» по специальностям «Лечебное дело» и «Педиатрия».

*Вадим Анатольевич Визир, доктор мед. наук, профессор
Игорь Борисович Приходько, кандидат мед. наук, доцент
Александр Викторович Демиденко, кандидат мед. наук, доцент*

*69035 Украина, г.Запорожье, ул. Маяковского, 26.
Запорожский государственный медицинский университет.*

Список сокращений

АД – артериальное давление

КТ – компьютерная томография

МРТ – магниторезонансная томография

СКФ – скорость клубочковой фильтрации

УЗИ – ультразвуковое исследование

ХБП – хроническая болезнь почек

ХОЗЛ – хроническое обструктивное заболевание легких

I. ОБЩИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО РАБОТЕ С БОЛЬНЫМ

При изучении студентами курса внутренней медицины, как и других клинических дисциплин, в соответствие с типовой учебной программой, утвержденной МОН и МОЗ Украины, акцент делается на навыках сбора анамнеза, проведения физикального обследования и дифференциальной диагностики частых клинических симптомов и заболеваний.

Учебная программа предусматривает, что студенты на практических занятиях ведут дневники, куда ежедневно записывают клинические данные об обследованных больных в виде протоколов курации и показывают их ассистенту, и, кроме того, во время каждого смыслового модуля пишут студенческую историю болезни (одна из них - полная «академическая», написанная от руки).

Курация пациента предусматривает:

- 1) выяснение жалоб больного, анамнеза заболевания и жизни, проведения опроса по органам и системам;
- 2) проведение физикального обследования больного и определение основных симптомов заболевания;
- 3) анализ данных лабораторного и инструментального обследования больного;
- 4) формулировка диагноза больного;
- 5) назначение обследования и лечения;
- 6) определение мер первичной и вторичной профилактики;
- 7) доклад результатов обследования больного в учебной группе, разбор под руководством преподавателя правильности установления диагноза, дифференциального диагноза, объема назначенного обследования, лечебной тактики, оценки прогноза и работоспособности.

При изучении внутренней медицины на 5 курсе (модуль 2) студенты должны провести курацию больных со следующими заболеваниями:

- превентивное лечение и поддержание здоровья – 1 пациент;
- лечение гериатрических пациентов – 1 больной;

- кардиоваскулярные болезни (артериальная гипертензия, ИБС, пороки сердца, кардиомиопатии, аритмии, острая и хроническая сердечная недостаточность) – не менее 9 больных;
- ревматологические заболевания (болезни суставов, СЗСТ) – не менее 4 больных;
- заболевания почек – 2 больных;
- заболевания органов дыхания – 3 больных.

1.1. Особенности сбора жалоб и анамнеза.

Приступая к опросу больного, следует учитывать некоторые психологические моменты. Прежде всего, вопрос не должен содержать «навязанного» ответа. Например, при сборе жалоб больного с предполагаемой стабильной стенокардией напряжения вопрос о локализации боли лучше сформулировать так: «Пожалуйста, покажите пальцем, где болит». (Одно дело, если пациент в ответ опишет пальцем неопределенный круг, отражающий разлитой характер боли, другое – если укажет на точку в области верхушки, что обычно характерно для кардиалгий). О связи боли с физической нагрузкой можно спросить: «На какой этаж вы можете подняться по лестнице в среднем темпе без остановки (или: какое расстояние можете пройти, не отставая от здоровых людей)? Какие ощущения остановят вас?».

Задавая вопрос о наличии болей, следует помнить, что некоторые пациенты не воспринимают чувство давления, сжатия или просто дискомфорта как боль, поэтому зачастую лучше спросить, какие именно неприятные ощущения возникают у больного. Эта особенность часто касается ангинозной боли, которую многие пациенты воспринимают как чувство тяжести или дискомфорта в грудной клетке, головных болей при артериальной гипертензии, которые у большинства больных воспринимаются как чувство тяжести в голове или иными ощущениями. Подобная ситуация может быть с болями при хроническом пиелонефрите, заболеваниях печени и другой патологии. Исходя из этого, формулировка вопроса, на примере гипертонической болезни, может быть следующей: «Как вы чувствуете, что у Вас повысилось артериальное давление?».

Собирая анамнез при хронических заболеваниях, протекающих с обострениями и ремиссиями (ХОЗЛ, хр. пиелонефрит), помните, что больной в период ремиссии может считать себя совершенно здоровым, а потому очередное обострение воспринимает как новое заболевание. Классический пример тому – ХОЗЛ I-II ст. На вопрос такому больному «Как давно (или даже: сколько лет) вы болеете?», можно получить уверенный ответ: «Только 2 недели». И лишь спрашивая: «А в прошлом году осенью вы кашляли? А в позапрошлом?», - вы получите нужную информацию о его анамнезе.

Свои особенности имеет сбор анамнеза у больных гипертонической болезнью. Как правило, началом своего заболевания они считают не время, с которого у них установилась стойкая артериальная гипертензия выше 140/90 мм рт. ст., а дату, когда у них так сильно заболела голова, что они вынуждены были обратиться к врачу. Учитывая это, вопрос о начале заболевания может звучать так: «С какого времени (или: «как давно?») артериальное давление у Вас стало выше 140/90?». Если артериальная гипертензия была выявлена случайно, в истории болезни следует так и указать, например: «Повышенное артериальное давление было впервые выявлено 3 года назад во время медосмотра. Ранее АД не измерял, к врачу не обращался».

В целом, ведя разговор с больным, не позволяйте ему навязать вам подробный рассказ о каких-то несущественных моментах, отклонившись тем самым от выяснения важных деталей. Больной, естественно, всегда пытается рассказать врачу в первую очередь о том, что в данный момент его беспокоит больше всего, хотя это часто не отражает сути заболевания и не представляет угрозу для жизни. Задача врача – направить диалог с больным в конструктивное русло для выяснения только необходимой информации, что одинаково важно как для врача, так и для больного.

1.2. Объективное исследование

Направляясь к больному, студент должен иметь опрятный внешний вид, медицинскую форму одежды (в клинике внутренней медицины принят только белый цвет халата и шапочки), фонендоскоп и, по возможности, аппарат для

измерения АД. Мембрана фонендоскопа должна быть мягкой, эластичной, достаточно большого диаметра, в противном случае вы не сможете правильно оценить звучность сердечных тонов. Существуют жесткие специальные мембраны, используемые как высокочастотные фильтры, но для обычного выслушивания сердца и легких они не подходят. Для измерения АД врачу удобно использовать стрелочный сфигмоманометр, накачиваемый вручную, потому что автоматические аппараты, как правило, отказываются работать при нарушениях ритма сердца.

Перед курацией студентам имеет смысл повторить основы пропедевтики внутренних болезней – методику осмотра, пальпации, перкуссии и аускультации пациента. Опыт работы на кафедре показывает, что у студентов 5 курса чаще всего трудности вызывают:

- пальпация печени, кишечника, почек;
- перкуссия сердца (как абсолютной, так и относительной сердечной тупости), легких (особенно определение уровня плеврального выпота), печени по Курлову, селезенки;
- точки для аускультации сердца, легких (особенно для выслушивания средней доли правого легкого и верхних долей); определение дефицита пульса при фибрилляции предсердий.

1.3. Работа с медицинской документацией

Следующим этапом курации больного, вслед за опросом и объективным исследованием, является работа с его медицинской документацией - амбулаторной картой или историей болезни. Студент знакомится с данными дополнительных исследований (лабораторные данные, инструментальные исследования, консультации специалистов) и записывает их. При написании студенческой истории болезни или дневника курации данные дополнительных исследований приводятся в следующем порядке, с обязательным указанием даты исследования:

- общеклинические лабораторные анализы;
- биохимические анализы;

- серологические анализы;
- инструментальные исследования (ЭКГ, УЗИ, эндоскопия, рентгенография, КТ, МРТ и др.);
- консультации специалистов.

При работе с медицинской документацией студентам запрещается выносить ее из кабинета врача поликлиники или за пределы медицинского поста стационара, так как она может срочно понадобиться лечащему врачу. В исключительных случаях, если по просьбе преподавателя студент выносит историю болезни (или ее часть, например, ЭКГ или рентгенограммы) он в обязательном порядке должен уведомить об этом лечащего врача или постовую медсестру.

1.4. Завершающие этапы курации

После физикального обследования больного и ознакомления с данными дополнительных исследований студенту необходимо проанализировать полученную информацию и сформулировать диагноз. Формулировка как предварительного, так и клинического диагнозов должна быть полной и соответствовать принятой классификации. В диагностически неясных случаях или при наличии у пациента многих заболеваний студент может обсудить с преподавателем сложные моменты, представив ему свой вариант диагноза. Если у пациента имеется хроническое заболевание в периоде ремиссии, не имеющее связи с основным заболеванием и не влияющее на его прогноз, по согласованию с преподавателем оно может быть упомянуто только в анамнезе жизни больного без вынесения в диагноз.

Следующий этап – составление плана дальнейшего обследования пациента и его лечения. При работе с тематическим больным на практическом занятии или при курации для написания краткой истории болезни внимательно изучите сначала имеющиеся данные, обратите внимание, как давно они были получены. При остром патологическом процессе (например, пневмонии) могут потребоваться повторные анализы крови для контроля состояния пациента, в других ситуациях повторение, к примеру, общего анализа крови будет признано необоснованным. Сходная ситуация и с анализами мочи: если при хроническом пиело-

нефрите требуется повторить анализ мочи для контроля эффективности лечения, то при многих других заболеваниях он выполняется однократно и его повторение будет излишним. Оцените, все ли анализы (биохимические, иммунологические и др.) были сделаны больному для подтверждения клинического диагноза и исключения сходно протекающей патологии? Все ли инструментальные исследования были проведены с этой же целью? Как правило, нет. Часть анализов уже запланирована лечащим врачом, но еще не проведена, другие исследования вообще могли не планироваться из-за отсутствия возможности их проведения. Тем не менее, студент обязан запланировать больному полный перечень необходимых исследований в соответствии с существующими стандартами. С другой стороны, в истории болезни могут быть запланированы исследования, не относящиеся к имеющейся на данный момент патологии. Бездумное перенесение такого плана в студенческую историю болезни будет ошибкой.

Составив план обследования больного, студент переходит к плану лечения. План лечения больного должен не только основываться на диагнозе, но учитывать также возрастные особенности, пол, сопутствующие заболевания. Лечение должно соответствовать современным рекомендациям и стандартам ведения больных. После плана лечения указываются меры первичной и вторичной профилактики заболевания.

Оформляя учебную медицинскую документацию (история болезни, протокол курации) студент в соответствии с законом Украины о защите персональных данных не должен указывать фамилию, имя, отчество больного (указывается только первая буква фамилии), домашний адрес (можно указать только район города или название села), место работы (указывается только профессия).

II. КУРАЦИЯ БОЛЬНОГО С ОФОРМЛЕНИЕМ ПОЛНОЙ, «АКАДЕМИЧЕСКОЙ» ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ

Как правило, эта курация проводится в течение первых занятий модуля 2 внутренней медицины в осеннем семестре. История болезни пишется в «академическом» стиле, подробно, предварительный диагноз основывается только на данных опроса и физикального обследования больного, без использования данных дополнительных исследований. Студент выступает здесь в роли врача, ведущего первичный осмотр больного, поступающего в стационар. В план обследования больного включаются поэтому все необходимые диагностические процедуры, независимо от их наличия или отсутствия в реальной врачебной истории болезни. Проведение дифференциального диагноза, изложение этиологии, патогенеза и принципов лечения требуют от студента изучения современной медицинской литературы (монографии, обзоры литературы по данной теме) в объеме, превышающими требования учебной программы. На написание истории болезни дается обычно 7-8 дней. По своей значимости эта работа соответствует в какой-то степени курсовым работам студентов немедицинских ВУЗов, баллы за ее оценку входят в сумму баллов итогового модульного контроля.

2.1. Общие замечания по курации

Курация проходит в течение первых трех занятий модуля. В первый день студент знакомится с больным, собирает его жалобы, анамнез, проводит объективное исследование. На это выделяется около 45 мин. практического занятия. В последующие два дня студент повторно осматривает больного и выясняет изменения в его состоянии. Кроме того, в третий день студент работает с медицинской документацией (история болезни, амбулаторная карта), выписывая данные дополнительных исследований. На курацию в эти дни тратится обычно до 30 мин. практического занятия.

2.2. Рекомендации по оформлению истории болезни

История болезни пишется студентом собственноручно на листах бумаги формата А4, печатный текст допускается только на титульном листе. Рукописный текст располагается только на лицевой стороне листа, с соблюдением полей (поле слева 3см, сверху и снизу 2см, справа 1,5см). Каждый раздел рекомендуется начинать с новой страницы, за исключением коротких, занимающих менее половины страницы. История должна быть написана темными чернилами (синими или черными), аккуратно,

разборчивым почерком. Работы, выполненные неаккуратно, небрежно, нечитаемым почерком, к проверке не принимаются.

Образец титульного листа показан на рис.1

| | |
|---|--|
| <p>МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УКРАИНЫ Запорожский государственный медицинский университет</p> <p>Кафедра внутренних болезней №2 Зав. кафедрой <u>д.мед.н., профессор Визир В.А.</u> Преподаватель _____</p> <p>ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ</p> <p>больного (ой) _____ возраст _____</p> <p>КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ</p> <p>Основное заболевание _____ _____ Сопутствующие _____ _____ _____</p> <p>Куратор _____ студент _____ курса _____ группы медицинского факультета Начало курации _____ Окончание курации _____</p> <p style="text-align: center;">Запорожье – 201_г.</p> | |
|---|--|

Рис. 1. Титульный лист истории болезни.

Далее история болезни пишется в соответствии с приведенными методическими рекомендациями. Курсивом выделены дополнительные советы и указания.

ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

Больной _____ Возраст _____

Место жительства _____

Профессия _____

Дата госпитализации в клинику _____

ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО

Опрашиваются жалобы как на момент поступления больного в клинику, так и на момент курации. В раздел «Жалобы» истории болезни выносятся жалобы больного при поступлении в стационар. Его жалобы в день осмотра отражаются в первом дневнике раздела «Дневники наблюдений».

В первую очередь собираются так называемые активные жалобы, которые предъявляет больной на вопрос: «Что Вас беспокоит?». Жалобы излагаются подробно с полной характеристикой каждой из них. Например, боль характеризуется локализацией, продолжительностью, условиями возникновения, интенсивностью, иррадиацией и т.д. Аналогичным образом необходимо получить детальную характеристику каждой жалобы. После оценки «активных» жалоб часто уже можно предположить о заболевании той или иной системы (сердечно-сосудистой, пищеварительной и т.д.). Затем следует задать вопросы больному относительно тех жалоб, которые встречаются при заболеваниях данной системы, но о которой больной не упомянул («пассивные жалобы»). Далее проводится расспрос по системам, выявленные жалобы отражаются в истории болезни.

При описании жалоб сначала излагаются жалобы, отражающие сущность основного заболевания (например, ангинозные боли у больного стенокардией, головные боли и другие проявления повышенного АД у больного гипертонической болезнью, характеристика кашля, мокроты и одышки у больного ХОЗЛ), затем жалобы, вызванные сопутствующими заболеваниями. Изложение жалоб со стороны какой-либо системы организма завершается жалобами, отражающими функциональное состояние этой системы (например, для

сердечно-сосудистой – сердцебиение и одышка при физической нагрузке как проявление сердечной недостаточности).

ИСТОРИЯ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

Анамнез начинается с указания, когда, где и при каких обстоятельствах появились первые признаки заболевания (с их характеристикой). Выясняются возможные причины, вызвавшие заболевание. Подробно в хронологической последовательности описывается развитие каждого симптома, присоединение новых и дальнейшее их развитие. Указывается проводившееся ранее лечение, его эффективность. При хронических заболеваниях, требующих постоянной базисной терапии, следует отразить, регулярно ли больной лечился, какие препараты и в какой дозировке он постоянно принимал перед госпитализацией. Отражаются частота рецидивов, причины их возникновения, длительность ремиссии. Описывается последнее ухудшение, когда оно возникло, его причины. Указываются причины госпитализации (ухудшение состояния, неэффективность амбулаторного лечения, уточнение диагноза, плановое обследование), больной госпитализирован в плановом порядке (по направлению участкового врача) или ургентно (доставлен бригадой «скорой помощи»). Излагается динамика заболевания и эффективность лечения от момента госпитализации до начала курации.

В случае описания больного с пневмонией или другой острой патологией, когда от момента госпитализации прошло определенное время и физикальные симптомы заболевания к моменту курации уже отсутствуют, можно кратко указать те данные объективного исследования при госпитализации, которые необходимы для обоснования предварительного диагноза, со ссылкой на источник информации. Например: «При поступлении ниже угла правой лопатки выслушивались влажные мелкопузырчатые хрипы (по данным истории болезни)»

ИСТОРИЯ ЖИЗНИ БОЛЬНОГО

Место рождения больного. Развитие в детские и школьные годы, учеба. Начало трудовой деятельности и дальнейшая работа (профессиональный маршрут, служба в армии). Подробные сведения об условиях труда (профессио-

нальные вредности, специфические условия работы), быта (жилище, одежда) и питания больного в настоящее время.

Перенесенные заболевания в прошлом, начиная с детства. Венерические болезни, туберкулез, болезнь Боткина, нервные и душевные болезни.

Вредные привычки: употребление алкоголя (ориентировочное количество в неделю, месяц), курение (количество выкуриваемых в день сигарет), употребление наркотиков и др.

Семейно-половой анамнез: у женщин – время появления менструаций, их регулярность, болезненность, продолжительность, количество беременностей и их исход; климакс, время его появления и признаки.

Наследственность, конституциональные заболевания (тучность, подагра, диабет) у родителей и ближайших родственников. Болезни и причины смерти родителей и близких родственников.

Аллергические реакции на природные, пищевые и лекарственные вещества.

ОБЪЕКТИВНОЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНОГО

Состояние больного: удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое, очень тяжелое.

- *удовлетворительное – нет симптомов основного заболевания, есть симптомы астении (как правило, это больные в день выписки из стационара);*
- *средней тяжести – есть симптомы основного заболевания;*
- *тяжелое – есть симптомы состояний, которые могут угрожать жизни (например, приступ сердечной астмы);*
- *крайне тяжелое – угроза жизни непосредственная (напр., отек легкого).*

Положение больного: активное, пассивное, вынужденное.

Сознание: ясное, спутанное, кома.

Выражение лица: спокойное, маскообразное, безразличное, страдальческое, «лицо Гиппократата» и т.д.

Телосложение. Рост. Масса тела.

Кожа: цвет, эластичность, влажность, сыпь, «сосудистые звездочки», «бабочка», кровоизлияния, рубцы, пролежни.

Видимые слизистые и конъюнктивы, их окраска (бледная, цианотичная, обычная).

Волосы, ногти: цвет, форма, исчерченность.

Подкожная клетчатка и степень ее развития. Отеки, их локализация и распространение.

Лимфатическая система: лимфоузлы подчелюстные, шейные, лимфатический шейный валик, над- и подключичные, подмышечные, кубитальные и паховые. Их величина, консистенция, спаянность друг с другом (пакеты), подвижность, болезненность.

Мышечная система: степень развития, болезненность при ощупывании, тонус, тургор, контрактуры, фибриллярные подергивания, гиперкинезы и др.

Костная система: деформация, периоститы, утолщения, сращения, болезненность.

Суставы: величина, конфигурация, подвижность и болезненность при активных и пассивных движениях, при пальпации, температура кожных покровов над суставами; функция суставов: нормальная, ограниченная, анкилозы.

Система органов дыхания

Осмотр: форма грудной клетки (нормостеническая, гиперстеническая, астеническая, плоская, паралитическая, бочкообразная и т.д.) Деформация грудной клетки и позвоночника. Состояние над- и подключичных ямок, положение лопаток. Эпигастральный угол (острый, тупой). Симметричность движений грудной клетки, их частота, тип дыхания (грудной, брюшной, смешанный, Чейн-Стокса, Биота, Куссмауля).

Пальпация: резистентность, болезненность грудной клетки, голосовое дрожание.

Перкуссия: сравнительная перкуссия легких, определение зон притупления, тимпанита и т.д. с указанием их размеров и точной локализации, определение характера перкуторного звука (ясный легочный звук, укорочение, приту-

пление, тупость, коробочный). Топографическая перкуссия – определение высоты стояния верхушек легких спереди и сзади, нижних границ экскурсии краев легких в сантиметрах.

Аускультация: характер дыхания (везикулярное, бронхиальное, жесткое и т.д.), хрипы (сухие и влажные – крупно-, средне- и мелкопузырчатые, звучные, незвучные, крепитация, шум трения плевры), их точная локализация, бронхофония.

Сердечно-сосудистая система

Осмотр: выпячивание (сердечный горб), верхушечный и сердечный толчок, видимая пульсация сосудов, «пляска каротид», пульсация шейных вен, пульсация яремной вены.

Пальпация: верхушечный и сердечный толчок, его локализация и форма, систолическое и диастолическое дрожание.

Перкуссия: границы относительной и абсолютной сердечной тупости, ширина сосудистого пучка в сантиметрах.

Аускультация: ритм сердечной деятельности (правильный, неправильный), число сердечных сокращений в минуту. Тоны сердца (указываются изменения громкости тонов), расщепление и раздвоение (какого тона и над какой точкой); шумы – их локализация, характер (нежный, скребущий, музыкальный и т.д.), распространение и место наилучшего выслушивания шума, шум трения перикарда.

Исследование сосудов: осмотр (видимая пульсация) и ощупывание доступных артерий, выслушивание каротид, бедренных артерий (феномен Траубе-Виноградова-Дюрозье), выслушивание шейных вен (шум волчка).

Пульс: частота, наполнение, напряжение, ритм, форма, наличие асимметрии пульса (при аритмии одновременное с подсчетом пульсовых ударов выслушивание сердца, с определением так называемого дефицита пульса), капиллярный пульс).

Артериальное давление: на обеих руках, при артериальной гипертензии – АД на нижних конечностях.

Система органов пищеварения

Полость рта: дурной запах из рта, губы и слизистая оболочка полости рта (гиперемия, цианоз, пигментация, кайма по краю десен и др.). состояние зубов – число здоровых, кариозных, отсутствие зубов, искусственные. Язык – влажный, сухой, обложенный, так называемый Гунтеров язык. Зев и глотка, миндалины – цвет, величина, налеты и пробки.

Живот: осмотр живота, величина и форма (втянутый, выпяченный, отвислый), расширение кожных вен, видимая перистальтика желудка и кишечника. Состояние пупка.

Пальпация живота: поверхностная (напряжение брюшной стенки, болезненность разлитая и локализованная, симптом Щеткина-Блюмберга), специальное исследование по белой линии (расхождение прямых мышц – грыжи) и паховых каналов (грыжи). Выявление асцита перкуторное и путем определения флюктуации. Глубокая пальпация (по Образцову-Стражеско): кишечник – плеск, болезненность по ходу толстого кишечника, опухоли и др.

Желудок: болезненность в подложечной области (разлитая, болезненные точки, локализация последних), шум плеска и определение нижней границы (опухоль желудка и их местоположение).

Печень: Если печень доступна пальпации, т.е. выступает из-под края реберной дуги – величина, болезненность, поверхность (гладкая, бугристая), край (острый, закругленный), консистенция (плотная, мягкая). Перкуторно определение размеров печени по соответствующим ориентировочным линиям (размеры по Курлову). Специальное обследование области желчного пузыря.

Селезенка: пальпация в различных положениях больного (на спине, на правом боку), в случае, если она пальпируется - ее консистенция и состояние поверхности; перкуссия селезенки (по X ребру) – размеры в сантиметрах (длинник и поперечник).

Мочевыделительная система

Осмотр поясничной области.

Бимануальная пальпация почек, если они пальпируются: величина, форма, консистенция, положение. Симптом поколачивания. Пальпация по ходу мочеточников, надлобковой области (болезненность, опухоль).

Нервно-эндокринная система

Настроение больного, сон, память, зрачковые рефлексы, наличие глазных симптомов, осмотр и пальпация щитовидной железы, устойчивость в позе Ромберга, характер дермографизма, зрение, слух.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ

Предварительный диагноз ставится на основании жалоб, данных анамнеза и объективного исследования, непосредственно подтверждающих наличие основного и сопутствующих заболеваний. Данные дополнительных исследований и консультаций специалистов, проведенных больному ранее, могут быть использованы только как данные анамнеза, например: «... при эндоскопии была выявлена язва антрального отдела желудка», или: «... в течение пяти лет наблюдается у эндокринолога по поводу сахарного диабета». Аналогичным образом могут быть использованы сведения об эффективности определенных препаратов.

Данные дополнительных исследований, проведенных больному в стационаре, а также те данные, которые были выполнены непосредственно перед госпитализацией и напрямую с ней связаны (например, данные рентгенографии легких о пневмонии) отражаются в соответствующем разделе и используются для постановки и обоснования не предварительного, а окончательного клинического диагноза.

Диагнозы основного и сопутствующего заболеваний приводятся в полной формулировке и в соответствии с классификациями, принятыми на момент курации. Если диагнозов несколько, каждый пишется как отдельный абзац.

Далее конкретно и кратко обосновывается каждое положение диагноза (форма, фаза, стадия, течение заболевания и т.д.) данными жалоб, анамнеза и объективного исследования. Сначала приводится обоснование основного, затем сопутствующих (терапевтических) заболеваний и осложнений.

Простое перечисление симптомов, часть из которых не является подтверждением конкретного пункта диагноза, является некорректным и не принимается как обоснование диагноза.

Пример написания раздела:

«На основании жалоб, анамнеза и объективного исследования ставим предварительный диагноз:

ИБС: стабильная стенокардия напряжения III ФК. СН II Б (III ФК).

- ИБС, стенокардия – так как имеются приступы типичной ангинозной загрудинной боли и нет признаков заболеваний, при которых стенокардия может проявиться как синдром;*
- напряжения – ангинозные боли возникают у больного на высоте физической нагрузки;*
- стабильная – так как наблюдается стереотипность приступов, возникающих в ответ на одну и ту же физическую нагрузку;*
- III ФК – ангинозные приступы возникают у больного при ходьбе до 100-150м или подъеме по лестнице меньше чем на 1 этаж, что соответствует данному функциональному классу стенокардии напряжения;*
- СН II Б – у больного периодически развиваются отеки нижних конечностей;*
- III ФК – у больного сердцебиение и одышка отсутствует в покое и возникает при незначительных нагрузках, что соответствует данному классу СН по NYHA».*

ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО

Исходя из предварительного диагноза, студент намечает индивидуальный план наблюдения за больным и его обследование, консультации других специалистов.

Дополнительные методы обследования должны быть направлены на:

- подтверждение предварительного диагноза,
- уточнение степени активности заболевания, его локализации, обширности, глубины,

- определение функционального состояния органов и систем, вовлеченных в патологический процесс,
- исключение сходно протекающих заболеваний.

Обязательными для всех больных являются следующие исследования:

- общий анализ крови;
- общий анализ мочи;
- определение уровня глюкозы в сыворотке крови;
- кровь на реакцию Вассермана;
- анализ кала на яйца глистов;
- рентгенологическое исследование органов грудной клетки (*при отсутствии данных флюорографии в амбулаторной карте*).

Назначение необоснованных исследований является ошибкой. С другой стороны, ошибкой является отсутствие в плане исследований, обязательных для данной патологии (например, осмотр глазного дна окулистом при гипертонической болезни), а также исследований, упомянутых в разделе «Дифференциальный диагноз» как необходимых для больного. При этом планировать следует любые необходимые исследования, независимо от того, проводятся ли они в данном регионе или нет.

При назначении исследований сначала указываются общеклинические лабораторные анализы, затем биохимические, иммунологические анализы, инструментальные методы исследований и консультации специалистов. Названия анализов должны быть написаны грамотно, корректно сформулированы (например, не «кровь на сахар», а «глюкоза крови»), недопустимо использование не общепринятых аббревиатур (ОАК, ОАМ и подобных).

РЕЗУЛЬТАТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО

В этом разделе приводятся результаты лабораторных, рентгенологических, инструментальных и прочих методов исследования с обязательной их интерпретацией, а также консультации специалистов. В отличие от плана обследования, где можно было планировать любые необходимые исследования, в этом разделе приводятся только данные, которые были в оригинальной истории

болезни во время курации. Недопустимо придумывать результаты несуществующего анализа, которого, по мнению студента, не хватает больному.

Результаты исследований приводятся в следующем порядке:

- 1) общий анализ крови;
- 2) биохимические исследования крови (глюкоза крови, липидограмма, протеинограмма и т.д.);
- 3) анализы мочи;
- 4) протоколы (описательная часть и заключение) инструментальных методов исследования (рентгенологических, эндоскопических, УЗИ и т.д.);
- 5) результаты консультаций других специалистов (окулист, эндокринолог и др.).

Обязательно указываются даты проведения исследований. В конце каждого лабораторного анализа после слова «Вывод:» приводится его интерпретация («в пределах нормы», «лейкоцитоз с палочкоядерным сдвигом, свидетельствующие о воспалительной реакции крови» и др.). Выводы по инструментальным исследованиям, как правило, писать нецелесообразно, так как они уже сформулированы в протоколах этих исследований в виде заключений.

Если какие-то исследования проводились многократно, приводятся первое и последнее для отражения динамики заболевания. Для больных хронической болезнью почек (ХБП), с имеющимися данными об уровне креатинина крови, скорость клубочковой фильтрации (СКФ) рассчитывается по формуле (Cockcroft-Gault или MDRD) и вписывается вслед за уровнем креатинина сыворотки крови.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Дифференциальный диагноз проводится путем сравнения наиболее важных симптомов основного заболевания курируемого больного со сходными признаками других заболеваний. Этот раздел начинается с обоснования выбора заболеваний, с которым будет проводиться дифференциальный диагноз. Вначале описываются общие проявления болезни курируемого больного со сходным заболеванием. Далее проводится сравнение каждого симптома у данного боль-

ного с подобными симптомами при других заболеваниях с отражением особенностей (различий) их проявления. Учитываются отсутствие тех симптомов у курируемого больного, которые характерны для другого заболевания, и, наоборот, наличие таких симптомов, которые не характерны для другого заболевания.

Дифференциальная диагностика проводится в том же порядке, в каком проводилось обследование больного: вначале сравниваются жалобы, затем данные анамнеза заболевания и жизни, результаты объективного обследования и, наконец, дополнительных методов исследования и эффективности лечения, которые подтверждают данное заболевание.

При дифференциальной диагностике можно сослаться только на те симптомы и результаты дополнительных методов исследования, которые имеются у данного больного. Следует помнить, что дифференциальный диагноз проводится не между заболеваниями, а между клинической картиной больного и выбранной нозологической формой, поэтому диагноз больного не должен упоминаться в тексте дифференциального диагноза, вместо него употребляется фраза «клиника нашего больного», включающая симптомы как основного, так и сопутствующих заболеваний. (Тем самым, снимается вопрос о том, проводить ли дифференциальную диагностику сопутствующих заболеваний).

Начать раздел можно со следующей вступительной фразы:

«Клиническая картина, сходная с клинической картиной нашего больного, может наблюдаться также при ... <перечисляются заболевания для дифференциального диагноза, не менее трех>»

Далее в виде подраздела с заголовком, соответствующим заболеванию, с которым ведется дифференциальный диагноз (например, «Дилатационная кардиомиопатия») в виде текста излагается сравнительный анализ клинической картины в порядке, аналогичном ее описанию (жалобы, анамнез, физикальные данные, данные лабораторных анализов, инструментальные исследования).

По каждому из пунктов клинической картины анализ проводится в трех направлениях:

- 1) общие проявления болезни (*например: «Как и у нашего больного, при ... <название заболевания> наблюдается ...»*);
- 2) симптомы, характерные для данной нозологической формы, но отсутствующие у больного (*например: «Однако для ... <название заболевания> характерны ... <перечисляются симптомы>, чего нет у нашего больного»*);
- 3) симптомы, имеющиеся у больного, но не характерные для сходно протекающего заболевания (*например: «С другой стороны, у нашего больного имеются ... <перечисляются симптомы>, что не характерно для ... <название заболевания>»*).

После завершения сравнения клинической картины курируемого больного с симптомами другого заболевания делается (как последний абзац подраздела) вывод о вероятности данного заболевания у больного.

Обычно вывод представлен одним из следующих вариантов:

1. *«Таким образом, данное заболевание можно полностью исключить у нашего больного».*
2. *«Таким образом, данное заболевание полностью исключить у нашего больного мы не можем, для этого необходимо проведение... <перечисляются исследования, позволяющие исключить заболевания, которые не были проведены больному>».*
3. *«Таким образом, исключить данное заболевание у нашего больного мы не можем, необходимо дальнейшее наблюдение и повторное проведение ... <перечисляются исследования для исключения заболевания>».*

Первый вариант вывода удается делать редко, поскольку реальный больной на момент курации обычно еще не обследован в том объеме, который необходим для полного исключения выбранного заболевания. Второй вариант – наиболее частый. Третий вариант используется редко, обычно в случаях исключения

длительно и скрытно протекающих, трудно диагностируемых заболеваний (например, некоторых форм туберкулеза легких).

Далее переходят к дифференциальному диагнозу со следующим заболеванием, который проводят и излагают в том же порядке. Как правило, требуется изложение дифференциального диагноза не менее чем с тремя заболеваниями. После завершения написания всего раздела общий вывод обычно делать не требуется, так как выводы уже сделаны по каждой из нозологических форм.

КЛИНИЧЕСКИЕ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ

При обосновании клинического диагноза приводится ссылка на предварительный диагноз, данные дополнительных методов исследований и проведенную дифференциальную диагностику. Клинический диагноз и диагнозы сопутствующих заболеваний приводятся в полной формулировке в виде отдельных абзацев. Обоснование основного, сопутствующих заболеваний и осложнений проводится отдельно, с обоснованием каждого положения диагноза. При этом обоснование диагноза данными жалоб, анамнеза и объективного исследования, уже изложенное в разделе «Предварительный диагноз», повторять здесь не следует. В этом разделе используются только данные дополнительных исследований и консультаций специалистов, которые подтверждают диагноз.

Пример написания раздела:

На основании жалоб, анамнеза, объективного исследования, данных дополнительных исследований и после проведения дифференциального диагноза с исключением сходно протекающих заболеваний ставим клинический диагноз:

ИБС: стабильная стенокардия напряжения III ФК. СН II Б (III ФК).

Сопутствующие заболевания:

Сахарный диабет, тип 2, средней тяжести, субкомпенсация.

- *III ФК – так как по данным велоэргометрии <дата> толерантность больного к физической нагрузке составила 300кГм/мин, что соответствует данному функциональному классу стенокардии напряжения;*
- *Сахарный диабет, тип 2, средней тяжести, субкомпенсация – заключение эндокринолога <дата>.*

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

В этом разделе дается краткое (1-3 страницы) описание современных представлений об этиологии и патогенезе основного заболевания, причинах и механизмах развития конкретной его формы у данного больного.

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ЕГО ПРОФИЛАКТИКА

В разделе излагаются принципы лечения основного заболевания курируемого больного в соответствии с современными рекомендациями и стандартами, принятыми в Украине. Если заболевание имеет несколько форм (например, ИБС), описывается лечение только той формы (например, стабильной стенокардии напряжения), которая имеется у больного. В описание входят:

Мероприятия по устранению факторов риска. Режим. Диета.

Медикаментозная терапия: выделить, если это предусмотрено рекомендациями, базисную терапию и лечение обострений, в остальных случаях по возможности выделять этиологическое, патогенетическое и симптоматическое лечение. Указать основные группы рекомендуемых препаратов с названиями лекарств, механизмом их действия, побочными эффектами, основными противопоказаниями, дозировками и ориентировочными сроками лечения.

Физиотерапевтическое, санаторно-курортное лечение.

Профилактические указания должны содержать рекомендации относительно условий быта, труда, диеты, лекарственных назначений.

РЕКОМЕНДУЕМОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Излагается лечение, предлагаемое куратором (в рецептурном виде), в соответствии с изложенными выше общими принципами лечения. Поскольку механизмы действия препаратов уже изложены, обосновывать представленные рецепты обычно не требуется. Краткое обоснование препарата может оказаться полезным лишь в случае, когда надо объяснить назначение лекарства, необходимого больному по каким-то особым показаниям.

Избегайте полипрагмазии, назначения несовместимых и нерекомендованных комбинаций препаратов, точно указывайте в рецептах названия препаратов, форму выпуска, дозировки и путь введения.

ФАКТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

В разделе куратор приводит фактическое лечение, реально проведенное больному в клинике. Лечение можно излагать по форме, аналогичной листку назначений в истории болезни: дата назначения, название препарата, доза, частота и путь введения, длительность применения. Если в процессе лечения один препарат был заменен другим, указываются соответствующие сроки их применения.

ПРОГНОЗ

Прогноз описывается в отношении выздоровления, жизни и трудоспособности. Прогноз может быть благоприятным, сомнительным и неблагоприятным.

Прогноз в отношении заболевания считается благоприятным, если имеется уверенность, что у курируемого больного наступит выздоровление; сомнительный – если нет уверенности в полном выздоровлении, и неблагоприятный – если заболевание неизлечимо и имеет хроническое прогрессирующее течение.

Прогноз в отношении жизни может быть:

- благоприятным - в случае, если больному не угрожают осложнения, опасные для жизни;
- сомнительным – если при определенных ситуациях у больного (с учетом его возраста, течения заболевания, прогрессирования, осложнений, эффективности лечения и т.д.) может наступить летальный исход;
- неблагоприятным – если у больного летальный исход неизбежен.

Прогноз в отношении трудоспособности решается в плане временной или стойкой ее утраты (группы инвалидности) с учетом степени функциональных нарушений и профессии больного.

ДНЕВНИКИ НАБЛЮДЕНИЯ

Представляются 3 дневника, отражающие 3 дня курации больного. Первый дневник описывается более подробно, в нем указываются жалобы больного в первый день курации, в остальных двух дневниках в основном отражается динамика заболевания.

Дневники ведутся по форме:

| Дата | Состояние больного | Назначения |
|---|--|---|
| | В данном разделе описываются динамика жалоб по сравнению с предыдущим осмотром, объективных данных с акцентом на патологические изменения в органах, дается оценка общего состояния больного, переносимость назначенных лекарственных препаратов, интерпретация вновь полученных данных дополнительных исследований. | В данном разделе указываются изменения режима, диеты, медикаментозного лечения (отмена препаратов, новые назначения), новые дополнительные исследования и другие изменения врачебной тактики. |
| <i>В конце каждого дневника ставится подпись куратора</i> | | |

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

В этом разделе необходимо отразить особенности течения, клинической картины заболевания у данного больного и факторы, которые способствовали изменению классической картины данного заболевания.

ЭПИКРИЗ

В эпикризе указываются дата поступления и выписки с указанием отделения, жалобы, кратко излагаются основные данные анамнеза заболевания, патологические изменения по органам. Вписываются результаты дополнительных

методов исследований (только отклонения от нормы). После этого следует развернутый клинический диагноз. Излагается проведенное фактическое лечение и его результаты. Заканчивается эпикриз рекомендациями больному при выписке (режим, диета, диспансерное наблюдение, лекарственная терапия, санаторно-курортное лечение, трудоустройство).

Рекомендации должны быть конкретными, с названиями рекомендуемых препаратов и их дозировками, особенно если больному требуется постоянный их прием. Как и в разделе «Рекомендуемое лечение», указываются те мероприятия, которые рекомендует куратор.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

Раздел заполняется в соответствии с принятыми библиографическими правилами с указанием фамилии и инициалов авторов, названия работы, года и места издания, страниц.

В конце написанной истории болезни ставится:

<Дата>.

<Подпись студента>

2.3. Критерии оценки оформления истории болезни

К проверке допускаются истории болезни, основанные на результатах физикального обследования больного и данных оригинальной истории болезни, написанные аккуратно, собственноручно, на листах формата А4, прошитых в единый файл.

К проверке не допускаются истории, написанные небрежно или нечитаемым почерком, с недописанными или отсутствующими разделами.

Оценка «отлично». Все разделы написаны в полном объеме (жалобы детализированы, полное изложение анамнеза, правильная формулировка и правильное конкретное обоснование диагнозов, полностью проведенный дифференциальный диагноз, этиопатогенез и общие принципы лечения написаны с учетом современных рекомендаций). Материал изложен аккуратно, без ошибок. Как исключение, допускаются незначительные погрешности оформления, которые указываются преподавателем в рецензии.

Оценка «хорошо». В 1-м - 3-х разделах имеются следующие недоработки (недостатки), которые не относятся к грубым ошибкам, например:

- жалобы изложены полностью, но некоторые из них недостаточно детализированы;
- в анамнезе отсутствует описание детали, важной для диагноза, дифференциального диагноза и лечения;
- неполное обоснование одного из пунктов предварительного или клинического диагноза;
- отсутствие необходимого исследования в плане обследования или назначение необоснованных исследований;
- дифференциальный диагноз с какой-то одной из нозологических форм проведен недостаточно полно;
- рекомендуемое лечение без грубых ошибок, но без учета современных рекомендаций, либо с неточностями при выборе оптимального сочетания препаратов;
- неполные дневники, недостаточно раскрывающие динамику заболевания;
- неполное описание эпикриза с недостаточными рекомендациями при выписке.

Оценка «удовлетворительно». Недоработки, подобные приведенным выше, имеются в 4-х и более разделах; или не более чем в 2-х – 3-х разделах имеются более серьезные недостатки и ошибки, например:

- неполное, без должной детализации изложение жалоб;
- неполное, без основных пунктов изложение анамнеза;
- с ошибками или неполное описание объективного статуса;
- неверная формулировка предварительного или клинического диагноза, неконкретное, недостаточное или ошибочное его обоснование;
- ошибки в плане обследования (нет необходимых исследований);
- неполный дифференциальный диагноз;

- неполное, без учета современных рекомендаций изложение общих принципов лечения;
- ошибки в рекомендуемом лечении: в названиях лекарств, дозировках, назначение препаратов без учета современных рекомендаций, несовместимых комбинаций или противопоказанных средств.

Оценка «неудовлетворительно».

- Недоработки, допустимые для оценки «хорошо», имеются более чем в 3 разделах, и, кроме того, имеется хотя бы один раздел с ошибками, подобными приведенным для оценки «удовлетворительно».
- 1-3 раздела написаны с небольшими недостатками, но более чем в 2 разделах допущены серьезные ошибки.
- Серьезные недостатки, подобные приведенным для оценки «удовлетворительно», имеются более чем в 3 разделах.
- Хотя бы один раздел, написанный неудовлетворительно (например, фактически отсутствуют данные анамнеза либо практически не проведен дифференциальный диагноз).
- Хотя бы один раздел не соответствует реальному больному (например, жалобы и анамнез другого больного, придуманы или другого больного данные дополнительных исследований или фактического лечения).

В случае неудовлетворительной оценки разделы, практически не изложенные или с существенными недостатками, указанными для оценки «удовлетворительно», пишутся заново и прилагаются к соответствующим неудовлетворительным разделам истории болезни.

Если оценка «неудовлетворительно» получена за несоответствие раздела реальному больному, то в этом случае дается на курацию другой больной с написанием новой истории болезни.

2.4. Защита истории болезни на итоговом занятии

На последнем занятии первого смыслового модуля выделяется время для защиты студентами историй болезней, написанных на положительные оценки.

К занятию каждый студент должен подготовить краткий доклад о курируемом больном длительностью до 1,5-2 минут. В докладе излагаются:

- основные жалобы, с которыми поступил больной в клинику,
- ключевые моменты анамнеза,
- изменения в объективном статусе и данных дополнительных исследований, которые подтверждают диагноз,
- диагноз,
- рекомендуемое и фактическое лечение,
- результаты лечения на момент окончания курации.

В начале занятия преподаватель раздает студентам проверенные истории болезни для ознакомления с оценкой, замечаниями преподавателя и его рецензией. Студенты анализируют свои ошибки и недоработки, готовясь обосновать свое мнение и дать правильный ответ. Через 15 минут истории болезни возвращаются преподавателю, после чего он проводит с каждым студентом собеседование. Сначала студент кратко докладывает о больном, затем преподаватель задает вопросы по истории болезни (практические вопросы по обоснованию тех или иных положений, объективному исследованию, теоретические вопросы по диагностике и лечению основного заболевания и другие).

Для защиты истории болезни, написанной на «отлично», требуется дать правильный ответ на все практические вопросы и показать отличный уровень теоретических знаний. Для защиты истории болезни, написанной на «хорошо», необходимо в ходе беседы с преподавателем правильно ответить на его замечания к истории болезни, практические и теоретические вопросы. Для защиты истории болезни, написанной на «удовлетворительно», требуется не допустить в ответах на практические вопросы грубых ошибок, а в ответах на теоретические вопросы показать знания в объеме, превышающими 60% объема учебной программы. Если уровень доклада и ответов студента не соответствует должному, оценка за защиту истории болезни ставится ниже той, на которую она была написана. В том случае, когда студент плохо ориентируется в клинической картине курируемого больного, не может дать правильный ответ на основные прак-

тические и теоретические вопросы, за защиту истории ему ставится «неудовлетворительно» независимо от оценки за написание истории и уровня его теоретических знаний в целом, с последующей затем повторной защитой.

В сумму баллов итогового модульного контроля конвертируется оценка за защиту истории болезни, а не за ее написание.

III. КУРАЦИЯ БОЛЬНОГО С ОФОРМЛЕНИЕМ КРАТКОЙ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ

3.1. Общие замечания

Учебной программой предусмотрена курация больного с написанием истории болезни в течение каждого смыслового модуля, однако подробно пишется только первая история болезни. Остальные 3 истории, соответствующие изучению трех смысловых модулей (ревматологии, нефрологии и общих вопросов медицины) оформляются в кратком виде. Студенты направляются курировать больных с заболеваниями, соответствующими темам смыслового модуля, для этого выделяется около 45-60 мин времени одного из практических занятий. Оформленные истории болезни обычно сдаются преподавателю на следующий день.

Курация больного имеет некоторые отличия от той, которую вели студенты для оформления подробной истории болезни. В первом случае кураторы выступали в роли врача, ведущего первичный осмотр больного, у которого еще нет данных дополнительных исследований. В данной же ситуации студент выступает в роли врача, принимающего уже обследованного пациента. Диагноз ставится поэтому не только на основании опроса и физикальных данных, но и с учетом данных проведенных к моменту курации дополнительных исследований. Исходя из этого, в план обследования включаются только те исследования, которые еще не были проведены. В критериях оценки работы студента над историей болезни большое внимание уделяется его практическим навыкам работы с больным.

Если на курацию больного с редко встречающейся патологией направляется одновременно несколько студентов, опрашивают больного они совместно, а затем поочередно проводят объективное исследование. Несмотря на совместную работу с больным, историю болезни каждый студент заполняет самостоятельно, во избежание неудовлетворительных оценок за списанные друг у друга «истории-близнецы».

В сумму баллов итогового модульного контроля засчитывается средняя оценка трех кратких историй болезни.

3.2. Рекомендации по оформлению истории болезни

История болезни пишется студентом собственноручно на формализованном бланке (рис. 2, 3). Графы должны быть заполнены темными чернилами (синими или черными), аккуратно, разборчивым почерком. Работы, выполненные неаккуратно, небрежно, нечитаемым почерком, к проверке не принимаются.

Заполняя паспортную часть, подчеркните порядковый номер и название модуля, в котором ведется курация, работу с данными о пациенте ведите в соответствии с законом о защите персональных данных.

Жалобы больного опрашиваются на момент поступления больного в клинику, так как в день курации их может быть значительно меньше. Принцип изложения жалоб и анамнеза тот же, что и в рекомендациях по оформлению подробной истории болезни (раздел 2.2).

Анамнез болезни излагается кратко, чтобы несколькими предложениями передать все его ключевые положения. В анамнезе жизни отражаются те особенности профессиональной деятельности, быта и питания, которые могут быть связаны с данным заболеванием (профессиональные вредности, нерегулярное питание и др.). Указываются перенесенные в прошлом заболевания, вредные привычки, наследственная предрасположенность к данному заболеванию, если таковая имеется.

Объективное состояние больного оценивается и описывается только по тем физикальным данным, которые имеются у него в день курации. Недопустимо переносить из амбулаторной карты или оригинальной истории болезни в объективный статус симптомы, которые имелись у больного ранее, но в данный момент отсутствуют.

В графу «Общее состояние больного» вносится оценка тяжести состояния (удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое), патологические изменения положения тела, сознания, состояния кожных покровов и видимых слизистых, подкожной клетчатки; наличие и распространенность отеков, увеличение лим-

фоузлов (в соответствии с рекомендациями по написанию полной истории болезни, раздел 2.2).

Запорізький державний медичний університет
Кафедра внутрішніх хвороб 2, зав. кафедри д.мед.н., проф. Візір В.А.

Змістовий модуль: **2 (ревматологія, пульмонологія) /3 (нефрологія) /4 (загальні питання)**(підкреслити)

Викладач _____ /teacher's name/

Куратор: студент 5 курсу _____ групи _____ /student's name/

ІСТОРИЯ ХВОРОБИ / ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ / CASE HISTORY

П.І.Б. / Ф.И.О. / Surname, first name _____

Вік / Возраст / Age _____ Стать / Пол / Sex _____ Сімейн. стан/Семейн. полож / Marital status _____
Професія / Профессия _____ Дата госпіталізації /
/ Occupation _____ Дата госпитализации / Date of admission _____

Скарги / Жалобы / PRESENT COMPLAINT _____

Анамнес morbi _____

Анамнес vitae _____

Об'єктивне обстеж. / Объективное исслед./ O/E
Загальний стан/ Общее состояние / GENERAL CONDITION _____

Органи дихання/ Органы дыхания / RS _____

Серцево-судинна система / Сердечно-сосудистая система / CVS

Рис. 2. Лицевая сторона формы для краткой истории болезни.

ЧСС / HR _____ /min АТ / АД / ВР _____ mm Hg _____

Органи травлення / Органы пищеварения / GIS _____

Сечостатева система / Мочеполовая система / GUS _____

Кістково-м'язова система / Костно-мышечная система / Musculoskeletal system

Нервова система / Нервная система / CNS _____

Додаткові дослідження / Дополнительные исследования / INVESTIGATIONS

Діагноз / Диагноз / DIAGNOSIS _____

План обстеження та лікування / План обследования и лечения / MANAGEMENT

Рекомендації хворому після виписки / Рекомендации больному после выписки
/ DISCHARGE RECOMMENDATIONS _____

Дата / Date _____ 201__р. Підпис / Подпись / Signature _____

Рис. 3. Обратная сторона формы для краткой истории болезни.

При отсутствии отклонений от нормы запись в графе может быть следующей:

«Общее состояние средней тяжести. Положение активное. Сознание ясное. Кожа и видимые слизистые обычной окраски, чистые. Периферических отеков нет».

Органы дыхания. Все выявленные при осмотре, пальпации и перкуссии грудной клетки патологические изменения вносятся в графу в соответствии с рекомендациями в разделе 2.2. При отсутствии изменений можно записать:

«Грудная клетка обычной формы, равномерно участвует в дыхании. При перкуссии легких ясный легочный звук, дыхание везикулярное, хрипов нет».

Сердечно-сосудистая система. Как и в других графах объективного статуса, выявленные изменения вносятся в соответствии с рекомендациями для полной истории болезни. Примерная запись при отсутствии патологии:

«При осмотре области сердца и сосудов шеи изменений не выявлено. Границы относительной сердечной тупости: правая – по правому краю грудины, левая – на 1,5 см кнутри от левой среднеключичной линии, верхняя – в 3 межреберье. Ритм сердца правильный, тоны ясные, шумов нет. Пульс на обеих руках ритмичный, удовлетворительных качеств.

ЧСС 70 в мин. АД 130/80 мм рт.ст.»

Органы пищеварения. Выявленная при объективном исследовании патология излагается в порядке, предусмотренном в рекомендациях по оформлению «академической» истории болезни. Если патологические изменения выявлены не были, можно ограничиться кратким описанием, например:

«При осмотре полости рта патологии не выявлено. Язык чистый, влажный. Живот при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный. Глубокая пальпация по ходу кишечника безболезненна. Край печени выступает из-под реберной дуги на 1 см, мягкий, безболезненный. Размеры по Курлову <указываются размеры по линиям>. Пальпация области желчного пузыря безболезненна».

Мочеполовая система. Порядок изложения выявленной патологии тот же, что и для других систем. При отсутствии изменений описание может быть таким:

«Бимануальная пальпация почек безболезненна. Симптом «поколачивания» отрицательный с обеих сторон. Пальпация по ходу мочеточников безболезненна».

Нервная система. Отражается очаговая симптоматика при ее наличии, состояние памяти больного, его зрения и слуха.

Дополнительные исследования. Используются результаты лабораторных анализов, инструментальных исследований и консультаций узких специалистов, которые уже имеются в оригинальной истории болезни к моменту курации. В графу вносятся характерные для заболевания данные, необходимые для обоснования диагноза. Для обоснования функционального состояния систем организма, исключения сходно протекающей патологии могут потребоваться также определенные данные исследований с отсутствием в них патологических изменений. Остальные результаты исследований, не дающих полезной информации, приводить не следует. Для больных хронической болезнью почек (ХБП), с имеющимися данными об уровне креатинина крови, надо рассчитать скорость клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле (Cockcroft-Gault или MDRD) и вписать ее после данных о креатинине сыворотки крови.

В названиях исследований используются только общепринятые аббревиатуры (ЭКГ, ЭхоКГ), обязательно указывается дата их проведения.

Диагноз. Приводятся полные формулировки основного и сопутствующего заболеваний. Название каждой из нозологических форм пишется с новой строки. Писать отдельно обоснование диагноза не требуется, но каждое его положение должно быть обосновано соответствующим описанием жалоб, анамнеза, объективного исследования и результатами приведенных дополнительных исследований. Например, если у больного ИБС выставляется стадия СН II Б, то в жалобах должны быть данные о периодических или постоянных периферических отеках.

План обследования и лечения. В эту графу включаются только те исследования, которые еще не были проведены, но необходимы больному для подтверждения диагноза и коррекции врачебной тактики. Далее приводятся рекомендуемые куратором лечебные мероприятия. Названия лекарств пишутся на том же языке (украинский, русский, английский), что и вся история болезни, аналогично написанию раздела «Фактическое лечение» подробной истории болезни (раздел 2.2) – с указанием доз, режима и пути введения.

Рекомендации больному после выписки. Куратор должен отразить основные профилактические мероприятия и лечение, которое больной должен продолжить в амбулаторных условиях (например, какие антигипертензивные препараты и в какой дозировке). Графа заполняется аналогично рекомендациям больному при выписке в разделе «Эпикриз» подробной истории болезни (раздел 2.2).

3.3. Критерии оценки краткой истории болезни.

Общая оценка складывается из оценки практических навыков работы с больным и оценки за оформление (написание) истории болезни. Если одна из этих оценок неудовлетворительная, такая же ставится и общая оценка. Оформление краткой истории болезни оценивается аналогично подробной «академической» истории (раздел 2.3), с учетом количества и степени ошибок в основных графах, соответствующих основным разделам подробной истории болезни. К проверке не принимаются истории, заполненные неаккуратно, неразборчивым почерком, с незаполненными какими-либо графами.

Практические навыки работы куратора с больным оцениваются преподавателем во время сбора студентом жалоб, анамнеза и проведения им объективного исследования больного в зависимости от количества и степени допущенных неточностей и недоработок. Неудовлетворительная оценка ставится, если студент допускает грубые ошибки в сборе физикальных данных (например, не умеет провести топографическую перкуссию легких, пальпировать печень и др.), а также в случае недостаточной его работы с больным (например, переписал физикальные данные или их часть из оригинальной истории болезни).

IV. РАБОТА С ТЕМАТИЧЕСКИМИ БОЛЬНЫМИ НА ПРАКТИЧЕСКОМ ЗАНЯТИИ

4.1. Общие замечания

Работа с тематическими больными составляет основную часть всех практических занятий модуля. Она может включать как совместный с преподавателем осмотр больного, так и самостоятельную курацию студентами тематических больных с последующим докладом результатов обследования больного в учебной группе и обсуждения с преподавателем правильности предложенной куратором врачебной тактики. Отчеты о работе с тематическими больными записываются в виде протоколов курации в дневниках, которые ведут студенты.

Курация больного имеет большое сходство с той, которую ведут студенты для оформления краткой истории болезни (раздел 3.1). Как и в том случае, куратор выступает в роли врача, осматривающего уже полностью или частично обследованного пациента. Куратор на основании полученных им физикальных данных и имеющихся данных дополнительных исследований ставит диагноз, составляет план дальнейшего обследования больного и его лечения. Оценка работы студента с тематическим больным, правильности постановки диагноза, предложенных диагностических и лечебных мероприятий составляет основу его оценки на практическом занятии.

Как и в случае с работой над краткой историей болезни, при совместном осмотре студентами больного с редко встречающейся патологией, протокол курации каждый студент заполняет самостоятельно, вписывая в него свои выводы по диагнозу и плану обследования и лечения. Учитывая возможность многочисленных комбинаций лекарственных средств, большой выбор среди препаратов одной группы, названия рекомендуемых лекарств у кураторов не должны быть одинаковыми и повторять лист назначений оригинальной истории болезни. Списанные друг у друга «протоколы-близнецы» преподавателем к проверке не принимаются.

В исключительных случаях, когда больных по теме занятия нет в клинике, допускается теоретическая работа над «виртуальным» больным. Для этого

преподаватель дает каждому студенту физикальные данные и результаты дополнительных исследований какого-то больного, и студент работает с ними как с клинической задачей, ставя диагноз и определяя врачебную тактику. Протокол курации заполняется в этом случае так же, как и при работе с реальным больным, но отмечается как учебный: *Протокол курации (учебный)*.

4.2. Рекомендации по оформлению протоколов курации больных

Протоколы курации пишутся студентом собственноручно в дневнике курации, который ведется в общей тетради объемом 24 или 48 листов. На внутреннюю сторону лицевого листа обложки наклеивается образец протокола курации (рис.4), первая страница тетради выделяется для титульного листа:

ДНЕВНИК
курации больных на кафедре внутренних болезней №2 ЗГМУ
студентом 5 курса 1 группы
< Фамилия, имя, отчество >

Первый протокол заполняют на третьей странице тетради, в дальнейшем каждый протокол начинают с новой страницы. Графы протокола располагаются на странице дневника курации в том же порядке, что и в образце. Следует стремиться к краткому изложению материала, чтобы протоколы занимали не более страницы, вмещая при этом всю важную информацию.

Заполнение протокола начинают с даты и темы практического занятия. Работа с паспортными данными пациента ведется в соответствии с законом о защите персональных данных. Данные опроса пациента, объективного исследования и результаты дополнительных исследований вносятся в еще более сокращенном виде, чем в краткой истории болезни.

Жалобы, краткий анамнез. Излагаются ключевые жалобы на момент поступления пациента в клинику, отражающие сущность заболевания. Очень кратко, двумя-тремя предложениями, излагаются основные этапы развития заболевания. Одним-двумя предложениями указываются факторы риска и перенесенные заболевания, если это необходимо.

Объективное исследование. Графы заполняются в соответствии с образцом (рис. 4). Указывается общее состояние больного, далее в соответствующие графы вносятся только выявленные изменения и те нормальные показатели, которые нужны для обоснования диагноза. Порядок изложения тот же, что и для краткой истории болезни (раздел 3.2).

| | | |
|--|--------------------------|--|
| Дата _____ Тема: _____ | | |
| Протокол курації | | |
| <u>П.І.Б. / Ф.И.О. / Surname, first name</u> | | |
| <u>Вік / Возраст / Age</u> | <u>Стать / Пол / Sex</u> | <u>Сімейн.стан/Семейн.полож/ Marital status: _____</u> |
| <u>Професія / Профессия / Occupation</u> | | |
| Скарги, стислий анамнез / Жалобы, краткий анамнез / PRESENT COMPLAINT <i>При поступленні</i> | | |
| <u>Об'єктивне обстеж. / Объективное исслед./ O/E</u> | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • <u>Загальний стан/ Общее состояние / GENERAL CONDITION</u> • <u>Органи дихання /Органы дыхания / RS</u> • <u>Серцево-судинна система / Сердечно-сосудистая система / CVS</u> • <u>Органи травлення / Органы пищеварения / GIS</u> • <u>Сечостатева система / Мочеполовая система / GUS</u> • <u>Нервова система / Нервная система / CNS</u> | | |
| <u>Особливі нотатки / Особые отметки / POINTS OF NOTE</u> | | |
| <u>Додаткові дослідження / Дополнительные исследования / INVESTIGATIONS</u> <i>Дата и результаты дополнит. исслед., подтверждающих диагноз, которые уже есть в истории на момент курації</i> | | |
| <u>Діагноз / Диагноз / DIAGNOSIS</u> <i>Полная формулировка д-за основного и сопутствующих заболеваний</i> | | |
| <u>Обстеження та лікування / Обследование и лечение / MANAGEMENT</u> <i>Какие еще исслед. необходимы больному? Рекомендуемое Вами лечение (название препарата, доза, режим и путь введения).</i> | | |
| Подпись куратора _____ | | |

Рис. 4. Образец оформления протокола курации больного.

Если при объективном исследовании какой-либо системы отклонений от нормы не выявлено, можно так и записать, например:

«Органы дыхания: патологии не выявлено».

Дополнительные исследования. В графу вписываются данные уже проведенных дополнительных исследований, которые подтверждают диагноз, с обязательным указанием даты его проведения (кроме учебных протоколов). Из протоколов инструментальных исследований, консультаций вписываются только заключения. Показатели лабораторных анализов, не имеющие патологических изменений, можно полностью не приводить, например:

«< Дата > Общ. ан. мочи: без изменений».

В других анализах, содержащих многочисленные показатели, в большинстве случаев возможно вписывать в протокол только те из них, которые необходимы для обоснования диагноза и определения врачебной тактики.

Диагноз. Приводится полная формулировка диагноза основного и сопутствующих заболеваний, аналогично заполнению краткой истории болезни (раздел 3,2). Каждое его положение должно соответствовать отраженным в протоколе изменениям клинической картины.

Обследование и лечение. Графа заполняется так же, как и в краткой истории болезни (раздел 3.2).

Протокол заканчивается подписью куратора. После проверки работы студента протокол подписывает преподаватель и ставит затем в свой журнал оценку студенту за практическое занятие.

Дневники курации студенты должны хранить до окончания изучения дисциплины «Внутренняя медицина» на 6 курсе.

Пример оформления протокола курации:

02.02.2013г.

Тема: Пиелонефриты.

Протокол курации

Ф.И.О. Н., 53 лет, Пол: жен., Семейное положение: замужем.

Профессия: экономист

Жалобы, краткий анамнез: Периодические головные боли, чувство тяжести и дискомфорта в поясничной области больше справа. Болеет около 7 лет, не обследовалась, лечилась самостоятельно травами. Состояние ухудшилось неделю назад после переохлаждения.

Объективное исследование: Общее состояние средней тяжести. Рост 165 см, вес тела 68 кг. Кожные покровы обычного цвета, отеков нет.

Органы дыхания: патологии не выявлено.

Сердечно-сосудистая система: патологии не выявлено.

ЧСС 78 в мин, АД 150/100 мм рт. ст.

Органы пищеварения: патологии не выявлено.

Мочеполовая система: Пальпация области почек и по ходу мочеточников безболезненна. Симптом поколачивания положительный справа.

Нервная система: патологии не выявлено.

Дополнительные исследования: Общ. ан. крови 28.01 – не изменен. Общ.ан. мочи 28.01: лейкоциты 25-30 в поле зрения. Креатинин крови 28.01 – 88 мкмоль/л. СКФ(Cockcroft-Gault) – 98 мл/мин/1,76м².

ЭКГ 27.01: Ритм синусовый, признаки гипертрофии левого желудочка.

Диагноз: ХБП I ст., пиелонефрит, обострение. Артериальная гипертензия II ст.

План обследования и лечения:

Ан. мочи по Нечипоренко.

Бак. посев мочи с определением чувствительности к антибиотикам.

УЗИ почек.

Консультация окулиста (осмотр гл. дна).

Ципрофлоксацин 500 мг 2 раза в день после еды 7 дней с последующим контролем общ. ан. мочи.

Лизиноприл 5 мг 2 раза в день, амлодипин 5 мг 1 раз в день per os, контроль АД.

<Подпись куратора>

Литература:

1. Василенко В.Х., Гребнев А.Л. Пропедевтика внутренних болезней: Учебник.—5-е изд., перераб. и доп. - М.: Медицина, 2001. - 592 с: ил.
2. Гребнев А.Л. Пропедевтика внутренних болезней. - М.: Медицина, 2001. - 592 с.: ил.
3. Крупін В. П. Основні та додаткові методи обстеження хворих у клініці внутрішніх хвороб / В. П. Крупін, А. Б. Зіменковський, М. С. Регада та ін.— Вінниця: НОВА КНИГА, 2005. – 256 с.: іл.
4. Лис М.А. Пропедевтика внутренних болезней / Лис М.А., Солоненко Ю.Т., Соколов К.Н. - Издательство Гревцова, 2011. - 576 с.
5. Мухин Н.А., Моисеев В.С. Пропедевтика внутренних болезней, 2-е изд., доп. и перераб. - ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 848 с.: ил.
6. Мухин Н. А. Основы клинической диагностики внутренних болезней (Пропедевтика) / Мухин Н. А., Моисеев В. С. - М.: Медицина, 1997. - 470 с.
7. Петрова М.М. Пропедевтика внутренних болезней / Петрова М.М, Казакова Г.Н, Мудрова Л.А. - Издательство ВЕРСО, 2006. - 164 с.
8. Солдатова Г.С. Схема истории болезни. - Новосибирск: Издательство НГУ, 2004. - 19 с.
9. Швець Н.І. Еталони практичних навиків з терапії / Швець Н.І., Піддєв А.В., Бенца Т.М.та ін.- Київ: Главмеддрук, 2005.-540с.
10. Glendinning E.H., Holmström B.A.S. English in Medicine. A course in communicatin skills. Second Edition. - Cambridge University Press, 2000.