

Государственное автономное профессиональное образовательное учреждение  
«Зеленодольское медицинское училище»

## **ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ**

(фамилия, имя, отчество больного, возраст)

Клинический диагноз: основной -  
сопутствующий -

Куратор – студент (-ка) \_\_ группы курса

## Паспортная часть

1. Фамилия, имя, отчество
2. Возраст
3. Пол
4. Место работы
5. Профессия, должность
6. Адрес
7. Дата поступления в клинику (для больных, поступающих по экстренным показаниям, часы и минуты)
8. Клинический диагноз:
  - основное заболевание
  - осложнения основного заболевания
  - сопутствующее заболевание
9. Операция: дата, название
10. Послеоперационные осложнения.
11. Дата выписки

## Жалобы

Жалобы собирают на момент обследования пациента, описывая их с полной характеристикой.

Наиболее частой жалобой хирургических больных является боль. Необходимо установить ее точную локализацию, иррадиацию, характер, стойкость, интенсивность, периодичность, развитие во времени, связь боли с положением тела, травмой, физическим напряжением, физиологическими отправлениями.

При расспросе выясняют степень нарушения функции заболевшей части тела. Кроме того интересуются общим самочувствием больного (повышение температуры, нарушение сна, аппетита, головные боли, озноб, общая слабость, похудание и т.д.).

## История настоящего заболевания (anamnesis morbi)

При выяснении истории развития заболевания нужно уточнить ряд важных положений.

Начало заболевания.

Что послужило причиной?

Как развивалось заболевание (в хронологической последовательности с подробной характеристикой всех симптомов и их динамики) ?

Какое лечение предпринималось до поступления в клинику, с каким эффектом?

Что послужило причиной для госпитализации?

Какое лечение проводилось в стационаре ?

Указать дату и название операции.

Как протекал послеоперационный период?

Какие были осложнения?

Историю заболевания необходимо проследить до момента настоящего осмотра.

При расспросе основное внимание уделяют субъективным данным о функциях отдельных систем.

## **История жизни больного (anamnesis vitae)**

1. Год и место рождения.
2. Материально-бытовые условия в детские и школьные годы.
3. С какого возраста начал учиться, как давалось учение, какое получил образование.
4. Служба в армии (если не служил, то по каким причинам).
5. Трудовой анамнез (в хронологическом порядке описывается трудовая деятельность с указанием профессии и условий работы, наличие профессиональных вредностей).
6. Семейно-половой анамнез: начало менструации, нарушения менструального цикла, климакс, количество беременностей, выкидышей, родов, здоровье детей.
7. Семейно-бытовые условия.
8. Условия питания.
9. Привычные интоксикации ( курение, употребление спиртных напитков, использование наркотиков ).
10. Перенесенные заболевания, травмы, операции (описываются в хронологической последовательности, начиная с детского возраста).
11. Болезни и причина смерти ближайших родственников (наличие туберкулеза, сифилиса, злокачественных новообразований, психических заболеваний, нарушение обмена веществ, заболевания сердечно-сосудистой системы, алкоголизма, гемофилии).
12. Переносимость лекарственных средств.
13. Гемотрансфузионный анамнез.

## **Данные объективного обследования**

### **Настоящее состояние больного (status praesens)**

1. Общее состояние (удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое, критическое).
2. Положение больного: активное, пассивное (почему?), вынужденное (какое именно?).
3. Сознание: ясное, помрачение, сопор, кома.
4. Выражение лица: спокойное, страдальческое, facies Hippocratica, facies Basedovica.
5. Телосложение: правильное, неправильное.
6. Конституция: нормостеник, астеник, гиперстеник.
7. Вес, рост, температура тела.

При описании органов и систем в этом разделе дается полная характеристика всех областей тела за исключением зоны патологического процесса, о которой целенаправленно пойдет речь в разделе status localis

### Кожа

1. Цвет.
2. Сыпь (эритема, розеола, папула, пустула, пятно), эрозии, трещины, язвы, сосудистые звездочки (распространенность, локализация).
3. Рубцы: локализация, размер, характер, подвижность.
4. Видимые опухоли (липома, ангиома, атерома и т.д.).

### Видимые слизистые

1. Цвет.

2.Наличие высыпаний.

3.Влажность.

#### Подкожная клетчатка

1.Развитие подкожно-жирового слоя: умеренное, слабое, чрезмерное (толщина складки ниже угла лопатки в см). Общее ожирение. Кахексия.

2.Отеки, их локализация. Пастозность.

3.Болезненность при пальпации, наличие крепитации.

#### Лимфатические узлы

1.Величина лимфатических узлов (затылочных, околоушных, подчелюстных, подбородочных, шейных, надключичных, подключичных, подмышечных, локтевых, паховых, подколенных).

2.Форма. Консистенция. Сращение между собой и с окружающими тканями.

3.Болезненность при пальпации.

4.Состояние кожи над ними.

#### Мышцы

Степень развития. Тонус. Мышечная сила.

#### Суставы

Конфигурация. Припухлость. Состояние кожи над суставами.

Местная температура. Болезненность при пальпации.

Движения в суставах: активные и пассивные.

#### Система органов дыхания

Осмотр: тип дыхания, частота дыхательных движений в 1 минуту, наличие одышки, ее характер, форма грудной клетки.

Пальпация: болезненность и резистентность грудной клетки, проведение голосового дрожания.

Перкуссия: топографическое и сравнительное определение границ абсолютной и относительной тупости, а также подвижность нижних легочных краев, характер перкуторного звука над всеми легочными полями (ясный легочный, укороченный, коробочный, притупление, тупость).

Аускультация: характер дыхания, наличие сухих или влажных (крупно-, средне-, мелкопузырчатых) хрипов, определение крепитации и шума трения плевры.

#### Сердечно-сосудистая система

Осмотр: видимая пульсация сосудов, верхушечный и сердечный толчок.

Пальпация: наличие и локализация верхушечного толчка, а также систолическое и диастолическое дрожание.

Пульс: на лучевых артериях (частота, ритм, наполнение, напряжение, дефицит)

Перкуссия: определение границ абсолютной и относительной тупости сердца, его конфигурации и ширины сосудистого пучка.

Аускультация: выслушивание тонов сердца (ясные, глухие), сердечных шумов и шума трения перикарда.

Артериальное давление.

#### Система органов пищеварения

Осмотр: состояние полости рта, его слизистых, языка, десен, зубов; при осмотре живота акцентируют внимание на его форме, участие в дыхании, наличии рубцов, грыжевых выпячиваний опухолевидных образований и т.д.

**Пальпация:** при поверхностной пальпации определяют напряжение брюшной стенки, болезненность, наличие симптомов раздражения брюшины; при глубокой пальпации определяют состояние кишечника, желудка, печени, селезенки, поджелудочной железы.

**Перкуссия:** границы печеночной тупости и размеры печени по Курлову, свободный газ в брюшной полости (отсутствие печеночной тупости), высокий перкуторный звук при непроходимости, притупление в отлогих местах при наличии свободной жидкости в брюшной полости (кровь, асцит).

**Аускультация:** выслушивание перистальтики (усиление, ослабление, отсутствие), шум плеска, падающей капли.

Отхождение газов и характеристика стула.

### Мочевыделительная система

Дается краткая характеристика мочеиспускания (свободное, болезненное и т.д.), определяется симптом Пастернацкого.

## **Местный статус (status localis)**

При изложении материала в данном разделе истории болезни необходимо первоначально дать точную анатомическую локализацию патологического процесса.

Затем, учитывая анамнез заболевания,

- указывается характер патологии (рана, длительно незаживающая рана, язва, свищ, воспалительный инфильтрат, опухоль и т.д.);
- уточняются их размеры, границы, глубина;
- наличие деформации по сравнению с симметричными здоровыми областями;
- наличие некрозов, грануляционной ткани;
- характер и количество отделяемого;
- консистенция (мягкая, плотная, плотно-эластическая);
- наличие участков размягчения, скопления гноя.
- подвижность, связь с различными органами;

При наличии воспалительного характера заболевания следует подробно описать каждый из 5 классических местных признаков воспаления: припухлость (tumor), покраснение (rubor), локальное повышение температуры (color), болезненность (dolor) и нарушение функции (functio lesa).

В заключении этого раздела необходимо сделать зарисовку локального процесса в виде схемы или рисунка с отражением основных местных признаков.

## **Предварительный диагноз**

На основании результатов опроса, осмотра и других методов физикального обследования больного необходимо сформулировать предварительный диагноз. Для обоснования берутся только те сведения, которые свойственны этому заболеванию. Отдельно обосновывается основное заболевание, осложнения и сопутствующее.

## **План обследования**

Исходя из предварительного диагноза составляется план обследования хирургического больного. При этом необходимо указать основные лабораторные

и параклинические методы обследования (рентгеноскопия, рентгенография, эндоскопия, вазография, различные виды клинических и биохимических анализов), которые целесообразно провести для окончательного распознавания заболевания или по его снятии и установления диагноза.

#### **Данные дополнительных методов обследования.**

Приводятся данные лабораторных анализов, описание рентгенограмм, результаты других инструментальных и функциональных исследований.

#### **Обоснование клинического диагноза.**

На основании предварительного диагноза и результатов дополнительным методов исследования ставится клинический диагноз в развернутом виде:

- основной диагноз:
- осложнения основного:
- сопутствующий:

#### **Дифференциальная диагностика.**

Дифференцируем заболевание пациента с 2- 3 заболеваниями, сходными по жалобам и клинике.

#### **Лечение.**

Рассмотреть все принципы лечения с указанием лекарственных препаратов и их доз.

Указать группы лекарственных препаратов.

Написать рецепты.

#### **Этиопатогенез**

Написать этиологию и механизм развития того заболевания, с которым лежит пациент.

#### **Дневник курации.**

Курация больного проводится в течение 5-х суток. За период курации в дневниках необходимо отразить динамику болезни, а именно, изменения в общем состоянии и развитие местных симптомов под влиянием лечения.

Состояние больного описывают по известной схеме, но менее подробно, чем при первичном обследовании. Главное внимание при этом уделяют симптомам основного заболевания, динамично изменяющимся показателям, развитию местного статуса.

В заключении дневника отмечается характер проводимых манипуляций. Необходимые с точки зрения куратора назначения оформляются в виде конкретных рецептов. Прежде всего определяют диету, двигательный режим, а затем медикаментозное лечение.

Дата

Состояние больного

Назначения

5.03.98 Состояние ...  
Жалобы ...  
Status praesens ...

стол  
режим

Status localis ...

Выполнено ...

---

Наблюдение за больным в процессе лечения фактически является продолжением диагностики заболевания и качественное ведение дневника облегчает совокупный анализ динамики болезни, правильности поставленного диагноза и соответственно удачно проводимого лечения.

### Эпикриз

Дословно этот термин означает “заключение”. В данном разделе приводится краткое содержание истории болезни по следующей примерной схеме:

Больной ... , ... лет, поступил в клинику ... (дата) с жалобами на ... . Из истории заболевания установлено ... (краткое изложение anamnesis morbi). При поступлении отмечалось ... (констатация отклонений от нормы в общем состоянии больного коротко по органам и системам). Местно имело место... (описывается status localis). При обследовании установлено ... (вписываются результаты дополнительных методов исследований с указанием только отклонений от нормы). Был поставлен клинический диагноз: ... . Проводилось лечение ... (операция: дата, название; медикаментозная терапия, физиопроцедуры и т.д.). В процессе лечения отмечено ... ( течение послеоперационного периода, вид заживления раны, динамика патологического процесса с подтверждением изменений результатов дополнительных методов исследования). Выписан ... (дата) с рекомендациями ... (соблюдение диеты, продолжение лечения в амбулаторных условиях, физические нагрузки и т.д.).

### Прогноз

В данном разделе указывается прогноз в отношении заболевания, жизни и трудоспособности больного.

Прогноз в отношении заболевания является *благоприятным* в тех случаях, когда имеется полная уверенность в выздоровлении больного. Прогноз считается *сомнительным*, если полное выздоровление сомнительно. И, наконец, прогноз *неблагоприятен*. при неизлечимости заболевания и хроническом прогрессирующем его течении.

В отношении жизни больного прогноз является *благоприятным*, когда нет угрозы развития осложнений, опасных для жизни. *Сомнительным* прогноз становится в ряде случаев, когда с учетом течения болезни, развития осложнений, прогрессирования заболеваний, эффективности лечения, возраста пациента и др. может наступить летальный исход. Прогноз *неблагоприятен*, если летальный исход неизбежен.

В отношении трудоспособности прогноз решается путем определения временной или стойкой (необходим перевод на инвалидность) ее утраты.