



ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

(ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России)

КАФЕДРА ПЕДИАТРИИ № 2

Академическая история болезни Алгоритм написания

**Методические рекомендации
для студентов 4-5 курсов лечебного факультета**

Краснодар 2016

УДК 616-039.3-053.2(091):614.21 (075.8)

ББК 57.3

А 45

Составители: сотрудники кафедры педиатрии № 2 ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России

зав. кафедрой педиатрии № 2, д.м.н. **А.В. Бурлуцкая**

доцент, к.м.н. **Т.Е. Привалова**

профессор, д.м.н., профессор **С.А. Шадрин**

доцент, к.м.н., доцент **Д.В. Сутовская**

доцент, к.м.н. **В.Н. Фирсова**

Под редакцией д.м.н. А.В. Бурлуцкой

Рецензенты:

Зав. кафедрой педиатрии с курсом неонатологии ФПК и ППС ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России, главный врач ГБУЗ «Детская краевая клиническая больница» д.м.н. **Е.И. Клещенко;**

Зав. кафедрой педиатрии № 1 ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России д.м.н., профессор **В.А. Шашель**

«Академическая история болезни. Алгоритм написания»: методические рекомендации для студентов 4-5 курсов лечебного факультета.

Краснодар, ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России, 2016 – 42 с.

Методические рекомендации подготовлены в соответствии с рабочей программой по дисциплине «Педиатрия», соответствуют стандартам ФГОС ВПО 3-го поколения и ФГОС ВО.

Методические рекомендации по написанию академической истории болезни по педиатрии предназначены для студентов 4-5 курсов лечебного факультета медицинских вузов. Они необходимы для эффективной работы у постели больного и правильного написания студенческой истории болезни. Так же данные методические рекомендации будут полезны молодым врачам при прохождении последипломной подготовки в процессе оформлении врачебной истории болезни в стационаре.

Рекомендовано к изданию ЦМС ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России, протокол № 5 от «14» января 2016 года.

ПРЕДИСЛОВИЕ

Во время написания истории болезни студент учится правильно получать информацию от больного и соответственно требованиям оформлять медицинскую документацию. Требования к академической истории болезни отличаются от требований к врачебной истории болезни в стационаре.

Целью издания данных методических рекомендаций явилось сформировать у будущего врача алгоритм обследования больного и развить клиническое мышление, а также подготовить его к правильному ведению медицинской документации в дальнейшей практической деятельности.

В академическую историю болезни введены дополнительные разделы, которые не входят во врачебную (опрос жалоб по органам и системам, диагностический процесс: выделение симптомов и синдромов, сведения о профилактических прививках, дифференциальный диагноз, литературная справка), некоторые разделы оформляются более подробно (материально-бытовые условия, объективное обследование по системам и органам, лечение).

В структуру методических рекомендаций входят: структура клинического диагноза, жалобы больного с алгоритмом опроса по всем системам и органам, структура сбора анамнеза и объективного статуса. Кроме того, подробно рассматриваются диагностический процесс с правилом выделения ведущих симптомов и синдромов, алгоритм постановки заключительного диагноза с последовательными этапами: обоснование предварительного диагноза, обоснование клинического диагноза, проведение дифференциального диагноза, формулировка заключительного диагноза. Далее в разделе лечение представлены алгоритм выбора режима, диеты, медикаментозной (этиотропной, патогенетической, симптоматической) терапии, структура ежедневной записи лечащего врача (дневник), выписного эпикриза с рекомендациями. В приложениях методических рекомендаций приводятся образцы оформления сведений о профилактических прививках, семейного анамнеза (генеалогическое дерево), диагностического процесса, дневника. Не затрагивается рассмотрение таких разделов как информированное добровольное согласие на медицинские вмешательства, оформление отказа от медицинского вмешательства, оказание медицинской помощи без согласия граждан или их законных представителей, запись дежурного врача, оформление листа назначений и температурного листа, осмотров заведующего отделением, запись результатов консилиума, этапный эпикриз, переводной эпикриз, оформление листа нетрудоспособности, статистическая карта выбывшего из стационара больного, с которыми молодые врачи ознакомятся, работая в стационаре за время прохождения интернатуры, ординатуры или первичной специализации.

ВВЕДЕНИЕ

«Педиатрия» как клиническая дисциплина – это один из завершающих этапов обучения в медицинском вузе на лечебном факультете, которая требует знания полного объема курсов нормальной и патологической анатомии и физиологии, фармакологии, пропедевтики детских болезней и других смежных клинических дисциплин. В цикле «Педиатрии», работая у постели больного, студент закрепляет полученные знания на предыдущих курсах и продолжает овладевать навыками обследования больного, а также последовательного и логического отражения полученных данных в медицинской документации. Кроме того, в процессе обучения у студента формируется навыки клинического мышления, необходимые для установления диагноза, назначения лечения и планирования реабилитационных мероприятий и диспансерного наблюдения больного ребенка.

Учитывая значения истории болезни как важнейшего медицинского и юридического документа, очень важно правильно понимать цели и задачи, стоящие перед врачом при ее заполнении. Авторы постарались последовательно отразить алгоритм оформления истории болезни в свете современных требований к ведению медицинской документации в педиатрическом стационаре. В приложениях представлены образцы оформления отдельных разделов (сведения о профилактических прививках, семейный анамнез, диагностический процесс, дневниковые записи).

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

История болезни - документ, имеющий большое практическое, научное и юридическое значение. Поэтому ее следует вести последовательно и четко, кратко и по существу, соблюдая принцип «минимальной достаточности». В ней содержатся все необходимые сведения о больном, развитии его заболевания, этиологических и патогенетических факторах, способствующих возникновению и прогрессированию болезни, о результатах клинико-лабораторного и инструментального обследования и эффективности проводимой терапии.

В период лечения больного в стационаре история болезни находится в непосредственном распоряжении лечащего врача и заведующего отделением, а в их отсутствие — дежурного врача. Место ее хранения определяется соответствующим распоряжением администрации лечебно-профилактического учреждения. После выписки больного из стационара она сдается в архив, где хранится в течение срока, определяемого соответствующими распорядительными документами. Историю болезни ведет лечащий врач и наряду с заведующим отделением несет за нее административную ответственность.

В настоящее время этот документ именуется как «Медицинская карта стационарного больного» (форма 003/у). Для простоты изложения в дальнейшем мы будем использовать традиционное название — история болезни (ИБ).

Академическая ИБ оформляется в период курации больного в отделении, в строгом соответствии схеме истории болезни. Она должна быть написана рукописным текстом, разборчиво, с выделением полей и красной строки.

Академическая ИБ должна быть написана в официально-деловом стиле, который требует предельной точности выражения, исключает разное толкование, не допускает употребление экспрессивных средств речи (слова и фразеологизмы разговорного стиля, просторечные слова, эмоционально окрашенные слова). При оформлении истории болезни допустимы только общепринятые сокращения (например: и т.д., в т.ч., ЦРБ, ДККБ и др.).

2. СХЕМА ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ

2.1. Оформление титульного листа

На титульном листе указывается название вуза, кафедры, Фамилия И.О. заведующего кафедрой, Фамилия И.О. преподавателя. Далее указывается «История болезни Фамилия Имя Отчество, возраст» больного ребенка (в родительном падеже), основной клинический диагноз, осложнение основного диагноза (если есть), сопутствующий диагноз (если есть). Ниже указываются Фамилия И.О. куратора, № группы, курс, время курации.

2.2. Паспортные данные

Дата и время поступления

Фамилия И.О. ребенка

Дата рождения, возраст

Место жительства

Сведения о родителях: Фамилия И.О., возраст, место работы, должность матери и отца

Название направившего учреждения

Диагноз направившего учреждения

Диагноз при поступлении

2.3 Жалобы больного

Жалобы больного записываются со слов самого больного ребенка или его законных представителей (родители, другие родственники, опекуны).

2.3.1. Жалобы при поступлении в стационар

В этом разделе перечисляются основные (ведущие, специфические) жалобы, явившиеся причиной госпитализации (боль в животе, приступы удушья, кашель и т. П.). За тем, перечисляются так называемые второстепенные (общие, неспецифические, либо связанные с сопутствующим заболеванием) жалобы (общая слабость, повышенная утомляемость, расстройства сна и др.).

Следует помнить, что вопросы, задаваемые студентом больному должны быть не прямыми (позволяющие ответить «да» и «нет»), а косвенными (наводящими, позволяющими дать развернутый ответ).

Обращаем внимание, что жалобы должны быть сформулированы кратко (перечислены), детальная характеристика жалоб: точная

локализация и иррадиация болезненных явлений, характер кашля и пр., выраженность, время и условия возникновения, продолжительность, интенсивность и зависимость от определенных факторов, способы или средства, приносящие облегчение, а также жалобы на день начала курации описываются в **анамнезе заболевания**.

2.3.2. Опрос по органам и системам

Кроме выяснения основных и второстепенных жалоб, предъявляемых больным, необходимо выявить наличие жалоб по всем органам и системам. Данный опрос позволяет создать четкое представление о функционировании всех систем организма больного ребенка. При оформлении академической ИБ **следует описывать только имеющиеся жалобы**, не перечисляя отсутствующих (например, не следует писать: «кашля нет, боли в грудной клетке нет, одышки нет» и т.д.). При отсутствии жалоб со стороны других систем, необходимо отметить: «Жалоб по другим органам и системам нет».

Кожа, слизистые оболочки и подкожно-жировая клетчатка

При расспросе уточняются наличие кожного зуда (если есть, уточнить: общий или местный, давность и причины его появления).

Оценивая состояние подкожно-жировой клетчатки уточняют наличие изменения веса – похудение или прибавление в весе – (если есть, указать с какого времени началось, степень выраженности).

Отеки (oedema): их локализация (конечности, поясница, лицо, живот), распространенность (местные или анасарка), их выраженность (пастозность, умеренно выраженные или резко выраженные), время и условия возникновения (к концу рабочего дня, после физической нагрузки, постоянные), длительность проявления.

Костно-мышечная система

При опросе выясняют наличие жалоб на боль в мышцах, суставах, костях, ее локализацию, время появления, характер, периодичность, связь с движением, иррадиация, мероприятия, облегчающие боли; судороги их характер (общие, локализованные), условия возникновения, мероприятия, облегчающие состояние больного.

Дыхательная система

Затруднение носового дыхания (если есть, указать степень выраженности, причины и время возникновения); наличие выделений из носа, их количество, характер; зуд носа (если есть, уточнить время возникновения, провоцирующие факторы). Носовые кровотечения (их характер, время и причины возникновения, длительность, объем выделяемой крови).

Кашель (tussis): его характер (сухой или с выделением мокроты, надсадный, «лающий» и т.д.); время появления (днем, ночью, утром); длительность (постоянный, периодический, приступообразный); условия появления и купирования кашля.

Мокрота (sputum): характер, цвет и консистенция (серозная, слизистая, слизисто-гнойная, гнойная, гнилостная), количество мокроты одномоментно и за сутки, примеси крови. Положение, способствующее наилучшему отхождению мокроты (дренажное положение).

Кровохарканье (haemoptoe): количество крови (прожилки, сгустки или чистая кровь), цвет крови (алая, темная, «ржавая» или малинового цвета), условия появления кровохарканья.

Боль (dolor) в грудной клетке: локализация, характер боли (острая, тупая, колющая), интенсивность (слабая, умеренная, сильная), продолжительность (постоянная, приступообразная), связь с дыхательными движениями, кашлем и положением тела, иррадиация болей.

Одышка (dyspnoe): условия возникновения (в покое, при физической нагрузке, при привычной нагрузке, при кашле, изменении положения тела и т.д.), характер одышки (инспираторная, экспираторная, смешанная).

Удушье (asthma): время и условия возникновения, характер, провоцирующие факторы и продолжительность приступов, их купирование. Пользуется ли пациент пикфлоуметром.

Сердечно-сосудистая система

Боль в области сердца: локализация (за грудиной, в области верхушки сердца, слева от грудины на уровне II—VI ребер и т.д.), иррадиация, характер (сжимающие, колющие, давящие, ноющие и т.д.), интенсивность, постоянные или приступообразные, продолжительность болей, условия возникновения (при физической нагрузке, эмоциональное напряжение, в покое), чем купируются, чем

сопровождается боль; наличие ощущения дискомфорта в груди.

Одышка (dyspnoe): условия возникновения (при физической нагрузке, в покое), характер и длительность одышки, чем купируется.

Удушье (asthma): время и условия возникновения (днем, ночью, в покое или при физической нагрузке), продолжительность приступов, их купирование.

Сердцебиения (palpitatio cordis), перебои в сердце: характер аритмии (постоянный, приступообразный, периодический), продолжительность приступов, их частота, условия возникновения, чем купируются.

Перемежающаяся хромота, судороги икроножных мышц, варикознорасширенные вены и тромбофлебит в прошлом.

Состояние артериального давления (склонность к гипотонии, гипертонии).

У детей грудного и раннего возраста, в связи с затруднением дифференцировки субъективных ощущений, нужны данные получают путем дополнительных вопросов, например: отмечается ли цианоз и усиливается ли он при крике, плаче, физической нагрузке (в том числе во время сосания груди), отстают ли ребенок от своих сверстников во время игры и бега.

Пищеварительная система

Боли в животе: локализация, иррадиация, интенсивность, продолжительность, условия возникновения, связь с приемом пищи (ранние, поздние, голодные боли), характер болей (постоянные, схваткообразные, острые, тупые, ноющие, колющие, опоясывающие, режущие), купирование боли (самостоятельно или после приема пищи, применение тепла, холода, медикаментов, после рвоты, после дефекации).

Диспепсические явления:

Затруднение глотания и прохождения пищи по пищеводу (dysphagia) Сохраняется постоянно или возникает периодически, от какого вида пищи. На каком анатомическом уровне возникает затруднение прохождения пищи.

Тошнота (nausea), если есть указать: частоту, продолжительность, интенсивность, ее зависимость от приема и характера пищи, сопровождается ли рвотой.

Рвота (vomitis): характер рвотных масс (съеденной пищей, желчью, кровью, «кофейной гущей», однократная, повторная,

приносящая облегчения или нет), связь с приемом пищи, количество рвотных масс (обильное, необильное), запах (кислый, гнилостный, зловонный).

Отрыжка: воздухом, тухлым яйцом, кислым, горечью, съеденной пищей, с каловым запахом, ее зависимость от приема и характера пищи, частота и продолжительность.

Изжога: частота, интенсивность, продолжительность, провоцирующий фактор (прием определенного вида пищи, изменения положения тела), чем купируется.

Вздутие живота (meteorismus): разлитое, локализованное, зависимость от приема и вида пищи.

Чувство распирания, тяжести в животе: зависимость от приема и рода пищи.

Усиленное отхождение газов (флатуленция): Описывается детальная характеристика, степень выраженности этих явлений, их отношение к приему пищи, ее качеству и количеству, чем купируются диспепсические явления.

Аппетит: сохранен, понижен, повышен (polyphagia), полностью отсутствует (anorexia), извращен, отвращение к пище (указать вид пищи).

Так же уточняются наличие сухости во рту, повышенного слюноотечения, изменение вкусовых ощущений во рту: нормальный, кислый, сладковатый, металлический, горький, их отсутствие.

Стул: частота за сутки, количество (обильное, умеренное, небольшое), консистенция кала (оформленный, жидкий, кашицеобразный, твердый, «овечий»), цвет кала (коричневый, желто-коричневый, желтый, серо-белый, дегтеобразный – melena), наличие примесей (свежая кровь, слизь, гной, остатки неперваренной пищи, членики глистов), наличие ложных позывов (тенезмы).

Мочевыделительная система

Боль: ее локализация (в поясничной области, внизу живота, по ходу мочеточников), иррадиация (в надлобковую область, пах, половые органы и др.), характер боли (острая, ноющая, резкая, тупая, постоянная, периодическая, приступообразная), длительность боли, условия возникновения боли (переохлаждение, физическая нагрузка, поездка в транспорте, изменение положения тела, прием острой пищи, алкоголя, водная нагрузка и т.д.), мероприятия, облегчающие состояние больного (прием медикаментов, согревающие процедуры и

др.), связь боли с дизурическими расстройствами.

Мочеиспускание: количество мочи за сутки (полиурия, олигурия, анурия или задержки мочи – ишурия), свободное, произвольное или дизурические расстройства: затрудненное мочеиспускание (тонкой струей, каплями, прерывистое), наличие непроизвольного мочеиспускания, ложные позывы на мочеиспускание, резь, жжение, боли во время мочеиспускания (в начале, в конце или во время всего мочеиспускания), учащенное мочеиспускание (поллакиурия), ночное мочеиспускание (никтурия).

Моча: цвет мочи (соломенно-желтый, насыщенно желтый, темный, цвет «пива», красный, цвета «мясных помоев», красный и т.д.), прозрачность мочи, запах мочи. Наличие примесей крови в моче (в начале или в конце мочеиспускания, во всех порциях).

Эндокринная система

Нарушения роста, телосложения, увеличение массы тела, похудание, жажда, чувство голода, постоянное ощущение жара, потливость, ознобы, судороги, мышечная слабость, повышение температуры тела, повышение нервной возбудимости, раздражительность, нарушение сна, памяти, снижение успеваемости в школе, сердцебиение, учащение мочеиспускания, кожный зуд. Детальная характеристика этих жалоб.

У девочек-подростков уточняется возникновение менархэе, характеристика менструального цикла (нормальный, нарушенный, продолжительность, регулярность, количество выделений – обильные, необильные, скудные, их продолжительность, боли в пояснице, крестце, внизу живота во время и перед началом менструаций).

Нервная система и органы чувств

Головная боль: локализация, интенсивность, периодичность, характер головной боли, время и причина возникновения, чем купируется.

Головокружение: характер головокружения, условия его появления (при ходьбе, при изменении тела и головы и т. д.). Сопутствующие явления.

Состояние психики: работоспособность, память, внимание, сон, его глубина, продолжительность, бессонница.

Эмоционально-волевая сфера: настроение, особенности характера, повышенная раздражительность, вялость, апатия,

тревожная мнительность, депрессия, эйфория. Суицидальные мысли и намерения.

Двигательная сфера: слабость в конечностях, дрожание, судороги, другие непроизвольные движения.

Чувствительная сфера: нарушения кожной чувствительности (гипостезия, гиперестезия, парестезии), боли по ходу нервных стволов, корешковые боли.

Зрение, вкус, обоняние, слух.

2.4. Анамнез заболевания (anamnesis morbi)

Сведения для этого раздела составляются из следующих документов, имеющихся в клинической ИБ: направления, выписки из ИБ, если больной переведен из другого лечебного учреждения; выписки из амбулаторной карты; записи дежурного врача при поступлении и сведений, полученных лечащим врачом или куратором от больного ребенка (его представителей).

История заболевания должна отражать динамику заболевания. При наличии у больного сопутствующих заболеваний необходимо по нижеприведенной схеме описать каждое из них, отметив взаимноотягощающие симптомы.

Подробно в хронологической последовательности описывается возникновение, течение и развитие настоящего заболевания от первых его проявлений до момента настоящего обострения (точные даты указываются в том случае, если это необходимо будет для обоснования диагноза). Приводятся данные об обстоятельствах возникновения заболевания, первых его проявлениях, динамике начальных симптомов, характере и времени появления новых симптомов, особенностях обострения, длительности ремиссий, возникших осложнениях, о предшествующем лечении и его эффективности, ранее проводимых диагностических мероприятиях и их результатах. Заканчивается написание анамнеза заболевания описанием последнего ухудшения состояния больного (либо других причин), приведших к настоящей госпитализации.

В академической ИБ, учитывая, что на момент начала курации ребенок уже определенное время находится в клинике, необходимо в хронологическом порядке (кратко) указать динамику заболевания и эффективность проводимой терапии к началу курации. Выделить жалобы на день курации.

2.5. Анамнез жизни больного (anamnesis vitae)

2.5.1. Акушерский анамнез:

Ребенок родился от какой по счету беременности, каких родов по счету.

Течение беременности (протекала с угрозой прерывания, токсикозом, гестозом, анемией легкой степени и т.п., указать на каком сроке беременности).

Течение родов (срочные, преждевременные, на каком сроке, пособия, осложнения).

2.5.2. Период новорожденности и раннее детство: родился доношенным, масса, длина тела, окружность головы, окружность груди, оценка по шкале Апгар при рождении. Закричал ребенок сразу или после оказания реанимационных мероприятий. Какой был крик (громкий, слабый). Когда был приложен к груди. Заболевания в период новорожденности. На какие сутки выписан из роддома. Диагноз при выписке. Когда отпал пуповинный остаток (на какие сутки) и как заживала пупочная ранка.

Вид вскармливания (грудное, смешанное, искусственное).

2.5.3. Перенесенные заболевания во все периоды жизни: новорожденности, до 1-го года и старше 1-го года.

Частота ОРИ в год, перенесенные детские инфекционные заболевания (с указанием даты), перенесенные травмы и операции (с указанием даты), длительность и тяжесть этой патологии, их осложнения и проводимое лечение. Если ребенок состоит на диспансерном учете у узких специалистов, указывается диагноз и специальность врача.

2.5.4. Сведения о профилактических прививках (из направления на госпитализацию или амбулаторной карты). Отмечается дата проведения прививки, доза и путь введения, название вакцины, серия. Кроме того, в этом разделе указываются все положенные на возраст больного туберкулиновые пробы, когда проводились, путь введение, их результат (см. Приложение 1).

2.6. Семейный анамнез

В этом разделе приводятся сведения о наследственности больного - возраст матери и отца. Состояние здоровья родителей. Здоровье дедушек, бабушек, тетей, дядей (как по линии матери, так и

по линии отца), заболевания и причины смерти ближайших родственников (указать, в каком возрасте). Отмечается наличие у них злокачественных новообразований, сердечно-сосудистых, эндокринных, психических заболеваний, алкоголизма, системных заболеваний соединительной ткани и системных васкулитов, хронических соматических заболеваний (бронхиальная астма, язвенная болезнь, хронический гастродуоденит, хронический пиелонефрит), аномалии развития внутренних органов и др. **Обязательно рисуется генеалогическое древо. Обязательно в завершении раздела делается заключение об имеющейся наследственной предрасположенности к настоящему заболеванию.** Образец см. Приложение 2.

2.7. Материально-бытовые условия семьи

Указывается место работы и профессия родителей, общий заработок семьи, число членов семьи, сколько из них детей. Жилищные условия: квартира, комната. Характеристика квартиры (сухая, светлая, чистая, хорошо проветривается или сырое помещение, наличие плесени на стенах ванной, кухни и др).

Кто ухаживает за ребенком (мать, бабушка, няня). Посещение детского коллектива (ясли, детский сад, школа).

Отражаются режим и регулярность питания, наличие вредных привычек (курение, употребление алкоголя, наркотиков, токсикомания и др.). В завершение должно быть сделано **заключение о связи материально-бытовых условий и настоящего заболевания.**

2.8. Эпидемиологический анамнез

В эпидемиологическом анамнезе указывается наличие контактов с инфекционными и лихорадящими больными за последние три недели; выясняются наличие симптомов инфекционных и паразитарных заболеваний (жидкий стул, членики глистов, лихорадка), сведения о выезде в другой регион, не было ли укусов насекомых или животных; обращается внимание на медицинские манипуляции (операции, переливание крови, стоматологические вмешательства), сопровождающиеся нарушением целостности кожных покровов и слизистых оболочек.

2.9. Аллергологический анамнез

Описывается подробно. Выясняется наличие проявлений пищевой гиперчувствительности на первом году жизни. Если были, то подробно описать на какие продукты, какие проявления (например: на коровье молоко сыпь по всему телу). Отмечается наличие других аллергических проявлений за истекший период жизни (непереносимость лекарств, отдельных пищевых продуктов, поллиноз и др.), их причины и сезонность. Следует также указать, проживают ли в доме животные (кошки, собаки, рыбки, птицы и др.), на какой подушке (перьевая, синтепоновая и др.) спит ребенок. Если ранее ребенку проводилось аллергообследование, указать его результаты и выявленный спектр сенсibilизации. Для ребенка ранее получавшего специфическую иммунотерапию (указать год проведения, аллерген, реакцию на терапию).

Заключение по отягощенности аллергологического анамнеза и связи его с настоящим заболеванием.

2.10. Настоящее состояние больного (status praesens objectivus)

2.10.1. Общий осмотр и оценка состояния по заболеванию

Общее состояние больного по заболеванию: удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое.

Оценка общего состояния больного – объективное заключение врача, имеющее важное значение для определения объема и очередности лечебных мероприятий, необходимых больному.

У детей, начиная с грудного возраста, для оценки общего состояния по заболеванию используют два основных критерия:

- 1) степень выраженности синдрома токсикоза;
- 2) степень выраженности функциональных нарушений той или иной системы.

Самочувствие больного – это субъективное ощущение больного. Оно может быть: хорошее, удовлетворительное, плохое. Если нарушено, указать за счет чего. При расспросе уточняются наличие общей слабости и степень ее выраженности; повышенной утомляемости, быстрота ее наступления, повышенной потливости и степень выраженности, повышения температуры (если есть, время ее повышения, характер, наличие озноба), изменение работоспособности (сохранена, снижена, утрачена). Далее при общем осмотре

оцениваются:

Сознание: ясное, спутанное - ступор, сопор, кома, бред, галлюцинации. При отсутствии сознания оценить степень комы.

Положение больного: активное, пассивное, вынужденное.

Выражение лица: спокойное, безразличное, маскообразное, тоскливое, страдальческое, возбужденное, утомленное и т.д., fades febris, fades nephritica, fades mitralis, fades Hippocratica, fades Basedovica и др.

Телосложение: конституциональный тип (нормостенический, гиперстенический, астенический), рост, масса тела. **Оценка физического развития по центильным таблицам с обязательным заключением о его гармоничности.**

Температура тела (при измерении): субфебрильная, фебрильная, гиперфебрильная; характер температурной кривой (описывается для лихорадящих больных) - febris continua, febris remittens, febris intermittens, febris hedica, febris reccurens, febris undulans.

2.10.2. Обследование по системам и органам.

Каждый раздел озаглавляется и дается описание имеющихся изменений без употребления терминов диагностического характера. Например, не следует писать: «на коже потница», «скарлатинозная сыпь» или при описании костной системы: «имеются рахитические изменения» и др. При описании изменений по органам и системам применяются методики обследования и описания соответственно возрасту.

Обследование по системам и органам проводится в следующей последовательности: осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация. Не следует описывать отсутствующих у больного проявлений, кроме тех, которые значимы для обоснования диагноза. Например, не следует писать для больного с бронхиальной астмой: «рубцов нет, сыпи нет, пигментации нет, отеков нет», в то же время следует указывать для этого больного: «одышки нет», «хрипов нет». Для больного же с нефрологическими заболеваниями важно отразить отсутствие отеков и т.п.

Кожа и слизистые оболочки

ОСМОТР И ПАЛЬПАЦИЯ.

Цвет кожи: физиологической окраски, бледный (при анемиях различной этиологии и др.), с зеленоватым оттенком (при раннем

хлорозе), с восковидным оттенком (при В12-фолиеводефицитной анемии), с золотист-желтым оттенком (при гемолитической анемии), смуглый, цвет загара, с бронзовым оттенком, желтушный, иктеричный, субъиктеричный, гиперемия, цианоз, акроцианоз. Пигментация и депигментация (витилиго), их локализация и размер. Сосудистые изменения: телеангиэктазии, «сосудистые звездочки», их локализация и количество.

Чистота кожи: описать (если есть) все элементы сыпи (первичные и вторичные), указать их локализацию, единичные или множественные (сливные) высыпания. Для пигментных пятен и гематом указать локализацию, размер, количество, выраженность, стадию. Для рубцов указать локализацию, цвет, размеры, подвижность, болезненность. Для трофических изменений (язвы, пролежни) указать их локализацию, размер, характер поверхности и т.д.

Температура кожи (на ощупь): нормальная, горячая, холодная (по всей поверхности или в определенных участках, указать).

Влажность кожи: кожа сухая, умеренно влажная, влажная (по всей поверхности или в определенных участках, указать).

Эластичность кожи: сохранена, снижена.

Толщина кожи: определяется на тыльной поверхности кисти, указать в мм.

Дермографизм и другие эндотелиальные пробы: определяется вид дермографизма (красный, белый, смешанный), скорость его появления и исчезновения. Симптом жгута, щипка, молоточка.

Состояние видимых слизистых оболочек, включая состояние зева: определяют цвет (розовый, бледный, цианотичный, иктеричный, субъиктеричный, гиперемия), высыпания на слизистых (энантема), их локализация и выраженность, влажность слизистых. Состояние зева: Глотка (мягкое небо, язычок, корень языка, небные дужки, задняя стенка глотки): окраска, отечность, рыхлость, налеты. Небные миндалины: величина (степень гипертрофии: I, II, III), окраска, отечность, налеты.

Придатки кожи (волосы и ногти): рост волос (не нарушен, наличие очагов алопеции и др.), состояние волос (сухость, ломкость, тусклость и т.п.); ногти: форма («часовые стекла», тонкие, ломкие, койлонихии и др.), цвет (розовый, синюшный, бледный), наличие лейконихий, поперечной или продольной исчерченности, ломкости ногтей.

Подкожно-жировая клетчатка

Описывается состояние питания, степень развития подкожно-жирового слоя (умеренное, слабое, чрезмерное), равномерность распределения (равномерно, если неравномерно, то указать места наибольшего отложения жира: на животе, руках, бедрах), наличие отеков, их локализация (конечности, поясница, живот), распространенность (местные или анасарка), выраженность (пастозность, умеренные или резко выраженные), консистенция отеков и их симметричность, степень плотности, время появления (утром, вечером, на протяжении суток), условия возникновения или усиления отеков (питьевая нагрузка, избыточный прием соли и т.д.), скорость нарастания отеков, факторы, способствующие уменьшению или исчезновению отеков, тургор тканей (сохранен, повышен, снижен).

Болезненность при пальпации подкожно-жировой клетчатки, наличие крепитации (при воздушной эмфиземе подкожной клетчатки).

Лимфатическая система

Описываются свойства пальпируемых периферических лимфоузлов. Указывается их локализация, их величина, форма, консистенция, характер поверхности, болезненность, подвижность, сращения между собой и с окружающими тканями, состояние кожи над лимфатическими узлами.

Опорно-двигательная система

ОСМОТР И ПАЛЬПАЦИЯ.

Кости: форма костей, наличие деформаций, болезненность при пальпации, поколачивании, состояние концевых фаланг пальцев рук и ног (симптом «барабанных палочек», рахитические изменения). Для детей грудного возраста – форма головы, состояние швов, родничков (размер большого родничка, выбухание и западение, плотность или податливость краёв), размягчение костей черепа (краниотабес).

Осанку (нормальная, лордоз, кифоз, сколиоз).

Форму ног (нормальные, Х-образные, О-образные); стопу (нормальная, уплощенная, полая); Зубы: количество, состояние прикуса, наличие аномалий роста зубов, зубная формула, состояние зубов (наличие кариса и т.п.).

Суставы: конфигурация, отечность, симметричность, болезненность при пальпации, гиперемия и местная температура кожи над суставами. Движения в суставах: их болезненность, хруст при движениях, объем активных и пассивных движений в суставах.

Мышцы: степень развития (удовлетворительная, слабая, атрофия, гипертрофия мышц), тонус мышц (сохранен, снижен, повышен – ригидность мышц, его симметричность), сила мышц, их болезненность и уплотнения при пальпации, походка (быстрая, медленная, атаксическая, спастическая, паретическая).

Объективный статус по органам и системам: **полностью описывается только та система, которая поражена по основному заболеванию, остальные то, что выделено жирным шрифтом.**

Дыхательная система

ОСМОТР.

Нос: изменения формы носа, **дыхание через нос** (свободное, затрудненное). Отделяемое из носа, его характер и количество.

Гортань: расположение, деформация и отечность в области гортани. Голос (громкий, тихий, чистый, сиплый), отсутствие или нарушение голоса (дисфония, афония). Для детей первого года жизни оценивают характер крика (громкий, слабый, пронзительный).

Грудная клетка: **форма грудной клетки:** нормостеническая, гиперстеническая, астеническая, патологические формы (эмфизематозная, бочкообразная, паралитическая, ладьевидная, рахитическая, воронкообразная). Выраженность над- и подключичных ямок (выбухают, выполнены, запавшие, втянуты), ширина межреберных промежутков (умеренные, широкие, узкие, втяжение при дыхании), величина эпигастрального угла (прямой, острый, тупой), положение лопаток и ключиц (не выступают, выступают умеренно, отчетливо, крыловидные лопатки), состояние переднезаднего и бокового размеров грудной клетки, симметричность грудной клетки (увеличение или уменьшение одной из половин, локальные выпячивания или западения). Окружность грудной клетки, экскурсия грудной клетки на вдохе и выдохе.

Дыхание: **тип дыхания** (грудной, брюшной, смешанный). Симметричность дыхательных движений (отставание в дыхании одной половины). Участие в дыхании вспомогательной мускулатуры. **Число дыханий в минуту.** Глубина дыхания (поверхностное, глубокое, в т.ч. дыхание Кулсмауля). Ритм дыхания (ритмичное, аритмичное, в т.ч. дыхание Чейна—Стокса и Биота). Соотношение ЧСС и ЧД.

ПАЛЬПАЦИЯ.

Определение болезненных участков, их локализация;

резистентности и эластичности грудной клетки; **голосового дрожания** на симметричных участках (одинаковое, усилено или ослаблено с одной стороны).

ПЕРКУССИЯ ЛЕГКИХ.

Сравнительная перкуссия: **характер перкуторного звука** на симметричных участках грудной клетки (звук ясный легочный, притуплённый, тупой, коробочный, тимпанический, притупленно-тимпанический). При несимметричности звука указать локализацию. Топографическая перкуссия определяет верхнюю и нижнюю границу лёгких по всем топографическим линиям, высоту стояния верхушек легкого (для детей старше 7 лет), ширину полей Кренига, дыхательную экскурсию нижнего края легких. Данные топографической перкуссии заносятся в таблицу (образец оформления см. Приложение 3).

АУСКУЛЬТАЦИЯ.

Основные дыхательные шумы: **характер основных дыхательных шумов** на симметричных участках грудной клетки (везикулярное, ослабленное везикулярное, усиленное везикулярное, жесткое, смешанное, бронхиальное, амфорическое, отсутствие основного дыхательного шума).

Побочные дыхательные шумы: хрипы (сухие или влажные: мелко-крупнопузырчатые), крепитация, шум трения плевры, плевроперикардальный шум, их локализация и характеристика. Изменение или появление побочных дыхательных шумов при пробах с форсированным дыханием и откашливанием.

Бронхофония: определение бронхофонии над симметричными участками грудной клетки (одинаковая с обеих сторон, усилена или ослаблена с одной стороны).

Сердечно-сосудистая система

ОСМОТР.

Шея: состояние наружных яремных вен и сонных артерий, их патологические изменения.

Область сердца: выпячивание области сердца (*gibbus cordis*). Видимые пульсации (**верхушечный толчок**, сердечный толчок, эпигастральная пульсация, атипичная пульсация в области сердца), их характеристика (локализация, распространенность, сила, отношение к фазам сердечной деятельности). Исследование сосудов

Артерии: височных, сонных, лучевых, бедренных, подколенных

артерий, заднеберцовых и артерий тыла стопы, выраженность пульсации, эластичность, характеристика поверхности артериальной стенки, извитость артерий.

Вены: наружных яремных вен, их набухание, видимая пульсация, наличие отрицательного или положительного венозного пульса.

Наличие расширений вен грудной клетки, брюшной стенки, конечностей с указанием места и степени расширения. (Выраженная венозная сеть нередко определяется у детей с тонкой кожей при синдроме дисплазии соединительной ткани, а также при портальной гипертензии).

ПАЛЬПАЦИЯ.

Верхушечный толчок: его локализация (указать межреберье и отношение к левой среднеключичной линии), сила (ослабленный, усиленный), площадь (ограниченный, разлитой), амплитуда (высокоамплитудный (приподнимающий), низкоамплитудный), резистентность.

Сердечный толчок: его локализация, площадь.

Эпигастральная пульсация: ее характер (связь с пульсацией брюшной аорты, сердца, печени), распространенность (ограниченная или разлитая).

Дрожание в области сердца (fremitus): его локализация, отношение к фазам сердечной деятельности (систолическое или диастолическое).

Определение пальпаторной болезненности зон гиперестезии.

Исследование сосудов: пальпация височных, сонных, лучевых, бедренных, подколенных артерий, заднеберцовых и артерий тыла стопы, выраженность пульсации, эластичность, характеристика поверхности артериальной стенки, извитость артерий. Определение пульсации аорты в яремной ямке.

Артериальный пульс: **артериальный пульс** на лучевых артериях, сравнение пульса на обеих руках (pulsus differens), частота, ритм (наличие аритмий), наполнение, напряжение, величина, скорость, форма пульса, соотношение с ЧСС (наличие дефицита пульса).

Артериальное давление: на плечевых артериях (при необходимости на бедренных) в мм рт. ст. (по методу Короткова определяется систолическое и диастолическое давление).

Исследование вен: пальпация наружных яремных вен, их

набухание, наличие отрицательного или положительного венозного пульса.

Уплотнение и болезненность вен с указанием вены и протяженности уплотнения или болезненности.

ПЕРКУССИЯ.

Перкуторно определяются **границы относительной и абсолютной тупости сердца** по топографическим линиям, поперечник относительной тупости сердца (в см). Ширина сосудистого пучка (в см). Границы абсолютной и относительной тупости сердца, полученные при перкуссии, оформляются в виде в таблицы (см. Приложение 4).

Описывается конфигурация сердца (нормальная, митральная, аортальная и др.)

АУСКУЛЬТАЦИЯ.

Тоны: ритм сердечных сокращений (ритмичные или аритмичные с указанием формы аритмии — дыхательная аритмия, мерцательная аритмия, экстрасистолия, выпадение сердечных сокращений, эмбриокардия). Число сердечных сокращений.

Первый тон, его громкость (ослабленный, усиленный, хлопающий), расщепление или раздвоение первого тона.

Второй тон, его громкость (ослабленный, усиленный, акцентированный), расщепление или раздвоение второго тона.

Дополнительные тоны: пресистолический, протодиастолический или суммационный ритм галопа, ритм «перепела», систолический галоп.

Шумы: отношение к фазам сердечной деятельности (систолический, диастолический, пресистолический, протодиастолический, мезодиастолический и т.д.).

Место наилучшего выслушивания шума. Проведение шума.

Характер шума (мягкий, дующий, скребущий, грубый и т.д.), его тембр (высокий, низкий), громкость (тихий, громкий), продолжительность (короткий, длинный), изменение громкости шума на протяжении фазы сердечной деятельности (нарастающий, убывающий и др.).

Изменение шума в зависимости от положения тела, задержки дыхания на вдохе и выдохе и после физической нагрузки.

Шум трения перикарда: место наилучшего выслушивания, характер шума (грубый и громкий, тихий, нежный).

Исследование сосудов

Выслушивание сонных и бедренных артерий (двойной тон Траубе, двойной шум Виноградова—Дюрозье и др.).

Исследование вен: выслушивание яремной вены («шум волчка»).

Пищеварительная система

ОСМОТР И ПЕРКУССИЯ.

Губы: цвет, влажность, высыпания, изъязвления, трещины, пузыри, явления ангулярного стоматита, хейлита.

Полость рта: **язык** (окраска, влажность, состояние сосочкового слоя (атрофия, гипертрофия), наличие налетов, трещин, исчерченности, отпечатков зубов, эрозий, язв, «географический», «рельефный», «лакированный», «малиновый» язык), отклонение в сторону при высовывании.

Десны, мягкое и твердое небо (окраска, налеты, геморрагии, изъязвления).

Наличие запаха изо рта (запах ацетона, прелого сена, прелого яблока, кислый, гнилостный запах и т.д.)

Живот: **форма живота** (нормальной конфигурации, впалый, выпуклый, отвислый), его симметричность, наличие выпячиваний, участие в акте дыхания, видимая перистальтика желудка и кишечника, наличие венозных коллатералей, рубцов, сыпи, пигментации.

Окружность живота (в см) на уровне пупка (у больных с отеками, асцитом) измеряется и описывается при каждом обследовании.

При перкуссии живота выявляется наличие метеоризма (тимпанический звук), свободной или осумкованной жидкости (притупленный или тупой звук) в брюшной полости.

ПАЛЬПАЦИЯ.

Поверхностная ориентировочная пальпация определяет болезненные области, наличие зон гиперстезии, напряжение и резистентность мышц брюшной стенки (мышечная защита — *defame tuasculare*), расхождение прямых мышц живота и наличие грыжи белой линии, пупочной грыжи, симптом Менделя. Наличие поверхностно расположенных опухолевидных образований.

Методическая глубокая скользящая пальпация по Образцову—Стражеско сигмовидной, слепой, восходящей, нисходящей ободочной кишки. Определяется локализация, болезненность, размеры, форма, консистенция, характер поверхности, подвижность и урчание различных участков кишечника.

При наличии опухолевых образований описываются их размеры, консистенция, болезненность, смещаемость, локализация и возможная связь с тем или иным органом брюшной полости.

АУСКУЛЬТАЦИЯ.

Характеристика перистальтических шумов кишечника (количество перистальтических движений в минуту, отсутствие кишечных шумов – симптом Шланге), сосудистых шумов, шума трения брюшины.

Обследование печени и желчного пузыря

ОСМОТР.

Наличие желтухи, ее связь с болями в правом подреберье, диспептическими явлениями и др., изменениями цвета мочи, кала. Наличие кожного зуда, его характеристика.

Наличие ограниченного выпячивания в области правого подреберья, ограничения этой области при дыхании.

ПЕРКУССИЯ.

При перкуторном **определении границ печени** наиболее удобно (и достаточно) пользоваться методом Курлова (у детей старше 7 лет), которые определяются по трем топографическим линиям (по правой срединно-ключичной линии, по передней срединной линии; по левой реберной дуге).

ПАЛЬПАЦИЯ.

Печень (проводится в горизонтальном и вертикальном положении): уточнение нижних границ печени по срединно-ключичной и передней срединной линии.

Характеристика края печени (мягкий, плотноэластичный, плотный, болезненный или безболезненный, заостренный или закругленный, гладкий, зернистый или бугристый).

Характеристика поверхности печени (при ее увеличении): поверхность гладкая, зернистая, бугристая.

Желчный пузырь: характеристика желчного пузыря, его пальпируемость, болезненность, размеры. Наличие симптомов Мэрфи, Кера, Ортнера, Георгиевского-Мюсси (френикус-симптом), Лепене, Боаса.

АУСКУЛЬТАЦИЯ.

Наличие шума трения брюшины в области правого подреберья.

Обследование селезенки (селезенка не относится к системе пищеварения, но расположена в брюшной полости, поэтому

описывается в данном разделе).

ОСМОТР.

Наличие ограниченного выпячивания в области левого подреберья, ограничение этой области в дыхании.

ПЕРКУССИЯ.

Определение продольного и поперечного размера селезенки в сантиметрах.

ПАЛЬПАЦИЯ.

Пальпация селезенки в положении лежа на боку и на спине. Характеристика нижнего края селезенки (острый или закругленный, болезненный или безболезненный, ровный или бугристый). Характеристика поверхности селезенки (при ее значительном увеличении): поверхность гладкая или бугристая, болезненная или безболезненная.

АУСКУЛЬТАЦИЯ.

Наличие шума трения брюшины в области левого подреберья.

Обследование поджелудочной железы

ПАЛЬПАЦИЯ.

Наличие болезненности в области ее проекции на переднюю брюшную стенку, болезненность точках Мейо-Робсона и Де-Жардена, увеличение и уплотнение поджелудочной железы.

Мочевыделительная система

ОСМОТР.

Поясничная область: наличие гиперемии кожи, припухлости, сглаживания контуров поясничной области.

Надлобковая область: наличие ограниченного выбухания в надлобковой области.

ПЕРКУССИЯ.

Поясничная область: **определение симптома поколачивания** (положительный: указать с какой стороны, отрицательный).

Надлобковая область: характер перкуторного звука над лобком, при увеличении мочевого пузыря — уровень расположения дна мочевого пузыря.

ПАЛЬПАЦИЯ.

Почки: **пальпируемость почек** в вертикальном и горизонтальном положении, при увеличении почек — их болезненность, консистенция, величина, форма, характеристика

поверхности, подвижность, наличие симптома баллотирования.

Мочевой пузырь (при наполненном мочевом пузыре): пальпируемость мочевого пузыря, при его увеличении - уровень расположения дна мочевого пузыря, болезненность при пальпации, характер поверхности.

Мочеточниковые точки: наличие болезненности при пальпации в передних (подреберных, верхних мочеточниковых, средних мочеточниковых) и задних (реберно-позвоночниковых, реберно-поясничных) точках.

Эндокринная система

ОСМОТР И ПАЛЬПАЦИЯ.

Общий осмотр должен выявить, прежде всего, наличие грубых отклонений.

Для оценки функции желез внутренней секреции важное значение имеет оценка *habitus* (от лат. «внешность», «наружный вид») пациента. Представление о *habitus* получают по визуальной оценке следующих признаков:

1. Возраст больного, его соотношение между фактическим (паспортным) и предполагаемым по данным осмотра.
2. Особенности телосложения и упитанности – нарушения роста, телосложения и пропорциональности отдельных частей тела, соответствие роста и массы биологическому возрасту (степень выраженности ПЖК, преимущественная локализация жира, исхудание, кахексия). Увеличение размеров языка, носа, челюстей, ушных раковин, кистей рук, стоп.
3. Состояние волосяного покрова тела – признаки гирсутизма, вирилизма, атипичное оволосение.
4. Состояние кожных покровов: влажность, истончение или огрубение, гиперпигментация кожи и кожных складок (указать локализацию), наличие стрий (розовые, белые).
5. Лицо – его выражение, изменения со стороны глаз, лунообразное лицо.

Обследование щитовидной железы.

Осмотр шеи в области щитовидной железы с оценкой степени увеличения.

При пальпации оценивают локализацию, размеры и характер поверхности (плотность, бугристость, наличие узлов, болезненность, подвижность при глотании) перешейка и долей щитовидной

железы. Определение глазных симптомов (Дельримпля, Грефе, Кохера, Штельвага, Мебиуса).

Обследование половой системы

ОСМОТР И ПАЛЬПАЦИЯ.

У детей младших возрастных групп (первого года жизни, дошкольников, младших школьников) осматривают наружные половые органы оценивают правильность развития и соответствие развития половых органов возрасту и полу.

У подростков дополнительно оценивают степень развития вторичных половых признаков: тип оволосения (мужской, женский), волосяной покров в подмышечных впадинах, на лице, на животе, в лобковой области. У мальчиков – размеры перстневидного хряща, голос (высокий, низкий). Признаки евнухоидизма, феминизации. Молочные железы (у девочек) и грудные железы (у мальчиков): степень развития, состояние кожных покровов, пигментация, локальный отек в виде «лимонной корки», втяжения соска. Симметричность желез. Форма сосков, наличие эрозий и язв, деформация желез. Уплотнения, тяжистость и опухолевые образования при пальпации желез. Гинекомастия у мальчиков. Выделения из сосков, их характеристика и связь с менструальным циклом.

Наружные половые органы (у мальчиков): размер мошонки, яичек, отек мошонки, варикозное расширение вен мошонки (варикоцеле), болезненность при пальпации яичек, наличие опухолевых образований. Недоразвитие или неопущение яичек (анорхизм, крипторхизм). Эрозии и язвы полового члена. Аномалии и уродства полового члена.

По завершению обследования делается заключение о соответствии полового развития возрасту с обязательным указанием половой формулы и ее расшифровкой.

Нервная система и органы чувств

ОСМОТР.

Состояние психики: сознание, ориентировка в месте, времени и собственной личности.

Интеллект: соответствует или не соответствует уровню развития. Ослабление интеллектуальных функций (ослабление внимания,

снижение памяти, нарушение критики, сужение круга интересов).

Поведение больного в клинике, степень общительности, уравновешенность, суетливость, двигательное беспокойство.

Речь: афазия (моторная или сенсорная), дизартрия.

У детей первого года жизни оцениваются безусловно-рефлекторная деятельность и становление условно-рефлекторной деятельности, а также соответствие нервно-психического развития календарному возрасту.

Нижеприведенные детали обследования подробно описываются у больных с подозрением на патологию нервной системы. У детей с соматической патологией при отсутствии неврологической симптоматики достаточно указать, что «патологии нервной системы и органов чувств не выявлено».

Исследование черепно-мозговых нервов: острота зрения, двоение в глазах (диплопия), птоз, объем движений глазных яблок, реакция зрачков на свет. Симметричность носогубных складок при оскале зубов. Расстройства глотания. Дисфония. Положение языка при высовывании.

Менингеальные симптомы: ригидность затылочных мышц, симптомы Кернига и Брудзинского.

Двигательная сфера: характер походки с открытыми и закрытыми глазами (обычная, атаксическая, паретическая, другие формы).

Устойчивость при стоянии с открытыми и закрытыми глазами (проба Ромберга).

Пальценосовая и коленно-пяточная пробы (координаторные пробы).

Судороги: клонические и тонические, фибриллярные подергивания, дрожание (тремор) и другие произвольные движения. Конtrakтуры мышц (локализация). Объем движений и сила в конечностях.

Чувствительная сфера: пальпаторная болезненность по ходу нервных стволов и корешков. Объем движений и сила в конечностях. Снижение или полное отсутствие чувствительности (если есть, указать: характер, локализацию)

Рефлексы: роговичный, глоточный; сухожильные рефлексы: коленный, ахиллов; патологические рефлексы: симптомы Бабинского и Россолимо.

2.10.3. *Описав объективный статус по всем системам органов, необходимо сделать заключение о выявленных отклонениях во время объективного обследования пациента.*

2.11. Диагностический процесс

2.11.1. Выделение симптомов и синдромов

Данные раздел оформляется в виде таблицы. В одной колонке выделяются симптомы, нумеруются по последовательности их выделения, в другой колонке выделяются синдромы и указываются какие симптомы входят в данный синдром. Образец см. Приложение 5.

2.11.2. Обоснование предварительного диагноза

Алгоритм постановки заключительного диагноза включает в себя следующие последовательные этапы: обоснование предварительного диагноза, обоснование клинического диагноза, формулировка заключительного диагноза.

Предварительный диагноз оформляется в предположительной форме, в виде рабочей гипотезы и служит исходным пунктом для дальнейшего подробного обследования больного.

В академической ИБ обоснование предварительного диагноза дается сразу после выявления симптомов и синдромов. В стационарной ИБ предварительный диагноз обосновывается сразу при поступлении больного в отделение.

Предварительный диагноз ставится на основании жалоб (указать каких – выделить только значимые для обосновываемого диагноза); анамнеза заболевания (описывается кратко, только значимые факты); данных семейного анамнеза, аллергологического анамнеза (если есть данные); данных объективного исследования (описываются выявленные отклонения при объективном обследовании значимые для данного заболевания). В случае рассмотрения нескольких диагностических гипотез указывается их предположение. Например, «...ставится предварительный диагноз: Хронический гастродуоденит, стадия обострения, морфологический вариант и тип секреции будут уточнены после дообследования. Учитывая жалобы (указать какие), анамнез заболевания (если есть данные), данные объективного обследования (перечислить) необходимо исключить патологию гепатобилиарной зоны».

Предварительный диагноз дает возможность сформулировать дальнейший план обследования больного и назначить план лечения.

2.11.3. План обследования и лечения

План обследования и лечения больного составляет лечащий врач совместно с заведующим отделением при первом осмотре в стационаре. План обследования разрабатывается исходя из предварительного диагноза с целью уточнения клинического диагноза и проведения дифференциального диагноза.

Во многих лечебных учреждениях с учетом требований страховой медицины при планировании диагностических и лечебных процедур необходимо учитывать утвержденные «Стандарты оказания медицинской помощи» в профильном отделении.

При назначении дополнительных исследований и методов лечения, выходящих за рамки «стандартов», следует обосновать их необходимость в ИБ.

В академической ИБ план обследования и лечения составляется для курируемого пациента с учетом алгоритма обследования больного с данной патологией.

2.11.4. Результаты параклинических исследований

В стационарной ИБ подлинники данных инструментальных и лабораторных исследований (за исключением рентгенограмм) на бланках с заключением соответствующей службы хранятся в кармане, приклеенном изнутри к последнему листу истории болезни, либо результаты лабораторных исследований вклеиваются на специально отведенном для этой цели месте в ИБ. Сразу же после получения лабораторных данных лечащий врач вносит в дневниковую запись показатели результатов исследований и анализом выявленных отклонений. Протоколы рентгенологических и иных исследований (по решению администрации больницы) вносятся соответствующей службой непосредственно в историю болезни после проведения исследования.

В академической ИБ следует **полностью переписать полученные результаты дополнительного обследования** в соответствии с планом обследования. **Протоколы инструментальных методов обследования (эндоскопическое, ультразвуковое, рентгенологическое исследование) переписываются полностью**, а не только заключение специалиста.

После описания каждого результата студент делает **заключение о наличии имеющихся отклонениях от возрастной нормы и их связи с заболеванием.**

2.11.5. Дифференциальный диагноз

Проанализировав данные анамнеза, жалобы, объективные данные и полученные результаты дополнительного обследования студент проводит дифференциальный диагноз, который поможет исключить другие нозологические формы, протекающие со сходными симптомами.

Дифференциальный диагноз (диагноз путем исключения) – это диагноз, основанный на поисках сходства и различия между данным случаем, и всеми возможными заболеваниями, имеющими общность по главному ведущему симптому с исключением предположений, не выдержавших этой проверки.

Дифференциальный диагноз проводится поэтапно и включает в себя следующие моменты:

- поиск ведущего симптома, который не должен быть слишком общим;
- привлечение для дифференцировки максимального количества других признаков;
- перечисление всех заболеваний, которые имеют общий с данным случаем ведущий симптом;
- сравнение признаков анализируемого случая с признаками тех заболеваний, которые привлечены для дифференциации с констатацией сходства или различия в каждом конкретном случае;
- исключение всех заболеваний, имеющих наименьшее сходство и различие, по принципу существенного различия, по принципу исключения через противоположность и по принципу простого несовпадения признаков.

В академической ИБ достаточно провести **дифференциальный диагноз с тремя другими заболеваниями**, встречающимися в детском возрасте.

Ведение стационарной ИБ не требует письменного оформления дифференциального диагноза, однако элементы проведенного дифференциального диагноза описываются при обосновании клинического диагноза.

2.11.6. Обоснование клинического диагноза

Клинический диагноз должен быть сформулирован в первые 3 дня пребывания больного ребенка в стационаре. Обоснование клинического диагноза проводится с подробным анализом жалоб, анамнеза жизни и заболевания больного (перечислить кратко, по существу), данных семейного анамнеза, аллергоанамнеза (если есть данные, кратко перечислить); на основании выделенных клинических симптомов и синдромов, с указанием их патогенетической взаимосвязи, а также учитывая полученные данные дополнительного обследования (перечислить отклонения от нормы, выявленные при инструментальном и лабораторном обследовании подтверждающие диагноз); на основании проведенного дифференциального диагноза и исключив другие заболевания (перечислить).

При наличии *сопутствующих заболеваний* необходимо дать краткое обоснование каждому из них. Имеющиеся осложнения *обосновываются отдельно*. В структуре диагноза выделяется:

а) диагноз основного заболевания, включая указание степени тяжести, формы заболевания, характера течения (острое, подострое, хроническое, рецидивирующее и др.), активности патологического процесса, степени функциональных расстройств; б) осложнения основного заболевания; в) сопутствующие заболевания (имеющие клиническое значение). Обязательно проставляется дата установления диагноза. Диагноз формулируется в версии МКБ-10.

В академической ИБ обоснование клинического диагноза приводится после описания дифференциального диагноза.

Заключительный клинический диагноз выставляется при выписке больного из стационара (при переводе его в другое ЛПУ или в случае смерти больного). Диагноз формулируется в развернутом виде в соответствии с требованиями к построению диагноза (название в соответствии с МКБ 10, степень тяжести, стадия или фаза заболевания, степень активности).

В соответствующую графу титульного листа истории болезни вносят:

- основной диагноз, по поводу которого проводилось лечение, и определились его исход и длительность пребывания в стационаре;
- осложнения основного заболевания;
- сопутствующие диагнозы, отражающие патологию других органов и систем.

Заключительный клинический диагноз может отличаться от клинического диагноза, однако все изменения должны иметь обоснование в записях ИБ.

В академической ИБ формулировка заключительного диагноза выносится на титульный лист в соответствии с вышеуказанными требованиями сразу после указания Ф.И.О., возраста больного.

2.12. Лечение

Данный раздел в академической ИБ описывается подробно. Необходимо расписать режим и диету для данного больного. Дается характеристика диеты, цель ее назначения, сроки ее соблюдения. Указываются рекомендуемые и исключаемые блюда и продукты.

Далее дается характеристика медикаментозной терапии в следующей последовательности: этиотропная, патогенетическая, симптоматическая терапия. Дается краткая характеристика препарата (принадлежность к фармакологической группе, механизм действия, показания), выписывается рецепт для каждого препарата, назначенного данному больному, в соответствии с требованиями к написанию рецептов.

В стационарной ИБ лечение записывает лечащий врач в листе назначений. Лист назначений является составной частью ИБ. В листе назначений записывают все назначенные больному лекарственные препараты (с указанием дозы, способа и времени приема, даты назначения и даты отмены), а также наименование лечебных и диагностических манипуляций.

2.13. Ведение дневника

Ежедневная запись лечащего врача отражает динамику субъективного состояния больного (изменения характера жалоб за истекшие сутки, появление новых симптомов, ослабление или исчезновение имевшихся), фиксируются характеристики физиологических показателей (частота дыхания и пульса, число сердечных сокращений, величина артериального давления, оценивается сон, аппетит, стул, мочеиспускание). Затем приводятся краткие объективные данные по органам и системам и их изменения в динамике за истекшие сутки.

В дневнике должны быть отражены врачебная интерпретация

новых клинических симптомов и синдромов, результатов полученных параклинических исследований; обоснованы изменения в тактике лечения.

В случае ухудшения состояния больного анализируются причины такого ухудшения (неэффективность или неадекватность назначенной терапии, прогрессирование основного заболевания, нарушение диеты и др.). При неясном диагнозе, особенно при появлении новых симптомов болезни намечается план дальнейшего обследования и лечения больного.

При средней и тяжелой степени тяжести состояния больного при необходимости лечащий врач делает в истории болезни повторные записи в течение рабочего дня, при этом указывается время осмотра. Этот больной должен быть оставлен под наблюдение дежурного врача, что обосновывается соответствующей записью в ИБ.

В академической ИБ дневник наблюдений ведется три дня, оформляется в виде таблицы, каждая дневниковая запись должна быть подписана. Образец оформления см. Приложение 6.

2.14. Выписной эпикриз

Выписной эпикриз представляет собой краткое изложение всей истории болезни и включает в себя: паспортные данные (фамилия, имя, отчество больного, дата поступления и выписки), основные жалобы, анамнестические данные, дающие представления о давности, характере и особенностях течения заболевания и его осложнений, а также сведения о перенесенных других заболеваниях, основные патологические данные по органам, подробное описание лабораторно-инструментальных методов исследования и результаты консультаций специалистов, характер лечения и изменения объективных и субъективных показателей заболевания в результате проведенного лечения. Даются конкретные рекомендации по амбулаторному лечению, диспансерному наблюдению: наблюдение у узких специалистов, режим, диета, вторичная профилактика, медикаментозная терапия (коммерческое название лекарственных препаратов с указанием дозы, времени приема и длительности применения) или другие методы лечения. При необходимости указывается профиль санатория и географическая зона для санаторно-курортного лечения.

Выписной эпикриз в стационарной ИБ выполняется в печатном

виде в трех экземплярах, один из которых остается в истории болезни, второй подклеивается в амбулаторную карту, а третий в виде выписки из истории болезни выдается на руки больному. Обязательно указывается отсутствие (или наличие, указать по какому заболеванию) карантина в отделении за время пребывания ребенка в стационаре.

Выписной эпикриз и выписка из истории болезни подписывается лечащим врачом и заведующим отделением с расшифровкой фамилий. Экземпляр, выдаваемый на руки больному, заверяется печатью отделения.

2.15. Литературная справка

Реферативная часть академической ИБ. В этом разделе студент приводит данные литературы (с использованием нескольких источников: монографии, журнальные статьи, методические рекомендации и т.д.) по заболеванию курируемого больного. **Углубленно** рассматривается **один из вопросов** этиологии, патогенеза, современных подходов к диагностике и методам лечения данного заболевания. Тематика реферата согласовывается с преподавателем. Недопустимо переписывание журнальных статей, в которых освещаются результаты клинических исследований и ссылки на них. Объем этого раздела 5-7 страниц.

2.16. Список использованной литературы

Оформляется по следующим требованиям:

1. При цитировании книги указывают: фамилии и инициалы авторов, полное название книги, место, издательство и год издания, количество страниц в книге или ссылка на конкретные страницы;
2. При цитировании статьи в журнале указывают: фамилии и инициалы авторов (если авторов более 4-х, то указывают три, добавляя «и др.» или «et al.»), полное название статьи, полное или сокращенное название журнала (сокращения должны соответствовать стилю Index Medicus или MEDLINE), год издания, том, номер, цитируемые страницы.

Список литературы

Основная:

1. Мазурин А.В., Воронцов И.М., Пропедевтика детских болезней. – М. Медицина, 1985. – 432с., ил.

Дополнительная:

1. Струтынский А.В., Баранов А.П., Ройтберг Г.Е., Гапоненков Ю.П. Основы семиотики заболеваний внутренних органов. — М.: МЕДпресс-информ, 2004.
2. Ивашкин В.Т., Шептулин А.А. Методы клинического исследования больного. — М.: МЕДпресс-информ, 2002.

Приложение 1.

СВЕДЕНИЯ О ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВКАХ

Астахова Олеся Ивановна, 18.04.06г.

БЦЖ «М» – 24.04.06 г., 0,025 в/к, с 507

ГЕПАТИТ В:

V1 – 19.04.06 г., 0,5 в/м, серия 04050

V2 – 19.05.06 г., 0,5 в/м, серия 050404

V3 – 17.12.06 г., 0,5 в/м с 8905

ПОЛИОМИЕЛИТ:

V1 – 04.09.06 г., 4 кап., per os, с 713

V2 – 19.12.06 г., 4 кап., per os, с 160

V3 – 06.03.07 г., 4 кап., per os, с 160-1

R1 – 14.03.08 г., 4 кап., per os, с 763

R2 – 16.05.08 г., 4 кап., per os, с 767

АКДС

V1 – 04.09.06 г., 0,5 в/м, с 19-8

V2 – 19.12.06 г., 0,5 в/м, с 21

V3 – 06.03.07 г., 0,5 в/м, с III-7

R1 – 14.06.08 г., 0,5 в/м, с 132

КОРЬ+КРАСНУХА+ЭПИД.ПАРОТИТ

V корь – 10.05.07 г., 0,5 в/м, с 328

V краснуха – 10.05.07 г., 0,5 в/м, с 0417

V эпид.паротит – 12.01.08 г., 0,5 в/м, с 7A29

R – 16.11.12 г. – «Приорикс», 0,5 в/м, с AMjRc122BC

ГРИПП

Гриппол – 16.10.11 г., 0,5, п/к, с 80-1007

Гриппол – 16.10.12 г., 0,5, п/к, с 96807

РЕАКЦИЯ МАНТУ с 2 ТЕ, в/к:

Название пробы	Дата проведения	Возраст ребенка	Серия, доза, путь введения	Размер инфильтрата	Результат
Реакция Манту	27.04.07 г.	1 год	СП х 14.55 к 1160/IX,08г. 2 ТЕ, в/к	9 мм (папула)	Полож.
Реакция Манту	21.03.08 г.	2 года	СП х 14.55 к 1160/IX,09г. 2 ТЕ, в/к	5 мм (папула)	Полож
Реакция Манту	15.03.09 г.	3 года	СП 6.94 к 336/IX,10 г. 2 ТЕ, в/к	4 мм (папула)	Сомн.
Реакция Манту	12.09.10 г.	4 года	СП 6.87 к 1104/XII,11 г. 2 ТЕ, в/к	8 мм (гиперемия)	Сомн
Реакция Манту	18.09.11 г.	5 лет	СП 10.74 к 0607/ VII,12 г. 2 ТЕ, в/к	4 мм (папула)	Сомнит.
Реакция манту	16.11.12 г.	6 лет	СП 12.35 к 1250/ V,13 г. 2 ТЕ, в/к	7 мм (гиперемия)	Сомнит.

Приложение 2.

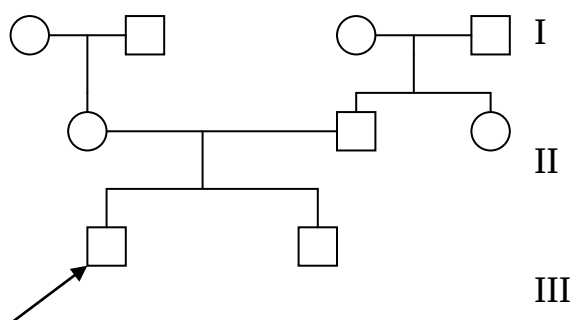
Семейный анамнез

Мама, 34 года, здорова.

Папа, 38 лет, здоров.

Брат, 12 лет, здоров.

Генеалогическое древо:



III.1 – пробанд, сахарный диабет.

Заключение: по данной патологии наследственный фактор не прослеживается.

Приложение 3.

Нижние границы легких:

Топографические линии	Справа	Слева
Срединно-ключичная	VI ребро	---
Срединно-подмышечная	VIII ребро	IX ребро
Лопаточная	X ребро	X ребро
Паравертебральная	XI ребро	XI ребро

Подвижность нижних краев легких (в см):

Топографические линии	Справа			Слева		
	ВДОХ	ВЫДОХ	сумм.	ВДОХ	ВЫДОХ	сумм.
Срединно-ключичная	2	2	4	-	-	-
Срединно-подмышечная	3	3	6	3	3	6
Лопаточная	2	2	4	2	2	4

Приложение 4.

Границы сердечной тупости:

Граница	Относительная тупость	Абсолютная тупость
Правая	IV межреберье справа по краю грудины	IV межреберье слева у края грудины
Верхняя	III ребро	IV ребро
Левая	V межреберье слева на 2 см кнутри от срединно-ключичной линии	V межреберье слева на 2 см кнутри от срединно-ключичной линии

Приложение 5.

Диагностический процесс

Симптомы:	Синдромы:
1. Быстрая утомляемость. 2. Головная боль. 3. Снижение работоспособности. 4. Жалобы на боли в животе, возникающие натощак. 5. Боли в животе купируются приемом пищи, антацидов 6. Изжога 7. Отрыжка воздухом 8. Рвота, приносящая облегчение 9. Болезненность при пальпации в эпигастральной области.	1. Астеновегетативный синдром (1,2,3). 2. Синдром гастродуоденальной боли (4,5,9). 3. Диспепсический синдром (6,7,8).

Приложение 6.

Дневник

дата	течение болезни	лечение
11.12.09г. t тела 36,6 °C ЧСС 76 уд. в мин. ЧДД 19 дв. в мин. АД 110\70мм рт.ст.	Жалоб не предъявляет. Состояние по заболеванию средней степени тяжести, с положительной динамикой за счет уменьшения гликемии. Самочувствие не страдает. Настроение хорошее. Кожа и видимые слизистые чистые. Катаральных явлений нет. В легких при аускультации везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Язык влажный, чистый. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах, пузырьные симптомы отрицательные. Печень расположена у края реберной дуги. Селезенка не увеличена. Стул и мочеиспускание не нарушены. Диурез – 1,2 л. Гликемия – 12,2-9,4-19,5-11,0-4,3-5,8-7,7-7,0 ммоль/л. В плане ведения – консультация кардиолога (учитывая изменения на ЭКГ, жалобы при поступлении, объективные данные). Леч. врач: (подпись)	1. Режим общий. 2. Стол № 9 3. Инсулинотерапия: 7.00 Хумулин Регуляр 12 ЕД п\к Хумулин НПХ 17 ЕД п\к 13.30 Хумулин Регуляр 12 ЕД п\к 18.30 Хумулин Регуляр 13 ЕД п\к 22.00 Хумулин НПХ 17 ЕД п\к 4. Эссенциале по 1 таб. 3 раза в день, 5. Липоевая кислота 0,25 по 1 таб. 3 раза в день. 6. Актовегин 2,0 в\м, 1 раз в день 7. Кавинтон форте по 1 таб. 2 раза в день. 8. Ноотропил 0,4 по 1 капс. 3 раза в день.

О Г Л А В Л Е Н И Е

ПРЕДИСЛОВИЕ	3
ВВЕДЕНИЕ	4
1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ	5
2. СХЕМА ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ	6
2.1 Оформление титульного листа	6
2.2 Паспортные данные	6
2.3.Жалобы больного	6
2.4 Анамнез заболевания	12
2.5 Анамнез жизни больного	13
2.6 Семейный анамнез	13
2.7 Материально-бытовые условия семьи	14
2.8 Эпидемиологический анамнез	14
2.9 Аллергологический анамнез	15
2.10 Настоящее состояние больного	15
2.11 Диагностический процесс	29
2.12 Лечение	33
2.13 Ведение дневника	33
2.14 Выписной эпикриз	34
2.15 Литературная справка	35
2.16 Список использованной литературы	35

Список литературы	36
Приложение 1	37
Приложение 2	38
Приложение 3	38
Приложение 4	39
Приложение 5	39
Приложение 6	40

Отпечатано в типографии
ООО «Фирма «Славянка»
г. Краснодар, ул. Орджоникидзе, 52
Зак. № 8 Тираж 340 экз.

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

(ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России)

КАФЕДРА ПЕДИАТРИИ № 2

Академическая история болезни

Алгоритм написания

**Методические рекомендации
для студентов лечебного факультета**

Краснодар 2016

