



**Кемеровская государственная
медицинская академия**

Сырнев В.В., Барбараш О.Л., Сырнев Т.С.

**СХЕМА НАПИСАНИЯ
АКАДЕМИЧЕСКОЙ
ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ**

Кемерово – 2007

**ГОУ ВПО Кемеровская государственная медицинская академия
Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию**

Сырнев В.В., Барбараш О.Л., Сырнев Т.С.

СХЕМА НАПИСАНИЯ АКАДЕМИЧЕСКОЙ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ

Рекомендуется Учебно-методическим объединением
по медицинскому и фармацевтическому образованию вузов России
в качестве учебного пособия для студентов медицинских вузов

Кемерово – 2007

УДК 616-07 (075.8)

Сырнев В.В., Барбараш О.Л., Сырнев Т.С.

Схема написания академической истории болезни: Учебное пособие /

Под ред. проф. В.В. Сырнева. – Кемерово: КемГМА, 2007. - 80 с.

Целью настоящего пособия является ознакомление студентов со схемой сбора жалоб, анамнеза заболевания, анамнеза жизни. В пособии представлены методики объективного осмотра пациента по всем органам и системам. Отражены медико-юридические аспекты врачебной деятельности (права пациента, право граждан на информацию о состоянии здоровья, согласие пациента на лечение, на проведение медицинского вмешательства и отказ от данных вмешательств, оказание медицинской помощи без согласия граждан). В качестве наглядного примера приведена академическая история болезни одного пациента.

Составители:

Сырнев В.В. – профессор кафедры факультетской терапии, профессиональных болезней, клинической иммунологии и эндокринологии;

Барбараш О.Л. – профессор, зав. кафедрой факультетской терапии, профессиональных болезней, клинической иммунологии и эндокринологии;

Сырнев Т.С. – клинический ординатор кафедры факультетской терапии, профессиональных болезней, клинической иммунологии и эндокринологии; студент IV курса юридического факультета ННОУ Кузбасского института экономики и права.

При участии

профессоров *Давыдова Б.И., Копыловой И.Ф., Подолужного В.И., Раскиной Т.А., Ровды Ю.И., Селедцова А.М., Субботина А.В., Торгунакова А.П., Ушаковой Г.А., Хатминского Ю.Ф.*;

доцентов *Фарбировича В.Я., Чуфистова М.Е.*

Рецензенты:

Чукаева И.И. - д.м.н. профессор, зав. кафедрой поликлинической терапии и ультразвуковой диагностики Московского факультета РГМУ;

Петрова М.М. - д.м.н., профессор, зав. кафедрой поликлинической терапии и семейной медицины с курсом ФПК и ППС КрасГМА.

© Кемеровская государственная медицинская академия, 2007.

ОГЛАВЛЕНИЕ

| | |
|---|-----------|
| Введение | 4 |
| Академическая история болезни | 5 |
| - паспортная часть | 6 |
| - клиническая часть | 6 |
| - данные расспроса | 6 |
| - данные физического обследования | 20 |
| - оценка данных анамнеза и объективного исследования | 36 |
| - дифференциальная диагностика | 37 |
| - предположительный (предварительный) диагноз, его формулировка | 37 |
| - план дополнительных исследований и их обоснование | 37 |
| - результаты дополнительных исследований и их клиническая оценка | 37 |
| - повторная дифференциальная диагностика (при необходимости) | 37 |
| - уточненный диагноз, его обоснование и формулировка | 38 |
| - этиология и патогенез основного заболевания | 38 |
| - особенности течения болезни и возможные осложнения | 38 |
| - лечебные назначения и их обоснование | 38 |
| - дневник | 39 |
| - температурный лист | 39 |
| - эпикриз | 40 |
| Медико-юридическая часть | 41 |
| Особенности академической истории болезни в клиниках педиатрического профиля | 49 |
| История родов | 55 |
| Литература | 60 |
| Приложение 1. Выписка из Федерального закона "Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан" №5487-1 от 22.07.1993 | 61 |
| Приложение 2. Академическая история болезни (образец) | 65 |

ВВЕДЕНИЕ

В 1981 году в КГМИ были изданы методические указания "Схема исследования больного и написания истории болезни". Прошло более 20 лет. Методические указания стали раритетом. Изменились некоторые положения в оформлении историй болезни. Все это потребовало подготовки нового пособия для студентов.

На 3-м курсе медицинского вуза осуществляется переход от изучения теоретических предметов к клиническим дисциплинам. Основная задача обучения в клинике - выработка навыков обследования больных и умения клинически мыслить в ходе диагностики и назначения лечения отдельных болезней.

Одним из компонентов формирования клинического мышления является обучение правильности оформления истории болезни. Уже на кафедрах пропедевтики внутренних болезней и общей хирургии студенты начинают составлять истории болезни курируемых больных.

Умение вырабатывается на последующих курсах написанием историй болезни на всех клинических кафедрах. Естественно, что для успешной выработки такого умения клинические кафедры должны придерживаться единых требований к структуре (схеме) истории болезни. Данное учебное пособие построено так, чтобы любая клиническая кафедра могла использовать схему для оформления историй болезни применительно к своей специальности.

Академическая история болезни должна содержать все сведения, характеризующие состояние больного в течение всего времени болезни, а также факты из предшествующего болезни периода, имеющие значение для диагноза и характеристики заболевания. В истории болезни в хронологической последовательности должны быть отражены все выполняемые лечебно-диагностические мероприятия, обоснована их необходимость и адекватность. Как прообраз настоящей истории болезни, оформляемой врачом ЛПУ и являющейся юридическим документом, она должна содержать необходимые сведения о правовых взаимоотношениях больного и лечащего врача. Поэтому академическая история болезни должна состоять из четырех частей:

1. паспортная часть (паспортные сведения о больном);
2. клиническая часть: сведения о болезни, ее проявлениях и течении, о лечебно-диагностических вмешательствах и их результатах, о трудоспособности в период курации, о прогнозе для жизни, здоровье, труда и мерах вторичной профилактики.
3. Медико-юридическая часть: информированное согласие больного на лечение (или проведение каждого медицинского вмешательства) или отказ от него при наличии медицинского показания к его проведению; разрешение (или запрещение) на передачу информации о заболевании другим лицам;
4. Библиографическая часть: литература, использованная при диагностике болезни и лечении больного.

Авторы выражают благодарность коллегам, принявшим участие в подготовке данного пособия, откликнувшись на нашу просьбу представить схемы болезни по своим специальностям.

ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

- фамилия, имя, отчество больного;
- возраст;
- образование;
- профессия;
- место работы и занимаемая должность. Если больной пенсионер, то указывается где и в какой должности работал до выхода на пенсию;
- домашний адрес;
- дата поступления в клинику (при неотложных состояниях указываются часы и минуты).

КЛИНИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

ДАННЫЕ РАССПРОСА

ЖАЛОБЫ (molestia)

В разделе "Жалобы" следует описывать (подробно) лишь жалобы, имеющиеся в настоящее время, т.е. в день начала курации. Отсутствующие жалобы не регистрируются.

Если у больного несколько заболеваний, то сначала расспрашивается и записывается история основного заболевания, а затем - по той же схеме - история сопутствующих заболеваний.

СИСТЕМА ДЫХАНИЯ

1. Кашель

- сухой или с мокротой;
- время появления кашля: утром, вечером, ночью и его частота;
- постоянный или периодами;
- характер и интенсивность кашля: громкий, сильный, тихий, беззвучный, лающий и т.д.;
- условия появления кашля: в связи с определенным положением тела (каким именно), после еды и т.п.;

2. Мокрота

- количество в различное время суток;
- как откашливается: легко, с трудом, в каком положении отходит лучше;
- характер и цвет мокроты;
- запах мокроты;
- консистенция мокроты: вязкая, жидкая и т.д.;
- количество слоев, их характеристика.

3. Кровохарканье

- интенсивность - прожилки или чистая кровь (ее количество);
- цвет крови (алая или темная);
- частота

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА **(пишется на 4-6-х курсах)**

Выделение ведущего синдрома, перечень болезней, при которых имеется этот синдром. Сравнение клинических признаков у больного с клиникой каждой из перечисленных болезней: указываются симптомы, которые имеются у больного и при рассматриваемой болезни, затем симптомы, которые не совпадают или противоположны у больного и при сопоставляемой болезни. Если по большинству признаков нет сходства, то предполагаемое заболевание отвергается и проводится дифференцирование со следующим заболеванием и т.д. Таким образом выявляется наиболее похожее заболевание (предположительный диагноз).

ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ (ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ) ДИАГНОЗ, ЕГО ФОРМУЛИРОВКА

- основное заболевание
- осложнения
- сопутствующие заболевания.

ПЛАН ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ

1. Лабораторно-клинические, биохимические, серологические, бактериологические, иммунологические и др.;
2. Методы функциональной диагностики – ЭКГ, ФКГ осцилография, скорость кровотока, венозное давление, функция внешнего дыхания и др.;
3. Рентгенологические;
4. Радиоизотопные;
5. Эндоскопические;
6. Прочие.

РЕЗУЛЬТАТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ И ИХ КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА

В письменной форме студент должен проанализировать результат каждого дополнительного исследования, сопоставив его с клиническими данными.

ПОВТОРНАЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА **(при необходимости)**

Проводится, если результаты дополнительных исследований требуют изменения предположительного диагноза.

5. Определение степени риска операции и уровня трудовой и социальной реабилитации больного.
6. Согласие больного и его близких на операцию с предупреждением последних о возможных последствиях операции (осложнения, летальный исход). Предоперационный эпикриз может быть описан в разделе “Лечебные назначения” в начале курации или по ходу лечения в зависимости от экстренности планируемой операции.
7. Перед операцией оформляется протокол проведения анестезиологического пособия и обоснование плана анестезии. После операции делается запись о состоянии больного после завершения анестезиологического пособия.
8. Оформляется “протокол операции”, в котором должно быть отражено:
 - название и дата операции
 - обезболивание
 - оперативный доступ
 - характер изменений обнаруженных при ревизии органов
 - основные технические приемы и метод операции
 - осложнения, непредвиденные обстоятельства, находки
 - как закончена операция
 - отмечается проверка и счет тампонов и инструментов. Затем следуют подписи куратора, ассистентов и операционной сестры.
 - детально описывается макропрепарат (удаленный орган).
9. Изложение послеоперационного периода производится по дням, а в отдельных случаях – по часам, с детализацией состояния больного. Следует детально описывать возникшие осложнения и все врачебные назначения.

ДНЕВНИК

Ежедневно (до дня предоставления академической истории преподавателю) пишутся результаты наблюдения за состоянием больного: отражается динамика клинических признаков за сутки, при необходимости указывается коррекция лечения. К дневнику прилагается температурный лист.

ТЕМПЕРАТУРНЫЙ ЛИСТ

На температурном листе графически отмечают не только температуру тела больного, но и частоту пульса и дыхания (соответственно – черным, красным, синим цветом), а также по показаниям артериальное давление, вес, количество выпитой жидкости, суточный диурез, количество выделенной мокроты, сахар крови и др. диагностические параметры, обладающие большой информативностью для данного больного. Диагностические показатели, кроме первых 3-х, лучше выражать не графически, а цифрами.

На верхней части температурного листа отмечают основные лечебные назначения. Принято обозначать: инъекции – стрелками, а лекарства, применяемые внутрь – полоской. Для этой цели желательно использовать цветные карандаши.

**ОСОБЕННОСТИ
АКАДЕМИЧЕСКОЙ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ
В КЛИНИКАХ ПЕДИАТРИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ**

ИСТОРИЯ РОДОВ

ЛИТЕРАТУРА

1. Коваленко В.Н., Луценко Л.А. Схема неврологического обследования больного (методические указания для студентов и врачей). – Кемерово, 1975. – 11 с.
2. Пропедевтика внутренних болезней / Под. ред. В.Х. Василенко и А.Л. Гребенёва – 3-е изд. перераб. и доп. – М., Медицина, 1989. – 512 с.
3. Схема исследования больного и написание истории болезни / Под ред. Г.Л. Хасиса – Кемерово, 1981. – 110 с.
4. Схема обследования больного и написания истории болезни (методические указания для преподавателей и студентов третьего курса) / Под. ред. А.Л. Каганова, Э.И. Эпштейна – 3-е изд. перераб. и доп. – Кемерово, 1984. – 54 с.
5. Сырнев В.В., Барбараш О.Л. Учебный процесс в терапевтической клинике. Учебное пособие для студентов. – Кемерово, 2003. – 76 с.
6. Титова Е.Г., Анищенко М.М. Схема клинической истории родов (Методические рекомендации для студентов). – Кемерово, 1986. – 7 с.
7. Титова Е.Г., Янчилина Т.П. Методические рекомендации к обследованию больных и написанию истории болезни в гинекологической клинике. – Кемерово, 1986. – 23 с.
8. Федеральный закон от 22.07.1993 № 5487-1 “Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан” / Федеральный закон: выпуск 64 (139). – М.: “ИНФРА-М”, 2003. – 46 с.
9. Федеральный закон РФ от 2.07.1992 г. № 3185-1 “О психиатрической помощи и гарантиях прав гражданина при её оказании”. – М.: Книга-сервис, 2004. – 32 с.
10. Физикальное исследование больного в терапевтической практике. Учебное пособие для практических занятий по пропедевтике внутренних болезней для студентов медицинских вузов / Под. ред. Т.В. Протасовой. – Кемерово, 2003. – 124 с.
11. Физические методы исследования больного в клинике внутренних болезней. Методическое пособие для преподавателей, студентов, интернов, клинических ординаторов и врачей / Под. ред. Б.С. Аникина. – Кемерово, 1996. – 67 с.
12. Черноруцкий М.В. Диагностика внутренних болезней. / 4-е изд. перераб. и доп. – Л.: Медгиз, 1964. – 659 с.

Приложение 2.

*ГОУ ВПО Кемеровская государственная медицинская академия
Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию
Кафедра факультетской терапии*

Заведующая кафедрой: *Барбараи О.Л.*
Преподаватель: *Сырнев Т.С.*

АКАДЕМИЧЕСКАЯ ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ **(образец)**

Логиновой Валентины Федоровны

Диагноз:

Основной: *крупозная пневмония нижней доли правого легкого*

Сопутствующий: *хронический гастрит*

Осложнения: *ДН II по рестриктивному типу*

Курация:
с 24.12.2004 по 31.12.2004.

Студент *501* группы
Коровкин Б.Ф.

ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

- Фамилия, имя, отчество: Логинова Валентина Федоровна
- Возраст: 25 лет
- Образование: среднее (11 классов)
- Профессия: аппаратчица химического производства.
- Место работы: Анилиноокрасочный завод.
- Занимаемая должность: аппаратчица
- Домашний адрес: ул. Правотомская, 143
- Дата поступления в стационар: 21 декабря 2004 г.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

ДАННЫЕ РАССПРОСА

ЖАЛОБЫ

Колющие боли в нижней части правой подмышечной области, возникающие при глубоком вдохе и во время кашля, не иррадиирующие.

Кашель редкий, с выделением небольшого количества густой, вязкой мокроты ржавого цвета.

Одышка при медленной ходьбе по палате или по коридору.

Выраженная общая слабость, потливость, головокружение при вставании с постели.

Аппетит снижен. Стул один раз в 2-3 дня. Сон прерывистый (вследствие кашля и болей в грудной клетке).

ИСТОРИЯ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

19 декабря 2004 года днем больная переохладилась: во время работы часто выходила из цеха на улицу без пальто. В 9 часов утра 20 декабря внезапно появились потрясающий озноб, колющая боль в правой подмышечной области, сухой кашель. Через час после этого при измерении температура тела была 39,20. В первый день больная лечилась сама: пила горячее молоко, прикладывала грелку к ногам, принимала таблетки ринзы. Однако состояние не улучшалось, появилась выраженная общая слабость, головокружение при перемене положения тела, мокрота ржавого цвета, одышка при движении. 21 декабря обратилась в поликлинику. Участковым терапевтом была направлена на рентгеноскопию грудной клетки и после этого госпитализирована. Были назначены инъекции цефатаксима, таблетки сумамеда, гемодез, отхаркивающие. 23 декабря температура резко снизилась и с тех пор остается нормальной. Снижение температуры сопровождалось проливным потом, резкой слабостью. Кашель стал реже. Несколько уменьшились боли в правом боку.

по левому краю грудины, верхняя в IV межреберье, левая совпадает с границей относительной тупости. Ширина сосудистого пучка 5 см. Конфигурация сердца нормальная. Длинник сердца 13 см (должный 12,3 см), поперечник 12 см (должный 11,3).

При аускультации сердца во всех точках выслушиваются два тона. Тоны ритмичные, приглушенные, особенно на основании. ЧСС - 92 уд в мин. На верхушке и на трехстворчатом клапане первый тон сильнее второго, на основании сердца и в точке Боткина громче второй тон.

СИСТЕМА ПИЩЕВАРЕНИЯ

Язык обычной величины, влажный, на спинке имеется значительный белый налет. Зубы здоровы. Слизистая преддверия рта, щек, десен, мягкого и твердого неба бледно-розового цвета, чистая. Слизистая зева и задней стенки глотки также не изменена. Миндалины отсутствуют.

Живот правильной конфигурации, симметричный. В правой подвздошной области имеется рубец после аппендэктомии. Брюшная стенка не участвует в дыхании. При перкуссии живота над всеми отделами определяется тимпанический звук. Окружность живота 84 см.

При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный, симптомы Менделя и Щеткина-Блюмберга отрицательны.

При глубокой пальпации в левой подвздошной области определяется сигмовидная кишка в форме цилиндра толщиной в 2 см, эластичной консистенции, безболезненная, с ровной и гладкой поверхностью, смещается на 1,5 см, урчания при пальпации нет. В правой подвздошной области пальпируется слепая кишка. Форма ее неопределенная, консистенция мягкая, поверхность ровная, смещаемость около 1 см, определяется урчание, болезненности нет. Остальные отделы кишечника не пальпируются. При аускультации определяются шумы перистальтики.

Большая кривизна желудка определяется на 3 см выше пупка в виде дугообразной складки мягкой консистенции, безболезненной, с гладкой поверхностью, смещаемой на 1,5-2 см, с небольшим урчанием. Остальные отделы желудка не пальпируются. Поджелудочная железа не пальпируется.

Видимого увеличения области печени нет. Печень не пальпируется, пальпация правого подреберья безболезненна. Размеры печени по Курлову 9-8-6 см. Желчный пузырь не пальпируется, болевые пузырьные симптомы отрицательны. Селезенка не пальпируется, при перкуссии ее верхняя граница находится на VIII, нижняя на IV ребре, длинник селезенки - 7 см, поперечник - 5 см.

СИСТЕМА МОЧЕОТДЕЛЕНИЯ

Осмотр поясничной области патологии не выявляет. Почки не пальпируются, область их безболезненна. Мочеточниковые точки безболезненны. Симптом поколачивания отрицательный.

ДНЕВНИК

25.12.2004

Состояние удовлетворительное. Боли в правом боку беспокоят только при глубоком вдохе и сильном кашле. Мокрота ржавого цвета, отходит легко, до 30 мл за стуки. Сон и аппетит хорошие. В легких притупление перкуторного звука сохраняется. Отчетливо выслушивается бронхиальное дыхание. ЧД 20 в мин. Пульс 84 уд в мин. АД 100/65 мм рт.ст. Лечение переносит хорошо.

27.12.2004

Состояние удовлетворительное. Боли в правом боку не беспокоят. Мокрота 20 мл за сутки, она стала слизисто-гнойной, ржавый цвет ее исчез. Сон и аппетит хорошие. Стул нормальный. В легких прежние изменения. ЧД 20 в мин. Пульс 80 уд в мин. АД 110/70 мм рт.ст.

28.12.2004

Состояние прежнее. Боли в правом боку отсутствуют. Мокрота слизисто-гнойная до 20 мл в сутки. Сон и аппетит хорошие. В легких без изменения. ЧД 18 в мин. Пульс 84 уд в мин. АД 110/70 мм рт.ст. Стала замечать тошноту после приема пищи. При пальпации живота появилась болезненность в эпигастральной области. Язык обложен белым налетом. Учитывая изложенное и данные анамнеза (хронический гастрит) можно предположить развитие лекарственного гастрита. Так как лихорадки нет уже 5 дней, отменить антибиотики. Назначить питье "Боржом" по 1 стакану 4 раза день - для облегчения очищения желудка от слизи.

29.12.2004

Состояние сегодня лучше. После отмены антибиотиков тошнота прекратилась. Мокрота слизисто-гнойная, выделяется легко, количество ее вновь увеличилось до 50 мл в сутки. Сон и аппетит сохраняются хорошими. Стул нормальный. Отмечает заметное увеличение количества мочи. Бронхиальное дыхание стало прослушиваться слабее. Появились мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах правого легкого. Тахикардии и тахипноэ нет. АД 115/70 мм рт.ст. Язык чистый. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Перевести на полупостельный режим. Назначить УВЧ и ЛФК.

30.12.2004

За истекшие сутки самочувствие больной улучшилось. Кашель стал редким, мокрота - слизистой, она отделяется легко, количество ее до 20 мл в сутки. В легких рассеянные мелкопузырчатые хрипы, появилась крепитация над нижней долей правого легкого. Тоны сердца громкие. ЧД 16 в мин. Пульс 76 в мин, ритмичный, полный. АД 120/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Продолжать проводимое лечение, перевести на питание в пределах стола №15.

Отпечатано редакционно-издательским отделом
Кемеровской государственной медицинской академии

650029, Кемерово,
ул. Ворошилова, 22а.
Тел./факс. +7(3842)734856;
epd@kemsma.ru



Подписано в печать 22.01.2007.
Гарнитура таймс. Тираж 300 экз.
Формат 21×30/2 У.п.л. 4,7.
Печать трафаретная.

Требования к авторам см. на <http://www.kemsma.ru/rio/forauth.shtml>
Лицензия ЛР №21244 от 22.09.97