

Учебная литература ТГМУ

ПРОПЕДЕВТИКА ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ СХЕМА ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ

Учебное пособие



Владивосток
Медицина ДВ
2020

ISBN 978-5-98301-208-0



9 785983 012080



Издательство «Медицина ДВ»
690950 г. Владивосток, пр-т Острякова, 4
Тел.: (423) 245-56-49. E-mail: medicinaDV@mail.ru

Министерство здравоохранения Российской Федерации
Тихоокеанский государственный медицинский университет

ПРОПЕДЕВТИКА ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ. СХЕМА ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ

Учебное пособие

Рекомендовано Координационным советом по области образования «Здравоохранение и медицинские науки» в качестве учебного пособия для использования в образовательных учреждениях, реализующих основные профессиональные образовательные программы высшего образования уровня специалитета по направлениям подготовки 31.05.01 «Лечебное дело», 31.05.02 «Педиатрия», 31.05.03 «Стоматология»



Владивосток
Медицина ДВ
2020

УДК 616.1/.4-07(075.8)
ББК 54.1-4
П 817

*Издано по рекомендации редакционно-издательского совета
Тихоокеанского государственного медицинского университета*

Рецензенты:

Гельцер Б.И. – д.м.н., профессор, член- корреспондент РАН,
директор Департамента клинической медицины Дальневосточного
федерального университета Минздрава России

Попов А.А. – д.м.н., доцент, зав. кафедрой госпитальной терапии
и скорой медицинской помощи Уральского государственного
медицинского университета Минздрава России

Авторы:

*Соляник Е.В., Яковец И.П., Кондрашова Н.М., Угай Л.Г.,
Майстровская Ю.В., Рубашек И.А., Карпинская Ю.В., Хитрина В.В.,
Якухная Е.В., Волконская О.Г.*

П 817 **Пропедевтика внутренних болезней. Схема истории болезни :**
учебное пособие – Владивосток: Медицина ДВ, 2020 г. – 84 с.

ISBN 978-5-98301-208-0

В учебном пособии представлена детализированная схема клинического исследования и оформления истории болезни терапевтического больного, тестовые задания для самоподготовки и самоконтроля студентов с эталонами ответов, а также справочные материалы нормальных физиологических показателей человека при дополнительных исследованиях. Пособие предназначено для студентов медицинских вузов, обучающихся по направлениям подготовки 31.05.01 «Лечебное дело», 31.05.02 «Педиатрия», 31.05.03 «Стоматология».

УДК 616.1/.4-07(075.8)
ББК 54.1-4

ISBN 978-5-98301-208-0

© Коллектив авторов, 2020
© «Медицина ДВ», 2020

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	4
Глава I. Основные разделы истории болезни.....	5
Глава II. Образец оформления истории болезни	21
Тестовые задания	37
Приложение	54
Приложение 1.	54
Приложение 2.	74
Приложение 3.	78
Приложение 4.	80

ВВЕДЕНИЕ

История болезни – это запись по определенной форме сведений о больном, находящемся в лечебном учреждении. История болезни является официальным документом, удостоверяющим пребывание больного в лечебном заведении, состояние его здоровья при поступлении, во время нахождения в лечебном учреждении и при выписке, медикаментозные назначения, диагностические и лечебные процедуры. Правильное ее ведение является одной из важнейших обязанностей (в том числе и юридических) лечащего врача и неотъемлемой частью лечебного процесса. В данном пособии представлены основные правила оформления истории болезни, методы исследования, необходимые для получения дополнительной информации о заболевании, принципы постановки и обоснования клинического диагноза. Материалы работы изложены в доступной форме и являются базовыми знаниями, применяемыми врачами всех специальностей на протяжении профессиональной деятельности.

ГЛАВА I

ОСНОВНЫЕ РАЗДЕЛЫ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ

Глава содержит последовательный алгоритм действий врача для клинического обследования больного, состоящего из основных и дополнительных методов исследования. К основным методам исследования относятся: **расспрос больного**, который состоит: 1) из паспортных данных, 2) жалоб больного, 3) расспроса по системам – так называемых незаявленных жалоб, 4) истории настоящего заболевания, 5) истории жизни больного; и **осмотр**: 1) общий, 2) специальный, 3) по системам органов. Затем врач выставляет **предварительный диагноз** и определяет **план обследования** – назначает дополнительные (лабораторные и инструментальные) методы исследования. Следующий этап – составление **плана лечения**. Основываясь на данных основного и дополнительных методов исследования врач **выставляет окончательный клинический диагноз с его обоснованием**.

Схема истории болезни

1. Паспортная часть

Это важный раздел, который впервые знакомит врача с пациентом. Становятся известными возраст, пол, профессия, в каком регионе жил, семейное положение. Это помогает сориентироваться в преимущественной патологии у данного больного в зависимости от его физиологических данных, профессиональных вредностей, возможных эндемических заболеваний. Существует определенная последовательность опроса пациента для записи паспортных сведений:

1. Фамилия, имя, отчество больного.
2. Возраст.
3. Национальность.
4. Семейное положение.
5. Образование.
6. Профессия, должность.
7. Место работы.
8. Домашний адрес.
9. Время поступления в клинику (год, месяц, число, час).

2. Жалобы больного при поступлении в клинику

Во время расспроса нужно выяснить главные, или ведущие, жалобы, а также дополнительные. Например, при наличии жалоб на боли необходимо выяснить: локализацию, иррадиацию, длительность (приступообразные или постоянные), время появления болей, их интенсивность, связь с физической нагрузкой или приемом пищи, характер. Необходима детализация каждой жалобы, полученной от пациента.

3. Расспрос по системам (функциональное состояние).

Как правило, пациенты предъявляют основные жалобы на момент осмотра. Но в большинстве случаев имеется сопутствующая патология, которая при обострении основного заболевания уходит на второй план. Для выявления незаявленных жалоб и получения достаточно полного представления в отношении состояния важнейших функций организма больного, проводится расспрос по всем системам в следующем порядке.

Общее состояние

Общая слабость, повышенная утомляемость, чувство разбитости, снижение работоспособности. Похудание или развитие полноты. Жажда. Повышенная потливость, количество выпиваемой за сутки жидкости. Сухость и зуд кожи. Фурункулез, сыпь. Повышение температура тела, ознобы и их частота.

Нервно-психическая сфера

Характеристика высшей нервной деятельности по показанию самого больного (спокойный, раздражительный, вспыльчивый, сдержанный). Настроение и смена его, повышенная раздражительность. Особенности поведения (интерес к работе, настойчивость в достижении цели, способность сосредоточиться; взаимоотношения с коллективом на работе и в быту; общителен или замкнут). Головные боли (характер, локализация, периодичность, сопутствующие симптомы: шум и звон в ушах, мелькание точек перед глазами, головокружение). Состояние интеллекта. Память (снижение на настоящие или прошлые события). Наличие бессонницы или трудностей в засыпании. Сон (глубина, продолжительность, характер сновидений). Дрожание конечностей, судороги, нарушение походки, нарушение кожной чувствительности.

Система органов дыхания

Кашель: сухой или с мокротой; время появления (утром, в течение дня, ночью); редкий, постоянный, приступообразный. Мокрота (слизистая, слизисто-гнойная, гнилостная, кровянистая, «ржавая»), с за-

пахом или без, суточное количество в мл, как отделяется – трудно или легко, полным ртом, в каком положении больного отделяется больше. Кровохаркание: в виде отдельных плевков, прожилок или чистой крови. Одышка: постоянная (в покое) или наступающая при физических нагрузках, ранее не вызывавших одышку (ходьба по ровному, на подъем). Преимущественное затруднение вдоха или выдоха или смешанная форма одышки. Приступы удушья, время и обстоятельства их появления и поведение больного при этом. Боли в грудной клетке: характер (колющая, тупая, острая); локализация; связь с дыханием, кашлем, физическим напряжением; продолжительность, иррадиация. Дыхание через нос: свободное, затрудненное; носовые кровотечения. Голос: слабый, звучный, охриплость, афония.

Сердечно-сосудистая система

Боли в области сердца: постоянные или приступообразные; локализация (загрудинные, в области сердца); характер (ноющие, колющие, сжимающие, давящие, жгущие, распирающие, сопровождающиеся ощущением тоски и страха); интенсивность; продолжительность; иррадиация; частота; поведение больного во время приступов боли; причины и обстоятельства появления болей (при физическом напряжении, волнении, во время сна и т.д. или же беспричинные); чем снимаются. Сердцебиение: характер (постоянное или приступообразные, длительность); причины появления (при физическом напряжении, в покое, при перемене положения тела, при волнении и т.д.). Ощущение перебоев в деятельности сердца. Ощущение пульсации (в каких частях тела). Одышка (характер, степень выраженности). Отеки: локализация; время их появления, степень выраженности. Чувство тяжести в правом подреберье. Перемежающаяся хромота (боли в икроножных мышцах при ходьбе).

Система органов пищеварения

Боли и жжение в языке. Вкус во рту: кислый, горький, металлический, сухость во рту. Наличие неприятного запаха изо рта. Слюнотечение. Appetit: хороший, пониженный, повышенный; извращение вкуса; отвращение к пище (какой?), боязнь приема пищи. Глотание и прохождение пищи по пищеводу: свободное, болезненное, затрудненное. Какая пища плохо проходит (жидкая, твердая). Боли в животе: локализация; характер (острая, ноющая, приступообразная, постоянная); иррадиация; связь с приемом пищи (до еды, после еды, через сколько времени после еды); голодные боли, зависимость от характера пищи (грубой, острой, жирной и т.д.), связь с дефекацией, что уменьшает боли. Изжога, связь ее с приемом пищи, или физической работой, особенно в наклонном положении, что облегчает изжогу. Отрыжка: воздухом или содержи-

мым желудка (кислая, горькая, тухлая). Тошнота, связь с приемом пищи. Рвота: связь с приемом пищи, независимо от приема; характер рвотных масс (пищей свежей или съеденной накануне, желчью, «кофейной гущей» и т.д.); количество, запах; приносит ли облегчение. Метеоризм: урчание живота, вздутие, отхождение газов. Стул: регулярный, нерегулярный; самостоятельный или после каких-либо мероприятий (клизма, слабительные); запоры – по сколько дней задержка стула; поносы, с чем связаны; частота стула в сутки, имеются ли ложные болезненные позывы на стул. Характер испражнений (жидкий, водянистые, кашицеобразные, плотные в виде овечьего кала; цвет и запах (обычный, кислый, зловонный), примеси (слизи, крови, гноя, остатки непереваренной пищи). Кровотечение из прямой кишки. Жжение, зуд, боли в области заднего прохода.

Система мочевыделения

Боли в поясничной области: их характер (тугие, острые, приступообразные), иррадиация, одно- или двусторонние, длительность, с чем связано их появление или усиление, что облегчает боли. Отеки: локализация, степень выраженности, время появления. Мочеиспускание: частота (днем, ночью), сопровождается ли резами, жжением, болью; в виде прерывистой струи; затруднено; недержание мочи; количество мочи за сутки; преобладание дневного или ночного диуреза. Цвет мочи: соломенно-желтый, светлый, цвета «мясных помоев», пива, примесь гноя и т.д. Наличие непроизвольного мочеиспускания.

Опорно-двигательная система

Боли в костях, мышцах, суставах. Характер боли, летучесть, связь с переменной погоды. Имеется ли припухлость и деформация суставов, покраснение кожи в области суставов и каких именно, повышение местной температуры. Ограничение движений в суставах. Боли и затруднение при движении в позвоночнике, в каких отделах.

Эндокринная система

Нарушение роста и телосложения. Нарушение веса (ожирение, истощение). Изменение кожи (чрезмерная потливость или сухость, огрубление ее, появление багровых кожных расхождений, изменение цвета). Нарушение первичных и вторичных половых признаков. Нарушение волосяного покрова (избыточное развитие, появление его на несвойственных данному полу местах, выпадение волос).

Органы чувств

Изменение зрения, слуха, обоняния, осязания, вкуса, отмеченные пациентом.

4. Анамнез заболевания

Anamnesis morbi (греч.– воспоминание)

История настоящего заболевания состоит из данных, полученных путем опроса больного и(или) сопровождающих его лиц, знающих когда появилось и как развивалось его заболевание. Сбор анамнеза заболевания – универсальный метод, который применяется во всех областях медицины. Грамотно собранные данные с четкой последовательностью расспроса в руках опытного врача в большинстве случаев позволяют выставить предварительный диагноз.

Нужно получить точные ответы на следующие вопросы: когда, где и при каких обстоятельствах заболел. Как началось заболевание: остро или постепенно; выясняются первые признаки болезни. Установить возможное влияние на возникновение и течение заболевания условий внешней среды (профессиональных, бытовых, климато-погодных факторов). Не было ли непосредственно перед заболеванием психических травм, переутомления, охлаждения, интоксикации, инфекционных заболеваний (ангины, гриппа, ОРВИ и др.), погрешности в диете и т.п. Как протекало заболевание, появление новых симптомов и дальнейшее их развитие до момента обращения к врачу. Какие назначались исследования, их результаты. Какое проводилось лечение, его результаты. В случае хронического течения заболевания нужно в хронологической последовательности отразить начало, рецидивы, обострения болезни и их проявления, а также возникновение новых симптомов, выделить периоды ремиссии и их длительность. Какое лечение предпринималось во время обострений (амбулаторное или стационарное), его эффективность. Определить время наступления последнего ухудшения и дать подробное описание основных симптомов его проявления.

5. Анамнез жизни больного (греч.-Anamnesis vitae)

История жизни больного начинается со сведений: где он родился, в срок ли, в какой семье и каким по счету, возраст родителей к моменту рождения. Развитие физическое и психическое. Когда начал ходить, говорить, посещать школу. Успеваемость в школе, какие учебные заведения окончил.

Жилищно-бытовые условия в различные периоды жизни больного. Характер питания (количество, качество, регулярность, примерное меню), условия питания (дома, в столовой и др.). Пребывание на воздухе, занятия физкультурой и спортом.