

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«ГОМЕЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Кафедра оториноларингологии с курсом офтальмологии

Л. В. ДРАВИЦА, Ф. И. БИРЮКОВ, Е. В. КОНОПЛЯНИК

УЧЕБНАЯ ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

Учебно-методическое пособие по офтальмологии
для студентов 4 курса лечебного факультета
и факультета по подготовке специалистов для зарубежных стран
медицинских вузов

Гомель
ГомГМУ
2013

УДК 617.7(072)

ББК 56.7я73

Д 72

Рецензент:

кандидат медицинских наук, доцент, заведующая кафедрой
глазных болезней Гродненского государственного
медицинского университета

С. Н. Ильина

Дравица, Л. В.

Д 72 Учебная история болезни: учеб.-метод. пособие по офтальмологии для студентов 4 курса лечебного факультета и факультета по подготовке специалистов для зарубежных стран медицинских вузов / Л. В. Дравица, Ф. И. Бирюков, Е. В. Конопляник. — Гомель: ГомГМУ, 2013. — 28 с. ISBN 978-985-506-465-8

Учебно-методическое пособие предназначено для проведения практических занятий по офтальмологии в медицинских вузах и составлено в соответствии с учебной программой. Представленные в пособии материалы соответствуют требованиям образовательного стандарта. Предназначено для студентов 4 курса лечебного факультета и факультета по подготовке специалистов для зарубежных стран медицинских вузов.

Утверждено и рекомендовано к изданию Центральным учебным научно-методическим советом учреждения образования «Гомельский государственный медицинский университет» 30 октября 2012 г., протокол № 7.

УДК 617.7(072)

ББК 56.7я73

ISBN 978-985-506-465-8

© Учреждение образования
«Гомельский государственный
медицинский университет», 2013

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
I. ОПРОС БОЛЬНОГО (субъективное исследование)	6
1. Жалобы больного	6
2. История настоящего заболевания.....	11
3. История жизни больного	13
II. ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ	14

ВВЕДЕНИЕ

История болезни — основной медицинский документ, в котором фиксируются все сведения о больном: паспортная часть, диагнозы, анамнез, общее состояние, офтальмологический статус, лабораторные, рентгенологические и другие исследования, лечение, показания к операции и техническое ее выполнение, консультации, течение болезни (дневники), эпикризы, рекомендации при выписке. История болезни имеет не только практическое значение, но и научное, юридическое. Ведение истории болезни должно быть последовательным, четким, кратким и по существу. Сокращения слов в тексте истории болезни, кроме общепринятых (т. е., т. д., т. к.), недопустимы. Все записи, а также подписи врачей и медсестер должны быть четкими, разборчивыми. История болезни характеризует деятельность врача: показывает уровень его общей и медицинской подготовки.

Титульный лист заполняется в приемном отделении. Хотя этот раздел истории болезни оформляет медсестра-регистратор, врач также должен обращать внимание на содержащуюся здесь информацию и при необходимости вносить необходимые коррективы. В разделе «Лекарственная непереносимость (аллергия)» указывают не только непереносимость отдельных лекарственных препаратов, пищевых продуктов и т. п., но и отмечают характер наблюдаемых при этом нежелательных реакций. Запись в этой графе (так же как и отметка на титульном листе о группе крови и резус-принадлежности пациента) должна сопровождаться подписью лечащего врача.

Госпитализация больного в стационар может осуществляться по различным каналам:

1. Госпитализация из поликлиники:
 - а) плановая (направление из поликлиники с визой заведующего отделением стационара);
 - б) по срочным показаниям (направление из поликлиники).
2. Госпитализация по скорой помощи (сопроводительный лист).
3. Госпитализация по направлению Управления здравоохранения Гомельской области.

Для больного, госпитализированного по экстренным показаниям, обязательна запись врача приемного отделения с обоснованием необходимости экстренной госпитализации и лечения в условиях стационара. Эта запись должна отражать жалобы больного, историю настоящего заболевания, краткие сведения из анамнеза жизни, объективные данные, диагноз, перечень и обоснование необходимых исследований и лечебных манипуляций или хирургических вмешательств, выполняемых экстренно в приемном отделении.

Больному, госпитализированному по скорой помощи с диагнозом «алкогольное опьянение» или после дорожно-транспортного происшествия и случаев травмы на производстве, оформляется «протокол медицинского освидетельствования для установления факта употребления алкоголя и состояния опьянения» и определяется наличие алкоголя или другого вещества в выдыхаемом воздухе и биологических средах организма.

Не допускается разглашение сведений о больном, составляющих врачебную тайну (состояние здоровья, особенности операции, результаты анализов, прогноз заболевания и др.) без согласия пациента.

В отделении больной, госпитализированный по экстренным показаниям, должен быть осмотрен дежурным врачом стационара при поступлении, а в случае его занятости — не позднее 3 ч с момента поступления. Делают краткую запись с изложением основных жалоб больного, анамнеза заболевания, офтальмологического статуса и общего статуса пациента. Указывают цель поступления больного в отделение, отмечают, через какое время от начала заболевания он доставлен в приемное отделение больницы, при показаниях проводят неотложные мероприятия, выполняют врачебные назначения по лечению и обследованию пациентов, указывается *Предварительный диагноз* (диагноз при поступлении) на титульном листе. В приемном отделении указывают вид транспортировки больного в отделение.

Лечащий врач отделения должен осмотреть больного в день поступления (если в отделение он доставлен до 14.00 рабочего дня) и не позднее второго дня с момента поступления в отделение; одновременно делаются необходимые врачебные назначения. *Клинический диагноз* проставляется в соответствующей графе на титульном листе истории болезни не позднее 3 сут со дня поступления больного, за исключением случаев, сложных в диагностическом отношении.

Окончательный (заключительный) диагноз проставляет врач-куратор при выписке больного, причем в соответствующую графу вносят: а) *основной диагноз* (один), по поводу которого проводилось лечение и определились его исход и продолжительность, а также сопутствующие офтальмологические заболевания; б) осложнения основного заболевания (какие, когда возникли); в) *сопутствующие диагнозы*, отражающие патологию других органов и систем.

Заведующий отделением осматривает больных при поступлении, вместе с лечащим врачом выставляет клинический диагноз, определяет план обследования и лечения. Любые отклонения от стандартов должны быть обоснованы соответствующей записью в истории болезни. Перед выпиской больного осматривает заведующий, о чем в истории болезни лечащий врач делает соответствующую запись. В сложных клинических случаях лечащий врач и заведующий отделением принимают меры для вызова консультантов (невропатолога, эндокринолога, нейрохирурга, оториноларинголога и др.), организуют консилиум совместно с заведующим кафедрой или его заместителем по лечебной работе. Заведующий отделением является должностным лицом и несет полную юридическую ответственность за лечение больного.

Оформление учебной истории болезни отличается от клинической (в приложении 1 представлен порядок оформления титульного листа учебной истории болезни).

I. ОПРОС БОЛЬНОГО (СУБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

1. Паспортная часть:

- а) Ф.И.О. больного;
- б) возраст;
- в) пол;
- г) образование;
- д) профессия;
- е) место работы, должность;
- ж) домашний адрес;
- з) дата поступления (для экстренных больных, указать час);
- и) кем направлен;
- к) предварительный диагноз;
- л) клинический диагноз;
- м) заключительный диагноз:
основной: _____

осложнения: _____

сопутствующие заболевания: _____

1. ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО

Обследование больного начинают с того момента, когда он появляется в дверях кабинета. Следует обращать внимание на поведение больного в целом, на его походку, положение головы, направление взгляда, ориентацию в помещении.

Некоторые жалобы настолько характерны для того или иного заболевания, что позволяют поставить предположительный диагноз. Например, покраснение краев век и зуд в этой области могут свидетельствовать о блефарите. Ощущение засоренности глаз, чувство песка, тяжесть век свидетельствуют о хроническом конъюнктивите или синдроме сухого глаза. Склеивание век по утрам, покраснение глаз без заметного снижения зрения — об остром конъюнктивите.

Жалобы могут ориентировать врача относительно локализации процесса.

Наиболее частая жалоба, заставляющая пациента обратиться к врачу — ухудшение или потеря зрения. Нарушение зрения может быть обусловлено патологией преломляющих сред и(или) зрительного пути.

Причиной внезапного снижения зрения может быть нарушение кровообращения в сосудах сетчатки (тромбоз, эмболия) кровоизлияние в стекловидное тело, отслойка сетчатки, травма, неврит зрительного нерва и др.

К постепенному уменьшению остроты зрения приводят: катаракта, глаукома, нарушения рефракции, дистрофии сетчатки и другие заболевания.

Необходимо различать нарушение центрального и периферического зрения. При нарушении центрального зрения пациенты жалуются на снижение остроты зрения, расстройство цветоощущения, наличие пятна, мешающего зрительной работе, искривление, изменение размеров — увеличение или уменьшение, что свидетельствует о патологии области желтого пятна (макулярной области сетчатки). При нарушении периферического зрения больной обнаруживает, что натывается на предметы, расположенные сбоку, отмечает ухудшения зрения в сумерках и ночью.

Часто заставляет пациента обратиться к врачу боль, а также изменение внешнего вида глаза и области вокруг него (покраснение, отек, инфильтрация, наличие отделяемого из конъюнктивальной полости). Причиной таких жалоб чаще всего бывают воспалительные заболевания глаза и его вспомогательных органов, характеризующееся светобоязнью, блефароспазмом, слезотечением.

Жалобы на боль могут возникать также при остром приступе глаукомы, травме. При наличии жалоб на боль необходимо определить ее характер, локализацию, интенсивность, иррадиацию, время возникновения.

Следует помнить, что могут быть жалобы, которые предъявляют больные, как с глазными болезнями, так и со многими общими заболеваниями организма. Затуманивание зрения, например, отметят больные с катарактой, глаукомой, поражением сетчатки и зрительного нерва, соматоформной вегетативной дисфункцией, артериальной гипертензией, диабетом, опухолью мозга и т.д. Лишь целенаправленный расспрос в таких случаях поможет врачу правильно ориентироваться.

РАССПРОС ЖАЛОБ БОЛЬНЫХ ПО СИСТЕМАМ

Система ЛОР-органов

Уши: ушная раковина — косметический дефект (лопоухость, деформация, новообразование, отогематома); боль, шум в ушах, снижение слуха, заложенность, выделения, зуд, чувство дискомфорта.

Нос, околоносовые пазухи: косметический дефект образования, заложенность носа, затруднение дыхания через нос, выделения, зуд, боль в носу, болезненность точек выхода I–II ветвей тройничного, тяжесть в области лица.

Глотка: боль, першение, зуд, чувство «комка», «чувство комка инородного тела», отделяемое, характер его, затрудненное глотание, кашель.

Гортань: изменение голосовой функции (охриплость, осиплость, афония), кашель, боль, чувство инородного тела, затрудненное дыхание, глотание.

Система нижних дыхательных путей

Кашель: периодичность, частота, продолжительность, время появления; интенсивность; слабый, умеренный, сильный; характер: лающий, грубый, громкий, сильный, с отделением мокроты или нет (влажный или сухой).

Мокрота: откашливается свободно, с трудом отдельными плевками, полным ртом. Примерное количество и изменение его по отношению положения больного и времени суток. Характер мокроты: серозная, слизистая, гнойная, кровянистая (ржавая, с примесью крови). При отстаивании: цвет, запах, консистенция (жидкая, вязкая, пустая, слоистая).

Боли в грудной клетке: локализация, характер (острая, тупая, ноющая, колющая и т. д.), интенсивность (слабая, сильная), продолжительность (постоянная, приступообразная, периодическая), иррадиация болей. Связь с физической нагрузкой, дыханием, кашлем, окружающей средой.

Одышка: периодическая или постоянная. Характер: инспираторная, экспираторная, смешанная. Связь с физической нагрузкой, с изменением положения тела, окружающей средой.

Удушье: время, причины, появления, длительность приступа, связь с запахами. Приступ купируется (изменением положения тела, прекращением физической нагрузки, медикаментозными препаратами).

Сердечно-сосудистая система

Боли в области сердца: локализация, продолжительность (постоянные, приступообразные, периодические), частота и длительность приступов; характер болей (острые, тупые, давящие, жгучие, ноющие, сжимающие); интенсивность (слабые, сильные, переменные). Связь с физической нагрузкой, психоэмоциональным состоянием, окружающей средой, временем года, изменением положения тела. Иррадиация болей. Боль купируется (прекращением физической нагрузки, медикаментозными препаратами).

Перебои в деятельности сердца: постоянные, приступообразные, условия появления (перемена положения тела, физическая нагрузка, прием пищи, психоэмоциональные факторы).

Сердцебиение: постоянное, периодическое, продолжительность, причина.

Одышка: постоянная, периодическая. Характер, связь с физической нагрузкой, изменением положения тела.

Отеки: локализация, время возникновения и исчезновения, давность возникновения.

Система органов пищеварения

Аппетит: сохранен, повышен, снижен, отвращение к жирной, мясной пище. Чувство насыщения: наступает быстро, медленно. Неприятный привкус во рту (кислый, горький, металлический, сладковатый, отсутствие вкуса).

Слюноотделение: обильное, усиленное (слюнотечение), недостаточное (сухость во рту), запах изо рта, наличие жажды, икота.

Жевание: хорошо ли пережевывает пищу, боли при жевании.

Глотание: свободное, затрудненное, болезненное при употреблении жидкой, твердой пищи, наличие задержки на определенном уровне.

Отрыжка: связь с приемом пищи, ее характером. Продолжительность, частота возникновения. Особенность (кислая, горькая, тухлым яйцом, воздухом, съеденной пищей).

Изжога: частота появления, интенсивность (выраженная, умеренная), давность, продолжительность, зависимость от вида и времени приема пищи. Факторы, облегчающие или устраняющие изжогу (употребление воды, молока, соды, кефира).

Тошнота: частота появления, продолжительность, зависимость от времени и вида приема пищи.

Рвота: частота, время появления (натощак, после приема пищи, сразу или через некоторое время, независимо от приема пищи, на высоте болей, после приема лекарственных веществ). Количество рвотных масс (обильное, небольшое). Характер рвотных масс (съеденной накануне пищей или вчерашней), наличием примесей (желчи, слизи, гельминтов, крови — свежей или типа кофейной гущи). Вкус, запах (кислый, горький, гнилостный, зловонный).

Боли в животе: локализация, характер (острые, колющие, режущие, ноющие, тупые, опоясывающие). Интенсивность (постоянные, периодические, приступообразные). Иррадиация (в спину, за грудину, в плечо, паховую область и т. д.). Связь с приемом пищи (голодные, ночные, при прохождении твердой или жидкой пищи). Связь с количеством и качеством пищи, физической нагрузкой, переменой положения тела, актом дефекации, волнением. Сезонность болей. Возникновение (внезапно, предшествие тошноты, рвоты). Частота, давность. Факторы, облегчающие или устраняющие боль (проходит самостоятельно, прием пищи, воды, рвота, тепло, лекарственные препараты и др.). Сопровождаются или осложняются (повышением температуры, желтухой, поносом, рвотой и др.).

Распирание и тяжесть в животе: ощущение переливания, урчания, вздутия (метеоризм).

Акт дефекации: свободный, долгие позывы, затрудненный, выпадение прямой кишки и геморроидальных узлов, зуд в анусе.

Характер стула: регулярный, нерегулярный, частота, оформленный (колбасовидный), неоформленный (лентовидный), кашицеобразный, «овечий», жидкий, пенистый, в виде рисового отвара, болотной тины. Цвет (коричневый, темно-коричневый, светлый, белой глины, черный, дегтеобразный). Примеси: кровь, гной, слизь, перевариваемая пища, глисты. Запах: обычный, кислый гнилостный, зловонный.

Поносы и запоры: частота, время суток, связь с характером пищи, волнением, чередование поносов и запоров. Непроизвольная дефекация. Использование клизм, слабительных средств (каких именно).

Отхождение газов: свободное, затрудненное, обильное, умеренное, со зловонным запахом.

Система мочеотделения

Боли в области поясницы: локализация, иррадиация. Характер (острая, тупая, односторонняя, двусторонняя, приступообразная, постоянная, периодическая). Связь с физической нагрузкой, изменением положения тела. Частота, давность. Чем сопровождаются и облегчаются?

Расстройство мочеотделения: болезненное, затрудненное, анурия, олигурия, поллакиурия, прерывистость, ложные позывы на мочеотделение, произвольное мочеиспускание.

Цвет мочи: светлая, темная, цвета пива, цвета мясных помоев, мутная с хлопьями, с примесью алой крови.

Запах мочи: обычный, фруктовый, резкий, каловый и др.

Опорно-двигательная система

Боли в суставах: локализация, характер (острые, тупые, ноющие, летучие). Частота, давность, продолжительность, время появления, сезонность, интенсивность (умеренные, выраженные). Сопровождаются отечностью, покраснением, деформацией. Условия появления (физическая работа, прием пищи, охлаждение, прием алкоголя).

Боли в мышцах: локализация, характер (острые, тупые, ноющие). Интенсивность: умеренные, выраженные, периодические, постоянные: давность, сопровождение отечностью и покраснением. Связь с продолжительностью ходьбы, физической работы.

Нервная система: органы чувств

Расстройство сна: бессонница, прерывистый сон, сновидения, давность нарушения сна.

Головные боли: частота, время появления, причина появления, локализация, давность.

Головокружение: частота (постоянные, с потерей сознания и координации или нет). Давность, продолжительность. Условия возникновения (перемена положения тела, физическая работа, в покое и др.).

Шум в голове: постоянный, периодический, время появления, давность.

Нарушение памяти: выраженное, умеренное, значительное.

Расстройство зрения: значительно снижено, незначительно снижено, мелькание «мушек перед глазами».

Расстройство слуха: снижен, глухота, гноетечение из ушей.

Расстройство обоняния: снижено, отсутствует, обострено.

Расстройство вкуса: снижено, извращение, отсутствие.

Нарушение чувствительности кожи: локализация, характер (боле-
вая, температурная). Давность, кожный зуд.

При невозможности контакта с больным (отсутствие сознания, кома-
тозное состояние), необходимые сведения о нем собирают у родственни-
ков или сопровождающих лиц.

2. ИСТОРИЯ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

В этом разделе отражается начало заболевания и его динамика до мо-
мента поступления в клинику (стационар).

В процессе расспроса необходимо получить ответы на следующие во-
просы:

- Когда, где и при каких обстоятельствах заболел.
- Как началось заболевание (остро, постепенно).
- Каковы причины заболевания по мнению больного. Устанавливается возможное влияние на возникновение и течение заболевания условий внешней среды (профессиональных, бытовых, климато-погодных факто-
ров), физического или психоэмоционального перенапряжения, интоксика-
ций, погрешности в диете, инфекционных заболеваний (аденовирусной
инфекции, гриппа, ангина).

- Каковы первые признаки болезни.

- Когда и какая оказана первая медицинская помощь, ее эффектив-
ность. Какие изменения в состоянии больного произошли от момента на-
чала заболевания до настоящего времени (динамика жалоб больного).

- В случае хронического течения заболевания в хронологической по-
следовательности отразить рецидивы болезни и их проявления, также пе-
риоды ремиссии, их длительность.

- Какие исследования проводились больному, их результаты. При
возможности используются амбулаторная карта, выписки из истории бо-
лезни, рентгенограммы, спирограммы, ЭКГ и другие документы.

- Какое применялось лечение на различных этапах заболевания, его
эффективность.

- Что явилось причиной настоящего ухудшения, подробно описать ос-
новные симптомы его проявления.

- Как изменилось состояние больного за время пребывания в стацио-
наре до момента курации больного (конкретно по выраженности и харак-
теристике симптомов).

Выяснить анамнез следует в два этапа:

1) *Начало заболевания.* Встречаются ситуации, когда пожилые люди
не замечают слепоту одного глаза, пользуясь вторым, и обнаруживают от-
сутствие зрения случайно. Маленькие дети не говорят родителям о низком
зрении или травме глаза, например, после драки со сверстниками, боясь

наказания. Родители замечают заболевание через несколько лет, когда развивается косоглазие на травмированном глазу.

При многих хронически протекающих процессах больные указывают как начало заболевания тот момент, когда они заметили те или иные расстройства зрения. Путем тщательного опроса нужно постараться выявить, не было ли ранее каких-либо симптомов. Например, при закрытоугольной хронически протекающей глаукоме до заметного падения зрительных функций могут периодически появляться затуманивания, радужные круги перед глазами, головные боли.

Не менее важным является вопрос о характере начала заболевания: проявилось ли оно остро или развилось исподволь, когда проявилось — утром, днем, зимой или летом. Не предшествовало ли началу заболевания какое-либо химическое, термическое или физическое воздействие (катаракта может развиваться через длительное время после контузии, рентгеновского облучения, отравления тринитротолуолом и т. д.), вирусное заболевание или дистресс. Нет ли у пациента тяжелого сопутствующего заболевания следствием которого может быть патология зрительного анализатора (сахарный диабет, артериальная гипертензия, патология щитовидной железы, хроническая или острая почечная недостаточность, заболевания крови и т. д.). Необходимо определить особенности течения глазного заболевания.

При опросе больного обращают внимание также на условия его быта: образ жизни (кошка в доме — возможный переносчик токсоплазм), питание (употребление в пищу термически плохо обработанного мяса дикого кабана зараженного трихинеллезом; употребление в пищу сырого мяса — риск заражения токсоплазмозом), распорядок дня, работа с компьютером, режим сна и т. д.

Необходимо подробно выяснить радиационный анамнез. Расспросить пациента о пребывании в странах эпидемиологически неблагополучных по инфекционным заболеваниям, таким как Лоаоз, Онхоцеркоз, Цистицеркоз (страны Центральной и экваториальной Африки).

Беседуя с больным, врач постоянно наблюдает за его поведением, вегетативными реакциями, мимикой, жестами, оценивает его психический статус, который играет немаловажную роль, как в возникновении, так и в исходе заболевания.

2) *Уточнение анамнеза.* Лучше проводить этот этап после обследования больного, после того, как выставлен предварительный диагноз. Дополнительный опрос позволяет уточнить наиболее важные моменты в истории болезни и жизни больного, выяснить причину заболевания и характер проводившегося лечения. Уточните у пациента: принимает ли он какие-либо лекарственные препараты постоянно (таблетки, настойки, инсулины, глазные капли), по какой схеме, как долго. Семейный анамнез необходим в тех случаях, когда предполагается наследственный характер заболевания

(глаукома, тапеторетинальная абиотрофия, др. наследственные ретинопатии, миопическая болезнь, близорукость, астигматизм, болезнь Шегрена, Марфана и др.). При выяснении этой части анамнеза нужно учитывать разницу между врожденными и наследственными заболеваниями.

Причина настоящей госпитализации: для уточнения характера патологии; малая эффективность амбулаторного лечения; появление осложнений заболевания; развитие неотложного состояния с необходимостью срочно госпитализировать и т. д.

3. ИСТОРИЯ ЖИЗНИ БОЛЬНОГО

Представляет собой медицинскую биографию больного, включающую все основные сведения о его жизни и деятельности от момента рождения до поступления в данную клинику.

1. Детские и юношеские годы: место рождения, социальное положение, каким ребенком по счету родился, как рос, развивался. Учеба, образование. Материально-бытовые условия в детстве, общее состояние здоровья и физическое развитие.

2. Трудовой и бытовой анамнез: начало и дальнейшая трудовая деятельность в хронологической последовательности. Характер выполняемой работы в настоящее время, условия, режим труда, наличие профессиональных вредностей. Жилищные условия, санитарная характеристика жилища. Питание: характер пищи, частота и регулярность приема пищи. Режим нерабочего времени. Личная гигиена тела.

3. Семейный и наследственный анамнез: семейное положение (когда женился или вышла замуж), состав семьи, состояние их здоровья. У женщин выясняют состояние менструального цикла, количество беременностей и родов, их течение, аборт и их осложнения. Состояние здоровья жены, мужа. Мужская и женская родословная больного. Были ли родители и ближайшие родственники больны наследственными или подобными, как у больного заболеваниями.

4. Перенесенные заболевания: описываются в хронологическом порядке: указываются ранения, контузии, операции — в каком возрасте перенес каждое заболевание отдельно. Опрашивают, не болел ли туберкулезом, венерическими заболеваниями, вирусными гепатитами.

5. Вредные привычки: курение (давность, количество выкуренных сигарет в день). Употребление алкоголя (давность, количество, периодичность), наркотиков, снотворных. Токсикомания. Другие вредные привычки.

6. Аллергологический анамнез: указываются основные проявления аллергии у больного (появление сыпи на коже, слезотечение, зуд, затруднения дыхания и т.п.). Их связь с факторами окружающей среды, определенным местом (дома, на работе и прочее), профессиональными вредностями,

временем года, характером пищи. Запахом, пылью трав, цветов, контактов с шерстью, домашней пылью, химическими веществами. Реакция на введение лекарств, вакцин, сывороток. Эффект от применения медикаментозных средств. Наличие аллергологических заболеваний у родственников.

ВЛИЯНИЕ НА ТЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ, условий работы, профессиональных вредностей, различных факторов (охлаждение, перегревание, инсоляция).

МЕТЕОЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ И СЕЗОННОСТЬ. Установить влияние на течение заболевания климато-погодных условий (метеочувствительность), магнитных возмущений (магнитоочувствительность). Описать сезонность обострений, их причину (инфекция, атопия, погода и др.).

СТРАХОВОЙ АНАМНЕЗ. Число дней нетрудоспособности в течение года, наличие группы инвалидности. Номер страхового полиса.

II. ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ **(Status praesens)**

ОБЩИЙ ОСМОТР

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

Положение больного: активное, пассивное, вынужденное (указать какое).

Сознание: ясное, угнетенное (ступор, сон), отсутствие сознания (кома), возбужденное (бред, галлюцинации).

Тип телосложения: астеническое, нормостеническое, гиперстеническое, рост, масса тела, индекс массы тела, осанка (прямая, сутуловатость), походка (обычная, шаркающая, замедленная, паретическая и др.).

Кожные покровы и видимые слизистые. Цвет: обычный, бледный, с оттенком (розовым, земляным, пепельным, желтушным и т. д.); красный, синюшный (цианоз) — указать вид цианоза (диффузный, акроцианоз, локальный с указанием локализации); желтушный, бронзовый, бурый, серый, наличие мраморного рисунка, очаговые пигментации и депигментации (локализация).

Влажность: нормальная (умеренная), повышенная, сухая кожа, шелушение кожи.

Эластичность (тургор): нормальная, снижена, повышенная.

Сыпь: характер (розеолы, эритема, петехии, экхимозы, волдыри, папулы, везикулы и т. д.), распространенность и локализация; наличие ксантом, сосудистых звездочек (телеангиоэктазий), уплотнений, пролежней, расчесов, рубцов. При отсутствии сыпи и рубцов констатируется, что кожа чистая.

Волосы: рост (нормальный, обильный, скудный), выпадение, поседение и др. Тип оволосения (мужской, женский).

Ногти: форма (нормальная, ложкообразная, в виде часовых стекол), поверхность гладкая, исчерченная (характер исчерченности — поперечная, продольная), прозрачность ногтевой пластинки, цвет ногтевого ложа, наличие ломкости ногтей.

Подкожно-жировая клетчатка: степень развития (слабая, чрезмерная, умеренная), распределение (равномерное, неравномерное), места наибольшего скопления жира, тип ожирения (при наличии ожирения), толщина кожной складки (в см) на уровне пупка по краям прямых мышц живота, на уровне углов лопатки, на плече над трицепсом.

Наличие пастозности, отеков: характер отеков по локализации (лицо, конечности и др.), консистенции (мягкие, плотные), выраженности (пастозность, незначительные, большие, анасарка), цвету (бледный, цианотичный) и температуре (теплые, холодные) кожи над отеками.

Лимфатические узлы: определяются визуально или нет, пальпируются или нет, если пальпируются, то определяется локализация (подчелюстные, шейные, затылочные, подключичные, надключичные, подмышечные, локтевые, паховые, подколенные), величина, консистенция, подвижность, болезненность, количество, спаянность между собой и кожей, наличие свищей, изменения кожи над лимфоузлами.

Мышцы: степень развития, тонус (нормальный, повышен, понижен), сила (достаточная, снижена), болезненность при пальпации (локализация), уплотнения или атрофии (локализация, характеристики), наличие судорог (локализация, тонические, клонические).

Кости: пропорциональность соотношения соответствующих частей скелета, деформации (указать локализацию, характер), наличие утолщения фаланг пальцев ног и рук (барабанные палочки), болезненность при пальпации, поколачивании плоских костей, искривления позвоночника (лордоз, кифоз, сколиоз, кифосколиоз).

Суставы: увеличение размеров, изменение конфигураций, болезненность при пальпации, гиперемия и повышение температуры кожи в области суставов, припухлость, суставной хруст, флюктуация, объем активных и пассивных движений (полный, ограничен, указать характер ограничения, локализацию).

Выражение лица: обычное, спокойное, угнетенное, возбужденное, страдальческое и др. Специфический вид лица («митральное», «нефритическое», «базедово», «микседематозное» лицо, лицо Гиппократ, Корвизара и др., указать какое). Окраска кожи лица, высыпания на губах.

Отечность век, ксантелазмы. Величина глазных щелей (одинаковые, различные), экзофтальм, эндофтальм, птоз, окраска склер, зрачки (сужены, расширены, неравномерные).

Нос: форма, деформации, окраска кожи, наличие дыхательных экскурсий крыльев носа.

Рот: форма (обычная, изменена), симметричность уголков рта, состояние губ.

Осмотр головы: форма, размер (микро-, макроцефалия), положение (обычное, неподвижное, склоненная, запрокинутая, др.), наличие произвольных движений, судорог мускулатуры.

Осмотр шеи: форма, величина (длинная, короткая, толстая, тонкая), изменения кожи (пигментации, рубцы), наличие увеличенных лимфоузлов (указать точную локализацию).

СИСТЕМА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

1. Осмотр грудной клетки: проводятся статический (исследуются морфологические особенности) и динамический (исследуется участие грудной клетки в акте дыхания) осмотры.

Статический осмотр: форма грудной клетки — нормальная (нормостеническая, астеническая, гиперстеническая), патологическая (эмфизематозная, паралитическая, рахитическая, ладьевидная, воронкообразная, кифосколиотическая); симметричность, деформация; выраженность надключичных и подключичных впадин; положение ключиц и лопаток; состояние межреберных промежутков (расширены, сужены, выбухают, западают); ход ребер (пологий, горизонтальный, близкий к вертикальному); соотношение передне-заднего и бокового размеров.

Динамический осмотр: тип дыхания (брюшной, грудной, смешанный); число дыханий в минуту, глубина дыханий (поверхностное, средней глубины, глубокое); участие вспомогательных мышц в дыхании; ритм дыхания (правильный, аритмичное дыхание: Чейн-Стокса, Биота, Грокко, гаспинг-дыхание; дыхание Куссмауля, стридорозное дыхание); симметричность дыхания — симметричность участия половин грудной клетки в дыхании, дыхательная экскурсия грудной клетки (см).

2. Пальпация грудной клетки: выявление болезненности кожи, мышц, костных структур, межреберных промежутков, локализация, голосовое дрожание (нормальное, не определяется, ослабленное, усиленное, локализация изменений, симметричность), резистентность и эластичность грудной клетки, ощущение шума трения плевры, локализация.

3. Перкуссия легких.

Сравнительная: звук ясный легочный, коробочный, тимпанический, притупленный, тупой, металлический, «треснувшего горшка»; указать локализацию.

Топографическая: высота стояния верхушек легких спереди и сзади, слева и справа, ширина полей Кренига слева и справа, определение нижних границ легких по всем вертикальным топографическим линиям, активные экскурсии нижнего края легких по среднеключичной, средней подмышечной, лопаточной линиям, перкуссия пространства Траубе.

4. Аускультация легких.

Везикулярное дыхание (нормальное, ослабленное, усиленное, жесткое, саккодированное, указать локализацию), соотношение фаз вдоха и выдоха.

Бронхиальное дыхание: локализация, вид (бронховезикулярное, амфорическое, с металлическим оттенком).

Хрипы: сухие (свистящие, жужжащие; выслушиваются преимущественно на вдохе или на выдохе); влажные (мелко-, средне-, крупнопузырчатые, звучные, незвучные), изменение характера хрипов после откашливания, при форсированном дыхании; локализация хрипов.

Крепитация: звучная, незвучная, локализация.

Шум трения плевры: нежный, грубый, локализация.

Бронхофония: на симметричных участках отсутствует, выявляется.

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА

1. Осмотр области сердца и крупных сосудов.

Осмотр области сердца: выявление деформации грудной клетки (сердечный горб), пульсации в проекции сердца и отходящих от него сосудов — верхушечный толчок (положительный, отрицательный, локализация, площадь), сердечный толчок, надчревная пульсация, пульсация аорты, легочной артерии, аневризмы левого желудочка (указать локализацию, выраженность).

Осмотр артерий и вен: усиленная пульсация сонных артерий («пляска каротид»), симптом Мюссе, эпигастральная пульсация (лежа, стоя, на высоте глубокого вдоха), выявление набухания шейных вен и их характер, наличие венозного пульса (положительный, отрицательный), имеется ли извилистый ход и усиленная пульсация височных и других артерий, наличие расширения вен грудной клетки, брюшной стенки, рук, ног, извитость и бугристость этих вен.

2. Пальпация области сердца и крупных сосудов.

Пальпация области сердца: наличие зон болезненности, локализация; верхушечный толчок (не пальпируется, пальпируется), если пальпируется, то определение его площади (разлитой, нормальный, ограниченный), высоты (высокий, низкий, умеренный), силы (неусиленный, усиленный, ослабленный), резистентности (резистентный, нерезистентный, средней плотности); сердечный толчок (не пальпируется, пальпируется); феномен «кошачьего мурлыканья» (локализация, систолическое, диастолическое, систоло-диастолическое); пульсации аорты, легочной артерии, эпигастральная пульсация, ретростернальная пульсация аорты.

Пальпация артерий: свойство стенки (мягкая, твердая, упругая); характеристика пульса на лучевой артерии — одинаковый или различный пульс на симметричных артериях, ритм (ритмичный, неритмичный, указать

характер аритмии), напряжение (удовлетворительный, твердый, мягкий), наполнение (удовлетворительный, полный, пустой, одинаковый, неодинаковый, равномерный), величина (нормальный, большой, малый, нитевидный), скорость или форма (нормальный, скорый или подскакивающий, медленный); дефицит пульса, величина дефицита; наличие пульса на сонных бедренных артериях, артерии тыла стопы с симметричным сравнением его свойств.

3. Перкуссия сердца, сосудистого пучка: определение правой, левой и верхней границ относительной и абсолютной тупости, поперечного размера относительной и абсолютной тупости (в см), ширина сосудистого пучка во втором межреберье (в см), конфигурация относительной тупости (обычная, митральная, аортальная, трапециевидная).

4. Аускультация сердца.

Ритм сердца: правильный, неправильный (характер аритмии).

Характеристика тонов: ясные, приглушенные, глухие, усиленные (I и II тон в разных точках аускультации), расщепление и раздвоение тонов (локализация), наличие III и IV тонов, тона открытия митрального клапана, систолических щелчков, перикард-тона, ритма «галопа», ритма «перепела», маятникообразного ритма, эмбриокардии.

Шумы сердца: отношение к фазам сердечной деятельности (систолический, диастолический прото-, мезо-, пресистолический), сила (тихий, громкий), тембр (дующий, скребущий, пилящий, свистящий), продолжительность (короткий, продолжительный), другие акустические свойства (мягкий, грубый, высокий, низкий, убывающий, нарастающий), место наилучшего выслушивания и зоны проводимости шума, изменение шума в зависимости от фазы дыхания, положения больного (вертикальное, горизонтальное, на левом, правом боку), после физической нагрузки.

Внесердечные шумы: шум трения перикарда, плевроперикардальный шум (локализация, характеристика).

5. Аускультация артерий и вен.

Наличие или отсутствие тонов Траубе, двойного шума Дюрозье, шума «волчка» на яремных венах.

6. Артериальное давление на обеих руках: систолическое, диастолическое (мм.рт.ст.), измеряется в положении сидя, лежа, стоя.

СИСТЕМА ОРГАНОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

1. Осмотр полости рта: запах изо рта (обычный, гнилостный, кислый, каловый, алкоголя, ацетона, аммиака и др.); слизистая оболочка полости рта (окраска — бледная, гиперемия, желтушность, влажность, пигментация, пятна Филатова, изъязвления, молочница, кровоизлияния); десна (гиперемия, разрыхленность, кровоточивость, отечность, серая кайма и др.); зубы (наличие их, отсутствующие — указать какие; кариозные, шатающиеся, искусственные); язык (симметричность или отклонение языка в

сторону при высовывании, величина языка — наличие отпечатков зубов по краям, сухой, влажный, обложенный — умеренно, сильно, цвет налета, легко ли снимается, выраженность сосочков, лакированный, малиновый, «географический язык», изъязвления, трещины, язвы, рубцы); небные дужки, небо (цвет — нормальные, гиперемированные, припухлость или отечность, налеты); миндалины (размеры — нормальные, гипертрофированные, гиперемия, отечность, разрыхленность, наличие гнойных пробок, налетов); задняя стенка глотки (цвет слизистой оболочки — покраснение, побледнение, отечность, наличие зернистости, язв, рубцов, налетов и др.).

2. Осмотр живота проводится в положении стоя и лежа: величина, форма — нормальная, вздут (равномерно или неравномерно), втянут, «лягушачий», отвислый; состояние пупка (втянут, выпячен); окружность живота на уровне пупка (в см), выраженность подкожно-жирового слоя; наличие расширенных подкожных вен на брюшной стенке, локализация, направление тока крови; рубцы (локализация, размеры), грыжи (локализация), видимая перистальтика желудка, кишечника; пульсации — локализация, выраженность, участки патологической пигментации кожи, локализация.

3. Пальпация живота.

Поверхностная: болезненность (ограниченная с указанием локализации, разлитая), болевые точки, симптом Щеткина-Блюмберга. Повышение тонуса мышц передней брюшной стенки (резистентность, мышечное напряжение или мышечная защита) — разлитое, локальное с указанием локализации. Отечность брюшной стенки, расхождение прямых мышц живота, грыжи. Определение асцита методом флюктуации.

Глубокая пальпация проводится в определенной последовательности: сигмовидная кишка, слепая кишка, конечный отрезок подвздошной кишки, аппендикс слепой кишки, восходящая, нисходящая, поперечная ободочные кишки, печеночный и селезеночный изгибы толстой кишки, желудок (определение большой кривизны, привратника). У каждого из указанных органов определяют: локализацию, болезненность, диаметр (размеры), характер поверхности (гладкая, бугристая), консистенцию, наличие урчания, плеска, подвижность (смещаемость). Наличие новообразований в брюшной полости: локализация, размеры, консистенция, характер поверхности, болезненность, подвижность.

4. Перкуссия живота: характер тимпанического звука над желудком и над кишечником, локализация тупого звука при скоплении жидкости, кала, опухоли; перкуторное определение свободной или осумкованной жидкости в брюшной полости, верхний уровень жидкости при вертикальном положении; симптом Менделя.

5. Аускультация живота: кишечные шумы (нормальные, ослабленные, усиленные, отсутствуют), шум трения брюшины в проекции печени (перигепатит), селезенки (периспленит).

ГЕПАТО-БИЛИАРНАЯ СИСТЕМА, ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА, СЕЛЕЗЕНКА

1. Исследование печени и желчного пузыря.

Осмотр области печени: пигментация кожи, выбухание, ограничение дыхательных экскурсий передней брюшной стенки в правом подреберье.

Перкуссия печени: верхняя граница абсолютной тупости печени (по правым окологрудинной, среднеключичной, передней подмышечной линиям), нижняя граница (по правым окологрудинной, среднеключичной, передней подмышечной линиям, передней срединной и левой окологрудинной линиям); высота абсолютной тупости печени (в см), размеры по Курлову (по среднеключичной, передней срединной линиям, по левой реберной дуге).

Пальпация нижнего края печени: локализация ниже правой реберной дуги (см); характер края (не определяется, острый, закругленный, ровный или неровный), консистенция (мягкая, уплотнена, твердая, хрящевая), чувствительность (болезненный, безболезненный), характер выступающей поверхности (гладкая, бугристая); баллотирующая пальпация при наличии асцита (симптом «плавающей льдинки»).

Пальпация желчного пузыря: пальпируется или не пальпируется; если пальпируется, определяется локализация, болезненность, консистенция (мягкая, плотная), характер поверхности (гладкая, бугристая), подвижность; наличие симптомов Грекова-Ортнера, Лепене-Василенко, Мерфи, Кера, Мюсси-Георгиевского, Курвуазье.

2. Исследование поджелудочной железы.

Осмотр: наличие «цветных» симптомов панкреатита — симптомы Холстеда, Грея-Тернера, Кулена-Джонсона, пигментация кожи и атрофия подкожной клетчатки в зоне проекции поджелудочной железы (симптом Грота), локальных выбуханий в эпигастральной области и левом подреберье.

Пальпация. Поверхностная пальпация: болезненность в зонах Шоффара, Губергрица-Скульского, в точках Дежардена, Губергрица, резистентность передней брюшной стенки в зоне проекции поджелудочной железы. Глубокая методическая скользящая пальпация: не пальпируется, пальпируется, если пальпируется, определить локализацию, болезненность, диаметр, консистенцию (мягкая, уплотненная), характер поверхности (ровная, бугристая, наличие узлов и опухолевидных образований).

3. Исследование селезенки: осмотр — наличие выбухания в левом подреберье; перкуссия — определение границ верхней, нижней, передней и задней, (указать локализацию), длинника и поперечника (в см); пальпация — пальпируется, не пальпируется, если пальпируется, определяют локализацию нижнего края (степень увеличения), форму, характер поверхности (ровная, гладкая, бугристая), консистенцию (мягкая, плотная, хрящевая), подвижность, болезненность.

СИСТЕМА МОЧЕОТДЕЛЕНИЯ

1. Осмотр и пальпация поясничной области: припухлость, гиперемия, болезненность кожи, подкожной клетчатки и мышц (указать локализацию), болезненность в области задних (реберно-поясничных, реберно-позвоночных) и передних (подреберных, верхних и средних) мочеточниковых точек.

2. Пальпация почек выполняется в вертикальном и горизонтальном положениях: пальпируется, не пальпируется, если пальпируется, оценивается локализация, что доступно пальпации — нижний полюс, вся почка, ее величина, консистенция, характер поверхности, смещаемость, болезненность.

3. Перкуссия: симптом поколачивания (Пастернацкого) — отрицательный, положительный (слева, справа).

4. Аускультация сосудов почек: наличие систолического сосудистого шума, локализация (сзади, спереди, слева, справа).

5. Перкуссия и пальпация мочевого пузыря: выступает над лонным сочленением (см), пальпируется, не пальпируется, если пальпируется, определяются локализация, болезненность, характер поверхности (гладкая, бугристая), консистенция (мягкая, плотная).

ЭНДОКРИННАЯ СИСТЕМА

При заболеваниях эндокринной системы большое диагностическое значение имеют изменения внешнего вида (*habitus*) пациента. Эти изменения выявляют при проведении общего осмотра и записывают в разделе «Общий осмотр». При исследовании больного эндокринными заболеваниями следует обратить внимание на следующие показатели.

Заболевания гипофиза: рост (карликовость, гигантизм), масса тела (гипофизарная кахексия), пропорциональность скелета (увеличение размеров кистей, стоп, носа, подбородка, надбровных дуг — при акромегалии).

Заболевания надпочечников: изменение массы тела (кахексия — при надпочечниковой недостаточности, ожирение с преимущественным накоплением жира на лице и туловище — при гиперкортицизме), темно-бурая (бронзовая) окраска кожи и слизистых оболочек рта — при надпочечниковой недостаточности, темно-красные полосы (стрии) бедер и живота — при гиперкортицизме.

При сахарном диабете: исхудание или ожирение, гнойничковая сыпь, расчесы на коже, гипертрихоз на спине, вокруг лопаток и пупка, ксантомы, ксантелазмы.

Заболевания щитовидной железы: исхудание, тонкая, горячая кожа повышенной влажности, претибиальная микседема, акропатия — при гипотиреозе, избыточный вес, сухая, бледная с шелушением кожа, плотные малоподвижные отеки всего тела, в том числе и лица, ломкие, тусклые, сухие с склонностью к избыточному выпадению волос, тусклые, ломкие

ногти — при гипотиреозе. Изменения лица: бледное, не выразительное, с узкими глазными щелями, безразличным взглядом и вялой мимикой (микседематозное лицо), экзофтальм, широко раскрытые, блестящие глаза (выражение удивления или испуга) — «базедово лицо», глазные симптомы тиреотоксикоза — Дальримпля, Мебиуса, Штельвага, Кохера, Греффе и др.

Осмотр и пальпация щитовидной железы: степень увеличения, характер (диффузное, узловое, смешанное), консистенция (мягкая, плотная), поверхность (гладкая, бугристая), подвижность при глотании. При увеличенной щитовидной железе производят измерение окружности шеи через остистый отросток VII шейного позвонка сзади и наиболее выступающей частью щитовидной железы спереди.

Аускультация щитовидной железы: наличие сосудистого шума над щитовидной железой.

СИСТЕМА КРОВИ И КРОВЕТВОРЕНИЯ

Физикальное исследование системы крови и кроветворения включает, прежде всего, проведение общего осмотра больного, позволяющее выявить ряд диагностически важных признаков. Эти признаки записываются в разделе «Общий осмотр». Следует обратить внимание на состояние кожи (бледность, бледно-зеленоватый цвет, восковой оттенок, золотисто-желтый цвет — при анемиях, гиперемия — при эритремии, сухость, шелушение — при сидеропении), на наличие геморрагической сыпи (петехии, экхимозы, кровоподтеки, телеангиоэктазии — при геморрагических диатезах), лейкоид, на состояние придатков кожи (изменения волос, ногтей). Визуально и методом пальпации оценивается состояние лимфатических узлов. Методом перкуссии выявляется болезненность плоских костей.

Проводится также визуальное, перкуторное и пальпаторное исследование селезенки. Результаты этих исследований записывают в разделе «Гепатобилиарная система, поджелудочная железа, селезенка».

НЕРВНАЯ СИСТЕМА И ОРГАНЫ ЧУВСТВ

Общий нервно-психический статус: настроение (хорошее, подавленное, угнетенное, быстрая смена настроения), ориентирование в окружающей обстановке, во времени, пространстве (правильное, неправильное), контактность больного, интеллект, память, речь.

Двигательная сфера: наличие параличей, парезов, птоза, асимметрии лица (указать локализацию).

Рефлекторная сфера: зрачки (одинаковые, неодинаковые), их реакция на свет.

Вегетативная сфера: дермографизм (красный, белый), нестойкий, отечный, разлитой, гипергидроз.

Рецепторная сфера: зрение, слух, обоняние.

STATUS OPHTHALMOLOGICUS:

	OD vis= sph cyl ax =	OS vis= sph cyl ax=
Рефракция	Эмметропия, миопия, гиперметропия, их степень. Астигматизм (прямой, обратный, смешанный)	Эмметропия, миопия, гиперметропия, их степень. Астигматизм (прямой, обратный, смешанный)
ВГД	по Маклакову, пневмотонометрия, пальпаторно	по Маклакову, пневмотонометрия, пальпаторно
Чувствительность ресничного тела	Болезненное при пальпации, безболезненное	Болезненное при пальпации, безболезненное
Цветовосприятие	Нормальное (трихромазия), протанопия, дейтеранопия, тританопия	Нормальное (трихромазия), протанопия, дейтеранопия, тританопия
Темновая адаптация	Не нарушена, гемералопия	Не нарушена, гемералопия
Характер зрения для дали, для близи	Бинокулярное, одновременное монокулярное	Бинокулярное, одновременное монокулярное
Подвижность глаза и положение его в глазнице	Ограниченность движения по направлениям, экзофтальм, эндофтальм, сходящееся, расходящееся, паралитическое, содружественное косоглазие (угол отклонения)	Ограниченность движения по направлениям, экзофтальм, эндофтальм, сходящееся, расходящееся, паралитическое, содружественное косоглазие (угол отклонения)
Веки	Состояние кожи, ресниц, подвижность, положение, цвет.	Состояние кожи, ресниц, подвижность, положение, цвет.
Глазная щель	Суженная, S-образная, не смыкается, размеры	Суженная, S-образная, не смыкается, размеры
Слезные органы	Слезотечение, положение слезных точек, состояние слезной железы	Слезотечение, положение слезных точек, состояние слезной железы
Конъюнктивa	Без особенностей. Инъекция: легкая, умеренная, выраженная, застойная. Конъюнктивальная, перикорнеальная, смешанная. Особенности: наличие фолликулов, сосочков и др.	Без особенностей. Инъекция: легкая, умеренная, выраженная, застойная. Конъюнктивальная, перикорнеальная, смешанная. Особенности: наличие фолликулов, сосочков и др.
Склера	Цвет, инъекция сосудов глазного яблока	Цвет, инъекция сосудов глазного яблока
Лимб	Ширина, истончение зоны лимба, наличие дистрофических изменений, состояние микрососудов	Ширина, истончение зоны лимба, наличие дистрофических изменений, состояние микрососудов
Роговица	Форма, размер, прозрачность, блеск, наличие преципитатов, чувствительность	Форма, размер, прозрачность, блеск, наличие преципитатов, чувствительность
Передняя камера глаза	Глубина, Влага прозрачная или опалесцирует, наличие гифемы, гипопиона в мм, равномерность.	Глубина, прозрачность, содержание, равномерность. Влага прозрачная, опалесцирует, гифема __ мм.
Зрачок	Зрачок округлый, деформирован, подтянут к __ час., d= __ мм, реакция зрачка на свет: живая, снижена, вялая, не определяется.	Зрачок округлый, деформирован, подтянут к __ час., d= __ мм, реакция зрачка на свет: живая, снижена, вялая, не определяется.

Радужная оболочка	Цвет, рельеф, наличие или отсутствие дистрофических изменений	Цвет, рельеф, наличие или отсутствие дистрофических изменений
Рефлекс с глазного дна	Цвет, равномерность, наличие помутнений	Цвет, равномерность, наличие помутнений
Хрусталик	Форма, положение, прозрачность, афакция искусственный хрусталик.	Форма, положение, прозрачность, афакция искусственный хрусталик.
Стекловидное тело	Без особенностей. Деструкция начальная, умеренная, выраженная. Гемофтальм субтотальный, тотальный. Шварты. Особенности:	Без особенностей. Деструкция начальная, умеренная, выраженная. Гемофтальм субтотальный, тотальный. Шварты. Особенности:
Глазное дно	ДЗН: бледно-розовый, деколорирован, бледен, гиперемирован. Застойный. Границы четкие, ступеваны. Экскавация: физиологическая, склеротическая, глаукоматозная. Наличие или отсутствие проминенции, друз, кольца Вейса. Особенности: Сосудистое дерево: ход и калибр сосудов. Артерии: обычного калибра, сужены, склеротичны, извиты. Состояние вен: умеренно полнокровны, полнокровны, застойны, извиты. Наличие аневризм, симптома «медной и серебряной проволоки». Salus (I, II, III). Особенности: Макулярная зона: состояние макулярного рефлекса, наличие очаговых изменений – геморрагии, друзы, кисты, разрывы, белковые, липидные отложения, состояние внутренней пограничной мембраны, наличие хориоидальной неоваскуляризации Особенности: Парамакула: без особенностей. Особенности: Периферия: без особенностей или наличие периферической хориоретинальной дистрофии по типу: «след улитки», «бульжная мостовая», «решетчатая дистрофия», «белое без вдавления» и другие; разрывы (форма, размеры, наличие или отсутствие клапана, витреальные тракции) Особенности:	ДЗН: бледно-розовый, деколорирован, бледен, гиперемирован. Застойный. Границы четкие, ступеваны. Экскавация: физиологическая, склеротическая, глаукоматозная. Наличие или отсутствие проминенции, друз, кольца Вейса.. Особенности: Сосудистое дерево: ход и калибр сосудов. Артерии: обычного калибра, сужены, склеротичны, извиты. Состояние вен: умеренно полнокровны, полнокровны, застойны, извиты. Наличие аневризм, симптома «медной и серебряной проволоки». Salus (I, II, III). Особенности: Макулярная зона: состояние макулярного рефлекса, наличие очаговых изменений – геморрагии, друзы, кисты, разрывы, белковые, липидные отложения, состояние внутренней пограничной мембраны, наличие хориоидальной неоваскуляризации Особенности: Парамакула: без особенностей. Особенности: Периферия: без особенностей или наличие периферической хориоретинальной дистрофии по типу: «след улитки», «бульжная мостовая», «решетчатая дистрофия», «белое без вдавления» и другие; разрывы (форма, размеры, наличие или отсутствие клапана, витреальные тракции) Особенности:

Тonoграфия

P₀=
C =
F =
KB=

P₀=
C =
F =
KB=

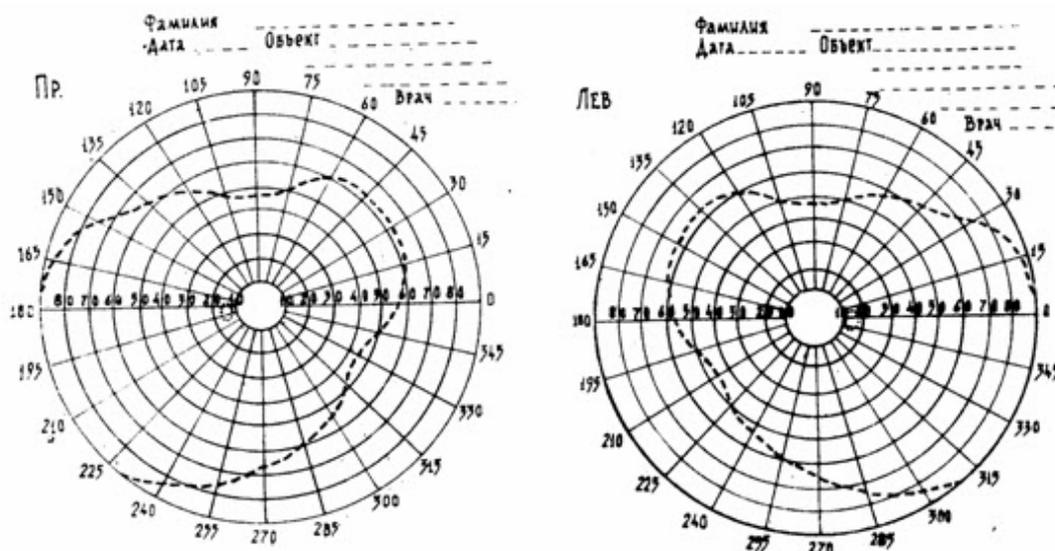
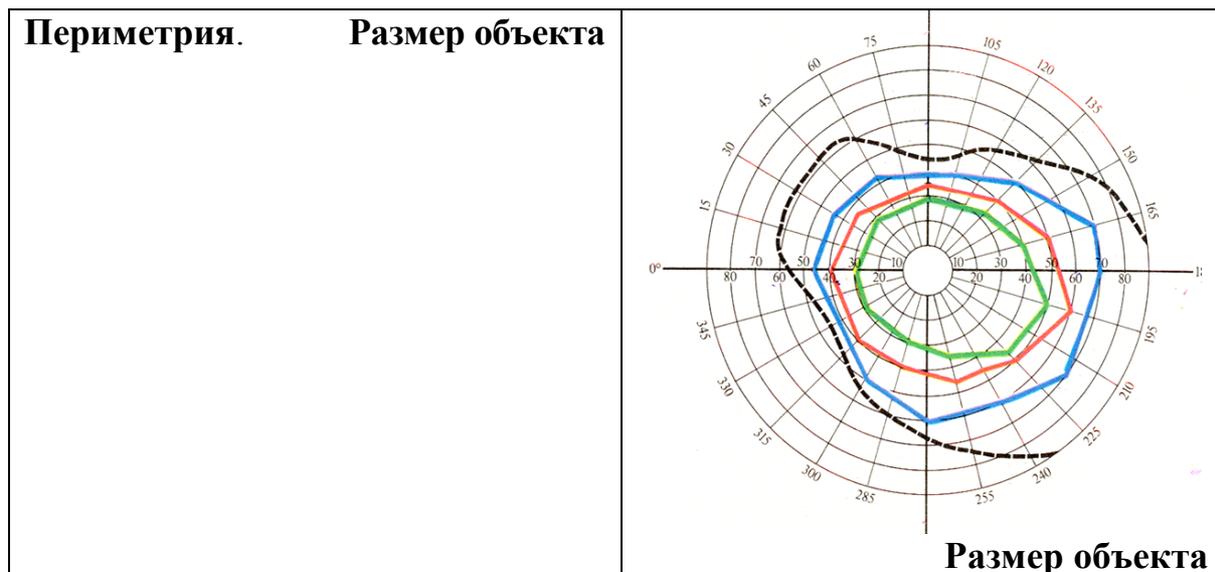


Рисунок 1 — Схема полей зрения

Специальные методы офтальмологического исследования: экзофтальмометрия, осмотр с гонио-фундуслинзой, УЗИ глаз, КЧСМ (критическая частота световых миганий), периметрия (рисунок 1), электроретинография, оптическая когерентная томография переднего и заднего отрезков глаза, пахиметрия, эндотелиальная микроскопия, корнеотопография, лазерная поляриметрия.

Предварительный диагноз. Его обоснование

Необходимо выделить субъективные и объективные симптомы, сформулировать синдромы и поставить нозологический диагноз. Диагноз должен включать:

- Основное заболевание, которое явилось причиной госпитализации.
- Осложнение, обусловленное основным заболеванием.
- Функциональный диагноз основного заболевания, который должен отражать состояние функции пораженного органа: компенсацию или декомпенсацию, степень последней.

- Сопутствующее заболевание, патогенетически не связанное с основным.
- Осложнение, обусловленное сопутствующим заболеванием.
- Функциональный диагноз сопутствующего заболевания.

План дообследования

Дообследование обычно включает общеклинические и биохимические анализы, RW, рентгенологические, бактериологические, морфологические, ЭКГ, аудиометрические исследования, а также консультации различных специалистов. По предварительному диагнозу определяется и вид лечения (консервативное, лазерная хирургия, оперативное лечение).

Дифференциальная диагностика

В целях формирования правильного диагноза после дообследования проводится дифференциальная диагностика, т. е. исключаются наиболее близкие по клиническому проявлению и течению заболевания. Для этого используют анамнез, наиболее типичные клинические проявления заболевания, данные объективного обследования больного, лабораторные и инструментальные исследования. Клинический диагноз у большинства пациентов должен быть установлен в первые 3 дня. У тяжелых, сложных пациентов диагноз может быть установлен и позже, однако рабочий диагноз должен быть в течение этого срока.

Клинический диагноз. Обоснование

Клинический диагноз основывается на данных жалоб пациента, осмотра, анамнеза, лабораторных, клинических, рентгенологических и других методов исследования.

Сопутствующий диагноз. Обоснование

План лечения

Лечение больного и дообследование фиксируются в листке назначений, консультации — в истории болезни и в специальном журнале. Некоторые специальные сложные методы лечения и функциональные дообследования вносятся в историю болезни (УЗИ, ФКГ, ГБО, пункции и т.д.). После установления клинического диагноза составляется план лечения. Различают 3 основных вида лечения: консервативное, хирургическое и комбинированное.

Консервативное лечение, как правило, фиксируется в листах назначений. Для облегчения его выполнения все препараты и методы лечения заносятся в различные графы листка назначений. На первой странице листка записываются: диета, режим, препараты, назначенные внутрь, с указанием дозы и способа приема, неинвазивные способы лечения (банки, горчичники, гипербарическая оксигенация и т. д.). Назначения парентеральных препаратов фиксируются на следующей странице. Физиопроцедуры назначаются на третьей странице (ингаляции, массаж, УВЧ и т. д.). Ежедневно назначения корректируются лечащим врачом, о чем делается соответствующая отметка напротив. Внизу на каждой странице листка ставится подпись лечащего врача о назначении и медсестры — о выполнении назначений.

В случае использования *хирургического метода лечения* в истории болезни делается запись «Предоперационный эпикриз», в котором определяются показания к данной операции, исходя из имеющихся данных о больном и его болезни (анамнез, статус, динамика процесса, лабораторные данные и др.). Также указываются название операции, метод анестезии, согласие больного, степень риска и предоперационная подготовка.

Дневники

Ежедневно, или через день (послеоперационным больным в течение трех дней) в истории болезни делается запись лечащим врачом — дневник, в котором обязательно отмечаются следующие данные: жалобы больного в данное время, общее самочувствие и состояние, сон, температура, пульс, артериальное давление, дыхание, аппетит, стул, диурез, местные явления, выполнение предшествующих лечебных назначений, перевязки, удаление турунд и т. д., особые события и изменения в состоянии больного (боли, ознобы, кровотечения, повышение температуры и т. д.). Если состояние больного изменяется в нерабочее время, то такая запись вносится в историю болезни дежурным врачом. При осмотре больного консультантом или зав. отделением в истории болезни записываются данные консультации с соответствующими выводами и рекомендациями.

Записи операций

После операции больной доставляется в палату в сопровождении хирурга или ассистента. В палате врач дает указания по режиму больного, питанию. Операция регистрируется в истории болезни и операционном журнале в тот же день. Запись должна включать: номер истории болезни, номер операции, ФИО больного, возраст, адрес, клинический диагноз, название операции, ФИО хирурга, ассистента и операционной медсестры, анестезиолога, метод анестезии, подробный ход операции с указанием особенностей, послеоперационный диагноз, направление на патогистологическое исследование.

Эпикриз

При выписке больного из отделения или переводе в другое составляется основной эпикриз, в котором указываются ФИО больного, возраст, адрес, время нахождения в стационаре, все диагнозы, основные обследования, лечение, течение заболевания, состояние больного на момент выписки (общее и местные изменения), рекомендации (конкретные) при выписке (по дальнейшему лечению, наблюдению, экспертизе и др.).

Список использованной литературы (указать)

Приложение 1

(Порядок оформления титульного листа учебной истории болезни)

Министерство здравоохранения Республики Беларусь
Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»

КАФЕДРА ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ С КУРСОМ ОФТАЛЬМОЛОГИИ

Курс офтальмологии

Зав. курсом офтальмологии Л.В. Дравица

УЧЕБНАЯ ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

Больной(ая), фамилия, имя, отчество _____

Клинический диагноз: _____

Куратор: студент(ка) Ф.И.О., курс, № группы, факультет

Преподаватель: должность, Ф.И.О.

Время курации:

Гомель, 20__ г.

Учебное издание

Дравица Людмила Владимировна
Бирюков Федор Иванович
Конопляник Елена Владимировна

УЧЕБНАЯ ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

Учебно-методическое пособие по офтальмологии
для студентов 4 курса лечебного факультета
и факультета по подготовке специалистов для зарубежных стран
медицинских вузов

Редактор *Т. Ф. Рулинская*
Компьютерная верстка *А. М. Терехова*

Подписано в печать 21.01.2013.
Формат 60×84¹/₁₆. Бумага офсетная 65 г/м². Гарнитура «Таймс».
Усл. печ. л. 1,63. Уч.-изд. л. 1,8. Тираж 90 экз. Заказ 20.

Издатель и полиграфическое исполнение
Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
ЛИ № 02330/0549419 от 08.04.2009.
Ул. Ланге, 5, 246000, Гомель.