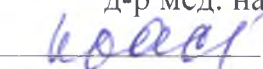


Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего
профессионального образования
«Новосибирский государственный медицинский университет Министерства
здравоохранения Российской Федерации»
(ФГБОУ ВПО НГМУ Минздрава РФ)

Кафедра инфекционных болезней педиатрического факультета

УТВЕРЖДЕНО
на заседании кафедры
протокол № 1
«27» августа 2019 г.

Заведующий кафедрой
д-р мед. наук, профессор
 Е. И. Краснова

МАКЕТ УЧЕБНОЙ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ
по дисциплине Инфекционные болезни
(методические указания для студентов по специальности Лечебное дело)

Составители:
Д-р мед. наук В.Г.Кузнецова
Канд. мед. наук, доц. Н.И. Хохлова

СХЕМА ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ

1. Паспортная часть.
2. Анамнез болезни (anamnesis morbi).
3. Жалобы больного.
4. Эпидемиологический анамнез.
5. Анамнез жизни (anamnesis vitae).
6. Настоящее состояние больного (status praesens).
7. План лабораторных и инструментальных методов исследования.
8. Результаты проведенных в стационаре лабораторных исследований
9. Обоснование диагноза и дифференциальный диагноз
10. Лечение.
11. Дневники
12. Заключение о больном.

Подпись студента
Заключение преподавателя

История болезни должна быть соответствующим образом оформлена (на стандартных листах белой бумаги, с широкими полями, выделенными подзаголовками, каждый раздел следует начинать с нового листа).

Обложка истории болезни оформляется следующим образом:

Новосибирский государственный медицинский университет
Кафедра инфекционных болезней педиатрического факультета

Заведующий кафедрой –
д.м.н., профессор Е.И. Краснова
Преподаватель – _____

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

Ф.И.О. и возраст больного _____
Клинический диагноз _____

Куратор – студент _____
(Ф.И.О., группа, курс, факультет)

I. Паспортные данные и диагноз

- 1) Фамилия, имя, отчество больного.
- 2) Возраст.
- 3) Место жительства.
- 4) Место работы, должность.
- 5) Дата поступления в стационар.
- 6) Диагноз направления в стационар.
- 7) Клинический диагноз при поступлении.
- 8) Окончательный диагноз (основное заболевание, осложнения, сопутствующие заболевания).

Последующее изложение истории болезни начинается с новой страницы.

II. Анамнез заболевания.

В этом разделе отражаются начало заболевания и его динамика до дня курации больного. При опросе больного необходимо установить:

- 1) дату заболевания;
- 2) характер начала заболевания (острое, постепенное);
- 3) последовательность появления симптомов заболевания и их подробная характеристика по дням болезни:
 - характер повышения температуры;
 - подробное описание симптомов интоксикации (слабость, головная боль, головокружение, мышечные боли, нарушение сна и др.);
 - время появления (день болезни) высыпаний на коже, характер экзантемы, ее локализация, сроки угасания или подсыпания новых элементов;
 - сроки появления изменений цвета мочи, кала и кожных покровов;
 - подробное описание характера желудочно-кишечных расстройств (рвота, ее частота, характер и число испражнений, наличие патологических примесей, тенезмов, ложных позывов) и др.
- 4) первичное обращение за медицинской помощью (осмотры в поликлинике, на дому), предварительный диагноз, проводимое лечение с указанием препаратов и их доз и динамика состояния больного на фоне лечения;
- 5) результаты лабораторных исследований на догоспитальном этапе;
- 6) дата и день болезни при госпитализации;
- 7) состояние больного при поступлении, проводимая в стационаре терапия и динамика болезни за время пребывания больного в стационаре.

III Жалобы больного на день курации.

Симптомы должны быть охарактеризованы подробно, с указанием интенсивности, локализации, периодичности возникновения и т.д. При сборе жалоб нельзя ограничиваться одним сообщением больного, следует обязательно провести дополнительный опрос.

IV. Эпидемиологический анамнез.

Целью сбора эпидемиологического анамнеза является выяснение источников инфекции (больные люди, носители, животные) и способов заражения (пероральный, парентеральный, через кожу и т.д.). Сбор эпидемиологического анамнеза проводится целенаправленно, с учетом сроков инкубационного периода.

Для этого при опросе необходимо выяснить:

- наличие контактов с больными людьми и животными и их сроки;
- проживание в эпидемически неблагоприятной местности или эпидемическом очаге какой-либо инфекции;
- возможность профессионального заражения (дойarki, ветеринары, мед. работники и т.д.);
- поездки за пределы страны, города, их сроки, бытовые условия;
- условия жизни больного: бытовые условия, характеристика водоснабжения и канализации, соблюдение правил личной гигиены, наличие в доме грызунов;
- сведения о характере и условиях питания;
- наличие парентеральных вмешательств и микротравм (трансфузии крови, оперативные вмешательства, заборы крови, инвазивные методы обследования, лечение и экстракции зубов, профилактические прививки, маникюр, внутривенное употребление наркотических препаратов и т.д.);
- при инфекциях кожных покровов (рожа) следует учитывать наличие предшествующих заболеванию повреждений кожи (ранения, ссадины, царапины и т.д.).

V. Анамнез жизни.

Физическое и умственное развитие больного с рождения. Начало учебы. Образование. Профессия. Условия труда, профессиональные вредности и интоксикации. Семейная жизнь, здоровье членов семьи. У женщин - гинекологический анамнез (начало и характер менструального цикла, количество беременностей, родов, абортов, их осложнения). Материально-бытовые условия. Характер и условия питания. Перенесенные заболевания: все заболевания указываются в хронологическом порядке, с указанием тяжести и наблюдавшихся осложнений. Особо обратить внимание на сопутствующие (фоновые) заболевания, относящиеся к преморбидным. Вредные привычки (курение, употребление наркотиков, злоупотребление алкоголем). Наследственность (причины смерти родственников, перенесенные ими заболевания). Аллергологический анамнез (наличие непереносимости пищевых продуктов, медикаментов, вакцин и сывороток).

VI. Настоящее состояние больного (на день курации).

Следует подчеркнуть, что физикальное обследование больного начинается еще до его непосредственного осмотра. Уже с момента первой встречи с больным необходимо наблюдать за его поведением и реакцией на окружающее, отмечая все малейшие изменения внешнего вида больного (вялость, апатия,

эйфория, возбуждение, судороги различных мышечных групп на определенные раздражители и т.д.). Наиболее подробно излагаются результаты клинического исследования так называемого *locus morbid* (органы дыхания при остром респираторном заболевании, печень- при вирусных гепатитах, толстый кишечник- при дизентерии и т.д.).

Настоящее состояние больного следует излагать в строгой последовательности по органам и системам.

Общее состояние больного (тяжелое, средней тяжести, удовлетворительное). Оно в значительной степени определяется выраженностью интоксикации, состоянием сознания, декомпенсацией деятельности органов и систем.

Состояние сознания (ясное, сопор, кома, возбуждение, бред).

Положение (активное, вынужденное).

Выражение лица, одутловатость, инъекция сосудов склер, кровоизлияния.

Кожа:

-окраска: бледная, бледно-розовая, землистая, гиперемированная, желтушная
(с указанием интенсивности), синюшная;

-влажность кожных покровов: умеренная, нормальная, сухость кожи,
потливость

-тургор кожи: хороший, пониженный

-чистота кожных покровов: чистая, наличие сыпи (характер высыпаний,
количество, локализация, шелушение), телеангиоэктазии, расчесы.

Видимые слизистые оболочки:

окраска, наличие энантемы, кровоизлияний

Подкожная клетчатка:

степень ее развития, наличие отеков (локализация и степень)

Лимфатические узлы:

их величина, консистенция, болезненность, подвижность, спаянность с окружающими тканями, кожей и между собой; явления лимфангита, периаденита.

Костно-мышечная система:

деформации, атрофия, ригидность, болезненность.

Суставы:

форма, деформации, болезненность, припухлость, краснота, активные и пассивные движения.

При дальнейшем осмотре дать описание состояния органов по системам в следующем порядке:

-система органов кровообращения;

-система органов дыхания;

-система органов пищеварения;

-мочеполовая система;

-нервная система

VII. План лабораторных и инструментальных методов исследования (куратор составляет самостоятельно).

Указать все необходимые параклинические методы обследования больного с формулировкой методов и сроков исследования, выделяя общеклинические и специфические методы.

Например:

общеклинические методы исследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, копрограмма, биохимическое исследование сыворотки крови (АЛТ, АСТ, тимоловая проба и т.д.);

специфические методы исследования: бактериологическое исследование фекалий на наличие шигелл; выявление Ig M HAV методом ИФА).

VIII. Результаты проведенных в стационаре лабораторных исследований.

В этот раздел необходимо внести результаты всех исследований в динамике с обязательным указанием названия метода исследования, сроков и интерпретацией анализов.

IX. Обоснование диагноза и дифференциальный диагноз.

При написании обоснования диагноза необходимо выделить типичные для данного заболевания синдромы на основании жалоб больного, данных анамнеза и физикального обследования, с указанием степени их выраженности и перечислить относящиеся к ним симптомы. В ряде случаев указать отдельные характерные симптомы («сосочковый язык», симптом «капюшона», симптом «перчаток» и «носков», симптом Падалки и т.д.). Выделить особенности течения болезни (характер начала болезни, наличие цикличности). Представить анализ эпидемиологических данных (возможные источники инфекции и пути передачи). Указать данные лабораторного обследования, подтверждающие диагноз (общеклинические и специфические) с обязательной их трактовкой.

Дифференциальный диагноз проводится с заболеваниями, которые следует отграничить у курируемого больного. Необходимо сначала выделить сходные симптомы, затем отметить различия в клинической симптоматике с использованием анамнестических данных, данных объективного обследования, а также эпидемиологических сведений и результатов параклинического обследования.

X. Лечение.

Куратор составляет собственный лист назначений больному с указанием названия препарата на латинском языке, его разовую дозу, кратность и способ введения, а также даты назначения и даты отмены препарата.

XI. Дневники.

Ежедневно в историю болезни производится запись жалоб больного и объективных данных. В дневнике должна найти отражение динамика развития

заболевания, а также результаты лабораторного обследования и проводимой терапии.

ХII. Заключение о больном.

В этом разделе необходимо отразить характер течения болезни у курируемого больного (типичное, атипичное) и возможные исходы болезни; рекомендации больному после выписки из стационара.

Критерии оценки истории болезни

№	Вид критериев, знаний и умений	Оценка	Балл
1.	Целенаправленный сбор и оценка анамнеза, выявление факторов риска	Не собран	2
		Собран хаотично, отсутствует система	3
		Собран частично, отсутствуют детали	4
		Собран экономно, полно	5
2	Выявление основных клинических симптомов и выделение ведущих синдромов. Диагностические критерии	Не определены	2
		Определены плохо	3
		Определены частично	4
		Определены полностью	5
3	Оценка степени тяжести заболевания	Не определены	2
		Определены плохо	3
		Определены частично	4
		Определены полностью	5
4	Формулировка развернутого диагноза на основе существующих классификаций	Не сформулирован	2
		Сформулирован без применения классификаций	3
		Сформулирован частично	4
		Сформулирован полностью	5
5	План лабораторного обследования. Интерпретация анализов.	Не оценены	2
		Проведен частично, трактовка недостаточно четкая	3
		Проведен частично, но с достаточно полной интерпретацией	4
		Проведен полностью и результаты правильно оценены	5
6	Лечебные рекомендации (режим, диета, медикаментозная терапия)	Не даны	2
		Даны хаотично, бессимптомно	3
		Даны системно, но не использованы все методы	4
		Даны системно и полно (рассчитана доза, курс)	5

Оценка знаний и умений:

- неудовлетворительно – сумма баллов – 0–20;
- удовлетворительно – сумма баллов – 21–25;
- хорошо – сумма баллов – 26–27;
- отлично – сумма баллов – 28–30.