Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Куижева Саида Казбековна
Должность: Ректор
Дата подписания: 10.07.2025 11:11:51
Уникальный программный ключ:
71183e1134ef9cfa69b206d480271b3c1a975e6f

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования**
**«МАЙКОПСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ТЕХНОЛОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**

**МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ**

**Кафедра хирургии №1 и последипломного образования**

**Кафедра хирургии №2**

# ОФОРМЛЕНИЕ АКАДЕМИЧЕСКОЙ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ ХИРУРГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО

**Методическое пособие**
**для студентов и ординаторов по специальности «Хирургия»**

**МАЙКОП – 2014**

**УДК 616-082.4**
**ББК54.5**
**О-91**

Утверждена на совместном заседании научно-методической комиссии Медицинского института ФГБОУ ВПО «МГТУ» и Минздрава Республики Адыгея.

Р е ц е н з е н т ы :
д.м.н., профессор ***С.П. Лысенков,*** д.м.н., профессор ***Ю.Ю. Даутов***

*С о с т а в и т е л и :*
к.м.н., профессор ***М.С. Болоков,*** к.м.н., доцент ***Р.М. Хадж Мохамед***

**ОФОРМЛЕНИЕ АКАДЕМИЧЕСКОЙ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ ХИРУРГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО.** Методическое пособие. – Майкоп: изд-во МГТУ, 2014. – 16с.

© Болоков М.С.,
Хадж Мохамед Р.М.,
Майкоп, МГТУ, 2014

## *ПРЕДИСЛОВИЕ*

История болезни – творческий труд студентов, основанный на определенном запасе теоретических и практических знаний, без которых нельзя грамотно оформить этот важнейший медицинский документ.

Одним из основных условий для правильного написания истории болезни является хорошее знание студентом деонтологии для установления контакта с больным.

Сведения, собранные в истории болезни, позволяют не только поставить правильный диагноз и проводить соответствующее лечение, но нередко являются основой для решения экспертных или юридических вопросов.

При обследовании больного необходимо вырабатывать у себя доброжелательность, наблюдательность, умение правильно интерпретировать и анализировать полученную у больного информацию.

Следует помнить, что у постели больного с историей болезни в руках формируется будущий врач.

**I. Паспортные данные**

1. Фамилия, имя, отчество.
2. Пол.
3. Возраст.
4. Профессия, место работы.
5. Место постоянного жительства.
6. Семейное положение.
7. Время поступления в клинику.
8. Время курации.

**II. Жалобы на момент обследования больного куратором:**

а) основные жалобы, обусловленные местным проявлением заболевания (наличие боли, появление припухлости, уменьшение объема движений в суставе, нарушение походки, изменение цвета кожных покровов, наличие незаживающей язвы, образование свища с гнойными или иными выделениями и т.д.);

б) основные жалобы общего характера, как следствие основного заболевания (повышение температуры, озноб, тошнота, рвота, потеря аппетита, слабость, похудание, понос, запоры, неотхождение газов, нарушение мочеиспускания и т.д.).

**III. Анамнез данного заболевания**

1. Подробное изложение начала и развития заболевания, характер и результаты проводимого лечения до дня обследования куратором. Год, время года, месяц, дата заболевания, если острое начало – дата и час заболевания. Первые проявления болезни, что больной предпринимал, для лечения и как протекало заболевание до обращения за медицинской помощью. Куда и когда больной обратился за медицинской помощью, что было сделано для диагностики заболевания, какое проводилось лечение и его эффективность. Если заболевание протекало длительно – несколько дней, недель, месяцев, то динамика течения этого заболевания с изменением местных и общих проявлений. Протекало ли заболевание с неуклонным ухудшением или бывали периоды улучшения, с чем это связано – с характером приема пищи, физической нагрузкой, временем года и т.д.

2. Выявить анамнестически основные симптомы заболевания: боль, озноб, тошнота, рвота, потеря аппетита, похудание, запоры, поносы, наличие язв, гнойников, свищей, появление припухлости и ее рост, хромота и т.д. Опросить относительно патологических выделений из естественных отверстий: крови, слизи, гноя. Выяснить характер выделений и свищей: гноя, желчи, кала, не раздражает ли отделяемое кожу вокруг раны, свища.

3. Каким путем больной поступил в клинику (направление из поликлиники, доставлен «скорой помощью» или санитарной авиацией, без направлений).

**IV. Общий анамнез**

Выяснение жалоб больного на функцию отдельных систем и органов, кроме той системы, с заболеванием которой больной поступил в клинику:

а) жалобы со стороны сердечно-сосудистой системы: наличие болей в области сердца, их характер, иррадиация, сердцебиение, одышка в покое и при физической нагрузке и др.;

б) жалобы со стороны дыхательной системы: боли в грудной клетке, одышка, кашель и его характер, наличие мокроты, ее количество и характер;

в) жалобы со стороны пищеварительной системы: жажда, сухость во рту, боли в животе, их зависимость от приема пищи, состояние аппетита, наличие изжоги, отрыжки, тошноты, рвоты, поноса, неудержание кала и газов, зуд и боль в заднем проходе. При наличии тех или иных жалоб дать их подробную детализацию;

г) жалобы со стороны мочевыделительной системы: наличие болей в животе, поясничной области, их иррадиация; дизурические явления (учащенное мочеиспускание, болезненное, затрудненное, частота мочеиспускания в ночное и дневное время и др.);

д) жалобы со стороны нервной системы: наличие параличей, бессонницы, раздражительности или подавленности настроения;

е) жалобы со стороны опорно-двигательного аппарата: наличие, дефекта походки, нарушение движения в суставах, боли в суставах и спине, деформаций конечности, нарушения осанки.

Если больной не предъявляет жалоб при опросе по системам, то в истории болезни необходимо перечислить вопросы, которые задавались больному.

**V. Анамнез жизни**

Анамнез жизни отражает:

1. Физическое и умственное развитие в детстве и юношестве; если имеется заболевание, связанное с врожденной патологией, то в анамнезе детализируется течение беременности и патологии, начиная с момента рождения.

2. Перенесенные заболевания в детстве и последующей жизни.

3. Наличие в прошлом травм и операций, если да, то когда, какие и их последствия.

4. Наследственность. В зависимости от характера заболевания собираются сведения о наследственности (1-2 поколения).

5. Непереносимость медикаментов с подробным описанием, какое лекарство больной не переносит, его дозы и характер проявлений побочных реакций.

6. Акушерско-гинекологический анамнез с указанием количества беременностей, родов, абортов и их последствий. Характеристика менструального цикла.

7. Сведения о переливании крови больному в прошлом. Последствия гемотрансфузий.

8. Профессиональный анамнез с акцентированием на профессиональной вредности.

9. Социально-бытовые факты, которые могли повлиять на основное и сопутствующее заболевания.

10. Вредные привычки (употребление алкоголя, наркотиков, курение).

**VI. Данные объективного исследования**

***А. Общие данне***

1. Краткая оценка состояния больного (удовлетворительное, тяжелое, крайне тяжелое). Выражение лица, как вступает в контакт. Положение больного: активное, пассивное или вынужденное, чем оно проявляется (как он лежит, имеются ли нарушения позы или походки).

2. Сознание больного (ясное, спутанное, отсутствует).

3. Рост, упитанность, телосложение. Соответствие внешнего вида возрасту больного. Определение индекса Пинье.

4. Температура тела больного в. день осмотра.

***Б. Кожный и слизистый покровы, подкожная клетчатка***

1. Цвет, влажность кожи и слизистой оболочки, наличие сыпи, распределение волосистости.

2. Наличие рубцов на коже, их локализация, размер, форма, цвет, консистенция, болезненность, подвижность по отношению к подлежащим тканям. Признаки атрофии и гипертрофии рубца.

3. Степень выраженности подкожной клетчатки, неравномерность ее распределения, тургор кожи.

***В. Лимфатическая система***

1. Перечислить все лимфатические узлы, доступные пальпации на голове, шее, верхних и нижних конечностях.

2. Если лимфоузлы пальпируются, то охарактеризовать их локализацию, размеры, форму, поверхность, консистенцию, болезненность, подвижность, спаянность с подлежащими и окружающими тканями, в т.ч. и с кожей.

***Г. Периферические сосуды***

1. Перечислить все крупные артерии, доступные осмотру и пальпации у человека.

2. Охарактеризовать степень эластичности стенок артерии, характер пульса.

3. Перечислить основные поверхностные вены на нижних и верхних конечностях, доступные осмотру и пальпации.

4. Охарактеризовать сосудистый рисунок поверхностных вен. Определить состояние венозной стенки, наличие уплотнений, болезненности, спаянности с подлежащими тканями, цвет кожных покровов над венами, участки с избыточным отложением пигмента, форму варикозных узлов.

5. Определить, имеется ли болезненность по ходу глубоких вен конечностей. Проверить симптом Тренделенбурга и маршевую пробу (Дельбе-Пертеса) у больных с нарушением венозного оттока нижних конечностей.

***Д. Мышечная система***

1. Степень развития мускулатуры при осмотре и пальпации.

2. Наличии атрофии мышц при осмотре. Если имеется атрофия, то сравнить результаты измерения окружности конечностей (методику измерения см. в разделе «Исследование костной системы»).

3. Определение мышечной силы кисти, предплечья, плеча, бедра, голени, стопы.

***Е. Костная система и суставы***

1. Исследование черепа и лица. Симметричность, наличие деформации, болезненности при пальпации.

2. Исследование грудной клетки:

а) форма грудной клетки: коническая, цилиндрическая, эмфизематозная, воронкообразная, килевидная (куриная). Наличие деформаций грудной клетки (ассиметрии, горба);

б) результаты пальпации грудной клетки (ребер, грудины, ключицы, лопаток).

3. Исследование позвоночника:

а) выраженность физиологических изгибов в шейном, грудном и поясничном отделах, наличие патологических искривлений (усиленный кифоз, сколиоз, гиперлордоз);

б) пальпация и перкуссия остистых отростков позвонков;

в) осевая нагрузка на позвоночник;

г) определение объема движений в шейном и поясничном отделах позвоночника, наличие болей при движениях.

4. Исследование таза:

– деформация таза;

– пальпация костей таза (лонной, седалищной, крыльев подвздошной кости, крестца и копчика);

– определение болезненности при боковом сжатии костей таза и сжатии в передне-заднем направлении (сагитальная и фронтальная нагрузка).

5. Исследование верхних и нижних конечностей:

– осмотр для определения грубых изменений формы и длины конечностей, наличие культей, отсутствие пальцев или сегмента конечности с указанием уровня, наличие деформаций (описать каких), контрактур анкилозов суставов, асимметрия длины конечности, за счет какого отдела она укорочена, имеется ли хромота, описать ее характер;

– измерение длины конечностей:

– определение объема конечности с целью выявления атрофии мышц. Измерение производится в зонах наибольшей толщины мышц (плечо – в средней трети, предплечье, бедро, голень – в верхней трети).

| *Абсолютная длина* | *Относительная длина* |
|---|---|
| Плечо – от большого бугра плечевой кости до наружного надмышелка плеча (справа, слева). | Верхняя конечность – от акромиального отростка лопатки до кончика 3-го пальца (справа, слева). |
| Предплечье – от локтевого отростка до шиловидного отростка, локтевой кости (справа, слева) | |
| Бедро – от большого вертела до наружного надмышелка бедра (справа, слева). | Нижняя конечность – от передней верхней кости до внутренней лодыжки (справа, слева). |
| Голень – от головки малоберцовой кости до наружной лодыжки (справа, слева). | |

Измерение окружности конечностей в сантиметрах:

| *Конечность* | | *Справа* | *Слева* |
|---|---|---|---|
| Верхняя | плечо в средней трети предплечье в верхней трети | | |
| Нижняя | бедро в верхней трети голень в верхней трети | | |

При определении объема конечности при опухоли, отеке, тромбофлебите измерение производится в области наиболее выраженного утолщения. Пальпаторно определяется консистенция мягких тканей. При наличии деформаций описать их форму, консистенцию и возможность их ручной коррекции.

6. Исследование суставов:

– конфигурация суставов: контуры суставов сохранены или сглажены;

– состояние кожных покровов и тканей над суставом (окраска, местная температура, болезненность при пальпации и ее локализация). При наличии припухлости пальпаторно определяется ее консистенция, производится сравнительное измерение окружности суставов;

– наличие или отсутствий симптома баллотирования надколенника, контрактур или деформаций суставов (при их наличии дается подробное описание);

– оценивается объем движений в суставах (пассивные, активные).

Измерение активных движений в суставах конечностей (отсчет ведется в градусах от 0).

| *Наименование сустава* | *Исходное положение* | *Справа* | *Слева* |
|---|---|---|---|
| **Плечевой** | | | |
| 1. Сгибание (поднятие руки вперед). | Рука опущена вдоль туловища. | | |
| 2. Разгибание (движение руки назад). | Рука опущена вдоль туловища. | | |
| Отведение. | Рука опущена вдоль туловища. | | |
| Ротация (поворот плеча вокруг продольной оси): | Предплечье согнуто под углом $90^0$, плечо отведено под углом $45^0$. | | |
| а) кнаружи; | | | |
| б) внутрь. | | | |
| **Локтевой**<br>1. Сгибание.<br>2. Разгибание<br>3. Супинация.<br>4. Пронация. | Рука протянута вперед. Предплечье в положении супинации. Плечо приведено к туловищу, предплечье согнуто в локтевом суставе под углом $90^0$, пальцы прямые, кисть в среднем положении между супинацией и пронацией. | | |

| *Наименование сустава* | *Исходное положение* | *Справа* | *Слева* |
|---|---|---|---|
| **Лучезапястный** | | | |
| 1. Сгибание (в ладонную сторону). | Рука вытянута вперед, пальцы прямые, предплечье и кисть в положении пронации. | | |
| 2. Разгибание (в тыльную сторону). | | | |
| 3. Отклонение в лучевую сторону. | | | |
| 4. Отклонение в локтевую сторону. | | | |
| **Пальцы кисти** | | | |
| 1. Сочетание сгибания пальцев кисти (до полного захвата кисти) | Все пальцы выпрямлены (разогнуты) | | |
| **Тазобедренный** | Больной лежит на спине с выпрямленными и приведенными друг к другу ногами | | |
| 1. Сгибание | | | |
| | Амплитуду сгибания в суставе определяют при одновременном сгибании в коленном и тазобедренном суставах | | |
| 2. Разгибание | Больной лежит на животе с выпрямленными и приведенными друг к другу ногами. При определении объема разгибания нога в коленном суставе не сгибается. | | |
| 3. Приведение | Больной лежит на спине, ноги выпрямлены и приведены друг к другу. При приведении нога слегка сгибается в тазобедренном суставе и перекрещивается с другой ногой | | |
| 4. Отведение. | Больной лежит на спине, ноги выпрямлены и приведены друг к другу | | |
| 5. Ротация (поворот плеча вокруг продольной оси):<br>а) наружи<br>б) кнутри | Больной лежит на спине нога согнута под углом $90^0$ в коленном и тазобедренном суставах | | |
| **Коленный** | | | |
| 1. Сгибание | Больной лежит на животе с выпрямленными ногами | | |

| *Наименование сустава* | *Исходное положение* | *Справа* | *Слева* |
|---|---|---|---|
| 2. Разгибание | | | |
| **Голеностопный** | | | |
| 1. Сгибание | Больной лежит на спине, угол между голенью и стопой равен $90^0$ | | |
| 2. Разгибание | //-//-//-//-//-// | | |
| 3. Супинация | //-//-//-//-//-// | | |
| 4. Пронация | //-//-//-//-//-// | | |

Измерение движений в суставах конечностей проводится у каждого больного, если нет противопоказаний. Виды нарушений движений в суставах: анкилоз (полная неподвижность), контрактура (ограничение подвижности в суставе) подробно описываются. Если нарушены активные движения, описывается, кроме того, объем пассивных движений.

***Ж. Дыхательная система***

Обследование органов дыхания включает:

- осмотр (симметричность грудной клетки, наличие западения и выбухания, участие в акте дыхания правой и левой половины грудной клетки, сглаженность межреберных промежутков, тип и частота дыхания, наличие одышки и ее характер: инспираторная, экспираторная, смешанная;
- аускультативные данные;
- данные перкуссии с указанием границ легких;
- голосовое дрожание;
- функциональные пробы (Штанге, Соабразе).

***З. Сердечно-сосудистая система***

Обследование сердечно-сосудистой системы включает:

– осмотр области сердца (сердечный горб, сердечный толчок);

– перкуссию сердца с указанием абсолютной и относительной границ сердечной тупости;

– аускультацию сердца и характеристику пульса;

– измерение артериального давления, максимального и минимального;

– центральное и периферическое венозное давление;

– пробу Мартине.

***И. Органы пищеварения***

– осмотр полости рта (цвет слизистой, сухость, трещины, сыпь); зубов (наличие кариозных зубов, съемных протезов); языка (цвет, влажность, обложенность); миндалин (величина, цвет, наличие налета, гнойных пробок);

– исследование брюшной полости:

– осмотр: величина живота, эпигастрального угла, форма живота, участие в акте дыхания, наличие вздутия, западения, ассиметрии расширенных подкожных вен, видимой перистальтики. Схематично изобразить деление живота на области;

– пальпация: ориентировочная поверхностная, сравнительная; тонус мышц, мышечная защита, болезненность. Топографическая глубокая пальпация по Образцову. Наличие расхождения прямых мышц живота, выпячиваний и дефектов в области белой линии живота и пупка, состояние пупочного и паховых колец. При наличии грыжи - симптомы кашлевого толчка и определение размеров грыжевых ворот. Пальпация большой кривизны желудка и его привратника; пальпация слепой, поперечно-ободочной кишки, сигмы; пульсация брюшной аорты; симптомы раздражения брюшины и степень их выраженности;

– перкуссия: границы печени и селезенки; определение свободной жидкости в брюшной полости; симптом ундуляции, изменение границ тупости при изменении положения тела. Исследование проводят в положении больного стоя, лежа на спине, на правом, а затем на левом боку;

– аускультация: выраженность перестальтики кишечника, ее звучность, периодичность, шум плеска Гиппократа, шум падающей капли;

– исследование прямой кишки: осмотр области заднего прохода, наличие геморроидальных узлов, трещин, свищей; пальцевое исследование.

***К. Мочевыделительная система***

Исследование включает:

– осмотр поясничной области и наружных половых органов;

– пальпацию почек в положении лежа, на спине и боку, наличие болезненности по ходу мочеточника и области мочевого пузыря;

– перкуссию мочевого пузыря и поколачивание поясничной области справа и слева (выявление симптома Пастернацкого).

***Л. Эндокринная система***

Исследование включает:

– осмотр с целью выявления признаков, указывающих на эндокринные расстройства: гиперпигментация кожи, экзофтальм, рост волос у женщин на лице, локальное избыточное отложение жира, ожирение, утолщение надбровных дуг, увеличение подбородка, пальцев рук и стоп, изменение конфигурации шеи;

– пальпацию шеи с целью выявления изменения величины и консистенции щитовидной железы, симптом «глотка воды» и др. Пальпацию яичек и семенного канатика у мужчин и области проекции на переднюю брюшную стенку придатков у женщин.

***М. Нервная система***

Исследование включает:

– оценку сознания, глубину его утраты (сопор, ступор и кома);

– характер дермографизма;

– нарушение болевой, тактильной чувствительности; тремор пальцев рук, неустойчивость в позе Ромберга, ригидность затылочных мышц, величина зрачков и их реакция на свет, сохранность роговиных, глоточных рефлексов, симметричность лица при оскаливании зубов, отклонение языка в сторону при его высовывании, наличие парезов и параличей мышц конечностей.

***Н. Место болезни***

На описание этого раздела необходимо обратить особое внимание и использовать при обследовании осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию и специальные приемы в зависимости от характера заболевания и его проявления. Подробно описываются все изменения и симптомы в этой области, выявленные при объективном исследовании: цвет кожных покровов, наличие рубцов, ссадин, ран, припухлости мягких тканей, деформации и пр.

При пальпации определяется болезненность, степень ее выраженности, наличие уплотнений в коже, подкожной клетчатке или в глубоколежащих тканях. Если имеется опухолевидное образование, то указывается его консистенция, спаянность подлежащими тканями и степень подвижности, характер поверхности, определяются размеры. При необходимости применяется перкуссия с характеристикой перкуторного звука, степени притупления и его границ. Изменение объективных данных при изменении положения тела.

При аускультации (живот, грудная клетка) дается характеристика шумов, их силы, тембра, продолжительности и т.д. При аускультации легких характеризуется дыхание: везикулярное, жесткое, ослабленное, бронхиальное, с амфорическим оттенком; хрипы: сухие, влажные (мелко-, средне-, крупнопузырчатые), их связь с кашлем и пр.

При наличии раны описывается локализация, форма, размеры, цвет стенок и дна, характер раневого отделяемого, наличие или отсутствие припухлости вокруг раны, цвет окружающей кожи, состояние окружающих мягких тканей. Если имеется грануляционная ткань, то она подробно описывается, а не просто констатируется, описывается вид грануляций: цвет (бледный, бледно-розовый, розовый, ярко-красный, синюшный), величина зерен (мелкозернистые, крупнозернистые), их плотность (плотные, разрыхленные, водянистые) и кровоточивость, характер имеющегося налета и отделяемого с поверхности и глубины. При подозрении на наличие гнойных затеков – результаты зондирования раны.

Если у больного имеется язва, описывается ее локализация, форма, размеры, края (ровные, неровные, обрубленные, подрытые, мягкие, плотные, «омозоленные»), дно (углубленное, приподнятое), характер налета, вид грану-

ляций, характер отделяемого, состояние кожных покровов вокруг язвы с указанием степени их пигментации, нарушений болевой чувствительности.

При наличии у больного свища указывается вид свищевого отверстия, его локализация, форма, размеры, ход свищевого канала и чем он выстлан; наружный или внутренний, полный или неполный. Если эпителий слизистой полого органа переходит на кожные покровы (губовидный свищ), то характеризуется слизистая и прилежащие кожные покровы. Подробно характеризуется отделяемое от свища; количество, цвет, запах.

Если патологический процесс локализуется на конечностях, то необходимо указать степень нарушения функции этой конечности, наличие атрофии мышц, степень ишемии, наличие некроза тканей, состояние периферических сосудов.

При некоторых заболеваниях проверяются клинические симптомы. Например, при наличии недостаточности клапанов вен нижних конечностей выявляется симптом Троянова-Тренделенбурга, Дель-бе-Пертеса; при перитоните – симптомы раздражения брюшины и т.д.

**VII. Синдромный диагноз (предварительный)**

Ставится на основании совокупности симптомов, выявленных при обследовании больного (например, синдром воспаления, анемии, ишемии конечностей). Предварительный диагноз ставится только применительно к заболеваниям, которые изучались на курсе общей хирургии.

**VIII. Дополнительные методы исследования**

1. Лабораторные данные (общий анализ крови, мочи, глюкоза крови, белок и белковые фракции крови, билирубин крови, копрограмма, кал на яйца-глист и др.).

2. Рентгенологические (рентгенография грудной клетки, рентгеноскопия желудочно-кишечного тракта, рентгенограммы костей и др.).

3. Эндоскопические (эзофагогастродуоденоскопия, фиброколоноскопия, бронхоскопия, ректоскопия).

4. Пункция (плевральной полости, живота, суставов).

5. Биопсия тканей.

6. Посевы отделяемого из раны на флору и чувствительность к антибиотикам.

Все эти сведения записываются по просьбе куратора со слов преподавателя. Рентгеновские снимки описывает сам куратор. Переписывать описание рентгенограмм из истории болезни **НЕ РАЗРЕШАЕТСЯ.**

**IX. Клинический диагноз, или окончательный синдромный**

Ставится на основании анамнестических, объективных данных, результатов дополнительных методов обследования и выставленного предварительного диагноза. Клинический диагноз ставится только по тем заболеваниям, которые включены в программу по общей хирургии.

**X. План лечения**

Лечение намечается на период от момента начала курации и до предполагаемого исхода заболевания. В плане лечения должна быть отражена предоперационная подготовка больного, если ему предстоит операция и ведение послеоперационного периода. Необходимо также обоснование применения антибиотиков и других лекарственных средств. Не путать план лечения с назначениями, которые пишутся в дневнике.

**XI. Дневник наблюдения за больным (2-3 наблюдения)**

В дневнике необходимо отразить общее состояние больного, динамику изменения субъективных ощущений и объективных признаков заболевания. Кратко описать состояние жизненно важных систем организма, физиологические отправления, динамику температуры, пульса и состояния послеоперационной раны. Помимо того, обязательно перечислить назначения на этот день с указанием стола, режима, вида гимнастики, медикаментов. Кроме названия медикамента, необходимо указывать его дозу, время и способ введения.

**XII. Температурный лист**

Чертится от руки с графическим изображением температуры, частоты пульса и дыхания, уровня АД за все время наблюдения за больным.

**XIII. Этапный, или выписной, эпикриз**

Оформляется на период пребывания больного в клинике от момента начала и до дня окончания курации. Если больной выписывается, эпикриз оформляется включая день выписки. В эпикризе кратко отражается течение болезни больного, прогноз и рекомендации для амбулаторного лечения.

**XIV. Литература**

Указываются все литературные источники, которые использовались при написании истории болезни.

***Примечание:***

1. После завершения обследования больного можно изучить документы, с которыми больной поступил в клинику. Получить информацию о проведенном инструментальном, рентгенологическом и лабораторном обследовании. Жалобы, анамнез собираются на момент обследования больного. Этому же должны соответствовать и объективные данные обследования.

2. Основные разделы и пункты схемы истории болезни должны быть сохранены в указанной последовательности.

3. Проводя опрос больного, необходимо учитывать интеллектуальный уровень больного, правильно формулировать вопросы, избегая внушения.

## *СОДЕРЖАНИЕ*

*ПРЕДИСЛОВИЕ* ……...…… 3
**I. Паспортные данные** ……..……. 3
**II. Жалобы на момент обследования больного куратором** …… 3
**III. Анамнез данного заболевания** ……..…….. 3
**IV. Общий анамнез** ……. 4
**V. Анамнез жизни** ……...…… 4
**VI. Данные объективного исследования** …… 5
**VII. Синдромный диагноз (предварительный)** ……12
**VIII. Дополнительные методы исследования** ……..……12
**IX. Клинический диагноз, или окончательный синдромный** ……..… 12
**X. План лечения** ……..13
**XI. Дневник наблюдения за больным (2-3 наблюдения)** ……13
**XII. Температурный лист** ……..13
**XIII. Этапный, или выписной, эпикриз** ……..… 13
**XIV. Литература** ……..13

**Болоков Махмуд Салманович,**
**Хадж Мохамед Риад Мурадович**

**ОФОРМЛЕНИЕ АКАДЕМИЧЕСКОЙ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ ХИРУРГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО**

**Методическое пособие**

Подписано в печать 15.10.2014.
Бумага офсетная. Формат бумаги 60x84 1/16.
Усл. печ. л. 1,0. Заказ 072.Тираж 100 экз.

Издательство МГТУ
385000, г. Майкоп, ул. Первомайская, 191