

Запорізький державний медичний університет

Візір В.А., Приходько І.Б., Деміденко О.В.

КУРАЦІЯ ХВОРИХ В КЛІНІЦІ ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ

НАВЧАЛЬНО-МЕТОДИЧНИЙ ПОСІБНИК
для аудиторної і позааудиторної роботи студентів
5 курсу медичного медичного факультету

Запоріжжя - 2013

Установа-розробник:

Запорізький державний медичний університет МОЗ України

Укладачі:

Візір В.А. - зав.кафедрой, д.м.н., професор

Приходько І.Б. - к.м.н., доцент

Деміденко О.В. - к.м.н., доцент

Рецензенти:

Завідувач кафедри пропедевтики внутрішніх хвороб з доглядом за хворими ЗДМУ д.мед.н., професор Сиволап В.В

Завідувач кафедри охорони здоров'я, соціальної медицини та ЛТЕ ЗДМУ д.мед.н. Клименко В.І.

Курація хворих в клініці внутрішньої медицини. Навчально-методичний посібник для аудиторної і позааудиторної роботи студентів 5 курсу медичного факультета. – Запоріжжя, ЗДМУ, 2013. – 47 с.

Посібник затверджено на засіданні ЦМР ЗДМУ 22 лютого 2013 р., протокол №3

Зміст

	Стор.
Вступ	5
Список скорочень	6
I. Загальні рекомендації по роботі з хворим	7
1.1. Особливості збору скарг і анамнезу	8
1.2. Об'єктивне обстеження	9
1.3. Робота з медичною документацією	10
1.4. Завершальні етапи курації	11
II. Курація хворого з оформленням повної, «академічної» історії хвороби	13
2.1. Загальні зауваження по курації	13
2.2. Рекомендації з оформлення історії хвороби	13
Паспортна частина	15
Скарги	15
Анамнез хвороби	16
Анамнез життя	16
Об'єктивне обстеження	17
Попередній діагноз і його обґрунтування	21
План обстеження	22
Результати додаткових досліджень	23
Диференційний діагноз	24
Клінічний діагноз	26
Етіологія і патогенез	27
Загальні принципи лікування	27
Рекомендоване лікування	28
Фактичне лікування	28
Прогноз	28
Щоденники спостережень	29
Особливості перебігу даного захворювання	30

Епікриз	30
2.3. Критерії оцінки оформлення історії хвороби	30
2.4. Захист історії хвороби на підсумковому занятті	33
III. Курація хворого з оформленням короткої історії хвороби	35
3.1. Загальні зауваження	35
3.2. Рекомендації з оформлення історії хвороби	36
3.3. Критерії оцінки історії хвороби	41
IV. Робота з тематичними хворими на практичному занятті	42
4.1. Загальні зауваження	42
4.2. Рекомендації з оформлення протоколів курації хворих	43
Література	47

Вступ

Навчальний посібник присвячено найважливішій складовій навчального процесу на клінічній кафедрі – практичній роботі студента з хворим.

Метою нашої роботи була допомога студентам 5 курсу, які вивчають дисципліну «Внутрішня медицина» за новою програмою МОЗ України, розробленою з урахуванням основних положень Болонської системи. Одною з основних частин практичних занять зараз є безпосередня робота студента з хворим, тому враховуючи збільшення об'єму теоретичного матеріалу, що вивчається та зростання ролі самостійної роботи студентів в його засвоєнні, виникла необхідність у відповідному навчально-методичному забезпеченні, яке допомагає студентам в роботі з хворим і правильному оформленні навчальної медичної документації.

Посібник створено на основі літературних даних і власного досвіду роботи на кафедрі внутрішніх хвороб №2 Запорізького державного медичного університету і призначено для студентів 5 курсу медичних факультетів, які вивчають 2-й модуль дисципліни «Внутрішня медицина» зі спеціальностей «Лікувальна справа» і «Педіатрія».

*Вадим Анатолійович Візір, доктор мед. наук, професор
Ігор Борисович Приходько, кандидат мед. наук, доцент
Олександр Вікторович Деміденко, кандидат мед. наук, доцент*

*69035 Україна, м. Запоріжжя, вул. Маяковського, 26.
Запорізький державний медичний університет.*

Список скорочень

АТ – артеріальний тиск

КТ – комп'ютерна томографія

МРТ – магніторезонансна томографія

ШКФ – швидкість клубочкової фільтрації

УЗД – ультразвукове дослідження

ХХН – хронічна хвороба нирок

ХОЗЛ – хронічне обструктивне захворювання легень

I. ЗАГАЛЬНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ПО РОБОТІ З ХВОРИМ

При вивченні студентами курсу внутрішньої медицини, як і інших клінічних дисциплін, у відповідність до типової навчальної програми, затвердженої МОН і МОЗ України, акцент робиться на навиках збору анамнезу, проведення фізикального обстеження і диференційної діагностики частих клінічних симптомів і захворювань.

Навчальна програма передбачає, що студенти на практичних заняттях ведуть щоденники, куди щодня записують клінічні дані про обстежених хворих у вигляді протоколів курації, які перевіряються асистентом, і, крім того, протягом кожного змістового модуля пишуть студентську історію хвороби (одна з них - повна «академічна», написана власноруч).

Курація пацієнта передбачає:

- 1) з'ясування скарг хворого, анамнезу захворювання і життя, проведення опиту по органах і системах;
- 2) проведення фізикального обстеження хворого і визначення основних симптомів захворювання;
- 3) аналіз даних лабораторного і інструментального обстеження хворого;
- 4) формулювання діагнозу хворого;
- 5) призначення обстеження і лікування;
- 6) визначення заходів первинної і вторинної профілактики;
- 7) доповідь результатів обстеження хворого в групі, розбір під керівництвом викладача правильності встановлення діагнозу, диференціального діагнозу, об'єму призначеного обстеження, лікувальної тактики, оцінки прогнозу і працездатності.

При вивченні внутрішньої медицини на 5 курсі (модуль 2) студенти повинні провести курацію хворих з наступними захворюваннями:

- превентивне лікування і підтримка здоров'я – 1 пацієнт;
- лікування геріатричних пацієнтів – 1 хворий;

- кардіоваскулярні хвороби (артеріальна гіпертензія, ІХС, вади серця, кардіоміопатії, аритмії, гостра і хронічна серцева недостатність) – не менше 9 хворих;
- ревматологічні захворювання (хвороби суглобів, СЗСТ) – не менше 4 хворих;
- захворювання нирок – 2 хворих;
- захворювання органів дихання – 3 хворих.

1.1. Особливості збору скарг і анамнезу.

Приступаючи до опиту хворого, слід враховувати деякі психологічні моменти. Перш за все, питання не повинне містити «нав'язаної» відповіді. Наприклад, при зборі скарг хворого з передбачуваною стабільною стенокардією напруги питання про локалізацію болю краще сформулювати так: «Будь ласка, вкажіть пальцем, де болить». (Одна справа, якщо пацієнт у відповідь змалює пальцем невизначений круг, який відображає розлитий характер болю, інше – якщо вкаже на крапку в ділянці верхівки, що зазвичай характерно для кардіалгій). Про зв'язок болю з фізичним навантаженням можна запитати: «На який поверх ви можете піднятися по сходах в середньому темпі без зупинки (або: яку відстань можете пройти, не відстаючи від здорових людей)? Які відчуття зупинять вас?».

Ставлячи питання про наявність болю, слід пам'ятати, що деякі пацієнти не сприймають відчуття тиску, стиснення або просто дискомфорту як біль, тому часто краще запитати, які саме неприємні відчуття виникають у хворого. Ця особливість часто стосується ангінозного болю, який багато пацієнтів сприймають як відчуття тяжкості або дискомфорту в грудній клітині, головних болів при артеріальній гіпертензії, які у більшості хворих сприймаються як відчуття тяжкості в голові або іншими відчуттями. Подібна ситуація може бути з болями при хронічному пієлонефриті, захворюваннях печінки і іншою патологією. Виходячи з цього, формулювання питання, на прикладі гіпертонічної хвороби, може бути наступним: «Як ви відчуваєте, що у Вас підвищився артеріальний тиск?».

Збираючи анамнез при хронічних захворюваннях, що протікають із загостреннями і ремісіями (ХОЗЛ, хр. пієлонефрит), пам'ятайте, що хворий в період ремісії може вважати себе абсолютно здоровим, а тому чергове загострення сприймає як нове захворювання. Класичний приклад тому – ХОЗЛ I-II ст. На питання такому хворому «Як давно (або навіть: скільки років) ви хворієте?», можна отримати впевнену відповідь: «Тільки 2 тижні». І лише питаючи: «А минулого року восени ви кашляли? А в позаминулому?», - ви отримаєте потрібну інформацію про його анамнез.

Свої особливості має збір анамнезу у хворих на гіпертонічну хворобу. Як правило, початком свого захворювання вони вважають не час, з якого у них встановилася стійка артеріальна гіпертензія вище 140/90 мм рт. ст., а дату, коли у них так сильно турбував головний біль, що вони вимушені були звернутися до лікаря. Враховуючи це, питання про початок захворювання може звучати так: «З якого часу (або: «як давно?») артеріальний тиск у Вас став вищий 140/90?». Якщо артеріальна гіпертензія була виявлена випадково, в історії хвороби слід так і вказати, наприклад: «Підвищений артеріальний тиск був вперше виявлений 3 роки назад під час медогляду. Раніше АТ не вимірювався, до лікаря не звертався».

В цілому, ведучи розмову з хворим, не дозволяйте йому нав'язати вам докладну розповідь про якісь неістотні моменти, відхилившись тим самим від з'ясування важливих деталей. Хворий, природно, завжди намагається розповісти лікареві в першу чергу про те, що в даний момент його турбує більше всього, хоча це часто не відображає суті захворювання і не представляє загрозу для життя. Завдання лікаря – направити діалог хворим в конструктивне русло для з'ясування тільки необхідної інформації, що однаково важливе як для лікаря, так і для хворого.

1.2. Об'єктивне обстеження

Прямуючи до хворого, студент повинен мати охайний зовнішній вигляд, медичну форму одягу (у клініці внутрішньої медицини прийнятий тільки білий колір халата і шапочки), фонендоскоп і, по можливості, апарат для

вимірювання АТ. Мембрана фонендоскопа повинна бути м'якою, еластичною, достатньо великого діаметру, інакше ви не зможете правильно оцінити звучність серцевих тонів. Існують жорсткі спеціальні мембрани, використовувані як високочастотні фільтри, але для звичайного вислуховування серця і легенів вони не підходять. Для вимірювання АТ лікарю зручно використовувати стрілочний сфігмоманометр, що накачується вручну, тому що автоматичні апарати, як правило, відмовляються працювати при порушеннях ритму серця.

Перед курацією студентам має сенс повторити основи пропедевтики внутрішніх хвороб – методику огляду, пальпації, перкусії і аускультатії пацієнта. Досвід роботи на кафедрі показує, що у студентів 5 курсу найчастіше труднощі викликають:

- пальпація печінки, кишковика, нирок;
- перкусія серця (як абсолютної, так і відносної серцевої тупості), легень (особливо визначення рівня плеврального випоту), печінки за Курловим, селезінки;
- точки для аускультатії серця, легень (особливо для вислуховування середньої долі правої легені і верхніх доль); визначення дефіциту пульсу при фібриляції передсердь.

1.3. Робота з медичною документацією

Наступним етапом курації хворого, слідом за опитом і об'єктивним обстеженням, є робота з його медичною документацією - амбулаторною картою або історією хвороби. Студент знайомиться з даними додаткових досліджень (лабораторні дані, інструментальні дослідження, консультації фахівців) і записує їх. При написанні студентської історії хвороби або щоденника курації дані додаткових досліджень наводяться в наступному порядку, з обов'язковою вказівкою дати дослідження:

- загальноклінічні лабораторні аналізи;
- біохімічні аналізи;
- серологічні аналізи;

- інструментальні дослідження (ЕКГ, УЗД, ендоскопія, рентгенографія, КТ, МРТ та ін.);
- консультації фахівців.

При роботі з медичною документацією студентам забороняється виносити її з кабінету лікаря поліклініки або за межі медичного поста стаціонару, оскільки вона може терміново знадобитися лікареві. У виняткових випадках, якщо на прохання викладача студент виносить історію хвороби (або її частину, наприклад, ЕКГ або рентгенограми) він в обов'язковому порядку повинен повідомити про це лікаря або постову медсестру.

1.4. Завершуючі етапи курації

Після фізикального обстеження хворого і ознайомлення з даними додаткових досліджень студенту необхідно проаналізувати отриману інформацію і сформулювати діагноз. Формулювання як попереднього, так і клінічного діагнозів повинно бути повним і відповідати прийнятій класифікації. У діагностично неясних випадках або за наявності у пацієнта багатьох захворювань студент може обговорити з викладачем складні моменти, представивши йому свій варіант діагнозу. Якщо у пацієнта є хронічне захворювання в періоді ремісії, що не має зв'язку з основним захворюванням і не впливає на його прогноз, за узгодженням з викладачем воно може бути згадане тільки в анамнезі життя хворого без винесення в діагноз.

Наступний етап – складання плану подальшого обстеження пацієнта і його лікування. При роботі з тематичним хворим на практичному занятті або при курації для написання короткої історії хвороби уважно вивчіть спочатку наявні дані, зверніть увагу, як давно вони були отримані. При гострому патологічному процесі (наприклад, пневмонії) можуть бути потрібні повторні аналізи крові для контролю стану пацієнта, в інших ситуаціях повторення, наприклад, загального аналізу крові буде визнано необґрунтованим. Схожа ситуація і з аналізами сечі: якщо при хронічному пієлонефриті потрібно повторити аналіз сечі для контролю ефективності лікування, то при багатьох інших захворюваннях він виконується одноразово і його повторення буде

зайвим. Оцініть, чи всі аналізи (біохімічні, імунологічні та ін.) були зроблені хворому для підтвердження клінічного діагнозу і виключення схожої за перебігом патології? Чи всі інструментальні дослідження були проведені з цією ж метою? Як правило, ні. Частина аналізів вже запланована лікарем, що лікує пацієнта, але ще не проведена, інші дослідження взагалі могли не плануватися через відсутність можливості їх проведення. Проте, студент зобов'язаний запланувати хворому повний перелік необхідних досліджень, згідно існуючих стандартів. З іншого боку, в історії хвороби можуть бути заплановані дослідження, що не відносяться до патології, яка є на даний момент. Бездумне перенесення такого плану в студентську історію хвороби буде помилкою.

Склавши план обстеження хворого, студент переходить до плану лікування. План лікування хворого повинен не тільки ґрунтуватися на діагнозі, але враховувати також вікові особливості, стать, супутні захворювання. Лікування повинне відповідати сучасним рекомендаціям і стандартам ведення хворих. Після плану лікування вказуються заходи первинної і вторинної профілактики захворювання.

Оформляючи навчальну медичну документацію (історія хвороби, протокол курації) студент у відповідність із законом України про захист персональних даних не повинен вказувати прізвище, ім'я, по батькові хворого (вказується тільки перша буква прізвища), домашню адресу (можна вказати тільки район міста або назву села), місце роботи (вказується тільки професія).

II. КУРАЦІЯ ХВОРОГО З ОФОРМЛЕННЯМ ПОВНОЇ «АКАДЕМІЧНОЇ» ІСТОРІЇ ХВОРОБИ

Як правило, ця курація проводиться протягом перших занять модуля 2 внутрішня медицина в осінньому семестрі. Історія хвороби пишеться в «академічному» стилі, детально, попередній діагноз ґрунтується тільки на даних опиту і фізикального обстеження хворого, без використання даних додаткових досліджень. Студент виступає тут в ролі лікаря, який проводить первинний огляд хворого, що поступає до стаціонару. Тому до плану обстеження хворого включаються всі необхідні діагностичні процедури, незалежно від їх наявності або відсутності в реальній лікарській історії хвороби. Проведення диференційного діагнозу, виклад етіології, патогенезу і принципів лікування вимагають від студента вивчення сучасної медичної літератури (монографії, огляди літератури з даної теми) в об'ємі, що перевищують вимоги навчальної програми. На написання історії хвороби відводиться зазвичай 7-8 днів. За своєю значимістю ця робота відповідає якоюсь мірою курсовим роботам студентів немедичних Вузів, бали за її оцінку входять до суми балів підсумкового модульного контролю.

2.1. Загальні зауваження по курації

Курація проходить протягом перших трьох занять модуля. У перший день студент знайомиться з хворим, збирає його скарги, анамнез, проводить об'єктивне обстеження. На це виділяється близько 45 хв. практичного заняття. У подальші два дні студент повторно оглядає хворого і з'ясовує зміни в його стані. Крім того, на третій день студент працює з медичною документацією (історія хвороби, амбулаторна карта), виписуючи дані додаткових досліджень. На курацію в ці дні витрачається зазвичай до 30 хв. практичного заняття.

2.2. Рекомендації з оформлення історії хвороби

Історія хвороби пишеться студентом власноручно на листах паперу формату А4, друкарський текст допускається тільки на титульному листі. Рукописний текст розташовується тільки на лицьовій стороні листа, з дотриманням полів (поле зліва 3см, зверху і знизу 2см, справа 1,5см). Кожен розділ рекомендується починати з нової сторінки, за винятком коротких, таких, що займають менше половини сторінки. Історія повинна бути написана темним чорнилом (синіми або чорними), акуратно,

розбірливим почерком. Роботи, виконані неакуратно, недбало, нерозбірливим почерком, до перевірки не приймаються.

Зразок титульного листа показано на мал.1

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УКРАИНЫ	
Запорожский государственный медицинский университет	
Кафедра внутренних болезней №2	
Зав. кафедрой <u>д.мед.н., профессор Визир В.А.</u>	
Преподаватель _____	
ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ	
больного (ой) _____	
возраст _____	
КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ	
Основное заболевание _____	

Сопутствующие _____	

Куратор _____	
студент _____ курса _____ группы	
медицинского факультета	
Начало курации _____	
Окончание курации _____	
Запорожье – 201_г.	

Мал. 1. Титульний лист історії хвороби.

Далі історія хвороби пишеться у відповідності до наведених методичних рекомендацій. Курсивом виділено додаткові поради і вказівки.

ПАСПОРТНА ЧАСТИНА

Хворий _____ Вік _____

Місце проживання _____

Професія _____

Дата госпіталізації в клініку _____

СКАРГИ ХВОРОГО

З'ясовуються скарги як на момент надходження хворого в клініку, так і на момент курації. У розділ «Скарги» історії хвороби виносяться скарги хворого під час надходження до стаціонару. Його скарги в день огляду відображаються в першому щоденнику розділу «Щоденники спостережень».

В першу чергу збираються так звані активні скарги, які пред'являє хворий на питання: «Що Вас турбує?». Скарги викладаються детально, з повною характеристикою кожної з них. Наприклад, біль характеризується локалізацією, тривалістю, умовами виникнення, інтенсивністю, іррадіацією і так далі. Аналогічним чином необхідно отримати детальну характеристику кожної скарги. Після оцінки «активних» скарг часто вже можна припустити захворювання тієї або іншої системи (серцево-судинної, травної і так далі). Потім слід поставити питання хворому щодо тих скарг, які зустрічаються при захворюваннях даної системи, але про які хворий не згадав («пасивні скарги»). Далі проводиться розпитування по системах, виявлені скарги відображаються в історії хвороби.

При описі скарг спочатку викладаються скарги, що відображають суть основного захворювання (наприклад, ангінозні болі у хворого стенокардією, головні болі і інші прояви підвищеного АТ у хворого на гіпертонічну хворобу, характеристика кашлю, мокроти і задишки у хворого ХОЗЛ), потім скарги, викликані супутніми захворюваннями. Виклад скарг з боку будь-якої системи організму завершується скаргами, що відображають функціональний стан цієї системи (наприклад, для серцево-судинної – серцебиття і задишка при фізичному навантаженні як прояв серцевої недостатності).

ІСТОРІЯ ДАНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ

Анамнез починається з відомостей, коли, де і за яких обставин з'явилися перші ознаки захворювання (з їх характеристикою). З'ясовуються можливі причини, що викликали захворювання. Детально в хронологічній послідовності описується розвиток кожного симптому, приєднання нових і подальший їх розвиток. Вказується лікування, що проводилося раніше, його ефективність. При хронічних захворюваннях, що вимагають постійної базисної терапії, слід відобразити, чи регулярно хворий лікувався, які препарати і в якому дозуванні він постійно приймав перед госпіталізацією. Відбиваються частота рецидивів, причини їх виникнення, тривалість ремісії. Описується останнє погіршення, коли воно виникло, його причини. Вказуються причини госпіталізації (погіршення стану, неефективність амбулаторного лікування, уточнення діагнозу, планове обстеження), хворий госпіталізований в плановому порядку (за направленням дільничного лікаря) або ургентно (доставлений бригадою «швидкої допомоги»). Викладається динаміка захворювання і ефективність лікування від моменту госпіталізації до початку курації.

У разі опису хворого з пневмонією або іншою гострою патологією, коли від моменту госпіталізації пройшов певний час і фізикальні симптоми захворювання на момент курації вже відсутні, можна стисло вказати ті дані об'єктивного обстеження при госпіталізації, які необхідні для обґрунтування попереднього діагнозу, з посиланням на джерело інформації. Наприклад: «Під час надходження нижче за кут правої лопатки вислуховувалися вологі мілкопухирчасті хрипи (за даними історії хвороби)»

ІСТОРІЯ ЖИТТЯ ХВОРОГО

Місце народження хворого. Розвиток в дитячі і шкільні роки, навчання. Початок трудової діяльності і подальша робота (професійний маршрут, служба в армії). Докладні відомості про умови праці (професійні шкідливості, специфічні умови роботи), побуту (житло, одяг) і харчування хворого в даний час.

Перенесені захворювання у минулому, починаючи з дитинства. Венеричні хвороби, туберкульоз, хвороба Боткіна, нервові і душевні хвороби.

Шкідливі звички: вживання алкоголю (орієнтовна кількість за тиждень, місяць), куріння (кількість викурених за день сигарет), вживання наркотиків і ін.

Сімейно-статевий анамнез: у жінок – час появи менструацій, їх регулярність, болісність, тривалість, кількість вагітностей і їх результат; клімакс, час його появи і ознаки.

Спадковість, конституціональні захворювання (ожиріння, подагра, діабет) у батьків і найближчих родичів. Хвороби і причини смерті батьків і близьких родичів.

Алергічні реакції на природні, харчові і лікарські речовини.

ОБ'ЄКТИВНИЙ СТАН ХВОРОГО

Стан хворого: задовільний, середньої тяжкості, важкий, дуже важкий.

- *задовільний – немає симптомів основного захворювання, є симптоми астенії (як правило, це хворі в день виписки зі стаціонару);*
- *середньої тяжкості – є симптоми основного захворювання;*
- *важкий – є симптоми станів, які можуть загрожувати життю (наприклад, напад серцевої астми);*
- *вкрай важкий – загроза життю безпосередня (напр., набряк легень).*

Положення хворого: активне, пасивне, вимушене.

Свідомість: ясна, сплутана, кома.

Вираз обличчя: спокійний, маскоподібний, байдужий, страждальний, «обличчя Гіпократата» і так далі

Статура. Зріст. Маса тіла.

Шкіра: колір, еластичність, вологість, висипи. «судинні зірочки», «метелик», крововиливи, рубці, пролежні.

Видимі слизові оболонки і кон'юнктива, їх забарвлення (бліде, ціанотичне, звичайне).

Волосся, нігті: колір, форма, покреслення.

Підшкірна клітковина і ступінь її розвитку. Набряки, їх локалізація і розповсюдження.

Лімфатична система: лімфовузли підщелепні, шийні, лімфатичний шийний валик, над- і підключичні, пахвові, кубітальні і пахові. Їх величина, консистенція, спаяність один з одним, рухливість, хворобливість.

М'язова система: ступінь розвитку, болючість при обмацуванні, тонус, тургор, контрактури, фібрилярні сіпання, гіперкінези і ін.

Кісткова система: деформація, періостіти, потовщення, зрощення, болючість.

Суглоби: величина, конфігурація, рухливість і болючість при активних і пасивних рухах, при пальпації, температура шкірних покривів над суглобами; функція суглобів: нормальна, обмежена, анкілози.

Система органів дихання

Огляд: форма грудної клітки (нормостенічна, гіперстенічна, астенична, плоска, паралітична, бочкоподібна і так далі) Деформація грудної клітки і хребта. Стан над- і підключичних ямок, положення лопаток. Епігастральний кут (гострий, тупий). Симетричність рухів грудної клітки, їх частота, тип дихання (грудний, черевний, змішаний, Чейн-Стокса, Біота, Кусмауля).

Пальпація: резистентність, болючість грудної клітки, голосове тремтіння.

Перкусія: порівняльна перкусія легень, визначення зон притуплення, тімпаніту і так далі з вказанням їх розмірів і точної локалізації, визначення характеру перкуторного звуку (ясний легеневий звук, вкорочення, притуплення, тупість, коробковий). Топографічна перкусія – визначення висоти стояння верхівок легень спереду і ззаду, нижніх меж екскурсії країв легень в сантиметрах.

Аускультация: характер дихання (везикулярне, бронхіальне, жорстке і так далі), хрипи (сухі і вологі – велико-, середньо- і мілкопухирчаті звучні, незвучні, крепітація, шум тертя плеври), їх точна локалізація, бронхофонія.

Серцево-судинна система

Огляд: випинання (серцевий горб), верхівковий і серцевий поштовх, видима пульсація судин, «танець каротид», пульсація шийних вен, пульсація яремної вени.

Пальпація: верхівковий і серцевий поштовх, його локалізація і форма, систолічне і діастолічне тремтіння.

Перкусія: межі відносної і абсолютної серцевої тупості, ширина судинного пучка в сантиметрах.

Аускультация: ритм серцевої діяльності (правильний, неправильний), число серцевих скорочень за хвилину. Тони серця (вказуються зміни гучності тонів), розщеплення і роздвоєння (якого тону і над якою точкою); шуми – їх локалізація, характер (ніжний, такий, що скребе, музичний і так далі), розповсюдження і місце якнайкращого вислуховування шуму, шум тертя перикарду.

Дослідження судин: огляд (видима пульсація) і обмацування доступних артерій, вислуховування каротид, стегнових артерій (феномен Траубе-Виноградова-Дюрозьє), вислуховування шийних вен (шум дзиги).

Пульс: частота, наповнення, напруження, ритм, форма, наявність асиметрії пульсу (при аритмії одночасне з підрахунком пульсових ударів вислуховування серця, з визначенням так званого дефіциту пульсу), капілярний пульс).

Артеріальний тиск: на обох руках, при артеріальній гіпертензії – АТ на нижніх кінцівках.

Система органів травлення

Порожнина рота: поганий запах з рота, губи і слизиста оболонка порожнини рота (гіперемія, ціаноз, пігментація, облямівка по краю ясен і ін.). стан зубів – число здорових, каріозних, відсутність зубів, штучні. Язик – вологий, сухий, обкладений, так званий Гунтерів язик. Зів і глотка, мигдалини – колір, величина, нальоти і пробки.

Живіт: огляд живота, величина і форма (втягнутий, випнутий, відвислий), розширення шкірних вен, видима перистальтика шлунку і кишковика. Стан пупка.

Пальпація живота: поверхнева (напруження черевної стінки, болючість розлита і локалізована, симптом Щоткіна-Блюмберга), спеціальне дослідження по білій лінії (розходження прямих м'язів – грижі) і пахових каналів (грижі). Виявлення асцити перкуторне і шляхом визначення флюктуації. Глибока пальпація (за Образцовим-Стражеско): кишковик - плескіт, болючість по ходу товстого кишковика, пухлини і ін.

Шлунок: болючість в підложковій області (розлита, болючі точки, локалізація останніх), шум плескоту і визначення нижньої межі (пухлини шлунку і їх місцеположення).

Печінка: якщо печінка доступна пальпації, тобто виступає з-під краю ребрової дуги – величина, хворобливість, поверхня (гладка, горбиста), край (гострий, закруглений), консистенція (щільна, м'яка). Перкуторно визначення розмірів печінки по відповідних орієнтовних лініях (розміри за Курловим). Спеціальне обстеження області жовчного міхура.

Селезінка: пальпація в різних положеннях хворого (на спині, на правому боці), у випадку, якщо вона пальпується - її консистенція і стан поверхні; перкусія селезінки (по Х ребру) – розміри в сантиметрах (вздовж і впоперек).

Сечовидільна система

Огляд поперекової області.

Бімануальна пальпація нирок, якщо вони пальпуються: величина, форма, консистенція, положення. Симптом постукування. Пальпація по ходу сечоводів, надлобкової області (болючість, пухлина).

Нервово-ендокринна система

Настрій хворого, сон, пам'ять, зіничні рефлексі, наявність очних симптомів, огляд і пальпація щитовидної залози, стійкість в позі Ромберга, характер дермографізму, зір, слух.

ПОПЕРЕДНІЙ ДІАГНОЗ І ЙОГО ОБГРУНТУВАННЯ

Попередній діагноз ставиться на підставі скарг, даних анамнезу і об'єктивного обстеження, безпосередньо підтверджуючих наявність основного і супутніх захворювань. Дані додаткових досліджень і консультацій фахівців, проведених хворому раніше, можуть бути використані тільки як дані анамнезу, наприклад: «...при ендоскопії була виявлена виразка антрального відділу шлунку», або: «...протягом п'яти років спостерігається у ендокринолога з приводу цукрового діабету». Аналогічним чином можуть бути використані відомості про ефективність певних препаратів.

Дані додаткових досліджень, проведених хворому в стаціонарі, а також ті дані, які були виконані безпосередньо перед госпіталізацією і напряду з нею пов'язані (наприклад, дані рентгенографії легенів про пневмонію) відбиваються у відповідному розділі і використовуються для постановки і обґрунтування не попереднього, а остаточного клінічного діагнозу.

Діагнози основного і супутнього захворювань наводяться в повному формулюванні і відповідно до класифікацій, прийнятих на момент курації. Якщо діагнозів декілька, кожен пишеться як окремий абзац.

Далі конкретно і стисло обґрунтовується кожне положення діагнозу (форма, фаза, стадія, перебіг захворювання і так далі) даними скарг, анамнезу і об'єктивного обстеження. Спочатку приводиться обґрунтування основного, потім супутніх (терапевтичних) захворювань і ускладнень.

Просте перерахування симптомів, частина з яких не є підтвердженням конкретного пункту діагнозу, є некоректним і не приймається як обґрунтування діагнозу.

Приклад написання розділу:

«На підставі скарг, анамнезу і об'єктивного обстеження ставимо попередній діагноз:

ІХС: стабільна стенокардія напруги III ФК. СН II Б (III ФК).

- *ІХС, стенокардія – оскільки є напади типового ангінозного за грудинного болю і немає ознак захворювань, при яких стенокардія може виявитися як синдром;*
- *напруги – ангінозні болі виникають у хворого на висоті фізичного навантаження;*
- *стабільна – оскільки спостерігається стереотипність нападів, що виникають у відповідь на одне і те ж фізичне навантаження;*
- *ІІІ ФК – ангінозні напади виникають у хворого при ходьбі до 100-150м або підйому по сходах менше ніж на 1 поверх, що відповідає даному функціональному класу стенокардії напруги;*
- *СН ІІ Б – у хворого періодично розвиваються набряки нижніх кінцівок;*
- *ІІІ ФК – у хворого серцебиття і задишка відсутні у спокої і виникають при незначних навантаженнях, що відповідає даному класу СН за NYHA».*

ПЛАН ОБСТЕЖЕННЯ ХВОРОГО

Виходячи з попереднього діагнозу, студент намічає індивідуальний план спостереження за хворим і його обстеження, консультації інших фахівців.

Додаткові методи дослідження повинні бути направлені на:

- підтвердження попереднього діагнозу
- уточнення ступеня активності захворювання, його локалізації, обширності, глибини
- визначення функціонального стану органів і систем, залучених в патологічний процес
- виключення схоже протікаючих захворювань.

Обов'язковими для всіх хворих є наступні дослідження:

- загальний аналіз крові;
- загальний аналіз сечі;
- визначення рівня глюкози в сироватці крові;
- кров на реакцію Васермана;
- аналіз калу на яйця глистів;

- рентгенологічне дослідження органів грудної клітки *(за відсутності даних флюорографії в амбулаторній карті)*.

Призначення необґрунтованих досліджень є помилкою. З іншого боку, помилкою є відсутність в плані досліджень, обов'язкових для даної патології (наприклад, огляд очного дна окулістом при гіпертонічній хворобі), а також досліджень, згаданих в розділі «Диференційний діагноз» як необхідних для хворого. При цьому планувати слід будь-які необхідні дослідження, незалежно від того, чи проводяться вони в даному регіоні чи ні.

При призначенні досліджень спочатку вказуються загальноклінічні лабораторні аналізи, потім біохімічні, імунологічні аналізи, інструментальні методи досліджень і консультації фахівців. Назви аналізів повинні бути написані грамотно, коректно сформульовані (наприклад, не «кров на цукор», а «глюкоза крові»), неприпустимо використання не загальноприйнятих аббревіатур (ЗАК, ЗАС і подібних).

РЕЗУЛЬТАТИ ДОДАТКОВОГО ОБСТЕЖЕННЯ ХВОРОГО

У цьому розділі наводяться результати лабораторних, рентгенологічних, інструментальних і інших методів дослідження з обов'язковою їх інтерпретацією, а також консультації фахівців. На відміну від плану обстеження, де можна було планувати будь-які необхідні дослідження, в цьому розділі наводяться тільки дані, які були в оригінальній історії хвороби під час curaції. Неприпустимо наводити результати неіснуючого аналізу, якого, на думку студента, не вистачає хворому.

Результати досліджень наводяться в наступному порядку:

- 1) загальний аналіз крові;
- 2) біохімічні дослідження крові (глюкоза крові, ліпідограма, протеінограма і так далі);
- 3) аналізи сечі;
- 4) протоколи (описова частина і висновок) інструментальних методів дослідження (рентгенологічних, ендоскопічних, УЗД і так далі);
- 5) результати консультацій інших фахівців (окуліст, ендокринолог і ін.).

Обов'язково вказуються дати проведення досліджень. В кінці кожного лабораторного аналізу після слова «Висновок:» наводиться його інтерпретація («в межах норми», «лейкоцитоз з палководерним зрушенням, що свідчить про запальну реакцію крові» і ін.). Висновки щодо інструментальних досліджень, як правило, писати недоцільно, оскільки вони вже сформульовані в протоколах цих досліджень.

Якщо якісь дослідження проводилися багато разів, наводяться перше і останнє для відображення динаміки захворювання. Для хворих хронічною хворобою нирок (ХХН), з наявними даними про рівень креатиніну крові, швидкість клубочкової фільтрації (ШКФ) розраховується по формулі (Cockcroft-Gault або MDRD) і вписується слідом за рівнем креатиніну сироватки крові.

ДИФЕРЕНЦІЙНИЙ ДІАГНОЗ

Диференційний діагноз проводиться шляхом порівняння найбільш важливих симптомів основного захворювання хворого зі схожими ознаками інших захворювань. Цей розділ починається з обґрунтування вибору захворювань, з яким проводитиметься диференційний діагноз. Спочатку описуються загальні прояви хвороби хворого зі схожим захворюванням. Далі проводиться порівняння кожного симптому у даного хворого з подібними симптомами при інших захворюваннях з віддзеркаленням особливостей (відмінностей) їх прояву. Враховуються відсутність тих симптомів у хворого, які характерні для іншого захворювання, і, навпаки, наявність таких симптомів, які не характерні для іншого захворювання.

Диференційна діагностика проводиться в тому ж порядку, в якому проводилося обстеження хворого: спочатку порівнюються скарги, потім дані анамнезу захворювання і життя, результати об'єктивного обстеження і, нарешті, додаткових методів дослідження і ефективності лікування, які підтверджують дане захворювання.

При диференційній діагностиці можна посилається тільки на ті симптоми і результати додаткових методів дослідження, які є у даного хворого. Слід

пам'ятати, що диференційний діагноз проводиться не між захворюваннями, а між клінічною картиною хворого і вибраною нозологічною формою, тому діагноз хворого не повинен згадуватися в тексті диференційного діагнозу, замість нього вживається фраза «клініка нашого хворого», що включає симптоми як основного, так і супутніх захворювань. (Тим самим, знімається питання про те, чи проводити диференційну діагностику супутніх захворювань).

Почати розділ можна з наступної вступної фрази:

«Клінічна картина, схожа з клінічною картиною нашого хворого, може спостерігатися також при <перераховуються захворювання для диференційного діагнозу, не менше трьох>».

Далі у вигляді підрозділу із заголовком, відповідним захворюванню, з яким проводиться диференційний діагноз (наприклад, «Ділятаційна кардіоміопатія») у вигляді тексту викладається порівняльний аналіз клінічної картини в порядку, аналогічному її опису (скарги, анамнез, фізикальні дані, дані лабораторних аналізів, інструментальні дослідження).

По кожному з пунктів клінічної картини аналіз проводиться в трьох напрямках:

- 1) загальні прояви хвороби (наприклад: «Як і у нашого хворого, при.... <назва захворювання> спостерігається...»);*
- 2) симптоми, характерні для даної нозологічної форми, але відсутні у хворого (наприклад: «Проте для... <назва захворювання> характерні...<перераховуються симптоми>, чого немає у нашого хворого»);*
- 3) симптоми, що є у хворого, але не характерні для схоже протікаючого захворювання (наприклад: «З іншого боку, у нашого хворого є... <перераховуються симптоми>, що не характерно для... <назва захворювання>»).*

Після завершення порівняння клінічної картини хворого з симптомами іншого захворювання робиться (як останній абзац підрозділу) висновок про вірогідність даного захворювання у хворого.

Зазвичай висновок представлений одним з наступних варіантів:

- 1. «Таким чином, дане захворювання можна повністю виключити у нашого хворого».*
- 2. «Таким чином, дане захворювання повністю виключити у нашого хворого ми не можемо, для цього необхідно проведення... <перераховуються дослідження, що дозволяють виключити захворювання, які не були проведені хворому>».*
- 3. «Таким чином, виключити дане захворювання у нашого хворого ми не можемо, необхідне подальше спостереження і повторне проведення... <перераховуються дослідження для виключення захворювання>».*

Перший варіант висновку вдається робити рідко, оскільки реальний хворий на момент курації зазвичай ще не обстежений в тому об'ємі, який необхідний для повного виключення вибраного захворювання. Другий варіант – найбільш частий. Третій варіант використовується рідко, зазвичай у випадках виключення тривало і скритно протікаючих захворювань, які важко діагностуються (наприклад, деяких форм туберкульозу легень).

Далі переходять до диференційного діагнозу з наступним захворюванням, який проводять і викладають в тому ж порядку. Як правило, необхідне викладення диференційного діагнозу не менше ніж з трьома захворюваннями. Після завершення написання всього розділу загальний висновок зазвичай робити не потрібно, оскільки висновки вже зроблені по кожній з нозологічних форм.

КЛІНІЧНІ ДІАГНОЗ І ЙОГО ОБГРУНТУВАННЯ

При обґрунтуванні клінічного діагнозу наводиться посилання на попередній діагноз, дані додаткових методів досліджень і проведену диференційну діагностику. Клінічний діагноз і діагнози супутніх захворювань наводяться в повному формулюванні у вигляді окремих абзаців. Обґрунтування основного, супутніх захворювань і ускладнень проводиться роздільно, з обґрунтуванням кожного положення діагнозу. При цьому обґрунтування діагнозу даними скарг, анамнезу і об'єктивного обстеження, вже викладене в розділі

«Попередній діагноз», повторювати тут не слід. У цьому розділі використовуються тільки дані додаткових досліджень і консультацій фахівців, які підтверджують діагноз.

Приклад написання розділу:

На підставі скарг, анамнезу, об'єктивного обстеження, даних додаткових досліджень і після проведення диференційного діагнозу з виключенням схоже протікаючих захворювань ставимо клінічний діагноз:

ІХС: стабільна стенокардія напруги III ФК. СН II Б (III ФК).

Супутні захворювання:

Цукровий діабет, тип 2, середньої тяжкості, субкомпенсація.

- *III ФК – оскільки за даними велоергометрії <дата> толерантність хворого до фізичного навантаження склала 300кГм/хв, що відповідає даному функціональному класу стенокардії напруги;*
- *Цукровий діабет, тип 2, середній тяжкості, субкомпенсація – висновок ендокринолога <дата>.*

Етіологія і патогенез

У цьому розділі подається короткий (1-3 сторінки) опис сучасних уявлень про етіологію і патогенез основного захворювання, причини і механізми розвитку конкретної його форми у даного хворого.

ЗАГАЛЬНІ ПРИНЦИПИ ЛІКУВАННЯ ЗАХВОРЮВАННЯ І ЙОГО ПРОФІЛАКТИКА

У розділі викладаються принципи лікування основного захворювання хворого у відповідності з сучасними рекомендаціями і стандартами, прийнятими в Україні. Якщо захворювання має декілька форм (наприклад, ІХС), описується лікування тільки тієї форми (наприклад, стабільної стенокардії напруги), яка є у хворого. До опису входять:

Заходи щодо усунення чинників ризику. Режим. Дієта.

Медикаментозна терапія: виділити, якщо це передбачено рекомендаціями, базисну терапію і лікування загострень, в решті випадків по можливості

виділяти етіологічне, патогенетичне і симптоматичне лікування. Вказати основні групи препаратів, що рекомендуються, з назвами ліків, механізмом їх дії, побічними ефектами, основними протипоказаннями, дозуванням і орієнтовними термінами лікування.

Фізіотерапевтичне, санаторно-курортне лікування.

Профілактичні вказівки повинні містити рекомендації щодо умов побуту, праці, дієти, лікарських призначень.

РЕКОМЕНДОВАНЕ ЛІКУВАННЯ,

Викладається лікування, запропоноване куратором (в рецептурному вигляді), у відповідності з викладеними вище загальними принципами лікування. Оскільки механізми дії препаратів вже викладені, обґрунтовувати представлені рецепти зазвичай не потрібно. Коротке обґрунтування препарату може виявитися корисним лише у разі, коли треба пояснити призначення лікарського засобу, необхідного хворому за особливими показаннями.

Уникайте поліпрагмазії, призначення несумісних і nereкомендованих комбінацій препаратів, точно вказуйте в рецептах назви препаратів, форму випуску, дозування і шлях введення.

ФАКТИЧНЕ ЛІКУВАННЯ

У розділі куратор приводить фактичне лікування, реально проведене хворому в клініці. Лікування можна викладати за формою, аналогічною листку призначень в історії хвороби: дата призначення, назва препарату, доза, частота і шлях введення, тривалість застосування. Якщо в процесі лікування один препарат був замінений іншим, вказуються відповідні терміни їх застосування.

ПРОГНОЗ

Прогноз описується відносно одужання, життя і працездатності. Прогноз може бути сприятливим, сумнівним і несприятливим.

Прогноз відносно захворювання вважається сприятливим, якщо є впевненість, що у хворого наступить одужання; сумнівний – якщо немає впевне-

ності в повному одужанні, і несприятливий – якщо захворювання невиліковне і має хронічний прогресуючий перебіг.

Прогноз відносно життя може бути:

- сприятливим - у випадку, якщо хворому не загрожують ускладнення, небезпечні для життя;
- сумнівним – якщо при певних ситуаціях у хворого (з урахуванням його віку, перебігу та прогресування захворювання, ускладнень, ефективності лікування і так далі) може наступити летальний результат;
- несприятливим – якщо у хворого летальний результат неминучий.

Прогноз відносно працездатності вирішується в плані тимчасової або стійкої її втрати (групи інвалідності) з урахуванням ступеня функціональних порушень і професії хворого.

ЩОДЕННИКИ СПОСТЕРЕЖЕННЯ

Надаються 3 щоденники, які відображають 3 дні курації хворого. Перший щоденник описується детальніше, в ньому вказуються скарги хворого в перший день курації, в інших двох щоденниках в основному відображається динаміка захворювання.

Щоденники ведуться за формою:

Дата	Стан хворого	Призначення
	У даному розділі описуються динаміка скарг в порівнянні з попереднім оглядом, об'єктивних даних з акцентом на патологічні зміни в органах, дається оцінка загального стану хворого, переносимість призначених лікарських препаратів, інтерпретація нових отриманих даних додаткових досліджень.	У даному розділі вказуються зміни режиму, дієти, медикаментозного лікування (відміна препаратів, нові призначення), нові додаткові дослідження і інші зміни лікарської тактики.
<i>В кінці кожного щоденника ставиться підпис куратора</i>		

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ДАНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ

У цьому розділі необхідно відобразити особливості перебігу, клінічної картини захворювання у даного хворого і чинники, які сприяли зміні класичної картини даного захворювання.

ЕПІКРИЗ

У епікризі вказуються дата надходження і виписки з вказанням відділення, скарги, стисло викладаються основні дані анамнезу захворювання, патологічні зміни по органах. Вписуються результати додаткових методів досліджень (тільки відхилення від норми). Після цього слідує розгорнутий клінічний діагноз. Викладається проведене фактичне лікування і його результати. Закінчується епікриз рекомендаціями хворому при виписці (режим, дієта, диспансерне спостереження, лікарська терапія, санаторно-курортне лікування, працевлаштування).

Рекомендації повинні бути конкретними, з назвами препаратів, що рекомендуються, і їх дозуваннями, особливо якщо хворому потрібний постійний їх прийом. Як і в розділі «Рекомендоване лікування», вказуються ті заходи, які рекомендує куратор.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

Розділ заповнюється у відповідності з прийнятими бібліографічними правилами з вказанням прізвища і ініціалів авторів, назви роботи, року і місця видання, сторінок.

В кінці написаної історії хвороби ставиться:

<Дата>.

<Підпис студента>

2.3. Критерії оцінки оформлення історії хвороби

До перевірки допускаються історії хвороби, які ґрунтуються на результатах фізикального обстеження хворого і даних оригінальної історії хвороби,

написані акуратно, власноручно, на листах формату А4, прошитих в єдиний файл.

До перевірки не допускаються історії, написані недбало або нечитаним почерком, з недописаними або відсутніми розділами.

Оцінка «відмінно». Всі розділи написані в повному об'ємі (скарги деталізовані, повний виклад анамнезу, правильне формулювання і правильне конкретне обґрунтування діагнозів, повністю проведений диференціальний діагноз, етіопатогенез і загальні принципи лікування написані з урахуванням сучасних рекомендацій). Матеріал викладений акуратно, без помилок. Як виняток, припускаються незначні похибки оформлення, які вказуються викладачем в рецензії.

Оцінка «добре». в 1-му -3-х розділах є наступні недоопрацювання (недоліки), які не відносяться до грубих помилок, наприклад:

- скарги викладені повністю, але деякі з них недостатньо деталізовані;
- в анамнезі відсутній опис деталі, важливої для діагнозу, диференційного діагнозу і лікування;
- неповне обґрунтування одного з пунктів попереднього або клінічного діагнозу;
- відсутність необхідного дослідження в плані обстеження або призначення необґрунтованих досліджень;
- диференційний діагноз з якоюсь однією з нозологічних форм проведений недостатньо повно;
- рекомендоване лікування без грубих помилок, але без урахування сучасних рекомендацій, або з неточностями при виборі оптимального поєднання препаратів;
- неповні щоденники, що недостатньо розкривають динаміку захворювання;
- неповний опис епікризу з недостатніми рекомендаціями при виписці.

Оцінка «задовільно». Недоопрацювання, подібні наведеним вище, є в 4-х і більше розділах; або не більше ніж в 2-х -3-х розділах є серйозніші недоліки і помилки, наприклад:

- неповне, без належної деталізації викладення скарг;
- неповне, без основних пунктів викладення анамнезу;
- неповний або з помилками опис об'єктивного статусу;
- невірне формулювання попереднього або клінічного діагнозу, неконкретне, недостатнє або помилкове його обґрунтування;
- помилки в плані обстеження (немає необхідних досліджень);
- неповний диференційний діагноз;
- неповне, без урахування сучасних рекомендацій викладення загальних принципів лікування;
- помилки в рекомендованому лікуванні: в назвах ліків, дозуваннях, призначення препаратів без урахування сучасних рекомендацій, призначення несумісних комбінацій або протипоказаних засобів.

Оцінка «незадовільно».

- Недоопрацювання, припустимі для оцінки «добре», є більш ніж в 3-х розділах, і, крім того, є хоча б один розділ з помилками, подібними наведеним для оцінки «задовільно».
- Один-три розділи написано з невеликими недоліками, але більш ніж в 2-х розділах допущені серйозні помилки.
- Серйозні недоліки, подібні наведеним для оцінки «задовільно», є більш ніж в 3-х розділах.
- Хоча б один розділ, написаний незадовільно (наприклад, фактично відсутні дані анамнезу або практично не проведений диференційний діагноз).
- Хоча б один розділ не відповідає реальному хворому (наприклад, скарги і анамнез іншого хворого, вигадані або іншого хворого дані додаткових досліджень чи фактичного лікування).

У разі незадовільної оцінки розділи, практично не викладені або з істотними недоліками, вказаними для оцінки «задовільно», пишуться наново і додаються до відповідних незадовільних розділів історії хвороби.

Якщо оцінка «незадовільно» отримана за невідповідність розділу реальному хворому, то в цьому випадку дається на курацію інший хворий з написанням нової історії хвороби.

2.4. Захист історії хвороби на підсумковому занятті

На останньому занятті першого змістового модуля виділяється час для захисту студентами історій хвороб, написаних на позитивні оцінки. До заняття кожен студент повинен підготувати коротку доповідь про хворого, тривалістю 1,5-2 хвилини. У доповіді викладаються:

- основні скарги, з якими надійшов хворий в клініку
- ключові моменти анамнезу
- зміни в об'єктивному статусі і даних додаткових досліджень, які підтверджують діагноз
- діагноз
- рекомендоване і фактичне лікування
- результати лікування на момент закінчення курації.

На початку заняття викладач роздає студентам перевірені історії хвороби для ознайомлення з оцінкою, зауваженнями викладача і його рецензією. Студенти аналізують свої помилки і недоопрацювання, готуючись обґрунтувати свою думку і дати правильну відповідь. Через 15 хвилин історії хвороби повертаються викладачеві, після чого він проводить з кожним студентом співбесіду. Спочатку студент стисло доповідає про хворого, потім викладач ставить питання по історії хвороби (практичні питання з обґрунтування тих або інших положень, об'єктивного обстеження, теоретичні питання з діагностики і лікування основного захворювання та інші).

Для захисту історії хвороби, написаної на «відмінно», потрібно дати правильну відповідь на всі практичні питання і показати відмінний рівень теоретичних знань. Для захисту історії хвороби, написаної на «добре», необ-

хідно в ході бесіди з викладачем правильно відповісти на його зауваження до історії хвороби, практичні і теоретичні питання. Для захисту історії хвороби, написаної на «задовільно», потрібно не допустити у відповідях на практичні питання грубих помилок, а у відповідях на теоретичні питання показати знання в об'ємі, що перевищують 60% об'єму навчальної програми. Якщо рівень доповіді і відповідей студента не відповідає необхідному, оцінка за захист історії хвороби ставиться нижче за ту, на яку вона була написана. У тому випадку, коли студент погано орієнтується в клінічній картині хворого, не може дати правильну відповідь на основні практичні і теоретичні питання, за захист історії йому ставиться «незадовільно» незалежно від оцінки за написання історії і рівня його теоретичних знань в цілому, з подальшим повторним захистом.

До суми балів підсумкового модульного контролю конвертується оцінка за захист історії хвороби, а не за її написання.

ІІІ. КУРАЦІЯ ХВОРОГО З ОФОРМЛЕННЯМ КОРОТКОЇ СТИСЛОЇ ІСТОРІЇ ХВОРОБИ

3.1. Загальні зауваження

Навчальною програмою передбачена курація хворого з написанням історії хвороби протягом кожного змістового модуля, проте детально пишеться тільки перша історія хвороби. Інші 3 історії, відповідно вивченню трьох змістових модулів (ревматологія, нефрологія і загальні питання медицини), оформлюються в стислому вигляді. Студентам пропонується курація хворих із захворюваннями, відповідними темам змістового модуля, для цього виділяється близько 45-60 хв. часу одного з практичних занять. Оформлені історії хвороби зазвичай здаються викладачеві наступного дня.

Курація хворого має деякі відмінності від тієї, яку студенти проводили для оформлення докладної історії хвороби. В першому випадку куратори виступали в ролі лікаря, який проводить первинний огляд хворого, і у якого ще немає даних додаткових досліджень. В даній ситуації студент виступає в ролі лікаря, що приймає вже обстеженого пацієнта. Тому діагноз ставиться не тільки на підставі опиту і фізикальних даних, але і з урахуванням даних проведених на момент курації додаткових досліджень. Виходячи з цього, в план обстеження включаються тільки ті дослідження, які ще не були проведені. В критеріях оцінки роботи студента над історією хвороби велика увага приділяється його практичним навичкам роботи з хворим.

Якщо курація хворого з патологією, що рідко зустрічається, пропонується одночасно декільком студентам, опитують хворого вони спільно, а потім по черзі проводять об'єктивне обстеження. Не дивлячись на спільну роботу з хворим, історію хвороби кожен студент заповнює самостійно, щоб уникнути незадовільних оцінок за списані один у одного «історії-близнюки».

До суми балів підсумкового модульного контролю зараховується середня оцінка трьох стислих історій хвороби.

3.2. Рекомендації з оформлення історії хвороби

Історія хвороби пишеться студентом власноручно на формалізованому бланку (мал. 2, 3). Графи повинні бути заповнені темним чорнилом (синім або чорним), акуратно, розбірливим почерком. Роботи, виконані неакуратно, недбало, нечитаним почерком, до перевірки не приймаються.

Заповнюючи паспортну частину, підкресліть порядковий номер і назву модуля, в якому ведеться курація, роботу з даними про пацієнта ведіть у відповідності до закону про захист персональних даних.

Скарги хворого опитуються на момент надходження хворого в клініку, оскільки в день курації їх може бути значно менше. Принцип викладення скарг і анамнезу той же, що і в рекомендаціях з оформлення докладної історії хвороби (розділ 2.2).

Анамнез хвороби висловлюється стисло, щоб декількома реченнями передати всі його ключові положення. В анамнезі життя відображаються ті особливості професійної діяльності, побуту і харчування, які можуть бути пов'язані з даним захворюванням (професійні шкідливості, нерегулярне харчування та ін.). Вказуються перенесені у минулому захворювання, шкідливі звички, спадкова схильність до даного захворювання, якщо така є.

Об'єктивний стан хворого оцінюється і описується тільки за тими фізикальними даними, які наявні у нього в день курації. Неприпустимо переносити з амбулаторної карти або оригінальної історії хвороби в об'єктивний статус симптоми, які були у хворого раніше, але в даний момент відсутні.

До граfi «Загальний стан хворого» вноситься оцінка тяжкості стану (задовільний, середньої тяжкості, важкий), патологічні зміни положення тіла, свідомості, стану шкірних покривів і видимих слизових оболонок, підшкірної клітковини; наявність і поширеність набряків, збільшення лімфовузлів (у відповідності до рекомендацій з написання повної історії хвороби, розділ 2.2).

Запорізький державний медичний університет
Кафедра внутрішніх хвороб 2, зав. кафедри д.мед.н., проф. Візір В.А.

Змістовий модуль: **2** (ревматологія, пульмонологія) / **3** (нефрологія) / **4** (загальні питання) (підкреслити)

Викладач _____ /teacher's name/

Куратор: студент 5 курсу _____ групи _____ /student's name/

ІСТОРИЯ ХВОРОБИ / ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ / CASE HISTORY

П.І.Б. / Ф.И.О. / Surname, first name _____

Вік / Возраст / Age _____ Стать / Пол / Sex _____ Сімейн. стан / Семейн. полож / Marital status _____
Професія / Профессия _____ Дата госпіталізації /
/ Occupation _____ Дата госпитализации / Date of admission _____

Скарги / Жалобы / PRESENT COMPLAINT _____

Anamnes morbi _____

Anamnes vitae _____

Об'єктивне обстеж. / Объективное исслед. / О/Е

Загальний стан / Общее состояние / GENERAL CONDITION _____

Органи дихання / Органы дыхания / RS _____

Серцево-судинна система / Сердечно-сосудистая система / CVS

Мал. 2. Лицьова сторона форми для стислої історії хвороби.

ЧСС / HR _____ /min	АТ / АД / ВР _____ mm Hg
Органи травлення / Органы пищеварения / GIS _____	

Сечостатева система / Мочеполовая система / GUS _____	

Кістково-м'язова система / Костно-мышечная система / Musculoskeletal system _____	

Нервова система / Нервная система / CNS _____	

Додаткові дослідження / Дополнительные исследования / INVESTIGATIONS	

Діагноз / Диагноз / DIAGNOSIS _____	

План обстеження та лікування / План обследования и лечения / MANAGEMENT	

Рекомендації хворому після виписки / Рекомендации больному после выписки / DISCHARGE RECOMMENDATIONS _____	

Дата / Date _____ 201__р.	Підпис / Подпись / Signature _____

Мал. 3. Зворотна сторона форми для стислої історії хвороби.

За відсутності відхилень від норми запис в графі може бути наступним:

«Загальний стан середньої тяжкості. Положення активне. Свідомість ясна. Шкіра і видимі слизові оболонки звичайного забарвлення, чисті. Периферичних набряків немає».

Органи дихання. Всі виявлені при огляді, пальпації і перкусії грудної клітини патологічні зміни вносяться до графи у відповідності до рекомендацій розділу 2.2. За відсутності змін можна записати:

«Грудна клітина звичайної форми, рівномірно бере участь в диханні. При перкусії легень ясний легеневиий звук, дихання везикулярне, хрипів немає».

Серцево-судинна система. Як і в інших графах об'єктивного статусу, виявлені зміни вносяться у відповідності до рекомендацій для повної історії хвороби. Приклад запису за відсутності патології:

«При огляді ділянки серця і судин шиї змін не виявлено. Межі відносної серцевої тупості: права – по правому краю грудини, ліва – на 1,5 см всередину від лівої середньоключичної лінії, верхня – в 3 міжребер'ї. Ритм серця правильний, тони ясні, шумів немає. Пульс на обох руках ритмічний, задовільних якостей.

ЧСС 70 за хв. АТ 130/80 мм рт.ст.»

Органи травлення. Виявлена при об'єктивному обстеженні патологія викладається в порядку, передбаченому в рекомендаціях з оформлення «академічної» історії хвороби. Якщо патологічні зміни виявлені не були, можна обмежитися коротким описом, наприклад:

«При огляді порожнини рота патології не виявлено. Язик чистий, вологий. Живіт при поверхневій пальпації м'який, безболісний. Глибока пальпація по ходу кишкового безболісна. Край печінки виступає з-під ребрової дуги на 1 см, м'який, безболісний. Розміри за Курловим <вказуються розміри за лініями>. Пальпація області жовчного міхура безболісна».

Сечостатева система. Порядок викладу виявленої патології той самий, що і для інших систем. За відсутності змін опис може бути таким:

«Бімануальна пальпація нирок безболісна. Симптом «постукування» негативний з обох боків. Пальпація по ходу сечоводів безболісна».

Нервова система. Відображається вогнищева симптоматика при її наявності, стан пам'яті хворого, його зору і слуху.

Додаткові дослідження. Використовуються результати лабораторних аналізів, інструментальних досліджень і консультацій вузьких фахівців, які вже є в оригінальній історії хвороби на момент курації. До графі вносяться характерні для захворювання дані, необхідні для обґрунтування діагнозу. Для обґрунтування функціонального стану систем організму, виключення схоже протікаючої патології, можуть бути потрібні також певні дані досліджень з відсутністю в них патологічних змін. Решта результатів досліджень, які не дають корисної інформації, наводити не слід. Для хворих хронічною хворобою нирок (ХХН), з наявними даними про рівень креатиніну крові, треба розрахувати швидкість клубочкової фільтрації (ШКФ) за формулою (Cockcroft-Gault або MDRD) і вписати її після даних про креатинін сироватки крові.

В назвах досліджень використовуються тільки загальноприйняті аббревіатури (ЕКГ, ЕХОКГ), обов'язково вказується дата їх проведення.

Діагноз. Наводяться повні формулювання основного і супутнього захворювань. Назва кожної з нозологічних форм пишеться з нового рядка. Писати окремо обґрунтування діагнозу не потрібно, але кожне його положення повинне бути обґрунтоване відповідним описом скарг, анамнезу, об'єктивного обстеження і результатами наведених додаткових досліджень. Наприклад, якщо у хворого на ІХС виставляється стадія СН II Б, то в скаргах повинні бути дані про періодичні або постійні периферичні набряки.

План обстеження і лікування. В цю графу включаються тільки ті дослідження, які ще не були проведені, але необхідні хворому для підтвердження діагнозу і корекції лікарської тактики. Далі наводяться лікувальні заходи, які рекомендуються куратором. Назви ліків пишуться на тій самій мові (українській, російській, англійській), що і вся історія хвороби, аналогічно напи-

санню розділу «Фактичне лікування» повної історії хвороби (розділ 2.2) – з вказанням доз, режиму і шляху введення.

Рекомендації хворому після виписки. Куратор повинен відобразити основні профілактичні заходи і лікування, яке хворий повинен продовжити в амбулаторних умовах (наприклад, які антигіпертензивні препарати і в якому дозуванні). Графа заповнюється аналогічно рекомендаціям хворому при виписці в розділі «Епікриз» повної історії хвороби (розділ 2.2).

3.3. Критерії оцінки короткої історії хвороби.

Загальна оцінка складається з оцінки практичних навичок роботи з хворим і оцінки за оформлення (написання) історії хвороби. Якщо одна з цих оцінок незадовільна, така ж ставиться і загальна оцінка. Оформлення стислої історії хвороби оцінюється аналогічно повної «академічної» історії (розділ 2.3), з урахуванням кількості і ступеня помилок в основних графах, відповідних основним розділам повної історії хвороби. До перевірки не приймаються історії, заповнені неакуратно, нерозбірливим почерком, з незаповненими графами.

Практичні навички роботи куратора з хворим оцінюються викладачем під час збору студентом скарг, анамнезу і проведення ним об'єктивного обстеження хворого залежно від кількості і ступеня допущених неточностей і недоопрацювань. Незадовільна оцінка ставиться, якщо студент допускає грубі помилки в зборі фізикальних даних (наприклад, не вміє провести топографічну перкуссию легень, пальпувати печінку та ін.), а також у разі недостатньої його роботи з хворим (наприклад, переписав фізикальні дані або їх частину з оригінальної історії хвороби).

IV. РОБОТА З ТЕМАТИЧНИМИ ХВОРИМИ НА ПРАКТИЧНОМУ ЗАНЯТТІ

4.1. Загальні зауваження

Робота з тематичними хворими складає основну частину всіх практичних занять модуля. Вона може включати як сумісний з викладачем огляд хворого, так і самостійну курацію студентами тематичних хворих з подальшою доповіддю результатів обстеження хворого в навчальній групі і обговорення з викладачем правильності запропонованої куратором лікарської тактики. Звіти про роботу з тематичними хворими записуються у вигляді протоколів курації в щоденниках, які ведуть студенти.

Курація хворого має значну схожість з тією, яку ведуть студенти для оформлення стислої історії хвороби (розділ 3.1). Куратор так само виступає в ролі лікаря, який оглядає вже повністю або частково обстеженого пацієнта. Куратор на підставі отриманих їм фізикальних даних і наявних даних додаткових досліджень ставить діагноз, складає план подальшого обстеження хворого і його лікування. Оцінка роботи студента з тематичним хворим, правильності постановки діагнозу, запропонованих діагностичних і лікувальних заходів складає основу його оцінки на практичному занятті.

Як і у випадку з роботою над стислою історією хвороби, при сумісному огляді студентами хворого з патологією, яка рідко зустрічається, протокол курації кожен студент заповнює самостійно, вписуючи в нього свої висновки по діагнозу та плану обстеження і лікування. Враховуючи можливість численних комбінацій лікарських засобів, великий вибір серед препаратів однієї групи, назви рекомендованих препаратів у кураторів не повинні бути однаковими і повторювати лист призначень оригінальної історії хвороби. Списані один у одного «протоколи-близнюки» викладачем до перевірки не приймаються.

У виняткових випадках, коли хворих за темою заняття немає в клініці, допускається теоретична робота над «віртуальним» хворим. Для цього викладач дає кожному студенту фізикальні дані і результати додаткових досліджень умовного хворого, і студент працює з ними як з клінічним завданням,

ставлячи діагноз і визначаючи лікарську тактику. Протокол курації заповнюється в цьому випадку так само, як і при роботі з реальним хворим, але визначається як навчальний: *Протокол курації (навчальний)*.

4.2. Рекомендації з оформлення протоколів курації хворих

Протоколи курації пишуться студентом власноручно в щоденнику курації, який ведеться в загальному зошиті об'ємом 24 або 48 листів. На внутрішню сторону лицьового листа обкладинки наклеюється зразок протоколу курації (мал.4), перша сторінка зошта відводиться для титульного листа:

ЩОДЕННИК
курації хворих на кафедрі внутрішніх хвороб №2 ЗДМУ
студентом 5 курсу 1 групи
< Прізвище, ім'я, по батькові >

Перший протокол заповнюють на третій сторінці зошта, надалі кожен протокол починають з нової сторінки. Графи протоколу розташовуються на сторінці щоденника курації в тому ж порядку, що і в зразку. Слід прагнути до короткого викладення матеріалу, щоб протоколи займали не більше за сторінку, вміщуючи при цьому всю важливу інформацію.

Заповнення протоколу починають з дати і теми практичного заняття. Робота з паспортними даними пацієнта проводиться у відповідності із законом про захист персональних даних. Дані опиту пацієнта, об'єктивного обстеження і результати додаткових досліджень вносяться в ще більш скороченому вигляді, ніж в стислій історії хвороби.

Скарги, стислий анамнез. Викладаються ключові скарги на момент надходження пацієнта в клініку, які відображають суть захворювання. Дуже стисло, двома-трьома реченнями, викладаються основні етапи розвитку захворювання. Одним-двома реченнями вказуються чинники ризику і перенесені захворювання, якщо це необхідно.

Об'єктивне обстеження. Графи заповнюються у відповідності до зразку (мал. 4). Вказується загальний стан хворого, далі до відповідних граф вно-

сяться тільки виявлені зміни і ті нормальні показники, які потрібні для обґрунтування діагнозу. Порядок викладення той самий, що і для стислої історії хвороби (розділ 3.2).

Дата _____ Тема: _____ Протокол курації		
<u>П.І.Б. / Ф.И.О. / Surname, first name</u>		
<u>Вік / Возраст / Age</u>	<u>Стать / Пол / Sex</u>	<u>Сімейн.стан/Семейн.полож/ Marital status: _____</u>
<u>Професія / Профессия / Occupation</u>		
Скарги, стислий анамнез / Жалобы, краткий анамнез / PRESENT COMPLAINT <i>При поступлении</i>		
<u>Об'єктивне обстеж. / Объективное исслед./ O/E</u> • <u>Загальний стан/ Общее состояние / GENERAL CONDITION</u> • <u>Органи дихання /Органы дыхания / RS</u> • <u>Серцево-судинна система / Сердечно-сосудистая система / CVS</u> • <u>Органи травлення / Органы пищеварения / GIS</u> • <u>Сечостатева система / Мочеполовая система / GUS</u> • <u>Нервова система / Нервная система / CNS</u>		
Особливі нотатки / Особые отметки / POINTS OF NOTE		
Додаткові дослідження / Дополнительные исследования / INVESTIGATIONS <i>Дата и результаты дополнит. исслед., подтверждающих диагноз, которые уже есть в истории на момент курации</i>		
<u>Діагноз / Диагноз / DIAGNOSIS</u> <i>Полная формулировка д-за основного и сопутствующих заболеваний</i>		
Обстеження та лікування / Обследование и лечение / MANAGEMENT <i>Какие еще исслед. необходимы больному?</i> <i>Рекомендуемое Вами лечение (название препарата, доза, режим и путь введения).</i>		
Підпись куратора _____		

Мал. 4. Зразок оформлення протоколу курації хворого.

Якщо при об'єктивному обстеженні якої-небудь системи відхилень від норми не виявлено, можна так і записати, наприклад:

«Органи дихання: патології не виявлено».

Додаткові дослідження. До графи вписуються дані вже проведених додаткових досліджень, які підтверджують діагноз, з обов'язковим вказанням дати його проведення (окрім навчальних протоколів курації). З протоколів інструментальних досліджень, консультацій вписуються тільки висновки. Показники лабораторних аналізів, що не мають патологічних змін, можна повністю не наводити, наприклад:

«< Дата > Заг. ан. сечі: без змін».

В інших аналізах, які містять велику кількість показників, в більшості випадків можливо вписувати в протокол тільки ті з них, які необхідні для обґрунтування діагнозу і визначення лікарської тактики.

Діагноз. Наводиться повне формулювання діагнозу основного і супутніх захворювань, аналогічно заповненню стислої історії хвороби (розділ 3,2). Кожне його положення повинне відповідати відображенням в протоколі змінам клінічної картини.

Обстеження і лікування. Графа заповнюється так само, як і в стислій історії хвороби (розділ 3.2).

Протокол закінчується підписом куратора. Після перевірки роботи студента протокол підписує викладач і ставить потім в свій журнал оцінку студенту за практичне заняття.

Щоденники курації студенти повинні зберігати до закінчення вивчення дисципліни «Внутрішня медицина» на 6 курсі.

Приклад оформлення протоколу курації:

02.02.2013г. Тема: Пієлонефрити.

Протокол курації

П.І.Б. Н., 53 років, Стать: жін., Сімейний стан: заміжня.

Професія: економіст

Скарги, короткий анамнез: Періодичні головні болі, відчуття тяжкості і дискомфорту в поперековій області більше справа. Хворіє близько 7 ро-

ків, не обстежувалася, лікувалася самотійно травами. Стан погіршився
неділю тому після переохолодження.

Об'єктивне обстеження: Загальний стан середньої тяжкості. Зріст
165 см, вага 68 кг Шкірні покриви звичайного кольору, набряків немає.

Органи дихання: патології не виявлено.

Серцево-судинна система: патології не виявлено.

ЧСС 78 за хв., АТ 150/100 мм рт. ст.

Органи травлення: патології не виявлено.

Сечостатева система: Пальпація області нирок і по ходу сечоводів
безболісна. Симптом «постукування» позитивний справа.

Нервова система: патології не виявлено.

Додаткові дослідження: Заг. ан. крові 28.01 – не змінений. Заг.ан. сечі
28.01: лейкоцити 25-30 в полі зору. Креатинін крові 28.01 – 88 мкмоль/л.
ШКФ(Cockcroft-Gault) – 98 мл/хв/1,76м².

ЕКГ 27.01: Ритм синусовий, ознаки гіпертрофії лівого шлуночку.

Діагноз: ХХН І ст., пієлонефрит, загострення. Артеріальна гіпертен-
зія ІІ ст.

План обстеження і лікування:

Ан. сечі за Нечіпоренком.

Бак. посів сечі з визначенням чутливості до антибіотиків.

УЗД нирок.

Консультація окуліста (огляд очн. дна).

Ципрофлоксацин 500 мг. 2 рази на день після їжі 7 днів з подальшим контро-
лем заг. ан. сечі.

Лізіноприл 5 мг. 2 рази на день, амлодипін 5 мг. 1 раз на день per os, контроль
АТ.

<Підпис куратора>

Література:

1. Василенко В.Х., Гребнев А.Л. Пропедевтика внутренних болезней: Учебник.—5-е изд., перераб. и доп. - М.: Медицина, 2001. - 592 с: ил.
2. Гребнев А.Л. Пропедевтика внутренних болезней. - М.: Медицина, 2001. - 592 с.: ил.
3. Крупін В. П. Основні та додаткові методи обстеження хворих у клініці внутрішніх хвороб / В. П. Крупін, А. Б. Зіменковський, М. С. Регеда та ін.— Вінниця: НОВА КНИГА, 2005. – 256 с.: іл.
4. Лис М.А. Пропедевтика внутренних болезней / Лис М.А., Солоненко Ю.Т., Соколов К.Н. - Издательство Гревцова, 2011. - 576 с.
5. Мухин Н.А., Моисеев В.С. Пропедевтика внутренних болезней, 2-е изд., доп. и перераб. - ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 848 с.: ил.
6. Мухин Н. А. Основы клинической диагностики внутренних болезней (Пропедевтика) / Мухин Н. А., Моисеев В. С. - М.: Медицина, 1997. - 470 с.
7. Петрова М.М. Пропедевтика внутренних болезней / Петрова М.М, Казакова Г.Н, Мудрова Л.А. - Издательство ВЕРСО, 2006. - 164 с.
8. Солдатова Г.С. Схема истории болезни. - Новосибирск: Издательство НГУ, 2004. - 19 с.
9. Швець Н.І. Еталони практичних навиків з терапії / Швець Н.І., Піддєв А.В., Бенца Т.М.та ін.- Київ: Главмеддрук, 2005.-540с.
10. Glendinning E.H., Holmström B.A.S. English in Medicine. A course in communicatin skills. Second Edition. - Cambridge University Press, 2000.