

**С.А. АЛЕКСЕЕВ, Н. Е. НИКОЛАЕВ,  
А.И. ЛЕМЕШЕВСКИЙ, СЕМЕНЧУК И.Д.**

**АКАДЕМИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА  
СТАЦИОНАРНОГО ПАЦИЕНТА В КЛИНИКЕ ОБЩЕЙ  
ХИРУРГИИ**

**Минск 2015**

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

**БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ  
КАФЕДРА ОБЩЕЙ ХИРУРГИИ**

**С.А. АЛЕКСЕЕВ, Н. Е. НИКОЛАЕВ,  
А.И. ЛЕМЕШЕВСКИЙ, СЕМЕНЧУК И.Д.**

**АКАДЕМИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА СТАЦИОНАРНОГО  
ПАЦИЕНТА В КЛИНИКЕ ОБЩЕЙ ХИРУРГИИ**

**Методические рекомендации**



**Минск 2015**

**УДК 617 (091) (075.8)**

**ББК 54.5 я 73**

**А 47**

Авторы: профессор, д.м.н. С.А. Алексеев, доцент, к.м.н. Н.Е. Николаев, доцент, к.м.н. А.И. Лемешевский, доцент, к.м.н. И.Д. Семенчук,

Рецензенты:

Заведующий 2-й кафедры хирургических болезней Белорусского государственного медицинского университета, доктор медицинских наук, профессор С.И. Третьяк

Доцент кафедры общей хирургии Белорусского государственного медицинского университета, кандидат медицинских наук О.В. Попков

Утверждено Научно-методическим советом Белорусского государственного медицинского университета в качестве методических рекомендаций

26 января 2015 г., протокол № 6 .

**Алексеев С.А., Николаев Н.Е., Лемешевский А.И., Семенчук И.Д..**

А 47 Академическая карта стационарного пациента в клинике общей хирургии / С.А. Алексеев, Н.Е. Николаев, А.И. Лемешевский – Мн.: БГМУ, 2015 - 25 с.

Изложены этапы оформления академической карты стационарного пациента в клинике общей хирургии.

Предназначено для студентов медицинского университета.

**УДК 617 (091) (075.8)**

**ББК 54.5 я 73**

**ISBN**

© Белорусский государственный медицинский университет, 2015г.

**Тема занятия.**

Курирование пациента. Написание учебной истории болезни.

**Общее время занятия.**

Лечебный, военно-медицинский, педиатрический факультеты - 4 часа.

**Мотивационная характеристика темы.**

Медицинская карта стационарного пациента – это системное, динамичное изложение субъективной и объективной информации о состоянии здоровья пациента. Академическая карта стационарного пациента пишется в учебных целях, поэтому имеет дополнительные разделы и усложняется с каждым курсом обучения. В ходе ее написания студенты курируют пациентов клиники, представляют результаты своих исследований, излагают свои доводы по обоснованию диагноза. Написание академической карты стационарного пациента является основой освоения всех клинических дисциплин, оно формирует отношение студента к своей будущей профессии, развивает системность и аккуратность в работе с медицинской документацией.

**Цель занятия:** научить студента правильно оформлять академическую карту хирургического пациента, реализуя накопленные теоретические и практические знания.

**Задачи занятия:**

1. Представить структуру оригинальной медицинской карты стационарного пациента в клинике общей хирургии и усвоить правила работы с ней;
2. Обсудить особенности обследования пациентов в хирургической клинике, интерпретацию лабораторно-инструментальных данных, используемые для постановки диагноза;

3. Разобрать этапы оформления академической карты стационарного пациента;

4. Провести курацию пациента в отделении хирургии.

### **Требования к исходному уровню знаний.**

Для полного усвоения темы студенту необходимо повторить:

1. Анатомию и физиологию органов грудной клетки и брюшной полости;

2. Анатомию и физиологию сосудистой системы (вен и артерий) конечностей;

3. Методы физикального и инструментального исследования органов брюшной полости и сосудов нижних конечностей;

4. Интерпретацию основных лабораторных методов исследования.

### **Контрольные вопросы из смежных дисциплин.**

1. Механизмы развития местной воспалительной реакции;

2. Методы обследования органов брюшной полости и грудной клетки;

3. Топографическая анатомия органов живота и грудной клетки.

4. Особенности анатомии кровеносных систем нижних конечностей;

5. Методы обследования артерий и вен нижних конечностей;

### **Контрольные вопросы по теме занятия.**

1. Взаимоотношения врача с медицинским персоналом и пациентом;

2. Причины ятрогенной патологии;

3. Показания к рентгенологическим исследованиям, лапароскопии;

4. Показания к применению сцинтиграфии, ФГДС, рентгеноскопии;

5. Показания к применению УЗИ, КТ, МРТ;

6. Основные симптомы воспаления брюшины;

7. Назовите основные осложнения при травмах грудной клетки;

8. Методы оценки тяжести общего состояния пациента и риска хирургического вмешательства;

## УЧЕБНЫЙ МАТЕРИАЛ

### **Особенности оформления**

Академическая карта стационарного пациента на кафедре общей хирургии пишется от руки *в ученической тетради* или *на листах формата А4*. Каждый из разделов академической карты стационарного пациента должен выделяться заглавными буквами и отделяться от предыдущего 2-3 пустыми строками, каждый из пунктов – должен начинаться с нового абзаца. На каждой странице на свободном крае должны быть не занятые текстом поля шириной не менее 1,5 см для пометок при проверке. Запрещаются сокращения слов, кроме общепринятых. Почерк должен быть разборчивым, *чернила синие*. При курации несколькими студентами одного пациента академические карты стационарного пациента обязательно пишутся каждым студентом самостоятельно – переписывание исключается. Варианты, оформленные не соответствующим образом, к проверке не принимаются.

*Написание академической карты стационарного пациента оценивается на оценку и зачитывается вне зависимости от набранных баллов (не переписывается), а полученная оценка учитывается в рейтинге студента при сдаче итогового экзамена по общей хирургии. После оценки академическая медицинская карта стационарного пациента остается у преподавателя и хранится в архиве кафедры 1 год.*

### **Особенности работы с медицинской картой стационарного пациента**

Особо следует отметить важность медицинской карты стационарного пациента, как важнейшего медицинского и юридического документа. Он не просто отражает определенный этап жизни пациента, подробности его болезни, ее диагностики и лечения, но и является первоисточником научных исследований, имеет социальную значимость (при дальнейшей реабилитации, определении группы инвалидности). Студентам категорически запрещается

выносить медицинскую карту стационарного пациента за пределы отделения, брать ее без ведома преподавателя, который обязан информировать персонал отделения о конкретном месте нахождения документа во время вашей работы с ним.

### **Структура академической карты стационарного пациента**

Выделяют следующие разделы медицинской карты:

- Титульный лист;
- Паспортные данные;
- Жалобы;
- История настоящего заболевания;
- История жизни;
- Объективное настоящее состояние;
  - Оценка общего состояния;
  - Осмотр тела пациента;
  - Дыхательная система;
  - Сердечно-сосудистая система;
  - Органы пищеварения;
  - Мочеполовая система;
  - Нервная система;
  - Местное проявление заболевания;
- Диагностические методы;
- Обоснование диагноза;
- Диагноз;
- Дифференциальная диагностика;
- Возможные методы лечения и их обоснование;
- Предоперационный эпикриз;
- Протокол операции;
- Температурный лист;
- Дневники (не менее 2);
- Прогноз заболевания;
- Эпикриз;
- Список литературы, использованный при подготовке академической карты стационарного пациента.

Титульный лист должен быть выполнен на лицевой части тетради (рис.1).

<p style="text-align: center;"><b>МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ</b></p> <p style="text-align: center;"><b>БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ</b></p> <p style="text-align: center;"><b>КАФЕДРА ОБЩЕЙ ХИРУРГИИ</b></p> <p style="text-align: right;">Зав. кафедрой общей хирургии, профессор С.А. Алексеев</p> <p style="text-align: center;"><b>АКАДЕМИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА СТАЦИОНАРНОГО ПАЦИЕНТА</b></p> <p>Фамилия, имя, отчество пациента: Диагноз:</p> <p style="text-align: right;"><b>Куратор:</b> фамилия, имя отчество, группа, факультет</p> <p style="text-align: right;"><b>Преподаватель:</b> должность, Ф.И.О.</p> <p style="text-align: center;">Минск 2015</p>
--

Рис. 1. Структура титульного листа

### **Паспортные данные**

В паспортной части медицинской карты должны быть отражены следующие пункты:

1. Фамилия, имя, отчество пациента;
2. Пол;
3. Возраст;



4. Домашний адрес;
5. Место работы, профессия или должность;
6. Дата и час поступления;
7. Дата выписки;
8. Кем направлен пациент;
9. Диагноз направившего учреждения;
10. Диагноз при поступлении;
11. Диагноз клинический:
  - а) основной,
  - б) осложнения основного заболевания,
  - в) сопутствующие заболевания;
12. Название операции и дата;
13. Исход заболевания ( выздоровление, выписан с улучшением, без перемен, с ухудшением, продолжает болеть на момент окончания курации, умер).

## **ЖАЛОБЫ**

Сбор информации о пациенте начинается с субъективного обследования. Жалобы собираются как на день курации (их следует указать только в дневниках) так и на момент поступления (они играют ведущую роль в постановке диагноза и приводятся в текущем разделе). Такое разделение обусловлено невозможностью курации пациента с начала поступления в стационар, вследствие специфики учебного процесса. Все жалобы условно следует разделить на две группы:

- **основные жалобы;**
- **второстепенные.**

**Основные жалобы** – связаны с развитием основного заболевания.

Жалобы следует детализировать. Например, при жалобах на боли уточняют следующие вопросы:

- локализация болевого синдрома;
- иррадиация (место отражения боли);
- время появления болей (днём, ночью);
- их длительность (постоянные, периодические, приступообразные);
- интенсивность (сильная, слабая, мешает или не мешает сну, работе);
- характер болей (ноющая, колющая, режущая, тупая, острая, пульсирующая и т.д.);
- причина, вызывающая боль (определённое положение тела, движение, дыхание, приём пищи, нервное состояние и т.д.);
- сопутствующие боли проявления (сердцебиение, тошнота, рвота, ощущение нехватки воздуха и т.д.);

**Второстепенные жалобы** – общего характера. Например:

- слабость;
- недомогание;
- повышенная утомляемость и снижение работоспособности;
- отсутствие аппетита;

- плохой сон;
- снижение массы тела;
- головная боль.

Выяснение жалоб общего характера не только позволяет уточнить характер заболевания, но и способствует оценке общего состояния пациента.

## **ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

### **(anamnesis morbi)**

При описании anamnesis morbi необходимо последовательно изложить представленные ниже положения.

**Начало заболевания:** когда и как началось заболевание (постепенно, внезапно, первые его проявления). С чем пациент связывает свое заболевание (предполагаемая причина развития - переутомление, погрешности в диете, влияние профессиональных, бытовых, климатических факторов). С какого времени считает себя заболевшим: месяц, год. При остром заболевании указываются, кроме того, число, часы, минуты. В случае травмы обязательно указываются место получения травмы, время, обстоятельства и подробный механизм травмы (упал навзничь, попал под колесо автомобиля, получил удар ножом в живот и т.д.). При воспалительных процессах (панариций, фурункулов, мастит и т.д.) отметить, что предшествовало заболеванию, если микротравма, то описать производилась ли ее обработка и в чем она заключалась.

**Течение заболевания:** последовательность появления отдельных симптомов, периоды обострения и ремиссии. Обязательно отметить динамику первых признаков заболевания, какие из них нарастают или, наоборот, исчезают. При наличии иррадиации болей – отметить куда.

**Обращался ли за медицинской помощью:** назвать лечебное учреждение, специализацию врача и в чем конкретно эта помощь заключалась. Следует изучить имеющиеся у пациента медицинские справки и документы (амбулаторная карта, выписки из истории болезни, заключения специалистов).

**Способы лечения, которые применялись ранее:** медикаментозные, хирургические и др., оценка их эффективности.

**Причина данной госпитализации:** ухудшение состояния, неэффективность предыдущего лечения, уточнение диагноза, плановая или экстренная госпитализация. Следует отметить: обратился ли пациент сам, направлен поликлиникой или доставлен скорой помощью.

**Обратите внимание!** *Вы должны получить четкое представление о том, когда возникло заболевание, что его спровоцировало, с чего оно началось, как развивалось, как лечили и обследовали пациента, как изменялось его состояние, что заставило обратиться к врачу в настоящее время, что выполнено в отделении после госпитализации. Важно отразить эти сведения при описании истории развития заболевания.*

## **ИСТОРИЯ ЖИЗНИ**

### **(anamnesis vitae)**

**Биографические сведения:** Когда и где родился (описать климатические особенности). Как рос и развивался. Перечислить заболевания в детском возрасте. Когда начал учебу в школе, что окончил. Образование. Изменения места жительства.

**Профессиональный анамнез (собирать у всех, в т.ч. у пенсионеров):** С какого возраста работает Основная профессия и ее изменения, условия работы (характеристика рабочего помещения в плане освещения, особенностей воздуха и др.). Наличие неблагоприятных профессиональных факторов (физических, химических, вынужденного положения во время работы, чрезмерного умственного или физического напряжения). Продолжительность рабочего дня

**Бытовой анамнез:** условия жизни (жилищные условия, гигиенический режим, особенности отдыха); режим питания.

**Перенесенные ранее заболевания, например:**

- •Перенесенные тяжелые заболевания (инфаркт миокарда, инсульт, пневмония, гепатит и др.),
- травмы, в том числе и нервно-психические, суицидальные попытки,

– хирургические операции с указанием года их выполнений, особенностей течения послеоперационного периода,

– сопутствующие хронические заболевания (гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет, хронический бронхит, бронхиальная астма) с описанием длительности и особенностей течения заболевания, характера применяемой терапии.

**Эпидемиологический анамнез:** отдельно отметить наличие или отсутствие в прошлом таких заболеваний, как туберкулез, венерические болезни, гепатит, малярия. При отсутствии их в анамнезе - написать, что пациент отрицает их. Были ли выезды за пределы постоянного места жительства и контакты с инфекционными пациентами в последние 0,5 года

**Вредные привычки:** характер злоупотребления (табак, алкоголь, наркотики); с какого возраста, как часто употребляется.

**Аллергологический анамнез:** непереносимость лекарственных препаратов, бытовая и пищевая аллергия, характер реакций (сыпь, зуд, лихорадка, затруднение дыхания, анафилактический шок и другое).

**Трансфузионный анамнез.** Производилось ли переливание крови и другие трансфузии в прошлом, по поводу чего, когда, сколько раз, приблизительно в каких количествах. Были ли осложнения, в чем они заключались.

**Акушерско-гинекологический анамнез (у женщин):** когда начались менструации, как протекают, когда были в последний раз (выполнение плановое оперативное вмешательство на фоне менструации крайне нежелательно). Сколько беременностей было, сколько родов, абортов, выкидышей. Была ли патология беременности, в чем заключалась (мертворожденных или новорожденных с желтухой).

**Наследственный анамнез:** здоровье прямых родственников (родители, дети, братья, сестры), при наличии наследственной предрасположенности в отношении основного заболевания следует указать, страдают ли им прямые родственники.

**Страховой анамнез:** длительность пребывания на последнем листе временной нетрудоспособности, наличие страхового полиса, наличие инвалидности (указать по какому заболеванию, группу инвалидности, срок переосвидетельствования).

## **ОБЪЕКТИВНОЕ НАСТОЯЩЕЕ СОСТОЯНИЕ**

**(status praesens objectivus)**

### **Общие положения**

При объективном обследовании пациента последовательно применяются методы:

- Осмотр (*inspectio*);
- Ощупывание (*palpatio*);
- Выстукивание (*percussio*);
- Выслушивание (*auscultatio*);
- Оценка функции (*functio*).

Обследование следует проводить в теплом и хорошо освещаемом помещении. Руки должны быть достаточно теплыми, ногти коротко остриженными. Желательно присутствие медицинской сестры или другого медработника, если обследование пациентки-женщины проводит врач-мужчина. Представьтесь пациенту. Объясните цель исследования и как оно будет выполняться. Осмотр проводится параллельно с пальпацией. При жалобах пациента, начните осмотр с противоположной (здоровой) стороны, а затем с больной. Явные клинические находки не должны отвлекать вас от детального обследования. При наличии источников патологических выделений оденьте перчатки. Сначала проводите поверхностную пальпацию, затем глубокую.

### **ОБЩЕЕ СОСТОЯНИЕ ПАЦИЕНТА**

Можно оценить как **удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое или крайне тяжелое**. Данная оценка достаточно субъективна, исходит из

общего виденья пациента врачом на основании оценки состояния нервной, сердечно-сосудистой, дыхательной систем, прогнозе заболевания, стабильности гемодинамики, тяжести перенесенной операции и др. Однако могут применяться и объективные системы оценки тяжести состояния (APACHE, SAPS, Глазго и др.).

## **ОСМОТР ТЕЛА ПАЦИЕНТА**

Телосложение, питание, конституция, вес.

Положение (активное, пассивное, вынужденное).

Кожные покровы и видимые слизистые. Цвет кожных покровов и видимых слизистых оболочек, тургор и эластичность кожи, наличие на ней высыпаний, родимых пятен и других образований. Обязательны размеры.

Состояние волос и ногтей.

Степень развития подкожной клетчатки (толщина кожной складки в области плеча и реберной дуги), наличие в ней образований.

Лимфатическая система. Состояние периферических лимфоузлов: шейных, подчелюстных, подмышечных, кубитальных, паховых – указать их размеры, консистенцию, подвижность.

Мышечная система. Степень развития мышц, их тонус и сила.

Костно-суставная система. Конфигурация скелета (нет ли деформаций), движения в суставах (в полном объеме, ограничены, отсутствуют). Голова: конфигурация черепа, наличие деформаций. Шея: конфигурация, движения, пульсация сосудов, состояние щитовидной железы (размеры, консистенция).

## **ДЫХАТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА**

Грудная клетка: конфигурация, участие в дыхании. Частота дыханий в 1 мин. Тип дыхания (грудной, брюшной).

Данные топографической перкуссии (рис. 2): описать нижние границы легких по линиям с обеих сторон; описать подвижность нижнего края легкого по задней подмышечной линии (при глубоком вдохе и выдохе).

<b>Топографическая линия</b>	<b>Справа</b>			<b>Слева</b>		
l. parasternalis	...ребро			–		
l. medioclavicularis	...ребро			–		
l. axillaris anterior	...ребро			...ребро		
l. axillaris media	...ребро			...ребро		
l. axillaris posterior	...ребро			...ребро		
l. scapularis	...ребро			...ребро		
l. paravertebralis	...остистый отросток			...остистый отросток		
Подвижность по l. axillaris posterior в см.	вверх	вниз	общая	вверх	вниз	общая
	...	...	...	...	...	...

Рис. 2. Представление данных топографической перкуссии легких

Данные сравнительной перкуссии.

Голосовое дрожание.

Аускультация легких – проводится над всей их поверхностью, практически над теми же точками где и проводилась перкуссия.

Проба Штанге (продолжительность задержки дыхания на вдохе).

## **СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА**

Частота пульса и его характеристика. Артериальное давление.

Локализация верхушечного толчка сердца.

Границы относительной тупости сердца.

Поперечный размер сердца.

Границы абсолютной тупости сердца.

Ширина сосудистого пучка.

Данные аускультации сердца.

Состояние периферических сосудов (артерий и вен). Оценить пульсацию на артериях стоп, подколенных, бедренных, лучевых и сонных артериях.

Оценить состояние вен нижних конечностей, при наличии варикозного расширения описать проявления.

## **ОРГАНЫ ПИЩЕВАРЕНИЯ**

Описание слизистых оболочек полости рта, языка. Величина и окраска небных миндалин. Глотание (свободное, безболезненное, затруднено).

Конфигурация живота: вздут, втянут, наличие асимметрии, правильная конфигурация. Наличие выпячиваний в эпигастрии, области пупка, паховых областей.

Участие живота в акте дыхания (участвует равномерно, отстает левая половина, правая не участвует).

Перкуссия живота (тимпанит, притупление в отлогих местах, тупость), синдром ундуляции (при асците). Данные пальпации: живот мягкий, безболезненный или напряжен и болезнен (в каких отделах). Наличие образований в передней брюшной стенке или брюшной полости, определяемых пальпаторно. Симптомы раздражения брюшины: отрицательны или положительны (в последнем случае - в каких отделах). Аускультация: перистальтика кишечника прослушивается или нет, усилена или ослаблена.

Перкуссия печени. Границы печени по Курлову. Пальпация нижнего края печени (пальпируется, не пальпируется, в первом случае описать на каком уровне, консистенцию, форму, поверхность гладкая, бугристая, др.).

Селезенка: ее границы и размеры при перкуссии (длина и ширина), пальпируется, не пальпируется.

Регулярность, характер стула, наличие патологических примесей (слизь, кровь).

## **МОЧЕПОЛОВАЯ СИСТЕМА**

Мочеиспускание: частота, болезненность. Объем диуреза (при показаниях).

Почки: пальпируются, не пальпируются. Наличие болезненности по ходу мочеточников, поясничной области справа и слева. Мочевой пузырь: перкуторно и пальпаторно определяется над лоном или нет, на каком уровне.

Описание наружных половых органов у мужчин, развиты, недоразвиты, величина и консистенция яичек, придатков, состояние элементов семенных канатиков, наличие или отсутствие водянки яичка или семенного канатика. Половая сфера у женщин описывается гинекологом.



## **НЕРВНАЯ СИСТЕМА**

Сознание: сохранено, помрачение, отсутствует. В контакт вступает: легко, трудно, не вступает. Во времени, месте: ориентируется, не ориентируется. Описать настроения пациента.

Сон: спокойный, тревожный, сколько часов в сутки.

Открытие глаз: произвольное, на боль, на речь, отсутствует. Зрачки: равновеликие с обеих сторон, широкие, точечные, на свет реагирует или нет.

Словесный ответ: ориентирован, спутанность, непонятные слова, нечленораздельные звуки, речи нет.

Двигательная реакция: выполняет команды, целенаправленная на боль, нецеленаправленная на боль, тоническое сгибание, разгибание на боль, отсутствует.

Наличие патологических рефлексов.

## **МЕСТНОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

**(status localis)**

Местное проявление заболевания рекомендуется описывать в следующем порядке: 1) визуальные особенности; 2) изменения при проверке активных движений; 3) результаты пальпации; 4) результаты перкуссии; 5) данные аускультации (патологические шумы, ослабление дыхания, отсутствие перистальтики); 6) описание других симптомов, характерных для данной патологии.

**При осмотре** зоны патологических изменений нужно оценить характер болезненного локального процесса (припухлость, рана, выпячивание, новообразование, деформация, язва), его локализацию, размеры, цвет кожных покровов в данной области и выраженность сосудистого рисунка. При нарушении целостности кожи (рана, язва) – характер краев, форму и глубину дефекта, вид и количество отделяемого. Следует внимательно описать антропометрические показатели и объем активных движений конечностей.

Необходимо подчеркнуть важность осмотра симметричных участков тела для сравнения пораженной и интактной областей.

**При пальпации** необходимо определить болезненность, местную температуру, характер границы болезненного процесса со здоровыми тканями, исследовать пульсацию магистральных артерий и регионарные лимфатические узлы. Важно выяснить объём пассивных движений. При изучении образования дополнительно необходимо оценить его консистенцию (мягкоэластичная, плотноэластичная, каменистой плотности), подвижность по отношению к коже и подлежащим тканям, характер поверхности (гладкая, бугристая), точки максимальной болезненности, характер пульсации периферических артерий.

**При перкуссии** определяют характер перкуторного звука над образованием, патологическим очагом (притупление, тимпанит), выявляют специальные симптомы (флюктуацию, баллотирование).

**Аускультацию** проводят для обнаружения сосудистых шумов в области образования некоторых специальных симптомов (определение перистальтики кишечника, проведения сердечных тонов, ослабления дыхательных шумов, «шума плеска» и др.).

Все методы исследования направлены на то, чтобы поставить диагноз, то есть определить имеющееся у пациента заболевание.

*Пример написания Status localis.*

В правой паховой области определяется округлое, однородное выпячивание размером 4 x 2 см, кожа над ним не изменена, обычной окраски, оно мягкоэластичной консистенции, увеличивающееся при натуживании, кашле и свободно вправимое в брюшную полость в горизонтальном положении; располагается медиальнее семенного канатика; наружное паховое кольцо расширено до 2,5 см. Положительный симптом «кашлевого толчка». Тимпанит при перкуссии отсутствует, сосудистые шумы при аускультации над образованием не определяются.

## ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ

Данные лабораторных исследований: анализы крови, мочи, биохимические, серологические исследования записываются с указанием норм в виде таблицы:

Показатель	Значение у пациента	В норме	Оценка
Лейкоциты	$12 \times 10^9$	$4.5-9.0 \times 10^9$	лейкоцитоз
и т.д.			

Далее указываются данные ЭКГ, эндоскопических, ультразвуковых, рентгенологических и других обследований. Указывается дата исследования, протокол и заключение. При рентгенологических обследованиях обязательно указать полученную дозу облучения (в мЗв). При плановой госпитализации указывается дата последней рентгенографии грудной клетки.

Консультации смежных специалистов: выписываются из клинических историй болезни (обязательно указать дату консультации, кем консультирован, диагноз и рекомендации).

## ОБОСНОВАНИЕ ДИАГНОЗА

Завершающим этапом обследования хирургического пациента является диагностика патологического процесса. С этой целью необходимо еще раз проанализировать полученные данные (жалобы на момент поступления, анамнез заболевания, результаты объективного обследования, лабораторные и инструментальные показатели, мнения консультантов), обратиться к литературным источникам по изучаемой болезни (перечислите их в разделе «Литература») и прийти к диагностическим выводам. Обычно обоснование диагноза выражается в карте стационарного пациента следующим образом. **На основании:**

**жалоб** (указываются жалобы пациента характерные для обосновываемого заболевания), **истории заболевания** (описываются кратко отдельные факты из развития болезни, подтверждающие диагноз), **объективных данных** или **местного проявления заболевания** (приводятся объективные данные или местные проявления обосновывающие диагноз),

**лабораторных данных** (выделяются показатели свойственные болезни с указанием клинических проявлений (пример: воспалительные изменения в общем анализе крови – лейкоцитоз (лейкоциты  $12 \times 10^9$ )), **инструментальных данных** (приводятся только результаты исследования подтверждающие диагноз), **заключения консультантов** (перечисляются заключения если они свидетельствуют о выставляемом диагнозе), **выставляется клинический диагноз:**

- основной,
- осложнения основного заболевания (если есть)

### **ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА**

Данный раздел академической карты стационарного пациента на третьем курсе подробно не оформляется. Однако учитывая его важность, он должен быть отмечен. В нем следует перечислить только названия заболеваний, с которыми нужно дифференцировать основное заболевание курируемого пациента.

### **ВОЗМОЖНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ И ИХ ОБОСНОВАНИЕ**

В данном разделе (на основании ознакомления с актуальными литературными источниками) надо указать современные методы (консервативного и оперативного) лечения заболевания, выявленного у курируемого пациента. Далее следует обоснованно выбрать оптимальный (с вашей точки зрения) метод лечения для данного пациента. Следует отметить все основные составляющие терапии, при данном заболевании, но в общих чертах, без указания доз препаратов, с учетом этиопатогенеза (обезболивающая терапия, антибактериальная, атисекреторная, инфузионная, противовоспалительная и др.) В дневнике наблюдения (смотри далее) в разделе назначения на день курации, следует указать режим, диету и медикаменты которые пациент получает согласно листу назначений с указанием дозы кратности и способа введения.

## **ПРЕДОПЕРАЦИОННЫЙ ЭПИКРИЗ**

Оформляется при наличии показаний к оперативному вмешательству.

Включает в себя:

- клинический диагноз и сопутствующую патологию;
- показания и противопоказания к операции;
- план предполагаемой операции;
- вид предполагаемого обезболивания;
- степень риска операции и наркоза;
- отметка информированное согласие пациента на операцию.

Данный раздел на 3-м курсе не входит в обязательную программу при написании академической медицинской карты стационарного пациента.

## **ПРОТОКОЛ ОПЕРАЦИИ**

Протокол операции пишется, если пациенту применялись хирургические методы лечения. Следует указать название операции, вид анестезии, дату, время начала и окончания операции. Отметить этот день (дни, если несколько) красной штриховкой на температурном листе. В медицинской карте также указывается состав операционной бригады, а в академической этого делать не следует по деонтологическим соображениям.

## **ТЕМПЕРАТУРНЫЙ ЛИСТ**

Должен быть вычерчен в академической карте пациента. Готовые печатные бланки клеивать не положено. В температурном листе указывается фамилия и инициалы пациента, номер истории болезни. Ежедневно графически должны прочерчиваться утренняя и вечерняя температура, указываться частота пульса и дыхания, артериальное давление (в течение всех дней госпитализации пациента до и во время курации) (рис. 3). Температурный лист вычерчивается на всю страницу.

№ карты \_\_\_\_\_ ФИО пациента \_\_\_\_\_

Дата																		
Сутки	1		2		3		4		5		6		7		8		9	
	у	в	у	в	у	в	у	в	у	в	у	в	у	в	у	в	у	в
40																		
39																		
38																		
37																		
36																		
35																		
t, °C																		
PS																		
АД																		

Рис.3. Схема температурного листа

Утренняя и вечерняя температура должны сначала проставляться точками на пересечений виртуальных линий от соответствующей цифры температуры и букв «у» или «в», обозначающих утро и вечер. Затем эти точки следует соединить прямыми линиями. Цифровое значение температуры записывается в соответствующей графе.

## ДНЕВНИКИ

В академической карте пациента на кафедре общей хирургии дневники пишут в количестве не менее двух (рис. 4). В дневнике дается оценка общему состоянию пациента (удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое, крайне тяжелое). Основные жалобы на момент осмотра (курации). Краткое описание объективного состояния по системам: кожные покровы, слизистые, нервная, сердечно-сосудистая, дыхательная, пищеварительная. Физиологические отправления за период наблюдения (стул, мочеиспускание). Изменения местного статуса. Дневники должны писаться таким образом, чтобы в них отражалась *динамика* заболевания за период наблюдения, обычно один раз в сутки, два раза или через шесть часов для тяжелых и реанимационных пациентов. Под каждым дневником должна быть подпись студента.

Дата	Содержание дневника	Назначения на день курации
PS ЧД АД	Жалобы. Общее состояние. Краткое описание по системам. Местный статус. Диурез, стул. Отделяемое по дренажам. перевязка. Рекомендации. <p style="text-align: right;"><i>Подпись студента-куратора</i></p>	Режим Диета Медикаменты Процедуры Обследования

Рис. 4. Схема дневника

В правой части дневника указываются:

- *режим пациента:* Ia - строгий постельный, – Ib расширенный постельный, IIa - полупостельный, IIб – палатный, IIIa – общий в пределах этажа, IIIб – общий в пределах больницы, IV – выход на улицу.

- *диета (стол)* – голод (стол 0), основная стандартная (стол Б), хирургическая (стол П), при сахарном диабете (стол Д), специализированная (высокобелковая), разгрузочная, специальная (калиевая, магниевая, зондовая, вегетарианская и др.);
- *названия, дозировки и пути введения лекарственных препаратов*, назначенных пациенту в этот период времени, те назначения лечащего врача, которые будут выполнены средним медперсоналом;
- *процедуры* – физиотерапевтическое лечение (ингаляции, ЛФК и др.);
- *обследования* – УЗИ, ФГДС, общий анализ крови и др.

### ПРОГНОЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ

а) в отношении *жизни*: благоприятный, неблагоприятный;

б) в отношении *работоспособности*: временная потеря трудоспособности, может приступить к своей работе, нуждается в переводе на более легкую работу, нуждается в переводе на инвалидность и т.д.

### ЭПИКРИЗ

Фамилия, имя, отчество пациента, возраст, когда поступил в клинику (число, месяц, год, а при экстренной патологии - часы и минуты).

Указать клинический диагноз, его осложнения, сопутствующую патологию.

Если пациент оперирован, то указать дату и название операции, осложнения послеоперационного периода.

Кратко перечислить жалобы пациента при поступлении. Перечисляются симптомы, а также лабораторные, рентгенологические и другие данные, на основании которых поставлен клинический диагноз (указать какой). Коротко пишется о проведенном лечении. Указываются результаты лечения.

Необходимо помнить, что после выписки пациента копия эпикриза направляется в поликлинику, поэтому в эпикризе должны быть подробно отмечены все выполненные лабораторные и инструментальные исследования.



*Обязательно отмечается, в каком состоянии и когда пациент выписан из клиники, какие рекомендации ему даны (амбулаторное лечение у хирурга и т.д.), когда ему следует обратиться в поликлинику и к какому специалисту, продолжительность ограничения физической нагрузки, диета. Если на день окончания курации пациент не выписался, то эпикриз также пишется в полном объеме с описанием состояния пациента на последний день курации и указывается, что на момент окончания курации он продолжает лечение в клинике.*

***Под эпикризом ставится подпись студента-куратора.***

## **ЛИТЕРАТУРА**

В этом разделе студентом указываются *литературные и электронные* источники, использованные в ходе написания истории болезни. Оформлять источники следует в соответствии с правилами установленными *Приложением 2 к «Инструкции по оформлению диссертации, автореферата и публикаций по теме диссертации»* (эта инструкция доступна на сайте ВАК РБ [www.vak.org.by](http://www.vak.org.by) в разделе «Нормативные документы»).

## **РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА**

1. Общая хирургия: учебник. В 2 т. / Г.П. Рычагов [и др.]; под ред. Г.П. Рычагова, П.В. Гарелика. Минск : Выш. шк., 2008. 978 с.
2. Общая хирургия: учебник / В. К. Гостищев. 4-е изд. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. 848 с.
3. Общая хирургия: учеб. пособие для мед. вузов / С.В.Петров. 3-е изд. М.: Гэотар-медиа, 2008. 768 с.
4. Справочник по диагностике и дифференциальной диагностике хирургических болезней/ под ред. В.Г.Астапенко; М.: «Беларусь»,1988г.,-511с.
5. Хирургия: пер. с англ. доп. // гл. ред. Ю.М. Лопухин, В.С. Савельев – М.: ГЭОТАР Медицина. – 1997. – 1070 с.