

Схема

истории болезни для студентов лечебного факультета
(Программа по детским болезням, утвержденная МЗ РФ, 1989 г)

I. Паспортная часть (сведения берутся из клинической истории болезни)

1.1. Фамилия, имя, отчество больного (имя, принятое в семье)

1.2. Возраст (год, месяц и день рождения)

1.3. Дата поступления в клинику

1.4. Занятие родителей

1.5. Посещает школу, детский сад, находится дома

1.6. Адрес

1.7. Клинический диагноз:

Основной

Осложнения

Сопутствующие заболевания

II. Жалобы (должны быть сформулированы кратко, перечислены).

2.1. Жалобы при поступлении в клинику (из истории болезни)

2.2. Жалобы на день курации (выясняются при разговоре с родителями или больным ребенком)

III. Анамнез жизни.

Сведения для этого раздела составляются из следующих документов, имеющих в истории болезни: направления; выписки из истории болезни, если больной переведен из другого лечебного учреждения; выписки из амбулаторной карты; записи дежурного врача при поступлении; сведений, полученных лечащим врачом или куратором от родителей

- **Аntenатальный период (факторы риска)**

Состояние здоровья матери во время беременности. Токсикозы в I и II половинах беременности, их проявления, кровяное давление, изменения в анализах мочи. Заболевания беременной, их лечение. Условия жизни, труда, питание во время беременности.

Число беременностей (указать год для каждой) и чем закончилась каждая беременность. Характеристика настоящих родов (нормальные, родостимуляция, кесарево сечение, щипцы, ручное пособие и др.), продолжительность I и II периодов, осложнения в родах, время отхождения околоплодных вод, предлежание.

- **Характеристика новорожденного.**

Доношен или нет (указать срок беременности к началу родов). Оценка по шкале Апгар. Масса тела, окружность головы, груди, длина тела при рождении. Крик (слабый, громкий). Асфиксия. На который день отпал пуповинный остаток, зажила пупочная ранка. Не было ли сыпи, опрелостей. Желтуха: сроки появления, выраженность, как долго держалась. Первое прикладывание к груди, активно ли сосал.

- **Вскармливание.**

Время отнятия от груди, соблюдался ли режим кормления. Смешанное или искусственное вскармливание, причина его, с какого возраста. Какие заменители женского молока использовались? В каком количестве?

Прикорм: с какого возраста? Чем? Витамины (соки): в каком возрасте, какие, систематически или нет?

Профилактика или лечение рахита: витамины D₂, D₃ (с какого возраста, дозы, длительность), рыбий жир, УФО.

Перевод на общий стол. Когда?

Характеристика питания в данный момент. Аппетит: всегда ли хороший (удовлетворительный, снижен).

Стул: всегда ли нормальный (устойчивый, нет). Стул в настоящее время.

- **Показатели развития ребенка.**

Масса тела в период новорожденности. Когда удвоил массу в сравнении с массой при рождении? Масса тела к 1 году и позже. Появление первых зубов. Сколько зубов было к 1 году? С какого месяца держит голову, переворачивается со спины на живот, сидит, ходит? С какого возраста улыбается, гулит, фиксирует глазами яркие предметы, хватает игрушки, говорит отдельные слова, фразы?

В старшем возрасте - поведение в семье, в коллективе, когда начал посещать школу, успеваемость в школе.

- **Перенесенные заболевания.**

Во все периоды жизни: новорожденности, до 1-го года и старше. Упоминаются все перенесенные заболевания с указанием возраста; краткая характеристика перенесенных заболеваний (тяжесть, длительность течения, осложнения). Ставился ли диагноз экссудативно-катарального диатеза, рахита.

Аллергические реакции на пищевые продукты, лекарственные препараты и другие средства.

Отмечались ли сыпи в связи с приемом антибиотиков, лекарств, цитрусовых, шоколада и т.д.

- **Профилактические прививки** (БЦЖ, АКДС, против полиомиелита и др.). Необходимо указать точный срок произведенной прививки и отметить ответную реакцию на прививку. Реакция Манту, когда делали, результат.

- **Семейный анамнез.**

Возраст матери и отца. Состояние здоровья родителей: наличие хронических инфекционных заболеваний (туберкулез, сифилис), хронических интоксикаций (профессиональные, бытовые [курение, алкоголь, наркотики]), аллергических и эндокринных заболеваний, ревматических заболеваний и др. Здоровье дедушек, бабушек и других родственников по линии матери и отца. Если умерли, то в каком в возрасте, причина.

Число беременностей у матери (1,2,3 и т.д.), чем закончилась каждая (аборт, выкидыш, доношенность, нормальные роды), возраст и состояние здоровья детей от каждой беременности.

Возраст и причины смерти умерших детей.

- **Бытовые условия и уход.**

Материально-бытовые условия семьи. Общий заработок семьи, число членов семьи, сколько из них детей. Жилищные условия: квартира, комната. Характеристика помещения: светлое, темное, теплое, холодное, сухое, сырое. Проветривание.

Кто ухаживает за ребенком (мать, бабушка, няня). Посещение детского коллектива (ясли, детский сад, школа), имеет ли отдельную кровать, купание регулярное или нет, частота. Прогулки, их длительность. Режим дня, длительность сна (дневного, ночного).

IV. Эпидемиологический анамнез (из имеющейся в истории болезни документации).

Контакты с инфекционными больными за последние 3 недели, включая грипп, ОРВИ. Наличие больных в окружении ребенка (родственники, соседи дома, в детских учреждениях и других коллективах)

V. Состояние здоровья до настоящего заболевания.

Этот раздел является обобщением анамнеза жизни ребенка и характеризует индивидуальность пациента, тот фон, на котором развилось настоящее заболевание.

VI. Начало и течение настоящего заболевания.

Необходимо отметить день, месяц, год начала заболевания, длительность к моменту составления истории болезни. Затем описать развитие заболевания так, чтобы в нем отразились первые симптомы, последовательность появления этих симптомов по этапам (дням) болезни, интенсивность каждого симптома в отдельные этапы болезни. Появились ли новые симптомы в последующие дни, недели, месяцы, годы. Какова их динамика, Наблюдался ли ребенок врачами. Когда? Предположительные диагнозы за время болезни. Какое проводилось лечение за время болезни, в какие сроки? Какие лабораторные исследования сделаны за время болезни, из результатов.

Развитие болезни за время пребывания в клинике до начала курации (типа краткого эпикриза).

Для написания этого раздела студенту необходимо просмотреть в клинической истории запись врача приемного покоя, статус при поступлении в больницу, дневники, температурные листы, отметки медсестры об аппетите, рвоте, характере стула, мочи и других проявлений заболевания до момента курации.

ПОМНИТЕ. Между жалобами, зафиксированными в истории болезни (перед началом анамнеза) и патологическими проявлениями, отмеченными в истории настоящего заболевания, должна быть взаимосвязь. В истории настоящего заболевания каждая жалоба должна найти свое отражение: когда появилась, ее динамика и т.д.

Посмотрев больного, необходимо еще раз вернуться к истории настоящего заболевания, проследить - все ли патологические проявления, обнаруженные при осмотре, нашли отражение в жалобах и в истории заболевания. При необходимости допросить родителей, ребенка, запросить дополнительную документацию из тех медицинских учреждений, которые наблюдали за ребенком прежде.

VII. Данные объективного исследования на день курации.

Слева на полях обозначается дата на день заполнения студентом, фиксируется температура (Т), пульс (П), число дыханий (Д), артериальное давление (АД). В центре обозначается день болезни. Справа оставляются поля для прописи препаратов, назначений процедур и т.д.

НАПРИМЕР

Дата	День болезни 10-й	Назначения
Т	описание объективных изменений.	1. Режим
П		2. Стол
Д		3. Препараты
АД		(дозы)

Каждый раздел озаглавляется и дается описание имеющихся изменений без употребления терминов диагностического характера. Например, не следует писать: "на коже потница", "скарлатинозная сыпь" или при описании костной системы: "имеются рахитические изменения" и др. При описании изменений по органам дыхания, кровообращения, пищеварения и т.д. применяются методики обследования и описания соответственно возрасту.

Общее состояние ребенка (удовлетворительное, среднетяжелое, тяжелое). При этом необходимо описать, в чем, главным образом, выражается тяжесть состояния. Например, состояние тяжелое - ребенок лихорадит, возбужден, бледен, отказывается от еды и питья и т.д.

Нервная система. Сознание, реакция на окружающее. Характеристика поведения ребенка - настроение, раздражительность, возбуждение, вялость, замкнутость, общительность, сонливость, бессоница, положение тела, соответствие психического развития возрасту. Изменения со стороны черепномозговых нервов (в соответствии со схемой, принятой в клинике нервных болезней). Состояние кожных рефлексов (брюшных, кремастерных) и сухожильных (коленных, ахилловых). Наличие менингеальных симптомов: ригидность затылочных мышц, симптом Кернига, симптомы Брудзинского и др., симптомов натяжения, болей по ходу нервных стволов.

Координационные пробы: пальце-носовая, пяточно-коленная, поза Ромберга. Походка. Дермографизм, его характер: белый, красный, смешанный, время появления, стойкость. Потливость.

При обследовании детей первых недель жизни отметить следующее:

- двигательную активность (вялость, беспокойство, атетозоподобные движения, судороги)
- характер крика (громкий, слабый, пронзительный)
- наличие и степень выраженности безусловных рефлексов (сосательный, ладонно-ротовой, хватательный, защитный, Галанта, ползания, опоры, автоматической ходьбы)
- состояние мышечного тонуса (гипертония, гипотония, дистония)
- наличие патологических знаков (симптом Грефе, вертикальный нистагм, глубокое сходящееся косоглазие, симптом "заходящего солнца", разница в ширине глазных щелей, сглаженность носогубной складки, размашистый тремор, клонус стоп)

Внешний осмотр глаз (отделяемое, гиперемия конъюнктив, инъекция сосудов склер, боли при движении глазных яблок, светобоязнь, отечность век, слезотечение и др.)

Внешний осмотр ушей (отделяемое, гиперемия кожи наружного слухового прохода, надавливание на tragus -болезненно, безболезненно).

Физическое развитие. Масса, длина тела, окружность головы, груди. Оценка развития в сравнении с возрастной нормой.

Кожа. Цвет, пушковые волосы, опрелость, влажность, сухость, эластичность, рубцы, сыпь, пигментация и депигментация, кровоизлияния (точечные, крупные, синяки) и т.д. При описании любой сыпи необходимо указать характер элемента (пятно, папула, везикула, волдырь, кровянистая корочка, пустула и т.д.); преимущественный размер элементов, очертания и цвет их, преимущественная локализация (на сгибательной поверхности, на разгибательной поверхности и т.д.); слияние или разобщенность элементов; исчезновение или сохранение их при надавливании или растягивании кожи; фон кожи (не изменен, гиперемирован), шелушение (отрубевидное, крупнопластинчатое, преимущественная локализация).

Волосы, пальцы и ногти. Волосы (тусклые, блестящие, ломкие, сухие и т.д.). Цианоз кончиков пальцев, форма концевых фаланг, развитие ногтей, их форма (например пальцы в виде “барабанных палочек” или ногти в виде “часовых стеко” и т.д.), ломкость ногтей, их исчерченность, состояние ногтевого ложа.

Подкожно-жировая клетчатка. Состояние питания, развитие подкожно-жирового слоя, равномерность распределения, пастозность, отеки, их локализация, степень плотности, тургор тканей.

Лимфатические узлы. Группы лимфоузлов, доступные пальпации: тонзиллярные, подчелюстные, задне-шейные, затылочные, подмышечные, паховые, кубитальные, торакальные. Отмечается их количество (единичные, множественные), величина (см), форма, консистенция, болезненность, подвижность, спаянность с кожей и окружающими тканями, рубцы. При описании шейной группы лимфоузлов отмечают возможную деформацию шеи в связи с лимфаденитом, отеком шейной клетчатки или другие изменения (увеличение слюнных желез, щитовидной железы и т.д.). Необходимо проверить симптомы “зыбления”, “утолщения складки”, “выскальзывания”.

Мышцы. Степень развития, тонус (нормальный, повышенный, пониженный), болезненность при ощупывании, при активных и пассивных движениях. Сила мышц, возможное уплотнение и другие симптомы.

Костная система. Форма головы, состояние швов, родничков (размер большого родничка, выбухание и западение, плотность и податливость краев), размягчение (краниотабес) и деформация костей, периоститы, болезненность при надавливании, при поколачивании. Состояние позвоночника (болезненность, подвижность, искривления и т.д.).

Форма грудной клетки, деформации, асимметрии, искривления грудной части позвоночника, западение или выпячивание над- и подключичных ямок, разница в глубине и ширине их, положение ключиц и лопаток, эпигастральный угол. Гаррисонова борозда. Утолщение ребер на границе костной и хрящевой части.

Система дыхания. Носовое дыхание (сохранено, нет); тип дыхания (грудной, брюшной, смешанный). Частота, глубина, ритм дыхания, участие в акте дыхания обеих половин грудной клетки; одышка (инспираторная, экспираторная, смешанная).

- Пальпация: податливость грудной клетки, болезненность, ее локализация, межреберные промежутки (расширены, сужены), ощущение трения плевры; голосовое дрожание.
- Перкуссия: сравнительная - изменение перкуторного звука, локализация, топографическая - границы легких, подвижность легочных краев. Перкуссия по позвоночнику (симптом Кораньи).
- Аускультация. Характер дыхания (пузырьное, везикулярное, бронхиальное и т.д.), хрипы сухие, влажные (мелкие-, средне-, крупнопузырчатые), звучные, незвучные, крепитация звучная, незвучная, крепитация только на высоте вдоха после покашливания; шум трения плевры, его локализация, характер; бронхофония (симптом d'Эспина).

Система кровообращения. Осмотр сердечной области: выпячивание, пульсация - сердечный и верхушечный толчок.

- Пальпация: сердечный и верхушечный толчок, локализация, ширина, высота, сила верхушечного толчка, “кошачье мурлыканье”, его отношение к фазам сердечной деятельности (систолическое, диастолическое).
- Перкуссия: границы относительной сердечной тупости.
- Аускультация: ритм, ясность, звучность или глухость сердечных тонов, акценты; раздвоения, шумы, их характер (продолжительность, темб, интенсивность), отношение к фазам сердечной деятельности (систолический, диастолический), локализация, наибольшая интенсивность, проводимость, изменчивость, шум трения перикарда, его характер (нежный, грубый, продолжительность, локализация).
- Пульсация сосудов шеи, височных, артерий конечностей, в надчревной области.
- Пульс лучевой артерии: частота, дыхательно-пульсовой коэффициент, ритмичность (ритмичный, аритмичный, какая аритмия), величина (средний, большой или высокий, малый, нитевидный, одинаковый или разный на обеих руках), напряжение (твердый, мягкий, среднего напряжения), форма и характер (нормальный, скорый, медленный, диокротический), синхронность на обеих руках. Аускультация сосудов: артерий сонных, бедренных, плечевых, шейных вен. Артериальное давление.

Система пищеварения и органы брюшной полости.

- Губы: цвет, влажность, высыпания, изъязвления, трещины, пузыри.
- Рот (осматривается в последнюю очередь). Цвет слизистых оболочек, кровоизлияния, язвочки анантема, влажность, пятна Филатова, гиперемия области стенонова протока и др. изменения.

Для детей раннего возраста: кратность кормления, сколько высасывает из груди, бутылочки. Срыгивания, рвота.

- Язык: цвет, влажность или сухость, рисунок («географический» язык), налет, состояние сосочков (гипертрофия, атрофия, «малиновый» язык, «лакированный» язык), трещины, язвы, отпечатки зубов, дрожание высунутого языка, отклонение его в сторону.
- Зубы: молочные, постоянные, их число, состояние.
- Десны: цвет, набухлость, разрыхленность, кровоточивость, язвы.
- Глотка: цвет слизистой оболочки, состояние миндалин (гипертрофия, отек, степень увеличения, состояние дужек, язычка: налеты (форма — островчатые, сплошные, плотные, рыхлые, гнойные и т. д., величина, локализация, цвет налетов, снимаются ли шпателем). Задняя стенка: зернистость, гиперемия, наличие слизи, гноя и т. д.
- Характеристика состояния слюнных желез (околоушных, подчелюстных, подъязычных). Их увеличение, болезненность, припухлость, изменение кожи в области желез, боли при жевании, открывании рта и т. д.
- Живот: форма, симметричность, вздутие, выпячивание, западение, видимая пульсация, расширение вен стенки живота, участие живота в акте дыхания, рубцы, перистальтика.
Перкуссия и поколачивание: перкуторный звук, болезненность, ее локализация, напряжение стенки живота, флюктуация. **Пальпация поверхностная (ориентировочная):** степень напряжения брюшной стенки, местное напряжение (мышечная защита), болезненность, ее локализация, уплотнения. **Специальная пальпация:** состояние прямых мышц живота (расхождение), паховых колец, пупка. **Пальпация глубокая:** желудок, отделы кишечника, лимфатические узлы, инфильтраты, плотные конгломераты.
Аускультация: перистальтика кишечника.
- Печень и желчный пузырь: осмотр, видимое увеличение печени. **Перкуссия:** границы печени — верхняя, нижняя, болезненность при перкуссии и поколачивании. Определение размеров по Курлову. **Пальпация специальная:** край (острый, закругленный, тупой, ровный, неровный, фестончатый), консистенция, поверхность (ровная, гладкая, зернистая, бугристая), болезненность. При наличии асцита — ballotирующая пальпация, перкуссия.
- Селезенка: видимое увеличение, верхняя и нижняя границы, перкуторные размеры при перкуссии в положении на спине и на правом боку, величина, консистенция, характеристика края (острый, тупой), поверхность (гладкая, бугристая, зернистая), болезненность, подвижность при дыхании.
- Мочеполовые органы: выпячивание над лобком, в области почек, болезненность при поколачивании над лобком, симптом Пастернацкого. **Пальпация** почек глубокая, в положении на спине, на боку, в вертикальном положении: увеличение, смещение почки, подвижность, консистенция, поверхность (гладкая, бугристая), болезненность.
- Мочеиспускание учащено, задержано, болезненно. Цвет мочи: соломенно-желтый, цвета пива, мясных помоев и др. Порции малые, обильные.
- Развитие половых органов. Вторичные половые признаки (соответствуют, не соответствуют возрасту ребенка).

- Характер стула: количество, кратность, консистенция (жидкая, кашицеобразная, «овечий»); цвет: примесь крови, зелени, слизи; стул по виду: «ректальный плевкок», «болотная тина», «лягушачья икра», «рисовый отвар» и т. д.

VIII. Предварительный диагноз и его обоснование.

1. Основное заболевание.
2. Сопутствующие заболевания.
3. Осложнения.

Предварительный диагноз кратко основывается на данных анамнеза, истории развития настоящего заболевания, эпидемиологического анамнеза и объективного исследования с учетом сроков болезни и основных симптомов.

IX. План обследования.

Для подтверждения предварительного диагноза составляется план проведения лабораторных и инструментальных исследований.

X. Результаты лабораторных, инструментальных и других специальных исследований.

Результаты исследований переписываются из клинической истории болезни в хронологическом порядке с обозначением даты исследования. Рядом проставляются данные, характеризующие возрастную норму (формула периферической крови, биохимические показатели и др.).

Приведенные результаты анализов должны иметь оценку с точки зрения возрастной нормы. В конце представляется заключение по всем дополнительным методам исследования, где подчеркиваются патологические отклонения, которые должны учитываться при постановке окончательного клинического диагноза.

XI. Дневник.

ПРИМЕРНАЯ ФОРМА ДНЕВНИКА

Дата	День болезни	Назначения
Т° PS ЧД АД	В тексте описываются изменения на коже, слизистых оболочках. Динамика изменения по органам. Особое внимание уделяется динамике патологических симптомов, отмеченных в Status praesens (изменения сыпи, появление шелушения, изменения лимфоузлов и других симптомов, имеющих значение в постановке окончательного диагноза). Для грудных детей особое внимание обращается на функцию желудочно-кишечного тракта (аппетит, срыгивания, рвота, частота стула, сколько и какой пищи съел ребенок). Как сосет грудь. Состояние большого родничка и т. д.	Режим Диета, схема кормления ребенка и т. д.

ПРИМЕЧАНИЕ. В конце дневника фиксируются основные назначения и манипуляции, полученные в этот день (антибиотики, переливания крови, плазмы, введение внутривенно глюкозы, внутримышечно витаминов и т.д.).

XII. Обоснование клинического диагноза.

Логическая схема доказательства диагноза может быть следующей: 1) жалобы; 2) данные истории развития настоящего заболевания; 3) объективные данные; 4) динамика патологических симптомов за время наблюдения; 5) результаты лабораторных и других дополнительных методов исследования; 6) эпидемиологический анамнез.

Специально обсуждается форма заболевания (типичная, атипичная), степень тяжести заболевания, период болезни (например, период катаральный, период сыпи и т. д.).

При наличии сопутствующих заболеваний необходимо дать краткое обоснование каждому из них. Имеющиеся осложнения обосновываются отдельно, сопоставляются со сроками основного заболевания (ранние и поздние осложнения).

В конце раздела дается точная формулировка диагноза основного заболевания, его осложнений и сопутствующих заболеваний.

XIII. Дифференциальный диагноз.

В этом разделе необходимо показать умение дифференцировать основное заболевание с рядом сходных по клиническим признакам заболеваний. Например, следует дифференцировать между собой заболевания, протекающие с сыпью (скарлатина, корь, краснуха, ветряная оспа, лекарственная болезнь), желтухой, кашлем, хрипами и т. д.

XIV. Этиология и патогенез основного заболевания и его осложнений.

В этом разделе на основании данных литературы, анамнеза больного, объективных данных представить патогенез развития заболевания и его осложнений, раскрыть патогенез основных симптомов болезни и осложнений у этого больного.

XV. Обоснование лечения.

В первую очередь необходимо обосновать принципы терапии основного заболевания с учетом знания литературы; затем следует представить схему лечения и обосновать ее в соответствии с состоянием курируемого больного, периодом болезни, возрастом, ранее проведенным лечением, наличием осложнений и сопутствующих заболеваний.

При этом выделяются главные лечебные меры, требующие немедленного применения (например, антитоксическая сыворотка при дифтерии, инфузионная терапия при кишечном токсикозе и т. д.). Последовательно освещаются все методы лечения в порядке убывающей значимости.

Диета больного описывается подробно, указываются режим кормления и состав пищи. Определяется также режим ребенка (постельный, строгий покой и т. д.).

Медикаментозное лечение, кроме обоснования, требует указания точной методики применения и дозировки с расчетом на возрастные нормы. Назначение гормональных препаратов, антибиотиков должно иметь указание о длительности их применения в данном конкретном случае.

XVI. Профилактика основного заболевания и его осложнений.

Сначала освещаются принципы профилактики основного заболевания. Затем сведения литературы сопоставляются с конкретными условиями жизни больного, сопутствующими заболевани-

ями и осложнениями и представляется план профилактических мер в данном случае с учетом свойств возбудителя (если он известен).

XVII. Прогноз основного заболевания к рекомендации для родителей.

В этом разделе необходимо выделить прогноз основного заболевания, руководствуясь сведениями литературы, а затем представить прогноз и дать рекомендации по дальнейшему ведению больного в зависимости от тяжести заболевания в данном случае, стадии болезни, сопутствующих заболеваний и осложнений. Обосновать сроки выписки из стационара, возможность посещения детского коллектива, необходимость соблюдения диеты, ограничения физической нагрузки, отмены проведения профилактических прививок и т. д.

XVIII. Эпикриз.

Кратко излагается содержание истории болезни с указанием основных этапов развития болезни, состояния больного, обоснования диагноза, применяемого лечения, эффекта от лечения и рекомендаций по дальнейшему ведению больного.

XIX. Литература.

В конце, работы представляется список литературы, использованной куратором при написании истории болезни (автор, название работы, год издания, стр.).

Дата

Подпись куратора

Приложение

Образец оформления обложки

ГБОУ ВПО СПбГПМА Минздравсоцразвития России
Кафедра пропедевтики детских болезней с курсом общего ухода за детьми

История болезни Иванова Д.10лет

Основной диагноз

Сопутствующий диагноз

Осложнения

Даты курации-().

Куратор- студент 527 группы лечебного факультета

Преподаватель-

2012 г.