1. **ЖАЛОБЫ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ ИЛИ НА МОМЕНТ КУРАЦИИ**

Приводятся все жалобы больного по всем системам. Основные жалобы следует конкретизировать, например, в отношении болей указать их точную локализацию, характер, интенсивность, частоту, и радиацию, условия появления и прекращения, продолжительность, сопутствующие симптомы.

Рекомендуется вначале дать возможность больному самому рассказать, что его беспокоит, затем задавать уточняющий вопрос. После этого расположить жалобы в порядке их значимости. Основными жалобами следует считать наиболее выраженные субъективные нарушения, явившиеся основной причиной обращения к врачу.

При остром заболевании указываются жалобы только на момент осмотра или поступления, при хроническом – типичные для всего периода заболевания. Обязательно указывать качественную (интенсивность) и количественную (частоту, продолжительность) симптомов.

1. **ИСТОРИЯ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ**

Время начала, первые признаки и предполагаемые больным причины заболевания. В хронологической последовательности описать дальнейшее течение заболевания, динамику субъективных и объективных симптомов, периоды обострения и ремиссии, время возникновения и характер новых проявлений и обострений, способствующие провоцирующие факторы. Привести сведения о предшествующем стационарном и амбулаторном лечении, его регулярности эффективности переносимости отразить имеющуюся медицинскую документацию (диагнозы, результаты лабораторного инструментального исследования). Указать влияние заболевания на трудоспособность: пользование больничными листами, инвалидность.

Время и характер последнего ухудшения или обострения, по поводу которого больной поступил в больницу.

Всегда уточнять, как больной себя чувствовал до указываемого им срока заболевания. Начинать историю болезни не со времени обострения, а со времени первых проявлений данного заболевания. Об остром заболевании можно говорить, как правило, при возникновении симптомов на фоне отсутствия патологии. При приступообразном течении заболевания указывать последовательность развития приступов: с чего начинается, последующие присоединения других симптомов, продолжительность и интенсивность, чем заканчивается приступ и самочувствие в межприступном периоде.

1. **ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ**

 Приводятся краткие биографические сведения из жизни больного. Время и место рождения, социальное происхождения. Развитие и состояние здоровья в раннем детстве. Начало учебы, какие учебные заведения окончил. Начало самостоятельной трудовой жизни и дальнейший трудовой анамнез. Участие в великой отечественной войне.

 Условия труда и быта в разные периоды жизни больного:

 а) материальная обеспеченность;

 б) жилищные условия ;

 в) питание в количественном и качественном отношении ( регулярность приема пищи, пристрастие к определенным блюдам, разнообразие пищи, и т.д.)

 г) условия работы : профессия, степень трудовой нагрузки, санитарно-гигиенические условия рабочего помещения, отношение к работе , производительность труда;

 д) отдых (использование выходных дней , отпусков );

 е) привычные интоксикации (наркотики, алкоголь, курение – продолжительность злоупотребления ими, частота и количество приемов)

ПЕРЕНЕСЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ. Перечисляются в хронологической последовательности все перенесенные болезни, включая травмы, операции , контузии, ранения. При этом указывается тяжесть и продолжительность болезни, осложнения.

Половое развитие. Время появления и характер менструаций (регулярность продолжительность , болезненность ). Время вступление в брак. Количество и течение беременностей , роды, аборты и их осложнения. Климакс.

Семейный анамнез. Состояние здоровья или причины смерти ( с указанием возраста) близких родственников больного ( отец , мать , братья и сестры). Количество и здоровье детей.

**IY.** **НАСТОЯЩЕЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНОГО**

Норма описывается кратко, патология подробно. Общее состояние ( удовлетворительное , средней тяжести , тяжелое) – оценивается по объективным показателям функции основных систем. Состояние сознания. Положение больного ( активное, пассивное, вынужденное ). Рост, вес, температура тела.

 КОЖА И СЛИЗИСТЫЕ ОБОЛОЧКИ : окраска, влажность, эластичность сыпи, рубцы и кровоизлияния, расчесы, шелушение, пролежни. Состояние волосяного покрова и ногтей.

 ПОДКОЖНАЯ КЛЕЧАТКА : степень развития, отеки, пастозность.

 ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ: величина, консистенция, форма, болезненность, подвижность, спаянность с окружающими тканями и кожей.

 МЫШЕЧНАЯ СИСТЕМА: степень развития, тонус, местные атрофии и гипертрофии, болезненность при ощупывании.

 КОСТНАЯ СИСТЕМА: болезненность при ощупывании и покалачивании деформации, узуры.

 СУСТАВЫ: болезненность при ощупывании. Изменения при конфигурации, а окраска кожных покровов над суставами. Хруст, флюктуация. Подвижность активная и пассивная, объем подвижности. Контрактуры и анкилозы.

 **ОРГАНЫ ДЫХАНИЯ**

ОСМОТР: Формы грудной клетки ( бочкообразная ,цилиндрическая , коническая ). Деформация грудной клетки , положение лопаток, состояние над – и подключичных ямок , позвоночника.

 Дыхание через нос. Тип , ритм, глубина и симметричность дыхательных движений. Частота дыхания в одну минуту.

 Пальпация грудной клетки с определением болезненных мест и зон гипертензии, отечности , состояния межреберных промежутков. Определение голосового дрожания.

 Перкуссия сравнительная и топографическая ( соответствуют норме или отклонены вверх или вниз на 1-2 ребра ), подвижность нижнего края легких по средней подмышечной линии. Перкуссия пространства Траубе.

АУСКУЛЬТАЦИЯ: характер дыхания ( везикулярное, жесткое, бронхиальное и т.д.) хрипы (сухие, влажные, их количество, калибр, звучность , тембр, локализация). Шум трения плевры. Бронхофония.

 По отношению ко всем патологическим данным перкуссии и аускультации необходимо указать их точную локализацию ( в горизонтальном и вертикальном направлении), пользуясь принятыми топографическими обозначениями.

**СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА**

ОСМОТР И ПАЛЬПАЦИЯ СЕРДЕЧНОЙ ОБЛАСТИ: Сердечный горб. Верхушечный волчок (локализация, сила, распространённость). Пульсация в области сердца и больших шейных сосудов, в эпигастральной области» «Кошачье мурлыканье»

**Перкуссия:** границы относительной и. абсолютной сердечной ; тупости (правая, верхняя, левая). Поперечник сосудистого пучка во II межреберье

**Аускультация** (проводится последовательно на верхушке, аорте, легочной артерии, у основания мечевидного отростка, в пятой точке, лежа на боку, сидя, при задержке дыхания). Характер тонов, их звучность, акцентуация, раздвоение.

**Шумы:** их отношения к фазам сердечной деятельности, тембр, продол­жительность, сила, локализация иррадиация. Шум трения перикарда, место его выслушивания. Число сердечных сокращений.

**Осмотр и ощупывание артерий**: пульсация, эластичность, из­вилистость выслушивание крупных артерий. Вены шеи и нижних конечно­стей.

**ПУЛЬС:** частота, ритм, напряжение, наполнение, величина, скорость. Дефицит пульса (при аритмии).

Артериальное давление

**ОРГАНЫ ПИЩЕВАРЕНИЯ**

Ротовая полость. Состояние зубов, десен. Языка, миндалин, глотки,

**Осмотр**. Живот. Конфигурация, величина живота, его участие в акте ды­хания, подкожная венозная сеть, видимая перистальтика. Рубцы, состояние пупка. Окружность живота. Определение жидкости в полости живота.

**Пальпация**

а)поверхностная ориентировочная пальпация. Болезненность, напряжение брюшных мышц, мышечная защита, расхождение прямых мышц, грыжи . исследование подложечной области с определением болевых точек и зон гипералгезии.

б) глубокая методическая скользящая пальпация по В.Н. Образцову и Н.Д. Стражеско в следующей последовательности: сигмовидная кишка, слепая, восходящая, поперечно-ободочная, желудок, поджелудочная железа.

Характеристика отделов толстого кишечника: болезненность, подвижность, консистенция, наличие опухолей, инфильтрат, урчание. Характеристика стула.

**Печень и желчный пузырь.**

Выбухание, пульсация в правом подреберье, Нижняя граница печени (по правой среднеключичной, срединной линиями и по левой рёберной ду­ге). Размеры печени по Курлову. Край печени, его форма, поверхность, консистенция, болезненность. Симптом Ортнера. Пульсация печени (истинная, передаточная). **Желчный пузырь**. Его локализация, ложная гипертен­зия. Френикус симптом .

**Селезенка**. Выбухание в левом подреберье. Пальпация селезен­ки: болезненность, край, консистенция, поверхность. Шум трения в левом подреберье. Мочеполовая система. Частота мочеиспускания, дизурические явления. Ощупывание почек (локализация, величина, болезнен­ность). Симптом Пастернацкого. Ощупывание и перкуссия мочевого пузыря (выстояние его верхней границы над лобком в см).

Данные гинекологического исследования.

**НЕРВНАЯ И ЭНДОКРИННАЯ СИСТЕМЫ**

Состояние сознания, интеллект, помять , сон, головные боли, головокружения, речь. Характер нервно-психической реакции на окружающее. Отношение к людям, работе, житейским трудностям, своему заболеванию, приспособляемость к изменениям окружающей обстановки. Внушаемость, мнительность. Травмы и конфликты психосоциального характера.

Двигательная сфера: походка, симптом Ромберга, явления раздражения двигательной сферы, параличи и парезы.

**Чувствительная сфера**: изменению чувствительности рефлексы: коленный, ахиллова сухожилия и др. патологические рефлексы. Дермографизм.

**Зрение.** Экзофтальм, нистагм, состояние зрачков, реакция на свет (прямая и содружественная). Слух.

**Щитовидная железа** (величина, поверхность, консистенция).

**ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

Должен быть сформулирован и кратко обоснован на основании данных п. I - IV

При наличии нескольких заболеваний основным считается то, что по поводу которого больной был госпитализирован. При неясном диагнозе указываются несколько заболеваний, подлежащих дифференцированию

**План обследования** должен быть составлен рационально, обоснованно, в соответствии с предполагаемым диагнозом основного и сопутствующих заболеваний. Не назначать исследований, не имеющих значения для уточнения диагноза и коррекции проводимой терапии.

 **Виды дополнительных исследований:**

1) Стандартные, у всех больных: общие анализы. крова, мочи, кровь на реакцию Вассермана, кал на яйца глист, рентгеноскопия грудной клетки. Кроме того, при наличии жалоб на сердце, а также у лиц старше 40 лет - ЭКГ, при ожирении и диабетическом семейном анамнезе - кровь на сахар.

 2). Для уточнения нозологического диагноза.

3). Для определения стадии, фазы, формы заболевания, степени функциональных нарушений.

4). Для выявления факторов риска заболевания (например, по­казатели липидного и углеводного обмена при ИБС, гипертонической болезни).

5). Для исключения других заболеваний (дифференциальный диагноз ).

6). Для уточнения обратимости процесса в определения реак­ции на пробное лечение

7). Исследования для контроля эффективности лечения /повторные/. .

При назначении консультаций специалистов указать цель консультаций.

**ОБОСНОВАНИЕ ДИАГНОЗА**

Обоснование диагноза рекомендуется проводить по следующим этапам

I). На основании главных жалоб больного сделать общее предположение о патологии определённого органа или системы, общем заболевании.

2). На основании клинических данных выделить главные проявления /синдромы/ заболевания, дать их характеристику и особенности проявлений у данного больного.

3). Доказать сущность основных проявлений заболевания /синдро­мов/ с помощью дополнительных методов исследования, установись патогенетическую связь между ними сформировать НОЗОЛОГИЧЕСКИЙ ДИАГ­НОЗ болезни. Привести его доказательства.

4). В соответствии с имеющимися классификациями обосновать ин­дивидуальный диагноз болезни у данного больного путём определения:

а) клинической, клинико-морфологической или патогенетической формы заболевания;

б) характера течения (острое, подострое, хроническое и др.);

в) стадии, фазы, степени активности процесса;

г) осложнений;

д) степень, стадии функциональных расстройств или тяжести заболевания,

5) Кратко, путём перечисления основных симптомов, обосновать в случае их наличия, диагноз сопутствующих заболеваний.

6) Сформулировать полный диагноз. Дополнительно постараться выделить главное звено патологического процесса и его возможную обра­тимость.

Для составления обоснования диагноза рекомендуется использо­вать соответственно каждому заболеванию, «Методические указания» из "Руководства по диагностике и лечению основных заболевший внутренних органов.

В случае невозможности прямого обоснования диагноза проводит­ся дифференциальный диагноз

Задачей **дифференциального диагноза** является исключение синдромоисходных заболеваний.

Прежде всего следует выделить те симптомы (или синдромы), имеющиеся у данного больного, которые действительно дают основания предполагать другое заболевание (или заболевания). Затем нужно по­казать, что имеются другие существенные симптомы, нехарактерные для этого предполагаемого заболевания, или отсутствуют симптомы, обязательные для диагноза последнего. В таком случае это заболевание отвергается. Аналогичным путем проверяется вероятность всех синдромоисходных заболеваний, подтверждается правомерность обоснованного выше заболевания.

**ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ**

Установить, является ли заболевание у данного больного самостоятельным первичным или вторичным, следствием других заболеваний.

***В первом случае***, если возможно определить конкретный этиологический фактор (инфекция, травма, интоксикация и др.) на основании клинико-анемнестических данных и специальных методов иссле­дования.

***Во втором случае*** определить основное заболевание и устано­вить патогенетическую связь между ними и обсуждаемым заболеванием.

 Во всех случаях установить другие возможные провоцирующие или аггравирующие факторы, способствующие возникновению, обостре­нию или декомпенсации данного заболевания, в том числе так называемого фактора риска.

**ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ И ОБСЛЕДОВАНИЯ**

 Определить реальные цели лечения данного больного: полное выздоровление, ликвидация или уменьшение обострения, декомпенсанция осложнений, приостановление прогрессирования или регресс болезни, улучшения прогноза, трудоспособности.

 Определить способы достижения поставленных целей, т.е. направления лечения. К ним относятся:

а) этиологическое (базисное) лечение, предусматривающее устранение или коррекцию причинных, провоцирующих и аггравирующих факторов, факторов риска, антимикробные средства;

б) патогенетическое лечение, имеющее целью воздействие на основные механизмы болезни у данного больного, вос­паление, аллергия, функциональные нарушения, дефицит определенных , факторов, интоксикация и др.

в) симптоматическое лечение, применяемое при неэффективности или невозможности первых двух.

По отношению к каждому направлению следует определить и обо­сновать выбор конкретных лечебных мероприятий /режим, диета, медикаменты, исключение интоксикаций нерационального лечения, физиотерапию, ЛФК, -физические и оперативные методы, уточнить дозы, пути и частоту введения с учётом имеющихся показаний и противопоказаний в отношении данного больного.

Рекомендуется использовать только действительно необходимые средства, учитывать взаимодействие ле­карств, стремиться к минимизации и индивидуализации лечения. Соблю­дать определённую дисциплину лечения, избегав частой смены лекарств.

Избегать чисто, симптоматической терапии, учитывая, что разные симптомы могут иметь одну причину и требует, прежде всего, базисной терапии. Все медикаментозные средства даются в рецептурной прописи.

**ДНЕВНИК**

Дневник отражает результаты ежедневного осмотра больного лечащим врачом. Особое внимание обращается на динамику всех проявлений болезни признаков терапевтического и возможного нежелательного /побочного/действия лекарств.

Вначале в дневнике даётся оценка состояния больного, жало­бы за истекшие сутки , в том числе количество и характер эпизодов болезни /приступов болей, удушья, перебоев и др., оценивается сон, аппетит, стул, мочеиспускание, физическая активность. Затем приводятся краткие объективные данные по органам. ПРИ УСЛОВИИ В ДИНАМИКЕ. Данные измерений (пульс, частота дыхания, АД, диурез) выносятся в температурный лист, назначения - в лист назначений.

В дневнике следует отразить врачебную интерпретацию новых клинических симптомов и данных дополнительных методов исследования, изменения в тактике, а также несоблюдение больного режима или отказа от лечения или обследования.

Каждые 10 дней пребывания больного в стационаре в дневнике оформляется этапный эпикриз. В нём указывается: динамика основных признаков заболевания, в том числе данных дополнительных методов исследования перечень лечебных средств, их эффективность и переносимость, план дальнейшего ведения больного.

В случае ухудшения или отсутствия эффекта приводятся их воз­можные причины (нарушения режима, диета, неадекватность лечения, прогрессирование основного заболевания, неясный диагноз). При неясном диагнозе, особенно при проявлении новых симптомов, наметить план обследования больного и дальнейшего лечения.

Лист назначений. Последовательно записываются: режим, № стола, медикаменты /в порядке их важности/ + с указанием дозы, пути частоты введения, физиотерапевтические процедуры и ЛФК. Делать Отметки об отмене или изменении назначений.

 **ТЕМПЕРАТУРНЫЙ ЛИСТ** обязательно должен содержать:

1. динамику тем­пературы тела
2. пульса: частота сердечных сокращений отмечается пунктиром; при ритмичном пульсе– сплошной линией, красным цветом при дефиците пульса,
3. показатели артериального давления - вертикальными линиями красного цвета
4. массы тела
5. стула
6. по показаниям - частота дыхания, диурез, количество мокроты.

Указывается основные лечебные назначения; у больных сахарным диабетом - доза инсулина, гликемия и глюкозурия; у больных ИБС - ко­личество приступов стенокардии и число таблеток нитроглицерина; у больных инфарктом миокарда - основные этапы активизации,

В случае, если больной, находящийся на лечении в стационаре, переходит к другому врачу или субординатору, последние должны обес­печить полную преемственность в ведении больного. Новый врач обязан лично ознакомиться со всей историей болезни, проверить обоснованность и формулировку диагноза, правильность и полноту записей жалоб, анамнеза, объективного исследования, достаточность и адекватность прово­димых исследований и лечебных мероприятий. При необходимости по всем этим пунктам составляется дополнение к истории болезни и уточняется план дальнейшего ведения больного.

**ПРОГНОЗ**

Обосновывается данными, полученными при исследовании больного во время курации. Он включает:

* прогноз для здоровья (возможно ли выздоровление или улучшение при хроническом заболевании и при каких условиях).
* прогноз для жизни (угрожает ли заболевание жизни больного)
* прогноз для работы (степень ограничения трудоспособности, инвалидность – временная или постоянная).

Показания и цель продолжения стационарного лечения или возможность выписки.