


Федеральное государственное бюджетное  
образовательное учреждение высшего образования  
«Тульский государственный университет»

Медицинский институт  
Кафедра «Хирургические болезни»

Утверждено на заседании кафедры  
«Хирургические болезни»  
«27» января 2021г., протокол № 6

Заведующий кафедрой



В.А. Марийко

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ**  
**по проведению самостоятельной работы студентов**  
**«Урология»**

**основной профессиональной образовательной программы**  
**высшего образования – программы специалитета**

по специальности  
**31.05.01 Лечебное дело**

с направленностью (профидем)  
**Лечебное дело**

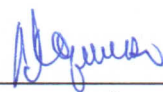
Форма обучения: *очная*

Идентификационный номер образовательной программы: 310501-01-21

Тула 2021 год

**Разработчик(и) методических указаний**

В.А. Марийко , зав. кафедрой ХБ , д.м.н., доцент



(подпись)

## Предисловие

В настоящем учебно-методическом пособии подробно изложена схема оформления истории болезни, которой необходимо придерживаться при клиническом исследовании больного с урологической патологией.

История болезни должна быть составлена ясно и последовательно, написана в форме изложения, причем сокращения слов не допускаются.

После того как собран анамнез, необходимо полностью произвести обследование больного физическими методами, применив с этой целью для изучения каждой системы органов в строгой последовательности осмотр, пальпацию, перкуссию и аускультацию.

Локальный осмотр должен включать в себя направление и результаты специальных исследований: рентгенологическое обследование, РКТ, ЯМР, КТ. В направлении должно быть четко указана зона исследования, проекции, вид исследования. В истории болезни подробно описываются все обнаруженные нарушения мочеполовой системы.

Лабораторные анализы, данные рентгенологического исследования, электрокардиограммы студенты выписывают из клинической истории болезни.

Основной диагноз должен быть обоснован. При обосновании диагноза в первую очередь нужно основываться на клинических симптомах, данных анамнеза, физических методов обследования и данных специальных методов исследования.

Студент представляет преподавателю историю болезни с обоснованием диагноза, эпикриз учебной истории болезни должен содержать кроме данных о конкретном клиническом случае предположительный прогноз и возможные варианты течения заболевания, сроки начала и длительность периода реабилитации, сроки и возможность полного восстановления трудоспособности.

## Титульный лист учебной истории болезни

1. Наименование лечебного учреждения, отделения.
2. Кем направлен больной (название лечебного учреждения).
3. Дата поступления больного.
4. Фамилия, имя, отчество.
5. Возраст (полных лет, дата рождения).
6. Пол.
7. Национальность.
8. Образование.
7. Место работы (для учащихся — место учебы, для инвалидов — род и группа инвалидности). Профессия. Занимаемая должность.
8. Домашний адрес больного или близких родственников, телефон для связи.
9. Диагноз, с которым был направлен в клинику.
10. Предварительный диагноз при поступлении в клинику.
11. Окончательный клинический диагноз:
  - а) основное заболевание;
  - б) сопутствующие заболевания;
  - в) осложнения.
12. Ф.И.О. обучающегося, № группы, даты курации больного.
13. Ф.И.О. преподавателя, должность, научное звание.

## **I. Жалобы больного при поступлении в клинику или на момент осмотра**

Дата и время первичного осмотра. Для осмотра урологического больного это может иметь принципиальное значение, т.к. развитие заболевания и осложнения имеют периодичность, могут наступать в течение первых часов и суток после поступления. Кроме основных жалоб обязательно необходимо указать дополнительные: наличие тошноты, рвоты, головокружения, повышение температуры, дизурические расстройства и т.д. Например, о болях необходимо выяснить следующее: основную локализацию, иррадиацию болей, периодичность, интенсивность, характер.

Затем коротко перечислить общие жалобы (если есть). Необходимо расспросить больного о его жалобах по всем органам и системам в разделе о жалобах, о нормальном состоянии органов и систем упоминать не следует.

## **II. История настоящего заболевания (*Anamnesis morbi*)**

Со слов больного и по документам, насколько возможно точно фиксируется время и обстоятельства возникновения заболевания. Обязательно делается акцент на возможные причины заболевания, кратко указываются обстоятельства при которых оно возникло.

Кроме этого описывается все, что происходило с больным с момента заболевания и до поступления в стационар: какая помощь оказывалась, в каком состоянии был пациент, каким транспортом была осуществлена доставка.

Затем указываются сроки пребывания в стационаре, отражается информация о переводах и лечении. Если проводились операции, манипуляции – указывается объем, локализация и полученный результат.

В заключение отражаются жалобы на момент осмотра, общее состояние, особенности проводимых лечебных мероприятий в приемном отделении.

Анамнез трудоспособности: наличие больничного листа, его продолжительность, перерывы, если были, сведения о прохождении КЭК (консультативно-экспертной комиссии).

### **III. История жизни больного (Anamnesis vitae)**

1) Младенчество: рождение в срок, преждевременно. Вскармливание грудью матери или искусственно. Когда начал ходить, говорить. Когда прорезались зубы.

2) Детство: условия жизни в детстве, местность, жилищные условия, питание. Развитие: не отставал ли от сверстников.

3) Школьные и юношеские годы: условия быта, питание; выполняемая работа, как учился, развитие, легко или трудно было учиться.

4) Условия труда в зрелом возрасте. Условия труда: кем, где, сколько времени работал, в каких условиях (не было ли профессиональных вредностей). Детализировать жилищные условия: квартира теплая, холодная, какой уборной пользуется (теплой, холодной). Какое питание, сколько раз в день принимает пищу, в горячем или холодном виде, употребляет ли сырые овощи и фрукты.

5) Вредные привычки: курение (с каких лет курит и сколько сигарет в день), употребление спиртных напитков (частота, количество), морфинизм, кокаинизм и др.

6) Перенесенные заболевания: перечислить в хронологическом порядке, начиная с детства. Обратить особое внимание на туберкулез, дизентерию, септические заболевания, на отравления, ранения, нервные и душевные заболевания, простудные заболевания, грипп, скарлатину, тифы, сделанные прививки, венерические заболевания, гепатиты, ВИЧ, наличие хронических заболеваний сердца, легких, ЖКТ, желез внутренней секреции, ХПН и др. заболеваний могущих повлиять на исход течения заболевания и результаты лечения.

7) Производились ли гемотрансфузии, когда и какие препараты крови переливались, были ли осложнения. Посещение кабинета стоматолога – частота, наличие кариозных зубов.

8) Активно выявлять наличие аллергических реакций на пищевые продукты и лекарственные препараты.

9) Семейно-половой анамнез: женат, замужем, с каких лет. Для женщин начало менструаций, характер и цикл их, беременность, роды – в срок или преждевременные. Есть ли живые дети. Не было ли мертворожденных (у жены). Смертность детей в первые дни и месяцы жизни. Аборты. Когда был последний осмотр гинеколога.

10) Родословная. Здоровье отца, матери и ближайших родственников (сестер, братьев, детей). Особое внимание надо обратить на заболевание туберкулезом, сифилисом, нервно-психическими заболеваниями, на новообразования, алкоголизм, атеросклероз, грудную жабу, болезни обмена веществ, гемофилию и др. хронические заболевания.

### **IV. Настоящее состояние (Status praesens communis)**

### ***Общий осмотр, общий вид больного (оценка тяжести состояния).***

*Состояние сознания:* ясное, помраченное, ступорозное, сопорозное, коматозное. Возможность контакта с больным.

*Положение больного:* активное, пассивное, вынужденное.

*Телосложение, конституция:* астеник, нормостеник, гиперстеник.

*Степень общего питания:* хорошее, чрезмерное, пониженное, кахексия.

*Рост. Вес.* Если нет возможности измерить рост/вес в истории отмечают данные со слов больного либо примерные.

*Покровы тела.* Цвет кожных покровов и слизистых: бледно-розовая (обычная окраска), красная, бледная, цианотичная (указать места наибольшего цианоза), желтушная (оттенок красноватый, зеленоватый, истинно желтый цвет). Патологические пигментации. Сыпи, кровоизлияния, расчесы, шелушения, наличие «сосудистых звездочек», ангиом, рубцов. Энантемы. Влажность кожных покровов: умеренная (в норме), выраженная сухость, выраженная потливость. Эластичность кожных покровов (кожа эластичная, когда кожная складка быстро расправляется; тургор понижен, если кожная складка медленно расправляется; тургор утерян, если кожная складка не расправляется). Развитие волосяного покрова на голове, лице, в подмышечной области, на лобке. Ногти, их форма, цвет, ломкость.

*Состояние подкожно-жировой клетчатки:* умеренное развитие (толщина складки, взятой двумя пальцами в эпигастральной области не превышает 2 см), слабая, чрезмерная. Наличие отеков и гематом в подкожной клетчатке: распространенность, степень выраженности (значительная пастозность, слизистые отеки, тестоватые).

*Лимфатические узлы:* шейные, затылочные, подчелюстные, подмышечные, локтевые, паховые. Их размеры, форма, консистенция, болезненность, подвижность (не спаяны ли с кожей, между собой, с подлежащими тканями, нет ли изъязвлений).

*Мышечная система.* Определение степени развития мышечной системы: хорошее, умеренное, слабое. Наличие болезненности мышц при ощупывании (каких именно), мышечная сила, тонус, дрожание. Динамометрия. Подкожные вены малозаметны, видны, наличие подкожных опухолей.

### ***Осмотр по органам и системам.***

*Голова:* форма и размеры, наличие рубцов на голове. Непроизвольное дрожание.

*Лицо.* Выражение лица: живое, беспокойное, изумленное, страдальческое, возбужденное, вялое, тупое, угрюмое, тоскливое, безразличное.

*Глаза.* Глазная щель форма и размер, расширение, сужение, веки окраска, отечность, птоз.

Конъюнктива розовой окраски, гладкая, без кровоизлияний.

Форма зрачков округлая, величина адекватна степени освещенности, реакция на свет содружественная, аккомодация и конвергенция. Косоглазие и дрожание глаз.

*Губы.* Углы губ симметричны, цвет, цианотичны, наличие герпетической сыпи, трещин в углах рта, сухость.

*Шея.* На шее пульсация сонных артерий, набухание и пульсация наружных яремных вен.

*Щитовидная железа.* Консистенция, форма и размеры.

*Опорно-двигательный аппарат.* Костная система, суставы. Состояние суставов: форма, активная и пассивная подвижность, болезненность при движении.

*Система органов дыхания.*

*Нос:* форма и размеры, деформация мягких тканей носа. Покраснения, изъязвления у наружного края ноздрей, герпетическая сыпь. Состояния слизистой носа.

*Осмотр грудной клетки:* определение ее формы (нормальная, коническая, бочкообразная, эмфизематозная, паралитическая, цилиндрическая, рахитическая, воронкообразная, куриная, грудь сапожника). Деформация грудной клетки вследствие искривления позвоночника. Наличие асимметрии: выпячивание, западание одной стороны грудной клетки. Равномерность экскурсии обеих сторон грудной клетки при дыхании. Типы дыхания: верхнереберный (грудной), нижнереберный, (брюшной), смешанный. Частота дыхательных движений в одну минуту. Ритм дыхания: правильный, не правильный, наличие патологического дыхательного ритма (Чейн-Стокса, Биота, Куссмауля и т.д.). Глубина дыхательных движений (глубокое,



поверхностное). Одышка, степень ее выраженности и характер (экспираторная, инспираторная). Наличие дистанционных хрипов.

*Пальпация грудной клетки:* наличие ригидности или вялость мышц грудной клетки. Местная болезненность, отечность и размер ее. Пальпация голосового дрожания (усиление, ослабление), указать точно в каких местах. Ощущение трения плевры при пальпации.

Измерение окружности груди при спокойном дыхании, при глубоком вдохе и выдохе (измерять на уровне сосков). Экскурсия грудной клетки в сантиметрах.

*Перкуссия:* сравнительная — качество перкуторного звука над легкими (ясный легочный, тупой, притуплённый, тимпанический, коробочный, металлический, звук треснувшего горшка), указать точно границы изменений звука.

*Топографическая перкуссия:* определение высоты стояния верхушек легких спереди над ключицей (в сантиметрах), сзади справа и слева на уровне остистого отростка VII шейного позвонка.

Определение нижних границ легких по всем опознавательным линиям грудной клетки, причем отдельно указывать границы правого и левого легкого:

Нижняя граница		
Линии	Правое легкое	Левое легкое
Парастернальная		
Медиоклавикулярная		
Передняя аксилярная		
Средняя аксилярная		
Задняя аксилярная		
Лопаточная		
Паравerteбральная		

Активная подвижность легких по средне-ключичным, средне-подмышечным, лопаточным линиям. Указать места ограничения или отсутствия подвижности легочных краев.

Подвижность нижнего края легких		
Линии	Правое легкое	Левое легкое
Медиоклавикулярная		
Средняя аксилярная		

Лопаточная		
------------	--	--

*Аускультация.* Сравнительная аускультация легких. Характер дыхательных шумов: везикулярное дыхание (ослабленное, усиленное, с затянутым выдохом, саккодированно), жесткое дыхание, бронхиальное дыхание (амфорическое, металлическое, метаморфозированное), смешанное. Сила дыхательных шумов и точная топография, обязательно указать для каждого вида дыхания. Выслушивание побочных дыхательных шумов-хрипов. Сухие хрипы: свистящие, жужжащие. Влажные хрипы: мелко, средне, крупнопузырчатые. Крепитация. Шум трения плевры. Сравнительная аускультация голоса – бронхофония.

#### *Система органов кровообращения*

*Осмотр сердечной области.* Наличие выпячивания грудной клетки в области сердца (сердечный горб). Сердечный толчок. Верхушечный толчок: локализация, сила, ритм, ограниченность или распространенность (разлитой толчок). Ограниченное выпячивание грудной клетки и пульсация в этих местах (аневризма аорты). Надчревная пульсация, пульсация крупных сосудов на шее, набухание вен и их пульсация, положительный венный пульс, кратковременная пульсация яремных шейных вен (при тромбах). Пляска каротид; пульсация аортальных стволов и других сосудов (височные, плечевые и прочие артерии), извилистость артерии.

*Пальпация.* Определение свойств верхушечного толчка (сильный, слабый, ограниченный, разлитой) локализация его (в каком межреберье и по какой линии). Наличие «кошачьего мурлыканья». Ретростернальная пульсация аорты (погрузить пальцы за грудину в области яремной вырезки).

*Перкуссия.* Определение границ относительной сердечной тупости (верхней, правой, левой) с указанием по каким линиям определены границы или на сколько сантиметров в сторону от них они проходят: верхняя (сосудистый пучок) — в III межреберье на 1 см кнаружи от левого края грудины; правая — над границей печеночной тупости на 0,5-1,5 см кнаружи от правого края грудины; левая — в V межреберье на 1-2 см кнутри от медио-клавикулярной линии. Границы относительной сердечной тупости по отношению к передней срединной линии тела располагаются в среднем следующим образом: правая граница сердца в I, II и III межреберьях — на

расстоянии 3 см, в IV межреберье — 4, левая граница в I и II межреберьях — 3, в III межреберье — 4, в IV и V межреберьях — 9 см.

*Определение границ абсолютной тупости* (верхней и правой): *верхняя* — в IV межреберье на 1 см кнаружи от левого края грудины; *правая* — по левому краю грудины от нижнего края IV реберного хряща вниз; *левая* — в V межреберье по медиоклавикулярной линии у верхушечного толчка.

Измерение сосудистого пучка (во II межреберье, ширина сосудистого пучка 6 см).

Длинник сердца, поперечник; их размеры по Курлову: длинник (N = XX см) поперечник (N = XX см).

*Аускультация*: а) на верхушке; б) у основания мечевидного отростка справа от срединной линии; в) во II межреберье справа у грудины; г) во II межреберье слева у грудины; д) аускультация в точке Боткина. Выслушивание проводить посредственное и непосредственное (по Образцову). Количество выслушанных тонов, их сила (ослабление, усиление, хлопающий первый тон, на верхушке). Имеется ли акцент второго тона на аорте или на легочной артерии. Какой оттенок тонов сердца: металлический, бархатный, дребезжащий; раздвоение и расщепление тонов, где и какого, постоянно ли? Ритм галопа (систолический, пресистолический, протодиастолический, мезодиастолический). Имеется ли маятникообразный или другие ритмы.

Выслушивание шумов: эндокардиальные и экстракардиальные шумы, проводные шумы, их иррадиация. Определение фазности эндокардиального шума (систолический, пресистолический мезодиастолический и протодиастолический). Сила и характер шумов (резкий, слабый, мягкий, грубый), место их максимальной слышимости, усиление или ослабление их при физической нагрузке, при перемене положения больного (лежа, стоя). Имеется ли усиление систолического шума на аортальных клапанах или на груди на уровне III-го ребра (в точке Боткина), при поднятии рук больным вверх (симптом Сиротинина-Кукковерова).

Экстракардиальные шумы: шум трения перикарда, плевро-перикардиальный шум трения, систолическое дыхание.

*Аускультация сосудов*: наличие тонов на локтевой артерии — симптом Образцова, наличие двойного тона Траубе, двойного шума Виноградова — Дюразье на бедренных артериях, шум волчка на шейных зонах.

*Пульс:* количество ударов в одну минуту, ритм, наполнение, напряжение, форма, величина, равномерность, дифференцированность, дефицит пульса. На обеих руках, ногах. Состояние пальпируемых артерий (плотность, извилистость). Артериальное давление: максимальное и минимальное кровяное давление.

*Частота сердечных сокращений:* ударов в минуту.

*Артериальное давление* в миллиметрах ртутного столба (мм рт.ст.).

*Система органов пищеварения.*

*Исследование полости рта:* запах изо рта – кислый, гнилостный, каловый, ацетоновый (мочой при уремии, ацетоном при диабете), зловонный, алкоголя и др., Слизистая полости рта и твердого неба – цвет розовый, бледный, желтушный, влажный. Наличие высыпаний, изъязвлений, лейкоплакии, молочница и пр. Десны бледные, разрыхленные, кровоточивые. Серая кайма на деснах при профессиональных отравлениях.

*Зубы:* есть ли кариозные, шатающиеся, указать, какие зубы отсутствуют. Вставные зубы.

*Язык:* величина, нет ли отпечатков зубов по краям. Цвет языка – малиновый, лакированный, влажный, сухой, чистый, обложенный, трещины, прикусы, язвы, рубцы.

*Зев:* нормальной окраски, припухлость слизистой оболочки, сухость, налеты, миндалины нормальной величины, покраснение, припухлость, налеты, разрыхленность, наличие гнойных пробок.

*Глотка:* состояние и цвет слизистой (покраснение или побледнение, отечность, наличие пленочных наложений, дефекты, изъязвления, рубцы).

*Осмотр живота:* форма его, общее выпячивание, вздутие, лягушачий живот, втянутый или запавший живот. Окружность живота стоя \_\_\_\_ см, лежа \_\_\_\_ см. Участие живота в акте дыхания. Наличие местных втяжений и выпячиваний (форма и в каких областях). Наличие перистальтических движений, видимых через брюшные покровы (желудочная, кишечная перистальтика), наличие эпигастральной пульсации. Развитие на животе подкожных венозных анастомозов (голова медузы). Рубцы послеоперационные, стрии. Наличие грыж (белой линии живота, паховых, бедренных).

*Перкуссия живота:* для определения наличия свободной жидкости, перкуссия производится при изменениях положения больного (стоя, лежа на спине, лежа на боках).

Определение с помощью перкуссии наполненного мочевого пузыря.

Выявление местных ограниченных участков притупления перкуторного звука при хронических продуктивных перитонитах, опухолях, кистах и пр.

*Аускультация:* определение аускультативно-пальпаторным методом нижней границы желудка (шум плеска по Образцову).

Выслушивание шумов трения над печенью и селезенкой.

*Пальпация живота:* производится в стоячем и лежащем положении больного: а) поверхностная - ориентировочная пальпация. Выявление местной или разлитой болезненности, болевых точек, общего или местного напряжения мышц. Определение наличия асцита методом флюктуации (ундуляции). Выявление расширения паховых и бедренных колец, диастаз мышц. Пальпаторное определение небольших грыж; б) глубокая, скользящая, методическая, топографическая пальпация по Образцову. Ощупывание сигмовидной, слепой кишки, терминального отрезка тонкого кишечника, поперечно-ободочной кишки, большой и малой кривизны желудка, привратника, их диаметр, консистенция, смещаемость, урчание. Пальпация восходящего и нисходящего отделов толстого кишечника в правом и левом фланке. В норме нижняя граница желудка на 5 см выше пупочного кольца.

Пилорантральный отдел желудка не пальпируется. Аппендикулярные точки, болевые: Мак-Бурнея, Ланца, симптомы Щеткина—Блюмберга, Губергрица—Ситковского, Ровзинга.

*Пальпация* прямой кишки указательным пальцем, введенным в анальное отверстие, прощупывание через прямую кишку предстательной железы.

*Пальпация печени по Образцову.* Определение характера ее края, консистенция органа, наличие бугристости, пупкообразного вдавления. Болезненность печени.

*Пальпация желчного пузыря.* Болевые симптомы, указывающие на патологию желчных путей – Симптом Георгиевского-Мюсси, симптом Кера, симптом Захарьина, симптом Василенко, симптом Образцова-Мерфи, симптом Менделя, Ортнера.

*Перкуссия верхней и нижней границ печени.* Три размера печени (по средне-ключичной, срединной линии, по левой реберной дуге) по Курлову.

*Поджелудочная железа пальпация по Гротту,* в месте проекции наличие болезненности.

*Пальпация селезенки:* в положении больного на спине и в диагональном положении по Сали (на правом боку). Болезненность, консистенция (мягкая, плотная, хрящевая). Поверхность ровная, гладкая, бугристая; пальпация вырезок селезенки.

*Перкуссия селезенки:* верхняя граница определяется глубокой пальпаторной перкуссией по средне-подмышечной линии, нижняя граница определяется глубокой перкуссией (плессиметр ставится под XII ребро, у свободного его края, наклонно передвигается плессиметр косо-кверху, к середине подмышечной линии). Задне-верхняя граница определяется глубокой пальпаторной перкуссией (плессиметр ставится параллельно позвоночнику под линией - перпендикуляром, восстановленным от верхней границы к позвоночнику), передняя граница селезенки определяется минимальной перкуссией (плессиметр ставят перпендикулярно под линией, соединяющей пупок с верхней границей селезенки и перкутируют от пупка в направлении к подмышечным линиям). Измерить длинник селезенки (между задне-верхней границей и передней), измерить ширину селезенки (расстояние между верхней границей селезеночной тупости и нижней границей) по Курлову.

*Пальпация почек:* в стоячем положении по Боткину, в лежачем положении (бимануально). Пальпация по ходу мочеточников для выявления болезненности. Симптом Пастернацкого (выявление болезненности при поколачивании поясничной области справа и слева).

*При обследовании внутренних органов внимание должно быть сосредоточено на двух основных моментах: **во-первых**, поиск возможной сочетанной патологии внутренних органов и осложнений, связанных с этим, **во-вторых**, поиск сопутствующих хронических заболеваний. В истории болезни должны быть отмечены все органы и системы, их целостность, степень нарушения функции, действия, предпринятые врачом по выявлению нарушений в работе внутренних органов, указаны мероприятия по лечению выявленных осложнений.*

## **V. Предварительный клинический диагноз.**

Отражает характер урологического заболевания, стадию и его осложнения.

## **VI. План обследования и лечения.**

В данном разделе должны быть отражены не только данные по плану клинического обследования пациента, но и предварительный план лечения.

Лечение урологического пациента складывается из двух разделов: мероприятия неотложной помощи и мероприятия плановой помощи. Мероприятия неотложной помощи, как правило, начинаются и продолжаются до выхода пациента из критического состояния. Мероприятия плановой урологической помощи включают оперативное или консервативное лечение. Комплекс мероприятий по реабилитации больного.

Окончательное решение о возможности оперативного лечения врач принимает после сбора всех данных обследования больного. Как правило, у каждого больного производится:

- 1.Общий анализ крови.
- 2.Биохимический анализ крови.
- 3.Общий анализ мочи.
- 4.Анализ крови на RW, ВИЧ, гепатиты.
- 5.Электрокардиография.

Другие лабораторные и инструментальные исследования проводятся по показаниям (УЗИ органов брюшной полости и почек, ЭФГДС, анализ мокроты, анализ желудочного содержимого и др.).

## **VIII. Дневники наблюдений за больным.**

Дневник наблюдения пишется ежедневно. Отражает жалобы больного, динамику состояния внутренних органов, показатели основных жизненно-важных органов и систем, данные термометрии, физиологические отправления, наличие реакций и осложнений на основное заболевание и на терапию.

В локальном статусе отражаются все визуальные данные, полученные во время смены повязок, обработки дренажей, изменения, произошедшие с момента последней перевязки.

Если во время курации больному производятся манипуляции, операции, трансфузии препаратов крови, то это должно отмечаться в дневниках, примерная схема изложения:

- показание для процедуры, манипуляции, операции;
- обозначение целей, которые планируется достигнуть данной процедурой;
- информированное согласие пациента;
- описание процедуры, манипуляции, операции (может включать схемы операций, манипуляций, данные предварительной разметки, результаты определения групповой принадлежности крови и резус-фактора, результаты биологических проб и т.д.);
- наличие/отсутствие осложнений, состояние пациента после проведенной процедуры, данные динамического наблюдения за состоянием больного.

### **VIII. Лист наблюдений и лист назначений.**

Записи в виде таблицы, посуточно отражают объективные данные наблюдений за больным (температуру утром и вечером, диурез, пульс, давление и др.). Диету, режим, медикаментозные назначения.

### **IX. Заключительный клинический диагноз (в соответствии с классификацией)**

- 1.Основной диагноз
- 2.Сопутствующие заболевания
- 3.Осложнения основного и сопутствующих заболеваний

При составлении диагноза необходимо учитывать причинно-следственные связи и пользоваться номенклатурой по МКБ 10.

### **XI. Этапный эпикриз**

Записывается раз в 7 дней во время пребывания в больнице или при изменении диагноза или тактики лечения. Коротко описывается состояние



пациента на настоящее время, планы по дальнейшему лечению данного конкретного случая.

## **XII. Выписной эпикриз**

Подробная выписка из истории болезни включает следующие разделы:

1. паспортную часть;
2. жалобы на момент осмотра;
3. история заболевания;
4. состояние при поступлении;
5. локальный статус при поступлении и при выписке;
6. проведенное лечение, включая медикаментозную терапию, операции, манипуляции, инфузионно-трансфузионную терапию;
7. заключительный клинический диагноз;
8. рекомендации по амбулаторному лечению и реабилитации.

Дата, подпись куратора