

МИНОБРНАУКИ РОССИИ

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

**Медицинский институт
Кафедра «Хирургические болезни»**

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

Заведующий кафедрой


В.А. Марийко

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
по проведению самостоятельной работы
по специальности (модуля)
«Оториноларингология»**

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

по специальности
31.05.01 Лечебное дело

с направленностью (профилем)

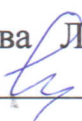
Форма обучения: очная

Идентификационный номер образовательной программы: 310501-01-21

Тула 2021 год

Разработчик(и) методических указаний

Вандышева Л.В., к.м.н., доцент кафедры ХБ



(подпись)

Предисловие

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

История болезни должна быть составлена ясно и последовательно, написана в форме изложения. 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.

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.

Схема истории болезни по оториноларингологии.

Осмотр лечащим врачом совместно с заведующим отделением

Дата и время осмотра.

Жалобы

1. На состояние ЛОР-органов.
2. На состояние других органов и систем.

Анамнез заболевания

Анамнез субъективный (со слов больного): время появления первых признаков ЛОР-заболевания, динамика его течения, характер предшествующего лечения, его эффективность (подробно); если ранее проводилось хирургическое лечение, по возможности указать его объем.

Анамнез объективный: 1) данные о ЛОР-заболевании по справкам, рентгенограммам и другим документам; 2) то же о других заболеваниях.

Анамнез жизни

Данные о наследственности, краткие сведения об имеющихся заболеваниях других органов и систем (сахарный диабет, психические заболевания, поражение сердечно-сосудистой системы и т.д.), перенесенных инфекционных заболеваниях (туберкулез, венерические заболевания, вирусный гепатит, СПИД или ВИЧ-инфекция), об условиях труда и быта, о вредных привычках (употребление алкоголя, наркотиков, токсикомания, курение и др.). Отмечают наличие аллергических проявлений (непереносимость лекарств, отдельных пищевых продуктов, бронхиальная астма, отек Квинке, экзема, аллергический ринит) как у самого больного, так и у его родителей и детей. Указать, получал ли больной ранее лечение стероидными препаратами, были ли оперативные вмешательства и гемотрансфузии.

Настоящее состояние (Status praesens)

Общий осмотр. Общее состояние (удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое). Поведение больного (активное, пассивное, вынужденное положение). Телосложение (нормостеническое, гиперстеническое и астеническое). Питание (повышенное, пониженное, нормальное). Кожный покров и видимые слизистые оболочки: цвет (бледно-розовые, синюшные,

желтушные, бледные, землистые); наличие пигментаций, высыпаний, телеангиэктазий, рубцов, трофических изменений.

Подкожно-жировая клетчатка (развитие, места наибольшего отложения жира), отеки (локализация, распространенность, выраженность). Периферически лимфатические узлы: локализация пальпируемых лимфатических узлов, их величина, консистенция, болезненность, подвижность, сращение между собой и с окружающими тканями, состояние кожи над узлами.

Нервная система', сознание (ясное, спутанное); наличие неврологических расстройств; менингеальная и очаговая симптоматика; функции черепных нервов; острота зрения, наличие диплопии, птоз, объем движений глазных яблок, реакция зрачков на свет; симметричность носогубных складок при оскале зубов; положение языка при высовывании.

Состояние психики', ориентировка в месте, во времени и в ситуации, соответствие интеллекта возрасту.

Опорно-двигательный аппарат (мышцы, кости, суставы).

Система органов кровообращения: аускультативно тоны сердца, ритм, артериальное давление, пульс.

Система органов дыхания: частота дыхательных движений, при наличии одышки указать ее характер (инспираторная, экспираторная, смешанная); перкуссия легких (звук ясный легочный, притупленный, коробочный, тимпанический); аускультативно: легочное дыхание ослабленное, усиленное, везикулярное, жесткое.

Органы пищеварения: пальпация и перкуссия органов брюшной полости (печень, селезенка), физиологические отравления.

Мочеполовая система: наличие дизурических расстройств, определение симптома Пастернацкого.

Эндокринная система: увеличение или уменьшение массы тела, жажда, чувство голода, ощущение жара, озноб, мышечная слабость, блеск глаз; пальпация щитовидной железы (величина, консистенция, болезненность).

Осмотр ЛОР-органов. При наружном осмотре обращают внимание на внешний вид ЛОР-органов. Отмечают изменения формы наружного носа, области проекции на лицо стенок лобных и верхнечелюстных пазух, ушной раковины, шеи (например, «имеется западение спинки носа в костном

отделе», «смещение пирамиды носа вправо», «звездчатый рубец на передней поверхности шеи в области нижнего края щитовидного хряща» и т.п.).

Перед эндоскопией соответствующего ЛОР-органа проводят пальпацию (регионарных лимфатических узлов, передних и нижних стенок лобных пазух, мест выхода I и II ветвей тройничного нерва, передних стенок верхнечелюстных пазух, хрящей гортани и т.п.).

Последовательно выполняют исследование всех ЛОР-органов.

Нос и околоносовые пазухи. Носовое дыхание исследуют с помощью пробы с ваткой, позволяющей оценить его как свободное или затрудненное (затруднен вдох или выдох). При необходимости проводят ринопневмометрию.

При наличии жалоб на расстройство обоняния выполняют одориметрию с помощью набора пахучих веществ: 0,5 % раствор уксусной кислоты (№ 1), 70 % этилового спирта (№ 2), настойка валерианы (№ 3), нашатырный спирт (№ 4). Для более точного исследования обоняния используют ольфактометры.

Переднюю риноскопию проводят последовательно сначала справа, затем слева. Раздельно для той и другой стороны регистрируют состояние преддверия полости носа, обращают внимание на вид слизистой оболочки (цвет, блеск, влажность), расположение перегородки носа (при наличии деформации указывают ее характер, локализацию, выраженность, преимущественное смещение в ту или иную сторону), размеры носовых раковин, ширину просвета носовых ходов, наличие в их просвете отделяемого и его характер (слизистый, гнойный, геморрагический, корки). При необходимости определяют сократительную способность слизистой оболочки носа при анемизации.

Носоглотка. Носоглотку осматривают при задней риноскопии с помощью носоглоточного зеркала и эндоскопа. Отмечают состояние слизистой оболочки, глоточной (аденоиды I, II и III степени, признаки аденоидита) и трубных миндалин, глоточного устья слуховой трубы, вид заднего края сошника, просвет хоан, задние концы носовых раковин, наличие и характер отделяемого в задних отделах носовых ходов.

При необходимости выполняют пальцевое исследование.

Ротоглотка. При ротооскопии обращают внимание на состояние слизистой оболочки полости рта, зубов и десен (наличие и выраженность зубного кариеса, пародонтоза, периодонтита), выводных протоков слюнных желез. Характер слизистой оболочки (цвет, блеск, влажность), состояние небных дужек (гиперемированы, инфильтрированы, отечны, спаяны с миндалинами),

размер небных миндалин (за дужками, гипертрофия I, II или III степени), их поверхность (гладкая или бугристая), состояние лакун (не расширены или расширены), наличие в них патологического секрета (при надавливании выделяются казеозные, гнойные пробки, жидкое, густое гнойное отделяемое), состояние слизистой оболочки и лимфоидных образований задней стенки глотки. Функция глотания: оценивают симметричность и подвижность мягкого неба.

Гипофарингоскопия', симметричность стенок глотки (грушевидных синусов), наличие слюнных озер в грушевидном синусе или инородных тел, размер и состояние язычной миндалины. Валикулы в норме свободны.

Гортань. В норме гортань правильной формы, пассивно подвижна, симптом хруста хрящей выражен. Проводят пальпацию регионарных лимфатических узлов. При непрямой ларингоскопии оценивают состояние слизистой оболочки надгортанника, черпалонадгортанных и вестибулярных складок, области черпаловидных хрящей, межчерпаловидного пространства. В норме она розового цвета, влажная, блестящая, с гладкой поверхностью. Голосовые связки перламутрово-серые, при фонации симметрично подвижные, полностью смыкаются, при вдохе голосовая щель широкая (в норме от 15 до 20 мм), подголосовое пространство свободное. Голос звучный, дыхание свободное. Выявленную патологию конкретно указывают и характеризуют.

Уши. При наружном осмотре последовательно определяют форму ушных раковин, наличие воспалительных инфильтратов и ран в околоушной области, изменений раковин и наружных слуховых проходов. Оценивают болезненность при пальпации околоушной области, козелка и наружного слухового прохода.

Отоскопию выполняют сначала на стороне здорового, затем больного уха; если оба уха беспокоят пациента, то исследование начинают с того, из которого нет выделений. Оценивают характер и количество отделяемого в наружном слуховом проходе (отделяемое слизистое, гнойное, геморрагическое, в количестве 1—2 «ватников» и более, без запаха или с ихорозным запахом), ширину и форму наружного слухового прохода (наличие воспалительных изменений кожи, серные массы, экзостозы, нависание задневерхней стенки).

При описании барабанной перепонки (Mt) обращают внимание на ее цвет (в норме она серого цвета с перламутровым оттенком) и опознавательные пункты (короткий отросток и рукоятка молоточка, световой конус, передняя и задняя складки, натянутая и ненатянутая части Mt)). При патологии барабанная перепонка может быть гиперемирована, инфильтрирована, втянута или выбухает, утолщена, световой конус укорочен или отсутствует.

При наличии перфорации определяют ее размеры, локализацию, форму, тип (центральная, краевая), зияющая или наличие пульсирующего рефлекса. В ряде случаев через обширную перфорацию просматриваются образования барабанной полости (утолщенная слизистая оболочка, грануляции, остатки слуховых косточек и т.д.).

В том случае, если у больного нет жалоб на состояние слуха, проводят исследование восприятия шепотной речи, результат которого фиксируют для каждого уха в форме (ШР AD и AS = 6 мл). При выявлении снижения слуха и патологии уха обязательно должен быть составлен слуховой паспорт и проведено исследование барофункции слуховых труб. При наличии жалоб на головокружение и расстройство равновесия выполняют исследование вестибулярной функции (см. ниже схему записи результатов исследования).

Результаты исследования слуха шепотной и разговорной речью, а также с помощью камертонов вносят в слуховой паспорт. Ниже представлен образец слухового паспорта больного с правосторонней кондуктивной тугоухостью.

Слуховой паспорт

Заключение: имеется снижение слуха справа по типу нарушения звукопроводения.

Слуховой паспорт больного с левосторонней нейросенсорной тугоухостью выглядит следующим образом.

Слуховой паспорт

Опыт Вебера (W)

Заключение: снижение слуха слева по типу нарушения звуковосприятия.

При необходимости в слуховой паспорт включают результаты опытов Желле (G), Бинга (Bi), Федеричи, Швабаха (Sch).

В том случае, если выявлены отклонения при выполнении вестибулярных тестов, дополнительно проводят калорическую и вращательную пробы, а при наличии расстройств равновесия — стабилometriю. Полученные результаты оформляют в виде паспорта вестибулометрического исследования, врач-вестибулолог анализирует их и делает заключение.

Завершая осмотр больного, лечащий врач должен проанализировать результаты исследований, выполненных ранее амбулаторно или в других лечебных учреждениях (лабораторные анализы, рентгенограммы, ЭКГ, аудиограммы, заключения консультантов, выписки из истории болезни и т.д.). Наиболее значимые из этих документов учитывают при установлении диагноза наряду с результатами исследований, проведенных в стационаре.

Клинический диагноз устанавливают лечащий врач и заведующий отделением после совместного осмотра больного и формулируют в соответствии с номенклатурой или общепринятой классификацией.

План обследования и лечения больного составляют лечащий врач совместно с заведующим отделением при первом осмотре в стационаре. В лечебных учреждениях Москвы в соответствии с требованиями страховой медицины при планировании диагностических и лечебных процедур необходимо учитывать рекомендации руководства «Медицинские стандарты стационарной помощи» (М.

,1997). При назначении дополнительных исследований, выходящих за рамки «стандартов», в истории болезни необходимо обоснование целесообразности их проведения.

В плане указывают необходимые и общеклинические, биохимические, рентгенологические, специальные функциональные (ЭКГ, ЭЭГ, РЭГ, доплерография, ангиография и т.д.) и оториноларингологические исследования (аудиологические, вестибулометрические и т.д.), необходимые консультации врачей смежных специальностей, планируемое хирургическое лечение с указанием метода анестезии.

Осмотр заведующим отделением

Подтверждение клинического диагноза, согласие с планом обследования и лечения больного, дополнения.

Предоперационный эпикриз

1. Ф.И.О., возраст больного, клинический диагноз, объективные признаки хирургического заболевания (например, имеется выраженное искривление перегородки носа в костном отделе с нарушением функции дыхания).

2. Длительность болезни, частота обострений; данные, подтверждающие неэффективность консервативного лечения; основные результаты лабораторных и функциональных исследований, проведенных при подготовке к операции.

3. Цель операции и ее основные этапы, предполагаемый метод анестезии, отметка об информированном согласии больного на операцию, о проведенной психопрофилактической беседе, а также о том, что пациент предупрежден о возможных осложнениях операции. Обязательна собственноручная подпись больного, для детей в возрасте до 15 лет — подпись родителей. Указываются хирург и ассистенты.

Подпись врача-куратора.

Подпись заведующего отделением.

В том случае, если операция планируется с участием анестезиолога, то должна быть его запись о состоянии больного и необходимой подготовке к проведению наркоза.

Операция (название, номер)

Дата, время начала и окончания операции. Анестезия местная...(или наркоз). Последовательно отметить разрез..., отсепаровка..., удаление..., вскрытие..., обнажение..., ревизия под микроскопом..., особенности патологического процесса..., тампонада..., наложение швов..., повязка... . Отметить объем кровопотери..., осложнения (если были), состояние больного сразу после операции и после выхода из наркоза. Указать, какой материал направлен для гистологического исследования. Послеоперационный диагноз. Назначения.

Хирург.

Ассистент.

Все операции контролирует (назначение, результат, исход) лично заведующий отделением, а при необходимости — заведующий кафедрой или его заместители.

Ведение дневника. В первые 3 дня после операции лечащий врач делает в дневнике развернутые записи, в тяжелых случаях необходимы ежедневные дневники и записи дежурного врача, отражающие динамику состояния больного в период, когда лечащий врач отсутствует. Записи в дневнике должны содержать отметки лечащего врача о получении результатов выполненных лабораторных и функциональных исследований с трактовкой этих результатов. В дневнике лечащим врачом также должны быть обоснованы все новые назначения.

Каждые 10 дней обязательно оформляется этапный эпикриз, в котором кратко отражаются состояние больного, основные результаты проведенного

обследования и лечения (в том числе хирургического), указывается план дальнейшего ведения больного.

Если больной нетрудоспособен в течение 30 дней (с учетом дней нетрудоспособности до поступления в стационар), то его представляют на клинико-экспертную комиссию (КЭК) для решения вопроса об обоснованности и необходимости дальнейшего продления листка нетрудоспособности.

В том случае, если длительность периода нетрудоспособности составляет 4 мес, обязательно направление больного на медико-социальную экспертную комиссию (МСЭК) для решения вопроса о целесообразности перевода его на инвалидность или возможности дальнейшего продления листка нетрудоспособности (при наличии перспектив излечения).

Накануне перед выпиской осмотр больного проводит заведующий отделением с целью оценки объективного состояния больного, результатов хирургического лечения и подтверждения рекомендаций для дальнейшего лечения по месту жительства.

Выписной эпикриз

Ф.И.О., находился(лась) в ЛОР-отделении с ... по ... 2001 г.

по поводу..... (окончательный диагноз), дата операции, произведена под анестезией (полное название операции). Операция и послеоперационный период, осложнения, особенности хода операции, основные операционные находки, результаты гистологического исследования направленного материала, особенности послеоперационного периода). Кратко объективная картина состояния оперированного органа (реактивные явления, функции, например, слух на правое ухо до операции: ШР — у раковины, при выписке: ШР — 3 м).

Выписывается в удовлетворительном состоянии под наблюдение оториноларинголога районной поликлиники, рекомендовано... (характер лечебных воздействий, число дней домашнего режима).

Лечащий врач:
Заведующий отделением
(Заместитель главного врача больницы по хирургии):

При выписке больного лечащий врач заполняет также карту выбывшего из стационара.