

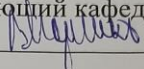
МИНОБРНАУКИ РОССИИ

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

Медицинский институт
Кафедра «Хирургические болезни»

Утверждено на заседании кафедры
«Хирургические болезни»
«25» января 2022г., протокол № 6

Заведующий кафедрой

 В.А. Марийко

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
по написанию истории болезней
по дисциплине (модулю)
«Офтальмология»**

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

по специальности
31.05.01 Лечебное дело

с направленностью (профилем)
Лечебное дело

Форма обучения: очная

Идентификационный номер образовательной программы: 310501-01-22

Тула 2022 год

Разработчик(и) методических указаний

Лазук А.В., д.м.н., профессор кафедры ХБ
(подпись)

Лазук

Образец оформления титульного листа истории болезни

**Министерство образования и науки РФ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Тульский государственный университет»
Медицинский институт
Кафедра хирургических болезней**

Зав. кафедрой:
ученая степень и звание, ФИО

Преподаватель:
ученая степень и звание, ФИО

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

Ф.И.О. пациента (в родительном падеже)

Диагноз:

(Формулируется в соответствии с принятыми классификациями для каждого глаза отдельно (OD, OS). Вначале указывается основное заболевание, затем сопутствующие).

Куратор: студент(ка) IV курса
группы _____

Фамилия, И.О. куратора

Тула 20__ г.

I. ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

- Ф.И.О. больного
- Возраст
- Пол
- Профессия
- Место работы
- Домашний адрес
- Дата поступления в клинику

II. ЖАЛОБЫ

- офтальмологические
- общие жалобы (если имеют отношение к глазной патологии)

Обследование пациента начинают с выяснения жалоб на момент курации. Жалобы больного записываются с его слов, поэтому медицинские термины в этом разделе не употребляются.

Наиболее часто можно услышать следующие жалобы офтальмологических больных:

Зрительные ощущения

- снижение зрения (в виде тумана, мути, пелены, сетки, пятна и т.п.);
- искажение формы предметов (метаморфопсии) и их величины (микро- и макропсии);
- двоение;
- ощущение вспышек, мелькания молний, зигзагов, искр (фотопсии)

Ощущения неприятного характера

- боль (необходимо охарактеризовать (ее характер, интенсивность, длительность, время и условия появления, локализацию, наличие иррадиации);
- сухость;
- зуд;
- ощущение инородного тела

Прочие жалобы

- зрительный дискомфорт;
- утомляемость;
- покраснение;
- слезотечение, светобоязнь;
- наличие отделяемого гноя, крови и т.д.

III. ИСТОРИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ (ANAMNESIS MORBI)

Описывается начало и развитие заболевания с момента его возникновения. Если речь идет об обострении хронического заболевания, необходимо начать с описания последнего обострения. Указать, с чем связывает больной свое заболевание. Описать характер начала заболевания

(остро или постепенно), течение болезни (ремиссии, исходы обострений (в хронологическом порядке, с датами), лечение и его эффективность (до дня курации – когда, где, препараты и оперативные вмешательства (со слов больного и по медицинской документации).

При травмах указать точные время и обстоятельства (производственная или бытовая). Отметить, были ли заболевания или травмы глаз в прошлом.

IV. ИСТОРИЯ ЖИЗНИ (ANAMNESIS VITAE)

Указываются перенесенные заболевания (обязательно отмечается перенёс ли гепатит, онко-, венерические заболевания, СПИД, туберкулёз). Кратко отражаются основные моменты жизни пациента, более подробно те данные, которые могли иметь значение для возникновения и развития заболевания. Анализируется наследственность, наличие подобного или других заболеваний у близких родственников.

Характеризуется аллергоанамнез (с указанием препарата и характера аллергической реакции) и вредные привычки.

V. ОБЩИЙ СТАТУС (STATUS PRAESENS)

Кратко описывается состояние внутренних органов и систем: кожных покровов и видимых слизистых, обязательно регионарных лимфатических узлов, опорно-двигательной, дыхательной, сердечно-сосудистой (с указанием АД и пульса), пищеварительной, мочеполовой.

VI. СОСТОЯНИЕ ОРГАНА ЗРЕНИЯ (STATUS OCULORUM)

Заполняется в виде таблицы (см. ниже). Дается подробное описание соответствующих структур, отдельно для левого и правого глаза, отмечается наличие асимметрии.

В случае отсутствия глазного яблока делается запись «ан офтальм», описывается состояние полости (отделяемое, грануляции), наличие и состояние протеза. В остальных графах ставятся прочерки.

№	Симптом или структура	OD	OS
1	Острота зрения	Указывается острота зрения с коррекцией (напр. visus OD=0,1 с коррекцией sph -2,0D = 1,0)	
2	Рефракция	Указывается характер и степень рефракции (напр. миопическая -2,0D)	
3	Слезотечение, светобоязнь	Указывается степень выраженности симптомов (отсутствует, умеренно или резко выражены)	
4	Глазная щель	Указывается форма (миндалевидная, монголоидная), ширина (вертикальный размер в центре)	
5	Окружающие глазницу части	Характеризуется состояние параорбитальных областей (лобной, носовой, подглазничной, скуло-височной), отмечается наличие гематом, рубцов, ран, отека и т.п.	
6	Веки, края их	Указывается положение век (наличие заворота, выворота, опущения), состояние ресничного края	

		(наличие неровностей, утолщения, гиперемии), характер роста ресниц (правильный, неправильный)
7	Слезные органы	Оценивается наличие патологического отделяемого из слезных точек при пальпации области слезного мешка
8	Глазное яблоко в целом	Описывается величина, форма, положение в орбите, подвижность
9	Конъюнктива	Характеризуется состояние конъюнктивы век и переходных складок – цвет, состояние поверхности (гладкая или шероховатая), влажность, наличие и характер отделяемого
10	Склера	Оценивается цвет, особенности
11	Роговая оболочка	Указывается размер, форма, прозрачность, влажность, зеркальность, гладкость, блеск, чувствительность, наличие сосудов
12	Передняя камера	Описывается глубина, равномерность глубины, прозрачность влаги
13	Радужная оболочка	Указывается цвет, рисунок
14	Цилиарное тело	Чувствительность (болезненность) глазного яблока при пальпации (в норме безболезненно)
15	Зрачок	Описывается величина, цвет, форма зрачка; прямая и содружественная реакция на свет, аккомодацию и конвергенцию
16	Хрусталик	Его наличие, афакия или артификация, положение, прозрачность
17	Стекловидное тело	Характеризуется прозрачность, описываются помутнения
18	Глазное дно	Описывается картина глазного дна по результатам офтальмоскопии: - диск зрительного нерва (цвет, четкость границ – бледно-розовый/бледный/сероватый; границы четкие/стушеваны-где); - ход и калибр сосудов (не изменены/ артерии-норма, сужены, извиты; вены – норма, расширены, извиты, соотношение артерий и вен (а:в), симптомы Салюса-Гунна, Гвиста, медной или серебряной проволоки) - желтое пятно.
19	Внутриглазное давление	Исследуется куратором пальпаторно (см. соответствующий практический навык)
20	Поле зрения	Оформляется в виде схемы OD OS 
21	Цветовосприятие	Нормальная трихроматизация или аномалии цветового

		зрения с указанием используемых таблиц
22	Бинокулярное зрение	Наличие бинокулярного зрения (указать тест), при его отсутствии указывается характер зрения (монокулярное, одновременное)

Для пп. 3-13, 15 используется осмотр в фокальном освещении, для пп. 16-17 – исследование в проходящем свете.

VII. ЛАБОРАТОРНЫЕ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Из истории болезни стационарного больного выписываются данные дополнительных методов исследования, необходимых для установления диагноза (результаты УЗ-исследования, рентгенографического исследования (орбит, каналов зрительных нервов, околоносовых пазух и т.п.).

Лабораторные исследования включают общеклинический минимум (общие анализы крови и мочи, глюкоза крови, кровь на RW), по необходимости – биохимический анализ крови, коагулограмма, воспалительные белки и т.п.

При целом ряде офтальмологических заболеваний требуются консультации других специалистов (терапевтов, эндокринологов, неврологов, оториноларингологов). Их заключения также необходимо отразить в данном разделе.

VIII. КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ

Клинический диагноз должен быть выставлен в соответствии с общепринятыми классификациями. За формулировкой диагноза следует его обоснование (причем каждая часть диагноза должна обосновываться отдельно).

Пример:

Клинический диагноз:

OD – первичная глаукома открытоугольная развитая с высоким внутриглазным давлением (II-с). Начальная возрастная катаракта. Гипертоническая ангиопатия сетчатки.

OS – Незрелая возрастная катаракта. Гипертоническая ангиопатия сетчатки.

Обоснованию подлежат:

- наличие глаукомы
- тип глаукомы (первичная)
- форма глаукомы (открытоугольная)
- стадия глаукомы (развитая)
- состояние внутриглазного давления (высокое)
- наличие сенильной катаракты
- стадия катаракты
- наличие гипертонической ангиопатии

IX. ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ

Указываются общие принципы лечения данного заболевания и мероприятия, необходимые конкретно для данного больного.

- Режим;
- Диета;
- Медикаментозная терапия (группы препаратов с указанием конкретного представителя, дозы и кратности введения);
- Немедикаментозные методы лечения (физиотерапия) (при наличии показаний);
- Хирургическое лечение (вид операции)

X. ПРОГНОЗ ДЛЯ ЗРЕНИЯ И ЖИЗНИ БОЛЬНОГО

XI. РЕКОМЕНДАЦИИ БОЛЬНОМУ

Необходимо перечислить рекомендации по режиму, диете, медикаментозному лечению, необходимости оптической коррекции, повторным обследованиям, кратности наблюдения у окулиста).

XII. СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Приводится список литературы, использованный при написании истории болезни (с указанием фамилий авторов, названия монографий и журнальных статей, места и года издания).

Подпись куратора