

УДК 616.21 (07.07)

Н.В. ЗАВАДСКИЙ, А.В. ЗАВАДСКИЙ

СТУДЕНЧЕСКАЯ ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ В ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ. КАКОЙ ЕЙ БЫТЬ?

*Каф. отоларингологии и офтальмологии (зав. – проф. Н.В. Иванова)
Крым. гос. мед. ун-та им С.И. Георгиевского (ректор – проф. А.А. Бабанин)*

В настоящее время в медицине среди врачей все более проявляется тенденция к неумению письменного оформления и ведения истории болезни, важнейшего медицинского документа. Главной ошибкой является недостаточная способность к интегральному осмысливанию результатов как сбора анамнеза, так и клинического обследования. Это приводит к неправильному обоснованию предварительного и окончательного диагнозов, выбору методов консервативного или оперативного лечения, составлению эпикриза. При наличии печатных форм обследования и операционных клише этот процесс сводится лишь к подчеркиванию соответствующих мест (строк) и составление историй болезни несомненно ускоряется, но ретроспективный анализ их затруднен.

Написание студентом истории болезни под руководством преподавателя является обязательным элементом обучения на всех клинических кафедрах [2, 5]. В процессе перехода преподавания оториноларингологии на кредитно-модульную систему на принципах Болонской декларации также предусматривается написание студенческой истории болезни [2, 5]. Однако написание такой истории болезни в клинике оториноларингологии имеет свои особенности. Учитывая краткость цикла и основные задачи практических занятий, описание других органов и систем должно быть очень кратким (или опущено вообще). На основании многолетнего опыта проведения практических занятий мы сочли целесообразным поделиться опытом написания истории болезни в нашей клинике, образец которой приводится ниже.

Отбор больных для курации производится преподавателем. Это должна быть наиболее частая патология, с которой встретится будущий врач. Так как в группе обычно 12 студентов, то это могут быть пациенты с такими заболеваниями:

1. Паратонзиллярный абсцесс.
2. Хронический тонзиллит.
3. Острый синусит.
4. Одонтогенный гайморит.
5. Обострение хронического синусита.
6. Хронический ринит.
7. Острый эпиглоттит.
8. Хронический ларингит.
9. Рак гортани.
10. Острое воспаление среднего уха.
11. Мастоидит.
12. Хроническое гнойное воспаление среднего уха.

Первая страница обложки:

Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского
Кафедра отоларингологии и офтальмологии
Зав. кафедрой: проф. Иванова Н.В.

Преподаватель:

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

(фамилия, имя, отчество больного)

Клинический диагноз:

1. Основное заболевание: _____
 2. Осложнения: _____
 3. Сопутствующие заболевания _____
- Куратор-студент: (фамилия, имя, отчество)
Факультет _____, курс _____, группа _____
Дата курации: «__» _____ 2009 г.

Первая страница содержания истории болезни:

1. ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ:

Фамилия, имя, отчество больного (ой) _____
Возраст, пол, семейное положение, профессия

Место жительства, дата поступления в клинику

2. ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО (MOLESTIA)

Отмечать следует основные жалобы, поставив на первый план те, которые заставили больного обратиться к врачу. Следует указать его жалобы в момент поступления и на момент начала курации.

3. ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ (ANAMNESIS MORBI)

Необходимо указать время начала заболевания, предполагаемую, по мнению больного, причину заболевания. Хронологически и подробно излагается проводившееся самостоятельно или амбулаторно лечение. При хроническом заболевании надо указать время и причину рецидива, проводившееся ранее оперативное лечение.

4. ИСТОРИЯ ЖИЗНИ (ANAMNESIS VITAE)

Этот раздел собирания анамнеза должен быть достаточно подробным, но наибольшее внимание следует уделить факторам, которые могут иметь этиологическую и патогенетическую связь с настоящим заболеванием. В раннем детском возрасте это перенесенные диатезы, склонность к простудным заболеваниям, перенесенные или существующие в настоящее время риниты, синуситы, средние отиты. Особое внимание надо уделять аллергологическому анамнезу, личному и семейному, пищевой, лекарственной гиперчувствительности. Бронхиальная астма, туберкулез, венерические болезни, заболевания сердца, почек, легких, сахарный диабет. Профессиональные вредности, курение, алкоголь, у женщин – основные данные акушерско-гинекологического анамнеза. Гемотрансфузии.

5. ОБЩЕЕ СОСТОЯНИЕ (STATUS PRAESENS)

Удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое. Положение в постели, конституция, цвет слизистой оболочки и кожи, температура тела, частота пульса, кровяное давление.

6. СОСТОЯНИЕ ЛОР-ОРГАНОВ (STATUS SPECIALIS)

Алгоритм исследования: все ЛОР-органы должны быть тщательно осмотрены совместно с преподавателем и его изложением результатов обследования. Осмотр следует начинать с пальпации шеи и подчелюстной области по Образцову (поверхностная, скользящая) для выявления локаль-

ного или системного увеличения лимфоузлов. Пальпация околоносовых пазух, точек выхода тройничного нерва, наличие асимметрии лицевой мускулатуры, выявление болезненных инфильтратов в регионарных зонах ЛОР-органов.

Порядок осмотра и записи ЛОР-органов следующий: нос, глотка, гортань, уши. Осмотр парных органов начинается со здоровой стороны. У детей грудного и раннего детского возраста глотка осматривается последней.

ОСМОТР НОСА. Наружный нос: цвет кожи, наличие деформаций, врожденно узкий нос, расширение спинки носа. Состояние носового дыхания – пробой с ваткой. Передняя риноскопия: ширина носового клапана, цвет слизистой оболочки полости носа, положение перегородки носа, состояние сосудов кровотоковой зоны. Размеры и цвет слизистой оболочки нижних и средних носовых раковин, состояние и содержимое полулунных каналов. Наличие и направление полосок экссудата. Причины сужения носовых ходов. Адреналиновая проба. Обоняние.

ОРОФАРИНГОСКОПИЯ. Тризм жевательной мускулатуры, состояние зубочелюстной системы, языка, подвижность мягкого нёба. Подробное описание состояния нёбных миндалин. Размеры их, наличие налетов на них, соотношение между ними и миндалинковыми нишами, сдавление и сращение их с дужками. Состояние крипт лакунарных выходов. Условия их опорожнения при вывихивании надавливанием шпателью, характер содержимого. Состояние слизистой оболочки задней стенки глотки, наличие экссудата на ней, гипертрофия боковых лимфоидных столбов и солитарных фолликулов.

ЗАДНЯЯ РИНОСКОПИЯ. Наличие увеличения глоточной миндалины, состояние хоанальных отверстий, валиков слуховых труб, гнойные полоски на задней поверхности мягкого нёба.

ГОРТАНЬ. Наружные изменения кожи шеи в области гортани, болезненность при пальпации, подвижность хрящей гортани. Наличие, характер одышки, охриплость голоса. Непрямая ларингоскопия. Цвет слизистой оболочки гортани и грушевидных кар-

манов, форма надгортанника. Вестибулярные и голосовые складки, подвижность их при фонации. Опухолевые выросты на складках, в межчерпаловидном пространстве. Увеличение размеров надгортанника и черпаловидных хрящей.

ОСМОТР НАРУЖНОГО УША И ОТОСКОПИЯ

Правое ухо (АД)

Ушная раковина, сосцевидная область. Давление на козелок. Отоскопия: наружный слуховой проход, отомикоз, фурункул, гиперемия кожи в костном отделе. Характер экссудата, запах. Барабанная перепонка. Положение и цвет ее, сохранение опознавательных пунктов, втяжение, выпячивание, гиперемия. Наличие и характер перфорации барабанной перепонки.

Левое ухо (АС)

Описывается по схеме правого уха.

Исследование слуха:

Правое ухо (АД) Левое ухо (АС)

Акуметрия:

Восприятие разговорной и шепотной речи в метрах или около ушной раковины. При отсутствии у больного патологии среднего и внутреннего уха исследование слуха ограничивается восприятием разговорной и шепотной речи.

При наличии понижения слуха проводятся камертональные опыты и тональная аудиометрия (опыты Вебера, Ринне, Швабаха, Бинга, Федериче, Желле), а также пороговая аудиометрия.

ИССЛЕДОВАНИЕ ВЕСТИБУЛЯРНОГО АНАЛИЗАТОРА. Выполняется только при наличии у больного жалоб на головокружение, расстройство статики, спонтанного нистагма, положительной фистульной пробы.

7. ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Клинические анализы крови, мочи, содержание глюкозы в крови. Группа крови, резус-фактор, реакция Вассермана, ВИЧ-инфицирование. Посев отделяемого из носа, глотки, уха для определения вида флоры и чувствительности ее к антибиотикам. Рентгенография околоносовых пазух, боковой снимок лицевого скелета, височных костей по Шюллеру, боковой бесконтрастный снимок шеи по Г.М. Земцову. При клинически сложных и неясных ситуациях приводятся

результаты томографического исследования (КТ, МРТ).

Если у больных производились ранее или в процессе курации пункции околоносовых пазух, вскрытие абсцессов, парацентез барабанной перепонки, результаты их описываются в соответствующих разделах с указанием даты их выполнения.

8. ОФОРМЛЕНИЕ ДИАГНОЗА ЗАБОЛЕВАНИЯ

Данный раздел является самым главным в написании истории болезни. Это результат индивидуального творческого мышления, основанного на данных обследования в сопоставлении с описанием этого заболевания в учебнике. Грубой ошибкой является повторение в этом разделе всех результатов анамнеза, осмотра ЛОР-органов, данных лабораторных исследований. Диагноз должен основываться на результатах интеграции всех данных в виде мыслительного рассуждения, сопоставления данных на всех этапах диагностического процесса.

1. Предварительный диагноз.

2. Дифференциальный диагноз с заболеваниями, имеющими сходную клиническую картину. С каким заболеванием его следует проводить, указывает преподаватель.

3. Окончательный диагноз.

9. СТАНДАРТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОГО

1. Определение основного вида лечения: оперативное или консервативное. Показания к операции.

2. Схема медикаментозного и физиотерапевтического лечения. Написание рецептов лекарственных средств. В методическом пособии не следует приводить рецептуру лекарственных средств, используемых в оториноларингологии. Она приводится на отдельном стенде в учебной комнате.

10. ПРОГНОЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПОСЛЕ ВЫПИСКИ

11. ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА

Подпись студента.

Проверка истории болезни преподавателем, как и общая оценка ее в целом, проводится ручкой красного цвета, что облег-

чает защиту истории болезни на последнем занятии.

В заключении следует ответить на поставленный вопрос в заглавии. Курация больных и написание истории болезни студентом на цикле ЛОР-болезней, по нашему мнению, являются обязательными. Это не только дополнительные часы в учебной нагрузке преподавателя, а самое главное, раз-

витие врачебного мышления и письменное его оформление в главном медицинском документе – истории болезни. Вне сомнения, используемая нами схема по мере накопления опыта преподавателя приобретет более целесообразные формы с конечной целью для повышения уровня самостоятельного клинического мышления у студентов.

1. Березнюк В.В., Зайцев А.В., Ковтуненко О.В., Чорнокур О.А. Шляхи підвищення пізнавальної активності студентів та об'єктивізації оцінки їх знань і уміння на кафедрі оториноларингології // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2007. – №2. – С. 48-51.
2. Завалий М.А. Клиническое обследование больного с оториноларингологической патологией / Учебное пособие по оториноларингологии. – Симферополь, 2002. – 14 с.
3. Митин Ю.В., Васильев В.М., Деева Ю.В. Учебно-методическое и техническое обеспечение педагогического процесса на кафедрах оториноларингологии Украины // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2007. – №4. – С. 47-56.
4. Митин Ю.В., Васильев В.М., Деева Ю.В. Проблеми та перспективи викладання оториноларингології в медвузах України в умовах кредитно-модульної системи // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2008. – №3. – С. 63-69.
5. Пальчун В.Т., Крюков А.И. Оториноларингология. Руководство для врачей. – М., 2001. – 616 с.
6. Попович В.І., Оршак Д.Т., Александрук Н.В., Василюк Н.В. Формування клінічного мислення – концепція переходу до Болонського процесу // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2006. – №2. – С. 53-56.

Поступила в редакцию 04.02.09.

© Н.В. Завадский, А.В. Завадский, 2009