

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОФОРМЛЕНИЮ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ (ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О БОЛЬНОМ) по плану практических занятий

Представление о больном При острых кишечных инфекциях (ОКИ)

1. Жалобы больного на день обследования записываются точно, коротко, с учётом активно собранных при опросе жалоб по органам и системам. В жалобах необходимо отразить наличие болей, их характер, локализацию и иррадиацию. При тошноте, рвоте расспросить об их последовательности, связи с болями в животе, уточнить характер и количество рвотных масс (съеденной пищей, слизью, желчью и прочее). Если больной указывает на учащение стула – выявить характер и количество испражнений, частоту дефекаций в течение суток, наличие патологических примесей.

2. Анамнез заболевания. Данные анамнеза заболевания записываются после выяснения последовательности появления отдельных симптомов и синдромов (синдромы интоксикации, гастроинтестинальный, выделить гастрит, энтерит, колит и прочее). По дням, а при бурном развитии болезни по часам. Обратит внимание на остроту начала заболевания (внезапно, остро, постепенно). При описании синдрома интоксикации уточнить особенности нарушения терморегуляции, наличия озноба, познабливания в начале заболевания и повторные познабливания в последующие дни болезни: в первые часы, в конце суток, на второй день, на третий и т.д., длительность лихорадки, её суточные колебания (постоянная, ремитирующая, неправильная лихорадка и прочее), характер снижения и с какого дня нормализовалась температура тела.

При наличии головной боли указать её характер, локализацию, длительность, продолжительность сна.

Собирая анамнез заболевания, необходимо выявить наличие и степень мышечной слабости, головокружений, обморочных состояний, судорог, в мышцах конечностей, время их появления, характер и локализации.

При описании гастроинтестинального синдрома необходимо отразить появление отдельных симптомов: тошнота, рвота, боли в животе, учащение стула и время их возникновения (одновременно с интоксикацией или позже).

При наличии рвоты указать, сколько раз она повторялась, с чем больной её связывает, предшествовала ли болям или появлялась после них. Описать характер рвотных масс, их количество, наличие патологических примесей, отмечается ли жажда, сухость во рту, снижение аппетита.

Описывая характер болей, уточнить первичную локализацию, последующее распространение, характер болей (ноющие, постоянные, схваткообразные, режущие), их иррадиацию, связь с актом дефекации (усилие перед, во время или после дефекации).

Установить наличие урчания, переливания в животе, вздутие живота и другие ощущения.

Описывая характер стула, уточнить количество позывов в течение суток, наличие тенезмов, характер испражнений: водянистый, каловый, их количество, запах, цвет и наличие патологических примесей (слизь, кровь, гной).

Описывая анамнез заболевания, указать проводимую доврачебную помощь (промывание желудка, приём лекарств, указать каких), время обращения за помощью, её эффективность. При приёме антибактериальных и других средств указать их название и длительность приёма, дозировку.

Если больной госпитализировался в другие стационары, указать по данным направления, со слов, время пребывания, какая медицинская помощь была оказана, отметить клинические данные, которые там наблюдались врачом, а также лабораторное обследование больного. Необходимо отметить динамику заболевания с момента поступления больного в отделения до настоящего времени.

3. Эпидемиологический анамнез. Необходимо указать жилищные условия (отдельный дом, отдельная квартира, коммунальная квартира, общежитие), количество членов семьи и жильцов, наличие детей дошкольного возраста, пищевиков, санитарное состояние квартиры. Состояние и вид мест общего пользования, водоснабжения (водопровод, колонка, колодец). Соблюдение режима гигиены и режима питания. Где больной питается (дома, в столовой по месту учёбы, работы или в случайных столовых и т.д.).

- При подозрении на острое кишечное заболевание необходимо уточнить характер питания за 3 дня до заболевания. Указать адрес магазина, домашней кухни, столовой, где покупались продукты, дату их приобретения, условия хранения (в холодильнике, при комнатной температуре), характер первичной, вторичной термической обработки и дату употребления подозреваемого продукта. Молоко – бутылочное, рыночное, кипячёное, сырое. Творог – магазинный. Рыночный, термически обработаны, сырой, творожная масса. Другие молочные продукты – сметана, кефир, ряженка и т.д.
- При подозрении на сальмонеллёз необходимо выяснить употреблялись ли мясные продукты (мясо отварное, жареное, котлеты, сосиски, сардельки, ветчина, колбаса варёная, копчёная, зельц, студень); яйца – сырые, всмятку, яичница, импортные, отечественные, не употреблялись ли утиные яйца; рыба – жареная, копчёная, варёная, холодного посола, домашнего посола; консервированные мясные, рыбные продукты, домашнее консервирование.
- Кто ещё употреблял подозреваемые продукты и каково их состояние здоровья.

- Питьевой режим, употребление питьевой воды вне Санкт-Петербурга, место и характер источника.
- Где проводились выходные дни до заболевания, что ел, какую воду пил.
- Посещал ли последние три дня родственников, знакомых, когда, где и какие употреблял продукты. Были ли подобные заболевания у членов семьи, жильцов квартиры, у товарищей по работе, контакт с инфекционными больными дома, на работе, случайно.

При подозрении на источник инфекции записать фамилию, имя, отчество, место работы, место жительства, госпитализации.

4. Анамнез жизни. Перенесённые заболевания (соматические, хирургические, инфекционные и др.), особо отметить перенесённые желудочно-кишечные заболевания: гастрит, холецистит, энтероколит, дизентерию, сальмонеллёз и т.д. Уточнить, когда и где лечился, был ли госпитализирован и с каким диагнозом был выписан. Если больной лежал в нашей больнице, уточнить год и месяц для получения истории болезни из архива. Находился ли на диспансерном учёте, где, когда и по какому заболеванию. Наблюдаются ли дисфункции кишечника, поносы и запоры, неустойчивый стул. Какие лекарства употребляет больной (антибиотики, сульфаниламиды и пр.).

5. Аллергологический анамнез. Уточнить наличие аллергических заболеваний у больного и родственников, переносимость лекарств (антибиотиком, сульфаниламиды, препараты брома, йода и др.). Переносимость пищевых продуктов (молока и молочных продуктов, цитрусовых, малины и др.).

6. Объективный статус. Общее состояние (удовлетворительное, средней тяжести, тяжёлое, крайне тяжёлое). Сознание (ясное, затемнённое, спутанное). Телосложение. Питание. Активность больного.

Кожные покровы – цвет кожи, наличие цианоза, его локализация (губы, пальцы, носогубной треугольник, кисти, тотальный), температура кожи на ощупь (горячая, нормальная, холодная), тургор кожи (снижен умеренно, замедленное расправление кожных складок, самопроизвольная складчатость: «руки прачки», «тёмные очки»), сухость кожи, слизистых оболочек, влажность кожи и холодный липкий пот. Наличие судорог мышц кистей, стоп, живота.

Лимфатическая система – состояние шейных, подчелюстных, подмышечных, паховых и других лимфатических узлов (увеличение, консистенция, размеры, болезненность, спаянность с окружающими тканями).

Состояние дыхательной и сердечно-сосудистой системы

При обследовании пищеварительной системы обратить особое внимание на состояние слизистой оболочки рта, зева, миндалин, языка, на форму живота (вздутие, втянутость), участие в дыхании.

При пальпации отметить локализацию болезненности (в эпигастрии вокруг пупка, по ходу толстого кишечника, в левой или правой подвздошной

области), наличие уровня жидкости (если имеется), урчания, переливания по ходу кишечника, симптомов раздражения брюшины. Определить спазм кишечника по его ходу, особенно в области сигмы, пальпаторно и перкуторно определить границы печени и селезёнки. Осмотреть и записать состояние ануса (наличие мацерации, геморроидальных узлов), при необходимости сделать пальцевое исследование.

Определить симптомы поколачивания по поясничной области, выяснить и записать характер диуреза и другие симптомы мочеполовой системы. Осмотреть испражнения и описать их.

7. Предварительный диагноз. Сформулировать синдромальный диагноз (о. гастрит, о. гастроэнтерит, о. колит и т.д.), указать форму тяжести, период заболевания, осложнения, сопутствующую патологию.

8. Обоснование плана обследования больного (с указанием метода исследования материала, сроков забора и ожидаемых результатов).

9. Терапевтическая тактика.

10. Данные лабораторных исследований.

11. Клинический диагноз и его обоснование. Дифференциальная диагностика.

12. План лечения больного и его обоснование с указанием препаратов, доз, способов введения и длительности назначения.

13. Прогноз.