

**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Башкирский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

ПИШЕМ ИСТОРИЮ БОЛЕЗНИ ПО ГИНЕКОЛОГИИ

**УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ
ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.05.01- ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЛО**

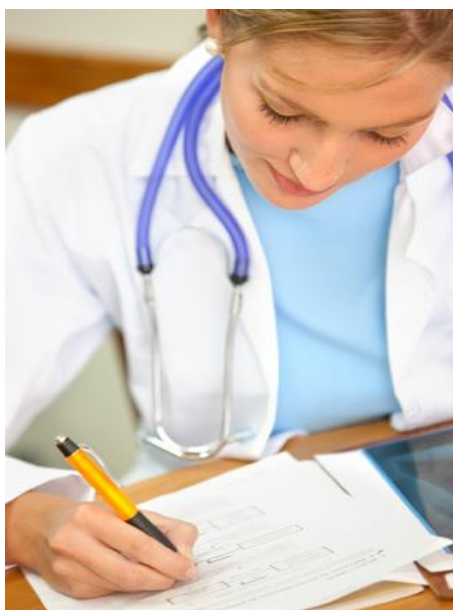
Уфа
2016

**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Башкирский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**И.В. Сахаутдинова, Т.П. Кулешова, Э.М. Зулкарнеева,
А.Р. Хайбуллина, И.М. Таюпова, С.Ю. Муслимова**

ПИШЕМ ИСТОРИЮ БОЛЕЗНИ ПО ГИНЕКОЛОГИИ

**УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ
ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.05.01- ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЛО**

[illegible]Уфа
2016

УДК 618.1-071:002(072.8)
ББК 57.15
П 36

Рецензенты:

профессор, доктор медицинских наук *Т.М. Соколова* –
Новосибирский государственный медицинский университет
профессор, доктор медицинских наук *Г.О. Гречканев* –
Нижегородская государственная медицинская академия

Учебно-методическое пособие: **ПИШЕМ ИСТОРИЮ БОЛЕЗНИ**/сост.:
И. В.Сахаутдинова, Т.П. Кулешова, Э.М.Зулкарнеева, А.Р. Хайбуллина, И.М.
Таюпова, С.Ю. Муслимова. – Уфа: БГМУ, 2016. – 44 с.

Учебное пособие подготовлено в соответствии с требованиями ФГОС ВО по специальности 31.05.01 «Лечебное дело» и ОПОП ВО специальности «Лечебное дело» для изучения дисциплины «Акушерство и гинекология» на основании рабочей программы (Уфа., 2015 г.), действующего Учебного плана (Уфа., 2016 г.), актуализирован согласно ФГОС ВО 31.05.01. –Лечебное дело (уровень специалитета) от 31.05.2016 г. протокол № 5.

В пособии излагаются современные материалы методического обеспечения клинического учебного тренинга для формирования комплекса профессиональных умений и навыков у студентов лечебного факультета в процессе курации гинекологических пациенток. Дана схема оформления учебной истории болезни. Пособие оснащено рисунками, схемами, таблицами, в состав пособия включено домашнее задание для закрепления темы изученного материала (тесты и ситуационные задачи).

Учебное пособие предназначено для самостоятельной внеаудиторной работы студентов 5 курса лечебного факультета, обучающихся по специальности 31.05.01-Лечебное дело; трудоемкость которого составляет 0,6 З.Е.

Рекомендовано в печать Координационным научно-методическим советом и утверждено решением Редакционно-издательского совета ГБОУ ВПО БГМУ МЗ РФ.

УДК 618.1-071:002(072.8)
ББК 57.15
П 36

© И.В. Сахаутдинова, Т.П. Кулешова,
Э.М. Зулкарнеева, А.Р. Хайбуллина, И.М.
Таюпова, С.Ю. Муслимова
© Изд-во ГБОУ ВПО БГМУ МЗ РФ
БашНИПИнефть

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	4
Общие требования к написанию истории болезни	7
I. Паспортная часть	14
II. Анамнез	14
1. Жалобы при поступлении	14
2. Анамнез жизни	15
3. Акушерско-гинекологический анамнез	15
4. Анамнез заболевания	16
III. Объективное исследование	17
1. Общий осмотр	17
2. Специальное акушерское исследование	18
3. Данные инструментально-лабораторных и дополнительных методов исследования с их оценкой	18
IV. Диагноз и его обоснование	19
V. Дифференциальная диагностика	19
VI. Лист назначения	19
VII. Прогноз	19
VIII. Дневник	20
IX. Эпикриз	20
Литература	23
Приложение	24
Симуляционный блок	24
Контрольно-коррекционный блок	36
Эталоны ответов контрольно-коррекционного блока	42

ВВЕДЕНИЕ

«История болезни должна иметь достоинство точного повествования о случившемся, следственно, должна быть справедлива. В ней те только явления подлежат описывать, кои в самой вещи в известное время были...» М.Я. Мудров.

Необходимость повышения качества подготовки врача, внедрение ФГОС ВО требуют совершенствования знаний, умений и навыков выпускников.

Это определяет значимость создания новых инновационных технологий в образовательном процессе.

Цель учебного пособия – помочь студенту при курации женщины в гинекологическом отделении для написания академической истории болезни, а также сформировать соответствующие компетенции:

- ✓ общепрофессиональных - (ОПК-6), (ОПК-9).
- ✓ профессиональных- (ПК-5), (ПК-6), (ПК-8).

Учебное пособие предназначено для самостоятельной внеаудиторной работы студентов 5 курса лечебного факультета, обучающихся по специальности 31.05.01-Лечебное дело; трудоемкость которого составляет 0,6 З.Е.

История болезни – это документ, имеющий практическое и юридическое значение, в котором врач анализирует и представляет весь фактический материал всестороннего обследования больной, динамику ее болезни, лечение и прогноз.

Целью написания истории болезни студентами 5 курса на цикле «Акушерство и гинекология» модуля «Гинекология» является освоение и закрепление конкретных навыков клинического мышления и его логической структуры, методологии диагностического процесса.

Написание истории болезни позволяет углубить и конкретизировать знания студентов по изучаемой дисциплине, полученные ими в ходе теоретических и практических занятий, привить им навыки самостоятельного подбора, осмысления и обобщения клинической информации и специальной литературы.

Требования к структуре и содержанию курсовых работ определяются кафедрой на основе типовой истории болезни и методических указаний по написанию истории болезни, утверждаемой центральным методическим советом факультета. Нозологические формы, отражаемые в истории болезни, определяются учебным и учебно-тематическим планом по дисциплине и соответствуют нозологическим формам изучаемым в данном семестре.

Задачами студента при работе над историей болезни являются:

- ✓ сбор анамнеза;
- ✓ объективное обследование пациентки;

- ✓ систематизирование полученных сведений, использование их в логической структуре клинического мышления;
- ✓ формулировка и обоснование клинического диагноза;
- ✓ назначение дополнительных методов обследования
- ✓ определение прогноза исхода заболевания;
- ✓ составление плана обследования и лечения больной;
- ✓ соблюдение правил медицинской этики и деонтологии.

Для решения поставленных задач студенту необходимо

знать:

- ✓ анатомию репродуктивных органов;
- ✓ основные вопросы физиологии репродуктивной функции;
- ✓ этиологию и патогенез гинекологических заболеваний;
- ✓ клинику и диагностику гинекологических заболеваний;
- ✓ принципы оказания медицинской помощи гинекологическим больным;
- ✓ принципы медикаментозной терапии гинекологических заболеваний;
- ✓ показания к хирургическому лечению гинекологических заболеваний;
- ✓ профилактику гинекологических заболеваний;
- ✓ основы законодательства об охране здоровья граждан;

Студент должен уметь:

- ✓ правильно собирать анамнез и интерпретировать полученные данные;
- ✓ проводить гинекологическое обследование пациенток и диагностировать гинекологическую патологию;
- ✓ формулировать и обосновывать клинический диагноз;
- ✓ проводить дифференциальную диагностику гинекологических заболеваний;
- ✓ оказывать плановую и неотложную медицинскую помощь гинекологическим больным в соответствии с клинической ситуацией и существующими стандартами и клиническими протоколами;
- ✓ определять прогноз исхода заболеваний у курируемой больной;
- ✓ вести медицинскую документацию;

Студент должен владеть:

- ✓ методами обследования гинекологических больных(наружное, двуручное влагалищное исследование; осмотр влагалища при помощи зеркал; взятие мазков для бактериоскопического и цитологического исследования отделяемого из уретры и половых путей);

- ✓ принципами дифференциальной диагностики гинекологических заболеваний;
- ✓ составлением плана лечения и реабилитации больной;
- ✓ принципами оказания консервативного и хирургического лечения гинекологических больных;
- ✓ принципами диспансеризации гинекологических больных;
- ✓ методами профилактики гинекологических заболеваний.

ОБЩИЕ ТРЕБОВАНИЯ К СОДЕРЖАНИЮ АКАДЕМИЧЕСКОЙ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ

Написание истории болезни начинается с изложения жалоб и анамнеза. Затем описываются данные объективного обследования больной, формулируется предварительный диагноз, намечается план лабораторного и инструментального исследования больной и план ее лечения.

В ургентных случаях, требующих оказания неотложной помощи (например, если больная без сознания), порядок работы врача может меняться.

При сборе жалоб необходимо дать возможность свободно высказаться больной, в дальнейшем произвести целенаправленный опрос по всем системам и записать их, систематизируя и подробно охарактеризовав каждую жалобу.

В разделе развития заболевания необходимо изложить появление первых симптомов или синдромов болезни и проследить за их динамикой в процессе лечения.

В анамнез жизни следует включать не только традиционные сведения о больной (перенесенные заболевания, операции, трудовой анамнез, производственные вредности, вредные привычки), но и уделять пристальное внимание непереносимости лекарств, наследственной отягощенности.

В основу объективного исследования положена классическая схема обследования больной. Обследование должно проводиться и записываться в строгой последовательности: осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация.

В дневнике должно быть отражено состояние больной, течение болезни, оценка эффективности лечения, побочные действия лекарств, ближайший прогноз болезни.

Очень важным этапом работы в клинике является постановка клинического диагноза и его формулировка. Для развития у студентов клинического мышления в постановке диагноза в схеме истории болезни рекомендуется отразить этапность осмысливания информации, полученной при обследовании больной.

Назначение терапии также должно быть строго индивидуализировано, конкретно и находить отражение в плане лечения, дневниках и эпикризах (этапном и выписном).

Во избежание нарушения Федерального закона Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" и отстранения студента от занятий

ЗАПРЕЩАЕТСЯ:

- ✓ проводить ксерокопирование и фотосъемку истории болезни, или ее отдельных страниц и вложений;
- ✓ выносить историю болезни за пределы отделения;
- ✓ разглашать персональные данные пациенток и сведения медицинского характера, полученные во время курации.

Выполнение академической истории болезни

1. Работа с преподавателем, ведущим данный цикл, начинается сразу же после выбора гинекологической пациентки для курации.

2. Следующим этапом работы студента с преподавателем является составление рабочего плана написания истории болезни.

Преподаватель рекомендует студенту основную базовую литературу: монографии, учебные пособия, методические рекомендации, фундаментальные научные статьи.

3. После составления рабочего плана и получения задания от преподавателя студент приступает к курации гинекологической пациентки, а также к изучению основной и дополнительной литературы по тематике работы.

4. Наиболее ответственным и сложным этапом при подготовке работы является сбор и обработка фактического материала. Этот этап работы выполняется студентом самостоятельно в соответствии со схемой истории болезни.

Оформление академической истории болезни

Материал в работе располагается в следующей последовательности:

1. Титульный лист.
 2. Текстовое изложение истории болезни (по разделам).
 3. Список использованной литературы.
- Работа выполняется на одной стороне листа формата А4. Текст истории болезни должен быть написан аккуратно, четким разборчивым почерком по предлагаемой кафедрой схеме.
 - Все листы работы должны быть пронумерованы.
 - Названия всех основных разделов истории болезни должны быть выделены. Каждый раздел в тексте должен иметь заголовок в точном соответствии с наименованием в схеме и должен быть выделен. Новый раздел (подраздел) можно начинать на той же странице, на которой кончился предыдущий, если на этой странице кроме заголовка поместится несколько строк текста. В работе можно использовать только общепринятые сокращения и условные обозначения.
 - Обязательно соблюдение полей: сверху 2 см, снизу 2 см, слева 3 см, справа 1,5 см. Поля необходимы для замечаний преподавателя.

Основные правила курации

1. Студент ежедневно проводит наблюдение (курацию) одной гинекологической пациентки в течение цикла практического занятия, работает с учебной историей болезни и ее оригиналом в отведенное преподавателем время (литературой).
2. Студент самостоятельно выясняет жалобы у пациентки, анамнез жизни и болезни, оценивает факторы риска заболевания.

3. При расспросе необходимо соблюдать этические и деонтологические нормы, проявлять чуткость, приветливость и доброжелательность.
4. Студент самостоятельно проводит клиническое обследование пациента (по схеме), помня при этом, что пациентка не просто объект его профессионального совершенствования, но, прежде всего, личность.
5. При оценке клинических данных необходимо помнить о значении каждого сказанного слова (с одной стороны, слово – это величайший врачеватель человеческих недугов, с другой – может навредить).
6. Результаты дополнительных методов исследований, подтверждающие клинический диагноз, студент переписывает из оригинала истории болезни, одновременно проводя их оценку.
7. Результаты работы с больным студент фиксирует в рабочей тетради и только после уточнения и доработки (если это необходимо) переносит в учебную историю болезни.
8. Все действия при курации пациентки, студент согласовывает с преподавателем и лечащим врачом.
9. Порядок действия во время курации пациентки и оформление учебной истории болезни проводится согласно схеме, предоставляемой каждому студенту на весь период цикла практических занятий.

Методика защиты истории болезни

Курация пациентки завершается защитой истории болезни на итоговом занятии цикла практических занятий. Студент должен знать содержание учебной истории болезни.

Основная задача докладчика - изложить историю болезни, подробно останавливаясь на данных анамнеза и симптомах, характерных для разбираемой патологии.

Студент должен четко отвечать на поставленные вопросы и при этом не пользоваться историей болезни и другими учебными материалами.

Вопросы задают преподаватель и студенты группы.

Ответ студента и история болезни(оформление) оцениваются отдельно по 5-ти балльной системе (две оценки). Оценка за написание истории болезни выносится в индивидуальный рейтинг студента и учитывается при ответе на переводном экзамене. В рейтинговой системе оценок максимальное количество баллов за написание и защиту учебной истории болезни – 5 баллов.

Критерии оценки академической истории болезни

Каждая история болезни с учетом ее содержания оценивается по пятибалльной системе.

Высшая оценка **«отлично»** ставится за всестороннее полное обследование пациентки, постановку точного диагноза, определения полной схемы лаборатор-

ного и инструментального обследования, правильного обоснования клинического диагноза, проведения полного дифференциального диагноза, определения и обоснования лечебной тактики, прогноза заболеваний, установления правильных и точных рекомендаций для последующего этапа лечения и объективного оформления (этапного или выписного) эпикриза. Работа хорошо оформлена в четком соответствии со схемой обследования больной.

Оценка **«хорошо»** ставится при нарушении одного из вышеизложенных требований, но при условии глубокой и самостоятельной проработки темы, а также соблюдении всех других требований.

Оценка **«удовлетворительно»** ставится за работу, содержание которой свидетельствуют о том, что студент добросовестно провел курацию больной, оформил историю болезни в соответствии с требованиями, однако допустил ошибки в различных разделах (диагнозе, сопоставлении физикальных данных и данных инструментального (лабораторного) обследования, плане обследования или лечения и др.).

Оценка **«неудовлетворительно»** ставится за работу, которая написана с грубыми недостатками, не соответствует современным представлениям о диагностике, лечении и профилактике данной патологии.

Работа, которую преподаватель признал «неудовлетворительной», возвращается для переработки с учетом высказанных в отзыве замечаний.

История болезни должна быть написана в сроки, устанавливаемые кафедрой (как правило, за три дня до окончания цикла занятий).

При несвоевременном представлении истории болезни на кафедру снижается оценка на 1 балл, а непредставление ее к началу сессии приравнивается к неявке на экзамен. Поэтому студент, не сдавший без уважительных причин историю болезни, получает неудовлетворительную оценку по истории болезни, считается не прошедшим промежуточную аттестацию по дисциплине и не допускается к сдаче экзамена по данной дисциплине.

Общие требования к оформлению списка литературы

Список литературы оформляется по правилам библиографии (ГОСТ 7.1 – 2003). При написании истории родов должна быть использована литература, написанная в течении последних 5 лет.

Книга одного, двух, трех авторов

Серов В.Н., Маркин С.А., Лубнин А.Ю. Эклампсия. Руководство для врачей / В.Н. Серов, С.А. Маркин, А.Ю. Лубнин. - М.: Медицинское информационное агентство, 2002. – 464 с.

Учебные пособия

Гуменюк Е.Г., Кормакова Т.Л. Современные аспекты невынашивания беременности: Учеб.пособие /Е.Г. Гуменюк, Т.Л. Кормакова. – Петрозаводск: Изд-во ПетрГУ, 2011. – 90 с.

Журнальные статьи

Коноводова Е.Н., Бурлев В.А. Железодефицитные состояния у беременных и родильниц / Е.Н. Коноводова, В.А. Бурлев // *Акушерство и гинекология*. – 2012. - № 1. – С. 137-142.

Савельева Г.М., Караганова Е.Я., Шалина Р.И., Лебедев Е.В. Принципы ведения осложненных родов / Г.М. Савельева и др. // *Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии*. – 2012. – Т. 11, № 1. – С. 68-74.

Материалы научных конференций

Карпеченко А. В., Гуменюк Е. Г., Кормакова Т. Л. и др. Факторы риска, акушерские и перинатальные исходы у женщин с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты / А.В. Карпеченко и др. // *Мат. XIV Всероссийского научного форума “Мать и дитя”*. - М., 2013. - С. 86-87.

Электронные ресурсы

Гуменюк Е.Г., Ившин А.А., Карпеченко А.В. Преподавание акушерства и гинекологии в ВУЗЕ: некоторые размышления сотрудников кафедры после научно-образовательной конференции в Новосибирске (3 апреля 2012 года) // “Университеты в образовательном пространстве региона: опыт, традиции и инновации”: *Мат. науч. - метод. конф.* (22-23 ноября 2012). Ч. I (А-К) / ПетрГУ. – Петрозаводск, 2012. – С. 10-15. – URL: <http://petrsu.ru/files/2012/11/f71099.pdf>:

Рекомендации по оформлению отдельных разделов истории болезни

*Образец оформления титульного листа
и схема написания истории болезни*

**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Башкирский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра акушерства и гинекологии №3

Заведующей кафедрой,
д.м.н. И.В. Сахаутдинова

Доцент (Ассистент), к.м.н.

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

Фамилия, имя, отчество больной

Клинический диагноз: _____
Основной: _____
Осложнения: _____
Сопутствующий: _____

Куратор: Ф.И.О

Группа:

Время курации:

Дата сдачи истории болезни « ____ » _____ 201__ г.

Дата защиты истории « ____ » _____ 201__ г.

Оценка

Оформление истории болезни: оценка _____,
дата проверки _____,
подпись _____

Учебная история болезни должна быть сдана на проверку за день до окончания цикла практических занятий.



I. Паспортная часть

- 1.1.1. Фамилия, имя, отчество больной:
- 1.1.2. Год рождения (возраст):
- 1.1.3. Профессия, образование, род деятельности с указанием профессиональных вредностей:
- 1.1.4. Семейное положение;
- 1.1.5. Домашний адрес (место жительства):
- 1.1.6. Дата и время поступления:
- 1.1.7. Направившее учреждение (кем направлена больная):
- 1.1.8. Способ транспортировки (сама пришла, доставлена машиной СМП)
- 1.1.9. Диагноз направившего учреждения:
- 1.1.10. Диагноз при поступлении:
 - Клинический диагноз:
 - Осн.:
 - Осл.:
 - Соп.:

Например:

1. *ФИО: И.Р.Г.*
2. *Возраст 25 лет (02.03..1990г.)*
3. *Профессия : Бухгалтер*
4. *Семейное положение: замужем*
5. *Домашний адрес: г.Уфа, Советский р-н, пр-т Октября 178-98*
6. *Дата и время поступления: 12.08.2016г 16:00*
7. *Направившее учреждение: женская консультация №5*
8. *Способ транспортировки: самообращение*
9. *Диагноз направившего учреждения: Миома матки.*
10. *Диагноз при поступлении:*
Клинический диагноз:
Осн.: Миома матки.
Соп.: Анемия легкой степени тяжести.

II. Анамнез

1. Жалобы

Необходимо отразить главные жалобы, предъявляемые пациентом, и дополнительные, выявляемые при расспросе по системам, дать полную характеристику жалобам.

Жалобы пациентки на момент поступления в стационар и в настоящее время:

- ✓ боли - их характер, локализация, время возникновения, продолжительность, интенсивность, связь с проводимой терапией;
- ✓ патологические выделения из половых путей - жидкие, слизистые, кровянистые, бели - их количество и время появления;

- ✓ нарушение менструальной функции
- ✓ нарушение репродуктивной функции (выкидыши, бесплодие)
- ✓ нарушение функции соседних с маткой органов
- ✓ зуд гениталий
- ✓ сексуальные расстройства (гениталгия, диспареуния)

2. Анамнез жизни:

- ✓ Каким по счету ребенком родилась.
- ✓ Масса тела при рождении.
- ✓ Течение беременности и родов у матери, осложнения.
- ✓ Вид вскармливания (грудное, искусственное).
- ✓ Развитие в детстве.
- ✓ Наследственность: наследственные заболевания и болезни обмена веществ (сахарный диабет, ожирение), многоплодие, пороки развития.
- ✓ Заболевания в семье: туберкулез, онкологические заболевания, заболевания сердечно-сосудистой системы и пр.
- ✓ Перенесенные детские инфекции (корь, краснуха, ветряная оспа, эпидемический паротит и пр.).
- ✓ Перенесенные инфекционные заболевания во взрослом возрасте.
- ✓ Перенесенные соматические заболевания.
- ✓ Хронические заболевания, частота обострений.
- ✓ Оперативные вмешательства.
- ✓ Травмы (черепно-мозговые, переломы позвоночника, костей таза и др.).
- ✓ Занятия физической культурой.
- ✓ Условия труда и быта.
- ✓ Аллергологический анамнез, лекарственная непереносимость.
- ✓ Трансфузионный анамнез (наличие гемотрансфузий, переливания плазмы и кровезаменителей, их переносимость, осложнения).
- ✓ Соблюдение режима труда и отдыха.
- ✓ Регулярность и полноценность питания.
- ✓ Вредные привычки (курение, злоупотребление алкоголем, прием наркотических препаратов).

3. Акушерско-гинекологический анамнез:

Менструальная функция: Начало менструаций (указать возраст), установились сразу или нет; если нет, то через какое время. Продолжительность менструального кровотечения (количество дней), периодичность (через сколько дней), регулярность. Величина кровопотери (обильные, умеренные, скудные), болезненность (болезненные, безболезненные, болезненные в первый день). Изменения характера менструаций после начала половой жизни, после родов. Дата последней менструации. Особенности последней менструации: отличия от других менструаций по продолжительности, объему кровопотери, сроку наступления (*приложение 2*).

Пример. Менструации с 12 лет, установились сразу, умеренные, по 4—5

дней, через 28 дней, регулярные, болезненные в первый день. После начала половой жизни и родов характер менструального цикла не изменялся. Последняя менструация 28 августа, в срок, без особенностей.

Половая функция: Возраст начала половой жизни. Какой по счету брак. Тип используемой контрацепции: не использует, барьерная, гормональная (какой именно препарат, длительность приема, переносимость).

Пример. Половая жизнь с 19 лет. Брак первый. Контрацепция барьерная, год назад принимала комбинированные пероральные контрацептивы этинилэстрадиол + дроспиренон (Ярина) в течение 15 мес, переносила препарат хорошо.*

Детородная функция: Подробно описать по порядку исход и течение каждой беременности (роды, искусственные аборты, самопроизвольные выкидыши). В случае родов указать: своевременные, преждевременные, запоздалые; способ родоразрешения; выполненные операции и пособия. На какие сутки после родов выписана домой. Течение послеродового периода. Масса и рост ребенка при каждом роде. Продолжительность грудного вскармливания после первых родов. Были ли мертворождения: смерть плода — антенатально, интранатально, постнатально (на какие сутки). Причина смерти. В отношении абортов указать: самопроизвольный или искусственный, при каком сроке, наличие осложнений. При самопроизвольном аборте указать, было ли последующее выскабливание полости матки, отметить наличие осложнений. Сколько живых детей на момент курации.

Пример. Первая беременность — 1999 г. Наступила после отмены гормональной контрацепции. Беременность завершилась своевременными самопроизвольными родами в головном предлежании крупным плодом. Масса тела 4250 г, рост 51 см, мальчик, 8—9 баллов по шкале Апгар. Роды осложнились разрывом шейки матки II степени, дефект ом последа, производилось ручное обследование полости матки, удаление остатков плацентарной ткани, ушивание разрыва шейки матки. Выписана с ребенком домой на 9-е сутки. Кормила ребенка грудью до 2 лет.

Вторая беременность — 2002 г. Искусственный аборт на сроке 9—10 нед, осложнившийся эндометритом, стационарное лечение: abrasion cavi uteri, 14 дней антибактериальной терапии (амоксциллин + клавулановая кислота).

Гинекологические заболевания: Нозологическая форма, год возникновения, проведенное лечение, течение и исход. Отметить наличие рецидивов, их частоту, проводимое лечение.

Пример. 2008 г. — эктопия шейки матки, кольпоскопически подозрительные участки, при цитологическом исследовании — койлоцитоз, дискератоз, дисплазия легкой степени. Произведена циркулярная диатермоэксцизия зоны эндоцервикоза с выскабливанием дистальной трети цервикального канала; по данным морфологического исследования удаленного участка — цервикальная интраэпителиальная неоплазия (CIN I). При плановых осмотрах рецидивов не выявлено.

2015 г. — диагностирован наружный генитальный эндометриоз (брюшина малого таза), произведены лечебно-диагностическая лапароскопия, сальпингова-

риолизис, лазеровапоризация очагов наружногенитального эндометриоза.

Заболевания, передающиеся половым путем:

Перенесенные заболевания, передаваемые преимущественно половым путем: *сифилис, инфекция, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекция), гонорея, трихомоноз, хламидиоз, герпетическая инфекция, гепатит.* Год возникновения, проводимое лечение, течение, исход, рецидивы/повторные инфицирования.

Пример. 2005 г. — урогенитальный хламидиоз; антибактериальная терапия (азитромицин).

2008 — трихомониаз (трихопол).

4. Анамнез заболевания

1. Начало заболевания, жалобы.
2. Динамика клинических проявлений.
3. Лечение, эффективность (до начала курации).
4. На каком этапе лечения находится сейчас

III. Объективное исследование.

III.1. Общий осмотр.

Общее состояние, вид больной (возбуждена, угнетена, спокойна), сознание, положение. Температура тела. Телосложение. Походка. Кожные покровы и слизистые оболочки, наличие послеоперационных рубцов. Характер оволосения (по мужскому/женскому типу). Наличие варикозно расширенных вен. Выраженность подкожной жировой клетчатки.

Наличие отеков, их локализация. Общее развитие костно-мышечной системы, признаки рахита, деформации, атрофии, подвижность суставов, асимметрия конечностей, последствия травм.

Пример. Общее состояние удовлетворительное, спокойна, сознание ясное, положение активное. Температура тела 36,6 °С. Телосложение нормостеническое. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки обычной окраски, чистые, высыпаний и патологических пигментаций не выявлено, рубец в правой пахово-подвздошной области по Волковичу—Дьяконову от аппендэктомии. Оволосение по женскому типу. Умеренный варикоз поверхностных вен голеней, больше справа. Подкожная жировая клетчатка развита умеренно. Отеки голеней, стоп, кистей рук. Видимых деформаций костно-мышечного скелета и последствий травм не выявлено.

Осмотр и пальпация молочных желез. Производят осмотр и последовательную методическую пальпацию обеих молочных желез

Пример. Молочные железы при осмотре одинаковых размеров, округлой формы, с равномерно выступающими вперед сосками. Патологических высыпаний и особенностей сосудистого рисунка кожи молочных желез нет, отмечается

усиление пигментации околососковых кружков. Ареолы правильной формы, не деформированы, симметричные, соски не втянуты, трещин нет, чистые, при надавливании отделяется незначительное количество белесоватой жидкости. Ткань желез при пальпации мелкозернистая, однородная, безболезненна. С наступлением беременности пациентка отметила увеличение и уплотнение молочных желез. Подмышечные, подключичные и надключичные лимфатические узлы не пальпируются.

Данные объективного исследования систем и органов

- Органы сердечно – сосудистой системы
- Органы дыхательной системы
- Органы пищеварительной системы
- Органы мочевыделительной системы
- Нервная система и органы чувств
- Органы эндокринной системы

III.2. Специальные гинекологические исследования

1. Осмотр наружных гениталий и входа во влагалище.
2. Осмотр влагалища и влагалищной части шейки матки в зеркалах, оценка цервикальных тестов.
3. Одноручное влагалищное исследование (пальпация больших половых губ, бартолиновых желез, сводов вагины, шейки матки).
4. Бимануальное влагалищное исследование (влагалищно-брюшностеночное, ректально-брюшностеночное, ректовагинально-брюшностеночное).

Пример. Влагалище рожавшей. Шейка матки цилиндрической формы. Матка в anteversio-flexio, не увеличена, плотная, подвижная, безболезненная при пальпации. Придатки матки не пальпируются. Параметрии свободные. Выделения-слизистые.

III.3. Данные инструментально-лабораторных и дополнительных методов исследования с их оценкой

1. клинические
2. биохимические
3. ультразвуковые
4. рентгенологические
5. эндокринологические, тесты функциональной диагностики
6. эндоскопические
7. параклинические и пр.
8. заключения врачей других специальностей.

Пункция заднего свода влагалища.

Цитологическое исследование.

Исследование мазка на степень чистоты и флору, ИППП.
Результаты инструментальных исследований.

IV. Диагноз и его обоснование

Диагноз

Итоговой частью истории болезни документа являются врачебные заключения: предварительный, клинический и заключительный диагнозы, в которых указываются либо заболевания или, значительно реже, синдромы, которыми страдает больная.

Исходя из поставленного предварительного диагноза, намечается программа последующего дообследования больной (План дообследования больной). Здесь же назначаются консультации врачей других специальностей. После анализа всей совокупности данных, как непосредственного обследования больной, так и полученных результатов дообследования, ставится «клинический диагноз». Он должен быть сформулирован на третий день пребывания больной в стационаре. В своей основе он может повторять предварительный диагноз, но может быть дополнен и расширен, благодаря полученным результатам дополнительных исследований.

Обоснование диагноза основывается на анализе результатов, полученных на всех этапах обследования больной: оценка жалоб, изменений признаков болезни на протяжении догоспитальной истории заболевания, влияние событий из жизни больной на возникновение и течение болезни, обнаружение и оценка степени выраженности признаков болезни при непосредственном исследовании больной.

V. Дифференциальная диагностика

Этиология и патогенез

Излагаются этиология и патогенез данного заболевания вообще и в отношении курируемой больной в частности со ссылками на современную литературу по данной проблеме.

VI. Лист назначений

1. Общие принципы лечения данной патологии.
2. Лечение конкретной больной с прописями рецептов.
3. Показания к оперативному лечению.
4. План дальнейшей реабилитации.

VIII. Прогноз

1. Для жизни:
2. Для репродуктивной функции:

3. Для трудоспособности:

IX. Дневник

Ежедневные записи в истории болезни по принятой в клинике форме о состоянии больной с кратким описанием локального статуса, лечебно-диагностическими рекомендациями.

X. Эпикриз

X.1. Предоперационный эпикриз

Дата _____
Ф.И.О. _____ Возраст _____
Находится в гинекологическом отделении с _____ поступила по поводу _____
Обследована: _____
(указать результаты лабораторных методов исследования (анализ мочи, крови, мазков и других), дополнительных методов (УЗИ и тд), осмотры специалистов, позволяющие обосновать клинический диагноз.
Клинический диагноз:
Основной: _____
Осложнения: _____
Сопутствующий: _____
Получала лечение _____
Показания к операции _____
Решено оперировать женщину в плановом (экстренном) порядке _____
Противопоказаний не выявлено _____
Осмотрена анестезиологом. Вид анестезии _____
Планируется _____
Согласие на операцию получено _____
Группа крови _____ резус-фактор _____
На операцию заказана: кровь _____
Аллергологический анамнез _____

Лечащий врач _____

Заведующий(ая) гинекологическим отделением _____

X.2. Протокол операции

Ф.И.О. больной, возраст, № истории болезни
Диагноз

Операция(доступ, название операции)

Вид обезболивания

Дата и время операции, длительность операции

Описание операции:

- доступ;
- описание патологических изменений, обнаруженных при операции;
- объемом оперативного вмешательства.

Препарат: макроскопическое описание удаленного органа или части органа. При наличии гистологического описания какого-либо метода исследования в истории болезни или амбулаторной карте необходима его интерпретация.

Х.3. Этапный эпикриз.

Дата _____

Ф.И.О. _____

Возраст _____

находится в гинекологическом отделении в течение _____ дней, с

Поступила по поводу _____

Обследована: _____

Диагноз: _____

Проводилось лечение: _____

Эффект от лечения: _____

Планируется: _____

Лечащий врач _____

Заведующий(ая) гинекологическим отделением _____

Х.4. Выписной эпикриз

Ф.И.О. _____

Возраст _____

Находилась в гинекологическом отделении с _____ по _____

Поступила в связи с _____

Обследована: _____

Общий анализ крови (от) _____

Общий анализ мочи (от), _____

Биохимия крови (от) _____

Коагулограмма (от) _____

Группа крови _____ резус-фактор _____

Мазок (от _____) _____

ЭКГ (от _____) _____

Тип кровообращения (от _____)
КТГ (от __) _____
УЗИ (от __) _____. _____
Заключение специалиста (от _____) ____
Диагноз: Основной: _____
Осложнения: _____
Сопутствующий: _____
Название операций и пособий: _____
Получала лечение; _____
Эффект от лечения _____
Результаты обследования, показывающие эффект от лечения
Рекомендовано: _____

Дата _____

Лечащий врач _____

Заведующий(ая) гинекологическим отделением

ЛИТЕРАТУРА

Основная

- 1 Гинекология: учебник для медицинских вузов/ под ред. Э. Айламазяна. С-Пб.: СпецЛит, 2013. - 416 с.
- 2 Гинекология: учебник для студ. мед.вузоврек. УМО по мед.ифармац. образованию вузов России/ под ред. В.Е. Радзинского, А. Фукса. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. -1000 с. : цв.ил.
- 3 Гинекология: учебник для студ. мед.вузоврек. УМО по мед.ифармац. образованию вузов России/ под ред. Г. М. Савельевой, В. Г. Бреусенко. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 432 с.
- 4 Гинекология. Руководство к практическим занятиям: учеб.пособие/ под ред. В.Е. Радзинского. -3-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013.- 552 с.

Дополнительная

- 1 Акушерство и гинекология учебник для студ. мед.вузов. /под ред. В. Серова, Г. Сухих. М.:ГЭОТАР-Медиа. Серия: Клинические рекомендации. 2014. - 1024 с.
- 2 Гинекология: национальное руководство/ под ред. В.И. Кулакова, И.Б. Манухина, Г.М. Савельевой –М.:ГЭОТАР-Медиа, 2011.- 1088 с.
- 3 Цвелев Ю., Кира Е., Берлев И., Гайворонских Д. Терминология в акушерстве, гинекологии и перинатологии. Учебное пособие. С-Пб.: Н-Л.2012. - 288 с.

ПРИЛОЖЕНИЯ

СИМУЛЯЦИОННЫЙ БЛОК

Приложение № 1

ВЛАГАЛИЩНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Цель — дополнить данные наружного исследования, установить состояние родовых путей, состояние шейки матки, выявить отклонения от физиологической нормы.

Влагалищное исследование гинекологической пациентки производят на гинекологическом кресле в стерильных одноразовых перчатках стерильными инструментами (фото 1).



Фото 1. Положение исследуемой женщины на гинекологическом кресле

ОСМОТР НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Обращают внимание на тип оволосения, симметричность и зияние половой щели, строение больших и малых половых губ, характер выделений, наличие патологических процессов (воспаление, опухоли, кондиломы, свищи, пороки развития и т.д.). Осматривают промежность и область ануса (фото 2).

Последовательность действий:

Большим и указательным пальцами левой руки разводят малые и большие половые губы, осматривают преддверие и вход во влагалище, цвет слизистых оболочек, характер выделений и т.д.



Фото. 2. Осмотр наружных половых органов

ИССЛЕДОВАНИЕ В ЗЕРКАЛАХ.

Чаще используют створчатые самодержащиеся (Куско) и ложкообразные (Симса) зеркала. Определяют цвет слизистой влагалища, форму, длину, положение и состояние шейки матки, форму наружного зева, наличие патологических процессов, характер выделений. Берутся мазки для определения состояния микрофлоры влагалища и для цитологического исследования эпителия шейки матки.

1. Для осмотра используют: створчатые (Куско), ложкообразные (Симпса) с подъемником Отта и пластиковые зеркала.
2. При обследовании берут мазки для бактериоскопического и цитологического исследований.
3. Получают у пациентки информированное согласие на исследование.

ОСМОТР ШЕЙКИ МАТКИ ЛОЖКООБРАЗНЫМИ ЗЕРКАЛАМИ

- ✓ Ложкообразное зеркало берут в правую руку (фото 3 А).
- ✓ Указательным и большим пальцами левой руки разводят половые губы; вводят ложкообразное зеркало в половую щель ребром по заднебоковой стенке влагалища до середины влагалища (фото 3 Б).



Фото 3 А.

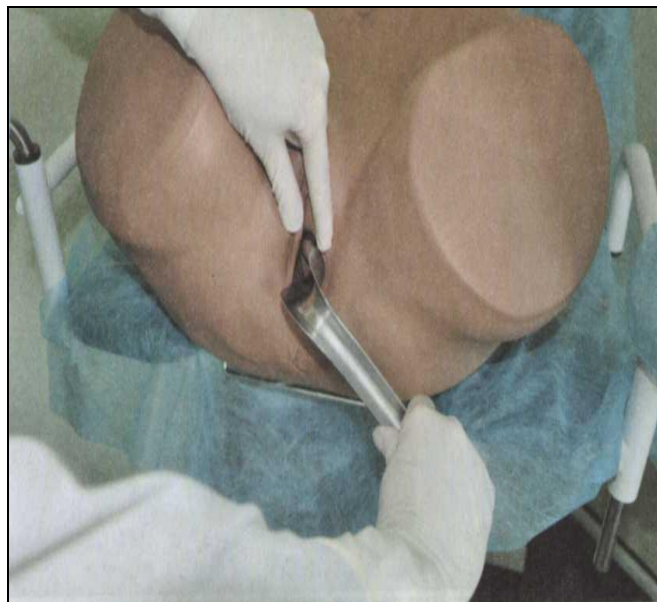


Фото 3 Б.

- ✓ Берут подъемник (фото 3 В).
- ✓ Вводят подъемник во влагалище по ложкообразному зеркалу до середины в прямом размере, затем переводят в поперечный размер; продвигают подъемник до конца переднего свода, слегка надавливая на переднюю стенку влагалища (фото 3 Г).

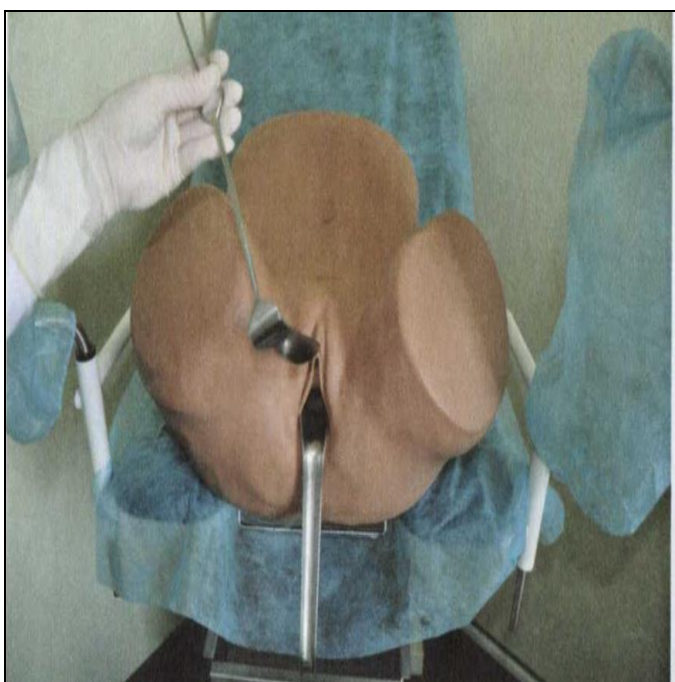


Фото 3 В.

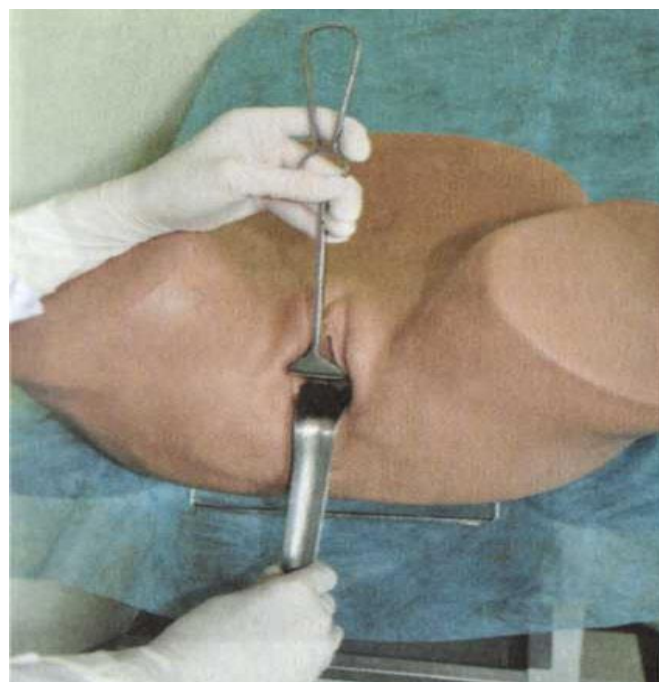


Фото 3 Г.

- ✓ Разводят зеркала (фото 18 Д). Осматривают шейку матки и стенки влагалища. Извлекают из влагалища сначала подъемник, затем ложкообразное зеркало.

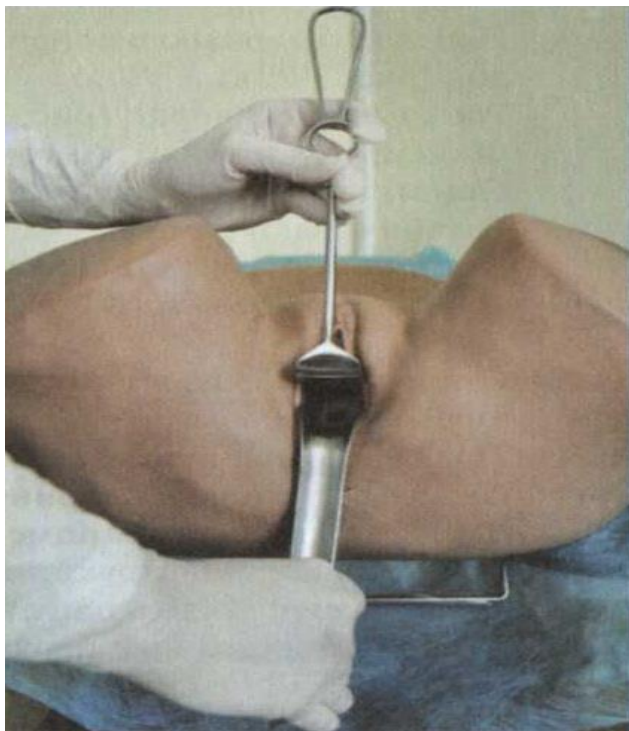


Фото 3 Д. Осмотр шейки матки ложкообразными зеркалами

- ✓ Инструменты погружают в емкости с дезинфицирующим средством.
- ✓ Предлагают пациентке встать, гинекологическое кресло обрабатывают ветошью с дезинфицирующим средством.
- ✓ Снимают перчатки и помещают их в дезинфицирующий раствор (согласно инструкции).
- ✓ Моют руки с мылом или антисептиком и сушат их.
- ✓ Дезинфицированные перчатки утилизируют в желтый мешок (класс Б).

ОСМОТР ШЕЙКИ МАТКИ СТОРЧАТЫМИ ЗЕРКАЛАМИ

Последовательность манипуляций.

- ✓ Гинекологическое кресло покрывают индивидуальной клеенкой или стерильной пленкой.
- ✓ Предлагают пациентке лечь на гинекологическое кресло на спину, фиксируя ноги в ногодержателях.
- ✓ Обрабатывают руки одним из способов.
- ✓ Надевают стерильные перчатки.
- ✓ Створчатое зеркало берут в правую руку (фото 4 А).
- ✓ Указательным и большим пальцами левой руки разводят половые губы; створчатое зеркало вводят сомкнутым в прямом размере до середины влагалища (фото 4 Б).



Фото 4 А.

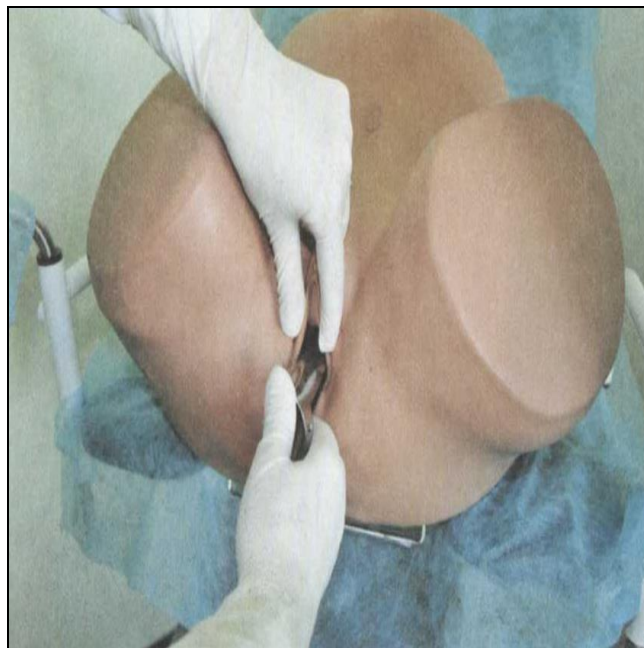


Фото 4 Б.

- ✓ Переводят зеркало в поперечный размер и продвигают до сводов (фото 4 В).
- ✓ Раскрывают створки (фото 4 Г).
- ✓ Фиксируют зеркало винтом (фото 4 Д).



Фото 4 В.

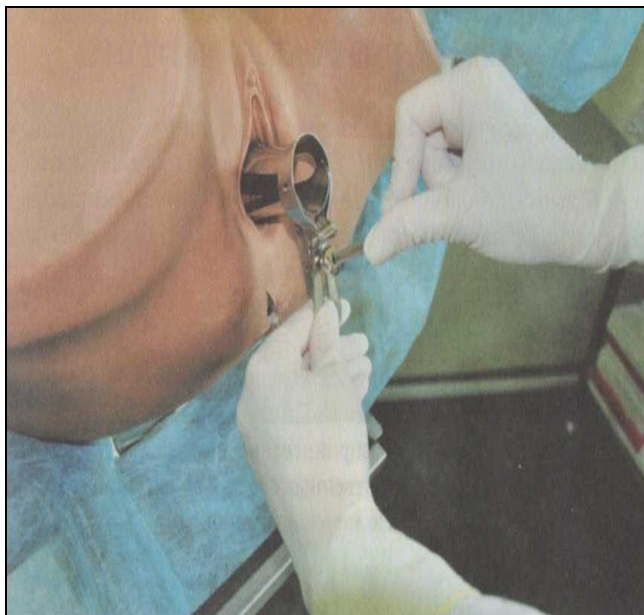


Фото 4 Г.

- ✓ Осматривают шейку матки, стенки влагалища (фото 4 Д).

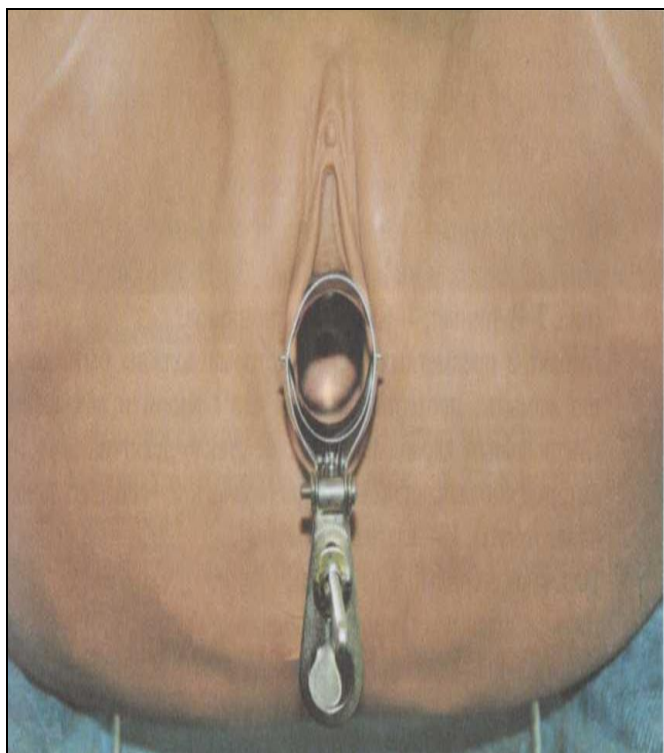


Фото 4 Д. Осмотр шейки матки створчатыми зеркалами

БАКТЕРИОСКОПИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ВЫДЕЛЕНИЙ ИЗ НИЖНИХ ОТДЕЛОВ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ

1. Бактериоскопия влагалищных выделений определяет степень чистоты влагалища.
2. Мазки берут при проведении осмотра шейки матки в зеркалах из нижних отделов мочеполовой системы - цервикального канала и заднего свода влагалища.
3. Перед исследованием не следует выполнять спринцевание и лечебные процедуры, связанные с введением лекарственных средств во влагалище.
4. Исследование следует выполнять до мочеиспускания.

Техника выполнения (продолжение)

- ✓ В почкообразный лоток кладут (фото 5):
 - пару перчаток,
 - створчатое зеркало,
 - шпатель Эйра и пинцет,
 - 4 - 6 марлевых тампонов.



Фото 5. Смотровой набор акушера-гинеколога

- ✓ Шпателем Эйра из цервикального канала (по показаниям) или заднего свода влагалища берут свободно расположенный материал (рис.1).
- ✓ Наносят материал на предметное стекло (фото 6).

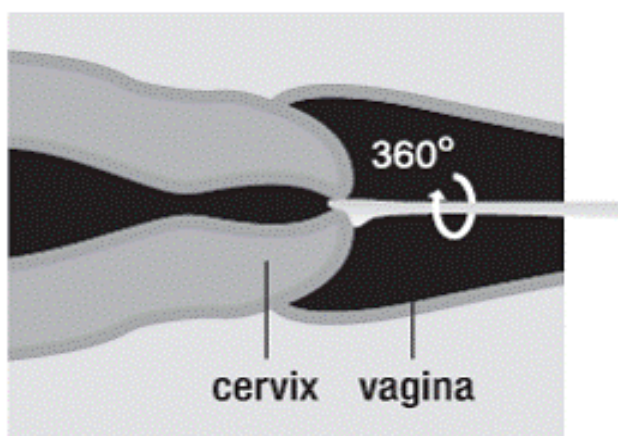


Рис. 1. Шпателем Эйра из цервикального канала берут материал



Фото 6. Наносят материал на предметное стекло

- ✓ Мазки высушивают и отправляют с направлением в лабораторию.
- ✓ При бактериоскопическом исследовании мазков из заднего свода влагалища определяют степень чистоты влагалищного содержимого, в мазках из шеечного канала определяют флору, гонококки.

ВЗЯТИЕ СОСКОБА С ШЕЙКИ МАТКИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ CERVEX-BRUSH

У гинекологических пациенток с шейки матки берут мазки на онкоцитологию для ранней диагностики онкологических заболеваний.

Мазки берут с использованием *Cervex-Brush* с поверхности влагалищной части шейки матки, из зоны трансформации (граница стыка цилиндрического эпителия с многослойным плоским) и из нижней трети цервикального канала.

**Оценка степени чистоты влагалища
(A.F. Heurlein, 1910)**

Микроскопическая картина	I	II	III	IV
Палочка Додерлейна	+++	++	+	-
<i>Comma varibile</i>	-	-	++	-
Гр (-) кокки и/или палочки	-	-	++	++
Анаэробы, стрептококки, колибациллы, трихомонады	-	-	++	++
Лейкоциты	-	+	+/-	+++
Эпителиальные клетки	единичные	+	+	++

Техника выполнения (продолжение)

- ✓ В почкообразный лоток кладут пару перчаток, створчатое зеркало, пинцет, 4—6 марлевых тампонов, *Cervex-Brush* в упаковке.
- ✓ При визуальном осмотре шейки матки необходимо оценить количество слизи на ее поверхности.
- ✓ При значительном количестве слизи осторожно убирают ее мягким ватным тампоном путем легкого промокания.
- ✓ Упаковку *Cervex-Brush* вскрывают.
- ✓ *Cervex-Brush* вводят во влагалище под визуальным контролем, и ее конус осторожно направляют в цервикальный канал (рис. 2 а).

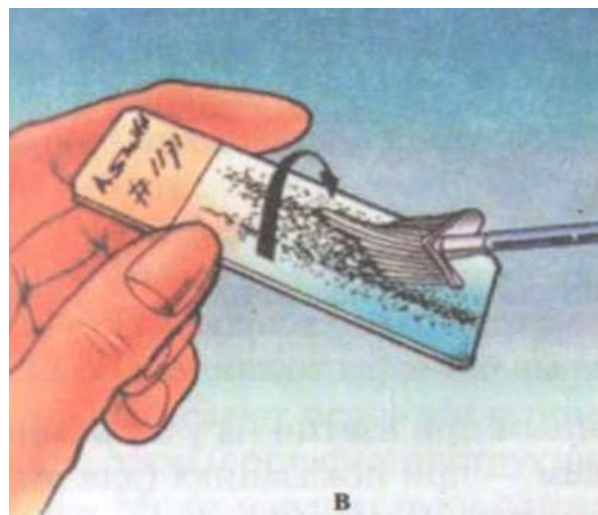
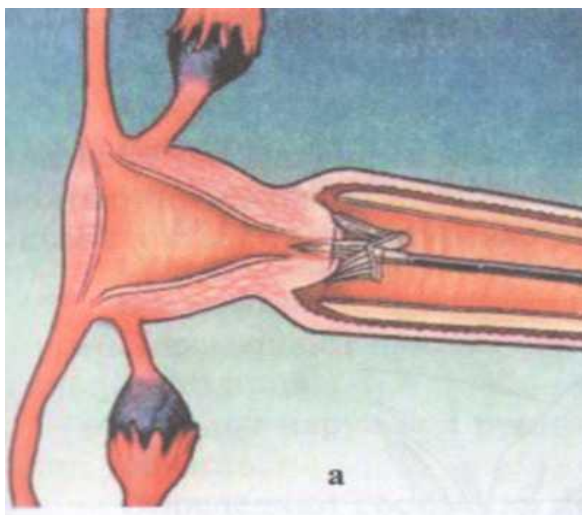


Рис. 2. а) *Cervex-Brush* вводят во влагалище и ее конус направляют в цервикальный канал; в) содержимое щеточки наносят на предметное стекло

- ✓ Щеточку удаляют из влагалища.
- ✓ Содержимое щеточки наносят на предметное стекло линейным движением вдоль стекла, используя обе стороны щеточки (рис. 2 в).
- ✓ Развинчивают замок.
- ✓ Постепенно выводят зеркало наружу и одновременно, приоткрывая его, осматривают переднюю и заднюю стенки влагалища.
- ✓ Створчатое зеркало погружают в емкость с дезинфицирующим средством.

ДВУРУЧНОЕ ВЛАГАЛИЩНО-АБДОМИНАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Двуручное влагалищно-абдоминальное (бимануальное) исследование (рис.3) позволяет определить состояние матки, придатков матки, тазовой брюшины и клетчатки, связочного аппарата и соседних органов.

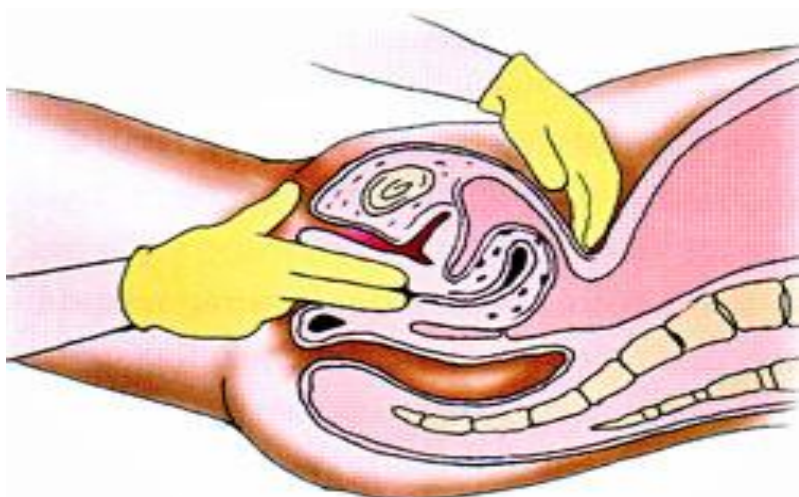


Рис. 3. Двуручное влагалищно-абдоминальное исследование

Техника выполнения (продолжение).

- ✓ Левой рукой разводят половые губы (фото 7).
- ✓ Средний и указательный пальцы правой руки вводят во влагалище, надавливая на промежность, большой палец отводят кверху, безымянный и мизинец прижимают к ладони (фото 8).



Фото 7. Левой рукой разводят половые губы

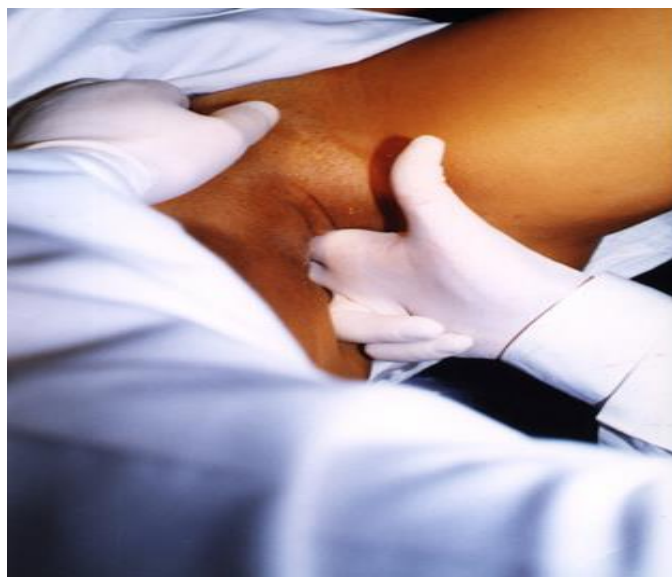


Фото 8. Средний и указательный пальцы правой руки вводят во влагалище, надавливая на промежность

- ✓ Располагают пальцы правой руки в переднем своде влагалища.
- ✓ Левую руку кладут немного выше лобкового сочленения.
- ✓ Сближают пальцы обеих рук, находят матку.
Определяют положение, величину, форму, консистенцию, подвижность, чувствительность матки при исследовании.
- ✓ Перемещают пальцы внутренней руки в правый боковой свод влагалища.
- ✓ Пальцы наружной руки перемещают в правую подвздошную область.
- ✓ Определяют состояние придатков справа (рис. 4 А).
- ✓ Перемещают пальцы внутренней руки в левый боковой свод влагалища.
- ✓ Пальцы наружной руки перемещают в левую подвздошную область.
- ✓ Определяют состояние придатков слева (рис. 4 Б).

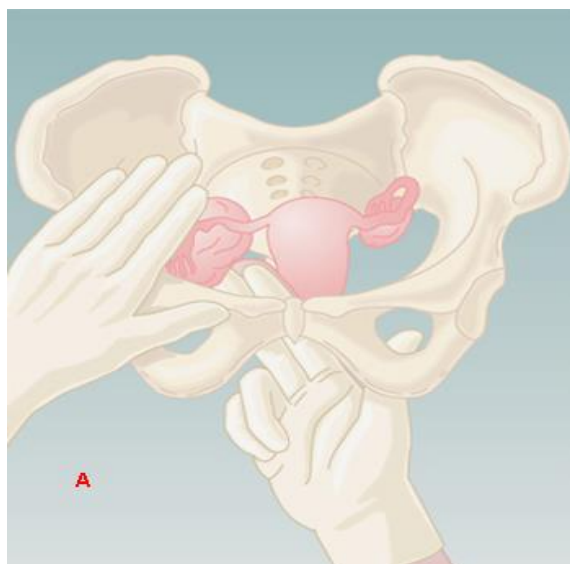


Рис. 4 А. Бимануальное обследование правых придатков матки. Пальцы правой руки обследующего расположены во влагалище.

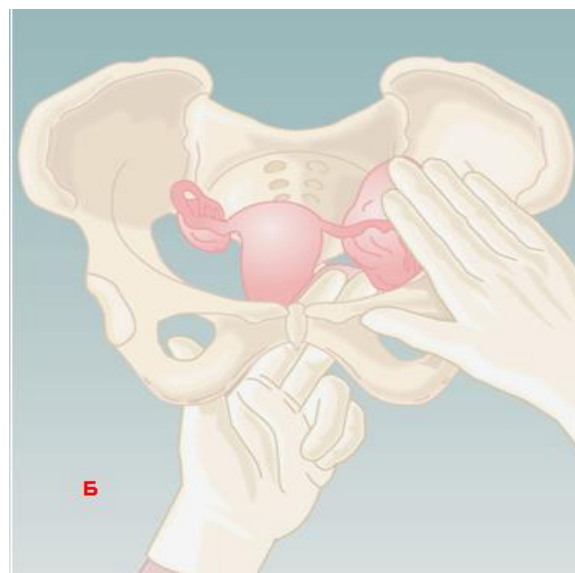


Рис. 4 Б. Бимануальное обследование левых придатков матки. Пальцы левой руки обследующего расположены во влагалище.

- ✓ Определяют состояние внутренней поверхности костей таза, крестцовой впадины, боковых стенок таза, симфиза.
- ✓ Извлекают пальцы правой руки из влагалища.
- ✓ Оценивают характер выделений.
- ✓ Снимают перчатки и помещают их в дезинфицирующий раствор (согласно инструкции).
- ✓ Моют и сушат руки с использованием мыла или антисептика.
- ✓ Дезинфицированные перчатки утилизируют в желтый мешок (класс Б).

№ карты			Температурный лист														№ палаты	
Фамилия, и., о. больного																		
Дата																		
День болезни																		
День преб. в стац.он.			1		2		3		4		5		6		7			
П	АД	Т°	у	в	у	в	у	в	у	в	у	в	у	в	у	в		
140	200	41																
120	175	40																
100	150	39																
90	125	38																
80	100	37																
70	75	36																
60	50	35																
Дыхание																		
Вес																		
Выпито жидкости																		
Суточное кол. мочи																		
Стул																		
Ванна																		

Для докладывающего историю болезни

Докладчик должен хорошо знать основную патологию, которая явилась причиной разбора истории, и прежде чем приступить к анализу истории, ознакомиться с литературой по данному вопросу, рекомендуемой преподавателем.

Основная задача докладчика - изложить историю болезни, подробно останавливаясь на данных анамнеза и симптомах, характерных для разбираемой патологии. Указать, когда эти симптомы появились.

1. Ф. И. О., возраст и профессия женщины.
2. Направительный документ.
3. Жалобы при поступлении.
4. Анамнез заболевания.
5. Общий и акушерский анамнез.
6. Данные общего осмотра и специального гинекологического исследования.
7. Диагноз при поступлении.
8. Намеченная терапия, тактика.
10. Данные лабораторных исследований.
11. Дополнительные манипуляции.
12. Течение болезни по дневникам истории. Состояние плода при рождении.
13. Объем операций, четко сформулировать показания к операции.
14. Послеродовой период (послеоперационный).
15. Количество проведенных койко-дней. Состояние на момент выписки. Прогноз.

КОНТРОЛЬНО – КОРРЕКЦИОННЫЙ БЛОК

ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ

1. Какие основные методы обследования гинекологических больных Вам известны?
2. Что такое основные жалобы больного?
3. С какой целью проводится детализация жалоб?
4. Назовите составные разделы анамнеза.
5. Что включает в себя «Анамнез жизни»?
6. Что включает в себя раздел «Анамнез заболевания»?
7. Что такое «Менструальный анамнез», с какой целью его собирают?
8. Что такое «Репродуктивный анамнез», с какой целью его собирают?
9. Какое значение имеет профессиональный анамнез?
10. Какое значение имеет наследственный анамнез больной?
12. Что такое аллергологический анамнез, его значение?
13. Как провести оценку анамнестических данных?
14. Что такое симптом заболевания?
15. Что такое синдром?

Приложение № 5

Задания для самоконтроля:

1. Схематически изобразить классификацию диагностических методов исследования больной.
2. В виде схемы изобразить последовательность опроса больной.

Приложение № 6

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ

Выберите один правильный ответ

1. **КТО ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВАТЕЛЕМ СОВРЕМЕННОГО НАУЧНОГО МЕТОДА ОПРОСА БОЛЬНОГО:**
 1. С.П.Боткин.
 2. Г.А.Захарьин.
 3. О.О.Остроумов.
 4. В.П.Образцов.

2. К КАКИМ МЕТОДАМ ДИАГНОСТИКИ ПРИНАДЛЕЖИТ ОПРОС БОЛЬНОЙ:

1. Объективным.
2. Инструментальным.
3. Дополнительным.
4. Субъективным.
5. Экспериментальным.

3. С КАКОЙ СИСТЕМЫ ОРГАНОВ СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ ОПРОС О СОСТОЯНИИ ОРГАНОВ И СИСТЕМ:

1. Сердечно-сосудистой, учитывая ее важность в кровоснабжении органов.
2. Дыхательной, учитывая ее роль в снабжении кислорода тканям.
3. С той, которая исходя из расспроса больной, считается пораженной.
4. Нервной, поскольку именно ее функционирование обеспечивает Нормальную работу организма.
5. Важно провести расспрос по всем системам, а с какой начинать — принципиального значения не имеет.

4. КАКОЙ ВЫВОД СЛЕДУЕТ СДЕЛАТЬ НА ОСНОВАНИИ ОПРОСА БОЛЬНОЙ:

1. Оценено общее состояние больной.
2. Поставлен предыдущий диагноз.
3. Выяснено, какая система поражена и как между собой связаны жалобы.
4. Назначено лечение.
5. Оценено состояние здоровья больного.

5. КАКИЕ ЖАЛОБЫ БОЛЬНОЙ СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ ОСНОВНЫМИ:

1. Те, которые заставили больную обратиться к врачу.
2. Те, с которых началось заболевание.
3. Общую слабость, снижение работоспособности, поскольку они больше всего влияют на жизнедеятельность больной.
4. Те, которые не удается корректировать лечением.
5. Жалобы со стороны сердечно-сосудистой системы, ввиду распространенности патологии кровообращения и тяжелых последствий.

6. КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НИЖЕ ЖАЛОБ ПРИНАДЛЕЖАТ К ОБЩИМ:

1. Боль в области сердца.
2. Кашель с выделением мокроты.
3. Изжога и отрыжка кислым.

4. Частое, болезненное мочеиспускание.
5. Слабость, нарушение сна, снижение работоспособности.

7. С ЧЕГО СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ ВЫЯСНЕНИЕ ЖАЛОБ БОЛЬНОЙ:

1. С жалоб, с которых началось заболевание.
2. С жалоб, которые беспокоили больную на момент госпитализации.
3. С жалоб, которые беспокоят пациента на момент опроса.
4. С жалоб, которые не поддаются лечению.
5. С жалоб, которые первыми исчезли при назначении лечения.

8. С ЧЕГО СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ ВЫЯСНЕНИЕ АНАМНЕЗА ЗАБОЛЕВАНИЯ:

1. Со времени появления и начальных проявлений заболевания.
2. С выяснения, чем лечился больной до обращения к врачу.
3. При хроническом течении заболевания – с кратности обращения к врачу и результатов предыдущего лечения.
4. У стационарной больной следует выяснить, как изменилось ее Состояние после госпитализации.
5. Выяснить жалобы на момент расспроса.

9. БОЛЬНАЯ ЖАЛУЕТСЯ НА БОЛЕЗНЕННЫЕ МЕСЯЧНЫЕ, СОПРОВОЖДАЮЩИЕСЯ ГОЛОВНОЙ БОЛЬЮ, ГОЛОВОКРУЖЕНИЕМ, ПЕРИОДИЧЕСКИМИ БОЛЯМИ В ОБЛАСТИ СЕРДЦА, РАЗДРАЖИТЕЛЬНОСТЬЮ, ВЗДУТИЕМ ЖИВОТА, ТОШНОТОЙ, НАГРУБАНИЕМ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ. О ПОРАЖЕНИИ КАКОЙ (КАКИХ) СИСТЕМ ВЫ СДЕЛАЕТЕ ВЫВОД В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ?

1. Пищеварительной.
2. Сердечно-сосудистой.
3. Нервной.
4. Пищеварительной и/или сердечно-сосудистой.
5. Репродуктивной.

10. ДЛЯ КАКИХ ИЗ ОТМЕЧЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НАСЛЕДСТВЕННАЯ СКЛОННОСТЬ ИМЕЕТ ОСОБЕННОЕ ЗНАЧЕНИЕ:

1. Острые респираторные заболевания.
2. Ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет.
3. Хронический тонзиллит.
4. Инфекционные заболевания мочевыделительной системы.
5. Рак шейки матки.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ

Задача № 1

К врачу обратилась больная с жалобами на боль внизу живота, иррадирующую в задний проход, тошноту, рвоту, выраженную общую слабость, головокружение.

Задание:

- 1) определите основные жалобы больной;
- 2) назовите общие жалобы больной. Остальные.

Задача № 2

3. Больная 35 лет, работает директором фирмы. Обратилась с жалобами на диспареунию, дисменорею, серозные выделения из половых путей в середине цикла и темно-коричневые выделения из половых путей за 2-3 дня до начала и после окончания менструации, обильные менструации со сгустками, вторичное бесплодие. В анамнезе у женщины 1 срочные роды и 2 медицинских аборта. Она страдает вегетососудистой дистонией и поливалентной аллергией.

Задание:

1. Что может быть причиной данных жалоб?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимы для подтверждения диагноза?

Задача № 3

Больная С., 33 лет, поступила в стационар с жалобами на кровяные выделения из половых путей.

Анамнез: Считает себя больной в течение 2 дней, когда впервые, после задержки менструации (8 недель) появились ноющие боли внизу живота и кровяные выделения из половых путей.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Со стороны органов и систем патологии не выявлено.

Осмотр шейки матки при помощи зеркал: Шейка матки цилиндрической формы, чистая. Наружный зев закрыт.

Влагалищное исследование: Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище рожавшей женщины. Матка округлой формы, плотная, болезненна при пальпации увеличена до 11-12 нед. беременности. Придатки с обеих сторон увеличены, болезненны при пальпации. Выделения кровяные, умеренные. Своды глубокие, безболезненные.

Задание:

1. Предварительный диагноз?
2. План обследования?
3. Заключительный диагноз?
4. Лечение?

Задача № 4

Больная В., 38 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на общую слабость, одышку, кашель и темные кровяные выделения из половых путей в течение 1 нед.

Анамнез: Беременностей 3. Абортов-2. Во время последнего искусственного прерывания беременности сроком 12 нед. обнаружен пузырьный занос. Спустя 8 месяцев появился кашель.

Объективно: Состояние больной средней тяжести. Пульс 98 уд.в 1 мин.

АД 100/75 мм.рт. ст. Кожа и слизистые бледные. В легких выслушивается жесткое дыхание над всей их поверхностью, резко ослабленное в нижних отделах. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах.

Влагалищное исследование: Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище рожавшей женщины. Шейка матки цилиндрической формы, наружный зев закрыт. Матка увеличена до 7 нед. бер., мягковатой консистенции, подвижная, безболезненная. Придатки не определяются, зона их безболезненна. Выделения кровяные, умеренные.

Рентгеноскопия грудной клетки: На протяжении обоих легочных полей видны множественные, округлой формы мелкие узлы диаметром до 1 см., более густо расположенные в нижних отделах легких.

Задание:

1. Диагноз?
2. Тактика врача женской консультации?
3. Лечение?

Задача №5

Больная М. , 24 года поступила в гинекологическое отделение 28 марта по направлению врача женской консультации с диагнозом: Начавшийся самопроизвольный выкидыш 4-5 нед. для лечения, направленного на сохранение беременности. Больная предъявляла жалобы на тянущие боли внизу живота, незначительные кровяные выделения из половых путей. Из анамнеза: Считает себя больной с 27 марта, когда появились тянущие боли внизу живота после небольшой физической работы. Последняя нормальная менструация с 1.02 по 4.02. Свое состояние расценила как угрозу выкидыша, приняла две таблетки но-шпы. 28 марта боли внизу живота несколько усилились, появились кровяные выделения из половых путей. Врач женской консультации после осмотра на гинекологическом кресле отправил больную в стационар.

В приемном отделении стационара: Объективно: состояние удовлетворительное, кожные покровы обычной окраски, пульс 78 уд.в 1 мин., АД 120/80. Живот мягкий, безболезненный. При осмотре шейки матки в зеркалах: слизистая влагалища цианотичная, шейка матки цилиндрической формы, наружный зев закрыт. Влагалищное исследование: Матка увеличена до 4-5 нед. беременности, мягковатой консистенции, движения за шейку болезненные, придатки слева утолщены, пастозны, незначительно болезненны. Выделения из половых путей кровянистые.

Задание:

1. Предварительный диагноз?
2. Тактика врача?
3. Заключительный диагноз?

Задача № 6

Больная 42 лет, поступила в гинекологическое отделение по наряду скорой помощи с жалобами на сильные схваткообразные боли внизу живота, кровяные выделения из половых путей. Четыре года тому назад была впервые диагностирована миома матки малых размеров. При осмотре шейки матки при помощи зеркал обнаружено: в канале шейки матки виден миоматозный узел диаметром 2 см. При влагалищном исследовании: матка плотная, увеличена до 4-5 нед. беременности, болезненная при пальпации. Придатки с обеих сторон не определяются. Зона их безболезненная. Выделения кровянистые, умеренные.

Задание:

1. Диагноз?
2. Тактика врача?

Задача № 7

Девушка-подросток, 14 лет, поступает в отделение на 10-й день обильных кровяных выделений из половых путей, которые повторяются ежемесячно в течение полугода.

Задание:

1. Диагноз?
2. Тактика врача?

Задача № 8

Больная, 57 лет, обратилась к гинекологу с жалобами на сухость и зуд во влагалище, боль при половом сношении, неприятные выделения из половых путей, дизурические явления. Постменопауза 7 лет. При гинекологическом исследовании: слизистая преддверия влагалища истончена с множественными мелкоточечными кровоизлияниями, кровоточива. Матка и придатки в состоянии возрастной инволюции. При расширенной кольпоскопии определяются истончение слизистой влагалища, кровоточивость, субэпителиальная сосудистая сеть. РН влагалищного содержимого 6,1.

Задание:

1. Диагноз, план обследования и лечения?

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ НА ТЕСТЫ И СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

В. №1	В. №2	В. №3	В. №4	В. №5	В. №6	В. №7	В. №8	В. №9	В. №10
2	4	3	3	2	5	1	1	5	4

Эталонные ответы на задачи

Задача № 1. Ответ:

- 1) Боль внизу живота, иррадирующую в задний проход,
- 2) Остальные.

Задача № 2. Ответ:

1. Аденомиоз.
2. УЗИ в динамике до и после окончания менструации, гистероскопия.

Задача № 3. Ответ:

1. Предварительный диагноз: Начавшийся самопроизвольный выкидыш 9 нед.? Пузырный занос? (величина матки превышает срок беременности)
План обследования: 1. Качественное и количественное исследование содержания ХГ в моче и крови (при пузырном заносе уровень его превышает таковой при нормальной беременности в 50-100 раз).
 2. Ультразвуковое исследование (При ПЗ обнаруживаем увеличение размеров матки, отсутствие плода, наличие гомогенной мелкокистозной ткани. Можно диагностировать наличие текалютеиновых кист).
- Заключительный диагноз: Пузырный занос
Лечение: Хирургическое (удаление пузырной ткани из полости матки)

Задача № 4. Ответ:

- Диагноз: Хорионкарцинома с метастазами в легкие?
Тактика врача ж/к: Госпитализация больной в онкостационар.
Лечение: После соответствующего обследования решить вопрос об оперативном лечении (экстирпация матки с придатками) с последующим назначением полихимиотерапии.

Задача № 5. Ответ:

- Предварительный диагноз: Начавшийся самопроизвольный выкидыш 4-5 нед.? Подозрение на левостороннюю трубную беременность. (Обоснование: болезненные тракции за шейку матки, увеличение и болезненность левых придатков, кровяные выделения из половых путей).
- Тактика врача: 1. УЗИ (наличие или отсутствие плодного яйца в матке)
2. Исследование на β – ХГЧ

3. При необходимости диагностическая лапароскопия (при малом сроке беременности может быть не информативна)
Заключительный диагноз: Левосторонняя трубная беременность, прервавшаяся по типу внутреннего разрыва плодоемкости.
Лечение: Хирургическое

Задача № 6. Ответ:

Диагноз: Рождающийся субмукозный узел

Лечение: Удаление рождающегося субмукозного узла с последующим выскабливанием слизистой полости матки

Задача № 7. Ответ:

Гиперполименорея (продолжит маточные кровотечения обильные, циклические)

Гемостаз. Либо с помощью гормонов. Однофазные коки марвелонфемоден – 1ый день начинают с 6 таблеток. Смотрят на какой остановилось кровотечение. Затем в течении 3-5 дней по одной таблетке убирают, пока не останется 1 таб/день – лечение в течение 21 дня.

Либо гемостаз при помощи раздельного диагностического выскабливания. Тогда материал еще отправляют на гистологическое исследование

Задача № 8. Ответ:

Климактерический синдром без системных проявлений. Только местные + присоединившийся кольпит на инволюционно-измененную слизистую влагалища.

Бактериологическое исследование с определением АБ устойчивости. Бактериоскопия.

Метранидозол 1 таб (500мг) на ночь в течение 7 дней. АБ. Местно мазь (овестин)

Учебно-методическое пособие

Пишем историю болезни

Составители:

Сахаутдинова Индира Венеровна - д.м.н., зав.кафедрой акушерства и гинекологии № 3

Кулешова Татьяна Павловна - к.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии № 3

Зулкарнеева Эльмира маратовна – к.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии № 3

Хайбуллина Альфия Рашитовна - к.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии № 3

Таюпова Ирина Маратовна - к.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии № 3

Муслимова Софья Юрьевна - к.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии № 3

Формат 60х84 1/16.. Тираж 30 экз. Заказ №235.

ООО «БашНИПИнефть».450006, г. Уфа, ул. Ленина, 86/1