**Лекция 3.**

Тема: **Особенности оформления записи в медкарту анамнеза заболевания и истории жизни больного.**

**План**:

1. Порядок оформления в медкарту истории настоящего заболевания.
2. Последовательность оформления в медкарту истории жизни больного.

1. **История настоящего заболевания** (Anamnesis morbi) является 3-м разделом в медицинской карте. В этом разделе подробно в хронологической последовательности описывается возникновение, течение и развитие настоящего заболевания от первых его проявлений до момента обследования.

При заполнении этого раздела истории болезни, перед врачом стоят следующие задачи:

1) Установить начало заболевания и тем самым определить длительность болезни и возраст, в котором пациент заболел.

2) Проследить за развитием жалоб;

3) Выявить методы лечения до курации и эффективность их;

4) Сделать вывод о том, прогрессирует заболевание или нет.

В этом разделе должны найти отражение начало заболевания, дальнейшее его развитие до настоящего времени.

Известно, что большинство терапевтических заболеваний протекают длительно и являются хроническими. Они наиболее полно проявляют себя в период рецидива или обострений, поэтому при беседе с больным выясняются начало заболевания и его первые симптомы, уточняются возможные причины болезни и те обстоятельства, которые непосредственно ей предшествовали. Необходимо установить их связь - причинную или предрасполагающую к данному заболеванию (охлаждение, психическое или физическое напряжение, физическая или психическая травма, стресс, депрессия, погрешности в еде, инфекции и т.д.). Следует уточнить ход развития патологического процесса от момента появления первых симптомов до настоящего времени. Важно проследить, в какой последовательности и в каком сочетании появлялись новые признаки болезни; как развивалась болезнь - внезапно или постепенно, периодически обостряясь или медленно прогрессируя; указать причины обострений, частоту рецидивов и конкретное их проявление, продолжительность ремиссии.

Также подробно указываются мероприятия (лекарственная терапия, народные средства и т.д.), к которым прибегал больной для облегчения своего состояния, их эффективность, отмечается, когда впервые пациент обратился к врачу, какие диагностические исследования проводились, результаты этих исследований. Необходимо проанализировать характер проводившегося ранее лечения и его частоту, продолжительность, результат, выяснить индивидуальную чувствительность и непереносимость отдельных лекарственных средств, указать, какими симптомами сопровождалась отрицательная (побочная или аллергическая) реакция на лекарство (зуд кожи, крапивница, отек Квинке и т.д.), в каких клиниках обследовался и лечился больной, когда последний раз он лежал в стационаре и проводилось ли ему обследование по данному заболеванию, а при необходимости, и по сопутствующим заболеваниям.

Схема написания истории заболевания:

1. Когда и при каких обстоятельствах возникло заболевание.

2. С чем сам больной связывает свое заболевание (переутомление, переохлаждение, психическая травма, интоксикации, инфекции, погрешности в диете и т. д.).

3. Начало заболевания (острое или постепенное).

4. Первые симптомы.

5. Подробно, в хронологической последовательности описать динамику первых симптомов, а также появление новых симптомов и их дальнейшее развитие.

6. При хроническом течении заболевания следует выяснить причины и частоту обострений, а также уточнить, прогрессирует или нет заболевание по мере обострений.

7. Когда впервые обратился за медицинской помощью, где и чем (если это известно больному) лечился, был ли эффект от лечения и в чем он проявлялся.

8. Находился ли пациент на диспансерном учете, получал ли профилактическое лечение, если получал, то - какое и когда.

9. Последнее обострение (при хронических заболеваниях). Причины, время его наступления, симптомы, проводимое лечение и обследование.

10. Непосредственные причины госпитализации больного (отсутствие эффекта от предыдущего лечения; ухудшение состояния; необходимость неотложной помощи; уточнение диагноза).

Необходимо так же изучить имеющиеся у больного документы, характеризующие течение болезни до поступления в клинику (амбулаторную карту, справки, выписки, и т.п.) и записать их данные в историю болезни.

2. Четвёртым разделом в медицинской карте больного является **история жизни больного** (Anamnesis vitae).

Расспрос о жизни больного проводится в хронологическом порядке: раннее детство, дошкольный возраст, школьные годы (отрочество); возрасты юношеский, взрослый, пожилой, старческий и долгожители; следует описать общий ход и состояние физического развития в эти периоды жизни.

1. Место рождения, развитие в раннем детстве и особенности развития в юношеском возрасте:

- возраст родителей в момент рождения ребенка;

- каким родился по счету в семье;

- в каком возрасте пошел в школу;

- как учился

2. Бытовой анамнез:

- материально-бытовые условия семьи в детстве больного, на протяжении самостоятельной жизни и к моменту расспроса;

- жилищные условия;

- питание на протяжении всей жизни: характер, полноценность пищи, регулярность ее приема, количество употребляемой жидкости;

- повседневная жизнь, отдых, его характер и продолжительность;

- соблюдение гигиены, занятия физкультурой и спортом.

3. Трудовой анамнез. Трудовая жизнь больного излагается в хронологическом порядке со времени ее начала:

- профессия и условия труда на протяжении всей жизни;

- профессиональные вредности и длительность их воздействия;

- нагрузка, отношение к работе, удовлетворение ею;

- характер деятельности (сидячий, подвижный, наличие командировок);

- имеется ли инвалидность, причина инвалидности, группа инвалидности, когда установлена инвалидность;

- выход на пенсию по возрасту - с какого года;

- военная служба, участие в войнах, ранения.

4. Вредные привычки:

- курение, с какого возраста, количество выкуриваемых сигарет;

- употребление алкоголя, частота употребления, количество, вид спиртных напитков;

- наркомания, токсикомания, употребление лекарств: каких, в каком количестве.

5. Половой анамнез:

- период полового созревания;

- у женщин - время появления менструаций, их регулярность, болезненность, продолжительность, температурная реакция, другие сопутствующие ей явления;

- половая жизнь;

- время вступления в брак;

- у женщин - количество беременностей и родов, самопроизвольные выкидыши, аборты. Подробно выяснить патологию беременности и родов (повышение артериального давления, отеки, сердечная недостаточность и др.). Климакс, время его наступления и клинические признаки. Патологический климакс.

6. Перенесенные заболевания:

- какие болезни перенес, в каком возрасте, их лечение, последствия;

- травмы, ранения, операции, ушибы, переломы костей, вывихи и т.п.;

- контакты с инфекционными больными;

- склонность к простудным заболеваниям;

- пребывание за границей и перенесенные там болезни.

7. Аллергологический анамнез:

- прививки и реакция на них;

- повышенная чувствительность к лекарствам;

- пищевая аллергия;

- непереносимость лекарств, вакцин, сывороток, бытовых аллергенов.

8. Лекарственный анамнез:

- какие лекарственные препараты больной принимает при своих заболеваниях;

- эффективность лекарств;

- дозировки и кратность их приема;

- побочные явления, наблюдаемые при их применении.

9. Эпидемиологический анамнез.

Эпидемиологический анамнез собирается у больного при подозрении на инфекционные заболевания: ОРЗ, грипп, болезнь Боткина, брюшной тиф, ВИЧ-инфекция, пищевая токсикоинфекция, сальмонеллез, ботулизм, дизентерия и др.

10. Семейный анамнез и наследственность:

- сведения о болезнях близких родственников по материнской и отцовской линии;

- возраст родственников, состояние их здоровья, причины смерти, возраст умерших родителей.

- нервно-психические заболевания в семье;

- особое внимание обратить на болезни - туберкулез, сифилис, злокачественные новообразования, заболевания крови, ВИЧ-инфицирование и т.д.

Следует выяснить и указать как факторы риска, так и предрасполагающие факторы, приведшие к возникновению имеющегося у больного заболевания.