#### 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

# СОДЕРЖАНИЕ

|  |  |
| --- | --- |
| **Введение**. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . | 4 |
| **Общие требования к написанию истории болезни**. . . . . . . . . . . . . . . . . | 7 |
| **I. Паспортная часть** . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . | 14 |
| **II. Анамнез**. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . | 14 |
| 1. Жалобы при поступлении . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .  2. Анамнез жизни . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .  3. Акушерско-гинекологический анамнез . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .  4. Анамнез заболевания . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . | 14  15  15  16 |
| **III. Объективное исследование**. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .  1. Общий осмотр . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .   1. Специальное акушерское исследование . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2. Данные инструментально-лабораторных и дополнительных   методов исследования с их оценкой . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . | 17  17  18  18 |
| **IV. Диагноз и его обоснование** . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . | 19 |
| **V. Дифферекнциальная 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 слу- чившемся, следственно, должна быть справедлива. В ней те только явления под- лежит 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 гинеко- логическом 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 «Акушер- ство и гинекология» модуля «Гинекология» является освоение и закрепление кон- кретных навыков клинического мышления и его логической структуры, методо- логии 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, осмысле- ния и обобщения клинической информации и специальной литературы.

Требования к структуре и содержанию курсовых работ определяются кафед- рой 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;
* сиcтематизирование полученных сведений, использование их в логиче- ской 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 заболева- ний;
* оказывать плановую и неотложную медицинскую помощь гинекологиче- ским больным в соответствии с клинической ситуацией и существующи- ми 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 отде- ляемого из уретры и половых путей);
* принципами дифференциальной диагностики гинекологических заболе- ваний;
* составлением плана лечения и реабилитации больной;
* принципами оказания консервативного и хирургического лечения гине- кологических 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 пред- варительный диагноз, намечается план лабораторного и инструментального ис- следования 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 боль- ной, в дальнейшем произвести целенаправленный опрос по всем системам и запи- сать 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 ле- чения.

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

В основу объективного исследования положена классическая схема обследо- вания больной. Обследование должно проводиться и записываться в строгой по- следовательности: 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, кон- кретно 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 Фе- дерации" и отстранения студента от занятий

##### ЗАПРЕЩАЕТСЯ:

* проводить ксерокопирование и фотосъемку истории болезни, или ее отдель- ных страниц и вложений;
* выносить историю болезни за пределы отделения;
* разглашать персональные данные пациенток и сведения медицинского харак- тера, полученные во время курации.

**Выполнение академической истории болезни**

* 1. Работа с преподавателем, ведущим данный цикл, начинается сразу же по- сле 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: мо- нографии, учебные пособия, методические рекомендации, фундаментальные научные статьи.

* 1. 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.
  2. Наиболее ответственным и сложным этапом при подготовке работы яв- ляется 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 бо- лезни 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 страницы кроме заголовка поместится несколько строк текста. В ра- боте 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 гинекологиче- ской пациентки в течение цикла практического занятия, работает с учебной историей болезни и ее оригиналом в отведенное преподавателем время (ли- тературой).
2. Студент самостоятельно выясняет жалобы у пациентки, анамнез жизни и бо- лезни, 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 профессиональ- ного совершенствования, но, прежде всего, личность.
5. При оценке клинических данных необходимо помнить о значении каждого сказанного слова (с одной стороны, слово – это величайший врачеватель че- ловеческих недугов, с другой – может навредить).
6. Результаты дополнительных методов исследований, подтверждающие кли- нический диагноз, студент переписывает из оригинала истории болезни, од- новременно 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 преподава- телем и лечащим врачом.
9. Порядок действия во время курации пациентки и оформление учебной исто- рии 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 за- нятии цикла практических занятий. Студент должен знать содержание учебной истории болезни.

Основная задача докладчика - изложить историю болезни, подробно оста- навливаясь на данных анамнеза и симптомах, характерных для разбираемой пато- логии.

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 раздельно по 5- ти балльной системе (две оценки). Оценка за написание истории болезни выно- сится в индивидуальный рейтинг студента и учитывается при ответе на перевод- ном 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 пятибалль- ной 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 тре- бований, но при условии глубокой и самостоятельной проработки темы, а так- же соблюдении всех других требований.

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

Оценка **«неудовлетворительно»** ставится за работу, которая написана с гру- быми недостатками, не соответствует современным представлениям о диагности- ке, лечении и профилактике данной патологии.

Работа, которую преподаватель признал «неудовлетворительной**»**, возвра- щается 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 снижа- ется 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 до- пускается 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 бере- менности: 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 пе- ринатологии. – 2012. – Т. 11, № 1. – С. 68-74.*

#### Материалы научных конференций

*Карпеченко А. В., Гуменюк Е. Г., Кормакова Т. Л. и др. Факторы риска, аку- шерские и перинатальные исходы у женщин с преждевременной отслойкой нор- мально расположенной плаценты /А.В. Карпеченко и др. //Мат. XIV Всероссий- ского научного форума “Мать и дитя”. - М., 2013. - C. 86-87.*

#### Электронные ресурсы

*Гуменюк Е.Г., Ившин А.А., Карпеченко А.В. Преподавание акушерства и ги- некологии 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/f7109 9.pdf*](http://petrsu.ru/files/2012/11/f7109%209.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 оконча- ния цикла практических занятий.

|  |  |
| --- | --- |
| Картинки по запросу история гинекологической больной | **СХЕМА ПРОВЕДЕНИЯ ОПРОСА БОЛЬНОГО** |

**Объективные**

**СИМПТОМЫ СИМПТОМЫ**

**СИНДРОМЫ**

**Лабораторные**

**Инструментальные**

**Консультации специалистов**

**СИМПТОМЫ**

**СИНДРОМЫ**

**Консультативное врачебное**

**специалистов**

**КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ**

**ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

**ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ**

**ФИЗИКАЛЬНЫЕ**

1. Осмотр
2. Пальпация
3. Перкуссия
4. Аускультация
5. Паспортная часть
6. Жалобы
7. Расспрос по системам
8. Анамнез заболевания
9. Анамнез жизни

**Субъективные**

**МЕТОДЫ**

**ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОЙ**

**АЛГОРИТМ**

**ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ОПРОСА**

**ОСНОВНОЕ**

**ЗАБОЛЕВАНИЕ**

**ОСЛОЖНЕНИЕ ОСНОВНОГО**

**ЗАБОЛЕВАНИЯ**

**СОПУТСТВУЮЩАЯ ПАТОЛОГИЯ**

**Объективные Объективные**



**Этапы диагно-**

**стического процесса**

1. Выявление симптомов;
2. Выделения синдромов;
3. Собственная постановка диагнозана основании характерного сочетания

синдромов

# Паспортная часть

* + 1. Фамилия, имя, отчество больной:
    2. Год рождения (возраст):
    3. Профессия, образование, род деятельности с указанием профессиональных вредностей:
    4. Семейное положение;
    5. Домашний адрес (место жительства):
    6. Дата и время поступления:
    7. Направившее учреждение (кем направлена больная):
    8. Способ транспортировки (сама пришла, доставлена машиной СМП)
    9. Диагноз направившего учреждения:
    10. Диагноз при поступлении:

- Клинический диагноз:

**-** Осн.:

* Осл.:
* Соп.:

##### Например:

*1. ФИО: И.Р.Г.*

*2. Возраст 25 лет (02.03..1990г.)*

1. *Профессия : Бухгалтер*
2. *Семейное положение: замужем*
3. *Домашний адрес: г.Уфа, Советский р-н, пр-т Октября 178-98*
4. *Дата и время поступления: 12.08.2016г 16:00*
5. *Направившее учреждение: женская консультация №5*
6. *Способ транспортировки: самообращение*
7. *Диагноз направившего учреждения: Миома матки.*
8. *Диагноз при поступление: Клинический диагноз:*

*Осн.: Миома матки.*

*Соп.: Анемия легкой степени тяжести.*

* 1. ***Жалобы***

# Анамнез

Необходимо отразить главные жалобы, предъявляемые пациентом, и допол- нительные, 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)

### 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, эпидеми- ческий 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 наркоти- ческих препаратов).

### Акушерско-гинекологический анамнез:

**Менструальная функция**: Начало менструаций (указать возраст), установи- лись сразу или нет; если нет, то через какое время. Продолжительность менстру- ального кровотечения (количество дней), периодичность (через сколько дней), ре- гулярность. Величина кровопотери (обильные, умеренные, скудные), болезнен- ность (болезненные, безболезненные, болезненные в первый день). Изменения ха- рактера менструаций после начала половой жизни, после родов. Дата последней менструации*.* Особенности последней менструации: отличия от других менструа-

ций 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 мен-*

*струация 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 19лет. Брак первый. Контрацепция барьерная, год назад принимала комбинированные пероральные контрацептивы этинилэстра- диол + дроспиренон (Ярина\*) в течение 15 мес, переносила препарат хорошо.*

**Детородная функция**: Подробно описать по порядку исход и течение каждой беременности (роды, искусственные аборты, самопроизвольные выки- дыши). В случае родов указать: своевременные, преждевременные, запоздалые; способ родоразрешения; выполненные операции и пособия. На какие сутки по- сле родов выписана домой. Течение послеродового периода. Масса и рост ре- бенка при каждых родах. Продолжительность грудного вскармливания после первых родов. Были ли мертворождения: смерть плода — антенатально, интра- натально, постнатально (на какие сутки). Причина смерти. В отношении абор- тов указать: самопроизвольный или искусственный, при каком сроке, наличие осложнений. При самопроизвольном аборте указать, было ли последующее вы- скабливание полости матки, отметить наличие осложнений. Сколько живых де- тей на момент курации.

***Пример.*** *Первая беременность — 1999 г. Наступила после отмены гормо- нальной контрацепции. Беременность завершилась своевременными самопроиз- вольными 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 шей- ки 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 (амоксициллин* + *клавулановая кислота).*

**Гинекологические заболевания:** Нозологическая форма, год возникнове- ния, проведенное лечение, течение и исход. Отметить наличие **рецидивов**, их ча- стоту, 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 морфоло- гического 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, сальпингоова-*

*риолизис, лазеровапоризация очагов наружногенитального эндометриоза.*

#### Заболевания, передающиеся половым путем:

Перенесенные заболевания, передаваемые преимущественно половым пу- тем**:** *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).*

### Анамнез заболевания

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

# Объективное исследование.

### Общий осмотр.

Общее состояние, вид больной (возбуждена, угнетена, спокойна), сознание, положение. Температура тела. Телосложение. Походка. Кожные покровы и сли- зистые 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 систе- мы, 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 нормосте- ническое. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки обычной окраски, чи- стые, высыпаний и патологических пигментаций не выявлено, рубец в правой па- хово-подвздошной области по Волковичу—Дьяконову от аппендэктомии. Оволо-*

*сение 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 последова- тельную 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 де- формированы, 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 мо- лочных желез. Подмышечные, подключичные и надключичные лимфатические уз- лы 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

##### Специальные гинекологические исследования

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

***Пример.*** *Влагалище рожавшей. Шейка матки цилиндрической формы. Мат- ка в anteversio-flexiо, не увеличена, плотная,подвижная, безболезненная при паль- пации. Придатки матки не пальпируются. Параметрии свободные. Выделения-*

*слизистые.*

##### 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.**

* 1. ***Диагноз и его обоснование***

#### Диагноз

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

Исходя из поставленного предварительного диагноза, намечается программа последующего дообследования больного (План дообследования больной). Здесь же назначаются консультации врачей других специальностей . После анализа всей совокупности данных, как непосредственного обследования больной, так и полу- ченных 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 вы- раженности признаков болезни при непосредственном исследовании больной.

# Дифференциальная диагностика

#### Этиология и патогенез

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

# Лист назначений

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

# Прогноз

1. Для жизни:
2. Для репродуктивной функции:
3. Для трудоспособности:

# Дневник

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

# Х. Эпикриз

### Х.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) поряд- ке

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

### Х.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;
* объем 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](http://www.ozon.ru/brand/858801/), 2013. - 416 с. |
| 2 | Гинекология: учебник для студ. мед.вузоврек. УМО по мед.ифармац. образо-  ванию вузов России/ под ред. [В.Е. Радзинского](http://www.ozon.ru/person/358086/), [А. Фукс](http://www.ozon.ru/person/24214357/)а. М.: [ГЭОТАР-](http://www.ozon.ru/brand/2351562/) [Медиа](http://www.ozon.ru/brand/2351562/), 2014. -1000 с. : цв.ил. |
| 3 | Гинекология: учебник для студ. мед.вузоврек. УМО по мед.ифармац. образо-  ванию вузов России/ под ред. [Г. М. Савельевой](http://www.ozon.ru/person/343165/), В. Г. Бреусенко. М.: [ГЭОТАР-Медиа](http://www.ozon.ru/brand/2351562/), 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. Се-](http://www.ozon.ru/person/316590/) [ров](http://www.ozon.ru/person/316590/)а, [Г. Сухих](http://www.ozon.ru/person/265643/). М.:[ГЭОТАР-Медиа](http://www.ozon.ru/brand/2351562/). Серия: [Клинические рекомендации](http://www.ozon.ru/context/detail/id/4373183/). 2014.  - 1024 с. |
| 2 | Гинекология: национальное руководство/ под ред. В.И. Кулакова, И.Б. Ману-  хина, [Г.М. Савельевой](http://www.ozon.ru/person/343165/) –М.:[ГЭОТАР-Медиа](http://www.ozon.ru/brand/2351562/), 2011.- 1088 с. |
| 3 | [Цвелев](http://www.ozon.ru/person/1452754/) Ю., [Кира](http://www.ozon.ru/person/1452757/) Е., [Берлев](http://www.ozon.ru/person/3025596/) И., [Гайворонских](http://www.ozon.ru/person/1452760/) Д. Терминология в акушерстве,  гинекологии и перинатологии. Учебное пособие. С-Пб.: [Н-Л](http://www.ozon.ru/brand/1695223/).2012. - 288 с. |

# ПРИЛОЖЕНИЯ СИМУЛЯЦИОННЫЙ БЛОК

## ВЛАГАЛИЩНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

**Приложение № 1**

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

Влагалищное исследование гинекологической пациентки производят на ги- некологическом кресле в стерильных одноразовых перчатках стерильными ин- струментами (фото 1).

|  |  |
| --- | --- |
| Описание: 115 | **Фото 1.** Положение исследуе- мой женщины на гинекологи- ческом кресле |

#### ОСМОТР НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Обращают внимание на тип оволосения, симметричность и зияние половой щели, строение больших и малых половых губ, характер выделений, наличие па- тологических процессов (воспаление, опухоли, кондиломы, свищи, пороки разви- тия 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, положе- ние и состояние шейки матки, форму наружного зева, наличие патологических процессов, характер выделений. Берутся мазки для определения состояния мик- рофлоры 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 цитологическо- го 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).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Описание: 22 |  | Описание: 22 |
| **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 подъ- емник до конца переднего свода, слегка надавливая на переднюю стенку влагалища (фото 3 Г).

|  |  |
| --- | --- |
| Описание: 23 | Описание: 24 |
| **Фото 3 В.** | **Фото 3 Г.** |

* + Разводят зеркала (фото 18 Д). Осматривают шейку матки и стенки влагали- ща. Извлекают из влагалища сначала подъемник, затем ложкообразное зер- кало.

|  |  |
| --- | --- |
| Описание: 24 | **Фото 3 Д.** Осмотр шейки матки ложкообраз- ными зеркалами |

* + Инструменты погружают в емкости с дезинфицирующим средством.
  + Предлагают пациентке встать, гинекологическое кресло обрабатывают ве- тошью 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 СТВОРЧАТЫМИ ЗЕРКАЛАМИ**

## Последовательность манипуляций.

* + Гинекологическое кресло покрывают индивидуальной клеенкой или сте- рильной пеленкой.
  + Предлагают пациентке лечь на гинекологическое кресло на спину, фикси- руя 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 влага- лища (фото 4 Б).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Описание: 25  **Фото 4 А.** |  | Описание: 25  **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).

|  |  |
| --- | --- |
| Описание: 28 | Описание: 27 |
| **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 вла- галища.
2. Мазки берут при проведении осмотра шейки матки в зеркалах из нижних отделов мочеполовой системы - цервикального канала и заднего свода вла- галища.
3. Перед исследованием не следует выполнять спринцевание и лечебные про- цедуры, 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.

|  |  |
| --- | --- |
| Описание: смотровой набор | **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).

|  |  |
| --- | --- |
| Описание: rekomendacii_clip_image004 | Описание: %D0%BC%D0%B0%D0%B7%D0%BE%D0%BA-%D0%BD%D0%B0-%D0%BE%D0%A6 |
| **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 ше- ечного канала определяют флору, гонококки.

#### ВЗЯТИЕ СОСКОБА С ШЕЙКИ МАТКИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ CERVEX-BRUSН

У гинекологических пациенток с шейки матки берут мазки на онкоцитоло- гию для ранней диагностики онкологических заболеваний.

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

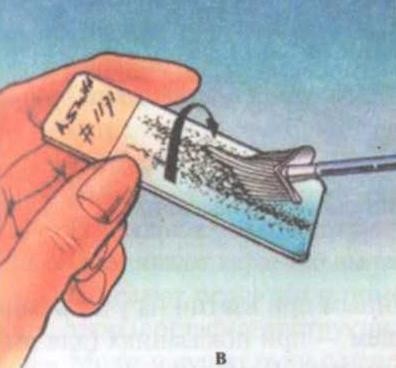
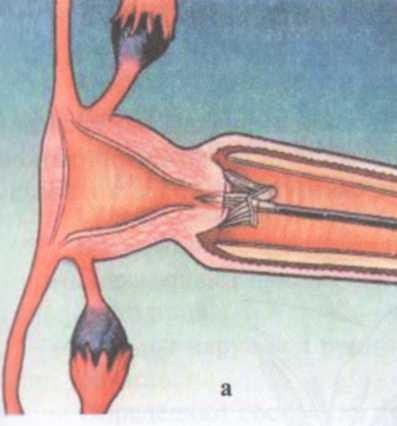
Таблица 1.

#### Оценка степени чистоты влагалища (А.F. Heurlein, 1910)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Микроскопическая картина** | **I** | **II** | **III** | **IV** |
| Палочка Додерлейна | +++ | ++ | + | - |
| Comma varibile | - | - | ++ | - |
| Гр (-) кокки и/или палочки | - | - | ++ | ++ |
| Анаэробы, стрептококки, колибациллы, трихомонады | - | - | ++ | ++ |
| Лейкоциты | - | + | +/- | +++ |
| Эпителиальные клетки | единич  ные | + | + | ++ |

**Техника выполнения (продолжение)**

* В почкообразный лоток кладут пару перчаток, створчатое зеркало, пинцет, 4—6 марлевых тампонов, *Cervex-Brush* в упаковке.
* При визуально нормальной шейке 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 ка- нал; 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) исследо- вание (рис.3) позволяет определить состояние матки, придатков матки, тазовой брюшины и клетчатки, связочного аппарата и сосед- них органов.

|  |  |
| --- | --- |
| Описание: ry4noe-obsledovanie-ym | **Рис. 3.** Двуручное влагалищно- абдоминальное исследование |

#### Техника выполнения (продолжение).

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

|  |  |
| --- | --- |
| pic49 | pic51 |
| **Фото 7.** Левой рукой разводят половые губы | **Фото 8.** Средний и указательный пальцы пра-  вой 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.

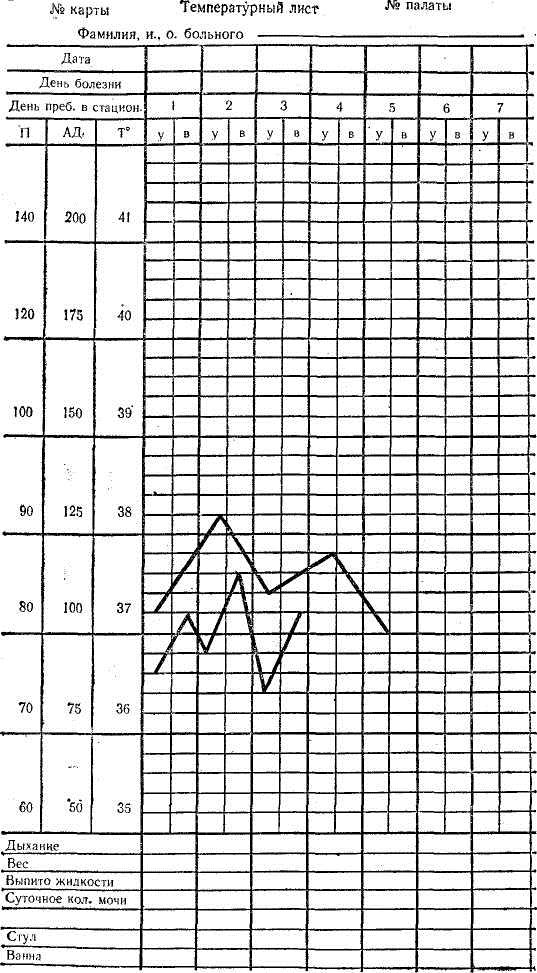
Определяют положение, величину, форму, консистенцию, по- движность, чувствительность матки при исследовании.

* 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 об- ласть.
* Определяют состояние придатков слева (рис. 4 Б).

|  |  |
| --- | --- |
| Описание: sysro14_15_11_10 | Описание: sysro14_15_11_10 |
| **Рис. 4 А**. Бимануальное обследование пра- вых придатков матки. Пальцы правой руки обследующего расположены во влагалище. | **Рис. 4 Б**. Бимануальное обследование левых придатков матки. Пальцы левой  руки обследующего расположены во вла- галище. |

* 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 рас- твор (согласно инструкции).
* Моют и сушат руки с использованием мыла или антисептика.
* Дезинфицированные перчатки утилизируют в желтый мешок (класс Б).

**Приложение № 2**



#### Для докладывающего историю болезни

**Приложение № 3**

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 останавлива- ясь на данных анамнеза и симптомах, характерных для разбираемой патоло- гии. 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.
9. Данные лабораторных исследований.
10. Дополнительные манипуляции.
11. Течение болезни по дневникам истории. Состояние плода при рождении.
12. Объем операций, четко сформулировать показания к операции.
13. Послеродовой период (послеоперационный).
14. Количество проведенных койко-дней. Состояние на момент выписки. Про- гноз.

**Приложение № 4**

***КОНТРОЛЬНО – КОРРЕКЦИОННЫЙ БЛОК***

## ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ

1. Какие основные методы обследования гинекологических больных Вам из- вестны?
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?
11. Что такое аллергологический анамнез, его значение?
12. Как провести оценку анамнестических данных?
13. Что такое симптом заболевания?
14. Что такое синдром?

## Задания для самоконтроля:

**Приложение № 5**

1. Схематически изобразить классификацию диагностических методов исследо- вания 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.
   5. М.Д.Стражеско

#### К КАКИМ МЕТОДАМ ДИАГНОСТИКИ ПРИНАДЛЕЖИТ ОПРОС БОЛЬНОЙ:

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

#### 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.

#### 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.

#### 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.

#### 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.

#### 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.

#### 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.

#### БОЛЬНАЯ ЖАЛУЕТСЯ НА БОЛЕЗНЕННЫЕ МЕСЯЧНЫЕ, СОПРО- ВОЖДАЮЩИЕСЯ ГОЛОВНОЙ БОЛЬЮ, ГОЛОВОКРУЖЕНИЕМ,

**ПЕРИОДИЧЕСКИМИ БОЛЯМИ В ОБЛАСТИ СЕРДЦА, РАЗДРАЖИ- ТЕЛЬНОСТЬЮ, ВЗДУТИЕМ ЖИВОТА, ТОШНОТОЙ, НАГРУБАНИ- ЕМ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ. О ПОРАЖЕНИИ КАКОЙ (КАКИХ) СИ- СТЕМ ВЫ СДЕЛАЕТЕ ВЫВОД В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ?**

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

#### 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.

**Задача № 1**

## СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ

**Приложение № 6**

К врачу обратилась больная с жалобами на боль внизу живота, иррадирую- щую в задний проход, тошноту, рвоту, выраженную общую слабость, головокру- жение.

##### Задание:

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

**Задача № 2**

3. Больная35 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 подтвер- ждения диагноза?

#### Задача № 3

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

Анамнез: Считает себя больной в течение 2 дней, когда впервые, после за- держки 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 уве- личены, 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 об- щую 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 пузырный 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 вид- ны 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 самопроиз- вольный выкидыш 4-5 нед. для лечения, направленного на сохранение беремен- ности. Больная предъявляла жалобы на тянущие боли внизу живота, незначитель- ные кровяные выделения из половых путей. Из анамнеза: Считает себя больной с 27 марта, когда появились тянущие боли внизу живота после небольшой физиче- ской 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 удовлетвори- тельное, кожные покровы обычной окраски, пульс 78 уд.в 1 мин., АД 120/80. Жи- вот мягкий, безболезненный. При осмотре шейки матки в зеркалах: слизистая вла- галища цианотичная, шейка матки цилиндрической формы, наружный зев закрыт. Влагалищное исследование: Матка увеличена до 4-5 нед. беременности, мягкова- той 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 диагносциро- вана 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 тече- ние полугода.

##### Задание:

1. Диагноз?
2. Тактика врача?

#### Задача № 8

Больная, 57 лет, обратилась к гинекологу с жалобами на сухость и зуд во вла- галище, боль при половом сношении, неприятные выделения из половых путей, дизурические явления. Постменопауза 7 лет. При гинекологическом исследова- нии: слизистая преддверия влагалища истончена с множественными мелкоточеч- ными 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** |

## Эталоны ответов 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).

1. Ультразвуковое исследование (При ПЗ обнаруживаем увеличение размеров

матки, отсутствие плода, наличие гомогенной мелкокистозной ткани.Можно диа- гностировать 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 полихи- миотерапии.

#### Задача № 5. Ответ:

Предварительный диагноз: Начавшийся самопроизвольный выкидыш 4-5 нед.? Подозрение на левостороннюю трубную беременность. (Обоснование: болезнен- ные тракции за шейку матки, увеличение и болезненность левых придатков, кро- вяные выделения из половых путей).

Тактика врача: 1. УЗИ (наличие или отсутствие плодного яйца в матке)

* 1. Исследование на β – ХГЧ
  2. При необходимости диагностическая лапароскопия (при малом сроке беременности может быть не информативна)

Заключительный диагноз: Левосторонняя трубная беременность, прервавшаяся по типу внутреннего разрыва плодовместилища.

Лечение: Хирургическое

#### Задача № 6. Ответ:

Диагноз: Рождающийся субмукозный узел

Лечение: Удаление рождающегося субмукозного узла с последующим вы- скабливанием 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 одно таблетки убирают, пока не останется 1таб/день – лече- ние 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 + присо- единившийсякольпит на инволюционно-измененную слизистую влагалища.

Бактериологическое исследование с определением АБ устойчивости. Бакте- риоскопия.

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** АльфияРашитовна - 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 60x84 1/16.. Тираж 30 экз. Заказ№235.

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