

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«ГОМЕЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Кафедра внутренних болезней № 2

СХЕМА ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ ПАЦИЕНТА

**Учебно-методическое пособие
для студентов 4 курса лечебного факультета и факультета
по подготовке специалистов для зарубежных стран,
обучающихся по специальности «Лечебное дело»,
медицинских вузов**

**Гомель
ГомГМУ
2017**

УДК 616.1/.4-08(072)

ББК 51.1(4Бел),22

С 92

Авторы:

Э. Н. Платошкин, А. Н. Ковальчук, С. А. Шут,

Г. Н. Романов, Н. В. Николаева

Рецензенты:

кандидат медицинских наук,

доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней

Гродненского государственного медицинского университета

М. А. Добродей;

кандидат медицинских наук,

заведующий терапевтическим отделением для участников ликвидации

и потерпевших от последствий катастрофы на ЧАЭС

Республиканского научно-практического центра

радиационной медицины и экологии человека

А. В. Коротаев

Схема истории болезни пациента: учеб.-метод. пособие для студентов
С 92 4 курса лечебного факультета и факультета по подготовке специа-
листов для зарубежных стран, обучающихся по специальности «Ле-
чебное дело», медицинских вузов / Э. Н. Платошкин [и др.]. — Го-
мель: ГомГМУ, 2017. — 32 с.

ISBN 978-985-506-918-9

В учебно-методическом пособии приведена схема написания учебной истории болезни в клинике факультетской терапии. Выделены основные пункты опроса, симптомы на которые надо обращать внимание при оценке жалоб и осмотре: алгоритм обследования, лабораторной и инструментальной диагностики.

Предназначено для студентов 4 курса лечебного факультета и факультета по подготовке специалистов для зарубежных стран, обучающихся по специальности «Лечебное дело», медицинских вузов

Утверждено и рекомендовано к изданию научным учебно-методическим советом учреждения образования «Гомельский государственный медицинский университет» 28 февраля 2017 г., протокол № 1.

УДК 616.1/.4-08(072)

ББК 51.1(4Бел),22

ISBN 978-985-506-918-9

© Учреждение образования
«Гомельский государственный
медицинский университет», 2017

ВВЕДЕНИЕ

Распознавание и диагностика заболеваний внутренних органов являются наиважнейшими задачами в работе врачей различных специальностей. Написание учебной истории болезни — один из этапов подготовки студента по клинической медицине, так как карта стационарного пациента (прототипом которой является учебная история болезни) является официальным медицинским документом. Предлагаемая схема написания учебной истории болезни в клинике факультетской терапии предназначена для студентов 4 курса лечебного факультета и состоит из следующих разделов:

1. Паспортная часть (ФИО, место работы и адрес рекомендуется не указывать в соответствии с Хельсинской декларацией. Вместо этого указываются условный буквенный код, характер труда (умственный или физический), житель города или села).

2. Субъективное исследование, включающее жалобы (опрос пациента по системам), историю настоящего заболевания (*Apatnesis torbi*), анамнез жизни (*Apatnesis vitae*).

3. Объективное исследование, включающее осмотр пациента, пальпацию, перкуссию, аускультацию.

4. Предварительный диагноз.

5. Данные лабораторных и инструментальных методов исследования, имеющиеся в карте стационарного пациента и план дообследования.

6. Дифференциальный диагноз.

7. Окончательный диагноз.

8. План лечения.

9. Дневники наблюдения за время курации пациента студентом.

10. Эпикриз.

Основной целью создания данных методических рекомендаций было оказание помощи студентам в приобретении навыков по тщательному сбору жалоб и анамнеза, системному обследованию пациента, составлению плана обследования и лечебно-профилактических мероприятий, оценке данных лабораторно-инструментальных методов исследования, определению программы профилактики, реабилитации и диспансерного наблюдения, а также врачебно-трудовой экспертизе при конкретных нозологических формах. Самостоятельная работа студентов над учебной историей болезни по заранее определенной схеме способствует наиболее полному получению информации и ее практическому применению, учит грамотно и аккуратно оформлять медицинскую документацию.

ПОРЯДОК ОФОРМЛЕНИЯ ТИТУЛЬНОГО ЛИСТА УЧЕБНОЙ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

**УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«ГОМЕЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**

Кафедра внутренних болезней № 2

Студент (ка) _____ группы 4 курса

(Ф.И.О) _____

Преподаватель (должность, ФИО) _____

Время курации: с « ____ » _____ по « ____ » _____

УЧЕБНАЯ ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ ПО ФАКУЛЬТЕТСКОЙ ТЕРАПИИ

Условная идентификация пациента _____

Клинический диагноз:

Основной _____

Осложнения основного заболевания _____

Сопутствующие заболевания _____

**ПЛАН КЛИНИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТА
И НАПИСАНИЯ УЧЕБНОЙ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ**

**ОПРОС ПАЦИЕНТА
(субъективное исследование)**

ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

Условная идентификация пациента _____
Возраст (полных лет) ____ Пол _____ Образование _____
Профессия, характер труда _____
Житель города/села _____
Дата и время поступления в стационар _____
Кем направлен больной (название лечебного учреждения) _____
Доставлен в стационар по экстренным показаниям: нет, да (через ____ часов от начала заболевания).
Диагноз направившего учреждения: _____
Диагноз при поступлении: _____
Клинический диагноз: _____
Заключительный диагноз: _____
Основной _____
Осложнения основного заболевания _____
Сопутствующие заболевания _____

ЖАЛОБЫ ПАЦИЕНТА:

Основные (главные) жалобы, которые беспокоят пациента больше всего на момент поступления в клинику наиболее характерные для данного заболевания. Для их выяснения пациенту задается вопрос: «Что Вас беспокоит?» (или) «На что Вы жалуетесь?». После этого детально устанавливается характер основных жалоб по дополнительным, уточняющим вопросам (время возникновения жалоб, их связь с физической активностью, приемом пищи и т.д., предпринимаемые при этом действия пациента и др.).

Дополнительные жалобы выясняются активно. Для того чтобы не пропустить каких-либо симптомов и выяснить состояние функций всех органов пациента, расспрашивают по определенной схеме (смотри соответствующий раздел опроса по системам). Если при дополнительном опросе по системам не выявлено новых жалоб, в историю болезни записываются только основные жалобы пациента с их подробной детализацией и систематизацией).

Органы дыхания

1. Голос:
 - хриплый, звучный, слабый, афоничный.
2. Боли в горле:
 - постоянные или при глотании, чувство жжения, сухости или першения в горле (причина, частота, длительность).
3. Характер дыхания:
 - носовое (свободное, затрудненное — продолжительность, причины);
 - ртом.
4. Выделения из носа:
 - насморк (постоянный или периодический, отсутствует);
 - носовые кровотечения (постоянные или периодические, отсутствуют).
5. Кашель:
 - сухой или с мокротой;
 - время появления кашля (утром, вечером, ночью);
 - постоянный, периодический, приступообразный;
 - тембр (лающий, сиплый, беззвучный, короткий);
 - интенсивность (слабый, умеренный, сильный).
6. При наличии кашля с мокротой необходимо уточнить:
 - примерное количество мокроты за сутки и время наибольшего отхождения; откашливается свободно, с трудом, полным ртом;
 - характер мокроты (слизистая, слизисто-гнойная, гнойная, серозная, кровянистая — «ржавая»);
 - цвет мокроты (бесцветная, «ржавая», желто-зеленая, коричневая и т. д.);
 - запах мокроты;

- количество слоев, их характеристика;
 - положение, способствующее наилучшему отхождению мокроты.
7. Кровохарканье:
- интенсивность (прожилки или чистая кровь, ее количество);
 - цвет крови (алая, темная или малинового цвета);
 - пенистая или нет;
 - частота кровохарканья.
8. Боли* в грудной клетке:
- характер (тупые, острые, ноющие, колющие, давящие);
 - локализация и продолжительность (постоянная, периодическая приступообразная);
 - связь с дыханием, физическим напряжением, кашлем, состоянием окружающей среды и т. д.;
 - интенсивность (слабые, умеренные, сильные);
 - иррадиация;
 - что облегчает боли.
9. Одышка:
- характер (периодическая или постоянная; экспираторная, инспираторная или смешанная);
 - степень выраженности;
 - связь с физической нагрузкой, изменением положения тела, состоянием окружающей среды и т. д.
10. Удушье:
- время, причины появления приступов удушья, их длительность, связь с запахами, цветением трав и т. д.;
 - приступы удушья (частые, редкие, длительные, кратковременные, сопровождаются ли свистящими хрипами);
 - что облегчает состояние или купирует приступ (изменение положения тела, прекращение физической нагрузки, исключение непереносимых запахов, цветов, медикаментозно — указать какими лекарственными препаратами);
 - положение при приступе удушья.
- * Для оценки интенсивности болевого синдрома рекомендуется использование визуально-аналоговой шкалы (ВАШ). См. приложения.*

Сердечно-сосудистая система

1. Боли* в области сердца:
- постоянные или приступообразные периодические;
 - локализация (за грудиной, слева от грудины, в области верхушечного толчка);
 - характер (острые, тупые, ноющие, сжимающие, давящие, колющие, жгучие и т. д.);
 - интенсивность (слабые, сильные, переменные);

- иррадиация (в левую руку, лопатку, в нижнюю челюсть, в эпигастрий и др.);
- чем сопровождаются (ощущением страха, общей слабостью, холодным потом, головокружением и др.);
- частота болевых приступов и продолжительность;
- причины, вызывающие боли, и время их появления (физическое напряжение, перемена положения тела, прием пищи, волнение, неблагоприятные погодные условия, появляются в покое, во время сна и т. д.);
- поведение и положение пациента во время приступов болей;
- что купирует боли (прекращение физической нагрузки, медикаментозные препараты (указать какие) и др.).
- 1. Ощущение перебоев в работе сердца:
 - постоянное, периодическое;
 - условия появления (физическое напряжение, перемена положения тела, прием пищи, в покое, при волнении и т. д.).
- 2. Сердцебиение:
 - постоянное;
 - приступообразное (частота, длительность);
 - условия появления (физическое напряжение, перемена положения тела, прием пищи, в покое, при волнении и т. д.).
- 3. Одышка (см. выше пункт 9).
- 4. Отеки:
 - локализация, распространенность, выраженность, время появления и исчезновения (утром, к вечеру), стойкость.

Органы пищеварения

1. Аппетит:
 - хороший, пониженный, отсутствует, повышенный, извращенный;
 - отвращение к пище (какой?).
2. Насыщаемость:
 - нормальная, быстрая, медленная, постоянное ощущение голода.
3. Слюноотделение — обильное, усиленное (слюнотечение), недостаточное (сухость во рту);
4. Жажда — количество выпиваемой жидкости в сутки.
5. Неприятный привкус во рту — кислый, горький, металлический и др., отсутствие вкусовых ощущений;
6. Запах изо рта (нет, есть, характеристика);
7. Жевание (хорошо или плохо (причины) пережевывает пищу, есть ли боль при жевании).

Пишевод

1. Глотание и прохождение пищи:
 - свободное, болезненное, затрудненное — дисфагия (когда появляется, какая пища не проходит — твердая, жидкая);

- боль при глотании (одинофагия);
- отрыжка (воздухом, пищей, кислая, горькая, тухлыми яйцами, гнилостная), срыгивание, руминация, регургитация, пищеводная рвота (характеристика — см. далее);

2. Изжога:

- постоянная или периодическая, давность появления, частота;
- интенсивность (выраженная, умеренная);
- провоцирующие факторы: положение тела (горизонтальное, работа в наклонном положении, подъем тяжестей); тугие ремни, обтягивающая талию одежда; обильный прием пищи, жидкости (какой), прием медикаментов (каких), кашель и т. д.);
- факторы, облегчающие или устраняющие изжогу (употребление соды, молока, воды, антацидных препаратов).

Желудок

1. Боли в эпигастральной области:

- локализация;
- связь с приемом пищи (до еды, не уменьшаются ли сразу после приема пищи, если возникают после еды, то через какое время, связь с качеством и количеством пищи, голодные, ночные боли), связь с положением тела, физической нагрузкой;
- сезонность болей (нет или есть, в какой период (весна-осень));
- характер (острые, тупые, ноющие);
- интенсивность (слабая, умеренная, выраженная);
- возникновение (внезапно, после предшествующей тошноты, рвоты);
- длительность (постоянные, периодические, приступообразные);
- иррадиация;
- факторы, облегчающие боли (прием медикаментов, пищи, рвота, грелка и т. д.).

2. При оценке кислотоассоциированных симптомов рекомендуется использовать больную шкалу для оценки степени выраженности симптома (см. Приложения)

Диспепсические расстройства

1. Тошнота (зависимость от приема и характера пищи, натошак);

- частота;
- продолжительность, чем купируется или облегчается.

2. Рвота: натошак, после еды, время появления — сразу или на высоте болевого приступа, независимо от приема пищи, характер рвотных масс; пища, только что съеденная или задолго до наступления рвоты, кислой жидкостью, примесь желчи и крови (алой, темной, цвета «кофейной гущи»), запах — неприятный, гнилостный, кислый, без запаха.

3. Вздутие живота, чувство переполнения желудка, распираания, тяжести в подложечной области.

4. Икота.

Кишечник

1. Боли:

- локализация;
- характер (тупые, острые);
- длительность (постоянные, периодические, приступообразные);
- связь с дефекацией.

2. Вздутие, урчание в животе, отхождение газов.

3. Стул:

- регулярный, нерегулярный, самостоятельный или после клизмы, слабительного;
- форма стула в соответствии с Бристольской шкалой формы стула (См. Приложения);
- запоры (сколько дней бывает задержка стула, характер стула);
- поносы (с чем связаны, частота стула в сутки, есть ли тенезмы, характер каловых масс — жидкие, водянистые, кашицеобразные, типа рисового отвара и пр., цвет и запах кала, примеси — слизь, кровь, гной, глисты);
- цвет кала (коричневый, черный (мелена), обесцвеченный), запах (обычный, зловонный);
- примеси: кровь (вначале дефекацией, во время и в конце ее), слизь, гной, непереваренная пища;
- характер боли при дефекации (острая, тупая, ноющая);
- есть ли геморрой, выпадение прямой кишки, анальная трещина, анальный зуд.

Печень и желчный пузырь

1. Боли в правом подреберье:

- характер (чувство тяжести, ноющие, тупые, острые);
- иррадиация;
- длительность (постоянные, периодические, приступообразные);
- связь с приемом пищи;
- чем сопровождаются (рвотой, повышением температуры, желтухой, потемнением мочи, обесцвечиванием стула);

2. Диспепсические явления: вздутие, отрыжка горьким, их связь с приемом пищи, положением тела.

Поджелудочная железа

1. Боли:

- локализация (в верхней половине живота);
- иррадиация (опоясывающие);
- характер (острые, тупые, постоянные, приступообразные);
- условия возникновения, связь с приемом пищи, алкоголя, с физической нагрузкой и т. д.;
- чем купируются.

2. Метеоризм.

3. Поносы или запоры, их характеристика.

Селезенка

Есть ли ощущение тяжести или боли в левом подреберье, их характер, время появления.

Мочеполовая система

1. Боль в пояснице:

— одно-двухсторонняя;

— характер (тупая, острая);

— частота, давность, длительность (постоянные, приступообразные);

— иррадиация;

— от чего боли появляются, усиливаются, чем сопровождаются, что облегчает боли.

2. Частота мочеиспускания, особенно ночью (никтурия).

3. Частые позывы на мочеотделение (поллакиурия).

4. Количество мочи за сутки (диурез).

5. Резь, жжение, боли во время мочеиспускания.

6. Мочеиспускание (свободное, с усилием, обычной тонкой, прерывистой струёй, ложные позывы).

7. Цвет мочи (соломенно-желтый, темный, «мясных помоев», пива и т. д., прозрачность), прозрачность, примеси (хлопья) и др.).

8. Наличие крови (во время мочеиспускания, в начале, во всех порциях, в конце).

9. Наличие непроизвольного мочеотделения.

10. Менструации (с какого возраста, регулярные, нерегулярные, продолжительность, обилие, наличие болезненных ощущений в надлобковой области, в пояснице); если прекратились — с какого возраста, чем сопровождалось прекращение (повышенная возбудимость, плаксивость, приливы жара к лицу, потливость, учащенное сердцебиение, боли в сердце и т. д.).

Опорно-двигательный аппарат

1. Боли (в костях, мышцах, суставах, каких именно; характер болей — постоянные, при движениях, усиливаются к вечеру или утру, летучие; острые, тупые, ноющие), ощущение скованности.

2. Припухлость суставов, их покраснение (каких именно).

3. Нарушение подвижности суставов (каких и объем).

4. Боли и затруднение при движении в позвоночнике (в каких отделах).

Нервная система и органы чувств

1. Нарушения сознания (спутанность, кома, бред, галлюцинации).

2. Настроение и смена его, повышенная раздражительность, апатия, особенности поведения.

3. Память (на настоящие и прошлые события) — хорошая, понижена (выраженно, умеренно, незначительно).

4. Сон (глубина, продолжительность, сновидения, прерывистость сна, бессонница: давность развития, способы коррекции).

5. Головные боли (интенсивность, локализация, периодичность, длительность, сопутствующие симптомы — головокружение, тошнота, рвота и др., условия появления — связь с определенными факторами).

6. Головокружение (частота, условия появления и давность, сопутствующие явления).

7. Шум в голове (постоянный, периодический, время появления, давность).

8. Обмороки (частота, при каких условиях возникают).

9. Другие жалобы (слабость в конечностях, дрожание, судороги, повышенная потливость).

10. Нарушение слуха (снижен, повышен, глухота, на одно ухо или на оба, давность возникновения, способы коррекции).

11. Нарушение зрения (снижено, одно- или двусторонне, «мелькание мушек» и др.; давность возникновения и способы коррекции).

12. Нарушение обоняния (снижено, обострено, повышено).

13. Нарушение кожной чувствительности (локализация, характер (болевая, температурная, тактильная), парестезии).

14. Нарушение вкусовой чувствительности (снижена, повышена, извращение вкуса).

NB! При невозможности контакта с пациентом (отсутствие сознания, неадекватность поведения), необходимые сведения о пациенте собирают у родственников или сопровождающих пациента лиц.

Наличие лихорадки

Повышение температуры нет или есть, если есть*:

— пределы ее колебания в течение суток;

— длительность лихорадочного периода, что снижает температуру;

— ознобы и поты.

* Рекомендуются представить результаты термометрии в виде температурной кривой на отдельном листе.

АНАМНЕЗ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

(Возникновение первых признаков заболевания, развитие и течение их до момента поступления пациента в клинику или с начала курации).

1. Когда, где, при каких обстоятельствах возникло заболевание?

2. С чем связывает пациент свое заболевание? Предшествовали ли началу заболевания психические травмы, физическое или умственное переутомление, недостаточный сон, интоксикация, инфекция, переохлаждение и др.?

3. Начало заболевания (острое или постепенное?).

4. Первые симптомы.

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

6. При хроническом течении заболевания, кроме данных пункта 5, выяснить частоту обострений, причины, их вызывающие, связь с временем года или другими факторами. Уточнить, прогрессирует ли заболевание по мере обострений или нет?

7. Обращение к врачу. Диагностические и лечебные мероприятия, ранее проведенные (используются амбулаторные карты, справки, выписки из истории болезни, ЭКГ, рентгенограммы и др.). Какой диагноз выставлялся? Продолжительность и эффективность предшествующего лечения (амбулаторного, стационарного). Какие медикаменты оказывали наилучший эффект?

8. Находился ли на диспансерном учете, получал ли профилактическое лечение, какое и когда?

9. Последнее обострение (при хронических заболеваниях), время наступления, симптомы, предшествующее лечение.

10. Причина настоящей госпитализации: для уточнения характера патологии; неэффективность амбулаторного лечения, появление осложнений заболевания, развитие неотложного состояния и т. д.

АНАМНЕЗ ЖИЗНИ ПАЦИЕНТА

Представляет собой медицинскую биографию пациента, включающую все основные сведения о его жизни и деятельности от момента рождения до поступления в данную клинику. Цель сбора анамнеза жизни заключается в установлении связи заболевания с внешними факторами, условиями жизни. Необходимо попытаться выяснить неблагоприятные условия, вызывающие данное заболевание или ухудшающее его течение.

Детские и юношеские годы:

1. Где, когда, в какой семье и каким по счету ребенком родился.

2. Материально-бытовые условия в детстве, как рос и развивался (состояние здоровья и физическое развитие).

3. Социальное положение. Когда начал учиться, сколько и как учился, какое образование получил.

Трудовой и бытовой анамнез:

1. Когда начал работать, характер и условия работы в хронологической последовательности. Условия труда в настоящее время. Подробная характеристика профессии. Работа в помещении или на открытом воздухе. Характеристика рабочего помещения (сквозняки, сырость, запыленность, контакт с вредными веществами, шум и др.). Режим труда — длительность рабочего дня, работа дневная, двух- или трехсменная.

2. Жилищно-бытовые условия (санитарная характеристика жилища).

3. Пребывание на воздухе. Занятия физкультурой и спортом. Личная гигиена тела.

4. Питание: характер, частота и регулярность приема пищи.

5. Привычные интоксикации:

— курение (с какого возраста, сколько сигарет в сутки выкуривает).

Для пациентов с ХОБЛ необходимо рассчитать индекс курильщика (расчет см. Приложения);

— употребление спиртных напитков (с какого возраста, как часто, в каком количестве);

— употребление наркотиков, снотворных, токсических веществ (давность, количество, периодичность);

— другие вредные привычки.

Семейный и наследственный анамнез:

1. Семейное положение: когда женился или вышла замуж, состав семьи, состояние здоровья членов семьи.

2. Количество беременностей, если пациент — женщина, были ли выкидыши, количество родов, не было ли мертворожденных (причины, сроки).

3. Болезни кровных родственников. Состояние здоровья или причина смерти родителей и других близких родственников. Наличие наследственной патологии у кровных родственников (указать заболевания, путь наследования).

4. Перенесенные ранее заболевания, травмы, операции, переливание компонентов крови, начиная с детского возраста и в последующие периоды жизни. Было ли ранее заболевание, похожее на настоящее. Отдельно спросить о перенесенных венерических заболеваниях, туберкулезе, вирусных гепатитах.

Аллергологический анамнез:

Указываются основные проявления аллергии у пациента (сыпь на коже, слезотечение, зуд, сезонные аллергические риниты, затрудненное дыхание и т.д.; их связь с факторами окружающей среды, определенным местом — дома, на работе; временем года, запахом, пылью трав, цветов, контактов с шерстью, химическими веществами), непереносимость пищевых продуктов (указать каких), реакции на медикаменты, сыворотки, вакцины (указать на какие), переливания крови, кровезаменяющих растворов (посттрансфузионные реакции) и т. д.. Наличие аллергических заболеваний у кровных родственников.

ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ОБЩИЙ ОСМОТР И ПОВЕРХНОСТНАЯ ПАЛЬПАЦИЯ

1. Общее состояние пациента (удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое, крайне тяжелое).
2. Положение пациента — активное, пассивное, вынужденное (описать какое).
3. Сознание — ясное, помраченное, спутанное (ступор), безучастное (сопор), кома, возбуждение, бред, галлюцинации.
4. Выражение лица: обычное, возбужденное, страдальческое, специфическое (описать какое).
5. Тип конституции — нормостеник, астеник, гиперстеник.
6. Вес в килограммах, рост в сантиметрах, рассчитать индекс массы тела (ИМТ) в $\text{кг}/\text{см}^2$.
7. Осанка (правильная, сутулость, сколиотическая), походка (обычная, замедленная, неуверенная, шаткая, хромота).
8. Кожные покровы и видимые слизистые, придатки кожи:
 - цвет (бледный, с оттенком: розовым, синюшным или цианотичным, желтушный, бронзовый, землистый; акроцианоз, наличие мраморного рисунка, депигментация (витилиго) и др.); степень влажности (нормальная, повышенная, сухость, шелушение); эластичность;
 - сыпь (если есть), кровоизлияния, эрозии, язвы, сосудистые звездочки; наличие ксантелазм и ксантом, уплотнений, пролежней, расчесов;
 - рубцы (их характер и подвижность);
 - наружные опухоли (локализация, консистенция, величина и т. д.);
 - состояние волос (выпадение, поседение и т. д.) и ногтей.
9. Подкожно-жировая клетчатка:
 - выраженность развития (слабая, умеренная, чрезмерная, места наибольшего отложения жира, общее ожирение, кахексия);
 - отеки (выраженность, распространенность и распределение: лицо, нижние конечности, общие отеки; пастозность кожи).
10. Лимфатические узлы:
 - локализация и количество прощупываемых узлов;
 - величина в сантиметрах;
 - консистенция;
 - спаяны ли узлы с окружающей клетчаткой и между собой, их подвижность:
 - болезненность при пальпации, наличие свищей;
 - состояние кожи над ними.
11. Мышцы:
 - степень развития мускулатуры (нормальная, слабая), атрофия и гипертрофия мышц (общая и местная);
 - тонус (нормальный, повышен или ригидность, понижен, контрактуры);
 - сила мышц;

— болезненность мышц при пальпации, наличие уплотнений в мышцах.

12. Кости:

- деформация, искривления;
- болезненность (локализация);
- форма позвоночника, подвижность.

13. Суставы:

- конфигурация (нормальная, деформация, дефигурация, припухлость — указать суставы);
- гиперемия кожи и местное повышение температуры области сустава;
- движения (активные и пассивные) (свободные или ограниченные);
- болезненность при пальпации и при пассивных движениях с указанием суставов.

ОСМОТР ЧАСТЕЙ ТЕЛА

1. Голова: положение, форма, величина, непроизвольные движения головы (симптом Мюссе, судорожные подергивания, дрожание).

2. Веки: отечность, ксантомы, птоз.

3. Желтушность склер, кровоизлияния.

4. Нос:

- форма;
- затруднение носового дыхания;
- болезненность в области гайморовых и лобных пазух.

5. Губы:

- цвет (цианоз, бледность);
- пузырьковые высыпания.

6. Полость рта:

- состояние зубов и десен, слизистой оболочки;
- язык (чистый, влажный, красный, ярко-красный, малиновый, бледный, гладкий, блестящий полированный, обложенный белым или коричневым налетом, сухой):

- цвет слизистой оболочки, наличие пятен;
- состояние миндалин.

7. Шея:

- форма, подвижность;
- пульсация сонных артерий;
- венная пульсация;
- напряжение шейных мышц;
- визуально наличие зоба.

Органы дыхания

Осмотр и пальпация грудной клетки

Проводится статически (в покое) и динамически (во время глубокого вдоха и выдоха):

1. Форма грудной клетки:

- нормальная (нормостеническая, гиперстеническая, астеническая);

— патологическая (бочкообразная, паралитическая, рахитическая, воронкообразная, ладьевидная, сколиотическая);

2. Асимметрия грудной клетки (выпячивание или западение различных областей: над- и подключичных пространств, межреберных промежутков, их асимметричность).

3. Положение лопаток, плотность прилегания (крыловидные лопатки), симметричность.

4. Тип дыхания (грудное, брюшное, смешанное).

5. Глубина и ритм дыхания: поверхностное, средней глубины, глубокое, ритмичное, аритмичное (Чейна–Стокса, Биота, Грокко, дыхание Куссмауля).

6. Число дыханий в 1 минуту.

7. Одышка (инспираторная, экспираторная, смешанная). Для оценки выраженности одышки рекомендуется использовать шкалу MRC см. Приложения.

8. Движение грудной клетки при дыхании (равномерное, отставание одной из половин).

9. Болезненность при пальпации грудной клетки — кожи, мышц, ребер и межреберных промежутков, грудины, точек выхода межреберных нервов и т. д.

10. Резистентность грудной клетки.

11. Определение голосового дрожания. Локализация его усиления или ослабления.

12. Определение трения плевры на ощупь.

13. Измерение окружности грудной клетки в сантиметрах на уровне 4-го межреберья при спокойном дыхании, при глубоком вдохе и выдохе.

Перкуссия легких

1. Данные сравнительной перкуссии: характер перкуторного звука над различными областями грудной клетки (надключичными, подключичными, подмышечными, надлопаточными, межлопаточными, подлопаточными): звук легочной, коробочный, тимпанический, притуплённый, тупой и др..

2. Данные топографической перкуссии:

— при наличии патологического перкуторного звука указать его локализацию, размеры, форму;

— высота стояния верхушек легких;

— ширина полей Кренига слева и справа;

— определение нижних границ сначала правого, затем левого легкого по всем вертикальным топографическим линиям;

— подвижность нижних легочных краев в сантиметрах по срединно-ключичной, подмышечным и лопаточной линиям с обеих сторон при глубоким вдохе и выдохе.

Аускультация легких

1. Характер основных дыхательных шумов над всей поверхностью легких (везикулярное, ослабленное или усиленное везикулярное, жесткое, бронхиальное или амфорическое дыхание, локализация).

2. Побочные дыхательные шумы:

— хрипы (сухие и влажные, их локализация, количество, характер, звучность);

— крепитация;

— шум трения плевры (локализация);

— бронхофония на симметричных участках (отсутствует, усиленная, ослабленная).

Сердечно-сосудистая система

Осмотр и пальпация области сердца

1. Сердечный толчок: не пальпируется, нормальный, ослабленный, усиленный, локализованный, разлитой, наличие сердечного горба.

2. Верхушечный толчок:

— локализация;

— характер (положительный или отрицательный);

— площадь (локализованный или разлитой);

— высота (высокий, низкий);

— сила (нормальный, ослабленный, усиленный);

— форма (приподнимающий, куполообразный).

3. Сердечный толчок, локализация, сила, площадь.

4. Дрожание в области сердца («кошачье мурлыканье» — локализация, в какую фазу работы сердца определяется).

5. Пальпаторная болезненность и зоны гиперестезии.

Перкуссия сердца

1. Границы относительной и абсолютной тупости (правая, верхняя, левая).

2. Ширина сосудистого пучка (в сантиметрах).

3. Конфигурация сердца (нормальная, митральная, аортальная).

Аускультация сердца

1. Тоны сердца: громкость (ясные, приглушенные, глухие), чистота, ритмичные или аритмичные; нарушение ритма: синусовая аритмия, экстрасистолия, мерцательная аритмия, пароксизмальная тахикардия и т. д.). Усиление или ослабление одного из тонов с указанием локализации, раздвоение тонов, ритм галопа, перепела. Частота сердечных сокращений.

2. Шумы сердца:

— систолические и (или) диастолические; громкость, тембр, продолжительность, места максимального выслушивания и проведения, изменение шума в зависимости от положения тела, задержки дыхания на вдохе и выдохе и после физической нагрузки;

— шум трения перикарда (если выслушивается).

Исследование артерий и вен

1. Видимая пульсация артерий (сонных, в яремной ямке и др.).
2. Состояние артерий при пальпации (мягкие или плотные, упругие).
3. Артериальный пульс на лучевых артериях:
 - частота;
 - ритм (ритмичный, аритмичный, дефицит пульса — чему он равен);
 - наполнение (полное, неполное);
 - напряжение (твердый, мягкий пульс);
 - величина (нормальный, малый, большой, нитевидный) и форма пульса (быстрый, медленный, нормальный);
 - сравнение пульса на обеих лучевых артериях (одинаковый или разный);
 - пальпаторная характеристика пульса при экстрасистолии и мерцательной аритмии.
4. Капиллярный пульс.
5. Шумы при выслушивании артерий.
6. Артериальное давление на плечевых артериях и на бедренных (по показаниям).
7. Состояние шейных вен (набухание и видимая пульсация, шумы над ними).

Органы пищеварения

Исследование живота

1. Осмотр живота:
 - конфигурация (обычная, выпячивание живота — равномерное или неравномерное, втянутый, распластаный живот);
 - наличие свободной жидкости (асцит) и метеоризм;
 - состояние средней линии живота, пупка, паховых областей;
 - видимая перистальтика;
 - участие брюшной стенки в дыхании;
 - наличие расширенных подкожных вен («голова медузы»), локализация, выраженность.
2. Окружность живота в сантиметрах на уровне пупка.
3. Поверхностная ориентировочная пальпация:
 - напряжение брюшной стенки, локализация;
 - болезненность (разлитая и локальная — указать точки);
 - симптомы раздражения брюшины;
 - зоны гиперестезии;
 - специфические симптомы (Менделя, Ровзинга, Ситковского и др.);
 - расхождение прямых мышц, дефекты белой линии живота, грыжи.
4. Глубокая, скользящая, методическая пальпация по Образцову — Стражеско.
5. Данные перкуссии живота.

6. Аускультация кишечника — перистальтика (нормальная, ослабленная, усиленная, отсутствует), сосудистые шумы.

Поджелудочная железа

1. Осмотр области поджелудочной железы: наличие «цветных» симптомов, пигментация кожи, атрофия подкожно-жировой клетчатки.

2. Поверхностная пальпация: болезненность в зонах Шоффара, Губергрица — Скульского; симптомы раздражения брюшины в области поджелудочной железы.

3. Глубокая, скользящая, методическая пальпация по Образцову — Стражеско (пальпируется ли, если пальпируется — локализация, болезненность, характер поверхности, консистенция (мягкая, уплотнена).

Гепато-лиенальная система

1. Осмотр области печени и селезенки: изменение цвета кожи, пигментация, локальные выбухания.

2. Печень: пальпация, при увеличении — размеры, консистенция, характер края и поверхности, болезненность. Размеры печени по Курлову, верхняя и нижняя границы (при перкуссии).

3. Желчный пузырь: его прощупывание болезненность, симптомы Курвуазье, Мерфи. Ортнера, френikus-симптом и др.

4. Селезенка: при увеличении (пальпация на спине и на правом боку), перкуссия селезенки (поперечник и длинник).

Мочевыделительная система

1. Осмотр поясничной области — болезненность, гиперемия кожи, припухлость, напряжение мышц в поясничной области.

2. Пальпация почек (баллотирующая и глубокая, проникающая, бимануальная). Если почки пальпируются, то определить их консистенцию, конфигурацию, болезненность, поверхность (гладкая, бугристая), смещаемость.

3. Болезненность при поколачивании в поясничной области.

4. Данные пальпации и перкуссии мочевого пузыря (выступление над лонным сочленением в сантиметрах, пальпируется ли, если пальпируется — характер поверхности и болезненность).

Эндокринная система

1. Щитовидная железа:

— пальпация щитовидной железы;

— пальпируется или не пальпируется (описать почему не пальпируется);

— оценить степень увеличения (0, 1 или 2 степень);

— консистенция (мягко-эластичная, плотная);

— поверхность (гладкая, бугристая);

— болезненность (да, нет);

— патологические глазные симптомы (Мебиуса. Штельвага. Кохера, Греффе и др.).

2. Характерные признаки изменения со стороны других желез внутренней секреции:

- оценка кожи (сухая / влажная);
- цвет кожи (обычной окраски, бледно-желтушная, бронзовая и др.);
- осмотр стоп у пациентов с сахарным диабетом;
- гиперкератоз;
- оценка пульсации на тыле стопы;
- наличие волосяного покрова на голених;
- наличие/отсутствие трофических язв;
- признаки акромегалии (надбровные дуги, размеры стоп и кистей и др.).

Нервная система и органы чувств

1. Настроение (хорошее, подавленное, угнетенное, быстрая смена настроения).

2. Ориентирование в окружающей обстановке, во времени, пространстве; контактность пациента.

3. Интеллект, память, сон, речь.

4. Двигательная сфера (движение глазных яблок, нистагм, координация движений и др.).

5. Рефлексы (сухожильные, периостальные, патологические; Бабинского. Россолимо и др.).

6. Вегетативная сфера (дермографизм, гипергидроз и др.).

7. Рецепторная сфера (зрение, слух, обоняние; болевая* и температурная чувствительность, ригидность мышц затылка и др. патологические признаки).

* Рекомендуется представить в виде отметки интенсивности боли по ВАШ (визуально-аналоговой шкале) в цифровом отрезке от нуля (боли нет) до 10 (нестерпимая боль), желательно в динамике за время наблюдения пациента.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Проанализировав жалобы, анамнез, данные осмотра, необходимо обосновать и сформулировать предварительный диагноз (возможно указание нескольких *конкурирующих диагнозов* или «*рабочих диагнозов*»).

ДАННЫЕ ЛАБОРАТОРНЫХ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

(выписываются из карты стационарного пациента)

И ПЛАН ДООБСЛЕДОВАНИЯ

(составляемый куратором самостоятельно согласно соответствующих клинических Протоколов диагностики и лечения пациентов, утвержденных МЗ РБ: см. справочно-информационный раздел сайта МЗ РБ (minzdrav.gov.by))

Исследования, обязательные для всех пациентов

1. Общий анализ крови.
2. Общий анализ мочи.
3. Рентгеноскопия грудной клетки (рентгенография, флюорография).
4. Анализ кала на яйца глист.
5. Кровь на реакцию Вассермана.
6. Глюкоза крови натощак (капиллярная или венозная кровь).
7. Определение скорости клубочковой фильтрации (см. Приложения).

При заболеваниях легких

1. Посев мокроты на микробную флору.
2. Микроскопия мокроты с определением БК, атипичных клеток, спиралей Куршмана, кристаллов Шарко — Лейдена, эластических волокон и др.
3. Исследование плеврального пунктата.
4. Рентгеноскопия, рентгенография, томография, компьютерная томография.
5. По показаниям — бронхоскопия и бронхография.
6. Спирография.
7. Оксигемометрия.
8. Пневмотахометрия, пикфлоуметрия.

При заболеваниях сердечно-сосудистой системы

1. Электрокардиография.
2. Велоэргометрия или др. нагрузочные пробы.
3. Эхокардиография.
4. Рентгенография сердца.
5. Коронарография.
6. Сфигмография при исследовании пульса.
7. Определение показателей липидного и белкового обмена.

8. Ферменты крови (АСТ, АЛТ, ЛДГ, КФК, КФК-МБ, миоглобин).
9. Для пациентов с ОКС без стойкого подъема сегмента ST на ЭКГ — оценка риска кровотечения по шкале CRUSADE (см. Приложения)
10. Для пациентов с ОКС с подъемом сегмента ST на ЭКГ — оценка риска неблагоприятных ишемических событий по шкале GRACE (см. Приложения).
11. Для пациентов с фибрилляцией предсердий — оценка риска тромбоэмболических осложнений и кровотечений по шкалам CHA2DS2-VASc и HAS-BLED (см. Приложения).

При заболеваниях желудка

1. Фиброгастродуоденоскопия (ФГДС) с прицельной гастробиопсией.
2. Определение *Helicobacter pylori*.
3. Рентгеноскопия и рентгенография желудка.
4. Исследование желудочного сока, pH-метрия.

При заболеваниях кишечника

1. Макро- и микроскопическое исследование кала, при показаниях — бактериологическое исследование.
2. Реакция кала на скрытую кровь.
3. Яйца глист, простейшие.
4. Ирригоскопия.
5. Ректороманоскопия, колоноскопия.
6. Для пациентов с болезнью Крона — оценка активности с помощью индекса Беста (CDAI) (см. Приложения).
7. Для пациентов с язвенным колитом — оценка активности с использованием индекса Truelove и Witts.

При заболеваниях печени и желчных путей

1. Исследование крови: билирубин, холестерин, протромбин, липопротеиды. Активность трансаминаз, щелочной и кислой фосфатазы, ЛДГ, альдолазы, общий белок и белковые фракции, фибриноген, ЩФ, ГГТП. Исследование мочи на уробилин и билирубин.
2. Исследование кала на стеркобилин.
3. Осадочные и коллоидные пробы.
4. УЗИ печени.
5. Сканирование печени.
6. Дуоденальное зондирование.
7. Холангиография.
8. Лапароскопия и пункционная биопсия.
9. Компьютерная томография.
10. При подозрении на аутоиммунный гепатит — балльная диагностическая оценка вероятности (см. Приложения).
11. Оценка тяжести цирроза печени по шкале CTP (см. Приложения).

При заболеваниях поджелудочной железы

1. Копроскопия.
2. Определение диастазы в моче и крови.
3. Глюкоза крови натощак, профиль гликемии в течение суток.
4. Тест толерантности к глюкозе (при необходимости).
5. Ультразвуковая эхография.
6. Сканирование поджелудочной железы.
7. Компьютерная томография.

При заболеваниях почек

1. Общий анализ мочи.
2. Проба по Зимницкому.
3. Проба Нечипоренко.
4. Проба Реберга.
5. Бактериологическое исследование мочи.
6. Остаточный азот крови, или мочевины, креатинин крови.
7. Ультразвуковое исследование почек.
8. Экскреторная урография, ретроградная пиелография; катетеризация мочевого пузыря и цистоскопия.
9. Биопсия почек (по показаниям).
10. Радиоизотопная ренография.
11. Обзорная рентгенография почек.
12. Компьютерная томография.

При заболеваниях органов кроветворения

1. Общий анализ крови (развернутый).
2. Осмотическая резистентность эритроцитов.
3. Количество ретикулоцитов.
4. Время свертывания крови.
5. Число тромбоцитов.
6. Продолжительность кровотечения.
7. Ретракция кровяного сгустка.
8. Проницаемость капилляров (симптом жгута, симптом щипка, ба-
ночная проба).
9. Время рекальцификации плазмы; протромбиновый индекс.
10. Фибриноген.
11. Тромботест, тромбоэластография.
12. Стерильная пункция.
13. Трепанобиопсия.
14. Сывороточное железо, ОЖСС и другие показатели.

Результаты лабораторных и инструментальных исследований, имеющиеся в карте стационарного пациента переписываются полностью с указанием даты исследования. Дается оценка полученных данных с указанием патологических отклонений.

ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ

Для постановки диагноза выбираются ведущие признаки заболевания, для этого используют данные анамнеза, физических, лабораторных и инструментальных методов обследования пациента, проводят обсуждение клинических данных в следующем порядке:

1. Определение пораженных систем и выделение локализации наиболее пораженного органа.
2. Выявление главных, основных признаков болезни.
3. Объединение всех симптомов заболевания, патогенетически связанных, в синдромы — с выделением ведущего синдрома.
4. Обоснование диагноза — это запись в историю болезни рассуждений о том, как врач пришел к заключению о данном заболевании.
5. Формулировка развернутого диагноза.

Диагноз должен состоять из основного заболевания, осложнений и сопутствующего заболевания. В диагнозе необходимо отражать этиологический и патогенетические компоненты, степень и характер функциональных расстройств.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Дифференциальный диагноз необходимо провести конкретно у данного пациента, с учетом имеющихся ведущих синдромов болезни. Указываются нозологические формы, при которых они встречаются, а затем последовательно, симптомы этих заболеваний сопоставляются с клинической картиной у курируемого пациента, учитываются также результаты лабораторных и других параклинических методов исследования.

ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Сформулировать полный окончательный диагноз основного заболевания, его осложнений, а также указать сопутствующие заболевания, если они есть.

ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА

Составляется для периода выраженных клинических проявлений болезни*. Отмечается подробно режим, диета, этиотропная, патогенетическая терапия, показания к другим методам лечения (хирургическому и др.).

Указываются возможные осложнения от назначаемого медикаментозного лечения и их профилактика. В разделе лечения так же обосновываются физические методы воздействия, целесообразность лечебной физкультуры. Отмечаются индивидуальные особенности лечения курируемого пациента. Раздел включает выписку основных лекарственных препаратов в виде рецептов, используя латинскую терминологию. Указывается план реабилитации, диспансерного наблюдения, вопросы врачебно-трудовой экспертизы, показания к санаторно-курортному лечению.

* Согласно соответствующих клинических Протоколов диагностики и лечения пациентов, утвержденных МЗ РБ: см. справочно-информационный раздел сайта МЗ РБ (minzdrav.gov.by).

ДНЕВНИКИ

Ведутся ежедневно. Содержат сведения, отражающие клиническое мышление студента о данном больном. В дневниках регистрируется динамика состояния пациента за истекшие сутки, изменения в объективных данных. Находит отражение обоснование дополнительно назначаемых исследований, результаты трактовка их. Анализируется эффект от проводимой терапии, необходимость внесения соответствующих корректировок.

ЭПИКРИЗ

Эпикриз является краткой выпиской из истории болезни, отражающей и обобщающей сведения полученные в процессе обследования, лечения данного пациента. В эпикризе отражаются следующие данные:

- Срок пребывания пациента в стационаре.
- Развернутый клинический диагноз.
- Результаты объективного обследования пациента, дополнительных методов исследования (лабораторных и инструментальных).
- Лечение (режим, диету, медикаментозные средства, лечебную физкультуру, физиотерапию, эффективность данного лечения).
- Особенности течения заболевания у данного пациента, динамику основных симптомов.
- Исход болезни: полное выздоровление, улучшение, состояние без ухудшения, ухудшение.
- Рекомендации при выписке по дальнейшему соблюдению режима, диеты, при необходимости прием медикаментозных средств с указанием дозы кратности и длительности приема препарата. Санаторно-курортное лечение. Указывается план реабилитации, диспансерного наблюдения, вопросы врачебно-трудовой экспертизы.

В случае летального исхода эпикриз составляется в такой же последовательности, но с более детальным изложением осложнений заболевания, неблагоприятного течения болезни, предполагаемых причин смерти.

Приложения

1. Визуально-аналоговая шкала для оценки интенсивности болевого синдрома

Пациента просят отметить на неградуированной линии длиной точку, которая соответствует интенсивности испытываемой боли. Левая граница боли соответствует значению «боли нет», правая — «максимальная боль, которую можно себе представить». Можно использовать бумажную, картонную или деревянную линейку, длиной 10 см.



Нет боли

Невыносимая боль

2. Шкала одышки Medical Research Council (MRC) Dyspnoea Scale

Степень	Тяжесть	Описание
0	Нет	Одышка не беспокоит за исключением очень интенсивной нагрузки
1	Легкая	Одышка при быстрой ходьбе или подъеме на небольшое возвышение
2	Средняя	Одышка приводит к более медленной ходьбе по сравнению с другими людьми того же возраста, или проявляется необходимость делать остановки при ходьбе в своем темпе по ровной местности
3	Тяжелая	Одышка заставляет делать остановки при ходьбе на расстояние около 100 метров или через несколько минут ходьбы по ровной местности
4	Очень тяжелая	Одышка делает невозможным выходить за пределы своего дома, или одышка появляется при одевании и раздевании

3. Бристольская шкала формы стула

Тип 1. Отдельные твердые комки, как орехи (труднопроходящие)	
Тип 2. Колбасовидный, но комковатый	
Тип 3. Колбасовидный, но с трещинами	
Тип 4. Колбасовидный или змеевидный, гладкий и мягкий	
Тип 5. Мягкие комочки с четкими краями (легкопроходящий)	
Тип 6. Пушистые рваные кусочки, пористый кал	
Тип 7. Водянистый, без твердых кусочков, целиком жидкость	

4. Индекс курильщика для оценки вероятности развития ХОБЛ

Индекс курильщика = количество сигарет в день * стаж курения (годы)/ 20.

Индекс курильщика >10 пачка/лет – достоверный фактор развития ХОБЛ.

5. Шкала оценки риска кровотечения у пациентов с ОКС без стойкого подъема сегмента ST на ЭКГ (CRUSADE)

Исходный гематокрит %		ЧСС (ударов в мин)		Сосудистое заболевание в анамнезе (периферический атеросклероз или инсульт)		Риск крупного кровотечения в стационаре		Сумма баллов
Фактор риска	Баллы	Фактор риска	Баллы	нет	есть			
< 31	9	< 71	0	нет	0	Очень низкий (3,1 %)	≤ 20	
31–33,9	7	71–80	1	есть	6	Низкий (5,5 %)	21–30	
34–36,9	3	81–90	3	Сахарный диабет		Умеренный (8,6 %)	31–40	
37–39,9	2	91–100	6			Высокий (11,9 %)	41–50	
> 39,9	0	101–110	8			Очень высокий (19,5 %)	> 50	
Клиренс креатинина мл/мин		111–120	10	есть	0			
		> 120	11	нет	6			
Фактор риска		Пол		Систолическое артериальное давление				
< 15,1	39	Мужчины	0					
> 15–30	35	Женщины	8					
> 30–60	28	Признаки сердечной недостаточности при госпитализации		< 91	10			
> 60–90	17			91–100	8			
> 90–120	7			101–120	5			
> 120	0	нет	0	121–180	1			
		есть	7	181–200	3			
				> 201	5			

6. Шкала оценки риска неблагоприятных ишемических событий у пациентов ОКС с подъемом сегмента ST

Шкала GRACE			
Возраст (годы)	Баллы	ЧСС (уд/мин)	Баллы
<40	0	<70	0
40–49	18	70–89	7
50–59	36	90–109	13
60–69	55	110–149	23
70–79	73	150–199	36
≥80	91	>200	46
САД (мм рт.ст.)		Креатинин (мкмоль/л)	
<80	63	0–34	2
80–99	58	35–69	5
100–119	47	70–104	8
120–139	37	105–139	11
140–159	26	140–175	14
160–199	11	176–351	23
>200	0	>352	31
Класс тяжести Killip		Остановка сердца	43
I	0	Повышение ТнТ или МВ-КФК	15
II	21	Девияция сегмента ST	30
III	43		
IV	64	Максимальное число баллов	

Определение риска по шкале GRACE

Риск по шкале GRACE	Категории риска
1-108	Низкий
109-140	Умеренный
140-372	Высокий

7. Шкала стратификации риска тромбоэмболических осложнений и кровотечений у пациентов с фибрилляцией предсердий CHA2DS2-VASc

	Фактор риска	Баллы
C	Хроническая сердечная недостаточность или дисфункция левого желудочка	1
H	Артериальная гипертензия	1
A2	Возраст >75 лет	2
D	Сахарный диабет	1
S2	Инсульт или транзиторная ишемическая атака или тромбоэмболия в анамнезе	2
V	Сосудистые заболевания (заболевания периферических артерий, атеросклероз аорты, инфаркт миокарда)	1
A	Возраст 65–74 года	1
Sc	Женский пол	1

Антикоагулянтная терапия для профилактики тромбоэмболии рекомендуется всем пациентам с ФП ≥ 1 балла, за исключением тех (как мужчин, так и женщин), которые имеют низкий риск (в возрасте < 65 лет и только ФП), или при наличии противопоказаний. Данная шкала рекомендуется в качестве средства оценки риска инсульта при неклапанной ФП.

8. Шкала стратификации риска кровотечения HAS-BLED

	Клиническая характеристика	Баллы
H	Артериальная гипертензия	1
A	Нарушение функции печени или почек — по 1 баллу	1 или 2
S	Инсульт в анамнезе	1
B	Кровотечение в анамнезе или склонность к нему	1
L	Лабильное МНО	1
E	Возраст > 65 лет	1
D	Прием алкоголя/лекарств, ухудшающих свертываемость крови по 1 баллу	1 или 2

Примечание. Сумма баллов ≥ 3 говорит о высоком риске кровотечения.

9. Формулы для расчета скорости клубочковой фильтрации

Метод расчёта	Формула
Cockcroft-Gault	$\frac{1.228 * [140 - \text{возраст}] * \text{вес тела (кг)} * 0.85 \text{ (для женщин)}}{\text{креатинин плазмы (мкмоль/л)}}$
MDRD	$32788 * [\text{креатинин плазмы (мкмоль/л)}]^{-1.154} * \text{возраст}^{-0.203} * 0.742 \text{ (для женщин)}$
Модификация формулы Кокрофта-Голта (Федеральная программа по сахарному диабету)	$\frac{[140 - \text{возраст в годах}] * \text{вес тела (кг)} * 10.05 \text{ (для женщин)}}{\text{креатинин плазмы (мкмоль/л)}}$
	$\frac{[140 - \text{возраст в годах}] * \text{вес тела (кг)} * 10.23 \text{ (для мужчин)}}{\text{креатинин плазмы (мкмоль/л)}}$
Приблизительный расчёт СКФ	$\frac{[140 - \text{возраст в годах}] * \text{вес тела (кг)}}{\text{креатинин плазмы (мкмоль/л)}}$ Для мужчин полученное значение умножают на 1,2
Формула Шварца (для расчёта СКФ у детей)	$\frac{0.0484 * \text{рост (см)}}{\text{креатинин плазмы (ммоль/л)}}$ Для мальчиков, старше 13 лет, вместо коэффициента 0,0484 используется 0,0616.

10. Балльная шкала для оценки степени выраженности симптомов кислотоассоциированных заболеваний

Критерий оценки симптома (частота появления)	Баллы
Несколько раз в день	6
Ежедневно, хотя бы один раз	5
2–3 раза в неделю	4
1 день в неделю	3
2–3 раза в месяц	2
1 раз в месяц	1
Оценка общего состояния пациента:	
Хорошее	1
Удовлетворительное	2
Средней тяжести	3
Тяжелое	4

<i>Сумма баллов</i>	<i>Степень выраженности симптома</i>
<i>10–8</i>	<i>Тяжелая</i>
<i>7–5</i>	<i>Среднетяжелая</i>
<i>4–2</i>	<i>Легкая</i>

11. Индекс активности болезни Крона по Бесту (CDAI)

№	Параметр	Множитель
1	Частота неоформленного (жидкого или кашицеобразного) стула за последнюю неделю	x 2
2	Боли в животе (по интенсивности), сумма баллов за неделю	x 5
3	Общее самочувствие, сумма баллов за неделю	x 7
4	Количество перечисленных осложнений (артрит или артралгии; ирит или увеит; узловая эритема, гангренозная пиодермия или афтозный стоматит; анальная трещина, свищи или абсцесс; другие свищи; лихорадка > 37,8 °C (100 F) за последнюю неделю	x 20
5	Симптоматическое лечение диареи (например, лоперамидом): 0 — нет, 1 — да	x 30
6	Резистентность передней брюшной стенки. 0 — нет, 2 — неясная, 5 — четко выраженная	x 10
7	Гематокрит (Hct). Женщины: 42 минус Hct, мужчины: 47 минус Hct	x 6
8	1 минус (масса тела/нормальная масса тела)	x 100

Примечание. Сумма баллов < 150 — ремиссия;
150–200 — низкая активность;
200–450 — умеренная активность;
> 450 — высокая активность.

12. Индекс активности язвенного колита Truelove и Witts

	Слабая активность	Умеренная активность	Выраженная активность
Частота крованистого стула /день	< 4	4 и более	> 6
Пульс	< 90 уд/мин	≤ 90 уд/мин	> 90 уд/мин
Температура	< 37,5 °C	≤ 37,8 °C	> 37,8 °C
Гемоглобин	> 11,5 г/дл	≥ 10,5 г/дл	< 10,5 г/дл
СОЭ	< 20 мм/час	≤ 30 мм/час	> 30 мм/час
СРБ	Норма	≤ 30 мг/л	> 30 мг/л

10. Балльная диагностическая система для аутоиммунного гепатита

Категория	Значение	Балл	Категория	Значение	Балл
Пол	женский	+2	Сопутствующие заболевания аутоиммунной природы	Любое непеченочное заболевание аутоиммунной природы	+2
Отношение ЩФ / АСТ или ЩФ / АЛТ	> 3	-2	Прочие аутоантитела *	Anti-SLA/LP, anti-actin, anti-LC1, pANCA	+2
	< 1,5	+2	Гистология	Лобулярный гепатит	+3
γ-глобулин или IgG (кратность превышения верхней границы нормы)	>2	+3		Плазматические клетки	+1
	1,5–2,0	+2		Розетки	+1
	1,0–1,5	+1		Ничего из вышеперечисленного	-5
	< 1,0	0		Изменения желчных протоков **	-3
Титры аутоантител: ANA, SMA или anti-LKM1	> 1:80	+3		Атипичные поражения ***	-3
	1:80	+2	HLA	DR3 или DR4	+1
	1:40	+1	Ответ на лечение	Только ремиссия	+2
	< 1:40	0		Ремиссия с последующим рецидивом	+3
АМА	пол.	-4			
Маркеры активной вирусной инфекции	пол.	-3	Оценка суммы баллов до лечения:		
	отр.	+3	Подтвержденный диагноз		
Прием гепатотоксических препаратов	есть	-4	Вероятный диагноз		
	нет	+1	Оценка суммы баллов после лечения:		
Прием алкоголя	< 25 г/сут	+2	Подтвержденный диагноз		
	> 60 г/сут	-2	Вероятный диагноз		

Примечание. * обычно редко используемые аутоантитела, ассоциированные с болезнями печени, включая pANCA (перинуклеарные антинейтрофильные цитоплазматические антитела), anti-actin (к актину), anti-SLA/LP (к растворимому печеночному антигену/ печеночно-панкреатическому антигену), ASGPR (к асиалогликопротеиновому рецептору), anti-LC1 (печеночные к цитозоллю 1 типа).

** включая деструктивный холангит, недеструктивный холангит или дуктопению.

*** включая стеатоз, избыточное накопление железа связанное с гемохроматозом, алкогольный гепатит, признаки вирусных поражений (стекловидные гепатоциты) или включения (ЦМВ, ВПГ).

11. Шкала оценки степени компенсации цирроза печени СТР (Child-Turcotte-Pugh)

	1 балл	2 балла	3 балла
Энцефалопатия *	нет	I–II ст.	III–IV ст.
Асцит *	нет	лёгкий	выраженный
Сыв. Билирубин, мкм/л (при пбц)	< 34 (17–61)	34–51 (68–169)	>51 (> 170)
Сыв. Альбумин, г/л	> 35	28–35	< 28
МНО (ПТИ)	< 1,3 (> 0,7)	1,3–1,5 (0,4–0,7)	> 1,5 (< 0,4)

Примечание. Классы тяжести ЦП по СТР: А = 5-6 баллов; В = 7-9 баллов; С = 10-15 баллов.

Учебное издание

Платошкин Эрик Николаевич
Ковальчук Анна Николаевна
Шут Светлана Александровна и др.

СХЕМА ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ ПАЦИЕНТА

**Учебно-методическое пособие
для студентов 4 курса лечебного факультета и факультета
по подготовке специалистов для зарубежных стран,
обучающихся по специальности «Лечебное дело»,
медицинских вузов**

Редактор ***Т. М. Кожемякина***
Компьютерная верстка ***Ж. И. Цырыкова***

Подписано в печать 03.04.2017.
Формат 60×84¹/₁₆. Бумага офсетная 80 г/м². Гарнитура «Таймс».
Усл. печ. л. 1,86. Уч.-изд. л. 2,0. Тираж 95 экз. Заказ № 199.

Издатель и полиграфическое исполнение:
учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет».
Свидетельство о государственной регистрации издателя,
изготовителя, распространителя печатных изданий № 1/46 от 03.10.2013.
Ул. Ланге, 5, 246000, Гомель