

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

**Кафедра внутренних болезней № 1 с курсом эндокринологии**

# **СХЕМА**

# **УЧЕБНОЙ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ**

**Учебно-методическое пособие**  
**для студентов 5 курса всех факультетов**  
**медицинских вузов**

**Гомель**  
**ГомГМУ**  
**2018**

УДК 616.1/4 (072)

ББК 54.1я73

С92

**Авторы:**

*О. Б. Ходунов, Е. Г. Малаева, Т. В. Алейникова, А. Н. Цырульникова*

**Рецензенты:**

доктор медицинских наук, профессор,  
профессор кафедры внутренних болезней № 1  
Витебского государственного медицинского университета

***В. А. Лоллини;***

доктор медицинских наук, доцент,  
заведующий кафедрой общей врачебной практики  
Белорусского государственного медицинского университета

***В. Э. Сушинский***

**Схема учебной истории болезни:** учеб.-метод. пособие для  
Т 58 студентов 5 курса всех факультетов медицинских вузов / О. Б. Хо-  
дунов [и др.]. — Гомель: ГомГМУ, 2018. — 40 с.  
ISBN 978-985-588-040-1

Учебно-методическое пособие способствует овладению методиками клинического обследования пациента, постановки диагноза, назначения лечения, осуществления контроля за эффективностью и безопасностью лечения, оформления основной медицинской документации.

Предназначено для студентов 5 курса всех факультетов медицинских вузов.

Утверждено и рекомендовано к изданию научно-методическим советом учреждения образования «Гомельский государственный медицинский университет» 28 февраля 2018 г., протокол № 1.

**УДК 616.1/4 (072)**

**ББК 54.1я73**

**ISBN 978-985-588-040-1**

«Гомельский государственный

© Учреждение образования

медицинский университет», 2018

## ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие.....	4
I. Общие сведения о пациенте.....	5
II. Расспрос пациента(субъективное исследование).....	6
III. История настоящего заболевания(Anamnesismorbi).....	9
IV. История жизни пациента(Anamnesisvitae).....	10
V. Данные объективного исследования (физикальное обследование).....	13
VI. Предварительный диагноз.....	22
VII. План обследования.....	23
VIII. План лечения.....	23
IX. Результаты лабораторных и инструментальных исследований.....	24
X. Клинический диагноз и его обоснование.....	24
XI. Лечение пациента.....	28
XII. Дневник.....	28
XIII. Эпикриз.....	29
XIV. Список использованной студентом литературы.....	31
Приложения.....	32
Литература.....	37

## ПРЕДИСЛОВИЕ

Цель преподавания и изучения учебной дисциплины «Внутренние болезни» состоит в формировании у студентов клинического мышления и приобретении ими научных знаний об этиологии, патогенезе, клинических проявлениях, методах диагностики, лечения и профилактики заболеваний внутренних органов. «Внутренние болезни» являются основополагающей учебной дисциплиной, вырабатывающей диагностические навыки, знания и умения для оказания медицинской помощи пациентам.

Главным методом обучения в терапевтической клинике является самостоятельная работа студента у постели пациента под руководством преподавателя, работа в диагностических отделениях или кабинетах, палатах интенсивного наблюдения, участие в обходе пациентов с заведующим кафедрой, профессорами и доцентами кафедры. При этом предусматривается приобретение студентами практических навыков в проведении и оценке результатов различных методов обследования пациентов, а также обязательные дежурства и написание учебных историй болезни.

Написание истории болезни ввел в клиническую практику в начале XIX в. профессор Московского университета, выдающийся российский терапевт Матвей Яковлевич Мудров.

История болезни — это основной медицинский документ, имеющий практическое, научное и юридическое значение. В ней фиксируются результаты опроса, физикального исследования пациента, рассуждения врача относительно его представления о больном (диагноз), намечается план дополнительного обследования, вносятся его результаты, в том числе консультации различных специалистов. В истории болезни отражается динамика заболевания, сведения о проводимом лечении и его эффективности, исход заболевания.

На основании многовекового врачебного опыта сформировалась определенная схема обследования пациента, которая находит отражение и в современной истории болезни.

Предлагаемое учебно-методическое пособие содержит рекомендации по составлению учебной истории болезни и предназначено для студентов 5 курса. Все разделы в нем описываются с адаптацией к реальной медицинской документации, которую ведут врачи-терапевты стационаров («Клиническая история болезни»), что должно способствовать лучшему освоению учебной программы и подготовке к будущей практической работе.

## I. ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ О ПАЦИЕНТЕ

1. Медицинская карта стационарного пациента № \_\_\_\_\_
2. Дата и время поступления:
3. Дата и время выписки:
4. Отделение: \_\_\_\_\_ палата:
5. Группа крови: \_\_\_\_\_ резус-принадлежность:
6. Побочное действие лекарств (непереносимость, название препарата, характер побочного действия):
7. Фамилия, имя, отчество пациента:
8. Пол:
9. Возраст, дата рождения:
10. Постоянное место жительства:
11. Место работы, профессия или должность:
12. Кем направлен:
13. Доставлен в стационар по экстренным показаниям или госпитализирован в плановом порядке.
14. Диагноз направившего учреждения:
  - Основное заболевание:
  - Осложнения основного заболевания:
  - Сопутствующие заболевания и их осложнения:
15. Диагноз клинический:
  - Основное заболевание:
  - Осложнения основного заболевания:
  - Сопутствующие заболевания и их осложнения:Дата установления клинического диагноза:
16. Диагноз заключительный клинический:
  - Основное заболевание:Код по МКБ:
  - Осложнения основного заболевания:
  - Сопутствующие заболевания и их осложнения:
17. Госпитализирован в данном году по поводу данного заболевания: впервые, повторно, всего \_\_\_\_\_ раз(а).
18. Отметка о выдаче листка нетрудоспособности:
19. Исход заболевания: выписан с выздоровлением, с улучшением, без перемен, с ухудшением, переведен в другое лечебное учреждение.
20. Трудоспособность: восстановлена полностью, временно утрачена в связи с данным заболеванием, стойко утрачена в связи с данным заболеванием, стойко утрачена в связи с другими причинами.

## II. РАССПРОС ПАЦИЕНТА (СУБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

### 1. Основные жалобы пациента

В этом разделе истории болезни описываются жалобы пациента, с которыми он обратился к врачу.

Данный раздел истории болезни является важным звеном *I этапа диагностического поиска*. В ряде случаев он может быть настолько информативным, что сразу может сложиться предварительная диагностическая концепция имеющегося у пациента заболевания; ведь при наличии патогномичных жалоб это вполне возможно. С другой стороны, при выяснении жалоб может возникнуть мысль о наличии целого ряда заболеваний с похожими проявлениями, либо о поражении нескольких органов или систем организма.

На момент поступления в стационар необходимо дать детальную характеристику жалоб пациента. При этом следует помнить, что расспрос пациента следует вести направленно: куратор не должен идти «на поводу у пациента», необходимо задавать конкретные вопросы (без ненужных подсказок). Каждая жалоба должна выясняться полностью (например, если пациент жалуется на боли в эпигастрии, то следует выяснить их длительность, выраженность, связь с приемом пищи и возможно ее особенностями, чем боли купируются, их периодичность в течение суток, связь с другими симптомами и т.д.). Жалобы следует детализировать до их логического конца, не ограничиваясь первично полученной от пациента, возможно весьма краткой, информацией. Ряд жалоб может свидетельствовать об уже развивающихся осложнениях основного заболевания, о тяжести течения и фазе заболевания (обострение, ремиссия). Не следует перегружать историю заболевания перечислением отсутствующих жалоб (например, аппетит нормальный, кашля нет и проч.), но также не следует их недооценивать.

При выяснении жалоб обычно задается общий вопрос *«что Вас беспокоит?»* или *«на что Вы жалуетесь?»* и предоставляется возможность пациенту на некоторое время свободно высказываться относительно того, что привело его к врачу. Предоставление пациенту свободы изложения своих жалоб на некоторое, пусть даже не очень большое время, благоприятствует возникновению чувства доверия пациента к врачу и установлению между ними нормальных (доверительных) взаимоотношений. Вопрос о том, когда можно вежливо прервать рассказ пациента и приступить к планомерному, целенаправленному расспросу, решается сугубо индивидуально, в зависимости от содержания получаемой таким образом от пациента информации и его (пациента) состояния. Заданные вовремя уточняющие вопросы по тем данным, которые сообщает пациент, позволяют перевести монолог пациента в диалог врача с пациентом, во время которого производится расспрос по определенной схеме, изложенной ниже.

Жалобы во всем своем многообразии можно, порой достаточно условно, разделить на **основные и второстепенные**. К основным жалобам следует отнести те из них, которые по мнению врача являются описанием важных симптомов заболевания и указывают в той или иной мере на локализацию патологического процесса. Это весьма четкие, определенные жалобы. Группа неопределенных, неясных жалоб без указания на поражение какого-нибудь определенного органа или системы — это второстепенные жалобы (субъективные ощущения, указывающие лишь на наличие заболевания, но не специфичные для определенной болезни — общая слабость, потливость, плохое самочувствие, нарушение сна, чувство жара и т.д.). Естественно, основные жалобы описываются в первую очередь. Каждую жалобу необходимо подробнейшим образом детализировать. Не следует игнорировать информацию, полученную при оценке второстепенных жалоб, она практически всегда бывает в какой-то степени необходима.

Если основные жалобы достаточно четко указывают на поражение определенного органа или системы, то после детализации жалоб проводится опрос по той системе, поражение которой предполагается.

В учебной истории болезни в этот раздел заносятся жалобы пациента, предъявляемые им в день курации (осмотра). Но в связи с тем, что обследование пациента куратором-студентом нередко происходит по времени существенно позднее его поступления в клинику, пациент может и не предъявлять отдельные жалобы на момент данного осмотра (начала курации). Поэтому в таком случае при оформлении учебной истории болезни в данном разделе следует дополнительно (с пометкой) описывать и жалобы пациента на момент поступления в стационар.

## **2.Общий анамнез (расспрос по системам,anamnesiscommunis)**

Данный подраздел истории болезни включает расспрос возможных жалоб со стороны всех других органов и систем организма, которые не входят в подраздел «Основные жалобы пациента», так как ввиду функционального единства всех систем организма, нарушение функции одной из них неизбежно влечет за собой то или иное расстройство функций других органов или систем. Детализация этих жалоб также обязательная, так как помогает в постановке диагноза основного заболевания и позволяет выявить осложнения, а также сопутствующую патологию.

**Общее состояние.** Уточняются и оцениваются: общее самочувствие, наличие слабости, потливости, быстрой утомляемости, похудения или прибавления в весе, повышение температуры тела.

Жалобы в зависимости от преимущественного поражения различных органов и систем могут быть следующими:

**При заболеваниях, сопровождающихся поражением кожи и слизистых оболочек:** зуд, боль, высыпания, изъязвления, кровоточивость и т.д.

**При заболеваниях, сопровождающихся поражением лимфатических узлов:** увеличение их размеров, болезненность, покраснение, нагноения и т.д.

**При заболеваниях, сопровождающихся поражением мышц:** боли, уплотнения, снижение мышечной силы, атрофии мышц, судороги и т.д.

**При поражении костей:** боли при движениях или в покое, деформации.

**При поражении суставов:** боли при движениях или в покое, отечность и покраснение, скованность, хруст, деформации, ограничения подвижности и т.д.

**При заболеваниях органов дыхания:** затруднение носового дыхания, выделения из носа, носовые кровотечения, болевые ощущения, першение и сухость в носу; ощущение сухости, боли или першения в горле, изменения голоса; кашель, выделение мокроты, наличие кровохаркания, боли в грудной клетке, одышка или приступы удушья.

**При заболеваниях сердечно-сосудистой системы:** боли в области сердца, сердцебиения, перебои в работе сердца, одышка, приступы удушья, слабость, быстрая утомляемость, отеки ног, головокружения и т.д.

**При заболеваниях органов пищеварения:** изменения аппетита, изменения вкуса, слюнотечение или сухость во рту, неприятный запах; икота, отрыжка, тошнота, нарушения проглатывания пищи, изжога, рвота; боли в животе, чувство вздутия, тяжесть в животе, увеличение живота, урчания; запоры, поносы, боли при дефекации, изменения характера стула и т.д.

**При заболеваниях органов мочеотделения:** боли, расстройства мочеотделения (учащение или урежение, непроизвольное мочеиспускание, недержание мочи, болезненное или затрудненное мочеиспускание), изменение цвета мочи, появление необычного запаха мочи, появление отеков.

**При заболеваниях крови, органов кроветворения:** слабость, одышка, сердцебиение, быстрая утомляемость, головокружения; изменения цвета кожи (бледность, желтушность), кожные сыпи, кожный зуд; боли в костях, боли в горле, потеря аппетита, похудение, извращение вкуса, боли в эпигастрии, в правом или левом подреберьях; кровотечения, повышение температуры тела и т.д.

**При заболеваниях желез внутренней секреции:** повышенная возбудимость, беспокойство, раздражительность, нарушения сна, сердцебиения, головные боли, потливость, потеря веса; угнетенное настроение, снижение работоспособности, слабость, сонливость, отечность, сухость кожи; повышенный аппетит, жажда и употребление большого количества жидкости, выделение большого количества мочи, кожный зуд; изменения менструального цикла и т.д.

**При заболеваниях нервной системы и органов чувств:** нарушения сна, изменения настроения, головные боли, головокружения, шум в голове, нарушения памяти, расстройства зрения и слуха; парестезии, кожный зуд, снижение чувствительности и т.д.

### **III. ИСТОРИЯ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ (ANAMNESIS MORBI)**

История настоящего заболевания охватывает время от начала возникновения болезни до момента поступления пациента в клинику. Оно включает время появления первых симптомов и их характеристику, возможные причины возникновения болезни (по мнению пациента), последовательность развития симптомов болезни, течение заболевания, первое обращение к врачу, результаты проведенных обследований, предшествующее лечение и его эффективность, непосредственная причина данного обращения (ухудшение состояния, необходимость оказания неотложной помощи, уточнения диагноза, решения экспертных вопросов и др.). Описание настоящего ухудшения состояния (при каких обстоятельствах пациент поступил в стационар в настоящее время).

Данный раздел можно считать одним из самых существенных в истории болезни, так как квалифицированно проведенный расспрос, глубокий анализ полученной информации, группировка фактов, а затем логичное изложение материала, свободное от ненужной детализации или краткости— есть залог грамотной и точной диагностики. История настоящего заболевания описывается с момента появления первых симптомов («дебют» болезни). Следует особо подчеркнуть, что анамнез болезни — отнюдь не хронологическое перечисление посещений врача поликлиники, либо случаев повторного стационарного лечения. Главное в данном разделе — отразить динамику развития болезни от ее начальных проявлений до появления типичных клинических синдромов и симптомов, наличия осложнений, частоты и длительности периодов обострения и ремиссий, ослабления или усиления симптоматики в процессе лекарственной или немедикаментозной терапии, влияние на развитие и течение болезни условий труда и быта, характера питания, вредных привычек.

В процессе работы куратор должен тщательно изучить имеющуюся у пациента медицинскую документацию из других учреждений (результаты обследования, консультативные заключения и рекомендации по лечению, эпикризы и т.д.).

Завершается данный раздел подробным описанием последнего (настоящего) ухудшения состояния пациента (возможные причины, симптоматика, течение, проведенное амбулаторно и в приемном отделении обследование и его результаты, проведенные лечебные мероприятия и их эффективность).

В итоге в истории болезни важно отразить как минимум следующие моменты:

- с какого времени пациент считает себя больным (когда и как началось заболевание, первые симптомы, внезапно или постепенно...);
- что послужило, по мнению пациента, причиной развития заболевания (или обострения хронического заболевания);

- каковы время и последовательность появления и развития симптомов вплоть до настоящей госпитализации;
- периодичность обострения хронического заболевания, провоцирующие факторы;
- проведенные ранее диагностические исследования пациента и их результаты;
- лечение пациента до настоящей госпитализации, его эффективность, переносимость, оказанная неотложная помощь;
- причины данной госпитализации (острое начало болезни, ухудшение течения имеющегося заболевания, неэффективность амбулаторного лечения, необходимость специального обследования и т.д.), частота госпитализаций в последние годы.

#### **IV. ИСТОРИЯ ЖИЗНИ (ANAMNESIS VITAE)**

Представляет собой своеобразную медицинскую биографию пациента, включает все основные сведения о жизни и деятельности пациента с момента его рождения до поступления в данное лечебное учреждение.

Дата и место рождения, условия жизни, физическое и интеллектуальное развитие в детстве, профессиональный анамнез (характер трудовой деятельности, профессиональные вредности), материально-бытовые условия жизни, перенесенные ранее заболевания (подробно, насколько возможно выяснить), операции и травмы, наследственность (чем болели или болеют ближайшие родственники), привычные интоксикации (курение, злоупотребление алкоголем), аллергологический анамнез, для военнослужащих — основные сведения о прохождении службы в ВС, для женщин — гинекологический анамнез.

##### *Детство и юность*

Где и в какой семье родился, профессия родителей. Родился ли в срок, каким по счету ребенком в семье. Вскармливался молоком матери или искусственно. Когда начал ходить, говорить. Материально-бытовые условия в детстве, общее состояние здоровья и развития (не отставал ли от сверстников в физическом и умственном развитии). Когда начал учиться и как учился в школе. Дальнейшая учеба. Не освобождался ли во время учебы от занятий физкультурой.

##### *Условия труда и быта*

Начало и дальнейшая трудовая деятельность в хронологической последовательности. По отношению к каждому занятию необходимо указать в течение какого времени и на каком предприятии и кем работал. Характер

выполняемой работы в настоящее время. Санитарная характеристика рабочего места (по возможности). Наличие профессиональных вредностей во время всей трудовой деятельности. Режим труда (дневная или ночная работа, ее продолжительность). Жилищные условия. Подробная характеристика питания: регулярность и частота приемов пищи, характер пищи и ее полноценность, еда в сухом виде, торопливая еда. Достаточно ли употребляет овощей и фруктов, мясной пищи. Какие продукты плохо переносит. Занятие спортом или физкультурой. Переносимость физических нагрузок.

#### *Семейный и половой анамнез*

Семейное положение (в каком возрасте женился или вышла замуж), состав семьи и здоровье ее членов. У женщин выясняется состояние менструального цикла (время появления первых менструаций, когда они установились, их продолжительность, интенсивность, болезненность, когда были в последний раз), беременности и роды, их течение, аборт и их осложнения, выкидыши, не было ли мертворожденных детей, когда наступил климактерический период и его течение.

#### *Наследственность*

Выявляются мужская и женская родословные пациента. Если родственники живы, необходимо расспросить о состоянии их здоровья. Если же они умерли, следует выяснить, какое было здоровье при жизни, в каком возрасте и от какого заболевания умерли (по возможности, деликатно). Страдали ли родители и ближайшие родственники подобным, как у пациента, заболеванием. Это необходимо выяснить весьма деликатно.

#### *Перенесенные заболевания*

Указываются в хронологическом порядке. Необходимо расспросить об имевшейся клинической картине каждого перенесенного заболевания, как тяжело оно протекало, особенностях лечения.

Перенесенные оперативные вмешательства (когда, по какой причине).

Особое внимание следует обратить на перенесенный туберкулез, вирусный гепатит, венерические заболевания, другие инфекционные заболевания, онкозаболевания, гемотрансфузии.

#### *Экспертно-трудовой анамнез*

Этот раздел включает выяснение сведений, относящихся к экспертизе трудоспособности и трудовому (профессиональному) анамнезу:

а) временная нетрудоспособность оценивается по числу случаев болезни и дней нетрудоспособности (пребывание на листке нетрудоспособности) в течение предыдущих 12 месяцев;

б) стойкая нетрудоспособность оценивается по наличию группы инвалидности, ее причинам и продолжительности пребывания на ней;

в) профессиональный маршрут — кем и где работал пациент, стаж работы в основной профессии;

г) характер и условия труда — степень нервно-психического напряжения и тяжести физической нагрузки, режим труда, рабочая сменность и т.д.;

д) санитарно-гигиенические условия труда — температура, влажность, запыленность, загазованность, вибрация, шум, освещенность, наличие токсических веществ, излучения и т.д.

#### *Эпидемиологический анамнез*

Этот раздел имеет особое значение для диагностики инфекционного заболевания и включает следующие сведения:

а) командировки в районы, неблагополучные в отношении какой-нибудь инфекции;

б) место работы, профессии (доярка, работник мясокомбината, ветеринарные работники...);

в) контакт с инфекционными больными;

г) употребление в пищу недоброкачественных продуктов, сырой воды из водоемов;

д) возникновение подобных заболеваний одновременно среди окружающих людей;

е) ранее перенесенные инфекционные заболевания.

#### *Вредные привычки*

Курение (как давно и что курит, курит ли по ночам и натошак, количество выкуриваемых сигарет в сутки). Употребление алкогольных напитков (с какого возраста, какие, как часто и в каком количестве), снотворных и успокаивающих средств, крепкого чая или кофе.

#### *Аллергологический и лекарственный анамнез*

Выясняются аллергические заболевания у пациента и по возможности у ближайших родственников, случаи немедикаментозных аллергий у пациента с указанием их причины (пищевые продукты, влияние холода, бытовых химических веществ, различных запахов и др.), чем они проявились, их исход. Выясняется также, какие пациент принимал (и продолжает принимать) лекарства при лечении перенесенных ранее и настоящего заболеваний, их переносимость (не было ли аллергических реакций или других возможных осложнений, если были, то какие). Эту информацию крайне важно получить, принять во внимание и отразить в истории болезни.

#### **Комментарий**

Таким образом, из беседы с пациентом выясняют не только жалобы, но и этапы развития болезни, изменение ее течения с годами и под влияни-

ем проводившегося лечения. Часть сведений можно получить от родственников пациента. Естественно, что сам пациент не все может сообщить врачу о своем заболевании. Часто одни симптомы кажутся пациенту наиболее важными, и он уделяет их описанию максимальное время, тогда как для постановки диагноза важны совсем иные. В связи с этим необходимо выявлять диагностически наиболее значимую информацию, полученные сведения врач должен творчески осмыслить и сделать выводы следующего порядка:

а) выявленные жалобы и течение болезни типичны и полностью соответствует таковым при какой-то определенной нозологической форме; иначе говоря, после I этапа диагностического поиска диагностическая концепция является вполне определенной и на II и III этапах ее надо лишь подтвердить, а также детализировать отдельные проявления болезни;

б) описанные больным симптомы встречаются при ряде болезней, в связи с чем после I этапа диагностического поиска можно лишь наметить круг болезней, в который входит заболевание данного пациента (речь идет о так называемом методе *дифференциальной диагностики*). Диагноз в данном случае может быть поставлен лишь после получения информации на последующих этапах диагностического поиска;

в) жалобы пациента и данные анамнеза не характерны ни для какого-определенного заболевания. Это так называемые общие симптомы (слабость, утомляемость, потеря массы тела, субфебрилитет и проч.). При такой ситуации сделать какие-либо определенные заключения после I этапа не представляется возможным и необходимо продолжить диагностический поиск.

## **V. ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ (ФИЗИКАЛЬНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ)**

Настоящее состояние (*Statuspraesens*) пациента в момент наблюдения за ним (*III этап диагностического поиска*). Описывается на момент первого контакта студента-куратора с пациентом.

### **1.Общий осмотр**

*Общее состояние:* (удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое, крайне тяжелое).

*Положение:* (активное, пассивное, вынужденное).

*Сознание:* (ясное; помраченное: ступор, сопор, кома).

*Телосложение, рост, масса тела, индекс массы тела.*

*Кожа и видимые слизистые оболочки:* цвет кожи и видимых слизистых оболочек, влажность кожи, эластичность, высыпания, кровоизлияния, рубцы, шелушение, язвы, сосудистые звездочки.Наличие или отсутствие, характер, локализация, форма, размер. Указать вид цианоза при его наличии (диффузный цианоз, акроцианоз, локальный цианоз с указанием локализации).

*Волосы и ногти:* рост волос (обильный, скудный), выпадение, поседение и др.; тип оволосения (мужской, женский). Ногти: форма (нормальная, ложкообразная, в виде часовых стекол и т.д.), поверхность гладкая, исчерченная (видисчерченности— поперечная, продольная), прозрачность ногтевой пластинки, цвет ногтевого ложа, наличие ломкости ногтей.

*Подкожная клетчатка:* степень развития, места наибольшего отложения жира, тип ожирения; толщина кожной складки (в см) на плече, боковой поверхности грудной клетки, уровне пупка.

*Отеки:* наличие, расположение, выраженность, консистенция, цвет кожи и температура тела над отеками.

*Лимфатические узлы:* подчелюстные, надключичные, шейные, затылочные, подмышечные, паховые; размеры увеличенных лимфатических узлов, форма, консистенция, подвижность, болезненность, спаянность друг с другом и с подлежащими тканями, изменения кожи над ними.

*Мышцы:* развитие, болезненность при пальпации, тонус, уплотнения, атрофии, асимметричность, наличие судорог.

*Кости:* деформации, болезненность при пальпации. Позвоночник: его искривления, подвижность, болезненность отдельных позвонков при пальпации.

*Суставы:* деформации, болезненность при пальпации и при движениях, объем активных и пассивных движений, хруст, припухлость, покраснение кожи и местное повышение температуры тела, узловые образования в области суставов, наличие флюктуации.

*Осмотр головы:* форма, размер, положение (обычное, неподвижное, склоненная, запрокинутая или др.), подвижность, наличие произвольных движений, судорог мускулатуры.

*Выражение лица:* обычное, спокойное, угнетенное, возбужденное, страдальческое и др. Специфический вид лица. Окраска кожи лица, высыпания на губах.

*Веки:* отечность, опущения, дрожания. Величина глазных щелей (одинаковые, различные), экзофтальм, энофтальм, птоз, окраска склер, зрачки (сужены, расширены, неравномерные).

*Нос:* форма, деформации, окраска кожи, наличие дыхательных экскурсий крыльев носа. Дыхание через нос свободное или затруднено. Наличие кровотечения из носа.

*Рот:* форма (обычная, изменена), симметричность уголков рта, состояние губ.

*Осмотр шеи:* форма, величина (длинная, короткая, толстая, тонкая), изменения кожи (пигментации, рубцы), наличие увеличенных лимфоузлов (указать точную локализацию). Щитовидная железа — размеры долей и перешейка, степень увеличения, бугристость, плотность, узлы, подвижность при глотании и пальпации, болезненность. Гортань — форма, подвижность, болезненность.

## 2. Система органов дыхания

### *Осмотр грудной клетки*

Проводят статический и динамический осмотры.

*Статический осмотр:* форма грудной клетки — нормальная (нормостеническая, астеническая, гиперстеническая) или патологическая; симметричность; степень выраженности надключичных и подключичных впадин; состояние межреберных промежутков; надчревный угол; положение лопаток.

*Динамический осмотр:* тип дыхания (брюшной, грудной, смешанный); частота, ритмичность, глубина дыхания, наличие одышки и ее тип, наличие патологических вариантов дыхания; участие вспомогательных мышц в дыхании; симметричность дыхания — симметричность участия половин грудной клетки в дыхании, дыхательная экскурсия грудной клетки (см).

### *Пальпация грудной клетки*

Эластичность или ригидность грудной клетки; выявление болезненности при пальпации кожи, мышц, костных структур, межреберных промежутков, локализация; голосовое дрожание на симметричных участках и его характеристика; ощущение шума трения плевры, локализация.

### *Перкуссия легких*

*Сравнительная перкуссия:* характеристика перкуторного звука на симметричных участках грудной клетки по всем топографическим линиям.

*Топографическая перкуссия:* высота стояния верхушек легких спереди и сзади, слева и справа, ширина полей Кренига слева и справа; определение нижних границ легких по всем вертикальным топографическим линиям грудной клетки; активная подвижность нижнего края легких (в см) по срединно-ключичной, средней подмышечной и лопаточной линиям с обеих сторон (на вдохе и выдохе), перкуссия пространства Траубе.

### *Аускультация легких*

Везикулярное дыхание на симметричных участках: не изменено, ослаблено, усилено, жесткое с удлиненным выдохом, отсутствует (локализация).

Бронхиальное дыхание над легкими: локализация, оттенки (бронховезикулярное, амфорическое).

Хрипы: сухие (свистящие, жужжащие; преимущественно на вдохе или на выдохе); влажные (мелко-, средне-, крупнопузырчатые, звучные, незвучные), изменение характера хрипов после откашливания, при форсированном дыхании; локализация хрипов.

Крепитация, шум трения плевры: характеристика, локализация.

Исследование бронхофонии на симметричных участках грудной клетки.

### 3. Сердечно-сосудистая система

#### *Осмотр области сердца и крупных сосудов*

Выпячивание грудной клетки в области сердца — сердечный горб. Верхушечный толчок, его характеристика. Наличие отрицательного верхушечного толчка. Наличие пульсации в области абсолютной сердечной тупости (сердечный толчок) и сосудистого пучка. Набухание и пульсация яремных вен. Усиленная пульсация сонных артерий. Симптомы Мюссе, Ландольфи, Мюллера, Квинке. Эпигастральная пульсация. Расширение вен грудной клетки, брюшной стенки, конечностей с точным указанием места и степени расширения.

#### *Пальпация области сердца и сосудов*

Определение зон гипералгезии. Характеристика верхушечного толчка: локализация, диаметр, высота, сила, смещаемость при положении на левом боку. Сердечный толчок (пальпируется или не пальпируется). Пальпаторное определение пульсации в области сосудистого пучка. Феномен «кошачье мурлыканье», его локализация и характер (диастолическое или систолическое). Ретростерральная пульсация аорты, пульсация легочной артерии. Венный пульс, если определяется, дать характеристику. Пульсация в подложечной области (в положении лежа и стоя).

#### *Пальпация пульса*

Пальпация пульса на лучевых артериях: одинаковый или различный на обеих руках; напряжение и наполнение пульса, его частота, ритм, величина, высота, скорость, соотношение частоты сокращения сердца и частоты пульса, наличие дефицита пульса. Отсутствие пульса. Свойства артериальной стенки (мягкая, упругая, твердая). Исследование пульса на сонных артериях, артериях нижних конечностей.

#### *Перкуссия сердца и сосудистого пучка*

Определение границ относительной сердечной тупости. Ширина сосудистого пучка во 2-м межреберье (в см). Определение правой, левой и верхней границ абсолютной тупости сердца.

#### *Аускультация сердца и сосудов*

*Ритм сердца:* правильный, неправильный (характер аритмии).

*Характеристика тонов сердца:* ясные, громкие, тихие, глухие. Соотношение громкости 1-го и 2-го тонов в точках аускультации. Изменение 1-го тона, изменение 2-го тона (характеристики). Появление добавочных тонов (тон открытия митрального клапана, ритм галопа). Маятникообразный ритм. Эмбриокардия.

*Шумы сердца:* их отношение к фазам сердечной деятельности; места наилучшего выслушивания и проводимости шумов; интенсивность шума; тембр; продолжительность; изменения шумов в зависимости от фазы дыхания и перемены положения тела пациента.

*Экстракардиальные шумы:* шум трения перикарда, плевроперикардальный шум (наличие, места выслушивания).

*Аускультация крупных сосудов:* наличие двойного тона Траубе и двойного шума Виноградова —Дюрозье на бедренных артериях; шум «волчка» на яремной вене.

*Артериальное давление:* определение артериального давления на обеих руках, измеряется в положении сидя (при необходимости – лежа, стоя).

#### **4. Система органов пищеварения**

##### ***Исследование полости рта***

*Запах из рта:* обычный, гнилостный, кислый, каловый, запах аммиака, яблоч, алкоголя и др.

*Губы:* цвет (нормальный, бледный, цианотичный), сухость, трещины, корочки.

*Слизистая оболочка полости рта:* цвет, пигментация, пятна Филатова, лейкоплакии, афты, изъязвления, кровоизлияния, молочница.

*Десны:* разрыхленные, кровоточивые, бледные, серая кайма на деснах (при профессиональных отравлениях).

*Зубы:* число зубов на нижней и верхней челюстях; если кариозные, шатающиеся зубы (какие, их количество); указать какие зубы отсутствуют. Вставные зубы.

*Язык:* влажный и чистый, сухой, обложен налетом (его интенсивность, цвет, легко ли снимается), запах, трещины, язвы, «географический» язык, рубцы. Величина языка (есть ли отпечатки зубов по краям), выраженность сосочков. Малиновый и лакированный язык. Дрожание и отклонение в сторону при высовывании языка.

*Зев:* цвет (нормальной окраски, гиперемирован), припухлость или отечность, налеты, сухость.

*Состояние миндалин:* размеры (нормальной величины, гипертрофированные, разной величины), покраснение, припухлость, разрыхленность, наличие гнойных пробок и налетов.

*Глотка:* состояния и цвет слизистой (покраснение или побледнение, отечность), наличие пленочных наложений, зернистости, дефекты, изъязвления, рубцы.

##### ***Исследование живота***

Проводится в вертикальном и горизонтальном положении.

## ***Осмотр живота***

Проводится в положении лежа и стоя. Форма живота: нормальной конфигурации, вздут (равномерно или неравномерно), втянут, «лягушачий», отвислый; состояние пупка (втянут, выпячен); окружность живота на уровне пупка (в см), выраженность подкожно-жирового слоя; наличие расширенных подкожных вен на брюшной стенке, локализация; рубцы (локализация, размеры), грыжи (локализация); видимая перистальтика желудка, кишечника; пульсации — локализация, выраженность; участки патологической пигментации кожи, локализация.

## ***Пальпация живота***

*Поверхностная ориентировочная пальпация* (дает ориентировочную информацию о состоянии передней брюшной стенки), дает представление в первую очередь о болезненности (ограниченная, указать локализацию, или разлитая), напряжении (местное или общее) и резистентности мышц передней брюшной стенки, степени их выраженности. Выявление опухолевидных образований и грыж. Отечность брюшной стенки. Зоны гиперестезии. Симптом Шеткина — Блюмберга. Определение наличия асцита.

*Глубокая скользящая методическая топографическая пальпация по В. П. Образцову и Н. Д. Стражеско* (позволяет определить местонахождение, величину, форму, консистенцию и смещаемость органов брюшной полости) проводится в определенной последовательности: сигмовидная, слепая кишка, конечный отрезок подвздошной кишки, червеобразный отросток, восходящая и нисходящая части ободочной кишки, желудок (большая кривизна и пилорический отдел). При пальпации указанных органов необходимо дать им подробную характеристику: локализация, форма, диаметр, характер поверхности, консистенция, подвижность, урчание, болезненность.

## ***Перкуссия живота***

Характеристика перкуторного звука (тимпанический, притупленный, тупой) по направлению от эпигастрия к гипогастрию, от пупка к флангам. Признаки метеоризма, свободной жидкости в брюшной полости.

## ***Аускультация живота***

Аускультация в эпигастральной области и в подреберьях. Кишечные шумы (перистальтика кишечника) — нормальные, ослабленные, усиленные, отсутствуют. Аускультация брюшной аорты. Шум трения брюшины (при перигепатитах и периспленитах), тихий венный шум над печенью при циррозах.

## ***Исследование печени и желчного пузыря***

### ***Перкуссия печени***

Определяется верхняя граница абсолютной печеночной тупости по правым окологрудинной, срединно-ключичной и передней подмышечной линиям. Нижняя граница абсолютной тупости печени определяется по правым передней подмышечной, срединно-ключичной, окологрудинной линиям, а также по передней срединной и левой окологрудинной линиям. Измерение высоты печеночной тупости по правым окологрудинной, срединно-ключичной и передней подмышечной линиям. Размеры печени по М. Г. Курлову (по правой срединно-ключичной и передней срединной линиям, по левой реберной дуге).

### ***Пальпация печени***

Характеристика нижнего края печени (острый, закругленный, ровный или неровный), консистенция (мягкая, эластичная, плотная); положение нижнего края печени (на сколько сантиметров ниже края реберной дуги по срединно-ключичной линии и выше пупка по срединной линии); чувствительность (болезненный или безболезненный); наличие пульсации; характеристика выступающей поверхности печени (гладкая, бугристая).

### ***Пальпация желчного пузыря***

Если желчный пузырь пальпируется, то определяются его локализация, консистенция, характер поверхности, подвижность, болезненность. Симптомы Ортнера, Мюсси — Георгиевского, Курвуазье, Мерфи, Кера.

## ***Исследование поджелудочной железы***

### ***Пальпация поджелудочной железы***

Поверхностная пальпация: болезненность, резистентность передней брюшной стенки в зоне проекции поджелудочной железы. Глубокая методическая скользящая пальпация: если пальпируется, определить локализацию, болезненность, диаметр, консистенцию, характер поверхности, наличие узлов и опухолевидных образований.

## ***Исследование селезенки***

### ***Перкуссия селезенки***

Определение верхней и нижней границ (по средней подмышечной линии слева), передней и задней границ селезенки (по X ребру), измерение

длинника и поперечника.

#### *Пальпация селезенки*

Если пальпируется, определяют и дают характеристику края, поверхности, консистенции, определяют положение нижнего края селезенки, наличие болезненности.

### **5. Мочевыделительная система**

#### *Осмотр поясничной области*

Выпячивания, припухлость, гиперемия.

#### *Осмотр наружных половых органов*

Развитие волосяного покрова; изменения кожи и слизистых оболочек; выделения, их особенности; распространение отека подкожной клетчатки на область промежности; паховые грыжи; паховые лимфоузлы.

#### *Перкуссия почек и мочевого пузыря*

Симптом поколачивания поясничной области (отрицательный, положительный); перкуссия мочевого пузыря — положение верхней границы.

#### *Пальпация почек*

Проводится в горизонтальном и вертикальном положении. Если пальпируются — их форма, величина, болезненность, поверхность, консистенция, подвижность.

#### *Пальпация мочевого пузыря*

Если пальпируется, определяются локализация, болезненность, характер поверхности, консистенция.

#### *Аускультация сосудов почек*

Наличие и локализация систолического сосудистого шума.

### **6. Эндокринная система**

Большое диагностическое значение имеют изменения внешнего вида (*habitus*) пациента. Эти изменения обычно выявляют при проведении общего осмотра пациента (смотреть выше) и записывают в соответствующем разделе истории болезни. Имеет также значение фактический возраст пациента и его соответствие предполагаемому по данным осмотра.

#### *Осмотр и пальпация доступных желез внутренней секреции*

#### *Осмотр и пальпация щитовидной железы*

Степень увеличения, характер (диффузное, узловое, смешанное), консистенция (мягкая, плотная), поверхность (гладкая, бугристая),

подвижность при глотании, болезненность, наличие атипичной локализации и формы.

## **7. Система крови**

### *Общий осмотр*

Следует обратить внимание: на состояние кожи (бледность, бледно-зеленоватый цвет, восковый оттенок, золотисто-желтый цвет — при анемиях; гиперемия — при эритремии; сухость, шелушение — при сидеропении); на наличие геморрагической сыпи, носовых или других кровотечений, выявление симптомов повышенной кровоточивости (при геморрагических диатезах), наличие лейкоид, на состояние придатков кожи (изменения волос, ногтей). Визуально и методом пальпации оценивается состояние лимфатических узлов.

Важен внимательный осмотр полости рта (геморрагические изменения, изменения языка, налеты, язвы, некротические изменения на миндалинах).

### *Пальпация, перкуссия*

Лимфатические узлы. Лейкемиды. Выявление симптомов повышенной кровоточивости — симптомы щипка, жгута или манжетки.

Пальпация и перкуссия печени и селезенки.

Результаты этих исследований записывают в соответствующих разделах.

## **8. Психоневрологический статус и органы чувств**

*Общий статус:* настроение (хорошее, подавленное, угнетенное, быстрая смена настроения), ориентирование в окружающей обстановке, во времени, пространстве (правильное, неправильное), контактность пациента, интеллект, память, речь.

*Исследование поверхностной чувствительности:* тактильной, термической, болевой. Снижение или полное отсутствие чувствительности — нет, есть, характер, локализация.

*Исследование глубокой чувствительности:* мышечно-суставной, вибрационной, чувство веса и т. д. Проведение пальценосовой пробы. Определение руками чувства тяжести предметов с различным весом при закрытых глазах.

*Исследование пациента в позе Ромберга.*

*Определение сухожильных рефлексов* (коленного, ахиллова), *пирамидных симптомов* (Бабинского), *рефлексов со слизистых оболочек* (корнеальный, конъюнктивальный и др.).

*Исследование вегетативной нервной системы:* дермографизм — красный, белый, розовый; приподнятый, стойкий.

*Рецепторная сфера:* зрение, слух, обоняние.

## **Комментарий**

Таким образом, после непосредственного исследования пациента (II этап диагностического поиска) могут быть выявлены симптомы, которые обусловлены либо самим заболеванием, либо реакцией органов и систем на имеющееся заболевание и (или) осложнениями.

Объем информации, получаемой при непосредственном исследовании пациента, колеблется в очень широких пределах: от патогномоничных (например, аускультативная симптоматика при пороках сердца) до практически отсутствия каких-либо проявлений. Так, у пациента с хронической язвой желудка или 12-перстной кишки в период ремиссии могут отсутствовать изменения в органах или системах при физикальном исследовании. Отсутствие патологических находок может свидетельствовать о ремиссии заболевания в данный момент.

Выводы после проведения II этапа диагностического поиска (с учетом ранее полученных данных анамнеза и жалоб) могут быть следующими:

- а) диагноз уже может быть вполне определенным;
- б) «круг» заболеваний, очерченный после первого этапа, существенно сужается;
- в) по-прежнему нет четкого впечатления о болезни, в связи с чем определенное диагностическое заключение должно быть отложено до проведения III этапа диагностического поиска.

По завершении второго этапа диагностического поиска Вам необходимо сформулировать *предварительный диагноз*, спланировать *проведение лабораторно-инструментальных исследований* (являющихся собственно III этапом диагностического поиска). Конечной целью завершающего этапа диагностического поиска является верификация диагноза путем исключения синдромно сходных заболеваний и подтверждения (компьютерная томография, МР-томография, RГ, УЗИ, эндоскопические исследования и т.д.) приоритетной диагностической концепции.

При ряде заболеваний необходимо проведение прижизненных морфологических исследований (биопсия почки, печени, стерильная пункция) для формулировки клинико-морфологического диагноза.

## VI. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

### **Предварительный диагноз:**

- Основное заболевание:
- Осложнения основного заболевания:
- Сопутствующие заболевания и их осложнения:

### **Выставлен на основании:**

- Жалоб пациента:
- Данных анамнеза:
- Данных проведенного физикального обследования пациента:

— Результатов проведенного на данный момент лабораторного и инструментального обследования пациента (амбулаторного обследования пациента и экспресс-исследований в приемном отделении):

## **VII. ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ**

Лабораторное и инструментальное обследование пациента является строго индивидуальным и определяется планом обследования (лабораторные, инструментальные исследования, консультации специалистов), который составляется с учетом особенностей заболевания (заболеваний), наличия и характера осложнений, необходимости проведения дифференциальной диагностики, а также наличия ранее проведенного обследования (на догоспитальном этапе или в приемном отделении). Общий план обследования состоит из нескольких разделов:

1. Обязательные исследования, проводимые всем без исключения больным.
2. Исследования, необходимые для дифференциальной диагностики и уточнения диагноза (дополнительные исследования).
3. Консультации специалистов (офтальмолог, уролог, инфекционист, гинеколог, невролог и др.).

План обследования является своеобразным «стержнем», на котором базируется этапность исследований, в ряде ситуаций составляется календарный план обследования. План обследования необходимо соотносить с медико-экономическими стандартами (а точнее с клиническими протоколами диагностики и лечения).

## **VIII. ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ**

В данном разделе учебной истории болезни описывается подробный план необходимого лечения пациента, которое включает:

1. Режим (постельный, палатный, свободный).
2. Диету (базовый рацион — диета Б; рацион с механическим и химическим щажением органов пищеварения— диета П; рацион с ограничением легко усваиваемых углеводов и жиров— диета Д; рацион с пониженным содержанием хлорида натрия и жидкости— диета Н и др.);
3. Медикаментозную терапию с указанием препаратов, доз и методов введения.
4. Немедикаментозное лечение, если оно необходимо (физиотерапия, ЛФК и др.).
5. Медицинские манипуляции, хирургическое лечение (при необходимости) и другие индивидуально необходимые лечебные мероприятия.

В «реальной» истории болезни план лечения вместе с планом обследования описываются после формулирования предварительного диагноза (итог первичного осмотра пациента, проведенного, например, дежурным врачом или врачом приемного отделения).

## **IX. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНЫХ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ**

В данном разделе в хронологическом порядке указываются результаты всех обязательных и дополнительных лабораторных и инструментальных методов исследования, а также заключения специалистов-консультантов. Нельзя ограничиваться только краткими заключениями, поскольку описательная часть нередко таит в себе возможность иной диагностической трактовки имеющихся данных.

В «реальной» истории болезни заключения консультантов заносятся на специальный отдельный лист консультаций или записываются в разделе «Дневник».

## **X. КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ**

Диагноз — краткое врачебное заключение о сущности имеющегося заболевания (или заболеваний), отражающее его нозологию, этиологию, патогенез и морфофункциональные проявления, сформулированное в терминах, предусмотренных общепринятыми классификациями и номенклатурой болезней (МКБ). Клинический диагноз должен быть выставлен в пределах 3-х суток пребывания пациента в стационаре. Это так называемый рабочий диагноз. Формулируется после прохождения 3-х этапов диагностического поиска.

1. I этап — получение информации от пациента в процессе беседы с ним (во время беседы с больным выясняются жалобы, наследственность, анамнез жизни, анамнез болезни...).

2. II этап — непосредственное исследование пациента — осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация...

3. III этап — проведение лабораторно-инструментального исследования, включающего, так называемые, «рутинные» методы и исследования, проводимые по специальным показаниям, исходя из особенностей клинической картины у конкретного пациента.

Удельный вес информации для постановки диагноза, получаемой на том или ином этапе диагностического поиска неодинаков при различных заболеваниях; он также меняется и на разных стадиях течения болезни.

Прежде чем по мере появления получаемой информации Вы будете

сравнивать Вашу диагностическую гипотезу с «эталоном (классификационными, диагностическими критериями) болезней», ее (информацию) следует соответствующим образом обработать. Рассмотрим ориентировочный ход Ваших действий.

Вначале выявляются ведущие (доминирующие) *симптомы*, т. е. любые признаки болезни, доступные определению. При этом не имеет значения, какой источник информации используется. Далее осуществляется «сложение» выявленных *симптомов* в *синдромы*.

*Синдром*— это совокупность симптомов, имеющих единый патогенез. *Синдром* следует отличать от *симптомокомплекса*, т. е. простой суммы симптомов, их неспецифической комбинации.

После того, как выявлены *симптомы* и произошло объединение их в *синдром* (или *синдромы*), оказывается возможным локализовать патологический процесс в какой-либо системе организма или отдельно взятом органе (например, в печени, сердце, почках, легких). При этом *симптом* лишь «указывает», где локализован патологический процесс и крайне редко говорит о сущности патологического процесса; *синдром* позволяет определить (выяснить) патологоанатомическую и патофизиологическую сущность патологического процесса (например, воспаление на иммунной или бактериальной основе, расстройства кровообращения в той или иной сосудистой области, бронхиальную обструкцию и проч.). Нередко у одного пациента имеется *несколько синдромов* (например, синдром дыхательной недостаточности, бронхиальной обструкции, легочной гипертензии). Выделение *ведущего (ведущих) синдромов* уже существенно приближает нас к нозологической диагностике, так как тот или иной *синдром* (или *группа синдромов*) свойственны весьма ограниченному ряду болезней и позволяет Вам сузить круг заболеваний при дифференциальной диагностике.

Таким образом, выделяя *симптомы и синдромы* Вы постоянно (по мере получения информации) сравниваете их с «эталоном» болезни и решаете, какому же заболеванию соответствует полученный Вами при исследовании пациента «образ» болезни пациента.

Все сказанное схематично можно представить следующим образом, когда в результате проведенного диагностического поиска могут возникнуть две ситуации:

1. «Образ» болезни, выявленный у исследуемого Вами пациента, полностью тождественен определенному (одному) заболеванию. Это так называемый *прямой диагноз*, что в клинической практике бывает не слишком часто. Но более характерна иная ситуация:

2. «Образ» болезни «похож» на два, три и более заболеваний. Тогда очерчивается «круг» заболеваний, которые надо дифференцировать, и в данной ситуации мы пользуемся методом *дифференциальной диагностики*. Проводя анализ полученной информации, мы определяем, какому из дифференцируе-

мых заболеваний наша информация соответствует в наибольшей степени.

При проведении дифференциальной диагностики:

а) в клинической картине заболевания выделяются наиболее яркие и характерные патологические симптомы и синдромы, имеющиеся у данного пациента;

б) перечисляется ряд сходных заболеваний, при которых наблюдаются подобные симптомы и синдромы;

в) доказывается, что у данного пациента имеется ряд существенных патологических симптомов и синдромов, не характерных для этих сходных заболеваний;

г) доказывают, что у пациента отсутствует ряд существенных симптомов и синдромов, характерных для дифференцируемых сходных заболеваний;

д) на основании такого сопоставления клинической картины, имеющейся у данного пациента, с клиническими признаками указанных сходных заболеваний, делают заключение об истинном характере заболевания и правильности постановки клинического диагноза.

Итак, после проведения диагностического поиска необходимо сформулировать развернутый клинический диагноз. При оформлении диагноза учитываются современные международные классификации (например, МКБ).

Диагноз должен удовлетворять трем основным требованиям:

1) быть правильным и точным (достоверным);

2) быть своевременным (ранним);

3) быть полным, завершенным.

В клиническом диагнозе выделяются: основное заболевание, осложнения основного заболевания и сопутствующие заболевания, и их осложнения.

*Диагноз основного заболевания* должен включать название болезни, ее этиологию, характер и локализацию патологического процесса, степень тяжести, стадию (период) и характер течения. *Основным заболеванием* считается нозологическая единица, имеющая в момент оценки состояния пациента наиболее выраженные проявления, угрожающие его здоровью и (или) жизни, и в основном по поводу которой проводится лечение. Другими словами, это заболевание, которое определяет тяжесть состояния или послужило причиной госпитализации.

*Осложнение (или осложнения) основного заболевания* — это патологический процесс, тесно связанный с основным заболеванием и существенно утяжеляющий течение основного заболевания. Осложнением основного заболевания является заболевание другой этиологии и характера, чем основное заболевание, но патогенетически с ним связано.

*Сопутствующее заболевание* обнаруживаются одновременно с основным заболеванием, но патогенетически с ним не связаны. Сопутствующее заболевание — нозологическая единица, которая не связана с основным заболеванием и его осложнениями по патогенезу и этиологии и не оказывает на течение основного заболевания существенного влияния. Принцип формулировки диагноза сопутствующего заболевания такой же, как и основного заболевания.

Однако нередко, особенно у людей пожилого возраста, отягощенных многими болезнями, имеющими разную степень выраженности и находящимися в различных сочетаниях между собой, выделение только одной нозологической формы в качестве основного заболевания представляется затруднительным.

При невозможности выделения какой-либо одной нозологической формы из двух или нескольких ведущих заболеваний возникает необходимость пользоваться понятием так называемого *комбинированного основного заболевания*. Входящие в его состав нозологические формы могут комбинироваться в следующих вариантах:

- Конкурирующие заболевания.
- Сочетанные (сочетающиеся) заболевания.
- Комбинация основного и фонового заболевания.

*Конкурирующие заболевания* представляют собой два и более заболевания, каждое из которых в отдельности само по себе или через осложнения в данный момент угрожают здоровью и жизни пациента либо могут привести к смерти пациента. В этом случае в диагнозе озаглавливают «конкурирующие основные заболевания», а сами заболевания перечисляют под порядковыми номерами и с красной строки.

*Сочетанными (сочетающимися) заболеваниями* называют такие заболевания, каждое из которых не смертельно, но, развиваясь одновременно и усложняя патогенез, через совокупность общих осложнений приводят к смерти. К выделению сочетанных заболеваний необходимо относиться тщательно.

*Фоновым заболеванием* предложено называть такую нозологическую единицу, которая имела важное значение в возникновении основного заболевания или обусловила его особую тяжесть, и сыграла роль в возникновении осложнений и неблагоприятном течении основного заболевания.

***Клинический диагноз:***

- Основное заболевание:
- Осложнения основного заболевания:
- Сопутствующие заболевания и их осложнения:

***Выставлен на основании:***

- Жалоб пациента:
- Данных анамнеза:
- Данных проведенного физикального обследования пациента:
- Результатов проведенного лабораторного и инструментального обследования пациента:

— Наличия консультативного заключения (или заключений – кардиолога, пульмонолога, невролога и др.):

— Эффективности проводимого лечения (аргументировать):

— Дифференциальной диагностики с основными заболеваниями, имеющими сходные клинические проявления.

## **XI. ЛЕЧЕНИЕ**

В «реальной» истории болезни лечение расписывается на отдельном листе — *листе врачебных назначений*. Лечение назначается сразу после первичного осмотра пациента (порой неотложная помощь начинается/продолжается уже в приемном отделении). В дальнейшем производится контроль эффективности и безопасности лечения с его коррекцией при необходимости. Схема возможного оформления листа врачебных назначений — «Приложение №2».

Лечение включает: режим (постельный, палатный, свободный); диету (базовый рацион — диета Б; рацион с механическим, химическим и термическим щажением органов пищеварения — диета П; рацион с ограничением легко усваиваемых углеводов и жиров — диета Д; рацион с пониженным содержанием хлорида натрия и жидкости — диета Н или др.); медикаментозную терапию (этиотропную, патогенетическую симптоматическую) с указанием препаратов, доз и методов введения; при необходимости — немедикаментозное лечение (физиотерапия, ЛФК и др.); медицинские манипуляции, хирургическое лечение (при необходимости) и другие индивидуально необходимые лечебные мероприятия.

При необходимости в лечебный процесс могут вноситься коррективы (изменения доз, замена лекарственных средств, дополнительные назначения и др.). Обоснование этих действий должно отражаться в дневнике.

## **XII. ДНЕВНИК**

Дневник истории болезни заполняется каждый день и отражает динамику состояния пациента за истекшие сутки, эффективность и безопасность назначенных лечебных мероприятий, кроме того, в этом разделе описываются обоснования изменений в лечении, назначения дополнительных исследований и лечебно-диагностических процедур, консультативные заключения и многая другая важная для лечебного процесса информация.

При тяжелом общем состоянии пациента дневник заполняется не менее 3–4-х раз в сутки по часам с четким изложением всех лечебных и диагностических мероприятий и их результатов, описанием новых симптомов, обоснованием новых назначений. Больным средней степени тяжести днев-

ник оформляется 1–2 раза в сутки, а в удовлетворительном состоянии — не реже 1 раза в сутки.

Записи в краткой форме должны отражать субъективный и объективный статус пациента на момент курации. Сначала описываются жалобы, отражается положительная или отрицательная динамика жалоб (если такая есть). Это может быть усиление или ослабление (исчезновение) боли, кашля, одышки и т.п., или появление новых жалоб. Затем указывается состояние пациента (удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое). Далее кратко описывается объективный статус с отражением динамики данных, полученных при повторном врачебном осмотре, акцент при этом делается на пораженной болезнью системе. Традиционно принято у любого пациента обязательно отражать в дневнике основные параметры гемодинамики, дыхания, а именно частоту и ритмичность сердечных сокращений, частоту пульса, уровень артериального давления, частоту дыхания. Необходимо также кратко отражать состояния всех остальных систем организма (даже не затронутых болезнью), утреннюю и вечернюю температуру тела, стул, диурез.

При проведении дополнительного исследования, особенно сложных инвазивных диагностических процедур, врач обосновывает необходимость проведения данного обследования, получает письменное согласие пациента на проведение процедуры, а также записывает, как пациент перенес процедуру, ее результат и возникшие в связи с этим диагностические суждения. На многие методы лечения также необходимо получить письменное согласие пациента (например, гемотрансфузия, плановая электроимпульсная терапия и др.).

Необходимо заносить в дневник данные о том, как переносит пациент назначенное лечение (проявления побочных действий лекарственных средств или др.), а также действия врача, направленные на предотвращение или купирование осложнений болезни, побочных эффектов лекарственных средств.

В этом разделе истории болезни также, обычно, описываются консультативные заключения (или в разделе «Результаты проведенного обследования», или на специально выделенном листе консультаций), консилиумы и даже нарушения больничного режима со стороны пациента.

В последнем дневнике (он записывается по общим правилам в последний день пребывания пациента в стационаре) подводится итог лечения, исход заболевания и в заключении указывается, что пациент выписан, даны рекомендации (они затем будут перечислены в эпикризе).

### **ХШ. ЭПИКРИЗ**

История болезни завершается эпикризом, в котором кратко описываются основные жалобы пациента и история его заболевания, объективные

данные, основные лабораторные и инструментальные исследования, диагностическое резюме, течение заболевания в период наблюдения, проведенное лечение и его результаты, дальнейшие рекомендации в отношении режима, диеты, лечения, дальнейшего планового обследования, врачебного наблюдения и даже трудоустройства. Эпикриз — это суждение врача о состоянии пациента, диагнозе, причинах возникновения заболевания, его развитии, результатах обследования и лечения пациента, которое формулируется по завершении стационарного лечения или на его определенном этапе. Эпикриз является обязательной частью истории болезни. В зависимости от исхода заболевания, от последующей тактики ведения пациента, эпикриз может быть *выписной* (выписка из стационара), *переводной* (перевод в другое отделение/стационар), *этапный* (1 раз в 10 дней при длительном пребывании в стационаре), *посмертный* (в случае летального исхода).

*Эпикриз включает в себя следующие разделы:*

1. Фамилия, имя, отчество пациента.
2. Дата (и время, при необходимости) поступления и выписки.
3. Заключительный клинический диагноз.
4. Основные жалобы, предъявляемые при поступлении в стационар (кратко).
5. Основные анамнестические данные (кратко), дающие представления о давности, характере и особенностях течения заболевания и его осложнений, а также сведения о перенесенных других заболеваниях.
6. Описание настоящего ухудшения состояния (краткое) и цели госпитализации.
7. Основные, наиболее важные данные, полученные при физикальном исследовании пациента.
8. Данные лабораторных и инструментальных методов исследования (полученные как минимум в начале и в конце пребывания в стационаре, а лучше — все имеющиеся), а также заключения специалистов-консультантов.
9. Проведенное в стационаре лечение: режим, диета, медикаментозное лечение (дозировки лекарственных препаратов и длительность приема), немедикаментозное лечение, медицинские манипуляции, хирургическое лечение и т.д.
10. Если выявлены аллергические реакции — следует указать лекарственное средство, характер и степень тяжести аллергии.
11. Оценка результатов лечения в стационаре на основании динамики основных клинических проявлений заболевания. Состояние пациента при выписке.
12. Заключение стационара об исходе заболевания: выздоровление, неполное выздоровление, улучшение, состояние без перемен, ухудшение состояния.
13. Трудоспособность: восстановлена, временно утрачена или стойко утрачена в связи с данным заболеванием.

Выдан листок нетрудоспособности (или справка о временной нетрудоспособности) с \_\_\_\_ по \_\_\_\_ . Приступить к труду с \_\_\_\_\_ .

Или л/н, справка о временной нетрудоспособности не выдавались.

14.Рекомендации в отношении режима, диеты, условий работы и образа жизни, вторичной профилактики, дальнейшего медикаментозного лечения (название препарата, дозы, способы приема, длительность лечения), реабилитационного лечения.

15.Рекомендации по амбулаторному/диспансерному динамическому наблюдению с указанием периодичности наблюдения, перечня необходимых методов планового обследования, нуждаемости в консультациях узких специалистов и т.д.

*Переводной эпикриз* отличается от выписного эпикриза только заключительной частью, где указывают причину перевода в другое лечебное учреждение/подразделение.

*Этапный эпикриз* составляют по схеме выписного, по содержанию он может варьировать более широко в зависимости от периода наблюдения за больным. При невыясненном диагнозе в этапном эпикризе, как правило, приводят диагностические гипотезы, планируют дополнительные диагностические исследования; оценивают эффективность проведенного лечения. При установлении диагноза этапный эпикриз содержит обоснование диагноза, суждения о стадии развития болезни, варианте ее течения. В последующих этапных эпикризах оценивают эффективность лечебных мероприятий, обосновывают необходимость их проведения или изменения.

*Посмертный эпикриз* составляют в целом по схеме выписного, но описывают иной исход, опускают некоторые пункты (трудоспособность, рекомендации), описывают и анализируют состояние пациента перед смертью, высказывают мнение о непосредственной причине смерти, устанавливают заключительный клинический диагноз.

## **XIV. СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

В самом конце (на последнем, отдельном листе, не объединяя с эпикризом) необходимо указать список литературы, которую Вы использовали при подготовке и написании учебной истории болезни (не менее 5 источников).

Литературные источники записываются в алфавитном порядке с соблюдением правил библиографического оформления списка литературы. Желательно использовать литературу за последние 5 лет.

## ПРИЛОЖЕНИЯ

### Приложение № 1. Схема оформления титульного листа учебной истории болезни

Учреждение образования  
«Гомельский государственный медицинский университет»

Кафедра внутренних болезней № 1  
с курсом эндокринологии

#### Учебная история болезни

Ф.И.О. пациента: \_\_\_\_\_

Отделение: \_\_\_\_\_

Палата № \_\_\_\_\_

Заведующий кафедрой: ученые степень, звание, Ф.И.О.

Преподаватель: должность, ученые степень, звание, Ф.И.О.

Куратор: студент \_\_\_\_\_ курс \_\_\_\_\_ группа \_\_\_\_\_

Факультет: \_\_\_\_\_

**Время курации:**

начало: \_\_\_\_\_

окончание: \_\_\_\_\_

20 \_\_\_\_ г.

**Приложение № 2. Схема листа врачебных назначений**

(номер карты)

(фамилия, имя, отчество, № палаты)

### Лист врачебных назначений

Назначение	Исполн.	Отметка о назначении, выполнении											
		дата											
Режим													
Диета													
	Врач												
	Сестра												
	Врач												
	Сестра												
	Врач												
	Сестра												
	Врач												
	Сестра												
	Врач												
	Сестра												
	Врач												
	Сестра												
Подписи	Врач												
	Сестра												
	Больной												

Приложение № 3. Первичный осмотр врача приемного отделения

(начало)

### ПЕРВИЧНЫЙ ОСМОТР ВРАЧА ПРИЕМНОГО ОТДЕЛЕНИЯ

Дата: « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. Время: \_\_\_\_\_ часов \_\_\_\_\_ минут

Жалобы пациента: \_\_\_\_\_

История заболевания: \_\_\_\_\_

Анамнез жизни: перенесенные заболевания \_\_\_\_\_

Аллергологический анамнез: не отягощен, отягощен (нужное подчеркнуть, вписать) \_\_\_\_\_

Наследственный анамнез: \_\_\_\_\_

Экспертно-трудовой анамнез: \_\_\_\_\_

#### Объективный статус

**Общее состояние:** удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое, крайне тяжелое. Т тела \_\_\_\_\_ С.

**Сознание:** ясное, оглушение, спутанное, отсутствует, сопор, кома 1, кома 2, кома 3

**Положение:** активное, пассивное, вынужденное (нужное подчеркнуть)

**Состояние психики, настроение:** спокойное, приподнятое, подавленное, тревожное

**Питание:** нормальное, повышенное, пониженное, кахексия (нужное подчеркнуть)

Рост \_\_\_\_\_ см Вес \_\_\_\_\_ см ИМТ \_\_\_\_\_

Состояние подкожного жирового слоя \_\_\_\_\_

**Кожные покровы, видимые слизистые:** без изменений, иктеричные, гиперемированы, бледные, акроцианоз, диффузный цианоз (нужное подчеркнуть)

Сыпь: \_\_\_\_\_

**Лимфоузлы:** не увеличены, увеличены (размер \_\_\_\_\_ см), плотные, эластичные, безболезненные, болезненные

**Костно-мышечная и суставная система:** без отклонений от нормы, изменена (описать) \_\_\_\_\_

**Пульс** \_\_\_\_\_ ударов в мин.; ритмичный, аритмичный, нитевидный, дефицит пульса: нет, да

**Частота сердечных сокращений** \_\_\_\_\_ ударов в мин. \_\_\_\_\_

**Артериальное давление:** \_\_\_\_\_ мм рт. ст. \_\_\_\_\_

**Тоны сердца:** ясные, приглушены, глухие, ритмичные, аритмичные \_\_\_\_\_

**Шумы:** \_\_\_\_\_

**Число дыханий** \_\_\_\_\_ в минуту. **Носовое дыхание:** \_\_\_\_\_

**Отдышка:** в покое, при ходьбе, носит: инспираторный, экспираторный, смешанный характер

**Перкуторно:** звук ясный легочный, притупленный, тупой, коробочный, тимпанический, справа, слева, с обеих сторон \_\_\_\_\_

**Дыхание:** везикулярное, бронхиальное, амфорическое, ослаблено, усилено, справа, слева, с обеих сторон \_\_\_\_\_

**Хрипы:** сухие, влажные (мелкопузырчатые, среднепузырчатые, крупнопузырчатые), крепитация, шум трения плевры справа, слева, с обеих сторон \_\_\_\_\_

**Рвота:** нет/есть \_\_\_\_\_

**Язык:** сухой, влажный, не обложен, обложен \_\_\_\_\_

**Зев:** не гиперемирован, гиперемирован \_\_\_\_\_

### Приложение № 3. Первичный осмотр врача приемного отделения

(окончание)

**Миндалины:** \_\_\_\_\_  
**Печень:** не увеличена, выходит из-под реберной дуги на \_\_\_\_\_ см, безболезненна, болезненна \_\_\_\_\_ **Желчный пузырь:** не определяется, выступает из подреберья на \_\_\_\_\_ см; болезненный, безболезненный  
**Перистальтика** кишечника обычна, изменена (описать): \_\_\_\_\_

**Живот** мягкий, доступен для глубокой пальпации во всех отделах, безболезненный, болезненный в \_\_\_\_\_

**Мочиспускание:** свободное, затруднено, безболезненное, болезненное, расстройства мочеиспускания: нет, да. **Диурез:** \_\_\_\_\_ **Стул:** \_\_\_\_\_

**Симптом поколачивания:** отрицательный, положительный, справа, слева, с обеих сторон

**Периферические отеки** \_\_\_\_\_

**Асцит:** нет, есть \_\_\_\_\_ **Анасарка** \_\_\_\_\_

**Пролежни:** нет, есть (описать) \_\_\_\_\_

**Локальный статус:** \_\_\_\_\_

**Проведенные обследования и консультация врачей в приемном отделении:**

**Диагноз:** \_\_\_\_\_

**Оказанная помощь:** \_\_\_\_\_

Пациент(ка) госпитализируется в \_\_\_\_\_ отделение.

Время \_\_\_\_\_

Ф.И.О. врача \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_

#### Приложение № 4. Согласие пациента на переливание крови

## СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА (УПОЛНОМОЧЕННОГО ЛИЦА) НА ПЕРЕЛИВАНИЕ КРОВИ И ЕЕ КОМПОНЕНТОВ

Я, \_\_\_\_\_  
ф.и.о. пациента или ф.и.о. и степень родства уполномоченного лица  
проинформирован врачом \_\_\_\_\_

о правах пациента в соответствии со ст. 18,44,45,46 Закона Республики Беларусь "О здравоохранении" о медицинском вмешательстве и применении сложных методов диагностики. Согласно ст.46 того же Закона по моей воле в доступной форме я получил имеющуюся информацию о состоянии моего здоровья, включая сведения о:

- результатах обследования;
- наличия заболевания;
- диагноз заболевания;
- прогноз заболевания;
- методах лечения и риске с ними связанном: (заражение вирусным гепатитом, ВИЧ-инфекцией, сифилисом)
- последствиях возможных вариантов осложнений при переливании крови и ее компонентов.

Результаты лечения с применением переливания крови и ее компонентов будкт сообщены мне дополнительно.

В процессе изложения информации о состоянии моего здоровья врач не приукрашивал возможностей предполагаемого переливания крови и ее компонентов, не скрывал возможных осложнений.

На основании полученной информации о состоянии моего здоровья я даю информированное добровольное согласие на переливание крови и ее компонентов.

" \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 г. \_\_\_\_\_  
подпись пациента или давшего согласие

\_\_\_\_\_   
подпись врача

## ЛИТЕРАТУРА

1. *Бова, А. А.* Схема написания истории болезни: метод. рекомендации / А. А. Бова, А. А. Королева. — Минск: БГМУ, 2009. — 28 с.
2. *Друян, Л. И.* Схема учебной истории болезни в клинике пропедевтики внутренних болезней: учеб.-метод. пособие / Л. И. Друян, Л. В. Романьков. — Гомель: ГомГМУ, 2009. — 24 с.
3. *Друян, Л. И.* Медицинская терминология в пропедевтике внутренних болезней: учеб.-метод. пособие / Л. И. Друян, А. Л. Калинин. — Гомель: ГомГМУ, 2017. — 216 с.
4. *Казаченок, В. М.* Схема академической истории болезни: метод. рекомендации / В. М. Казаченок, А. И. Лемешевский. — Минск: БГМУ, 2007. — 23 с.
5. Пропедевтическая диагностика анемий и геморрагических диатезов (в вопросах и ответах): учеб.-метод. пособие / А. Л. Калинин [и др.]. — Гомель: ГомГМУ, 2015. — 74 с.
6. *Малаева, Е. Г.* Внутренние болезни (Internal diseases): учеб. пособие / Е. Г. Малаева, И. И. Мистюкеви. — Гомель: ГомГМУ, 2014. — 198 с.
7. Клиническое обследование и оформление истории болезни / Л. М. Немцов [и др.]; под общ. ред. Н. Е. Федорова. — М.: Мед. лит., 2008. — 192 с.
8. *Романьков, Л. В.* Пропедевтико-диагностическая оценка электрокардиограммы и фонокардиограммы: учеб.-метод. пособие / Л. В. Романьков, Л. И. Друян. — Гомель: ГомГМУ, 2012. — 96 с.
9. Пропедевтическая диагностика заболеваний органов дыхания: учеб.-метод. пособие / Л. В. Романьков [и др.]. — Гомель: ГомГМУ, 2012. — 52 с.

Учебное издание

**Ходунов** Олег Борисович  
**Малаева** Екатерина Геннадьевна  
**Алейникова** Татьяна Васильевна др.

**СХЕМА  
УЧЕБНОЙ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ**

**Учебно-методическое пособие  
для студентов 5 курса всех факультетов  
медицинских вузов**

Редактор *Т. М. Кожемякина*  
Компьютерная верстка *С. Н. Козлович*

Подписано в печать 19.04.2018.  
Формат 60×84<sup>1</sup>/<sub>16</sub>. Бумага офсетная 65 г/м<sup>2</sup>. Гарнитура «Таймс».  
Усл. печ. л. 2,33. Уч.-изд. л. 2,54. Тираж 90 экз. Заказ № 190.

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.