

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РФ  
ФЕДЕРАЛЬНОЕ АГЕНТСТВО ПО ОБРАЗОВАНИЮ  
ГОУ ВПО «БУРЯТСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»  
МЕДИЦИНСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ

**Жамбалов Д.Б.**

**Схема истории болезни больного**  
*(методическая разработка) с дополнениями*

Улан-Удэ  
2009г.

ГОУ ВПО «БУРЯТСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»  
МЕДИЦИНСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ

Кафедра терапии №1

Рецензенты: зав. кафедрой инфекционных болезней д.м.н., профессор  
Убеева И.П.  
зав. кафедрой терапии №2 к.м.н., доцент Батудаева Т.И.

Методическая разработка предназначена для студентов 4, 5,6 курсов и врачей- интернов по специальности терапия. Может служить руководством для правильного заполнения основного медицинского документа – истории болезни больного. Материал изложен в соответствии с практическими этапами заполнения терапевтом этого документа. Приведены примеры и возможные шаблоны для первого опыта грамотного заполнения истории болезни.

## Содержание:

Введение.....	4
Схема истории болезни.....	4
1. Паспортная часть.....	
2. Жалобы больного.....	
3. Анамнез заболевания.....	5
4. Анамнез жизни.....	6
5. Объективный осмотр.....	7
- состояние органов дыхания.....	8
- состояние сердечно-сосудистой системы.....	8
- состояние органов ЖКТ.....	10
- состояние мочеполовой системы.....	10
- состояние нервно-психической сферы.....	10
6. Предварительный диагноз.....	10
7. План обследования.....	11
8. План лечения.....	11
9. Результаты лабораторных данных и дополнительных методов исследования I I	
10. Дневник.....	12
11. Клинический диагноз и его обоснование.....	13
12. Дифференциальный диагноз.....	14
13. Эпикриз.....	14
Приложение (оформление титульного листа).....	17
Приложение (некоторые синдромы).....	18
Список литературы, используемой для разработки методического пособия.....	19

«Историю нужно писать рачительно, немногословно, с точным повествованием о случившемся происшествии. Как лечить должно просто, так и писать просто»  
М.Я. Мудров.

### **Введение**

История болезни – медицинский юридический документ, отражающий работу врача, его опыт, знания, профессионализм, умение клинически мыслить. Она свидетельство правильного ведения больного врачом и/или совершенных им ошибок.

История болезни – это документ и больного, на основе которого можно судить о причинах болезни и ее развитии, о течении заболевания, о необходимости диагностических и лечебно-профилактических мероприятий, включая экспертизу нетрудоспособности и профессиональной пригодности.

Схема обследования больного преследует основную цель - обеспечить планомерно-последовательное изучение субъективных и объективных проявлений болезни. Тщательное обследование больного позволяет избежать диагностических ошибок. Грамотно оформленная (написанная) история болезни служит критерием хорошего качества работы врача. История болезни оценивается экспертами страховых компаний и это является основанием для оплаты за работу или наложения штрафных санкций. Предлагаемая схема истории болезни традиционна и включает следующие разделы:

## **Схема истории болезни**

### **1. Паспортная часть**

Содержит следующие сведения о больном: фамилия имя отчество, возраст, место жительства, место работы, должность.

Дата поступления, дата курации, дата выписки.

Диагнозы направившего учреждения, при поступлении, клинический, окончательный: основной, сопутствующий, осложнения.

Даты постановки диагноза.

Сведения о близких родственниках: Ф.И.О., домашний адрес и телефон.

Данные страхового полиса больного.

Данные о контактных лицах: Ф.И.О., адрес, место работы, для детей - посещение организованных коллективов.

### **2. Жалобы больного**

Первое - укажите дату, час, минуты, когда Вы приступили к опросу и осмотру больного.

Опрос жалоб необходимо начать с внимательного доброжелательного выслушивания, вольного изложения их больным. Сбор жалоб больного производится подробно. При выявлении жалоб важны не только их констатация, но и конкретизация и детализация. Например: характер, интенсивность и локализация болей, их продолжительность. При уточнении жалоб нельзя ограничиваться только сообщениями больного, необходимо дополнительно выявить жалобы по органам и системам, которые могут быть вовлечены в патологический процесс. Врач активно "с макушки до пят" (М.Я.Мудров) посистемно опрашивает больного, выявляя жалобы, упущенные больным, не только наблюдаемые на день осмотра, а периодически в его жизни.

Научным методом дедукции от общего к частному, от частного к общему суждению изучаем каждую жалобу, высказанную больным или выявленную активно врачом. При этом уже на этапе опроса жалоб проводится дифференциальная диагностика. Вопросы

больному задаются конкретно, исходя из теоретических знаний механизма развития данного субъективного симптома при том или ином заболевании.

Жалобы отражаются в истории болезни после их анализа, но не как излагал их вольно больной, а профессиональным языком, т.е. то, что логическим клиническим мышлением выявил врач и уточнил при активном опросе. При этом записываются в начале ведущие жалобы, посиндромно относящиеся к основному заболеванию, а затем остальные, не укладывающиеся в его клинику.

Пример: Жалобы на ноющую боль в грудной клетке справа, усиливающиеся при глубоком дыхании и повороте туловища; одышку смешанного характера, возникающую при обычной ходьбе; кашель со слизисто гнойной мокротой до 100 мл. равномерно в течение суток; повышение температуры до 39С; потливость; выраженную слабость.

В вышеуказанном примере жалобы изложены в порядке от более тяжелых и специфичных к более легким и общим.

### **3. Анамнез заболевания**

История развития настоящего заболевания, т.е. хронологическая последовательность появления и группирования симптомов. Следует иметь в виду, что развитие острого заболевания происходит быстро, поэтому детали анамнеза необходимо выяснять с учетом дней болезни, а часто даже часов с начала заболевания. При этом выясняется дата заболевания и начало (постепенно, остро, внезапно), при каких обстоятельствах (на фоне полного здоровья или болезненного процесса, какого). Уточняются начальные симптомы болезни, особенности их проявления, наличие продромального периода. Отслеживается развитие каждого симптома в хронологическом порядке, от его возникновения до дня осмотра больного. Указывают динамику развития симптомов, частоту осложнений, рецидивов (если они имели место). Прием лекарственных препаратов (дозы и кратность приема) и других методов лечения, их влияние на дальнейшее течение болезни. Были ли периоды улучшения, ухудшения. Уточняется время первичного обращения к врачу, предполагаемый диагноз, проводимые методы исследования, их результаты, характер догоспитальной терапии, её влияние на динамику болезни. Указывается: откуда доставлен больной, каким видом транспорта, уточняется характер возможных реанимационных мероприятий во время транспортировки. При переводе из другого ЛПУ следует уточнить сведения о консультанте - инфекционисте, хирурге, гинекологе давшего санкцию на перевод. Особое внимание уделяется переводному эпикризу.

Пример: Пациент около 15 лет страдает артериальной гипертензией, выявленной случайно при прохождении медицинского осмотра. Выставлялся диагноз гипертоническая болезнь. Регулярно лечение не принимал, только эпизодически. АД рабочим считает 160 и 90 мм.рт. В 2006 г. отмечает стационарное лечение в неврологическом отделении БСМП по поводу гипертонического криза и транзиторного нарушения мозгового кровообращения. Выписан с улучшением: дизартрия и гемипарез слева исчезли, АД при выписке 130 и 80 мм. рт. ст. Далее принимал энап 5 мг 2 раза в день нерегулярно. Высокое АД не чувствует и самостоятельно не контролирует. В феврале 2007 г. стал отмечать появление давящих болей за грудиной при интенсивной физической нагрузке. За помощью не обращался. Боли купировались в покое. 15 декабря 2008 на фоне обычных нагрузок возникли сильные раздирающие боли за грудиной сопровождавшиеся одышкой смешанного характера и страхом смерти. Бригадой скорой медицинской помощи доставлен в приёмный покой ГК БСМП и госпитализирован в отделение кардиореанимации с диагнозом ИБС кардиогенный шок крупноочаговый инфаркт миокарда.

В вышеуказанном примере повествование ведется с момента первого вовлечения сердечно сосудистой системы.

#### 4. Анамнез жизни

Краткие биографические данные: год и место рождения, в какой семье родился, каким ребенком по счету, как рос и развивался. Образование: неполное или полное среднее, специальное среднее или высшее. У мужчин необходимо выяснить, служил ли в армии, в каких войсках, участвовал ли в боевых действиях, нахождение в местах лишения свободы; есть ли интимные проблемы.

*Семейно-половой анамнез:* для женщин - время появления менструации, их периодичность, продолжительность менструаций, количество выделений. Возраст вступления в брак. Беременности, роды и аборты (самопроизвольные и искусственные), их количество и осложнения (менопауза), наличие гинекологических заболеваний. Климакс и его течение. Время окончания менструаций

Семейное положение в настоящий момент. Количество детей.

*Трудовой анамнез:* с какого возраста, кем и где начал работать. Дальнейшая трудовая деятельность в хронологической последовательности с указанием мест работы и должностей. Условия и режим труда (ночные смены, пребывание на сквозняке, длительное статическое напряжение, физическое и психоэмоциональное напряжение, температурный режим и т.п.). Профессиональные вредности (воздействие токсических, химических соединений, пылей, ионизирующей радиации и других вредностей).

*Бытовой анамнез:* жилищные и санитарно-гигиенические условия в быту (площадь помещений, их характеристика, наличие удобств). Количество проживающих на данной жилплощади лиц. Климатические условия. Пребывание в зонах экологических бедствий.

*Питание:* режим и регулярность питания, характер и разнообразие пищи, калорийность п т.д.

*Вредные привычки:* курение, с какого возраста, в каком количестве. Употребление алкоголя и его суррогатов, с какого возраста, в каком количестве. Употребление наркотиков. Токсикомания.

*Перенесенные заболевания:* в хронологической последовательности излагаются все перенесенные заболевания, операции, травмы, ранения, контузии с указанием возраста больного, длительности и тяжести этих заболеваний, травм и их осложнений и проводившегося лечения. Отметить, переливалась ли ранее кровь или кровезаменители, и были ли реакции на переливание. Выясняются *иммунологические данные:* сделанные прививки (какие, когда, сколько раз, время последней прививки); введение сывороток; перенесенные в прошлом инфекционные заболевания. Особо указать на перенесенные инфекционные заболевания, венерические болезни, туберкулез, желтуху.

Уточняется *парентеральный анамнез:* наличие гемотрансфузии, переливание плазмы, элементов крови; парентеральные и оперативные вмешательства за последние 6 месяцев.

*Аллергологический анамнез:* непереносимость пищевых продуктов, различных медикаментов, вакцин и сывороток. Наличие аллергических реакций (вазомоторного ринита, крапивницы, отека Квинке), причины этих реакций, их сезонность.

*Страховой анамнез:* длительность последнего больничного листа, общая продолжительность больничных листов по данному заболеванию за последний календарный год. Инвалидность (с какого возраста, причина, группа инвалидности).

*Наследственность:* родители, братья, сестры, дети. Состояние их здоровья, заболевания, причины смерти (указать, в каком возрасте). *Отягощенная наследственность:* наличие у ближайших родственников злокачественных новообразований, сердечно-сосудистых (инфаркт миокарда, стенокардия, артериальная гипертензия, инсульты), эндокринных (сахарный диабет, тиреотоксикоз и др.), психических заболеваний, геморрагических диатезов, алкоголизма. Наличие у ближайших родственников в анамнезе туберкулеза и сифилиса, нарушений психики и фактов попыток к суициду.

*Эпидемиологический анамнез.* Эпиданамнез имеет наводящее значение при подозрении на инфекционное заболевание. Эпиданамнез преследует цель - выявить возможный источник инфекции, пути заражения, иммунный статус. При сборе эпиданамнеза выявляются наличие контакта с инфекционными больными (дома, у соседей, на работе; контакт с лихорадящими больными). Следует уточнить, не было ли случаев инфекционных заболеваний в доме, во дворе, ближайшем окружении. Пребывание в дороге, в разъездах, контакт с приезжими лицами, проживание в эпидемически неблагоприятной местности в последнее время. Контакт с больными животными, уход за животными, участие в охоте, пребывание за границей; характер трудовой деятельности. При наличии контакта, выяснить: кто болел, когда, какой был контакт (кратковременный, длительный, в каком периоде болезни).

*Половой анамнез:* наличие случайных половых связей, смена партнеров, защищенность секса, выявление вирусного гепатита и хронического вирусного гепатита у половых партнеров.

Применялись ли традиционные методы лечения (средства тибетской медицины, иглоукалывание, траволечение, лечение шаманов и др.) и их эффективность.

## **5. Объективный осмотр (STATUS PRAESENS OBJECTIVUS)**

Его цель: после осмотра больного выделить у него преобладающие клинические синдромы, необходимые для постановки синдромального диагноза. Основные клинические синдромы см. в приложении №2.

*Общее состояние больного:* удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое, крайне тяжелое, состояние клинической смерти.

*Состояние сознания:* ясное, спутанное - ступор, сопор, кома, бред, галлюцинации.

*Положение больного:* активное, пассивное, вынужденное (указать, какое).

*Телосложение:* правильное, неправильное.

*Конституция:* нормостеническая, гиперстеническая, астеническая.

*Питание:* кахексия, пониженное, умеренное, повышенное, избыточное.

Рост, вес, температура тела.

Состояние кожи, подкожной клетчатки, видимых слизистых, лимфатических узлов, состояние щитовидной железы, осмотр на чесотку, педикулез; состояние костно-мышечной системы; у женщин состояние молочных желез.

*Осмотр кожи* следует производить, полностью раздев больного. Обращают внимание на цвет кожи, сухость, тургор ткани, время расправления кожной складки. Наличие сыпи, сосудистых изменений, пигментаций, рубцов, трофических изменений (язвы, пролежни), повреждений.

*Видимые слизистые.* Цвет (розовый, бледный, синюшный, красный, желтушный); высыпания на слизистых (энантема), их локализация, выраженность; влажность слизистых.

*Подкожно-жировая клетчатка.* Развитие (умеренное, слабое, чрезмерное), толщина кожной складки в см на животе (около пупка) и на спине (под углом лопатки), места наибольшего отложения жира (на животе, руках, бедрах); отеки (*oedema*), их локализация (конечности, поясница, живот), распространенность (местные или анасарка), выраженность (пастозность, умеренные, резко выраженные), консистенция отеков.

*Лимфатические узлы.* Локализация пальпируемых лимфоузлов (затылочные, околоушные, подчелюстные, шейные, надключичные, подключичные, подмышечные, локтевые, паховые, подколенные), их величина, форма, консистенции, болезненность, подвижность, сращение между собой, с окружающими тканями и кожей, состояние кожи над лимфоузлами.

*Мышцы.* Степень развития (удовлетворительная, слабая, атрофия, гипертрофия), тонус (сохранен, снижен, повышен - ригидность мышц), сила мышц (достаточна, снижена, симметрична), болезненность и уплотнения при ощупывании.





Эпигастральная пульсация: ее характер (связь с пульсацией брюшной аорты, сердца, печени), распространенность (ограниченная или разлитая), расширение вен в области грудины.

пальпация. Верхушечный толчок: его локализация, сила, высота, резистентность. Сердечный толчок: его локализация, площадь. Дрожание в области сердца (*fremitis*): его локализация, отношение к фазам сердечной.

ПЕРКУССИЯ.

Относительная тупость сердца;

Границы относительной тупости сердца:

Правая.....

Левая .....

Верхняя .....

Поперечник относительной тупости сердца (в см, правый, левый, общий)

Ширина сосудистого пучка (в см, во II межреберье)

Конфигурация сердца (нормальная, митральная, аортальная, *cor bovinum*, трапециевидная, легочная).

Абсолютная тупость сердца: .

Границы абсолютной тупости сердца:

Правая.....

Левая .....

Верхняя .....

АУСКУЛЬТАЦИЯ. Тоны: ритм сердечных сокращений (ритмичные или аритмичные с указанием формы аритмии - дыхательная аритмия, мерцательная аритмия, экстрасистолия, выпадение сердечных сокращений). Число сердечных сокращений.

Первый тон, его громкость (ослабленный, усиленный, хлопающий), расщепление или раздвоение первого тона (указать в каких точках аускультации).

Второй тон, его громкость (ослабленный, усиленный - акцентированный), расщепление или раздвоение второго тона (указать точки аускультации).

Дополнительные тоны: пресистолический и протодиастолический ритм галопа, ритм перепела, систолический галоп (указать точки аускультации). Шумы: отношение к фазам сердечной деятельности (систолический, диастолический, пресистолический, протодиастолический, мезодиастолический и т.д.). Место наилучшего выслушивания шума. Проведение шума. Характер шума (мягкий, дующий, скребущий, грубый и т.д.), его тембр (высокий, низкий), громкость (тихий, громкий), продолжительность (короткий, длинный, нарастающий, убывающий и др.). Изменение шума в зависимости от положения тела, задержки дыхания на вдохе и выдохе и после физической нагрузки. Шум трения перикарда: место наилучшего выслушивания, характер шума (грубый и громкий, тихий, нежный).

**ИССЛЕДОВАНИЕ СОСУДОВ.** Исследование артерий: осмотр и пальпация височных, сонных, лучевых, подколенных артерий и артерий тыла стопы; выраженность пульсации, эластичность, гладкость артериальной стенки, извитость артерий. Определение пульсации аорты в яремной ямке. Выслушивание сонных и бедренных артерий (двойной тон Траубе, двойной шум Виноградова-Дюрозье и др.).

Артериальный пульс: артериальный пульс на лучевых артериях: сравнение пульса на обеих руках, частота, ритм (наличие аритмий и дефицита пульса), наполнение, напряжение, величина, скорость, форма пульса. Артериальное давление (АД): на плечевых артериях в мм.рт.ст. Исследование вен: осмотр и пальпация шейных вен, их набухание, видимая пульсация, наличие отрицательного или положительного венозного пульса. Выслушивание яремной вены ("шум волчка"). Наличие расширения вен грудной клетки, брюшной стенки, конечностей с указанием места и степени расширения.

Уплотнения и болезненность вен с указанием вены и протяженности уплотнения или болезненности.

*Состояние органов желудочно-кишечного тракта.*

Осмотр и описание состояния губ (ярко-красные, синюшные, покрытые корочками, трещинами); состояние слизистой рта (окраска, налеты, изъязвления). Свободное открывание рта или тризм, запах изо рта, состояние зубов и десен, состояние языка (влажный, сухой, чистый, «лаковый», «малиновый», обложенный), характер налета.

Слизистая зева: окраска, гиперемия, отечность. Небные миндалины: увеличены (I, II, III стадия), отечны, изъязвлены, покрыты налетом (его характер); есть ли в лакунах скопление гноя, фолликулы; слизистая оболочка задней стенки глотки: гиперимирована, отечна, покрыта налетом, лимфоидные образования (зернистость, гранулезный фарингит).

Осмотр живота. Форма живота, его симметричность, участие в акте дыхания, видимая перистальтика желудка и кишечника, венозные коллатерали, рубцы, состояние пупка.

Окружность живота на уровне пупка.

Пальпация живота: поверхностная и глубокая. Поверхностная ориентировочная пальпация: болезненные области, напряжение мышц брюшной стенки (мышечная защита – *defance musculaire*). Расхождение прямых мышц живота и наличие грыжи белой линии, пупочной грыжи, перитонеальные симптомы (симптом Щеткина-Блюмберга и др.). Наличие поверхностно расположенных опухолевидных образований. Методическая глубокая скользящая пальпация по Образцову-Стражеско сигмовидной, слепой, нисходящей ободочной кишки, большой кривизны желудка, привратника (с предварительным определением нижней границы желудка методом перкуссии, перкуторной пальпации - определение шума плеска, а также методом аускультативной перкуссии) и поперечно-ободочной кишки. Определяется локализация, болезненность, размеры, форма, консистенция, характер поверхности, подвижность и урчание различных участков кишечника и желудка.

Перкуссия живота (состояние печеночной тупости, тимпанит, наличие выпота).

Перистальтика кишечника: состояние сигмовидной, слепой, поперечно-ободочной, подвздошной кишки. АУСКУЛЬТАЦИЯ. Характеристика выслушиваемой перистальтики кишечника. Шум трения брюшины.

Сосудистые шумы (в области проекции брюшной аорты, почечных артерий).

Пальцевое исследование прямой кишки, осмотр заднего прохода, кратность стула, его характеристика (консистенция, цвет, запах, патологические примеси).

Печень: верхняя и нижняя границы печени, перкуторно размеры печени по Курлову.

Пальпация печени. Пальпация желчного пузыря. Пальпация поджелудочной железы.

Селезенка: границы перкуторно, пальпаторные данные.

*Состояние мочеполовой системы.*

Характер мочеиспускания, цвет мочи, частота, суточное количество. Осмотр поясничной области. Симптом поколачивания. ПАЛЬПАЦИЯ почки: пальпируемость почек в положении лежа и стоя, при увеличении почек - их болезненность, консистенция, величина, форма, подвижность, наличие симптома баллотирования.

Мочевой пузырь: пальпируемость мочевого пузыря, при его увеличении - уровень расположения дна мочевого пузыря, болезненность при пальпации. Перкуссия области мочевого пузыря. Исследование половых органов.

*Состояние нервно-психической сферы.*

Адекватность поведения, доступность контакту, менингеальные симптомы, состояние ЧМН. Состояние органов зрения, наличие бульбарных расстройств.

При необходимости - локальный статус.

## **6. Предварительный диагноз**

На этапах опроса и осмотра больного врач, используя знания причин, механизма развития заболевания и его осложнений, выявляет симптомы (субъективные) и признаки (объективные). Затем объединяет их в синдромы при наличии патологической взаимосвязи. Из всех выделяет ведущий синдром (кардиалгии или бронхообструктивный

и др.), определяет *дифференциальный ряд заболеваний*, при которых наблюдается данный синдром. Знание особенности течения ведущего синдрома, причин, механизмов развития при каждом *заболевании дифференциального ряда* позволяют провести дифференциальную диагностику. Найти заболевание, для которого характерны как основной, так и другие синдромы построенного дифференциального диагностического ряда заболеваний, обнаруженные у больного, но не свойственные другим заболеваниям. После чего высказывается гипотеза рабочего (предварительного) диагноза (диагнозов).

Формулировка предварительного основного диагноза так же, как конкурирующего, сопутствующего и/или фонового, должна быть полной (нозологией, стадией, фазой, степенью активности, основные клиничко-морфологические синдромы, осложнения, нарушения функции), в соответствии с классификацией, принятой в стране и ВОЗ.

В данном разделе истории болезни формулируются основные гипотезы природы болезни пациента без перечисления выявленных синдромов.

Пример. Предположим, что при сборе жалоб, анамнезов данных осмотра, выявлен синдром легочного инфильтрата. Предварительный диагноз будет выглядеть следующим образом:

1. Внебольничная пневмония нижней доли справа ДН2
2. Инфильтративный туберкулез нижней доли справа ДН2
3. *Suspicio blastoma pulmonis dextra* ДН2

В этом примере построен дифференциально-диагностический ряд по одному синдрому. И так желательно выстраивать по всем выявленным синдромам.

#### **7. План обследования**

Включает в себя назначения общеклинических, биохимических и специальных исследований (иммунологических, инструментальных), обеспечивающих диагностику предполагаемого заболевания и дифференциальную диагностику по вышеуказанному в примере ряду заболеваний.

#### **8. План лечения**

При поступлении больного в крайне тяжелом состоянии на первый план выступает оказание неотложной помощи. Лечение планируется и обосновывается по основному и сопутствующему заболеваниям. Лечение должно быть комплексным, полным, при этом следует избегать полипрагмазии.

Плановое лечение должно быть комплексным, включающим диетотерапию, организацию лечебно-охранительного режима, этиотропную, патогенетическую, симптоматическую терапию с индивидуальным подходом (назначаемые медикаментозные средства выписываются по общепринятым методикам на латинском языке, с указанием дозы и сигнатуры). Любые сокращения, в том числе и в названии препаратов, в истории болезни не допускаются.

*История болезни должна содержать цель госпитализации, планируемый результат, сроки пребывания, запись о добровольной информативности о госпитализации, медицинских вмешательствах или об отказе.*

*В конце ставится разборчиво фамилия врача.*

*Перед проведением любой манипуляции обосновывается ее необходимость; описывается состояние больного перед процедурой; вид проводимого исследования, степень риска, возможные осложнения, а также письменное соглашение больного (или родственников) на проведение.*

#### **9. Результаты лабораторных данных и дополнительных методов исследования**

Указываются результаты всех дополнительных и обязательных лабораторных и инструментальных методов исследования, а также заключения специалистов-консультантов. Интерпретация результатов. Фиксируются в хронологической последовательности.

## 10. Дневники динамического наблюдения за больным

Дневник - это ежедневное наблюдение врача за течением основных проявлений болезненного процесса и данных профессионального осмысления лечащим врачом происходящего в состоянии больного, полученных вспомогательных лабораторно-инструментальных данных.

В дневниках красной чертой отслеживаются симптомы и признаки болезни, особенно ведущего синдрома, а также основные параметры гемодинамики и всех систем больного. Анализируя изменения клинической картины, высказывает свое суждение, почему это происходит. Отмечает наблюдаемые изменения течения болезни, лабораторных и инструментальных исследований, подтверждает ранее высказанную гипотезу диагноза или вносит противоречие. Последнее также объясняет, как он это расценивает и что предполагает.

**Врач в дневнике обязан показать, как изменяется течение болезни (улучшение, ухудшение, без изменений), а также обосновывает вносимые изменения в план обследования и лечения. Анализирует эффективность проводимого лечения, наблюдаемые побочные эффекты.**

При верифицированном диагнозе, удовлетворительном состоянии больного дневник ведется один раз в три дня, при ежедневном осмотре больного, однако в нем отражаются события за все 3 дня наблюдения. При тяжелом состоянии больного и в неясных случаях дневник ведется ежедневно, а в ряде случаев (неотложное состояние) - неоднократно с указанием часа и минут осмотра.

### **Дневник должен содержать:**

1. Жалобы и их изменения при динамическом наблюдении.
2. Данные объективного осмотра больного, отражающие жизненные функции (общее состояние, кожа, видимые слизистые, лимфоузлы, система органов дыхания (осмотр, пальпация, аускультация, частота дыхания), сердечно-сосудистая система (осмотр, пальпация, аускультация, частота дыхания), живот и ЖКТ, (осмотр, пальпация, аускультация, ЧСС, пульс, АД на обеих руках) мочеполовая система (осмотр, пальпация, аускультация), локальный статус при необходимости.
3. Анализ изменений клиники и данных лабораторно инструментальных исследований.
4. Врачебные назначения диагностических процедур для дообследования и лечебных мероприятий.

В учебной истории болезни необходимо наличие минимум 3 дневников.

Пример.

22.012009г. Жалобы на боль в грудной клетке и одышку охраняются. Отмечает уменьшение температуры до 37.

Состояние средней степени тяжести. Кожа бледная чистая. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Т 37,5. Грудная клетка симметрична левая половина несколько отстает в акте дыхания. ЧД 28 При пальпации болезненна справа. Справа ниже угла лопатки отмечается усиление голосового дрожания. Перкуторно там же притупление. Над остальными полями легочный звук. При аускультации дыхание жесткое по всем полям. Над зоной притупления ослабление и влажные мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС 95 АД 130 и 80 Живот обычной формы, При пальпации мягкий безболезненный. Печень по краю реберной дуги. 9 8 7 по Курлову. Поджелудочная железа, селезенка, почки не пальпируются. Область почек внешне не изменена. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Мочеиспускание свободное и безболезненное. Диурез 1500мл в сутки. Стул был оформленный обычного цвета утром. Отеков нет.

КТ органов грудной клетки, повторить анализ мокроты на БК и АК.

Амоксициллин отменить

Назначить цефатаксим 2,0 2 раза в/венно

## 11. Клинический диагноз и его обоснование

Формулировка клинического диагноза должна быть в соответствии с классификацией, принятой в стране и ВОЗ.

**В формулировке диагноза должны быть выделены:**

Диагноз основного заболевания, включая указание степени (стадии) тяжести, формы заболевания, характера течения (острое, подострое, хроническое, рецидивирующее, затяжное и др.), фазы активности патологического процесса, основные клиничко-морфологические синдромы, осложнения, степени (стадии) функциональных расстройств.

**Далее проводится краткое обоснование диагноза по следующему примерному плану:**

- 1) анализируя основные жалобы больного, вначале целесообразно сделать заключение о преимущественном поражении того или иного органа или системы;
- 2) анализируя все имеющиеся клинические симптомы (жалобы, анамнез, физикальные и лабораторно-инструментальные данные), необходимо выделить основные патологические симптомы и синдромы и дать их подробную характеристику;
- 3) анализируя патогенетическую взаимосвязь отдельных патологических симптомов и синдромов, сделать заключение об их возможном единстве и принадлежности к тому или иному заболеванию (т.е. привести доказательства нозологического диагноза).

Пример: Диагноз – ХОБЛ хронический обструктивный бронхит с частыми обострениями, фаза обострения ДН 2 Диффузно выраженные эмфизема, пневмосклероз. Хроническое декомпенсированное легочное сердце, Н2Б.

Доказательством наличия бронхита у больного является ведущий синдром - бронхитический (кашель). За хронический бронхит, согласно определению ВОЗ - наличие постоянного кашля продолжительностью до 3 месяцев на протяжении двух последних лет.

Бронхообструктивный синдром может быть (дифференциальный ряд) при ХОБ, бронхиальной астме и ряде заболеваний с левожелудочковой сердечной недостаточностью (гипертоническая болезнь, митральный аортальный стеноз), хроническом нефрите и др.

За обструктивный вариант течения бронхита свидетельствует курение больного на протяжении более 30 лет, а также имеющийся клиничко-морфологический синдром диффузной эмфиземы. Признаками эмфиземы являются бочкообразная форма грудной клетки, коробочный звук по всем легочным полям, смещение нижней границы легких до 12 ребра, ограничение подвижности нижнего легочного края по лопаточной линии до 3-4 см, ослабленное везикулярное дыхание с удлиненным выдохом.

Отсутствие обратимых, спорадических приступов удушья, выраженные признаки эмфиземы, возраст больного старше 50 лет и давность заболевания до 2 лет исключают диагноз бронхиальной астмы. Как и исключается кардиологическая патология, т.к. в анамнезе и при осмотре нет повышения АД, гипертрофии левого желудочка физикальных данных за порок сердца. В анализах мочи по амбулаторной карте не обнаружено патологических изменений - нет и хронического нефрита.

Хроническое легочное сердце, его декомпенсация доказывается признаками недостаточности кровообращения по правожелудочковому типу (увеличенная болезненная печень, периферические отеки).

Одышка в покое, цианоз, тахикардия, увеличенная болезненная печень и периферические отеки подтверждают недостаточность кровообращения Н2Б по классификации Василенко-Стражеско.

Фармакопробы с сальбутамолом и атровентом – отрицательны, что говорит о необратимой обструкции. Это более характерно для ХОБЛ.

Нужно стремиться к лаконичному изложению обоснования, беря в доказательства неоспоримые аргументы, с ежедневным опытом это придет и достаточно скоро.

Обоснование диагноза - это тренировка лаконичного клинического мышления. Врач, избегающий оформления обоснования диагноза в истории болезни, лишает себя опыта

формирования клинического логического мышления, позволяющего даже в трудных сложных случаях разобраться и верифицировать диагноз.

## **12. Дифференциальный диагноз**

На основе имеющихся теоретических знаний определяют критерии ведущего синдрома, специфичные только для предполагаемого заболевания. Затем рассматривает признаки ведущего синдрома, характерные для других заболеваний рассматриваемого дифференциального ряда. Если признаки ведущего синдрома не характерны некоторым заболеваниям, они исключаются, а типичные для двух-трех заболеваний дифференциального ряда оставляются для рассмотрения. Затем признаки ведущего синдрома в дифференциальном плане оцениваются в сумме с другими имеющимися у больного синдромами и отдельными симптомами. Примерка портным платью к фигуре конкретного заказчика напоминает процесс обоснования диагноза. Примерно также примеряется клиника каждого из 2-3 предполагаемых заболеваний к клиническим проявлениям болезни, имеющейся у больного. При этом все рассматривается через призму теоретических знаний причин, механизма развития каждого признака, симптома могущего быть при том, другом, третьем заболевании.

Пример: Хронический: гломерулонефрит, гипертонический вариант, фаза обострения. Не осложненный. Без нарушения функции почек.

Мочевой синдром является ведущим синдромом при хроническом гломерулонефрите, без которого мы не имеем возможности подтвердить данное заболевание. Специфичными признаками мочевого синдрома для этого заболевания являются: значительная суточная протеинурия в сочетании с микрогематурией и цилиндрурией. Таковые бывают при вторичном амилоидозе, васкулитах (с.Гудпасчера), узелковом периартериите. Зная, что при хроническом гломерулонефрите повреждается гломерулярный аппарат, и развиваются внепочечные синдромы - почечная симптоматическая артериальная гипертония, ответная компенсаторная реакция целостного организма на повреждение паренхимы почек (клубочкового аппарата). Артериальная гипертония не характерна для амилоидоза и с.Гудпасчера. При синдроме Гудпасчера есть поражения сосудов легких (пульмонит). Поскольку в данном случае поражении легких нет при давности заболевания более 3-х лет, следовательно, этот процесс менее вероятен, но необходимы для окончательного исключения рентгенография легких и исследование мокроты на сидерофаги. При вторичном амилоидозе при подобном мочевом синдроме должен быть нефротический синдром, в анамнезе хронический гнойный процесс, туберкулез. Поскольку они не отслеживаются, то и данное заболевание исключается. Следовательно, если находим типичный мочевой синдром, начинаем активно выискивать признаки сходства или полного расхождения по основному синдрому с заболеваниями, включенными в дифференциальный ряд. Отсутствие прямых критериев по основному синдрому, характерных для этих заболеваний, позволяет их исключить. Тогда в дифференциальную диагностику оставшихся 2-3 заболеваний включают другие не ведущие, патогенетически связанные, имеющиеся у больного синдромы. Наиболее вероятный процесс формулируется как предполагаемый диагноз. Если выявляются черты сходства трудно исключить одно- два заболевания, обосновывается план обследования (лабораторно-инструментальных исследований) для верификации основного диагноза или в дифференциальном плане. Затем проводится поиск синдрома, симптома, признака, которые не могут быть объяснены, исходя из знаний патогенеза и клиники основного заболевания, т.е. патогенетически не связанные с предполагаемым диагнозом. Врачом высказывается предположение о сопутствующем процессе или конкурирующем, или фоновом. Выделяя специфические симптомы основного синдрома сопутствующих заболеваний, обосновывается предполагаемый диагноз сопутствующего заболевания. Намечается обследование с учетом сопутствующих заболеваний.

## **13. Эпикриз**

### **Этапный эпикриз.**

Пишется как расширенный дневник на третий день ведения больного и каждые 10 дней в последующем. В сложных случаях, тяжелом течении процесса этапные эпикризы оформляются чаще по необходимости проведения анализа течения болезни и проведенного объема исследований.

Цель этапного эпикриза - осмысливание определенного временного этапа ведения больного, полученных результатов параклинических исследований, соразмерение их с клиническими признаками и гипотезой диагноза.

Врач, излагая этапный эпикриз:

1. Определяет и излагает в истории болезни, какие конкретные изменения произошли в состоянии больного (улучшение, ухудшение, без изменений) на примере течения конкретных субъективных (симптомов), объективных и параклинических признаков.
  2. Выбирает прямые и косвенные доказательства из полученных клинических, параклинических исследований, заключений консультантов, верифицирующих клинический диагноз.
  3. Выявляет признаки субъективные, объективные и параклинические, исключающие ранее высказанную гипотезу диагноза. Излагает свое представление, как понимает врач эти признаки как сопутствующая патология и/или выдвигается новая гипотеза диагноза.
  4. Если требуется продолжить дифференциальную диагностику, определяет дифференциальный ряд заболеваний и обосновывает план дальнейшего обследования.
  5. Дает оценку эффективности проведенного лечения, активно выявляет его побочные эффекты, определяет дальнейшую тактику индивидуального лечения и ее обосновывает.
  6. Отражает позицию больного к лечению, как им соблюдается режим и рекомендации выявляет субъективные, объективные и параклинические критерии улучшения состояния, признаки выздоровления, восстановления трудоспособности и намечает сроки выписки.
- Таким образом, этапный эпикриз - это анализ, синтез и суждение в хронологии ведения больного

По сути эпикриз является кратким содержанием «предыдущих серий» взаимоотношений пациента и лечебно-диагностического учреждения.

**Эпикриз на КЭК** (клинико-экспертная комиссия) (через каждые 30 дней, но не позднее 30 дня у больных с больничным листом) - где также указывается динамика состояния, проводимое комплексное лечение, планируемая тактика ведения и лечения больного, планируемые сроки выписки, а также указывается серия и номер больничного листа, с какого числа выдан; число койко-дней.

#### **Заключение КЭК.**

В заключении указывается на какой срок предоставлен больничный лист и оговариваются рекомендации дальнейшей тактики ведения.

**Выписной эпикриз** оформляется в том случае, если пациент готовится на выписку. В нем указывается Ф.И.О., возраст больного, дата поступления, по какой день болезни, с каким диагнозом, в каком состоянии, краткий анамнез заболевания, особенности течения, проведенные лабораторные и инструментальные обследования, диагноз и обоснование заключительного диагноза. Указываются терапевтические мероприятия с указанием курсовой дозы препаратов, эффективность лечения, течение раннего периода реконвалесценции, исход болезни, основание к выписке, советы больному с указанием сроков и места диспансеризации, назначение лекарств для продления амбулаторного лечения, рекомендации по диете, физической активности и трудоспособности.

**Посмертный эпикриз.** В случае смерти больного в эпикризе указывается фамилия, имя, отчество больного, возраст, даты и часы поступления больного в стационар, наступления смерти, диагноз направительного учреждения, при поступлении и окончательный клинический. Перечисляются данные опроса (жалобы, анамнез), осмотра (физикальные) и параклинических исследований от начала развития болезни и до ее исхода. Указывается полный объем проведенного исследования и лечения.

Излагается полный клинический диагноз: 1)основного заболевания, которое явилось причиной смерти больного; 2)конкурирующего; 3)фонового; 4)сопутствующего; 5)осложнения.

Клинический диагноз обосновывается полученными данными трех этапов обследования больного. Анализируется и излагается предполагаемая причина смерти. Необходимо указать, особенно в сложных диагностических случаях, другие предполагаемые гипотезы, над которыми работал лечащий врач, какие клинические и параклинические признаки были в пользу их и, что им противоречит.



**Бурятский Государственный Университет  
Медицинский факультет**

Кафедра терапии №1.  
Зав. кафедры доцент КМН А.О. Занданов  
Ст. преподаватель \_\_\_\_\_

**История болезни.**

Ф.И.О. больного.  
Номер палаты, отделение.

Куратор: Ф.И.О.  
Номер группы

**Улан- Удэ  
2009 г.**

## Синдромы:

*при заболеваниях органов дыхания*

- легочного инфильтрата
- обтурационного ателектаза
- компрессионного ателектаза
- гидроторакса
- пневмоторакса
- полости в легком
- бронхообструктивный
- эмфиземы легких
- дыхательной недостаточности

*при заболеваниях сердечно-сосудистой системы*

- боли в области сердца
- сердечной недостаточности
- изменения нормальной конфигурации сердца
- нарушения сердечного ритма

*при заболеваниях желудочно-кишечного тракта*

- болевой
- диспепсический
- повышенной секреции желудка
- пониженной секреции желудка
- экзокринной недостаточности
- мальабсорбции
- мальдигестии
- холестатический (желтухи)
- печеночной недостаточности
- портальной гипертензии
- астено-невротический

*при заболеваниях мочеполовой системы*

- мочевой
- отечный
- артериальной гипертензии
- болевой

*при заболеваниях системы крови*

- анемии
- гепатоспленомегалии
- геморрагический

**Список литературы, используемой для разработки методического пособия:**

1. Емельянова А.Н. Схема истории болезни инфекционного больного (методическая разработка).- Чита, ЧГМА.- 2003 г.- 16 стр.
2. Маев И.В., Ляхова Т.М., Шестакова В.А. Схема истории болезни (методические указания).- М.:ВУНМЦ МЗ РФ, 1999 г. – 20 стр.
3. Схема истории болезни (методическое пособие). - ИГМУ, 1999 г.