

**МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РФ  
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**«ЧЕЧЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»**

**Медицинский институт**

**УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ**

**по написанию истории болезни**



**Грозный 2017**

**Печатается по решению Ученого совета  
ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет»  
протокол № 5 от 29.06. 2017 г.**

**Авторы:**

**Байсултанов Идрис Хасаевич** – директор медицинского института ЧГУ, д.м.н., профессор кафедры факультетской терапии  
**Батаев Хизир Мухидинович** – д.м.н., профессор, зав. кафедрой факультетской терапии,  
**Сайдуллаева Мадина Гаджиевна** – д.м.н., профессор, зав. кафедрой госпитальной терапии

**Рецензенты:**

**Шихнебиев Д.А.** – д.м.н., профессор кафедры госпитальной терапии №2 ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ  
**Яхьяева З.И.** – д.м.н., зав. кафедрой общественного здоровья и здравоохранения Медицинского института ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет»

**Составители:**

- 1. Идрисов К.А.** – д.м.н., профессор, зав. кафедрой психиатрии и неврологии ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет»
- 2. Дагаева Р.М.** – к.м.н., доцент, зав. кафедрой поликлинической терапии ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет»
- 3. Умханов Х.А.** – д.м.н., профессор кафедры факультетской хирургии ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет»
- 4. Ферзаули А.Н.** – д.м.н., профессор, зав. кафедрой госпитальной хирургии ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет»
- 5. Абдулаева М.А.** – к.м.н., доцент кафедры факультетской хирургии ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет»
- 6. Мусаева Я.В.** – к.м.н., доцент, и.о. зав. кафедрой акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет»
- 7. Чатаева Г.С.** – к.м.н., доцент кафедры психиатрии и неврологии ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет»
- 8. Дениева М.И.** – к.м.н., доцент кафедры психиатрии и неврологии ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет»
- 9. Лечиев И.У.** – к.м.н., доцент, зав. кафедрой факультетской хирургии ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет»

*В данном учебно-методическом пособии представлена детализированная схема клинического обследования больного и оформление истории болезни.*

*Предназначено для студентов III-VI курса, интернов, слушателей последипломного образования Медицинского института Чеченского государственного университета и врачам.*

© Байсултанов И.Х., Батаев Х.М., Сайдуллаева М.Г., 2017 г.  
©ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет», 2017

## Введение

Несмотря на значительные достижения научно-технического прогресса и все более активное внедрение в современную медицину высоких технологий, умение опросить, осмотреть больного и оформить свои наблюдения в виде клинической истории болезни остается важнейшим свидетельством профессионального мастерства врача.

Грамотно написанная история не только содержит все необходимые сведения о больном, но и отражает многообразие индивидуального течения заболевания. Вот почему крупнейший отечественный терапевт М.Я. Мудров писал: «Историю нужно писать рачительно, немногословно, с точным повествованием о случившемся происшествии. ...Сие сокровище для меня дороже моей библиотеки. Печатные книги везде найти можно, а истории болезни – нигде».

Целью данного пособия является обучение студентов самостоятельному проведению обследования больных и правильному оформлению истории болезни как основного медицинского, юридического и научного документа.

Предложенная схема истории болезни определяет последовательность исследования больного методом расспроса, осмотра, пальпации, перкуссии и аускультации, т.е. является своеобразным алгоритмом действий у постели больного. Важной особенностью данной схемы является то, что она может быть использована для самостоятельной работы с больным как студентами, так и интернами, ординаторами практически всех специальностей терапевтического профиля. Строгое соблюдение представленной в схеме последовательности действий – необходимое условие овладения основами врачебной диагностической техники.

Не менее важным является «Приложение», в конце пособия, в котором приводятся сведения об основных биологических константах организма, а также об используемых лабораторных методах исследования, результаты которых представлены в международных единицах измерения СИ.

Надеемся, что предлагаемое пособие будет способствовать развитию клинического мышления студентов и врачей и формированию творческой личности врача.

## Содержание

	Стр.
1. Требования к написанию и оформлению учебной истории болезни по <b>внутренним болезням: (Пропедевтика внутренних заболеваний, лучевая диагностика, по факультетской терапии, профессиональные болезни, по госпитальной терапии, эндокринологии)</b> -----	5-66
2. Требования к написанию и оформлению учебной истории болезни по <b>инфекционным болезням</b> -----	67-82
3. Требования к написанию и оформлению учебной истории болезни по <b>психиатрии, медицинская психология</b> -----	83-99
4. Требования к написанию и оформлению учебной истории болезни по <b>дерматовенерологии</b> -----	100-107
5. Требования к написанию и оформлению учебной истории болезни по <b>неврологии, медицинской генетике, нейрохирургии</b> -----	108-130
6. Требования к написанию и оформлению учебной истории болезни по <b>хирургическим болезням</b> -----	131-154
7. Требования к написанию и оформлению учебной истории болезни по <b>травматологии, ортопедии</b> -----	155-169
8. Требования к написанию и оформлению учебной истории болезни по <b>оториноларингологии</b> -----	170-174
9. Требования к написанию и оформлению учебной истории болезни по <b>офтальмологии</b> -----	175-177
10. Требования к написанию и оформлению <b>истории родов и история болезни по гинекологии</b> -----	178-195

**МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РФ  
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВА-  
ТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**«ЧЕЧЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»**

**Медицинский институт**

**МЕТОДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ**

**По написанию истории болезни**

**ПО ВНУТРЕННИМ БОЛЕЗНЯМ:**

**(Пропедевтика внутренних заболеваний, лучевая диагностика, по фа-  
культетской терапии, профессиональные болезни, по госпитальной те-  
рапии, эндокринологии).**



**Составители:**

- 1. Байсултанов Идрис Хасаевич** – директор медицинского института ЧГУ, д.м.н., профессор кафедры факультетской терапии
- 2. Батаев Хизир Мухидинович** – зав. кафедрой факультетской, д.м.н., профессор
- 3. Сайдуллаева Мадина Гаджиевна** – зав. кафедрой госпитальной те-  
рапии, д.м.н., профессор

**Грозный 2017**

## Введение

Несмотря на значительные достижения научно-технического прогресса и все более активное внедрение в современную медицину высоких технологий, умение опросить, осмотреть больного и оформить свои наблюдения в виде клинической истории болезни остается важнейшим свидетельством профессионального мастерства врача.

Грамотно написанная история не только содержит все необходимые сведения о больном, но и отражает многообразие индивидуального течения заболевания. Вот почему крупнейший отечественный терапевт М.Я. Мудров писал: «Историю нужно писать рачительно, немногословно, с точным повествованием о случившемся происшествии. ...Сие сокровище для меня дороже моей библиотеки. Печатные книги везде найти можно, а истории болезни – нигде».

Целью данного пособия является обучение студентов самостоятельному проведению обследования больных и правильному оформлению истории болезни как основного медицинского, юридического и научного документа.

Предложенная схема истории болезни определяет последовательность исследования больного методом расспроса, осмотра, пальпации, перкуссии и аускультации, т.е. является своеобразным алгоритмом действий у постели больного. Важной особенностью данной схемы является то, что она может быть использована для самостоятельной работы с больным как студентами, так и интернами, ординаторами практически всех специальностей терапевтического профиля. Строгое соблюдение представленной в схеме последовательности действий – необходимое условие овладения основами врачебной диагностической техники.

Не менее важным является «Приложение», в конце пособия, в котором приводятся сведения об основных биологических константах организма, а также об используемых лабораторных методах исследования, результаты которых представлены в международных единицах измерения СИ.

Надеемся, что предлагаемое пособие будет способствовать развитию клинического мышления студентов и формированию творческой личности врача.

## Рейтинг

История болезни содержит 17 позиций (11 ,12 позиции оцениваются по пятибалльной системе, остальные – по 1 баллу, если какой-то раздел отсутствует – 0 баллов):

1. Паспортная часть
2. Жалобы
3. История настоящего заболевания (ANAMNESIS MORBI)
4. История жизни (ANAMNESIS VITAE)
5. Настоящее состояние больного (STATUS PRAESENS)
6. Предварительный диагноз.
7. Этиология и патогенез.
8. План обследования больного.
9. Лист назначений.
- 10.Параклинические исследования.
- 11.Обоснование клинического диагноза.
- 12.Дифференциальная диагностика.
- 13.Введение дневника.
- 14.Этапный эпикриз.
- 15.Переводной эпикриз.
- 16.Заключительный клинический диагноз.
- 17.Выписной эпикриз.

***За историю болезни максимально – 25 баллов.***

25-23 баллов = отлично;

22-20 балла= хорошо;2

19- баллов= удовлетв.

18-баллов = неуд

## Введение

Несмотря на значительные достижения научно-технического прогресса и все более активное внедрение в современную медицину высоких технологий, умение опросить, осмотреть больного и оформить свои наблюдения в виде клинической истории болезни остается важнейшим свидетельством профессионального мастерства врача.

Грамотно написанная история не только содержит все необходимые сведения о больном, но и отражает многообразие индивидуального течения заболевания. Вот почему крупнейший отечественный терапевт М.Я. Мудров писал: «Историю нужно писать рачительно, немногословно, с точным повествованием о случившемся происшествии. ...Сие сокровище для меня дороже моей библиотеки. Печатные книги везде найти можно, а истории болезни – нигде».

Целью данного пособия является обучение студентов самостоятельному проведению обследования больных и правильному оформлению истории болезни как основного медицинского, юридического и научного документа.

Предложенная схема истории болезни определяет последовательность исследования больного методом расспроса, осмотра, пальпации, перкуссии и аускультации, т. е. является своеобразным алгоритмом действий у постели больного. Важной особенностью данной схемы является то, что она может быть использована для самостоятельной работы с больным как студентами, так и интернами, ординаторами практически всех специальностей терапевтического профиля. Строгое соблюдение представленной в схеме последовательности действий – необходимое условие овладения основами врачебной диагностической техники.

Не менее важным является «Приложение», в конце пособия, в котором приводятся сведения об основных биологических константах организма, а также об используемых лабораторных методах исследования, результаты которых представлены в международных единицах измерения СИ.

Надеемся, что предлагаемое пособие будет способствовать развитию клинического мышления студентов и формированию творческой личности врача.

### ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ

1. Фамилия, имя, отчество больного
2. Пол
3. Возраст
4. Семейное положение
5. Образование
6. Профессия, должность, место работы
7. Место жительства
8. Время поступления в стационар: дата, час
9. Дата курации

## ДИАГНОЗЫ:

Направившего лечебного учреждения \_\_\_\_\_

Пр поступлении в стационар \_\_\_\_\_

Клинический диагноз:

- а) Основной;
- б) Осложнения основного заболевания;
- в) Сопутствующие заболевания.

## ЖАЛОБЫ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ

В этот раздел заносятся основные, дополнительные, общие и прочие жалобы и приводится их детальная характеристика.

К основным жалобам относят болезненные (беспокоящие) ощущения, являющиеся непосредственным поводом для обращения больного к врачу, они больше всего беспокоят больного, выражены достаточно резко и определенно принадлежат клинической картине основного заболевания.

Детализация каждой основной жалобы проводится по приведенной ниже примерной схеме:

### Варианты вопросов:

1. На что жалуется больной.
2. Точная локализация болезненных явлений.
3. Иррадиация боли.
4. Время появления (днем, ночью).
5. Факторы, вызывающие болезненные ощущения (физическое или психическое напряжение, прием пищи и т.д.).
6. Характер болезненного явления (сжимающий, колющий, жгучий, постоянный, приступообразный и т.д.), его интенсивность и продолжительность.
7. Чем купируется болезненное (беспокоящее) явление.
8. Поведение больного, вынужденное положение больного, облегчающие болезненные ощущения.

Если больной предъявляет жалобы на лихорадку, следует уточнить быстроту и степень повышения температуры, пределы ее колебаний в течение суток, длительность лихорадочного периода, наличие ознобов, потливости и связи лихорадки с другими болезненными явлениями (кашлем, одышкой, болями в животе, желтухой и т.п.).

*Детализация жалоб при заболевании различных органов:*

## СИСТЕМА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

**Кашель** (*tussis*): его характер (сухой или с выделением мокроты, надсадный, "лающий" и т.д.), время появления (днем, ночью, утром), длительность (постоянный, периодический, приступообразный), условия появления и купирования кашля.

**Мокрота** (*sputum*): характер, цвет и консистенция (серозная, слизистая, слизисто-гнойная, гнойная), количество мокроты одномоментно и за сутки,

примеси крови; положение, способствующее наилучшему отхождению мокроты.

**Кровохарканье** (*haemoptoe*): количество крови (прожилки, сгустки или чистая кровь), цвет крови (алая, темная, ржавая или малинового цвета), условия появления кровохарканья.

**Боль** (*dolor*) **в грудной клетке**: локализация, характер боли (острая, тупая, колющая), интенсивность (слабая, умеренная, сильная), продолжительность (постоянная, приступообразная), связь с дыхательными движениями и положением тела, иррадиация болей.

**Одышка** (*dyspnoe*): условия возникновения (в покое, при физической нагрузке, при кашле, изменении положения тела и т.д.), характер одышки (инспираторная, экспираторная, смешанная).

**Удушье** (*asthma*): время и условия возникновения, характер, продолжительность приступов, их купирования

## СИСТЕМА ОРГАНОВ КРОВООБРАЩЕНИЯ

**Лихорадка** (*febris*): повышение температуры и разделы его колебания в течение суток; длительность лихорадочного периода; потливость, ознобы.

**Боль в области сердца** (*cardialgia*): локализация (за грудиной; в области

верхушки сердца, слева от грудины на уровне IV ребер и т.д.), иррадиация, характер (сжимающие, колющие, давящие, ноющие и т.д.), интенсивность, постоянные или приступообразные, продолжительность болей, условия возникновения (при физической нагрузке, эмоциональное напряжение, в покое), чем купируются (валидол, нитроглицерин, седативные средства, наркотики).

**Одышка** (*dyspnoe*): условия возникновения (при физической нагрузке, в покое), характер и длительность одышки, чем купируется.

**Удушье** (*asthma*): время и условия возникновения (днем, ночью, в покое или при физической нагрузке), продолжительность приступов, их купирование.

**Сердцебиения** (*palpitatiocordis*), **перебои в сердце**: характер аритмии (постоянный, приступообразный, эпизодический), продолжительность приступов, их частота, условия возникновения, чем купируются.

**Отеки** (*oedema*): их локализация (конечности, поясница, лицо, живот), распространенность (местные или анасарка), их выраженность (пастозность, умеренно выраженные или резко выраженные), время и условия возникновения (к концу рабочего дня, после физической нагрузки, постоянные).

## СИСТЕМА ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ ЖЕЛУДОЧНОКИШЕЧНЫЙ ТРАКТ

**Боли в животе**: локализация, иррадиация, интенсивность, длительность, условия возникновения и связь с приемом пищи (ранние, поздние,

голодные боли), характер болей (постоянный, схваткообразный, острые, тупые, ноющие), купирование боли (самостоятельно или после приема пищи, применения тепла, холода, медикаментов, после рвоты).

**Диспепсические явления** (*dyspepsia*): затруднения глотания и прохождения пищи по пищеводу (*dysphagia*), **тошнота** (*nausea*), **рвота** (*vomitus*), **отрыжка, изжога, вздутие живота** (*meteorismus*). Детальная характеристика, степень выраженности этих явлений, отношение к приему пищи, ее качеству и количеству, чем купируются диспепсические явления.

**Аппетит:** сохранен, понижен, повышен (*polyphagia*), полностью отсутствует (*anorexia*), извращен. Отвращение к пище (жирной, мясной).

**Стул:** частота за сутки, количество (обильное, умеренное, небольшое), консистенция кала (оформленный, жидкий, кашицеобразный, твердый, "овечий"), цвет кала (коричневый, желто-коричневый, желтый, серобелый, дегтеобразный).

**Отхождение газов:** свободное; затрудненное; обильное; без запаха; с резким запахом.

**Кровотечения** (*haemorrhagia*): признаки пищеводного, желудочного, кишечного и геморроидального кровотечения рвота кровью, кофейной гущей, черный дегтеобразный стул (*melena*), свежая кровь в кале.

## ПЕЧЕНЬ И ЖЕЛЧНЫЙ ПУЗЫРЬ

**Боль в правом подреберье:** характер болей (приступообразные или постоянные, острые, тупые, ноющие, чувство тяжести в области правого подреберья), иррадиация болей, условия возникновения (зависимость от приема пищи, от изменения положения тела, от физической нагрузки и т.д.), чем купируются боли.

**Диспепсические явления** (*dyspepsia*): тошнота, рвота (характер рвотных масс, их количество, чувство облегчения после рвоты), отрыжка. Условия возникновения диспепсических явлений, связь с приемом пищи, чем купируются.

**Желтуха** (*icterus*): связь с болями в правом подреберье, диспепсическими явлениями, кожный зуд. Изменение цвета мочи, кала.

## ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА

**Боль** (*epigastralgia*): локализация (в верхней половине живота), иррадиация (опоясывающие боли), характер болей (острые, тупые, постоянные, приступообразные), условия возникновения (связь с приемом пищи, алкоголя, с физической нагрузкой и т.д.), чем купируются.

**Диспепсические явления** (*dyspepsia*): тошнота, рвота, метеоризм, поносы, запоры. Их подробная характеристика.

## СИСТЕМА ОРГАНОВ МОЧЕОТДЕЛЕНИЯ

**Боль:** ее локализация (в поясничной области, внизу живота, по ходу мочеточников), иррадиация, характер боли (острая или тупая, постоянная или

приступообразная), длительность боли, условия возникновения боли (физическая нагрузка, изменение положения тела, прием острой пищи, алкоголя, водная нагрузка и т.д.), чем купируются боли.

**Мочеиспускание:** количество мочи за сутки (наличие полиурии, олигурии, анурии или задержки мочи ишурии).

**Дизурические расстройства (*dysuria*):** затрудненное мочеиспускание (тонкой струей, каплями, прерывистое), наличие непроизвольного мочеиспускания, ложные позывы на мочеиспускание, резь, жжение, боли во время мочеиспускания (в начале, в конце или вовремя всего акта мочеиспускания), учащенное мочеиспускание (поллакиурия), ночное мочеиспускание (никтурия).

**Моча:** цвет мочи (соломенно-желтый, насыщенно-желтый, темный, цвет "пива", красный, цвета "мясных помоев" и т.д.), прозрачность мочи. Наличие примесей крови в моче (в начале или в конце мочеиспускания, во всех порциях).

**Отеки (*oedema*):** локализация, время появления (утром, вечером, на протяжении суток), условия возникновения или усиления отеков (питьевая нагрузка, избыточный прием соли и т.д.), скорость нарастания отеков, факторы, способствующие уменьшению или исчезновению отеков.

#### **Эндокринная система**

Раздражительность, бессонница, сонливость, похудение, ожирение, нарушение роста, сухость кожи, потливость, жажда, судороги, мышечная слабость, экзофтальм, гиперпигментация кожи, увеличенное мочевыделение (до 3-10 л. в сутки). Повышение температуры тела, появление мужских или женских вторичных половых признаков, нарушение менструального цикла, половой функции.

### **НЕРВНАЯ СИСТЕМА**

**Головная боль:** сила, продолжительность, локализация, периодичность.

**Головокружение:** условия его появления при изменении положении тела, при физической нагрузке, характер головокружения, сопутствующие явления.

**Эмоционально-волевая сфера:** особенность характера плаксивость, депрессия, апатия, вялость, раздражительность, эйфория мысли или намерения о суициде и т.д.

**Состояние психики:** сон (бессонница, глубина, продолжительность) характеристика памяти, работоспособности, внимания.

**Двигательная сфера:** слабость в конечностях, дрожание, судороги, другие непроизвольные движения, парезы, параличи.

**Чувствительная сфера:** нарушение кожной чувствительности (гипостезия, гиперестезия, парестезии), боли по ходу нервных стволов, корешковые боли.

Зрение, вкус, обаяние, слух.

## **ИСТОРИЯ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ (ANAMNESISMORBI)**

В этом разделе подробно в хронологической последовательности описывается возникновение течения и развитие настоящего заболевания от первых его проявлений до момента обследования куратором.

### Варианты вопросов:

1. В течение какого времени считает себя больным?
2. Где и при каких обстоятельствах заболел впервые?
3. Факторы, способствующие началу заболевания.
4. С каких признаков началось заболевание?
5. Первое обращение к врачу результаты проводившихся исследований диагноз заболевания лечение в тот период его эффективность.
6. Последующее течение заболевания:
  - а) динамика начальных симптомов появление новых симптомов и дальнейшее развитие всех признаков заболевания;
  - б) частота обострений длительность ремиссий, осложнения заболевания;
  - в) применявшиеся лечебные и диагностические мероприятия (стационарное или амбулаторное обследование и лечение, медикаментозные средства, физиотерапия, санаторно-курортное лечение и др. методы), результаты диагностических исследований (анализ крови, мочи, ЭКГ, данные рентгенологического исследования и т.д.), эффективность проводившейся терапии;
  - г) трудоспособность за период заболевания.

## **ИСТОРИЯ ЖИЗНИ (ANAMNESISVITAE)**

**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.

Отношение к военной службе, пребывание на фронте (если был освобожден или демобилизован, то указать, по какой причине).

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

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, пыли, 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 и т.д.

**Вредные привычки:** курение, с какого возраста, в каком количестве. Употребление алкоголя, 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 с осложнениями и проводившегося лечения. Особо указать на перенесенные инфекционные заболевания, венерические болезни, туберкулез, желтуху. Отметить, переливалась ли ранее кровь или кровезаменители, и были ли реакции на переливание. Указать, производилось ли парентеральное введение лекарств в течение последних 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, сердечнососудистых (инфаркт миокарда, стенокардия, артериальная гипертензия, инсульты), эндокринных (сахарный диабет, тиреотоксикоз и др.) и психических заболеваний, геморрагических диатезов, алкоголизма. Наличие у ближайших родственников в анамнезе туберкулеза и сифилиса.

## **НАСТОЯЩЕЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНОГО (STATUSPRAESENS)**

**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 и

**Осанка:** прямая, сутуловатая.

**Походка:** быстрая, медленная, атактическая, спастическая, паретическая.

**Рост, вес, температура тела.**

**Осмотр лица:**

- Выражение лица: спокойное, безразличное, маскообразное, тоскливое, страдальческое, возбужденное, утомленное и т.д.
- Наличие патологической маски
- Форма носа: правильная, седловидная, деформация носа
- Симметричность носогубной складки
- Осмотр глаз и век: наличие отечности, темной окраски век, птоза; ширина глазной щели, состояние глазных яблок (экзофтальм, эндофтальм), окраска конъюнктив (бледно-розовая, гиперемированная, бледная), окраска склер (белая, желтушная, голубая)
- Расширение сосудов склер; свойства зрачка: форма (правильная, миоз, мидриаз), равномерность (наличие анизокории), реакция на свет, наличие пульсации зрачка, кольца вокруг зрачка.

**Осмотр головы и шеи:**

- Изменение движения головы (симптом Мюссе)
- Изменение размера головы (гидроцефалия, микроцефалия)
- Изменение формы головы (квадратная форма, "башенный" череп)
- Выявление искривления шеи,
- Деформация шеи в переднем отделе, связанная с увеличением щитовидной железы, лимфатических узлов;
- Пульсация сонных артерий (умеренная, "пляска каротид")
- Пульсация и набухание яремных вен
- Наличие воротника Стокса.

**Кожные покровы:**

- Цвет кожных покровов (бледно-розовый, смуглый, красный, синюшный, желтушный, бледный, бронзовый, землистый)
- Влажность кожи (умеренная, повышенная, сухая или пониженная)
- Тургор кожи (сохранен или снижен)
- Пигментация и депигментация кожи (лейкодерма), их локализация, высыпания: форма сыпи (розеола, папула, пустула, везикула, эритема)
- Пятно, лихорадочные высыпания (*herpes*), локализация высыпаний, единичные, множественные (сливные) высыпания
- Сосудистые изменения: телеангиоэктазии, "сосудистые звездочки", их локализация и количество
- Кровоизлияния: локализация, размер, количество, выраженность
- Рубцы: локализация, цвет, размеры, подвижность, болезненность
- Трофические изменения: язвы, пролежни, их локализация, размер, характер поверхности
- Видимые опухоли: ангиомы, атеромы и др., их локализация и размер.

### **Придатки кожи:**

- Волосяной покров: тип оволосения, состояние волос (ломкость, сухость, истонченность, преждевременное выпадение и т.д.)
- Ногти: форма (правильная, "часовые стекла", койлонихии), цвет (розовый, бледный, синюшный), исчерченность (продольная или поперечная), ломкость ногтей.

### **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, консистенция, 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

### **Кости:**

- Форма, наличие деформаций
- Болезненность при ощупывании и поколачивании
- Состояние концевых фаланг пальцев рук и ног (симптом "барабанных палочек").

## **ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНЫЙ АППАРАТ**

Проводится осмотр симметричных частей тела больного, указываются грубые и незначительные анатомические нарушения со стороны, туловища и конечностей.

**Боли:** в мышцах, локализация, характер (при физической нагрузке или самостоятельные, ночные боли) боли в костях и суставах.

**Положение конечностей:** активное, пассивное и вынужденное (щадящее, компенсаторное, приспособительное).

**Мышцы:** степень развития (удовлетворительная, хорошая, слабая,

атрофии и гипертрофии мышц).

**Тонус:** сохранен, повышен, снижен.

**Сила мышц:** нормальная, снижение мышечной силы, отчетливый парез мышц, значительное снижение силы мышц, полный паралич мышц. Болезненность при ощупывании, с указанием места локализации болезненности.

**Кости:** форма костей, наличие деформаций, болезненности при ощупывании, состояние концевых фаланг пальцев рук и ног («барабанные палочки»).

При обследовании больного при показаниях необходимо от опознавательных точек (костных выступов) произвести измерения длины конечностей и их окружностей сантиметровой лентой.

### Измерение длины конечностей (в см)

	Справа	Слева
Руки от акромиального отростка лопатки до шиловидного отростка лучевой кости или до конца третьего пальца		
Плеча а) от акромиального отростка до наружного надмыщелка плеча б) б) от акромиального отростка до внутреннего надмыщелка плеча		
Предплечья а) от локтевого до шиловидного отростка локтевой кости б) от головки луча до шиловидного отростка		
Ноги от передней верхней ости подвздошной кости до нижнего края внутренней лодыжки		
Бедра от большого вертела до суставной щели коленного сустава		
Голени от суставной щели коленного сустава до нижнего края наружной лодыжки		

### Измерение длины окружности конечностей

	Справа	Слева
Плеча в верхней трети в средней трети в нижней трети		
Предплечья в верхней трети в средней трети в нижней трети		
Бедра в верхней трети в средней трети в нижней трети		
Голени в верхней трети в средней трети в нижней трети		



## **Виды нарушений подвижности в суставе:**

**1. Анкилоз** - полная неподвижность в суставе (костная, фиброзная, внесуставная).

**2. Ригидность** – сохранение незначительных, качательных движений в суставе возникает в результате развития обширных рубцовых тканей, на фоне измененных суставных поверхностей.

**3. Контрактура** – ограничение подвижности в суставе, возникшее в результате артрогенных, миогенных, десмогенных и дерматогенных изменений, а также могут быть психогенные (истерические), неврогенные (церебральные, спинальные, рефлекторные, паретические). По характеру они различаются: сгибательные, разгибательные, приводящие, отводящие и комбинированные.

**4. Избыточная подвижность** - расширение границ физиологически возможных движений.

**5. Патологическая подвижность** – подвижность в атипичных плоскостях, не соответствующих форме суставных поверхностей данного сустава.

## **СИСТЕМА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ**

**Кашель** (*tussis*): его характер (сухой или с выделением мокроты, надсадный, «лающий» и т.д.); время появления (днем, ночью, утром); длительность (постоянный, периодический, приступообразный); условия появления и купирования кашля.

**Мокрота** (*sputum*)-, характер, цвет и консистенция (серозная, слизистая, слизисто-гнойная, гнойная, гнилостная), количество мокроты одновременно и за сутки, примеси крови. Положение, способствующее наилучшему отхождению мокроты (дренажное положение).

**Кровохарканье** (*haemoptoe*): количество крови (прожилки, сгустки или чистая кровь), цвет крови (алая, темная, «ржавая» или малинового цвета), условия появления кровохарканья.

**Боль** (*dolor*) в грудной клетке: локализация, характер боли (острая, тупая, колющая), интенсивность (слабая, умеренная, сильная), продолжительность (постоянная, приступообразная), связь с дыхательными движениями, кашлем и положением тела, иррадиация болей.

**Одышка** (*dispnoe*): условия возникновения (в покое, при физической нагрузке, при кашле, изменении положения тела и т.д.), характер одышки (инспираторная, экспираторная, смешанная).

**Удушье** (*asthma*)-, время и условия возникновения, характер, продолжительность приступов, их купирование. Пользуется ли пациент микфлоуметром.

**Нос:** дыхание через нос (свободное, затрудненное), обаяние, носовые кровотечения, ощущение сухости в носу, отделяемое из носа (характер, количество, с запахом, без запаха).

**Гортань:** голос (громкий, тихий, чистый, сиплый, афония), боли при глотании, при разговоре. Осмотр гортани: форма, припухлость.

**Грудная клетка:** нормостеническая, гиперстеническая, астеническая,

патологические формы (эмфизематозная, паралитическая, ладьевидная, рахитическая, воронкообразная). Выраженность над и подключичных ямок (выполнены, запавшие, втянуты). Ширина межреберных промежутков (умеренные, широкие, узкие), величина эпигастрального угла (прямой, острый, тупой), положение лопаток и ключиц (не выступают, выступают умеренно, отчетливо, крыловидные лопатки), соотношение переднезаднего и бокового размеров грудной клетки, симметричность грудной клетки, (увеличение или уменьшение одной из половин, локальные выпячивания или западения).

Окружность грудной клетки, экскурсия грудной клетки на вдохе и выдохе, на уровне IV ребра.

Искривления позвоночника: кифоз, лордоз, сколиоз, кифосколиоз.

**Тип дыхания:** грудной, брюшной, смешанный. Симметричность дыхательных движений (отставание при дыхании одной половины). Участие в дыхании вспомогательной мускулатуры. Число дыхательных движений в минуту. Глубина дыхания (поверхностное, глубокое, удлинённый вздох, удлинённых выдох).

**Ритм дыхания:** ритмичный (правильный) аритмичное, дыхание Куссмауля, Чейн-Стокса и Биота.

Соотношение вдоха и выдоха.

**Одышка:** Инспираторная, экспираторная и смешанная.

Пальпация: резистентность, сравнительное определение голосового дрожания, болезненность. Измерение окружности груди на уровне сосков с определением максимальной дыхательной экскурсии.

**Перкуссия:** Сравнительная перкуссия легких звук легочный, коробочный, тимпанический, притуплено-тимпанический, тупой с точным определением границ каждого звука.

### Топографическая перкуссия (норма):

	Справа	Слева
Верхняя граница легких (высота стояния верхушек): спереди	3-4 см. VII (ш.п.) шейного позвонка	3-4 см. VII (ш.п.) шейного позвонка
Сзади:	3-8 см. (чаще 5-6)	3-8 см. (чаще 5-6)
Поля Кренига:		
Нижняя граница легких:		
По окологрудной линии	V	-
По среднеключичной линии	VI ребру	-
По передней подмышечной линии	VII ребру	VII ребру
По средней подмышечной линии	VIII ребру	VIII ребру
По задней подмышечной линии	IX ребру	IX ребру
По лопаточной линии	X ребру	X ребру
По околопозвоночной линии	Остистый отросток XI грудного позвонка	Остистый отросток XI грудного позвонка

Дыхательная экскурсия нижнего края легких:	4-6 см.	-
По среднелючичной линии	6-8 см.	6-8 см.
По средней подмышечной линии	4-6 см.	4-6 см.
По лопаточной линии		

**Аускультация:** Дыхание везикулярное, бронхиальное, жесткое, смешанное, афорическое, ослабленное, неопределенное, отсутствие дыхательного шума. Точно обозначить границы, в пределах которых определяется каждый вид дыхания.

**Бронхофония** (нормальная, усиленная, ослабленная).

**Хрипы:** сухие (низкого, высокого тона), влажные (мелко-, средне-, и крупнопузырчатые, звонкие, не звонкие), хрипы с металлическим оттенком. Локализация хрипов, появление или исчезновение при кашлевом рефлексе. Крепитация. Шум трения плевры.

## **СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА** (Система органов кровообращения)

**Боль в области сердца:** локализация (за грудиной, в области верхушки сердца, слева от грудины на уровне II–VI ребер и т.д.), иррадиация, характер (сжимающие, колющие, давящие, ноющие и т.д.), интенсивность, постоянные или приступообразные, продолжительность болей, условия возникновения (при физической нагрузке, эмоциональное напряжение, в покое), чем купируются (валидол, нитроглицерин, седативные средства, наркотики), чем сопровождается боль.

Ощущение дискомфорта в груди.

**Одышка (*dispnoe*):** условия возникновения (при физической нагрузке, в покое), характер и длительность одышки, чем купируется.

**Удушье (*asthma*):** время и условия возникновения (днем, ночью, в покое или при физической нагрузке), продолжительность приступов, их купирование.

**Сердцебиения (*palpitiocordis*):** перебои в сердце: характер аритмии (постоянный, приступообразный, периодический), продолжительность приступов, их частота, условия возникновения, чем купируются.

**Отеки (*oedema*):** их локализация (конечности, поясница, лицо, живот), распространенность (местные или анасарка), их выраженность (пастозность, умеренно выраженные или резко выраженные), время и условия возникновения (к концу рабочего дня, после физической нагрузки, постоянные).

Перебегающая хромота, судороги икроножных мышц, варикозно-расширенные вены и тромбофлебит в прошлом.

**Осмотр пальпаций артерий:** Головы, шеи, конечностей, гладкость стенок. Сосуды извитые, не извитые, мягкие, жесткие, узловатые. Пляска коротид. Пульс (на височных, сонных, подмышечных, плечевых, лучевых,

бедренных, подкаленных, а так же на артериях голени и стопы). Определе-ние пульсы одновременно на симметричных артериях. Частота пульса в одну минуту. Напряжение пульса (нормальной, твердой, мягкой). Ритм и правильный, не правильный (вид аритмии). Наполнение (полный, пустой). Величина (большой, малый, нитевидный). Скорость и характер пульса (ско-рый и высокий, нормальный, медленный и малый, дикротический). Состоя-ние артериальной стенки (мягкая, плотная, эластичная, узловая).

**Осмотр и пальпаций вен:** Венный пульс (положительны, отрица-тельный), пульсация вен с точным указанием места пульсаций. Расширение вен (конечностей, брюшной стенки, грудной клетки), с указанием места и стенки расширение. Уплотнения и болезненность вен с указанием вены и протяженности уплотнения и болезненности.

Припухлость, краснота по ходу вен. При варикозном расширением вен нижних конечностей описать симптом Троянова–Тренделенбурга, мар-левуую пробу Дельбе-Пертеса, симптомов кашлевого толчка Геккенбруха.

**Функциональные пробы:** Штанге, ортостатическая проба для ослаб-ленных больных, Мартинэ–Кушелевского (20 приседаний за 30 секунд) для выздоравливающих и физически подготовленных больных.

### **Осмотр области сердце:**

- вытягивание области сердце (Vibbuscordis) - верхушечный толчок - сердечный толчок - пульсация во II межреберьях около грудины - патологи-ческая прекардиальная пульсация.

Их характеристика, локализации, сила, распространенность, отноше-ние к фазам сердечной деятельности.

**Эпигастральная пульсация:** ее характер (связь с пульсацией брюч-ной аортой, сердца, печени), распространенность (ограниченная, разлитая)

**Расширения вен** в области грудины.

### **Пальпация:**

**Верхушечная толчок,** его локализация (указать межреберье и отно-шение к левой срединно-ключичной линии), сила (ослабленный, усиле-нный, приподнимающий). Площадь (ограниченный, разлитой), высота (высо-кий, низкий), резистентность (умеренная, повышенная).

**Сердечный толчок:** его локализация, площадь.

**Дрожание в области сердца (fremitus):** его локализация, отношение к фазам сердечной деятельности (систолическое или диастолическое).

### **Перкуссия сердца:**

Границы относительной тупости сердца (норма):

Правая – на 1 см к наружу от правого края грудины.

Левая – на 1 см кнутри от левой средне – ключичной линии.

Верхняя – на уровне III ребра слева.

Поперечник относительной тупости сердце (11–13 см).

Ширина сердечного пучка в I – II межреберьях (8-9см.).

Конфигурация сердца (нормальная, митральная, аортальная).

### **Граница абсолютной тупости сердца (норма):**

Правая – по левому краю грудины.

Левая – на 1-2 см кнутри от левой границы абсолютной тупости сердца, т.е. на 2-3 см. кнутри от левой среднеключичной линии;

Верхняя – на уровне IV ребра.

Ширина абсолютной тупости сердца (5-6 см.).

### **Аускультация сердца**

**Тоны** (ясные, глухие, акцентированные, ослабленные, расщепленные, раздвоенные). Ритм сердечной деятельности (правильный, неправильный с указанием вида аритмии, маятникообразный, ритм голопа, эмбриокардия).

**Шумы**, их отношение к фазам сердечной деятельности (систолический, диастолический, пресистолический, протодиастолический, мезодиастолический и т.д.).

**Сила** (резкий, слабый).

**Характер шума** (мягкий, дующий, скребущий, грубый и т.д.) его тембр (высокий, низкий) продолжительность (короткий, длинный, нарастающий, убывающий и др.).

**Продолжительность** (короткий, длинный, нарастающий, убывающий и др.).

**Место наилучшего выслушивания шума.**

**Проведение шума.** 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, громкий, тихий, нежный).

**Артериальное давление (АД):** на плечевых артериях в мм.рт.ст. (по методу Короткова) определяется систолическое и диастолическое артериальное давление.

## **СИСТЕМА ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ**

### **Желудочно-кишечный тракт**

**Боли в животе:** локализация, иррадиация, интенсивность, длительность, условия возникновения и связь с приемом пищи (ранние, поздние, голодные боли), характер болей (постоянные, схваткообразные, острые, тупые, поющие), купирование боли (самостоятельно или после приема пищи, применение тепла, холода, медикаментов, после рвоты).

**Диспепсические явления:** затруднение глотания и прохождения пищи по пищеводу (*dysphagia*), тошнота (*nausea*), рвота (*vomitis*), отрыжка, изжога, вздутие живота (*meteorismus*). Детальная характеристика, степень выраженности этих явлений, отношение к приему пищи, ее качеству и количеству, чем купируются диспепсические явления.

**Аппетит:** сохранен, понижен, повышен (*polyphagia*), полностью отсутствует (*anorexia*), извращен, отвращение к пище (жирной, мясной).

**Стул:** частота за сутки, количество (обильное, умеренное, небольшое), консистенция кала (оформленный, жидкий, кашицеобразный, твердый, «овечий»), цвет кала (коричневый, желто-коричневый, желтый, серо-белый, дегтеобразный).

**Кровотечения:** признаки пищевого, желудочного, кишечного и геморроидального кровотечения – рвота кровью, «кофейной гущей», черный дегтеобразный стул (*melena*), свежая кровь в кале.

**Рот:** губы, их (нормальный, бледный, цианотичный). Сухость. Трещины. Слизистая оболочка внутренней поверхности губ, щек, твердого и мягкого неба. Десны: бледные, разрыхленные, кровоточащие.

**Зубы:** кариозные, шатающиеся, вставные, отсутствие зубов.

**Язык:** влажный, сухой, не обложен, обложен (немного, умеренно, сильно), покрытый корками, трещины, язвы, рубцы, припухлость языка, малиновый язык.

**Зев:** нормальной окраски, красный, припухлость слизистой оболочки, сухость, налеты.

**Миндалины:** нормальной величины, гипертрофированные, краснота, припухлость слизистой, налеты (цвет, легко или трудно снимется), пробки.

**Глотка:** нормальной окраски, краснота, слизистая (сухая, гладкая, зернистая, блестящая). Запах изо рта.

**Живот:** нормальной конфигурации, вздут, втянут, частичное западание или втяжение, участвует или не участвует в дыхании. Коллатеральное кровообращение на коже живота (расширение подкожных вен). Смещение брюшной стенки при дыхании Видимая на глаз перистальтика (указать локализацию). Ориентировочная поверхностная и сравнительная пальпация.

**Тонус брюшных мышц:** нормальный, пониженный, повышенный, мышечная защита (местная или общая). Состояние пупка, расхождение прямых мышц, паховые кольца и пр. Зоны кожной гиперестезии. Определение симптомов: Щеткина-Бармберга, Ровзинга, Образцова, Ситковского, Бартомье-Михельсона.

**Перкуссия-живота:** определение жидкости в брюшной полости или наличие свободного газа в брюшной полости. Измерение длины окружности живота на уровне пупка.

**Аускультация живота:** характер кишечных шумов (обычные, периодически усиливающиеся, отсутствие кишечных шумов), шум трения брюшины. Сопоставление усиления болей в животе с усилением кишечных шумов. Топографическая глубокая пальпация (методическая, глубокая, скользящая, топографическая по методу Образцова – Стражеско). Пальпация проводится с наименее болезненного отдела.

**Примечание:** при наличии грыжи живота (белой линии, пупочной, паховой, бедренной) необходимо определить величину и форму припухлости, вправимость грыжи, размеры грыжевых ворот, симптом кашлевого толчка.

**Кишечник:** ощупывание, по ходу толстой кишки, его подвижность. Определение тонуса кишечника, болезненность, инфильтраты, опухоли.

**Желудок:** болезненность разлитая, ограниченная. Определение границ желудка перкуссией и перкуторной пальпацией по шуму плеска и путем аускультоаффрикции. Инфильтраты, опухоли. Определение болезненной зоны при поколачивании (указать интенсивность: умеренно выраженная, резко выраженная, локализацию боли). Болезненность пилородуоденальной зоны.

**Поджелудочная железа:** наличие болезненности, увеличения и уплотнения поджелудочной железы. Определение симптомов (Воскресенского, Мейо-Робсона).

**Печень:** данные пальпации (край - острый, закругленный). Поверхность - гладкая, бугристая. Консистенция - плотная, мягкая. Болезненность). Перкуссия: верхняя и нижние границы. Размеры печени по Курлову.

### **ПЕРКУССИЯ**

#### **Границы печени по Курлову**

Верхняя граница абсолютной тупости печени:

По правой срединно-ключичной линии (указать, **по какому ребру**).

Нижняя граница абсолютной тупости печени:

По правой срединно-ключичной линии

По передней срединной линии

По левой реберной дуге

Размеры печени по Курлову

По правой срединно-ключичной линии (в см.) ( $9\pm 1$  см. в норме)

По передней срединной линии (в см.) (в норме  $8\pm 1$  см.)

По левой реберной дуге (в см.) (в норме  $7\pm 1$  см.)

По перкуторном определении границ печени по методу Образцова-Стражеско размеры печени измеряются по правой, передней подмышечной (10-12 см.), срединно-ключичной (9-11 см.), на парастеральной линии (8-11 см.).

**Пальпация области желчного пузыря:** болезненность, прощупывается желчный пузырь или нет. Симптомы: Грекова-Ортнера, Мюсси.

**Селезенка:** болезненность в левом подреберье, (характер, сила, продолжительность). При ощупывании селезенки определение болезненности, консистенции (мягкая, плотная, бугристая). Перкуторное определение границ селезенки и ее размеров.

**Исследование прямой кишки:** осмотр области ануса (наружные геморроидальные узлы, кондиломы трещины, свищи). Пальцевое исследование: тонус сфинктера, скопление каловых масс, внутренние геморроидальные узлы, инфильтраты, опухоли. Исследование ректальным зеркалом.

## **СИСТЕМА ОРГАНОВ МОЧЕОТДЕЛЕНИЯ**

**Боль:** ее локализация (в поясничной области, внизу живота, по ходу мочеточников), иррадиация, характер боли (острая или тупая, постоянная или приступообразная), длительность боли, условия возникновения боли (физическая нагрузка, изменение положения тела, прием острой пищи, алкоголя, водная нагрузка и т.д.), чем купируются боли.

**Мочеиспускание:** количество мочи за сутки (полиурия, олигурия, анурия или задержки мочи -ишурия).

**Дизурические расстройства:** затрудненное мочеиспускание (тонкой струей, каплями, прерывистое), наличие непроизвольного мочеиспускания, ложные позывы на мочеиспускание, резь, жжение, боли во время мочеиспускания (в начале, в конце или вовремя всего мочеиспускания), учащенное мочеиспускание (поллакиурия), ночное мочеиспускание (никтурия).

**Моча:** цвет мочи (соломенно-желтый, насыщенно желтый, темный, цвет «пива», красный, цвета «мясных помоев» и т.д.), прозрачность мочи, запах мочи. Наличие примесей крови в моче (в начале или в конце мочеиспускания, во всех порциях).

**Отеки:** локализация, время появления (утром, вечером, на протяжении суток), условия возникновения или усиления отеков (питьевая нагрузка, избыточный прием соли и т.д.), скорость нарастания отеков, факторы, способствующие уменьшению или исчезновению отеков.

### **Осмотр**

**Поясничная область:** наличие гиперемии кожи, припухлости, сглаживания контуров поясничной области.

**Надлобковая область:** наличие ограниченного выбухания в надлобковой области.

### **Перкуссия**

**Поясничная область:** определение симптома Пастернацкого.

**Надлобковая область:** характер перкуторного звука над лобком, при увеличении мочевого пузыря – уровень расположения дна мочевого пузыря.

### **Пальпация**

**Почки:** пальпируемость почек в положении лежа и стоя, при увеличении почек – их болезненность, консистенция, величина, форма, характеристика поверхности, подвижность, наличие симптома баллотирования.

**Мочевой пузырь:** пальпируемость мочевого пузыря, при его увеличении – уровень расположения дна мочевого пузыря, болезненность при пальпации.

**Болевые точки:** наличие болезненности при пальпации в реберно-позвоночной точке и по ходу мочеточников (мочеточниковые точки).

## **СИСТЕМА ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ**

**Боль:** наличие болей внизу живота, в паху, в пояснице, крестце, мошонке, в области наружных половых органов. Характер болей, локализация, иррадиация, условия возникновения, чем купируются.

**Менструальный цикл:** регулярность, периодичность менструаций, их количество, продолжительность, болезненность. Маточные кровотечения, другие выделения (бели).

**Половая функция:** нормальная, повышена, снижена, отсутствует.

### **Осмотр и пальпация**

**Вторичные половые признаки:** тип оволосения (мужской, женский), волосяной покров в подмышечных впадинах, на лице, на животе, в

лобковой области. Гинекомастия. Голос (высокий, низкий). Признаки гирсутизма, евнухоидизма, вирилизма, феминизации.

**Молочные железы (у женщин) и грудные железы (у мужчин):** степень развития, состояние кожных покровов, пигментация, локальный отек в виде «лимонной корки», втяжения. Симметричность желез. Форма сосков, наличие эрозий и язв, деформация желез. Уплотнения, тяжесть и опухолевые образования при пальпации желез. Выделения из сосков, их характеристика и связь с менструальным циклом.

**Наружные половые органы (у мужчин):** размер мошонки, яичек, отек мошонки, варикозное расширение вен мошонки (варикоцеле), болезненность при пальпации яичек, наличие опухолевых образований. Недоразвитие яичек (анорхизм, крипторхизм). Эрозии и язвы полового члена. Аномалии и уродства полового члена.

**Предстательная железа (у мужчин):** размер, консистенция, характеристика поверхности, болезненность предстательной железы при ректальном исследовании.

**Гинекологическое исследование (у женщин):** состояние наружных половых органов, влагалища, матки, придатков при осмотре в зеркалах и бимануальной пальпации.

## ЭНДОКРИННАЯ СИСТЕМА

Нарушения роста, телосложения, увеличение массы тела, похудание, жажда, чувство голода, постоянное ощущение жара, потливость, ознобы, судороги, мышечная слабость, повышение температуры тела. Детальная характеристика этих жалоб.

### Осмотр и пальпация

Нарушения роста, телосложения и пропорциональности отдельных частей тела.

**Ожирение:** степень выраженности, преимущественная локализация жира. Исхудание, кахексия.

**Состояние кожных покровов:** влажность, истончение или огрубение, гиперпигментация кожи, кожных складок (локализация), наличие стрий, атипичное оволосение, лунообразное лицо.

Увеличение размеров языка, носа, челюстей, ушных раковин, кистей рук, стоп.

**Пальпация щитовидной железы:** локализация, величина и консистенция, болезненность, подвижность.

## НЕРВНАЯ СИСТЕМА И ОРГАНЫ ЧУВСТВ

**Головная боль:** локализация, интенсивность, периодичность, характер головной боли, время и причина возникновения, чем купируется.

**Головокружение:** характер головокружения, условия его появления (при ходьбе, при изменении тела и головы и т. д.). Сопутствующие явления.

**Состояние психики:** работоспособность, память, внимание, сон, его глубина, продолжительность, бессонница.

**Эмоционально-волевая сфера:** настроение, особенности характера, повышенная раздражительность, вялость, апатия, тревожная мнительность, депрессия, эйфория. Суицидальные мысли и намерения.

**Двигательная сфера:** слабость в конечностях, дрожание, судороги, другие непроизвольные движения.

**Чувствительная сфера:** нарушения кожной чувствительности (гипостезия, гиперестезия, парестезии), боли по ходу нервных стволов, корешковые боли.

Зрение, вкус, обоняние, слух.

### **Осмотр**

**Состояние психики:** сознание, ориентировка в месте, времени и ситуации.

**Интеллект:** соответствует или не соответствует уровню развития. Ослабление интеллектуальных функций (ослабление внимания, снижение памяти, нарушение критики, сужение круга интересов).

Поведение больного в клинике, степень общительности, уравновешенность, суетливость, двигательное беспокойство.

**Исследование черепно-мозговых нервов:** острота зрения, двоение в глазах (диплопия), птоз, объем движений глазных яблок, реакция зрачков на свет. Симметричность носогубных складок при оскале зубов. Расстройства глотания. Дисфония. Положение языка при высывании.

**Менингеальные симптомы:** ригидность затылочных мышц, симптомы Кернига и Брудзинского.

**Двигательная сфера:** характер походки с открытыми и закрытыми глазами (обычная, атаксическая, паретическая, другие формы).

Устойчивость при стоянии с открытыми и закрытыми глазами (проба Ромберга).

Пальценосовая и коленно-пяточная пробы (координаторные пробы).

**Судороги:** клонические и тонические, фибриллярные подергивания, дрожание (тремор) и другие непроизвольные движения. Контрактуры мышц (локализация). Объем движений и сила в конечностях.

**Чувствительная сфера:** пальпаторная болезненность по ходу нервных стволов и корешков. Объем движений и сила в конечностях.

**Рефлексы:** роговичный, глоточный.

**Сухожильные рефлексы:** коленный, ахиллов.

**Патологические рефлексы:** симптомы Бабинского и Россолимо.

**Речь:** афазия (моторная или сенсорная), дизартрия.

**Вегетативная нервная система:** глазные симптомы: ширина глазной щели, ширина зрачка, экзофтальм, анофтальм. Симптом Горнера.

**Кожа:** вид дермографизма, температурные асимметрии, гипертрихоз, облысение, трофические язвы, нарушения потоотделения.

## Психический статус

**Основные психические функции:** уровень сознания, внимания, память: кратковременная, долговременная память; ориентировка, мышление: содержание мышления; речь.

**Возрастные изменения:** период полового созревания, старение.

**Внешний вид и поведение больного:** уровень сознания, поза и поведение, одежда, ухоженность, опрятность, выражение лица, манеры, аффект, отношение к людям и вещам.

**Язык и речь:** разговорчивость, быстрота речи, громкость речи, произношение слов, плавность речи.

**Тесты при афазии:** понимание слов, способность к повторению, называние предметов, понимание прочитанного, письмо.

**Настроение:** изменение настроения от зависимости тех или иных событий его жизни, собственное отношение к своему настроению, суицидальные мысли.

### **Мышление и восприятие:**

а) нарушение процесса мышления: обстоятельность, разорванность мышления, отвлекаемость (скачка идей), неологизмы, бессвязность мышления (инкогерентность мышления), внезапная остановка речи, конфабуляция, перселерация, эхолоалия, акатафазия;

б) расстройство содержательной стороны мышления: компульсивные побуждения, навязчивые состояния, фобии, тревожные состояния, дереализация (чувство нереальности), деперсонализация, бред.

**Восприятие:** нарушения восприятия (иллюзия, галлюцинация).

**Познавательные функции:** способность пациента ориентироваться в окружающей обстановке, внимание (тест на счет, тест с семерками, тест с произнесением слов по буквам), память на отдаленные события, кратковременная память, способность к научению.

**Высшие познавательные функции:** запас знаний и словарный запас, способность считать, абстрактное мышление (тест с пословицами, тест на аналогии), способность к построениям.

## **Клинический диагноз (предварительный)**

Выставляется на основании классических методов обследования больного: расспроса, осмотра, пальпации, перкуссии, аускультации и т.д.

Для уточнения диагноза составляется план обследования больного. В нем указываются, какие лабораторные, и инструментальные и специальные методы исследования необходимо произвести больному.

После анализа наблюдений, лабораторных и специальных методов исследования проводится дифференциальный диагноз, с выделением основных симптомов и синдромов, обнаруженных у данного больного, с перечислением ряда сходных заболеваний, при которых наблюдается подобные клинические признаки. На основании такого сопоставления делается заклю-

чения об истинном характере заболевания и правильности постановки клинического диагноза. После этого выставляется клинический диагноз, который включает:

а) Основание заболевания, с указанием степени тяжести, формы заболевания, характера течения (острое, подострое, хроническое, рецидивирующее и др.), активность патологического процесса, степени функциональных расстройств;

б) Осложнения основного заболевания;

в) Сопутствующие заболевания (имеющее клиническое значения)

Диагноз формируется в версии МКБ – 10. Клинический диагноз с предварительный должен быть сформулирован в первые 3 дня пребывания больного в стационаре.

### **Этиология и патогенез**

В этом разделе описываются причины, вызвавшие возникновение и развитие данного основного заболевания и его осложнений. Коротко описываются современные взгляды на этиологию основного заболевания,

Кроме того, на основании данных обследования больного и результатов специальных методов исследования описываются конкретные этиологические факторы, приведшие к развитию болезни у данного больного.

Во всех случаях целесообразно установить также и другие возможные провоцирующие факторы, способствующие возникновению или обострению данного заболевания, в том числе так называемые факторы риска.

При описании патогенеза приводятся теории патогенеза данного заболевания и его осложнений, а также описываются наиболее вероятные патогенетические механизмы, имевшие место у курируемого больного. В этом же разделе желательно дать краткое объяснение механизмов всех клинических симптомов и синдромов, выявленных у данного больного. План обследования и лечения.

План обследования и лечения больного составляет лечащий врач с заведующим отделением при первом осмотре в стационаре. План обследования составляется исходя из предварительного диагноза с целью уточнения окончательного клинического диагноза, а при необходимости и проведения дифференциального диагноза.

При назначении дополнительных исследований, выходящих за рамки “стандартов”, следует обосновать их необходимость в истории болезни.

Указывают: общеклинические, биохимические, рентгенологические, специальные функциональные и др. методы исследования, необходимые консультации врачей смежных специальностей.

**Лист назначений** заполняется лечащим врачом и является составной частью истории болезни.

Назначения записывает четко, подробно, без двоякого и произвольного толкования. Название назначенных больному лекарственных препаратов, разовую и суточные дозы, способ применения, время приема, с указанием связи с приемом пищи (до еды, во время еды, после еды и т.д.), дату

назначения и дату их отмены, а так же наименования лечебных и диагностических манипуляций. Все назначения подтверждается ежедневно врачом личным, подписью врача, об исполнении назначений медицинской сестрой подписью.

Если для лечения больного используется препарат, купленный (принесенный) пациентом, с записью о назначении делается пометка "препарат пациента".

### **Параклинические исследования**

После получения лабораторных, инструментальных и специальных исследований. Если показатели результатов исследования с отклонением от нормы, то и проводят их анализ.

### **Ведение дневника**

Лечащий врач должен делать ежедневно запись, отражая динамику состояния больного, изменения характера жалоб за прошедшие сутки, появление новых симптомов, ослабление или исчезновение имевшихся, фиксирует физиологические показатели (частота пульса и дыхания, число сердечных сокращений (ЧСС), величина артериального давления (АД), оценивается сон, аппетит, стул, мочеиспускание).

Проводятся краткие объективные данные, по органам и системам при условии их изменения в динамике. Также следует отражать врачебную интерпретацию новых клинических симптомов и синдромов, результатов исследования, обосновать изменения или дополнения в тактике лечения.

В случае ухудшения состояния больного анализируются причины такого ухудшения (неэффективность, неадекватность назначенной терапии, прогрессирование основного заболевания, нарушение диеты, приема лекарственных средств и т.д.

Намечается план дальнейшего обоснования и лечения больного.

В зависимости от тяжести состояния больного (при средней и тяжелой степени тяжести состояния) врач делает в истории болезни повторные записи в течение рабочего дня отражая динамику. Этот больший должен быть составлен под наблюдение дежурного врача, соответствии обоснованию записи в истории болезни.

При тяжелом общем состоянии больного дневник заполняется не менее 3-4 раза за сутки по часам с четким изложением всех лечебных мероприятий и их результатов, описанием новых симптомов, обоснованием новых назначений. Больным средней степени тяжести дневник оформляется не реже 2-х раз за сутки, а в удовлетворительном состоянии не реже 1 раза за сутки.

### **Дежурный врач и его записи**

Больному оставленному под наблюдением, если не требуется дополнительная врачебная помощь, делается запись в истории болезни при приеме больного от лечащего врача и при последнем осмотре перед сдачей дежурства. В тех случаях, когда необходима врачебная помощь, запись должен начинаться с формулировки причины вызова далее описание состояния в момент

осмотра больного, фиксируются основные физиологические параметры, определяется объем необходимой помощи, подтверждается ее провидимой помощи, подтверждается ее проведение, обязательно отмечается эффективность проведенной терапии и динамика состояния больного.

### **Осмотр заведующего отделением**

Заведующий отделением осматривает больных при поступлении, вместе с лечащим врачом формулирует клинический диагноз (предварительный), дает его обоснование, определяет план обследования и лечение. При госпитализации в выходные и праздничные дни не позднее **третьих** суток.

В дальнейшем осматривает больного не реже **1 раза в неделю** во время еженедельных обходов отделения, а больных в тяжелом состоянии – **ежедневно**, при госпитализации больного (перевод) в реанимационное отделение либо в палату интенсивной терапии (ПИТ) – **ежедневно**;

При осмотре больного заведующий вносит необходимые коррективы по ведению больных, проводит анализ течения заболевания, обосновывает выбор тактики лечебно-диагностических мероприятий. На основании данных обследования больного совместно с лечащим врачом формирует прогноз заболевания для здоровья, для жизни и труда.

Согласно приказу МЗ РФ № 363/77 от 24.10.1996 г. (внесены изменения в приказ от 21 января 1997 года N 13) заведующий отделением проводит 1-й этап экспертизы качества лечебно-диагностического процесса, с заполнением карты экспертной оценки.

Заведующий отделением должен уточнить экспертный анамнез – наличие листка нетрудоспособности на догоспитальном этапе, его длительность и общую продолжительность нетрудоспособности по данному заболеванию в течение последнего года. При наличии инвалидности уточнит, с какого года инвалидность и причину инвалидности.

Обязательный осмотр больного перед выпиской, даются подробные рекомендации.

В сложных клинических случаях лечащий врач и зав. отделением вызывают консультантов, организуют консилиумы совместно с заведующими кафедрами или его заместителями по лечебной работе.

Осмотры и обходы заведующего отделением записываются лечащим врачом отдельно от дневниковых записей под личную роспись заведующего отделением.

При выписке (смерти) больного зав. отделением проверяет и подписывает историю болезни, статистическую карту и выписку историй болезни, т.е. осуществляет первый этап экспертизы истории болезни, вносит данные усредненного коэффициента качества диагностики и лечения (УКФЛ) на титульный лист истории болезни и статистическую карту с личной надписью.

Заведующий отделением является должностным лицом и несет полную юридическую ответственность за лечение больного.

## **ЗАПИСЬ КОНСУЛЬТАНТА (СПЕЦИАЛИСТА ПО ДРУГИМ ПРОФИЛЯМ)**

При записи консультант должен начать с даты и времени осмотра, специальность и Ф.О. врача, проводившего консультацию. Запись должен начинаться с констатации прохода к вывозу. Описываются характерные для данного профиля заболевания клинические данные формируются клинко-функциональный диагноз (МКБ-10), назначаются необходимые лечебно-диагностические мероприятия.

Консультант своим заключением должен ответить на вопросы, поставленные перед ним лечащим врачом (дежурным врачом).

Не допускается запись «Данных за (наименование специальности) патологии нет».

## **ЗАПИСЬ КОНСИЛИУМА**

Приглашаются специалисты разного профиля.

Записи консилиума ведут с учетом мнения всех членов консилиума.

Подробно описывается состояние больного, симптомы и течение заболевания, причины тактических и диагностических затруднений, сомнений, согласий и разногласий. Далее излагается совместно выработанная тактика и стратегия лечебно-диагностического процесса, формируется диагноз, даются рекомендации

## **ЭТАПНЫЙ ЭПИКРИЗ**

Этапный эпикриз является отражением врачебного профессионализма, пишется каждые 10 дней при условии ведения больного одним врачом или через более короткий срок при передаче больного для ведения другому врачу. В случае резкого изменения состояния больного или при выявлении новых диагностических признаков, существенно меняющих представление врача о клиническом диагнозе, также должен оформляться этапный эпикриз

В этапном эпикризе формулируется клинический диагноз, приводится его обоснование на основании анализа клинических, лабораторных и инструментальных данных. Отмечаются особенности течения заболевания и наличие осложнений. Указываются результаты лечения в виде динамики симптомов и параклинических показателей. Обосновывается план дальнейшего лечения и обследования больного. Указывается прогноз заболевания для здоровья и жизни, а у работающих пациентов – и трудовой прогноз; Сроки госпитализации при отдельных нозологических формах должны соответствовать медико-экономическим стандартам (МЭС).

## **ПЕРЕВОДНОЙ ЭПИКРИЗ**

Переводной эпикриз пишется при переводе больного в другое отделение или ЛПУ. В обязательном порядке указывается диагноз, данные объективного и инструментального обследования, динамика состояния боль-

ного, проведенное лечение, причина и обоснование необходимости перевода.

### **ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ**

Заключительный клинический диагноз выставляется при выписке больного из стационара (при переводе его в другое ЛПУ или в случае смерти больного), в развернутом виде в соответствии с МКБ-10 (клинический вариант). В графу 11-го титульного листа истории болезни вносят:

- ◆ Основной диагноз, по поводу которого проводилось лечение и определены его исход и длительность пребывания в стационаре;
- ◆ Осложнения основного заболевания (какие и когда возникли);
- ◆ Сопутствующие диагнозы, отражающие патологию других органов и систем.

В графу 13 вносят информацию о хирургическом вмешательстве (какое, когда). Осложнения после его.

Заключительный клинический диагноз может отличаться от предварительного клинического диагноза, однако все изменения должны иметь обоснование в записях истории болезни.

### **ВЫПИСНОЙ ЭПИКРИЗ**

Выписной эпикриз представляет собой краткое изложение всей истории болезни и включает в себя: паспортные данные (фамилия, имя, отчество больного, дата его, а при необходимости и время поступления и выписки), основные жалобы, анамнестические данные, дающие представления о давности, характере и особенностях течения заболевания и его осложнений, а также сведения о перенесенных других заболеваниях, основные патологические данные по органам, подробное описание лабораторно-инструментальных методов исследования и результаты консультаций специалистов, характер лечения и изменения объективных и субъективных показателей заболевания в результате проведенного лечения. Даются конкретные рекомендации по амбулаторному лечению (долечиванию): режим, условия труда, вторичная профилактика, медикаментозная терапия (коммерческое название лекарственных препаратов с указанием дозы, времени приема и длительности применения) или другие методы лечения. При необходимости указывается профиль санатория и географическая зона для санаторно-курортного лечения.

Указывается исход заболевания, код МКБ-10 и код МЭС.

Выписной эпикриз выполняется в печатном виде в трех экземплярах, один из которых остается в истории болезни, второй подклеивается в амбулаторную карту, а третий выдается на руки больному. Выписной эпикриз подписывается лечащим врачом и заведующим отделением с расшифровкой фамилий. Экземпляр, выдаваемый на руки больному, заверяется треугольной печатью.

В случае смерти больного в истории болезни пишется *посмертный эпикриз*. В нем, помимо краткого изложения всей истории болезни, причины

госпитализации, представления о больном врачом, динамики симптомов, характера проведенного лечения и диагностических процедур указывается причина и обстоятельства наступления летального исхода и развернутый клинический посмертный диагноз. Если смерть больного наступила до осмотра лечащего врача профильного отделения, например в выходные и праздничные дни, либо в течение нескольких часов от момента госпитализации в вечернее и ночное время, посмертный эпикриз оформляется совместно дежурным врачом терапевтического профиля или реанимационного отделения, лечившим больного, и врачом профильного отделения. После проведения патологоанатомического исследования трупа в историю болезни не позднее, чем через 10 дней вносится краткий протокол исследования с подробным патологоанатомическим диагнозом и эпикризом, а в случае расхождения диагнозов указывается предположительная причина и степень расхождения.

### **СХЕМА ЛАБОРАТОРНО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ**

Лабораторное и инструментальное обследование больного является индивидуальным и определяется планом его обследования, который составляется с учетом особенностей заболевания.

Всем больным, независимо от характера заболевания, проводятся обязательно:

- 1) Общий анализ крови,
- 2) Общий анализ мочи,
- 3) Измерение артериального давления,
- 4) Электрокардиография,
- 5) Рентгеноскопия органов грудной клетки,
- 6) Исследование кала на яйца гельминтов,
- 7) Реакция Вассермана,
- 8) Определение группы крови,
- 9) Консультация женщин гинекологом.

## **I. РЕВМАТИЗМ, ПОЛИАРТРИТЫ, ДИФФУЗНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ, ПОРОКИ СЕРДЦА, ПОДОСТРЫЙ СЕПТИЧЕСКИЙ ЭНДОКАРДИТ (ИНФЕКЦИОННЫЙ ЭНДОКАРДИТ)**

1. Кровь на общий белок и белковые фракции.
2. Формоловая проба.
3. Кровь на С-реактивный белок.
4. Кровь на сиаловую кислоту.
5. Баночная проба.
6. Дифениламиновая проба.
7. Титр антистрептолизина и антистрептогиалуронидазы.
8. Кровь на циркулирующие иммунные комплексы, ревматоидный фактор.
9. Кровь на остаточный азот.
10. Посев крови на гемокультуру.
11. Электрокардиография.
12. Эхокардиография.
13. Рентгеноскопия органов грудной клетки.
14. Рентгенография суставов.
15. Венозное давление.
16. Волдырная проба.
17. Дробная термометрия.

## **II. ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА: СТЕНОКАРДИЯ, ИНФАРКТ МИОКАРДА, КАРДИОСКЛЕРОЗ; ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ**

1. Кровь на холестерин и на липидный спектр.
2. Кровь на МНО (Международное нормализованное отношение).
3. Свертываемость крови.
4. Коагулограмма.
5. Кровь на общий белок и белковые фракции.
6. Кровь на тропонины.
7. Кровь на трансаминазы и другие ферменты.
8. Кровь на остаточный азот.
9. Проба Зимницкого.
10. Электрокардиография (в том числе с места максимальной пульсации сердца).
11. Эхокардиография.
12. Измерение артериального давления.
13. Измерение венозного давления и скорости кровотока.
14. Определение скорости распространения пульсовой волны.
15. Коронарография.
16. Холодовая проба.
17. Консультации офтальмолога, невропатолога, уролога.

### **III. Заболевания органов дыхания**

1. Общий анализ крови.
2. Общий анализ мочи.
3. Биохимический анализ крови: мочевины, креатинина, электролиты (К, Na, Ca), АсАТ, АсАТ.
4. Рентгеноскопия, рентгенография легких в прямой и боковой проекциях, томография, бронхография.
5. Фибробронхоскопия (ФБС).
6. Исследование мокроты: микроскопия, окраска мазка по Граму, бактериологический посев мокроты с определением количества объемных единиц в мл (КОЕ/мл) и чувствительности к антибиотикам, исследование мокроты на атипичные клетки.
7. Исследование мокроты (и промывных вод бронхов) на МБТ (микобактерии туберкулеза).
8. Исследование функции внешнего дыхания (ФВД): спирография (включая спирографию с бронходилатационными и провокационными тестами), пикфлоуметрия.
9. Пульсоксиметрия.
10. Исследование пунктата из плевральной полости цитологическое, биохимическое, бактериологическое.
11. Реакция Манту.
12. Компьютерная томография (КТ) органов грудной клетки.
13. Газометрия крови: парциальное давление кислорода ( $P_{aO_2}$ ), углекислоты ( $P_{aCO_2}$ ), кислотно-основное состояние (КОС), насыщение артериальной крови кислородом ( $S_{O_2}$ ).
14. Исследование уровня альфа-1-антитрипсина
15. Торакоскопия, биопсия плевры.

### **IV. Болезни пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки**

1. Общий анализ крови.
2. Общий анализ мочи, альфа-амилаза мочи.
3. Эзофагогастродуоденоскопия (ЭФГДС).
4. Биопсия слизистой оболочки пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки.
5. Тест на *Helicobacter pylori*.
6. ЭКГ.
7. Биохимическое исследование крови: глюкоза, билирубин, общий белок, альбумин, АЛАТ, АсАТ, мочевины, сывороточное железо.
8. Исследование кала на скрытую кровь.
9. Рентгенологическое исследование пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки, обзорная рентгенограмма брюшной полости.
10. Желудочное зондирование с фракционным исследованием желудочной секреции.
11. Цитологическое исследование содержимого пищевода, желудка и кишечника, а также соскоба с их слизистой оболочки.

12. рН-метрия пищевода и желудка.
13. УЗИ органов брюшной полости, поджелудочной железы.
14. Пальцевое исследование прямой кишки.
15. КТ органов брюшной полости.

#### **V. Болезни тонкого и толстого кишечника**

1. Общий анализ крови.
2. Общий анализ мочи, альфа-амилаза мочи.
3. Ректороманоскопия (РРС), колоноскопия (ФКС) с биопсией.
4. ФГДС с биопсией.
5. Биохимическое исследование крови: глюкоза, билирубин, общий белок, альбумин, АлАТ, АсАТ, мочевины, сывороточное железо.
6. Исследование кала на скрытую кровь.
7. Копроцитограмма, анализ кала на паразиты, микрофлору.
8. Определение активности энтерокиназы и щелочной фосфатазы в дуоденальном содержимом, в кале.
9. Энтерография.
10. Ирригоскопия.
11. Цитологическое исследование содержимого кишечника, а также соскоба с их слизистой оболочки.
12. УЗИ органов брюшной полости, поджелудочной железы и малого таза.
13. Пальцевое исследование прямой кишки.
14. КТ органов брюшной полости.
15. Иммунограмма: классы сублимфоцитов, циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК), уровни иммуноглобулинов, фагоцитарная активность.
16. Анализ крови на антиглиадиновые антитела.

#### **VI. Болезни печени и желчевыводящих путей**

1. Общий анализ крови + тромбоциты.
2. Иммунологическое исследование: поверхностный антиген вирусного гепатита В (HBsAg), антитела к вирусу гепатита С (antiHCV).
3. Биохимический анализ крови: билирубин и его фракции, АсАТ, АлАТ, гамма-глутамилтранспептидаза (ГГТП), щелочная фосфатаза (ЩФ), сывороточное железо, ферритин, трансферрин, церулоплазмин, медь сыворотки, ОХС, ЛПВП, ЛПНП, ТГ, фосфолипиды, общий белок крови и его фракции, тимоловая проба, аммиак и глютамин плазмы крови, остаточный азот и мочевины, креатинин.
4. Протромбиновый индекс (ПТИ), фибриноген, коагулограмма.
5. Исследование кала на стеркобилин, скрытую кровь.
6. Общий анализ мочи, исследование мочи на билирубин и уробилин, альфа-амилазу, порфирины.
7. ФЭГДС.
8. УЗИ органов брюшной полости, динамическая эхография желчного пузыря.
9. Дуоденальное зондирование (трехпорционное, много-моментное) с исследованием дуоденального содержимого (цитологическим, микробиологическим, биохимическим).

10. Рентгенологическое исследование желчевыводящих путей: холангиография, эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ).
11. Лапароскопия.
12. Биопсия печени (чрескожная пункционная, лапароскопическая).
13. КТ (компьютерная томография).
14. Манометрия сфинктера Одди.
15. Изотопная билиосцинтиграфия.

## **VII. Болезни поджелудочной железы**

1. Общий анализ крови.
2. Общий анализ мочи, исследование мочи на альфа-амилазу.
3. Биохимический анализ крови: глюкоза, билирубин и его фракции, АсАТ, АлАТ, гамма-глутамилтранспептидаза (ГТТП), щелочной фосфатаза (ЩФ), альфа-амилаза, амилаза панкреатическая, липаза.
4. Исследование гликемической кривой после пероральной нагрузки глюкозой (ТТГ - тест толерантности глюкозы).
5. УЗИ поджелудочной железы.
6. КТ поджелудочной железы.
7. ФГДС.
8. Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ).
9. Исследование кала на эластазу.
10. Исследование панкреатической секреции (секретин-панкреазиминный тест и стимуляция 0,5% раствором соляной кислоты и растительным маслом) с определением бикарбонатной щелочности и активности амилазы, липазы и трипсина в дуоденальном содержимом.

## **VIII. Болезни почек**

1. Общий анализ крови.
2. Общий анализ мочи.
3. Бактериологические, бактериоскопические обследования на инфекции, передаваемые половым путем (ИППП).
4. Анализ мочи по Нечипоренко, определение суточной протеинурии, посев мочи на микобактерию туберкулеза посев мочи на флору и чувствительность к антибиотикам, проба Зимницкого, проба Реберга (клиренс по креатинину).
5. Биохимический анализ крови: мочевины, креатинин, общий белок и его фракции, холестерин (общий), триглицериды, глюкоза, билирубин, электролиты крови (К, Na, Са, С1), показатели КОС (кислотно-основного состояния).
6. Обзорная урограмма, экскреторная урограмма.
7. Цистоскопия, цистография.
8. Изотопная ренография.
9. Сцинтиграфия почек.
10. УЗИ почек и мочевого пузыря, доплер сосудов почек.
11. КТ почек.
12. ЭКГ.

13. Профиль АД.

### **IX. Болезни кроветворной системы**

1. Общий анализ крови + ретикулоциты крови + тромбоциты крови.
2. Общий анализ мочи
3. Коагулограмма: ПТИ, АЧТВ, тромбиновое время (ТВ), фибриноген.
4. Биохимический анализ крови: общий белок, мочеви́на, АсАТ, АлАТ, билирубин и его фракции, сывороточное железо, трансферрин, ферритин, общая железосвязывающая способность сыворотки (ОЖСС).
5. Определение уробилина и желчных пигментов в моче.
6. Определение стеркобилина в кале.
7. Исследование кала на гельминты.
8. Определение осмотической резистентности эритроцитов.
9. Свободный гемоглобин плазмы и мочи.
10. Проба Кумбса.
11. Пункция грудины и лимфоузлов, трепанобиопсия.
12. Миелограмма.
13. Анализ мочи на белок Бен-Джонса.
14. Иммуноглобулины плазмы крови.
15. ЭФГДС.
16. РРС, колоноскопия.
17. Р-графия грудной клетки.
18. УЗИ органов брюшной полости.
19. Определение витамина В12 и фолиевой кислоты в крови.

### **X. Болезни щитовидной железы**

1. УЗИ щитовидной железы и региональных узлов.
2. Пункционная биопсия щитовидной железы.
3. Скintiграфия щитовидной железы.
4. Гормональное исследование крови: определение в крови Т3, Т4, ТТГ, тиреоглобулин, антител к тиропироксидазе (АТ к ТПО)
5. Общий анализ крови.
6. Биохимическое исследование крови: глюкоза, общий белок, холестерин, триглицериды, АлАТ, АсАТ, мочеви́на, креатинин, сывороточное железо.
7. ЭКГ, Эхо-КГ.
8. Рентгенография (КТ, МРТ) загрудинной области, КТ орбит.

### **XI. Обследование при сахарном диабете**

1. Исследование уровня глюкозы в крови (натощак, перед обедом, перед ужином, перед сном), тест толерантности к глюкозе.
2. Исследование уровня ацетона в моче.
3. Биохимическое исследование крови: мочеви́на, креатинин, общий белок, общий билирубин, общий холестерин, ЛПВП, ЛПНП, триглицериды, глюкоза, электролиты (К, Na, Cl, Mg, Ca).
4. Общий анализ крови.
5. Общий анализ мочи, определение белка в суточной моче.
6. Определение белка в моче (микроальбуминурия).
7. Скорость клубочковой фильтрации по клиренсу эндогенного креатинина

(СКФ).

8. УЗИ сосудов конечностей с доплером, РВГ.
9. Гормональное исследование крови: С-пептид, проинсулин.
10. Анализ мочи по Нечипоренко.
11. УЗИ органов брюшной полости.
12. Глазное дно.

## ХII. Болезни опорно-двигательного аппарата

1. Общий анализ крови и мочи.
2. Биохимический анализ крови: СРБ, сиаловые кислоты, серомукоид, гаптоглобин, ревматоидный фактор (РФ), общий холестерин, электролиты крови (К, Na, Са, С1), общий белок и его фракции, КФК, мочевины, креатинин, мочевиная кислота, билирубин, АсАТ, АлАТ.
3. Иммунологическое исследование крови: антистрептолизин-О (АСЛ-О), определение титра антител в сыворотке крови к иерсиниям, боррелиям; антитела к ДНК и комплементу.
3. Анализ крови на LE-клетки.
4. Суточная экскреция мочевиной кислоты.
5. Рентгенография костей и суставов.
6. ЭКГ, Эхо-КГ.
7. ФГДС.
8. УЗИ почек.
9. Комплексное исследование на хламидийную инфекцию.

## Нормы основных лабораторных показателей

### Общий анализ крови

Лабораторный тест	Пол	Единица из-	Показатели
Гемоглобин	М	г/л	130,0–160,0
	Ж	г/л	120,0-140,0
Гематокрит	М	%	40,0-48,0
	Ж	%	36,0-42,0
Количество эритроцитов	М	$10^{12}/л$	5,5–5,1
	Ж	$10^{12}/л$	3,7-4,7.
Средний объем эритроцитов		Мкм <sup>3</sup>	75,0-96,0
Средний диаметр эритроцитов		Мкм	7,2-7,5
Ретикулоциты		%	0,8-1,0
Количество лейкоцитов		$10^9/л$	4,0-9,0 ,
Количество тромбоцитов		$10^9/л$	150,0-400,0
Сегментоядерные лейкоциты		%	45,0-70,0
Палочкоядерные лейкоциты		%	1,0-6,0
Лимфоциты		%	18,0-40,0
Моноциты		%	3,0-11,0
Эозинофилы		%	0,5-5,0
Базофилы		%	0-1,0
Фибриноген		г/л	2,0-4,0
СОЭ	М	Мм/ч	1-10
	Ж	Мм/ч	4-12
Миелокариоциты		$10^9/л$	45,0-250,0

Мегакариоциты		10 <sup>9</sup> /л	0,020-0,100
Адреналин		Нмоль/л	1,91-2,46
Азот остаточный		Ммоль/л	7,06-14,01
Альдостерон	М	Нмоль/л	0,17-0,61
	Ж		0,14-0,83
Альфа-амилаза		Ч/л	12-32
Аммиак плазмы (по Конвею)		мкмоль/л	29-79
Аланин аминотрансфераза	М	Мкмоль/л	0,6-1,5
Аспартат аминотрансфераза	М	Мкмоль/л	0,6-1,5
Ацетон в сыворотке крови: Качественная реакция Количественная реакция		Мг/л	Отрицательная 3-20
Белок общий		г/л	65,0-85,0
Общий альбумин		%	52,0-62,0
Количество глобулинов		%	38,0-48,0
α1-глобулины		%	4,0-6,0
α2-глобулины		%	7,0-11,0
β-глобулины		%	11,0-15,0
γ-глобулины		%	14,0-19,0
Время свертывания крови по Ли-Уайту		Мин	5-10
Билирубин общий		Мкмоль/л	8,5-20,5
Билирубин свободный		Мкмоль/л	8,6 (75% от общего)
Гаммаглутамилтранспептидаза	М	Мккат/л	0,25-1,77
	Ж	Мккат/л	0,17-1,9
Гаптоглобин в сыворотке суммарно		г/л	0,44-3,03
		г/л	0,8-2,1
		г/л	0,7-3,4
Гистамин (в цельной крови)		Мкмоль/л	0,18-0,72
Глюкоза крови натощак		Ммоль/л	3,5-5,5
Гликолизированный Hb		%	4,4-6,3
Гликопротеиды (в сыворотке)		г/л	1,2-1,6
Человеческий хорионический гонадотропин сыво-	Ж	МЕ/л	До 10,0
Длительность кровотечения по Дьюку		Мин	1-4
Длительность кровотечения по Айви		Мин	1-7
Железо	М	Мкмоль/л	14,32-25,06
	Ж	Мкмоль/л	10,74-21,48
Общая железосвязывающая способность сыво-		Мкмоль/л	44,8-80,6
Насыщение трансферрина		%	20-50
Желчные кислоты (суммарно)		Мкмоль/л	2,5-6,8
Жирные кислоты свободные (неэстерифициро-		Ммоль/л	0,30-0,90

Калий в сыворотке крови		Ммоль/л	3,6-5,4
Калий в эритроцитах		Ммоль/л	79,4–112,6
Кальций общий		Ммоль/л	2,23-2,57
Кальций свободный		Ммоль/л	1,15–1,27
Креатинин	М	Мкмоль/л	44-150
	Ж		44-97
Креатининфосфокиназа (КФК)	М	Е/1	10,0-170,0
	Ж		
МВ-фракция КФК		Мккат/л	0-0,20
Натрий	М	Ммоль/л	130,0-150,0
рН (активная реакция крови)		Ед	7,35-7,45
Лактатдегидрогеназа	М	Е/1	250,0-450,0
Липаза		Мккат/л	0,38-3,33
Липиды общие		г/л	3,5-8,0
$\alpha$ -липопротеины	М	г/л	2,57-4,19
	Ж		3,12-4,56
$\beta$ -липопротеиды	М	г/л	2,30-3,76
	Ж		2,13-3,51
Магний (сыворотка крови)		Ммоль/л	0,65-1,10
Медь (общая)		Мкмоль/л	11-24,3
Молочная кислота		Ммоль/л	0,99-1,78
Мочевая кислота		Мкмоль/л	179-476
Мочевина		Ммоль/л	2,5-8,32
Натрий в сыворотке крови		Ммоль/л	130-150
5'-Нуклеотидаза		Мккат/л	0,03-0,27
Пировиноградная кислота (пируват)		Ммоль/л	0-0,11
Протромбин (в сыворотке)		Мкмоль/л	1,4-2,1
Протромбиновый индекс			0,8-1
Сахар крови		Ммоль/л	4,44-6,66
Серомукоид		Г/л	0,22-0,28
Сиаловые кислоты		Ммоль/л	2,0-2,36
Тимоловая проба (в сыворотке)		ед.	0-4
Тироксин общий (Т4)		Нмоль/л	35-155
Тироксин свободный		Пмоль/л	13-30
ТТГ		ММЕ/л	0,32-5,0
Трийодтиронин (Т3)		Нмоль/л	1,2-3,1
Тиреотропный гормон		МкМЕ/мл	0,45-6,2
Трансферрин в сыворотке	М	г/л	2,3-4,0
	Ж		3,0-3,8

Триглицериды	М	Ммоль/л	0,45-1,81
	Ж		0,40-1,53
Ферритин	М	Пмоль/л	81-590
	Ж		23-349
α1-фетопротеин (весовым методом)		г/л	3,566-3,634
Фибриноген (плазма крови)		г/л	2,0-4,0
Фолиевая кислота (плазма)		Нмоль/л	3,9-28,6
Фосфат		Ммоль/л	0,81-1,45
Фосфолипиды общие (сыворотка)		Ммоль/л	2,52-2,91
Фосфор липидный		Ммоль/л	1,97-4,68
Фосфатаза кислая		Нкат/л	0-11,6
Фосфатаза щелочная	М	Мккат/л	0,9-2,3
	Ж	Мккат/л	0,74-2,1
Хлориды в сыворотке		Ммоль/л	96-108
Холестерин общий		Ммоль/л	3,64-5,4
Холестерин ЛПВ		Ммоль/л	0,7-2,54
Холинэстераза		Ммоль/(чл)	160-340
С-реактивный белок	М	Мг/л	до 5,0
Церуллоплазмин		Ммоль/л	1,3-3,3
Цинк		Мкмоль/л	10,7-22,9
Эритроциты, электролиты		Ммоль/л	
Калий			79,4-112,6
Натрий			12,5-21,7
Магний			1,65-2,65
Этанол		Ммоль/л	0-2,7
Интоксикация			65-87
Ступор			87-109
Кома			>109

<b>Исследование желудочного сока</b>			
Лабораторный тест	Пол	Единица измерения	Показатели
Количество		л/сут.	2-3
Относительная плотность			1,005
Реакция рН		ед.	1,6-2,0
Количество содержимого натощак		мл	5-40
Общая кислотность		титр. ед.	20-30
Свободная соляная кислота		ммоль/л	до 15
Базальная секреция: объем 4 порций натощак (60 мин)		мл	50-110
Стимулированная общая кислотность		титр. ед.	40-60
Стимулированная свободная соляная кислота		титр. ед.	20-40
Стимулированная связанная соляная кислота		титр. ед.	10-15
Дебит-час общей соляной кислоты		ммоль/л	1,5-5,5
Дебит-час свободной соляной кислоты		ммоль/л	1,0-4,0

#### **Иммунологические показатели**

Лабораторный тест	Пол	Единица измерения	Показатели
Иммуноглобулины:			
G		Мкмоль/л	50-112,5
A		Мкмоль/л	5,62-28,12
M		Мкмоль/л	0,6-2,6
D		Мкмоль/л	0,26-1,5
E		Нмоль/л	0,3-30,0
Комплемент (общий гемолитический)		СН50 МЕ/мл	118-226

#### **Исследования мочи**

Лабораторный тест	Пол	Единица измерения	Показатели
Количество мочи в сутки		Мл	600-2000
Удельный вес			1004-1030
Цвет			От бледно-желтого до красно-желтого
Прозрачность			Прозрачная
Реакция			Слабокислая
Белок			Отсутствует – следы
Глюкоза			Нет
Ацетон			Нет

Лабораторный тест	Пол	Единица измерения	Показатели
Желчные пигменты			Нет
Желчные кислоты			Нет
Уробилин			Положительная реакция
Эпителий плоский			0-3 в поле зрения

Эпителий мочевых канальцев			Отсутствует
Лейкоциты			1-5 в поле зрения
Эритроциты			0-единичные в поле зрения
Цилиндры: Гиалиновые Зернистые Восковидные			Единичные в поле зрения Отсутствуют Отсутствуют
Соли			Небольшое количество уратов или фосфатов
Содержание в 1 литре мочи (по Нечипоренко): лейкоцитов Эритроцитов Цилиндров			До $2,0 \cdot 10^6/\text{л}$ До $1,0 \cdot 10^6/\text{г}$ До $0,002 \cdot 10^6/\text{л}$

### Показатели дуоденального зондирования

Показатель	Фазы секреции				
	1-я	2-я	3-я	4-я	5-я
	Дуоденальная желчь (Желчь А)	<u>Закры-</u> <u>тия</u> <u>сфинк-</u> <u>тера</u>	Латентный период пузырьного рефлекса	Пузырная желчь (Желчь В)	Печеночная желчь (желчь С)
<u>Продолжительность, мин</u>	10-15	4-6	3-6	20-30	<u>до 30</u>
<u>Количество в мл</u>	10-20	-	4-6	30-60	-
<u>Плотность</u>	<u>1,008-1,012</u>	-	-	1,016-1,034	1,007-1,010
<u>Прозрачность</u>	<u>Слегка</u> <u>опалесцирует</u>	-	<u>Слегка опа-</u> <u>лесцирует</u>	<u>Прозрачная</u>	<u>Прозрачная</u>
<u>Цвет</u>	<u>Золотисто- жел-</u> <u>тый</u>	-	<u>Золотисто</u> <u>желтый</u>	<u>Коричневый,</u> <u>оливковый</u>	<u>Светло-</u> <u>лимонный</u>
<u>Микроскопия</u>	<u>Лейкоциты и</u> <u>эпителиальные</u> <u>клетки- единич-</u> <u>ные в п/зр</u>	-	<u>Лейкоциты</u> <u>- единичные</u> <u>в п/зр</u>	<u>Лейкоциты</u> <u>до 10 в п/зр</u>	<u>Лейкоциты и</u> <u>эпителиаль-</u> <u>ные клетки -</u> <u>единичные</u> <u>в п/зр</u>

### Исследование кала

Показатель	Характеристика
Количество кала за сутки	100-250 г
Консистенция	Оформленный (мягкий и плотный)
Форма	Цилиндрическая
Цвет	Коричневый
Реакция	Нейтральная или слабощелочная
Слизь и кровь	Отсутствуют
Мышечные волокна	Отсутствуют или встречаются отдельные переваренные волокна, потерявшие исчерченность
Соединительная ткань	Отсутствует
Нейтральный жир	Отсутствует
Жирные кислоты	Отсутствует
Мыла	Незначительное количество

Растительная клетчатка: переваримая и непереваримая	Единичные клетки или клеточные группы. Содержится в разных количествах
Крахмал	Отсутствует
Йодофильная флора	Отсутствует
Слизь, эпителий, оксалаты	Отсутствует
Лейкоциты	Единичные в препарате

**Критерии нормальной кишечной микрофлоры  
(по Р.В. Эпштейн и Ф.Л. Вилыпанской)**

Микрофлора	Норма
Бифидобактерии	От 10 <sup>8</sup> КОЕ/г и выше
Общее количество кишечной палочки	300–400 млн/г
Кишечная палочка со слабовыраженными ферментативными свойствами	От 5 до 10 %
Лактозонегативная форма кишечной палочки	До 5%
Кокковые формы в общей сумме микробов	До 25%
Гемолизирующий стафилококк по отношению ко всем кокковым формам	Нет
Энтерококки	10 <sup>4</sup> -10 <sup>6</sup> КОЕ/г
Микробы рода Proteus	Нет
Грибы рода Candida	Нет
Патогенные микробы семейства кишечных палочек	Нет
Гемолизирующая кишечная палочка	Нет

**Характеристика плевральной жидкости**

Удельный вес – 1015

Цвет – соломенно-желтый.

Прозрачность – полная.

Консистенция, – невязкая.

Запах – отсутствует.

Микроскопия, клеточный состав:

Общее количество эритроцитов 2000–5000/мм<sup>3</sup>;

Общее количество лейкоцитов 800–900 /мм<sup>3</sup>;

Нейтрофилы до 10 %;

Эозинофилы до 1 %;

Базофилы до 1 %;

Лимфоциты до 23 %;

Эндотелий до 1 %;

Плазматические клетки до 5 %.

Биохимический состав:

Белок 1,5–2 г/100 мл (15–25 г/л);

ЛДГ 1,4–1,7 ммоль/л;

Глюкоза 20–40 мг/100 мл (2,1–2,2 ммоль/л);

**pH-7,2.**

**Нормальные характеристики элементов ЭКГ**  
(по: Вечерский Г.А, Баранов Л.Г, Лисютин В.Г., 1985)

Элементы ЭКГ	Амплитуда	Продолжительность в секундах (")
Зубцы:		
<b>P</b>	<b>0,5-2,5</b>	<b>0,06-0,1</b>
Q	<1/4R	<0,03
R	20 мм (в aVL до 11 мм, в V <sub>5-6</sub> до 26 мм) < 8 мм (В I, II), <25 мм (в V <sub>1</sub> )	0,03-0,04
S	<1/2-1/3 R (во II отведении - до 1/4R) 2-3 мм	<0,03
T		<0,16
U		0,06-0,16
Сегменты:		
PT		0,04-0,1
ST		0,02-0,12
TP		0,3-0,4
Интервалы:		
PQ		0,12-0,2
QT		5-0,42
RR		0,30,75-1
<b>PP</b>		<b>0,75-1</b>
Комплекс QRS		0,06-0,09 (до 0,1)

**Вычисление продолжительности систолы и систолического показателя на электрокардиограмме**

( ) Норма для мужчин, [ ] - норма для женщин

ЧЧ	Продолжительность желудочкового комплекса (QRST) в долях секунды																	
	0,26	0,27	0,28	0,29	0,3	0,31	0,32	0,33	0,34	0,35	0,36	0,37	0,38	0,39	0,4	0,41	0,42	0,43
	Величина систолического показателя в %																	
40	17	18	19	19	20	21	21	22	22	23	24	25	25	26	27	27	28	29
45	19	20	21	22	22	23	24	24	25	26	27	27	28	29	30	31	(31)	32
50	22	22	23	24	25	26	27	27	28	29	30	31	32	32	(33)	34	35	[36]
55	24	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	33	(35)	35	36	[37]	38	39
60	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	(37)	38	39	[40]	41	42	43
65	28	28	29	30	31	33	33	35	35	36	(38)	39	[41]	41	42	43	44	45
70	30	32	33	34	35	36	37	39	(40)	41	42	[43]	45	46	47	48	49	50
75	32	34	35	36	37	39	40	(41)	42	[43]	45	46	47	49	50	51	52	54
80	35	36	37	39	40	41	(42)	44	45	[46]	48	49	51	52	53	55	56	57
85	37	38	40	41	43	(44)	46	[47]	48	50	51	53	54	56	57	58	60	61
90	40	41	43	45	(45)	48	[48]	51	52	53	55	57	58	60	61	63	64	66
95	41	43	44	(46)	48	[50]	51	52	54	55	57	59	60	62	63	65	67	68
100	43	45	(46)	48	49	[51]	53	55	57	58	60	62	63	65	67	68	70	72
105	45	(47)	49	51	[52]	54	56	58	59	61	63	65	66	68	70	72	74	75
110	47	(50)	51	53	[53]	56	58	60	62	64	65	67	69	71	73	74	76	78

### Электрокардиографические признаки локализации и распространенности инфаркта миокарда

Локализация инфаркта	я, в которых выявляются Электрокардиографические признаки: инфаркта миокарда		
	Грудные и пищеводные	Стандартные	Однополюсные
<b>Передняя стенка сердца</b>			
Передне-перегородочный	V <sub>1-4</sub>	-	-
Переднебоковой	V <sub>3-6</sub>	I, II	aVL
Верхушечный (Ограниченный)	V <sub>3-4</sub>	-	-
Распространенный	V <sub>1-6</sub>	I, II	aVL
Над верхушечный	V <sub>3-4</sub>	I, II	aVL
<b>Задняя стенка сердца</b>			
Задне-верхушечный	Ve,1,2	III, II	avF
Задний	Пищеводные	III, II и III на вдохе	avF
Заднебоковой	Пищеводные и V <sub>5-6</sub>	III, II и III на вдохе	avF
Заднебоковой высоко рас- положенный	Пищеводные и V <sub>5-6</sub> , т.е. записанные на 2 межреберья выше	Могут отсутство- вать	Иногда в aVL
<b>Боковая стенка сердца</b>			
Ограниченный	V <sub>5-6</sub>	Нет или в I или в II	Нет или в aVL
<b>Переднезадняя стенка сердца</b>			
Массивный переднезадний инфаркт	V <sub>1-2</sub>	I, II, III	aVL, avF

### Основные копрологические синдромы

Копросиндром Характеристики	Нормальный кал	Недостаточность желудоч- ного переваривания
Количество (г)	100-200	100-200
Консистенция и форма	Темно-коричневый	Плотный, оформленный
Цвет	Коричневый	Темно-коричневый
Запах	Каловый, нерезкий	Гнилостный
Реакция	Слабощелочная нейтральная	Щелочная
Мышечные волокна	±	++
Соединительная ткань	+	++
Нейтральный жир	-	-
Жирные кислоты	-	-
Мыла	±	++
Крахмал	-	+
Перевариваемая клетчатка	-	+++
Йодофильная флора	-	+
Аммиак (ед.)	2-4	4-6
Органические кислоты (ед.)	14-16	20-28

<i>Примечание</i>	-	Большой объем кала, быстро темнеющего на воздухе	
<b>Копросиндром Характеристики</b>	<b>Недостаточность ферментов поджелудочной железы</b>	<b>Недостаточность поступления желчи в кишечник</b>	
Количество (г)	До 1000	100-200	
Консистенция и форма	Мазевидный кал	Мазевидный кал	
Цвет	Серовато-желтый	Серовато-белый	
Запах	Зловонный	Зловонный	
Реакция	Щелочная, реже кислая	Кислая	
Мышечные волокна	+++	+	
Соединительная ткань	±	-	
Нейтральный жир	+++	+	
Жирные кислоты	±	+++	
Мыла	±	+	
Крахмал	++	++	
Перевариваемая клетчатка	++	++	
Йодофильная флора	+	-	
Аммиак (ед.)	6-8	4	
Органические кислоты (ед.)	16-20	16	
<i>Примечание</i>	Большой объем кала, при остывании кал быстро твердеет	Реакция на стеркобилин отрицательная	
<b>Копросиндром Характеристики</b>	<b>Недостаточность переваривания в тонкой кишке</b>	<b>Недостаточность переваривания в толстой кишке</b>	
		<b>Бродильная диспепсия</b>	<b>Гнилостная диспепсия</b>
Количество (г)	>200	>200	>200
Консистенция и форма	Жидкий кал	Кашицеобразный, пенный	Жидкий кал
Цвет	Желтый	Желтый	Желтый или зеленоватый
Запах	Слабый	Кислый	Гнилостный
Реакция	Слабощелочная	Резко кислая	Щелочная или резко щелочная
Мышечные волокна	++	±	+
Соединительная ткань	-	-	-
Нейтральный жир	++	±	+
Жирные кислоты	++	+	-
Мыла	++	+	+
Крахмал	+++	+++	±

Перевариваемая клетчатка	+++	+++	++
Йодофильная флора	+	+++	±
Аммиак (ед.)	N или <N	2-6	10-14
Органические кислоты (ед.)	N или <N	20-40	N или <N
<i>Примечание</i>		Повышенное газообразование в кишечнике (кал пенистый)	
<b>Копросиндром</b> <b>Характеристики</b>	<b>Воспалительный процесс в тонкой кишке</b>	<b>Воспалительный процесс в толстой кишке</b>	
		<b>Преобладание запоров</b>	<b>Преобладание поносов</b>
Количество (г)	>200	>100	>200
Консистенция и форма	Жидкий кал	Твердый «овечий кал»	Жидкий кал
Цвет	Темно-коричневый	Темно-коричневый	Желтый
Запах	Слабый	Гнилостный	Гнилостный
Реакция	Слабощелочная	Щелочная	Щелочная или резко щелочная
Мышечные волокна	++	±	+
Соединительная ткань	++	-	-
Нейтральный жир	++	-	±
Жирные кислоты	++	-	-+
Мыла	++	+	+
Крахмал	+++	-	±
Перевариваемая клетчатка	+++	-	++
Йодофильная флора	+	-	±
Аммиак (ед.)	N или <N	N	10-14
Органические кислоты (ед.)	N или <N	N	10-14
<i>Примечание</i>	Много слизи, перемешанной с калом, лейкоцитов. Реакция Трибуле-Вишнякова резко (+). Дисбиоз кишечника	Много слизи на поверхности кала, лейкоцитов, растворимого белка. Реакция Трибуле-Вишнякова резко (+). Дисбиоз кишечника	

<b>Копросиндром</b> <b>Характеристики</b>	<b>Двигательные расстройства кишечника</b>		
	<b>Ускоренная эвакуация</b>		<b>Запоры</b>
	<b>из тонкой кишки</b>	<b>из тол-</b>	
Количество (г)	>200	>200	<200
Консистенция и форма	Жидкий кал	Кашице-	Твердый, «овечий кал»

Цвет	Желтый	Светло-коричне-	Коричневый
Запах	Слабый		Слабый
<b>Копросиндром</b> <b>Характеристики</b>	<b>Двигательные расстройства кишечника</b>		
	<b>Ускоренная эвакуация</b>		<b>Запоры</b>
Реакция	из тонкой кишки	из толстой	Щелочная
Мышечные волокна	Слабощелочная	Нейтральная или слабокислая	n- +
Соединительная ткань	++		-
Нейтральный жир	+	-	-
Жирные кислоты	+++	-	-
Мыла	++	+	+
Крахмал	++	+	-
Перевариваемая клетчатка	+++	++	+
Йодофильная флора	+++	++	-
Аммиак (ед.)	+	-н-	N
Органические кислоты (ед.)	N или <N	N или	N
<i>Примечание</i>	N или <N	> N	Кристаллы трипельфосфатов

### Лабораторное исследование порций желчи

Показатель	Норма	Патология	Причины патологических изменений
Порция А	Светло-желтая, прозрачная, щелочной реакции	Примесь хлопьев, слизи, мутная	Дуоденит
Порция В	Вязкая, негустая, темно-коричневая	Светлая Густая Мутная, хлопья, слизь	Нарушение концентрационной функции пузыря. Застой желчи, атония. Воспаление желчного пузыря
Порция С	Золотисто-желтая, прозрачная	Примесь хлопьев, слизи	Холангит, холангиолит
Воспалительные элементы	Отсутствуют или единичные	Лейкоциты, слизь, цилиндрический эпителий	Порция А – дуоденит. Порция В – холецистит. Порция С – холангит
Кристаллы били-рубина-такальция, холестерина	Отсутствуют или единичные	Наличие кристаллов	Застой желчи, возможное образование или наличие камней
Паразиты, бактерии	Отсутствуют	Наличие паразитов	Лямблиоз, описторхоз, патогенная микрофлора

## НОРМАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ КОНЦЕНТРАЦИИ ОСНОВНЫХ КОМПОНЕНТОВ ЖЕЛЧИ

(X + t, ммоль/л) по В.А. Максимову и А.Л. Чернышову (1986)

Этапы	1-й этап	4-й этап	5-й этап
Компоненты	Порция А	Порция В	Порция С
Липидный комплекс	1,67 ± 0,23	8,99 ± 0,43	3,42 ± 0,28
Холевая кислота	3,54 ± 0,56	19,48 ± 0,13	3,76 ± 0,31
Холестерин	1,54 ± 0,07	8,04 ± 0,72	2,38 ± 0,27
Холатохолестериновый коэффициент	2,2 ± 0,08	2,9 ± 0,2	2 ± 0,2
Фосфолипиды	0,19 ± 0,01	3,63 ± 0,41	0,38 ± 0,03
Фосфолипидно-холестериновый коэффициент	0,35 ± 0,05	0,34 ± 0,06	0,19 ± 0,05
Билирубин	2,05 ± 0,17	3,8 ± 0,38	1,04 ± 0,07
Кальций	1,1 ± 0,1	1,4 ± 0,05	1,3 ± 0,08
Сиаловые кислоты	62 ± 4 ед	130 ± 12 ед	79 ± 6 ед
С-РБ	Отр.	Отр.	Отр.

### Характеристика мокроты при различных легочных патологиях

Нозологическая форма	Органолептическое изучение			Микроскопическое исследование
	Количество	Характер	Включения, патологические элементы	
Острый бронхит	Скудное (в поздних стадиях большое)	Слизистая, слизистогнойная		Цилиндрический эпителий, лейкоциты (умеренное количество), при затяжном течении – макрофаги
Хронический бронхит	Различное	Слизистогнойная, слизистогнойно-кровянистая		Лейкоциты (большое количество); эритроциты, обильная флора, макрофаги
Бронхоэктатическая болезнь	Обильное (Утром «полным ртом»)	Гнойно-слизистая, трехслойная	Пробки Дитриха	Лейкоциты (большое количество); кристаллы жирных кислот, кристаллы гематоидина, холестерина; флора разнообразная, обильная
Бронхиальная астма	Скудное	Слизистая	Спиральи Куршмана	Цилиндрический эпителий, кристаллы Шарко-Лейдена, эозинофилы
Крупозная пневмония	Скудное вначале, обильное позже	Клейкая, ржавая вначале, позже слизистогнойная	Свертки фибрина, измененная кровь	Макрофаги, лейкоциты, эритроциты, кристаллы гематоидина, зернышки гемо-сидерина, пневмококки

Абсцесс легкого	Обильное при прорыве абсцесса в бронх	Гнойная со зловонным запахом	Обрывки ткани легкого	Лейкоциты (большое количество), эластические волокна, кристаллы жирных кислот, гематоидина, холестерина, флора разнообразная обильная
Туберкулез легких	Различное	Слизистогнойная, иногда с примесью крови	Рисовидные тельца («линзы Коха») при наличии каверн	Микобактерии туберкулеза; эластические волокна и различные кристаллы
Бронхолегочный рак	Различное	Слизистокровянистая, слизистогнойнокровянистая	Обрывки ткани в обильной мокроте при распаде опухоли	Атипические клетки

### Маркеры вирусных гепатитов и их клиническое

<b>Вирусный гепатит А</b>	
Анти-ВГА IgM	Маркер острой инфекции
Анти-ВГА IgG	Маркер, свидетельствующий о перенесенной ранее инфекции ВГА (бывшей ранее встрече с вирусом ВГА) и об иммунитете к этой инфекции
РКК ВГА	Маркер наличия ВГА и его активной репликации.
<b>Вирусный гепатит В</b>	
HBsAg	Маркер контакта с вирусом гепатита В, при появлении маркера возможно наличие ВГВ, при острой или хронической инфекций или при носительстве вируса
Анти-HBs	Маркер, свидетельствующий о ранее перенесенной инфекции (бывшая ранее встреча с вирусом) или о наличии поствакцинальных антител
Акти-КВс IgM	Маркер активной репликации ВГВ
Анти-КБс IgG	Маркер, свидетельствующий о бывшей ранее встрече с ВГВ
HBeAg	Маркер, ассоциированный с: высокой инфекционностью сыворотки крови, активной репликацией ВГВ, высоким риском перинатальной передачи ВГВ
Анти-HBe	Маркер, свидетельствующий о возможно завершённой репликации <b>ВГВ</b> (за исключением мутантных форм <b>ВГВ</b> ), фаза реконвалесценции
ДНК ВГВ	Маркер наличия ВГВ и его активной репликации (острый гепатит или обострение хронического)
<b>Вирусный гепатит С</b>	
Анти-ВГС IgM	Маркер активной репликации ВГС
Анти-ВГС IgG	Маркер, свидетельствующий о возможном наличии ВГС или о бывшей ранее встрече с вирусом
Ag В ГС	Маркер наличия ВГС (при определении в ткани, в биоптате, печени)
РНК В ГС	Маркер наличия ВГС и его активной репликации
<b>Вирусный гепатит D</b>	

Анти-ВГД IgM	Маркер активной репликации <b>ВТД</b> , острой инфекции
Анти-ВГД IgG	Маркер, свидетельствующий о ранее перенесенной инфекции (бывшая ранее встреча с вирусом) <b>ВГО</b> , о возможном наличии <b>ВТД</b>
HDAg	Маркер наличия ВГО
РНК вго	Маркер наличия ВГО и его активной репликации
<b>Вирусный гепатит Е</b>	
Анти-ВГЕ	Маркер, свидетельствующий о перенесенной ранее инфекции ВГЕ (бывшей ранее встрече с вирусом ВГЕ) и об иммунитете к этой инфекции
AgVTE	Маркер наличия ВГЕ
РНК ВГД	Маркер наличия ВГД и его активной репликации
<b>Вирусный гепатит G</b>	
Анти-ВГС	Маркер, свидетельствующий о перенесенной ранее инфекции ВГО (бывшей ранее встрече с вирусом <b>ВГС</b> ) и об иммунитете к этой инфекции
РНК ВТГ	Маркер наличия ВГО и его активной репликации

### Автоматический анализатор

В настоящее время исследования большинства лабораторных показателей выполняются на автоматических/полуавтоматических анализаторах, проводящих анализ по ряду параметров (обычно от 5 до 40 параметров и более). Приводим общепринятое обозначение и расшифровку аббревиатур основных параметров, измеряемых с помощью современных анализаторов.

RBC	RedBloodCells - красные клетки крови	Эритроциты
HGB	Hemoglobin-гемоглобин	Концентрация гемоглобина. В большинстве автоматических анализаторов этот показатель определяется спектрофотометрически гемоглобинцианидным методом
ESR	Erythrocyte Sedimenta-	Скорость оседания эритроцитов (СОЭ)
HCT	Hematocrit	Гематокрит
MOV	MeanCorpuscularVolume - отношение объема эритроцитов к их числу в определенном объеме крови (RBC/HCT)	Средний объем эритроцита в кубических микрометрах (мкм) или фемтолитрах (фл*). В «старых» (традиционных) анализах указываются микроцитоз, нормоцитоз, макроцитоз. MCV <80 фл оценивается как микроцитоз, >95 - как макроцитоз
RDW	RedCellDistribution-Width - «ширина распределения эритроцитов», распределение эритроцитов по размерам	RDW** - так называемый «анизоцитоз эритроцитов», показатель гетерогенности эритроцитов - дает количественную оценку разброса эритроцитов по объему, т.е. наглядно, в цифрах, помогает оценить степень анизоцитоза. Выстраиваемая анализатором гистограмма (рассчитывается коэффициент вариации среднего объема эритроцитов, норма - 11,5-14,5%) графически отражает частоту встречаемости эритроцитов разного объема (колебания объема эритроцитов). Фактически, это аналог построения кривой Прайс-Джонса

MCH	MeanCorpuscularHemoglobin - среднее содержание гемоглобина в отдельном эритроците: HGB/RBC	Отношение количества гемоглобина в 100 мл крови к числу эритроцитов в том же объеме крови. Поскольку содержание гемоглобина сравнительно постоянная величина, вариации MCH в основном определяются величиной MCV. Поэтому данный показатель самостоятельного значения не имеет и всегда соотносится с MCV. MCH измеряется в абсолютных единицах (норма - 0,42-0,52 фмоль в 1 эритроците). По MCH анемии делят на нормо-, гипо- и гиперхромные. Величина MCH пропорциональна отношению гемоглобин/количество эритроцитов, цветовой показатель крови (ЦП) в «старых» (традиционных) анализах: ЦП = MCH • 0,03
MCHC	Mean Corpuscular Hemoglobin Concentration - средняя концентрация гемоглобина в эритроците (количество гемоглобина (г) в 100 мл. эритроцитов)	MCHC*** - не процентное соотношение, а отношение веса к объему, и касается не одного эритроцита, а 100 мл эритроцитарной массы. Отражает степень насыщения эритроцита гемоглобином. Предельная загрузка эритроцита гемоглобином при нормальном объеме клетки составляет 36 г/100 мл. Больше количество гемоглобина в эритроците возможно и результате увеличения его объема
WBC	WhiteBloodCells - белые клетки крови	Лейкоциты
LYM# (LY#)	Lymphocyte	Относительное (%) содержание лимфоцитов
LYM# (LY#)		Абсолютное содержание лимфоцитов
MXD%	Mixed - комбинированный, смешанный	Относительное (%) содержание смеси моноцитов, базофилов и эозинофилов
MXD#		Абсолютное содержание смеси моноцитов, базофилов и эозинофилов
NEUT% (NE%)	Neutrophil	Относительное (%) содержание нейтрофилов
NEUT# (NE#)		Абсолютное содержание нейтрофилов
MON% (MO%)	Monocyte	Относительное (%) содержание моноцитов
MON# (MO#)		Абсолютное содержание моноцитов
EO%	Eosinophil	Относительное (%) содержание эозинофилов
EO#		Абсолютное содержание эозинофилов
BA%	Basophil	Относительное (%) содержание базофилов
BA#		Абсолютное содержание базофилов
IMM%	Immature - незрелый	Относительное (%) содержание незрелых гранулоцитов
IMM#		Абсолютное содержание незрелых гранулоцитов
ATL%	Atypical Lymphocyte	Относительное (%) содержание атипичных лимфоцитов****
ATL#		Абсолютное содержание атипичных лимфоцитов

GR%	Granulocyte	Относительное (%) содержание гранулоцитов
GR#		Абсолютное содержание гранулоцитов
PLT	Platelets - кровяные	Тромбоциты
MPV	Mean Platelet Volume - средний объем тромбоцитов	Показатель MPV дает информацию о размерах тромбоцитов (макро- или микротромбоцитопения). У практически здоровых лиц MPV находится в обратной зависимости от числа тромбоцитов. Увеличение среднего объема тромбоцитов наблюдается у больных с идиопатической тромбоцитопенической пурпурой, тиреотоксикозом, сахарным диабетом, миелопролиферативными заболеваниями, атеросклерозом, у курильщиков и лиц, страдающих алкоголизмом. MPV снижается после спленэктомии
PCT	Plateletcrit - тромбоцитрит	Доля (%) объема цельной крови, «занимаемая» тромбоцитами. Тромбоцитарная масса отражает процент тромбоцитов от массы цельной крови. Этот показатель вычисляется путем суммирования измеренных объемов тромбоцитов либо умножением среднего объема тромбоцитов на их содержание в единице объема крови
PDW	PlateletDistributionWidth - распределение тромбоцитов по их размеру	Относительная ширина распределения тромбоцитов по объему, показатель гетерогенности тромбоцитов (коэффициент вариации кривой распределения тромбоцитов). Наличие в крови преимущественно молодых форм приводит к сдвигу гистограммы вправо, старые клетки располагаются в гистограмме слева

\* Фемтолитр =  $10^{15}$  л. Фемтомоль (фмоль) =  $10^{-15}$  моль.

\*\* RDW улавливается прибором значительно точнее, чем при визуальном просмотре мазка крови. Оценка анизоцитоза под микроскопом сопровождается целым рядом ошибок. При высыхании эритроцитов в мазке их диаметр уменьшается на 10–20%, в толстых мазках он меньше, чем в тонких. Полностью избавиться от артефактов позволяет только автоматизированный подсчет жидкой крови, при котором сохраняется стабильность клеток.

\*\*\* MCHC считают наиболее стабильным, генетически детерминированным гематологическим показателем. Любая неточность, связанная с определением гемоглобина, гематокрита, MCV, приводит к увеличению MCHC, поэтому этот параметр используется как индикатор ошибки прибора или ошибки, допущенной при подготовке пробы к исследованию.

\*\*\*\* При различных патологических процессах могут обнаруживаться атипичные формы лимфоцитов, такие как клетки лейколиза (разрушенные в процессе приготовления препарата лимфоциты, в большом количестве встречаются при хроническом лимфолейкозе - клетки Боткина-Гумпрехта); атипичные мононуклеары (большие клетки с обильной базофильной цитоплазмой, встречаются преимущественно при инфекционном мононуклеозе, но могут встречаться и при других вирусных инфекциях); «плазматизированные лимфоциты» (широкоплазменные лимфоциты с интенсивно-синей

цитоплазмой и тяжистым ядром, обнаруживаются при вирусных инфекциях) и др.

#### *Автоматический анализатор мочи*

Glu	Глюкоза
Bil	Билирубин
Ket	Кетоновые тела
SG	Относительная плотность
Bld	Эритроциты
pH	Реакция мочи
Pro	Протеин
Uro	Уробилиноген
Nit	Нитриты
Leu	Лейкоциты
Malb	Альбумин в низкой концентрации (микроальбуминурия)
Crea	Креатинин
Malb/Crea	Отношение микроальбумина к креатинину (расчетный параметр)

#### Определение степени тяжести общего состояния больного

Степень тяжести состояния больного				
Показатели	Удовлетворительное	Средней тяжести	Тяжелое	Крайне тяжелое
1	2	3	4	5
Сознание	Ясное	Ясное, иногда оглушение (тор-пор) – в виде обнубиляции	Ясное, иногда оглушение; больной стонет, просит о помощи; в ряде случаев - угнетение сознания до сопора, возможен бред	Как правило, резко угнетено (до комы), редко – ясное
Положение	Активное	Вынужденное или активное в постели; сохранена способность к самообслуживанию	Пассивное или вынужденное; неспособность к самообслуживанию; больной нуждается в постоянном уходе; возможно психомоторное возбуждение	Пассивное; в ряде случаев - двигательное возбуждение, общие судороги
Температура тела	Нормальная или субфебрильная	Возможна высокая лихорадка	Возможны гиперпиретическая лихорадка либо, наоборот, гипотермия	Различная
Состояние кожи и под-	В пределах нормы	Отмечаются распростран-	Возможна анасарка; отмечаются «меловая»	Лицо мертвенно блед-

кожной жировой клетчатки		ные отеки подкожной жировой клетчатки; возможны выраженная бледность кожных покровов или умеренный цианоз	бледность кожных покровов или выраженный цианоз уже в покое	ное, с заостренными чертами, покрыто капельками пота («лицо Гиппократ»)»
Состояние сердечно-сосудистой системы	В пределах нормы (ЧСС 60-90 в мин, АД 110-140/60-90 мм рт.ст.)	Тахикардия (ЧСС более 90 в мин) или брадикардия (менее 60 в мин), могут наблюдаться нарушения ритма сердца, повышение АД (равно и более 140/90 мм рт.ст.) или снижение АД (менее 110/60 мм рт.ст.)	Нитевидный пульс, значительное понижение АД, может быть и значительное повышение АД	Пульс определяется только на сонных артериях: АД может не определяться
ЧДД (частота дыхательных движений)	16-20 в мин	Более 20 в мин	Выраженное тахипноэ (до 40 в мин и более)	Достигает 60 в мин
Другие симптомы	Симптомы основного заболевания	Возможны рвота, выраженная диарея, признаки желудочно-кишечного кровотечения. Существует вероятность быстрого прогрессирования заболевания и развития опасных для жизни осложнений	Возможны неукротимая рвота, профузная диарея, признаки разлитого перитонита, массивного желудочно-кишечного кровотечения (рвота «кофейной гущей», черный жидкий стул - мелена)	При тотальном отеке легких- клочущее дыхание, изо рта выделяется пенная мокрота розового цвета; может определяться нарушение дыхания («большое дыхание» Куссмауля, периодическое дыхание Чейна-Стокса и др.)
Функции жизненно	Относительно компенсированы	Декомпенсированы, однако	Декомпенсация представляет опасность для жизни	Резкое нарушение основных

важных органов		это не представляет опасности для жизни больного	больного или может привести к глубокой инвалидности	ных жизненно важных функций организма
Характер заболевания	Как правило, легкие формы течения болезни, период выздоровления после острых заболеваний, стихание обострений хронических процессов	Заболевания с выраженными субъективными и объективными проявлениями	Осложнения течения заболеваний с выраженными и быстро прогрессирующими клиническими проявлениями	Резкое обострение заболеваний, опасные для жизни острые осложнения заболеваний
Медицинская тактика	Общие показания для госпитализации	Больные нуждаются, как правило, в оказании неотложной доврачебной помощи и госпитализации	Необходима срочная госпитализация; как правило, лечение проводят в условиях палаты интенсивной терапии	Лечение только в условиях реанимационного отделения

Вид комы	Возраст (лет)	Токус глазных яблок	Клиника дегидратации	Дыхание Куссмауля	Глжозурия	Запах ацетона изо рта	Гипергликемия	Клинические признаки отека мозга	Осмолярность крови	Резервная щелочность крови	рН крови	Уровень Na* в крови	Уровень K <sup>+</sup> в крови
Гипогликемическая	Любой	N	-	-	-	-	-	-	N	N	N	N	N
Кетоацидотическая	Старше 40	Снижен	+	+	++	+	++	-	N	Понижена	Понижена	Понижен	N
Гиперосмолярная	Старше 40	Снижен	++	-	++	-	++++	±	Повышена	N	N	Повышен	Понижен
Лактацидемическая (Молочно кислая)	Любой	N	--	±	±	-	±	-	-	Понижена	Понижена	N	N
Мозговая	Любой	N	-	-	±	+	±	+	+	N	N	N	N

**G-CS (GlasgowComaScale)** - шкала комы Глазго (ШКГ) - наиболее ча-

сто используется для: определения тяжести нарушения сознания. GCS разработана для использования младшим и средним медицинским персоналом. Подкупающая простота, цифровое выражение результата привели к ее широкому распространению, особенно в англоязычных странах.

### Оценка тяжести нарушения сознания по шкале комы ГЛАЗГО

Оцениваемый признак	Баллы
Открывание глаз	
Произвольное	4
На обращенную речь	3
На боль	2
Отсутствие реакции	1
Двигательная реакция	
Выполняет команды	6
Целенаправленная на болевой раздражитель	5
Нецеленаправленная на болевой раздражитель	4
Тоническое сгибание конечности на боль	3
Тоническое разгибание конечности на боль	2
Отсутствие реакции на боль	1
Речь	5
Развернутая спонтанная	4
Спутанная	3
Непонятные слова	2
Нечленораздельные звуки	1
Отсутствует	
Общая сумма баллов	Балл открывания глаз + балл двигательных реакций + балл речи
Благоприятный исход	15
Неблагоприятный исход	3

При оценке тяжести нарушения сознания по шкале Глазго исследуются три функции: открывание глаз, речь, движения (см. табл. 13). Чем меньше баллов набирается при исследовании больного, тем глубже уровень нарушения сознания. Значения шкалы Глазго легко переносятся в принятую в России градацию состояния сознания (табл.).

### Соотношение градаций уровня сознания и состояния больного со шкалой комы Глазго

Градации уровня сознания	Степень тяжести состояния больного	Баллы ШКГ
Ясное	Удовлетворительное	15
Оглушение умеренное	Средней тяжести	13-14
Оглушение глубокое	Тяжелое	10-12
Сопор	Тяжелое	8-9
Кома умеренная	Критическое	6-7
Кома глубокая	Критическое	4-5
Кома терминальная	Терминальное	
	(Смерть мозга)	3

Несмотря на простоту, а может быть, именно вследствие ее, шкала комы Глазго имеет существенные недостатки. Это и понятно, так как она создана специально для среднего медицинского персонала с расчетом на его понимание данной патологии. Кроме того, эта шкала не согласуется с наиболее распространенными шкалами тяжести анатомических повреждений AIS и ISS, в которых более тяжелая травма характеризуется более высокой цифрой, а по шкале Глазго - наоборот. Шкала Глазго характеризует только степень нарушения сознания, что далеко не всегда согласуется с истинной тяжестью состояния пострадавшего. Кроме того, шкала Глазго неприменима к пострадавшим с сочетанной травмой, лицам, находящимся в состоянии алкогольного опьянения (неадекватность поведения: которых искажает получаемые ответы), а также, пострадавшим с афазией (В.В. Лебедев. 1999).

### **Недопустимо в истории болезни:**

1. Исправление (при ошибочной записи можно аккуратно зачеркнуть, написав рядом «запись ошибочная» с указанием даты и времени и подпись врача;
2. Искажение данных т.е. запись не соответствующей действительности информации;
3. Формализованное ведение истории болезни;
4. Сокращение записи диагнозов и название лекарственных препаратов, названий, способов введений, объема и качества медицинской помощи.

### **Особенности оформления истории болезни при госпитализации плановых и urgentных больных**

При *плановой госпитализации* в записи врача приемного отделения указываются время осмотра, жалобы больного, оценивается состояние и сознание пациента, краткий анамнез заболевания, причины ухудшения состояния и госпитализации, данные физикального исследования, вносятся результаты выполненных в приемном отделении инструментальных и лабораторных исследований и/или известных из имеющейся у больного документации, назначаются диагностические и лечебные мероприятия на период до момента осмотра врачом в отделении стационара, ставится разборчивая подпись. Врач приемного отделения указывает способ транспортировки пациента в отделение, а также заполняет графу «Диагноз при поступлении» на лицевой стороне истории болезни. Больной не должен находиться в приемном отделении более 2 ч.

При более длительном нахождении пациента в приемном отделении, по обоснованной соответствующей записью врача причинам, история болезни ведется в соответствии с изложенными требованиями.

При госпитализации *по экстренным показаниям* пациент должен быть осмотрен врачом приемного отделения немедленно. В записи обязательно должна быть обоснована необходимость экстренной госпитализации и лечения больного в условиях стационара. Кратко отражаются жалобы боль-

ного, история настоящего заболевания, сведения из истории жизни, объективные данные, диагноз, перечень и обоснование диагностических и лечебных мероприятий, которые необходимо провести по экстренным показаниям в условиях приемного отделения.

Больному, госпитализированному *по скорой помощи*, при подозрении на алкогольное опьянение или после дорожно-транспортного происшествия и случаев травмы на производстве, оформляется «протокол медицинского освидетельствования для установления факта употребления алкоголя и состояния опьянения» и определяется наличие алкоголя или другого вещества в выдыхаемом воздухе и биологических средах организма.

В целях предупреждения проникновения в стационар контагиозной инфекции врач приемного отделения, завершая осмотр больного, заполняет карту, отражающую клинико-эпидемиологические данные.

### **Диетические столы (по номерной системе проф. М.И. Певзнера)**

<b>Диета</b>	<b>Показания</b>
<b>Стол № 1</b>	Затихание обострения язвенной болезни, на протяжении 6-12 мес. после обострения, а также при гастритах с повышенной кислотностью
<b>Стол № 1а</b>	Обострения язвенной болезни, обострения хронического гастрита с повышенной кислотностью
<b>Стол № 1б</b>	Затихание обострения язвенной болезни и хронических гастритов с повышенной кислотностью
<b>Стол № 2</b>	Хронические гастриты с пониженной кислотностью или при ее отсутствии, хронические колиты (вне обострения)
<b>Стол № 3</b>	Атонические запоры
<b>Стол № 4</b>	Острые заболевания кишечника и обострения в период продолжающегося поноса
<b>Стол № 4а</b>	Колиты с преобладанием процессов брожения
<b>Стол № 4б</b>	Хронические колиты в стадии затухающего обострения
<b>Стол № 4в</b>	Острые заболевания кишечника в период выздоровления как переход к рациональному питанию; хронические заболевания кишечника в период затухания обострения, а также вне обострения
<b>Стол № 5</b>	Заболевания печени, желчного пузыря, желчевыводящих путей вне стадии обострения
<b>Стол № 5а</b>	Хронические панкреатиты
<b>Стол № 6</b>	Подагра, почечнокаменная болезнь с отхождением камней, состоящих преимущественно из уратов
<b>Стол № 7</b>	Хронические заболевания почек с отсутствием явлений хронической почечной недостаточности
<b>Стол № 7а</b>	Острые почечные заболевания (нефрит острый или его обострения)
<b>Стол № 7б</b>	Затихание острого воспалительного процесса в почках
<b>Стол № 8</b>	Ожирение как основное заболевание или сопутствующие при других болезнях, не требующие специальных диет

**Стол № 9** Сахарный диабет средней и легкой тяжести

**Стол № 10** Заболевания сердечно-сосудистой системы с недостаточностью кровообращения степени I-IIА

**Стол № 11** Туберкулез легких, костей, лимфатических узлов, суставов при нерезком обострении или затухании, истощение после инфекционных болезней, операций, травм

**Стол № 12** Функциональные заболевания нервной системы

**Стол № 13** Острые инфекционные заболевания

**Стол № 14** Мочекаменная болезнь (фосфатурия)

**Стол № 15** Различные заболевания, не требующие специальных лечебных диет

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

от 21 января 1997 года N 20

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

от 21 января 1997 года N 13

ПРИКАЗ

О внесении изменений в приказ Минздрава России и Федерального фонда ОМС от 24.10.96 N 363/77 "О совершенствовании контроля качества медицинской помощи населению Российской Федерации"

---

Фактически утратил силу в связи с отменой совместного приказ Минздрава России и ФОМС России от 24 октября 1996 года N 363/77 на основании совместного приказа Минздравсоцразвития России и ФОМС России от 4 мая 2007 года N 318/94

---

В целях упорядочения проведения вневедомственного контроля качества медицинской помощи населению Российской Федерации в системе обязательного медицинского страхования

приказываем:

Внести в приказ Минздрава России и Федерального фонда ОМС от 24.10.96 N 363/77 "О совершенствовании контроля качества медицинской помощи населению Российской Федерации" (см. "МГ" N 100 от 18.12.96 - Ред.) следующие изменения:

1. В приложении 3 "Положение о внештатном медицинском эксперте" пункте 1 "Общие положения" первый абзац изложить в следующей редакции:

"Экспертом может быть специалист с высшим медицинским образованием, получивший подготовку по врачебной специальности и имеющий стаж работы по ней не менее 10 лет, высшую квалификационную категорию или ученую степень, прошедший специальную подготовку по экспертизе и получивший документ на право осуществления экспертной деятельности по избранной специальности".

2. В приложении 4 "Положение об эксперте страховой медицинской организации" в пункте 3 "Права, обязанности и ответственность эксперта" подпункте 3.1 исключить фразу "при наличии соответствующей лицензии проводить экспертизу так же, как внештатный медицинский эксперт".

### Список литературы:

1. Клинико-фармакологические основы современной пульмонологии. Под редакцией Е.Е. Баженова, В.А. Ахмедова, В.А. Остапенко, Москва БИНОМ. Лаборатория знаний» 2010 г.
2. Методическое пособие по написанию истории болезни. Байсултанов И.Х., Батаев Х.М., Сайдуллаева М.Г. –Грозный. 2013г. С.82.
3. Внутренние болезни В.И. Маколкин, С.И. Овчаренко, Москва, «Медицина», 1999 г.
4. Основы семиотики заболеваний внутренних органов А.В. Струтынк-

- ский, А.П. Баранов, Г.Е. Ройтберг, Ю.П. Гапоненков, Москва, «Мед-пресс-информ», 2011 г.
5. Объективная оценка тяжести механической травмы. Н.В. Лебедев, В.И. Малярчук, Москва «РУДН», 2005 г.
  6. Объективные оценки тяжести заболеваний и состояния больных в неотложной хирургии. Н.В. Лебедев, А.Е. Климов А.Г. Федоров, Москва «РУДН», 2007 г.
  7. Пропедевтика внутренних болезней под редакцией А.С. Свистова, Ю.С. Малова, С.Н. Шуленина. Москва «Медицина» 2005 г.
  8. Пропедевтика и частная патология внутренних болезней. Под редакцией Л.Л. Боброва, А.Г. Обрезина, Санкт-Петербург, 2010 г.
  9. Пропедевтика внутренних болезней М.А. Бутов, Москва, «Форум», 2011 г.
  10. Пропедевтика внутренних болезней А.А. Шелагуров, Москва, «Медицина», 1975 г.
  11. Практическое руководство по пропедевтике внутренних болезней, Под редакцией С.Н. Шуленина, Москва, «МИА», 2006 г.
  12. Джозеф Фетто, Элейн Роузен, Москва «БИОМ», 2011 г.
  13. Полный справочник диетолога. Ю.Ю. Елисеева. Москва, «Эксмо», 2006 г.
  14. Справочник по лечебному питанию И.К. Сивохина, Москва, Новая волна», 2000 г.
  15. Физикальное исследование костно-мышечной системы. Джеффри Гросс.

**Федеральное государственное бюджетное  
образовательное учреждение высшего образования**

**Чеченский Государственный Университет**

**Медицинский институт**

**МЕТОДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ**

**По написанию истории болезни  
по  
«Инфекционные болезни»**



**Составитель:**

**Дагаева Р.М.- к.м.н., доцент, зав.кафедрой «Поликлиническая терапия»**

**Грозный 2017**

## **Рейтинг**

История болезни содержит 15 позиций (10, 11, 12 позиции оцениваются по пятибалльной системе, остальные – по 1 баллу, если какой-то раздел отсутствует – 0 баллов):

1. Паспортная часть
2. Жалобы
3. Анамнез заболевания
4. Эпидемиологический анамнез
5. Анамнез жизни
6. Данные объективного обследования
7. Локальный статус
8. Предварительный диагноз
9. Данные дополнительного обследования
10. Диагноз и его обоснование
11. Дифференциальный диагноз
12. План обследования и лечения
13. Дневник
14. Этапный эпикриз
15. Выписной эпикриз

## **Содержание истории болезни**

Традиционно история болезни состоит из нескольких частей, каждая из которых имеет свое значение. С целью более объективной оценки выполненной вами работы на цикле «инфекционные болезни» мы предлагаем придерживаться следующих разделов:

1. Паспортная часть
2. Жалобы
3. Анамнез заболевания
4. Эпидемиологический анамнез.
5. Анамнез жизни
6. Данные объективного обследования
7. Локальный статус
8. Предварительный диагноз
9. Данные дополнительного обследования
10. Диагноз и его обоснование
11. Дифференциальный диагноз
12. План обследования и лечения
13. Дневник
14. Этапный эпикриз
15. Выписной эпикриз

Учитывайте, что все записи в истории болезни должны быть читабельными, четкими и лаконичными. Каждый из разделов будет проверен и оценен ассистентом кафедры. Советуем обязательно учесть его замечания, ошибки и более не допускать их. Далее, вам предстоит защита представлен-

ной истории болезни, где экзаменатор оценит соответствие ваших теоретических и практических навыков и знаний.

### **Титульный лист**

Титульный лист студенческой истории болезни обязательно должен включать: ФИО куратора (студента), номер группы, факультет, дату заполнения истории болезни.

А так же: ФИО ассистента, дату проверки, количество баллов и подпись ассистента.

### **Паспортная часть**

Как правило, эти данные в истории болезни заполняет сотрудник приемного отделения. Однако врач должен уточнить все разделы анкетных данных. Например, профессия, место работы могут натолкнуть врача на мысль о возможности производственных вредностей: контакт с животными, биологическими материалами, профилактические вакцинации, условия труда – как возможная причина некоторых инфекционных заболеваний и т.д.

Обязательно должен быть проанализирован диагноз направившего учреждения, вместе с тем он не должен сковывать мышление врача или мешать построению его собственного диагноза.

Необходимо помнить о правильной формулировке предварительного, клинического и заключительного диагноза, включающего основное заболевание, его осложнения, и сопутствующие заболевания, с указанием активности процесса. Например: Острый вирусный гепатит В, желтушная форма, средней степени тяжести.

Не стоит забывать и о соответствии диагноза (осложнений и сопутствующей патологии) жалобам, анамнезу, данным обследования, на основании которых он и был сформулирован.

В паспортные данные следует включать следующие разделы:

ФИО

Дата и время поступления

Дата выписки

Пол

Возраст

Профессия и место работы

Место жительства

Диагноз при поступлении

Клинический диагноз

Диагноз при выписке (заключительный диагноз)

Дата и название операции

Исход болезни (выздоровление, улучшение, без перемен, ухудшение)

### **1. Жалобы**

Жалобы больного при поступлении включают основные, связанные с данным заболеванием и второстепенные, связанные с сопутствующей патологией. Кроме того, необходимо учитывать и указывать их полную и развернутую характеристику.

Например, изменения кожных покровов - желтушность. Следует указать - время появления желтушности, её начало (внезапное, медленное в течение нескольких часов или дней), её этапность, интенсивность, предшествующие жалобы и улучшение или ухудшения с момента появления желтухи, её продолжительность.

Пример: иктеричность кожных покровов появилась утром, отмечает улучшение общего состояния с момента появления желтухи, желтуха сопровождается кожным зудом, который усиливается вечером, интенсивность нарастание желтухи в течение нескольких дней.

### **Анамнез заболевания**

В хронологическом порядке излагается начало заболевания, обстоятельства при которых оно возникло, симптомы проявления болезни и их динамика. Кроме того, необходимо уточнить изменение характера жалоб за прошедший период, отметить первое обращение за медицинской помощью, проведенное лечение и его эффективность.

При описании основных симптомов должны быть указаны: их локализация, качественные характеристики (начало, длительность, частота), обстоятельства возникновения, усиливающие или облегчающие факторы, сопутствующие проявления.

Пример: Считает себя больной с середине сентября, когда появились признаки общего недомогания, слабость, вялость, разбитость, нарушение аппетита. Симптомы появлялись постепенно, сама больная считала их проявлением простудного заболевания. Примерно 27-28-го сентября впервые отметила потемнение мочи («цвета пива»), помутнение ее. В это же время кал со слов пациентки стал бесцветным, «матовым». Примерно в это же время пациентка стала замечать желтушность склер и кожных покровов, однако резкого нарастания желтухи отметить не может, считает, что симптомы появились постепенно. При появлении признаков желтухи слабость, нарушения аппетита, тошнота и отрыжка, нарушения сна усилились; появилось ощущение тяжести, «камня» в правом подреберье. В 2-го октября обратилась к терапевту по месту жительства, была направлена в инфекционное отделение.

### **Анамнез жизни**

Излагается по следующей схеме:

Общие биографические данные по периодам жизни (младенчество, детство, зрелый возраст).

Перенесенные ранее заболевания: детские болезни (перенесенные инфекции), болезни взрослого периода, включая: нервные, психические, острозаразные. Обязательно следует отметить, были или нет: туберкулез, венерические заболевания, гепатит, онкологическая патология, ВИЧ, сахарный диабет.

Указать предшествующие операции и травмы.

Для женщин обязательны гинекологический анамнез (количество беременностей, родов, самопроизвольных выкидышей, менструальный цикл, его

регулярность, время последней менструации, время наступления менопаузы).

Аллергологический анамнез (переносимость лекарственных препаратов, если есть то проявления аллергии, с обязательным перечислением препаратов).

Анамнез ВТЭ (был или не был на больничном листе в течение 12 последних месяцев, какое время, по какому заболеванию, инвалидность).

Гемотрансфузионный анамнез (были или нет переливания крови, когда, по какому поводу).

Семейный анамнез

Условия быта и труда

Вредные привычки (курение, прием алкоголя, наркотиков)

Наследственность.

Правильному оформлению анамнеза жизни посвящено достаточно большое количество методических рекомендаций и руководств, поэтому более подробное описание этого раздела не имеет смысла.

### **Данные объективного обследования**

Общие данные включают: общее состояние, положение и двигательную активность больного, телосложение, массу тела, рост, степень половой зрелости, температуру, состояние кожи и видимых слизистых, подкожной клетчатки. Пальпацию лимфоузлов (подчелюстных, шейных, надключичных, подмышечных, паховых), состояние мышечной, костно-суставной системы, включая сколиоз.

Психический статус: (сознание, интеллект, настроение, речь).

Нервный статус поверхностные, глубокие рефлексы, дермографизм, мышечный тонус, нистагм поза Ромберга.

Эндокринная система: осмотр и пальпация щитовидной железы.

У женщин обязательен осмотр молочных желез, с описанием данных пальпации.

Органы дыхания: частота ритмичность, глубина дыхательных движений, форма грудной клетки, пальпация, перкуссия и аускультация.

Сердечно-сосудистая система: ЧСС, пульс, его ритм, АД, пальпация, перкуссия и аускультация сердца, пульс, давление, пульсация и аускультация периферических сосудов.

Органы пищеварения: полость рта и глотка, зубы, язык, зев, миндалины, осмотр, пальпация, перкуссия и аускультация брюшной полости, исследование прямой кишки, паховых областей (грыжа), физиологические отправления.

Мочеполовые органы: пальпация почек.

Рассмотрению вопросов обследования отдельных органов и систем организма посвящена пропедевтика внутренних заболеваний, с которой вы достаточно хорошо знакомы. Поэтому останавливаться на правильном описании в истории болезни каждой из систем не имеет смысла. Необходимо отметить лишь то, что пораженная, каким-либо заболеванием система рас-

сматривается не в общем, а локальном статусе. Например, при остром аппендиците локальный статус представляет описание пищеварительной системы, а при абсцессе легкого – органов дыхания. Приводить их описание и там и там совершенно не нужно.

Мы не требуем от вас подробного и детального описания каждой из систем, но это не значит, что вы не должны выполнять больному перкуторного определения границ абсолютной и относительной сердечной тупости, или размеров печени по Курлову. **ВСЕ НЕОБХОДИМЫЕ ОБСЛЕДОВАНИЯ ДОЛЖНЫ БЫТЬ ВЫПОЛНЕННЫ!** В истории болезни следует лишь указать на отсутствие патологии рассматриваемого органа или системы, для чего следует остановиться на основных патологических симптомах и приемах обследования. Патологические данные, полученные при пальпации, перкуссии и аускультации должны быть приведены полностью.

Например:

Грудная клетка обычной формы, деформаций, асимметрии нет, равномерно участвует в акте дыхания. ЧДД 18 в мин. При пальпации безболезненна. Перкуторно границы легких в пределах нормы. Дыхание везикулярное проводится по всем отделам. Патологических шумов нет.

Молочные железы обычной формы, при пальпации в верхненаружном квадранте правой молочной железы, определяется плотноэластическое образование, неспаянное с кожей, подвижное, до 2 см в диаметре.

### **Локальный статус**

Данные исследования пораженной системы должны быть приведены максимально подробно, с использованием всех доступных методов обследования. Так как, в наибольшей степени найденные вами изменения будут влиять на формулировку предварительного диагноза.

Необходимо обязательно включать: осмотр, активные пассивные движения, перкуссии, аускультацию, пальпацию, а так же специальные приемы обследования (симптом Щеткина и тд.)

Например: Язык сухой, обложен желтоватым налетом. Полость рта, миндалины не изменены. Живот мягкий, обе половины симметричные, брюшная стенка участвует в акте дыхания равномерно, грыжевых выпячиваний и послеоперационных рубцов нет. Тонус мышц передней брюшной стенки умеренный. Подкожная венозная сеть, видимая перистальтика кишечника, метеоризм отсутствуют. Толщина кожной складки на уровне пупка 4см. Данных свидетельствующих о наличии свободной жидкости в брюшной полости нет. Поверхностная пальпация: при пальпации живот мягкий, безболезненный, грыжевые выпячивания отсутствуют.

Глубокая пальпация:

а) сигмовидная кишка расположена правильно, на средней трети ориентированного расстояния (перпендикуляр от пупка до линии, соединяющей ось от подвздошной кости и пупартову связку), диаметр 2.5 см, эластичная; стенка гладкая, подвижность достаточная (2 см), безболезненная, определяется урчание.

в) восходящая и нисходящая ободочная кишка – не пальпируются.

г) поперечно- ободочная кишка – не пальпируется.

Исследование желудка.

Перкуссия: граница нижнего края желудка находится на 2 см выше пупка.

Аускультация: граница нижнего края желудка соответствует таковой при перкуссии. Шум плеска не определяется.

Пальпация: стенка большой кривизны желудка ровная, эластичная, подвижная, безболезненная.

Привратник не пальпируется.

Поджелудочная железа: Зоны Шоффара и Губергрица безболезненны.

Боль при пальпации в точке Мейо- Робсона отсутствует.

Исследование печени.

При поступлении: Верхняя граница - верхний край 6 ребра. Нижняя граница: печень выступает за край реберной дуги по средне - ключичной линии на 2см, по переднее - подмышечной на 2,5см, по средне- подмышечной на 1,5см. Размеры печени по Курлову по срединно-ключичной линии от верхней границы абсолютной тупости до нижней границы 12,5см. От основания мечевидного отростка до нижней границы по средней линии 10см. От основания мечевидного отростка до левой границы 9,5см.

Пальпация печени: При поступлении: край печени ровный, немного закруглен, плотно-эластичный, умеренно - болезненный. На момент курации: край печени ровный, немного закруглен, консистенция плотно-эластичная, болезненности при пальпации нет.

Исследование селезенки.

Проведена перкуссия. Верхняя граница - верхний край VIII го ребра.

Нижняя граница- уровень XI межреберья.

Передний нижний полюс не выходит за пределы *linea costochondralis*/  
Задний верхний полюс по лопаточной линии. Поперечник 6 см, длинник-10см.

Пальпация селезенки: не пальпируется.

Цвет мочи: при поступлении холурия, «цвета пива». Стул оформленный, ахоличен.

Нервная система и органы чувств.

Умственное развитие соответствует норме, сон плохой (пресомническое бессонница); настроение устойчивое, реакция на окружающее адекватная. Отношение к своему заболеванию адекватное; контакт с окружающими хороший.

Сухожильные, зрачковые рефлексы без отклонений. Патологические рефлексы (Бабинского, Россолимо, Гордона) отрицательные. Ригидности мышц затылка нет. Симптомы Кернига, Брудзинского отрицательны. Проба Ромберга: мелкий тремор пальцев рук, легкая неустойчивость с закрытыми глазами, покачивание переднезаднем направлении.

Пальце-носовая проба: мимо попадания нет. Болевая и тактильная чувствительность сохранена. Нарушения высших мозговых функций

(апраксия, аграфия, афазия, агнозии) не выявлены.

### **Предварительный диагноз**

На основании данных полученных при осмотре и клиническом обследовании больного вы должны сформулировать предварительный диагноз. Диагноз формулируется по единым правилам и включает основное заболевание, его осложнение и сопутствующее заболевание.

Кроме того, для себя необходимо очертить круг заболеваний, с которыми следует дифференцировать наблюдаемую патологию, а так же необходимые обследования, выполнение которых позволит подтвердить или отвергнуть предварительный диагноз.

Например: Острый вирусный гепатит В, желтушная форма, средней степени тяжести.

### **Данные дополнительного обследования**

В данный раздел вносятся следующие сведения:

ОАК. ОАМ. Копрограмма.

Коагулограмма.

Серологические исследования: маркеры гепатитов А, В, С, Д.

ИФА на антитела к ВИЧ.

Кал на яйца глист (3-хкратно).

УЗИ органов брюшной полости.

Рентгенологические методы исследования.

Эндоскопические методы исследования.

Специальные методы исследования.

Необходимо отметить, что не следует переписывать лишь заключение выполненного обследования. Для врача важно не заключение, которое часто бывает, не достаточно грамотно, а его описательная часть.

Кроме того, приводя данные биохимических и лабораторных исследований, следует отмечать любые отклонения от нормы.

Окончательный диагноз и его обоснование. На основании жалоб больного, анамнеза заболевания, анамнеза жизни, общего и локального статуса, методов дополнительных обследований и лабораторных данных следует сформулировать клинический диагноз и доказать его.

Постарайтесь соблюдать следующую последовательность действий:

- Выделите патологические признаки в базе данных больного (жалобы, данные анамнеза, объективного обследования, лабораторные данные)
- Установите, с какой анатомической областью, и с каким органом связаны эти изменения
- Постарайтесь на основании имеющихся данных установить характер патологического процесса (функциональное расстройство, воспаление, и т.д.)
- Подумайте, при каких известных вам заболеваниях наблюдается этот процесс

- Исключите заболевания, в рамки которых полученные вами данные не укладываются
- Сравните заболевания, которые в той или иной степени объясняют выявленные у больного симптомы, и поставьте наиболее вероятный диагноз

Обосновывать следует полный клинический диагноз, то есть не только основное заболевание, но и его стадию, степень, осложнения и сопутствующую патологию.

В идеальном варианте клинический диагноз должен полностью соответствовать заключительному.

**Например:** Окончательный диагноз: Основное заболевание: Острый вирусный гепатит В, желтушная форма, средней степени тяжести. Осложнения основного заболевания: Сопутствующие заболевания: Хронический первичный простой бронхит, фаза ремиссии. ДН 0. Во-первых, обращают на себя данные эпидемиологического анамнеза: наличие незащищенных половых контактов с партнерами, здоровье которых неизвестно; три инвазивных медицинских вмешательства за период май-июль этого года (стоматолог, гинеколог). Таким образом, инкубационный период составляет примерно 3-4 месяца, что соответствует средней продолжительности его при гепатите В.

Начало заболевания постепенное, отмечается выраженная цикличность патологического процесса. Преджелтушный период протекал по смешанному варианту, можно выделить астеновегетативный синдром (слабость, вялость, разбитость, нарушения сна, отсутствие аппетита) и диспепсический синдром (тошнота, связанная с приемом пищи, изжога, отрыжка воздухом). В конце преджелтушного периода больная отметила потемнение мочи («цвета пива») и светлый матовый кал (холурия и ахолия), после чего появились первые признаки желтухи – иктеричность склер и слизистых рта. Желтуха постепенно нарастала, проявилась желтушность кожных покровов. Однако с появлением желтухи состояние больной ухудшилось, интоксикация стала более выраженной, усилились диспепсические расстройства, появилось ощущение тяжести, «камня» в правом подреберье.

Из объективного осмотра обращает на себя внимание иктеричность кожи, склер и слизистых; обложенность языка; увеличение границ печени – печень выходит из-под реберной дуги на 2-2,5 см, размеры по Курлову 12,5 – 10 – 9,5 см, край печени закруглен, болезненный при пальпации. В то же время симптомы желчного пузыря отрицательные. Цвет мочи – буро-желтый, кал светлый.

Из лабораторных данных обращает на себя внимание повышение СОЭ и моноцитоз в ОАК, что свидетельствует о воспалительной реакции скорее вирусной этиологии. В ОАМ – билирубинурия, изменение цвета и прозрачности мочи. В биохимическом анализе крови – значительное повышение общего билирубина в основном за счет прямого билирубина (60,8/50,4 мкмоль/л), повышение активности аминотрансфераз, причем коэффициент

де Ритиса составил 0,41, что характерно для гепатита. Также повышена тимоловая проба (9,65 ед. SH), выявляющая сдвиг в сторону грубодисперсных белков плазмы. Судя по копрограмме – нарушено переваривание жиров, что может указывать как на механическую, так и на паренхиматозную желтуху. Диагноз удалось подтвердить ИФА на маркеры вирусных гепатитов – имеются маркеры острого вирусного гепатита (HBsAg, анти-Hbcor IgM) при отсутствии маркеров других вирусных гепатитов.

Учитывая имеющиеся данные, удалось выявить следующие синдромы:

1. Интоксикации. Сюда относится слабость, вялость, разбитость, нарушения сна, анорексия, диспепсические расстройства.

2. Синдром цитолиза. Клинически этот синдром проявляется интоксикацией, сюда можно частично отнести и желтуху (при гибели гепатоцита нарушается барьер между кровеносными сосудами и желчными протоками), из лабораторных данных – гиперферментемия (АлАТ, АсАТ) и снижение коэффициента де Ритиса менее 0,7 (0,41)

3. Синдром холестаза. Клинические критерии: Печень увеличена, болезненна; наблюдается холурия и ахолия кала; желтушность кожи, слизистых и склер. Лабораторные критерии: повышение общего билирубина сыворотки, в основном за счет прямого (конъюгированного) билирубина; наличие желчных пигментов в моче.

4. Синдром мезенхимального воспаления: Лабораторный критерий – значительное повышение тимоловой пробы (до 9 ед.SH), что свидетельствует о диспротеинемии. К сожалению, электрофоретическое разделение белков сыворотки не было проведено.

Наличие всех проявлений желтухи позволяет поставить желтушную форму заболевания. Умеренно выраженная интоксикация, цифры билирубина менее 85 мкмоль/л, нормальный протромбиновый индекс и выраженная положительная динамика в снижении АлАТ позволяют интерпретировать симптоматику как проявления легкой степени тяжести данного заболевания.

### **Дифференциальный диагноз.**

Для постановки окончательного диагноза острого вирусного гепатита В требуется проведение дифференциальной диагностики между сходными заболеваниями, как инфекционными (с вирусным гепатитом А, желтушной формой лептоспироза, псевдотуберкулеза), так и неинфекционными (острый алкогольный гепатит, механическая желтуха).

1. Как при вирусном гепатите В, так и при желтушной форме лептоспироза наблюдается желтуха, болезненная увеличенная печень, высокая билирубинемия. Но для лептоспироза важны данные эпидемиологического анамнеза: купание в загрязненных водоемах, контакт с животными где-то за 30 дней до заболевания, что больной отрицает. Обращает на себя внимание то, что пациентка живет половой жизнью механически не предохраняясь, имеется один постоянный половой партнер (со слов больной, но были и другие контакты).

Различается при этих заболеваниях и преджелтушный период. При лептоспирозе токсические проявления выражены ярче и имеют особенности: больные жалуются на высокую температуру тела, сильную головную боль, большую слабость; очень характерны - миалгии, особенно икроножных мышц; температура держится весь преджелтушный период, при этом могут выявляться герпетические высыпания, полиморфная сыпь, увеличение лимфатических узлов. Напротив же у нашей пациента лихорадки не было, преобладали астенические симптомы (выраженная слабость, недомогание, нарушения сна), диспепсические - чувство тошноты, ухудшение аппетита. С возникновением желтухи симптомы интоксикации при лептоспирозе уменьшаются, в данном клиническом случае – наоборот усилились.

При лептоспирозе в желтушный период мы можем выявить геморрагии и поражение почек, (анурию, болезненность в поясничной области, азотемию), чего мы не видим у больной, зато в ОАМ определяется протеинурия и билирубинурия.

Окончательным этапом в дифференцировке данных заболеваний являются лабораторные исследования.

Очень важны биохимические показатели: при высоком уровне билирубина при лептоспирозе умеренно повышена активность АлАТ и АсАТ, в отличие от нашей больной, эти показатели увеличены в несколько раз, а также увеличена тимоловая проба. И, наконец, в данном случае обнаруживаются маркеры к вирусному гепатиту В, что позволяет окончательно поставить диагноз «острый вирусный гепатит В».

2. В данном случае нужно с пристальным вниманием отнестись к дифференциальной диагностике вирусного гепатита и механической желтухи при ЖКБ, так как эти заболевания протекают без выраженных симптомов интоксикации, присутствует желтуха, больные ощущают тяжесть в правом подреберье и эпигастральной области, для обоих заболеваний характерно посветление кала, потемнение мочи, высокий уровень общего билирубина. Механическая желтуха развивается в результате частичной или полной непроходимости желчевыводящих путей с нарушением пассажа желчи в кишечник. В отличие от гепатита для механической желтухи не характерен особенный эпидемиологический анамнез. Заболевание развивается постепенно, но для гепатита характерна цикличность (преджелтушный период, желтуха, что и видим у нашей больной), для механической желтухи - медленное, прогрессирующее нарастание симптомов. При очень длительной механической желтухе кожный покров приобретает черновато-бронзовую окраску. В данном случае цвет кожных покровов желтый, при гепатите меняется только интенсивность цвета кожи. При подпеченочной желтухе, обусловленной ЖКБ, в начале заболевания появляются характерные приступообразные боли по типу печеночной колики, иногда желтуха появляется на фоне острого холецистита. В нашем случае пузырьные симптомы отрицательны, по УЗИ конкременты в желчном пузыре отсутствуют.

Боли же при гепатите, если возникают, носят постоянный характер, тянущий характер, или больной чувствует тяжесть в правом подреберье (как

наша больная). Печень при механической желтухе чаще не увеличена, безболезненная и эластической консистенции. В данном случае она увеличена, болезненна, плотноэластическая, что характерно для гепатита. В анализе крови при механической желтухе отмечается увеличение СОЭ, что также имеется у данной больной. Нахождение маркеров к вирусному гепатиту В у нашего пациента позволяет отвергнуть механическую желтуху.

3. Проведем дифференциальную диагностику вирусного гепатита В с псевдотуберкулезом: при этих заболеваниях выявляются желтуха, увеличение печени, высокая билирубинемия. Но для псевдотуберкулеза важны данные эпидемиологического анамнеза: грязные овощи, фрукты, переносчиками являются грызуны, пищевой путь передачи. У нашей больной возможны половой и искусственный пути передачи. При псевдотуберкулезе заболевание начинается с высокой температурой 38-40 градусов, у нашей больной температуры не было, преджелтушный период характеризовался астеновегетативным и диспепсическим синдромами.

Клиническая картина желтушной формы псевдотуберкулеза характеризуется появлением желтухи, которая достигает максимума в разгар болезни, а затем быстро угасает, а у нашей больной снижение интенсивности желтухи происходит постепенно.

При псевдотуберкулезе появляется сыпь на 2-ой - 6-ой день заболевания. Сыпь расположена на лице и шее в виде «капюшона», на конечностях в виде «носок» и «перчаток». У данной больной сыпи не было. Обнаружение маркеров к вирусному гепатиту В, позволяет окончательно поставить диагноз острый вирусный гепатит В и исключить псевдотуберкулез.

4. Дифференциальная диагностика вирусного гепатита В с вирусным гепатитом А.

Для этих заболеваний характерно: цикличность (преджелтушный период, желтуха), все синдромы поражения печени (цитоллиза, холестаза, мезенхимального воспаления). Отличие в том, что, когда наступает желтушный период при гепатите А, общее самочувствие улучшается, а у данной пациентки самочувствие даже ухудшилось. Отличие в эпидемиологическом анамнезе - для вирусного гепатита А характерен фекально-оральный механизм передачи, люди заражаются при употреблении воды и пищи, инфицированной вирусом гепатита А, иногда механизм передачи может быть контактно-бытовой. Различается и длительность инкубационного периода – при гепатите А. Он составляет 7-50 дней, а при гепатите В – от 40 до 200 дней (в нашем случае 3-4 месяца) При вирусном гепатите В (как у нашей больной) - половой путь передачи, также возможен и искусственный путь. Лабораторные данные сходны при этих заболеваниях: также АлАТ и АсАТ и тимоловая проба увеличиваются в несколько раз. При вирусном гепатите А обнаруживаются маркеры HAV IgM, а у нашего больного обнаруживаются маркеры к вирусному гепатиту В (HBsAg, анти HBe, анти HBcog ранние), что позволяет окончательно поставить диагноз острого вирусного гепатита В и исключить вирусный гепатит А.

5. Проведем дифференциальную диагностику между вирусном гепатитом В и алкогольным гепатитом. Для острых алкогольных гепатитов характерно злоупотребление человеком алкоголем, прием большого количества спиртных напитков непосредственно перед развитием заболевания, а наша больная не злоупотребляет алкоголем. Для алкогольного гепатита свойственно течение: быстрое исчезновение клинических симптомов при абстиненции и прогрессирование при продолжении приема алкоголя, а у нашего больного, как при гепатите В циклическое течение заболевания, по смешенному типу: астенический вариант (умеренные головные боли, выраженная слабость, недомогание), диспепсический (ухудшение аппетита), что дает еще один плюс в пользу вирусного гепатита В. Преджелтушный период при алкогольном гепатите длится всего 1-3 дня, в нашем случае 3-4 месяца.

Для вирусного гепатита В и для алкогольного гепатита свойственны желтуха, кожный зуд, тошнота, боли в правом подреберье. Для алкогольного гепатита характерны сильные боли в эпигастрии, рвота, значительная гепатомегалия и болезненность печени, что редко встречается при остром вирусном гепатите В.

Очень важны для дифференциальной диагностики лабораторные данные. Для алкогольного гепатита свойственны - нейтрофильный лейкоцитоз, ускорение СОЭ, преимущественное повышение активности АсАТ, что не характерно для вирусного гепатита В. У нашего больного - ускорение СОЭ с моноцитозом, увеличение в несколько раз активности АлАТ и АсАТ. И, наконец, обнаружение маркеров к вирусному гепатиту В позволяет окончательно поставить диагноз «острый вирусный гепатит В» и исключить алкогольный гепатит.

### **План лечения.**

□ Лечебный режим должен быть палатным, при этом полезно находиться в горизонтальном положении, что создает более благоприятные условия для функции печени в результате улучшения печеночного кровотока. Необходимо обеспечить 8-9 часовую сон, спокойную обстановку, исключить стрессовые ситуации. Диета должна быть полноценная (стол №5 по Певзнеру), необходимо исключить из рациона жирные блюда, копчености, свинину, баранину, шоколад, пряности, абсолютно запрещается алкоголь. Рекомендуется обильное питье до 2-х-3-х литров в сутки. Обильное питье в виде фруктовых и овощных соков, минеральной воды в количестве 2-3 литра в сутки способствует выведению токсических веществ из крови через почки. Ведение в пищевой рацион витаминов групп В, С, Е способствует купированию перекисного окисления липидов и тканевой гипоксии. В качестве естественных иммуномодуляторов можно применять натуральные продукты, содержащие аскорбиновую кислоту (лимон, киви). Медикаментозная терапия: необходимо придерживаться принципа минимума лекарственных средств.

### **Например:**

1. Рибоксин – по 1 табл. 3 р/д

Препарат улучшает синтез белка в тканях, в том числе гепатоцитов, способствует ликвидации гипоксии, улучшает все процессы обмена.

2. Инфузионно-дезинтоксикационная терапия: - Глюкоза 5% - 800 мл + витамин С 3 мл.

Раствор глюкозы является источником легкоусвояемого организмом ценного энергетического материала. Учитывая некоторое снижение усвояемости пищевых продуктов, глюкоз данной больной показана, тем более, что она на апеллирует к дезинтоксикационной функции печени. - Реополиглюкин 400 мл - «Ацесоль» 400 мл

3. Ферментные препараты: Мезим форте по 2 драже 3 раза в день во время еды. Назначен из учета показателей копрограммы (большое количество непереваренных нейтральных жиров, жирных кислот) для восполнения частично утраченной функции желчи, лучшей усвояемости питательных веществ. Не нуждается в метаболизировании печенью.

**Дневник курации больного** Дата t°, пульс, АД Течение заболевания 17.10 t° 36,8; пульс 72 уд/мин, АД 125/80 мм. рт. ст. Знакомство с пациентом, первичный сбор жалоб и анамнеза, в том числе эпидемиологического. Жалобы на желтушность склер, слабость, вялость, бессонницу. Объективно: состояние удовлетворительное, положение активное, сознание полное. Кожные покровы бледные, с желтоватым оттенком. Уздечка языка и склеры иктеричны, язык обложен белым налетом у корня. Сухие «трескучие» хрипы над всеми отделами легких. Печень выступает за край реберной дуги на 1,5-2 см, болезненна при пальпации, край закруглен. Пузырные симптомы отрицательные. Увеличение размеров печени по Курлову (12,5 – 10 – 9,5). По другим системам органов без выраженных изменений. Признаков ахолии и холурии нет.

18.10 t° 36,6; пульс 64 уд/мин, АД 120/75 мм. рт. ст. Самочувствие значительно не изменилось. Жалобы на вялость, разбитость. Объективно: состояние удовлетворительное. Иктеричность склер сохраняется, по системам органов без динамики. Знакомство с лабораторными анализами пациентки, проведенными за время пребывания в стационаре.

20.10 t° 36,7; пульс 68 уд/мин, АД 115/75 мм. рт. ст. Пациентка отмечает улучшение общего самочувствия после пребывания дома: исчезновение слабости, разбитости, нормальный сон. Активных жалоб не предъявляет. Объективно: состояние удовлетворительное. Иктеричность склер сохраняется, по системам органов без динамики. Печень менее болезненна, чем первые дни курации.

21.10 t° 36,7; пульс 68 уд/мин, АД 115/75 мм. рт. ст. Активных жалоб не предъявляет. Чувствует себя хорошо, интересуется днем выписки. Объективно: состояние удовлетворительное. Склеры скорее субиктеричны, по системам органов без динамики. Печень менее болезненна, чем в первые дни курации, выступает за край реберной дуги на 0,5-1 см.

### **Прогноз.**

Прогноз для жизни относительно благоприятный. Так как при гепатите В имеются морфологические изменения печеночной ткани воспалительного характера, возможно полное восстановление её. Учитывая легкую степень

тяжести заболевания, поддающуюся терапии, адекватное поведение больной, отсутствие у нее пристрастия к алкоголю и наркотическим веществам, отсутствие сопутствующей патологии, удовлетворительные бытовые условия, высока вероятность, что процесс может полностью регрессировать, вплоть до полного клинического выздоровления, при соблюдении должной диеты. Гепатит В часто (в 15% случаев) может переходить в хронические формы, с развитием в дальнейшем цирроза печени и гепатокарциномы при влиянии неблагоприятных факторов (курение, несоблюдение диеты, употребление алкоголя даже в небольших количествах). Хронизации также зависит от особенностей иммунологической реактивности пациента, которые строго индивидуальны и предугадать которые практически невозможно. Поэтому вероятность такого исхода также существует, несмотря на сравнительно легкое течение. Не исключено, что у больной в периоде выздоровления может развиваться постгепатитный синдром с астеновегетативными проявлениями. После клинического и морфологического выздоровления возможно полное восстановление работоспособности.

### **Этапный эпикриз.**

Больная поступила в 3 Городскую больницу, инфекционное отделение 3.10.03 с жалобами на общую слабость, плохой аппетит, желтушность склер, кожи, темный цвет мочи и светлый кал, тяжесть в правом подреберье. Диагноз при поступлении: острый вирусный гепатит неясной этиологии. Больная была обследована. Объективно: Кожные покровы бледные, желтушного цвета. Наблюдается иктеричность склер. Размеры печени по Курлову: 12,5\*10\*9,5. При пальпации край закруглен, плотно-эластичный, поверхность гладкая; пальпация болезненна. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см. Пузырные симптомы отрицательны. Селезенка не пальпируется. Для выяснения этиологического фактора и подтверждения диагноза были проведены лабораторные исследования (ОАК, ОАМ, биохимический анализ крови в динамике, коагулограмма, копрограмма, ИФА на вирусные гепатиты, анализ кала на яйца глист, анализ крови на RW, анализ крови на ВИЧ-инфекцию), УЗИ. Лабораторно: моноцитоз (16%), увеличение СОЭ (23 мм/ч), билирубинурия, билирубинемия (общий – 60,8 мкмоль/л, прямой – 50,4, непрямой – 10,4), повышение уровня трансаминаз (АлАТ - 5,77 мккат/л, АсАТ - 2,37 мккат/л), тимоловой пробы (9 ед.), положительные маркеры к вирусному гепатиту В при серологическом исследовании. На основании этих данных поставлен диагноз: острый вирусный гепатит В, желтушная форма, легкая степень тяжести. Проводится лечение: режим постельный, диета №5. Обильное питье. Ведение в пищевой рацион витаминов групп В, С, Е.

Медикаментозная терапия: рибоксин, растворы глюкозы, реополиглюкин, «Ацесоль», Мезим форте. Наблюдается положительная динамика: уменьшение симптомов желтухи – только небольшой желтоватый оттенок кожи, субиктеричность, нормализовался цвет мочи и кала; уменьшение размеров печени, исчезновение симптомов интоксикации.

Больная готовится к выписке.

### **Критерии выписки из стационара.**

Допустимые остаточные явления при выписке:

- умеренное повышение активности АЛТ (в 2 - 3 раза по сравнению с верхней границей нормы), тимоловой пробы, при нормальных, размерах печени и нормализации содержания билирубина в сыворотке крови.
- Некоторое увеличение размеров печени (1-2 см.), при полном восстановлении ее функциональных проб.
- Наличие утомляемости, незначительной истеричности склер при нормализации размеров печени и восстановительной ее функции.

Сроки временной не трудоспособности при выписки из стационара: больные, перенесшие легкую форму острого вирусного гепатита В, освобождаются от работы на 9 дней.

### **Рекомендации.**

Соблюдение пищевого режима: исключение жирных, жареных блюд, копченостей, противопоказан прием алкоголя. Пища должна быть богата витаминами А, В, С, Е, микроэлементами. Рациональное трудоустройство на 3-6 месяцев с освобождением от тяжелого физического труда, занятий спортом. Противопоказаны профилактические прививки в течение 6 месяцев после выписки (кроме профилактики столбняка и антирабической вакцины), применение гепатотоксичных препаратов. Нежелательно проведение плановых операций. Следует избегать беременности на протяжении года после выписки.

### **Правила выписки и диспансеризация.**

Первый осмотр после выписки из стационара проводится лечащим врачом через 1 месяц. Если не обнаруживается субъективных и объективных отклонений, больная наблюдается в кабинете инфекционных заболеваний поликлиники через 3, 6, 9, 12 месяцев после выписки. Методы диспансерного наблюдения: клинический (жалобы, определение величины печени и селезенки), лабораторный (билирубин, аминотрансферазы, тимоловая проба), иммуно-серологический (маркеры вирусного гепатита В). При появлении признаков хронизации гепатита нужна повторная госпитализация для углубленного обследования и лечения.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
Чеченский Государственный Университет**

**Медицинский институт  
Кафедра: «Психиатрия, неврология»**

## **МЕТОДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ**

**По написанию истории болезни:  
«Психиатрия, медицинская психология»**



**Составитель:**

**Идрисов К.А.**- д.м.н., профессор, зав.кафедрой «Психиатрия и неврология»

**Грозный 2017**

## МЕТОДИКА ОПИСАНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО СТАТУСА

Описание психического статуса включает в себя подробное исследование всех психических функций человека. Основным методом исследования клинический, однако для измерения и объективизации степени нарушения некоторых психических функций требуется использование дополнительных методов исследования. В частности клинико-психологический метод, электроэнцефалография, методы нейровизуализации (МРТ, КТ, ПЭТ). Для удобства описания психического статуса, необходимо выработать определенный алгоритм описания психических функций, расположив их в определенной последовательности. Многократное использование такой последовательности при описании психического статуса, позволяет выработать в дальнейшем автоматические навыки, включающие в себя стандартные вопросы, задаваемые для описания той или иной психической функции. Например, можно использовать следующую последовательность описания:

1. Особенности сознания (ориентировки в месте, времени и собственной личности).
2. Особенности поведения (мимика, поза, жест).
3. Особенности восприятия.
4. Особенности мышления и речи.
5. Особенности внимания.
6. Особенности памяти и интеллекта.
7. Двигательные и волевые нарушения (инстинктивные нарушения).
8. Эмоции.
9. Критика и отношение к собственным переживаниям.

### *Патология сознания*

Ориентировку оценивают, используя вопросы, направленные на выявление осознания больным времени, места и субъекта. Исследование начинают с вопросов о дне, месяце, годе и времени года. При оценке ответов необходимо помнить, что многие здоровые люди не знают точной даты, и вполне понятно, что больные, пребывающие в клинике, могут быть не уверены в отношении дня недели, особенно если в палате постоянно соблюдается одинаковый режим. Выясняя ориентировку в месте, спрашивают пациента о том, где он находится (например, в больничной палате или в доме престарелых). Затем задают вопросы о других людях - допустим, о супруге пациента или об обслуживающем персонале палаты, - осведомляясь, кто они такие и какое отношение имеют к больному. Если последний не в состоянии ответить на эти вопросы правильно, следует попросить его идентифицировать себя самого.

Изменение сознания может возникать вследствие разнообразных причин: соматических заболеваний, ведущих к психозу, интоксикаций, черепно-мозговых травм, шизофренического процесса, реактивных состояний. Поэтому расстройства сознания неоднородны. В качестве типичных симптомокомплексов измененного сознания выделяют делирий, аменцию,

онейроид, сумеречное помрачение сознания.

Целостное восприятие окружающей среды может заменяться изменчивыми переживаниями расстроенного сознания. Способность к восприятию окружающего и собственной личности сквозь иллюзорные, галлюцинаторные и бредовые переживания становится невозможной или ограничивается деталями.

Изолированные нарушения ориентировки во времени могут быть связаны не с нарушением сознания, а нарушением памяти (амнестическая дезориентировка).

Начинать осмотр больного следует с наблюдения за его поведением, не привлекая к себе внимание пациента. Задавая вопросы, врач отвлекает внимание больного от обманов восприятия, в результате чего они могут ослабевать или временно исчезать. Кроме того, пациент может начать скрывать их (диссимулировать). Для диагностики тонких нарушений сознания необходимо обращать внимание на реакцию больных на вопросы. Так, больной может правильно ориентироваться в месте, но заданный вопрос застаёт его врасплох, больной рассеянно осматривается вокруг, отвечает после паузы.

*Отрешенность.* Отрешенность от реального внешнего мира проявляется слабым пониманием больными происходящего вокруг, они не могут сосредоточить свое внимание и действуют, невзирая на ситуацию. При патологических состояниях ослабевает такая характеристика сознания, как степень внимания. В связи с этим нарушается отбор наиболее важной в данный момент информации. Нарушение «энергии внимания» приводит к снижению способности сосредоточиться на любой поставленной задаче, к неполному охвату, вплоть до полной невозможности восприятия действительности. Обычно задаются вопросы, направленные на выяснение способности пациента осознавать происходящее с ним и вокруг него:

*Бессвязность мышления.* Больные обнаруживают разные по степени нарушения мышления - от слабости суждения до полной неспособности связать предметы и явления воедино. Несостоятельность таких операций мышления, как анализ, синтез, обобщение, особенно свойственна аменции и проявляется бессвязной речью. Больной может бессмысленно повторять вопросы врача, случайные содержательные элементы мышления могут беспорядочно вторгаться в сознание, сменяясь такими же случайными идеями. Больные могут ответить на вопрос при многократном повторении громким или, наоборот, тихим голосом. Обычно больные не могут ответить на более сложные вопросы, относящиеся к содержанию их мыслей. Можно попытаться проверить способность устанавливать взаимосвязь между внешними обстоятельствами и актуальными событиями.

*Амнезия.* Для всех симптомокомплексов измененного сознания характерна полная или частичная утрата воспоминаний после окончания психоза. Психическая жизнь, протекающая в условиях грубого помрачения сознания, может быть недоступна (или почти недоступна) феноменологическому ис-

следованию. Поэтому очень важное диагностическое значение имеет выявление как наличия, так и особенностей амнезии. При отсутствии воспоминаний о реальных событиях во время психоза болезненные переживания часто сохраняются в памяти. Лучше всего пережитое в период психоза воспроизводят пациенты, перенесшие *онейроид*. Это касается, главным образом, содержания грезоподобных представлений, псевдогаллюцинаций и, в меньшей степени, воспоминаний о реальной обстановке (при ориентированном онейроиде). При выходе из делирия воспоминания более фрагментарны и касаются почти исключительно болезненных переживаний. Состояния аменции и сумеречного сознания характеризуются чаще всего полной амнезией перенесенного психоза.

### ***Поведенческая сфера***

*Внешний вид пациента*, его манера одеваться позволяет сделать вывод о волевых качествах. Пренебрежение к себе, проявляющееся в неряшливом виде и измятой одежде, наводит на мысль о нескольких возможных диагнозах, включая алкоголизм, наркоманию, депрессию, деменцию или шизофрению. Больные с маниакальным синдромом нередко предпочитают яркие цвета, выбирают нелепого фасона платье или могут казаться плохо ухоженными. Следует также обратить внимание на телосложение пациента. Если есть основания предполагать, что за последнее время он сильно потерял в весе, это должно насторожить врача и навести его на мысль о возможном соматическом заболевании или нервной анорексии, депрессивном расстройстве.

*Выражение лица* дает информацию о настроении. При депрессии наиболее характерными признаками являются опущенные уголки рта, вертикальные морщины на лбу и слегка приподнятая средняя часть бровей. У больных, находящихся в состоянии тревоги, обычно горизонтальные складки на лбу, приподнятые брови, глаза широко открыты, зрачки расширены. Хотя депрессия и тревога особенно важны, наблюдатель должен искать признаки целого ряда эмоций, включая эйфорию, раздражение и гнев. «Каменное», застывшее выражение лица бывает у больных с явлениями паркинсонизма вследствие приема нейролептиков. Лицо может также указать на такие соматические состояния, как тиреотоксикоз и микседема.

*Поза и движения* также отражают настроение. Больные в состоянии депрессии сидят обычно в характерной позе: наклонившись вперед, сгорбившись, опустив голову и глядя в пол. Тревожные больные сидят выпрямившись с поднятой головой, часто на краешке стула, крепко держась руками за сиденье. Они, как и больные ажитированной депрессией, почти всегда беспокойны, все время прикасаются к своим украшениям, поправляют одежду или подпиливают ногти; их бьет дрожь. Маниакальные больные гиперактивны и беспокойны.

Большое значение имеет *социальное поведение*. Пациенты с маниакальным синдромом часто нарушают принятые в обществе условности и чрезмерно фамильярны с малознакомыми людьми. Дементные больные

иногда неадекватно реагируют на порядок медицинского собеседования или продолжают заниматься своими делами, как будто нет никакого собеседования. Больные шизофренией нередко странно ведут себя во время опроса; одни из них гиперактивны и расторможены в поведении, другие замкнуты и поглощены своими мыслями, некоторые агрессивны. Больные с асоциальным расстройством личности тоже могут казаться агрессивными. Регистрируя нарушения социального поведения, врач-психиатр должен дать четкое описание конкретных действий пациента.

Наконец, врач должен тщательно проследить, нет ли у пациента необычных моторных расстройств, которые наблюдаются главным образом при шизофрении. К ним относятся стереотипии, застывание в позах, эхопраксия, амбитендентность и восковая гибкость. Следует также иметь в виду возможность развития поздней дискинезии—нарушения двигательных функций, наблюдающегося главным образом у пожилых больных (особенно у женщин), в течение длительного времени принимающих антипсихотические препараты. Это расстройство характеризуется жевательными и сосательными движениями, гримасничаньем и хореоатетозными движениями, захватывающими лицо, конечности и дыхательную мускулатуру.

### **Расстройства восприятия**

*Нарушения восприятия* определяются при осмотре больного, наблюдении за его поведением, расспросе, изучении рисунков, письменной продукции. О наличии гиперестезии можно судить по особенностям реакций на некоторые раздражители: больной садится к окну спиной, просит врача говорить негромко, сам старается произносить слова тихо, полупшепотом, вздрагивает и морщится при скрипе или хлопанье двери.

*Сенестопатии.* К особенностям поведения больных, испытывающих сенестопатии, в первую очередь относятся настойчивые обращения за помощью к специалистам соматического профиля, а в дальнейшем - часто к экстрасенсам и колдунам. Этим удивительно стойким, монотонным болям/неприятным ощущениям свойственны отсутствие предметности переживаний в отличие от висцеральных галлюцинаций, нередко своеобразный, даже вычурный оттенок и нечеткая, изменчивая локализация. Необычные, мучительные, ни на что не похожие ощущения «бродят» по животу, грудной клетке, конечностям и больные четко противопоставляют их болям при обострении известных им заболеваний.

*Иллюзии и галлюцинации.* Расспрашивая об иллюзиях и галлюцинациях, следует проявлять особый такт. Если больной описывает галлюцинации, то в зависимости от типа ощущений формулируются определенные дополнительные вопросы. Надлежит выяснить, слышал ли он один голос или несколько; в последнем случае казалось ли больному, что голоса разговаривали между собой о нем, упоминая его в третьем лице. Эти явления следует отличать от ситуации, когда больной, слыша голоса реальных людей, беседующих на расстоянии от него, убежден, что они обсуждают его (бред от-

ношения). Если пациент утверждает, что голоса обращаются к нему (галлюцинации от второго лица), нужно установить, что именно они говорят, и если слова воспринимаются как команды, то чувствует ли больной, что должен им повиноваться. Необходимо зафиксировать примеры слов, произносимых галлюцинаторными голосами.

*Зрительные галлюцинации* следует дифференцировать от зрительных иллюзий. Если пациент не испытывает галлюцинаций непосредственно во время осмотра, то бывает трудно провести такое разграничение, поскольку оно зависит от присутствия или отсутствия реального зрительного раздражителя, который мог быть неверно интерпретирован.

*Слуховые галлюцинации.* Пациент сообщает о шумах, звуках или голосах, которые он слышит. Голоса могут быть мужские или женские, знакомые и незнакомые, больной может слышать критику или комплементы в свой адрес.

*Галлюцинации комментирующего содержания.* Содержанием таких галлюцинаций является текущий комментарий поведения и мыслей больного.

*Тактильные галлюцинации.* К этой группе расстройств относят сложные обманы, тактильного и общего чувства, в виде ощущения прикосновения, охватывания руками, какой-то материей, ветром; ощущения ползания насекомых под кожей, укусов.

*Обонятельные галлюцинации.* Больные ощущают необычные запахи, чаще неприятные. Иногда пациенту кажется, что этот запах исходит от него.

*Деперсонализация и дереализация.* Больным, испытавшим деперсонализацию и дереализацию, обычно трудно описать их; пациенты, незнакомые с указанными явлениями, часто неправильно понимают заданный им по этому поводу вопрос и дают ответы, вводящие в заблуждение. Поэтому особенно важно, чтобы больной привел конкретные примеры своих переживаний. Рационально начать со следующих вопросов: «Вы когда-либо ощущали, что окружающие вас предметы нереальны?» и «У вас бывает ощущение собственной нереальности? Не казалось ли вам, что какая-то часть вашего тела не настоящая?». Больные, испытывающие дереализацию, часто говорят, что все объекты окружающей среды представляются им ненастоящими или безжизненными, в то время как при деперсонализации пациенты могут утверждать, что чувствуют себя отделенными от окружения, неспособными ощущать эмоции или будто бы играющими какую-то роль. Некоторые из них при описании своих переживаний прибегают к образным выражениям (например: «как будто я - робот»), что следует тщательно дифференцировать от бреда.

*Феномены ранее виденного, слышанного, пережитого, испытанного, рассказанного (deja vu, deja entendu, deja vecu, deja eprouve, deja raconte).* Чувство знакомости никогда не привязано к определенному событию или периоду в прошлом, а относится к прошлому вообще. Степень уверенности, с какой больные оценивают вероятность того, что переживаемое событие происходило, может существенно отличаться при разных заболеваниях.

При отсутствии критики эти парамнезии могут поддерживать мистическое мышление больных, участвовать в формировании бреда.

### **Расстройства мышления и речи**

При анализе характера мышления устанавливается темп мыслительного процесса (ускорение, замедление, заторможенность, остановки), склонность к детализации, «вязкость мышления», склонность к бесплодному мудрствованию (резонерство). Важным является описание содержания мышления, его продуктивности, логики, установление способности к конкретному и абстрактному, отвлеченному мышлению, анализируется умение больного оперировать представлениями и понятиями. Изучается способность к анализу, синтезу, обобщению.

Одной из классических методик исследования мышления является методика исследования понимания рассказов. После прослушивания или чтения рассказа испытуемому предлагают воспроизвести рассказ. При этом обращают внимание на характер изложения (словарный запас, возможное наличие парафазий, темп речи, особенности построения фразы). Существенное значение имеет выяснение того, насколько доступен обследуемому скрытый смысл рассказа, связывает ли он его с окружающей действительностью, доступна ли ему юмористическая сторона рассказа.

Для исследования можно использовать и тексты с пропущенными словами (проба Эббингауза). Читая этот текст, испытуемый должен вставить недостающие слова, сообразуясь с содержанием рассказа. При этом возможно обнаружение нарушения критичности мышления: обследуемый вставляет случайные слова, иногда по ассоциации с близко расположенными и недостающими, а допускаемые нелепые ошибки не исправляет. Выявлению патологии мышления способствует выявление понимания переносного смысла пословиц и поговорок.

*Формальные расстройства мышления.* Процесс мышления не может быть оценен непосредственно, поэтому главным объектом изучения является речь. Речь больного позволяет выявить некоторые необычные расстройства, наблюдаемые в основном при шизофрении. Нужно установить, используются ли пациентом неологизмы, то есть слова, придуманные им самим, часто для описания патологических ощущений. Прежде чем признать то или иное слово неологизмом, важно удостовериться в том, что это не просто погрешность в произношении или заимствование из другого языка. Далее регистрируются нарушения потока речи. Внезапные остановки могут указывать на обрыв мыслей, но чаще это просто следствие нервно-психического возбуждения. Быстрые переключения с одной темы на другую наводят на предположение о скачке идей, в то время как аморфность и отсутствие логической связи могут указывать на тип расстройства мышления, характерный для шизофрении. Замедление темпа речи может свидетельствовать о депрессивном субступоре, кататоническом мутизме.

*Обстоятельность.* Снижение способности отделять главное от вто-

ростепенного приводит к хаотичности ассоциаций. Эти особенности мышления присущи людям с органическим поражением центральной нервной системы и эпилептическими изменениями личности.

Повышенная склонность к детализации может быть заметна при свободном изложении, ответах на открытые вопросы. Больные не могут ответить на конкретно поставленные вопросы, углубляясь в подробности.

*Резонерство.* В основе резонерства лежит повышенная тенденция к «оценочным суждениям», склонность к обобщению по отношению к мелкому объекту суждений. Больные склонны пространно рассуждать о всем известных вещах, пересказывая и утверждая банальные истины. Крайне многословная речь не соответствует скудности содержания. Речь может быть определена как «пустое философствование», «праздное мудрствование».

*Паралогичность* (т.н. «кривая логика»). При таком расстройстве мышления факты и суждения консолидируются на единой логической основе, укладываются в цепочку, нанизываются друг на друга с особой предвзятостью. Факты, противоречащие изначальному ложному суждению или не согласующиеся с ним, не принимаются во внимание. Паралогичность лежит в основе интерпретативных форм бреда, по содержанию это чаще всего бредовые идеи преследования, реформаторства, изобретательства, ревности и другие. При беседе такое нарушение мышления может проявляться в связи с обсуждением перенесенных в прошлом психических травм, которые стали «больным пунктом» в психике пациентов. Такой «кататимный» характер паралогического бредообразования может возникать в случае влияния эмоциональной травмы, связанной с переживаниями ипохондрического характера, семейного, сексуального плана, тяжелых личных обид. В более тяжелых случаях паралогическое мышление проявляется вне зависимости от темы беседы. При этом умозаключения определяются не действительностью, не логическими законами, а управляются исключительно потребностями (чаще болезненными) личности.

*Обрыв мысли, или шперрунг.* Проявляется внезапной остановкой речи прежде, чем мысль завершена. После паузы, которая может продолжаться несколько секунд, реже минут, больной не может вспомнить, что говорил или хотел сказать. Длительное молчание только тогда может быть квалифицировано как обрыв мысли, когда больной произвольно описывает задержку мышления или после вопроса врача определяет причину паузы именно таким образом.

*Ментизм.* Мысли могут приобретать произвольное, неуправляемое течение. Чаще наблюдается ускоренное течение процессов мышления, сконцентрировать внимание не удается и в сознании остается лишь «тени» мысли или ощущение «роя» проносящихся мыслей.

*Обсессивные явления.* В первую очередь рассматриваются навязчивые мысли. Больные часто стыдятся навязчивых мыслей, особенно касающихся насилия или секса, поэтому может потребоваться настойчиво, но благожелательно расспросить пациента. Прежде чем идентифицировать подобные

явления как навязчивые мысли, врач должен удостовериться, что больной воспринимает такие мысли как свои собственные (а не внушенные кем-то или чем-то).

*Компульсивные ритуалы.* В некоторых случаях можно заметить при внимательном наблюдении, но иногда они принимают скрытую от постороннего глаза форму (как, например, мысленный счет) и обнаруживаются только потому, что нарушают течение беседы. При наличии компульсивных ритуалов необходимо попросить больного привести конкретные примеры.

*Бредовые идеи* - это единственный симптом, о котором нельзя спрашивать прямо, потому что больной не осознает разницы между ним и другими убеждениями. Врач может предполагать наличие бреда, основываясь на информации, полученной от других лиц или из истории болезни. Если ставится задача выявить наличие бредовых идей, целесообразно для начала попросить пациента объяснить другие симптомы или описанные им неприятные ощущения. Например, если больной говорит, что жить не стоит, он также может считать себя глубоко порочным, а свою карьеру – погубленной, несмотря на отсутствие объективных оснований для такого мнения. Врач-психиатр должен быть готовым к тому, что многие больные скрывают бред. Однако если тема бреда уже раскрыта, пациент часто продолжает развивать ее без подсказки. Если выявлены идеи, которые могут оказаться бредовыми, но могут и не быть таковыми, необходимо выяснить, насколько они устойчивы. Необходимо выяснить, обусловлены ли убеждения пациента скорее культурными традициями, нежели бредом. Судить об этом бывает трудно, если пациент воспитан в традициях другой культуры или принадлежит к необычной религиозной секте. В таких случаях можно разрешить сомнения, подыскав психически здорового соотечественника пациента или лицо, исповедующее ту же религию.

Существуют специфические формы бреда, распознать которые особенно сложно. Бредовые идеи открытости необходимо дифференцировать от мнения, что окружающие могут догадаться о мыслях человека по выражению его лица или поведению. Для выявления указанной формы бреда можно спросить: Верите ли вы в то, что другие люди знают, о чем вы думаете, хотя вы не высказывали своих мыслей вслух?

В целях выявления бреда «вкладывания мыслей» используют соответствующий вопрос: Вы когда-нибудь чувствовали, что некоторые мысли не принадлежат собственно вам, а внедрены в ваше сознание извне?

Бред «отнятия мыслей» может быть диагностирован с помощью вопроса: Ощущаете ли вы иногда, что мысли изымают у вас из головы?

При диагностике бреда контроля врач сталкивается с аналогичными трудностями. В этом случае можно спросить: Чувствуете ли вы, что какая-то внешняя сила пытается управлять вами?

Не бывает ли у вас ощущения, что ваши действия контролируются каким-то лицом или чем-то, находящимся вне вас?

Поскольку переживания такого рода далеки от нормальных, некоторые пациенты неправильно понимают вопрос и отвечают утвердительно,

имея в виду религиозное или философское убеждение в том, что деятельность человека направляется Богом или дьяволом. Другие думают, что речь идет об ощущении потери самоконтроля при крайней тревоге. Больные шизофренией могут заявить о наличии у них указанных ощущений, если они слышали «голоса», отдающие команды. Поэтому за получением положительных ответов должны следовать дальнейшие вопросы для исключения подобных недоразумений.

*Бред ревности.* Его содержанием является убежденность в измене супруги/супруга. Любые факты воспринимаются как доказательства этой измены. Обычно больные прилагают большие усилия, чтобы найти подтверждения внебрачной любовной связи в виде волос на постельном белье, запаха духов или одеколона от одежды, подарков от любовника. Вырабатываются планы и делаются попытки застать любовников вместе.

*Бред виновности.* Пациент уверен, что он совершил какой-то ужасный грех или сделал что-то непозволительное. Иногда пациент чрезмерно и неадекватно поглощен (охвачен) переживаниями о том «плохом», что он делал в детстве. Иногда пациент чувствует ответственность за какие-то трагические события, как, например, пожар или автокатастрофу, к которым в действительности он не имеет отношения.

*Мегаломанический бред.* Больной считает, что обладает особыми способностями и могуществом. Он может быть уверен в том, что является знаменитой личностью, считать, что он написал великие книги, сочинил гениальные музыкальные произведения или сделал революционные научные открытия. Часто возникают подозрения в том, что кто-то пытается украсть его идеи, малейшие сомнения со стороны в его особых способностях вызывают раздражение.

*Бред религиозного содержания.* Пациент охвачен ложными религиозными представлениями. Иногда они возникают в рамках традиционных религиозных систем, скажем, представления о Втором Пришествии, Антихристе или овладении дьяволом. Это могут быть и совершенно новые религиозные системы или смесь представлений из различных религий. Религиозный бред может сочетаться с мегаломаническим бредом величия (если пациент считает себя религиозным лидером); бредом виновности, если мнимое преступление является, по убеждению больного, грехом, за который он должен нести вечную кару Господа, или бредом воздействия, например, при убежденности в одержимости дьяволом. Бред религиозного содержания должен выходить за рамки представлений, принятых в культуральном и религиозном окружении пациента.

*Ипохондрический бред* проявляется болезненной убежденностью в наличии тяжелого, неизлечимого заболевания. Любое высказывание врача в этом случае трактуется как попытка обмануть, скрыть истинную опасность, а отказ от операции или другого радикального способа лечения убеждает пациента в том, что болезнь достигла терминальной стадии. Эти расстройства следует отличать от дисморфоманического (дисморфофобического) синдрома, когда основные переживания больного сосредоточены на

возможном физическом недостатке или уродстве. Помимо собственно идей физического недостатка, у страдающих дисморфоманией, как правило, наблюдаются идеи отношения (ощущение, что все окружающие замечают их дефект, посмеиваются над ними), тоскливый фон настроения. Описывают постоянное стремление больных незаметно от окружающих рассматривать себя в зеркале («симптом зеркала»), настойчивый отказ от участия в фотосъемках, обращения в косметологические салоны с просьбами о проведении операций по исправлению «недостатков». Например, больной может считать, что его желудок или мозг сгнил; его руки вытянулись или изменились черты лица (дисморфомания).

*Бред отношения.* Больные считают, что ничего не значащие замечания, высказывания или события относятся к ним или предназначены им специально. Увидев смеющихся людей, больной убежден, что смеются над ним. Читая газету, слушая радио или смотря телевизор, больные склонны воспринимать определенные фразы в качестве специальных сообщений, адресованных им. Твердую убежденность в том, что не имеющие отношения к пациенту события или высказывания относятся к нему, следует считать бредом отношения.

*Бред воздействия.* Больной испытывает отчетливое влияние на чувства, мысли и действия со стороны или ощущение управления ими какой-то внешней силой. Главным признаком этой формы бреда является выраженное ощущение воздействия. Наиболее характерны описания чуждых сил, поселившихся в теле пациента и заставляющих его двигаться особым образом или каких-либо телепатических посланий, вызывающих чувства, воспринимающиеся как чужие.

*Открытость мыслей.* Пациент убежден в том, что люди могут читать его мысли на основании субъективного восприятия и особенностей поведения окружающих.

*Вкладывание мыслей.* Больной считает, что мысли, не являющиеся его собственными, вкладываются в его голову.

*Изъятие мыслей.* Больные могут описывать субъективные ощущения внезапного удаления или прерывания мысли со стороны какой-то внешней силы.

Вышеописанные симптомы входят в структуру идеаторного автоматизма, наблюдающегося при синдроме Кандинского-Клерамбо.

### ***Расстройства внимания***

Внимание – это способность сосредоточиться на каком-либо объекте. Концентрация – способность удерживать эту сосредоточенность. Во время сбора анамнеза врач должен следить за вниманием и его концентрацией у пациента. Таким образом он уже сможет сформировать суждение о соответствующих способностях до окончания обследования психического статуса. Формальные тесты позволяют расширить эту информацию и дают возможность с определенной достоверностью выразить в количественных показателях изменения, развивающиеся по мере прогрессирования заболевания.

Обычно начинают со счета по Крепелину: больного просят отнять 7 от 100, затем вычесть 7 из остатка и повторять указанное действие до тех пор, пока остаток не окажется меньше семи. Регистрируют время выполнения теста, а также количество ошибок. Если создается впечатление, что пациент плохо справился с тестом из-за слабого знания арифметики, следует предложить ему выполнить более простое аналогичное задание или перечислить названия месяцев в обратном порядке.

Исследование направленности и сосредоточенности психической деятельности пациентов является очень важным в различных областях клинической медицины, так как с расстройства внимания начинаются многие психические и соматические болезненные процессы. Нарушения внимания часто подмечаются самими больными, а почти житейский характер этих расстройств позволяет пациентам рассказывать о них врачам различных специальностей. Однако при некоторых психических заболеваниях больные могут и не замечать своих проблем в сфере внимания. К числу основных характеристик внимания относят объем, избирательность, устойчивость, концентрацию, распределение и переключение.

Под *объемом внимания* понимается то количество объектов, которое может быть отчетливо воспринято в относительно короткий период времени. Ограниченность объема внимания требует постоянного выделения субъектом каких-либо наиболее значимых объектов окружающей действительности. Этот выбор из множества стимулов только некоторых носит название избирательности внимания. Больной обнаруживает рассеянность, периодически переспрашивает собеседника (врача), особенно часто к концу беседы. На характере общения сказывается заметная отвлекаемость, трудность в поддержании и произвольном переключении внимания на новую тему. Внимание пациента удерживается на одной мысли, теме разговора, объекта совсем недолго.

*Устойчивость внимания* - это способность субъекта не отклоняться от направленной психической активности и сохранять сосредоточенность на объекте внимания. Больного отвлекают любые внутренние (мысли, ощущения) или внешние раздражители (посторонний разговор, уличный шум, какой-нибудь предмет, попавший в поле зрения). Продуктивный контакт может быть практически невозможен.

*Концентрация внимания* является способностью фокусировать внимание при наличии помех.

*Распределение внимания* свидетельствует о возможности субъекта направлять и сосредоточивать свою психическую деятельность на нескольких независимых переменных одновременно.

*Переключение внимания* представляет собой перемещение его направленности и сосредоточенности с одного объекта или вида деятельности на другие.

Исследование внимания также проводится с помощью таблиц Шульце и корректурной пробы.

## *Расстройства памяти*

В процессе сбора анамнеза должны быть заданы вопросы о наличии постоянных затруднений при запоминании. Во время обследования психического статуса пациентам предлагаются тесты для оценки памяти на текущие, недавние и отдаленные события. Кратковременная память оценивается следующим образом. Больного просят воспроизвести ряд однозначных чисел, произносимых достаточно медленно, с тем, чтобы дать возможность больному зафиксировать их. Для начала выбирают легкий для запоминания короткий ряд чисел, дабы удостовериться в том, что больной понял задание. Называют пять разных чисел. Если больной сможет повторить их правильно, предлагают ряд из шести, а затем из семи чисел. Если пациент не справился с запоминанием пяти чисел, тест повторяют, но уже с рядом других пяти чисел. Нормальным показателем для здорового человека считается правильное воспроизведение семи чисел. Для выполнения этого теста необходима также достаточная концентрация внимания, поэтому его нельзя использовать для оценки памяти, если результаты тестов на концентрацию явно ненормальны. Далее оценивается способность к восприятию новой информации и немедленному ее воспроизведению, а затем и к ее запоминанию. В течение пяти минут врач продолжает беседовать с пациентом на другие темы, после чего проверяются результаты запоминания. Здоровый человек допустит лишь несущественные погрешности.

Память на недавние события оценивают, спрашивая о новостях за последние один-два дня или о событиях в жизни больного, известных врачу. Новости, о которых задаются вопросы, должны соответствовать интересам больного и широко освещаться средствами массовой информации. Память на отдаленные события можно оценить, попросив больного вспомнить определенные моменты из его биографии либо хорошо известные факты общественной жизни за последние несколько лет, такие как даты рождения его детей или внуков или же имена политических лидеров. Четкое представление о последовательности событий так же важно, как и наличие воспоминаний об отдельных событиях. Когда больной находится в больнице, определенные выводы о его памяти можно сделать на основании информации, предоставляемой средним медицинским персоналом. Их наблюдения касаются того, насколько быстро больной усваивает обыденный распорядок дня, имена сотрудников клиники и других больных; не забывает ли он, куда кладет вещи, где расположена его кровать, как пройти в комнату для отдыха.

Стандартизированные психологические тесты на усвоение и память могут помочь при диагностике и обеспечивают количественную оценку нарастания расстройств памяти. Среди них одним из наиболее эффективных является тест Векслера на логическую память, при котором требуется воспроизвести содержание короткого абзаца немедленно и по истечении 45 минут. Подсчет баллов производится на основании количества правильно воспроизведенных пунктов.

Нарушения памяти встречаются часто, а во второй половине жизни в той или иной степени имеют место у большинства людей. Квалификация

специфики нарушений памяти может помочь врачу составить целостное представление о ведущем синдроме, нозологической принадлежности заболевания, стадии течения, а иногда и о локализации патологического процесса. За жалобами на «потерю памяти» может скрываться иная патология. Действительная замедленность мышления усугубляется неуверенностью либо невнимательностью, связанной с тревожностью депрессивных больных, а сниженная самооценка обрамляет эти реальные когнитивные нарушения в рамки переживаний малоценности. На начальных этапах развития депрессии это могут быть жалобы на нарушение памяти.

Для выявления патологии памяти используются пробы на запоминание искусственных словосочетаний и десяти слов.

Элективные, избирательные дисмнезии - запоминание конкретной информации, возникающее в ситуациях психоэмоциональной напряженности, лимита времени, характерное для сосудистой мозговой патологии. Забывание дат, имен, адресов или номеров телефонов при волнении может обратить на себя внимание уже при сборе анамнеза. В этом случае особенно уместно уточнить:

Динамические нарушения памяти. При сосудистых заболеваниях головного мозга у больных, перенесших черепно-мозговые травмы, при некоторых интоксикациях мнестическая деятельность может носить прерывистый характер. Подобные нарушения редко выступают в виде изолированного моносимптома, а проявляются в сочетании с прерывистостью всех психических процессов. Память в данном случае является индикатором неустойчивости, истощаемости умственной работоспособности больных в целом. Одним из показателей динамического нарушения памяти является возможность ее улучшения при применении средств опосредования, к чему больные прибегают в повседневной жизни.

*Фиксационная амнезия* состоит в нарушении запоминания текущих событий, при сохранности памяти на прошлое. Эта амнезия является ведущим симптомом синдрома Корсакова при токсических, травматических и сосудистых психозах, протекающих как остро, так и хронически. Представившись пациенту, уместно предупредить, что в интересах обследования Вы попросите назвать Вас по имени спустя какое-то время.

*Ретроградная амнезия* представляет собой выпадение из памяти событий, предшествовавших периоду нарушенного сознания.

При *антероградной амнезии* из памяти больного выпадают события на период времени, непосредственно следующий за периодом нарушенного сознания

*Конградная амнезия* представляет собой отсутствие памяти на события, происходившие в период нарушенного сознания.

Поскольку эти амнезии отличает приуроченность к определенному состоянию или действию патогенного фактора, то, расспрашивая больного, следует очертить границы этого периода, в рамках которого восстановить события больным в памяти не удастся.

*Прогрессирующая гипомнезия.* Опустошение памяти нарастает постепенно и происходит в определенной последовательности: от частного к общему, от позднее приобретенных навыков и знаний к тем, что были получены раньше, от менее эмоционально значимого к более значимому. Такая динамика соответствует закону Рибо. Выраженность прогрессирующей амнезии могут выявлять вопросы о жизненных событиях, задаваемые в последовательности - от текущих к отдаленным.

*Псевдореминисценции* - обманы памяти, заключающиеся в смещении во времени событий, действительно имевших место в жизни больного. События прошлого выдаются за настоящее. Содержание их, как правило, однообразно, обыденно, правдоподобно. Обычно как псевдореминисценции, так и конфабуляции спонтанно излагаются больными в рассказе.

*Конфабуляции.* Воспоминания, не имеющие никакого реального основания в прошлом, временной причинной связи с ним. Выделяют фантастические конфабуляции, которые представляют собой вымысел о необыкновенных событиях, происшедших с больными в различные периоды жизни, в том числе и в доболезненный период. Конфабуляции могут быть отрывочны, изменчивы, при повторных рассказах сообщаются новые невероятные подробности.

### ***Расстройства эмоций***

Оценку настроения начинают с наблюдения за поведением и продолжают с помощью прямых вопросов. Если выявлена депрессия, следует более подробно расспросить пациента о том, ощущает ли он иногда, что близок к слезам (существующая фактически слезливость часто отрицается), посещают ли его пессимистические мысли о настоящем, о будущем; возникает ли у него чувство вины по отношению к прошлому.

Наряду с оценкой доминирующего настроения врач должен выяснить, как изменяется настроение и соответствует ли оно ситуации. При резких сменах настроения говорят, что оно *лабильно*. Необходимо также отмечать любое стойкое отсутствие эмоциональных реакций, обычно обозначаемое как притупление или уплощение эмоций. У психически здорового человека настроение изменяется в соответствии с основными обсуждаемыми темами; он выглядит грустным, говоря о печальных событиях, проявляет гнев, рассказывая о том, что его рассердило, и т.д. Если настроение не совпадает с ситуацией (например, больной хихикает, описывая смерть своей матери), оно отмечается как неадекватное. Этот симптом часто диагностируют без достаточных оснований, поэтому необходимо записать в истории болезни характерные примеры. Более близкое знакомство с больным может в дальнейшем подсказать другое объяснение его поведению; например, улыбка при разговоре о грустных событиях может оказаться следствием смущения. Состояние эмоциональной сферы определяется и оценивается в процессе всего обследования. При исследовании сферы мышления, памяти, интеллекта, восприятия фиксируется характер эмоционального фона, волевых реакций больного. Оценивается особенность эмоционального отношения

больного к родственникам, сослуживцам, соседям по палате, медицинскому персоналу, собственному состоянию. При этом важно учитывать не только самоотчет больного, но и данные объективного наблюдения за психомоторной активностью, мимикой и пантомимикой, за показателями тонуса и направленности вегетативно-обменных процессов. Следует опросить больного и наблюдавших за ним о продолжительности и качестве сна, аппетита (снижен при депрессии и повышен при мании), физиологических отправлениях (запоры при депрессии). При осмотре обратить внимание на величину зрачков (расширены при депрессии), на влажность кожи и слизистых (сухость при депрессии), измерить артериальное давление и сосчитать пульс (повышение АД и учащение пульса при эмоциональном напряжении), выяснить самооценку больного (переоценка при маниакальном состоянии и самоуничижение при депрессии).

Подавленное настроение (*гипотимия*). Пациенты испытывают чувства печали, уныния, безнадежности, обескураженности, чувствуют себя несчастными; тревога, напряженность или раздражительность также должны оцениваться как дисфорическое настроение.

*Психомоторная заторможенность*. Пациент ощущает заторможенность и испытывает затруднения в движениях. Должны быть заметны объективные признаки заторможенности, например, замедленная речь, паузы между словами.

*Ухудшение когнитивных способностей*. Пациенты жалуются на ухудшение способности концентрировать внимание и вообще ухудшение мыслительных способностей. Например, беспомощность при обдумывании, неспособность к принятию решения. Нарушения мышления в большей степени субъективны и отличаются от таких грубых расстройств, как разорванность или бессвязность мышления. Потеря интереса и/или стремления к удовольствиям. Пациенты утрачивают заинтересованность, потребность в получении удовольствия в различных сферах жизни, снижается половое влечение.

*Идеи малоценности (самоуничижения), виновности*. Больные уничижительно оценивают свою личность и способности, умаляя или отрицая все положительное, говорят о чувстве вины и высказывают необоснованные идеи виновности.

*Мысли о смерти, суициде*. Почти все депрессивные больные часто возвращаются к мыслям о смерти или самоубийстве. Обычны высказывания о желании уйти в забытие, чтобы это случилось внезапно, без участия больного, «заснуть и не проснуться». Характерно обдумывание способов самоубийства. Но иногда больные склонны к конкретным суицидальным действиям. Большое значение имеет так называемый «антисуицидальный барьер», одно или несколько обстоятельств, удерживающих больного от суицида. Выявление и укрепление этого барьера является одним из немногих способов предотвращения суицида.

*Снижение аппетита и / или веса*. Депрессия, как правило, сопровождается изменением, чаще снижением, аппетита и массы тела. Повышение

аппетита встречается при некоторых атипичных депрессиях, в частности, при сезонном аффективном расстройстве (зимней депрессии).

*Бессонница или повышенная сонливость.* Среди нарушений ночного сна принято выделять бессонницу периода засыпания, бессонницу середины ночи (частые пробуждения, поверхностный сон) и преждевременные пробуждения с 2 до 5 часов. Нарушения засыпания более характерны для бессонницы невротического генеза, ранние преждевременные пробуждения чаще встречаются при эндогенных депрессиях с отчетливым тоскливым и / или тревожным компонентами.

*Суточные колебания настроения.* Уточнение ритмических особенностей настроения больных представляет собой важный дифференциальный признак эндо- и экзогенности депрессии. Наиболее типичным эндогенным ритмом является постепенное уменьшение тоски либо тревоги, особенно выраженной в утренние часы в течение дня.

*Снижение эмоционального реагирования* проявляется бедностью мимики, диапазона чувств, монотонностью голоса. Основанием для оценки являются двигательные проявления и эмоциональный ответ, регистрируемые в ходе расспроса. Следует учитывать, что оценка некоторых симптомов может быть искажена приемом психотропных средств.

### ***Тревожные расстройства***

*Панические расстройства.* К ним относятся неожиданные и беспричинные приступы тревоги. Такие соматовегетативные симптомы тревоги, как тахикардия, одышка, потливость, тошнота или дискомфорт в области живота, боль или неприятное ощущение в груди, могут быть более выражены, чем психические проявления: деперсонализация (дереализация), страх смерти, парестезии.

*Маниакальные симптомы.* Повышенное настроение. Состояние больных характеризуется чрезмерной веселостью, оптимистичностью, иногда раздражительностью, не связанной с алкогольной или иной интоксикацией. Пациенты редко расценивают повышенное настроение как проявление болезни. В то же время диагностика актуального маниакального состояния не вызывает особых трудностей, поэтому расспрашивать приходится чаще о перенесенных в прошлом маниакальных эпизодах.

*Ускорение мышления / скачка идей.* Больные могут испытывать отчетливое ускорение мыслей, заметить, что мысли опережают речь.

*Повышенная самооценка.* Оценка достоинств, связей, влияния на людей и события, силы и знаний отчетливо повышена по сравнению с обычным уровнем. Снижение продолжительности сна. При оценке нужно учитывать средний показатель за несколько последних суток.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
Чеченский Государственный Университет**

**Медицинский институт  
Кафедра: «Психиатрия, неврология»**

## **МЕТОДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ**

**По написанию истории болезни:  
«Дерматовенерология»**



**Составитель:**  
**Дениева М.И.**- к.м.н., доцент кафедры «Психиатрия и неврология»

**Грозный 2017**

## **ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО.**

Описываются жалобы пациента при поступлении, ежедневно во время осмотра зав. отделением и лечащим врачом. Дерматологические болезни могут жаловаться на высыпания, зуд, болевые ощущения в области высыпаний, сухость и стянутость кожи. Кожные высыпания могут не сопровождаться субъективными ощущениями. Необходимо отображать в истории болезни зависимость субъективных ощущений от времени суток, контакта с водой и т.п. Также необходимо отмечать жалобы на нарушения сна, слабость, потерю аппетита, повышение температуры тела. Затем описываются жалобы, обусловленные наличием хронических и соматических заболеваний.

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

Анамнез заболевания описывают в хронологическом порядке, детально описывая развитие клинической картины. Отмечается продолжительность дерматоза, так как кожные заболевания условно делятся на острые и хронические. Для многих хронических кожных заболеваний с наследственной предрасположенностью характерен дебют заболевания на 1 году жизни. Далее указывается, со слов больного, возможная причина заболевания (прием лекарственных препаратов, употребление в пищу аллергенных продуктов питания и напитков, контакт с зараженным человеком или животным, контакты с раздражающими веществами или бытовой химией). Часто появление высыпаний больные связывают с перенесенными ОРЗ и ОРВИ, нервными стрессами, переохлаждением, травмами кожи. Иногда бывает невозможно установить причину заболевания.

Необходимо отметить:

- характер начала болезни (острое, постепенное);
- динамику развития заболевания, с указанием места появления первых высыпаний;
- проведенное лечение (самостоятельно, амбулаторно или стационарно) с указанием эффективности от проведенной терапии;

Если дерматоз хронический, необходимо указать частоту обострений заболевания, сезонность и провоцирующие факторы. Обязательно указывать продолжительность ремиссии и продолжительность последнего обострения.

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

В данном разделе указывается аллергоанамнез, наследственная предрасположенность к кожным заболеваниям, перенесенные заболевания, операции, травмы, венерические заболевания, туберкулез у пациента и близких родственников. После этого приводят хронические заболевания, которыми страдает пациент.

Обязательно отмечается получал ли больной переливания крови, ее компонентов и кровезаменителей.

## **ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ (STATUS PRAESENS).**

Общее состояние больного (удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое). У большинства дерматологических больных общее состояние средней тяжести или относительно удовлетворительное.

Телосложение (конституция, рост, вес). Кожные покровы и видимые слизистые оболочки вне высыпаний (окраска, эластичность, влажность). Не следует описывать здесь высыпания и патологические изменения ногтевых пластин, это будет сделано в специальном разделе – «status localis».

Периферические лимфатические узлы (пальпация подчелюстных, шейных, над- и подключичных, локтевых, подмышечных и паховых лимфоузлов). При их увеличении определить величину, консистенцию, болезненность, подвижность, сращения между собой и с кожей.

Далее приводится осмотр по системам.

### **1. Система органов дыхания**

Осмотр:

- дыхание (носовое, ротовое, свободное, затрудненное, глубина, тип, ритм, число дыханий в минуту);
- характер дыхания (везикулярное, бронхиальное, амфорическое и т.д.);
- хрипы (сухие, влажные, мелко-, средне- и крупнопузырчатые);

### **2. Сердечно-сосудистая система**

Осмотр:

Аускультация:

Тоны сердца (громкие, приглушенные, глухие). Нарушение ритма (тахикардия, брадикардия, мерцательная аритмия, экстрасистолия, аритмия и пр.);

Свойства пульса. Артериальное давление.

### **3. Система органов пищеварения**

Осмотр полости рта:

- язык (окраска, влажность, наличие налетов, глоссита, трещин, язв);

Осмотр живота:

- форма живота, его величина, участие в дыхании, асимметрия, видимая перистальтика желудка и кишечника.

Пальпация:

- поверхностная ориентировочная пальпация, определение болезненности, Напряжения мышц живота (диффузного и ограниченного), выявление грыж и расхождения мышц живота; нарушения стула.

### **4. Печень**

Осмотр: наличие ограниченного и диффузного выбухания, пульсация в области печени. Определение размеров, консистенции, болезненности печени.

### **6. Система органов мочевого выделения**

–Симптом Пастернацкого.

## **МЕСТНЫЙ СТАТУС (STATUS LOCALIS).**

Это один из важнейших разделов клинической истории болезни, где описываются высыпания на коже и видимых слизистых, патологические изменения ногтевых пластин на момент осмотра. В местном статусе не надо приводить ощущения больного, динамику высыпаний.

*Порядок описания патологического кожного процесса должен быть следующим:*

1. Распространенность. Патологический кожный процесс может быть ограниченным, распространенным, генерализованным. Ограниченный кожный процесс, охватывает только одну анатомическую область, распространенный, несколько анатомических областей, генерализованный (универсальный), всю или практически всю кожу.
2. Симметричность (асимметричность) поражения.
3. Локализация патологического процесса.
4. Характер высыпаний (воспалительный, невоспалительный).
5. Описание первичных, а затем – вторичных морфологических элементов проводится

по следующим признакам:

- величина (приблизительные размеры);
- цвет (его оттенки);
- границы (четкие, нечеткие);
- форма (плоская, конусовидная, полушаровидная);
- очертания (конфигурация) (округлая, овальная, полигональная, полициклическая, мелко - и крупнофестончатая);
- поверхность (гладкая, блестящая, шероховатая, шелушащаяся, бугристая);
- консистенция (мягкая, плотная, плотноэластическая, твердая, деревянистая);
- группировка (в кольца, дуги, парность элементов при чесотке).

Сначала описываются первичные, затем вторичные элементы сыпи.

Заболевания кожи бывают мономорфные (высыпания представлены только одной разновидностью первичных морфологических элементов) – псориаз, красный плоский лишай, пузырчатка и др. При полиморфных дерматозах высыпания представлены несколькими разновидностями первичных элементов (экзема, токсидермия, герпетиформный дерматит Дюринга и др.). Кожный процесс при полиморфных болезнях кожи описывают в виде «очагов».

При описании локального статуса указываются специфичные для каждого дерматоза симптомы (например, симптом Кебнера при псориазе, симптом Никольского при пузырчатке и т.п.).

Далее указывается состояние ногтевых пластин и костно-суставной системы (наличие искривлений, деформаций, болезненность и хруст при движениях, объем активных и пассивных движений в суставах). В дерматологической практике наиболее часто встречается поражение суставов при псориатической артропатии. Пораженные суставы становятся отечными, кожа

над ними – гиперемированной, горячей на ощупь, активные и пассивные движения в них – болезненными.

Пример описания «status localis» у больного с диагнозом «Распространенный вульгарный псориаз, прогрессирующая стадия. Псориаз ногтевых пластин»: Кожный патологический процесс носит распространенный симметричный характер, локализуется на волосистой части головы, туловище, верхних и нижних конечностях и представлен папулами, чешуйками и чешуйко-корками. На коже волосистой части головы имеются нуммулярные папулы и крупные бляшки различного размера, ярко розово-красного цвета, по форме близкие к округлым, по всей поверхности покрытые бело-желтыми чешуйко-корками. На коже туловища, преимущественно разгибательных поверхностях верхних и нижних конечностей, имеются милиарные, ретикулярные, нуммулярные папулы и более крупные бляшки диаметром до 7-8 см, ярко-розового цвета, по форме близкие к округлым, четко отграниченные. Поверхность папул и бляшек в центральной части покрыта серебристо-белыми мелкопластинчатыми чешуйками, по периферии – яркий ободок без шелушения. При поскабливании папул определяется три симптома псориазической триады. Симптом Кебнера (+) положительный – отмечаются свежие высыпания в местах травматизации кожи. Ногтевые пластины стоп и кистей несколько утолщены, тусклые. Симптом «наперстка» (+) положительный на всех ногтевых пластинах пальцев кистей и стоп.

### **ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ.**

Выставляется только на основании жалоб, данных анамнеза, общего и местного статуса. Обоснование предварительного диагноза приводить не надо.

### **ПЛАН ЛАБОРАТОРНО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ.**

Для обследования больных в дерматологии применяется большое разнообразие лабораторных и инструментальных методов (общеклинические, цитологические, гистологические, микробиологические, специальные дерматологические и др.).

Все пациенты стационара должны проходить следующий клинический минимум: общий анализ крови, общий анализ мочи, анализ крови на сифилис, биохимический анализ крови, рентгенологическое исследование органов грудной клетки.

Дополнительные методы исследования необходимые при встречающихся заболеваниях кожи:

- Пiodермии – посев на флору с очагов с определением чувствительности к антибиотикам.
- Микозы стоп, микроспория, трихофития – анализ и посев на грибок с очагов на коже, ногтевых пластин. При микроспории и трихофитии также применяется люминесцентная диагностика (исследование в лучах лампы Вуда).

- Отрубевидный лишай – проба с настойкой йода (проба Бальцера), определение симптома Бенъе, люминесцентная диагностика.
  - Кандидоз – посев на грибы рода *Candida*.
  - Простой и опоясывающий герпес – ПЦР, серологические методы.
  - Чесотка – методы выявления чесоточного клеща, йодная проба.
  - Экзема – гистологическое исследование, биохимическое исследование крови, иммунограмма. При микотической экземе проводится анализ и посев на грибок с очагов. При профессиональной экземе и других профессиональных дерматозах проводятся аллергические пробы – контактные (накожные, скарификационные, внутрикожные) и неконтактные.
  - Псориаз – метод поскабливания (определение псориатической триады), гистологическое исследование, биохимическое исследование крови. При поражении суставов назначают рентгенографию (с обязательным указанием сустава), проводят «ревмопробы» (серомукоид, СРБ, фибриноген, исследование белковых фракций и т.п.). При поражении ногтей пластин, для исключения микоза, назначают анализ и посев на грибок.
  - Красный плоский лишай – метод просветления (определение сетки Уикхема при смазывании поверхности элементов водой или маслом), гистологическое исследование, биохимическое исследование крови.
  - Атопический дерматит – определение дермографизма, иммунограмма (особое внимание уровню Ig E), биохимическое исследование крови.
  - Красная волчанка – выявление в периферической крови LE-клеток, определение аутоантител, «ревмопробы», гистологическое исследование.
  - Склеродермия – определение оксипролина в моче, «ревмопробы», гистологическое исследование.
  - Розацеа, демодекоз – анализ на *demodex folliculorum* с кожи лица, ресниц.
  - Очаговая алопеция – для исключения микоза проводят анализ и посев на грибок с очагов, сифилиса – кровь на РМП.
  - Пузырчатка – определение симптомов Никольского, Асбо-Хансена, «груши», метод Тцанка.
  - Герпетиформный дерматит Дюринга – проба с йодидом калия (проба Ядассона), выявление эозинофилии в крови и пузырьной жидкости.
- Приводя результаты исследования, необходимо обязательно указывать дату его проведения.

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

Итогом диагностического процесса является клинический диагноз, который состоит из: основного, осложнений основного и сопутствующего. Необходимо определить форму заболевания, стадию патологического кожного процесса.

Для обоснования диагноза нужно учитывать жалобы больного, данные анамнеза, объективного исследования и результаты лабораторных и инструментальных методов диагностики (в том числе – специальных дерматологических). Необходимо приводить типичные для этого заболевания прояв-

ления и признаки, обобщая и резюмируя их. Не следует приводить «лишнюю информацию», которая никоим образом не способствует установлению диагноза. Так, из анамнеза заболевания следует выбирать только характерные клинические признаки: причина начала болезни, его течение, частота и сезонность обострений, их причины и т.п. Из анамнеза жизни, для постановки диагноза могут быть полезны данные об отягощенной наследственности, о профессиональных вредностях (при профессиональных дерматозах). Из результатов дополнительных методов исследования также следует приводить лишь те, которые подтверждают диагноз. Обоснование должно отражать ход клинического мышления над больным. Если какой-либо из симптомов, обнаруженных у больного, не укладывается в клиническую картину данного заболевания, не следует обходить его молчанием; напротив, нужно попытаться объяснить его происхождение.

## **ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ.**

Лечебная тактика в каждом конкретном случае определяется состоянием кожного процесса, наличием осложнений, сопутствующих заболеваний, полом, возрастом, данными анамнеза о переносимости лекарственных средств в прошлом. Описывается комплекс лечебных мероприятий, отвечающий современным принципам лечения данного дерматоза: режим, диета, общее лечение (системная терапия), местное лечение, физиотерапия.

В большинстве случаев для дерматологического больного требуется соблюдение общего режима, при тяжелых, генерализованных заболеваниях кожи необходимо выполнение палатного или постельного режима. В лечении многих заболеваний кожи большое значение имеет диетотерапия. Указывается стол по Певзнеру (для большинства больных – стол № 15). Обязательно следует перечислить пациенту продукты и напитки, которые необходимо исключить из рациона больного.

Далее приводят медикаментозное лечение. Начинать следует с общей (системной) терапии.

Лекарственные препараты удобно приводить по группам. Уместно коротко привести цель применения медикаментов этой группы.

Для препаратов, принимаемых внутрь, следует указывать отношение к приему пищи (кроме препаратов, принимаемых независимо от приема пищи).

Назначение сильнодействующих препаратов (системных глюкокортикостероидов, цитостатиков, ароматических ретиноидов) должно быть обосновано: тяжелое течение, большая распространенность кожного процесса, неэффективность других методов.

Далее приводится наружная (местная) терапия. При многих заболеваниях кожи (экзема, дерматиты, псориаз и др.) наружная терапия назначается в зависимости от состояния кожного процесса (по принципу «раздраженного не раздражай»). Это должно быть отражено в клинической истории болезни. Как и в системной терапии, должны быть приведены рецептурные прописи основных лекарственных средств. Приводятся методы физиотерапии, показанные курируемому пациенту.

## **ДНЕВНИКИ.**

Дневники необходимы для отражения динамики состояния пациента. В клинической истории болезни приводятся ежедневные дневники курации пациента.

Каждый дневник должен содержать следующую информацию:

1. Дата. Можно вынести в начало дневника данные о температуре тела, пульсе, АД.
2. Жалобы. В динамике больной может отмечать улучшение или ухудшение самочувствия, уменьшение или усиление зуда, мокнутия и т.п.
3. Общее состояние больного.
4. Состояние внутренних органов (кратко). Физиологические отправления. Сон, аппетит.
5. Местный статус. Отражается динамика патологического кожного процесса: эволюция элементов, изменение выраженности гиперемии, мокнутия, шелушения, появление свежих высыпаний.
6. В завершение дневника приводятся новые назначения: лекарственные препараты, лабораторные и инструментальные исследования, рекомендации по диете и режиму. Если новых назначений нет, пишут – «лечение продолжить». При выписке больного из стационара заполняется выписной эпикриз, а пациенту выдается выписка из истории болезни.

## **ВЫПИСНОЙ ЭПИКРИЗ.**

В рекомендациях указываются (в зависимости от патологии курируемого больного):

- необходимая диета;
- рекомендации относительно режима труда и отдыха, гигиенического режима кожи;
- план дальнейшего медикаментозного лечения (при необходимости);
- рекомендуемое дообследование: лабораторные и инструментальные методы, консультации смежных специалистов и т.п.;
- обработка обуви и носок (при микозах стоп) и т.п.

Прогноз должен быть указан для жизни, здоровья, трудоспособности. Прогноз для жизни у подавляющего большинства больных с заболеваниями кожи благоприятный. Прогноз для выздоровления может быть неблагоприятным (псориаз, пузырчатка и др.), сомнительным (хроническая экзема, красный плоский лишай, атопический дерматит и др.), благоприятным (дерматиты, токсидермии, острая экзема, большинство инфекционных заболеваний кожи и др.). Неблагоприятный прогноз для трудоспособности будет у больных пузырчаткой, тяжелым артропатическим псориазом и др. Не следует приводить прогноз для трудоспособности для больных, достигших пенсионного возраста, имеющих группу инвалидности в связи с сопутствующими заболеваниями.

При поступлении пациента в стационар необходимо получить его информированное добровольное согласие на предложенный план лечения.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
Чеченский Государственный Университет**

**Медицинский институт**

**Кафедра:  
«Психиатрия и неврология»**

## **МЕТОДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ**

**По написанию истории болезни по неврологии, медицинской гене-  
тики, нейрохирургии**



**Составитель:**  
**Чатаева Г.С.-** к.м.н., доцент кафедры психиатрии и неврологии.

**Грозный 2017**

## Неврологический статус

### **Общемозговые симптомы:**

**Сознание:** ясное, оглушение, сопор, кома I, II, III (по Шкале Глазго).

**Ориентация:** в месте, времени, пространстве, собственной личности. Доступность продуктивному контакту.

**Головная боль:** локализация, характер, периодичность, сопутствующие симптомы, в какое время суток.

**Головокружение:** системное, несистемное, тошнота, рвота.

### **Менингеальный синдром:**

Ригидность мышц затылка

Скуловой симптом Бехтерева

Синдром Мандонези

Симптом Кернига

Симптом Брудзинского (верхний, средний, нижний)

### **Очаговые симптомы**

#### **Черепные нервы:**

**I пара (n.olfactorius):** обоняние сохранно, гипосмия, гиперосмия, anosмия, Качественные нарушения: дизосмия, обонятельные галлюцинации, агнозия обонятельная;

**I пара (n.opticus):** Острота зрения: OD\_\_\_\_\_ OS \_\_\_\_\_ зрение не нарушено, амблиопия, амавроз. Поля зрения: кверху, кнутри, книзу, кнаружи гемианопсия: нет, частичная, полная - гомонимная справа, слева; гетеронимная: битемпоральная, биназальная; зрительные галлюцинации.

Цветовосприятие (норма, дальтонизм, ахроматопсия)

**III (n.oculomotorius), IV (n.trochlearis), VI (n.abducens):** произвольные движения глаз в полном объеме, парез взора, тоническое отведение глазных яблок вправо, влево. Strabismus (сходящееся, расходящееся, по вертикали); птоз/полуптоз; окулоцефалический рефлекс. Симптом Арджил-Робертсона. Экзофтальм и эндофтальм. Триада Горнера.

Зрачки: форма (норма/деформация); ширина (нормальные, миоз, мидриаз). Фотореакция прямая, содружественная: сохранена, снижена, отсутствует справа, слева.

**V (n.trigeminus):** корнеальные, конъюнктивальный, надбровный и нижнечелюстной рефлекс: живые, снижены, отсутствуют; справа, слева.

Чувствительность на лице: сохранена, снижена: невральная тип – I, II, III ветви справа, слева. Сегментарный тип: внутренняя, средняя, наружная скобки Зельдера справа, слева. Трофика и функции жевательных мышц.

**VII (n.facialis):** лагофтальм есть/нет. Лицо симметрично/асимметрично (складки лобной области, носогубные складки), наморщивание лба, нахмуривание бровей, зажмуривание глаз, надувание щек: симптом паруса есть/нет) - парез мимических мышц: центральный, периферический справа/слева. Лакримация (слезотечение)/сухость склеры; нарушение вкуса на передних 2/3 языка; гиперакузия: есть/нет, справа/слева.

**VIII (n.vestibulocohlearis):** слух сохранен, гипакузия, анакузия). Ощущение шума, звона в ухе. Острота слуха. Проба Ринне и Вебера.

Вестибулярный синдром: системное головокружение, тошнота, рвота; ни-стагм: горизонтальный, вертикальный, ротаторный, крупно,- мелко-размашистый.

**IX (n.glossopharyngeus):** парез мягкого неба- нет; справа, слева; глоточный рефлекс: живой, снижен, отсутствует справа/слева; Uvula: по средней линии, отклонена. Вкус на задней трети языка. Состояние вкусового анализатора.

**X (n.vagus):** глотание: сохранено, дисфагия, афагия; дисфония, дизартрия; глоточный рефлекс. Состояние дужек мягкого неба при фонации и в покое.

**XI (n.accessorius):** грудиноключично-сосцевидная мышца и трапециевидная мышца: атрофия/ гипотрофия, фасцикуляции, сила; положение головы, плеч: не нарушено, поднятие руки выше горизонтали, насильственный поворот (кривошея) влево/вправо; произвольные движения головы и мышц плечевого пояса: ограничены/нет

**XII (n.hypoglossus):** язык по средней линии, девиация языка вправо/влево; гипотрофия языка, фибрилляции.

### **Двигательная система**

Объем активных и пассивных движений в конечностях: полный, ограничен

**Проба Баре** (верхняя, нижняя): справа, слева

**Проба на минимальные парезы** (пронационный феномен, поза Будды, ульнарный феномен Вендеровича.

**Гемипарез (слева/справа), монопарез, тетрапарез, парапарез (верхний/нижний):** со снижением силы мышц до \_\_\_ баллов в руке и \_\_\_\_ баллов в ноге справа/слева

**Мышечный тонус:** не изменен, повышен \_ спастический, пластический, по смешанному типу; снижен, дистония справа/слева.

**Симптом Оршанского.** Контрактуры. Поза Вернике- Манна.

Сухожильные рефлексy: не изменены, гиперрефлексия, гипорефлексия-справа/слева.

**Патологические симптомы:** сгибательные (Якобсона-Ласка, Россолимо, Бехтерева I, Бехтерева II), разгибательные (Бабинского, Оппенгейма, Гордона, Шеффера) на верхних/нижних конечностях. Клонус стоп и коленных чашек: справа/слева. Защитные рефлексy (спинальные автоматизмы). Сосательные рефлексy (оральные автоматизмы).

**Фасцикуляции, фибрилляции (в каких мышцах) \_\_\_\_\_**

### **Синкинезии**

**Гиперкинезы** (атетоз, хореический гиперкинез, гемибаллизм, торзионный спазм, тики)

**Тремор** (в покое, движении)

### **Чувствительность:**

**Нарушение поверхностной чувствительности: болевой, температурной**

**Гипетезия, анестезия, гиперестезия по типу:** гемитипу, корешковому (указать), сегментарному, проводниковому (церебральному, спинальному), полиневритическому типу\_ справа/слева

**Нарушение глубокой чувствительности:** вибрационной, суставно-мышечного чувства, кинестезия, дискриминационная чувствительность, чувство вес, давления, локализации, двумерно-пространственное чувство, стереогноз. Границы расстройств проприо- и экстероцептивной чувствительности (с занесением их в схему) и степень этих расстройств.

**Боли, их локализация и характер:** ноющие, приступообразные, стреляющие, опоясывающие, жгучие. Парестезии и их характер, степень и локализация. Болезненность при пальпации нервных стволов. Болевые точки (Гара, Валле)

**Симптомы натяжения периферических нервов:** вынужденная поза. Анталгические позы больного, анталгический сколиоз. С-м Ласега (боковой, перекрестный), Нери, Вассермана, Мацкевича, Бонне, Сикара, Минора I, II, Венгерова, Селецкого, Турина.

### **Система координации**

**Статическая атаксия:** проба Ромберга, синергия Бабинского.

**Динамическая атаксия:** пальценосовая проба, пяточно-коленная проба, указательная проба, симптом обратного толчка Стюарта-Холмса, проба Шильдера, проба на диадохокинез. Дисметрия. Интенционный тремор. Астазия-абазия. Скандированная речь. Нистагм. Мегалография.

**Походка:** паретическая, паретически-спастическая, спастическая, атактическая (с открытыми и закрытыми глазами), атактически-паретическая, гемиплегическая, заторможенная, степпаж, утиная, манерно-вычурная, с насильственными движениями; не изменена.

**Вегетативная система. Вазомоторные, секреторные и трофические расстройства:** трофические расстройства кожи. Акроцианоз. Неврогенный отек. Пролежни на крестце и стопах. Локальный гипертрихоз. Потоотделение. Салоотделение.

Дермографизм: красный, белый, разлитой, возвышенный.

Пиломоторный рефлекс.

Симптом Бернара-Горнера; симптом Пти- справа/слева

Клиностатическая проба: ЧСС стоя/ЧСС лежа

Ортостатическая проба: ЧСС лежа /стоя

Проба Ашнера. Тазовые органы: задержка и недержание (периодическое/истинное) мочи и кала. Императивные позывы.

**Высшие психические функции. Ориентировка во времени, пространстве, личности. Эмоционально-волевая сфера.**

Речь: афазия (моторная, сенсорная, сенсомоторная, амнестическая): брадилалия, манерная речь, эхолоалия, заикание.

**Исследование рецептивной речи:** понимание смысла обычных слов. Улавливание умышленно извращенных слов (птул, сопака, двомик, ламба). Понимание смысла целых фраз, выполнение и понимание заданий (осмысленных и нелепых, например: прикоснитесь пальцем к уху, положите кровать на голов и т.п.). Понимание смысловых отношений (жена брата и брат жены - есть ли в этом какая-нибудь разница?). Понимание половиц («не в свои

сани не садись», «не плюй в колодец- пригодится воды напиться» и т.п.) и метафор (н-р, «золотые руки» и т.п.).

**Исследование экспрессивной речи:** если нет плавной спонтанной речи, то возможно ли повторение отдельных слогов, более или менее сложных слов, коротких фраз. Называние показываемых предметов (без подсказки, с подсказкой). Составление фраз из ряда слов, данных в именительном падеже и неопределенном наклонении.

**Письменная речь;** списывание печатными и прописными буквами, письмо под диктовку, привычное автоматизированное письмо (имя, фамилия, отчество, адрес, дни, месяцы), написание показываемых предметов, спонтанное письмо.

Апраксия (тип): идеаторная, конструктивная, оральная, профессиональная, одевания. Способность производить простые движения: закрыть глаза, наморщить лоб, высунуть язык, растопырить пальцы. Действие с реальными предметами: показать, как посолить хлеб, зажечь спичку. Действия с воображаемыми предметами: показать, как забить гвоздь в стену. Выполнение жестов: как поманить пальцем, пригрозить кулаком и т.п. подражание действиям исследующего: н-, складывание рук на груди, кивание головой и т.п. самостоятельное конструирование из спичек домика, из кубиков- забора. Умение складывать в одно целое разрезанный на части рисунок при предъявлении и без предъявления копии последнего.

Агнозия (тип): зрительная, обонятельная, вкусовая, прозопагнозия, астереогноз.

Память: амнезия (тип: антероградная, ретроградная, тотальная) дисмнезия, гипермнезия, гипомнезия.

Чтение (произношение, понимание): чтение слов, коротких и длинных фраз вслух и про себя. Рассказывание прочитанного.

Счет: запись и прочитывание однозначных, многозначных чисел. Автоматизированный счет (таблица умножения), вычитание и сложение односложных чисел.

Нарушение схемы тела \_\_\_\_\_

Мышление: темп, связанность, наклонность к конкретному или абстрактному мышлению.

Поведение при обследовании: отношение к обследованию, отношение к заболеванию (сознание болезни, критическое и эмоциональное отношение к своему состоянию). Настроение.

### **Топический диагноз**

(На основании данных неврологического статуса необходимо определить уровень и локализацию очага поражения нервной системы)

### **Рисунок очага поражения нервной системы**

---

---

**Нозологический диагноз**

(на основании жалоб, данных анамнеза заболевания и анамнеза жизни пациента необходимо определить, к какой группе неврологических заболеваний относится данная патология)

---

**Обоснование клинического диагноза**

---

**Клинический диагноз**

**Основной** \_\_\_\_\_

**Осложнение основного:** \_\_\_\_\_

**Сопутствующий:** \_\_\_\_\_

**План обследования:**

---

**План лечения:**

---

---

**Рекомендации:**

---

**Mini mental state examination**  
(MMSE M.Folstein et al., адаптированная 1985)

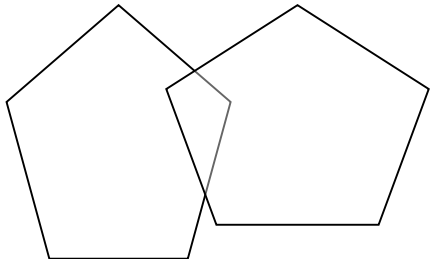
Инструкция: в баллах оцениваются основные показатели когнитивных функций (из максимально возможного для каждого задания балла вычитают число сделанных исследуемым ошибок), затем подсчитывается суммарный балл (может составлять от 0-30 баллов).

ФИО \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

Результат \_\_\_\_\_

Когнитивная сфера		Баллы
<b>I. Ориентация</b>		
<b>1</b>	<b>Попросите пациента полностью назвать год, время года, дату, день недели, месяц</b> Максимальный балл (5) дается, если больной самостоятельно и правильно называет число, месяц и год. Каждая ошибка или отсутствие ответа снижает оценку на 1 балл	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>Задайте вопрос пациенту: «Где мы находимся?».</b> Пациент должен назвать страну, область, город, учреждение, в котором происходит обследование, этаж. Каждая ошибка или отсутствие ответа снижает оценку на 1 балл.	<b>5</b>
<b>II. Восприятие</b>		
<b>3</b>	Дайте пациенту инструкцию: <b>«Повторите и постарайтесь запомнить три слова: яблоко, стол, монета».</b> Слова должны произноситься Вами максимально разборчиво со скоростью 1 слово в секунду.	<b>3</b>
<b>Внимание и счет</b>		
<b>4</b>	<b>Попросите пациента последовательно вычитать из 100 по 7 (5 вычитаний до результата 65).</b> Каждая ошибка снижает оценку на 1 балл. Если пациент не способен выполнить это задание, попросите его произнести слово «земля» наоборот. Каждая ошибка снижает оценку на 1 балл. Н-р, если произносится «ямлез» вместо «ялмез», ставится 4 балл, если «ялмзе»- 3 балла и т.д.	<b>5</b>
<b>Память</b>		
<b>5</b>	<b>Попросите пациента вспомнить слова, названные инструктором во 2 задании (3 пункт)</b> Каждое правильно названное слово оценивается в 1 балл.	<b>3</b>
<b>Речь</b>		
<b>6</b>	<b>Покажите пациенту 2 простых предмета, например</b>	<b>0-2</b>

	<b>ручку, часы, и попросите назвать их.</b> Показывают ручку и спрашивают: «Что это такое?», аналогично- часы. правильный ответ оценивается в 1 балл.	
<b>7</b>	<b>Попросите пациента повторить сложную в грамматическом отношении фразу: «Никаких если, и или но»</b>	<b>1</b>
<b>8</b>	<b>3-этапная команда: «Возьмите правой рукой лист бумаги, сложите его вдвое и положите на стол».</b> Каждое действие оценивается в 1 балл.	<b>3</b>
<b>Чтение и письмо</b>		
<b>9</b>	<b>Попросите пациента выполнить написанную на листе инструкцию: «Закройте глаза».</b> Допускается только 1 попытка. Инструкция должна быть написана достаточно крупными печатными буквами на чистом листе бумаги.	<b>1</b>
<b>10</b>	<b>Попросите пациента самостоятельно написать любое осмысленное и грамматически законченное предложение.</b> Предложение должно содержать подлежащее и сказуемое, а также должно иметь смысл. При этом правильность грамматики и пунктуации не оцениваются. Н-р, «Я нахожусь в больнице»	<b>0-1</b>
<b>11</b>	<b>Срисуйте рисунок.</b> Вы оцениваете задание как выполненное, если в рисунке пациента отображены се 10 углов, 2 из которых пересекаются.    Считается правильным, если пятисторонние фигуры пересекаются с образованием 4-хсторонней фигуры и если все углы в пятисторонней фигуре сохранены.	
<b>11</b>	<b>Сумма баллов: 0-30</b>	

### **Интерпретация результатов:**

Результат теста получается путем суммирования результатов по каждому из пунктов.

**28-30 баллов:** нет нарушений когнитивных функций

**24-27 баллов:** легкие (преддементные) когнитивные нарушения

**20-23 баллов:** деменция легкой степени выраженности

**11-19 баллов:** деменция умеренной степени выраженности

**0-10 баллов:** тяжелая деменция.

**Проба Лурия на запоминание 10 слов**

Приготовьте 10 односложных, не связанных непосредственно между собой слов.

**Инструкция:** «Я прочту вам слова. Слушайте меня внимательно, Когда я окончу читать, сразу же повторите столько слов, сколько запомните. Повторять слова можно в любом порядке.

«Сейчас я снова прочту Вам те же слова, и Вы опять должны повторить их, и те, которые вы назвали, и те, которые в первый раз пропустили. Порядок слов не важен. Далее опыт повторяется без инструкций. Перед следующими 3-5 прочтениями экспериментатор просто говорит: «Еще раз». На каждом этапе исследования заполняется протокол. Под каждым воспроизведенным словом в строчке, которая соответствует номеру попытки, ставится крестик. Если испытуемый называет «лишнее» слово, оно фиксируется в соответствующей графе. Спустя час испытуемый по просьбе исследователя воспроизводит без предварительного зачитывания запомнившиеся слова, которые фиксируются в протоколе кружочками.

**Примеры набора слов:** лес, хлеб, окно, стул, вода, конь, гриб, игла, мед, огонь.

**Интерпретация результатов:** на основе подсчета общего количества воспроизведенных слов после каждого предъявления может быть построен график: по горизонтали откладываются число повторений, по вертикали- число правильно воспроизведенных слов. По форме кривой можно делать выводы относительно динамики процесса заучивания: кратковременной памяти (количество слов, воспроизведенных после первого предъявления), продуктивности запоминания (общее кол-во слов, воспроизведенных в 5 повторениях), долговременной памяти (количество слов, воспроизведенных через 1 час) (А.Лурия, 1969). При обследовании взрослых к третьему повторению испытуемый с нормальной памятью обычно воспроизводит правильно до 9 слов или 10 слов.

**Протокол нейропсихологического исследования**

Дата \_\_\_\_\_

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

Возраст \_\_\_\_\_

Образование \_\_\_\_\_

Тест	Снег	Рука	Окно	Книга	Цветок	Стул	Рыбак	Тетрадь	Дверь	Вилка	К-во слов
1											
2											
3											
4											
5											
Через 1 час											
«Лишнее слово»											

**Балл Оргогозо**  
**(Orgogozo Score no J.M.Orgogozo, 1989; D/Wade, 2000)**

№	Признаки	Баллы
1	Сознание	15-норма; ясное сознание и быстрая реакция на стимулы 10- оглушение; может быть пробужден и оставаться доступным контакту при проведении обследования; 5- ступор; локализирует болевые раздражители и реагирует на боль 0- Кома: нецеленаправленное реагирование на болевые раздражители
2	Речевой контакт	10- нормальный/не ограничен; может вести разумную беседу 5- затруднен: ограничен самыми насущными потребностями. Этим же баллом оценивается дизартрия. 0-резко затруднен/невозможен (по любой причине)
3	Движения глазных яблок	10-нормальные симметричные горизонтальные движения глазных яблок 5-парез взора/унилатеральный «синдром отрицания» 0- Паралич взора/тоническая девиация глазных яблок; глазные яблоки не доводятся до средней линии
4	Лицевая мускулатура	5-нормальная сила/легкая слабость: возможна легкая асимметрия 0- Выраженная односторонняя слабость; выраженная асимметрия
5	Поднимание руки	10-возможно; в положении сидя может поднять руку выше горизонтального уровня с преодолением некоторого сопротивления 5- неполное: в положении сидя не может поднять руку до горизонтального уровня 0-невозможно; отведение руки также невозможно
6	Движение кисти	15-нормальное; нет нарушений функции кисти 10-основные функции кисти сохранены; ограничение тонких движений, замедленные/неуклюжие движения пальцев 5-возможны лишь грубые движения: кисть может удерживать клюшку (трость) 0-кисть бесполезна; не может удерживать или переносить предметы
7	Мышечный тонус в руке	5-норма/около нормы 0-значительно изменен (спастика или снижение тонуса)
8	Поднимание ноги (приподнимание голени)	15- нормальное: поднимает ногу над уровнем кровати так же, как и на здоровой стороне; 10-озможно с преодолением сопротивления, но сила мышц снижена 5- возможно с преодолением силы тяжести конечности, преодоление сопротивления невозможно 0-невозможно; не может приподнять ногу над кроватью
9	Тыльное сгибание стопы	10- возможно с преодолением сопротивления; сила может быть несколько снижена; 5- возможно с преодолением силы тяжести; может оторвать пальцы стоп от пола; 0-невозможно активное тыльное сгибание стопы; стопа падает
10	Мышечный тонус в ноге	5- норма/около нормы 0- Значительно изменен (спастика или снижение тонуса)
Сумма баллов		

**Оригинальная шкала  
(Е.И. Гусев, В.И. Скворцова)**

<b>№</b>	<b>Параметр</b>	<b>Баллы/оценка</b>
<b>1</b>	<b>Уровень сознания</b>	0-кома III 1- Кома II 2- Кома I 3- Сопор 4- Оглушение 5- Ясное
<b>2</b>	<b>Тип дыхания</b>	0-апноэ 1-гаспинг 2-атактическое 3- групповое периодическое, апнейстическое 4- Чейна-Стокса 5-регулярное гиперпноэ, постгипервентиляционное апноэ 6-норма
<b>3</b>	<b>Оболочечные симптомы</b>	0-ригидность мышц затылка 1-выраженный с-м Кернига, симптом Бехтерева 2-умеренно выраженный с-м Кернига 3-норма
<b>4</b>	<b>Нарушение окулоцефалический рефлексов</b>	0-отсутствие 1-общее ослабление 2-нарушение рефлекторного взора в сторону 3-феномен «кукольных глаз» 4-норма
<b>5</b>	<b>Поражение систем черепных нервов</b>	0- отсутствие зрачковых и корнеальных рефлексов, неспособность глотать и говорить 1- Плавающие, поплавковые движения глазных яблок, вертикальный нистагм, с-м Гертвига-Мажанди, заметные нарушения других черепных нервов 2- Парезы взора, выраженный горизонтальный нистагм, центральный парез VII, XII пар ЧМН 3- Умеренный горизонтальный нистагм, центральный парез VII, XII пар черепных нервов 4- Норма
<b>6</b>	<b>Поражение пирамидного тракта</b>	0- Тетраплегия 1- Пара-, и гемиплегия, отчетливый тетрапарез 2- Отчетливый пара- или гемипарез, умеренный тетрапарез, моноплегия 3- Умеренный пара-, или гемипарез, сильно выраженный монопарез 4- Минимальная слабость одной конечности 5- Пирамидные знаки без слабости 6- Норма
<b>7</b>	<b>Изменение мышечного тонуса</b>	0- Общая гипо-, или атония 1- Патологическая разгибательная реакция рук

		<p>с атонией или слабой сгибательной реакцией ног</p> <p>2- Меняющийся тонус, горметонии, поза деще-ребрационной ригидности</p> <p>3- Флексорная установка конечностей</p> <p>4- Умеренная асимметрия, поза декортикационной ригидности</p> <p>5- Норма</p>
<b>8</b>	<b>Поражение мозжечка</b>	<p>0- Невозможность выполнить координированное движение</p> <p>1- Умеренно выраженная атаксия туловища и конечностей</p> <p>2- Слабо выраженная атаксия конечностей</p> <p>3- Снижение мышечного тонуса</p> <p>4- Норма</p>
<b>9</b>	<b>Расстройства чувствительности</b>	<p>0- Гемигипалгезия</p> <p>1- Гипалгезия на одной конечности, по лоскутному типу</p> <p>2- Норма</p>
<b>10</b>	<b>Нарушение зрения</b>	<p>0- Амавроз с двух сторон, гемианопсия</p> <p>1- Снижение остроты зрения, частичное сужение полей зрения</p> <p>2- Норма</p>
<b>11</b>	<b>Нарушение функции тазовых органов</b>	<p>0- Отсутствие контроля</p> <p>1- Императивные позывы</p> <p>2- Задержка мочеиспускания</p> <p>3- Норма</p>
<b>12</b>	<b>Нарушение трофики тканей</b>	<p>0- Пролежни</p> <p>1- Сухость, шелушение кожи</p> <p>2- Норма</p>
<b>13</b>	<b>Нарушение высших психических функций</b>	<p>0- Грубая сенсомоторная афазия, апраксия, агнозия</p> <p>1- Моторная афазия, неполное понимание речи</p> <p>2- Элементы моторной афазии</p> <p>3- Норма</p>
<b>Сумма баллов</b>		

## Приложение 5.

### Оценка нарушений жизнедеятельности по шкале Rankin (J.Rankin, 1957; D.Wade, 2000)

Шкала Рэнкина позволяет оценить степень инвалидизации после инсульта и включает пять степеней инвалидизации после инсульта

Баллы	Оценка
0	Нет симптомов
1	Отсутствие существенных нарушений жизнедеятельности, несмотря на наличие некоторых симптомов болезни; способен выполнять все обычные повседневные обязанности
2	Легкое нарушение жизнедеятельности; не способен выполнять некоторые прежние обязанности, справляется с собственными делами без посторонней помощи
3	Умеренное нарушение жизнедеятельности; потребность в некоторой помощи, но ходит без посторонней помощи
4	Выраженное нарушение жизнедеятельности: не способен ходить без посторонней помощи, не способен справляться со своими физическими потребностями без посторонней помощи
5	Грубое нарушение жизнедеятельности; прикован к постели. Недержание мочи и кала, потребность в постоянной помощи медицинского персонала
Сумма баллов	

## Приложение №6.

### Оценка неврологического дефицита по шкале тяжести инсульта Национальных институтов здоровья США (NIHSS) . (по J.Biller et al., 1990 T.Brott et al., 1989)

№	Параметр	Баллы/ оценка
1a	Уровень сознания	0- Бодрствование, активно реагирует 1- Не бодрствует, но может быть легко разбужен, чтобы ответить на вопрос, или выполнить инструкцию, или отреагировать как-то еще 2- Сопор, без сознания, требуются повторные стимулы или болевые раздражения, чтобы вызвать двигательную реакцию (не стереотипную) 3- Кома, реакция только рефлекторными или автоматическими движениями или отсутствие реакции, атония, арефлексия
1б	Ответы на вопросы. Пациента спрашивают месяц и свой возраст. Больные с афазией или в ступоре оцениваются как 2 балла. Больные, не способные говорить из-за интубации, тяжелой дизартрии или из-за других причин, кроме афазии, получают	0- Правильный ответ на оба вопроса 1- Правильный ответ на один вопрос 2- Нет правильных ответов

	1 балл	
1в	Выполнение команд. Пациента просят открыть и закрыть глаза и затем сжать и разжать здоровую руку	0- Выполняет обе задачи правильно 1- Правильно выполняет одну задачу 2- Ни одну задачу не выполняет
2	<b>Фиксация взора.</b> Если у больного имеется изолированный периферический парез III, IV или VI пары ЧМН- ставится 1 балл. Неподвижные глаза и иногда плавающие движения глазных яблок расцениваются как паралич взора	0- Нормальная 1- Частичный парез взора. Эта оценка дается, если имеются глазодвигательные нарушения со стороны одного или обоих глаз, но когда отсутствует вынужденная девиация глаз или полный паралич взора 2- Вынужденная девиация глазных яблок или паралич взора, непреодолимые окулоцефалический рефлексам
3	Зрение. Поля зрения (верхние и нижние квадранты) исследуются при прямом контакте, применяя счет пальцев или соответствующую зрительную угрозу. Если больной слепой по любой причине- 3 балла.	0- Нет ограничение зрения 1- Частичная гемианопсия 2- Полная гемианопсия 3- Билатеральная гемианопсия (включая корковую слепоту)
4	Парез лицевой мускулатуры	0- Нормальные симметричные движения 1- Легкий парез (сглажена носогубная складка, асимметрия улыбки) 2- Частичный парез (полный или близкий к полному парез нижней половины лица) 3- Полный паралич (отсутствуют движения верхней и нижней мускулатуры лица)
5	Движения руки на стороне пареза. Руки располагают в заданной позиции: рука разогнута на 90° (если сидя) или 45° (если лежа). Учитывается пассивное опускание руки в течение 10 с	0- Нет опускания 1- Медленное опускание; рука удерживает 90° (или 45°), но медленно опускается до 10 с, не достигая кровати или другой опоры 2- Определенное усиление против гравитации; рука не может сохранить или достичь позиции 90° (или 45°), опускается на кровать, но с сопротивлением силе тяжести 3- Нет сопротивления гравитации, конечность падает 4- Нет движений
6	Движения ноги на стороне пареза. Ногу располагают в заданной позиции: нога разогнута на 30° (всегда лежа на спине). Учитывается пассивное опускание ноги в течение 5 сек	0- Нет опускания, нога удерживает позицию 30° полные 5 секунд 1- Медленное опускание; нога опускается к концу 5 с, но не достигает кровати 2- Некоторое сопротивление силе тяжести; нога падает на кровать в течение

		<p>5 с, но с сопротивлением гравитации</p> <p>3- Нет сопротивления гравитации, нога падает на кровать сразу</p> <p>4- Нет движений</p>
7	<p>Атаксия в конечностях.</p> <p>Атаксия учитывается только при отсутствии соответствующего пареза. Атаксия отсутствует у пациентов, которые не понимают инструкцию или с гемиплегией</p>	<p>0- Атаксия отсутствует</p> <p>1- Атаксия в одной конечности</p> <p>2- Атаксия в двух конечностях</p>
8	<p>Чувствительность</p> <p>Только расстройство чувствительности, связанное с инсультом, считается патологией. Исследуются руки (но не кисти), ноги, туловище, лицо. Ступорозным или апатическим больным выставляется 1 балл. Больные с инсультом в стволе мозга, имеющие двустороннюю потерю чувствительности, получают 2 балла.</p>	<p>0- Нормальная, нет снижения</p> <p>1- От легкого до умеренного снижение чувствительности; больной чувствует уколы менее остро или тупо на пораженной стороне, или имеется потеря болевой чувствительности на уколы, но пациент осознает их как прикосновение.</p> <p>2- Тяжелая или полная потеря чувствительности, больной не ощущает касание.</p>
9	<p>Дизартрия</p>	<p>0- Норма</p> <p>1- Легкая или умеренная, больной смазанно произносит, по крайней мере, несколько слов и, в худшем случае, может быть понят с некоторым трудом</p> <p>2- Выраженная; при отсутствии дисфазии речь больного настолько смазана, что становится непонятной, или бессмысленная, беспорядочная</p>
10	<p>Угасание и отсутствие внимания (ранее - игнорирование).</p> <p>При наличии у больного афазии или впечатления о внимании к обеим сторонам сумма баллов нормальная.</p> <p>Наличие зрительного пространственного игнорирования или анозогнозии может быть расценено как признак игнорирования</p>	<p>0- Норма</p> <p>1- Зрительная, тактильная, слуховая, пространственная или личностная невнимательность или отвлечение при двусторонней одновременной стимуляции в одной из чувствительных модальностей</p> <p>2- Глубокое игнорирование половины тела или гемиигнорирование более одного вида чувствительности: не узнает свою руку или ориентируется только в одной половине пространства</p>
11	<p>Речь</p>	<p>0- Нормальная</p> <p>1- Легкие или средней степени тяжести ошибки в назывании, подюоре слов или парафазии</p> <p>2- Тяжелая; полная афазия Брока (моторная) или Вернике (сенсорная)</p> <p>3- Мутизм, или тотальная афазия, или кома</p>

## Приложение 7.

### Ишемическая Шкала Хачинского (Hachinski et al., 1975)

Включает в себя следующие критерии:

№	Признак	Балл
1	Внезапное начало	2
2	Ступенеобразное течение	1
3	Наличие флюктуаций	2
4	Ночная спутанность	1
5	Относительная сохранность личности	1
6	Депрессия	1
7	Соматические жалобы	1
8	Эмоциональная лабильность	1
9	Артериальная гипертензия (в анамнезе или в настоящее время)	1
10	Инсульт в анамнезе	2
11	Другие (соматические) признаки атеросклероза	1
12	Субъективная неврологическая симптоматика	2
13	Объективная неврологическая симптоматика	2

Оценка свыше 7 баллов предполагает сосудистую причину деменции, 4 и менее баллов – не подтверждает сосудистую этиологию процесса.

## Приложение 8.

### Скандинавская шкала инсультов

№	Параметр	Балла/оценка
1	Сознание	6-полное 4-сомноленция, на вопросы отвечает полностью 2-на вопросы отвечает не всегда и неполно 0-кома
2	Движения глаз	6-движения глаз не ограничены 2-ограничение объема движений глаз 0-паралич зрения
3	Речь	10-отсутствие афазии 6-несильное ограничение речи 3-выраженное ограничение речи, но более, чем на уровне «да-нет» 0-ограничение речи на уровне «да-нет» или полное отсутствие речи
4	Парез лица	2-отсутствие/сомнительный 0-есть
5	Движения рук	6-полный объем движений 5-легкое снижение силы 4-Более выраженное снижение силы, возможны активные движения в суставах, преодолевает силу тяжести 2-Отсутствуют движения против силы тяжести 0-паралич
6	Движения кистей	6-норма 4-умеренное снижение силы 2-невозможность дотронуться кончиками пальцев до ладони 0-паралич

7	Движения ног	6-полный объем движений 5-легкое снижение силы 4-Более выраженное снижение силы, возможны активные движения в суставах, преодолевает силу тяжести 2-Отсутствуют движения против силы тяжести 0-паралич
8	Ориентация	6-правильная ориентация во времени, пространстве и личности 4-Правильная ориентация по 2 позициям 2-правильная ориентация по 1 позиции 0-полная дезориентация
9	Подвижность (ходьба и сидение)	12-5 м без помощи 9-ходьба с помощью палки 6-Ходьба с помощью сопровождающего 3-возможность сидения без поддержки 0-передвижение в каталке/коляске
Сумма баллов (Максимальная оценка 60)		

### Приложение 9.

#### Шкала Ашворта (мышечный тонус)

Баллы	Оценка
0	Отсутствие повышения мышечного тонуса
1	Легкое повышение мышечного тонуса с ощущением «тормоза» при движении конечности
2	Более отчетливое повышение мышечного тонуса, однако конечность легко сгибается
3	Значительное повышение мышечного тонуса, пассивные движения затруднены
4	Конечность не поддается сгибанию или разгибанию (отведению/приведению)

### Приложение 10.

#### Проба Шульте

проводится с помощью специальной таблицы, в которой числа расположены в произвольном порядке от 1 до 25. Врач секундомером отмечает время, затраченное пациентом на отыскание чисел.

21	12	7	1	20
6	15	17	3	18
19	4	8	25	13
24	2	22	10	5
9	14	11	23	16

В норме, время выполнения пробы Шульте составляет 25-30 секунд.

Приложение 11.

Тест рисования часов (S. Lovenstone et S. Gauthier, 2001)

Количество баллов	Выполнение задания
10 баллов	Норма, нарисован круг, цифры в правильных местах, стрелки показывают заданное время
9 баллов	Незначительные неточности расположения стрелок
8 баллов	Более заметные ошибки в расположении стрелок
7 баллов	Стрелки показывают совершенно неправильное время
6 баллов	Стрелки не выполняют свою функцию (например, нужное время обведено кружком)
5 баллов	Неправильное расположение чисел на циферблате: они следуют в обратном порядке (против часовой стрелки) или расстояние между числами неодинаковое
4 балла	Утрачена целостность часов, часть чисел отсутствует или расположена вне круга
3 балла	Числа и циферблат более не связаны друг с другом
2 балла	Деятельность больного показывает, что он пытается выполнить инструкцию, но безуспешно
1 балл	Больной не делает попыток выполнить инструкцию

Пациенту дают карандаш и чистый лист нелинованной бумаги и просят самостоятельно изобразить круглые часы, поставить цифры в нужные позиции циферблата и нарисовать стрелки, показывающие заданное время. Результат теста менее 10 баллов свидетельствует о наличии когнитивных расстройств.

**Госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS (the Hospital Anxiety and Depression Scale Zigmond A.S., Snaith R.P.)**

Практические рекомендации. Шкалу необходимо заполнить за 10-15 минут самостоятельно, без обсуждения с кем-либо. По всем пунктам должны быть выбраны ответы. Каждому утверждению шкалы соответствует 4 варианта ответа. Выберите и отметьте тот из ответов, который соответствует Вашему состоянию в течение последних 7 дней. Не раздумывайте долго над ответом на вопрос. Ваша первая реакция будет наиболее верной. После заполнения все шкалы просуммируйте результаты отдельно для каждой части.

Интерпретация:

- > 0-7 баллов- отсутствие достоверно выраженных симптомов
- >8-10 баллов- субклинически выраженная тревога/депрессия
- >11 баллов и более- клинически выраженная тревога или депрессия.

№1	Я испытываю напряженность, мне не по себе: Все время- 3 Часто- 2 Время от времени, иногда- 1 Совсем не испытываю- 0	1	То, что приносило мне большое удовольствие, и сейчас вызывает у меня такое же чувство: 0-Определенно это так 1-Наверное, это так 2-Лишь в очень малой степени это так 3-Это совсем не так
2	Я испытываю страх. Кажется, будто что-то ужасное может вот-вот случиться: 3-определенно, это так и страх очень сильный 2-Да, это так, но страх не очень сильный 1-иногда, но это меня не беспокоит 0-совсем не испытываю	2	Я способен рассмеяться и увидеть в том или ином событии смешное: 0- Определенно, это так 1- Наверное, это так 2- Лишь в очень малой степени это так 3- Это совсем не так
3	Беспокойные мысли крутятся у меня в голове: 3-постоянно 2-большую часть времени 1-время от времени 0-только иногда	3	Я испытываю бодрость: 3-совсем не испытываю 2-очень редко 1-иногда 0-практически все время
4	Я легко могу сесть и расслабиться: 0-определенно это так 1-наверное, это так 2-лишь изредка это так 3-совсем не могу	4	Мне кажется, что я стала все делать очень медленно: 3-практически все время 2-часто 1-иногда 0-совсем нет

5	Я испытываю внутреннее напряжение или дрожь: 0-совсем не испытываю 1-иногда 2-часто 3-очень часто	5	Я не слежу за своей внешностью: 3-определенно это так 2-я не уделяю этому столько времени, сколько нужно 1-может быть, я уделяю этому меньше внимания 0-Я слежу за собой так же, как и раньше
6	Я испытываю неусидчивость, словно мне постоянно нужно двигаться: 3-определенно это так 2-наверное, это так 1-лишь в некоторой степени это так 0-совсем не испытываю	6	Я считаю, что мои дела (занятия, увлечения) могут принести мне чувство удовлетворения: 0-точно так же, как обычно 1-да, но не в такой степени, как раньше 2-значительно меньше, чем обычно 3-Совсем не считаю
7	У меня бывает внезапное чувство паники: 3-действительно, очень часто 2-довольно часто 1-не так уж часто 0-совсем не бывает	7	Я могу получить удовольствие от хорошей книги, радио-, телепрограммы: 0-часто 1-Иногда 2-редко 3-очень редко
	Сумма баллов:		Сумма баллов:

### ШКАЛА ДЕПРЕССИИ А.БЕКА

Для того, чтобы определить, находитесь ли вы в состоянии депрессии или нет, можно воспользоваться известной шкалой А. Бека. При ее заполнении необходимо прочитать каждое из утверждений, помещенных напротив порядковых чисел, и выбрать такое, которое наиболее точно определяет ваше самочувствие в настоящий момент.

В рамках этих утверждений можно выбрать несколько позиций.

**1.**

- а) я чувствую себя хорошо;
- б) мне плохо;
- в) мне все время грустно, и я ничего не могу с собой поделать;
- г) мне так скучно и грустно, что я не в силах больше терпеть.

**2.**

- а) будущее не пугает меня;
- б) я боюсь будущего;
- в) меня ничто не радует;
- г) мое будущее беспросветно.

**3.**

- а) в жизни мне большей частью везло;
- б) неудач и провалов было у меня больше, чем у кого-либо другого;
- в) я ничего не добился в жизни;
- г) я потерпел полное фиаско - как родитель, партнер, ребенок, на профессиональном уровне - словом, всюду.

**4.**

- а) не могу сказать, что я удовлетворен;
- б) как правило, я скучаю;
- в) что бы я ни делал, ничто меня не радует, я как заведенная машина;
- г) меня не удовлетворяет абсолютно все.

**5.**

- а) у меня нет ощущения, будто я кого-то обидел;
- б) может, я и обидел кого-то, сам того не желая, но мне об этом ничего не известно;
- в) у меня такое чувство, будто я всем приношу только несчастья;
- г) я плохой человек, слишком часто я обижал других людей;

**6.**

- а) я доволен собой;
- б) иногда я чувствую себя несносным;
- в) порой я испытываю комплекс неполноценности;
- г) я совершенно никчемный человек,

**7.**

- а) у меня не складывается впечатление, будто я совершил такое, что заслуживает наказания;

б) я чувствую, что наказан или буду наказан за нечто такое, чему стал виновной;

в) я знаю, что заслуживаю наказания;

г) я хочу, чтобы жизнь меня наказала.

**8.**

а) я никогда не разочаровывался в себе;

б) я много раз испытывал разочарования в самом себе;

в) я не люблю себя;

г) я себя ненавижу.

**9.**

а) я ничем не хуже других;

б) порой я допускаю ошибки;

в) просто ужасно, как мне не везет;

г) я сею вокруг одни несчастья.

**10.**

а) я люблю и не обижаю себя;

б) иногда я испытываю желание сделать решительный шаг, но не отваживаюсь;

в) лучше было бы вовсе не жить;

г) я подумываю о том, чтобы покончить жизнь самоубийством.

**11.**

а) у меня нет причин плакать;

б) бывает, что я поплачу;

в) я плачу теперь постоянно, так что не могу выплакаться;

г) раньше я плакал, а теперь как-то не выходит, даже когда очень хочется.

**12.**

а) я спокоен;

б) я легко раздражаюсь;

в) я нахожусь в постоянном напряжении, как готовый взорваться паровой котел;

г) мне теперь все безразлично; вещи, которые раньше раздражали меня, ныне будто бы меня не касаются,

**13.**

а) принятие решения не доставляет мне особых проблем;

б) иногда я откладываю решение на потом;

в) принимать решение для меня проблематично;

г) я вообще никогда ничего не решаю.

**14.**

а) мне не кажется, будто я выгляжу плохо или хуже, чем прежде;

б) меня волнует, что я неважно выгляжу;

в) дела идут чем дальше, тем хуже, я выгляжу плохо;

г) я безобразен, у меня просто отталкивающая внешность.

**15.**

а) совершить поступок для меня не проблема;

б) мне приходится заставлять себя, чтобы сделать какой-либо шаг;

в) чтобы решиться на что-либо, я должен очень много поработать над собой;

г) я вообще не способен что-либо реализовать.

**16.**

а) я сплю спокойно и хорошо высыпаюсь;

б) по утрам я просыпаюсь более утомленным, чем был до того, как заснул;

в) я просыпаюсь рано и чувствую себя не выспавшимся;

г) иногда я страдаю бессонницей, иногда просыпаюсь по несколько раз за ночь, в общей сложности я сплю не более пяти часов в сутки.

**17.**

а) у меня сохранилась прежняя работоспособность; б) я быстро устаю;

в) я чувствую себя уставшим, даже если почти ничего не делаю;

г) я настолько устал, что ничего не могу делать.

**18.**

а) аппетит у меня такой же, каким он был всегда; б) у меня пропал аппетит;

в) аппетит у меня гораздо хуже, чем прежде;

г) у меня вообще нет аппетита.

**19.**

а) бывать на людях для меня так же приятно, как раньше;

б) мне приходится заставлять себя встречаться с людьми;

в) у меня нет никакого желания бывать в обществе;

г) я нигде не бываю, люди меня не интересуют, меня вообще не волнует ничто постороннее.

**20.**

а) мои эротико-сексуальные интересы сохранились на прежнем уровне; б) секс уже не интересует меня так, как прежде;

в) сейчас я мог бы спокойно обходиться без секса;

г) секс вообще не интересует меня, я совершенно потерял к нему влечение.

**21.**

а) я чувствую себя вполне здоровым и забочусь о своем здоровье так же, как раньше;

б) у меня постоянно что-то болит, я живу на одной ноге, у меня то понос, то запор - это создает много проблем;

в) со здоровьем дело обстоит серьезно, я все время об этом думаю;

г) мое физическое самочувствие ужасно, боли просто изводят меня.

***Подсчет результатов***

За ответы "а" начисляйте 0 очков, "б" - 1 очко, "в" - 3 очка, "г" - 4 очка.

Подсчитайте общее количество очков (в том случае, если в отдельных позициях вы выбрали не одно, а несколько утверждений, считайте их тоже).

***Результаты***

Счет Степень депрессии

0 - 4 отсутствует

5 - 7 легкая

8 - 15 средняя

16 и более высокая

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования**

**Чеченский Государственный Университет**

**Медицинский институт**

**МЕТОДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ**

**По написанию истории болезни по**

**«Хирургические болезни»**



**Составители:**

**Ферзаули А.Н.** -д.м.н., профессор, зав.кафедрой кафедры  
«Госпитальная хирургия»

**Лечиев И.У.**- к.м.н., доцент, зав.кафедрой «Факультетская терапия»

**Грозный 2017**

## **Содержание истории болезни**

Традиционно история болезни состоит из нескольких частей, каждая из которых имеет свое значение. С целью более объективной оценки выполненной вами работы, мы предлагаем придерживаться следующих разделов:

16. Паспортная часть
17. Жалобы
18. Анамнез заболевания
19. Анамнез жизни
20. Данные объективного обследования
21. Локальный статус
22. Предварительный диагноз
23. Данные дополнительного обследования
24. Диагноз и его обоснование
25. Дифференциальный диагноз
26. План обследования и лечения
27. Предоперационный эпикриз
28. Протокол операции
29. Дневник
30. Этапный или выписной эпикриз

Учитывайте, что история болезни является юридическим документом и все записи в истории болезни должны быть читабельными, четкими и лаконичными.

### **Паспортная часть**

Как правило, эти данные в истории болезни заполняет сотрудник приемного отделения. Однако врач должен уточнить все разделы анкетных данных. Например, профессия, место работы могут натолкнуть врача на мысль о возможности производственных вредностей: переохлаждение ног, как причина облитерирующего эндартериита, тяжелый физический труд – как возможная причина образования грыж, выпадения прямой кишки и т.д.

Обязательно должен быть проанализирован диагноз направившего учреждения, вместе с тем он не должен сковывать мышление врача или мешать построению его собственного диагноза.

Необходимо помнить о правильной формулировке предварительного, клинического и заключительного диагноза, включающего основное заболевание, его осложнения, и сопутствующие заболевания, с указанием активности процесса. Не стоит забывать и о соответствии диагноза (осложнений и сопутствующей патологии) жалобам, анамнезу, данным обследования, на основании которых он и был сформулирован.

### **В паспортные данные следует включать следующие разделы:**

ФИО

Дата и время поступления

Дата выписки

Пол

Возраст  
Профессия и место работы  
Место жительства  
Диагноз при поступлении  
Клинический диагноз  
Диагноз при выписке (заключительный диагноз)  
Дата и название операции  
Исход болезни (выздоровление, улучшение, без перемен, ухудшение)

### **Жалобы**

Жалобы больного при поступлении включают основные, связанные с данным заболеванием и второстепенные, связанные с сопутствующей патологией. Кроме того, необходимо учитывать и указывать их полную и развернутую характеристику.

Например, боль. Следует указать - время появления боли, её начало (внезапное, медленное в течение нескольких часов или дней, периодическое появление и исчезновение боли), её локализацию, характер (тупая, ноющая, колющая), интенсивность (умеренные, выраженные), иррадиацию, обстоятельства появления (связь с провоцирующими факторами), её продолжительность, а также факторы облегчающие.

### **Анамнез заболевания**

В хронологическом порядке излагается начало заболевания, обстоятельства при которых оно возникло, симптомы проявления болезни и их динамика. Кроме того, необходимо уточнить изменение характера жалоб за прошедший период, отметить первое обращение за медицинской помощью, проведенное лечение и его эффективность.

При описании основных симптомов должны быть указаны: их локализация, качественные характеристики (начало, длительность, частота), обстоятельства возникновения, усиливающие или облегчающие факторы, сопутствующие проявления.

### **Анамнез жизни**

#### **Излагается по следующей схеме:**

Общие биографические данные по периодам жизни (младенчество, детство, зрелый возраст).

**Перенесенные ранее заболевания:** детские болезни (перенесенные инфекции), болезни взрослого периода, включая: нервные, психические, острозаразные. Обязательно следует отметить, были или нет: туберкулез, венерические заболевания, гепатит, онкологическая патология, ВИЧ, сахарный диабет.

#### **Указать предшествующие операции и травмы.**

Для женщин обязательен гинекологический анамнез (количество беременностей, родов, самопроизвольных выкидышей, менструальный цикл, его регулярность, время последней менструации, время наступления менопаузы).

**Аллергологический анамнез** (переносимость лекарственных препаратов, если есть, то проявления аллергии, с обязательным перечислением

препаратов).

Анамнез ВТЭ (был или не был на больничном листе в течение 12 последних месяцев, какое время, по какому заболеванию, инвалидность).

**Гемотрансфузионный анамнез** (были или нет переливания крови, когда, по какому поводу).

**Семейный анамнез**

**Условия быта и труда**

**Вредные привычки** (курение, прием алкоголя, наркотиков)

**Наследственность.**

### **Данные объективного обследования**

Общие данные включают: общее состояние, положение и двигательную активность больного, телосложение, массу тела, рост, степень половой зрелости, температуру, состояние кожи и видимых слизистых, подкожной клетчатки. Пальпацию лимфоузлов (подчелюстных, шейных, надключичных, подмышечных, паховых), состояние мышечной, костно-суставной системы, включая сколиоз.

**Психический статус:** (сознание, интеллект, настроение, речь).

**Нервный статус** поверхностные, глубокие рефлексy, дермографизм, мышечный тонус, нистагм поза Ромберга.

**Эндокринная система:** осмотр и пальпация щитовидной железы.

У женщин обязателен осмотр молочных желез, с описанием данных пальпации.

**Органы дыхания:** частота ритмичность, глубина дыхательных движений, форма грудной клетки, пальпация, перкуссия и аускультация.

**Сердечно-сосудистая система:** ЧСС, пульс, его ритм, АД, пальпация, перкуссия и аускультация сердца, пульс, давление, пульсация и аускультация периферических сосудов.

**Органы пищеварения:** полость рта и глотка, зубы, язык, зев, миндалины, осмотр, пальпация, перкуссия и аускультация брюшной полости, исследование прямой кишки, паховых областей (грыжа), физиологические отправления.

**Мочеполовые органы:** пальпация почек, симптом 12 ребра

Необходимо отметить то, что пораженная, каким-либо заболеванием система рассматривается не в общем, а локальном статусе. Например, при остром аппендиците локальный статус представляет описание пищеварительной системы, а при абсцессе легкого – органов дыхания. Приводить их описание и там и там совершенно не нужно.

От вас не требуется подробного и детального описания каждой из систем, но это не значит, что вы не должны выполнять больному перкуторного определения границ абсолютной и относительной сердечной тупости, или размеров печени по Курлову.

В истории болезни следует лишь указать на отсутствие патологии рассматриваемого органа или системы, для чего следует остановиться на основных патологических симптомах и приемах обследования. Патологические данные, полученные при пальпации, перкуссии и аускультации

должны быть приведены полностью.

### **Локальный статус**

Данные исследования пораженной системы должны быть приведены максимально подробно, с использованием всех доступных методов обследования. Так как, в наибольшей степени найденные вами изменения будут влиять на формулировку предварительного диагноза.

Необходимо обязательно включать: осмотр, активные пассивные движения, перкуссию, аускультацию, пальпацию, а так же специальные приемы обследования (симптом Щеткина и т.д.)

### **Предварительный диагноз**

На основании данных полученных при осмотре и клиническом обследовании больного вы должны сформулировать предварительный диагноз. Диагноз формулируется по единым правилам и включает основное заболевание, его осложнение и сопутствующее заболевание.

Кроме того, необходимо очертить круг заболеваний, с которыми следует дифференцировать наблюдаемую патологию, а так же необходимые обследования, выполнение которых позволит подтвердить или отвергнуть предварительный диагноз.

### **Данные дополнительного обследования**

В данный раздел вносятся следующие сведения:

Данные биохимических и лабораторных исследований крови, мочи, других секретов или патологического отделяемого.

Рентгенологические методы исследования.

Эндоскопические методы исследования.

Специальные методы исследования.

Необходимо отметить, что не следует переписывать лишь заключение выполненного обследования. Для врача важно не заключение, которое часто бывает, не достаточно грамотно, а его описательная часть.

К сожалению, не всегда у врача есть возможность и время выполнить все необходимые обследования и анализы. Чаще это встречается в экстренной хирургии, когда выполняется необходимый минимум обследований. Тем не менее, это не должно мешать установке диагноза и назначению терапии.

### **Диагноз и его обоснование**

На основании жалоб больного, анамнеза заболевания, анамнеза жизни, общего и локального статуса, методов дополнительных обследований и лабораторных данных следует сформулировать клинический диагноз и доказать его.

Необходимо соблюдать следующую последовательность:

- Выделите патологические признаки в базе данных больного (жалобы, данные анамнеза, объективного обследования, лабораторные данные)
- Установите, с какой анатомической областью, и с каким органом связаны эти изменения
- Постарайтесь на основании имеющихся данных установить характер

патологического процесса (функциональное расстройство, воспаление, и т.д.)

- Подумайте, при каких известных вам заболеваниях наблюдается этот процесс
- Исключите заболевания, в рамки которых полученные вами данные не укладываются
- Сравните заболевания, которые в той или иной степени объясняют выявленные у больного симптомы, и поставьте наиболее вероятный диагноз

Обосновывать следует полный клинический диагноз, то есть не только основное заболевание, но и его стадию, степень, осложнения и сопутствующую патологию.

В идеальном варианте клинический диагноз должен полностью соответствовать заключительному или послеоперационному диагнозу.

В заключение необходимо отметить, что всякое хирургическое обследование должно иметь определенный акцент, ибо из него рождается следствие (операция). Неправильный диагноз легко может повлечь за собой серьезные, порой непоправимые ошибки.

### **Дифференциальный диагноз**

Необходимость проведения дифференциального диагноза упоминалась выше. Для этого выберете не менее 2 заболеваний (рассуждения необходимо проводить в связи с больным, а не отвлеченно), при которых могут наблюдаться подобные патологические симптомы. При этом необходимо помнить, что ряд заболеваний могут протекать атипично и соответственно требовать определенных диагностических мероприятий для подтверждения или исключения данного заболевания. Попытайтесь сформулировать жалобы, данные анамнеза или симптомы, не вписывающиеся в клиническую картину установленного вами заболевания, и приведите необходимые методы обследования, способствующие разрешению возникших диагностических вопросов.

### **План обследования и лечения**

Вытекает из вашего диагноза. При сомнениях в правильности диагноза укажите методы обследования необходимые для его подтверждения или опровержения, перечислите также методы обследования необходимые для контроля эффективности проводимого лечения и частоту их выполнения.

Далее, необходимо решить вопросы тактического плана, то есть необходимости оперативного или консервативного лечения.

Если больному показано проведение консервативной терапии, необходимо назначить соответствующее лечение. Перечислите группы препаратов, их названия, дозировку, концентрацию, кратность применения и длительность приема, необходимые в данном конкретном случае. Помните – любые сокращения запрещаются, и в отличие от врача, вы не ограничены финансовыми возможностями отделения, больницы и можете назначить любой необходимый и наиболее эффективный из известных препаратов.

Назначайте весь спектр необходимого лечения, включая физиолечение, ЛФК, массаж, баротерапию и т.д.

В случае показаний к оперативному лечению, следует указать необходимое предоперационное обследование больного, назначить предоперационную подготовку, привести предполагаемый объем операции и послеоперационное лечение.

### **Предоперационный эпикриз**

Стандартный предоперационный эпикриз включает следующие разделы:

ФИО

Дату поступления

Диагноз и его обоснование

Показания к операции

План и предполагаемый объем операции

Метод анестезии

Группа крови и резус

Согласие больного

### **Протокол операции**

Переписывается с истории болезни или операционного журнала отделения. С указанием даты и названия операции, метода анестезии. Протокол отражает этапы, ход и технику операции, с отдельным обязательным описанием макропрепарата и послеоперационным диагнозом. Следует понять смысл операции, ее особенности, наличие технических интраоперационных сложностей. А также представить ожидаемый результат операции, возможные послеоперационные осложнения, и возможные меры их профилактики. В идеальном варианте желательно ваше присутствие в операционной.

### **Дневник**

Обязателен ежедневный осмотр больного, с оценкой общего состояния, измерением пульса, температуры, давления, оценкой всех систем организма и особенно локального статуса.

Дневники должны содержать точный, хронологический отчет в лечении больного и отражать любые изменения его состояния. Обязательно отметить динамику заболевания, эффективность проводимого лечения. Если состояние больного оценивается вами, как средней или тяжелой степени тяжести необходимо указать, с чем связано или чем объясняется подобное состояние. При отсутствии динамики или ухудшении состояния больного необходимо решение о дальнейшей тактике ведения.

Каждые сутки послеоперационного периода, в зависимости от вида операции имеют определенные особенности состояния больного, его лечения. В случае нестандартного течения послеоперационного периода необходимо учесть развитие возможных осложнений, что требует специфических профилактических мероприятий, или при наличии их, своевременно диагностировать и начать лечение. Для этого, необходимо акцентировать внимание на соответствующих симптомах и проявлениях возможных

осложнений соответственно объему и сроку операции и обязательно указывать наличие или отсутствие подобных симптомов.

При удовлетворительном состоянии больного, до операции дневник записывается один раз в два дня. При тяжелом состоянии больного, и после операции дневник пишется ежедневно. При ухудшении состояния больного, неясном диагнозе требуется – почасовая запись. Не забывайте, что каждую неделю проводятся общие обходы заведующего отделением или заведующим кафедрой, которые записываются в истории болезни, с указанием рекомендаций по дальнейшему обследованию и лечению.

#### **Этапный эпикриз**

Каждые 10 дней с момента госпитализации необходимо писать этапный эпикриз, отражающий динамику заболевания и комплекс проведенного лечения. Выписной эпикриз отражает практически те же данные, только на момент окончания лечения или выписки.

#### **Выписной эпикриз**

В нём необходимо отразить ФИО больного, дату его поступления, диагноз и данные его подтверждающие. Краткую характеристику течения болезни, наблюдаемые вами особенности. Характер и результаты проведенного лечения, в том числе оперативного, его эффективность, развившиеся осложнения, данные проведенных исследований, состояние пациента при выписке или данный этап лечения. Необходимо указать ваши рекомендации по дальнейшему наблюдению и лечению больного. Где и кем следует наблюдать, какие препараты принимать, как долго и в какой дозе. Перечислите необходимые реабилитационные мероприятия, включая санаторно-курортное лечение. Необходимость оперативного лечения в будущем, регулярность или частоту выполнения необходимых обследований. Прогноз и трудоспособность пациента, с рекомендациями о физической активности, длительности временной нетрудоспособности (больничный лист), прохождения МСЭК, ВКК, получение соответствующей группы инвалидности.

**Форма № 003/У. Медицинская карта стационарного больного**

Код формы по ОКУД \_\_\_\_\_

Код учреждения по ОКПО \_\_\_\_\_

Министерство здравоохранения Медицинская документация СССР форма № 003/У Утверждена Минздравом СССР 04.10.80 г. № 1030 Наименование учреждения \_\_\_\_\_

**МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА № \_\_\_\_\_**

стационарного больного \_\_\_\_\_

Дата и время поступления \_\_\_\_\_

Дата и время выписки \_\_\_\_\_

Отделение \_\_\_\_\_ палата № \_\_\_\_\_

Переведен в отделение \_\_\_\_\_

Проведено койко-дней \_\_\_\_\_

Виды транспортировки : накаталке, на кресле, может идти  
(подчеркнуть)

Группа крови \_\_\_\_\_ Резус-принадлежность \_\_\_\_\_

Побочное действие лекарств (непереносимость) \_\_\_\_\_  
(название препарата, характер побочного действия)

1. Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_
2. Пол \_\_\_\_\_
3. Возраст \_\_\_\_\_ (полных лет, для детей: до 1 года – месяцев, до одного месяца – дней) \_\_\_\_\_
4. Постоянное место жительства: город, село (подчеркнуть)  
(вписать адрес, указав для приезжих - область, район населенный пункт, адрес родственников и № телефона)
5. Место работы, профессия или должность  
(для учащихся – место учебы; для детей – название детского учреждения, школы; для инвалидов – род и группа инвалидности, да, нет подчеркнуть)
1. Кем направлен больной \_\_\_\_\_  
(название лечебного учреждения)
2. Доставлен в стационар по экстренным показаниям: да, нет  
через \_\_\_\_\_ часов после начала заболевания, получения травмы;  
госпитализирован в плановом порядке (подчеркнуть).
3. Диагноз направившего учреждения \_\_\_\_\_
4. Диагноз при поступлении \_\_\_\_\_
5. Диагноз клинический \_\_\_\_\_  
Дата установления \_\_\_\_\_
6. Диагноз заключительный клинический:  
а) основной: \_\_\_\_\_

б) осложнение основного: \_\_\_\_\_

в) сопутствующий: \_\_\_\_\_

7. Госпитализирован в данном году по поводу данного заболевания: впервые, повторно, всего раз (подчеркнуть).

8. Хирургические операции, методы обезболивания и послеоперационные осложнения

Название операции	Дата, час	Оперировал	Метод обезболивания	Осложнения

Другие виды лечения \_\_\_\_\_  
(указать)

**Правила ведения медицинской документации**  
**Медицинская карта стационарного больного (история болезни)**  
**форма № 003/У**

История болезни является юридическим документом, поэтому все записи в ней должны быть четкими, легко читаемыми.

При поступлении больного сотрудники приемного отделения записывают паспортные данные на лицевой стороне истории болезни. Данные о группе крови, резус-факторе, непереносимости лекарственных препаратов заносятся лечащим (принимающим) врачом при первом осмотре больного, за исключением тех случаев, когда эти данные получить невозможно.

Клинический диагноз записывается на лицевую сторону истории болезни в течение трех рабочих дней от момента поступления пациента в стационар. Заключительный диагноз записывается при выписке больного, в развернутом виде в соответствии с МКБ-10 (клиническим вариантом).

Диагноз должен включать все осложнения и сопутствующие заболевания, имеющие клиническое значение. Запись о выдаче документа, удостоверяющего факт временной нетрудоспособности, осуществляет лечащий врач по установленным правилам.

Приемный статус. Плановый больной должен быть осмотрен лечащим (дежурным) врачом в течение 3 ч от момента поступления в стационар, экстренный больной осматривается дежурным врачом сразу после вызова в приемный покой. Плановым больным приемный статус записывается в течение текущего рабочего дня, экстренным – во время осмотра. Записи в приемном статусе должны быть информативными, содержать данные, имеющие клиническое значение. Жалобы больного и анамнез настоящего заболевания записываются кратко, с указанием патологических изменений и данных, непосредственно относящихся к заболеванию. В общем анамнезе отражаются данные, имеющие отношение к течению настоящего заболевания или влияющие на тактику ведения больного, обязательно содержится информация о наличии аллергических реакций, эпиданамнезе, предшествующих гемотрансфузиях, перенесенных туберкулезе, заболеваниях, передаваемых половым путем, вирусном гепатите, ВИЧ-инфекции. Обязательно указываются данные страхового анамнеза, с какого времени пациент имеет непрерывный листок нетрудоспособности. Данные первичного осмотра заполняются кратко по всем органам и системам, доступным осмотру. Выявленные патологические изменения описываются детально, с указанием характерных симптомов по авторам. В случаях повреждений криминального характера, которые могут потребовать проведения судебно-медицинской экспертизы, все имеющиеся у больного повреждения описываются подробно. В конце приемного статуса обязательно формулируется клинический диагноз, план обследования и назначается лечение. Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является информирован-

ное добровольное согласие гражданина. В случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос о его проведении в интересах гражданина решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум – непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением администрации лечебно-профилактического учреждения. Согласие на медицинское вмешательство в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители. При отсутствии законных представителей решение о медицинском вмешательстве принимает консилиум, а при невозможности собрать консилиум – непосредственно лечащий (дежурный врач) с последующим уведомлением должностных лиц организации здравоохранения и законных представителей пациента. Информация предоставляется больному в доступной для него форме. Больной информируется о характере имеющейся у него патологии, методах и целях лечения, возможном риске, побочных эффектах и ожидаемых результатах. О предоставленной информации делается запись в историю болезни. Так же оформляется согласие на переливание биологических жидкостей: крови, плазмы и их компонентов. При этом больной должен быть информирован о возможных осложнениях и опасности заражения ВИЧ-инфекцией, вирусными гепатитами, сифилисом в серонегативном периоде. Ведение врачом дневников должно осуществляться не реже 3 раз в неделю. Больным, находящимся в тяжелом или среднетяжелом состоянии, дневниковые записи делаются ежедневно, а при необходимости несколько раз в день. В дневниках отражаются динамика в состоянии пациента, данных объективного осмотра и лабораторных анализах и изменения представлений о больном.

Заведующий отделением осматривает поступивших плановых больных не позднее трех дней с момента поступления. Тяжелые и больные в состоянии средней тяжести должны быть осмотрены заведующим в течение суток с момента госпитализации. Обходы заведующих отделениями проводятся один раз в неделю, оформляются записью в истории болезни, отражающей представление о больном с формулировкой клинического диагноза, рекомендациями, и подписываются заведующим лично.

Протоколы записей консультантов должны содержать дату и время осмотра, специальность и фамилию консультанта, описание патологических изменений, диагноз и рекомендации по дальнейшему ведению больного.

Записи консилиумов ведутся максимально подробно с учетом мнения всех членов консилиума. Рекомендации консилиума обязательны для выполнения. В случае, если по каким-либо причинам выполнить их невозможно, лечащий врач обязан поставить об этом в известность председателя консилиума.

При поступлении больного в отделение интенсивной терапии принимающий врач записывает краткое представление о больном с указанием либо диагноза, либо имеющегося симптомокомплекса. В отделении интенсивной терапии дневники записывают дежурные врачи не реже трех раз в

сутки. Записи в дневниках должны отражать динамику состояния больного и важнейших показателей жизнедеятельности организма. Заведующий реанимационным отделением ежедневно осматривает всех больных отделения. Лечащий врач профильного отделения записывает дневники больным, находящимся в отделении интенсивной терапии, ежедневно; заведующий профильным отделением осматривает их не реже 2 раз в неделю.

Вместо листа назначения в отделении интенсивной терапии ведется официальная форма № 011/У, где, кроме основных параметров жизнедеятельности, фиксируются все врачебные назначения.

При переводе больного из отделения интенсивной терапии оформляется краткий переводной эпикриз. Врач клинического отделения осматривает больного не позже чем через час после поступления из реанимационного отделения и записывает краткое клиническое представление о больном.

Записи о трансфузиях биологических жидкостей, введении наркотических и сильнодействующих препаратов производит медсестра, выполнявшая данное назначение.

История болезни может быть выдана из архива по запросу органов суда, следствия и прокуратуры с разрешения администрации больницы. По желанию больного с истории болезни и отдельных видов обследования могут сниматься копии.

#### **Особенности ведения истории болезни хирургических отделений**

История болезни хирургических отделений содержит ряд дополнительных разделов. В предоперационном эпикризе обосновывается необходимость планового и экстренного оперативного вмешательства, отражаются диагноз по основному и сопутствующим заболеваниям, степень выраженности функциональных нарушений, абсолютные или относительные противопоказания к операции, адекватность предоперационной подготовки, план операции, степень риска оперативного вмешательства. Согласие больного на операцию должно быть информированным, т. е. больному разъясняется необходимость оперативного вмешательства, характер планируемой операции, возможные, наиболее часто встречающиеся осложнения.

#### **Осмотр анестезиолога**

Осмотр анестезиолога и протокол анестезии являются обязательными записями в истории болезни для всех видов обезболивания, кроме местной анестезии. В записи результатов осмотра отражаются данные, которые могут существенно повлиять на анестезиологическую тактику: особенности анамнеза, сопутствующие заболевания, лекарственные средства, которые принимал больной, курение табака, употребление алкоголя, прием наркотиков, осложнения предыдущих анестезий, наличие гемотрансфузий. Отражаются отклонения физикального обследования, отмечаются АД, пульс, особенности в данных лабораторного и инструментального обследования, характер предстоящей операции, предоперационная подготовка. План анесте-

зиологического пособия должен содержать следующую информацию: премедикация, анестезия (общая, регионарная), положение больного на операционном столе, индукция анестезии, поддержание анестезии, манипуляции, применение основных и специальных методик.

#### Протокол анестезиологического пособия

- Оценка состояния больного непосредственно перед индукцией анестезии.
- Анестезия (общая, регионарная).
- Положение больного на операционном столе, манипуляции (катетеризация центральной вены, интубация), индукция анестезии, поддержание, применение основных и специальных методик (ИВЛ и т.д.).
- Данные интраоперационного мониторинга, включая лабораторные исследования, объем кровопотери и диурез.
- Дозы и путь введения лекарственных средств, качественный состав и объем инфузионно-трансфузионной терапии.
- Необычное течение анестезии и осложнения.

#### Протокол операции

Должен содержать сведения о дате и продолжительности операции, фамилии членов операционной бригады, вид операции, вид обезболивания, описание операции.

Описание операции:

- доступ (в какой области сделан разрез, его размер, направление, слои рассекаемых тканей);
- описание патологических изменений, обнаруженных при операции, операционный диагноз;
- наименование операции и подробное описание хода ее выполнения;
- проведен ли гемостаз в ране, число тампонов и дренажей, оставленных в ране;
- контрольный счет марли и инструментов;
- завершение операции (вид швов, повязка);
- описание удаленного макропрепарата;
- подпись хирурга.

#### Дневники и наблюдения

Записываются ежедневно в течение первых трех дней с момента операции, затем через день при благополучном течении послеоперационного периода. В дневниках отражаются все манипуляции, проводимые больным (удаление дренажей, трубок, перевязки и т. д.), состояние больного, динамика симптомов, основные параметры жизнедеятельности, состояние послеоперационной раны.

#### Эпикриз

В эпикризе отражается диагноз заболевания, дата и вид произведенного вмешательства, особенности послеоперационного течения (сроки [5заления дренажей, снятия швов, характер заживления раны), эффективность проведенного лечения. В эпикризе должны быть указаны рекомендации по дальнейшему лечению и прогноз течения заболевания.

## Нарушения сознания

### *Ступор*

Пациент вялый, заторможенный, адинамичный, но отвечает на вопросы, ориентирован в месте и времени, сохранены все рефлексy.

### *Сопор*

Пациент находится как бы в состоянии сна, но при интенсивном раздражителе (боль) открывает глаза и может односложно отвечать на вопросы. Плохо ориентирован во времени и месте.

### *Кома*

Пациент находится в бессознательном состоянии. Отмечается снижение или исчезновение основных рефлексов. Оценка тяжести комы может осуществляться по шкале Глазго. Она применима при нарушениях сознания любой этиологии, основана только на описательных признаках (глазных, речевых, двигательных).

Сумма баллов шкалы Глазго составляет 3–15 путем сложения баллов из каждой из 3 групп критериев, учитывая лучшую из выявленных реакций. Чем ниже общая сумма баллов, тем более глубоки расстройства сознания пациента. Шкала Глазго входит одним из пунктов во многие другие системы балльной оценки (табл. ПЗ.1).

## Шкала комы Глазго

Критерии	Баллы
<b>Открывание глаз</b>	
Спонтанное	4
На речь	3
На боль	2
Не открывает глаза	1
<b>Двигательные реакции</b>	
Выполняет инструкции	6
Защищает рукой область болевого раздражения	5
Отдергивает конечность в ответ на боль	4
Декортикационная ригидность (тройное сгибание рук и разгибание ног)	3
Децеребрационная ригидность	2
Движения отсутствуют	1

<b>Речевые реакции</b>	
Участвует в беседе, речь нормальная, ориентация не нарушена	5
Участвует в беседе, но речь нарушена	4
Бессвязные слова	3
Нечленораздельные звуки	2
Реакция отсутствует	1

## ПРИЛОЖЕНИЕ 4

Определение индекса массы тела

*Индекс массы тела (индекс Кетеле, 1869) определяется по формуле:  
 $ИМТ = \text{вес (кг)} / \text{рост}^2 (\text{м}^2)$ .*

*Знание ИМТ необходимо потому, что при увеличении его возрастает риск развития заболеваний, а в послеоперационном периоде – осложнений (табл. П5.1).*

**Таблица П4.1. Классификация типов массы тела по ИМТ и риск развития заболеваний, связанных с ожирением (ВОЗ, 1997)**

ИМТ (кг/м <sup>2</sup> )	Тип массы тела	Риск развития заболеваний
<b>&lt;18,5</b>	<b>Дефицит массы тела</b>	<b>Низкий</b>
<b>18,5-24,9</b>	<b>Нормальная масса тела</b>	<b>Обычный</b>
<b>25,0-29,9</b>	<b>Избыточная масса (предожирение)</b>	<b>Повышенный</b>
<b>30,0-34,9</b>	<b>Ожирение I степени</b>	<b>Высокий</b>
<b>35,0-39,9</b>	<b>Ожирение II степени</b>	<b>Очень высокий</b>
<b>&gt;40,0</b>	<b>Ожирение III степени</b>	<b>Чрезвычайно высокий</b>

## ПРИЛОЖЕНИЕ 5

### «Лица-маски»

**Гиппократово лицо (*Facies Hippocratica*)** – мертвенно-бледная с синюшным оттенком кожа лица, глубоко запавшие глаза, тусклые роговицы. Наблюдается у больных с тяжелым острым перитонитом, кишечной непроходимостью.

**Карвизарово лицо (*Carvisart*)** – лицо отечное, желтовато-бледное, с синеватым оттенком. Рот полуоткрыт, губы цианотичны, глаза тусклые, смежающиеся веки. Наблюдается при острой недостаточности кровообращения.

***Facies febris*** (лицо лихорадящего больного) – обычно возбужденное, кожа гиперемирована, лихорадочный блеск глаз.

***Facies nephritica*** (лицо больного с заболеваниями почек) – бледное, одутловатое, с отеками верхних и нижних век, с отеками под глазами.

***Facies mitralis*** (лицо больного с декомпенсированными митральными пороками сердца) – цианоз губ, цианотичный румянец на щеках в виде «митральной бабочки».

***Facies Basedovica*** (лицо больного с тиреотоксикозом) – тревожное, раздраженное или испуганное выражение лица, глазные щели расширены, выпячивание глазных яблок (экзофтальм).

## ПРИЛОЖЕНИЕ 6

### Типы патологического дыхания

**Куссмауля дыхание (*Kussmaul*)** – судорожные, шумные, прерывистые вдохи, сопровождающиеся раскрытием рта, подергиванием головы и гортани. Возникает при глубоких нарушениях газообмена мозга и угнетении его деятельности. Наблюдается при комах (диабетической, печеночной, уремической).

**Чейн–Стокса дыхание (*Cheyne-Stokes*)** – нарастающая глубина вдоха, достигающая максимума, затем постепенно уменьшающаяся и переходящая в длительную паузу (апноэ), после которой цикл повторяется.

**Биота дыхание (*Biot*)** – равномерные и ритмичные дыхательные движения, прерываемые паузами, продолжающимися до полминуты и больше. Наблюдается при понижении возбудимости дыхательного центра из-за недостаточного снабжения кислородом (при интоксикациях).

## ПРИЛОЖЕНИЕ 7

### Инструкция по организации лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях.

Организация лечебного питания в лечебно-профилактическом учреждении является неотъемлемой частью лечебного процесса и входит в число основных лечебных мероприятий.

С целью оптимизации лечебного питания, совершенствования организации и улучшения управления его качеством в лечебно-профилактических учреждениях вводится новая номенклатура диет (система стандартных диет), отличающихся по содержанию основных пищевых веществ и энергетической ценности, технологии приготовления пищи и среднесуточному набору продуктов.

Ранее применявшиеся диеты номерной системы (диеты №№ 1-15) объединяются или включаются в систему стандартных диет, которые назначаются при различных заболеваниях в зависимости от стадии, степени тяжести болезни или осложнений со стороны различных органов и систем (табл. П17.1).

Наряду с основной стандартной диетой и ее вариантами в лечебно-профилактическом учреждении в соответствии с их профилем используются:

- хирургические диеты (0–I; 0–II; 0–III; 0–IV; диета при язвенном кровотечении, диета при стенозе желудка) и др.;
- специализированные диеты: высокобелковая диета при активном туберкулезе (далее – высокобелковая диета (т));  
[абзац введен Приказом Минздравсоцразвития России от 26.04.2006 № 316]
- разгрузочные диеты (чайная, сахарная, яблочная, рисово-компотная, картофельная, творожная, соковая, мясная и др.);
- специальные рационы (диета калиевая, магниевая, зондовая, диеты при инфаркте миокарда, рационы для разгрузочно-диетической терапии, вегетарианская диета и др.).

Индивидуализация химического состава и калорийности стандартных диет осуществляется путем подбора имеющихся в картотеке блюд лечебного питания, увеличения или уменьшения количества буфетных продуктов (хлеб, сахар, масло), контроля продуктовых домашних передач для больных, находящихся на лечении в лечебно-профилактическом учреждении, а также путем использования в лечебном и энтеральном питании биологически активных добавок к пище и готовых специализированных смесей. Для коррекции пищевого рациона может включаться 20-50% белка готовых специализированных смесей. Приобретение смесей белковых композитных сухих для лечебного питания осуществляется в соответствии с Указаниями о порядке применения бюджетной классификации Российской Федерации, утвержденными Приказом Министерства финансов Российской Федерации от 21 декабря 2005 г. № 152н (в соответствии с письмом Министерства юстиции Российской Федерации от 10 января 2006 г. № 01/32-ЕЗ. Приказ в государственной регистрации не нуждается) по ст. 340 экономической классификации расходов бюджетов Российской Федерации «Увеличение стоимости материальных запасов» с отнесением готовых специализированных смесей для лечебного питания к разделу «Продукты питания (оплата продовольствия), в том числе продовольственных пайков военнослужащим и приравненным к ним лицам». Номенклатура постоянно действующих диет в каж-

дом лечебнопрофилактическом учреждении устанавливается в соответствии с его профилем и утверждается на Совете по лечебному питанию. Во всех лечебно-профилактических учреждениях устанавливается как минимум четырехразовый режим питания, по показаниям в отдельных отделениях или для отдельных категорий больных (язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, болезнь оперированного желудка, сахарный диабет и др.) применяется более частое питание. Режим питания утверждается на Совете по лечебному питанию.

Рекомендуемые среднесуточные наборы продуктов являются основой при составлении стандартных диет в лечебно-профилактическом учреждении. При формировании стандартных диет для детей и взрослых, получающих санаторно-курортное лечение, используют более дорогие сорта продуктов с учетом суточных норм питания в санаториях и санаториях-профилакториях. При отсутствии полного набора продуктов на пищеблоке, предусмотренного сводным семидневным меню, возможна замена одного продукта другим при сохранении химического состава и энергетической ценности используемых лечебных рационов.

Контроль правильности проводимой диетотерапии должен осуществляться путем проверки соответствия получаемых больными диет (по набору продуктов и блюд, технологии приготовления, химическому составу и энергетической ценности) рекомендуемым характеристикам стандартных диет и путем проверки равномерного использования ассигнований по кварталам года.

Общее руководство диетпитанием в лечебно-профилактическом учреждении осуществляет главный врач, а в его отсутствие – заместитель по лечебной части.

Ответственным за организацию лечебного питания является врач-диетолог. В тех случаях, когда должность врача-диетолога в лечебно-профилактическом учреждении отсутствует, ответственным за эту работу является медицинская сестра диетическая.

В подчинении врача-диетолога находятся медицинские сестры диетические и все работники пищеблока, обеспечивающие лечебное питание в лечебно-профилактическом учреждении в соответствии с данным Приказом.

На пищеблоке лечебно-профилактического учреждения контроль соблюдения технологии приготовления и выхода готовых диетических блюд осуществляет заведующий производством (шеф-повар, старший повар), контроль качества готовых диетических блюд – врач-диетолог, медицинская сестра диетическая, дежурный врач, разрешающий выдачу готовой пищи в отделения.

Все вопросы, связанные с организацией лечебного питания в лечебно-профилактическом учреждении, систематически (не менее 1 раза в квартал) обсуждаются на заседании Совета по лечебному питанию.

## ПРИЛОЖЕНИЕ 8

### Определение степени операционного риска Степень операционного риска оценивается в баллах.

#### *Оценка объема операции:*

- небольшого объема – 1;
- среднего объема – 2;
- значительного объема – 3.

#### *Оценка характера патологии:*

- неосложненная хроническая патология, доброкачественные новообразования – 0,5;
- неосложненная острая патология – 1;
- злокачественные новообразования – 1,5;
- крайне тяжелые осложнения хирургической патологии (перитонит, тяжелая анемия и др.) – 2,0.

#### *Оценка сопутствующих заболеваний:*

- функционального характера – 0,5;
- с органическими изменениями (например, ИБС со стенокардией напряжения и покоя) – 1,0;
- сочетание органических изменений со стойкими функциональными изменениями (тяжелая форма сахарного диабета, состояние после инфаркта и др.) – 2,0.

#### *Оценка возраста:*

- молодой и средний (до 50 лет) – 0,0;
- переходящий (51-60 лет) – 0,5;
- пожилой (61–70 лет) – 1,0;
- старческий (старше 70 лет) – 1,5.

#### *Степени операционного риска:*

- I степень – сумма баллов 1,5-2,0
- II степень – 2,5–3,0 балла
- III степень – 3,5-5,0 баллов
- IV степень – 5,5-6,5 балла
- V степень – 7,0–9,5 балла

## ПРИЛОЖЕНИЕ 9

### Классификация операционно-анестезиологического риска (МНОАР-89)

**Операционно-анестезиологический риск классифицируется по трем основным критериям:**

- 1) общее состояние больного;
- 2) объем и характер хирургической операции;
- 3) характер анестезии.

#### *Оценка общего состояния больного*

1. Удовлетворительное (0,5 балла): соматически здоровые пациенты с ло-

кализованными хирургическими заболеваниями или не связанными с основным хирургическим заболеванием.

2. Средней степени тяжести (1 балл): больные с легкими или умеренными системными расстройствами, связанными или не связанными с основным хирургическим заболеванием.

3. Тяжелое (2 балла): больные с выраженными системными расстройствами, которые связаны или не связаны с хирургическим заболеванием.

4. Крайне тяжелое (4 балла): больные с крайне тяжелыми системными расстройствами, которые связаны или не связаны с хирургическим заболеванием и представляют опасность для жизни больного без операции или во время операции.

5. Терминальное (6 баллов): больные в терминальном состоянии с выраженными явлениями декомпенсации функций жизненно важных органов и систем, при котором можно ожидать смерти во время операции или в ближайшие часы без нее.

#### **Оценка объема и характера операции**

1. Малые полостные или небольшие операции на поверхности тела (0,5 балла).

2. Более сложные и длительные операции на поверхности тела, позвоночнике, нервной системе и операции на внутренних органах (1 балл).

3. Обширные или продолжительные операции в различных областях хирургии, нейрохирургии, урологии, травматологии, онкологии (1,5 балла).

4. Сложные и продолжительные операции на сердце и крупных сосудах (без применения ИК), а также **расширенные и реконструктивные** операции в хирургии различных областей (2 балла).

5. Сложные операции на сердце и магистральных сосудах с применением ИК и операции по пересадке внутренних органов (2,5 балла).

#### **Оценка характера анестезии**

1. Различные виды местной потенцированной анестезии (0,5 балла).

2. Регионарная, эпидуральная, спинномозговая, внутривенная или ингаляционная анестезия с сохранением спонтанного дыхания или с кратковременной вспомогательной вентиляцией легких через маску наркозного аппарата (1 балл).

3. Обычные стандартные варианты общей комбинированной анестезии с интубацией трахеи с использованием ингаляционных, неингаляционных или немедикаментозных средств анестезии (1,5 балла).

4. Комбинированный эндотрахеальный наркоз с применением ингаляционных и неингаляционных анестетиков и их сочетаний с методами регионарной анестезии, а также специальных методов анестезии и корригирующей интенсивной терапии (искусственная гипотермия, инфузионно-трансфузионная терапия, управляемая гипотония, вспомогательное кровообращение, электрокардиостимуляция и др.) (2 балла).

5. Комбинированный эндотрахеальный наркоз с использованием ингаляционных и неингаляционных анестетиков в условиях И К, ГБО и других

при комплексном применении специальных методов анестезии, интенсивной терапии и реанимации (2,5 балла).

**Степень риска:**

- I степень (незначительная) – 1,5 балла
- II степень (умеренная) – 2-3 балла
- III степень (значительная) – 3,5–5 баллов
- IV степень (высокая) – 5,5–8 баллов
- V степень (крайне высокая) – 8,5–11 баллов

**ПРИЛОЖЕНИЕ 10.**

**Дополнительные факторы риска развития венозных тромбозных осложнений:**

- венозный тромбоз и/или ТЭЛА в анамнезе;
- онкологические операции;
- гормонотерапия, химиотерапия у онкологических пациентов;
- тяжелые заболевания легких с дыхательной недостаточностью;
- сахарный диабет;
- ХСН III–IV ФК по NYHA;
- применение пероральных контрацептивов или ГЗТ;
- беременность и послеродовый период;
- тромбофилии;
- ожирение;
- варикозное расширение вен нижних конечностей;
- катетер в центральной вене;
- постельный режим более 3 сут.

**ПРИЛОЖЕНИЕ 11**

**Форма № 008/У-07. Журнал записи оперативных вмешательств в стационаре**

Утвержден  
Приказом Минздрава от 18.11.2008 №  
1050

*(наименование организации здравоохранения)*

Начат « » \_\_\_\_\_ 20 \_\_ г.

Окончен «» \_\_\_\_\_ 20 \_\_ г.

Операция № п/№ \_\_\_\_\_

Медицинская карта № \_\_\_\_\_

Отделение \_\_\_\_\_

Ф.И.О. пациента \_\_\_\_\_

Дата рождения « » \_\_\_\_\_ 20 \_\_ г.

Дата операции «\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
Время операции: начало Диагноз до операции  
Диагноз после операции  
Операция  
Обезболивание \_\_\_\_\_ Шкала риска \_\_\_\_\_  
Операционная бригада:  
Хирург \_\_\_\_\_  
Ассистенты \_\_\_\_\_

Анестезиолог \_\_\_\_\_  
Протокол операции \_\_\_\_\_  
**Описание препарата (удаленного органа, части органа)**  
**Биопсия** \_\_\_\_\_

Оператор \_\_\_\_\_  
(подпись)

В журнале регистрируются все оперативные вмешательства, произведенные в стационаре. На каждую операцию отводится отдельный лист, который заполняется следующим образом:

1. Операция № \_\_\_\_\_ порядковый номер операции в течение текущего года. Допускается комбинированный номер, состоящий из порядкового номера по отделению, за которым будет числиться операция, и сквозного номера по операционной, например № 3/15.
2. Медицинская карта № – номер медицинской карты стационарного паца
3. Отделение – номер отделения, за которым будет числиться операция.
- 4-5. Ф.И.О. пациента, дата рождения – полностью фамилия, имя, отчество пациента и дата его рождения.
- 6–7. Дата, время операции – дата операции в формате: число, месяц, год и время начала и окончания операции в формате: час, минуты.
- 8-9. Диагноз до/после операции – формулировка диагноза пациента до и после оперативного лечения.
10. Операция – название операции согласно перечню операций, утвержденному в организации здравоохранения.
11. Обезболивание – вид примененной анестезии.
12. Шкала риска – степень риска возможных осложнений и неблагоприятного исхода с указанием названия шкалы.
13. Операционная бригада – состав операционной бригады с указанием ролей (хирург, ассистенты, операционная медицинская сестра и т. д.) и их фамилий, инициалов.
14. Протокол операции – подробное описание хода операции.
15. Описание препарата – описание удаленного макропрепарата.
16. Биопсия – результаты исследований.
17. Оператор – подпись оперирующего хирурга.

Журнал хранится в операционной, заполняется оперирующим хирургом; если в больнице несколько операционных, то в каждой из них ведется свой

отдельный журнал.

В случае формирования Журнала записи оперативных вмешательств в стационаре с помощью компьютерной технологии ведения медицинской карты стационарного пациента поля 1–8 заполняются автоматически с возможностью редактирования. При создании печатной копии электронного документа названия полей не выводятся на печать, если в данное поле не была внесена информация.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования**

**Чеченский Государственный Университет**

**Медицинский институт**

**МЕТОДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ**

**По написанию истории болезни по**

**«Травматология, ортопедия»**



**Составитель:**

**Умханов Х.А. -д.м.н., профессор кафедры «Факультетская хирургия»**

**Грозный 2017**

## **Содержание истории болезни**

Традиционно история болезни состоит из нескольких частей, каждая из которых имеет свое значение. С целью более объективной оценки выполненной вами работы на цикле, мы предлагаем придерживаться следующих разделов:

1. Паспортная часть
2. Жалобы
3. Анамнез заболевания
4. Анамнез жизни
31. Данные объективного обследования
5. Локальный статус
6. Предварительный диагноз
7. Данные дополнительного обследования
8. Диагноз и его обоснование
9. Дифференциальный диагноз
10. План обследования и лечения
11. Предоперационный эпикриз
12. Протокол операции
13. Дневник
14. Этапный, выписной эпикриз

### **Титульный лист**

Титульный лист студенческой истории болезни обязательно должен включать: ФИО куратора (студента), номер группы, факультет, дату заполнения истории болезни.

А так же: ФИО ассистента, дату проверки, количество баллов и подпись ассистента.

### **Паспортная часть**

Как правило, эти данные в истории болезни заполняет сотрудник приемного отделения. Однако врач должен уточнить все разделы анкетных данных. Например, профессия, место работы могут натолкнуть врача на мысль о возможности производственных вредностей: переохлаждение ног, как причина облитерирующего эндартериита, тяжелый физический труд – как возможная причина образования грыж, выпадения прямой кишки и тд.

Обязательно должен быть проанализирован диагноз направившего учреждения, вместе с тем он не должен сковывать мышление врача или мешать построению его собственного диагноза.

Необходимо помнить о правильной формулировке предварительного, клинического и заключительного диагноза, включающего основное заболевание, его осложнения, и сопутствующие заболевания, с указанием активности процесса. Не стоит забывать и о соответствии диагноза (осложнений и сопутствующей патологии) жалобам, анамнезу, данным обследования, на основании которых он и был сформулирован.

**В паспортные данные следует включать следующие разделы:**

**ФИО**

**Дата и время поступления**

Дата выписки  
Пол  
Возраст  
Профессия и место работы  
Место жительства  
Диагноз при поступлении  
Клинический диагноз  
Диагноз при выписке (заключительный диагноз)  
Дата и название операции  
Исход болезни (выздоровление, улучшение, без перемен, ухудшение)

### **Жалобы**

Жалобы больного при поступлении включают основные, связанные с данным заболеванием и второстепенные, связанные с сопутствующей патологией. Кроме того, необходимо учитывать и указывать их полную и развернутую характеристику.

Боль следует указать - время появления боли, её начало (внезапное, медленное в течение нескольких часов или дней, периодическое появление и исчезновение боли), её локализацию, характер (тупая, ноющая, колющая), интенсивность (умеренные, выраженные), иррадиацию, обстоятельства появления (связь с провоцирующими факторами), её продолжительность, а также факторы облегчающие.

**Пример:** Жалобы на сильные боли в области тазобедренного сустава, неопорность на правую ногу, слабость, головокружение. Движения в правом тазобедренном суставе уменьшены в значительном объеме и резко болезненны.

### **Анамнез заболевания**

В хронологическом порядке излагается начало заболевания, обстоятельства при которых оно возникло, симптомы проявления болезни и их динамика. Кроме того, необходимо уточнить изменение характера жалоб за прошедший период, отметить первое обращение за медицинской помощью, проведенное лечение и его эффективность.

При описании основных симптомов должны быть указаны: их локализация, качественные характеристики (начало, длительность, частота), обстоятельства возникновения, усиливающие или облегчающие факторы, сопутствующие проявления.

**Пример:** Со слов больного травму получила 24.04.17.г. в 14:00, когда при возникновении головокружения, упал на правое бедро, самостоятельно подняться не смог, ощутил помутнение сознания, тошноты, рвоты не было. Появились нестерпимые боли в области правого тазобедренного сустава, движение в суставе было ограничено. Была вызвана скорая помощь - проводилось обезболивание. СМП было проведено обезболивание и транспортная иммобилизация и доставлена в приемное отделение городской больницы № .... в 16:00 24.04.17.г.

## **Анамнез жизни**

Излагается по следующей схеме:

Общие биографические данные по периодам жизни (младенчество, детство, зрелый возраст).

Перенесенные ранее заболевания: детские болезни (перенесенные инфекции), болезни взрослого периода, включая: нервные, психические, острозаразные. Обязательно следует отметить, были или нет: туберкулез, венерические заболевания, гепатит, онкологическая патология, ВИЧ, сахарный диабет.

Указать предшествующие операции и травмы.

Для женщин обязателен гинекологический анамнез (количество беременностей, родов, самопроизвольных выкидышей, менструальный цикл, его регулярность, время последней менструации, время наступления менопаузы).

Аллергологический анамнез (переносимость лекарственных препаратов, если есть то проявления аллергии, с обязательным перечислением препаратов).

Гемотрансфузионный анамнез (были или нет переливания крови, когда, по какому поводу).

Семейный анамнез

Условия быта и труда

Вредные привычки (курение, прием алкоголя, наркотиков)

Наследственность.

**Пример.** Второй ребенок в семье, рос и развивался соответственно возрасту. Условия жизни удовлетворительные, питание полноценное, разнообразное. Аллергологический анамнез спокоен. Наследственность неотягощена. Из перенесенных заболеваний – холецистэктомия в 2015 году. Вредных привычек нет. Туберкулез, ВИЧ, сифилис, гепатит.

### **Данные объективного обследования**

Общие данные включают: общее состояние, положение и двигательную активность больного, телосложение, массу тела, рост, степень половой зрелости, температуру, состояние кожи и видимых слизистых, подкожной клетчатки. Пальпацию лимфоузлов (подчелюстных, шейных, надключичных, подмышечных, паховых), состояние мышечной, костно-суставной системы, включая сколиоз.

Психический статус: (сознание, интеллект, настроение, речь).

Нервный статус поверхностные, глубокие рефлексы, дермографизм, мышечный тонус, нистагм поза Ромберга.

Эндокринная система: осмотр и пальпация щитовидной железы.

У женщин обязателен осмотр молочных желез, с описанием данных пальпации.

Органы дыхания: частота ритмичность, глубина дыхательных движений, форма грудной клетки, пальпация, перкуссия и аускультация.

Сердечно-сосудистая система: ЧСС, пульс, его ритм, АД, пальпация,

перкуссия и аускультация сердца, пульс, давление, пульсация и аускультация периферических сосудов.

Органы пищеварения: полость рта и глотка, зубы, язык, зев, миндалины, осмотр, пальпация, перкуссия и аускультация брюшной полости, исследование прямой кишки, паховых областей (грыжа), физиологические отправления.

Мочеполовые органы: пальпация почек, симптом 12 ребра

**Например:**

Состояние относительно удовлетворительное, сознание ясное, адекватен, положение вынужденное (лежа). Телосложение правильное, конституциональный тип нормостенический.

Рост - 182 см, вес - 96 кг, окружность груди при спокойном дыхании 111 см, при глубоком вдохе - 119 см, при глубоком выдохе – 109 см.

Выражение лица спокойное.

Кожные покровы физиологической окраски, тургор кожи в норме. Подкожная клетчатка слабого развития.

Рубец от холецистэктомии.

Слизистые чистые, физиологической окраски. Лимфоузлы безболезненны, не пальпируются.

**Система органов дыхания**

Форма носа не изменена, гортань не деформирована. Дыхание через нос свободное, отделяемого нет. Охриплости голоса и афонии нет. Дыхание ритмичное, частота дыхательных движений – 18 в мин., дыхание брюшное. Грудная клетка конической формы, симметричная. При пальпации грудная клетка эластичная, безболезненная; голосовое дрожание слабое, в симметричные участки легких проводится одинаково.

При сравнительной перкуссии над симметричными участками легких выслушивается ясный легочный звук.

**Топографическая перкуссия:**

	Справа	Слева
Верхняя граница легких		
Спереди	На 4 см выше ключицы	
Сзади	На уровне VII шейного позвонка	
Нижняя граница легких		
По окологрудной линии	5 ребро	не определяется
По срединно-ключичной линии	6 ребро	не определяется
По передней подмышечной линии	7 ребро	7 ребро
По средней подмышечной линии	8 ребро	8 ребро
По задней подмышечной линии	9 ребро	9 ребро
По лопаточной линии	10 ребро	10 ребро
По околопозвоночной линии	11 ребро	11 ребро
Ширина полей Кренига	7 см	7 см
Дыхательная экскурсия нижнего края легких		
По задней подмышечной линии	6 см	6 см

При аускультации в симметричных точках выслушивается ослабленное везикулярное дыхание; бронхофония ясно не выслушивается; побочных дыхательных шумов не обнаружено. Шум трения плевры не слышен.

#### **Сердечно-сосудистая система.**

Пульс достаточного наполнения и напряжения, синхронный, ритмичный.

Частота пульса 72 удара/мин. Артериальное давление 120 и 70 мм.рт.ст. Выпячивания в области сердца и крупных сосудов не наблюдается. Верхушечный толчок локализован в V межреберье, ширина - 2 см, не резистентный. Сердечный толчок не определяется. Надчревная пульсация не наблюдается.

В каждой точке аускультации выслушиваются 2 тона. I тон лучше выслушивается у верхушки, II - у основания. Тоны сердца ритмичные, приглушенные. Акцентирования, патологических шумов, расщеплений и раздвоенный тонов нет. Границы относительной сердечной тупости: справа - на 0,5 см латеральнее от правого края грудины, слева - на 1 см медиальнее левой срединно-ключичной линии, сверху - 3 ребро; абсолютной сердечной тупости: справа - левый край грудины, слева - на 4 см медиальнее левой срединно-ключичной линии, сверху - 4 ребро. Поперечник относительной сердечной тупости - 10-11 см, ширина абсолютной сердечной тупости - 4-5 см, ширина сосудистого пучка - 5-6 см.

#### **Система пищеварения.**

Аппетит удовлетворительный. Акты жевания, глотания и прохождения пищи по пищеводу не нарушены. Стул не изменен.

Язык бледно-розовый, влажный, с наибольшим белым налетом. Сосочковый слой сохранен. Десны, мягкое и твердое небо, зев бледно-розовые, чистые, не отечные, без изъязвлений. Живот симметричен, участвует в акте дыхания, видимая перистальтика желудка и кишечника не наблюдается. Венозные коллатерали не проявляются. Перкуторный звук - тимпанический, жидкости в брюшной полости не обнаружено.

В правой подвздошной области – рубец после аппендектомии. По белой линии живота – рубец после средне-срединной лапаротомии.

При перкуссии передней брюшной стенки выслушивается тимпанический звук, в области печени и селезенки - тупой звук. При поверхностной ориентировочной пальпации - живот мягкий, спокойный, безболезненный. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Напряжения мышц передней брюшной стенки не выявлено. Диастаза прямых мышц живота нет. Пупочное кольцо не расширено. Поверхностные опухоли и грыжи не пальпируются. Симптом Менделя отрицательный.

Размеры печени по Курлову: 12, 11, 9 см. Нижний край печени пальпируется по краю реберной дуги, безболезненный. Поверхность ровная, гладкая.

Желчный пузырь не пальпируется. Симптомы Ортнера, Кера, Курвуазье, френикус-симптом - отрицательны.

Селезенка не пальпируется. Перкуторно: продольный размер - 8 см,

поперечный - 4 см.

Поджелудочная железа безболезненна, не пальпируется.

### **Мочеполовые органы.**

Припухлости, гиперемии поясничной области не обнаружено. Набухания в надлобковой области не обнаружено. Симптом поколачивания отрицательный. Почки не пальпируются. Мочеточниковые точки безболезненны.

### **Эндокринная система.**

Щитовидная железа не увеличена, плотноэластической консистенции, безболезненная, узловатые образования отсутствуют, симптомы Грефе, Мебиуса, Штельвага отрицательные.

### **ЦНС**

Сознание ясное, поведение адекватное, со стороны черепно-мозговых нервов патологии не выявлено. Рефлексы живые, симметричные. Патологических рефлексов, расстройств поверхностной и глубокой чувствительности не обнаружено.

### **Опорно-двигательная система**

Положение вынужденное (лежа).

Измерение осей конечностей. Оси верхних конечностей, как правой, так и левой руки, – в норме (проходят через головки плечевой, лучевой и локтевой кости).

Оси правой и левой нижних конечностей соответствуют норме, проходит через передневерхнюю ось таза, внутренний край надколенника и I палец стопы.

Пальпация. Кожная температура одинакова на симметричных участках. Пальпаторное исследование костно-суставного аппарата нарушения анатомических взаимоотношений не выявило. Хруста, флюктуаций, крепитаций не выявлено.

При пальпации локтевых суставов на обеих руках линия Гютера (в разогнутом положении предплечья на прямой линии располагаются надмыщелки плечевой кости и угол локтевого отростка локтевой кости), треугольник Гютера (при сгибании предплечья три костных выступа образуют равнобедренный треугольник), линия надмыщелков Маркса (длинная ось плеча перпендикулярна линии, соединяющей надмыщелки плечевой кости, и делит эту линию пополам) – в норме.

При пальпации тазобедренного сустава слева большой вертел бедра находится выше линии Розера-Нелатона.

Пульсация на тыльных артериях обеих стоп без патологии. Двигательная функция пострадавшей конечности сохранена, поверхностная и глубокая чувствительность не нарушены.

Аускультация. При активных и пассивных движениях в суставах патологических шумов не выявлено. Звукопроводимость на всех конечностях одинаковая.

Ограничения подвижности левого тазобедренного сустава.

Измерения.

Верхние конечности.

Измерение длины верхней конечности и ее сегментов

	Справа		Слева	
	Отн.	Абс.	Отн.	Абс.
Длина руки (см)	77	64	77	64
Длина плеча (см)	-	33	-	33
Длина предплечья (см)	-	31	-	31

Объем движений в плечевом суставе (в градусах).

	Справа	Слева
Сгибание	90	90
Разгибание	45	45
Приведение	10	10
Отведение	90	90
Ротация кнаружи	60	60
Ротация внутрь	90	90

Объем движений в локтевом суставе (в градусах).

	Справа	Слева
Сгибание	150	150
Разгибание	0	0
Пронация	80	80
Супинация	80	80

Объем движений в лучезапястном суставе (в градусах).

	Справа	Слева
Сгибание	70	70
Разгибание	60	60
Отведение	25	25
Приведение	30	30

Объем движений в пястно-фаланговых суставах (в градусах).

	Справа	Слева
Сгибание	90	90
Разгибание	25	25

Объем движений в проксимальных межфаланговых суставах (в градусах).

	Справа	Слева
Сгибание	120	120
Разгибание	0	0

Объем движений в дистальных межфаланговых суставах (в градусах).

	Справа	Слева
Сгибание	80	80
Разгибание	0	0

Измерение окружности (в см).

	Справа	Слева
Верхняя треть плеча	35	35
Средняя треть плеча	34	33
Нижняя треть плеча	32	32
Локтевой сустав	27	27

Верхняя треть предплечья	30	30
Средняя треть предплечья	26	26
Нижняя треть предплечья	19	19
Лучезапястный сустав	18	18

### Нижние конечности.

#### Измерение длины нижней конечности и ее сегментов

	Справа		Слева	
	Отн.	Абс.	Отн.	Абс.
Длина ноги (см)	116	113	116	113
Длина бедра (см)	-	60	-	60
Длина голени (см)	-	53	-	53

#### Объем движений в тазобедренном суставе (в градусах)

	Справа	Слева
Сгибание	90	20
Разгибание	-	-
Приведение	10	10
Отведение	50	30
Ротация кнаружи	30	30
Ротация внутрь	20	20

#### Объем движений в коленном суставе (в градусах)

	Справа	Слева
Сгибание	130	130
Разгибание	15	15

#### Объем движений в голеностопном суставе (в градусах)

	Справа	Слева
Сгибание	45	45
Разгибание	20	20

#### Объем движений в таранно-пяточно-ладьевидном суставе (в градусах).

	Справа	Слева
Пронация	20	20
Супинация	30	30

#### Измерение окружности (в см).

	Справа	Слева
Верхняя треть бедра	54	55
Средняя треть бедра	48	49
Нижняя треть бедра	42	42
Коленный сустав	38	38
Верхняя треть голени	35	35
Средняя треть голени	32	34
Нижняя треть голени	24	27
Голеностопный сустав	27	28

### **Локальный статус**

Данные исследования пораженной системы должны быть приведены максимально подробно, с использованием всех доступных методов обследования. Так как, в наибольшей степени найденные вами изменения будут влиять на формулировку предварительного диагноза.

Необходимо обязательно включать: осмотр, активные пассивные движения, перкуссию, аускультацию, пальпацию, а так же специальные приемы обследования

**Например:** Положение правой нижней конечности на момент осмотра (24.04.17) вынужденное (лежа). Правая нижняя конечность увеличена на 1 см.. Кожные покровы над областью тазобедренного сустава не изменены. Амплитуда движений в тазобедренном суставе уменьшена (сгибание до 20, разгибание 20, отведение 30), движения болезненны. Положительный симптом «прилипшей пятки». Наружная ротация левой нижней конечности.

### **Предварительный диагноз**

На основании данных полученных при осмотре и клиническом обследовании больного вы должны сформулировать предварительный диагноз. Диагноз формулируется по единым правилам и включает основное заболевание, его осложнение и сопутствующее заболевание.

Кроме того, для себя необходимо очертить круг заболеваний, с которыми следует дифференцировать наблюдаемую патологию, а так же необходимые обследования, выполнение которых позволит подтвердить или отвергнуть предварительный диагноз.

### **Данные дополнительного обследования**

В данный раздел вносятся следующие сведения:

Данные биохимических и лабораторных исследований крови, мочи, других секретов или патологического отделяемого.

Рентгенологические методы исследования.

Эндоскопические методы исследования.

Специальные методы исследования.

Необходимо отметить, что не следует переписывать лишь заключение выполненного обследования. Для врача важно не заключение, которое часто бывает, не достаточно грамотно, а его описательная часть.

**Например:** На основании:

-Жалоб (на сильные боли в области тазобедренного сустава, движения в суставе уменьшены в значительном объеме, и резко болезненны)

-Анамнеза (упал на правое бедро, после чего почувствовала резкую боль в правом тазобедренном суставе. После падения не смогла самостоятельно подняться.)

-Клинических данных (правая нижняя конечность увеличена в объеме на 1 см, ротирована наружу, амплитуда движений уменьшена, сгибание до 20, разгибание 20, отведение 30), движения болезненны).

-Рентгенографии (субкапитальный перелом шейки правой бедренной кости).

выставлен предварительный диагноз: ***Субкапитальный перелом шейки правой бедренной кости.***

Кроме того, приводя данные биохимических и лабораторных исследований, следует отмечать любые отклонения от нормы.

К сожалению, не всегда у врача есть возможность и время выполнить все необходимые обследования и анализы. Тем не менее, это не должно мешать установке диагноза и назначению терапии.

### **Диагноз и его обоснование**

На основании жалоб больного, анамнеза заболевания, анамнеза жизни, общего и локального статуса, методов дополнительных обследований и лабораторных данных следует сформулировать клинический диагноз и доказать его.

Необходимо соблюдать следующую последовательность действий:

- Выделить патологические признаки в базе данных больного (жалобы, данные анамнеза, объективного обследования, лабораторные данные)
- Установить, с какой анатомической областью, и с каким органом связаны эти изменения
- Постараться на основании имеющихся данных установить характер патологического процесса (функциональное расстройство, воспаление, и. т.д.)
- Подумать, при каких известных вам заболеваниях наблюдается этот процесс
- Исключить заболевания, в рамки которых полученные вами данные не укладываются
- Сравнить заболевания, которые в той или иной степени объясняют выявленные у больного симптомы, и поставьте наиболее вероятный диагноз

В идеальном варианте клинический диагноз должен полностью соответствовать заключительному или послеоперационному диагнозу.

Соответственно в обосновании диагноза необходимо выделить симптомы, соответствующие основному. В заключение необходимо отметить, что всякое обследование должно иметь определенный акцент, ибо из него рождается следствие (операция). Неправильный диагноз легко может повлечь за собой серьезные, порой непоправимые ошибки.

### **Дифференциальный диагноз**

Для этого выберете не менее 2 заболеваний (рассуждения необходимо проводить в связи с больным, а не отвлеченно), при которых могут наблюдаться подобные патологические симптомы. При этом необходимо помнить, что ряд заболеваний могут протекать атипично и соответственно требовать определенных диагностических мероприятий для подтверждения

или исключения данного заболевания. Попробуйте сформулировать жалобы, данные анамнеза или симптомы, не вписывающиеся в клиническую картину установленного вами заболевания, и приведите необходимые методы обследования, способствующие разрешению возникших диагностических вопросов.

### Пример:

1. Травматический ушиб – характерно наличие болей, однако невозможно пропальпировать костные отломки, нет болей при осевой нагрузке, отсутствуют рентгенологические признаки перелома

2. Остеомиелит инфекционной этиологии, который характеризуется интенсивными болями в очаге поражения, высокой температурой, ознобом, слабостью и явлениями общей интоксикации (лейкоцитоз, увеличение СОЭ). На рентгенограмме - остеопороз, периостит, секвестрация.

3. Патологическими переломами, вызванными наличием опухолей костей. На рентгенограмме – очаг просветления, контуры опухоли смазаны, не распространяются за пределы метафиза, при остеогенной саркоме – луковичный периостит, спикулы, треугольник Кодмана.

4. Ложный сустав – рентгенологическими признаками ложного сустава являются закругление концов костных фрагментов и наличие “замыкательной пластинки”

### План обследования и лечения

Вытекает из вашего диагноза. При сомнениях в правильности диагноза укажите методы обследования необходимые для его подтверждения или опровержения, перечислите также методы обследования необходимые для контроля эффективности проводимого лечения и частоту их выполнения.

Далее, необходимо решить вопросы тактического плана, то есть необходимости оперативного или консервативного лечения.

Если больному показано проведение консервативной терапии, необходимо назначить соответствующее лечение. Перечислите группы препаратов, их названия, дозировку, концентрацию, кратность применения и длительность приема, необходимые в данном конкретном случае. Помните – любые сокращения запрещаются. Назначайте весь спектр необходимого лечения, включая физиолечение, ЛФК, массаж, и т.д.

### Пример:

1. Стол № 15.
2. Режим постельный
3. Sol. Analgini 50% - 2 ml  
d. t. d. N-10
4. Sol.Ketonali 1 ml  
В/ м. при болях.

5. Tab. Verapamili 0, 08  
D.S: по 1 таб 2 раза в день.
6. Sol.Riboxini 10 ml  
в/в струйно № 10 на 10 мл 5% раствора глюкозы.
7. Sol. Heparini 2, 5 %– 4 ml  
Подкожно
8. Sol. KCl 4 % - 10 ml в/в капельно № 5 на 200 ml 5 % глюкозы.
9. Sol. MgSo4 – 5 ml
10. Tab. Epari 0, 01
11. ЛФК, массаж на здоровую конечность
12. Рентген-контроль.

Следует указать необходимое предоперационное обследование больного, назначить предоперационную подготовку, привести предполагаемый объем операции и послеоперационное лечение.

#### **Предоперационный эпикриз**

Стандартный предоперационный эпикриз включает следующие разделы:

ФИО

Дату поступления

Диагноз и его обоснование

Показания к операции

План и предполагаемый объем операции

Метод анестезии

Группа крови и резус

Согласие больного

#### **Протокол операции**

Переписывается с истории болезни или операционного журнала отделения. С указанием даты и названия операции, метода анестезии. Протокол отражает этапы, ход и технику операции, с отдельным обязательным описанием макропрепарата и послеоперационным диагнозом. Следует понять смысл операции, ее особенности, наличие технических интраоперационных сложностей. А также представить ожидаемый результат операции, возможные послеоперационные осложнения, и возможные меры их профилактики. В идеальном варианте желательно присутствие в операционной.

**Пример:** Операция: эндопротезирование правого тазобедренного сустава эндопротезом полусустава Мурра – Цито.

Ход операции: под наркозом после обработки операционного поля антисептиком и изоляции произведен доступ. Через тазобедренный разрез диаметром = 12 см, по боковой поверхности в/з правого бедра выдавлена головка бедренной кости, сломана по межвертельной ямке, удалена головка

бедренной кости, диафиз пройден титановым протезом Мурра – Цито с диаметром головки = 50. Рентген – контроль. Наложены швы послойно. Дренирование (дренажная трубка). Наложена асептическая повязка.

### **Дневник**

Обязателен ежедневный осмотр больного, с оценкой общего состояния, измерением пульса, температуры, давления, оценкой всех систем организма и особенно локального статуса.

Дневники должны содержать точный, хронологический отчет в лечении больного и отражать любые изменения его состояния. Обязательно отметить динамику заболевания, эффективность проводимого лечения. Если состояние больного оценивается вами, как средней или тяжелой степени тяжести необходимо указать, с чем связано или чем объясняется подобное состояние. При отсутствии динамики или ухудшении состояния больного необходимо решение о дальнейшей тактике ведения.

Каждые сутки послеоперационного периода, в зависимости от вида операции имеют определенные особенности состояния больного, его лечения. В случае нестандартного течения послеоперационного периода необходимо учесть развитие возможных осложнений, что требует специфических профилактических мероприятий, или при наличии их, своевременно диагностировать и начать лечение. Для этого, необходимо акцентировать внимание на соответствующих симптомах и проявлениях возможных осложнений соответственно объему и сроку операции и обязательно указывать наличие или отсутствие подобных симптомов.

При удовлетворительном состоянии больного, до операции дневник записывается один раз в два дня. При тяжелом состоянии больного, и после операции дневник пишется ежедневно. При ухудшении состояния больного, неясном диагнозе требуется – почасовая запись. Не забывайте, что каждую неделю проводятся общие обходы заведующего отделением или заведующим кафедрой, которые записываются в истории болезни, с указанием рекомендаций по дальнейшему обследованию и лечению.

### **Пример:**

Обход заведующего отделением.

Состояние больного средней степени тяжести. Тяжесть обусловлена болевым синдромом. Т-37,5.

Объективно: Ps-82 уд в мин., АД 120\70 мм. рт. ст. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет.

St. Localis: Язык суховат, не обложен. Живот участвует в акте дыхания (ограничен в подвижности в области правого подреберья). При пальпации безболезненный, не напряжен. Перистальтика выслушивается.

Повязка незначительно пропитана геморрагическим отделяемым. Швы спокойны, по дренажу отделяемого нет. Дренирующая трубка и резиновые выпускники убраны. Назначения те же.

### **Этапный или выписной эпикриз**

Каждые 10 дней с момента госпитализации необходим этапный эпикриз, отражающий динамику заболевания и комплекс проведенного лечения. Выписной эпикриз отражает практически те же данные, только на момент окончания лечения или выписки.

Вы, в зависимости от срока и вида заболевания, необходимо написать этапный, или выписной эпикриз, в котором обязательно необходимо отразить ФИО больного, дату его поступления, диагноз и данные его подтверждающие. Краткую характеристику течения болезни, наблюдаемые вами особенности. Характер и результаты проведенного лечения, в том числе оперативного, его эффективность, развившиеся осложнения, данные проведенных исследований, состояние пациента при выписке или данный этап лечения. Необходимо указать ваши рекомендации по дальнейшему наблюдению и лечению больного. Где и кем следует наблюдать, какие препараты принимать, как долго и в какой дозе. Перечислите необходимые реабилитационные мероприятия, включая санаторно-курортное лечение. Необходимость оперативного лечения в будущем, регулярность или частоту выполнения необходимых обследований. Прогноз и трудоспособность пациента, с рекомендациями о физической активности, длительности временной нетрудоспособности (больничный лист), прохождения МСЭК, ВКК, получение соответствующей группы инвалидности.

**Пример:** ФИО, 50 лет (08.03.67.г.), поступил в экстренном порядке 24.04.17.г. в 16<sup>00</sup> в приемное отделение городской больницы №... с жалобами на сильные боли, отек в области правой бедренной кости, боль усиливается при движении, попытке опереться на поврежденную ногу. Из анамнеза: травму получила 24.04.17 в 14:00, когда упал дома на правый бок, после чего почувствовал резкую болезненность в правом тазобедренном суставе. Была вызвана скорая помощь, было проведено обезболивание и транспортной иммобилизации доставлена в больницу 24.04.17 в 16<sup>00</sup>.

Проведены исследования: ОАК, ОАМ, биохимическое исследование крови, ЭКГ, эхокардиография, рентгенография (Субкапитальн перелом шейки левой бедренной кости).

Выставлен клинический диагноз: *закрытый Субкапитальный перелом шейки правой бедренной кости.*

В послеоперационном периоде- проводится симптоматическое лечение. Дренаж удален на 2 сутки, рана заживает первичным натяжением.

Состояние больного с положительной динамикой. В плане продолжить консервативное лечение в условиях стационара.

Прогноз для жизни, здоровья, трудоспособности благоприятный.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования**

**Чеченский Государственный Университет**

**Медицинский институт**

**(ЛОР -статус)**

**по написанию истории болезни по**

**«Оториноларингология»**



**Грозный 2017**

## ЛОР-статус.

Нос и околоносовые пазухи.

**При осмотре:** наружный нос правильной формы, припухлостей и изменений кожных покровов в области носа не отмечается. При пальпации и поколачивании в области наружного носа и околоносовых пазух болезненности не выявлено.

При передней риноскопии: перегородка носа не изменена, слизистая оболочка носовых раковин гиперемирована, отечна в области нижней носовой раковины, справа в среднем носовом ходе отмечается скопление гнойного отделяемого. Просвет носового хода справа значительно сужен.

Носовое дыхание ослаблено, через правый носовой ход более затруднено, чем через левый. Обоняние, со слов больной, сохранено.

Глотка.

**При фарингоскопии:** слизистая оболочка полости рта бледно-розовая, без высыпаний. Зубы санированы. Язык чистый, влажный. Небная миндалина слева за дужки не выступает, справа резко увеличена (гипертрофия II степени), бледно-розового цвета, спаек с дужками нет, лакуны без патологических изменений, при надавливании на переднюю дужку патологического отделяемого нет. Дужки бледно-розового окраса, патологических изменений не определяется. Слизистая оболочка задней стенки глотки розового цвета, блестящая, влажная. Лимфоидные гранулы не видны.

Регионарные лимфатические узлы не пальпируются.

При задней риноскопии: свод свободен, дифференцируются устья слуховых труб. Задние концы носовых раковин не увеличены, глоточная миндалина не изменена.

**При гипофарингоскопии:** слизистая оболочка валекул, надгортанника бледно-розовой окраски, не инфильтрирована. Грушевидные синусы свободны.

**Гортань.**

Дыхание осуществляется свободно. Гнусавости голоса не определяется.

При наружном осмотре: нормальной формы, при пальпации хрящи гортани подвижны, ощущается крепитация.

**При непрямой ларингоскопии:** слизистая оболочка надгортанника, черпалонадгортанных и вестибулярных складок бледно-розовая, не инфильтрирована. Края голосовых складок беловатого цвета, движения их симметричны. Во время фонации смыкаются полностью. Подскладочное пространство, видимый отдел трахеи не изменены

**Уши.**

AD:

Кожа ушной раковины бледно-розовой окраски, рельеф не изменен, надавливание на козелок безболезненно.

При наружном осмотре кожа области сосцевидного отростка бледно-розовой окраски, отечности нет, пальпация безболезненна.

При отоскопии: наружный слуховой проход широкий, инфильтрации стенок

не наблюдается. Отмечается незначительное скопление серы. Барабанная перепонка не изменена, серовато-белого цвета с перламутровым оттенком. На поверхности барабанной перепонки видны следующие опознавательные элементы: пупок, световой конус, рукоятка молоточка, короткий отросток молоточка, передние и задние складки. Перфораций и рубцов не обнаружено. Слуховая труба проходима.

AS:

Кожа ушной раковины бледно-розовой окраски, рельеф не изменен, надавливание на козелок безболезненно.

При наружном осмотре кожа области сосцевидного отростка бледно-розовой окраски, отека нет, пальпация безболезненна.

При отоскопии: наружный слуховой проход широкий, инфильтрации стенок не наблюдается. Отмечается незначительное скопление серы. Барабанная перепонка не изменена, серовато-белого цвета с перламутровым оттенком. На поверхности барабанной перепонки видны следующие опознавательные элементы: пупок, световой конус, рукоятка молоточка, короткий отросток молоточка, передние и задние складки. Перфораций и рубцов не обнаружено. Слуховая труба проходима.

### Слуховой паспорт.

AD	ПАРАМЕТРЫ	AS
-	Шум в ухе	-
6 метров	Шепотная речь	6 метров
	Разговорная речь	
+	Опыт Ринне	+
= AS	Опыт Вебера	= AD
+	Опыт Желле	+
	Звукопроводимость	
60 сек	С128 воздушная	60 сек
30 сек	С128 костная	30 сек

(Пример) Заключение: Нарушений звуковосприятия и звукопроводения не выявлено.

### Вестибулометрия:

- Головокружение, рвоты, потери равновесия – нет.
- Спонтанный нистагм – нет.
- Спонтанное отелонение рук - не выявлено
- Пальценосовая проба – в норме.
- Пальцепальцевая проба – в норме.
- В позе Ромберга устойчива
- Прямая походка не изменена.
- Фланговая походка не нарушена.
- Адиадохокинез не выявлен.

(Пример) Заключение: вестибулярных расстройств нет, возбудимость вестибулярного аппарата нормальная, симметричная.

## **Диагноз и его обоснование**

На основании жалоб больного, анамнеза заболевания, анамнеза жизни, общего и локального статуса, методов дополнительных обследований и лабораторных данных следует сформулировать клинический диагноз и доказать его.

Постарайтесь соблюдать следующую последовательность действий:

- Выделите патологические признаки в базе данных больного (жалобы, данные анамнеза, объективного обследования, лабораторные данные)
- Установите, с какой анатомической областью, и с каким органом связаны эти изменения
- Постарайтесь на основании имеющихся данных установить характер патологического процесса (функциональное расстройство, воспаление, и тд.)
- Подумайте, при каких известных вам заболеваниях наблюдается этот процесс
- Исключите заболевания, в рамки которых полученные вами данные не укладываются
- Сравните заболевания, которые в той или иной степени объясняют выявленные у больного симптомы, и поставьте наиболее вероятный диагноз
- Обосновывать следует полный клинический диагноз, то есть не только основное заболевание, но и его стадию, степень, осложнения и сопутствующую патологию.
- В идеальном варианте клинический диагноз должен полностью соответствовать заключительному или послеоперационному диагнозу

## **Предварительный диагноз**

На основании данных полученных при осмотре и клиническом обследовании больного вы должны сформулировать предварительный диагноз. Диагноз формулируется по единым правилам и включает основное заболевание, его осложнение и сопутствующее заболевание.

Кроме того, для себя необходимо очертить круг заболеваний, с которыми следует дифференцировать наблюдаемую патологию, а так же необходимые обследования, выполнение которых позволит подтвердить или отвергнуть предварительный диагноз.

**(Пример)** Клинический диагноз: Хронический правосторонний гнойный гайморит.

## **Обоснование диагноза:**

Диагноз хронического правостороннего гнойного гайморита можно поставить основываясь на: характерных жалобах больной на волнообразное течение болезни, характеризующееся чередованием периодов ремиссии и обострения процесса, на затруднение носового дыхания, особенно справа, наличия гнойных выделений из носа, боли в проекции правой верхнечелюстной пазухи, возникающие во второй половине дня из-за не достаточного оттока гнойного секрета через соустье, расположенного у верхней стенки пазухи; данных передней риноскопии: гиперемия и отек слизистой

оболочки в области нижней носовой раковины справа, скопление гнойного отделяемого в среднем носовом ходе, сужение просвет носового хода справа.

### **Дифференциальный диагноз.**

Для этого выберете не менее 2 заболеваний (рассуждения необходимо проводить в связи с больным, а не отвлеченно), при которых могут наблюдаться подобные патологические симптомы. При этом необходимо помнить, что ряд заболеваний могут протекать атипично и соответственно требовать определенных диагностических мероприятий для подтверждения или исключения данного заболевания. Попробуйте сформулировать жалобы, данные анамнеза или симптомы, не вписывающиеся в клиническую картину установленного вами заболевания, и приведите необходимые методы обследования, способствующие разрешению возникших диагностических вопросов.

Для установки правильного диагноза в данном случае могут помочь: характер жалоб (приведите характерные отличия жалоб при каждом заболевании), данные анамнеза, данные объективного обследования (отличительные симптомы для каждой из патологий), данные лабораторных и биохимических), необходимые диагностические мероприятия и методы обследования, с указанием ожидаемых результатов.

### **Необходимо проводить с: (пример)**

Хроническим полипозным гайморитом при котором при передней риноскопии определяются полипы (доброкачественные образования с гладкой поверхностью голубовато-серой окраски) в среднем носовом ходе. На рентгенограмме околоносовых пазух определяется пятнистость верхнечелюстных пазух.

Фронтитом при котором пациенты предъявляют жалобы на головную боль в области лба, ощущение тяжести в проекции лобных пазух (усиливающиеся утром). При передней риноскопии определяются гнойные или слизистого характера выделения в среднем носовом ходе. На рентгенограмме определяется гомогенное затемнение одной или обеих пазух.

Этмоидитом при котором пациентов беспокоит заложенность носа, гнойные или слизистые выделения, ощущение тяжести у корня носа, головная боль в области лба. При передней риноскопии определяется отечность слизистой оболочки в области среднего носового хода, скопление гнойного секрета. На рентгенограмме видно затемнение ячеек решетчатого лабиринта.

Сфеноидитом при котором пациентов беспокоит боль в затылочной области, ощущение. Что голова находится в тесной каске, нарушение сна, головокружение и шаткость при ходьбе, слабость, ослабление памяти. При осмотре можно выявить офтальмоплегия, птоз, экзофтальм, слезотечение. При задней риноскопии выявление стекания гноя по задней стенке носоглотки, при отсутствии изменений при передней риноскопии.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования**

**Чеченский Государственный Университет**

**Медицинский институт**

**STATUS LOCALIS (OPHTHALMICUS)**

**по написанию истории болезни по**

**«Офтальмология»**



**Составитель:**

**Абдулаева М.А. - к.м.н., доцент кафедры «Факультетская хирургия»**

**Грозный 2017**

## STATUS LOCALIS (OPHTHALMICUS)

Описывается состояние каждого глаза в отдельности, если даже больной жалуется только на левый глаз, описание в истории болезни в локальном статусе начинается с правого глаза.

	OCULUS DEXTER	OCULUS SINISTER
ОСТРОТА ЗРЕНИЯ	0.1 с корр. = 1.0<	l/oo p.l.certa
РЕФРАКЦИЯ	-2,0 sph, - 0,5 cyl, ax 60	(Миопия сл. ст., астигматизм)
ЦВЕТООЩУЩЕНИЕ	Норм. трихромазия	Протанопия
ТЕМНОВАЯ АДАПТАЦИЯ	Не нарушена,	Гемералопия
ПОЛЕ ЗРЕНИЯ При наличии очаговых дефектов (скотом) - изобразить их на схеме.		
ХАРАКТЕР ЗРЕНИЯ	Бинокулярное, монокулярное, одновременное	
ВГД	17-27 мм рт.ст. (по данным тонометрии)	Тп, (Т+1, Т-3 ...) (пальпаторно)
ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ ЦИЛИАРНОГО ТЕЛА	Болезненная при пальпации	Безболезненная
ДВИЖЕНИЕ ГЛАЗА И ЕГО ПОЛОЖЕНИЕ В ОРБИТЕ.	Ограничение движения по направлениям экзо-, энофтальм,	Сходящееся, расходящееся паралитическое, содружественное косоглазие (угол отклонения)
ВЕКИ	Состояние кожи, век, подвижность, жность, рухомість,	Положение
ГЛАЗНАЯ ЩЕЛЬ,	Сужена, S-образная.	Не смыкается.
СЛЕЗНЫЕ ОРГАНЫ	Слезотечение, сухость глаза,	Положение слезных точек
КОНЬЮНКТИВА	Прозрачность, инъекция сосудов глазного яблока	
СКЛЕРА	Инъекция сосудов глазного яблока	
ЛИМБ	Наличие новообразований, дистрофических изменений, ширина,	Состояние микрососудов
РОГОВИЦА	Форма, размер, прозрачность, преципитаты.	Чувствительность
ПЕРЕДНЯЯ КАМЕРА	Глубина, прозрачность, содержание,	Равномерность...

РАДУЖКА	Цвет, рельеф, состояние и реакция зрачка	
РЕФЛЕКС С ГЛАЗНОГО ДНА	Цвет, равномерность, наличие помутнений	
ХРУСТАЛИК	Форма, положение, прозрачность,	Искусственный хрусталик
СТЕКЛОВИДНОЕ ТЕЛО	Прозрачность, наличие помутнений	Кровоизлияние (частичный гемофтальм)
ГЛАЗНОЕ ДНО	Цвет, четкость границ, уровень ДЗН, наличие и относительные размеры экскавации, состояние и соотношение сосудов (калибр, извитость), состояние сетчатки (центр, периферия, наличие очаговых изменений(геморагии, воспаление, др.)	

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования**

**Чеченский Государственный Университет**

**Медицинский институт**

## **МЕТОДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ**

**по написанию истории родов и история болезни по гинекологии**



**Составитель:**

**Мусаева Я.В.** - и.о зав.кафедрой «Акушерства и гинекология» к.м.н.,  
доцент.

**Грозный 2017**

## СХЕМА НАПИСАНИЯ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ ПО ГИНЕКОЛОГИИ

### Критерии оценки клинической истории болезни:

1. Полнота сбора информации, полученной из жалоб и анамнеза больной.
2. Полнота сбора информации, полученной при физикальном исследовании больной.
3. Логичность и обоснованность постановки предварительного диагноза.
4. Логичность и обоснованность составления плана лабораторного и дополнительного обследования больной
5. Логичность, грамотность, полнота проведения дифференциального диагноза не менее чем с двумя заболеваниями, умение использовать свои теоретические знания для анализа патологического процесса у конкретной больной.
6. Логичность и грамотность обоснования окончательного диагноза с клиническим толкованием лабораторных, инструментальных и других методов исследования.
7. Умение составить прогноз в отношении курируемой больной.
8. Умение написать эпикриз.
9. Умение указать использованную дополнительную литературу.

**1. Паспортная часть.** Фамилия, имя, отчество. Возраст.

Профессия и место работы (профессиональные вредности). Адрес.

Время поступления в клинику.

Диагноз предположительный (при поступлении).

Диагноз заключительный.

Оперативные вмешательства.

Последующее изложение истории болезни начинается с новой страницы.

**2. Жалобы.** Перечисляются на момент курации, Сначала описывается, что больную беспокоит больше всего. Далее указываются жалобы на момент поступления.

Особое внимание необходимо обратить на общее самочувствие больной.

При этом нельзя ограничиваться одним сообщением больной, следует обязательно проводить дополнительный опрос, активно выясняя данные об изменении самочувствия.

**Должны быть оценены следующие группы жалоб:**

- боли (характер, локализация, время появления, иррадиация);
- патологические выделения (бели): характер, количество, продолжительность;
- нарушение функции соседних органов: частое, болезненное, затрудненное мочеиспускание, недержание мочи, поносы, запоры;
- нарушение функции половых органов: менструальной, половой, детородной.

3. Течение данного заболевания. В этом разделе отражается начало заболевания и его динамика до момента взятия на курацию.

**В процессе расспроса** необходимо получить ответы на следующие вопросы: когда, где и при каких обстоятельствах заболела; как началось заболевание (остро, постепенно); каковы причины заболевания, по мнению больной. Устанавливается возможное влияние на возникновение и течение заболевания условий внешней среды (профессиональных, бытовых, климато-погодных факторов), физического или психоэмоционального перенапряжения, интоксикаций, погрешности в диете, инфекционных заболеваний (аденовирусной инфекции, гриппа, ангина).

- каковы первые признаки болезни; когда и какая оказана первая медицинская помощь, ее эффективность. Какие изменения в состоянии больной произошли от момента начала заболевания до настоящего времени (динамика жалоб больной);

- в случае хронического течения заболевания в хронологической последовательности описать рецидивы болезни и их проявления, также периоды ремиссии, их длительность;

- какие исследования проводились больной, их результаты. При возможности используются амбулаторная карта, выписки из истории болезни, рентгенограммы, ЭКГ и другие документы;

- какое применялось лечение на различных этапах заболевания, его эффективность;

- что явилось причиной настоящего ухудшения, подробно описать основные симптомы его проявления;

- как изменилось состояние больного за время пребывания в стационаре до момента консультации больной (конкретно по выраженности и характеристике симптомов).

### **3. Анамнез жизни.**

Краткие биографические данные: место рождения, каким по счету ребенком, как росла и развивалась, учеба, специальность.

Трудовой анамнез: начало трудовой деятельности, профессия, её перемены, условия труда, производственные вредности.

Жилищно-бытовые условия в различные периоды жизни больной, состав семьи. Питание: режим, регулярность, характер пищи - ее разнообразие, калорийность. Перенесенные заболевания, травмы, операции, контузии, ранения.

Эпидемиологический анамнез: контакт с инфекционными больными, контакт с больными, перенесшими вирусный гепатит «В» и «С». Туберкулез, венерические заболевания, указываются тяжесть и продолжительность болезни, осложнения, лечебные мероприятия. Вредные привычки.

Семейный анамнез и наследственность: родители, братья, сестры, дети - их здоровье, причины смерти. Наследственные заболевания.

Отягощенность анамнеза: алкоголизм, злокачественные новообразования, эндокринные и психические заболевания, экстрагенитальные заболевания.

Аллергологический анамнез: наличие аллергических заболеваний у боль-

ной, ее родственников и детей, реакции на переливание крови, введение сывороток, вакцин и прием медикаментов (каких и когда). Переносимость различных пищевых продуктов, напитков (пищевая аллергия), косметических средств, запахов, а также пыльцы различных растений. Выяснить реакцию на контакт с различными животными, одеждой, шерстью, домашней пылью, постельными принадлежностями.

#### **4. Акушерско-гинекологический анамнез:**

- **менструальная функция:** Начало месячных, реакция на появление первой менструации (менархе), особенности становления менструального цикла, тип и характер менструального цикла (длительность менструального цикла, продолжительность менструации, количество теряемой крови, болезненность и др.). Изменения менструального цикла в связи с началом половой жизни, родами, выкидышами, перенесенными гинекологическими заболеваниями. Дата последней менструации

- **детородная функция:** Общее количество беременностей. Подробно описать об исходе и течении каждой беременности - какая по счету, год, исход (аборт, выкидыш, роды (преждевременные, срочные, запоздалые, осложнения, операции и пособия). На какие сутки после родов выписана. Сколько живых детей? Масса ребенка при каждом роде. Были ли мертворождения (смерть плода - антенатально, интранатально, постнатально, на какие сутки). Причина смерти. В отношении абортов указать: самопроизвольный или искусственный, при каком сроке. При самопроизвольном аборте указать было ли последующее выскабливание полости матки. Отметить осложнения при операции аборта.

- **секреторная функция:** Указать секрецию из молочной железы, секрецию из половых путей, отмечая в случае патологической секреции количество (скудные, умеренные или обильные) и характер секрета (слизистые, гнойные, наличие примесей крови и пр.), отметить зависимость патологической секреции от времени суток и периода менструального цикла.

- **половая функция:** Возраст начала половой жизни, через какое время после начала регулярной половой жизни наступила беременность, какой по счёту брак. Сопоставление времени начала половой жизни и даты наступления первой беременности. Здоровье мужа, возраст. Полноценность полового влечения (либидо), удовлетворенность половой жизнью, нет ли болей и кровянистых выделений при половых сношениях. Способы предохранения от беременности;

- **гинекологические заболевания в анамнезе:** С чем связывает больная перенесенные заболевания (с началом половой жизни, простудой, родами, выкидышами и другими причинами).

#### **5. Объективное обследование.**

Общее состояние: удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое, очень тяжелое, крайне тяжелое.

Сознание: ясное, нарушенное (ступор, сопор, кома - обосновать).

Положение больного: активное, вынужденное (какое именно), пассивное.  
Выражение лица: спокойное, возбужденное, страдальческое, маскообразное. Телосложение: нормостеническое, гиперстеническое, астеническое.  
Рост в см, масса тела в кг.

- **кожные покровы:** Окраска кожных покровов: бледно-розовая, красная, бледная, цианотичная (указать места наиболее выраженного цианоза), желтушная (резко выраженная, слабо выраженная или ясно выраженная).

Окраска видимых слизистых.

Чистота кожных покровов - определяется, нет ли сыпи, кровоизлияния, расчесов, рубцов, шелушения, ангиом с указанием места и подробного описания их.

Влажность кожных покровов.

Эластичность кожи - повышенная, нормальная, пониженная.

Волосной покров: его развитие на голове, лице, в подмышечной области, на лобке; ломкость, выпадение волос (локализация), поседение, чрезмерное оволосение - гирсутизм. Тип оволосения: женский, мужской, смешанный.

Ногти: их форма, ломкость, исчерченность.

- **подкожная клетчатка:** Определяется степень развития подкожной клетчатки: умеренная, слабая, чрезмерная (указать где).

Определяется равномерность развития подкожно-жирового слоя.

Отеки: общие, местные, распределение их (на пояснице, на ногах), а также общие с большей выраженностью на лице.

Определяются отеки выраженные (анасарка), незначительные (пастозность).

- **лимфатическая система:** Лимфатические узлы необходимо прощупать: околоушные, подчелюстные, шейные, яремные, надключичные, подмышечные, локтевые, паховые, при положительном результате ощупывания определение их: величины, консистенции, болезненности, подвижности, сращение с другими органами или между собой, а также с кожей.

- **мышечная система:** Боли самостоятельные или возникающие при движениях.

Общее развитие мышечной системы, хорошее, умеренное, слабое.

Болезненность при пальпации с указанием места болезненности.

Тонус: нормальный, повышенный, пониженный. Уплотнения.

Местные гипертрофии, атрофии.

- **костная система:** Боли, их характер и сила. Время их наибольшей интенсивности (ночные боли). Исследование костей черепа, позвоночника, грудной клетки, таза, конечностей: искривления, утолщения, болезненность при пальпации и поколачивании. • **суставы:** Боли, их характер и сила. Изменение конфигурации: припухлость, утолщения. Определить объем активных и пассивных движений, имеется ли при этом болезненность или хруст. Состояние кожных покровов над суставами.

- **система дыхания:** Дыхание через нос: свободное, затрудненное, полная невозможность дыхания через нос, ощущение сухости в носу

Отделяемое из носа. Носовые кровотечения: время их появления.

Потеря обоняния. Голос: громкий, тихий, чистый, сиплый, отсутствие голоса (афония). Форма грудной клетки: коническая, цилиндрическая, эмфизематозная (бочкообразная), рахитическая, куриная, воронкообразная.

Деформация и ас-симметрия грудной клетки.

Одновременность (синхронизм) движений грудной клетки при сравнении ее обеих половин спереди и сзади.

Участие вспомогательной дыхательной мускулатуры в акте дыхания.

Число дыханий в минуту. Одышка. Ритм дыхания.

Эластичность грудной клетки. Голосовое дрожание: неизменное, усиленное, ослабленное (с точным указанием локализации). Сравнительная перкуссия легких. Звук ясный (легочный), притуплённый, тупой, коробочный, тимпанический с точным определением границ каждого звука в вертикальном направлении (по ребрам, межреберьям) и в горизонтальном направлении (по топографическим линиям).

Подвижность нижнего края - указать по каждому легкому суммарную подвижность по среднеключичной, средне-подмышечной и лопаточной линиям.

Аускультация легких. Характер дыхания: везикулярное нормальное, ослабленное, усиленное, жесткое, бронхиальное, амфорическое, отсутствие дыхательного шума - с точным описанием границ каждого вида дыхания.

Хрипы: сухие низкого тона (басовые), высокого тона (дискантовые).

Влажные: звонкие, не звонкие, мелко-, средне-, крупнопузырчатые.

Крепитация. Точное обозначение места выслушивания каждого вида хрипов или крепитации. Шум трения плевры, места выслушивания. Бронхофония (сравнительная аускультация голоса). Голосовой шум, одинаковый с обеих сторон, ослабленный или усиленный с одной стороны, с точной локализацией найденных изменений.

• **система кровообращения:** Осмотр сосудов шеи: набухшие вены, пульсация сонных артерий, пульсация вен, сосуды шеи не изменены.

Осмотр области сердца: сердечный горб. Сердечный толчок.

Верхушечный толчок с указанием межреберья, где он виден, и его отношение к ближайшей линии. Ощупывание сердечной области. Определение ощупыванием: места верхушечного толчка с указанием межреберья и его отношения к ближайшей линии (в качестве границы указывается его крайняя левая и крайняя нижняя точки), сила толчка (не усиленный, усиленный, сотрясающий или приподнимающий), площадь распространения (ограниченный, разлитой).

Границы относительной тупости сердца.

Поперечный размер относительной тупости сердца (вправо и влево от срединной линии до соответствующей точки относительной тупости сердца) в сантиметрах.

Тоны сердца. Число сердечных сокращений в минуту.

Ритм сердечных сокращений: экстрасистолия, мерцательная аритмия.

Шумы и их отношение к фазам сердечной деятельности.

Характер, сила, тембр и продолжительность шума.

Шум трения перикарда (место выслушивания). Исследование сосудов. Осмотр и ощупывание лучевой, сонной, бедренной артерии и артерий стопы: неизвитые, мягкие, жесткие, узловатые. Пульс- одинаковый или различный на правой и левой руках. Ритм: правильный, неправильный (указать тип аритмии).

Частота: число ударов в минуту. При аритмии определить дефицит пульса. Наполнение: полный, нитевидный. Напряжение: напряженный. Скорость (форма) пульса. Капиллярный пульс. Определение артериального давления по методу Короткова.

• **система пищеварения:** Полость рта: запах обычный, гнилостный, каловый, аммиака, яблок и др. Язык окраска, влажность, выраженность сосочкового слоя, необычный рисунок, наличие налета обложенный язык (локализация, цвет, толщина), воспаление (глоссит), трещины, язвочки, отпечатки зубов. Слизистая оболочка внутренней поверхности губ и щек, твердого и мягкого неба.

Наличие на ней пигментации, кровоизлияний, налетов, трещин, изъязвлений. Зубы: кариозные зубы, зубные протезы. Десны: окраска, наличие кровоточивости, гнойных выделений, афт, пигментации. Зев: окраска слизистой, наличие отека.

Миндалины: гипертрофия, атрофия, наличие налетов, гнойных включений, состояние лакун. Осмотр живота: конфигурация, наличие выпучиваний, втяжения (указать локализацию по топографическим зонам), участие брюшной стенки в акте дыхания, видимая пульсация или перистальтика (указать локализацию), наличие подкожных сосудистых анастомозов (их локализация, направление тока крови в них), наличия рубцов (указать их локализацию и протяженность, причину их возникновения). Грыжа (какая). Перкуссия живота. Описать степень выраженности тимпанита. Определение свободной и осумкованной жидкости в брюшной полости, наличие симптома флюктуации. Поверхностная ориентировочная пальпация живота.

Влажность кожных покровов, болезненность, резистентность и мышечная защита (указать локализацию). Наличие расхождения прямых мышц живота, симптома раздражения брюшины (Щеткина-Блюмберга), зон кожной 5 гипералгезии. Глубокая методическая скользящая пальпация - последовательное прощупывание сигмовидной, слепой кишки, терминального отдела тонкой (подвздошной) кишки, червеобразного отростка, отделов ободочной кишки, большой кривизны желудка, их форма, поверхность, толщина, консистенция, подвижность, наличие шума плеска, урчания, болезненности. Спаянность с окружающими тканями. Пальпация печени. Если печень пальпируется, то необходимо дать характеристику ее нижнего края (острый, закругленный, безболезненный, болезненный, плотный, мягкий) и поверхность печени (гладкая, бугристая, зернистая, шероховатая и т.д.). Исследование поджелудочной железы. Исследование селезенки. Определение верхней и нижней границы поперечника (с указанием ребер) и длинника селезенки. Размеры длинника и поперечника селезенки обозначаются в санти-

метрах. Определяют консистенцию (плотная, мягкая), характер поверхности (гладкая, неровная), наличие вырезки, болезненность. Определение шума трения брюшины. Характер и регулярность стула.

- **система мочеотделения:** Осмотр области почек: гиперемия и припухлость. Исследование почек. Метод поколачивания - оценка симптома Пастернацкого с обеих сторон. Пальпация почек, следует отметить состояние нижнего полюса правой почки по отношению к левой, если смещение почек - определить консистенцию, наличие и степень болезненности. Мочевой пузырь. Перкуссия мочевого пузыря с обозначением при положительном результате выстояния верхней границы над лобком в см. Характеристика мочеиспускания.

- **эндокринная система:** Исследование щитовидной железы: величина - нормальная, увеличенная вся или правая, средняя или левая доля с указанием степени увеличения (немного увеличена, ясно увеличена, резко увеличена). Консистенция, поверхность, болезненность при ощупывании. Наличие экзофтальма, глазных симптомов (Мебиуса, Грефе, Штельвага), мелкого тремора пальцев вытянутых рук, повышенного блеска или тусклости глазных яблок и др.

- **нервно-психическая сфера:** Головные боли: их локализация, сила, продолжительность, характер, сопровождающие явления, причины их вызывающие, успокаивающие. Время, когда преимущественно ощущаются. Головокружение: его сила, характер, продолжительность, причины его вызывающие. Обмороки. Исследование вегетативной нервной системы. Кожа - дермографизм в его различных видах. Степень работоспособности. Сон: переход от бодрствования ко сну, самочувствие после дневного и ночного сна, характер и глубина сна, продолжительность сна. Интеллект. Соответствует уровню развития Ослабление интеллектуальных функций: ослабление внимания, снижение памяти, нарушение критики, сужение круга интересов. Эмоционально-волевая сфера. Настроение ровное, неустойчивое. Легкая возбудимость, вялость, апатия, слабодушие, тревожная мнительность, депрессия, эйфория.

## **6. Гинекологический статус:**

- **данные осмотра наружных половых органов:**

Оценивается состояние и величина малых и больших половых губ, состояние кожных покровов, тип оволосения на лобке, наличие варикозного расширения вен наружных половых органов, состояние слизистых оболочек (сочность, цвет), величина клитора, наружное отверстие мочеиспускательного канала, девственная плева, состояние промежности, наличие патологических процессов (воспаление, опухоли, изъязвления, кондиломы, свищи, рубцы). Обращают внимание на зияние половой щели, предложив женщине потужится, определяют, нет ли опущения или выпадения стенок влагалища и матки.

- **данные осмотра в зеркалах:** Оценивается величина (гипертрофия, гипоплазия) и форма влагалищной части шейки матки (коническая у нерожав-

ших женщин, цилиндрическая – у рожавших), поверхность (бугристая, гладкая), положение, форма наружного зева (точечная, щелевидная), подвижность, а также наличие рубцовых деформаций (вследствие разрывов во время родов или диатермоэлектрокоагуляцией, эктопий, опухолей), изменения в области наружного маточного зева (эрозия, полипы, опухолевые разрастания). Состояние слизистой влагалищной части шейки матки. Оценка слизистой влагалища, ее складчатости, целостности, анатомических изменений (врожденных и приобретенных). Описывается наличие или отсутствие признаков воспаления (гиперемия, отек слизистой, везикулы, эрозии), объемных образований, патологии сосудов, изменений цвета. Описывается количество выделений, цвет, консистенция, запах.

• **данные влагалищного исследования:** Оценивают емкость влагалища, состояние сводов, отмечают любые объемные образования и анатомические изменения. Пальпируют положение шейки матки, консистенцию (обычная, размягченная при беременности, плотная при раке, старческом склерозе), подвижность и болезненность, отмечая ее наличие при смещении шейки матки. \* Отмечают положение матки, ее размеры, форму и консистенцию, симметричность, степень подвижности, наличие болезненности при пальпации, взаимоотношения шейки и тела матки, обращают внимание на объемные образования (если обнаружены объемные образования, описывают их число, форму, локализацию, консистенцию, болезненность и подвижность). Описывается состояние придатков матки. Если определяется объемное образование придатков матки, оценивают их положение относительно шейки и тела матки, форму, консистенцию, болезненность и подвижность. Оценивается состояние параметральной клетчатки - наличие объемных образований, инфильтрации и болезненности;

• **ректальные исследования:** Осматривают задний проход и окружающую кожу, промежность и крестцово-копчиковую область. Обращают внимание на патологические изменения: следы расчесов на промежности и перианальной области, анальные трещины, наружные геморроидальные узлы, эпителиальный копчиковый ход. При исследовании заднепроходного канала отмечают: тонус сфинктеров заднего прохода, болезненность и объемные образования матки, ее придатков и прямокишечно-маточного углубления. 8. Диагноз предположительный и его обоснование. Предварительный диагноз ставится на основании жалоб, данных анамнеза заболевания, анамнеза жизни и результатов объективного обследования. Искусство постановки диагноза зависит от умения наблюдать симптомы, группировать их в синдромы, соблюдая принцип от симптома к синдрому, от синдрома к диагнозу. Среди выявленных при опросе и смотре симптомов различают решающие, опорные и наводящие. К решающим симптомам относят специфические, патогномичные проявления болезни. Опорные симптомы характерны для данного заболевания, но встречаются и при некоторых других болезнях. Наводящие симптомы наблюдаются при многих заболеваниях. Для того, чтобы обоснование диагноза звучало убедительно, необходимо использовать лишь типичные для этого заболевания проявления и признаки, обобщая

и резюмируя их. При этом недопустимо повторное, последовательное изложение анамнеза и других данных (приложение 3)

**Диагноз должен включать:**

- основное заболевание, которое явилось причиной госпитализации;
- осложнение, обусловленное основным заболеванием;
- сопутствующее заболевание, патогенетически не связанное с основным;
- осложнение, обусловленное сопутствующим заболеванием.

**7. План обследования.**

Необходимо наметить план обследования, включающий лабораторные и инструментальные методы диагностики, консультации других специалистов.

**8. Данные дополнительных методов исследования.**

Оцениваются изменения в периферической крови и моче.

Результаты бактериологического исследования влагалищного содержимого и белей. Результаты цитологических, гистологических и гормональных исследований

Данные иммунологических реакция (реакция Вассермана, Torch-комплекс, определение хориального гонадотропина и т.д.).

Данные рентгеноскопии и рентгенографии, ультразвукового исследования. Результаты пункции заднего свода, лапароскопии и других дополнительных исследований. Заключение о состоянии здоровья больной специалистом (терапевта, хирурга, уролога, невропатолога).

Необходимо указать отклонения от нормы и указать причину этих изменений.

**9. Дифференциальный диагноз.**

Проводится конкретно в отношении заболевания у курируемой больной. Сначала необходимо перечислить заболевания, с которыми куратор считает необходимым проводить дифференциальный диагноз. С каждым из заболеваний дифференциальный диагноз проводится следующим образом: следует перечислить общие симптомы, которые имеются у курируемого больного и могут быть при заболевании, с которым проводится дифференциация, т.е. обосновывается необходимость включения в число дифференцируемых. Затем отмечаются различия в клинической симптоматике с использованием анамнестических данных, объективного обследования, результатов лабораторного исследования. Дифференциальный диагноз следует излагать подробно, развернуто, в повествовательной форме, не менее чем с двумя заболеваниями.

В случае, если поставить окончательный диагноз невозможно, сформулировав предварительный диагноз, перечислите мероприятия, которые нужны для окончательного распознавания болезней.

**10. Заключительный клинический диагноз.**

Основные заболевания, сопутствующие заболевания, осложнения.

**11.Лечение.** Режим. Диета. Этиопатогенетическое лечение.

Симптоматическое лечение. Общеукрепляющее лечение. При оформлении плана лечения подбирается наиболее приемлемый для конкретной больной лекарственный препарат, описывается механизм действия и показания для назначения, выписываются рецепты. Физиотерапевтическое и санаторно-курортное лечение. Обоснование необходимости хирургического лечения, наиболее радикального вмешательства и его план. Основные моменты операции.

**12.Дневник.** Ежедневные записи, отражающие состояние здоровья. Клинические проявления заболевания, динамика лабораторных показателей, а также характер диагностических и лечебных мероприятий

**13.Прогноз и его обоснование.** На основании динамики заболевания, возраста больного, наличия сопутствующих заболеваний, вредных привычек, условий жизни, профессии заболевшего необходимо дать конкретное обоснование прогноза для выздоровления, жизни и трудоспособности

**14.Эпикриз.** Представляет собой выписку из истории болезни и должен в возможно краткой форме заключать в себе все основное содержание истории болезни. - В эпикризе кратко излагается паспортная часть, жалобы больной и их характеристика, история развития заболевания, история жизни (факты, имеющие отношение к данному заболеванию), клинические признаки болезни, основные данные лабораторных и инструментальных исследований, подтверждающих диагноз. Затем ставится диагноз и проводимое лечение, результаты лечения, изменения в состоянии больного за время лечения. При выписке больной необходимо определить прогноз в отношении выздоровления, дать оценку трудоспособности с учетом ее профессии и места работы, рекомендации в отношении дальнейшего диспансерного наблюдения, лечения и профилактики рецидивов болезни.

**15.Графическое дополнение к истории болезни.** Температура, пульс, АД, диурез и стул обозначаются на отдельном листе кривыми и условными обозначениями.

**16.Список использованной литературы.** В этом разделе указываются литературные источники.

## СХЕМА НАПИСАНИЯ ИСТОРИИ РОДОВ

Ф.И.О. (пациентки)

Предварительный диагноз:

Клинический диагноз:

Заключительный диагноз:

Фамилия, имя, отчество студента группа

Время курации с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_

### ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ

Ф. И.О.

Дата и год рождения

Возраст

Адрес

Место работы, должность

Регистрирован ли брак

Дата поступления

Дата начала курации

Диагноз

### ЖАЛОБЫ

В данном разделе необходимо отразить субъективные ощущения беспокоящие пациентку во время первичного осмотра, записываются со слов беременной. Необходимо выделить основные жалобы и второстепенные.

### ИСТОРИЯ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ (ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ БЕРЕМЕННОСТИ)

#### **Anamnesis morbi**

Раздел рекомендуется начать с указания даты начала последних месячных, затем необходимо описать течение беременности до обращения в медицинское учреждение, чаще всего в женскую консультацию или гинекологический стационар.

Дата первичного обращения и срок беременности (дата постановки на учет в женскую консультацию) указываются, по возможности, точно.

Обязательным является описание динамики наблюдения за беременной (вес, давление и т.д.)

Anamnesis morbi включает и себя сведения о проведенных обследованиях с их оценкой.

При прохождении пациенткой амбулаторного или стационарного лечения указывается диагноз, лечебные мероприятия, исход заболевания.

Прошла ли пациентка курс психопрофилактической подготовки к родам.

Заканчивая раздел, Вы указываете причины данного обращения (госпитализации).

### ИСТОРИЯ ЖИЗНИ БОЛЬНОЙ

#### **Anamnesis vitae**

В данном разделе должны быть отображены периоды жизни пациентки с указанием особенностей их течения (перечислите заболевания начиная с детства, нахождение на диспансерном учете).

Обязательно указываются условия быта и труда не только при беременности, но и за другие периоды жизни.

Отдельным пунктом выделяется: половой анамнез

Возраст начала месячных, их регулярность, длительность, субъективные ощущения во время месячных, обильность.

Паритет

Вредные привычки беременной, мужа (употребление наркотиков, алкоголя, курение).

Возраст мужа

Аллергоанамнез

Наличие в анамнезе гемотрансфузий.

### **Status praesens**

Состояние, сознание, положение. Конституция. Рост, вес до беременности и на момент госпитализации в стационар. ИМТ, температуру тела, кожный покров, видимые слизистые. Подкожно - жировая клетчатка. Периферические отеки (есть или нет, если есть - где конкретно). Лимфатические узлы. Молочные железы - оценка по Танеру, данные пальпации молочной железы, форма сосков, целостность их эпителиального покрова, характер пигментации ареолы, выделение из сосков.

Мышцы, их развитие, тонус и сила. Суставы, их конфигурация, движения.

Органы дыхания: грудная клетка, ее форма, тип дыхания. ЧДД. Перкуссия, аускультация.

Органы кровообращения: видимая пульсация. Верхушечный толчок. Границы абсолютной и относительной тупости соответствуют аускультация ЧСС = PS, его характеристика.

Артериальное давление на обеих плечевых артериях (проба с поворотом, среднее артериальное давление). Изменения периферических вен.

Органы пищеварения: живот увеличен за счет беременной матки, пальпация живота. Симптомы раздражения брюшины. Перистальтика. Печень, селезенка.

Органы мочевыделения: состояние поясничной области (сглаженность, припухлость) симптом поколачивания. Дизурические расстройства. Мочеиспускание.

Нервная система и психическая сфера: ориентация в пространстве и времени. Нарушение режима сна и бодрствования, сухожильные рефлексy.

Эндокринная система: щитовидная железа.

Оценка молочных желез по Таннеру.

### **СПЕЦИАЛЬНОЕ АКУШЕРСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ**

1. Наружный осмотр живота (отметить увеличение живота, его форму), с указанием высоты стояния дна матки и окружности живота, измеренные сантиметровой лентой.

Производится подсчет предполагаемой массы плода.

2. Наружное акушерское исследование с применением методов Леопольда Левицкого.

При описании проведения приемов описывайте цель исследования, методу у обследуемой пациентки и полученные результаты.

### 3. Наружная пельвиометрия.

Измеряем размеры

*Distancia spinarum*

*Distancia cristarum*

*Distancia trochanterica*

*Conjgets externa*

Прямой размер выхода таза

Поперечный размер выхода таза

Высота лона

Лонный угол

Ромб Михаэлиса

Индекс Соловьева.

Измерение производится самостоятельно, с оценкой каждого размера.

4. Подсчет индексов таза с оценкой каждого результата. В завершении необходимо сделать вывод о возможности ведения родов через естественные родовые пути.

### 5, Подсчет срока беременности.

Необходимо стремиться максимально объективизировать срок беременности, что возможно добиться получением результатов при подсчете наибольшим количеством способов.

По первому дню последних месячных

По дню первого обращения в женскую консультацию

По данным УЗИ необходимо помнить, что чем раньше было выполнено УЗИ, тем более достоверным является определение срока беременности. Однако при проведении УЗИ в сроке до 12 недель беременности врачом ультразвуковой диагностики может быть указан срок беременности по сроку зачатия.

По первому шевелению плода

По высоте стояния дна матки

Подобные требования предъявляются к подсчету даты родов.

### 6. Оценка пренатальных факторов риска.

Подсчет проводится по шкале пренатальных факторов с указанием пункта и соответствующего ему балла. В завершении производится суммарный подсчет и вывод (указание группы риска).

### 7. *Status qynoecologicus*

Наружный осмотр половых органов (правильность развития оволосения, наличие или отсутствие отделяемого из уретры и парауретральных ходов).

Осмотр в зеркалах (цвет слизистой, влагиалища, шейки матки. Целостность эпителия шейки матки. Наличие или отсутствие отделяемого из цервикального канала).

Влагалищное исследование.

При проведении влагалищного исследования оценивается состояние шейки

матки по Бишопу и обязательным выводом о зрелости шейки матки. Наличие или отсутствие околоплодного пузыря. Оценивается подлежащая часть.

При наличии особенностей, выявленных при влагалищном исследовании (наличие экзостозов, опухолей, достижения мыса и т.д.), они указываются. После проведения вагинального исследования всегда выставляется диагноз. Предварительный диагноз основывается на результатах полученных от сбора анамнеза и осмотра.

Этиология основного заболевания.

Патогенез основного заболевания.

План обследования.

В итоге обследования необходимо указать все диагностические мероприятия, необходимые для уточнения диагноза.

План ведения беременной.

План ведения родов.

Составляется при поступлении пациентки в стационар в сроки более 36 недель беременности.

Указывается наиболее оптимальный метод родоразрешения. Профилактика и лечение выраженных осложнений.

Данные лабораторных и инструментальных исследований.

При проведении инструментальных методов обследования необходимо принести описательную часть обследования и заключение.

### **КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ**

Диагноз строится на основании МКБ10.

На первом месте выставляется наличие беременности и ее срок.

Далее указывают патологическое предлежание плода при его наличии.

Затем следует выявление осложнений беременности. Обращают внимание ж соматические нейроэндокринные заболевания, генитальную патологию с указанием на степень ее выраженности. Отмечается наличие отягощенного акушерского (гинекологического) анамнеза.

В последнюю очередь, но так же подробно, оценивают состояние плода.

Обоснование клинического диагноза: обоснование всех пунктов, указанных в клиническом диагнозе проводите отдельно с учетом жалоб, анамнеза, полученных результатов обследований.

### **ЛЕЧЕНИЕ**

В данном разделе необходимо учитывать, что Ваши назначения применимы не нозологической единице, а к конкретной беременной.

Назначения не должны иметь противопоказаний к применению у беременных.

Применяемые препараты и схемы лечения должны быть современными.

Лекарственных препаратов не должно быть более 5 и они все должны быть совместимы.

При назначении препаратов необходимо приводить дозу препарата и кратность применения.

В академической истории болезни необходимо указать цель каждого назначения.

### **ДНЕВНИК КУРАЦИИ**

После каждого обхода необходимо отобразить состояние пациентки (АД, Рs, прибавка веса и т.д.) и состояния плода.

Течение первого периода родов отображается партограммой.

Продолжительность II-го периода.

Продолжительность III-го периода.

Оценка по Апгар.

Вес новорожденного.

Длина новорожденного.

### **ОЦЕНКА ПРЕНАТАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА В БАЛЛАХ**

Группа	№/№ п/п	ФАКТОРЫ РИСКА	Оценка в баллах
1	2	3	4
<b>I СОЦИАЛЬНО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ</b>			
	1	Возраст матери До 20 лет 30 - 34 года 35-39 лет 40 лет и более	2 2 3 4
	2	Возраст отца 40 лет и более	2
	3	Профессиональные вредности: У матери У отца	3 3
	4	Вредные привычки Мать: курение 1 пачки сигарет в день злоупотребление алкоголем Отец: злоупотребление алкоголем	1 2 2
	5	Эмоциональная нагрузка	1
	6	Рост и весовые показатели матери: Рост 150 см. и менее Вес на 25% выше нормы	2 2
		<b>СУММА БАЛЛОВ</b>	
<b>II АКУШЕРСКО - ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ</b>			
	1	Паритет (которые роды) 4-7 8 и более	1 2
	2	Аборты перед первыми настоящими родами 1 2 3 и более	2 3 4
	3	Аборты перед повторными родами или после последних родов 3 и более	2
	4	Преждевременные роды 1 2 и больше	2 3
	5	Мертворождение 1 2 и более	3 3
	6	Смерть в неонатальном периоде 1 2 и более	2 7
	7	Аномалии развития у детей	3
	8	Неврологические нарушения	2

	9	Вес доношенных детей до 2500 и 4000г и более	2
	10	Бесплодие: 2-4 года 5 лет и более	2 4
	11	Рубец на матке после операции	3
	12	Опухоли матки и яичников	3
	13	Истмико-цервикальная недостаточность	2
	14	Пороки развития матки	3
		<b>СУММА БАЛЛОВ</b>	
<b>III ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ МАТЕРИ</b>			
	1	Сердечно-сосудистые: А) пороки сердца без нарушения кровообращения Б) пороки сердца с нарушением кровообращения В) гипертоническая болезнь I-II-III степени Г) вегетосудистая дистония	3 10 2-8-12 2
	2	Заболевания почек: А) до беременности Б) обострение заболевания при беременности В) заболевание надпочечников	2 7 7
	3	Эндокринопатии: А) диабет Б) диабет родных В) заболевания щитовидной железы	10 1 7
	4	Анемия Нв (г/процентов) 9-10-11	4-2-1
	5	Коагулопатии	2
	6	Миопия и другие заболевания глаз	2
	7	Хронические специфические инфекции (туберкулез, бруцеллез, сифилис, токсоплазмоз и др.)	3
	8	Острые инфекции при беременности	2
		<b>СУММА БАЛЛОВ</b>	
<b>IV ОСЛОЖНЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ</b>			
	1	Выраженный ранний токсикоз	2
	2	Поздний токсикоз: А) водянка Б) нефропатия I-II-III степени В) эклампсия Г) преэклампсия	2 3-5-10 12 11
	3	Кровотечение в I и II половине беременности	3 - 5
	4	РН и АВО изосенсибилизации	5-10
	5	Многоводие	4
	6	Маловодие	3
	7	Тазовое предлежание плода	3
	8	Многоплодие	3
	9	Переношенная беременность	3
	10	Неправильное положение плода (поперечное, косое)	3

		СУММА БАЛЛОВ	
<b>V ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ПЛОДА</b>			
	1	Гипотрофия плода	10
	2	Гипоксия плода	4
	3	Содержание эстриола в суточной моче 4,9 мг/сут в 30 недель	3-4
	4	Изменение вод при амниоскопии	8
		СУММА БАЛЛОВ	

По сумме баллов беременные относятся к группе:

**НИЗКОГО РИСКА** - до 4 баллов

**СРЕДНЕГО РИСКА** - 5 - 9 баллов

**ВЫСОКОГО РИСКА** - 10 баллов и выше

Подписано в печать 17.08.2017 г. Формат 60x90 1/6  
У.п.л. 9.41. Бумага офисная. Печать-ризография.  
Тираж 100 экз.

---

Издательство ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет»  
Адрес: 364037 ЧР, г. Грозный,  
ул. Киевская, 33.