

# СХЕМА АКАДЕМИЧЕСКОЙ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ

## I. ТИТУЛЬНЫЙ ЛИСТ

## II. ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ

1. Фамилия, имя, отчество больного.
2. Возраст.
3. Адрес.
4. Профессия.
5. Дата поступления в клинику.
6. Даты курации.

## III. ЖАЛОБЫ

В этот раздел вносят жалобы больного, обусловленные тем основным заболеванием, по поводу которого больной госпитализирован в хирургическую клинику. Жалобам следует дать детальную характеристику и изложить их в логической последовательности. Беседуя с больным, необходимо АКТИВНО выявлять те жалобы, которые могут иметь место при данном заболевании, а больным по какой-либо причине их не упомянул. Вместе с тем будет излишним перечислять все жалобы, которые предъявляет больной, поскольку часть из них связана с сопутствующими заболеваниями. Последние нужно выносить в соответствующий раздел истории болезни (система органов дыхания, кровообращения и пр.).

Если в течение пребывания больного в клинике (до момента начала курации) жалобы изменились, необходимо выделять два подраздела: «жалобы при поступлении» и «жалобы в момент курации».

## IV. ИСТОРИЯ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

В этом разделе необходимо подробно описать начало, течение и развитие настоящего заболевания от первых его проявлений до момента осмотра больного куратором. При этом нужно стремиться выявить те факты, которые могли играть роль в этиологии и патогенезе заболевания, а также показать динамику клинических симптомов, появление осложнений, эффективность лечения и пр.

Кроме того, следует активно выявлять те симптомы, которые прошли для больного незамеченными или он сам их считает несущественными.

Таким образом, этот раздел истории болезни не должен быть простой записью рассказа больного о своей болезни. Все полученные от больного сведения должны быть подвергнуты критической оценке и изложены в свете правильного понимания механизма развития данного заболевания.

## V. ИСТОРИЯ ЖИЗНИ БОЛЬНОГО

В этот раздел вносят кратко биографические сведения в хронологическом порядке, начиная от рождения больного до поступления его в клинику: местожительство и семья, в которой родился больной, развитие в раннем детстве, учение, начало самостоятельной трудовой жизни и дальнейшей трудовой анамнез.

Менструации, замужество (женитьба), беременности, роды, аборты.

Злоупотребление алкоголем, табаком, наркотиками.

Перенесенные заболевания.

### Условия труда и быта:

- 1) условия труда, характеристика профессии, производственные вредности;
- 2) жилищные условия;
- 3) характер питания: качественная и количественная характеристика питания, его регулярность.

**Наследственность:** наличие в семье сифилиса, психических заболеваний, болезней обмена, гемофилии, туберкулеза, злокачественных новообразований, алкоголизма и др.

## VI. НАСТОЯЩЕЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНОГО

**Общее состояние больного:** удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое. Температура тела.

**Положение больного:** активное, пассивное, вынужденное.

**Телосложение:** конституция, рост, масса.

**Кожа и слизистые оболочки:** окраска (нормальная, бледная, желтушная, «землистая», синюшная), пигментация, депигментация, рубцы, расчесы, геморрагий, высыпания, сосудистые «звездочки», эластичность, влажность.

**Подкожно-жировая клетчатка:** её развитие (умеренное, слабое, чрезмерное), места наибольшего отложения жира. Наличие пастозности и отеков, их локализация и распространенность.

**Лимфатические узлы:** пальпация подчелюстных, шейных, над- и подключичных, локтевых, подмышечных и паховых лимфоузлов. При увеличении – определение величины, консистенции, болезненности, подвижности, сращение их между собой и с кожей.

**Мышцы:** степень их развития (умеренное, слабое, хорошее).

**Суставы:** изменение их конфигурации, болезненность и хруст при движении, объем активных и пассивных движений.

**Кости:** деформации, болезненность при ощупывании. Утолщение концевых фаланг пальцев рук и ног в виде «барабанных палочек».

**Осмотр и пальпация щитовидной железы, молочных желез.**

При заболеваниях щитовидной и молочной желез – эти органы подробно описываются в специальном разделе – «МЕСТНЫЙ СТАТУС».

## **VII. СИСТЕМА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ**

### **Жалобы**

1. Боли в грудной клетке: интенсивность, характер, иррадиация, связь с дыханием.
2. Одышка: характер, время возникновения, продолжительность, приступы удушья.
3. Кашель: время появления, сила, длительность, характер (сухой, с мокротой).
4. Мокрота: время её появления, количество, цвет, запах, примесь крови. Зависимость отделения мокроты от положения больного.
5. Носовые и легочные кровотечения: частота появления, продолжительность.

### **Осмотр**

Дыхание: носом, ртом, свободное, затрудненное.

Голос: охриплость, афония.

Грудная клетка: форма, симметричность, деформация, участие в дыхании, окружность. Дыхательная экскурсия грудной клетки.  
Расширение поверхностных венозных коллатералей грудной стенки.

Дыхание: тип, глубина, ритм. Число дыхания в 1 минуту.

### **Пальпация**

Выявление болезненных областей. Определение резистентности грудной клетки. Определение голосового дрожания.

### **Перкуссия**

1. Топографическая перкуссия: а) определение верхней границы легких: высота верхушек над ключицами (в сантиметрах); сзади – по отношению к остистому отростку VII-го шейного позвонка. Перкуссия полей Кренига и их измерение; б) определение нижней границы легких по линиям: срединно-ключичной, передней подмышечной, задней подмышечной, лопаточной, околопозвоночной. Слева исследование проводится, начиная от передней подмышечной линии. Подвижность нижнего края легких определяется по средней и задней подмышечным линиям с обеих сторон грудной клетки.
2. Сравнительная перкуссия. Характер перкуторного звука: обычный легочный, тимпанический, тупой, коробочный.

### **Аускультация**

Характер дыхания: везикулярное, бронхиальное, амфорическое и т.д.

Хрипы: сухие, влажные (мелко-, средне-, крупнопузырчатые).

Крепитация. Шум трения плевры.

Исследование бронхофонии на симметричных участках грудной клетки.

### **Функциональные пробы**

Проба с задержкой дыхания: Штанге и Саабразе

## **VIII. СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА**

### **Жалобы**

1. Одышка, её характер, время возникновения.
2. Сердцебиение, ощущение перебоев.

3. Боли в области сердца и за грудиной, их характер, продолжительность, иррадиация.

#### **Осмотр**

Осмотр шеи: выявление состояния артерий и вен, их патологическая пульсация.

Осмотр области сердца: выявление сердечного «горба» и патологической пульсации в области сердца; верхушечный толчок и его свойства, сердечный толчок, его местоположение и характер.

#### **Пальпация**

Пальпация верхушечного и сердечного толчка, их характеристика. Определение систологического и диастолического дрожания.

#### **Перкуссия**

Определение правой, левой и верхней границ относительной тупости сердца в сантиметрах.

Определение правой и левой границ абсолютной тупости сердца. Конфигурация сердца. Размеры поперечника сосудистого пучка.

#### **Аускультация**

Тоны сердца: громкие, приглушенные, глухие.

Детальная характеристика тонов сердца:

- 1) на верхушке сердца;
- 2) на аорте;
- 3) на легочной артерии;
- 4) на трехстворчатом клапане;
- 5) на точке Боткина.

Нарушение ритма: тахикардия, брадикардия, экстрасистолия, мерцательная аритмия и пр.

Шумы и их характеристика. Место наилучшего выслушивания шумов и их проводимость. Изменение характера и силы шума в зависимости от положения больного и физической нагрузки. Шум трения перикарда.

#### **Исследование сосудов. Свойства пульса.**

Состояние сосудистой стенки периферических артерий: эластичность, извитость, видимая пульсация.

Свойства пульса лучевых артерий: синхронность, частота, ритм, напряжение, наполнение. Дефицит пульса.

Исследование пульса на сонных, бедренных, подколенных артериях, артериях стоп. Артериальное давление.

Исследование вен нижних конечностей.

У больных с заболеваниями сосудов конечностей – подробное описание пораженной конечности выносятся в специальный раздел – «МЕСТНЫЙ СТАТУС».

### **IX. СИСТЕМА ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ**

#### **Жалобы**

1. Чувство горечи во рту, запах изо рта.
2. Аппетит (плохой, извращенный, отвращение к пище).
3. Глотание (затрудненное, болезненное).
4. Боли в животе: локализация, характер, иррадиация, зависимость от приема пищи, продолжительность, связь с актом дыхания, физической нагрузкой, средства, способствующие их облегчению.
5. Вздутие живота.
6. Диспептические явления: тошнота, изжога, отрыжка. Рвота, время её появления, характер рвотных масс (примесь желчи, примесь свежей крови, жидкости цвета «кофейной гущи», наличие в рвотных массах остатков пищи, съеденной накануне).
7. Стул: поносы, запоры, неотхождение стула и газов.
8. Характер испражнений: «дегтеобразный кал, с примесью крови и слизи, выделение крови, не смешанной с калом, форма каловых масс («лентовидный», «овечий» кал).

#### **Осмотр полости рта**

Язык: окраска, влажность, наличие налетов, глоссита, трещин, язв.

Состояние зубов: пошатывание, кариозные изменения, протезы и пр.

Десны: окраска, разрыхленность, изъязвление, некрозы.

Состояние мягкого и твердого неба: окраска, налеты, и пр. Небные миндалины.

#### **Осмотр живота**

Форма живота, его величина, участие в дыхании, асимметрия, развитие венозных коллатералей, видимая перистальтика желудка и кишечника.

Измерение окружности живота на уровне пупка.

Определение локальной болезненности в животе при помощи симптома «кашлевого толчка».

### **Пальпация**

Поверхностная ориентировочная пальпация: определение болезненности, напряжение мышц живота (диффузного и ограниченного), выявление грыж и расхождения прямых мышц живота (если у больного основным заболеванием является грыжа передней стенки, она описывается в специальном разделе – «МЕСТНЫЙ СТАТУС»).

Глубокая пальпация: характеристика различных отделов толстого кишечника (расположение, болезненность, подвижность, консистенция и пр.); при наличии в брюшной полости опухолевидного образования требуется подробное описание его (локализация, размеры, характер поверхности, консистенция, болезненность, смещаемость и пр.).

При острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости глубокая пальпация начинается с той области живота, где менее выражена болезненность. Область локализации наибольшей болезненности исследуется в последнюю очередь, определяется наличие и степень выраженности симптома Щеткина-Блюмберга, его локализация и распространенность. Исследуются симптом Ровсинга, Ситковского, Образцова, Воскресенского (при остром аппендиците), Мейо-Робсона и Воскресенского (при остром панкреатите) и др.

### **Аускультация**

Определяется характер перистальтики (усиленная, вялая, звонкая, резонирующая).

### **Перкуссия**

Перкуторно выявляется наличие свободного газа в брюшной полости (исчезновение печеночной тупости), зона высокого тимпанита (симптом Валя), наличие свободной жидкости.

### **Сукуссия**

Определение «шума плеска» (в желудке, кишечнике).

### **Печень и желчный пузырь**

Осмотр: наличие ограниченного и диффузного выбухания, пульсация,

Перкуссия: определение границ по Курлову – верхней границы – по правой срединно-ключичной линии, срединной линии и по левой реберной дуге.

Пальпация: край печени (форма, консистенция), поверхность (гладкая, бугристая, зернистая). Измерение печени по Курлову: по срединно-ключичной линии, срединной линии, по левой реберной дуге.

Пальпация области желчного пузыря: при его увеличении определение размеров, консистенции, болезненности.

Исследование симптома Ортнера и френикус-симптома.

### **Селезенка**

Осмотр: наличие диффузного или ограниченного выбухания.

Перкуссия: измерение поперечника и продольного размера.

Пальпация: край селезенки (тонкий, округлый), поверхность (гладкая, бугристая).

## **X. СИСТЕМА ОРГАНОВ МОЧЕВЫДЕЛЕНИЯ**

### **Жалобы**

1. Дизуретические явления (учащенное, болезненное мочеиспускание, непроизвольное мочеиспускание, задержка мочи и пр.).
2. Боли в области поясницы.
3. Изменение окраски мочи.

### **Осмотр области почек**

Припухлость, краснота.

### **Пальпация**

Опушение, увеличение, болезненность почек. Симптом Пастернацкого.

## **XI. НЕЙРОПСИХИЧЕСКАЯ СФЕРА**

### **Жалобы**

1. Головные боли, головокружения, шум в голове.
2. Нарушения в двигательной и чувствительной сфере.

### **Неврологическое исследование**

Сознание (ясное, спутанное).

Настроение (спокойное, подавленное, тревожное, эйфория и пр.).  
Реакция зрачков на свет. Симптомы поражения черепно-мозговых нервов  
Паралич, парезы.  
Характер дермографизма.  
Психические нарушения (бред, галлюцинация).  
Состояние зрения и слуха.

## **XII. МЕСТНЫЙ СТАТУС**

Местный статус описывается при следующих нозологических формах, изучаемых в курсе факультетской хирургии: наружные брюшные грыжи, заболевания щитовидной и молочной желез; острые и хронические заболевания сосудов конечностей, геморрой.

Следует последовательно и подробно описать данные осмотра, аускультации, перкуссии и пальпации, а также результаты специальных проб, применяемых в диагностике данного заболевания (симптом «кашлевого толчка» при грыже, маршевая проба и проба Троянова-Тренделенбурга при варикозном расширении поверхностных вен нижних конечностей, симптомы «плантарной ишемии» и «белого пятна» при облитерирующих заболеваниях артерий, глазные симптомы при тиреотоксическом зобе и пр.)

## **XIII. ВЛАГАЛИЩНОЕ И РЕКТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Проводятся в обязательном порядке у больных с заболеваниями органов брюшной полости, наружными брюшными грыжами, при заболеваниях прямой кишки.

### **Влагалищное исследование**

Форма и величина шейки матки, болезненность при её смещении. Пальпация сводов (выбухание, болезненность). Пальпация придатков и тела матки (бимануальное исследование). Выделения из половых путей.

### **Ректальное исследование**

Тонус сфинктера (нормальный, повышенный, парез сфинктера).

Предстательная железа (размеры, поверхность, болезненность).

Пальпация стенок прямой кишки (опухолевидные образования, нависание и болезненность передней стенки).

Осмотр следов кала на перчатке (свежая кровь, слизь, «дегтеобразный» кал, обесцвеченный кал).

## **XIV. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

Формулируется предварительный диагноз, который может быть поставлен на основании жалоб, анамнеза, вышеописанных данных объективного исследования. После этого определяется план обследования больного (необходимые лабораторные и инструментальные исследования, которые позволят поставить окончательный полный клинический диагноз).

## **XV. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНЫХ И СПЕЦИАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ**

В этот раздел вносятся данные анализов крови, мочи, желудочного сока, кала, результаты дуоденального зондирования, холеграфии, рентгеновского исследования желудочно-кишечного тракта и пр. Следует указывать дату, когда было произведено то или иное исследование.

## **XVI. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

В основу дифференциального диагноза следует взять основные клинические проявления заболевания, которые наблюдаются у курируемого больного, после чего перечисляются нозологические формы, имеющие сходную клиническую картину. Затем в результате последовательного сопоставления и сравнения клинических симптомов выявляются те дифференциально-диагностические признаки, которые позволяют исключить у курируемого больного каждое из вышеперечисленных заболеваний.

Следует избегать простого перечисления дифференциально-диагностических признаков, описанных в литературе. В дифференциальной диагностике необходимо основываться только на той клинической картине заболевания, которая имеется у курируемого больного.

## **XVII. ОБОСНОВАНИЕ ДИАГНОЗА**

Для обоснования диагноза должны быть последовательно использованы жалобы, данные анамнеза, объективного исследования, а также результаты лабораторных и специальных методов диагностики. Этот раздел не должен состоять из простого перечисления симптомов, характерных для данного заболевания, а должен отражать ход клинического мышления над больным. Если какой-либо из симптомов, обнаруженных у больного, не укладывается в классическую картину данного заболевания, не следует обходить его молчанием; напротив,

нужно попытаться объяснить его происхождение. Необходимо последовательно и четко обосновать не только диагноз заболевания, но также стадию процесса и имеющиеся осложнения.

В заключение формулируется полный клинический диагноз, после чего перечисляются сопутствующие заболевания (без специального обоснования), указывается шифр по МКБ основного и сопутствующего заболеваний, которые выносятся также на титульный лист истории болезни.

### **XVIII. ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ**

В этом разделе проводятся основные теоретические положения относительно этиологии и патогенеза данного заболевания и его осложнений.

Основное внимание должно быть уделено современным теориям. В заключение, используя данные истории болезни, следует подчеркнуть те факты, которые могли явиться причиной заболевания у курируемого больного.

### **XIX. ЛЕЧЕНИЕ**

В этом разделе следует осветить современные принципы лечения данного заболевания. Необходимо четко выделить консервативный и оперативный методы лечения, а также конкретно перечислить показания и противопоказания к каждому из них.

Описывая оперативный метод лечения, нужно остановиться на предоперационной подготовке, технике хирургических вмешательств (радикальных и паллиативных), ведения послеоперационного периода, ближайших и отдаленных осложнениях.

В заключение, основываясь на вышеприведенных данных, следует определить лечебную тактику по отношению к курируемому больному и описать тот комплекс лечебных мероприятий, который показан в данном конкретном случае.

### **XX. ДНЕВНИК НАБЛЮДЕНИЯ ЗА БОЛЬНЫМ**

В течение периода курации до момента сдачи истории болезни преподавателю куратор должен ежедневно записывать данные о больном, отражая в дневнике динамику течения заболевания, эффективность лечения и пр.

Запись производится соответственно нижеприведенной схеме:

Пульс..... Температура: Утренняя..... Вечерняя.....	Дневник наблюдения за больным:	Назначения: 1. Режим 2. Стол 3. Лечебное назначение 4. Анализы
--	-----------------------------------	--

Если в течении периода курации больному произведена операция, текст последней, взятый из клинической истории болезни, вписывается после дневника за соответствующее число.

### **XXI. ЭПИКРИЗ**

Эпикриз – это краткое содержание истории болезни, в котором должны найти отражение: жалобы, анамнез, данные объективного и специального методов исследования, окончательный диагноз, проведенное лечение, его эффективность, состояние больного к моменту окончания курации.

В заключение определяется прогноз основного заболевания, прогноз жизни и трудоспособности больного.

### **XXII. ЛИТЕРАТУРА**

Перечисляются названия монографий, руководств, журнальных статей, которыми пользовался куратор при написании истории болезни, с указанием фамилии автора и года издания.