

## СХЕМА УЧЕБНОЙ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ И ЭПИКРИЗА

Кафедра госпитальной хирургии  
Зав. кафедрой профессор Тарасенко В.С.  
Ассистент: \_\_\_\_\_

### ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

Ф.И.О. больного (ой) \_\_\_\_\_

Диагноз:

- а) основное заболевание:
- б) осложнения основного заболевания:
- в) сопутствующие заболевания:  
(на русском и латинском языках)

Время курации:  
Группа:  
Куратор-студент:

### 1. ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ.

1. Ф.И.О.
2. Возраст
3. Профессия
4. Образование
5. Семейное положение
6. Народность
7. Адрес больного
8. Дата и час поступления в стационар
9. Диагноз направившего учреждения
10. Диагноз при поступлении
11. Клинический диагноз основного заболевания
12. Сопутствующие заболевания
13. Дата и название операции
14. Послеоперационные осложнения
15. Дата выписки

### 2. АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ.

1. Жалобы больного (ой) к началу курации
2. Анамнез болезни. В зависимости от особенностей и локализации процесса сбор анамнеза следует начинать с той системы, со стороны которой отмечаются основные проявления заболевания:
  - а) время проявления признаков данной болезни и с чем больной связывает начало заболевания;
  - б) в чем выражаются признаки заболевания;
  - в) развитие данного заболевания (в какой последовательности проявились различные симптомы болезни);
  - г) время первичного обращения к врачу;
  - д) лечение больного до поступления в клинику: амбулаторное, стационарное (терапевтическое, хирургическое и т.д.).

### 3. АНАМНЕЗ ЖИЗНИ.

1. Где родился, как развивался по возрастам.
2. Когда пошел в школу, как успевал в годы учебы.
3. Семейное положение.
4. Условия труда и быта, материальные и жилищные условия.
5. Перенесенные травмы, заболевания, время их возникновения, обстоятельства.
6. Регулярность и характер питания.
7. Вредные привычки (курение, алкоголизм, наркомания).
8. Лекарственная непереносимость.
9. Наследственность.
10. Гематологический анамнез: переливание крови в прошлом, переносимость, реакции.

11. Для женщин указать физиологию и патологию половой сферы (менструации, беременность, роды, аборт, мертворождения, желтуха новорожденных, гинекологические заболевания).

#### *СОСТОЯНИЕ БОЛЬНОГО В МОМЕНТ КУРАЦИИ*

Исследование больного должно проводиться с соблюдением всех правил: хорошее освещение, достаточное обнажение больного, правильное взаимное положение исследователя и исследуемого, обязательное сравнение больной и здоровой сторон тела и т.д.

Объективное исследование больного и регистрация полученных результатов проводится в строгой последовательности клинических методов исследования (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) по системам органов и тканей.

#### 4. ОБЩИЕ ДАННЫЕ

1. Состояние больного
2. Положение больного в постели
3. Температура тела
4. Телосложение, рост, вес, окружность грудной клетки.
5. Упитанность.
6. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки.
7. Лимфатические узлы: локализация, консистенция, размеры, болезненность.

#### 5. НАСТОЯЩЕЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНОГО

##### *ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА*

Субъективные данные:

1. Боли и их локализация в спокойном состоянии, боли постоянные или периодические, при движении, пальпации, иррадиация болей.
2. Подвижность в суставах.
3. Нарушение функций конечностей.

Объективные данные:

1. Осмотр, объем движений, длина и ось конечностей, окружность, их деформации.
2. Состояние артериальных и венозных сосудов конечностей.
3. Состояние придатков кожи (ногтевых пластинок, волосяного покрова).
4. Язвы, их локализация, особенности.
5. Опухоли, их локализация, особенности.

##### *ДЫХАТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА*

Субъективные данные:

1. Кашель: сухой, влажный, время появления, длительность.
2. Характер мокроты: слизистая, гнойная, наличие крови, запах, количество.
3. Боли: постоянные или периодические, локализация и иррадиация.
4. Одышка: постоянная или появляющаяся временами, характер одышки.

Объективные данные:

1. Грудная клетка: форма, тип дыхания, частота.
2. Легкие (осмотр грудной клетки, пальпация, перкуссия, аускультация, бронхофония, голосовое дрожание), границы легких, подвижность их краев, состояние верхушек).
3. Спирометрия, ЖЕЛ. Пробы Штанге, Сообразе, Генча.

##### *СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА*

Субъективные данные:

1. Сердцебиение.
2. Боли в области сердца, время появления, характер, причины возникновения, иррадиация.
3. Отеки ног, время появления, интенсивность.
4. Одышка (в покое, при движении, при физической нагрузке).

Объективные данные:

1. Пульс: частота, характер, ритм, наполнение, напряжение, АД, венозное давление.
2. Сердце: осмотр области сердца, пальпация, границы относительной и абсолютной сердечной тупости, сердечные тоны, шумы, проба Мартине.

##### *ПИЩЕВАРИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА*

#### Субъективные данные:

1. Со стороны полости рта, пищевода:
  - а) боли и затруднения при глотании, боли в покое;
  - б) затруднения в прохождении пищи;
  - в) дисфагия;
  - г) слюнотечение;
  - д) запах изо рта;
  - е) срыгивание.
2. Живот:
  - а) боли: локализация, характер - постоянные, периодические, схваткообразные, колющие, режущие, иррадиация болей, время появления, зависимость от характера пищи, времени года, продолжительность;
  - б) аппетит: отсутствует, понижен, извращен, боязнь приема пищи;
  - в) тошнота: характер, время появления, длительность и связь с приемом пищи;
  - г) рвота: характер, время появления, связь с приемом пищи, однократная или многократная, облегчение состояния после рвоты;
  - д) отрыжка: характер, время появления, связь с характером пищи, продолжительность;
  - е) изжога: характер, время появления, связь с характером пищи, продолжительность;
  - ж) вздутие живота, ощущение полноты в животе, желудочный дискомфорт;
  - з) стул: частота, характер кала (лентообразный, «овечий», с непереваренной пищей, со слизью, дегтеобразный, с кровью), боли до, после и во время дефекации;
  - и) кровотечение из прямой кишки: длительность, время возникновения (до, после и во время дефекации), количество теряемой крови, ее характер.

#### Объективные данные.

1. Полость рта, зев: состояние языка, зубов, десен, неба и миндалин.
2. Живот: форма и окружность живота, вздутие, симметричность, особенности кожи живота, наличие рубцов, выпячивание в отдельных областях - грыжи, расхождение прямых мышц живота, форма пупка. Пальпация живота по областям. Определение общей болезненности и в определенных отделах живота.
3. Определение свободной жидкости в брюшной полости (пальпацией, перкуторно, методом ундуляции).
4. Определение контуров желудка, подвижность, уплотнение, шум плеска, урчание.
5. Пальпация поджелудочной железы.
6. Размеры печени по Курлову, характер поверхности и края печени. Пальпация желчного пузыря, болезненность, его размеры, болезненные точки. Симптомы Ортнера, Георгиевского-Мюсси, Мерфи, Курвуазье и др.
7. Селезенка: размеры, консистенция, болезненность.
8. Выслушивание перистальтических шумов кишечника.
9. Исследование прямой кишки (осмотр перианальной области, тонус анального сфинктера, содержимое ампулы, гладкость, достигаемость, нависание стенок ампулы, наличие объемных образований, болезненность, характер кала и патологических примесей на перчатке).

#### *МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА.*

#### Субъективные данные.

1. Боли:
  - а) локализация: в поясничной области, над лоном, в уретре.
  - б) характер: ноющие, режущие, тянущие, постоянные, периодические.
  - в) появление болей: после погрешности в диете, после приема алкоголя, после физической нагрузки, езды, резких движений.
  - г) связь болей с актом мочеиспускания: в начале или конце его, над лоном, в уретре.
  - д) иррадиация болей: в паховую область, половые органы, в подреберье.
2. Мочеиспускание:
  - а) частота: учащенное, днем или ночью, в связи с приемом жидкости, алкоголя, чувство неполного опорожнения мочевого пузыря после мочеиспускания.
  - б) затруднения при мочеиспускании, с чем связано их возникновение, прерывание струи мочи.
3. Вид и количество мочи:
  - а) цвет: мутная, кровянистая (вид гематурии), продолжительность и интенсивность, связь с погрешностями в диете, физической нагрузкой травмой).

б) примеси в моче: комки слизи и гноя, кровянистые сгустки, их вид, отхождение конкрементов, их цвет, характер осадка в моче.

в) количество мочи: за одно мочеиспускание, за сутки, в ночное и дневное время, зависимость от количества употребляемой жидкости и пищи.

Объективные данные:

Осмотр поясничной области, пальпация почек, симптом Пастернацкого, выделения из мочеиспускательного канала, влагалища. У женщин - бимануальное исследование, у мужчин - состояние органов мошонки, пахового канала, предстательной железы.

#### *ПОЛОВАЯ СИСТЕМА*

1. У женщин: менструации - время появления (возраст), периодичность, длительность, дата последней менструации, время наступления климакса.

2. Беременность, роды: число беременностей, число нормальных и преждевременных родов. Аборты: искусственные (в каких условиях) и самопроизвольные.

3. Выделения: кровянистые, гнойные, с запахом, без запаха, количество.

4. Расстройства половой функции у мужчин.

#### *ЭНДОКРИННАЯ СИСТЕМА.*

Признаки нарушения функции желез внутренней секреции (пучеглазие, увеличение конечностей, пигментация кожи, ожирение, жажда, полиурия).

Щитовидная железа: видимые и пальпаторные размеры, наличие узлов, опухолей, болезненность.

#### *НЕРВНАЯ СИСТЕМА*

Субъективные данные:

1. Память.

2. Сон: спокойный, бессонница, сонливость.

3. Головные боли.

4. Состояние больного: спокойный, раздражительный и т.д.

Объективные данные:

1. Состояние, внимание, ориентировка, критика окружающего, мимика, позы, жесты, умственное развитие, расстройства речи, письма, эйфория.

2. Исследование симптомов (менингеальная поза, симптом Брудзинского, Кернига и др.).

3. Исследование двигательной сферы: активные и пассивные движения, тонус мышц, трофика, сила, объем движений, соразмерность движений, походка - точность, плавность и т.д.

4. Рефлексы: сухожильные, ахилловы, подошвенные, патологические.

5. Чувствительность: тактильная, болевая, температурная и т.д.

#### *ОРГАНЫ ЧУВСТВ*

1. Зрение: дальность зрения, нормальное, близорукость, слезотечение.

2. Слух: хороший, снижен, выделения из наружного слухового прохода.

3. Обоняние: отсутствует, пониженное, извращенность.

4. Вкус: отсутствует, понижен.

5. Осязание: отсутствует, понижено, сохранено.

#### **6. МЕСТНЫЕ ПРИЗНАКИ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

Подробно и тщательно описываются местные признаки заболевания с использованием всех клинических методов исследования (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация, измерение). Обязательное изучение основных и дополнительных симптомов заболевания с применением специальных для каждого заболевания исследований и проб.

#### **7. ОБОСНОВАНИЕ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО ДИАГНОЗА**

На основании жалоб больного, анамнестических данных, результатов объективного исследования указывается наиболее вероятное заболевание у данного больного.

Далее пишется план проведения специальных методов исследования больного: анализы крови и мочи, рентгенологические, лабораторные, биохимические, эндоскопические и другие исследования, необходимые для уточнения и подтверждения диагноза.

#### **8. ДАННЫЕ СПЕЦИАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Анализ крови и мочи, кала, мокроты, желудочного сока и т.д. Оценка лабораторных данных, инструментальные исследования: рентгеноскопия, ректороманоскопия, цистоскопия, бронхоскопия, эзофагоскопия и т.д. Оценка полученных данных. Группа крови и резус фактор.

#### 9. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Приводится перечень заболеваний, с которыми может быть сходно данное заболевание по клинической картине. Дифференциация проводится от менее вероятного к более достоверному. При проведении дифференциального диагноза с каждым заболеванием вначале указываются общие симптомы для обоих заболеваний, а затем различающие их.

Дифференциальный диагноз проводится строго по клиническим данным курируемого больного.

#### 10. ЭТИОЛОГИЯ

Этиология данного заболевания освещается кратко, применительно к конкретному больному, на основании имеющихся анамнестических, лабораторных и инструментальных данных.

#### ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ФИЗИОЛОГИЯ И ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ

Патологическая физиология и пат анатомия описываются путем клинико-биохимических и клинико-патологических параллелей. Отдельно описываются общие и местные морфологические изменения (описание макропрепарата, микроскопическое исследование препарата).

#### ПАТОГЕНЕЗ

Патогенез данного заболевания пишется кратко на основании всех имеющихся данных.

#### ПЕРЕЧЕНЬ ОСЛОЖНЕНИЙ

Перечисляются осложнения, возможные в течение данного заболевания, сопутствующих заболеваний и в связи с оперативным вмешательством.

#### 11. ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ РАЗВЕРНУТЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ

должен содержать:

- а) диагноз основного заболевания
- б) осложнения основного заболевания
- в) сопутствующие заболевания

#### 12. ЛЕЧЕНИЕ

Необходимо перечислить кратко существующие методы лечения данного заболевания (консервативное, хирургическое), теоретически обосновать методы консервативного лечения конкретного больного. Все медикаменты выписываются в латинской транскрипции с указанием доз и методики применения.

Необходимо указать показания к оперативному лечению у данного больного, объем операции, оперативный доступ, выбор метода обезболивания. Подготовка к операции. Возможные осложнения в ходе операции и их профилактика. Протокол операции и описание макропрепарата. Исход болезни: выздоровление, улучшение, без перемен, ухудшение, смерть.

#### 13. ПРОГНОЗ

Для жизни, трудовой. Указать степень утраты трудоспособность, ее продолжительность. Трудоустройство больного. Вопросы реабилитации.

#### 14. ДНЕВНИК

Ежедневные записи, характеризующие самочувствие больного, состояние внутренних органов, течение болезни и послеоперационный период. В ежедневных записях отражаются лечебные мероприятия. Лекарства выписываются на латинском языке, с указанием доз. Диета, режим.

Состояние больного	Дневник	Назначения
Жалобы, самочувствие. Сон, аппетит. Общее состояние, температура, артериальное давление, пульс. Изменения во внутренних органах и в области заболевания. Стул, мочеиспускание. Перевязка: состояние повязки, характер и количе-	Дата	Режим. Диета. Лекарственные назначения. Физиотерапевтические процедуры. Подготовка к операции, специальным методам исследования.

ство отделяемого из раны. Подробное описание раны (форма, размеры, грануляции некробиотические ткани, эпителизация, состояние окружающих рану тканей и т.д., что сделано во время перевязки. Какая повязка наложена.

#### 15. ЭПИКРИЗ.

Краткое изложение заболевания, обосновывающее диагноз и проведенное лечение, указать состояние больного к концу курации. Рекомендации относительно амбулаторного и санаторно-курортного лечения после выписки. Трудоспособность и вопросы реабилитации.

#### 16. КОПИЯ СПРАВКИ ПРИ ВЫПИСКЕ БОЛЬНОГО ИЗ СТАЦИОНАРА.

В справке должны быть указаны сроки пребывания больного в стационаре, клинический диагноз, проведенное лечение, рекомендации больному после выписки из стационара.

К истории болезни прилагаются температурный лист с указанием кривых пульса, АД, частоты дыхания.

Прилагаются данные, полученные при УИРС в клинике с графическим изображением полученных результатов.

Перечень аппаратуры, которой пользовался студент в процессе курации.

Перечень практических навыков и манипуляций, выполненных студентом на данном цикле.

#### ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА.

Автор, название, год издания.

(например: Савчук Б.Д. Гнойный перитонит. М., 1979, 192 с.)

Подпись куратора.

*Примечание: учебная история болезни должна быть написана аккуратным разборчивым почерком.*

Кафедра госпитальной хирургии  
Зав. кафедрой профессор Тарасенко В.С.  
Ассистент: \_\_\_\_\_

#### СХЕМА ЭПИКРИЗА

Ф.И.О. больного (ой) \_\_\_\_\_

Диагноз:

- а) основное заболевание:
  - б) осложнения основного заболевания:
  - в) сопутствующие заболевания:
- (на русском и латинском языках)

Время курации:

Группа:

Куратор-студент:

#### 1. ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ.

1. Ф.И.О.
2. Возраст
3. Профессия
4. Образование
5. Дата и час поступления в стационар
6. Диагноз при поступлении
7. Клинический диагноз основного заболевания
8. Сопутствующие заболевания
9. Осложнения основного заболевания
10. Дата и название операции
11. Послеоперационные осложнения
12. Дата выписки

ЭПИКРИЗ

Эпикриз представляет собой краткое изложение всех основных данных истории болезни, подтверждающих клинический диагноз и обосновывающих проведенное лечение.

1. Описываются жалобы больного к началу курации, здесь же излагают основные данные анамнеза заболевания. Из анамнеза жизни подчеркиваются лишь те моменты, которые имеют отношение к заболеванию у больного.

2. Излагаются кратко объективные данные состояния больного к началу курации. Дается характеристика основных систем: сердечно-сосудистой, дыхательной, мочеполовой, костно-суставной, состояния кожных покровов, лимфатической системы и др. Перкуторные границы легких, сердца, печени, селезенки. При отсутствии в них изменений могут не указываться.

3. Подробно и тщательно описываются местные признаки заболевания с использованием всех клинических методов исследования (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация).

В эпикризе приводится характеристика результатов лабораторных и инструментальных исследований (оценка лабораторных исследований должна быть обоснована цифровыми данными из произведенных анализов).

4. Обратить внимание на обоснование основного заболевания и осложнений, сопутствующих заболеваний. Указать полный клинический диагноз. Обоснование диагноза строится на приведенных выше анамнестических, физикальных, лабораторных данных и результатах других методов исследования.

5. Обосновать применяемое лечение больного, указать - с какой целью назначались препараты, их дозы. Все медикаменты прописываются в латинской транскрипции. Показания к оперативному лечению: дата и краткая выписка из протокола операции.

6. Краткая характеристика и особенности течения заболевания до операции и в послеоперационном периоде.

7. Исход.

8. Дать рекомендации больному после выписки из стационара в отношении дальнейшего лечения, диеты, режима, санаторно-курортного лечения, трудоспособности и трудоустройства. Прогноз жизненный и трудовой.

Примечания:

- Для более глубокого и всестороннего исследования курируемых больных студенты могут пользоваться схемой клинической истории болезни.
- К эпикризу прилагаются листы практических навыков, список используемой литературы.