

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ  
ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ОРДЕНА ДРУЖБЫ НАРОДОВ  
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

Кафедра инфекционных болезней

СХЕМА  
ОБСЛЕДОВАНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО БОЛЬНОГО  
И ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ  
(методические рекомендации для студентов)

Витебск, 2008

Одной из основных форм обучения студента в университете является самостоятельная работа. Написание истории болезни позволяет проявить творческий подход в использовании полученных теоретических знаний и практических умений студента. Клиническая история болезни является одной из основных форм медицинской документации. Это ведущий документ, составляемый на больного в стационаре. Учебная история болезни, являясь прообразом клинической истории болезни инфекционного больного, должна содержать исчерпывающую, но в то же время кратко и четко изложенную информацию, на основании которой можно установить логически аргументированные предварительный и окончательный диагнозы, составить план обследования, назначить адекватную терапию инфекционного больного, определить прогноз, рекомендации по реабилитации больного инфекционисту кабинета инфекционных заболеваний (КИЗ) или участковому терапевту.

Настоящие методические рекомендации составлены с целью помочь студенту в совершенствовании практических навыков: клинической работе с больным, ее традиционному документальному выражению, умению выработки диагностической гипотезы, тактике целенаправленного обследования и терапии.

(титульный лист)

ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

Кафедра инфекционных болезней

Заведующий кафедрой:  
профессор В.М. Семенов

Преподаватель:  
должность, Ф.И.О.

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ № \_\_\_\_\_

Ф.И.О. больного

Клинический диагноз:

Осложнения:

Сопутствующие заболевания:

Куратор: студент(ка) 5 курса \_\_\_\_\_ группы  
Ф.И.О.

Период курации с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_

Витебск, 2007

## ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

Дата заболевания

Дата поступления в стационар

Фамилия, имя, отчество.

Возраст (полных лет)

Место жительства, (адрес)

Место работы, профессия (для детей указывается детский коллектив, № школы, сада)

Диагноз при поступлении

Клинический диагноз (основной) с указанием формы и тяжести заболевания, дата его установления

Осложнения

Сопутствующие заболевания

## ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО

При написании истории болезни указываются основные жалобы в день начала курации. Т.к. жалобы являются субъективным восприятием болезни, необходимо вначале дать больному возможность их произвольного изложения, а затем куратор при активном опросе по органам и системам должен выяснить основные наиболее важные и второстепенные признаки заболевания. При этом в истории болезни вначале описываются жалобы, характеризующие заболевание как инфекционное, затем жалобы, отражающие поражение отдельных органов и систем.

## АНАМНЕЗ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

Анамнез болезни является подробным описанием развития настоящего заболевания и включает в себя как догоспитальный период, так и течение болезни в стационаре до дня курации. Приступая к выяснению анамнеза, необходимо в хронологической последовательности установить развитие всех субъективных и объективных признаков болезни, их динамику и взаимосвязь. Особое внимание при этом следует обратить на цикличность патологического процесса, как характерный признак инфекционного заболевания. Необходимо выявить первые симптомы и дату начала заболевания, чаще всего это проявление синдрома общеинфекционной интоксикации (головная боль, общая слабость, разбитость, боли в мышцах, нарушение сна, повышение температуры тела). При указании на повышение температуры необходимо описать суточные колебания ее, сопровождающие их ознобы, поты.

Выявленные в разгаре заболевания симптомы необходимо стремиться объединить в группы, характеризующие тот или иной синдром (общеинфекционный, диарейный, поражения нервной, дыхательной систем, экзантемы, желтухи и т.п.). При этом каждый патологический симптом описывается подробно с указанием времени его появления, длительности, локализации, интенсивности, видоизменения в динамике (нарастание или угасание) до поступления в стационар и до дня курации. Например, при наличии диареи выясняется частота стула, его объем и характер, наличие ложных позывов на дефекацию, тенезмов, патологических примесей. При наличии сыпи выясняется ее характер, локализация, время появления, размеры, формы, количество, одномоментность высыпаний, остаточные явления при угасании и т.д.

Большое значение для нозологической диагностики имеют данные о динамике и видоизменениях клинических проявлений болезни. Должны быть охарактеризованы все ее периоды. При этом при коротких и динамичных заболеваниях описание дается по дням болез-

ни, при продолжительном, в том числе хроническом, течении динамику излагают по отрезкам времени, характеризующимся сходными проявлениями.

Целесообразно указать время первичного обращения за медицинской помощью. При возможности следует выяснить и отразить в истории болезни результаты проведенных до дня госпитализации обследований и лечения больного, уточняются, какие именно препараты и в каких дозах он принимал, их эффективность. Следует учитывать, что многие из них (антибактериальные, жаропонижающие препараты и др.) могут изменить клиническое течение болезни, явиться причиной аллергических проявлений.

Выяснение анамнеза болезни должно проводиться с участием самого больного, при этом неторопливо, вдумчиво, с осознанием выясненных деталей. При этом необходимо учитывать психологические особенности больного, его интеллект.

## ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ

Конечной целью эпидемиологического анамнеза является, прежде всего, выявление эпидемиологических данных, подтверждающих предположительный диагноз. При сборе эпидемиологического анамнеза прежде всего необходимо установить возможные источники инфекции, пути ее передачи, механизмы заражения и факторы им способствующие. Для этого, учитывая длительность инкубационного периода предполагаемого заболевания, выясняются возможные контакты с больными со сходными заболеваниями (определяется характер, степень и сроки контакта с больными), перенесенные в прошлом подобные заболевания; неблагоприятная эпидемиологическая обстановка; нахождение больного в природных или неблагополучных по ряду инфекций регионах; укусы животных (грызуны, собаки и т.д.) и насекомых (комары, клещи), контакт с больными животными, употребление недоброкачественных пищевых продуктов, купание в природных водоемах. Выясняется также возможность внутриутробного или перинатального заражения; вероятность инфицирования при переливании крови или ее препаратов, при проведении диагностических и лечебных манипуляций с использованием многократного медицинского инструментария, при проведении косметических процедур, нанесении татуировок, совместном пользовании бритвенными приборами, предметами личной гигиены, при использовании нестерильных шприцов при введении наркотиков, при половых контактах.

Перенесенные в прошлом заболевания, оставляющие после себя прочный иммунитет, исключаются из группы предположительных диагнозов. Уточняются сведения о прививках (давность, полнота курса), введении гамма-глобулина, что может обуславливать нетипичное, облегченное течение заболевания.

При оформлении истории используются только положительные эпидемиологические данные, которые способствуют подтверждению предполагаемого диагноза.

## АНАМНЕЗ ЖИЗНИ

Анамнез жизни включает сведения об особенностях развития в детстве, в хронологическом порядке указываются все перенесенные в течение жизни заболевания, клиника и течение наиболее тяжелых, хронических заболеваний, которые могут повлиять на течение и исход настоящего заболевания. Указываются условия жизни, характер работы больного. Уточнение особенностей условий работы могут выявить влияние неблагоприятных профессиональных факторов (химические, радиационные, СВЧ-воздействия, хронические профессиональный и экологический стрессы и др.) на восприимчивость к той или иной инфекции, а также на тяжесть ее течения. Отмечается отношение больного к приему алкогольных напитков, курению, употреблению наркотических веществ.

Выясняются наследственные заболевания, которые могут явиться возможной скрытой сопутствующую патологию, требующей дополнительного обследования и лечения инфекции-

онного больного. Выясняется аллергологический анамнез.

## НАСТОЯЩЕЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНОГО

Целью первичного объективного осмотра является выявление по возможности всех имеющихся у больного отклонений от нормы как в связи с предполагаемым диагнозом, так и не зависимо от него. Объективное исследование проводится по общепринятой методике при проведении тщательного осмотра больного. При любой нозологической форме обследуются все органы и системы. При этом наиболее подробно описываются те из них, поражение которых характерно для предполагаемого заболевания.

При описании результатов объективного обследования сначала отмечается общее состояние больного. Состояние больного оценивается по настроению больного, положению в постели, отношению к окружающим, активности, адекватности, состоянию сознания (ясное, сомноленция, сопор, кома, возбуждение, бред и т.п.), степени нарушений важнейших функций органов и систем.

При внешнем осмотре определяется телосложение (крепкое, среднее, слабое), состояние питания (пониженное, среднее, хорошее, избыточное), отклонение в росте и физическом развитии. Описывается степень развития подкожной клетчатки, наличия в ней болезненных узелков

Особое значение имеет описание кожных покровов, слизистых оболочек и склер, их тургор и влажность, окраска (гиперемия, бледность, цианоз, желтушность, следы расчесов). При некоторых заболеваниях могут быть одутловатость, асимметрия лица. Важна всесторонняя оценка обнаруженной на коже и слизистых оболочках сыпи. При описании экзантем описывают характер сыпи (розеолы, пятна, папулы, эритемы, волдыри, пузырьки, геморрагии, эрозии и т.д.), количество, форму, размер, фон кожи, локализацию, однородность, этапность высыпания. При описании видимых слизистых оболочек отмечается их цвет, зернистость, высыпания (энантема), налеты, афты, и др. В состоянии конъюнктив отмечаются влажность, отек, гиперемия, налеты, инъекция сосудов, кровоизлияния.

При описании лимфатических узлов обращают внимание на их размеры, консистенцию, подвижность, болезненность, наличие или отсутствие связи с входными воротами инфекции.

При осмотре опорно-двигательного аппарата обращают внимание на выявление патологических изменений мышц (болезненность, ригидность, судороги), костей (аномалия строения, деформация или деструкция, периоститы и т.п.), суставов (форма, подвижность, болезненность, отечность, синовиты и бурситы), сухожилий и связок (болезненность, уплотнения, узлы). Обращается внимание на болезненность при движениях, окраску кожи и т.д. При этом подробное описание опорно-двигательной системы дается только при заболеваниях сопровождающихся ее поражением.

При описании системы органов дыхания обращают внимание на наличие и степень выраженности катаральных явлений, состояние носового дыхания, обилие и характер отделяемого из носа (обильное, скудное, бесцветное, гнойное, кровянистое), тембр голоса, частоту и характер кашля (сухой, влажный, лающий), количество и характер мокроты (жидкая, пенящаяся, слизисто-гнойная, кровянистая), боли в груди, их локализацию, одышку.

Подробное описание небных миндалин проводится при их поражении и включает размеры, гиперемию, отечность, наличие гноя в лакунах или на поверхности миндалин, фибриновых налетов, некрозов, рубцовых изменений и т.п. Обязательно обращается внимание на распространение налетов за пределы миндалин, кровоточивость миндалин при снятии налета. Описывается форма грудной клетки, участие в акте дыхания, втяжения.

Описывается состояние внешнего дыхания, его частота, глубина, ритм. Приводятся данные сравнительной и топографической перкуссии, определяют верхние и нижние границы легких, дыхательная экскурсия легочных краев, изменения перкуторного звука. При ау-

скультации легких определяется характер дыхания (везикулярное, ослабленное, жесткое), хрипы: сухие и влажные (крепитирующие, мелко-, крупнопузырчатые), шум трения плевры, бронхофония, голосовое дрожание.

При описании сердечно-сосудистой системы обращают внимание на такие проявления, как сердцебиение, боли в области сердца или эпигастрии, одышку, верхушечный толчок, границы сердечной тупости, тоны сердца и их характер, частота пульса, ритм (аритмия, дикротия, дефицит), наполнение и напряжение, артериальное давление.

Оценка состояния желудочно-кишечного тракта после выяснения субъективной симптоматики начинается осмотром слизистых оболочек полости рта, их окраска (гиперемирована, бледная, желтушная), энантемы, налеты, изъязвления, афты, пятна Филатова-Коплика, состояния зубов и десен. Особо отмечается изменение языка: влажный, сухой, "лаковый", "малиновый", обложенный. Характер налета на нем (густой, поверхностный, белый, серовато-белый, желто-бурый, темно-коричневый). Необходимо обратить внимание на глотание - свободное или затрудненное.

Оценивается величина и форма живота (вздутый, втянутый), участие в акте дыхания. Проводится пальпация и перкуссия живота, определяется размеры печени и селезенки, их консистенция, поверхность, степень болезненности, напряжение брюшной стенки. При болях в животе обязательно указывается их локализация и степень болезненности, наличие симптомов раздражения брюшины. Отмечаются также урчание, спазм толстой кишки, наличие асцита. Оцениваются мезентериальные лимфатические узлы: размеры, плотность, болезненность. Осматриваются рвотные массы, испражнения.

При обследовании мочеполовой системы обращается внимание на мочеиспускание - произвольное, непроизвольное, болезненное, безболезненное, его частоту, суточное количество и цвет мочи. Боли в поясничной области - острые, тупые, ноющие, приступообразные, их продолжительность. Окраска мочи: соломенно-желтая, насыщенно-желтая, кровянистая, в виде "мясных помоев", "темная" моча. Симптом по-колачиванию по поясничной области. Перкуссия и пальпация области мочевого пузыря. Выделения из мочеполовых органов. Орхиты, эпидидимиты, утолщение семенного канатика (при их наличии). При показаниях исследуется предстательная железа. У женщин отмечается также цикличность менструаций.

При исследовании нервной системы необходимо выявлять: двигательные реакции - есть ли парезы или параличи, мышечную атрофию, фибриллярное подергивание, дрожание, клонические или тонические судороги, оживление или снижение рефлексов, ригидность затылочных мышц, симптомы Кернига, Брудзинского (верхний, средний, нижний), Гийена, Маринеску-Радовичи, Бабинского, Оппенгейма, Гордона, скованность, маскообразное лицо, птоз, реакцию зрачков на свет и аккомодацию, особенности зрения, нарушения различных видов чувствительности (тактильный, болевой, температурный).

## ОБОСНОВАНИЕ ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНОГО ДИАГНОЗА

Предположительный диагноз должен представлять собой логический вывод из полученной информации. Он обосновывается с учетом (на основании) субъективных и объективных клинических проявлений болезни, имеющих эпидемиологических предпосылок. При этом необходимо, учитывая жалобы больного, данные эпидемиологического анамнеза, анамнеза заболевания, объективного обследования, стараться сформулировать имеющие место в конкретном случае характерные симптомы того или иного заболевания.

В предварительном диагнозе указывается тяжесть и клиническая форма заболевания в соответствии с общепринятой классификацией. Указываются также осложнения и сопутствующие заболевания.

Осложнениями основного заболевания следует считать такие патологические процессы, синдромы, нозологические единицы, которые с ним связаны патогенетически (непосредственно или опосредованно) и усугубляют его клиническое течение.

При инфекционных заболеваниях осложнениями считаются также критические состояния развившиеся у больного на фоне основного заболевания (инфекционно-токсический шок, острая почечная недостаточность, отек-набухание головного мозга и т.д.), а также редкие, не свойственные классическому течению заболевания, поражения отдельных органов и систем (менингиты у больных лептоспирозом и эпидемическим паротитом, орхит и панкреатит у больных эпидемическим паротитом и т.д.).

Сопутствующими заболеваниями считаются этиологически и патогенетически несвязанные с основным заболеванием.

## ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ

### План обследования

План обследования больного должен быть конкретным для предполагаемого диагноза, содержать наиболее информативные методы исследования с минимумом инвазивности и с учетом переносимости исследований для больного. План обследования должен быть полным независимо от того, как долго больной находится и какие лабораторные данные имеются на момент курации.

План обследования должен включать:

1. Общеклинические исследования, которые проводятся всем стационарным больным:

- общеклинический анализ крови;
- общий анализ мочи;
- исследования испражнений на яйца глистов.
- по показаниям - рентгенография органов грудной клетки (или крупнокадровая флюорография).
- обязательное обследование на сифилис.

2. Исследования для подтверждения предварительного диагноза у данного конкретного больного с учетом клинической формы, имеющихся осложнений и сопутствующей патологии:

- бактериологические;
- вирусологические;
- серологические;
- биохимические
- рентгенологические и др.

Бактериологические исследования необходимо начинать до назначения этиотропных средств лечения.

Серологические исследования должны проводиться в парных сыворотках (при поступлении и через 7-10 дней).

Отрицательные результаты исследований не дают основания для исключения клинического диагноза определенных нозологических форм.

При этом план обследования должен включать также исследования для исключения синдромосходных инфекционных заболеваний.

### План лечения

План лечения должен быть строго конкретизирован для больного с учетом переносимости и совместимости препаратов, наличия сопутствующих заболеваний и осложнений. При этом необходимо включать следующие пункты с указанием конкретных препаратов, дозы, способы введения и длительности терапии:

- лечебное питание;
- особенности режима и уход за больным;



- необходимость наблюдения дежурным врачом;
- этиотропная терапия (по показаниям);
- патогенетическая терапия;
- симптоматическая терапия

В плане лечения необходимо обязательно учитывать неотложные мероприятия. В конце ставится дата и подпись куратора.

После завершения этого этапа и собеседования со студентом преподаватель выдает клиническую историю болезни курируемого больного с целью использования результатов проведенных лабораторных, инструментальных и специальных методов обследования больного.

### ДАННЫЕ ЛАБОРАТОРНЫХ, ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ И СПЕЦИАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

Результаты лабораторных, инструментальных и специальных методов исследования, заключения консультантов в хронологической последовательности вносятся в текст учебной истории болезни. При этом необходимо обращать внимание на правильность указания единиц измерения в результатах лабораторных методах исследований.

### ДИНАМИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА БОЛЬНЫМ

Этот раздел учебной истории болезни имеет форму дневника. При этом по левому краю страницы истории болезни указывается дата, время осмотра, температура тела, частота пульса, АД, в центре - собственно текст дневника, по правому краю страницы выделяется графа ежедневных лечебно-диагностических назначений.

Записи дневника должны быть краткими. В то же время в дневнике не должно быть упущено существенное из того, что произошло с больным за прошедший период времени. Записи дневника обязательно должны отражать динамику заболевания и мнение куратора о характере ее течения. При этом дневник должен содержать результаты обязательных методов осмотра и обследования больного (оценка общего состояния, жалобы больного, основные параметры оценки состояния жизненно-важных органов и систем) В дневнике также дается оценка, результатов клинических, микробиологических, биохимических, иммунологических исследований по дням болезни, обосновываются новые (дополнительные) диагностические и лечебные назначения.

Учебная история болезни должна содержать температурный лист. На температурном листе в цвете и цифрами отражается динамика температуры тела, АД, пульса, дыхания, массы тела, стула, диуреза, количество мокроты, содержание лечения (антибиотики, гормональная терапия, оксигенобаротерапия и др.), при необходимости - суточный баланс жидкости. Т.е. температурный лист должен быть графическим отражением истории болезни.

В конце каждого дневника ставится подпись куратора.

### ОБОСНОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА

При обосновании клинического диагноза учитываются данные полученные на момент обоснования предварительного диагноза, а также дополнительные данные в ходе наблюдения за больным в процессе лечения и обследования за время курации, результаты лабораторных и других методов исследования. В формулировке диагноза также указывается тяжесть и клиническая форма заболевания в соответствии с общепринятой классификацией, осложнения и сопутствующие заболевания.

## ЭПИКРИЗ

В последний день курации оформляется этапный, выписной или посмертный эпикриз. Эпикриз представляет собой достаточно подробный и объективный итог пребывания больного в стационаре. В эпикризе указываются: фамилия, имя, отчество, даты заболевания и госпитализации, развернутый клинический диагноз, особенности течения заболевания у данного больного, результаты исследований в динамике, виды лечения, клинический исход, прогноз и рекомендации после выписки

*Этапный эпикриз* обязательно составляется при существенном изменении состояния больного, уточнении диагноза, изменении лечебной тактики (замена антибиотиков и прочее). В этапном эпикризе излагаются основные особенности течения заболевания, результаты лабораторных и других диагностических исследований, возможные изменения диагноза и его обоснования, программа дополнительного обследования и лечения.

*В выписном эпикризе* должны быть кратко представлены основные клинические данные (по синдромам), особенности течения инфекционного заболевания, вариант начального периода, продолжительность лихорадки и ее максимальные показатели, продолжительность диареи, желтухи, экзантемы и других ключевых проявлений болезни, результаты различных исследований, особенно контрольных, выписной развернутый диагноз, терапия, исход болезни. Даются рекомендации инфекционисту КИЗ или участковому терапевту по диспансерному наблюдению, диете, режиме после выписки. Отмечается необходимость дальнейшего лечения.

*В посмертном эпикризе* должны быть кратко, но исчерпывающе изложены течение болезни, результаты лабораторных и специальных исследований, проводимое лечение, диагностические или лечебные врачебно-медицинские манипуляции. Посмертный эпикриз заканчивается развернутым клиническим диагнозом. Он должен формулироваться по нозологическому принципу с подтверждающими его результатами лабораторных и других исследований. В клиническом диагнозе выделяются следующие рубрики:

основное заболевание;  
осложнение основного заболевания;  
сопутствующие заболевания и их осложнения;  
реанимационные мероприятия (интенсивная терапия);  
хирургические вмешательства, диагностические или врачебно-медицинские манипуляции.

Исход заболеваний представляется в одной из следующих формулировок:

- 1) полное выздоровление,
- 2) переход заболевания из острой формы в хроническую,
- 3) ухудшение,
- 4) умер.