

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ВОЕННО-МЕДИЦИНСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ
КАФЕДРА ВОЕННО-ПОЛЕВОЙ ТЕРАПИИ

А. А. БОВА, А. А. КОРОЛЕВА

СХЕМА НАПИСАНИЯ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ

Методические рекомендации



Минск БГМУ 2009

УДК 616(091) (075.8)
ББК 53.4 я 73
Б 72

Рекомендовано Научно-методическим советом университета в качестве
методических рекомендаций 28.01.2009 г., протокол № 5

Рецензенты: д-р мед. наук, проф. В. И. Козловский; канд. мед. наук
Ю. С. Лысый

Бова, А. А.

Б 72 Схема написания истории болезни : метод. рекомендации / А. А. Бова,
А. А. Королева. – Минск : БГМУ, 2009. – 28 с.

ISBN 978–985–528–018–8.

В издании содержатся сведения, направляющие курсанта (слушателя) по пути правильного,
полноценного изложения материала, полученного при обследовании больного, в разделах исто-
рии болезни.

Предназначается курсантам, слушателям военно-медицинского факультета.

УДК 616(091) (075.8)
ББК 53.4 я 73

Учебное издание

Бова Александр Андреевич
Королева Алина Анатольевна

СХЕМА НАПИСАНИЯ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ

Методические рекомендации

Ответственный за выпуск А. А. Бова
Редактор Н. А. Лебедко
Компьютерный набор А. А. Королевой
Компьютерная верстка Н. М. Федорцовой

Подписано в печать 29.01.09. Формат 60×84/16. Бумага писчая «КюмЛюкс».

Печать офсетная. Гарнитура «Times».

Усл. печ. л. 1,63. Уч.-изд. л. 1,31. Тираж 99 экз. Заказ 563.

Издатель и полиграфическое исполнение:

учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет».

ЛИ № 02330/0494330 от 16.03.2009.

ЛП № 02330/0150484 от 25.02.2009.

Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.

ISBN 978–985–528–018–8

© Оформление. Белорусский государственный
медицинский университет, 2009

Введение

История болезни — основной документ, который составляют на каждого пациента, находящегося в стационаре. В Республике Беларусь создана унифицированная и обязательная для всех лечебных учреждений форма истории больного — медицинская карта стационарного больного (форма 003/у-07). Она предназначена для записи наблюдений за состоянием больного, отражает диагностический и лечебный процесс, кроме того имеет научно-практическое и юридическое значение.

В истории болезни отражают жалобы больного, анамнез, сведения о ранее перенесенных заболеваниях, результаты исследований, диагноз, заключения специалистов, данные о проведенных методах лечения и их результатах, а в случае смерти указывается ее причина и обстоятельства, при проведении патологоанатомического вскрытия приводится заключение патологоанатома. Данные сведения должны быть записаны максимально полно и подробно, чтобы врач-консультант или представитель администрации могли составить на основании записей полное представление о больном. Медицинская карта стационарного больного является экспертным документом, по которому оценивается диагностическая и лечебная работа врача, а при возникновении конфликтных ситуаций — единственным документом, подтверждающим обоснованность, своевременность выполненных диагностических и лечебных мероприятий стандартам диагностики и лечения, утвержденным Министерством здравоохранения.

Студенческая история болезни копирует все разделы утвержденной Министерством здравоохранения медицинской карты стационарного больного. Приступая к написанию истории болезни, студент должен уметь:

- выявить основные и дополнительные жалобы больного;
- правильно собрать анамнез заболевания, анамнез жизни, профессиональный, аллергологический анамнез;
- провести объективное исследование больного по системам;

– на основании жалоб, анамнеза и объективных симптомов обосновать предварительный диагноз и назначить план обследования больного и лечение;

– оценить данные лабораторных исследований, сопоставить их с предварительным диагнозом и расширением клинической картины заболевания;

– проводить дифференциальный диагноз;

– оформить эпикриз, дать рекомендации для проведения реабилитационных и профилактических мероприятий после выписки из стационара.

История болезни — это документ, в котором вы должны *самостоятельно обосновать* умозаключения, руководствуясь всеми полученными знаниями и информацией о больном (опрос, осмотр, сопроводительный лист врача скорой помощи, амбулаторная карта, беседа с родственниками или свидетелями и т. д.).

История болезни состоит из следующих основных разделов:

1. Титульный лист, паспортные данные.
2. Жалобы.
3. Анамнез (история настоящего заболевания).
4. Анамнез жизни.
5. Объективный статус (настоящее состояние).
6. Предварительный диагноз и его обоснование.
7. План обследования.
8. Данные лабораторных, инструментальных методов исследования и консультации специалистов.
9. Окончательный (заключительный) диагноз и его обоснование.
10. Этиология и патогенез основного заболевания.
11. Лечение больного и его обоснование.
12. Прогноз.
13. Профилактика.
14. Дневник курации.
15. Температурный лист.
16. Эпикриз.
17. Список литературы.

Титульный лист

Оформляется по следующей схеме:

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ВОЕННО-МЕДИЦИНСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ
КАФЕДРА ВОЕННО-ПОЛЕВОЙ ТЕРАПИИ**

Начальник кафедры,
доктор медицинских наук,
профессор, полковник м/с
Бова А. А.

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

Фамилия, Имя, Отчество больного
Клинический диагноз заболевания:
основной, сопутствующий, осложнения

Куратор: фамилия, имя, отчество
№ группы
Фамилия, имя, отчество
должность преподавателя
Время курации: начало и окончание

Краткая схема учебной истории болезни

ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

медицинская карта стационарного больного № _____

Дата и время поступления « ____ » _____ 200__ г. ____ часов ____ минут

Дата и время выписки « ____ » _____ 200__ г. ____ часов ____ минут

Отделение _____, палата № _____

Группа крови: _____ резус-принадлежность _____

Побочное действие лекарств (переносимость) _____
название препарата, характер побочного действия

1. Фамилия, имя, отчество больного _____

2. Пол: мужской, женский (нужное подчеркнуть)

3. Дата рождения « ____ » _____ г.

4. Домашний адрес (место пребывания) _____

вписать адрес, указать для приезжих — область, район, населенный пункт

5. Военское звание _____

6. Профессия до призыва в армию, военная профессия _____

7. Дата призыва на военную службу _____

а. Диагноз клинический _____ Дата установления
« ____ » _____ 20__ г.

б. Диагноз заключительный клинический:
основной _____

Код по МКБ

--	--	--	--	--

осложнения основного _____

сопутствующий _____

с. Госпитализирован в данном году по поводу данного заболевания:
впервые, повторно (нужное зачеркнуть), всего _____ раз

8. Исход заболевания _____

I. Жалобы больного

В этом разделе указываются жалобы больного, с которыми он был вынужден обратиться к врачу. Сначала указываются жалобы со стороны определенной системы организма и характеризующие основное заболевание, затем — дополнительные жалобы. При этом недостаточно привести описание того или иного ощущения больного, необходимо детализировать характер этих жалоб. Например, больной жалуется на кашель. Нужно уточнить, как часто кашель его беспокоит, в какое время суток и в каком положении больного, характер кашля, сопровождается ли он выделением мокроты (если да, то указать количество, цвет, запах, наличие крови и т. п.), выяснить, что улучшает отхождение мокроты, подавляет кашель. Кроме того, необходимо выяснить жалобы со стороны органов дыхания, о которых больной забыл сказать или не придавал им значения. Нужно уточнить, сопровождалась ли жалоба со стороны какой-то системы организма изменением общего состояния.

Если больной находится в бессознательном состоянии, то, при возможности, собирают анамнез у родственников.

В целом, какой бы системы организма ни касались жалобы больного, при расспросе нужно пользоваться определенной схемой (по конкретным системам).

СИСТЕМА ДЫХАНИЯ

Уточнить наличие жалоб:

– на нарушение носового дыхания, наличие выделений из носа (характер выделений, их количество, запах, бывают ли носовые кровотечения);

– ощущение царапанья, сухости в горле;

– осиплость голоса;

– кашель (условия его возникновения, в каком положении больного усиливается, в какое время появляется, характер, чем сопровождается; при наличии мокроты уточнить ее количество, консистенцию, цвет, запах, наличие примеси крови, разделяется ли при стоянии на слои, зависит ли выделение мокроты от положения больного);

– боли в грудной клетке (уточнить их локализацию, характер, периодичность, продолжительность, иррадиацию, условия возникновения, связаны ли они с дыханием, переменной положения тела, кашлем);

– одышку (обстоятельства возникновения, интенсивность, длительность, чем сопровождается, при каких условиях уменьшается, связь с нагрузкой и ее интенсивностью);

- наличие приступов удушья (время возникновения, длительность, в каком положении больной чувствует облегчение, чем купируются);
- ощущение хрипов на расстоянии.

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА

Больные могут предъявлять жалобы:

- на боли в области сердца (локализация, причина и условия их возникновения, характер, интенсивность, длительность, иррадиация, чем сопровождаются, при каких обстоятельствах проходят или чем купируются, как больной ведет себя во время болевого приступа, были ли такие приступы ранее, как изменился стереотип болей. Если больной принимает нитроглицерин, указать сколько таблеток, как быстро купировалась боль, сравнить с предыдущими приступами);
- сердцебиение (условия возникновения, длительность, постоянное или периодическое, чем сопровождается и купируется);
- наличие перебоев в работе сердца (условия и частота их возникновения, продолжительность, чем купируются);
- одышку (обстоятельства возникновения, постоянная или приступообразная, принимает ли больной определенное положение для ее уменьшения, связь с нагрузкой и ее интенсивностью);
- наличие приступов удушья (время и обстоятельства возникновения, чем сопровождаются, в каком положении тела наступает облегчение, чем купируются);
- отеки (локализация, степень выраженности, длительность и время появления).

СИСТЕМА ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

Одним из первых признаков заболевания может быть изменение аппетита (повышен, сохранен или снижен, сопровождается ли его снижение отворачиванием к определенным продуктам).

Кроме того, необходимо уточнить наличие:

- чувства насыщения (как быстро и от какого количества пищи оно появляется, чем сопровождается);
- жажды (степень выраженности, сколько больной выпивает жидкости за сутки, сопровождается ли сухостью во рту);
- слюнотечения (время появления, когда усиливается);
- изменения вкуса во рту;
- нарушения жевания;
- нарушения глотания (дисфагия — условия возникновения, при приеме какой пищи, чем сопровождается);
- наличие отрыжки (чем сопровождается, частота и время возникновения, продолжительность, связь с приемом и характером пищи);
- изжоги (интенсивность, длительность, частота появления, связь с приемом пищи, факторы облегчающие или полностью устраняющие ее);

- тошноты (частота возникновения, продолжительность, зависимость от приема и характера пищи, чем сопровождается, связь с положением тела);
- рвоты (условия возникновения, чем сопровождается, количество и характер рвотных масс, запах, приносит ли рвота облегчение);
- болей в животе (указать их локализацию, иррадиацию, характер, продолжительность, интенсивность, связь с приемом пищи, нагрузкой, эмоциональным состоянием, актом дефекации, нужно уточнить, после приема каких препаратов боль уменьшается или исчезает);
- ощущение распирания и тяжести в животе (в каких ситуациях возникает, когда проходит);
- ощущение переливания и урчания в животе (в каких ситуациях возникает, когда проходит);
- изменение стула (уточнить характер стула, необходимость натуживаться, форму, запах и цвет кала, частоту в сутки, неделю, наличие патологических примесей).

МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА

При заболеваниях почек могут возникать:

- боли в поясничной области или в животе (локализация, характер болей, интенсивность, иррадиация, чем сопровождается болевой синдром, чем купируется);
- расстройства мочеиспускания (частота за сутки, диурез ночной и дневной, цвет мочи, наличие примеси крови в моче);
- отеки (локализация, степень выраженности);
- зуд кожи, неприятный запах изо рта.

НЕРВНАЯ СИСТЕМА

При расспросе больного следует обратить внимание:

- на сон больного (нормальный, бессонница, тревожный, сновидения, кошмары, сонливость днем);
- настроение (ровное, спокойное, неустойчивое, возбужденное, подавленное, повышенная раздражительность, вспыльчивость);
- общительность (взаимоотношения в семье, на работе, затруднения в общении);
- наличие головных болей (локализация, характер, частота, интенсивность, продолжительность, причина, уточнить провоцирующие факторы и чем сопровождаются боли);
- головокружение (условия возникновения, длительность, интенсивность).

ОРГАНЫ ЧУВСТВ

При расспросе больного обратить внимание:

- на зрение (нормальное, понижено, близорукость, дальнозоркость, нет ли мелькания мушек перед глазами);
- слух (нормальный, снижен, степень снижения, шум в ушах, выделения из ушей);
- обоняние (нормальное, снижено, обострено, отсутствует);
- вкус (нормальный или отсутствует, извращение вкуса).

ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНЫЙ АППАРАТ

Больной может предъявлять жалобы:

- на отечность;
- изменение цвета кожных покровов над пораженным суставом;
- деформацию суставов;
- ограничение объема движений;
- чувство скованности (уточнить время появления, длительность существования этого симптома);
- наличие болей в костях или мышцах. Необходимо уточнить локализацию болей, время и условия возникновения (постоянные, периодические, возникают в покое или при какой определенной нагрузке, связаны с погодными условиями), характер («летучие», переходят с одного сустава на другой, или локальные), чем боли облегчаются (определенным положением пораженного сустава или препаратами).

Затем уточнить изменение общего состояния больного.

1. Самочувствие: хорошее, удовлетворительное, плохое, когда ухудшилось, с чем пациент связывает ухудшение состояния.

2. Наличие общей слабости — нет, есть, в какой степени выражена, как быстро наступает.

3. Наличие утомляемости — нет, есть, степень выраженности, как быстро наступает.

4. Степень работоспособности: сохранена, снижена, утрачена, с какого времени от начала заболевания.

5. Не отмечает ли похудание или увеличение веса — с какого времени началось и в какой степени выражено.

6. Потливость — в какое время суток возникает, интенсивность, чем сопровождается или что предшествует.

7. Повышение температуры — время повышения, постоянное или периодическое, сопровождается ли ознобом и потом, какими препаратами купируется лихорадка и на какое время, переносимость повышенной температуры.

8. Кожный зуд — общий или местный, как давно появился, причина его появления.

II. История заболевания (anamnesis morbi)

Полученная при расспросе больного информация дает представление о состоянии здоровья лишь на данный момент и не позволяет судить о развитии заболевания. Существуют заболевания, характеризующиеся специфическим началом и определенной последовательностью появления симптомов. Кроме того, знание особенностей развития заболевания помогает прогнозировать его дальнейшее течение и индивидуализировать лечение.

Историю заболевания выясняют от момента появления первых симптомов до настоящего опроса. Необходимо отразить следующие моменты:

- с какого времени пациент считает себя больным;
- что послужило, по мнению больного, причиной заболевания;
- какова последовательность появления симптомов;
- периодичность обострения заболевания, провоцирующие факторы;
- уточнить обследовался ли больной по поводу этого заболевания и результаты обследования;
- какие методы лечения использовал больной до госпитализации, их эффективность;
- причины госпитализации.

III. История жизни (anamnesis vitae)

История жизни больного позволяет выяснить индивидуальные особенности больного (наследственные и приобретенные), условия труда и быта, наличие вредных привычек, перенесенные заболевания и т. п.

Вначале выясняют особенности физического и психического развития в детские и юношеские годы, бытовые условия, характер питания.

Необходимо подробно отразить трудовой (военно-профессиональный) анамнез: профессию, начало трудовой деятельности, условия труда (воинской службы). Особое внимание обращается на работу с вредными условиями труда (химические факторы, перегревание или переохлаждение, вибрация, запыленность, ионизирующая радиация, электромагнитное излучение и др.)

В хронологическом порядке указываются **перенесенные заболевания**, операции, ранения, контузии, их последствия. Выяснить болел ли пациент туберкулезом, вирусным гепатитом, инфекционными заболеваниями.

У женщин выясняется регулярность менструального цикла, количество родов, уточнить, как протекала беременность, во время менопаузы — возраст начала менопаузы.

Вредные привычки: курение (длительность курения, число сигарет в день), употребление алкоголя (в каком количестве, как часто и с какого времени), употребление наркотических веществ (в каком количестве, с какого времени).

Наследственный анамнез включает состояние здоровья ближайших родственников, причины их смерти в молодом и среднем возрасте (мужчины до 55 лет, женщины до 65 лет).

Аллергологический анамнез включает непереносимость лекарственных средств, пищевых продуктов, вакцин, сывороток (указать вид аллергической реакции). Было ли переливание крови или препаратов крови с указанием переносимости.

Отмечается длительность нетрудоспособности больного, заболевание вследствие которого он был освобожден от военной службы.

IV. Объективное исследование больного (status praesens)

Включает описание общего состояния больного, данные объективного исследования с использованием физических методов (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация). Проводится по системам в определенной последовательности.

ОБЩИЙ ОСМОТР

Общее состояние больного указывается в начале раздела, а оценивается на протяжении времени общения врача с больным. Оно может быть удовлетворительным, средней тяжести, тяжелым и крайне тяжелым.

Сознание может быть ясным и помраченным.

Положение больного (активное, пассивное, вынужденное), как правило, указывает на тяжесть заболевания.

Телосложение характеризуют конституция, рост, вес. Телосложение определяется по М. В. Черноруцкому (нормостеническое, астеническое, гиперстеническое). Необходимо указать вес, рост больного, рассчитать индекс массы тела (вес/рост, кг/м²).

Обязательно при обследовании больного измерение температуры.

Описание кожных покровов включает цвет, наличие на коже сыпей, рубцов, расчесов, шелушений, язв. Необходимо оценить влажность, эластичность, упругость (тургор), характер волосяного покрова (тип оволосения, рост волос), состояние ногтей.

Оценивается состояние подкожной клетчатки (степень развития, места наибольшего отложения жира). При наличии отеков необходимо отметить их локализацию, консистенцию, степень выраженности. При увеличении лимфатических узлов указать группы увеличенных лимфоузлов,

размеры, консистенцию, болезненность, подвижность, спаянность между собой и с окружающими тканями, изменения кожи над пораженными лимфоузлами.

Определить степень развития мышц, их тонус, наличие судорог, болезненность при пальпации, наличие контрактуры.

При обследовании позвоночника необходимо обращать внимание на наличие патологических искривлений его, подвижность при сгибании, разгибании, боковых движениях, на болезненность позвонков.

При описании костей обратить внимание на их форму (искривление, деформация), поверхность, болезненность.

При ходьбе определяется походка больного (изменена, не изменена). Например, при поражении тазобедренных суставов определяется «утиная» походка, переваливание с ноги на ногу. В положении больного сидя и при ходьбе изучается осанка (правильная, неправильная). Изменение осанки (поза «просителя») развивается при анкилозирующем спондиллоартрите.

При исследовании суставов необходимо описать конфигурацию (форму), объем активных и пассивных движений, наличие припухлости, деформации, анкилозов, болезненности, изменения температуры кожи над суставом.

Изменение формы головы может быть связано с нарушением развития черепа. Оценивается форма головы, величина (овальная, круглая, квадратная, микроцефалия, макроцефалия и т. д.), положение (прямое, с наклоном в сторону, запрокинутая назад), подвижность (свободная, ограниченная). Отмечается наличие произвольных движений головы в виде тремора, покачивания.

Выражение лица больного отражает состояние, переживание, страдание. При некоторых заболеваниях выражение лица является важным диагностическим признаком («митральное» лицо, «лицо Корвизара», лицо при акромегалии, базедовой болезни, повышенной температуре).

Необходимо обратить внимание на западение глаз, их блеск, состояние зрачков (сужение, расширение, реакцию на свет, конвергенцию), на ширину глазной щели, наличие пучеглазия и симптомов, характерных для некоторых заболеваний (Мебиуса, Грефе, Штельвага).

При осмотре шеи обращается внимание на форму шеи, пульсацию на ней крупных сосудов (сонная артерия, яремные вены), на размеры щитовидной железы (диффузное или ограниченное увеличение, наличие узлов, консистенция).

СИСТЕМА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

При исследовании органов дыхания отмечают изменение носового дыхания (свободное, затруднено), голоса (громкий, тихий, сиплый, афо-

ния). Проводится наружный осмотр носа (изменение формы, припухлость, покраснение, изъязвления, Herpes zoster). Нос деформируется после некоторых заболеваний (сифилис, переломы). При акромегалии он увеличивается. Определяется локальная болезненность при давлении, пальпации, поколачивании у корня носа, в области придаточных пазух носа.

При объективном обследовании органов дыхания проводят осмотр грудной клетки, ее пальпацию, перкуссию и аускультацию.

Необходимо описать форму грудной клетки (нормостеническая, гиперстеническая, астеническая, эмфизематозная, паралитическая, рахитическая и т. д.), ее симметричность, участие обеих половин в акте дыхания, положение ключиц, лопаток, ход ребер, ширину межреберных промежутков, степень выраженности над- и подключичных ямок, кроме того, характер дыхания, глубину, его частоту. В случае одышки определяется фаза дыхания, в которую она возникает (инспираторная, экспираторная, смешанная).

Измерение окружности грудной клетки проводится на уровне сосков во время спокойного дыхания, на высоте вдоха и выдоха.

При пальпации определяется локальная болезненность, эластичность (резистентность) грудной клетки, исследуют голосовое дрожание (обычное, усиленное, ослабленное).

При **сравнительной перкуссии** грудной клетки определяется характер перкуторного звука (ясный, легочный, тимпанический, коробочный, притупленный, тупой) с точным определением границ каждого звука по ребрам и топографическим линиям.

Методом **топографической перкуссии** определяют границы между легкими и рядом лежащими органами (сердцем, печенью, селезенкой и кишечником). С помощью топографической перкуссии определяют:

- нижние границы легких;
- высоту стояния верхушек легких и их ширину (поля Кренига);
- подвижность нижнего края легкого.

	справа (по краю ребра)	слева
высота стояния верхушек легких спереди	_____	_____
высота стояния верхушек легких сзади	_____	_____
ширина полей Кренига	_____	_____
нижняя граница легкого	_____	_____
по окологрудной линии	_____	_____
по срединно-ключичной линии	_____	_____
по передней подмышечной линии	_____	_____
по средней подмышечной линии	_____	_____
по задней подмышечной линии	_____	_____
по лопаточной линии	_____	_____

по околопозвоночной линии	_____	_____
активная подвижность нижнего края легкого (см)	_____	_____
по срединно-ключичной линии	_____	_____
по средней подмышечной линии	_____	_____
по лопаточной линии	_____	_____

Аускультация легких проводится над симметричными участками грудной клетки. Вначале определяют характер основных дыхательных шумов (везикулярное, ослабленное, усиленное, жёсткое, бронхиальное, амфорическое, отсутствие дыхательного шума), затем указываются добавочные дыхательные шумы: хрипы (сухие или влажные), крепитация, шум трения плевры, их локализация и характеристика.

Методом аускультации также определяется бронхофония над симметричными участками (одинаковая с обеих сторон, усилена или ослаблена с одной стороны).

СИСТЕМА ОРГАНОВ КРОВООБРАЩЕНИЯ

Исследование сердечно-сосудистой системы начинается с осмотра видимой пульсации сосудов на висках, шее, грудной клетке, брюшной стенке, конечностях.

Пальпируется пульс на лучевых артериях, изучаются его свойства: симметричность, частота (редкий, частый), ритмичность (ритмичный, аритмичный), напряжение (напряженный, мягкий), высота пульсовой волны (высокий, низкий), существование второй волны (дикротический, анакротический), степень наполнения, величина волны (большой, малый, нитевидный), быстрота подъема и спада пульсовой волны (быстрый, медленный), зависимость наполнения от вдоха (парадоксальный), несоответствие частоте сердечных сокращений (дефицит пульса). Исследуется степень ригидности и состояние стенки крупных сосудов.

Затем измеряется артериальное давление на обеих плечевых артериях в положении сидя и лежа, вычисляется пульсовое давление. В случае выявления признаков коарктации аорты определяется давление на подколенных артериях.

При осмотре и пальпации области сердца выявляют так называемый сердечный горб (указать локализацию, размеры). Отмечают свойства верхушечного толчка: локализация, сила (резистентный, приподнимающий, ослабленный), площадь (разлитой, ограниченный). Выявляется патологическая пульсация: сердечный толчок, эпигастральная пульсация, пульсация в области эпигастральных сосудов, в области яремной ямки. Определяется наличие систолического или диастолического дрожания в прекардиальной ямке.

Перкуссия области сердца проводится с целью определения величины, конфигурации и положения сердца, а также размеров сосудистого пучка.

Границы относительной тупости сердца: правая, левая, верхняя (локализация).

Контуры сердца, конфигурация сердца (нормальная, аортальная, митральная, «бычье сердце», трапециевидная).

Размеры поперечника относительной тупости сердца.

Ширина сосудистого пучка во втором межреберье.

Граница абсолютной тупости сердца: правая, левая, верхняя (локализация).

Аускультация сердца проводится в пяти точках в вертикальном и горизонтальном положении больного. Выявляют основные и дополнительные тоны, отношение друг к другу по громкости звучания, продолжительности, ритм.

Тоны сердца: ясные, громкие, тихие, глухие. Соотношение громкости 1-го и 2-го тонов в точках аускультации:

– изменение 1-го тона (усиление, ослабление, хлопающий, расщеплён, раздвоен (локализация));

– изменение 2-го тона (ослабление, усиление, с металлическим оттенком, расщепление, раздвоение (локализация));

– наличие добавочных тонов — ритм «перепела», ритм галопа (систолический, протодиастолический, мезодиастолический, пресистолический).

При наличии шумов определяется их происхождение, отношение к фазам сердечной деятельности, характер, интенсивность, проведение, изменения при перемене положения тела.

Шумы сердца — систолический, диастолический (протодиастолический, мезодиастолический, пресистолический). Место наилучшего выслушивания шума, его интенсивность (выраженный, слабый), тембр (нежный, мягкий, грубый, свистящий, напоминающий шум пилы и т. д.), продолжительность (короткий, продолжительный), проведение шума (в подмышечную ямку, в межлопаточное пространство, на сосуды шеи, в точку Боткина–Эрба и т. д.), изменение шума (усиление или ослабление) при перемене положения тела больного (стоя, лежа, на левом боку, после физической нагрузки, задержке дыхания).

При появлении экстракардиальных шумов (шум трения перикарда, плевроперикардиальный шум) определяют их локализацию и интенсивность.

СИСТЕМА ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

Объективное исследование органов пищеварения начинают с осмотра ротовой полости, языка, зубов, десен, зева, задней стенки глотки, миндалин. Отмечают цвет слизистой полости рта, наличие налета на языке, трещин, состояние сосочков, увеличение размеров языка. Выявляют афты, язвы, кровоизлияния на языке, слизистой рта. Отмечают рыхлость, кровоточивость десен, состояние зубов (недостаточное количество, изменение формы, наличие налета, кариеса). Описывают запах изо рта (обычный, фруктовый, тухлых яиц и т. п.).

При осмотре живота определяют его форму (овальная, грушевидная), наличие равномерных или неравномерных выпячиваний либо втяжений, расширенных вен передней брюшной стенки, состояние пупка (втянут, выпячен, сглажен), участие в акте дыхания, видимые пульсацию, перистальтику, диастаз мышц живота, грыжевые выпячивания, развитие подкожных вен, окружность живота в сантиметрах.

Перкуссия брюшной полости применяется, главным образом, для выявления в брюшной полости свободной жидкости и выявления метеоризма.

При поверхностной пальпации живота выявляется наличие болезненности, напряжения мышц передней брюшной стенки, опухолевидных образований и грыж с указанием локализации, зон гиперестезии.

Глубокая скользящая, методическая топографическая пальпация проводится с определением положения органов, их размеров, болезненных зон. Исследуются свойства отделов тонкого и толстого кишечника (сигмовидная кишка, нисходящая ободочная кишка, слепая кишка, восходящая ободочная кишка, терминальный отдел подвздошной кишки): ширина, форма, контуры, подвижность, болезненность, урчание.

Определяется местоположение, состояние участков малой и большой кривизны желудка, его антральной части, пилородуоденальной области, луковицы двенадцатиперстной кишки.

При аускультации живота оценивается кишечная перистальтика (количество перистальтических движений в минуту) над тонким и толстым кишечником.

Исследование печени включает осмотр области нижней трети правой половины грудной клетки и правого подреберья: асимметрия половин грудной клетки, ограниченная подвижность при дыхании.

Прежде чем пальпировать печень, необходимо перкуторно определить ее границы. Это позволяет не только судить о величине печени, но и определить, с какого места следует начинать пальпацию.

При перкуссии печени исследуются ее границы и определяются размеры печени по Курлову.

Определение верхней границы абсолютной тупости печени:
по правой передней подмышечной линии

правой срединно-ключичной линии _____

правой окологрудной линии _____

Определение нижней границы абсолютной тупости печени:

по правой передней подмышечной линии _____

правой срединно-ключичной линии _____

правой окологрудной линии _____

передней срединной линии _____

левой окологрудной линии _____

Измерение высоты печеночной тупости:

по правой передней подмышечной линии _____

правой срединно-ключичной линии _____

правой окологрудной линии _____

Определение размеров печени по Курлову:

по правой срединно-ключичной линии _____

передней срединной линии _____

левой реберной дуге _____

При пальпации печени определяют консистенцию органа (мягкая, плотная), состояние поверхности печени (гладкая, ровная, мелкобугристая, крупнобугристая, болезненная, безболезненная), особенности края печени (острый, закругленный).

Определяется состояние желчного пузыря при пальпации: локализация, форма, величина, консистенция, болезненность.

Исследование области поджелудочной железы проводится методом осмотра нижней трети эпигастральной области и пальпации. Пальпаторно можно определить форму, величину, консистенцию, бугристость увеличенной поджелудочной железы.

Селезенку исследуют методами:

– осмотра, при котором отмечают изменение конфигурации формы живота в области локализации органа;

– при пальпации отмечается состояние левой половины живота, подреберья, консистенция нижнего края селезенки (гладкий, неровный, бугристый, болезненный);

– перкуссией определяют границы и размеры селезенки (определение верхней и нижней границ селезенки по средней подмышечной линии слева, передней и задней границ по X межреберью (ребру), измерение поперечника, длинника селезенки);

– при аускультации области селезенки можно выслушать шум трения листков брюшины в случае гиперспленизма.

МОЧЕПОЛОВАЯ СИСТЕМА

Выявляют наличие выпячиваний в поясничной области с указанием локализации, покраснения и отека кожи.

Определяют симптом поколачивания (положительный, отрицательный).

Почки пальпируют в вертикальном и горизонтальном положении, указывают локализацию пальпируемой почки, пальпируется вся или ее нижний полюс, наличие болезненности, физическое состояние пальпируемой почки (форма, величина, консистенция, характер поверхности, подвижность), при наличии нефроптоза — указать степень. Далее проводится пальпация подреберных, верхних мочеточниковых, средних мочеточниковых, реберно-позвоночниковых, реберно-поясничных точек для выявления болезненности.

При аускультации области почек уточнить наличие шума в реберно-позвоночном углу (локализация, систолический или диастолический).

НЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС

Исследование поверхностной чувствительности: тактильной, термической, болевой. Снижение или полное отсутствие чувствительности — нет, есть, характер, локализация.

Исследование глубокой чувствительности: мышечно-суставной, вибрационной, чувство веса и т. д. Проведение пальценосовой пробы. Определение руками чувства тяжести предметов с различным весом при закрытых глазах.

Исследование больного в позе Ромберга — устойчив, неустойчив.

Определение сухожильных рефлексов (коленного, ахиллова), пирамидных симптомов (Бабинского), рефлексов со слизистых оболочек (корнеальный, конъюнктивальный и др.).

Исследование вегетативной нервной системы: дермографизм — красный, белый, розовый; приподнятый, стойкий.

V. Обоснование предварительного диагноза

Данный раздел составляется как ход умозаключений, построенных из выбранных по данным жалоб, анамнеза и объективного статуса основных проявлений предполагаемого заболевания.

Это означает, что вы нашли симптомы и даже синдром или несколько синдромов, которые можно поместить с большой долей вероятности в картину определённой патологии. Возможно, это не одна нозологическая форма, а так называемые синдромосходные заболевания. Об этом вы и должны написать, показав — что *убедительно*, а что вызывает *сомнения* в диагнозе и *почему*.

В формулировке предварительного диагноза выделите:

а) основное заболевание;

- б) осложнение основного заболевания;
- в) сопутствующее заболевание.

Обоснование предварительного диагноза с выделением при обосновании последнего ведущих клинических синдромов нужно написать на основании анализа жалоб, данных анамнеза заболевания и жизни, данных объективного осмотра по следующим пунктам:

1) перечисление жалоб с выводом о преимущественном поражении того или иного органа или системы (например, типичный болевой синдром, наличие лихорадки, одышки и т. д.);

2) перечисление данных анамнеза заболевания с выводом о предполагаемом диагнозе (например, указание на ранее перенесенный инфаркт миокарда, анализ имеющихся электрокардиограмм, указание на перенесенную почечную колику, указание на выполненную операцию и т. д.);

3) перечисление данных анамнеза жизни с выводом о факторах риска данного заболевания (например, отягощенный семейный анамнез, наличие профессиональных вредностей, вредных привычек — злоупотребление алкоголем и т. д.);

4) перечисление данных объективного исследования, выявивших отклонения от нормы в объективном статусе, или какие-либо симптомы (например, наличие ожирения, кардиомегалии, хрипов в легких, цианоза и т. д.) с выводом о предположительном диагнозе заболевания;

5) помимо формулировки диагноза основной нозологической формы необходимо привести данные, по которым можно конкретизировать диагноз с указанием стадии и формы течения болезни, фазы, степени активности, степени функциональных нарушений и т. д.;

б) перечислить данные, свидетельствующие о наличии осложнений данного заболевания;

7) сформулировать диагноз сопутствующей патологии, которая может оказать влияние на имеющееся основное заболевание.

Возможен синдромный диагноз, если клиника не укладывается в конкретное заболевание (с указанием спектра диф. диагноза): например — синдром жидкости в плевральной полости, синдром кардиомегалии и т. д.

VI. План дополнительных обследований

Исходя из предварительного диагноза, назначается дополнительное обследование больного методами, объем и характер которых определяется исходными данными. Дополнительное обследование включает лабораторные, инструментальные исследования и консультации смежных специалистов.

Разместите все методы исследования (лабораторные и инструментальные) в порядке приоритетных, указав напротив каждого предполагаемый вами диагноз. С какой целью они необходимы и какого результата можете ожидать: подтверждающего или исключающего?

Например:

ЭКГ — с целью исключения острого инфаркта миокарда, уточнения наличия нарушений ритма и проводимости. У данного больного можно на ЭКГ ожидать признаки острого инфаркта миокарда (перечислить), признаки гипертрофии левого желудочка (в связи с сопутствующей гипертонической болезнью), признаки рубцовых изменений (в связи с указанием на перенесенный острый инфаркт миокарда ранее).

Анализ крови на билирубин — подтверждение наличия желтухи, уточнение ее формы, у данного больного можно ожидать повышение уровня билирубина за счет прямой фракции.

Анализ крови клинический — для подтверждения наличия признаков инфекционной патологии — увеличение количества лейкоцитов, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, увеличение СОЭ.

VII. Данные лабораторных, рентгенологических, электрокардиологических и других исследований

В хронологическом порядке приводятся данные лабораторного обследования: анализы крови, мочи, кала, анализы мокроты, желудочного сока, дуоденального содержимого и т. д. Целесообразно привести нормальные параметры и единицы измерения в дополнительной графе лабораторных и важных инструментальных исследований.

Далее указываются все виды инструментального обследования больного с подробным описанием полученных данных.

Для установления окончательного диагноза больные нередко осматриваются смежными специалистами, т. к. заключение консультанта может служить одним из обоснований диагноза. Однотипные исследования лучше расположить в таблице, которая позволит выделить динамику показателя лейкоцитов периферической крови на фоне терапии пневмонии антибактериальными препаратами или, например, гемоглобина у больного с анемией, получающего препараты железа.

Также анализ ЭКГ больного инфарктом миокарда не должен быть формальным: необходимо описать ЭКГ по алгоритму и дать собственное заключение. Он будет предметным, если во времени вы приведёте динамику зубцов и сегментов в конкретных отведениях (наличие патологического зубца Q, подъема сегмента ST, в каких отведениях и т. д.).

Так вы сможете подтвердить свои предположения, выдвинутые, как концепцию диагностического заключения в предыдущем разделе.

VIII. Дифференциальный диагноз

Различают синдромную и нозологическую дифференциальную диагностику. Дифференциальный диагноз проводится по ведущему симптому или синдрому, выявленному у курируемого больного. Для дифференциальной диагностики могут быть использованы такие синдромы, как одышка, приступы удушья, боли в грудной клетке, боли в области живота, желтуха, отеки, асцит, спленомегалия, лимфоаденопатия, анемия и др. Куратор выбирает наиболее показательный, ведущий симптом или синдром, затем последовательно исключает заболевания, при которых имеется такой же синдром.

IX. Клинический диагноз и его обоснование

Диагноз — это краткая формулировка заболевания. В диагнозе указывают основное заболевание (степень тяжести, функциональный класс, функциональную недостаточность органа), его осложнения и сопутствующие заболевания.

В данном разделе диагностическая версия должна быть по возможности полно раскрыта и подтверждена, т. к. от правильно установленного диагноза будет зависеть и выбранное лечение.

Укажите, какие именно данные обследования подтвердили ваш предварительный диагноз, какие уточнили форму, фазу, степень активности и осложнения. Вполне возможно, что диагностическое представление после дообследования пришлось пересмотреть в пользу другого диагноза. Это не противоречит принципам врачебного мышления и не умаляет ваших способностей размышлять и интерполировать информацией. Отсутствие сомнений — нередко спутник ограниченного кругозора и опасной самоуверенности.

Все изменения и уточнения диагноза должны найти отражение в тексте истории болезни: дневниках, этапных эпикризах и т. д.

Краткое изложение вашего представления могло бы выглядеть следующим образом:

Обоснование окончательного диагноза нужно написать, повторив анализ жалоб, данных анамнеза заболевания и жизни, данных объективного осмотра, дополнив теми данными обследования, которые его подтвердили по следующим пунктам:

1) перечисление жалоб с выводом о преимущественном поражении того или иного органа или системы (например, типичный болевой синдром, наличие лихорадки, одышки и т. д.);

2) перечисление данных анамнеза заболевания с выводом о предполагаемом диагнозе (например, указание на ранее перенесенный инфаркт миокарда, анализ имеющихся электрокардиограмм, указание на перенесенную почечную колику, указание на выполненную операцию и т. д.);

3) перечисление данных анамнеза жизни с выводом о факторах риска, позволяющих предполагать факторы риска данного заболевания (например, отягощенный семейный анамнез, наличие профессиональных вредностей, вредных привычек — злоупотребление алкоголем и т. д.);

4) перечисление данных объективного исследования, выявивших отклонения от нормы в физикальном статусе или какие-либо симптомы (например, наличие ожирения, кардиомегалии, хрипов в легких, цианоза и т. д.), позволяющие предположить данное заболевание;

5) перечисление лабораторных данных с конкретным указанием тех изменений, которые подтвердили ваше предположение (например, положительный тест на тропонин подтверждает инфаркт миокарда);

6) перечисление данных инструментальных методов обследования с конкретным указанием тех изменений, которые подтвердили ваше предположение (например, рентгеноскопия органов грудной полости подтвердила ваше предположение об острой пневмонии — обнаружена инфильтрация в верхней доле левого легкого или ЭХО КС подтвердила ваше предположение о наличии у больного аортального порока сердца: были выявлены утолщение створок, ограничение их подвижности, увеличение трансклапанного градиента давления и т. д.);

7) помимо формулировки диагноза основной нозологической формы необходимо привести данные, по которым можно конкретизировать диагноз с указанием стадии и формы течения болезни, фазы, степени активности, степени функциональных нарушений и т. д. Данные дополнительных методов исследования могут подтвердить, например, наличие желтухи или данные оценки функции внешнего дыхания подтвердят стадию ХОБЛ на основании показателя $ОФВ_1$ и т. д.;

8) перечислить данные, свидетельствующие о наличии осложнений данного заболевания, которые были подтверждены (например, по данным суточного мониторирования ЭКГ подтвердили наличие желудочковой экстрасистолии, осложнившей течение острого инфаркта миокарда и т. д.);

9) сформулировать диагноз сопутствующей патологии, которая была подтверждена при обследовании, при осмотре врачей-консультантов или указана по данным анамнеза.

Х. Этиология и патогенез

Информация для этого раздела должна быть получена на основании анализа современной литературы. Взгляды на этиологию заболевания приводятся в сжатой форме. Опишите принятые в настоящее время схемы патогенеза данного заболевания и наиболее вероятные патогенетические механизмы, имевшие место у курируемого пациента. Кратко объясните механизмы клинических симптомов и синдромов, выявленных у него. Можно пользоваться схемами, таблицами, графиками и рисунками.

XI. Лечение и его обоснование

Лечение любого заболевания должно быть как этиопатогенетическим, так и симптоматическим (с учетом показаний).

Необходимо сформулировать реальную цель лечения у вашего конкретного больного. Это могут быть исходы заболевания — полное выздоровление, ликвидация или уменьшение тяжести обострения заболевания, его осложнений; приостановление прогрессирования или регресс болезни; улучшение прогноза, трудоспособности.

1. Режим (например, режим больного с инфарктом миокарда зависит от степени тяжести заболевания, имеющихся осложнений, стадии болезни на время курации).

2. Диета. Раздел содержит: номер стола; суточный калораж, ограничения (например, соли до 3,5 г в сутки и жидкости в столе № 10).

3. Лекарственная терапия:

а) этиотропная — при пневмококковой пневмонии — антибиотиком пенициллинового ряда;

б) патогенетическая — статины у больного ИБС;

в) симптоматическая — купирование приступа стенокардии, бронхиальной астмы и т. д.

Каждый препарат выписывается согласно правилам выписки рецепта на латинском языке с указанием дозы, пути и способа введения. Кроме того, указывается название группы, приводится механизм действия с указанием точек приложения, продолжительность лечения, совместимость с другими препаратами, главные побочные действия.

При наличии показаний, указать необходимость хирургического лечения, например, учитывая высокий функциональный класс стенокардии, больному показано аортокоронарное шунтирование.

Грамотное врачевание подразумевает не только знание обязательных стандартов лечения, но и принципы индивидуализации.

XII. Прогноз и ВВЭ

Прогноз — перспектива возможных или закономерных ближайших и отсроченных исходов болезни, оценка вероятности выздоровления и выживания, качества жизни, профпригодности.

Для здоровья — выздоровление возможно или нет, т. к. данное заболевание — хроническое.

Для жизни — угрожает жизни (инфаркт миокарда, ТЭЛА) или нет (глаукома, ожирение).

Для трудоспособности — степень ограничения (острый бронхит); временная (инфаркт миокарда) или постоянная инвалидность (слепота, тяжёлая форма бронхиальной астмы).

ВВЭ проводится для определения прогноза годности к военной службе с указанием статьи «Инструкции, определяющей требования к состоянию здоровья граждан при приписке к призывным участкам, призыве на срочную военную службу, службу в резерве, военную службу офицеров запаса, военные и специальные сборы, при поступлении на военную службу по контракту, в учреждение образования «Минское суворовское военное училище» и военные учебные заведения военнослужащих, граждан, состоящих в запасе Вооруженных Сил Республики Беларусь», позволяющей освидетельствовать состояние здоровья обследованного больного. Необходимо привести обоснование прогноза годности.

XIII. Профилактика

Первичная — предупреждение болезни, вторичная — предупреждение обострений, рецидивов хронического процесса.

XIV. Дневники курации

Дневник истории болезни заполняется в дни курации и отражает динамику состояния больного за истекшее время и эффективность назначаемых лечебных мероприятий. Выберите те дни курации (3), которые наиболее ярко отражают динамику жалоб и состояния больного, а также подходы к лечению, например: вначале — при поступлении в больницу, на высоте обострения заболевания, перед выпиской. Дневник можно заполнить в виде таблицы. Внимательно отнеситесь к своему выбору и заполнению этой таблицы. Она будет отражать ваши навыки анализировать всё, что было с больным, что делали вы в ретроспективе. Отразить

динамику или, если ее нет, диагностический поиск, коррекция назначений, дополнение ФТЛ и др.

XV. Температурный лист

Оформление раздела. Кривая температуры, массы тела, объёмы выпитой, введённой внутривенно и выделенной из организма жидкости. Лист в этом случае будет отражением эффективности лечения (регрессирование признаков декомпенсации сердечной недостаточности).

XVI. Эпикриз

История болезни завершается эпикризом, в котором кратко описываются основные жалобы больного и история его заболевания, объективные данные, основные лабораторные и инструментальные исследования, диагностическое резюме, течение заболевания, во время наблюдения проведенное лечение и его результаты, дальнейшие рекомендации в отношении режима, лечения и трудоустройства.

В зависимости от исхода заболевания, от последующей тактики ведения пациента, эпикриз может быть выписной (выписка из стационара), переводной (перевод в другое отделение), этапный (1 раз в 10 дней при длительном пребывании в стационаре), посмертный (в случае летального исхода).

Он включает в себя следующие разделы:

1. Фамилия, имя, отчество больного, дата (при необходимости — время поступления и выписки (или смерти)).
2. Заключительный диагноз.
3. Основные жалобы при поступлении (кратко).
4. Основные анамнестические данные (кратко), дающие представления о давности, характере и особенностях течения заболевания и его осложнений, а также сведения о перенесенных других заболеваниях.
5. Описание настоящего ухудшения и цель госпитализации.
6. Обоснование диагноза с учетом данных осмотра, лабораторных и инструментальных методов исследования: приводятся основные изменения клинических анализов крови, мочи, кала, мокроты, ЭКГ, результаты рентгенологического исследования и др., а также заключения специалистов-консультантов.
7. Проведенное в стационаре лечение: режим, диета, медикаментозные средства (их дозировка и длительность приема), физические методы лечения, операции и т. д.

8. Оценка результатов лечения в стационаре с конкретным перечислением динамики основных клинических проявлений, данных лабораторных тестов, ЭКГ, рентгенологической картины и т. д.

9. Заключение стационара: выписывается на работу (службу) (режим труда или службы, ограничения), на амбулаторное лечение, переводится в другой стационар, направляется на долечивание в санатории, направляется на ВВЭ (МСЭК).

10. Рекомендации в отношении режима, диеты, условий работы и образа жизни, вторичной профилактики, медикаментозного лечения (название препарата, дозы, способы приема, длительность лечения).

11. Рекомендации по диспансерному динамическому наблюдению с указанием периодичности наблюдения, необходимого перечня анализов, нуждаемости в консультации узких специалистов.

XVII. Список литературы

Литература, используемая при написании истории болезни (учебники, руководства, справочные издания, журнальные статьи, монографии) приводится по следующим правилам: не менее 5 источников, рекомендованных кафедрой, без ссылки на лекции.

1. Фамилия И. О. Название статьи // Название журнала, год, номер, страницы.

2. Фамилия И. О. Название книги, учебника, монографии. Город, издательство, год, страницы.

3. Фамилия И. О. Название книги, учебника, монографии / сайт в Интернете. Город, издательство, год, страницы.

Желательно использовать литературу за последние 5–10 лет.

Литература

1. *Бейтс, Б.* Энциклопедия клинического обследования больного : пер. с англ. / Б. Бейтс, Л. С. Байкли. М. : ГЭОТАР Медицина, 1997. 701 с.
2. *Ивашкин, В. П.* Пропедевтика внутренних болезней : учеб. пособие к практ. занятиям для студ. мед. вузов / В. Т. Ивашкин, В. И. Султанов. СПб : Питер, 2000. 384 с.
3. *Матвейков, Г. П.* Практические навыки терапевта : практ. пособие / Г. П. Матвейков, Н. И. Артишевская, Л. С. Гиткина. Минск : Высшэйшая школа, 1993. 656 с.
4. *Милькаманович, В. К.* Методическое обследование, симптомы и симптомокомплексы в клинике внутренних болезней : рук. для студ. и врачей / В. К. Милькаманович. Минск : Мастацкая Літаратура, 1995. 669 с.
5. *Милькаманович, В. К.* Атлас клинического исследования : учеб. пособие / В. К. Милькаманович. Минск : Высшейшая школа, 2006. 285 с.
6. *Тишендорф, Ф. В.* Диагноз по внешним признакам : атлас-справочник по клинической и дифференциальной диагностике / Ф. В. Тишендорф. М. : Медицинская литература, 2008. 312 с.
7. *Федоров, Н. Е.* Пропедевтика внутренних болезней (основы диагностики и частной патологии внутренних органов) : лекц. курс / Н. Е. Федоров. Витебск : ВГМУ, 2007. 428 с.
8. *Чучалин, А. Г.* Клиническая диагностика : рук. для практикующих врачей / А. Г. Чучалин, Е. В. Бобков. М. : Литера, 2006. 308 с.

Оглавление

Введение	3
I. Жалобы больного	7
II. История заболевания (anamnesis morbi)	10
III. История жизни (anamnesis vitae).....	11
IV. Объективное исследование больного (status praesens).....	12
V. Обоснование предварительного диагноза	19
VI. План дополнительных обследований.....	20
VII. Данные лабораторных, рентгенологических, электрокардиологических и других исследований.....	21
VIII. Дифференциальный диагноз	21
IX. Клинический диагноз и его обоснование	22
X. Этиология и патогенез	23
XI. Лечение и его обоснование	23
XII. Прогноз и ВВЭ	24
XIII. Профилактика	25
XIV. Дневники курации	25
XV. Температурный лист	25
XVI. Эпикриз.....	25
XVII. Список литературы	26
Литература.....	27