

В.Н.Ослопов, О.В.Богоявленская, Ю.В.Ослопова

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО

3-е издание, переработанное и дополненное

*Рекомендовано ГБОУ ВПО Первый Московский государственный
медицинский университет им. И.М.Сеченова в качестве учебного
пособия для студентов учреждений высшего профессионального
образования, обучающихся по направлению подготовки
«Лечебное дело», «Педиатрия», «Медико-профилактическое дело»,
«Стоматология»*



**Москва
«МЕДпресс-информ»
2016**

УДК 616-09
ББК 54.1
О-74

Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в любой форме и любыми средствами без письменного разрешения владельцев авторских прав.

В.Н.Ослопов – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней ГБОУ ВПО «Казанский ГМУ Минздрава России», заслуженный деятель науки Республики Татарстан, действительный член АИ РТ

О.В.Богоявленская – к.м.н., доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней ГБОУ ВПО «Казанский ГМУ Минздрава России»

Ю.В.Ослопова – к.м.н., доцент кафедры фундаментальных основ клинической медицины Института фундаментальной медицины и биологии ФГАОУ ВПО «Казанский (Приволжский) федеральный университет Министерства образования и науки Российской Федерации»

Регистрационный номер рецензии 432 от 17.10.2013 ФГАУ «ФИРО» Министерства образования и науки Российской Федерации.

Ослопов В.Н.

О-74 История болезни терапевтического больного / В.Н.Ослопов, О.В.Богоявленская, Ю.В.Ослопова. – 3-е изд., перераб. и доп. – М. : МЕДпресс-информ, 2016. – 168 с. : ил., вкладыш.
ISBN 978-5-00030-314-6

В учебном пособии представлена подробная схема истории болезни с примером написания истории болезни пациента с патологией внутренних органов, даны комментарии для правильного усвоения материала, освещен ряд вопросов, вызывающих сложности у студентов в начале работы в клинике (состояние сознания, определение тяжести состояния пациента, антропометрия и др.). Приведены расшифровка и краткое толкование аббревиатур лабораторных показателей крови и мочи, определяемых с помощью современных автоматических анализаторов. Даны тестовые задания с пояснениями к ответам. Переработаны и дополнены раздел 2 («Схема лабораторного и инструментального обследования пациентов»), раздел 4 («Комментарии») и «Приложения».

Учебное пособие предназначено для студентов, обучающихся по программам высшего образования «Лечебное дело», «Педиатрия», «Медико-профилактическое дело», «Стоматология».

УДК 616-09
ББК 54.1

ISBN 978-5-00030-314-6

© Ослопов В.Н., Богоявленская О.В., Ослопова Ю.В., 2013, 2016
© Оформление, оригинал-макет. Издательство
«МЕДпресс-информ», 2013, 2016

ОГЛАВЛЕНИЕ

Список сокращений и условные обозначения	4
Предисловие	5
Раздел 1. История болезни	7
I. Общие сведения (анкетные данные)	7
II. Расспрос (интеррогация), анамнез (Anamnesis)	7
1. Жалобы (при поступлении в клинику)	7
2. История настоящего заболевания (Anamnesis morbi)	11
3. История жизни пациента (Anamnesis vitae)	12
3.1. Медицинский анамнез	12
3.2. Социальный анамнез	13
3.3. Трудовой анамнез (профессиональная деятельность)	13
3.4. Половой анамнез	13
3.5. Семейный анамнез и наследственность	14
3.6. Вредные привычки (привычные интоксикации)	14
III. Объективное исследование (Status praesens)	15
1. Общий (наружный) осмотр (инспекция)	15
2. Система органов дыхания	22
3. Сердечно-сосудистая система	23
4. Система органов пищеварения (желудочно-кишечный тракт)	26
5. Гепатобилиарная система (печень и желчные пути)	28
6. Селезенка	28
7. Мочевыводящая система	29
8. Кроветворная, эндокринная и нервная системы	29
IV. Результаты лабораторного и инструментального обследования пациента	29
V. Диагноз и его обоснование	31
VI. Патогенез симптомов	31
Раздел 2. Схема (объем) лабораторного и инструментального обследования пациентов	32
Раздел 3. Пример написания истории болезни	39
Раздел 4. Комментарии	61
Раздел 5. Задания для тестового контроля	109
Пояснения к ответам на тестовые задания	120
Приложения	144
Приложение 1. Электрокардиография	144
Приложение 2. Лабораторные исследования	146
Приложение 3. Формулировка диагнозов «гипертоническая болезнь» и «ишемическая болезнь сердца»	154
Приложение 4. О нижней границе нормы артериального давления	161
Литература	162

ПРЕДИСЛОВИЕ

Учебное пособие «История болезни терапевтического больного» предлагается для правильного усвоения предмета «Пропедевтика внутренних болезней», эффективной работы у постели пациента и написания первой студенческой истории болезни.

Несмотря на все бóльшую технизацию обследования пациента, значение классических приемов диагностики – детального расспроса и последовательного тщательного объективного исследования – остается очень важным («*conditio sine qua non*»). Владение этими приемами и их результативное применение, с одной стороны, несомненно, определяет профессиональную культуру врача, а с другой – создает особую доверительную атмосферу взаимодействия врача с пациентом, тот комплаенс, от которого во многом зависит успех лечения.

К сожалению, большинство ошибок, которые совершают врачи, происходит из-за пренебрежения этими классическими методами исследования: пациента опрашивают поверхностно, осматривают бегло и часто непоследовательно. Известный отечественный терапевт М.В.Черноруцкий говорил: «На одну ошибку от незнания представляется девять от невнимания».

Предлагаемая схема обследования пациента, основанная на тысячелетнем опыте медицины, поможет избежать ошибок, особенно в самом начале трудного пути врачевания. Следует отметить, что в Европе подробные записи историй болезней ввел в XVII в. голландский врач Герман Бургав, а в России в XIX в. – Матвей Яковлевич Мудров, основоположник русской терапевтической школы. М.Я.Мудров писал: «История болезни должна иметь достоинства точного повествования о случившемся... историю болезни должно писать рачительно... при постелях больных... Сие сокровище для меня дороже всей моей библиотеки».

Вполне естественно, что студенты II–III курсов испытывают трудности в правильной записи в историю болезни получаемых ими у постели пациента анамнестических данных и данных объективного исследования, и первая история болезни нередко оказывается «скорбным листом»¹. Приведенный образец истории болезни поможет избежать многих неточностей, в первую очередь – семантически-стилистического характера. В каждом разделе схемы истории болезни упоминаются *симптомы заболеваний* – как часто встречающиеся, так и редкие. Для лучшего усвоения материала даны *комментарии*, в том числе по вопросам, в трактовке которых есть противоречия, а в учеб-

¹ В переносном смысле слова. В настоящее время в официальных документах история болезней именуется как «медицинская карта стационарного (амбулаторного) больного». Скорбным листом историю болезни называли во времена А.С.Пушкина.

никах – их неоднозначное толкование. Приведено большое количество комментариев, поскольку целью учебного пособия является научить студентов правильно, с пониманием сути изложения, писать историю болезни, а не паразитить коллег по профессии.

Студенческая история болезни, в отличие от врачебной, завершается разделами «Обоснование диагноза» и «Патогенез симптомов», написание которых позволяет студенту утвердиться в правильности поставленного им диагноза, а преподавателю – в глубине знаний студента.

Обращаем внимание, что с 2011 г. введен в действие Федеральный Закон от 21 ноября 2011 года №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». В нем регламентированы, в частности, следующие понятия (статья 2):

– *пациент (не «больной»!) – физическое лицо, которому оказывается медицинская помощь или которое обратилось за оказанием медицинской помощи независимо от наличия у него заболевания и от его состояния;*

– *заболевание (не «болезнь»!) – возникающее в связи с воздействием патогенных факторов нарушение деятельности организма, работоспособности, способности адаптироваться к изменяющимся условиям внешней и внутренней среды при одновременном изменении защитно-компенсаторных и защитно-приспособительных реакций и механизмов организма.*

Таким образом, в настоящее время целесообразно заменять слова «больной» и «болезнь» соответственно на «пациент» и «заболевание» – в тех случаях, когда эта замена не противоречит стилистике русского языка и исторически сложившимся названиям заболеваний (например, оставить термин «гипертоническая болезнь», который невозможно заменить на «гипертоническое заболевание»).

РАЗДЕЛ 1. ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

I. Общие сведения (анкетные данные)¹

1. Фамилия, имя, отчество
2. Возраст
3. Пол
4. Место работы
5. Профессия
6. Должность в настоящее время
7. Домашний адрес
8. Дата поступления в клинику

Запись в историю болезни о *национальности* пациента в настоящее время официально не производится, однако национальная и расовая принадлежность больного может иметь определенное значение при постановке диагноза и лечении (см. **Комментарий 1**, с. 61).

Обращаем ваше внимание на то, что в настоящее время паспортные данные пациента являются его персональными данными, на которые, в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» и Федеральным законом от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», распространяется режим конфиденциальности. В связи с этим при работе с пациентами и написании *учебной истории болезни* студент должен подписать у пациента специальную форму – «Согласие на обработку персональных данных».

...Нельзя быть уверенным в отсутствии симптомов и признаков², если их специально не выяснять и не искать...

Поль Д.Уайт

II. Расспрос (интеррогация), анамнез (Anamnesis)³

1. Жалобы (при поступлении в клинику)

Жалобы должны быть подразделены на *основные* (главные, или ведущие) и *второстепенные* (дополнительные, или общие) с их детализацией.

¹ Подробная информация по теме «Анамнез» размещена на сайте www.oslopov-kazan.ru.

² В России отождествляют понятия «симптомы» и «признаки» болезней.

³ Анамнез (греч. *anamnesis*: *ana* – приставка со значением «обратное действие» (соответствует русскому слову «назад»), *mneme* – память) – воспоминание (дословно «назад к памяти, через память»). Анамнезом называют метод получения данных о пациенте путем расспроса (интервьюирования).

К *основным* жалобам следует относить те, которые являются важными симптомами данного заболевания, наиболее типичны для него и указывают в той или иной мере на локализацию процесса. Обычно это те симптомы, которые привели больного к врачу.

К *второстепенным* жалобам, как правило, относят жалобы, указывающие лишь на наличие заболевания и отражающие нарушение общего состояния, но не специфичные для определенной болезни (общая слабость, чувство жара¹ и т.д.), либо жалобы, которые связаны с сопутствующим заболеванием (т.е. не те жалобы, которые в настоящее время привели больного к врачу).

Жалобы должны быть *детализированы*. Вопросы, задаваемые пациенту для детализации его жалоб, должны быть не прямыми (т.е. не такими, ответы на которые больные дают в алгоритме «да–нет»), а косвенными (т.е. такими, при ответах на которые сам больной подбирает термины–определения, характеризующие его ощущения) (**Комментарий 2**). Нужно быть очень аккуратным в формулировании уточняющих вопросов, следить, чтобы они не превратились в наводящие² вопросы.

Жалобы, в зависимости от преимущественного поражения различных органов, могут быть следующими.

1. Заболевания органов кровообращения (заболевания сердечно-сосудистой системы).

Боли за грудиной и в области сердца: локализация, характер, интенсивность, длительность, иррадиация, чем сопровождаются (у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) боли нередко сопровождаются чувством страха смерти – *angor mortis*), провоцирующие боль факторы – триггеры (причины), условия возникновения и/или причины усиления боли, чем и как быстро купируются. Боли в зубах, плече, эпигастрии и других областях тела («нетипичная» локализация боли как эквивалент стенокардии при отсутствии боли за грудиной). Боли в конечностях, онемение конечностей, зябкость конечностей, выраженная слабость в ногах (больному сначала трудно ходить, а затем и стоять). Боли в животе. Плохая переносимость физической нагрузки. Общая слабость. Одышка³ (степень выраженности, характер, провоцирующие факторы, время суток). Удушье (астма). Астма Штрáуба (**Комментарий 3**). Кровохарканье. Сердцебиение⁴. Перебои в работе сердца. Эпизоды потери сознания. Тошнота, рвота (у больных артериальной гипертензией (АГ) – как правило, не приносящая облегчения больному). Головные боли,

¹ Следует помнить, что различные признаки болезни, в том числе жалобы, подразделяются на *специфические* и *неспецифические*, и в ряде случаев неспецифические признаки болезни могут быть отнесены как к второстепенным жалобам, так и к главным – в зависимости от клинической картины заболевания.

² Наводящие вопросы – это вопросы, ответы на которые могут исказить реальную ситуацию.

³ Одышка у больного ИБС может быть и эквивалентом стенокардии.

⁴ Ощущение сердцебиения – дословно «ощущение биения сердца». Обычно под сердцебиением понимают субъективное восприятие больным тахикардии (ЧСС >100 в минуту). Однако ощущение биения сердца может быть и при нормальной ЧСС, и при брадикардии, что чаще обусловлено увеличением ударного объема сердца.

РАЗДЕЛ 2. СХЕМА (ОБЪЕМ) ЛАБОРАТОРНОГО И ИНСТРУМЕНТАЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ

Лабораторное¹ и инструментальное обследование пациентов является индивидуальным и определяется диагнозом с учетом особенностей заболевания у конкретного пациента, при этом за основу берутся современные «Стандарты ведения больных».

Всем пациентам, независимо от предполагаемого диагноза, обязательно проводятся:

- 1) общий (клинический) анализ крови (ОАК);
- 2) общий (клинический) анализ мочи (ОАМ);
- 3) исследование глюкозы крови (больным АГ, ожирением, всем больным старше 40 лет);
- 4) измерение АД;
- 5) термометрия;
- 6) ЭКГ;
- 7) рентгенологическое исследование органов грудной клетки (если больному в течение года не проводилась флюорография);
- 8) исследование кала на яйца гельминтов;
- 9) исследование крови на антитела к ВИЧ, на сифилис, на вирусные гепатиты.

ЛАБОРАТОРНЫЕ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ, ПРОВОДИМЫЕ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ²

I. ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

1. Анализ мокроты (общий, на микобактерии туберкулеза, атипичные клетки).
2. Бактериологическое исследование мокроты (выявление возбудителя, определение чувствительности выявленного возбудителя к антибиотикам).
3. Исследование плевральной жидкости.

¹ Лабораторное обследование пациента подробно описано в учебно-методических пособиях «Клиническая лабораторная диагностика» (Ослопов В.Н., Садыкова А.Р., Абдулхаков Р.А. – М.: МЕДпресс-информ, 2001) и «Основы лабораторной диагностики в клинике внутренних болезней» (Хамитов Р.Ф., Латфуллин И.А., Богоявленская О.В., Ахмерова Р.И., Ким З.Ф., Гайфуллина Р.Ф. – Казань: Издательство КГМУ, 2010).

² В изложении современных Стандартов ведения больных и других источников; с изменениями.

4. Исследование функции внешнего дыхания (спирография, пикфлоуметрия).
5. Рентгеноскопия и рентгенография органов грудной клетки.
6. Бронхоскопия и бронхография.
7. Рентгенотомография.
8. Компьютерная томография (КТ) органов грудной клетки.
9. Туберкулинодиагностика (реакция Манту).
10. Исследование газов артериальной крови.
11. Пульсоксиметрия (для определения насыщения гемоглобина кислородом в артериальной крови).
12. ЭКГ.
13. Эхокардиография (ЭхоКГ).
14. Изотопное сканирование легких и ангиопульмонография при подозрении на тромбоэмболию легочной артерии (ТЭЛА).
15. Биопсия легкого (для диагностики фиброзирующих альвеолитов).

II. РЕВМАТИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА (острая ревматическая лихорадка, хроническая ревматическая болезнь сердца). ПОРОКИ СЕРДЦА. ИНФЕКЦИОННЫЙ ЭНДОКАРДИТ. ДИФФУЗНЫЕ БОЛЕЗНИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ (системная красная волчанка, системная склеродермия, дерматомиозит, узелковый периартериит). РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ. ОСТЕОАРТРОЗ. ПОДАГРА. АМИЛОИДОЗ.

1. Бактериологическое исследование мазка из зева на наличие β -гемолитического стрептококка группы А.
2. Прокальцитонинный тест.
3. Исследование крови на общий белок и белковые фракции, фибриноген.
4. Исследование крови на С-реактивный белок.
5. Исследование крови на сиаловую кислоту.
6. Титры антистрептолизина-О и антигиалуронидазы.
7. Исследование крови на циркулирующие иммунные комплексы, ревматоидный фактор, HLA-B27.
8. Исследование антител к антигенам ядра клетки и ДНК, выявление волчаночных клеток (LE-клеток).
9. Исследование уровня мочевины и креатинина в крови.
10. Исследование крови и мочи на мочевую кислоту.
11. Бактериологическое исследование крови.
12. ЭКГ.
13. ЭхоКГ.
14. Рентгеноскопия органов грудной клетки.
15. Рентгенография суставов.
16. Магнитно-резонансная томография (МРТ) суставов.
17. Ультразвуковое исследование (УЗИ) поджелудочной железы, селезенки, почек.
18. Морфологическое и гистохимическое исследование препарата кожи.

РАЗДЕЛ 3. ПРИМЕР НАПИСАНИЯ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ

КАЗАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ

КАФЕДРА ПРОПЕДЕВТИКИ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ

Заведующий кафедрой д.м.н., профессор В.Н.Ослопов

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ
Иванова Ивана Ивановича, 35 лет

ДИАГНОЗ:

Внебольничная долевая (крупозная) пневмония с локализацией
в нижней доле левого легкого, тяжелого течения, осложненная
дыхательной недостаточностью III степени

Куратор
студент группы №1313
Петров П.П.

Ведущий преподаватель
ассистент, к.м.н.
Сидоров С.С.

Казань, 2013

СОГЛАСИЕ

Я, _____, *ФИО пациента*

согласен (согласна) на обработку своих персональных данных в соответствии с ФЗ «О персональных данных» от 27.07.2006 г. №152-ФЗ и «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 г. №323-ФЗ, в том числе в учебном процессе.

_____ *подпись пациента*

_____ *фамилия, инициалы пациента*

_____ *дата*

I. Общие сведения

1. ФИО: Иванов Иван Иванович.
2. Возраст: 35 лет.
3. Пол: мужской.
4. Место работы: Казанское автотранспортное предприятие №5.
5. Профессия: автослесарь.
6. Должность в настоящее время: автослесарь.
7. Домашний адрес: г. Казань, ул. Э.Тельмана, д. 45, кв. 5.
8. Дата поступления в стационар: 20 октября 2012 г.

II. Анамнез

1. Жалобы (при поступлении в клинику)

Главные жалобы: внезапное повышение температуры тела до 40°C, потрясающий озноб, головная боль; интенсивная боль колющего характера в левой половине грудной клетки, иррадирующая в эпигастральную область, усиливающаяся при глубоком вдохе и при наклоне туловища в здоровую сторону, постоянная в течение дня; кашель с мокротой «ржавого» цвета умеренного количества, без запаха; постоянная одышка смешанного характера.

Второстепенные жалобы: общая слабость, отсутствие аппетита.

2. История настоящего заболевания

Развитие заболевания пациент связывает с перенесенным психоэмоциональным стрессом – смертью отца, в связи с чем он употреблял алкоголь в течение 3 дней (с 14 по 16 октября). 16 октября в состоянии алкогольного опьянения больной заснул на автобусной остановке и получил переохлаждение. Через 2 дня (18 октября в 13 часов) у него внезапно повысилась температура тела до 40°C, развились потрясающий озноб и сильная головная боль. Жена отметила у него эпизоды нарушения сознания (бред). 19 октября у больного появился сухой, надсадный кашель, стала беспокоить боль в левой половине грудной клетки при кашле и дыхании (при глубоком вдохе). Принимал парацетамол и сироп от кашля, однако улучшения не наступало – сохранялась температура до 40,2°C, возникла одышка в покое, при кашле стала