

## АЛГОРИТМ ОСМОТРА АМБУЛАТОРНОГО ПАЦИЕНТА

**Аннотация.** Выявлены типичные ошибки студентов выпускных курсов в ведении медицинской документации и проведении амбулаторного осмотра. Разработан алгоритм структурированной беседы с пациентом, позволяющий оценить жалобы, симптомы и анамнез. Детально описаны этапы осмотра, включая объективное обследование и назначение лечения. Особенное внимание уделено экспертизе нетрудоспособности в амбулаторных условиях и правилам оформления амбулаторной карты. Применение алгоритма позволит улучшить подготовку студентов и повысить качество оказываемой медицинской помощи.

**Ключевые слова:** Калгари-Кембриджская модель, ошибки студентов, наставническая модель преподавания, алгоритм осмотра, амбулаторная карта.

Студенты выпускных курсов лечебного факультета имеют определенные трудности в оформлении медицинской документации. Это подтверждают данные анализа успеваемости студентов на занятии по теме «Организация работы поликлиники» в рамках дисциплины «Поликлиническая терапия». Так, по итогам весеннего семестра 2025 г. среди студентов 8-и групп лечебного факультета (94 человека) за анализируемое занятие отметку «отлично» получили только 11 (11,7%) человек; «хорошо» – 63 (67,1%) студента; «удовлетворительно» – 14 (14,9%) опрошенных; «неудовлетворительно» или не аттестованы по теме 6 (6,3%) 6 человек. Больше всего однотипных ошибок и недочетов регистрировалось при оценке оформления вкладного листа в форму 025/у. Кроме того, студенты испытывают затруднения в выполнении практической части работы на занятии, а именно – в реализации беседы и при осмотре амбулаторного пациента.

В рамках реализации наставнической модели преподавания [1, 2] нами был разработан алгоритм осмотра амбулаторного пациента, который в настоящий момент описан в учебном пособии для обучающихся по основной образовательной программе высшего профессионального образования по специальности 31.05.01 [3]. Данный алгоритм представляет собой последовательную инструкцию для беседы с пациентом, с учетом особенностей осмотра больного терапевтического профиля, и может быть рекомендован для профилактического, лечебно-диагностического или консультативного приема.

За основу алгоритма взята Калгари-Кембриджская модель общения с пациентом [4]. Залог успеха – доверительные отношения между врачом и пациентом, где врач, оценивая исходные данные, дает исчерпывающую информацию о состоянии здоровья пациента, использует в беседе с больным понятные формулировки, избегает сложных терминов и отвечает на вопросы пациента по мере необходимости [5]. Алгоритм позволяет переводить опрос в управляемое русло, что значительно облегчает врачу диагностический поиск, позволяет грамотно обосновать объем дополнительного обследования, правильно оформить медицинскую документацию.

Предлагается перечень вопросов для беседы с пациентом, который состоит из 10 блоков. На примере заболеваний, сопровождающихся лихорадочным синдромом он может выглядеть так:

1. Что Вас беспокоит? Как давно Вы заболели? (разумно отметить до 5 ведущих жалоб, уточнить их характер. А если жалоб нет, расспросить пациента или его законного представителя активно).
2. С каких цифр температуры началось Ваше заболевание? В какие часы температура выше? Вы принимали жаропонижающие препараты? Какие? Был ли эффект от жаропонижающих средств и как долго он сохранялся?
3. Вас беспокоит боль в голове? Боли в области носовых пазух? Вас беспокоит стреляющая боль в ушах?
4. У Вас есть заложенность носа? Насколько сильно это Вас беспокоит?
5. Вас беспокоят боли в горле? Осиплость голоса? Есть ли кашель? Отходит ли при кашле мокрота? Бывает ли мокрота зеленоватой? Насколько кашель выражен в течение суток? Вы пробуждаетесь

ночью от приступов кашля? У Вас имеются неприятные ощущения в проекции грудины? Боли в грудной клетке? Затруднения дыхания? У Вас присутствует ощущение нехватки воздуха?

6. Вас беспокоят такие явления как боль в животе, тошнота, рвота, нарушение стула? Когда был последний стул? Стул оформленный, колбаской, коричневого цвета, характерного калового запаха, без слизи и крови, верно?
7. У Вас свободное, безболезненное мочеиспускание?
8. У Вас есть хронические заболевания? Вы принимаете каждый день какие-нибудь препараты? У Вас когда-либо ранее были аллергические реакции?
9. Какой объем жидкости Вы выпиваете за сутки (чай, компот, морс, вода, жидкая часть супа)?
10. У Вас есть вредные привычки? Вы курите? Если да, то сколько сигарет в сутки, на протяжении какого времени? Употребляете ли Вы алкоголь? Если да, то какой алкоголь Вы предпочитаете? Как часто в неделю? Какой объем предпочитаемого алкоголя Вы выпиваете за один раз?

Время приема пациента регламентировано приказом Минздрава России №290н от 02.06.2015 г.: на прием одного пациента с заболеванием участкового терапевту выделяют до 15 минут, врачу общей практики – до 18 минут [6]. Учитывая, что нормы носят рекомендательный характер, время приема может быть изменено администрацией медицинского учреждения. Представленный перечень вопросов можно сократить, исходя из временного ресурса и конкретной клинической ситуации.

Первый блок вопросов необходим для дифференциации острых и хронических заболеваний.

Вопросы второго блока позволяют отчасти дифференцировать вирусные и бактериальные инфекции, определяют тяжесть интоксикации.

Благодаря вопросам третьего блока можно заподозрить наличие осложнений (синусит, отит, тубоотит) и клинически обосновать консультацию ЛОР-врача.

Вопросы четвертого блока предназначены для определения показаний медикаментозного лечения ринореи.

Благодаря вопросам пятого блока возможно определить топическую локализацию воспалительного процесса, применив соответствующие знания по тропности возбудителей к определенному эпителию респираторного тракта, можно выявить ведущий синдром и сузить объем дополнительного этиологического обследования.

Лихорадочный синдром может быть связан с заболеваниями органов пищеварения. В частности, лихорадка с катаральными явлениями верхних дыхательных путей в сочетании с тошнотой, рвотой, болью в животе или диареей может быть обусловлена наличием астровирусного, ротавирусного, норовирусного или другого инфекционного гастроэнтерита, что является поводом для направления пациента к инфекционисту. Также диспепсические явления могут встречаться при бокавирусной, коронавирусной и микоплазменной инфекции.

Шестой блок вопросов поможет уточнить врачебную тактику.

Заподозрить инфекцию мочевыводящих путей позволяют вопросы седьмого блока.

Вопросы восьмого блока обязательны для беседы с каждым пациентом, они позволяют в короткие сроки определить анамнез и скорректировать медикаментозную тактику.

В девятом блоке представлены вопросы на формирование подозрений по мочекаменной болезни, нарушению водного режима. Верная интерпретация ответов позволит сформулировать грамотные рекомендации по питьевому режиму для пациента.

Вопросы десятого блока позволят подсчитать индекс курильщика и выявить факт злоупотребления алкоголем. Получив ответы на данные вопросы, врач не забудет дать рекомендации по здоровому образу жизни.

При оформлении вкладки листа в форму 025/у следует коротко, но емко представить информацию о больном. Необходимо фиксировать дату и место проведения диагностического осмотра пациента (число/месяц/год в формате дд.мм.гггг, в случае осмотра на дому необходимо добавить запись «на дому»).

Жалобы с детализацией обозначают с новой строки. Отдельным абзацем описывают анамнез заболевания, возможное эпидобследование, принимаемые медикаменты и эффект от них. Информация о перенесенных заболеваниях содержится в листе заключительных диагнозов, поэтому в листе осмотра следует фиксировать лишь те нозологии, наличие которых повлияет на тактику

ведения пациента или объем дополнительного обследования. Следует активно расспросить о физиологических отправлениях и сделать соответствующую отметку.

Объективный осмотр – основная часть записи (необходимо фиксировать лишь те данные, которые фактически зарегистрированы и оценены у пациента). Для терапевтического осмотра существует минимально допустимый объем обследуемых характеристик: температура тела, сознание, состояние кожных покровов, лимфатических узлов, следует описать стенки зева, состояние миндалин, данные аускультации сердца и легких, частота сердечных сокращений, частота дыхательных движений за 1 минуту, артериальное давление на одной руке (допустимо уточнить у пациента на какой руке давление обычно выше, на ней и измерять), описание живота, пальпация брюшной стенки, оценка болезненности, поколачивание по пояснице с двух сторон с целью оценки состояния органов мочевого выделения.

Отдельной строкой формулируется диагноз, а все предшествующие записи являются его обоснованием.

Лечение включает немедикаментозные (амбулаторный/домашний режим, здоровое питание, дозированные нагрузки, обильное питье, коррекция факторов риска по необходимости) и медикаментозные методы. Пациенту рекомендовано предложить QR-код с видео-инструкцией, к которой он сможет прибегнуть и после врачебного осмотра необходимое количество раз [5]. Препараты для лечения заболевания рекомендуют в соответствии с требованиями действующих клинических рекомендаций и инструкций к медицинским препаратам с обозначением действующего вещества, формы лекарства, режима дозирования (разовая доза, кратность приема, длительность лечения). Для амбулаторных пациентов рационально избегать парентеральных форм введения.

Заключительный этап медицинского осмотра включает проведение экспертизы трудоспособности. Прежде всего, необходимо выяснить страховой анамнез пациента и, при необходимости выдачи листа временной нетрудоспособности (ЛВН), внести соответствующую отметку в амбулаторную карту. Подтверждение временной нетрудоспособности основывается на совокупности сведений о жалобах, особенностях течения болезни, результатах объективного осмотра, диагностическом заключении, назначении необходимого терапевтического режима и медицинских препаратов, которые указаны выше, а также характера трудовой нагрузки пациента. Задача лечащего врача состоит также в определении продолжительности временного освобождения от работы и установлении срока следующего осмотра для оценки динамики выздоровления. Период временной нетрудоспособности определяется рекомендациями, установленным Минздравом РФ совместно с ФСС РФ «Примерные сроки временной нетрудоспособности при часто встречающихся заболеваниях и повреждениях» (утверждены 21 августа 2000 г., № 2510/9362-34, 02-08/10-1977П). Разрешается незначительное отклонение от рекомендованных сроков на величину до 20% в обе стороны, при значительных изменениях продолжительность временной нетрудоспособности должна быть мотивирована и зафиксирована в амбулаторной карте. Рассмотрение вопроса о возможности продолжения трудовой деятельности зависит от вида занятости пациента и специфики выполняемых обязанностей. К примеру, сотруднику образовательной сферы с острым ларингитом целесообразно оформлять ЛВН, так как профессиональная деятельность преподавателя предполагает активную речь. Напротив, аналогичное заболевание у работника упаковочной линии, не предъявляющего высоких требований к голосовым нагрузкам, не влечет автоматического назначения освобождения от исполнения трудовых функций. Больным с признаками повышения температуры тела при респираторных заболеваниях выдача ЛВН обязательна независимо от профессии ввиду потенциальной заразности и необходимости следования определенному порядку лечения.

Правильное ведение амбулаторной карты предусматривает следующий порядок фиксации временной нетрудоспособности: «Нетрудоспособен. Выдан ЛВН № \_\_\_\_ с (дата открытия) дд.мм.гггг по (дата очередного осмотра) дд.мм.гггг включительно. Явка дд.мм.гггг».

Завершающая запись вклеенного бланка удостоверяется подписью врача с полной фамилией и личной медицинской печатью.

Использование предложенного алгоритма позволит студентам выпускных курсов более глубоко понять суть амбулаторного терапевтического осмотра, отработать свои коммуникативные навыки, более качественно готовиться к практическим занятиям, а в лице выпускников вуза успешно выполнять свои профессиональные функции.

## **Литература**

1. Матвиевская, Е. Н. Организация практического занятия по поликлинической терапии на клинической базе / Е. Н. Матвиевская // Тверской медицинский журнал. – 2024. – № 2. – С. 54. – EDN MOBIMD.
2. Матвиевская, Е. Н. Анализ удовлетворенности студентов медиков использованием наставнической модели преподавания поликлинической терапии на клинической базе / Е. Н. Матвиевская // Молодежный инновационный вестник. – 2024. – Т. 13, № 2. – С. 81-82. – EDN BSHZKQ.
3. Матвиевская, Е. Н. Лихорадочный синдром при заболеваниях органов дыхания в практике терапевта : учебное пособие / Е. Н. Матвиевская, Л. А. Любская — Тверь, 2025. — 133 с.
4. Абаева, В. А. Калгари-Кембриджская модель общения с пациентом / В. А. Абаева. – Текст: непосредственный // Молодой ученый. - 2022. - № 1 (396). – С. 23-24. – URL: <https://moluch.ru/archive/396/87166/>(дата обращения: 03.01.2026). EDN: UQGTVG
5. Матвиевская, Е. Н. Санитарно-просветительная работа в формате видеоролика / Е. Н. Матвиевская // Тверской медицинский журнал. – 2025. – № 2. – С. 43-45. – EDN EPWPNF.
6. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 02 июня 2015 г. №290н [Электронный ресурс]. Доступ из справочно-правовой системы «КонсультантПлюс».