

The background of the book cover is a collage of medical and technical images. On the left, there are blue-tinted technical drawings of a mechanical part. On the right, a close-up of a person's face is shown, overlaid with a grid and various numbers, suggesting data analysis or medical monitoring. At the bottom right, a hand in a white lab coat is using a stethoscope on a patient's chest. In the bottom left, there is a close-up of a medical form with checkboxes and a stylized signature.

Л.М. Немцов
Г.И. Юпатов

КЛИНИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

и

ОФОРМЛЕНИЕ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ

УДК 616(084.2)(07)
ББК 53.4я73
Н50

Рецензент: заведующий кафедрой
факультетской терапии ВГМУ,
д.м.н., профессор В.И. Козловский

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

Н50 Клиническое обследование и оформление истории болезни/Под общей ред. **Н.Е. Федорова**, Л.М. Немцов, Г.И. Юпатов, О.В. Драгун, М.С. Дроздова, Л.В. Соболева — М.: Мед. лит., 2008. — 192 с.: ил.

ISBN 978-5-89677-118-0

Пособие «Клиническое обследование и оформление истории болезни» подготовлено в соответствии с типовой учебной программой по пропедевтике внутренних болезней, утвержденной Министерством Здравоохранения Республики Беларусь в 1997 г., регистрационный № 08-14/5906, и рабочей учебной программой по пропедевтике внутренних болезней для студентов лечебно-профилактического факультета, утвержденной ВГМУ 29.08.2003 г.. В пособии представлена детализированная схема клинического обследования терапевтического больного и оформления истории болезни. Предназначается для студентов специальности «Лечебное дело» высших медицинских учебных заведений, врачей-стажеров по специальности «терапия».

Сайт издательства в
Интернете:
www.medlit.biz

УДК 616(084.2)(07)
ББК 53.4я73

ISBN 978-5-89677-118-0
ISBN 978-985-6333-25-8

© Коллектив авторов, 2008
© Издатели Б.И. Чернин,
Ф.И. Плешков, 2008

Содержание

ВВЕДЕНИЕ.....	5
ОБЩИЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОФОРМЛЕНИЮ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ.....	9
ЭТАПЫ КЛИНИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ И ОФОРМЛЕНИЯ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ.....	16
1. Общие сведения.....	16
2. Расспрос больного (субъективное исследование).....	17
2.1. Основные жалобы больного.....	17
2.2. Общий анамнез.....	19
2.3. История настоящего заболевания.....	42
2.4. История жизни.....	44
3. Первичная диагностическая гипотеза.....	47
4. Объективное исследование.....	48
4.1. Общий осмотр.....	48
4.2. Осмотр головы, лица, шеи.....	55
4.3. Система дыхания.....	58
4.4. Система кровообращения.....	62
4.5. Система пищеварения.....	70
4.6. Мочеполовая система.....	76
4.7. Система крови.....	77
4.8. Эндокринная система.....	79
4.9. Психоневрологический статус.....	86
5. Обоснование предварительного диагноза.....	87
6. План дополнительного обследования больного.....	87
7. План лечения.....	89
8. Результаты дополнительных исследований.....	89
9. Заключение смежных специалистов-консультантов.....	90
10. Клинический диагноз и его обоснование.....	90
10.1. Методические основы построения диагноза.....	91
10.2. Оформление клинического диагноза.....	96
11. Дневник.....	101
12. Эпикриз.....	102
ОБЯЗАННОСТИ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ПО ВЕДЕНИЮ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ.....	105
ЛИТЕРАТУРА.....	115

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Образцы медицинской документации..... 116

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Наиболее часто применяемые дополнительные лабораторные и инструментальные исследования при заболеваниях отдельных органов и систем.....123

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

Нормальные величины лабораторных показателей.....130

ПРИЛОЖЕНИЕ 4

Краткая схема учебной истории болезни по пропедевтике внутренних болезней.....140

ПРИЛОЖЕНИЕ 5

Образец оформления учебной истории болезни.....159

ВВЕДЕНИЕ

История болезни является основным первичным документом, составляемым на каждого поступающего больного независимо от цели поступления, диагноза заболевания и срока нахождения в стационаре. История болезни предназначена для записи наблюдений за состоянием больного и лечебных мероприятий в течение всего периода лечения в лечебно-профилактическом учреждении, и должна содержать все данные, полученные при исследовании больного.

Существующая в Республике Беларусь единая медицинская документация предусматривает обязательную для всех больниц и других лечебных учреждений форму истории болезни — медицинскую карту стационарного больного. В карте стационарного больного записываются 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.

Однако существующие руководства, учебно-методические пособия и директивные документы дают, в основном, рекомендации по обследованию больного и написанию истории болезни, не отражая значения медицинской карты стационарного больного, как воспитательного документа, призванного развивать клиническое мышление у студентов и врачей. Не всегда авторы соблюдают единую схему написания истории болезни.

История болезни на каждом этапе развития медицины отражала соответствующий взгляд ученых на схему обследования больного, логическое построение диагноза на основе оценки клинических проявлений болезни,

сложного взаимодействия факторов внешней среды, условий жизни и труда, комплексный подход к лечению больного и прогнозу. Так, еще в 1677 году доктор Петр Пантанус и лекарь Яган Тирик Шартлинг после осмотра больного Самсона Емельянова в «докторской сказке», то бишь истории болезни, записали суть его заболевания таким образом «Болезнь у него внутренняя каменная в почках и мочою выходят крупные и мелкие каменья; а как у него те каменья выходят, и в то время он бывает при смерти: да оттай же болезни и голове великий лом, и от того лому и от болезни глаза попортило с великой натуги и теми глазами мало видит; и если ему, от такой великой болезни куды на ветер выходить — и ему окромя смерти себя ожидать нечего. И за той болезнью ныне и впредь ему Самсону государя службу служить немочно». (Матер. для истории медицины в России, вып. 4. СПб., 1885, с. 916).

Большое значение правильному ведению истории болезни и ценности ее для клиники придавал основоположник отечественной терапии М. Я. Мудров (1776-1831 гг.). За 22-летний период работы в клинике М. Я. Мудров собственноручно написал 20000 историй болезни, которые очень ценил. Он написал в частности: «Сие сокровище (т. е. истории болезни) для меня дороже всей моей библиотеки. Печатные книги везде можно найти, а истории болезни нигде». Он считал, что история болезни должна иметь «достоинства точного повествования о случившемся происшествии, поэтому она должна быть справедливой. В ней подлежат описанию лишь достоверные факты, а небывалых выдумывать не должно для оправдания своего лечения либо для утверждения какого-либо умозрения или системы». Далее ...«надобно писать все, писать в порядке, писать ежедневно и ежедневно проверять ход болезни с лечением... Сие то и составляет историю болезни или клини-

ческую записку каждого больного» (Мудров М. Я., Избранные произведения. М., 1949).

Современная история болезни, точнее, медицинская карта стационарного больного, естественно во многом отличается от тех, которые писались 100 и более лет тому назад, сохранив, однако все ценное, что рекомендовали в свое время М.Я. Мудров, Г.А. Захарьин, С.П. Боткин, А.А. Остроумов и др.

В нашей стране впервые единая и обязательная для всех лечебных учреждений форма истории болезни официально была утверждена Наркомздравом БССР в 1929 году. В 1968 году приказом № 55 МЗ СССР история болезни в больницах была заменена на медицинскую карту стационарного больного, последняя форма которой утверждена приказом № 792 Минздрава РБ от 01.10.2008 г. и в настоящее время применяется в лечебных учреждениях Республики Беларусь (см. приложение № 1). В некоторых научно-исследовательских институтах и клиниках медицинских институтов разрешено ведение специальных более детальных историй болезней, профильно-ориентированных на тематику научных исследований и решение определенных клинических проблем. Военно-медицинской службой сохранено старое наименование «история болезни».

Учитывая значение истории болезни как важнейшего медицинского и юридического документа, очень важно правильно понимать цели и задачи, стоящие перед врачами при заполнении истории болезни. Молодым специалистам необходимо научиться последовательно и логически отражать в истории болезни схему обследования больного, этапы построения диагноза, подходы к назначению лечения, рекомендации по диспансерному наблюдению и реабилитационным мероприятиям после выписки больного из стационара. Правильное состав-

ление и ведение карты стационарного больного имеет большое учебное и воспитательное значение, так как приучает врача к систематическому наблюдению, помогает развить клиническое мышление. Одним из важнейших этапов подготовки врачей является изучение медицинской документации, в том числе и медицинской карты стационарного больного со всеми ее составными элементами.

Настоящее пособие по обследованию больного и оформлению истории болезни предназначается не только для студентов всех курсов лечебно-профилактического факультета во время работы с больными терапевтического профиля на кафедрах внутренних болезней, но и может быть полезным при подготовке врачей-стажеров и клинических ординаторов и в работе врачей различных клинических специальностей.

ОБЩИЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОФОРМЛЕНИЮ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ

История болезни должна содержать все данные, полученные при исследовании больного. Эти данные должны быть записаны настолько полно и вместе с тем настолько последовательно и ясно, чтобы, прочитав историю болезни, не только составлявший ее врач, но и другой врач, которому передается для ведения больной, или представитель врачебной администрации, или консультант могли составить себе четкое представление о больном. История болезни играет большую роль при повторном поступлении больного в медицинское учреждение — в то же самое или другое (тогда она выдается для ознакомления соответствующему врачу). Наконец, история болезни является экспертным документом, по которому может быть проверена работа врача, качество диагностики и лечения больного, и, в частности, тогда, когда болезнь заканчивается смертью, и клинический диагноз проверяется путем вскрытия трупа больного (аутопсии).

Приступая к написанию истории болезни, студент должен уметь:

- выявить основные и дополнительные жалобы больного, правильно собрать анамнез заболевания, анамнез жизни, эпидемиологический, аллергологический анамнез;
- на основании основных жалоб обосновать первичную диагностическую гипотезу;
- провести объективное исследование больного по системам;
- на основании основных жалоб, анамнеза заболевания, жизни и объективных симптомов обосновать предварительный диагноз и, исходя из него, назначить план обследования больного и лечение;

- интерпретировать данные лабораторных исследований, сопоставляя их с предварительным диагнозом и динамикой клинических проявлений заболевания;

- проводить дифференциальный диагноз (начиная с 4-го курса);

- не позднее 3-го дня пребывания больного в стационаре обосновать клинический диагноз и, исходя из него, внести коррекции в лечение;

- оформить эпикриз, дать рекомендации для проведения реабилитационных и профилактических мероприятий после выписки из стационара;

- при обследовании больного и написании истории болезни соблюдать деонтологические принципы.

История болезни обычно заполняется при первичном осмотре больного врачом приемного отделения по установленной форме и в определенной последовательности на специальном унифицированном бланке, состоящем из титульного листа (обложки) и вкладных листов различного назначения (см. Приложение 1). Сначала оформляется титульный лист, отражающий паспортные сведения о больном, кем направлен больной, указывается дата и время поступления, отделение и номер палаты, куда должен поступить больной из приемного покоя, вид транспортировки, диагноз направившего учреждения, непереносимость лекарств. Если больной доставлен в стационар по экстренным показаниям, то указывается, через сколько часов после начала заболевания или получения травмы он поступил в приемное отделение. В случае плановой госпитализации подчеркивается соответствующая строчка на титульном листе — «госпитализирован в плановом порядке». Врач приемного отделения производит опрос и обследование больного в приемном покое, делает необходимые записи о его состоянии, выставляет диагноз при поступлении, который выносится на титульный лист, затем на-

значает лечение (в экстренных случаях оно осуществляется сразу же) и решает вопрос с заведующим профильного или общего отделения о переводе больного в отделение для лечения, или же наблюдает его некоторое время в приемном отделении, пока не решится вопрос, где должен лечиться больной.

При передаче больного врачом приемного отделения или дежурным врачом лечащему врачу отделения, последний составляет подробную историю болезни в соответствии с принятой схемой, независимо от того насколько полно описано состояние больного в приемном покое. При этом лечащий врач подробно излагает в истории болезни жалобы больного на момент расспроса, анамнез заболевания, жизни, эпидемиологический и аллергологический анамнез, данные объективного исследования. Первичный осмотр заканчивается установлением предварительного диагноза, который обосновывается в тексте истории болезни и выносится на титульный лист с указанием даты. Затем составляется план обследования больного для установления окончательного клинического диагноза и назначается лечение. Клинический диагноз устанавливается в трехдневный срок, и только сложные случаи допускают более поздние сроки его обоснования. Конечным итогом клинического обследования, наблюдения и лечения является заключительный клинический диагноз, который в развернутом виде должен включать основное заболевание с отражением его стадии и степени активности патологического процесса, осложнения и сопутствующие заболевания.

В случае изменения клинического диагноза в истории болезни должно быть дано четкое обоснование, а сам диагноз в измененном виде вынесен на титульный лист истории болезни.

Ежедневное наблюдение за динамикой состояния больного отражается в дневниках истории болезни на

вклеенных вкладных листах. В дневнике отмечаются субъективные ощущения больного, объективное состояние его с указанием динамики (положительной или отрицательной), если таковая имеется, основные параметры деятельности органов дыхания (частота и тип дыхания) и сердечно-сосудистой системы (пульс, АД), физиологические отправления (стул, мочеиспускание). В конце дневника обосновывается назначение диагностических и лечебных мероприятий, которые дублируются на листе врачебных назначений (см. Приложение 1). В листе назначений врач указывает режим и диету, дату назначения и отмены лечебных мероприятий, а дежурная медсестра — их выполнение.

Частота дыхания, пульс, АД, физиологические отправления отмечаются также на температурном листе, который является вкладышем в историю болезни, где дежурные медсестры отмечают также утреннюю и вечернюю температуру тела больного.

При тяжелом общем состоянии больные осматриваются врачом не реже 2-3 раза в день с соответствующим заполнением дневника, в котором указывается время осмотра (часы и минуты), данные исследования, обоснования всех проводимых мероприятий и их результат отдельной записью через некоторое время (спустя 20-30 минут или через 1-2 часа).

При проведении больному сложных диагностических или лечебных мероприятий (например, парацентез, плевральная или стернальная пункция) врач обязан сделать в истории подробную запись и выделить ее, подчеркнув контрастным (цветным) карандашом или чернилами.

Особой четкости требует обоснование назначения и проведения больному переливания крови или кровезаменителей. Имеется специальный протокол переливания трансфузионных сред, в котором указывается группа

крови больного, резус-принадлежность, дата, показания к переливанию, способ переливания, количество, № этикетки, серия препарата, завод-изготовитель, дата заготовки, фамилия донора. Далее отмечаются биологические пробы по группе крови и резус-принадлежности, а также реакция больного на переливание, температура, осложнения, в конце ставится подпись врача (разборчиво), выполняющего трансфузию.

Через каждые 10-14 дней пребывания больного в стационаре врач оформляет этапный эпикриз, в котором коротко отражает динамику состояния больного, результаты диагностических мероприятий, проводимого лечения и его эффективность, а также намечает дальнейшую тактику ведения больного.

Лечебные назначения врач должен писать разборчиво с указанием доз лекарственных препаратов в истории болезни справа от дневника, оставляя для назначений свободной 1/4 часть страницы, и в листе врачебных назначений, который находится у дежурной медсестры. Делая новые назначения, врач отмечает их в истории болезни и листе врачебных назначений. Если же лечение остается прежним, в дневнике делается запись «назначения те же». На каждом новом развернутом листе истории болезни врач переписывает назначения снова.

В случае необходимости осмотра больного другими специалистами, лечащим врачом в дневнике делается соответствующая запись с указанием цели консультации. Чаще всего результат осмотра консультантами записывается на листе, предназначенном для дневника. Иногда для этой цели выделяется отдельный лист-вкладыш для записи консультаций или специальных диагностических исследований (рентгенологического, эндоскопического и т. п.).

Обходы профессора, доцента и зав. отделением должны фиксироваться в истории болезни подробно с полным

отражением всех рассуждений по поводу диагностики, рекомендаций по обследованию и лечению больного.

Завершается история болезни эпикризом, который представляет собой резюме с кратким описанием хода диагностического процесса, проводимого лечения с оценкой его эффективности, указаний по состоянию трудовой способности, рекомендаций больному реабилитационно-профилактического плана.

Исход болезни отражается также на внутренней стороне титульного листа, где лечащий врач подчеркивает один из перечисленных вариантов (выписан с выздоровлением, с улучшением, без перемен, с ухудшением, переведен в другое учреждение).

Если наступает смерть больного, то в истории болезни должна быть подробная запись обо всех клинических проявлениях, при которых она наступила, дата и время установления клинической смерти и констатации биологической смерти; о реанимационных мероприятиях, которые осуществлялись больному до наступления смерти и в течение первых не менее 20-30 минут после остановки сердца, затем оформляется посмертный эпикриз, в котором обосновывается и формулируется заключительный клинический диагноз. При проведении патологоанатомического вскрытия в истории болезни приводится заключение патологоанатома с указанием основного патоморфологического диагноза, осложнений основного диагноза и сопутствующего патоморфологического диагноза.

В соответствии с существующим положением патологоанатомический диагноз, как и клинический диагноз, основывается на нозологическом принципе и включает в себя основное заболевание, его осложнения и сопутствующие заболевания. Диагноз должен быть структурным, нозологическим, этиологическим, патогенетическим, хронологическим, топографическим.

При выписке больного все заполненные листы истории болезни, включая температурный и лист врачебных назначений, подшивают к обложке карты стационарного больного, после чего ее подписывают лечащий врач и зав. отделением, затем историю болезни передают в архив, где она хранится в течение 25 лет. Карта стационарного больного используется при повторной госпитализации, при изучении отдаленных результатов лечения и как юридический документ. Поэтому к порядку ведения истории болезни и ее хранению предъявляются особые требования. Записи в истории болезни должны обеспечить возможность оценки качества обследования больного, по ним можно судить о сроках постановки клинического диагноза и лечения. Карта стационарного больного широко используется при анализе деятельности больниц, при этом для упрощения статистической обработки сведений, содержащихся в истории болезни, при выписке больного из стационара лечащий врач заполняет статистическую карту вышедшего из стационара (форма № 066 — см. Приложение 1).

История болезни должна быть написана четко, разборчиво. С юридической точки зрения не допускается зачеркивание текста, дописки, неразборчивость почерка, подписей лечащего врача, консультантов, исправления дат. Если все же допущена неправильная или ошибочная запись, то рядом с этой записью делается соответствующая пометка «ошибочная запись», ставится подпись врача, дата и время.

ЭТАПЫ КЛИНИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ И ОФОРМЛЕНИЯ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ

↑ ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ Медицинская карта № _____ стационарного больного
Дата и время поступления _____

Дата и время выписки _____

Отделение, палата № _____

Проведено койко-дней _____

Вид транспортировки: на каталке, в кресле, может идти (подчеркнуть)

Группа крови.

Резус-принадлежность.

Побочное действие лекарств (непереносимость).

Паспортные сведения

1. Фамилия, имя, отчество.

2. Пол.

3. Возраст.

4. Постоянное место жительства: город, село (подчеркнуть),
вписать адрес.

5. Место работы, профессия или должность.

6. Кем направлен больной.

7. Доставлен в стационар по экстренным показаниям: да, нет,
через ___ часов после начала заболевания, получения травмы:
госпитализирован в плановом порядке (подчеркнуть).

8. Диагноз направившего учреждения.

9. Диагноз при поступлении.

10. Диагноз клинический (дата установления).

11. Диагноз заключительный клинический:

а) основной,

б) осложнение основного,

в) сопутствующий.

12. Госпитализирован в данном году по поводу данного заболевания:
впервые, повторно (подчеркнуть, всего ___ раз).

13. Хирургические операции.

14. Другие виды лечения.

15. Отметка о выдаче листка нетрудоспособности.

16. Исход заболевания: выписан с выздоровлением, с улучшением,
без перемен, с ухудшением, переведен в другое учреждение,
умер.

17. Трудоспособность восстановлена полностью, снижена, временно утрачена, стойко утрачена в связи с данным заболеванием, с другими причинами (подчеркнуть).

18. Для поступившего на экспертизу — заключение.

19. Особые отметки.

Паспортные сведения, при всей кажущейся малозначимости полученных данных, играют определенную роль в диагностике различных заболеваний. Так, возраст и пол больного могут помочь в диагностике ряда заболеваний, свойственных тому или иному возрасту и полу. Известно, что язвенная болезнь 12-перстной кишки, острая ревматическая лихорадка и некоторые другие заболевания чаще возникают в молодом возрасте, в то время как нарушения обмена веществ, атеросклероз и другие болезни — в более пожилом.

Пол также может помочь врачу в распознавании некоторых болезней. Так, женщины чаще склонны к ожирению, желчнокаменной болезни, в то время как язвенная болезнь преимущественно поражает мужчин. Последние также страдают гемофилией, в то время как женщины лишь передают ее по наследству потомству мужского пола.

Место работы также может способствовать развитию специфических заболеваний. Работа в шахтах, на предприятиях по производству асбеста, химических заводах может привести к развитию пневмокониоза, силикоза, силикотуберкулеза, хронического бронхита, эмфиземы легких, хронического гепатита и т.д.

2 РАСПРОС БОЛЬНОГО (субъективное исследование)

2.1. Основные жалобы больного

После заполнения титульного листа медицинской карты стационарного больного, включающего паспортные сведения, переходят к расспросу больного с целью выяснения жалоб, которые заставили его обратиться за помощью к врачу.

В этот подраздел вносятся жалобы больного, с которыми он был вынужден обратиться к врачу. Главной задачей при этом является детализация и полная характеристика каждой из жалоб больного согласно схеме расспроса соответствующей системы.

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

Обычно при этом задается общий вопрос: «что Вас беспокоит?» или «на что Вы жалуетесь?» и предоставляется возможность на некоторое время свободно высказываться больному относительно того, что привело его к врачу. Предоставление больному свободы изложения своих жалоб на некоторое, пусть даже не очень большое время, благоприятствует возникновению чувства доверия больного к врачу и установлению между ними нормальных взаимоотношений. Вопрос о том, когда можно прервать его в высказываниях и приступить к планомерному, целенаправленному расспросу, решается сугубо индивидуально, в зависимости от содержания рассказа больного и его состояния. Уточняющие вопросы по тем данным, которые сообщает больной, позволяют перевести монолог больного в диалог врача с больным, во время которого производится расспрос по определенной схеме, изложенной ниже.

При всем многообразии жалоб, встречающихся при том или ином заболевании внутренних органов, все их можно разделить на две категории или группы.

1. Это группа совершенно определенных, четких жалоб, указывающих на поражение того или иного органа или системы — это основные жалобы: кашель, боли в грудной клетке, одышка — при заболеваниях органов дыхания, диспепсические расстройства, боли в животе — при патологии желудочно-кишечного тракта и т.д.

2. Группа неопределенных, неясных жалоб без указания на поражение какого-нибудь определенного органа или системы — это второстепенные жалобы (типа плохого самочувствия, общей слабости, неустойчивости настроения, нарушения сна, появления повышенной потливости, снижения интереса к работе), которые могут встречаться при разного рода функциональных расстройствах или хронических заболеваниях.

Поэтому при расспросе больных следует сразу же выявить и по мере возможности выделить отдельно основные жалобы и второстепенные. Если основные жалобы четко указывают на поражение какого-то определенного органа или системы, то после детализации основных жалоб производится опрос по той системе, поражение которой предполагается (схема опроса каждой системы указана ниже).

2.2. Общий анамнез (anamnesis communis, расспрос по системам)

Данный подраздел включает расспрос жалоб со стороны всех других органов и система организма, которые не входят в подраздел «Основные жалобы больного», так как ввиду функционального единства всех систем организма, нарушение функции одной из них неизбежно влечет за собой то или иное расстройство функций других органов и систем. Детализация этих жалоб также обязательная, так как помогает в постановке диагноза основного заболевания и позволяет выявить осложнения, а также сопутствующую патологию.

Общее состояние

Самочувствие: хорошее, удовлетворительное, плохое.

Общая слабость — нет, есть: в какой степени выражена.

Работоспособность: сохранена, снижена, утрачена.

Утомляемость — нет, есть: быстрота ее наступления.

Похудение или прибавление в весе — нет, есть: с какого времени началось и в какой степени выражено.

Потливость — нет, есть: в какое время суток возникает, степень выраженности.

Кожный зуд — нет, есть: общий или местный, давность его появления, с чем больной связывает его появление.

Повышение температуры — нет, есть: когда появилась, время появления), постоянное или периодическое, характер температуры, сопровождается ли ознобом и потом.

Общее состояние больного по данным расспроса оценивается как удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое и крайне тяжелое.

Опорно-двигательный аппарат

Суставы:

- боли — нет, есть: локализация — в каких суставах, характер болевых ощущений — ноющие, сверлящие, дергающие, тупые, острые; постоянные или периодические; связь с движением, метеорологическими факторами (дождь, сырость, охлаждение); летучесть (миграция) болевых ощущений по суставам; мероприятия, облегчающие боли (положение больного, компресс, грелка, прием лекарств, физиопроцедуры).

- ограничение подвижности — нет, есть: в каких суставах и в каком объеме;

- утренняя скованность — нет, есть: в каких суставах, продолжительность.

Кости:

- боли — нет, есть: локализация, характер, периодичность, иррадиация, связь с движением и опорной нагрузкой, мероприятия, облегчающие боли (положение больного, компресс, грелка, новокаиновые или хлорэтиловые блокады и т.д.).

Мышцы:

- боли — нет, есть: локализация, характер, перио-

дичность, иррадиация, связь с движением); мероприятия, облегчающие боли;

- тонус мышц, мышечная сила — сохранена, снижена, повышена;

- судороги — нет, есть: характер (общие, местные), длительность, условия возникновения; мероприятия, облегчающие самочувствие больного.

Анализ болевого синдрома, наиболее часто встречающегося при патологии суставов, костей или мышц в сочетанном виде или самостоятельно, нередко сразу же дает представление о характере заболевания. Так, острые боли в покое чаще всего свидетельствуют о воспалительном процессе в суставах. Небольшие тупые боли, усиливающиеся при движении, обычно указывают на дегенеративно-дистрофические поражения суставов. Боли при определенном варианте движения характерны для бурситов, периартритов, тендовагинитов, «ночные» боли нередко являются признаком сифилитического артрита, «летучие» боли характерны для ревматического полиартрита, утренняя скованность — для ревматоидного артрита, усиление болей к вечеру — для дистрофического процесса.

Система дыхания

Нос:

- дыхание через нос — свободное, затрудненное;
- ощущение першения, сухости в носу — нет, есть;
- выделения из носа — нет, есть: количество (незначительное, умеренное, обильное); характер (слизистый, гнойный, сукровичный, кровянистый); консистенция (жидкая, густая);

- носовые кровотечения — нет, есть: время их появления, частота, интенсивность;

- болевые ощущения — нет, есть: локализация (у корня носа, в области переносицы, у кончика носа, справа, слева); характер (острый, тупой, пульсирующий,

дергающий, скребущий, зудящий); периодичность, связь с охлаждением, вдыханием пыли, запахом цветов, пряностей и т.д.

Гортань:

- боли — нет, есть: характер боли, продолжительность;

- затруднение прохождения воздуха — нет, есть: постоянное, периодическое, на вдохе, при выдохе; условия возникновения (связь с охлаждением, вдыханием пыли, запахом цветов, т.д.);

- ощущения сухости, першения или царапанья в гортани — нет, есть;

- изменение голоса — нет, есть: характер измененный голоса — голос тихий, хриплый, гнусавый, сиплый и т. п., потеря голоса.

Легкие:

Кашель — нет, есть: постоянный или периодический, время и условия его появления (ночью, утром при выходе из дома на улицу, при входе в пыльное помещение и т. п.), характер кашля (тихий, короткий, «лающий»), сопровождается ли болями в грудной клетке, выделением мокроты; условия отхождения мокроты (в положении больного на спине или на боку, при подъеме в постели после сна — утренний туалет бронхов); зависимость появления и интенсивности кашля от положения тела больного.

Мокрота — нет, есть: характер мокроты (слизистый, слизисто-гнойный, кровянистый, типа «малинового желе» и т.д.), консистенция (жидкая, вязкая, тягучая, густая), количество за сутки (например, несколько плевков, четверть стакана, до полулитра и более); одновременное отхождение мокроты или на протяжении суток; выделение ее «полным» ртом или понемногу; разделяется ли при стоянии на слои, есть ли запах (нет, есть — обычный, приторно-сладкий, гнилостный и т.д.).

Кровохарканье — нет, есть: при наличии кровохарканья — его частота, интенсивность, количество выделяемой крови (один или несколько плевков, большое количество), характер (кровь с мокротой, жидкая кровь, сгустками, пенистая), цвет (алый, темный).

Боли в грудной клетке — нет, есть: локализация, характер (острый, тупой, колющий, ноющий), связь с дыханием, кашлем, положением тела, движением грудной клетки, туловища, иррадиация, периодичность, мероприятия, облегчающие боли (ограничение глубины дыхания, определенное положение больного, стягивание грудной клетки полотенцем, компрессы, блокады, банки, горчичники, прием лекарств).

Одышка — нет, есть: постоянная или периодическая, время и условия ее появления (ночью, утром, днем, вечером, при физическом напряжении, при подъеме в гору или по лестнице, при ходьбе по ровному месту, в покое), характер одышки (на вдохе — инспираторная, на выдохе — экспираторная, смешанная, в виде приступов удушья), положение, облегчающее состояние больного.

Удушье — нет, есть: характер удушья, сила и продолжительность приступов, факторы, провоцирующие приступы мероприятия (кашель, физическая нагрузка, вдыхание пыли, запахи и т.д.), способствующие ликвидации удушья.

Жалобы больных, касающиеся первых двух пунктов (носа и гортани), нередко указывают на самостоятельное их поражение и относятся к компетенции оториноларингологов. Тем не менее, в практике терапевта патология данного отдела органов дыхания занимает также важное место. Так, жалобы больных на затруднение дыхания через нос, ощущение першения, царапанья в носу, жидкие слизистые выделения из носа могут быть первыми признаками начинающегося приступа бронхиальной астмы (это так называемая аура). Ощущения

щение першения и царапанья в гортани в сочетании с «лающим» кашлем может указывать на ларинготрахеит; изменение голоса — на опухоль Панкоста (периферический рак легкого, который инфильтрирует анатомические структуры в области верхней грудной апертуры).

Жалобы на кашель могут быть признаком синдрома раздражения слизистой бронхов при курении, сдавлении опухолью ветвей блуждающего нерва, попадании в дыхательные пути пыли, частиц пищи, застое крови в малом круге кровообращения при заболеваниях сердца и появиться просто у нервно-истеричных людей. Вместе с тем появление кашля может указывать на трахеобронхит, воспаление легких, плеврит, туберкулез, абсцесс легких, бронхоэктатическую болезнь и рак легких. В первом случае кашель чаще всего сухой, надсадный, хриплый, иногда «лающий». Сухой кашель также бывает при плевритах, при воспалении легких (крупозном) он сопровождается выделением «ржавого» цвета мокроты; при туберкулезе — скудной мокроты, иногда с прожилками крови; при абсцессе легких — большого количества гнойной мокроты, при бронхоэктатической болезни — более или менее значительного выделения мокроты в утреннее время («утренний туалет» бронхов), при раке легкого — кровавой мокроты типа «малинового желе».

Болевые ощущения в грудной клетке могут быть как при заболеваниях органов дыхания (воспалении легких, плевритах, раке легкого, плевры и др.), так и сердечно-сосудистой системы (ишемическая болезнь сердца, миокардиты, перикардит), нервно-мышечного аппарата грудной клетки (невралгии, миозиты), шейного, грудного отдела позвоночника (остеохондроз с корешковым синдромом и т.д.). Детализация жалоб на боли в грудной клетке позволяет решить, в каком случае они связаны с патологией органов дыхания, а в каком — нет. В первом

случае они нередко сочетаются с кашлем, усиливаясь при нем, во втором (при патологии сердечно-сосудистой системы) они имеют связь с работой сердца, появлением сердцебиений и перебоев в работе сердца, специфическую картину болевых ощущений, иррадиацию и благоприятное влияние нитратов. Боли при поражении нервно-мышечного аппарата и позвоночника обычно возникают по ходу межреберных нервов, мышц, около позвоночника, соответственно локализации чувствительных нервных корешков. При этом боли усиливаются при движении и пальпации пораженных зон.

Одышка чаще всего является признаком патологии органов дыхания и сердечно-сосудистой системы, хотя может встречаться также при анемиях и некоторых интоксикациях (алкоголем, отравляющими веществами и т.д.).

Инспираторная одышка нередко возникает при сужении крупных бронхов, экспираторная — при спазме мелких бронхов, смешанная — вследствие выключения участка легкого из дыхания при пневмонии, ограничении дыхательной экскурсии легких при эмфиземе легких, плевритах, гидротораксе. Смешанная одышка может быть также у больных с метеоризмом (вздутием живота), асцитом (нахождением жидкости в брюшной полости и т.д.).

Удушье (остро возникающая одышка) чаще всего бывает при бронхиальной астме и при сердечной астме. В первом случае одышка носит экспираторный характер, сопровождается включением вспомогательной дыхательной мускулатуры верхнего плечевого пояса и грудной клетки, отсутствием мокроты в начале приступа и затрудненным ее отхождением в конце приступа (тягучая мокрота), облегчением состояния больного после введения эфедрина, адреналина, эуфиллина и бронходилатирующих аэрозолей. Во втором случае, т. е. при сердечной астме, одышка носит сме-

шанный характер, сопровождается выделением пенистой мокроты розовато-красноватого цвета, облегчается после ингаляции увлажненного спиртом кислорода, введением наркотиков (промедола), диуретиков (фуросемида) и нитратов.

Система кровообращения

Боли в области сердца — нет, есть: локализация (за грудиной, в области верхушки), характер (сжимающие, давящие, жгучие, тупые, острые, колющие, ноющие и т.д.), интенсивность, иррадиация (в левую лопатку, руку, ключицу, левую половину нижней челюсти и т.д.), сопровождаются ли ощущением страха смерти, возникают ли они приступообразно или бывают постоянными, причина появления болей (физическое напряжение, волнение), бывают ли боли в покое, поведение больного при болях (останавливается, замирает, мечется от болей), продолжительность, мероприятия, облегчающие самочувствие больного (вынужденное положение, валидол, нитроглицерин, сердечные капли, успокоительные лекарства, наркотики, наркоз закистью азота).

Сердцебиение — нет, есть: постоянное или периодическое, длительность, интенсивность, условия возникновения (при физической нагрузке, волнении, после приема пищи, при изменении метеорологических условий и т.д.), какие мероприятия облегчают самочувствие больного (лекарственные средства, вынужденное положение, задержка дыхания и т.д.).

Перебои в работе сердца — нет, есть: постоянные или периодические; частота и условия возникновения (после физической нагрузки, волнения, приема пищи, в покое, во время сна); мероприятия, помогающие уменьшить или ликвидировать перебои в работе сердца (покой, задержка дыхания на некоторое время, прием антиаритмических препаратов, успокоительных средств и т.д.).

Одышка — нет, есть: постоянная или периодическая; условия возникновения (при физическом напряжении, при подъеме по лестнице, при ходьбе по ровному месту, в покое), время суток (ночь, день), характер одышки, ее интенсивность (удушье), положение больного (произвольное, горизонтальное, вертикальное, ортопноэ), сопровождается ли кашлем и выделением пенистой, розоватого цвета мокроты, мероприятия, облегчающие самочувствие больного (вынужденное положение, ингаляции кислорода, наложение жгутов на конечности, введение сердечных препаратов и т.д.).

Отеки — нет, есть: локализация, степень выраженности, постоянные или исчезающие, время появления (утром, вечером), цвет (обычный, бледный, синюшный).

Боли в области сердца, сердцебиения, перебои в работе сердца, одышка и отеки — наиболее часто встречаемые жалобы больных, страдающих патологией сердечно-сосудистой системы. Детализация каждой из них позволяет, иногда даже только на основании расспроса, решить вопрос о каком заболевании сердечно-сосудистой системы идет речь. Так, сжимающие боли за грудиной, возникающие после физической нагрузки, с иррадиацией в левую руку, продолжительностью в несколько минут (как правило, до 10 минут), заставляющие остановиться больного и проходящие после приема под язык нитроглицерина, свидетельствуют о наличии у больного стенокардии напряжения. Болевой приступ при инфаркте миокарда при той же локализации, характере и иррадиации имеет черты более выраженной интенсивности («будто раскаленный утюг приставили к области сердца»), большей продолжительности (свыше 30 минут, порой до нескольких часов, а иногда и дней) и характеризуется отсутствием эффекта от нитратов, возбужденным поведением больного, переходящим порой в угнетенное состояние с падением деятельности не только сердечно-сосудистой системы, но и

центральной нервной системы.

Болевые ощущения при функциональных кардиопатиях обычно ощущаются не за грудиной, а в области верхушки сердца, колющего характера, беспокоят больного постоянно, никуда не иррадируют и бывают связаны в подавляющем большинстве случаев с эмоциональным напряжением.

Воспалительные заболевания сердца, в частности, ее мышечного слоя, чаще сопровождаются постоянными ноющими болями по всей области сердца, ощущением несильного давления на сердце, которое работает как бы в плотно облегающей затрудняющей работу сердца оболочке («ватное сердце»).

При всем многообразии клинических проявлений болевого синдрома, при самых различных заболеваниях сердечно-сосудистой системы, каждое из них может сопровождаться сердцебиением, перебоями в работе сердца, одышкой. Отеки же обычно удел далеко зашедших органических поражений сердечно-сосудистой системы с ослаблением сократительной способности миокарда самого различного происхождения.

Система пищеварения

Аппетит — хороший, повышенный, пониженный, отсутствует; извращенный аппетит — нет, есть: на какую пищу и т.д.

Насыщаемость — быстро ли появляется, отсутствие после приема достаточного количества пищи.

Отвращение к пище — нет, есть: и в какой степени, к какой пище.

Жажда — нет, есть: количество выпиваемой жидкости за сутки.

Сухость во рту — нет, есть.

Слюнотечение — нет, есть.

Вкус во рту: нормальный, кислый, горький, металлический, сладковатый). Отсутствие вкусовых ощущений.

Жевание: хорошо ли прожевывает пищу, а если нет, то почему (боли, отсутствие зубов и т.д.).

Глотание: свободное, болезненное, затрудненное, невозможное.

Прохождение пищи по пищеводу: свободное, затрудненное — постоянно или периодически, болезненное, для твердой или жидкой пищи, на каком уровне ощущает остановку пищи.

Изжога — нет, есть: частота, интенсивность и длительность, с чем связана (с приемом пищи и какой, с переменной положения тела и т.д.), что облегчает изжогу (прием пищи, питьевой соды, антацидов, др.).

Отрыжка — нет, есть: воздухом, съеденной пищей, горькая, кислая, тухлым яйцом, с каловым запахом; связана ли с приемом пищи; частота и продолжительность.

Тошнота — нет, есть: частота, продолжительность, интенсивность, ее зависимость от приема и характера пищи (натощак, после приема пищи); сопровождается ли рвотой.

Рвота — нет, есть: — нет, есть: натощак, после приема пищи (немедленно или через определенный срок), независимо от приема пищи, на высоте болей. Частота рвоты. Вкус во рту после рвоты (кислый, горький, без вкуса). Количество рвотных масс (обильное, небольшое). Запах (кислый, гнилостный, зловонный). Характер рвотных масс: съеденной пищей, желчью, кровью (алая, темная, в виде «кофейной гущи»). Облегчение после рвоты — нет, есть.

Боли в животе — нет, есть: локализация (в подложечной области, правом или левом подреберьях, в подвздошных областях, околопупочной и других областях). Постоянные или периодические. Связь болей с приемом пищи (натощак, через какое время после приема пищи), с ее характером (грубая, острая, сладкая, соленая и т.д.). Связь болей со временем суток, физическими нагруз-

ками, ходьбой, ездой в транспорте, работой и т.д. Связь болей с актом дефекации — нет, есть: усиливаются, уменьшаются после дефекации. Иррадиация болей (в спину, плечо, лопатку, пах, ногу и т.д.). Характер болей: острые, тупые, ноющие, тянущие, жгучие, режущие, опоясывающие и т.д. Продолжительность и интенсивность болей.

Чувство распираания и тяжести в животе — нет, есть: зависимость от приема и рода пищи.

Вздутие живота — нет, есть: разлитое, локализованное; зависимость от приема и рода пищи.

Отхождение газов: свободное, обильное, затрудненное.

Жжение, зуд, боли в области заднего прохода; выпадение геморроидальных узлов; выпадение прямой кишки — нет, есть.

Стул: регулярный, нерегулярный: регулярный, нерегулярный: реже 1 раза за двое суток или чаще 2 раз в сутки (связь с волнением и характером пищи). Запоры (по сколько дней не бывает стула). Поносы: сколько раз в сутки, связь с волнением и характером пищи, есть ли ложные позывы. Консистенция и форма кала: оформленный, колбасовидный, ленточный, овечий кал, кашицеобразный, жидкий, водянистый, в виде рисового отвара и т.д. Примесь: слизь, кровь, гной, остатки непереваренной пищи, глисты. Цвет кала: коричневый, темный, глинистый (дегтеобразный). Запах кала: обычный, кислый, зловонный. Ложные позывы — нет, есть.

Характеристика аппетита, универсального показателя не только желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), дает представление о многом. Так, избыточная, иногда даже чрезмерная, потребность к еде (булимия — «волчий голод») может быть признаком эндокринной патологии или поражения нервно-психической системы. В то же время повышенный аппетит с одновременной боязнью приема пищи (ситофобия) является ха-

рачным признаком синдрома ацидизма, наблюдаемого у больных язвенной болезнью 12-перстной кишки и гастродуоденитами с повышенной секрецией. Синдром ахилии, отличающийся при хронических гастритах с секреторной недостаточностью и некоторых других заболеваниях желудочно-кишечного тракта, наоборот, сопровождается снижением аппетита, нередко полной его потерей и появлением отвращения к жирной пище и мясу. Последнее считается характерным для рака желудка, гепатобилиарной патологии и поражения поджелудочной железы.

Неприятный вкус во рту и в глотке, как правило, обусловлен испорченными зубами, гингивитом, стоматитом, тонзиллитом, хотя может быть связан с плохой работой желудка (желудочная диспепсия), печени (печеночная диспепсия) и кишечника (кишечная диспепсия). При желудочной диспепсии с синдромом ацидизма, а также и при гастроэзофагеально рефлюксной болезни, вкус во рту становится кислым, при синдроме ахилии — металлическим, при печеночной диспепсии с поражением билиарной системы — горьковатым.

Нарушение глотания и прохождения пищи по пищеводу (синдром дисфагии) является характерным признаком поражения пищевода, и нередко детальный опрос уже позволяет решить, имеем ли мы дело с функциональной или органической дисфагией. В последнем случае затруднение глотания и прохождения пищи по пищеводу носит непрерывно прогрессирующий характер (вначале больной с трудом проглатывает только твердую, а затем жидкую пищу). Функциональная же дисфагия чаще возникает при прохождении по пищеводу жидкой, охлажденной пищи, в то время как твердая пища проходит более или менее свободно.

Изжога — своеобразное ощущение жжения в области мечевидного отростка и чуть выше за грудиной

чаще всего бывает при синдроме ацидизма и рефлюкс-эзофагите, обусловленном недостаточностью кардии.

Отрыжка пустая (воздухом) является признаком аэрофагии, горькая отрыжка — дуоденогастрального рефлюкса; горько-едкая — накоплением в желудке кислот брожения (масляной и др.); кислая — характерна для избытка желудочного сока, тухлым яйцом — для застоя пищи в желудке, каловая — для кишечной непроходимости.

Тошнота натошак с обильным и длительным слюноотечением довольно часто наблюдается при глистной инвазии. Тошнота с рвотой вне связи с приемом пищи довольно часто наблюдается при заболеваниях нервной системы, нередко при опухолях головного мозга или метастатическом его поражении.

Рвота с предшествующей тошнотой, возникающая после еды, обычно возникает при патологии ЖКТ и может встречаться при многих заболеваниях. Так, рвота после еды кислым желудочным содержимым, возникающая на высоте болей и приносящая облегчение больному, характерна для язвенной болезни 12-перстной кишки; обильная рвота с остатками пищи, съеденной накануне, нередко является признаком стеноза привратника язвенной или другой этиологии; кровавая рвота — признаком кровоточащей язвы, рака желудка или цирроза печени; каловая рвота — непроходимости кишечника. Рвота желчью или желудочным содержимым с той или иной степенью примеси желчи, не приносящая облегчения, частый признак билиарной патологии. Рвота после приема лекарств или грубой раздражающей пищи обычно указывает на синдром функциональной (желудочной) диспепсии.

Боли в животе, наиболее частая жалоба, заставляющая обратиться больного за медицинской помощью,

может быть признаком многих заболеваний желудочно-кишечного тракта (гастрита, язвенной болезни, холецистита, гепатита, панкреатита, энтероколита, опухолевого поражения любого органа системы пищеварения и т. п.). При гастрите с повышенной секрецией боли нередко напоминают таковые при язвенной болезни, появляются в подложечной области, носят характер ноющих, появляющихся после приема грубой пищи, нарастающих во времени, сопровождающихся изжогой, кислой отрыжкой, тошнотой и нередко рвотой, приносящей облегчение больному. Уменьшаются боли также после приема соды (содофагия), лекарств, снимающих спазм гладкой мускулатуры привратника, и после грелки. Для язвенной болезни 12-перстной кишки характерна своеобразная болевая реакция (голод — боли — прием пищи — облегчение — боли — тошнота — рвота-облегчение). При раке желудка боли обычно бывают постоянными, прогрессирующими в своей интенсивности, облегчающиеся только после сильных обезболивающих средств, включая наркотики. Постоянными боли бывают также при перивисцеритах (перигастрите, перидуодените и т. п.). При этом они меняют свою интенсивность в зависимости от положения тела больного, усиливаясь при поворотах с боку на бок и при тряской езде. Боли при гепатобилиарной патологии имеют свою довольно характерную очередность. Так, при желчной колике они возникают после приема жирной или жареной пищи, носят довольно интенсивный характер, иррадируют в правую половину спины, правую лопатку, правую ключицу, сопровождаются повышением температуры тела, тошнотой и рвотой, не приносящей облегчения больным. На следующий день после приступа может появиться желтизна склер глаз и кожи, потемнение мочи и просветление кала.

Боли в левом подреберье могут быть связаны с патологией фундального отдела и тела желудка, поджелудочной железы, селезенки, селезеночного угла толстой кишки и левой почки.

При самостоятельном поражении поджелудочной железы отмечается опоясывающий характер болевых ощущений с ведущей и первоначальной локализацией болевых ощущений в левом подреберье, интенсивность которых может быть довольно значительной, приводя иногда к болевому шоку. Боли обычно сопровождаются тошнотой, рвотой, распираем животом за счет переза желудка и кишечника.

Вздутие живота (чаще разлитое, реже локализованное) может быть и признаком самостоятельной патологии кишечника (энтероколита), сопровождаться болевыми ощущениями дистензионного характера (из-за расширения кишки), а также нарушением стула, как в сторону урежения, так и учащения. Боли при заболеваниях кишечника могут носить и спастический характер, что также может затруднить опорожнение кишечника (спастические запоры в последнем случае и атонические — в указанном выше).

Нарушение стула, наряду с метеоризмом (вздутием живота) и болевыми ощущениями, является главным признаком патологии кишечника, и правильная детализация по указанной выше схеме позволяет решить вопрос о поражении какого отдела кишечника идет речь. Для энтерита характерна диарея от 3 до 5-6 раз в сутки, для колита — чаще. Для проктита характерно ощущение жжения в заднепроходном отверстии и тенезмы (ложные позывы). Детализация характеристики кала также имеет большое значение и позволяет только на основании опроса решить вопрос, о какой диспепсии (броидильной или гнилостной) идет речь у больного. Для броидильной диспепсии характерно обильное газообразование, нерезкий

запах испражнений, которые имеют кашицеобразную или жидкую консистенцию сероватого или зеленоватого цвета, нередко пенистый характер или вкрапление в кал большого количества маленьких пузырьков газа. При гнилостной диспепсии кал обычно пятнистый, темно- или светло-коричневый, с сероватыми или желтоватыми вкраплениями, обычно мягкий или слабо оформленный, резко зловонный и необильный.

Кишечное кровотечение, о чем могут указывать жалобы больных на появление крови в кале, должно тщательно анализироваться с позиций выявления источника потери крови и его локализации. Чем ниже расположен источник кровопотери, тем более явственна будет примесь неизменной крови в кале. При кровотечении из верхних отделов желудочно-кишечного тракта кровь успевает подвергнуться метаболическим превращениям, и кал приобретает характерный дегтеобразный вид (мелена).

Система мочеотделения

Боли — ист, есть: локализация (поясничная область, над лобком, зона фланков живота), характер (ноющие, тупые, острые, резкие, раздирающие), постоянные или периодические (приступообразные), условия возникновения боли (персохлаждение, физическое напряжение, поездка в транспорте, интенсивная ходьба, прием спиртных напитков и т.д.), иррадиация боли (в надлобковую область, в пах, в половые органы и др.). Поведение больного во время приступа, мероприятия, облегчающие состояние больного (грелка, горячая ванна, инъекции обезболивающих средств и т. п.). Сопровождаются ли боли дизурическими расстройствами, повышением температуры тела.

Мочеиспускание: частота за сутки (особенно ночью); свободное, произвольное или затрудненное; есть ли ложные позывы на мочеиспускание, изменение струи

мочи (тонкая, слабая, прерывистая); есть ли боли (рези, жжение) при мочеиспускании (в начале, в конце, в течение всего периода мочеиспускания); количество выделяемой мочи за сутки, цвет мочи (соломенно-желтый, темный, коричневый, красный, «цвета пива», цвета «мясных помоев», и др.); выделение видимой на глаз крови с мочой — нет, есть.

Боли в поясничной области с двусторонней локализацией, ноющего, тупого характера, более или менее постоянные, без иррадиации, уменьшающиеся в горизонтальном положении (в теплой постели) характерны для гломерулонефритов — заболевания почек иммуно-воспалительного характера. Односторонняя локализация болевых ощущений в поясничной области может быть при мочекаменной болезни с приступом почечной колики, сопутствующем или первичном пиелонефрите (в последнем случае он может быть и двусторонним), а также при инфаркте почки и паранефрите. Боли при этом носят острый характер, сопровождаются подъемом температуры, ознобом, явлениями интоксикации. Приступообразная боль при почечной колике, помимо острого характера и односторонней локализации, сопровождается иррадиацией болевых ощущений по ходу мочеточника в мочевой пузырь и наружные половые органы. При этом боли распространяются по фланкам живота в надлобковую и паховые области, в головку полового члена у мужчин и в наружные половые органы у женщин, в бедро. Боли при почечной колике, как правило, сопровождаются дизурическими расстройствами, гематурией; успокаиваются они после применения тепла (грелки, горячая ванна), в некоторых случаях только после парентерального применения сильных обезболивающих средств (баралгина, наркотиков и др.).

Односторонняя локализация болевых ощущений в поясничной области не острого, а тупого характера,

порой довольно интенсивных, сопровождающихся появлением крови в моче характерна для опухолевого процесса в почках.

Надлобковая локализация боли в сочетании с дизурическими расстройствами (учащенным болезненным мочеиспусканием) может наблюдаться при воспалении мочевого пузыря или наличии в нем конкрементов.

Изменение струи мочи у мужчин (в сторону ослабления) довольно характерная черта аденомы предстательной железы и стриктуры (сужения) уретры.

Система крови

Основные жалобы при заболеваниях системы органов кроветворения разнообразны и неспецифичны: слабость, утомляемость, головокружение, одышка, сердцебиение, боли в костях, потливость, боли в горле, кожный зуд, потеря аппетита, похудение, извращение вкуса, боли в эпигастрии, в правом и левом подреберьях, признаки кровотечений из внутренних органов, лихорадка и др.

При расспросе больные с заболеваниями кроветворной системы могут предъявить жалобы общего характера, субъективные ощущения, указывающие на вовлечение в патологический процесс различных органов и систем, а также специфические признаки, свидетельствующие о патологии органов кроветворения. Схема детализации жалоб больных с патологией системы крови дана при расспросе общего состояния больного, состояния сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, психоневрологического статуса.

Жалобы больных на общую слабость, утомляемость, повышенная раздражительность и ослабление памяти, головные боли, головокружение и шум в ушах, одышку, «ощущение нехватки воздуха», сердцебиение, реже боли в области сердца, обморочные состояния, мелькание «мушек» перед глазами являются признаками общеанемического синдрома.

Жалобы на затруднение глотания сухой и твердой пищи, боль и жжение языка, нарушение вкуса (потребность есть мел, глину, землю, сырую крупу, мясной фарш и др.), извращение обоняния (пристрастие к запаху керосина, ацетона, гуталина и др.) характерны для железодефицитной анемии.

Больные с V_{12} — дефицитной анемией предъявляют жалобы на сухость во рту, ощущение жжения, пощипывание или легкое покалывание в области кончика языка или по его краям (в связи с развитием глоссита), потерю аппетита, ощущение тяжести или полноты в подложечной области, урчание в области пупка, послабление или закрепление стула (в связи с атрофией слизистой пищеварительного тракта), появление онемения рук и ног, их повышенной чувствительности, ощущение ползания мурашек, покалывания в кончиках пальцев рук и ног, нарушение походки (в связи с изменениями в нервной системе).

В то же время существуют **субъективные специфические жалобы**, свидетельствующие о патологии органов кроветворения. Это **кровоточивость**, появление самопроизвольных или вызванных внешними воздействиями (удар, шипок, укол) кровоизлияний (геморрагий) на коже или слизистых оболочках, кровотечения различной локализации (из носа, десен, желудочно-кишечного тракта, органов мочевыделительной и половой системы).

Особую группу жалоб представляют **субъективные ощущения больных, обусловленные увеличением лимфатических узлов, селезенки и печени** при хроническом лимфолейкозе и миелолейкозе, лимфогранулематозе. Чувство распирания, полноты, набухания шеи нередко беспокоит больных при увеличении шейных лимфоузлов. Похожие ощущения в грудной клетке появляются при гиперплазии медиастинальных лимфоузлов, в брюшной полости — при увеличении мезентериаль-

ных или забрюшинных лимфоузлов. Увеличенные лимфатические узлы вызывают локальное нарушение функции находящихся рядом органов, что нередко и является причиной соответствующих жалоб больных.

Ощущение тяжести, полноты, тупых, распирающих болей в правом и левом подреберьях связано с увеличением печени и селезенки при лейкозной инфильтрации этих органов и гемолитической анемии. Боли интенсивного характера в правом подреберье могут быть связаны с образованием пигментных камней, при гемолитической анемии, в левом подреберье — при возникновении инфарктов в селезенке или септического периспленита у больных септическим вариантом острого лейкоза.

Эндокринная система

Основные жалобы больных с патологией желез внутренней секреции многообразны: повышение нервной возбудимости, нарушение сна, памяти, сердцебиение, головные боли, потливость, похудение, жажда, изменение аппетита, ощущение зябкости, раздражительность, нарушения мочеиспускания, кожный зуд и др.

Схема детализации жалоб больных с эндокринной патологией (слабость, утомляемость, работоспособность, настроение, общительность, ощущение жара, зябкости, приливы к голове, повышенный аппетит, жажда и др.) дана при расспросе общего состояния больного, состояния центральной нервной системы, желудочно-кишечного тракта, психоневрологического статуса.

Жалобы больных на общую слабость, утомляемость, отечность, сухость кожи, отсутствие аппетита, раздражительность, резкое снижение работоспособности, повышенную сонливость, угнетенное настроение, безучастность и безразличие к окружающему, снижение интеллекта являются симптомами гипотиреоза.

В то время как общая слабость, потливость, раздражительность, дрожание рук, потеря веса, сердцебиение,

лабильность настроения, суетливость, мышечная слабость, субфебрильная температура могут быть проявлением гипертиреоза.

Наличие жажды с употреблением большого количества жидкости (полидипсия), повышенный аппетит (булимия), выделения большого количества мочи (полиурия), упорного фурункулеза, зуда кожных покровов, особенно в области половых органов, являются главными признаками сахарного диабета.

Расспрос больных о функции половых желез требует уточнения следующих вопросов:

- **половое влечение:** нормальное, повышенное, пониженное, отсутствует;

- **половая функция у мужчин:** нормальная, повышенная, пониженная, отсутствует;

- **у женщины менструальный цикл** — нормальный, нарушенный; продолжительность; регулярный, нерегулярный; менструальные выделения — обильные, необильные, скудные, их продолжительность. Боли во время менструации в пояснице, в крестце, внизу живота (есть, нет).

Эта часть расспроса требует определенных условий для беседы (в отдельном кабинете наедине, а если такой возможности нет, то можно беседовать и в палате, попросив других больных на время покинуть ее), особого такта, подхода, доверительного отношения. Нарушения в половой среде могут наблюдаться при ряде заболеваний внутренних органов (циррозы печени, энтероколиты и др.).

Нервная система

Сон: нормальный или нарушен (бессонница, трудное засыпание, тревожный сон, сновидения, кошмары, сонливость днем, продолжительность сна).

Настроение: ровное, спокойное, неустойчивое, возбужденное, тревожное, вспыльчивое, тревожно-мни-

тельное, подавленное, вялое, апатичное, депрессивное, эйфоричное.

Память: сохранена, снижена (на отдельные текущие события, недавние или отдаленные во времени).

Общительность: взаимоотношения на работе и в семье, легкость привыкания к новой обстановке, самообладание, реакция на различные события в жизни.

Головные боли — нет, есть: локализация, характер, интенсивность, периодичность, время и условия появления болей, продолжительность, поведение больного при болях. Сопровождаются ли головные боли тошнотой, рвотой, головокружением и т.д. Мероприятия, облегчающие самочувствие больного (покой, тугая, давящая повязка, компресс, холод, тепло, прием анальгетиков, транквилизаторов и т. п.).

Головокружение — нет, есть: частота. Условия появления головокружения — резкое изменение положения тела больного (переход из горизонтального в вертикальное положение), физическая нагрузка, учащение дыхания, прием лекарств, связь с головными болями, обмороками. Мероприятия, облегчающие самочувствие больного.

Приливы крови к голове — нет, есть: время, условия появления и исчезновения ощущения внезапного жара или прилива крови к голове.

Субъективные, неврологические признаки, выявляемые при расспросе больных, могут иметь место у больных, страдающих какими-то вполне определенными заболеваниями нервной системы, диагностикой которых и лечением занимаются неврологи, и выявляться у больных терапевтического профиля. Так, головные боли могут встречаться при артериальной гипертензии у больных гипертонической болезнью, острыми и хроническими гломерулонефритом, пиелонефритом, поликистозом почек; при повышении внутричерепного давления у больных сахарным диабетом; при неопластическом

процессе или метастазировании опухолей из других органов. В ряде случаев головные боли могут иметь место при воспалительных заболеваниях органа слуха (отит), придаточных пазух носа (гайморит, фронтит), глаз и т.д.

Боли в зоне корешков по ходу нервных стволов и периферических окончаний нередко бывают при остеохондрозе, невритах, появляющихся довольно часто при сахарном диабете, В₁₂- (фолиево-) дефицитной анемии и других заболеваниях.

Нарушение сна, настроения, памяти в сочетании с головными болями и головокружением является нередким признаком сосудистых расстройств атеросклеротического генеза; приливы к голове, ощущение внезапного жара — признаком климакса.

Органы чувств

Зрение: нормальное, сниженное (близорукость, дальнозоркость). Пользуется ли очками. Нет ли мелькания мушек перед глазами, пелены, сеточки и т. п.). Сумеречное зрение (нормальное, сниженное). Боковое зрение (нормальное, нарушенное). Боль в глазах: жжение, слезотечение — нет, есть.

Слух: нормальный, пониженный, глухота. Шум в ушах — нет, есть. Выделения из ушей — нет, есть: характер (гнойный, сукровичный). Заложенность ушей, боль (локализация, характер, иррадиация, периодичность, продолжительность, условия появления и уменьшения или исчезновения болевых ощущений).

Обоняние: нормальное (хорошо различает запахи), обостренное, сниженное.

Осязание: нормальное, пониженное.

Вкус: сохраненный, нарушенный.

2.3. История настоящего заболевания (*anamnesis morbi*)

После установления жалоб больного и их детализации приступают к выяснению анамнеза настоящего заболе-

вания. Эта часть истории болезни имеет большое значение для определения стадии заболевания, характерных черт течения патологического процесса, выбора адекватной терапии и прогноза. При этом необходимо выяснить:

1. начало болезни (когда и как началась, внезапно или постепенно, каковы были ее первые симптомы);
2. причины заболевания, по мнению больного;
3. дальнейшее течение заболевания (прогрессирующее или с перерывами);
4. последовательность развития новых симптомов, время их появления;
5. диагностические исследования до настоящего обращения и их результаты;
6. лечебные мероприятия, которые проводились больному до поступления в стационар и их влияние (эффективность) на течение болезни;
7. при хроническом течение заболевания предшествующее стационарное лечение (где, когда, чем и сколько раз проводилось и его результат);
8. причины данной госпитализации (ухудшение, неэффективность амбулаторного лечения, в порядке скорой помощи, обследование, и т.д.).

При выяснении анамнеза настоящего заболевания необходимо попытаться установить, как больной воспринимает свою болезнь, как ее оценивает, как к ней относится, что испытывает и переживает, т. е. воссоздание внутренней картины заболевания. Внутренняя картина восприятия больным своей болезни облегчает понимание не только сути заболевания, но и в какой-то степени перспектив ее лечения.

Немаловажным также представляется составить мнение о том, как отражается болезнь на положении больного в обществе, на работе и в семье, что во многом влияет на отношение самого больного к своему заболеванию, его лечению и профилактике.

2.4. История жизни (*anamnesis vitae*)

Краткие биографические данные: место рождения, места проживания больного, социальное положение, особенности дошкольного и школьного периода жизни. Учеба, образование, специальность.

В случае необходимости (пациент подросткового или молодого возраста, заболевание началось в раннем детстве, хроническое течение болезни и т.п.) все описывается в хронологическом порядке:

1. Младенчество. Возраст родителей при рождении ребенка. Родился ли в срок. Вскармливался молоком матери или искусственно. Когда начал ходить и говорить.

2. Детство. Условия быта и питания. Состояние здоровья и развития (не отставал ли от сверстников). Когда начал учиться и как учился. Детские болезни.

3. Юность. Условия жизни. Состояние здоровья. Время наступления полового созревания (у юношей — оволосение лобка и подмышечных областей, появление усов и бороды; у девушек — время появления менструации, когда они установились, продолжительность, периодичность, количество выделений). Влияние полового созревания на общее состояние организма.

4. Зрелый возраст. Условия труда и быта. Санитарная характеристика работы и жилища. Для мужчин — служба в армии, если не служил — связано ли это с состоянием здоровья. Половая жизнь (с какого возраста, регулярность). Для женщин — здоровье мужа, беременности и их течение, роды, аборт и их осложнения, перенесенные ими гинекологические болезни. Дети и их здоровье.

Перенесенные заболевания в зрелом возрасте в хронологическом порядке. Отдельно у каждого больного выяснить, болел ли он ревматизмом, туберкулезом, вирусным гепатитом, ВИЧ-инфекцией, онкологичес-

кими и венерическими заболеваниями. Перенесенные оперативные вмешательства (когда, по какой причине). Ранения, контузии и их последствия

Бытовой анамнез: жилищные и санитарно-гигиенические условия. Питание (регулярность приема пищи, характер пищи).

Экспертно-трудоуовой анамнез:

Этот раздел включает выяснение сведений, относящихся к экспертизе трудоспособности и трудовому (профессиональному) анамнезу:

а) временная нетрудоспособность оценивается по числу случаев болезни и дней нетрудоспособности (пребывание на листке нетрудоспособности) в течение предыдущих 12 месяцев;

б) стойкая нетрудоспособность оценивается по наличию группы инвалидности, ее причинам и продолжительности пребывания на ней;

в) профессиональный маршрут — кем и где работал больной, стаж работы в основной профессии;

г) характер и условия труда — степень нервно-психического напряжения и тяжести физической нагрузки, режим труда, рабочая сменность и т.д.;

д) санитарно-гигиенические условия труда — температура, влажность, запыленность, загазованность, вибрация, шум, освещенность, наличие токсических веществ, излучения и т.д.

Вредные привычки: курение (число папирос в день, давно ли курит), употребление спиртных напитков и наркотических средств (в каком количестве, как часто и с какого времени), переедание, малоподвижный образ жизни (гиподинамия).

Семейный анамнез и наследственность — выяснить состояние здоровья отца, матери, других кровных родственников, в случае смерти кого-нибудь из них выяснить причину смерти и возраст умершего; наличие

у них заболеваний, передающихся по наследству, онкологических заболеваний, летальных исходов в молодом возрасте при сердечно-сосудистых заболеваниях и других заболеваниях, не было ли в семье психических заболеваний, алкоголизма.

Аллергологический анамнез. Этот раздел имеет особое значение в связи с ростом числа аллергических реакций и заболеваний и включает выяснение следующих моментов:

а) переносимость больным лекарств, если имела место непереносимость — сведения о характере реакции;

б) сведения о переносимости отдельных пищевых продуктов;

в) наличие у больного хронической патологии, способствующей микробной аллергии (хронический тонзиллит, кожные грибковые заболевания и др.);

г) переливание крови и кровезаменителей, осложнения трансфузий;

д) аллергические заболевания у матери, отца и ближайших родственников.

Эпидемиологический анамнез. Этот раздел имеет особое значение для диагностики инфекционного заболевания и включает следующие сведения:

а) командировки в районы, неблагополучные в отношении какой-нибудь инфекции;

б) место работы, профессии (дойрка, работник мясокомбината, ветеринарные работники);

в) контакт с инфекционными больными;

г) употребление в пищу недоброкачественных продуктов, сырой воды из водоемов;

д) возникновение подобных заболеваний одновременно среди окружающих людей;

е) ранее перенесенные инфекционные заболевания.

3 ПЕРВИЧНАЯ ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ГИПОТЕЗА

На основании жалоб больного (указать каких), данных анамнеза (указать) делается первое диагностическое суждение о патологическом процессе (первичная диагностическая гипотеза).

Первичная диагностическая гипотеза — это умозаключение о характере патологического процесса, построенное на основании расспроса больного. Диагностическая гипотеза и ее проверка служат фундаментом для построения диагноза. В этом плане исключительное значение имеют выделение и анализ главных жалоб, которые сигнализируют врачу и патологии определенной, конкретной системы. Если в дальнейшем объективное обследование выявляет симптомы, подтверждающие анамнестические данные об изменениях в соответствующих органах, то эти сведения служат основанием для формирования предварительного диагноза.

Построение первичной (рабочей) диагностической гипотезы основывается на результатах хорошо собранного анамнеза и жалоб больного. Дело в том, что, собирая анамнез, изучая жалобы больного, историю его болезни и жизни, условия окружающей среды, при помощи расспроса можно составить вполне определенное представление о том или ином заболевании, которым страдает пациент или, по крайней мере, предположить, какой орган или система вовлечены в патологический процесс, на что надо обратить внимание при дальнейшем обследовании. Этот метод имеет очень большое значение для ранней диагностики начальных и еще невыраженных форм заболевания, когда субъективные ощущения больного порой опережают объективные проявления болезни и являются единственными признаками болезненного состояния. Расспрос оказывает нам также неоценимые услуги при выявлении функцио-

нальных расстройств нервно-психической системы как самостоятельных, так и вторичных, отягощающих многие заболевания внутренних органов, и является первым этапом постановки предварительного диагноза, который обосновывается данными объективного обследования (осмотр, пальпация, перкуссия и аускультация).

Фактически проверка первичной диагностической гипотезы начинается уже на этапе детализации жалоб. Стремление подтвердить или опровергнуть исходную догадку часто определяет характер задаваемых вопросов. При целенаправленном расспросе по жалобам врач пытается обнаружить убедительные, специфические проявления болезни, подтверждающие или отвергающие диагностическую гипотезу. Проверка гипотезы продолжается в ходе физикального исследования. Иногда с самого начала у врача формируется одновременно несколько альтернативных диагностических гипотез, возможна гипотеза о наличии сочетания патологических процессов, особенно у больных пожилого возраста. На заключительном этапе диагностики решающее значение приобретают специальные лабораторно-инструментальные методы диагностики, которые позволяют исключить и подтвердить конкретную форму болезни.

Таким образом, главное назначение первичной диагностической гипотезы состоит в том, чтобы направить клиническое мышление врача по определенному плану и выработать конкретный план тех исследований, которые окончательно прояснят диагностическую ситуацию.

4 ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

(Status praesens, физикальное обследование)

4.1. Общий осмотр

Общее состояние: удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое, крайне тяжелое.

Сознание: ясное, помраченное (ступор, сопор, кома, бред).

Положение: активное, пассивное, вынужденное.

Телосложение: нормостеническое, астеническое, гиперстеническое. Рост, масса тела, индекс массы тела (Кетле).

Кожа — цвет: бледно-розовый (нормальный для представителей европеоидной расы), бледный, красный, синюшный (цианотичный), желтушный (иктеричный), бронзовый, серый, землистый и др. Наличие высыпаний, кровоизлияний, шелушения, рубцов нет, есть: локализация, размеры, цвет, характер и т.д. Влажность кожи: нормальная, усиленная, сухость. Эластичность кожи: эластичная, снижение тургора кожи.

Видимые слизистые оболочки: цвет (бледно-розовый, бледный, красный, синюшный). Наличие высыпаний, кровоизлияний и т.д. — нет, есть: локализация, характер, форма, размер, цвет.

Волосы: тип оволосения (соответствует ли полу), рост (обильный, скудный, выпадение, отсутствие).

Ногти: форма правильная — овальная, ровная поверхность, прозрачные, изменение формы — нет, есть: в виде «часовых стекол», койлонихий и т.д.). Наличие исчерченности, ломкости, матовости ногтей.

Подкожная клетчатка: степень развития, места наибольшего отложения жира. Толщина кожной складки на плече (над трицепсом), боковой поверхности грудной клетки, на уровне пупка, на бедрах.

Отеки — нет, есть: локализация (лицо, веки, конечности, поясница, общие); степень выраженности, консистенция (плотные, мягкие, тестоватые).

Лимфатические узлы (подкожные) — увеличения нет, есть: указать группы увеличенных лимфатических узлов (подчелюстные, шейные, затылочные, надключичные, подмышечные, локтевые, паховые и др.), размеры увеличенных лимфатических узлов, форма, консистенция, болезненность, подвижность, спаянность между собой и с окружающими тканями, изме-

нения кожи над ними (покраснение, посинение, изъязвление).

Мышцы: степень развития (хорошее, слабое, атрофия), тонус (нормальный, повышенный, пониженный), судороги (есть, нет), при наличии судорог — их характер (тонические, клонические, тетанические). Болезненность при ощупывании (каких мышц).

Кости — деформация, болезненность при пальпации — нет, есть: локализация.

Суставы — дефигурация, деформация — нет, есть: локализация, вид дефигурации, подвижность (активная, пассивная), болезненность при движении. Болезненность при пальпации и движении — нет, есть: локализация. Изменение цвета и температуры кожи над суставами — нет, есть: локализация. Ограничение движений при активной и пассивной подвижности суставов — нет, есть: в каком суставе, вид ограничения движения. Хруст в суставах, флюктуация — нет, есть.

Общий осмотр при систематическом описании методов исследований и их результатов в истории болезни занимает второе место, но практически он, как правило, предшествует расспросу и начинается уже с первого взгляда на больного, позволяя нередко сразу решать вопрос об общем его состоянии. В процессе расспроса визуальный контакт продолжается, давая возможность изучить поведение больного, его манеру держаться, мимику, жесты, активность и пр. Являясь самым простым и наиболее естественным методом исследования, общий осмотр, тем не менее, требует соблюдения определенных правил. Больной должен быть обнажен (по возможности полностью или частично), освещение должно быть прямым или боковым, лучше естественным, сам осмотр должен проводиться по определенной схеме и в определенной последовательности, которая указана выше.

Общее состояние, оцениваемое как удовлетворительное, средней тяжести или тяжелое, нередко определяется уже при первом взгляде на больного естественно с учетом состояния его сознания, положения в постели, выражения лица, характером и степенью выраженности изменений кожи, видимых слизистых оболочек и т.д. Конечно, общее состояние определяется не только на основании осмотра. При его оценке учитываются также показатели деятельности сердечно-сосудистой системы, органов дыхания и других систем, методика обследования которых и оценка будут отражены в соответствующих разделах истории болезни.

Нарушение сознания в виде помрачения (сумеречное сознание) обычно характеризуется не резко выраженной дезориентацией больного, и заметить это не так просто. Сопоставление данных расспроса с осмотром, проведение простых логических или математических тестов на этапе собирания анамнеза или при осмотре больного позволяют выявить даже самое легкое нарушение деятельности центральной нервной системы, не являющееся, однако, специфическим для какого-либо определенного заболевания.

Ступор — состояние оглушения, когда больной плохо ориентируется в окружающем, вяло и не совсем четко отвечает на поставленные вопросы; сопор — спячка, из которой он может быть выведен на время разговора, по завершению которого сонное состояние снова овладевает больным. Кома характеризуется полной потерей сознания, отсутствием рефлексов, произвольным мочеиспусканием и дефекацией, возникает при сахарном диабете (гипергликемическая, гиперосмолярная, лактатацидотическая, гипогликемическая комы), заболевании почек (уремическая кома), печени (печеночная кома), бронхиальной астме (гипоксемическая кома), нарушении мозгового кровообращения (цереб-

ральная кома), отравлении алкоголем, снотворными, наркотиками и т. п.

Оценка положения больного довольно проста. Если больной может ходить, по своему усмотрению менять свое положение, то мы обозначаем таковое как активное. В случае, когда больной не может самопроизвольно изменить свое положение, пусть даже и не очень удобное, то оно называется пассивным. И, наконец, если больной специально занимает определенное положение, при котором он испытывает облегчение, то оно считается вынужденным. Различают лежащее, сидячее и стоячее вынужденное положение больного. Лежащее положение может быть на спине, на животе, на том или ином боку. Вынужденное неподвижное положение на спине наблюдается преимущественно при появлении сильных болей в животе (при прободной язве, аппендиците, перитоните и т. п.). Такое же положение на спине с полусогнутыми в локтевых суставах руками и в коленных суставах ногами характерно для острой атаки ревматического полиартрита.

Вынужденное положение на животе нередко отмечается при диафрагмальных плевритах, туберкулезе позвоночника, соляритах (воспаления солнечного сплетения). На боку чаще всего лежат больные с крупозной пневмонией, плевритом, нагноительным процессом в легких.

Вынужденное сидячее положение (ортопноэ) встречается главным образом при одышке у больных с сердечной недостаточностью (кардиальная астма, отек легких) и дыхательной недостаточностью (приступ бронхиальной астмы, пневмоторакс и т. д.). Вынужденное стоячее положение наблюдается при болевом приступе стенокардии (симптом «витрины»).

Определение конституционального типа больного производится на основе оценки роста, веса, длины конечностей, формы головы, шеи, грудной клетки и других

параметров морфологического и функционального состояния организма. Лица гиперстенического телосложения чаще всего коренасты, они имеют средний или невысокий рост, повышенную упитанность, относительно короткие руки и ноги, округлую голову, короткую шею, широкую грудную клетку, выпячивающийся живот. Астеники, наоборот, выше среднего роста, худы, с длинными руками и ногами, продолговатой головой, удлинённой шеей и грудной клеткой, которая к тому же узка и несколько сдавлена в переднезаднем направлении. Живот в верхней части втянут, в нижней — слегка выпячен. Нормостенический тип телосложения занимает промежуточное положение между гипер- и астеническим конституциональными типами. Диагностическое значение последних состоит в том, что гиперстеники чаще болеют ишемической болезнью сердца, артериальной гипертензией, ожирением, желчнокаменной болезнью, мочекаменной болезнью; астеники — язвенной болезнью, туберкулезом, нейроциркуляторной дистонией (в основном по гипотоническому типу) и т.д.

Визуальная оценка кожи при всей своей простоте требует особой внимательности и сосредоточенности. Конечно, не составляет больших трудов заметить выраженную желтуху или бледность кожи и довольно нелегко при беглом осмотре увидеть мелкий сосудистый рисунок, сосудистые звездочки, точечные кровоизлияния или единичную петехиальную сыпь, что требует соблюдения правил осмотра, как в плане методичности, так и полноты охвата всей поверхности тела больного и его конечностей. Гиперпигментация кожи, особенно в местах воздействия света и трения, а также в области сосков, наружных половых органов, белой линии живота, наблюдается при эндокринной патологии (болезнь Аддисона). Осмотр ладоней, кончиков пальцев, рук, ногтей довольно часто помогает распознать цирроз пе-

чени (печеночные ладони, эмалевые ногти и т.д.), наряду с такими известными визуальными признаками, каковыми является желтуха, сосудистые звездочки, «голова медузы» на животе и др.

Отеки, выявляемые на лице, довольно четко указывают на почечную патологию, хотя при последней они могут быть и на конечностях. Чаще, однако, на ногах они появляются при декомпенсации сердечной деятельности, причем вначале они выявляются лишь к вечеру, исчезая к утру. Затем отеки нарастают в своей интенсивности и распространенности, захватывая иногда все тело (анасарка).

Увеличение лимфоузлов (локальное) довольно часто возникает как реакция на воспалительный процесс (например, увеличение подчелюстных лимфоузлов при ангине), либо как метастаз опухолевого процесса (например, Вирховская железа между ножками грудиноключично-сосцевидной мышцы, увеличение подмышечных лимфоузлов при раке грудной железы и т.д.).

Распространенное увеличение лимфоузлов, как правило, указывает на системность поражения лимфоидной ткани, что имеет место при лейкозах, лимфогранулематозе и других заболеваниях кроветворной системы. Туберкулез сопровождается увеличением лимфоузлов, которые нередко сливаются в пакеты, становятся малоподвижными, нагнаиваются с образованием свищей, а в последующем — рубцов. Нечто похожее может быть также при актиномикозе.

Изменения опорно-двигательного аппарата в клинике внутренних болезней касаются в первую очередь суставов, причем, как при ревматическом процессе, так и ревматоидном артрите (в начальном периоде) в острую фазу есть все признаки воспаления — боль, локальное повышение температуры, покраснение, отечность, деформация и нарушение функции. Для первого про-

цесса еще характерна летучесть и поражение более крупных суставов (локтевых, плечевых, коленных, голеностопных), для второго — менее крупных, но приводящих в последующем к деформации суставов, появлению изменений со стороны костей (остеопороз) и мышц (атрофия последних).

Иногда в патологический процесс вовлекается только один сустав (чаще при туберкулезе, реже при гонорее) или участок костного аппарата (позвоночника при туберкулезе). Системное поражение костей при терапевтических заболеваниях наблюдается в основном при миеломной болезни.

4.2. Осмотр головы, лица, шеи

Голова: форма, величина (овальная, круглая, квадратная, уплощенная, с выдающимися лобными буграми, «башенный» череп, микроцефалия, макроцефалия), положение (прямое, с наклоном в сторону, кривошея, запрокинутая назад), подвижность (свободная, ограниченная, неподвижная), произвольные движения головы в виде тремора, кивания, покачивания, судорожных подергиваний).

Лицо: выражение (спокойное, возбужденное, лихорадочное, маскообразное, страдальческое), лицо Гиппократата (при перитоните); лицо Травиаты (при активном туберкулезе); лицо Корвизара (при сердечной недостаточности); митральное, львиное, акромегалическое, нефритическое, тиреотоксическое, гипотиреоидное, лунообразное и др. Цвет кожи лица (бледно-розовый, гиперемия, цианоз, цвета «кофе с молоком» и т.д.).

Глаза: окраска склер, глазная щель (правильной формы, расширена, сужена), зрачки (сужены, расширены, неравномерность — анизокория, реакция на свет). Наличие косоглазия, экзофтальма, западения глазного яблока, дрожания, блеска. Нарушение конвергенции, аккомодации — нет, есть: характер.

Веки: наличие отеков, опущения, дрожания, симптомов Грефе, Мебиуса, Штельвага и др.).

Нос: форма правильная, деформация — нет, есть. Движение крыльев носа при дыхании — нет, есть.

Рот: цвет слизистой, сыпи, кровоизлияния, изъязвления, запах (неприятный, гнилостный, зловонный, запах ацетона, перезрелых яблок, мочевой, аммиачный, тухлых яиц, печеночный и т.д.); десны (цвет, разрыхление, сероватое окаймление, кровоточивость, изъязвление, сыпи); зубы (величина, форма, исчерченность, наличие выемок, отстоящие друг от друга, разрушение, выпадение и т.д.); язык (форма, величина, характер поверхности, обложенность, изъязвление, атрофия сосочков, дрожание, отклонение в сторону при высовывании, влажность, сухость и т.д.); зев (состояние миндалин — цвет, наличие налетов, гнойных пробок, изъязвлений, кровоизлияний, сыпи и т.д.); глотка (цвет слизистой, зернистость, влажность, сухость, наличие изъязвлений, кровоизлияний, налетов и т.д.).

Шея: форма, величина (длинная, короткая, толстая, тонкая), увеличение лимфоузлов: (спаянность их с кожей, между собой, изъязвление). Щитовидная железа — размеры долей и перешейка, степень увеличения, бугристость, плотность, наличие узлов, подвижность при глотании и пальпации, болезненность. Гортань (форма, подвижность, болезненность при ощупывании).

Осмотр головы, лица, шеи имеет большое диагностическое значение и именно на них врач в первую очередь обращает внимание при визуальном контакте с больным. Форма и величина головы и шеи, один из многочисленных признаков помогает отнести больного к тому или иному конституциональному типу. Особые формы головы в терапевтической практике встречаются нечасто и, тем не менее, их выявление указывает на определенную патологию (например, башенный череп

на гемолитическую анемию врожденного характера). Движения головы кивательного характера в сочетании с пульсацией сосудов шеи («пляской каротид») довольно часто встречаются при аортальной недостаточности; произвольные подергивания головы — при ревматической хореи и как следствие перенесенной нейроинфекции (при менингоэнцефалите).

Выражение лица во многом говорит о сути страдания, поразившего больного. Возбужденное лицо с влажной кожей, широко открытыми и редко мигающими блестящими глазами (застывшие от ужаса глаза), экзофтальмом, увеличенной шеей за счет щитовидной железы, характерно для диффузного токсического зоба (тиреотоксическое лицо); маскообразное лицо с отсутствием мимики, тусклым безжизненным взглядом, узкими глазами, сухой, бледной с песочным оттенком, плотной, не берущейся в складку кожей — для микседемы; больших размеров голова с огромным носом, большими надбровными дугами, губами, языком и подбородком — для акромегалии; бледное, отечное лицо с узкими глазными щелями — для гломерулонефрита; синюшное — для сердечной недостаточности; цвета кофе с молоком — для септического эндокардита; лунообразное — для болезни Иценко-Кушинга; львиное — для лимфолейкоза.

Осмотр ротовой полости касается его слизистой оболочки, десен, зубов, языка, миндалин, зева и глотки, позволяет выявить наличие воспалительного процесса в том или ином органе; отрицательных последствий противовоспалительной терапии антибиотиками (кандидамикоз); вторичных признаков поражения языка при В12-(фолиево-) дефицитной анемии (гюнтеровский глоссит); хронических гепатитах и циррозах печени («кардинальский» язык); хронических гастритах (обложенный язык) и т.д. Влажность языка также помогает разобраться, когда мы имеем дело с повышен-

ной секрецией желудка (в этом случае язык обильно влажный, т. к. имеет место саливация), в то время как при пониженной секреции желудка язык чаще суховат. Абсолютно сухой, шершавый, обложенный язык характерен для перитонита, отягощающего течение язвы желудка, холецистита, аппендицита (перфорация) и других заболеваний подобного характера.

Запах изо рта, естественно, к осмотру прямого отношения не имеет и, тем не менее, именно при осмотре ротовой полости мы выявляем ряд специфических запахов, как то, запах ацетона или перезрелых яблок, характерный для сахарного диабета, в состоянии прекомы или коматозного состояния; аммиачно-мочевой запах — для уремии, отягощающей течение хронического нефрита; гнилостно-зловонный — для нагноительных заболеваний легких; приторно-ароматический — для печеночной недостаточности при хронических гепатитах и циррозах печени; просто неприятный запах изо рта — для кариеса зубов, стоматита, гингивита и хронического гастрита.

4.3. Система дыхания

Осмотр грудной клетки

Статический осмотр грудной клетки:

- форма грудной клетки нормальная (нормостеническая, гиперстеническая, астеническая) или патологическая (паралитическая, эмфизематозная, воронкообразная, ладьевидная, кифосколиотическая). Степень выраженности над- и подключичных ямок, величина ребер (средняя, узкие, широкие ребра); их ход (пологий, горизонтальный, отвесный); межреберные промежутки (широкие, узкие); надчревный угол (прямой, острый, тупой); положение лопаток (отстают, плотно прилегают); отношение переднезаднего размера грудной клетки к боковому. Наличие асимметрического выпячивания или западения грудной клетки.

Динамический осмотр грудной клетки:

● участие обеих половин в акте дыхания (равномерное, отставание одной из них — указать какой), тип дыхания (грудной, брюшной, смешанный), ритм дыхания (ритмичное, неритмичное), частота и глубина (глубокое, поверхностное), наличие одышки (инспираторная, экспираторная, смешанная и патологических вариантов дыхания (Чейн-Стокса, Куссмауля, Биота и др.)). Измерение окружности грудной клетки на уровне сосков во время спокойного дыхания, на высоте вдоха и выдоха.

Пальпация грудной клетки:

Эластичность или ригидность грудной клетки: нормальная, снижена, повышена.

Болезненность при пальпации кожи, мышц, ребер, межреберных промежутков, грудного отдела позвоночника, паравертебральных корешковых зон — нет, есть: локализация болезненности; усиление или ослабление болевых ощущений при сдавливании грудной клетки, наклоне туловища в сторону (какую);

Голосовое дрожание на симметричных участках и его характеристика: одинаковое, усилено, ослаблено, отсутствует — указать локализацию.

Перкуссия грудной клетки

Сравнительная перкуссия: на симметричных участках характеристика перкуторного звука (ясный легочной, тупой, притупленный, тимпанический, коробочный, металлический — указать локализацию).

Топографическая перкуссия высоты стояния верхушек спереди и сзади, ширины полей Кренига; нижней границы легких по всем опознавательным линиям (по окологрудинной, срединно-ключичной, передней подмышечной, средней подмышечной линии, задней подмышечной, лопаточной, околопозвоночной линиям),

активной подвижности нижнего края легких (по срединно-ключичной, средней подмышечной и лопаточной линиям), пассивной подвижности в вертикальном и горизонтальном положении больного по срединно-ключичной линии.

Аускультация легких

Везикулярное дыхание на симметричных участках — не изменено, изменено: ослаблено, усилено, жесткое с удлинненным выдохом, отсутствует (локализация).

Бронхиальное дыхание над легкими — нет, есть: локализация, наличие оттенков — амфорическое, бронховезикулярно.

Добавочные дыхательные шумы — нет, есть: сухие хрипы (жужжащие, свистящие), влажные хрипы (мелко-, средне- и крупнопузырчатые), крепитация, шум трения плевры. Локализация добавочных шумов.

Бронхофония на симметричных участках грудной клетки (определяется одинаково, усилена, ослаблена, отсутствует — указать локализацию).

Объективное исследование системы дыхания обычно начинается с осмотра грудной клетки, который позволяет определить нормальный или патологический тип грудной клетки, характерный для того или иного заболевания; возможное наличие асимметрии (выпячивания при экссудативном плеврите, гидропневмотораксе, эмпиеме плевры и др.; западения при сморщивании или спадении легких, адгезивном плеврите и т. п.); неравномерное участие обеих половин грудной клетки в акте дыхания (отставание пораженной стороны); наличие одышки того или иного характера (экспираторной — при бронхиальной астме, инспираторной — при раке легкого, попадании инородных тел в бронхиальное дерево, сдавлении бронхов аневризмой, зобом и т.д., смешанной — при легочно-сердечной недостаточности и других патологических состояниях,

не всегда связанных с заболеванием органов дыхания, например, при анемиях).

Пальпация грудной клетки очень часто помогает решить вопрос о том, что лежит в основе болевого синдрома — патология плевры или костно-мышечного аппарата грудной клетки, грудного отдела позвоночника или нервов. Легочная патология, в свою очередь, способствует изменению голосового дрожания, которое усиливается при уплотнении легочной ткани у больных крупозной пневмонией, инфаркт-пневмонией, очистившимся абсцессом легкого, и ослабляется при эмфиземе легких, экссудативном плеврите, гидротораксе, плевральных спайках, обтурационном ателектазе у больных бронхогенным раком легких и т.д.

Сравнительная перкуссия легких по характеру перкуторного звука дает возможность распознать синдром уплотнения легочной ткани, ателектаза, наличие жидкости в плевральной полости, тогда будет определяться тупой звук. При наличии полости в легком или газа в плевральной полости будет выявляться тимпанит. При синдроме повышенной воздушности легочной ткани (эмфизема легких) будет выявляться коробочный звук.

Топографическая перкуссия по изменению верхней или нижней границы легких позволяет уточнить данные, полученные при сравнительной перкуссии, и дополнить наши представления о сути патологических изменений, происходящих в системе органов дыхания. Так, понижение высоты стояния верхушек в сочетании с укорочением перкуторного звука довольно часто встречается при туберкулезе легких. Если же выявляется более высокое стояние верхушек, а при сравнительной перкуссии определяется коробочный звук, то это, как правило, указывает на эмфизему легких. При этом коробочный звук имеет место повсюду, а нижняя граница легких отчетливо смещена вниз, причем активная подвижность

ее нередко ограничена в значительной степени.

Смещение нижней границы кверху наиболее четко выявляется при накоплении жидкости в полости плевры (экссудативный плеврит, гидроторакс). При этом в первом случае разграничительная линия будет иметь параболический характер (линия Соколова-Элис-Дамуазо), во втором — строго горизонтальный.

Аускультация легких по изменению основных дыхательных шумов (везикулярного и бронхиального дыхания) и появлению добавочных (хрипов, крепитации, шума трения плевры) довольно четко позволяет определить суть патологического процесса в системе органов дыхания и потому имеет очень большое диагностическое значение.

Бронхофония (проведение шепотной речи) усиливается во всех случаях уплотнения легочной ткани, а ослабляется — при эмфиземе легких, наличии жидкости в полости плевры (экссудат, транссудат) или при поражении ее спаечным процессом.

4.4. Система кровообращения

Осмотр области сердца и сосудов

Выпячивание грудной клетки в области сердца (**сердечный горб**) — нет, есть: локализация, размеры.

Верхушечный толчок — нет, есть: локализация, распространенность, высота, отношение к систоле — положительный или отрицательный.

Сердечный толчок — нет, есть: локализация, характер.

Надчревная пульсация — нет, есть: изменение при дыхании, положении больного, связь с пульсацией печени (истинной или передаточной).

Пульсация сосудов шеи и других зон — нет, есть: сонных артерий, пульсация яремных вен и ее отношение к пульсации сонных артерий (положительный или отрицательный венный пульс) и других зон (пульсация височных артерий, подключичных и т.д.).

Пальпация области сердца и сосудов

Пальпация верхушечного толчка и определение его свойства (локализация, распространенность, высота, резистентность, смещаемость в положении на левом боку).

Определение «кошачьего мурлыканья» — нет, есть: систолическое, диастолическое дрожание грудной клетки, локализация, характер (грубый, нежный), степень выраженности.

Определение зон гипералгезии — нет, есть: локализация.

Определение ретростеральной пульсации аорты — нет, есть: степень выраженности, характер.

Пальпация пульса на лучевых артериях и определение его свойств: одинаковый ли на обеих руках, частота, ритм, напряжение, величина, высота, скорость, соответствие частоте сердечных сокращений, состояние артериальной стенки (мягкая, эластичная, упругая, твердая, четкообразная и т.д.). **Дефицит пульса** — нет, есть: разница между частотой сердечных сокращений и частотой пульса

Пальпация пульса на сонных и бедренных артериях, задней артерии голени и тыльной артерии стопы, с симметричным сопоставлением изучаемых свойств.

Перкуссия сердца и сосудистого пучка

Границы относительной тупости сердца и сосудистого пучка — последовательное определение высоты стояния правого купола диафрагмы, правой границы, правого контура, верхней границы, локализации верхушечного толчка, левой границы, левого контура сердца, размеров поперечника сердца, конфигурации сердца (нормальная, аортальная, митральная, «бычье сердце», транецисвидная), ширины сосудистого пучка во 2-м межреберье.

Границы абсолютной тупости сердца (правая, верхняя, левая) — положение границ.

Аускультация сердца и сосудов

Ритм сердца: правильный, неправильный (характер аритмии).

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

Изменение 1-го тона — нет, есть: усиление, ослабление, приглушение, хлопающего характера, глухобарабанный, пергаментный, бархатный, расщепление, раздвоение (локализация). Изменение 2-го тона — нет, есть: ослабление, усиление с металлическим оттенком, расщепление, раздвоение (локализация).

Появление добавочных тонов: тон открытия митрального клапана (ритм перепела); ритм галопа (систолический, протодиастолический, мезодиастолический, пресистолический). Появление эмбриокардии, маятникообразного ритма.

Шумы сердца — нет, есть: отношение к фазам сердечной деятельности — систолический, диастолический (протодиастолический, мезодиастолический, пресистолический); место наилучшего выслушивания; интенсивность шума (выраженный, слабый), тембр (нежный, мягкий, грубый, дующий, свистящий, напоминающий шум пилы, паровоза и т.д.); продолжительность (короткий, продолжительный); проведение (в подмышечную ямку, в межлопаточное пространство, на сосуды шеи, в точку Боткина-Эрба и т.д.); изменение шума (в сторону усиления или ослабления) при перемене положения тела больного (стоя, лежа, на левом боку, после физической нагрузки, после задержки дыхания).

Экстракардиальные шумы — нет, есть: шум трения перикарда, плевроперикардиальный шум, кардиопульмональный шум (систолическое дыхание).

Аускультация крупных сосудов: сонной и бедренной артерии, яремной вены и т.д. Двойной тон Траубе, двой-

ной шум Дюрозье на бедренных артериях, шум волчка на яремной вене — нет, есть.

Артериальное давление: максимальное (систолическое) и минимальное (диастолическое) давление измеряется на обеих руках (мм рт.ст.).

Осмотр области сердца и крупных сосудов позволяет в ряде случаев выявить деформацию грудной клетки в виде выпячивания, так называемый сердечный горб, встречающийся при некоторых формах врожденных пороков сердца или приобретенных в раннем детстве. Местное выпячивание в сочетании с пульсацией может быть признаком аневризмы сердца или аорты. В области верхушки сердца у людей со слабо выраженной подкожной жировой клетчаткой можно увидеть в V межреберье на 1-2 см кнутри от левой срединно-ключичной линии верхушечный толчок, который может выбухать в момент систолы (положительный верхушечный толчок) или втягиваться (отрицательный верхушечный толчок). Надчревная пульсация чаще всего бывает связана с аортой (в этом случае она усиливается на выдохе) или с сердцем (и тогда она усиливается на вдохе). Изредка при недостаточности трехстворчатого клапана надчревная пульсация обусловлена пульсацией печени в сочетании с сердечной. В последнем случае видна также пульсация яремных вен на шее, причем из нормального отрицательного венный пульс становится положительным. Пульсация сосуда шеи довольно часто бывает связана с сонными артериями и наблюдается в наиболее выраженной форме у больных с аортальной недостаточностью (так называемая «пляска каротид»).

Пальпация области сердца ставит своей целью выявить возможное систолическое (при стенозе устья аорты, дефекте межжелудочковой перегородки, незаращении боталлова протока) или диастолическое (при стенозе левой атриовентрикулярного отверстия) дрожание груд-

ной клетки, а также свойства верхушечного толчка и возможные пульсации в связи с местными выпячиваниями различных отделов сердца или аорты (аневризмы). Локализация последних в определенной степени позволяет произвести топическую диагностику уже на основании одних только данных пальпации (при аневризме сердца — это пульсация передней стенки в 3-4-5 межреберьях слева от края грудины, при аневризме входящей части аорты — во 2-м межреберье справа от края грудины, дуги — в яремной ямке).

Пальпация области сердца иногда позволяет определить зоны гипералгезии при стенокардии и некоторых невротических состояниях, хотя иногда кожные зоны повышенной чувствительности выявляются с помощью специального обследования (применение игл, холодových или тепловых аппликаций и т. п.).

Пальпация пульса начинается с оценки его величины на обеих руках и, если она одинакова, то дальнейший анализ его свойств может производиться на одной руке. Неодинаковый пульс может наблюдаться при митральном стенозе (симптом Попова-Савельева), сдавлении сосудов опухолью, увеличенными лимфоузлами, аневризматическим выпячиванием или рубцом, что должно уточняться пальпацией сосудов на симметричных участках выше места, имеющегося различия. Изменение частоты пульса, как в сторону учащения, так и урежения, довольно частое явление, анализ которого должен проводиться с учетом температуры тела, предшествующей физической активности, признаков гиперваготонии и других факторов, влияющих на это свойство пульса.

Частый пульс может встречаться при повышенной нервной возбудимости, физической нагрузке, повышении температуры тела, недостаточности сердечной деятельности, анемиях, тиреотоксикозе, при пароксизмальной тахикардии и целом ряде других заболеваний. Редкий пульс

иногда выявляется у лиц с повышенным тонусом блуждающего нерва, тренированных спортсменов.

Нередко, урежение пульса является патологическим признаком, встречающимся при полной атриовентрикулярной блокаде, болезни Боткина, возвратном тифе, малярии, менингитах, кровоизлиянии в мозг или опухолях мозга.

Нарушение ритма сердечной деятельности довольно четко отражается на ритмичности пульса, исследование которого позволяет установить наличие экстрасистолы, мерцательной аритмии и других видов аритмии. При указанных нарушениях необходимо также сопоставлять частоту пульса с частотой сердечных сокращений, количество которых может быть больше, указывая на дефицит пульса — показатель неэффективной работы сердца.

Очень важным показателем деятельности сердечно-сосудистой системы является величина пульса, снижение которой находит свое отражение в виде малого пульса или нитевидного, едва улавливаемого при пальпации. Многие заболевания органов кровообращения в своей конечной стадии сопровождаются уменьшением величины пульса, что имеет большое диагностическое значение и должно отражаться в истории болезни.

Исследование артериальной стенки в основном помогает нам в диагностике атеросклероза, иногда — узелкового периартериита.

Перкуссия сердца даст возможность на основании месторасположения правой, верхней и левой границы относительной тупости получить представление о размерах сердца и его конфигурации, изменение которых характерно для многих заболеваний сердечно-сосудистой системы. Смещение правой границы сердца может иметь место при легочном сердце, митральном стенозе, недостаточности трехстворчатого клапана;

верхней — при митральном стенозе, недостаточности трехстворчатого клапана; левой — при недостаточности митрального и аортального клапанов, аортальном стенозе, гипертонической болезни, ИБС и др. Увеличение сердца за счет всех его границ нередко наблюдается при дилатационной миокардиопатии и диффузных миокардитах.

Перкуторное определение сосудистого пучка во 2 межреберье дает возможность выявить расширение восходящей части аорты, при котором увеличивается зона тупого звука, или его притупления, справа от грудины; начального отдела нисходящей части аорты или легочной артерии, когда притупление выявляется главным образом слева от грудины.

Аускультация сердца предусматривает вначале изучение ритма его деятельности, затем тонов и шумов.

Изменение тонов сердца довольно часто встречается в клинической практике, причем, не всегда указывая на какую-либо патологию сердечно-сосудистой системы. Так, усиление тонов может наблюдаться при физической нагрузке у вполне здорового человека, а ослабление при сильно развитой мускулатуре и обильной подкожной клетчатке. В то же время, отмечается усиление тонов при явной патологии сердца (первого тона на верхушке при митральном стенозе; второго — при гипертонии малого круга над легочной артерией у больных с митральными пороками и легочным сердцем; при гипертонии большого круга — над аортой у больных гипертонической болезнью, гломерулонефритом и т. п.), как, впрочем, и ослабление тонов (первого тона — при митральной недостаточности, второго тона — при аортальной недостаточности, обоих — при миокардитах и т. д.). Особое звучание тонов также должно учитываться при аускультации сердца, так как может указывать на вполне определенную патологию сердечно-сосудистой

системы (глухость 1 тона — на миокардит, миокардиодистрофию или кардиосклероз, хлопающий 1 тон на митральный стеноз, металлический оттенок 2 тона — на атеросклероз с артериальной гипертензией). Появление добавочных тонов имеет большое диагностическое значение (будь-то тон открытия митрального клапана при митральном стенозе или ритм галопа у больного инфарктом миокарда или тяжелым течением миокардита).

Шумы сердца, конечно, имеют большое диагностическое значение, однако без упомянутой выше детализации не всегда просто решить вопрос о функциональном или органическом происхождении их. Систолический шум может быть чисто функциональным и выслушиваться при ряде врожденных (незаращение межжелудочковой перегородки, открытый боталлов проток, коарктация аорты и т.д.) и приобретенных (недостаточность двустворчатого и трехстворчатого клапанов, стеноз устья аорты и легочной артерии) пороках. Диастолический шум редко бывает функциональным, как, например, пресистолический шум Флинта при недостаточности полулунных клапанов аорты, и потому его выявление, несомненно, является серьезным диагностическим признаком, указывающим на возможное наличие митрального стеноза или аортальной недостаточности. Детализация шума по указанным выше параметрам позволяет даже без данных ФКГ и Эхо-КГ склониться в мыслях к тому или иному пороку. Помогает этому выслушивание крупных сосудов (сонной артерии при аортальном стенозе, т. к. именно туда проводится шум при этом пороке, и бедренной артерии при аортальной недостаточности, где могут определяться двойной тон Траубе и двойной шум Дюрозье). Артериальное давление, как в прочем и пульс, вполне может помочь в диагностике указанных пороков. При аортальном стенозе отмечается снижение систолического давления, при аортальной недостаточности — выражен-

ное снижение диастолического при некотором увеличении систолического. Измерение АД имеет большое значение в диагностике первичной (эссенциальной) артериальной гипертензии и симптоматических артериальных гипертензий при почечной, эндокринной и других видах патологии.

4.5. Система пищеварения

Исследование ротовой полости

Запах изо рта: обычный, фруктовый, тухлых яиц, гнилостный и т.д.

Слизистая оболочка ротовой полости: цвет, наличие пигментации, кровоизлияний, изъязвлений, молочницы и т.д.

Десны: нормальные, наличие разрыхленности, кровоточивости (нет, есть).

Зубы: состояние их, наличие кариозных зубов.

Язык: цвет, сухой или влажный, чистый или обложен (каким налетом), наличие трещин и изъязвлений, увеличение (нет, есть). Отклонение языка в сторону при высовывании — нет, есть.

Исследование живота в вертикальном положении

Осмотр

Форма живота (нормальная конфигурация, выпячен, втянут, отвисает), наличие асимметрий и местных выпячиваний, расширение вен на передней брюшной стенке («голова медузы»), рубцов, сыпи, пигментации.

Перкуссия живота

Перкуссия подложечной, околопупочной, надлобковой области, правого и левого фланков живота. Характеристика перкуторного звука (тимпанический, притупленный, тупой) по направлению от эпигастрия к гипогастрию, от пупка к фланкам (наличие признаков метеоризма, свободной жидкости в брюшной полости).

Аускультация живота

Аускультация в эпигастральной области: через какое время после проглатывания жидкости появляются первый и второй шумы (в секундах). Наличие крепитации после приема насыщенного раствора соды — нет, есть: умеренная по звучности и калибру или обильная и звучная.

Аускультация в подреберьях: шум трения брюшины печени и селезенки — нет, есть: локализация.

Пальпация живота поверхностная

Пальпация подложечной, околопупочной, надлобковой области, правого и левого флангов живота. Выявление болезненности, напряжения мышц, грыж передней брюшной стенки (паховых, бедренных, пупочной, белой линии живота).

Пальпация живота глубокая

Наличие ощущения пальпируемых органов брюшной полости — нет, есть: малой и большой кривизны желудка, нижнего края печени, почки, селезенки, печеночный и селезеночный углы ободочной кишки, новообразования в брюшной полости (локализация, степень увеличения или опущения, размеры, консистенция, болезненность, поверхность, подвижность).

Исследование живота в горизонтальном положении

Осмотр

Форма живота: изменение по сравнению с вертикальным положением, наличие асимметрии, общее или местное выпячивание, метеоризм, «лягушачий» живот, заправший живот, состояние пупка (втянут, выпячен и т.д.) и кожных покровов (сыпи, кровоизлияния), венозный рисунок, перистальтика. Участие живота в акте дыхания.

Перкуссия живота

Характеристика перкуторного звука по направлению от эпигастрия к гипогастрию, от пупка к фланкам (в том числе, при перкуссии в положении больного на боку) для определения наличия метеоризма и свобод-

ной жидкости в брюшной полости. Пальпаторное выявление асцита методом флюктуации.

Аускультация живота

Кишечная перистальтика (количество перистальтических движений в минуту) над тонким и толстым кишечником. Отсутствие кишечных шумов (симптом Шланге) — нет, есть. Шум трения брюшины печени и селезенки — нет, есть: локализация. Наличие стенотического шума в проекции брюшной аорты и ее ветвей (почечной артерии, чревного ствола) — нет, есть: локализация, характер.

Поверхностная ориентировочная пальпация

Наличие болезненности, напряжения и резистентности мышц передней брюшной стенки, выявление опухолевидных образований и грыж с указанием локализации. Наличие зон гиперестезии. Симптомы раздражения брюшины (симптом Щеткина-Блюмберга и др.) — нет, есть: локализация, степень выраженности.

Глубокая скользящая, методическая топографическая пальпация по методу Glenard-Образцова-Гаусмана

Сигмовидная кишка, нисходящая ободочная кишка, слепая кишка, восходящая ободочная кишка, терминальный отдел подвздошной кишки, большая кривизна и пилорический отдел желудка, поперечная ободочная кишка: локализация, форма, диаметр, характер поверхности, консистенция, подвижность, урчание, болезненность.

Перкуссия печени

Определение верхней границы абсолютной тупости печени по правой передней подмышечной, правой срединно-ключичной, правой окологрудинной линиям. Определение нижней границы абсолютной тупости печени по правой передней подмышечной, правой срединно-ключичной, правой окологрудинной, передней срединной, левой окологрудинной линиям.

Измерение высоты печеночной тупости по правой передней подмышечной, правой срединно-ключичной, правой окологрудной линиям. Определение размеров печени по Курлову по правой срединно-ключичной линии, передней срединной линии, левой реберной дуге.

Пальпация печени

Характеристика края печени (острый, закругленный), консистенции (мягкая, эластичная, плотная), положение нижнего края. Болезненность при пальпации — нет, есть. Определение симптомов «плавающей льдинки», Курвуазье, Кера, Ортнера и др.

Перкуссия селезенки

Определение верхней и нижней границ селезенки по средней подмышечной линии слева, передней и задней границ по X межреберью (ребру). Измерение поперечника и длинника селезенки.

Пальпация селезенки

Селезенка пальпируется — нет, да: характеристика края, поверхности, консистенции, наличие болезненности, положение нижнего края. Положение нижнего края селезенки, при опущении селезенки — его степень.

Исследование органов пищеварения (осмотр, перкуссия, пальпация) необходимо производить первоначально в вертикальном положении больного, если состояние последнего позволяет это сделать. При этом, как общес увеличение живота при его ожирении, метеоризме или накоплении жидкости (асцит), так и местное (очаговое) увеличение за счет увеличенной выступающей печени, селезенки или других органов брюшной полости (например, кистозного перерождения поджелудочной железы, яичников, опухолевого процесса) хорошо выявляются в положении больного стоя, а данные перкуссии и пальпации позволяют уточнить наличие и происхождение обнаруженных при осмотре изменений. Венозный рисунок на передней стенке брюшной

полости, «голова медузы», пупочные грыжи и небольшие грыжи белой линии живота также лучше заметны в вертикальном положении больного. Накопление свободной жидкости в брюшной полости, хорошо выявляемое при осмотре, перкуссии и определении флюктуации в положении больного стоя, со значительной долей вероятности подтверждается данными осмотра и перкуссии живота в положении больного лежа. Живот при этом приобретает форму лягушачьего, а перкуссия выявляет наличие тупого звука во фланках живота, который исчезает в вышележащем и увеличивается в нижележащем фланке при повороте больного на бок. В горизонтальном положении, если не очень сильно развита подкожная жировая клетчатка и брюшной пресс, нередко бывает, заметна перистальтика желудка в подложечной области при пилоростенозе и непроходимости кишечника на остальном протяжении живота.

Перкуссия живота в горизонтальном положении больного, помимо выявления наличия свободной жидкости в брюшной полости, позволяет определить размеры печени и селезенки. Необходимо учитывать, что смещение вниз нижнего края печени не всегда является признаком ее увеличения, а может быть обусловлено спланхноптозом.

Поверхностная пальпация живота ставит целью выявление болезненности, болевых точек, реакции передней брюшной стенки на ощупывание, зон гиперестезии и грыж.

В зависимости от характера патологического процесса в том или ином органе и степени его выраженности, выявляют локальную болезненность в подложечной области при гастрите, язвенной болезни, панкреатите; в правом подреберье — при холецистите, гепатите, гастродуодените, регионарном колите, патологии правого купола диафрагмы, поддиафрагмального пространства;

в правой подвздошной области — при тифлите, новообразовании, аппендиците, патологии мочевыводящих путей, у женщин — при патологии гениталий; в левом подреберье — при панкреатите, регионарном колите, патологии селезенки, почек, левого купола диафрагмы, поддиафрагмального пространства; в левой подвздошной области — при сигмоидите, патологии мочевыводящих путей, у женщин — при патологии гениталий. Глубокая скользящая методическая пальпация по методу В.П. Образцова позволяет уточнить локализацию поражения того или иного органа брюшной полости, в некоторых случаях характер процесса (воспалительный, пролиферативный, опухолевый) и степень его выраженности. Помимо физической характеристики пальпаторных ощущений учитывается наличие урчания или шума плеска, который является характерным признаком энтерита, если урчание определяется над слепой кишкой.

Пальпация печени предусматривает оценку не только края печени, но и ее поверхности, поверхность которой в виде мелких узелков указывает на возможность микронодулярного цирроза печени, крупных узлов — макронодулярного цирроза, рака, эхинококкоза, туберкулеза или сифилиса печени. Иногда цирротически измененную печень бывает очень трудно прощупать, особенно при склерозирующе-атрофическом процессе и асците. В таких случаях рекомендуется использовать толчкообразную пальпацию, которая нередко выявляет симптом «плавающей» льдинки. Патология печени довольно часто сопровождается вовлечением в патологический процесс селезенки, которая становится ощутимой лишь при увеличении последней более чем в полтора раза. Гепатолиенальный синдром, конечно, встречается не только при заболеваниях печени. Он бывает при инфекционной патологии, заболеваниях кроветворной системы и т.д.

Аускультация живота, в основном, дает информацию о кишечной перистальтике, нарушение которой в сторону усиления довольно частое явление при энтероколитах, в сторону ослабления — при атонических дискинезиях кишечника и динамической кишечной непроходимости.

4.6. Мочеполовая система

Осмотр поясничной области: выпячивание поясничной области, покраснение и отечность кожи на пораженной стороне — нет, есть: локализация.

Осмотр наружных половых органов: развитие волосяного покрова, изменение кожи и слизистой (отек, покраснение, наличие сыпи, изъязвление и т.д.), выделения (серозные, слизистые, гнойные, сукровичные, кровянистые и т. п.), изменения формы и размеры полового члена и мошонки — нет, есть: характер изменений.

Перкуссия почек и мочевого пузыря: Симптом поколачивания поясничной области (симптом Пастернацкого) — отрицательный, положительный: с какой стороны, двусторонний. Перкуссия мочевого пузыря (при условии наполнения пузыря) — положение верхней границы.

Пальпация почек в вертикальном положении и горизонтальном положении больного — отрицательный или положительный результат прощупывания почек, наличие болезненности, физическое состояние прощупываемой почки — форма, величина, консистенция, характер поверхности, подвижность, при наличии нефроптоза — указать степень.

Пальпация мочеточниковых точек

Пальпация передних (подреберных, верхних мочеточниковых, средних мочеточниковых) и задних (реберно-позвоночниковых, реберно-поясничных) точек для выявления болезненности — нет, есть: локализация.

Пальпация мочевого пузыря (при условии наполнения пузыря) — наличие болезненности, форма, размер,

консистенция, характер поверхности, положение верхнего края.

Осмотр поясничной области выявляет изменения, указанные выше, в основном, при паранефрите. Изменения наружных половых органов обнаруживают при ряде урологических и венерических заболеваний. Положительный симптом Пастернацкого не является специфическим только для пиелонефрита, паранефрита или мочекаменной болезни, нередко он выявляется при миозитах, радикулитах и других заболеваниях, что уточняется пальпацией. Почки в норме не пальпируются, и только при их опущении или увеличении в объеме более чем в полтора раза они становятся доступными пальпации.

При наличии воспалительного процесса в почках и нижележащих мочевыводящих путях, а также при миграции камней из почечных лоханок вниз, по мочеточникам нередко выявляется болезненность в мочеточниковых точках, даже если сами почки не прощупываются. Давление в этих точках в норме, обычно безболезненное, становится резко чувствительным при пиелонефрите, паранефрите, мочекаменной болезни, опухолсвом и туберкулезном поражении почек и нижележащих мочевыводящих путей.

4.7. Система крови

Общий осмотр (см. выше):

Бледность кожи и видимых слизистых — при анемиях различной этиологии; бледность кожи с зеленоватым оттенком при раннем хлорозе, восковидный оттенок кожи с субъиктеричностью склер при B_{12} (фолиско) — дефицитной анемии, золотисто-желтый оттенок — при гемолитической анемии.

Насыщенный красноватый оттенок кожи (гиперемия), который лучше заметен на лице и руках, наблюдается при эритремии.

Трофические изменения кожи, видимых слизистых, волосяного покрова и ногтей — сухость, шелушение, трещины кожи, изъязвления и трещины в углах рта (ангулярный стоматит); ограниченная или распространенная алопеция (облысение), истончение и ломкость ногтей, койлонихии при железодефицитной анемии.

Кровоточивость и кровоизлияния различной формы и величины в коже и слизистых оболочках не исчезающие при надавливании, а также кровотечения из носа, рта, мочеполовых путей и анального отверстия. При нарушении резистентности капилляров на местах инъекций отмечаются кровоподтеки различных давности и размеров.

Причинами геморрагического синдрома может быть геморрагический диатез (включая тромбоцитопеническую пурпуру — болезнь Верльгофа, геморрагический васкулит — болезнь Шенлейн-Геноха, гемофилию и др.), лейкозы, гипо- и апластическая анемии, бактериальный эндокардит, хронический гепатит, цирроз печени.

Системное генерализованное увеличение лимфатических узлов на шее, в подчелюстной, надключичной, подмышечной и паховых областях — отмечается чаще всего при лимфолейкозе и лимфогранулематозе.

Осмотр полости рта (см. выше):

Геморрагические изменения десен, внутренней поверхности щек, мягкого и твердого неба, задней стенки глотки — нет, есть.

Осмотр языка — при заболеваниях кроветворной системы позволяет обнаружить воспалительный процесс на языке, напоминающем географическую карту с набухшими сосочками, трещинами и афтами, налетом беловатого, сероватого или коричневатого оттенка; гюнтеровский глоссит, характерный для В12 (фолиево) — дефицитной анемии — язык ярко-красный, бле-

стящий, «лакированный» вследствие атрофии слизистой и сглаживания сосочков.

Некротические изменения на миндалинах, слизистой оболочке рта и зева с образованием язв, покрытых грязно-серым налетом — при остром лейкозе.

Пальпация

Пальпация лимфатических узлов в области шеи, в подчелюстной, надключичной, подмышечной, паховых областях, в локтевых сгибах, подколенных ямках и других участках тела. При наличии увеличенных лимфатических узлов отмечают их форму, величину, консистенцию, подвижность, спаянность с кожей или подкожной клетчаткой и наличие или отсутствие болезненности.

Пальпация лейкемид (при остром лейкозе) и **лимфом** (при хроническом лимфолейкозе) — на открытых участках тела, на лице или конечностях в виде множественных и распространенных уплотнений кожи, приподнимающихся над общей ее поверхностью, розового или светло-коричневого оттенка, различной величины (от нескольких миллиметров до 2-3 см).

Выявление симптомов повышенной кровоточивости — положительные симптомы щипка, жгута или манжетки (симптом Румпель-Леде-Кончаловского).

Пальпация и перкуссия печени и селезенки (см. Система пищеварения).

4.8. Эндокринная система

Общий осмотр и осмотр лица

Осмотр больных с патологией эндокринной системы описан выше (см. разделы «общий осмотр» и «осмотр по частям тела»).

Оценка *habitus* пациента

Для оценки функции желез внутренней секреции важное значение имеет *habitus* пациента (от лат. вне-

шность, наружный вид). Представление о *habitus* получают по визуальной оценке следующих признаков:

1. Особенности телосложения — рост, размеры и соотношения отдельных частей тела, особенности осанки и походки.

2. Упитанность больных и особенности в отложении жира, степень развития мышечной и жировой ткани.

3. Волосяной покров тела.

4. Состояние кожи, кожных придатков и подкожной клетчатки.

5. Лицо, его выражение и изменение со стороны глаз.

6. Возраст обследуемого, соотношение между его фактическим возрастом и предполагаемым по данным осмотра.

Осмотр и пальпация доступных желез внутренней секреции

Осмотр и пальпация щитовидной железы

Осмотр и пальпацию щитовидной железы проводят во время осмотра шеи (см. выше) и оценивают: степень увеличения при осмотре и пальпации, размеры долей и перешейка, бугристость, плотность, наличие узлов (количество, локализация, размеры), характер поверхности, подвижность при глотании и пальпации, болезненность, наличие атипичной локализации и формы.

При увеличении щитовидной железы: измерение окружности шеи сантиметровой лентой (сзади на уровне остистого отростка VII шейного позвонка, спереди — на наиболее выступающей части щитовидной железы), аускультация щитовидной железы (наличие систолического «журчащего» шума), оценка характера дыхания (наличие стридора).

Осмотр и пальпация тестикул

Осмотр тестикул в вертикальном и горизонтальном положении: объем мошонки, наличие или отсутствие

в них яичек (монорхизм, анорхизм), наличие крипторхизма), эктопия яичка (под кожей лобка, бедра, промежности, полового члена).

Пальпация тестикул в вертикальном и горизонтальном положении — форма (в норме — эллипсоидная), консистенция (плотно-эластичная, мягкая, твердая), измерение размеров яичка с помощью сантиметровой ленты или тестомера. Оценить изменение размеров мошонки в вертикальном положении; наличие варикоцеле, водянки оболочек яичек. При отсутствии одного или обоих яичек в мошонке провести пальпацию в паховых каналах и попытаться вывести яичко в мошонку (при невозможности выведения — крипторхизм). Пальпация придатков яичек и семенного канатика: увеличение, болезненность — нет, есть.

Значительные отклонения в росте должны направить мысль врача на возможность нарушения функции гипофиза, половых или щитовидных желез. Гигантский рост (для мужчин более 200 см, для женщин — более 190 см) чаще является следствием повышенной функции передней доли гипофиза (акромегалический гигантизм) или понижения функции половых желез (евнухоидный гигантизм). Карликовый рост (у мужчин меньше 145 см, у женщин — меньше 135 см) может быть признаком снижения функции передней доли гипофиза, наряду с сохранением детских пропорций тела, недоразвитием половых признаков. Подобные симптомы могут наблюдаться при резком снижении функции щитовидной железы с развитием микседемы и нарушением умственного развития (кретинизм).

Сохранение или нарушение пропорциональности в отдельных частях тела и наличие других характерных признаков позволяют уточнить патогенез нарушения роста. Непропорциональное увеличение дистальных частей тела (нос, губы, подбородок, кисти рук, стопы)

свидетельствует о гиперфункции передней доли гипофиза (акромегалия). Евнухоидный гигантизм, сопровождающийся гипогонадизмом, можно хорошо распознать по непропорционально длинным бедренным костям, конечности при этом состоянии очень тонкие, и, как правило, наблюдаются Х-образные ноги.

Для определения пропорциональности роста и массы тела, а также для оценки состояния питания, экспертами по питанию ВОЗ (Всемирной Организации Здравоохранения) рекомендуется использовать индекс массы тела (ИМТ).

Распределение жира в подкожной клетчатке в типичных случаях позволяет ближе подойти к диагнозу эндокринного ожирения: преимущественное отложение жира в области тазового пояса (нижняя часть живота, ягодицы, бедра) и на груди характерно для гипофизарного и полового (генитального) ожирения, более и менее равномерное распределение жира по всему телу бывает при тиреогенном ожирении. Избыточное отложение жира на лице и туловище является одним из признаков синдрома Иценко–Кушинга, обусловленного повышенной функцией коры надпочечников. При этом прежде всего, наблюдается лунообразное лицо, даже в начальной стадии заболевания. Особенно сильное отложение жира отмечается на шее и затылке («холка бизона»), на груди и животе. На бедрах и плечах отложение жира не достигает значительных размеров (в отличие от ожирения гипоталамической природы). Для синдрома Иценко–Кушинга характерно наличие относительно худых конечностей и ягодиц.

Резко выраженное исхудание наблюдается при гипертиреозе, некоторых формах сахарного диабета, при болезни Аддисона (хроническая надпочечниковая недостаточность) и особенно при болезни Симмондса (гипофизарная кахексия).

Благодаря зависимости роста волос от гормональных влияний половых желез, щитовидной железы, коры надпочечников и гипофиза, состояние и характер волосяного покрова являются немаловажными диагностическими признаками при расстройствах внутренней секреции. Расположение и развитие волосяного покрова у мужчин и женщин имеет характерные особенности. У здоровых женщин отсутствуют волосы на лице и груди. На туловище отмечается слабое развитие волос. На лобке рост волос ограничивается сверху по горизонтальной линии, в то время как у мужчин волосы растут до пупка.

Поредение и выпадение волос в подмышечной ямке, в области лобка, на голове и бровях (гипотрихоз) характерно для гипотиреоза (микседема), снижения функции гипофиза (болезнь Симмондса, опухоль гипофиза), у мужчин при недостаточной продукции андрогенов (евнухоидизм, гипогонадизм, гипофизарная карликовость, цирроз печени, анорхия, синдром Клайнфелтера). Ранним признаком гипотиреоза может служить поредение и выпадение волос в латеральной части бровей (признак Хертога).

Разрастание волосяного покрова, его чрезмерная густота (гипертрихоз) может наблюдаться при гипертиреозе и акромегалии. У больных сахарным диабетом можно заметить усиленное оволосение на спине, вокруг лопаток и пупка (диабетический гипертрихоз).

Гирсутизм — появление волосяного покрова в необычных местах у женщин (на лице и груди) по мужскому типу — может иметь конституциональную и семейную основу. Эндокринный гирсутизм в большинстве случаев проявление вирилизма. Симптомами вирилизма являются также залысины на висках, низкий голос, большой кадык, широкие плечи, узкий таз, гипертрофированный клитор, атрофия молочных желез. Гирсутизм

с вирилизмом имеет место при гиперплазии и опухолях коры надпочечников, аденогенитальном синдроме, синдроме Иценко—Кушинга, опухолях яичников, синдроме Штейн—Левенталя. Гирсутизм может иметь лекарственный характер при длительном применении стрептомицина, глюкокортикоидов, эстрогенов, прогестерона, гестагенов, дифенина (фенилгидантоина), андрогенов и анаболических препаратов, а также наблюдаться при других заболеваниях (дерматомиозит, рассеянный склероз, порфирии).

Бледность кожи с желтым оттенком свойственна микседеме. Гиперемия лица характерна для синдрома Иценко—Кушинга (гиперфункция передней доли гипофиза). Бронзовая (темно—бурая) окраска кожи наблюдается в случаях надпочечниковой недостаточности. При этом у больных аддисоновой болезнью более выраженное потемнение отмечается на открытых частях тела, в местах трения одежды, на складках ладо—ни, слизистой щек.

Сухая, толстая, плотная, холодная, шелушащаяся кожа и тонкие, ломкие, расслаивающиеся на пластинки ногти наблюдается при снижении функции щитовидной и паращитовидных желез. При тиреотоксикозе кожные покровы при осмотре отличаются яркостью и нежным оттенком, на ощупь — тонкая, мягкая, гладкая (бархатистая), влажная, горячая. Для синдрома Иценко—Кушинга характерны изменения кожных покровов бедер и живота в виде темно—красных широких полос (стрии), однако они могут наблюдаться и у всех быстро полнеющих больных. У больных сахарным диабетом нередко встречаются расчесы, гнойничковая сыпь, внутрикожное отложение холестерина в виде желтых бляшек (ксантоматоз), которые располагаются особенно часто на веках (ксантелазмы), реже на кистях рук, локтях и стопах (ксантомы). Ксантоматоз наблюдается

и при других заболеваниях, сопровождающихся нарушениями холестерина обмена (атеросклероз, эссенциальные гиперлипидемии, билиарный цирроз печени).

При эндокринных заболеваниях в ряде случаев наблюдаются отеки. Микседематозные отеки мало или почти не зависят от положения тела — могут появляться на шее, веках, лице, а также и других участках тела. При микседеме отечная кожа не задерживает следов надавливания пальцем. При тяжелых формах гипотиреоза встречается локализованная претибеальная микседема в виде хорошо отграниченного отека над большеберцовой костью и на дорзальной поверхности ступней, который возникает под влиянием тиреотропного гормона и сопровождается экзофтальмом (пучеглазие), может появляться также после тиреоидэктомии. В некоторых случаях такой отек сопровождается изменением пальцев в виде барабанных палочек.

Выражение лица больного с эндокринной патологией и изменения со стороны глаз являются важным диагностическим признаком. При гиперфункции щитовидной железы большие широко раскрытые, выпученные (пучеглазие, или экзофтальм), блестящие глаза придают лицу выражение испуга, «застывшего ужаса». При взгляде такого больного вниз между верхним веком и радужной оболочкой появляется белая полоска склеры (симптом Грефе). При базедовой болезни встречаются также симптомы Мебиуса (нарушение конвергенции глазных яблок: одно из них при фиксированном взгляде на предмет отходит в сторону) и Штельвага (редкое мигание). У здоровых людей отсутствуют глазные симптомы гипертиреоза.

Лицо у больного, страдающего микседемой (гипотиреоз) бледное, тупое, невыразительное, с узкими глазными щелями, с вялой мимикой и безразличным взглядом. Лунообразное, лоснящееся, красное лицо, с

развитым волосяным покровом в виде бороды и усов у женщин встречается при синдроме Иценко–Кушинга (базофильная аденома передней доли гипофиза с повышением функции коры надпочечников). У больного акромегалией резко увеличены нос, губы, надбровные дуги, нижняя челюсть, язык. Чрезмерное увеличение нижней челюсти влечет за собой расхождение зубов (диастема). Гипофункция гипофиза сопровождается ожирением, придает лицу женственность.

Пальпацией можно исследовать только две эндокринные железы щитовидную и мужскую половую, определяя их величину, плотность, равномерность или неравномерность консистенции (узловатость), болезненность. Путем специального гинекологического обследования с помощью бимануальной пальпации можно ощупать также и женские половые железы – яичники.

4.9. Психоневрологический 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.

5 **ОБОСНОВАНИЕ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО ДИАГНОЗА**

На основании жалоб больного (указать каких), данных анамнеза (указать), данных физикального обследования (указать какие данные осмотра, пальпации, перкуссии, аускультации) формулируется предварительный диагноз с выделением при обосновании последнего ведущих клинических синдромов.

Предварительный диагноз ставится после расспроса и выяснения физикальных данных. Расспрос и формирование первичной диагностической гипотезы являются первым этапом постановки предварительного диагноза, который в дальнейшем обосновывают данными объективного обследования (осмотр, пальпация, перкуссия и аускультация). В случае рассмотрения нескольких диагностических гипотез, возникающих одновременно, проверка их уже в самом начале должна предусматривать элементы дифференциального подхода при формировании предварительного диагноза. Предварительный диагноз может включать в себя несколько заболеваний, обоснование которых должно быть четким, вытекающим из данных обследования основными клиническими методами.

Предварительный диагноз служит исходным пунктом для дальнейшего подробного исследования больного.

6 **ПЛАН ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО**

Исходя из предварительного диагноза назначают дополнительное обследование больного параклиническими методами, объем и характер которых определяется исходными данными, полученными при использовании основных клинических методов. Дополнительное обследование включает лабораторные, инструментальные исследования, консультации смежных специалистов и т.д.

Только после непосредственного изучения больного с помощью основных клинических методов (расспрос, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация), применение которых обязательно в каждом случае, врач может решить, какие дополнительные методы необходимо применить (электрокардиография, рентгенография, эндоскопия, биохимическое исследование крови, цитологическое и патоморфологическое исследование биопсии, и др.). Разграничение диагностических методов на основные и дополнительные не исключает или заменяет их применение, а дополняет и помогает проверить данные других методов (например, пальпация живота и эндоскопическое исследование пищеварительного тракта, аускультация живота и рентгенография грудной клетки, бактериологическое исследование мокроты).

Выделяют функциональные методы (оценивающие ту или иную функцию организма), индикаторные методы (указывающие на наличие какого-либо патологического процесса или состояния — например, воспаления, цитолиз, нарушения иммунитета); визуализирующие методы (позволяющие оценить макроструктуру органа); морфологические методы (прижизненно оценивающие микроструктуру органа).

При определении полезности диагностических тестов в первую очередь важна безопасность метода. Врач должен стремиться обходиться по возможности неинвазивными методами диагностики, так инвазивные методы сопряжены с риском осложнений, более трудоемки и технически сложны. При дополнительном обследовании необходимо учитывать чувствительность, специфичность и информативность используемых методов. Например, обнаружение LE-клеток — не абсолютный показатель системной красной волчанки, обнаружение HBS-антигена — не является показателем активности воспаления в печени; метод определения

кардиоспецифических ферментов имеет свои ограничения при диагностике инфаркта миокарда.

Учитывают также доступность и экономичность дополнительных методов диагностики. Поскольку точные способы установления диагноза почти всегда трудоемки, дороги и сопряжены с риском осложнений, оправданно назначение более простых и доступных тестов, особенно на ранних этапах исследования. Так, при подозрении на острый инфаркт миокарда оправданы регистрация электрокардиограммы и исследование кардиоспецифических ферментов вместо радиоизотопного исследования и коронарографии.

7 ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ

Установление предварительного диагноза с выделением при обосновании последнего ведущих клинических синдромов предусматривает создание детального, подробного плана необходимого лечения, которое должно включать выработку режима больного, соответствующей диеты, назначение медикаментозных средств с указанием дозы и метода введения, физиотерапии, лечебной физкультуры и других мероприятий.

8 РЕЗУЛЬТАТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

В хронологическом порядке приводятся данные лабораторного обследования: анализы крови, мочи, кала, при наличии соответствующей патологии — анализы мокроты, желудочного сока, дуоденального содержимого и т.д.

Далее указываются все виды инструментального обследования больного с подробным описанием полученных данных. Ограничиваться только заключениями нельзя, поскольку описательная часть нередко таит в себе возможности иной диагностической трактовки имеющихся данных и может дать новое направление в обследовании больного.

9 ЗАКЛЮЧЕНИЯ СМЕЖНЫХ СПЕЦИАЛИСТОВ- КОНСУЛЬТАНТОВ

Для установления окончательного диагноза больные нередко осматриваются смежными специалистами, иногда решение сложных вопросов диагностики и лечения выносятся на консилиум. Заключение консультантов заносятся на специальный лист консультаций, либо записываются в истории болезни по мере выполнения консультации, выделив их графически или курсивом от обычного дневника.

Консультации не должны сводиться к переписке смежных специалистов с лечащим врачом на страницах истории болезни. Лечащий врач не только лично изучает больного, но и является, прежде всего, организатором и координатором диагностического процесса, поэтому обязан лично присутствовать при консультациях смежных специалистов и на консилиумах, непосредственно участвовать в обсуждении данных исследований, диагноза и лечения. Консультации лечащего врача со смежными специалистами, а также руководителями особых отделений (отделения эндоскопии, функциональной и лучевой диагностики, биохимической лаборатории и т.д.), позволяют уточнить диагноз и способствуют повышению квалификации врача. Однако нельзя и переоценивать заключения отдельных консультантов, которые не всегда могут оценить в целом состояние больного.

10 КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБЪЯСНЕНИЕ

Диагноз в общепринятом смысле слова — это краткая формулировка заболевания. По-гречески это слово означает точно распознать, составить мнение. Диагноз — это краткое сжатое врачебное заключение о сущности заболевания отражающее его нозологию, этиологию,

патогенез и морфофункциональные проявления, сформулированное в терминах, предусмотренных принятыми классификациями и номенклатурой болезней.

10.1. Методические основы построения диагноза

По методу построения различают следующие виды диагноза: 1) диагноз по аналогии; 2) диагноз синтетический или полный; 3) дифференциальный диагноз и как часть его — диагноз путем исключения; 4) диагноз путем наблюдения; 5) диагноз по лечебному эффекту (*diagnosis ex juvantibus*); 6) диагноз по результату вредного воздействия лекарств; 7) диагноз при операции.

В повседневной клинической практике диагноз чаще устанавливается по аналогии (прямой диагноз), путем наблюдения, по лечебному эффекту и синтетический диагноз.

Диагноз по аналогии является наиболее простым и элементарным. При этом признаки заболевания, выявляемые у больного, сравниваются с симптомами известных врачу болезней. При сходстве признаков, выявленных у больного, с проявлениями какого-нибудь заболевания считается, что больной страдает идентичным заболеванием. Сходство признаков при первичном осмотре может быть кажущимся, поверхностным. Поэтому метод построения диагноза по аналогии должен применяться только лишь в исключительных случаях, когда время для размышлений у врача ограничено и нет возможности для более глубоко обследовать больного.

Синтетический, или патогенетический, диагноз, опирающийся на синтез и установление патогенетической связи явлений, служит для конкретного определения заболевания у больного с его индивидуальными морфо-функциональными проявлениями. Метод построения синтетического диагноза основывается на разграничении болезней среди групп патологических состояний и болезней, которые проявляются единым ведущим симптомокомплексом — синдромом. Синдро-

мы значительно отличаются друг от друга, их количество сравнительно невелико. Это облегчает диагностику заболеваний и суживает круг поиска конкретных нозологических форм.

Установление синтетического диагноза часто определяется как решение научно-познавательной логической задачи. При этом диагноз — есть логическая формула, в которой отражается суть болезни в понятиях современной медицинской науки и лексики. Процесс построения диагноза обычно проходит в 2 этапа: 1 — аналитический, 2 — синтетический. Анализ и синтез как логические приемы диагностического исследования являются альфой и омегой врачебной деятельности, без которых клиническое мышление невозможно.

Анализ — это мысленное расчленение (разделение) изучаемого предмета (или явления) на составные части или выделение его компонентов, признаков для изучения их в отдельности как составных частей единого целого. Анализ как логический процесс в диагностическом исследовании обычно разделяется на ряд этапов.

Первый из них выявление и перечисление всех сведений (признаков), которые собраны врачом о больном. Второй этап — это группировка полученных данных. Третий этап — это изучение (анализ) каждого признака, четвертый — классификация симптомов по их диагностической ценности, пятый — это выделение главного, наиболее существенного признака.

Синтез — это мысленное воссоединение составных частей или свойств предмета и изучение его как единого целого. В диагностическом плане синтез, также как и анализ, проходит в несколько этапов. **Первый из них — объединение отдельных признаков заболевания в синдромы по отдельным органам, системам или процессам, происходящих в том или ином органе или системе.** Примерами синдромов по органам или систе-

мам могут быть печеночный синдром, церебральный, сердечно-сосудистый, легочно-сердечный синдром и т.д. В зависимости от того или иного процесса и его проявлений, в пределах одного органа или системы может быть болевой, диспепсический и желтушный, синдром недостаточности функции внешнего дыхания при патологии легких и т.д. Объединение отдельных признаков в синдромы представляет собой первый этап синтеза и вторую ступень построения диагноза.

Второй этап синтеза — это объединение ряда синдромов, касающихся поражения одного какого-либо органа или системы, в единый комплекс, патогенетически связанный между собой, который может иметь место при том или ином заболевании на данном этапе его развития.

Третий этап синтеза — это переход от группы синдромов к понятию болезни как нозологической единицы у конкретного больного через познание причин, патогенеза, роли взаимодействия организма и внешней (окружающей) среды, динамики патологического процесса под влиянием проводимой ранее или в настоящее время терапии.

Процесс построения диагноза при этом предусматривает методичность обследования в плане выявления как можно большего количества признаков, анализ их, поиск связи с обнаруженными явлениями, переход диагностики с низшей ступени на более высокую и проверку практикой своих суждений. Весь процесс построения диагноза в данном случае идет по следующему пути: поиск — анализ — сравнение — синтез — предположение — проверка. Диагностическое исследование при этом в общепhilosophическом смысле укладывается в рамки общего закона познания, выраженного известной фразой В.И. Ульянова (Ленина): «От живого созерцания к абстрактному мышлению и от него к практике — таков диагностический путь познания истины, познания объективной реальности».

Диагноз путем исключения или дифференциальный диагноз — это диагноз, основанный на поисках различия или сходства между данным случаем и всеми возможными заболеваниями, имеющими общность по главному ведущему симптому с исключением предложений, не выдержавших этой проверки.

Исходным пунктом дифференциального диагноза является выбор наиболее показательного, ведущего симптома. Затем вспоминают все те заболевания, при которых встречается этот симптом. Далее сравнивают последовательно все остальные признаки заболевания, имеющегося у конкретного больного, с симптомами всех тех болезней, которые имеют этот общий признак. Различие между данным случаем и рядом сходных заболеваний позволяет исключить их, а сходство помогает установить правильный диагноз. Процесс построения диагноза основывается при этом на выявлении наименьшего различия и соответственно наибольшего сходства обнаруженных признаков или синдромов с подобными симптомами или синдромами предполагаемых заболеваний.

Дифференциальный диагноз проводится поэтапно и включает в себя следующие моменты:

1) поиск ведущего симптома, который не должен быть слишком общим;

2) привлечение для дифференциации максимального количества других признаков;

3) перечисление всех заболеваний, которые имеют общий с данным случаем ведущий симптом;

4) сравнение признаков анализируемого случая с признаками тех заболеваний, которые привлечены для дифференциации с констатацией сходства или различия в каждом конкретном случае;

5) исключение всех заболеваний, имеющих наименьшее сходство и соответственно наибольшее различие по принципу существенного различия, по принципу

исключения через противоположность и по принципу простого несовпадения признаков;

б) установление диагноза путем установления идентичности данного случая с каким-то одним определенным заболеванием по сходству наибольшего количества признаков.

Дифференциация, как правило, проводится на **синтетическом этапе построения диагноза**, причем может применяться как на первом этапе синтеза, так и на последующих. В связи с этим различают **синдромную и нозологическую дифференциальную диагностику**. Первая чаще всего является предварительной стадией окончательной нозологической диагностики, но может быть и окончательной для целого ряда самостоятельно существующих синдромов (синдром Фелти, Рейтера, Да-бина-Джонсона и др.).

Диагноз должен удовлетворять трем основным требованиям: 1) быть правильным и точным (достоверным); 2) своевременным (ранним); 3) полным завершённым.

Исчерпывающая характеристика заболевания у данного пациента раскрывается в развернутом диагнозе, предполагающем обозначение: 1) локализации заболевания (общее, местное — указать пораженный орган или систему); 2) характера заболевания (функциональное, органическое); 3) характера патологического процесса (воспалительный, опухолевый, дистрофический и т.п.); 4) динамики заболевания (острое, хроническое, в последнем случае указать характер течения — приступообразное, непрерывное, циклическое — а также тенденцию развития болезни — быстро или медленно прогрессирующее, затихающее, стационарное); 5) стадии заболевания; 6) степени его компенсации; 7) функционального состояния пораженных органов; 8) состояния больного (легкое, тяжелое, угрожающее); 9) этиологии; 10) пато-

генетических особенностей заболевания.

Наиболее полно этим требованиям соответствует синтетический путь построения **индивидуального диагноза** с уточнением морфологических, функциональных индивидуальных особенностей организма больного, а также характера этиологических факторов, предрасположения и конституциональных особенностей больного.

10.2. Оформление клинического диагноза

Диагноз обосновывается на основании жалоб, данных анамнеза, объективного исследования (общего и местного осмотра, пальпации, перкуссии, аускультации), данных лабораторных и инструментальных исследований, заключений консультантов-специалистов. Клинический диагноз включает в себя основное заболевание (степень тяжести, функциональный класс, функциональную недостаточность органа), его осложнения и сопутствующие заболевания.

Клинический диагноз выставляется не позднее 3 суток от начала пребывания в стационаре и выносится на титульный лист с указанием даты и фамилии врача (под роспись). При изменении клинического диагноза делается дополнительная запись с указанием даты и обоснования изменения диагноза. В случае выписки (или смерти) больного оформляется заключительный клинический диагноз и его обоснование.

Требования по оформлению прижизненного и посмертного окончательного клинического диагноза подчиняются единым принципам, а именно: 1) нозологический; 2) патогенетический; 3) соответствия терминов, используемых в МКБ (международная классификация болезней) и принятых в международных классификациях.

Заключительный клинический диагноз, также как и патологоанатомический диагноз, основывается на нозологическом принципе и включает в себя основное заболевание, его осложнения и сопутствующие забо-

левания. Заключительный клинический диагноз должен быть структурным, нозологическим, этиологическим, патогенетическим, хронологическим, топографическим, функциональным. При этом в диагнозе выделяют основное заболевание, его осложнения и сопутствующие болезни и состояния.

Нозологической единицей считают очерченную болезненную форму, характеризующуюся типичными для нее сочетаниями симптомов, а также выделенную в самостоятельную статистическую рубрику МКБ и имеющую определенную этиологическую характеристику. В целом ряде случаев такой единицей в диагнозе является синдром или симптом.

Патогенетический принцип предусматривает расположение в диагнозе нозологических форм в последовательности их возникновения и с учетом их причинно-следственных связей.

Основным заболеванием (состоянием) считается нозологическая единица, имеющая в момент оценки состояния пациента наиболее выраженные проявления, угрожающие его здоровью и/или жизни, и по поводу которой проводится лечение. Другими словами, это заболевание, которое определяет тяжесть состояния или послужило причиной госпитализации. В случае смерти основное заболевание — то заболевание, которое само по себе или посредством своих осложнений послужило причиной смерти. Названия болезней должно соответствовать их перечню в международной классификации болезней и причин смерти. В заключительном и патологоанатомическом диагнозе на место нозологической формы могут быть поставлены мероприятия, повлекшие смертельный исход, если эти мероприятия были предприняты по ошибочному диагнозу или проводились неправильно (хирургические операции, введение сильнодействующих средств, переливание несовместимой крови).

На практике бывает сложно выделить одно основное заболевание, которое могло послужить причиной смерти больного. У больного нередко обнаруживаются две или несколько болезней, среди которых трудно выделить основное заболевание. В этих случаях целесообразно ввести в диагностические определения такие понятия, как «конкурирующие, сочетанные, фоновые» заболевания.

Осложнение основного заболевания — это патологический процесс, тесно связанный с основным заболеванием и существенно утяжеляющий течение основного заболевания, а также операции, сложные манипуляции, выполненные по поводу основного заболевания или его осложнений в патогенетической и хронологической последовательности.

Сопутствующее заболевание — нозологическая единица, которая не связана с основным заболеванием и его осложнениями по патогенезу и этиологии и не оказывает на течение основного заболевания существенного влияния.

Пример развернутого полного оформления такого диагноза:

Основной диагноз: ИБС, прогрессирующая стенокардия, постинфарктный кардиосклероз (острый крупноочаговый переднебоковой инфаркт миокарда в 2000 г.).

Осложнения: Кардиогенный шок III степени. Острая левожелудочковая недостаточность. Отек легких. Фибрилляция желудочков.

Сопутствующий диагноз: Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки в стадии обострения. Хронический гастрит типа В, ассоциированный с пилорическим геликобактериозом.

Однако нередко, особенно у людей пожилого возраста, отягощенных многими болезнями, имеющими разную степень выраженности и находящимися в различных сочетаниях между собой, выделение только

одной нозологической формы в качестве основного заболевания представляется затруднительным.

При невозможности выделения какой-либо одной нозологической формы из двух или нескольких ведущих заболеваний возникает необходимость пользоваться понятием так называемого **комбинированного основного заболевания**. Входящие в его состав нозологические формы могут комбинироваться в следующих вариантах:

- а) конкурирующие заболевания;
- б) сочетанные (сочетающиеся) заболевания;
- в) комбинация основного и фонового заболевания

Конкурирующие заболевания представляют собой два и более заболевания, каждое из которых в отдельности само по себе или через осложнения в данный момент угрожают здоровью и жизни больного либо могут привести к смерти больного. В диагнозе озаглавливают «конкурирующие основные заболевания», а сами заболевания перечисляют под порядковыми номерами и с красной строки.

Пример конкурирующих заболеваний:

1) Ишемическая болезнь сердца. Постинфарктный кардиосклероз (инфаркт миокарда в 2000 г.). Недостаточность кровообращения IIБ-III степени. 2) Рак желудка с метастазами IV степени. 3) Закрытая черепно-мозговая травма с массивным субарахноидальным кровоизлиянием.

Сочетанными (сочетающимися) заболеваниями называют такие заболевания, каждое из которых не смертельно, но, развиваясь одновременно и усложняя патогенез, через совокупность общих осложнений приводят к смерти.

Пример сочетанных заболеваний:

1) Ишемическая болезнь сердца. Постинфарктный кардиосклероз (инфаркт миокарда в 2000 г.). Недостаточность кровообращения II Б степени. 2) Бронхоэктагическая болезнь, обострение. Очаговая пневмония в нижней доле правого легкого. Дыхательная недостаточность II степени.

К выделению сочетанных заболеваний необходимо относиться тщательно, так как чаще всего это неоправданно.

Фоновым заболеванием предложено называть такую нозологическую единицу, которая имела важное значение в возникновении основного заболевания или обусловила его особую тяжесть, и сыграла роль в возникновении осложнений и неблагоприятном течении основного заболевания. Чаще всего это эссенциальная и вторичные артериальные гипертензии, атеросклероз при цереброваскулярных заболеваниях и инфаркте миокарда; сахарный диабет, цирроз печени; хронический алкоголизм при туберкулезе и нагноительных процессах; ожирение при желчнокаменной болезни; хронические воспалительные процессы и доброкачественные опухоли при раках различной локализации.

Согласно требованиям ВОЗ разные формы проявлений ишемической болезни сердца и цереброваскулярных поражений (геморрагический и ишемический инсульт), которые при атеросклерозе и гипертонической болезни являются важнейшими причинами инвалидности и смертности, указываются в клиническом диагнозе как основное заболевание. Атеросклероз как основное заболевание учитывается в трех случаях: при атеросклерозе аорты, почечных артерий, артерии конечностей.

Пример:

Основное заболевание: Острое нарушение мозгового кровообращения в бассейне средней мозговой артерии по типу геморрагического инсульта.

Фоновые заболевания: Артериальная гипертензия III степени, риск 4. Атеросклероз артерий головного мозга.

В диагнозе соответствующие клинические и топически-морфологические манифестации патологии могут быть отражены с помощью классов и рубрик МКБ-10. МКБ-10 предусматривает возможность обработки дан-

ных о широком спектре признаков, симптомов, отклонений, обнаруженных в процессе исследований, жалоб, социальных обстоятельств, которые по сути являются диагнозом в медицинской документации. В то же время, МКБ не предназначена и непригодна для детализации отдельных клинических случаев и их особенностей (по степени тяжести, по этиологии, по степени функциональной недостаточности и т.д.).

В сборнике инструкций МКБ-10 часто фигурирует термин «состояние» («основное состояние», «другие состояния»), который, по сути, в большинстве случаев является синонимом термина «заболевание». Однако термином «состояние» в МКБ-10 означают не только патологические процессы, но также и физиологические процессы (например, беременность). Более того, в МКБ-10 наличествуют исключительно клинические манифестированные состояния и нозологические формы, не имеющие определенной топически-морфологической характеристики и этиологии, например: диспепсия, синдром раздраженной кишки. В целом ряде случаев, нозологической единицей, фигурирующей в диагнозе, может быть не только болезнь, патологический процесс, травма, но синдром и симптом.

11 ДНЕВНИК Дневник истории болезни заполняется каждый день и отражает динамику состояния больного за истекшие сутки и эффективность назначаемых лечебных мероприятий.

При тяжелом общем состоянии больного дневник заполняется не менее 3-4 раз за сутки по часам с четким изложением всех лечебных мероприятий и их результатов, описанием новых симптомов, обоснованием новых назначений. Больным средней степени тяжести дневник оформляется не реже 2 раз за сутки, а в удовлетворительном состоянии — не реже 1 раза за сутки.

Ежедневно в дневнике отмечается температура, частота пульса, дыхания, стул, диурез.

Каждые 10 дней в дневнике пишется этапный эпикриз, который подводит итоги состояния больного за предшествующий период и обосновывает дальнейшую тактику ведения больного.

12 ЭПИКРИЗ

История болезни обычно 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.

Эпикриз (суждение, решение — греч.) — это суждение о состоянии больного, диагнозе, причинах его возникновения, развитии и результатах лечения, которое формулируется по завершении или на его определенном этапе. Эпикриз является обязательной частью истории болезни. В зависимости от особенностей течения и исхода болезни эпикриз может включать о ее прогнозе, заключение о необходимости дальнейшего наблюдения за больным, лечебно-трудовые рекомендации. При летальном исходе указываются причины смерти.

При пребывании больного в стационаре эпикриз в историю болезни вносится каждые 10-14 дней (этапный эпикриз), при выписке больного из стационара (выписной эпикриз), при переводе его в другое лечебное подразделение (переводной эпикриз) или при наступлении его смерти (посмертный эпикриз).

Выписной эпикриз содержит паспортную часть, развернутый клинический диагноз и его обоснование данными анамнеза и результатами обследования; сведения о проведенном лечении, его результатах с отражением наиболее важных элементов динамики болезни и

Объективного состояния больного; заключение об исходе заболевания; лечебно-профилактические рекомендации. В эпикризе указывают все симптомы заболевания и данные дополнительных обследований, подтверждающие диагноз, как основного заболевания, так и его осложнения. Проведенное лечение излагают и оценивают по этапам. Заключение об исходе заболевания дают в одной из следующих формулировок: выздоровление, неполное выздоровление, улучшение, состояние без перемен, переход заболевания из острой в хроническую форму, ухудшение состояния.

При неполном выздоровлении составляют прогноз относительно полного выздоровления (*prognosis quo ad sanationem*), восстановления трудоспособности (*prognosis quo ad laborem*), в отношении жизни (*prognosis quo ad vitam*). Дают рекомендации по дальнейшему режиму и лечению больного, производят оценку его трудоспособности применительно к профессии и условиям работы по следующим категориям: ограничение трудоспособности, показан ли переход на более легкую работу, необходим ли перевод на инвалидность. Окончательная оценка трудоспособности дается и утверждается МРЭК (межрайонная экспертная комиссия).

Переводной эпикриз отличается от выписного, только заключительной частью, где указывают причину перевода в другое лечебное подразделение.

Этапный эпикриз составляют по схеме выписного, но по содержанию он может варьировать более широко в зависимости от периода наблюдения за больным. При невыясненном диагнозе в этапном эпикризе, как правило, приводят диагностические гипотезы, планируют дополнительные диагностические исследования; оценивают эффективность проведенного лечения. При установлении диагноза этапный эпикриз содержит обоснование диагноза, суждения о стадии развития болез-

ни, варианте ее течения. В последующих этапных эпикризах оценивают эффективность лечебных мероприятий, обосновывают необходимость их проведения или изменения.

В посмертный эпикриз вносят данные анамнеза, сведения об объективном состоянии больного, дополнительных методах обследования и лечебных мероприятиях, описывают и анализируют состояние больного перед смертью, высказывают мнение о непосредственной причине смерти, устанавливают заключительный клинический диагноз.

Патологоанатомический эпикриз оформляет врач-патологоанатом, который проводил вскрытие. Патологоанатомический эпикриз вносят в историю болезни умершего больного. Заключительный клинический и патологоанатомический диагнозы сопоставляют, при этом отмечают полное совпадение или расхождение указанных диагнозов, неустановление причины смерти, анализируют объективные и субъективные причины диагностической ошибки, правильность лечебных мероприятий и ведения записей в истории болезни.

ОБЯЗАННОСТИ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ПО ОФОРМЛЕНИЮ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ

Основным источником сведений для экспертизы качества медицинской помощи в стационаре является история болезни. Медицинская документация ведется по формам, утвержденным Министерством здравоохранения и Министерством статистики Республики Беларусь (Приложение 1).

Обязанности медицинского персонала по оформлению истории болезни в приемном отделении (покое) больницы:

Обязанности медицинской сестры приемного отделения по оформлению истории болезни:

При поступлении (обращении) граждан в приемное отделение медицинская сестра вызывает врача, ставит штамп больницы и подпись в сопроводительный лист «Скорой помощи». После осмотра врачом и принятия решения о госпитализации заполняет паспортную часть истории болезни и статистическую карту. Статистическая карта и направление больного на госпитализацию, или сопроводительный лист СМП (Скорой медицинской помощи) помещается в историю болезни.

Медицинская сестра приемного отделения осуществляет знакомство больных с правилами внутреннего распорядка для пациентов стационара под роспись в истории болезни. Больные ставятся в известность о запрещении курения в больнице на лицевой стороне истории болезни.

Делается отметка с указанием даты и личной подписи медсестры об осмотре больного на чесотку и педикулез. Отмечаются антропометрические данные (рост, вес). Измеряются АД и температура тела, и данные вносятся в историю болезни.

Проводят санитарную обработку и переодевают больного. В истории болезни делается отметка о проведении санитарной обработки с указанием даты и личной подписи медсестры. В историю болезни помещается перечень сданных при госпитализации на хранение личной одежды, документов и ценных вещей больного с указанием даты и личной подписи медсестры и больного.

Медицинская сестра приемного отделения указывает **особые отметки** (на второй странице истории болезни). В дальнейшем особые отметки дополняет медицинский персонал отделения, в котором будет находиться больной.

Особые отметки включают:

- в случае смерти больного — время, дату и способ извещения родственников о смерти;
- сведения о характере травмы (отравления, несчастного случая) — бытовая, производственная, ДТП (дорожно-транспортное происшествие);
- сведения о прививках против столбняка;
- сведения о взятии биологических сред (крови, мочи, рвотных масс) на алкоголь и токсические вещества, с указанием времени и даты, и подпись врача;
- сведения о сообщении в милицию, с указанием даты, времени и Ф.И.О., принявшего информацию;
- сведения о ВН (временной нетрудоспособности) — дата, № ВКК, общая длительность ВН;
- осмотр на чесотку и педикулез, санитарную обработку (указать дату и характер санобработки — частичная, полная — душ, ванна и т.д.);
- указать у иностранных граждан — «иностранец», номер страхового полиса;
- дотестовое и послетестовое консультирование при обследовании на ВИЧ/СПИД.

Больного доставляют в стационарное отделение в сопровождении медицинской сестры. Медицинская сестра

приемного отделения передает больного медицинскому персоналу отделения с указанием в истории болезни времени и даты передачи больного с личной подписью.

Порядок заполнения статистической карты выбывшего из стационара Ф066/у в приемном покое стационара:

- номер истории болезни (соответствует номеру статистической карты);
- Ф.И.О. больного, здесь же номер и серия паспорта (если его нет — делается запись «без паспорта»);
- подчеркивается пол (мужской или женский);
- подчеркивается житель города или села;
- проживает постоянно — указывается точный адрес, где прописан и где проживает, в случае госпитализации иностранного гражданина, указывается страна;
- место работы и занимаемая должность;
- сведения о родственниках (Ф.И.О., адрес, номер телефона);
- кем направлен больной — указывается № поликлиники, ТМО, скорой помощью и т.д.,
- поступил по экстренным показаниям «да», «нет», через сколько часов от начала заболевания;
- диагноз направившего учреждения — переписывается диагноз из направления учреждения здравоохранения; если явился самостоятельно, то указывается «без диагноза»;
- поступил — указывается в какое отделение, дата, месяц, год;
- время поступления — часы, минуты;
- ИОВ (инвалид Отечественной войны) или инвалид приравняваемой категории (например: инвалид Советской Армии), указать номер удостоверения.

При первичном осмотре больного, доставленного (обратившегося) в приемный покой, врач обязан:

Проанализировать жалобы и анамнез, провести осмотр больного. При решении вопроса о госпитализации

врач определяет характер санитарной обработки, очередность и способ транспортировки в стационарное отделение в зависимости от состояния больного, о чем делается отметка на титульном листе истории болезни.

После осмотра врач вносит запись в историю болезни, которая включает дату и время осмотра, жалобы больного, анамнез заболевания, анамнез жизни, данные объективного исследования (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация), предварительный диагноз с обоснованием, план обследования, лечения и ведения больного. На титульном листе истории болезни врач отмечает побочное действие (непереносимость) лекарств с указанием лекарственного препарата и характера реакции; больной госпитализирован в данном году по поводу данного заболевания впервые или повторно (подчеркнуть, сколько раз), записывает диагноз при поступлении с указанием даты и личной подписи.

Обязанности медицинского персонала по оформлению истории болезни в отделении стационара:

Обязанности постовой медицинской сестры стационарного отделения:

Принять больного в отделение и поместить его в палату. Отметить в истории болезни время поступления больного в отделение с личной подписью медсестры, указать на титульном листе номер палаты. Поставить в известность палатного (или дежурного) врача отделения о поступлении больного в отделение.

Осуществлять выборку и выполнение назначений врача приемного покоя, лечащего (и дежурного) врача отделения по обследованию и лечению поступившего больного, с отметкой в листе назначений и подписью об их исполнении, и подписью больного (если позволяет его состояние) о получении медикаментов.

Вносить данные в температурный лист и в особые отметки (см. выше). Помещать в историю болезни ре-

зультаты лабораторных и инструментальных методов исследований, карты проведенного физиотерапевтического лечения, лечебной физкультуры, и т.д.

Обязанности врача стационарного отделения:

Сразу после поступления больного в отделение врач обязан выяснить жалобы больного, собрать дополнения к анамнезу заболевания и анамнезу жизни, осмотреть больного, полученные данные записать в историю болезни, указав время и дату осмотра.

Дополнить план обследования и лечения больного. В лечении и обследовании больного руководствоваться протоколами Министерства здравоохранения Республики Беларусь. Все записи врача должны содержать дату, время осмотра пациента и подпись врача.

Лечащий врач обязан в трехдневный срок выставить клинический диагноз с обоснованием. Формулировка диагноза должна соответствовать общепринятым клиническим классификациям, утвержденным МЗ РБ, и принятой классификации МКБ (в настоящее время МКБ 10-го пересмотра), с указанием осложнений и сопутствующих состояний. Поставить подпись под обоснованием диагноза, планом лечения и обследования больного. Клинический диагноз вынести на титульный лист истории с указанием даты и подписи врача.

Дневник при стабильном состоянии больного писать в зависимости от тяжести состояния: при удовлетворительном состоянии — ежедневно (не реже 1 раза в сутки); при стабильном состоянии средней тяжести — не реже 2 раз в сутки. В дневнике отмечать изменения в состоянии больного за время, прошедшее после предыдущего осмотра, и дополнения в назначения медикаментов и обследований.

При тяжелом общем состоянии и при нестабильном состоянии больные осматриваются не реже 3-4 раз в сутки с соответствующим заполнением дневника, в котором указывается время осмотра (часы и минуты), данные ис-

следования, обоснование всех проводимых мероприятий и их результаты отдельной записью через некоторое время (спустя 20-30 минут или через 1-2 часа). Если назначено динамическое наблюдение за больным — больные осматриваются каждые 6 часов, при интенсивном наблюдении — каждые 2 часа, с отражением в дневниках динамики заболевания, заключениями консультантов и консилиумов с личной подписью консультантов и членов консилиума.

Обходы и консультации заведующих отделениями, профессоров и доцентов оформляются отдельной записью лечащего врача и должны содержать диагноз, конкретные рекомендации по дальнейшему ведению больного, личную подпись, проводившего обход.

Назначения по обследованию и лечению больного записывать в соответствующий лист истории болезни с личной подписью врача и указанием даты. Необходимо точно (без сокращений) писать название, лекарственную форму, дозировку, кратность (или время) и способ введения фармакологических препаратов. Следить за своевременной выборкой и выполнением медперсоналом лечебных и диагностических назначений, за внесением данных обследований в историю болезни.

В соответствующих случаях вносить в историю болезни: обоснование инвазивных лечебных и диагностических процедур, малых хирургических операций (плевральной, абдоминальной, стеральной и других видов пункций, эндоскопических лечебных и диагностических процедур, взятие биопсии, блокады и некоторых других видов обезболивания, трансфузии крови и ее компонентов, плазмофереза, гемосорбции, и сложных методов диагностики и лечения), которое должно включать полный развернутый диагноз с указанием основного, сопутствующих и фоновых заболеваний; указания, какие конкретно обстоятельства болезни требуют проведения инвазив-

ной процедуры; предполагаемый объем инвазивного вмешательства (количество процедур, дозировку, объем операции и ее характер с указанием метода обезболивания); информированное добровольное согласие больного на определенный вид медицинского (оперативного) вмешательства с личной подписью больного на отдельном бланке; подпись лечащего врача и заведующего отделением (в экстренных случаях — дежурного врача);

- осмотр анестезиолога;
- наркозную карту, карты интенсивной терапии, физиотерапии, ЛФК, массажа, иглорефлексотерапии и других курсовых лечебно-диагностических процедур;
- информацию об отказе больного от лечебно-диагностических процедур, операций, других видов медицинского вмешательства за личной подписью больного;
- решение консилиума, консультаций специалистов за личными подписями специалистов;
- сведения о выдаче листка нетрудоспособности или соответствующих справок о временной нетрудоспособности;
- при нарушении режима больным, соответствующие данные о характере, дате, и времени нарушения вносятся в дневник наблюдения, при выдаче экспертных документов в них делается соответствующая запись и отметка на внутренней стороне титульного листа истории болезни;
- решение ВКК (врачебно-контрольной комиссии) о выдаче экспертных документов с подписью членов ВКК;
- протокол патологоанатомического исследования и патолого-анатомический диагноз;
- переводной эпикриз — при переводе в другое отделение стационара, этапный эпикриз — в некоторых случаях при длительном пребывании в стационаре (как правило, не менее чем через 10-14 дней);
- при даче устной информации о состоянии здоровья больного его родственникам или другим лицам, врач (или заведующий отделением) делает в истории болез-

ни запись с указанием даты, разрешения или несогласия больного на такую информацию, запись удостоверяется подписью больного.

При выписке больного оформить заключительную часть истории болезни — на титульном листе истории записать дату и время выписки больного (в случае смерти указывают дату и время констатации биологической смерти), количество проведенных в стационаре койко-дней, исход заболевания (подчеркнуть — выписан с выздоровлением, с улучшением, без перемен, с ухудшением, переведен в другое учреждение — указать куда, умер); трудоспособность восстановлена полностью, снижена, временно утрачена, стойко утрачена в связи с данным заболеванием, с другими причинами (подчеркнуть), заключительный клинический диагноз (основное заболевание, осложнения основного заболевания, сопутствующие заболевания); написать эпикриз, заполнить статистическую карту и талон к сопроводительному листу СМП.

В статистической карте необходимо отметить:

- исход заболевания (подчеркнуть) — выписан, умер — указать дату и время смерти, переведен в другое учреждение — указать куда;
- выбыл из стационара — дата, месяц, год;
- результат лечения (подчеркнуть) — выздоровление, улучшение, без перемен, ухудшение;
- всего проведено койко-дней (день поступления и день выписки учитываются как 1 койко-день);
- заключительный клинический диагноз, указывают основное заболевание, осложнения основного заболевания, сопутствующие заболевания), рядом с клиническим диагнозом выставляется шифр по МКБ-10 по основному заболеванию;
- ИОВ (подчеркнуть — да, нет), указать номер удостоверения;
- обследован на RW, ВИЧ (подчеркнуть — да, нет),

указать дату и результат исследования;

• указывается временная нетрудоспособность — больничный листок с _____ по _____ (даты).

Эпикриз должен включать: обоснование диагноза и полный заключительный клинический диагноз; обоснование и перечень применявшихся способов лечения, оценку результатов лечения; оценку состояния больного ко времени наблюдения по сравнению с тем, что было в начале; исход заболевания; прогноз и рекомендации больному в отношении режима питания, изменений условий труда и образа жизни, амбулаторно-поликлинического и санаторно-курортного лечения.

При выписке больного врач должен оформить выписку из истории болезни, в которой указывает даты пребывания больного в стационаре, полный заключительный клинический диагноз, данные клинико-лабораторных и инструментальных методов исследования, заключения консультантов, нетрудоспособность и действия с листком нетрудоспособности (приступить к труду, продолжает болеть с датой рекомендуемой явки на прием к врачу, направить на МРЭК), проведение ВКК (номер, дата), результат освидетельствования МРЭК в период стационарного лечения, перечень применявшихся способов лечения, оценку результатов лечения, исход заболевания, прогноз и рекомендации больному. Выписку из истории подписывают лечащий врач и заведующий отделением.

В случае смерти больного лечащий врач (если смерть наступила во время дежурства — дежурный врач) описывает все обстоятельства наступления смерти, все проводившиеся неотложные и реанимационные мероприятия, указывает точное время и дату констатации биологической смерти, оформляет заключительный клинический диагноз, выписной эпикриз, заполняет титульный лист истории и статистическую карту, передает историю болезни для проверки заведующему отделением и затем

главному врачу больницы (или другому ответственному администратору) для решения вопроса о проведении патологоанатомического вскрытия (аутопсии).

Обязанности заведующего отделением:

- осмотреть больного в первые сутки пребывания в стационаре (при госпитализации в выходные и праздничные дни — не позднее третьих суток) и при необходимости корректировать план лечения и обследования больного;

- в дальнейшем осматривать больного не реже 1 раза в неделю во время еженедельных обходов отделения, а больных в тяжелом состоянии — ежедневно, при госпитализации больного в реанимационное отделение либо в палату интенсивной терапии — ежедневно;

- осмотры и обходы заведующего отделением записываются лечащим врачом отдельно от дневниковых записей под личную подпись заведующего отделением;

- в случае выписки (смерти) больного, проверяет и подписывает историю болезни, статистическую карту и выписку из истории болезни; осуществляет первичный этап экспертизы истории болезни, вносит данные УКДЛ (усредненный коэффициент качества диагностики и лечения) на титульный лист истории болезни и статистическую карту с личной подписью.

Не допускается в истории болезни:

- искажение данных (запись не соответствующей действительности информации);

- исправления (при ошибочной записи — можно аккуратно зачеркнуть, написав рядом «Ошибочная запись» с указанием даты и времени под роспись врача;

- сокращения записи диагнозов (за исключением рекомендованных инструкциями МЗ РБ) и названий лекарственных препаратов, назначений, способов введения, объема и качества медицинской помощи;

- формализованное ведение истории болезни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Богатырев В.Г. Основы медицинской диагностики внутренних болезней / Под общей ред. А.В. Ткачева. — Ростов н/Д.: Феникс, 2005.
2. Василенко В.Х. Введение в клинику внутренних болезней. М.: Медицина, 1985.
3. Клинические протоколы диагностики и лечения больных с заболеваниями органов кровообращения, патологией системы кроветворения, ревматическими заболеваниями, заболеваниями органов пищеварения, патологией мочеполовой системы, неспецифическими заболеваниями органов дыхания, болезнями эндокринной системы (Приложения к приказам Министерства здравоохранения Республики Беларусь №274 от 19.05.2005 г., № 484 от 13.06.2006 г.).
4. Милькаманович В.К. Методическое обследование, симптомы и симптомокомплексы в клинике внутренних болезней: Руководство для студентов и врачей. Минск, 1994.
5. Милькаманович В.К. Атлас клинического исследования: учебное пособие. Минск: «Высшая школа», 2006.
6. Практические навыки терапевта: Справочное издание / Под ред. Г.П. Матвейкова. — Минск: «Высшая школа», 1993.
7. Пропедевтика внутренних болезней/ Под редакцией В.Х. Василенко и А.Л. Гребенева. — М.: Медицина, 1982.
8. Пропедевтика внутренних болезней: Учебник для студентов медицинских ВУЗов / Под ред. акад. РАМН В.Т. Ивашкина и проф. А.А. Шептулина. — М.: МЕДпресс-информ, 2003.
9. Пропедевтика внутренних болезней: практикум / Н.Е. Федоров [и др.]. — Минск: Беларусь, 2007.
10. Тарасов К.Е., Великов В.К., Фролова А.И. Логика и семиотика диагноза (методологические проблемы). М.: Медицина, 1989.
11. Федоров Н.Е. Пропедевтика внутренних болезней (Основы диагностики и частной патологии внутренних органов): Лекционный курс. ВГМУ, 2001.
12. Федоров Н.Е., Лактионова А.А. История болезни. Учебное пособие. Ростов н/Д., 1986.
13. Шишкин А.Н. Внутренние болезни. Распознавание, семиотика, диагностика. СПб.: Изд-во «Лань», 2000.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1.

Образцы медицинской документации.

Приложение 1
к приказу
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
2007 №
Форма № 003/у-0

(наименование организации здравоохранения)

Вирусный гепатит(ом): б(ы)л(а), не бо-
л(а)
(нужное подчеркнуть)

Медицинская карта
стационарного больного № _____

Дата и время поступления « ____ » _____ 20 ____ г. в ____ часов ____ минут
Дата и время выписки « ____ » _____ 20 ____ г. в ____ часов ____ минут
Отделение _____, палата № _____
Переведен в отделение _____, проведено койко-дней _____
Виды транспортировки: на каталке, на кресле, может идти (нужное подчеркнуть)
Группа крови: _____ . резус – принадлежность _____
Побочное действие лекарств (непереносимость) _____

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 приезда – область, район, населенный пункт.

адрес родственников и номер телефона

5. Житель: города, села (нужное подчеркнуть)

6. Вид оплаты: за счет бюджетных средств, собственных средств, медицинского страхования
(добровольного, обязательного) (нужное подчеркнуть)

7. Страховой полис (серия, номер) _____

8. Место работы, профессия или должность _____

для детей – название детского учреждения, школы, для учащихся – место учебы

9. Инвалид или ветеран войн; инвалид ВС, воин-интернационалист; пострадавший(ая) от кати-
строфы на ЧАЭС: ребенок-инвалид до 18 лет (нужное подчеркнуть), другое (указать)

10. Доставлен в стационар по экстренным показаниям: да, нет (нужное подчеркнуть), че-
рез ____ часов после начала заболевания, получения травмы, госпитализирован в плановом по-
рядке (нужное подчеркнуть)

11. Название организации здравоохранения, направившей больного на госпитализацию _____

Оборотная сторона

12. Диагноз направившей организации здравоохранения _____

13. Диагноз при поступлении

Дата установления

« _____ » _____ 20 г.

Дата установления

« _____ » _____ 20 г

14. Диагноз клинический

15. Диагноз заключительный клинический:
 основной

Код по МКБ-

X

--	--	--	--	--

осложнения основного _____

сопутствующий _____

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

17. Хирургические операции, методы обезболивания и послеоперационные осложнения

Наименование операции	Дата, время	Вид анестезии (общая, местная)	Осложнения

Оперировавший врач _____
должность

инициалы, фамилия

18. Другие виды лечения (указать) _____

19. Временная нетрудоспособность до поступления в стационар с _____
число, месяц, год, номер

Отметка о выдаче листка нетрудоспособности

№ _____ с _____ по _____ ; № _____ с _____ по _____ ;
№ _____ с _____ по _____ ; № _____ с _____ по _____ .

20. Исход заболевания:

а) выписан с выздоровлением, с улучшением, без перемен, с ухудшением (нужное подчеркнуть);

б) переведен в другую организацию здравоохранения _____

наименование организации здравоохранения, в которое переведен больной

в) умер (в приемном отделении, умерла беременная до 22 недель беременности, умерла после

21. недель беременности, роженица, родильница (нужное подчеркнуть)).

22. Трудоспособность: восстановлена полностью, снижена, временно утрачена, стойко утрачена в связи с данным заболеванием, с другими причинами (нужное подчеркнуть)

23. Для поступивших на экспертизу – заключение _____

24. Особые отметки _____

Лечащий врач

подпись

инициалы, фамилия

Утверждена Министерством здравоохранения 16.07.1951 г.

К ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ № _____
 Запись результатов измерений температуры, других исследований и процедур

Фамилия, И., О. больного		Отделение _____														Палата № _____		Лист № _____						
200 г., вес, число	Дневная	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
П	Д	Т	У	В	У	В	У	В	У	В	У	В	У	В	У	В	У	В	У	В	У	В	У	В
140	60	41																						
120	50	40																						
100	40	39																						
90	30	38																						
80	20	37																						
70	10	36																						
60		35																						

Приложение 3
к приказу
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
2007 №
Форма № 066/у-07

(наименование организации здравоохранения)

Статистическая карта вышедшего из стационара

1. Фамилия, имя, отчество _____
2. Возраст _____ (полных лет, для детей: до 1 года – месяцев, до 1 месяца – дней)
3. Пол: мужской, женский (нужное подчеркнуть)
4. Домашний адрес (место регистрации) _____
- 4.1 Житель: города, села (нужное подчеркнуть)
5. Наименование организации здравоохранения, направившей больного на госпитализацию _____
6. Наименование (номер) обслуживающей амбулаторно-поликлинической организации здравоохранения _____
7. Отделение _____
8. Профиль коак _____
9. Вид оплаты: за счет бюджетных средств, собственных средств, медицинского страхования (добровольного, обязательного) (нужное подчеркнуть)
10. Страховой полис (серия, номер): _____
11. Инвалид или ветеран войны; инвалид ВС; воин-интернационалист, пострадавший(ая) от катастрофы на ЧАЭС; ребенок-инвалид до 18 лет, (нужное подчеркнуть), другое (указать) _____
12. Доставлен в стационар по экстренным показаниям: да, нет (нужное подчеркнуть)
через сколько часов после начала заболевания (получения травмы): (нужное подчеркнуть):
в первые 6 часов
7 – 24 часов
позднее 24-х часов
13. Дата и время поступления в стационар « ____ » _____ 200 г. _____ часа _____ минут
14. Исход заболевания: выписан; умер; переведен (нужное подчеркнуть)
15. Дата выписки (смерти) « ____ » _____ 20 __ г.
16. Проведено койко-дней _____
17. Количество дней временной нетрудоспособности: до стационара _____; в стационаре _____
продолжает болеть
18. Диагноз направляющей организации здравоохранения _____
19. Госпитализирован в данном году по поводу данного заболевания: впервые, повторно (нужное подчеркнуть)

Оборотная сторона

20. Диагноз стационара

20.1. клинический заключительный

основной _____

 осложнения _____

 сопутствующие заболевания _____

Код по МКБ - X

20.2. патолого-анатомический

основной _____

 осложнения _____

 сопутствующие заболевания _____

Код по МКБ - X

21. Хирургические операции

Дата время	Название операции	Осложнения	Фамилия, имя, отчество		Вид анестезии (общая, местная)
			оперирующего хирурга	ассистента(ов)	
1	2	3	4	5	6

22. Обследован(а) на RW « ___ » _____ 20__ г., результат _____

23. Обследован(а) на ВИЧ-инфекцию « ___ » _____ 20__ г., результат _____

Лечащий врач _____
подпись

инициалы, фамилия

Заведующий отделением _____
подпись

инициалы, фамилия

Дата « ___ » _____ 20__ г

ПРИЛОЖЕНИЕ 2.

Наиболее часто применяемые дополнительные лабораторные и инструментальные исследования при заболеваниях отдельных органов и систем.

а) Заболевания органов кровообращения

1. Общий анализ крови (+тромбоциты, гематокрит – по показаниям).
2. Общий анализ мочи, анализ мочи по Нечипоренко.
3. Электрокардиография, в том числе: велоэргометрия (ВЭП), суточное холтеровское мониторирование ЭКГ (ХМ).
4. Эхокардиография (Эхо-КГ), в т.ч. доплер–Эхо-КГ, стресс-Эхо-КГ.
5. Фонокардиография (ФКГ).
6. Протромбиновый индекс (ПТИ), коагулограмма: активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ), международное нормализованное отношение (МНО), фибриноген.
7. Биохимический анализ крови: общий холестерин (ОХС), ХС-ЛПНП (холестерин липопротеидов низкой плотности), ХС-ЛПВП (холестерин липопротеидов высокой плотности), триглицериды (ТГ), С-реактивный белок (СРБ), серомукоид, сиаловые кислоты, глюкоза, билирубин, мочевины, креатинин, электролиты крови (К, Na, Са, Cl, Mg), аланин-аминотрансфераза (АлАТ), аспартат-аминотрансфераза (АсАТ), МВ-фракция креатинфосфокиназы (КФК-МВ), лактатдегидрогеназа (ЛДГ1), миоглобин, тропониновый тест.
8. Глазное дно.
9. Р-графия (скопия) органов грудной клетки.
10. Ультразвуковое исследование (УЗИ) почек и (по показаниям) органов брюшной полости (печени и др.), щитовидной железы.
11. Профиль АД, суточное мониторирование АД, измерение АД на нижних конечностях.
12. Реоэнцефалография (РЭГ).
13. Центральное венозное давление (ЦВД).
14. Центральная гемодинамика (ЦГД).
15. Тест 6-ти минутной ходьбы
16. Коронарография.
17. Вентрикулография.

б) Заболевания органов дыхания

1. Общий анализ крови.
2. Общий анализ мочи.
3. Биохимический анализ крови: мочевины, креатинина, электролиты (K, Na, Ca), АсАТ, АсАТ.
4. Рентгеноскопия, рентгенография легких в прямой и боковой проекциях, томография, бронхография.
5. Фибробронхоскопия (ФБС).
6. Исследование мокроты: микроскопия, окраска мазка по Граму, бактериологический посев мокроты с определением количества объемных единиц в мл (КОЕ/мл) и чувствительности к антибиотикам, исследование мокроты на атипичные клетки.
7. Исследование мокроты (и промывных вод бронхов) на МБТ (микобактерии туберкулеза).
8. Исследование функции внешнего дыхания (ФВД): спирография (включая спирографию с бронходилатационными и провокационными тестами), пикфлоуметрия.
9. Пульсоксиметрия.
10. Исследование пунктата из плевральной полости цитологическое, биохимическое, бактериологическое.
11. Реакция Манту.
12. Компьютерная томография (КТ) органов грудной клетки.
13. Газометрия крови: парциальное давление кислорода (P_{aO_2}), углекислоты (P_{aCO_2}), кислотно-основное состояние (КОС), насыщение артериальной крови кислородом (SO_2).
14. Исследование уровня альфа-1-антитрипсина
15. Торакоскопия, биопсия плевры.

в) Болезни пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки

1. Общий анализ крови.
2. Общий анализ мочи, альфа-амилаза мочи.
3. Эзофагогастродуоденоскопия (ЭФГДС).
4. Биопсия слизистой оболочки пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки.
5. Тест на *Helicobacter pylori*.
6. ЭКГ.
7. Биохимическое исследование крови: глюкоза, билиру-

бин, общий белок, альбумин, АлАТ, АсАТ, мочеви́на, сы-
вороточное железо.

8. Исследование кала на скрытую кровь.

9. Рентгенологическое исследование пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки, обзорная рентгенограмма брюшной полости.

10. Желудочное зондирование с фракционным исследованием желудочной секреции.

11. Цитологическое исследование содержимого пищевода, желудка и кишечника, а также соскоба с их слизистой оболочки.

12. рН-метрия пищевода и желудка.

13. УЗИ органов брюшной полости, поджелудочной железы.

14. Пальцевое исследование прямой кишки.

15. КТ органов брюшной полости.

г) Болезни тонкого и толстого кишечника

1. Общий анализ крови.

2. Общий анализ мочи, альфа-амилаза мочи.

3. Ректороманоскопия (РРС), колоноскопия (ФКС) с биопсией.

4. ФГДС с дуоденоеюнальной биопсией.

5. Биохимическое исследование крови: глюкоза, билирубин, общий белок, альбумин, АлАТ, АсАТ, мочеви́на, сы-
вороточное железо.

6. Исследование кала на скрытую кровь.

7. Копроцитограмма, анализ кала на паразиты, микрофлору.

8. Определение активности энтерокиназы и щелочной фосфатазы в дуоденальном содержимом, в кале.

9. Энтерография.

10. Ирригоскопия.

11. Цитологическое исследование содержимого кишечника, а также соскоба с их слизистой оболочки.

12. УЗИ органов брюшной полости, поджелудочной железы и малого таза.

13. Пальцевое исследование прямой кишки.

14. КТ органов брюшной полости.

15. Иммунограмма: классы сублимфоцитов, циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК), уровни иммуноглобулинов, фагоцитарная активность.

16. Анализ крови на антиглиадиновые антитела.

д) Болезни печени и желчевыводящих путей

1. Общий анализ крови + тромбоциты.
2. Иммунологическое исследование: поверхностный антиген вирусного гепатита В (HBsAg), антитела к вирусу гепатита С (antiHCV).
3. Биохимический анализ крови: билирубин и его фракции, АсАТ, АлАТ, гамма-глутамилтранспептидаза (ГГТП), щелочная фосфатаза (ЩФ), сывороточное железо, ферритин, трансферрин, церулоплазмин, медь сыворотки, ОХС, ЛПВП, ЛПНП, ТГ, фосфолипиды, общий белок крови и его фракции, тимоловая проба, аммиак и глютамин плазмы крови, остаточный азот и мочевины, креатинин.
4. Протромбиновый индекс (ПТИ), фибриноген, коагулограмма.
5. Исследование кала на стеркобилин, скрытую кровь.
6. Общий анализ мочи, исследование мочи на билирубин и уробилин, альфа-амилазу, порфирины.
7. ФЭГДС.
8. УЗИ органов брюшной полости, динамическая эхография желчного пузыря.
9. Дуоденальное зондирование (трехпорционное, многомоментное) с исследованием дуоденального содержимого (цитологическим, микробиологическим, биохимическим).
10. Рентгенологическое исследование желчевыводящих путей: холангиография, эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ).
11. Лапароскопия.
12. Биопсия печени (чрескожная пункционная, лапароскопическая).
13. КТ (компьютерная томография).
14. Манометрия сфинктера Одди.
15. Изотопная билиосцинтиграфия.

е) Болезни поджелудочной железы

1. Общий анализ крови.
2. Общий анализ мочи, исследование мочи на альфа-амилазу.
3. Биохимический анализ крови: глюкоза, билирубин и его фракции, АсАТ, АлАТ, гамма-глутамилтранспептидаза (ГГТП), щелочной фосфатаза (ЩФ), альфа-амилаза, амилаза панкреатическая, липаза.

4. Исследование гликемической кривой после пероральной нагрузки глюкозой (ТТГ - тест толерантности глюкозы).
5. УЗИ поджелудочной железы.
6. КТ поджелудочной железы.
7. ФГДС.
8. Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ).
9. Исследование кала на эластазу.
10. Исследование панкреатической секреции (секретин-панкреазиминный тест и стимуляция 0,5% раствором соляной кислоты и растительным маслом) с определением бикарбонатной щелочности и активности амилазы, липазы и трипсина в дуоденальном содержимом.

ж) Болезни почек

1. Общий анализ крови.
2. Общий анализ мочи.
3. Бактериологические, бактериоскопические обследования на инфекции, передаваемые половым путем (ИППП).
4. Анализ мочи по Нечипоренко, определение суточной протеинурии, посев мочи на микобактерию туберкулеза посев мочи на флору и чувствительность к антибиотикам, проба Зимницкого, проба Реберга (клиренс по креатинину).
5. Биохимический анализ крови: мочевины, креатинин, общий белок и его фракции, холестерин (общий), триглицериды, глюкоза, билирубин, электролиты крови (К, Na, Са, Cl), показатели КОС (кислотно-основного состояния).
6. Обзорная урограмма, экскреторная урограмма.
7. Цистоскопия, цистография.
8. Изотопная ренография.
9. Сцинтиграфия почек.
10. УЗИ почек и мочевого пузыря, доплер сосудов почек.
11. КТ почек.
12. ЭКГ.
13. Профиль АД.

з) Болезни кроветворной системы

1. Общий анализ крови + ретикулоциты крови + тромбоциты крови.
2. Общий анализ мочи

3. Коагулограмма: ПТИ, АЧТВ, тромбиновое время (ТВ), фибриноген.

4. Биохимический анализ крови: общий белок, мочеви́на, АсАТ, АлАТ, билирубин и его фракции, сывороточное железо, трансферрин, ферритин, общая железосвязывающая способность сыворотки (ОЖСС).

5. Определение уробилина и желчных пигментов в моче.

6. Определение стеркобилина в кале.

7. Исследование кала на гельминты.

8. Определение осмотической резистентности эритроцитов.

9. Свободный гемоглобин плазмы и мочи.

10. Проба Кумбса.

11. Пункция грудины и лимфоузлов, трепанобиопсия.

12. Миелограмма.

13. Анализ мочи на белок Бен-Джонса.

14. Иммуноглобулины плазмы крови.

15. ЭФГДС.

16. РРС, колоноскопия.

17. Р-графия грудной клетки.

18. УЗИ органов брюшной полости.

19. Определение витамина В12 и фолиевой кислоты в крови.

з) Болезни щитовидной железы

1. УЗИ щитовидной железы и региональных узлов.

2. Пункционная биопсия щитовидной железы.

3. Сцинтиграфия щитовидной железы.

4. Гормональное исследование крови: определение в крови Т3, Т4, ТТГ, тиреоглобулин, антител к тиропироксидазе (АТ к ТПО)

5. Общий анализ крови.

6. Биохимическое исследование крови: глюкоза, общий белок, холестерин, триглицериды, АлАТ, АсАТ, мочеви́на, креатинин, сывороточное железо.

7. ЭКГ, Эхо-КГ.

8. Рентгенография (КТ, МРТ) за груди́нной области, КТ орбит.

е) Обследование при сахарном диабете

1. Исследование уровня глюкозы в крови (натощак, перед обедом, перед ужином, перед сном), тест-толерантности к глюкозе.

2. Исследование уровня ацетона в моче.

3. Биохимическое исследование крови: мочевины, креатинин, общий белок, общий билирубин, общий холестерин, ЛПВП, ЛПНП, триглицериды, глюкоза, электролиты (К, Na, Cl, Mg, Ca).

4. Общий анализ крови.

5. Общий анализ мочи, определение белка в суточной моче.

6. Определение белка в моче (микроальбуминурия).

7. Скорость клубочковой фильтрации по клиренсу эндогенного креатинина (СКФ).

8. УЗИ сосудов конечностей с доплером, РВГ.

9. Гормональное исследование крови: С-пептид, проинсулин.

10. Анализ мочи по Нечипоренко.

11. УЗИ органов брюшной полости.

12. Глазное дно.

и) Болезни опорно-двигательного аппарата

1. Общий анализ крови и мочи.

2. Биохимический анализ крови: СРБ, сиаловые кислоты, серомукоид, гаптоглобин, ревматоидный фактор (РФ), общий холестерин, электролиты крови (К, Na, Ca, Cl), общий белок и его фракции, КФК, мочевины, креатинин, мочевая кислота, билирубин, АсАТ, АлАТ.

3. Иммунологическое исследование крови: антистрептолизин-О (АСЛ-О), определение титра антител в сыворотке крови к иерсиниям, боррелиям; антитела к ДНК и комплементу.

3. Анализ крови на LE-клетки.

4. Суточная экскреция мочевой кислоты.

5. Рентгенография костей и суставов.

6. ЭКГ, Эхо-КГ.

7. ФГДС.

8. УЗИ почек.

9. Комплексное исследование на хламидийную инфекцию.

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

Нормальные величины лабораторных показателей

Показатели периферической крови

Показатель		Единицы СИ ¹
Гемоглобин:	М	130,0-160,0 г/л
	Ж	120,0-140,0 г/л
Эритроциты:	М	$4,0-5,0 \times 10^{12}$ в 1 л
	Ж	$3,9-4,7 \times 10^{12}$ в 1 л
Цветовой показатель		0,85-1,05
Ретикулоциты %		0,2-1,2
Среднее содержание гемоглобина в 1 эритроците		24-34 пг
Тромбоциты		$180,0-320,0 \times 10^9$ в 1 л
Лейкоциты		$4,0-9,0 \times 10^9$ в 1 л
Нейтрофилы		
Палочкоядерные		1-6 % $0,040-0,300 \times 10^9$ в 1 л
Сегментоядерные		47-72 % $2,000-5,500 \times 10^9$ в 1 л
Эозинофилы		0,5-5 % $0,020-0,300 \times 10^9$ в 1 л
Базофилы		0-1 % $0-0,065 \times 10^9$ в 1 л
Лимфоциты		19-37 % $1,200-3,000 \times 10^9$ в 1 л
Моноциты		3-11 % $0,090-0,600 \times 10^9$ в 1 л
Скорость оседания эритроцитов (СОЭ):	М	2-10 мм/ч
	Ж	2-15 мм/ч
Гематокрит:	М	40-48%
	Ж	36-42%

¹Единицы СИ - показатели, выраженные в единицах Международной системы измерений.

Некоторые показатели сыворотки крови

Показатель	Единицы СИ
Билирубин общий (метод Ендрашика) непрямой	8,5-20,5 мкмоль/л до 16,5 мкмоль/л
Железо сыворотки крови: М Ж	10,0-30,0 мкмоль/л 9,0-29,0 мкмоль/л
Общая железосвязывающая способность сыворотки	50-84 мкмоль/л
Глюкоза	
1) плазма	4,2-6,1 ммоль/л
2) капиллярная кровь	3,88-5,5 ммоль/л
3) глюкозотолерантный тест (капиллярная кровь) натощак	до 5,5 ммоль/л до 7,8 ммоль/л
4) гликозилированный гемоглобин	4,5-6,1 молярных %
Общий холестерин	3,9-5,2 ммоль/л
Липопротеины высокой плотности	0,9-1,9 ммоль/л
Липопротеины низкой плотности	<2,2 ммоль/л
Коэффициент атерогенности	До 3,0 ед.
Триглицериды	0,40-2,1 ммоль/л
Общий белок	65-85 г/л
Белковые фракции: альбумины	56-66%
глобулины	34-44%
α ₁ -глобулины	2,5-5%
α ₂ -глобулины	5-9%
β-глобулины	8-12%
γ-глобулины	12,8-19%
Серомукоид	0,13-0,2 ед.
Гаптоглобин	0,9-4 г/л
Тимоловая проба	До 5 ед.
Ревматоидный фактор	До 8 МЕ/л
Антистрептолизин-О	До 250 МЕ/л
С-реактивный белок	0-6,0 мг /л
Циркулирующие иммунные комплексы	0-56 Ед
Сиаловые кислоты	125-200 усл.ед.
Церулоплазмин	1,5-2,3 г /л
Опухолевый маркер СА-125	До 35 ед.

КЛИНИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ И ОФОРМЛЕНИЕ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ

Остаточный (небелковый) азот и некоторые его компоненты в сыворотке крови

Показатель	Единицы СИ
Креатинин	0,044-0,120 ммоль/л
Мочевина	4,2-8,3 ммоль/л
Мочевая кислота: Ж	0,14-0,4 ммоль/л
М	0,24-0,50 ммоль/л
Клубочковая фильтрация	80-120 мл /мин
Канальцевая реабсорбция	97-99%

МЕ - международные единицы

Ионограмма сыворотки крови

Показатель	Единицы СИ
Натрий (22,989)	130-157 ммоль/л
Калий (39,102)	3,4-6,3 ммоль/л
Кальций (40,08)	2,2-2,75 ммоль/л
Магний (24,312)	0,75-1,4 ммоль/л
Хлориды (35,453)	95-110 ммоль/л

Ферменты крови

Фермент	Активность в норме
Аспартатаминотрансфераза (АсАТ)	0,1-0,45 ммоль/ч × л (5-40 МЕ)
Аланинаминотрансфераза (АсАТ)	0,1-0,68 ммоль/ч × л (8-55 МЕ)
Креатинфосфокиназа (КФК)	24-170 ЕД/л ВВ — отсутствует, МВ <4-6%, ММ >94-96%
Лактатдегидрогеназа общая (ЛДГ)	0,8- 4,0 ммоль/ч × л (до 460 МЕ) ЛДГ ₁ — 19-29%, ЛДГ ₂ — 23-37%, ЛДГ ₃ — 17-25%, ЛДГ _{4,5} — 8-18%
γ-Глутамилтрансфераза (γ-ГГТП):	Ж До 35 МЕ М До 50 МЕ
Щелочная фосфатаза общая (ЩФ)	До 120 МЕ/ л
α-амилаза	12-32 мг/мл × ч (<96 ед/л)

Коагулограмма

Показатель	Нормальные величины
Продолжительность кровотечения (по методу Дюке)	3-4 мин
Время свертывания крови (по методу Ли – Уайта)	5-10 мин
Тромбоэластограмма:	
● время реакции	R – 5-7 мин
● время коагуляции	K – 3-7 мин
● максимальная амплитуда	MA – 25-55 мин
Время рекальцификации плазмы	60-120 сек
Толерантность плазмы к гепарину	7-15 мин
Фибриноген плазмы (весовой метод)	2-4 г/л
Фибриноген В плазмы	Не определяется
Протромбиновое время	11-15 с
Протромбиновый индекс (ПТИ) плазмы капиллярной крови	90-105% 93-107%
Потребление протромбина	80-100%
Международное нормализованное отношение (МНО)	1,0-1,4
Антитромбиновая активность	90-110%
Тромбиновое время	28-32 с
Фибринолитическая активность плазмы	3-4 часа
Плазминоген	75-140%
D-D-димеры	<0,5 мкг/мл
Частичное активированное тромбопластиновое время (АЧТВ)	35-50 с
Растворимые фибриномономерные комплексы (РФМК)	27,2-40,3 мкг/л

Гормоны и медиаторы крови

Показатель		Нормальная величина
11-Оксикортикостероиды (11-ОКС)		130-230 нмоль/л
17-Кетостероиды (17-ОКС)		140-150 нмоль/л
Кортикостерон (кортизол)		230-750 нмоль/л
Тиреотропный гормон (ТТГ), РИА		0,6-3,8 мкМЕ/л
Т3 (трийодтиронин) свободный, РИА		0,4 нг/100 мл
Т4 (тироксин) свободный, РИА		1,5-2,9 мкг/100 мл
Белковосвязанный йод		6-8 мкг/100 мл
Тиреоглобулины, РИА		До 50 нг/мл
Соматотропный гормон		0-10 нг/мл
Тестерон	М	2-10 нг/мл
	Ж	0,2-1,0 нг/мл
Эстрадиол	М	0,07-0,2 нмоль/л
	Ж	0,2-0,8 нмоль/л
С-пептид		0,29-5,3 нг/мл
Инсулин		16-160 мк Е/мл

Показатели кислотно-основного состояния крови

Показатель		Нормальная величина
рН	капиллярная кровь	7,37-7,45
	венозная кровь	7,32-7,42
Напряжение углекислого газа в крови (рСО ₂)	кровь	32-48мм рт.ст.
	венозная кровь	42-55 мм рт.ст.
Напряжение кислорода в крови (рО ₂)	капиллярная кровь	83-108 мм рт.ст.
	венозная кровь	37-42 мм рт.ст.
% насыщения кислородом		95-98%
Бикарбонат плазмы стандартный	капиллярная кровь	18-23 ммоль/л
	венозная кровь	22-29 ммоль/л

Анализ мочи общий

Показатель	Нормальная величина
Относительная плотность мочи	1008-1026
Цвет	соломенно-желтый
Прозрачность	полная (моча прозрачная)
Реакция pH	нейтральная, слабокислая, слабощелочная (4,5-8,0)
Белок	отсутствует или следы (25-75 мг /сут)
Сахар	отсутствует (не более 0,02%)
Ацетон	отсутствует
Уробилин	отсутствует
Билирубин	отсутствует
Плоский эпителий	до 5 в поле зрения
Почечный эпителий	отсутствует
Лейкоциты	до 5 в поле зрения
Эритроциты	до 3 в поле зрения
Цилиндры	отсутствуют
Слизь	незначительное количество
Бактерии	незначительное количество (до 50000 в 1 мл)
Неорганический осадок	<ul style="list-style-type: none"> ● оксалаты — при любой реакции; ● при кислой реакции — кристаллы мочевой кислоты, ураты; ● при щелочной реакции — аморфные фосфаты, мочекислый аммоний, трипельфосфаты

Анализ мочи по Нечипоренко

Показатель	Нормальная величина
Лейкоциты	до $4,0 \times 10^6/\text{л}$
Эритроциты	до $1,0 \times 10^6/\text{л}$
Цилиндры	до $250 \times 10^3/\text{л}$

Анализ мочи по Зимницкому

Показатель	Нормальная величина
Суточное количество мочи	65-75% выпитой жидкости
Дневной диурез	3/4 суточного диуреза
Относительная плотность мочи	1004-1024
Колебание относительной плотности мочи	не менее 8 единиц

Исследование кала

Показатель	Нормальная величина
Количество в сутки	100-250 г
Консистенция	оформленный (мягкий и плотный)
Форма	цилиндрическая
Цвет	коричневый
Реакция	нейтральная и слабощелочная
Слизь, кровь	отсутствуют
Мышечные волокна	отдельные переваренные (потерявшие исчерченность)
Соединительная ткань	отсутствует
Жирные кислоты	отсутствуют
Растительная клетчатка:	
• переваримая	единичные клетки или группы в разных количествах (в зависимости от пищи)
• непереваримая	
Крахмал	отсутствует
Иодофильная флора	отсутствует
Слизь, эпителий	отсутствует
Лейкоциты	единичные

Нормальные показатели секреции желудка (по данным Ф.И. Фишзон-Рысса)

Секреция желудка	Натощак	Базальная	Субмаксимальная стимуляция гистамином (8 мкг/кг)	Максимальная стимуляция гистамином (24 мкг/кг) или пентагастрин (6мкг/кг)
Общая кислотность в титр.ед.	До 40	40-60	80-100	100-120
Свободная кислотность	До 20	20-40	60-85	90-110
Дебит общей HCL в мэкв (ммоль)	До 2	1,5-5,5	8-14	18-26
Дебит свободной HCL	До 1	1-4	6,5-12	16-24
Концентрация пепсина по Туголукову (в мг/л)	До 200	200-400	500-650	500-750
Дебит пепсина по Туголукову (в мг)	До 10	10-40	50-90	90-160
Объем желудочного сока (в мл)	До 50	50-100	100-140	180-220

рН-метрия желудка

рН тела желудка		Состояние кислотообразующей функции желудка
Базальная секреция	Стимулированная секреция	
<1,5	<1,2	гиперацидное состояние
1,6-2,0	1,3-2,0	нормацидное состояние
2,1-6,0	2,1-3,0	гипоацидное состояние
6,0	>3,0	анацидное состояние
рН антрального отдела желудка		Ощелачивающая функция антрального отдела желудка
>5,0	> 6,0	компенсация ощелачивания
2,0-4,9	4,0-5,9	субкомпенсация ощелачивания
<2,0	<4,0	декомпенсация ощелачивания

Показатели многомоментного (фракционного) дуоденального зондирования

Фаза	Цвет желчи	Количество во желчи	Длительность фазы	Скорость выделения
I — холедохус-фаза	золотисто-желтый	15-30 мл	15-30 мин	1 мл/мин
II — фаза закрытого сфинктера Одди	—	—	3-5 мин	—
III — фаза желчи «А» (латентный период пузырного рефлекса)	светло-желтая	3-4 мл	3-4 мин	1 мл/мин
IV — фаза желчи «В» — (пузырная)	темно-коричневая	30-50 мл	15-25 мин	2 мл/мин
V — фаза желчи «С» (печеночная)	янтарно-желтая	—	до 30 мин	1 мл/мин

Показатели функции внешнего дыхания по данным спирометрии

Показатель	Нормальная величина
Жизненная емкость легких (ЖЕЛ, %)	90-85% ДЖЕЛ
Минутная вентиляция легких (МВЛ, %)	85-75% ДМВЛ
Форсированная жизненная емкость легких (ФЖЕЛ, л)	более 75% ЖЕЛ
Объем форсированного выдоха (ОФВ1, л/с)	М Ж 2,9-2,6 л 2,0-1,8 л
Объем форсированного выдоха (ОФВ1, %)	85-75% ДОФВ1
Индекс Тиффно (ОФВ1/ФЖЕЛ)	75%-83%
Пропускная способность движения воздуха (ПСДВ= МВЛ/ЖЕЛ)	25±5

Отличие транссудата от экссудата

Показатель	Транссудат	Экссудат
Относительная плотность	1005-1015	более 1015
Белок, г/л	5-25	более 30
Проба Ривальта	отрицательная	положительная
Лейкоциты (в п/зр)	до 15	более 15

Показатели электрокардиограммы в норме

1. Ритм — синусовый.

2. Подсчет амплитуды зубцов и длительности интервалов:

Зубцы и интервалы	Амплитуда	Продолжительность
P	до 2,5 мм	до 0,1 сек
Q	до 1/4 R	до 0,03 сек
R	до 20 мм (V _{5,6} до 26 мм)	0,03-0,04 сек
S	до 8 мм (в I, II) до 25 мм (V ₁)	до 0,03 сек
T	до 1/2-1/3 R	0,16 сек
P-Q		0,12-0,2 сек
QRS (учитывая более продолжительный)		0,06-0,09 (0,1) сек
Q-T		0,35-0,42 сек
R-R		0,75-1,0 сек

3. Частота сердечного ритма $\{ЧСС=60/(R-R)\}$ 60-90 в минуту.

4. Отклонение сегмента S-T от изолинии: в отведениях от конечностей не более $\pm 0,5$ мм, в грудных отведениях V₁₋₃ не более 2 мм вверх, в V₄₋₆ не более 0,5 мм вниз.

5. Изменение зубца T: в норме зубец T всегда положительный в отведениях I, II, aVF, V₂₋₆, причем T_I>T_{III}, а T в V₆>T в V₁; в отведении aVR зубец T всегда отрицательный.

6. Угол α в градусах: от 30° до 70° — нормальное (промежуточное) положение электрической оси сердца (э.о.с.), 0° — до 30° — горизонтальное положение э.о.с, более 70° — до 90° — вертикальное положение э.о.с.

Заключение — указываются последовательно: ритм, положение электрической оси сердца, дается трактовка изменений зубцов, интервалов и сегментов.

ПРИЛОЖЕНИЕ 4

Краткая схема учебной истории болезни по пропедевтике внутренних болезней

ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ

Медицинская карта № _____ стационарного больного

Дата и время поступления _____

Дата и время выписки _____

Отделение, палата № _____

Проведено койко-дней _____

Вид транспортировки: на каталке, в кресле, может идти (подчеркнуть)

Группа крови _____

Резус-принадлежность _____

Побочное действие лекарств (непереносимость) _____

Паспортные сведения

1. Фамилия, имя, отчество _____

2. Пол _____

3. Возраст _____

4. Постоянное место жительства: город, село (подчеркнуть),
вписать адрес _____

5. Место работы, профессия или должность _____

6. Кем направлен больной _____

7. Доставлен в стационар по экстренным показаниям: да, нет, через _____ часов после начала заболевания, получения травмы: госпитализирован в плановом порядке (подчеркнуть)

8. Диагноз направившего учреждения _____

9. Диагноз при поступлении _____

10. Диагноз клинический (дата установления) _____

11. Диагноз заключительный клинический:

а) основной _____

б) осложнение основного _____

в) сопутствующий _____

I. РАССПРОС БОЛЬНОГО

1. Жалобы больного

1.1. Основные жалобы больного

В этот подраздел вносятся жалобы больного, с которыми он был вынужден обратиться к врачу. Главной задачей при этом является детализация и полная характеристика каждой из жалоб больного согласно схеме расспроса соответствующей системы.

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

1.2. Общий анамнез (anamnesis communis)

Данный подраздел включает расспрос жалоб со стороны всех других органов и система организма, которые не входят в подраздел «Основные жалобы больного», так как ввиду функционального единства всех систем организма, нарушение функции одной из них неизбежно влечет за собой то или иное расстройство функций других органов и систем. Детализация этих жалоб обязательна, так как помогает в постановке диагноза основного заболевания и позволяет выявить осложнения, а также сопутствующую патологию.

Самочувствие: хорошее, удовлетворительное, плохое.

Общая слабость — нет, есть: в какой степени выражена.

Работоспособность: сохранена, снижена, утрачена.

Утомляемость — нет, есть: быстрота ее наступления.

Похудение или прибавление в весе — нет, есть: с какого времени началось и в какой степени выражено.

Потливость — нет, есть: в какое время суток возникает, степень выраженности.

Кожный зуд — нет, есть: общий или местный, давность его появления, с чем больной связывает его появление.

Повышение температуры — нет, есть: когда появилось, время появления, постоянное или периодическое, колебание температуры в течение суток, сопровождается ли ознобом и потом.

Опорно-двигательный аппарат

Суставы:

боли — нет, есть: локализация, характер, постоянные или периодические, при движении или в покое;

ограничение подвижности — нет, есть: в каких суставах и в каком объеме;

утренняя скованность — нет, есть: продолжительность;

отечность и покраснение — нет, есть: локализация.

Кости:

боли — нет, есть: локализация, характер, периодичность, иррадиация, связь с движением.

Мышцы:

боли — нет, есть: локализация, характер, периодичность, иррадиация, связь с движением;

судороги — нет, есть: локализация.

Система дыхания

Дыхание через нос — свободное, затрудненное.

Выделения из носа — нет, есть: количество, характер.

Носовые кровотечения — нет, есть: частота, интенсивность.

Боли в горле — нет, есть.

Ощущения сухости, царапанья в горле — нет, есть.

Изменение голоса — нет, есть: осиплость, охриплость и т.д.

Кашель — нет, есть: постоянный или периодический, время и условия его появления (ночью, утром), характер кашля (сухой или с выделением мокроты), сопровождается ли болями в грудной клетке. Зависимость появления и интенсивности кашля от положения тела больного.

Мокрота — нет, есть: отходит легко или с трудом, характер и цвет мокроты (слизистый, слизистогнойный, кровянистый, жидкая, густая, вязкая, тягучая), количество за сутки (несколько плевков, четверть стакана, до полулитра и более), зависит ли выделение мокроты от положения тела больного. Запах мокроты — нет, есть: обычный, приторно-сладкий, гнилостный.

Кровохарканье — нет, есть: его частота, интенсивность, количество выделяемой крови (прожилки крови в мокроте, один или несколько плевков, большое количество), характер (кровь с мокротой, жидкая кровь, сгустками, пенистая), цвет (алый, темный).

Боль в грудной клетке — нет, есть: постоянная или периодическая, локализация, характер (острая, тупая, колющая, ноющая), связь с дыханием, кашлем, положением тела, иррадиация,

Одышка — нет, есть: постоянная или периодическая, время и условия ее появления (ночью, утром, днем, вечером, при физическом напряжении, в покое), характер одышки (на вдохе, на выдохе, смешанная, в виде приступов удушья). Положение, облегчающее состояние больного.

Удушье — нет, есть: характер удушья, сила и продолжительность приступов, факторы, провоцирующие приступы, мероприятия, способствующие ликвидации удушья.

Сердечно-сосудистая система

Боли в области сердца — нет, есть: локализация (за грудиной, в области верхушки), характер (сжимающие, жгучие, тупые, острые, колющие, ноющие), интенсивность, ирради-

ация (в левую лопатку, руку, ключицу, левую половину нижней челюсти и т.д.), приступообразные (продолжительность) или постоянные, причина появления болей (физическое напряжение, волнение), бывают ли боли в покое. Мероприятия, облегчающие самочувствие больного (покой, вынужденное положение, нитроглицерин, валидол, сердечные капли, успокоительные средства).

Сердцебиение — нет, есть: постоянное или периодическое, длительность, интенсивность, при каких условиях появляется (в покое, при незначительной физической нагрузке, после приема пищи и т.д.).

Перебои в работе сердца — нет, есть: постоянные или периодические, условия, при которых они появляются (после физической нагрузки, волнения, приема пищи, в покое, во время сна). Мероприятия, помогающие уменьшить перебои в работе сердца (покой, задержка дыхания на некоторое время, прием антиаритмических препаратов, успокоительных средств и т. д.).

Отеки — нет, есть: локализация, степень выраженности, постоянные или исчезающие, время появления (утром, вечером), цвет (обычный, бледный, синюшный).

Система пищеварения

Аппетит: хороший, повышенный, пониженный, отсутствует. Насыщаемость: быстро ли появляется, отсутствие после приема достаточного количества пищи.

Отвращение к пище, и в какой степени — нет, есть.

Извращение вкуса — нет, есть.

Жажда: сухость во рту — нет, есть. Количество выпиваемой жидкости за сутки.

Слюнотечение — нет, есть.

Вкус во рту: нормальный, кислый, горький, металлический, сладковатый. Отсутствие вкусовых ощущений — нет, есть.

Жевание: хорошо ли прожевывает пищу, если нет, то почему (боли, отсутствие зубов и т. д.).

Глотание: свободное, затрудненное, невозможное. Болезненность при глотании — нет, есть.

Прохождение пищи по пищеводу: свободное, затрудненное — постоянно или периодически, для твердой или жидкой пищи. На каком уровне ощущает остановку пищи. Болезненность — нет, есть.

Изжога — нет, есть: частота, интенсивность и длительность, с чем связана (с приемом пищи и какой, с переменной положения тела и т.д.). Что облегчает изжогу.

Отрыжка — нет, есть: воздухом, съеденной пищей, горькая, кислая, тухлым яйцом, с каловым запахом; связана ли с приемом пищи; частота и продолжительность.

Тошнота — нет, есть: частота, продолжительность, интенсивность, ее зависимость от приема и характера пищи (натощак, после приема пищи); сопровождается ли рвотой.

Рвота — нет, есть: натощак, после приема пищи (немедленно или через определенный срок), независимо от приема пищи, на высоте болей. Частота рвоты. Привкус во рту после рвоты (кислый, горький, отсутствует). Количество рвотных масс (небольшое, умеренное — более 200-250 мл, обильное — 1-1,5 л и более). Запах (кислый, гнилостный, зловонный). Характер рвотных масс: съеденной пищей, желчью, кровью (алая, темная, в виде «кофейной гущи»). Облегчение после рвоты — нет, есть.

Боли в животе — нет, есть: локализация (в подложечной области, правом или левом подреберьях, в подвздошных областях, околопупочной и т.д.). Постоянные или периодические. Связь болей с приемом пищи (натощак, через какое время после приема пищи), с ее характером (грубая, острая, сладкая, соленая и т.д.). Связь болей со временем суток, физическими нагрузками, ходьбой, ездой в транспорте, работой и т.д. Связь болей с актом дефекации — нет, есть: усиливаются, уменьшаются после дефекации. Иррадиация болей (в спину, плечо, лопатку, пах, ногу и т.д.). Характер болей: острые, тупые, ноющие, тянущие, жгучие, режущие, опоясывающие и т.д. Продолжительность и интенсивность болей.

Чувство распирания и тяжести в животе — нет, есть: зависимость от приема и рода пищи.

Вздутие живота — нет, есть: разлитое, локализованное.

Отхождение газов (свободное, обильное, затрудненное).

Жжение, зуд, боли в области заднего прохода — нет, есть.

Выпадение геморроидальных шишек, выпадение прямой кишки — нет, есть.

Стул — регулярный, нерегулярный: реже 1 раза за двое суток или чаще 2 раз в сутки (связь с волнением и характером пищи). Консистенция и форма кала: оформленный, колбас-

совидный, ленточный, овечий кал, кашицеобразный, жидкий, водянистый, в виде рисового отвара и т. д. Наличие примесей в кале — нет, есть: слизь, кровь, гной, остатки непереваренной пищи, глисты. Цвет кала: коричневый, темный, дегтеобразный, глинистый, красный. Запах кала: обычный, кислый, зловонный. Ложные позывы — нет, есть.

Система мочеотделения

Боли — нет, есть: локализация (поясничная область, крестец, над лобком, по фланкам), характер (ноющие, тупые, острые), постоянные, периодические или приступообразные. Условия, при которых появляются боли (переохлаждение, физическое напряжение, мочеиспускание, тряска, интенсивная ходьба, прием спиртных напитков и т. д.). Иррадиация болей (в надлобковую область, пах, половые органы). Поведение больного во время приступа. Мероприятия, облегчающие состояние больного (грелка, горячая ванна, инъекции обезболивающих средств и т. п.). Сопровождаются ли боли дизурическими расстройствами, рвотой, повышением температуры тела.

Мочеиспускание: свободное, произвольное или затрудненное. Боли (рези, жжение) при мочеиспускании (в начале, в конце, в течение всего периода мочеиспускания). Частота за сутки (особенно ночью). Количество выделяемой мочи за сутки. Наличие ложных позывов на мочеиспускание, изменение струи мочи (тонкая, слабая, прерывистая). Цвет мочи (соломенно-желтый, темный, цвета пива, цвета «мясных помоев» и т. д.). Выделение видимой крови с мочой — нет, есть.

Нервная система

Сон: нормальный или нарушен (бессонница, трудное засыпание, тревожный сон, сновидения, сонливость днем).

Настроение: ровное, спокойное, неустойчивое, возбужденное, тревожное, подавленное, апатичное.

Память: сохранена, снижена (на отдельные текущие события, недавние или отдаленные во времени).

Общительность: взаимоотношения на работе и в семье, легкость привыкания к новой обстановке, реакция на различные события в жизни.

Головные боли — нет, есть: локализация, характер, интенсивность, периодичность, время и условия появления болей, продолжительность. Сопровождаются ли головные боли

тошнотой, рвотой. Мероприятия, облегчающие самочувствие больного (покой, тугая, давящая повязка, компресс, холод, тепло, прием анальгетиков, транквилизаторов и т. п.).

Головокружение — нет, есть: частота, условия появления (переход из горизонтального в вертикальное положение, физическая нагрузка, учащение дыхания, прием лекарств). Связь с головными болями, обмороками. Мероприятия, облегчающие самочувствие больного.

Приливы крови к голове (ощущения внезапного жара) — нет, есть: время, условия появления.

Органы чувств

Зрение: нормальное, сниженное (близорукость, дальнозоркость). Пользуется ли очками. Нет ли мелькания мушек перед глазами, пелены, сетки и т. п.

Слух: нормальный, пониженный, глухота. Шум в ушах — нет, есть: постоянный или периодический. Выделения из ушей — нет, есть: их характер (гнойный, сукровичный).

Обоняние: хорошо различает запахи, обостренное, сниженное.

Осязание: нормальное, пониженное.

Вкус: сохраненный, нарушенный.

2. История заболевания (*anamnesis morbi*)

В данном разделе необходимо отразить следующие вопросы:

1. Когда и как началось заболевание (внезапное или постепенное начало). Что, по мнению больного, послужило причиной заболевания, как развивались симптомы.

2. Состоит ли больной на диспансерном учете по месту жительства по поводу данного заболевания, с какого времени.

3. Как часто (в течение года) имеют место обострения заболевания (в случае хронического течения) и проводилось ли его лечение под наблюдением врача (амбулаторно или стационарно), когда последний раз.

4. Какие исследования проводились до момента настоящего обращения.

5. Основные методы лечения до поступления в стационар, их результаты (ухудшение или уменьшение симптомов заболевания на фоне лечения).

6. Причины настоящей госпитализации в клинику (ухудшение состояния на фоне проводимого амбулаторного лечения, уточнение диагноза и т. д.).

3. История жизни (anamnesis vitae)

Краткие биографические данные: место рождения, социальное положение, особенности дошкольного и школьного периода жизни. Учеба, образование, специальность (в случае необходимости все описывается в хронологическом порядке).

Трудовой анамнез: начало трудовой деятельности, профессия, перемены ее, характер и условия труда. Особое внимание обращается на работу во вредных условиях (химические факторы, ионизирующая радиация, лучевая энергия, высокочастотное поле, перегревание или переохлаждение, вибрация, запыленность и др.). Служба в армии.

Бытовой анамнез: жилищные и санитарно-гигиенические условия. Питание (регулярность приема пищи, характер пищи).

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

Перенесенные заболевания: в детстве и в последующие периоды жизни с указанием даты установления диагноза. Ранения, контузии и их последствия. Протекание беременности, количество родов. Болел ли вирусным гепатитом, туберкулезом, сифилисом, ВИЧ-инфекцией, венерическими заболеваниями.

Семейный анамнез и наследственность: состояние здоровья кровных родственников, наличие у них онкозаболеваний, летальных исходов в молодом возрасте при сердечно-сосудистых заболеваниях.

Аллергологический анамнез: непереносимость лекарственных средств, пищевых продуктов, вакцин, сывороток (указать вид аллергической реакции — шок, крапивница, отек Квинке и т.д.). Было ли переливание крови, кровезаменителей — нет, да: реакции на введение, в каком виде.

4. Первичная диагностическая гипотеза

На основании жалоб больного (указать каких), данных анамнеза (указать) делается первое диагностическое суждение о патологическом процессе (первичная диагностическая гипотеза).

Первичная диагностическая гипотеза — это умозаключение о характере патологического процесса, построенное на осно-

вании расспроса больного. Диагностическая гипотеза и ее проверка служат фундаментом для построения диагноза. В этом плане исключительное значение имеют выделение и анализ главных жалоб, которые сигнализируют врачу и патологии определенной, конкретной системы. Если в дальнейшем объективное обследование выявляет симптомы, подтверждающие анамнестические данные об изменениях в соответствующих органах, то эти сведения служат основанием для формирования предварительного диагноза.

II. ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ (STATUS PRAESENS)

Общий осмотр

Общее состояние: удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое, крайне тяжелое.

Сознание: ясное, помраченное (ступор, сопор, кома, бред).

Положение: активное, пассивное, вынужденное.

Телосложение (конституция): нормостеническое, астеническое, гиперстеническое. Рост, масса тела. Индекс массы тела (Кетле).

Кожа: цвет (для представителей европеоидной расы бледно-розовый, бледный, красный, цианотичный, желтушный, бронзовый, серый и др.). Влажность кожи (нормальная, усиленная, сухость). Эластичность (эластичная, снижение тургора кожи). Наличие очаговых пигментаций, высыпаний, кровоизлияний, шелушения, рубцов — нет, есть: локализация, размеры, цвет, характер и т. д.

Видимые слизистые оболочки: цвет (бледно-розовый, бледный, красный, синюшный). Наличие высыпаний, кровоизлияний и т. д. — нет, есть: локализация.

Волосы: тип оволосения (соответствует ли полу), рост (обильный, скудный, отсутствие).

Ногти: форма правильная — овальная, ровная поверхность, прозрачные, изменение формы — нет, есть: в виде «часовых стекол», койлонихий и т.д.). Наличие исчерченности, ломкости, матовости ногтей.

Подкожная клетчатка: степень развития, места наибольшего отложения жира. Толщина кожной складки на плече, боковой поверхности грудной клетки, на уровне пупка, на бедрах.

Отёки — нет, есть: локализация (лицо, веки, конечности,

поясница, общие), степень выраженности, консистенция (плотные, мягкие, тестоватые).

Лимфатические узлы (подкожные): увеличение — нет, есть: указать группы увеличенных лимфатических узлов. Размеры увеличенных лимфоузлов, форма, консистенция, болезненность, подвижность, спаянность между собой и с окружающими тканями, изменения кожи над ними (покраснение, изъязвление).

Мышцы: степень развития (хорошая, слабая, атрофия), тонус (нормальный, повышен, понижен). Болезненность при пальпации нет, есть: каких мышц. Судороги — нет, есть: тонические, клонические, тетанические.

Кости: деформация, болезненность при пальпации — нет, есть: локализация.

Суставы: дефигурация, деформация — нет, есть: локализация, вид дефигурации. Болезненность при пальпации и движении — нет, есть: локализация. Изменение цвета и температуры кожи над суставами — нет, есть: локализация. Ограничение движений при активной и пассивной подвижности суставов — нет, есть: в каком суставе, вид ограничения движения.

Осмотр головы, лица, шеи

Голова: форма, величина (овальная, круглая, квадратная, микроцефалия, макроцефалия и т.д.), положение (прямое, с наклоном в сторону, запрокинутая назад), подвижность (свободная, ограниченная). Наличие непроизвольных движений головы в виде тремора, покачивания.

Лицо: выражение (спокойное, возбужденное, маскообразное, страдальческое и др.). Цвет кожи лица (бледно-розовый, гиперемия, цианоз и т.д.).

Глаза: глазная щель правильной формы, расширена, сужена. Наличие косоглазия, экзофтальма, западения глазного яблока, дрожания, блеска.

Зрачки (сужены, расширены, неравномерность — анизокория, реакция на свет), конвергенция, аккомодация.

Веки (наличие отеков, опущения, дрожания, симптомов Грефе, Мебиуса, Штельвага и др.).

Нос: форма правильная, деформация нет, есть. Движение крыльев носа при дыхании — нет, есть.

Зев: цвет (розовый, красный и т.д.) Гнойные пробки, налеты, изъязвления, кровоизлияния, сыпи — нет, есть.

Шея: длинная, короткая, толстая, тонкая. Увеличение щитовидной железы — нет, есть: степень увеличения. Наличие бугристости, степень плотности, болезненность, подвижность при глотании и пальпации.

Система дыхания

Осмотр грудной клетки

Статический осмотр грудной клетки.

Форма грудной клетки нормальная (нормостеническая, гиперстеническая, астеническая) или патологическая (паралитическая, эмфизематозная, воронкообразная, ладьевидная, кифосколиотическая). Степень выраженности над- и подключичных ямок, межреберные промежутки (ширина), надчревный угол (прямой, острый, тупой), положение лопаток (отстают, плотно прилегают), ход ребер.

Асимметрические выпячивания или западения грудной клетки — нет, есть: локализация.

Динамический осмотр грудной клетки.

Участие обеих половин в акте дыхания (равномерное, отставание одной из них — указать какой), тип дыхания (грудной, брюшной, смешанный), ритм дыхания (ритмичное, неритмичное), частота и глубина (глубокое, поверхностное), наличие одышки (инспираторная, экспираторная, смешанная). Измерение окружности грудной клетки на уровне сосков во время спокойного дыхания, на высоте вдоха и выдоха.

Пальпация грудной клетки.

Эластичность или ригидность грудной клетки: нормальная, снижена, повышена. Болезненность при пальпации кожи, мышц, ребер, межреберных промежутков, грудного отдела позвоночника — нет, есть: локализация болезненности.

Голосовое дрожание на симметричных участках и его характеристика: одинаковое, усилено, ослаблено, отсутствует — указать локализацию.

Перкуссия грудной клетки.

Сравнительная перкуссия: на симметричных участках характеристика перкуторного звука (ясный легочный, тупой, притупленный, тимпанический, коробочный, металлический — указать локализацию).

Топографическая перкуссия.

	справа (по краю ребра)	слева (по краю ребра)
высота стояния верхушек легких спереди	_____	_____
высота стояния верхушек легких сзади	_____	_____
ширина полей Кренига	_____	_____
нижняя граница легкого по окологрудинной 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

Везикулярное дыхание на симметричных участках — не изменено, изменено: ослаблено, усилено, жесткое с удлинённым выдохом, отсутствует (локализация).

Бронхиальное дыхание над легкими: нет, есть: локализация.

Добавочные дыхательные шумы — нет, есть: сухие хрипы (жужжащие, свистящие), влажные хрипы (мелко-, средне- и крупнопузырчатые), крепитация, шум трения плевры. Локализация добавочных шумов.

Бронхофония на симметричных участках грудной клетки (определяется одинаково, усилена, ослаблена, отсутствует — указать локализацию).

Система кровообращения

Осмотр области сердца и сосудов

Выпячивание грудной клетки в области сердца (сердечный горб) — нет, есть: локализация, размеры.

Верхушечный толчок — нет, есть: локализация, распространённость, высота, отношение к систоле — положительный или отрицательный.

Сердечный толчок — нет, есть: локализация, характер пульсации, распространенность.

Надчревная пульсация — нет, есть: изменение при дыхании, положении больного, связь с пульсацией печени (истинной или передаточной).

Пульсация сосудов шеи и других зон — нет, есть: сонных артерий, пульсация яремных вен, ее отношение к пульсации сонных артерий (положительный или отрицательный венный пульс), пульсация височных, подключичных артерий.

Пальпация области сердца и сосудов

Пальпация верхушечного толчка и определение его свойств (локализация, площадь, высота, резистентность), смещаемость в положении на левом боку.

Наличие «кошачьего мурлыканья» — нет, есть: систолическое, диастолическое, локализация.

Пальпация пульса на лучевых артериях и определение его свойств: одинаковый ли на обеих руках, ритм, частота, наполнение, напряжение, состояние артериальной стенки (эластичная, мягкая, гладкая, твердая, неровная и т. д.). Дефицит пульса — нет, есть: разница между частотой сердечных сокращений и частотой пульса.

Пальпация пульса на сонных и бедренных артериях, *a. tibialis post.*, *a. dorsalis ped.* (симметрично).

Перкуссия сердца и 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 и сосудов

Ритм сердца: правильный, неправильный (характер аритмии).

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

Изменение 1-го тона — нет, есть: усиление, ослабление, хлопающий, расщеплён, раздвоен (локализация).

Изменение 2-го тона — нет, есть: ослабление, усиление, с металлическим оттенком, расщепление, раздвоение (локализация).

Наличие добавочных тонов — нет, есть: ритм «перепела», ритм галопа (систолический, протодиастолический, мезодиастолический, пресистолический).

Шумы сердца — нет, есть: 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).

Экстракардиальные шумы — нет, есть: шум трения перикарда, плевроперикардиальный шум.

Аускультация крупных сосудов: сонной и бедренной артерии, яремной вены и т.д. Двойной тон Траубе, двойной шум Дюрозье на бедренных артериях — нет, есть.

Измерение артериального давления

Измеряется на обеих руках систолическое и диастолическое артериальное давление (мм рт.ст.).

Система пищеварения

Запах изо рта: обычный, фруктовый, тухлых яиц, гнилостный и т.д.

Слизистая оболочка ротовой полости: цвет, наличие пигментации, кровоизлияний, изъязвлений, молочницы и т.д.

Десны: нормальные, наличие разрыхленности, кровоточивости (нет, есть).

Зубы: состояние их, наличие кариозных зубов.

Язык: цвет, сухой или влажный, чистый или обложен (каким налетом), наличие трещин и изъязвлений, увеличение (нет, есть). Отклонение языка в сторону при высовывании: нет, есть.

Исследование живота в вертикальном положении

Осмотр

Форма живота (нормальная конфигурация, выпячен, втянут, отвисает), наличие асимметрий и местных выпячиваний, расширение вен на передней брюшной стенке («голова медузы»), рубцов, сыпи, пигментации.

Перкуссия живота

Характеристика перкуторного звука по направлению от эпигастрия к гипогастрию, от пупка к фланкам (наличие признаков метеоризма, свободной жидкости в брюшной полости).

Пальпация живота поверхностная

Выявление болезненности, напряжения мышц, грыж передней брюшной стенки.

Аускультация эпигастральной области

Через какое время после проглатывания жидкости появляются первый и второй шумы (в секундах). Наличие крепитации после приема насыщенного раствора соды — нет, есть: умеренная по звучности и калибру или обильная и звучная.

Исследование живота в горизонтальном положении

Осмотр

Форма живота, ее изменение по сравнению с вертикальным положением. Наличие местных выпячиваний, состояние пупка (втянут, выпячен и т.д.). Участие живота в акте дыхания.

Перкуссия

Характеристика перкуторного звука по направлению от эпигастрия к гипогастрию, от пупка к фланкам (в том числе «на боку») для определения наличия метеоризма и свободной жидкости в брюшной полости. Пальпаторное выявление асцита методом флюктуации.

Аускультация живота

Кишечная перистальтика (количество перистальтических движений в минуту) над тонким и толстым кишечником.

Поверхностная ориентировочная пальпация

Наличие болезненности, напряжения мышц передней брюшной стенки, выявление опухолевидных образований и грыж с указанием локализации. Наличие зон гиперестезии.

Глубокая скользящая, методическая топографическая пальпация по методу Glenard-Образцова-Гаусмана

Сигмовидная кишка, нисходящая ободочная кишка, слепая кишка, восходящая ободочная кишка, терминальный отдел подвздошной кишки, большая кривизна и пилорический отдел желудка, поперечная ободочная кишка: их локализация, форма, диаметр, характер поверхности, консистенция, подвижность, урчание, болезненность.

Перкуссия печени

Определение верхней границы абсолютной тупости печени по:

правой передней подмышечной линии _____
 правой срединно-ключичной линии _____
 правой окологрудинной линии _____

Определение нижней границы абсолютной тупости печени по:

правой передней подмышечной линии _____
 правой срединно-ключичной линии _____
 правой окологрудинной линии _____
 передней срединной линии _____
 левой окологрудинной линии _____

Измерение высоты печеночной тупости по:

правой передней подмышечной линии _____
 правой срединно-ключичной линии _____
 правой окологрудинной линии _____

Определение размеров печени по Курлову по:

правой срединно-ключичной линии _____
 передней срединной линии _____
 левой реберной дуге _____

Пальпация печени

Характеристика края печени (острый, закругленный), консистенции (мягкая, эластичная, плотная), положение нижнего края. Болезненность при пальпации — нет, есть.

Перкуссия селезенки

Определение верхней и нижней границ селезенки по средней подмышечной линии слева, передней и задней границ по X межреберью (ребру).

Измерение поперечника, длинника селезенки.

Пальпация селезенки

Селезенка пальпируется — нет, да: характеристика края, поверхности, консистенции, наличие болезненности. Положение нижнего края, при опущении селезенки — его степень.

Мочеполовая система

Осмотр поясничной области

Выпячивания поясничной области — нет, есть: локализация. Покраснение и отечность кожи — нет, есть: локализация.

Перкуссия почек

Симптом поколачивания (положительный, отрицательный).

Пальпация почек

Почки пальпируются — нет, да: в вертикальном и горизонтальном положении, локализация 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.

Пальпация мочеточниковых точек

Пальпация подреберных, верхних мочеточниковых, средних мочеточниковых, реберно-позвоночниковых, реберно-поясничных точек для выявления болезненности — нет, есть, локализация.

Аускультация почек

Наличие шума в реберно-позвоночном углу — нет, есть: локализация, систолический или диастолический.

III. ОБОСНОВАНИЕ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО ДИАГНОЗА

На основании жалоб больного (указать каких), данных анамнеза (указать), данных физикального обследования (указать

какие данные осмотра, пальпации, перкуссии, аускультации) формулируется предварительный диагноз с выделением при обосновании последнего ведущих клинических синдромов.

IV. ПЛАН ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ОБСЛЕДОВАНИЙ

Исходя из предварительного диагноза назначается дополнительное обследование больного параклиническими методами, объем и характер которых определяется исходными данными, полученными при использовании основных клинических методов. Дополнительное обследование включает лабораторные, инструментальные исследования и консультации смежных специалистов.

V. 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.

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

Заключения специалистов – консультантов

Для установления окончательного диагноза больные нередко осматриваются смежными специалистами, т.к. заключение консультанта может служить одним из обоснований диагноза.

VI. КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ

Диагноз – это краткая формулировка заболевания. На основании жалоб больного (указать каких), данных анамнеза (указать каких), данных осмотра и физикального исследования (указать каких), данных лабораторных и инструментальных методов исследования (указать каких) выставляется диагноз основного заболевания.

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

VII. ДНЕВНИК

Дневник истории болезни заполняется в дни курации и отражает динамику состояния больного за истекшее время и эффективность назначаемых лечебных мероприятий.

VIII. ЭПИКРИЗ

История болезни обычно 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.

ПРИЛОЖЕНИЕ 5

Образец оформления учебной истории болезни

ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

Кафедра пропедевтики внутренних болезней
Зав. кафедрой — профессор Г.И. Юпатов
Преподаватель — доцент М.С. Дроздова

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

Больной: К., 1946 г.р.

Диагноз:

Основной:

Ревматоидный артрит: полиартрит с системными проявлениями (фиброзирующий альвеолит, периферическая полинейропатия), серопозитивный, медленно-прогрессирующее течение, активность III степени, рентгенологически III стадия.

Осложнения:

Функциональная недостаточность суставов II степени. Дыхательная недостаточность I ст.

Сопутствующий:

НПВС-ассоциированный эрозивный гастрит, средней степени тяжести.

Куратор — студент 40 гр.,
3 курса ЛПФ Иванов Ю.И.

2007-2008 учебный год

I. ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

1. Ф.И.О. — К.
2. Возраст — 61 год
3. Пол — мужской
4. Национальность — белорус
5. Семейное положение — женат
6. Профессия —
7. Должность —
8. Место работы — пенсионер, инвалид III группы.
9. Домашний адрес — г. Витебск, ул. Войкова, д. 13
10. Дата поступления в клинику — 3.01.2007 г.
11. Дата выписки из стационара
12. Диагноз направившего учреждения — Острая внегоспитальная двусторонняя очаговая пневмония.
13. Предварительный диагноз при поступлении — Ревматоидный артрит: полиартрит с системными проявлениями, обострение.

14. Клинический диагноз:

Основной:

Ревматоидный артрит: полиартрит с системными проявлениями (фиброзирующий альвеолит, периферическая полинейропатия), серопозитивный, медленно-прогрессирующее течение, активность III степени, рентгенологически III стадия.

Осложнения:

Функциональная недостаточность суставов II степени. Дыхательная недостаточность I ст.

Сопутствующий:

НПВС-ассоциированный эрозивный гастрит, средней степени тяжести.

15. Исход заболевания: улучшение.

16. Трудоспособность — утрачена стойко.

II. ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО И ОБЩИЙ АНАМНЕЗ

На момент осмотра больной жалуется на кашель с плохо отходящей вязкой слизистой мокротой; одышку при ходьбе и незначительных физических нагрузках; периодическое познабливание с подъемами температуры до 37,4-37,6°C; онемение пальцев кистей и стоп, слабость в ногах.

Общий анамнез (Anamnesis communis)

Общее состояние

Самочувствие плохое. Беспокоит общая слабость, быстрая утомляемость, периодически возникающая диффузная потливость, периодические повышения температуры тела до 37,6°C в течение последнего месяца, сопровождающиеся по-знабливанием.

Система органов дыхания

Дыхание через нос свободное. Выделений из носа, носовых кровотечений не отмечает. Болей при дыхании, ощущения сухости или першения в горле нет. Голос не изменялся.

Кашель периодический, с отделением в дневное время суток небольшого количества вязкой слизистой мокроты. Интенсивность кашля не зависит от времени суток и положения больного. Кашель учащается при физических нагрузках даже небольшой интенсивности, сопровождается инспираторной одышкой, ощущением «сдавления» в грудной клетке и головокружением. Примеси крови в мокроте не замечал.

Костно-суставно-мышечная система

Отмечает практически постоянные (больше по утрам) боли в суставах кистей, стоп, в последнее время появились также боли в коленных и локтевых суставах. Боли ноющие, достаточно интенсивные (особенно в последний месяц), усиливающиеся в покое, в сырую погоду. Боли не иррадируют, уменьшаются к вечеру, после активного массажа, приема нестероидных противовоспалительных средств.

Беспокоит также «утренняя скованность» в вышеперечисленных суставах (особенно межфаланговых и коленных), выражающаяся в ограничении их подвижности при активных движениях (утром больше, постепенно проходит к 15-17.00).

Боли не сопровождаются судорогами, изменением окраски кожи над суставами. Периодически появляется чувство онемения, «ползания мурашек», нарушения тактильной чувствительности в кончиках пальцев рук и ног. Часто беспокоит слабость в ногах при ходьбе по лестнице.

Система кровообращения

Жалоб на боли в сердце и перебои не предъявляет. Отмечает периодические сердцебиения при физических нагрузках даже небольшой интенсивности.

Иногда повышается артериальное давление до 150/85-160/90 мм рт. ст. (после стрессов, при перемене погоды).

Беспокоит также одышка при небольших физических нагрузках (ходьба по ровному месту в обычном темпе 20-30 м).

Отеки на нижних конечностях не отмечает.

Система пищеварения

Беспокоят периодические слабые ноющие боли в эпигастриальной области, не иррадиирующие, не связанные с приемом пищи, проходящие самостоятельно. Боли несколько участились в течение последнего месяца, стали сопровождаться чувством жжения за грудиной (проходит после приема соды).

Аппетит сохранен. Жевание, глотание — нормальные. Тошноты, рвоты нет. Иногда возникает чувство тяжести в животе (после обильной пищи). Запоров, поносов нет, цвет кала обычный.

Система мочеотделения

Жалоб нет. Боли в пояснице, над лобком, при мочеиспускании не отмечает. Диурез достаточный (соизмерим с количеством выпитой жидкости). Ночью мочится 1-2 раза, отмечает ослабление струи мочи в последние 2-3 года. Цвет мочи существенно не изменялся.

Отечности век, лица не отмечает.

Система кроветворения

Жалобы на слабость, периодические головокружения при перемене положения тела.

Повышенной кровоточивости не отмечает.

Чувство тяжести, полноты в подреберьях не беспокоит.

Периодическое онемение пальцев рук и ног связывает с неудобным их положением или длительным бездействием.

Эндокринная система

Слабость и повышенную утомляемость больной связывает с патологией суставов.

Значительного похудения за короткое время больной не отмечал.

Повышения аппетита, жажды нет.

Сведений о половой функции получить не удалось.

Нервная система

Сон не нарушен. Настроение обычное.

Память на недавние и отдаленные события сохранена.

Головные боли не беспокоят, бывает головокружение при перемене положения тела.

Периодически отмечает слабость в ногах, чувство онемения пальцев кистей и стоп, проходящее после интенсивного их массажа или согревания.

Органы чувств

Зрение снижено – дальнозоркость (пользуется очками для чтения). Слух сохранен.

Больной отмечает снижение тактильной чувствительности за последний год. Обоняние нормальное. Вкус сохранен.

III. ИСТОРИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ (ANAMNESIS MORBI).

Пациент считает себя больным с 1985 г., когда впервые появились боли и «утренняя скованность» в голеностопных суставах. Причиной заболевания считает частые переохлаждения (много лет увлекался подводной охотой, в том числе зимней). К врачам не обращался, лечился народными средствами. Самочувствие прогрессивно ухудшалось. В 1993 г. усилились боли, появилась отечность голеностопных суставов, суставов кистей, что заставило обратиться за медицинской помощью. Был выставлен диагноз ревматоидного артрита умеренной активности. Неоднократно лечился в ревматологическом отделении ВОКБ (нестероидные противовоспалительные средства, физиолечение, внутрисуставное введение гормонов), самочувствие улучшалось временно.

Периоды ремиссии заболевания постепенно сокращались, появилась деформация суставов кистей, боли распространились на локтевые, плечевые и коленные суставы.

Последняя госпитализация в ревматологическое отделение была зимой 2005 года в связи с резким повышением активности процесса. Улучшение состояния было достигнуто на фоне гормонотерапии и индометацина. Выписан на поддерживающей дозе (3 таб/сут.) преднизолона с рекомендацией постепенного её снижения под наблюдением ревматолога поликлиники.

Доза преднизолона была снижена до 1 таблетки примерно за 2 месяца, врач рекомендовал остановиться на достигнутом.

В августе 2006 г. пациент самостоятельно прекратил прием гормонов в связи со «стабильно неплохим» самочувствием, сухой теплой погодой и проч.

Последнее ухудшение самочувствия отмечалось в октябре 2006 г., когда пациент почувствовал усиление болей и скованности в плечевых и коленных суставах, появление припухлости и жара в коленных суставах. Периодически (бесконтрольно) принимал таблетки индометацина, вольтарена, диклоберла. Боли и отечность в суставах несколько утихали, затем самочувствие ухудшалось снова. Периодически появлялись боли и жжение в эпигастральной области, которые снимались вначале сухим теплом, потом приемом соды.

В ноябре 2006 г. появилось периодическое чувство онемения кистей и стоп, нарушения кожной чувствительности дистальных отделов конечностей, слабость в ногах. В конце ноября пациент случайно обнаружил у себя повышение температуры до невысоких субфебрильных цифр. Лечился НПВС и народными средствами (горячие ванны, спиртовые компрессы). Самочувствие не улучшалось.

В начале декабря отметил появление ознобов, потливости, редкого малопродуктивного кашля. Продолжал самолечение.

Самочувствие постепенно ухудшалось: появилась одышка, кашель стал беспокоить чаще, боли в суставах усилились.

Предположив наличие у себя затянувшейся острой респираторной вирусной инфекции, в середине декабря 2006 г. пациент обратился в поликлинику к участковому терапевту. В течение недели получал амбулаторное лечение (нимесулид, цефалексин, физиолечение). В связи с отсутствием положительной динамики назначено дообследование. После рентгенографии больной был направлен на госпитализацию в терапевтическое отделение стационара с диагнозом: Острая внегоспитальная двусторонняя пневмония.

IV. ИСТОРИЯ ЖИЗНИ (ANAMNESIS VITAE)

Родился 2-м ребенком в семье. Рос и развивался нормально. Окончил среднюю школу, получил среднее специальное образование. В рядах ВС служил (ВДВ).

Начало трудовой деятельности — с 21 года. В течение 36 лет работал испытателем радиоаппаратуры на номерном за-

воде. Работа была связана с воздействием СВЧ, УВЧ, ВЧ. С 57-летнего возраста — инвалид III группы по общему заболеванию.

Жилищные и санитарно-гигиенические условия удовлетворительные — живет в отдельной 2-хкомнатной квартире вместе с женой (трое взрослых детей живут отдельно). Питание регулярное, сбалансированное.

Не курит с 30-летнего возраста. Алкоголь употребляет в небольших количествах только по торжественным датам. С 16-летнего возраста до 40 лет увлекался подводной охотой (в том числе зимней).

Из перенесенных заболеваний отмечает частые ОРВИ, ангины (до 2-4 раз в год), хронический гастрит. Травм, ранений, контузий не было. Туберкулез, вензаболевания, вирусный гепатит у себя и родственников отрицает. У бабушки было какое-то заболевание с деформацией суставов кистей.

Лекарственная аллергия на ибупрофен: отек лица, конъюнктивит.

В 1996 г. переливали кровь, была реакция в виде озноба.

V. ПЕРВИЧНАЯ ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ГИПОТЕЗА

На основании жалоб больного на кашель со скудной слизистой мокротой, инспираторную одышку, субфебрильную температуру, боли и принуждость суставов в сочетании с их «утренней скованностью» и парестезиями; данных анамнеза болезни (болен ревматоидным артритом больше 20 лет, заболевание имеет непрерывно-прогрессирующее течение, отсутствие адекватной поддерживающей терапии); данных анамнеза жизни (наличие подобного заболевания у близкого родственника; хобби, связанное с частыми переохлаждениями и воздействием сырости; работа с вредными условиями труда) можно предположить у него прогрессирующее заболевание соединительной ткани с системными проявлениями.

VI. ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ (Status praesens)

Общий осмотр

Общее состояние удовлетворительное.

Сознание ясное.

Положение активное.

Нормостенического типа телосложения. Рост 170 см, вес 75 кг. Голова овальной формы, шея обычной длины, длина конечностей сопоставима с длиной туловища.

Кожные покровы бледно-розового цвета, несколько повышенной влажности, чистые. На коже передней поверхности грудной клетки вверху и в области плечевого пояса видны единичные телеангиэктазии («сосудистые звездочки»). Видимые слизистые бледно-розовые.

Подкожная клетчатка развита умеренно, толщина кожной складки на уровне X ребра по правой срединно-ключичной линии — 2 см.

Щитовидная железа не увеличена, доли не пальпируются, ширина перешейка — 4 мм.

Лимфатические узлы (подчелюстные, околоушные, шейные, затылочные, над- и подключичные, подмышечные, паховые) не увеличены.

Костно-суставно-мышечная система

Суставы кистей деформированы (четкая «ульнарная девиация»), активные движения (отведение) ограничены, пассивные движения — в полном объеме (даже гипермобильны). Кожа над ними не изменена.

Локтевые суставы несколько увеличены в объеме (возможно, отечны), горячие на ощупь, активные движения в них несколько ограничены из-за болезненности. Под кожей на разгибательной поверхности левого предплечья пальпируются 2 округлых узелка размером до 5 мм, плотно-эластической консистенции, подвижные, безболезненные, с кожей не связанные.

Объем мышц нижних конечностей уменьшен (гипотрофии), их тонус снижен.

Коленные суставы деформированы, кожа над ними горячая на ощупь, слегка гиперемизированная, пальпация правого сустава — слегка болезненна. Движения (активные и пассивные) несколько ограничены из-за боли.

Голеностопные суставы и суставы пальцев стоп симметричны, деформированы, кожа над ними не изменена.

Имеются следы трофических нарушений на голених (оча-

ги цианоза, чередующиеся с очагами бледности). Кожная болевая и холодовая чувствительность стоп и голеней снижена.

Позвоночник обычной конфигурации, без патологических искривлений, движения — в полном объеме.

Система органов дыхания

Осмотр грудной клетки:

Форма грудной клетки нормостеническая: переднезадний размер несколько меньше бокового, ребра обычной ширины, ход их пологий, ширина межреберий — около 1 см, над- и подключичные ямки обычные, лопатки не контурируются.

Тип дыхания брюшной. Число дыханий — 19 в 1 мин. Дыхание поверхностное. Обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания.

Окружность грудной клетки: на высоте вдоха — 94 см, на высоте выдоха — 88 см, при спокойном дыхании — 90 см.

Пальпация грудной клетки:

Пальпаторно зон болезненности и ригидности мышц не выявлено.

Голосовое дрожание проводится одинаково с обеих сторон, несколько ослаблено сзади по лопаточным линиям (под лопатками).

Перкуссия легких:

При *сравнительной перкуссии легких* справа и слева с 5-го ребра сзади и по подмышечным линиям определяются небольшие участки притупления. По остальным линиям определяется ясный легочный звук на симметричных участках.

Топографическая перкуссия легких.

Верхние границы легких:

спереди: на 4 см над ключицами с обеих сторон;

сзади: на уровне остистого отростка VII шейного позвонка с обеих сторон.

Ширина полей Кренига: справа — 5 см, слева — 6 см.

Нижние границы легких:

Топографические линии	Правое легкое	Левое легкое
l. parasternalis	верхний край VI ребра	—
l. medioclavicularis	нижний край VI ребра	—
l. axillaris anterior	VII ребро	VII ребро
l. axillaris media	VIII ребро	VIII ребро
l. axillaris posterior	VIII ребро	VIII ребро
l. scapularis	IX ребро	IX ребро
l. paravertebralis	XI ребро	Остистый отросток XI грудного позвонка

Подвижность нижних краев легких (активная)

Топографические линии	Подвижность в см					
	справа			слева		
	Вдох	Выдох	В сумме	Вдох	Выдох	В сумме
l. medioclavicularis	1	2	3	—	—	—
l. axillaris media	1,5	3	4,5	2	3	5
l. scapularis	1,5	2	3,5	2	2	4

Аускультация легких:

Спереди по всем линиям ниже III ребра на фоне жесткого везикулярного дыхания выслушивается крепитация (лучше слышна на высоте вдоха, не изменяется после покашливания). Сзади и по аксиллярным линиям, начиная с 4-го ребра, на фоне слегка ослабленного везикулярного дыхания выслушивается крепитация. Бронхофония не усилена.

Система органов кровообращения

Осмотр области сердца и крупных сосудов:

Верхушечный толчок не виден, патологической пульсации сосудов нет.

Пальпация сердца и сосудов:

Пульс — одинаковый на обеих руках, ритмичный, частота — 82 пульсовых волны в мин, удовлетворительного напряжения, полный. Артериальные стенки упругие, дефицита пульса нет.

Верхушечный толчок пальпируется в 5-м межреберье на 0,5 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии, площадь его 1,5 см², средней высоты, резистентный.

В положении на левом боку верхушечный толчок смещается влево на 1 см.

Перкуссия сердца и сосудистого пучка:

Границы относительной тупости сердца.

Правая: в IV-м межреберье на 1 см кнаружи от правого края грудины.

Левая: в V-м межреберье на 0,5 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии.

Верхняя: верхний край III-го ребра слева на уровне окологрудинной линии.

Поперечник относительной тупости сердца: справа в 4-ом межреберье — 4 см, слева в 5-ом межреберье — 9,5 см, в целом — 13,5 см.

Граница абсолютной тупости сердца.

Правая: левый край грудины на уровне IV-го межреберья.

Левая: в V-м межреберье на 2 см кнутри от левой срединно-ключичной линии.

Верхняя: нижний край IV-го ребра слева по окологрудинной линии.

Граница сосудистого пучка.

Правая: 2-е межреберье, правый край грудины.

Левая: 2-е межреберье, левый край грудины.

Поперечник сосудистого пучка — 5,5 см.

Аускультация сердца и сосудов.

Тоны сердца приглушены, ритмичные, тахикардия, ЧСС — 92 в 1 мин.

АД — 140/85 мм рт. ст. на обеих руках (стоя и лежа).

Система органов пищеварения

Язык влажный, у корня покрыт серовато-белым налетом. Зев спокоен. Миндалины гипертрофированы. Акт глотания не нарушен.

Осмотр живота в вертикальном и горизонтальном положении отклонений от нормы не выявляет. Живот обычной формы, равномерно участвует в акте дыхания.

Перкуссия живота: При перкуссии живота над желудком определяется громкий тимпанит, над кишечником — участки тимпанита чередуются с притупленным тимпанитом.

Аускультация живота: Перистальтика кишечника живая, частота перистальтических волн — 4 в минуту.

Пальпация живота.

При поверхностной ориентировочной пальпации живот мягкий, чувствительный в эпигастральной области.

Глубокая, скользящая, методическая пальпация по Гленар — Образцову — Гаусману.

В левой подвздошной области пальпируется сигмовидная кишка толщиной с большой палец (около 2,0 см в диаметре), безболезненная, подвижная (смещается до 3 см).

Пальпировать нисходящую ободочную кишку не удалось.

В правой подвздошной области пальпируется слепая кишка, урчащая, безболезненная, около 4 см в диаметре, подвижная.

Восходящую ободочную кишку пальпировать не удалось.

Ниже слепой кишки, косо вниз кнаружи пальпируется терминальный отрезок подвздошной кишки в виде тяжа диаметром около 0,5 см, плотного, урчащего, безболезненного.

Большая кривизна желудка пальпаторно не определена из-за боли, поэтому использован метод аффрикции, который выявил ее на 4,5 см выше пупка.

Привратник и поперечную ободочную кишку пальпировать не удалось из-за болезненности в эпигастрии.

Топографические линии	верхняя граница	нижняя граница	размеры
l. axillaris anterior dextra	VII ребро	Нижний край X ребра	12 см
l. medioclavicularis dextra	Нижний край VI ребра	Край реберной дуги	10 см
l. parasternalis dextra	Верхний край VI ребра	1,5 см ниже реберной дуги	9 см

Топографические линии	верхняя граница	нижняя граница	размеры
l. mediana anterior	—	На границе верхней и средней 1/3 расстояния между мечевидным отростком грудины и пупком	—
l. parasternalis sinistra	—	Край реберной дуги	—

Размеры печени по Курлову:

Правая срединно-ключичная линия — 10 см;

Передняя срединная линия — 8 см;

Косой размер — 7 см.

Пальпация печени. Печень пальпируется на уровне окологрудинной линии на 1,5 см ниже реберной дуги, край ровный, безболезненный.

Перкуссия и пальпация селезенки.

Размеры селезенки: поперечный — 5 см, продольный — 7 см.

Селезенка не пальпируется.

Мочеполовая система

Мочеиспускание не нарушено. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Почки не пальпируются. Пальпация мочеточниковых точек безболезненна.

Психоневрологический статус:

Сознание ясное, больной несколько подавлен. Выражена потливость, отмечается нестойкий красный дермографизм. Зрачки одинаковы, живо реагируют на свет. Болевая и температурная чувствительность дистальных отделов конечностей несколько снижена.

VII. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

На основании жалоб больного на малопродуктивный кашель, инспираторную одышку, субфебрильную температуру, боли и припухлость суставов в сочетании с их «утренней скованностью» и парестезиями; данных анамнеза болезни

(непрерывно-прогрессирующее течение ревматоидного артрита больше 20 лет, отсутствие адекватной поддерживающей терапии); данных анамнеза жизни (наличие подобного заболевания у близкого родственника; частые переохлаждения; работа во вредных условиях труда); данных объективного исследования:

- деформация суставов кистей («ульнарная девиация»), локтевых и коленных суставов;
- выраженные явления воспаления в локтевых и коленных суставах (локальная гипертермия, отечность, болезненность при пальпации и активных движениях);
- наличие «ревматических узелков» над разгибательной поверхностью левого предплечья;
- нарушение болевой и температурной чувствительности дистальных отделов конечностей;
- распространенная крепитация над легкими на фоне жесткого везикулярного дыхания

больному можно выставить следующий
ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ:

Ревматоидный артрит: полиартрит с системными проявлениями, обострение.

VIII. ДАННЫЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ (ЛАБОРАТОРНЫХ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ)

Рентгенография органов грудной клетки. 27.12.06 г.

Симметричное усиление и мелкоячеистая перестройка легочного рисунка, периваскулярный и интерстициальный отек на фоне снижения прозрачности легочного фона. Сердце — небольшое увеличение левого желудочка, корень аорты уплотнен.

Рентгенография левой кисти 15.12.06 г.

На фоне выраженного диффузного регионарного остеопороза отмечаются различной степени сужения суставных щелей всех сочленений кисти и лучезапястного сустава.

Отмечается узурация ладьевидной кости, основания V пястной кости. Имеются подвывихи дистальных фаланг I и II пальцев.

Анализ крови общий 28.12.06 г.

Эритроциты	$\times 10^{12}/л$	4,6
Лейкоциты	$\times 10^9/л$	8,2
Гемоглобин	г/л	116
Цв.показатель	%	0,95
Эозинфилы	%	2
Базофилы	%	1
Миелоциты	%	—
Юные	%	—
Палочко-ядерные	%	—
Сегментоядерные	%	72
Лимфоциты	%	24
Моноциты	%	

Анализ мочи 28.12.06 г.

Физические свойства:

К-во — 40,0 мл

Цвет — темно-желтая

Прозрачность — неполная

Уд. вес — 1025

Реакция — кислая.

Химические свойства:

Белок — 0,012 г/л

Сахар — нет

Микроскопия:

Цилиндры — нет

Эритроциты — нет

Лейкоциты — 3-5 в п. зр.

Эпителий — 4-6 в п. зр.

Соли — оксалаты.

Анализ мокроты 28 и 29.12.06 г.

Цвет — серый

Запах — нет

Консистенция — вязкая

Клинический характер — слизистая

Лейкоциты — 4-6 в п. зр.

Эритроциты — не найдены

Эпителий альвеолярный плоский — 3-4 в п. зр.

Эозинофильные клетки — 1-2 в п. зр.

Биохимический анализ крови 3.01.07 г.

Глюкоза – 4,4 ммоль/л

Мочевина – 8,1 ммоль/л

Билирубин (общ./прям.) – 10,8/0 ммоль/л

Общий белок – 74 г/л

Креатинин – 0,077 ммоль/л

АлАТ – 0,32 ммоль/ч л

АсАТ – 0,36 ммоль/ч л

РФ +++

СРБ – положительный.

Эзофагогастродуоденоскопия 3.01.07 г.

Заключение: эрозивный гастрит (множественные острые эрозии тела желудка).

ЭКГ 3.01.07 г.

Ритм синусовый 75 в 1 мин. Горизонтальное положение электрической оси сердца. Признаки гипертрофии левого желудочка.

IX. КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ

На основании жалоб больного на малопродуктивный кашель, явления интоксикации в сочетании с характерными суставными явлениями; данных 20-летнего анамнеза болезни (ревматоидный артрит); отягощенного анамнеза жизни (наследственная предрасположенность; влияние климатических условий и вредных условий труда); данных объективного исследования (воспалительно-дегенеративные изменения суставов; ревматические узелки; нарушение болевой и температурной чувствительности дистальных отделов конечностей; одышка и распространенная крепитация над легкими на фоне жесткого везикулярного дыхания), а также данных дополнительных методов исследования (умеренный лейкоцитоз, небольшая нормохромная анемия и значительное повышение СОЭ в общем анализе крови, характерная рентгенологическая картина в суставах и легких, появление СРБ и высоких титров РФ в сыворотке крови) можно поставить следующий

КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ:

Основной: Ревматоидный артрит: полиартрит с системными проявлениями (фиброзирующий альвеолит, периферическая полиневропатия), серопозитивный, медленно-прогрессирующее течение, активность III степени, рентгенологически III стадия.

Осложнения: Функциональная недостаточность суставов II степени. Дыхательная недостаточность I ст.

Сопутствующий: НПВС-ассоциированный эрозивный гастрит, средней степени тяжести.

X. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Ревматоидный артрит	Деформирующий остеоартроз	Системная красная волчанка
Боли в покое и при нагрузке. «Утренняя» скованность.	Боли при нагрузке: «стартовые» боли.	Выраженность болей не соответствует объективным данным.
Симметричное поражение суставов.	Асимметричное поражение суставов.	Асимметричность поражения суставов.
Ярко выражены воспалительные явления над суставами.	Признаки воспаления над суставами не выражены.	Возможна гиперемия и отек кожи над суставом.
В анамнезе частые переохлаждения, воздействие сырости.	В анамнезе травматические повреждения и нейроэндокринная патология.	
Rtg-картина включает: остеопороз суставных концов костей, сужение суставной щели, появление узур и анкилозов.	Rtg-картина включает: остеосклероз суставных концов, неравномерное сужение суставной щели, краевые костные разрастания.	
Возможны системные проявления: пневмонит с характерной клин. картиной (крепитация и вл. хрипы); фиброзирующий альвеолит (скудная клиника — крепитация, характ. Rtg-ячеистая	Системные проявления не характерны.	Характерны другие системные проявления: «бабочка» на лице, люпус-пневмонит, плеврит, перикардит, аллопеция, синдром Рейно.

Ревматоидный артрит	Деформирующий остеоартроз	Системная красная волчанка
----------------------------	----------------------------------	-----------------------------------

картина легких); ревматоидные узелки; гломерулонефрит, васкулит, нейропатия, кардит, амилоидоз.

При длительном течении возможно анкилозирование суставов, атрофия мышц.

В анализе крови «+» реакция на РФ, повышение СОЭ > 30 мм/час; LE-клетки не обнаруживаются.

При длительном течении — деформация сустава.

В анализе крови СОЭ возрастает незначительно (20-25 мм/час).

В анализе крови: LE-клетки, АТ к ДНК в высоких титрах, рост СОЭ > 30 мм/час; лейкопения не < 4 × 10⁹/л

Диагностические критерии ревматоидного артрита (АРА, 1987)

Критерии	Определение критерия
1. Утренняя скованность	Утренняя скованность суставов и околоуставных тканей, продолжающаяся не менее 1 часа.
2. Артрит 3-х и более суставов	Припухание периартикулярных мягких тканей (или выпоты в полость сустава) не менее 3-х суставов.
3. Артрит суставов кисти	Припухание проксимальных межфаланговых, или лучезапястных, или пястно-фаланговых суставов.
4. Симметричный артрит	Одновременное поражение одинаковых суставных зон справа и слева.
5. Ревматоидные узелки	Подкожные узелки, пальпируемые на разгибательной поверхности предплечья вблизи локтевого сустава или в области других суставов.
6. Ревматоидный фактор в сыворотке крови	Повышенные титры ревматоидного фактора в сыворотке крови любым методом, дающим < 5% положительных результатов у здоровых лиц в популяции.
7. Рентгенологические изменения	Эрозии (узур), или неравномерная декальцификация (остеопороз кисти), локализованная в пораженных суставах или на смежных суставах.

Диагноз РА выставляется при наличии 4-х из 7 указанных критериев, причем критерии с 1 по 4 должны присутствовать не менее 6 недель.

У нашего пациента одновременно имеются 6 из 7-ми критериев. Имеются все наиболее важные в диагностическом отношении симптомы: стойкий полиартрит с симметричным поражением пястно-фаланговых, проксимальных межфаланговых и плюснефаланговых суставов, постепенное прогрессирование суставного синдрома с вовлечением новых суставов, костные эрозии на рентгенограммах, наличие РФ в крови в больших титрах, подкожные ревматоидные узелки, нарушение кожной чувствительности (характерное для поражения нервных окончаний), типичная рентгенологическая картина фиброзирующего альвеолита. Поэтому после проведения дифференциального диагноза мы остановились на клиническом диагнозе: Ревматоидный артрит с системными проявлениями.

XI. ПЛАН ДООБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО

1. Анализ крови общий (в процессе лечения).
2. Исследование крови на LE-клетки, иммунограмму.
3. Повторный анализ мокроты + ее исследование на ВК.
4. Бактериоскопия мокроты, окрашенной по Граму.
5. Рентгенография легких в 2-х проекциях в динамике.

XII. ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ.

1. Диета № 1.
2. Ингибиторы протонной помпы, антисекреторные и антацидные средства для ускорения процесса эпителизации эрозий желудка.
2. Терапия кортикостероидами в адекватных дозах (вначале в/венно капельно, затем возможен переход на пероральный прием).
3. Дезинтоксикационная терапия.
4. Аналгетики.
4. Отхаркивающие средства.
5. Гипосенсибилизирующие средства.
6. Поливитамины.
7. Физиотерапевтическое лечение по показаниям.
8. ЛФК по показаниям.

XIII. ДНЕВНИКИ

3.01.07 г.

Т — 37,2° С

Пульс — 84
в 1 мин

ЧД — 20
в 1 мин

АД — 130/75
мм рт. ст.

Жалуется на кашель с отделением небольшого количества вязкой бесцветной мокроты, боль и «скованность» в суставах кистей, локтевых и коленных, слабость в ногах.

При объективном исследовании: Состояние больного средней тяжести. Суставы деформированы, кожа над коленными и локтевыми суставами гиперемирована, горячая на ощупь. Тоны сердца приглушены, ЧСС — 84 в 1 мин. Над легкими сзади и по аксиллярным линиям с 4-го ребра выслушивается крепитация на фоне жесткого везикулярного дыхания. Живот мягкий, чувствительный в эпигастральной области. Стул и диурез без особенностей. Отеков нет.

Назначения те же.

Врач

15.01.07 г.

Т — 36,8° С

Пульс — 82
в 1 мин

ЧД — 180
в 1 мин

АД — 125/75
мм рт. ст.

Субъективно отмечает значительное улучшение общего состояния: кашель стал реже, уменьшилась слабость, несколько меньше беспокоит боль в суставах.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Явления воспаления над суставами несколько меньше (гиперемия исчезла, кожа менее горячая). Со стороны легких отмечается положительная динамика — уменьшилась одышка, крепитация выслушивается только в нижних отделах легких по подмышечным линиям. Сердце — без изменений. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме.

Лечение продолжить.

Врач

XIV. ЭПИКРИЗ

Больной К., 61 год, пенсионер, инвалид II группы, госпитализирован в терапевтическое отделение 3.01.2007 с жалобами на кашель, лихорадку, боли в коленных, локтевых суставах и суставах кистей.

Болен ревматоидным артритом около 20 лет, в последний год не лечился. Самочувствие ухудшилось с октября 2006 г. после отказа от поддерживающего лечения. Значительное ухудшение состояния в декабре 2006 г. привело пациента к врачу. После дообследования направлен в стационар.

При поступлении состояние больного средней тяжести.

Объективное исследование выявило наличие признаков активного полиартрита, сопровождающегося выраженными системными проявлениями (ревматоидные узелки, фиброзирующий альвеолит, полинейропатия), явлениями эрозивного гастрита.

За время пребывания в стационаре (14 дней) больной получал: преднизолон (35-25 мг в сутки), омепразол, альмагель, анальгетики, димедрол, отхаркивающую микстуру, поливитамины, физиолечение. Отмечается положительная динамика.

Больной остается в стационаре.

Лечение: продолжить прием омепразола 20 мг 2 раза в сутки, дозу преднизолона снизить до 20 мг/сут. в 2 приема (15 мг после завтрака и 5 мг в 12.00) .

Врач