

Федеральное государственное бюджетное  
образовательное учреждение высшего образования  
«Сибирский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Е.Б. Букреева, Л.И. Волкова, Н.С. Ямкина

## **ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ**

Учебно-методическое пособие  
для студентов 4 и 5 курсов педиатрического и лечебного факультетов

Томск  
Издательство СибГМУ  
2017

УДК 616.1/.9-07(075.8)

ББК 53.42я73

Б 906

**Букреева Е.Б. Волкова Л.И., Ямкина Н.С.**

Б 906

История болезни в терапевтической клинике : учебно-методическое пособие / Е.Б. Букреева, Л.И. Волкова, Н.С. Ямкина. – Томск : Изд-во СибГМУ, 2017. – 46 с.

Данное учебное пособие предназначено для студентов 4 и 5 курсов педиатрического и лечебного факультетов, а также может быть использовано интернами, ординаторами и начинающими врачами-терапевтами. Цель учебного пособия: помочь студентам усвоить требования к ведению основного медицинского документа – истории болезни.

УДК 616.1/.9-07(075.8)

ББК 53.42я73

Рецензент:

**В.В. Боярко** – канд. мед. наук, доцент кафедры внутренних болезней педиатрического факультета ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России.

*Утверждено и рекомендовано к печати Учебно-методической комиссией педиатрического факультета ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России (протокол № 3 от 15.11.2016).*

© Е.Б. Букреева, Л.И. Волкова, Н.С. Ямкина, 2017

© Издательство СибГМУ, 2017

## СОДЕРЖАНИЕ

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ.....	4
ВВЕДЕНИЕ.....	5
РАЗДЕЛЫ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ.....	6
Официальные данные о больном.....	6
Жалобы больного.....	6
Анамнез настоящего заболевания.....	7
Анамнез жизни.....	9
Анамнез семейный.....	9
Анамнез аллергологический.....	9
Объективное исследование.....	9
Обоснование предварительного диагноза.....	10
План дополнительных исследований.....	12
Данные лабораторных и инструментальных исследований.....	12
Дневник течения заболевания.....	13
Обоснование и формулировка окончательного диагноза.....	14
Обоснование лечения.....	17
Эпикриз (этапный, выписной).....	17
ПРИЛОЖЕНИЕ 1. Пример учебной истории болезни.....	19
ПРИЛОЖЕНИЕ 2. Количественные характеристики показателей периферической крови.....	37
ПРИЛОЖЕНИЕ 3. Наиболее значимые патологические изменения (количественные и качественные) состава периферической крови.....	39
ПРИЛОЖЕНИЕ 4. Нормальные значения параметров миелограммы.....	44
ПРИЛОЖЕНИЕ 5. Метаболиты эритропоэза.....	45

## СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АД	– артериальное давление
АЛАТ	– аланинаминотрансфераза
АСАТ	– аспартатаминотрансфераза
АЧТВ	– активированное частичное тромбопластиновое время
ЖДА	– железодефицитная анемия
КФК	– креатинфосфокиназа
КФК-МВ	– креатинфосфокиназа МВ-фракции
КФС	– колонофиброскопия
ЛПНП	– липопротеины низкой плотности
ЛПВП	– липопротеины высокой плотности
МНО	– международное нормализованное отношение
ОАК	– общий анализ крови
ОЖСС	– общая железосвязывающая способность сыворотки крови
ПТИ	– протромбиновый индекс
СРБ	– С-реактивный белок
ТАГ	– триацилглицериды
УЗИ	– ультразвуковое исследование
ЭКГ	– электрокардиограмма
ЭГДС	– эзофагогастродуоденоскопия

## ВВЕДЕНИЕ

В процессе обучения в терапевтической клинике студенты должны научиться вести оптимальную по объему историю болезни, в которой содержались бы все необходимые и важные сведения о больном, его болезни и активной лечебной деятельности врача в процессе лечения. В учебной истории болезни куратор представляет и анализирует весь фактический материал всестороннего обследования больного, динамику его болезни, лечение и прогноз. Студент должен уметь анализировать полученную информацию для того, чтобы сопоставлять субъективные и объективные изменения в организме больного человека с определенными нозологическими формами. Написанию учебной истории болезни предшествуют неоднократное обследование и беседа с больным во время курации, обязательным моментом при этом является соблюдение правил медицинской этики и деонтологии. Вместе с тем студент должен получить исчерпывающую информацию, которая поможет ему при написании.

Учебная история болезни пишется по определенному плану. Начинается она с паспортной части, в которой отражаются общие сведения о больном, включающие в себя фамилию, имя, отчество (в целях соблюдения врачебной тайны на титульном листе истории болезни инициалы указываются только заглавными буквами), пол, дату рождения и полный возраст больного, профессию и род занятий (место работы) в настоящее время, дату поступления в клинику. Другие обязательные разделы истории болезни изложены ниже.

Ведение истории болезни – процесс творческий, отражающий личность врача, его знания и опыт. Поэтому содержание истории болезни не может быть детально определено и строго стандартизировано. Возможны и разные точки зрения по отдельным частным вопросам истории болезни, как по форме изложения, так и по содержанию.

Целью написания учебной истории болезни являются также освоение и закрепление конкретных навыков по методологии диагностического процесса.

## РАЗДЕЛЫ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ

### ОФИЦИАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ О БОЛЬНОМ

1. Паспортная часть: фамилия, имя, отчество больного, дата рождения и полный возраст, профессия и род занятий (место работы) в настоящее время.
2. Дата госпитализации.
3. Дата выписки.
4. Кем направлен больной (по скорой помощи или в плановом порядке).
5. Дата начала курации.
6. Дата окончания курации.
7. Диагноз направления.
8. Окончательный диагноз:
  - а) основное заболевание;
  - б) осложнения основного заболевания;
  - в) сопутствующие заболевания.

### ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО

#### *1. Жалобы, предъявленные больным при поступлении*

Жалобы, предъявленные больным при поступлении в стационар, излагаются последовательно. Перечисление начинается с основных и заканчивается дополнительными (второстепенными, менее важными). Каждая жалоба описывается подробно, с перечислением основных ее характеристик. Направление опроса при сборе жалоб определяется гипотезами предварительного диагноза, которые создаются уже на основании предъявленных больным жалоб и общего впечатления, которое производит больной при первой встрече. Каждая жалоба должна быть изложена подробно и всесторонне охарактеризована (детализирована). Например, в отношении болей надо отметить:

1. Причина возникновения (ходьба, прием пищи, глубокое дыхание, наклоны и т. д.).
2. Интенсивность (сильные, слабые и т. д.).

3. Характер (сжимающие, давящие, колющие и т. д.).
4. Локализация (за грудиной, в эпигастральной области и т. д.)
5. Иррадиация (под левую лопатку, поясничную область и т. д.).
6. Продолжительность (остро возникшие, постоянные, приступообразные и т. д.; длительные, с указанием их продолжительности).
7. Какими симптомами сопровождаются (слабость, холодный липкий пот на лбу, снижение давления, сердцебиение, черный жидкий стул, светлый кал, темная (как пиво) моча, учащенное мочеиспускание и т. д.).
8. Чем купируются (нитроглицерин через 3–5 минут, но-шпа и т. д.).

Для полноты характеристики жалоб необходимо проводить активный опрос больного, направление которого определяется возникающими у куратора диагностическими гипотезами.

## *2. Жалобы, предъявленные больным на начало курации*

Если на момент начала курации больного прошло какое-то время, следует уточнить, изменились ли жалобы, которые имели место при поступлении, и описать их. Уточнение динамики жалоб и ее оценка могут быть полезными при обосновании окончательного диагноза и эффективности проводимой терапии.

Все жалобы рекомендуется излагать в именительном падеже («боли в эпигастральной области» и т. п.).

## АНАМНЕЗ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

Здесь студент должен отразить, когда и как началось заболевание, какие провоцирующие факторы может отметить сам больной, какими симптомами заболевание проявилось впервые. Правильно и полноценно собранный анамнез является залогом правильной постановки диагноза еще до проведения инструментальных и лабораторных методов обследования. В этом разделе истории болезни указывают основные этапы развития заболевания.

Анамнез настоящего заболевания должен быть изложен таким образом, чтобы можно было получить представление о:

1. Начале острого или обострения хронического заболевания; возможных причинах заболевания; причинах, способствующих обострению заболевания.
2. Его симптомах, течении и возможных осложнениях болезни.

3. Ранее поставленном диагнозе, результатах проведенного в связи с этим обследования больного, проведенном лечении и его эффективности.

Последовательность развития хронического заболевания должна быть отражена указанием возраста больного, даты (год, месяц) появления первых симптомов и хронологическим порядком изложения динамики их развития.

В анамнезе должна быть подробно представлена динамика субъективных симптомов заболевания, изложенных в разделе «жалобы». Важно не упустить изменение симптомов, что может говорить о возникновении осложнений (например, при язвенной болезни – пенетрация, малигнизация).

Пользуясь сведениями, полученными от больного, и представленными им медицинскими справками из различных учреждений, где больной лечился и обследовался, необходимо отразить также результаты проведенных ранее наиболее важных лабораторных, инструментальных исследований, заключение консультантов, время, длительность, характер и результаты применявшейся терапии. При этом нужно отметить, какие сведения почерпнуты из рассказа больного, а какие – из медицинских документов.

Анамнез следует излагать без повторения фамилии больного и соответствующих местоимений (как из требований лаконизма, так и из деонтологических соображений).

Необходимо указать дату начала последнего обострения болезни, послужившего причиной поступления больного в стационар, и описать подробно его симптомы.

В конце анамнеза описываются изменения в состоянии больного, эффект от проводимой терапии с момента госпитализации до начала курации.

В случаях, когда по результатам опроса больного создается впечатление о двух или более заболеваниях, можно поступить следующим образом:

1) изложить динамику симптомов обоих заболеваний в хронологическом порядке (при наличии заболеваний, патогенетически связанных между собой, например, гипертоническая болезнь и ишемическая болезнь сердца);

2) изложить отдельно анамнез каждого заболевания в тех случаях, когда общих патогенетических звеньев между ними нет.



## АНАМНЕЗ ЖИЗНИ

Рекомендуется излагать его по следующим разделам.

1. Перенесенные болезни, травмы, операции с указанием возраста, когда они были перенесены, особенностей их течения, исхода.

2. Профессиональный анамнез с выяснением условий труда, поллютантов на производстве, продолжительности рабочего дня, возможных ночных смен и т. д. Он излагается тогда, когда в этиологии или патогенезе заболевания, по поводу которого больной поступил в стационар, профессиональные факторы значимы.

3. У женщин (молодых) при необходимости изложить особенности менструального цикла, число беременностей, их исход (аборты, роды), у пожилых – возраст наступления менопаузы.

4. Вредные привычки (курение, алкоголь, наркотики), уточнить их количественные характеристики.

## АНАМНЕЗ СЕМЕЙНЫЙ

Отражается распространенность среди кровных родственников больного болезней обмена веществ, злокачественных новообразований, алкоголизма, туберкулеза и того заболевания, которое подозревается у данного больного, если известно, что в патогенезе его наследственная отягощенность играет определенную роль (например, гипертоническая болезнь, ревматизм, бронхиальная астма, ХОБЛ и пр.). Следует отразить (по возможности) причины смерти родителей.

## АНАМНЕЗ АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКИЙ

При отягощенном аллергологическом анамнезе обязательно отражаются характер аллергена (препараты бытовой химии, продукты питания, медикаменты и пр.) и вариант аллергических реакций, предпринятое обследование (его результаты) и проведенное по этому поводу лечение.

## ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Данные, полученные при физическом исследовании, необходимо излагать последовательно (общее состояние, физическое развитие, рост, вес, дефекты развития и телесные повреждения, телосложение,

питание, кожные покровы и видимые слизистые, лимфатическая система, мышечная система, связочно-суставной аппарат).

Состояние внутренних органов излагать по системам (система органов дыхания, система сердца и сосудов, система органов пищеварения, мочеполовая система, нервная система, органы чувств, железы внутренней секреции), при этом:

а) подробно детализировать только патологические отклонения, выявленные при осмотре, пальпации, перкуссии, аускультации. При изложении данных, в наличии которых нет полной уверенности, возможны такие записи: «...впечатление, что пальпируется нижний полюс правой почки» и пр.;

б) кратко отразить данные исследования органов и систем, поражение которых не выявлено.

## ОБОСНОВАНИЕ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО ДИАГНОЗА

Обоснование предварительного диагноза – это один из важнейших разделов истории болезни, характеризующий уровень знаний куратора. Этот раздел истории болезни должен содержать анализ выявленных при исследовании симптомов и синдромов для обоснования диагностических гипотез. Диагностический поиск движется от симптомов (признаков заболевания) к синдромам (сочетанию патогенетически связанных симптомов), нозологическому диагнозу.

Ряд из них является общим для большой группы заболеваний, другие более специфичны. Проводится сравнение этих симптомов или синдромов, на основании которого выделяется более специфический или доминирующий в клинике синдром (симптомы, синдромы). Типичные симптомы, определяемые при расспросе, пальпации, перкуссии, аускультации, позволяют предположить определенный характер патологии. Исходя из классической картины заболеваний, начинают поиск подобных симптомов в картине заболевания обследуемого больного. Предположение, возникающее в процессе этого, называется гипотезой. Выдвигая определенную гипотезу, нужно ее обосновать, найти ей подтверждения, и если их недостаточно или имеющиеся симптомы ей противоречат, данная гипотеза отвергается. После этого выдвигается новая гипотеза, и диагностический поиск осуществляется заново. Таким образом, исходя из группы симптомов или синдромов, имеющихся у больного, и сравнения их между собой, формулируется предварительный диагноз / диагностическая гипотеза.

Следует ориентироваться главным образом на те симптомы (синдромы) заболеваний, которые в наибольшей степени свойственны или не характерны каждому из них (т. е. исключают ту или иную диагностическую версию).

Предварительный диагноз уже определяет план обследования и лечения больного. В случаях тяжелых заболеваний (острых, обострения хронических заболеваний) от предварительного диагноза часто зависит судьба больного.

### **Этапы обоснования предварительного диагноза**

Обоснование предварительного диагноза проходит 4 этапа.

**I этап.** Выделение основных симптомов и/или синдромов проводится, используя:

- а. Жалобы.
- б. Анамнез настоящего заболевания (в том числе результаты параклинических исследований, полученных накануне поступления больного в стационар или из медицинских справок, амбулаторной карты).
- в. Анамнез жизни (вредные привычки, профессиональные вредности и др.).
- г. Семейный анамнез (в частности, наличие наследственной предрасположенности).
- д. Аллергологический анамнез (в необходимых случаях, в частности, сведения об иммунокомплексных и/или аутоиммунных заболеваниях).
- е. Данные объективного исследования.

Подробно описать выделенные симптомы (например, боли в эпигастриальной области, плевральные боли, боли в области сердца, одышку и т. д.) и объединить их в синдромы (например, синдром уплотнения легкого, жидкости в плевральной полости, артериальной гипертензии, левожелудочковой недостаточности и т. д.).

**II этап.** Установление характера патогенетической связи между выделенными синдромами, что обеспечивает (в большинстве случаев) переход от синдромного к нозологическому диагнозу. Перечисление основных заболеваний, при которых выделенные синдромы (симптомы) составляют основную клиническую картину. При этом следует ориентироваться на синдромы, доминирующие в клинике у данного больного.

**III этап.** Используя данные предыдущего этапа, изложить:

1. Какие из указанных заболеваний и почему могут быть исключены.
2. Какие и почему не исключаются, но представляются менее вероятными.
3. Какие и по каким соображениям кажутся наиболее вероятными.

**IV этап.** Сформулировать и перечислить диагностические гипотезы (т. е. те заболевания, которые кажутся наиболее вероятными и для уточнения которых необходимо проведение дополнительного параклинического обследования). Предварительный диагноз может содержать одно или более заболеваний (нозологических форм). В редких случаях, когда трудно обосновать определенные нозологические формы из-за отсутствия данных дополнительного обследования, предварительный диагноз может быть представлен в виде синдромов, например синдром артериальной гипертензии.

Обоснование предварительного, в последующем и окончательного, диагноза ни в коем случае не должно превращаться в простое повторное перечисление имеющихся и уже указанных ранее в истории болезни жалоб, симптомов и т. д.

Следует ориентироваться главным образом на те симптомы (синдромы) заболеваний, которые в наибольшей степени свойственны им или не характерны (т. е. исключает ту или иную диагностическую версию).

Пример написания учебной истории болезни приведен в приложении 1.

## ПЛАН ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

План дополнительных исследований вытекает из диагностических гипотез и должен быть обоснован.

Объем дополнительных исследований и консультаций узких специалистов включает только необходимые, которые нужны для подтверждения окончательного диагноза и исключения других диагностических гипотез.

Не следует назначать ненужных анализов и исследований для большего их числа или по трафарету, либо назначать их неконкретно – «биохимия крови» (нужно обосновывать диагностическое значение отдельно каждого из необходимых исследований, например, для каких целей назначено определение глюкозы в сыворотке крови, тран-

саминаз и др.). Обосновываются также и необходимые инструментальные исследования (ЭКГ, УЗИ и другие) и консультации узких специалистов. Необходимо включить в план обследования и такие обязательные для стационара исследования, как реакция Вассермана, исследование крови на ВИЧ, кал на яйца гельминтов (активное выявление описторхоза в эндемичных районах). В плане вначале назначать лабораторные, затем инструментальные исследования и консультации узких специалистов.

## ДАННЫЕ ЛАБОРАТОРНЫХ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ. КОНСУЛЬТАЦИИ УЗКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ

Эти данные предоставляются куратору преподавателем из истории болезни курируемого больного. При их изложении в учебной истории болезни надо обязательно указать дату проведения анализов и дать заключение по их результатам. Необходимо зарисовать ЭКГ и сделать по ней заключение.

Неразборчиво или неясно написанные заключения по инструментальным исследованиям, специалистов-консультантов, неясные сокращения в этих записях должны быть расшифрованы и уточнены с помощью преподавателя.

В тех случаях, когда результат лабораторных или инструментальных исследований оказывается неожиданным и не укладывается в картину предполагаемой патологии, вызывает сомнение или требует проверки, уточнения, об этом делается запись в дневнике болезни с изложением соображений куратора.

Количественные характеристики показателей периферической крови представлены в приложении 2. Наиболее значимые патологические изменения состава периферической крови представлены в приложении 3.

## ДНЕВНИК ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Записи в дневнике делаются ежедневно.

На полях дневника надо отмечать дату осмотра, температуру, артериальное давление, частоту пульса и при необходимости другие показатели.

В дневнике следует отражать динамику заболевания (динамика жалоб, данных физического обследования больного, результатов дополнительного исследования). Повторение ранее описанного допу-

стимо только тогда, когда надо обратить внимание и особо подчеркнуть отсутствие динамики.

В дневнике обязательно дается оценка результатов дополнительного исследования больного, консультаций специалистов и излагаются соображения куратора по их трактовке в плане обоснования диагноза.

Также совершенно необходимо обосновывать вновь назначенные дополнительные исследования, изменения в лечении больного, например, с чем связаны отмена лекарств, изменение их дозы, путей введения, назначение физиотерапевтического и прочего лечения, отражаются эффективность и переносимость лечения.

Периодически в дневниках (там, где это необходимо и важно) указывается суммарная доза полученных больным лекарств (антибиотики, сердечные гликозиды, гормональные препараты, цитостатики и пр.).

Записи в дневнике должны быть по возможности краткими, но содержательными. Представляется лишним всякого смысла как постоянное повторение уже изложенного, так и описание органов и систем, где при первичном обследовании больного и в динамике болезни патологических изменений не было найдено. В этом разделе должен быть помещен температурный лист, причем необходимо графическое изображение динамики температуры.

## ОБОСНОВАНИЕ И ФОРМУЛИРОВКА ОКОНЧАТЕЛЬНОГО ДИАГНОЗА (ОСНОВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ)

Окончательный диагноз выбирается среди диагностических гипотез, обоснованных ранее (см. раздел «Обоснование предварительного диагноза»).

При обосновании окончательного диагноза используются данные дополнительного обследования, консультации специалистов, учитывается динамика течения заболевания под влиянием проводимой в стационаре терапии. Здесь необходимо указать только те конкретные данные, которые позволяют обосновать диагностическую гипотезу как окончательный диагноз и исключить другие, если они присутствовали в предварительном диагнозе.

В результате дифференциальной диагностики возможны следующие варианты:

1. Предварительный диагноз подтверждается и становится окон-

чательным.

2. Окончательным диагнозом становится одна из диагностических гипотез, а остальные диагностические гипотезы не подтверждаются данными обследования и наблюдения за больным.
3. Окончательным диагнозом становится заболевание, первично не вошедшее в круг диагностических гипотез, а заподозренное и обоснованное по данным дополнительного исследования и динамического наблюдения за больным.

Необходимо помнить, что в случаях, когда только один обоснованный ранее предварительный диагноз становится окончательным, нет нужды снова повторять уже изложенное в разделе обоснования предварительного диагноза, следует только указать, какие именно дополнительные факты его подтверждают. В тех случаях, когда в качестве предварительного диагноза вынесен не один, а несколько, нужно обосновать исключение остальных из окончательного диагноза, опираясь на данные дополнительного исследования, опять же не повторяя уже изложенное в разделе обоснования предварительного диагноза.

Окончательный диагноз формулируется с учетом классификации заболевания. Он должен отражать там, где это возможно, этиологию процесса, степень выраженности функциональной неполноценности пораженного органа или системы органов, фазу болезни (обострение или ремиссия процесса).

Современная структура окончательного клинического диагноза включает в себя описание:

- 1) основного диагноза (основного заболевания),
- 2) комбинированного диагноза (конкурирующие заболевания, сочетанные заболевания),
- 3) фонового заболевания,
- 4) осложнения,
- 5) сопутствующего диагноза (сопутствующие заболевания).

**Основным** считается заболевание, которое в данный момент само по себе или посредством своего осложнения явилось причиной госпитализации и требует первоочередных лечебно-профилактических мероприятий. Оно указывается в диагнозе в виде определенной нозологической формы и не может подменяться синдромом или перечислением симптомов.

У тяжелобольного клиническая картина может быть обусловлена наличием не одного, а нескольких заболеваний, каждое из которых занимает весомое место в ней, определяет степень тяжести состояния, требует проведения лечебных мероприятий и при взаимодействии между собой может привести больного к смерти. В таких случаях основной диагноз оформляется как комбинированный и в нем фигурируют два или более заболеваний. Они оформляются как конкурирующие либо сочетанные заболевания, либо как основное и фоновое заболевания.

**Комбинированный диагноз** складывается из конкурирующих, сочетанных заболеваний.

**Конкурирующим** считается заболевание, которое конкурирует с основным по степени опасности для больного, само по себе или через осложнения определяет тяжесть состояния больного, первоочередность лечебных мероприятий, ускоряет наступление инвалидности или смерти больного, но не связано с основным заболеванием по причинам и механизму возникновения, например инфаркт миокарда и прободение язвы желудка.

**Сочетанными** заболеваниями считаются такие, которые, развиваясь не по отдельности, а в совокупности, через общие для них осложнения привели к данному тяжелому состоянию больного.

**Фоновым** считается заболевание, которое также не связано с основным по причинам и механизму возникновения, но может оказать значительное влияние на течение и прогноз основного, способствует возникновению, неблагоприятному течению основного заболевания, повышает его опасность для трудоспособности и жизни, способствует развитию тяжелых осложнений и наступлению смерти и требует лечения в данное время. Классическим примером фонового заболевания является сахарный диабет.

**Осложнение** – патологический процесс, патогенетически связанный с текущим основным заболеванием, но имеющий самостоятельное значение, так как существенно утяжеляет клиническую картину, повышает вероятность или степень выраженности нетрудоспособности, способствует летальному исходу или является непосредственной его причиной, требует существенного изменения или дополнительного лечения. Осложнение обязательно выносится в основной диагноз.

Клинические критерии осложнений:

1. Связь с развитием основного заболевания (например, пневмоторакс при стафилококковой пневмонии, экссудативный плев-



рит при стрептококковой пневмонии и пр.).

2. Проявление основного заболевания, которое значительно утяжеляет течение болезни (например, дыхательная недостаточность и хроническое легочное сердце при ХОБЛ).

**Сопутствующее заболевание** – это заболевание, которое имеет иной патогенез по сравнению с основным заболеванием, другие причины возникновения и не оказывает на его развитие и течение особого влияния. Это может быть хроническое заболевание, которое в данный момент находится в состоянии ремиссии и не представляет для организма опасности, например хронический холецистит у больного инфарктом миокарда.

## ОБОСНОВАНИЕ ЛЕЧЕНИЯ

Обосновывается лечение только основного заболевания и его осложнений.

Сначала необходимо указать и объяснить выбранный режим и диету. Затем обосновывается медикаментозная терапия: этиотропная (где возможно ее проведение), патогенетическая, симптоматическая и немедикаментозная – лечебная гимнастика, физиотерапевтическое лечение и пр.

Необходимо иметь в виду, что больной без серьезных на то оснований не должен получать одновременно более 4–5 лекарственных препаратов.

Назначенные лекарства в учебной истории болезни должны быть выписаны в виде рецепта с четким указанием разовой и суточной доз, кратности и времени приема (там, где это требуется) и метода введения лекарств. Также делаются необходимые пояснения о том, как принимать лекарства (до еды, после еды и т. д.). В дневнике указывается дата назначения и отмены лекарства.

## ЭПИКРИЗ (этапный, выписной)

Этапный эпикриз пишется, если к окончанию курации больной продолжает лечение в стационаре, а выписной – при выписке больного из стационара во время курации. Необходимо отметить, что изложение в эпикризе паспортных данных, анамнеза, результатов клинического и параклинического исследований совершенно излишне, поскольку все эти данные содержатся в соответствующих разделах

истории болезни, а повторение их в эпикризе превращает последний в выписку из истории болезни, что недопустимо.

В эпикризе необходимо указать окончательный диагноз и отразить проведенную в стационаре терапию, причем для тех лекарственных средств, где это обосновано и необходимо, указать суточные и курсовые дозы препаратов (антибиотики, гормоны, сердечные гликозиды и др.). Также указать, имели ли место во время проводимого лечения аллергические, токсические и другие побочные реакции. Четко отразить динамику заболевания (субъективных симптомов, физикальных и параклинических данных) на фоне проведенного лечения, при наличии особенностей течения заболевания изложить их подробно.

Если это выписной эпикриз, изложить конкретные рекомендации больному (по лечению и/или диспансерному наблюдению) в плане режима, диеты, поддерживающей медикаментозной терапии, санаторно-курортного лечения. Если имеются какие-то сомнения в окончательном диагнозе, перечислить их и указать, по поводу какого заболевания, в каком объеме и где (в другом стационаре, в амбулаторных условиях и пр.) необходимо выполнить соответствующее дообследование больного или вести наблюдение.

# ПРИЛОЖЕНИЯ

## Приложение 1

### ПРИМЕР УЧЕБНОЙ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ

#### ОФИЦИАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ

*Фамилия, имя, отчество больного:* Зорина Надежда Александровна

*Возраст:* 67 лет (20.03.1948)

*Место работы, профессия:* пенсионер

*Дата госпитализации:* 31 августа 2015

*Дата выписки:*

*Кем направлен больной:* по скорой помощи из поликлиники №3

*Дата начала курации:* 1 сентября 2015

*Дата окончания курации:* 10 сентября 2015

*Диагноз направления:* анемия тяжелой степени тяжести, неясного генеза

*Окончательный диагноз:*

*Основное заболевание:* Fe-дефицитная анемия тяжелой степени тяжести

*Осложнение основного заболевания:*

*Фоновое заболевание:* новообразование восходящей ободочной кишки с субкомпенсированным стенозом

*Сопутствующие заболевания:* полипы сигмовидной кишки; хронический комбинированный геморрой, неполная ремиссия

#### ЖАЛОБЫ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ (31.08.2015)

Одышка при незначительной физической нагрузке, сердцебиение, немотивированная слабость и усталость, головные боли, головокружение, шум в ушах, ощущение мушек перед глазами, повышенная сонливость днем, сухость и шелушение кожи, ломкость и истончение ногтей, ломкость и выпадение волос; изменение вкуса (выражается в желании есть сырое тесто, фарш), два раза отмечала появление черного дегтеобразного стула.

*Жалобы на момент курации (01.09.2015):* те же.

#### АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Пациентка в течение многих лет страдает хроническим геморроем. За последние 5 лет частота обострения увеличилась (в среднем до 1–3 раз в год). Во время обострения геморроя пациентка иногда отмечает выделение во время дефекации крови в незначительном количестве (иногда капли). Кроме того, длительное время страдает запорами, периодически принимает слабительные препараты. Пациентка наблюдалась у хирурга в поликлинике, получала консервативное лечение. Около 3 лет назад во время очередного обострения геморроя, сопровождавшегося выделением незначительного количества крови,

у пациентки появились общая слабость, головокружение, сонливость. При обследовании была диагностирована железодефицитная анемия, по поводу которой пациентка принимала сорбифер дурулес. Проводилось ли контрольное исследование крови после лечения, пациентка не помнит. Но отметила, что такие симптомы, как общая слабость, головокружение, на фоне лечения прошли. Необходимо отметить, что пациентка редко употребляет в пищу мясо. Последний раз на осмотре у хирурга пациентка была около 2 лет назад, несмотря на то, что обострения геморроя повторялись. Лечилась самостоятельно, принимала детралекс, свечи проктоседил. Последнее обострение хронического геморроя (с выделением крови) было около 6 месяцев назад. Примерно в это же время стали появляться и со временем постепенно усиливаться такие симптомы, как слабость, головокружение, шум в ушах, сердцебиение, одышка. Когда появились проблемы с кожей, волосами, ногтями, пациентка затрудняется ответить. В середине августа у пациентки однократно был черный дегтеобразный стул. При обследовании в поликлинике выявлено снижение гемоглобина до 59 г/л, эритроцитов до  $2,9 \times 10^{12}/л$ .

31 августа пациентка поступила в стационар с предварительным диагнозом «анемия тяжелой степени тяжести, неясного генеза».

### *АНАМНЕЗ ЖИЗНИ*

Образование: среднее (работала бухгалтером), в настоящее время на пенсии.

Наличие у себя инфекционных (туберкулез, гепатит, СПИД, сифилис) и психических заболеваний отрицает.

Страдает гипертонической болезнью более 20 лет, принимает регулярно эналаприл по 10 мг 2 раза в сутки.

Операция-аппендэктомия в возрасте 30 лет.

Переливание крови отрицает.

Менопауза с 48 лет.

Вредные привычки отрицает.

Питание не полноценное, т. к. редко употребляет в пищу мясные продукты.

### *АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ*

Аллергологический анамнез не отягощен.

### *АНАМНЕЗ СЕМЕЙНЫЙ*

Отрицает наличие у родственников болезней обмена веществ, злокачественных новообразований, алкоголизма, туберкулеза, болезни крови. Мама страдала повышенным АД. Отца не помнит.

### *ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ*

Общее состояние пациентки: средней степени тяжести

Сознание: ясное

Положение больной: активное  
Рост – 168 см  
Масса тела – 79 кг  
Индекс массы тела – 28  
Температура тела – 36,7 °С  
Телосложение: правильное  
Конституционный тип: нормостенический  
Выражение лица: спокойное  
Глаза: глазные щели симметричные, зрачки симметричные, нормальной ширины, реакция зрачков на свет сохранена, глазных симптомов нет  
Склеры: цвет обычный белый, инъекции сосудов нет  
Шея: обычной конфигурации, набухания и пульсации вен шеи нет, объемные образования отсутствуют  
Щитовидная железа: не пальпируется  
Кожные покровы: бледные, сухие, местами отмечается шелушение кожи, имеются трещины в углах рта, высыпаний на коже нет  
Придатки кожи: ломкость, истончение, поперечная исчерченность ногтевых пластинок, волосы ломкие, тусклые, седые  
Видимые слизистые: бледно-розовые, тусклые, пониженной влажности, трещины в углах рта (хейлит)  
Подкожно-жировая клетчатка: развита избыточно, места наибольшего отложения жира на животе, отеков нет  
Лимфатические узлы: мягко-эластичной консистенции, безболезненные, смещаемые, не спаяны с кожей и между собой, по форме круглые, овальные, не увеличены, кожа над ними не изменена  
Молочные железы: форма не изменена, при пальпации мягко-эластичной консистенции, безболезненные, образований нет, соски не изменены, выделения отсутствуют  
Мышечная система: степень развития мышц умеренная, тонус снижен, атрофии мышц нет, при пальпации мышцы безболезненные  
Костно-суставная система: деформаций не выявлено, суставы нормальной конфигурации, объем активных и пассивных движений сохранен, отеков, гиперемии и местного повышения температуры над суставами нет, болезненность и хруст при активных и пассивных движениях отсутствуют.

### *Система органов дыхания*

#### *Осмотр и пальпация грудной клетки*

Форма грудной клетки нормостеническая.

Грудная клетка симметричная.

Форма грудины обычная.

Эпигастральный угол прямой.

Ширина межреберных промежутков умеренная.

Отмечается симметричность обеих половин грудной клетки при дыхании.

Над- и подключичные ямки выражены умеренно.

Тип дыхания смешанный, дыхание глубокое, ритмичное, ЧД – 16.

При пальпации грудной клетки определяется эластичность, болезненность отсутствует, голосовое дрожание не изменено.

#### *Перкуссия грудной клетки*

Над передними, задними, боковыми отделами легких в симметричных участках перкуторный звук одинаковый, легочной.

Верхняя и нижняя границы легких при проведении топографической перкуссии в пределах нормы.

Подвижность нижнего легочного края по средней аксиллярной линии – 7 см.

#### *Аускультация легких*

Дыхание везикулярное, побочных дыхательных шумов нет.

Бронхофония одинаковая с обеих сторон.

### *Сердечно-сосудистая система*

#### *Осмотр и пальпация*

При осмотре область сердца не изменена (выпячиваний, видимой пульсации нет). Верхушечный толчок определяется в V межреберье, кнутри от срединно-ключичной линии, не разлитой (ширина 2 см), не усилен. При пальпации области сердца патологической пульсации нет, болевые точки не обнаружены.

#### *Перкуссия сердца*

Границы относительной тупости сердца:

правая граница сердца – в IV межреберье на 1,5 см от правого края грудины;

верхняя граница сердца – на уровне III ребра на 1 см от левого края грудины;

левая граница сердца – в V межреберье на 1 см кнутри от срединно-ключичной линии.

#### *Аускультация сердца*

Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет, ЧСС – 85 в минуту.

#### *Сосуды*

Пульс на лучевых артериях обеих рук симметричный, удовлетворительно-наполнения и напряжения, ритмичный, частота – 85 в минуту, скорость пульсовой волны правильная, стенка сосудов эластичная, дефицита пульса нет. При осмотре и пальпации височных, сонных, подключичных, бедренных, подколенных артерий, артерий тыла стопы патологических отклонений не выявлено (пульсация удовлетворительная, стенка сосудов эластичная). Аускультация сонных, бедренных артерий, брюшного отдела аорты – шумов нет. АД на правой руке – 135/80 мм рт. ст., АД на левой руке – 130/75 мм рт. ст.

### *Органы пищеварения*

#### *Осмотр ротовой полости*

Язык обычных размеров, розовый, сухой, сосочковый слой сглажен, обложен белым налетом у корня.

Слизистая ротовой полости бледно-розовая, пониженной влажности, трещин и язвочек нет.

В полости кариозные зубы, десны розовые, чистые. Миндалины не увеличены, задняя стенка глотки розовая, без налетов.

#### *Осмотр живота*

Живот обычной формы, увеличен за счет подкожно-жировой клетчатки, брюшная стенка участвует в акте дыхания, видимой перистальтики нет, расширения вен на передней брюшной стенке нет, видимые выпячивания отсутствуют.

#### *Перкуссия живота*

Свободной жидкости в брюшной полости нет.

#### *Пальпация живота*

При пальпации живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

Нижняя граница желудка на 3 см выше пупка, шум плеска в желудке отсутствует.

Из-за выраженной подкожно-жировой клетчатки пальпация поперечно-ободочной кишки, восходящего и нисходящего отделов толстого кишечника затруднительна, отмечается легкая болезненность в проекции поперечно-ободочной кишки справа, в остальных отделах кишечника болезненности нет.

Сигмовидная кишка расположена правильно, подвижность достаточная, эластичная, стенка гладкая, ровная, безболезненная, урчания нет. Слепая кишка расположена правильно, подвижность достаточная, эластичная, стенка гладкая, ровная, безболезненная, урчание есть.

#### *Гепатобилиарная система*

Размеры печени по Курлову: 10\*9\*7 см.

При пальпации нижний край печени острый, поверхность гладкая, эластичная, ровная, безболезненная.

Желчный пузырь не пальпируется, пузырьные симптомы отрицательные.

*Селезенка* не пальпируется. Размеры селезенки: длинник – 10 см, поперечник – 6 см.

*Поджелудочная железа* не пальпируется.

Стул с частотой примерно 2 раза в неделю.

#### *Мочевыделительная система*

Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный. Мочевой пузырь не определяется. Диурез нормальный.

#### *Нервно-психический статус*

Поведение адекватное, пациентка отмечает снижение работоспособности, повышенную сонливость днем. Нарушения обоняния, слуха, речи нет.

### **ОБОСНОВАНИЕ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО ДИАГНОЗА**

Учитывая жалобы, данные анамнеза, объективного осмотра, у пациентки можно выделить следующие синдромы.

### *Анемический синдром*

Жалобы: одышка при незначительной физической нагрузке, сердцебиение, немотивированная слабость и усталость, головные боли, головокружения, шум в ушах, ощущение мушек перед глазами, повышенная сонливость днем.

Объективно: бледность кожи и видимых слизистых (в частности, конъюнктивы глаз, полости рта).

В ОАК от 26.08.2015 снижение гемоглобина (59 г/л) и эритроцитов ( $2,9 \times 10^{12}/л$ ).

### *Сидеропенический синдром*

Жалобы: сухость, шелушение кожи; ломкость, истончение, поперечная исчерченность ногтей; ломкость и выпадение волос; извращение вкуса – выражается в желании есть сырое тесто, фарш.

Объективно: трещины в углах рта (хейлит), изменение со стороны кожи и ногтей.

### *Синдром желудочно-кишечного кровотечения (геморрагический синдром?)*

Жалобы: появление мелены (черного дегтеобразного стула), в анамнезе в течение длительного времени выделение крови в незначительном количестве во время акта дефекации.

Ведущим синдромом у пациентки является анемический. Этот синдром составляет клиническую картину следующих заболеваний: Fe-дефицитная анемия, В12-фолиеводефицитная анемия, гипо-апластическая анемия, анемия хронических заболеваний (АХЗ), лейкоз.

Учитывая наличие у пациентки сидеропенического синдрома (кроме анемического), наиболее вероятным диагнозом является Fe-дефицитная анемия. Причиной развития Fe-дефицитной анемии в данном случае являются периодически повторяющиеся кровотечения из ЖКТ. Во-первых, пациентка много лет страдает хроническим геморроем с частыми обострениями (жалуется на выделение при дефекации незначительного количества крови). Во-вторых, накануне госпитализации у пациентки однократно была мелена (это признак желудочно-кишечного кровотечения, но не из геморроидальных узлов). Поэтому необходимо диагностировать у пациентки причину мелены. Учитывая анемию и факторы риска, такие как возраст пациентки, длительные запоры, а также тот факт, что пациентка длительное время не обращалась за медицинской помощью при обострении геморроя (лечилась самостоятельно), высока вероятность опухоли желудочно-кишечного тракта, проявляющейся кровотечениями и связанной с этой анемией.

Второй причиной развития дефицита железа в организме является неполноценное питание – пациентка ограничивает прием мясных продуктов.

Возможно, у пациентки сочетание Fe-дефицитной анемии и анемии хронических заболеваний (онкологический процесс).

Менее вероятно, что у пациентки имеет место В12-дефицитная анемия. Имеющийся сидеропенический синдром не характерен для В12-дефицитной



анемии. Вместе с тем в клинике у пациентки отсутствуют достаточно специфичные для В12-дефицитной анемии синдромы, такие как поражение нервной системы (фуникулярный миелоз) и желудочно-кишечные нарушения (глоссит, афтозный стоматит, клиническая картина атрофического гастрита). Также отсутствуют у пациентки гепатоспленомегалия, субиктеричность склер, которые также могут иметь место при В12-дефицитной анемии.

Если сравнивать клиническую картину пациентки и клинику гипопластической анемии, то схожими будут анемический и геморрагический синдромы. Однако при апластической анемии геморрагический синдром более выражен – наблюдаются кровотечения не только из желудочно-кишечного тракта, но и носовые, десневые, маточные кровоизлияния в кожу. Вместе с тем имеющийся у пациентки сидеропенический синдром не характерен для апластической анемии. Характерный для апластической анемии инфекционно-воспалительный синдром (лихорадка, потливость, ознобы с наличием локального воспалительного очага или без него) отсутствует у пациентки.

Наличие в клинике анемического синдрома, кровотечения из желудочно-кишечного тракта (возможно, за счет тромбоцитопении?) является основанием для проведения дифференциального диагноза с лейкозами. Отличительным признаком является отсутствие у пациентки интоксикационного синдрома (снижение массы тела, лихорадка, потливость, ознобы с наличием локального воспалительного очага или без него), гиперпластического синдрома (увеличение печени, селезенки, лимфатических узлов, поражение кожи (лейкемиды), мозговых оболочек и т. д.). Кроме того, для лейкоза характерен распространенный геморрагический синдром (кровотечение не только из желудочно-кишечного тракта, но и носовые, десневые, маточные, кровоизлияние в кожу), что отсутствует в клинике у пациентки.

Таким образом, учитывая особенности клинической картины у пациентки, наиболее вероятным диагнозом является железодефицитная анемия, но полностью исключить на этом этапе диагностики другие анемии не представляется возможным.

### *ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ*

#### 1. Общий анализ крови

Гемоглобин, эритроциты – для подтверждения анемии и ее степени тяжести. Для дифференциальной диагностики между анемиями – лейкоциты, тромбоциты, цветовой показатель, ретикулоциты (регенераторная способность костного мозга), морфология эритроцитов.

#### 2. Биохимический анализ крови

- Сывороточное Fe, ОЖСС, ферритин – для подтверждения дефицита Fe в организме.

- Общий белок, альбумин – для оценки белковообразовательной функции печени (дефицит транспортного белка трансферрина?).

- Витамин В12 – в случае диагностики макроцитарной анемии с высоким цветовым показателем.

- АСАТ, АЛАТ, общий белок, альбумины, билирубин, мочеви́на, креатинин, глюкоза, холестерин, Na, К – в плане общего обследования.

3. Общий анализ мочи – в плане общего обследования.
4. ЭКГ – в плане общего обследования.
5. УЗИ органов брюшной полости – для диагностики опухолевого процесса.
6. ЭГДС – для диагностики причин кровотечения из ЖКТ.
7. Колоноскопия – для диагностики причин кровотечения из ЖКТ (геморрой, опухоль?).
8. При необходимости – стерильная пункция (тип эритропоэза; бластоз в крови при лейкозе). Нормальные показатели миелограммы представлены в приложении 4.
9. Рентгенография органов грудной клетки.
10. Консультация гинеколога, хирурга.
11. Кал на яйца глистов.

*ДАННЫЕ ЛАБОРАТОРНЫХ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ.  
КОНСУЛЬТАЦИИ УЗКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ*

Таблица 1

*Общий анализ крови от 31.08.2015*

Наименование	значение	ед. измерения	нормы
WBC	5,7	$10^3/\text{mm}^3$	4–10
LYM%	26,2	%	20–40
LYM	1,4	$10^3/\text{mm}^3$	1,5–4
MON%	6,7	%	3–10
MON	<b>13</b>	$10^3/\text{mm}^3$	0,1–1
GRA%	67,1	%	-
GRA	4,0	$10^3/\text{mm}^3$	-
RBC	<b>2,89</b>	$10^6/\text{mm}^3$	4–6,5
HGB	<b>6,1</b>	g/dl	13–17
HCT	<b>21,0</b>	%	40–55
MCV	<b>72,6</b>	$\mu\text{m}^3$	80–100
MCH	<b>21,2</b>	pg	27–32
MCHC	<b>29,2</b>	g/dl	31,5–36
RDW	<b>18,5</b>	%	менее 16
PLT	221	$10^3/\text{mm}^3$	150–400

Расшифровка показателей в приложении 2.

Заключение: анемия тяжелой степени тяжести, микроцитарная, гипохромная, моноцитоз, анизоцитоз, снижение гематокрита.

## Общий анализ крови от 01.09.2015

Наименование	значение	ед. измерения	нормы	
гемоглобин	69	г/л	120–140	
эритроциты	3,11	$\times 10^{12}/л$	3.9–4.7	
гематокрит	21,9	%	34–47	
цветной показатель	0,7		0.85–1.05	
ретикулоциты	3	%0	2–10	
тромбоциты	236	$\times 10^9/л$	150–400	
лейкоциты	4,7	$\times 10^9/л$	4.0–9.0	
нейтрофилы	п/н	3	%	1–6
	с/н	67	%	47–72
эозинофилы	–	%	0.5–5	
базофилы	–	%	0–1	
лимфоциты	23	%	19–37	
моноциты	7	%	3–11	
СОЭ	6	мм/ч	2–15	

## Морфология эритроцитов

Анизоцитоз (макроциты, **микроциты**, мегалоциты) ++

Отмечается гипохромия эритроцитов

Пойкилоцитоз (+-)

Эритроциты с базофильной зернистостью (-)

Полихроматофилия (-)

Тельца Жолли, кольца Кебота (-)

Эритро-, нормобласты (на 100 лейкоцитов) (-)

Мегалобласты (-)

## Морфология лейкоцитов

Гиперсегментация ядер (-)

Токсигенная зернистость (-)

Заключение: анемия тяжелой степени тяжести, микроцитарная, гипохромная, анизоцитоз.

## Общий анализ крови от 03.09.2015

Наименование	значение	ед. измерения	нормы
гемоглобин	69	г/л	120–140
эритроциты	3,24	$\times 10^{12}/л$	3.9–4.7
гематокрит	22,9	%	34–47
цветной показатель	0,71		0.85–1.05
ретикулоциты	–	%0	2–10
тромбоциты	199	$\times 10^9/л$	150–400
лейкоциты	4,7	$\times 10^9/л$	4.0–9.0

нейтрофилы	п/н	2	%	1–6
	с/н	53	%	47–72
эозинофилы		1	%	0,5–5
базофилы		–	%	0–1
лимфоциты		37	%	19–37
моноциты		7	%	3–11
СОЭ		8	мм/ч	2–15
<p>Морфология эритроцитов  Анизоцитоз (макроциты, <b>микроциты</b>, мегалоциты) ++  Отмечается гипохромия эритроцитов  Пойкилоцитоз (+-)  Эритроциты с базофильной зернистостью (-)  Полихроматофилия (-)  Тельца Жолли, кольца Кебота (-)  Эритро-, нормобласты (на 100 лейкоцитов) (-)  Мегалобласты (-)  Морфология лейкоцитов  Гиперсегментация ядер (-)  Токсигенная зернистость (-)</p>				

Заключение: анемия тяжелой степени тяжести, микроцитарная, гипохромная, анизоцитоз.

Таблица 4

## Общий анализ крови от 06.09.2015

Наименование	значение	ед. измерения	нормы	
гемоглобин	76	г/л	120–140	
эритроциты	3,58	$\times 10^{12}/л$	3,9–4,7	
гематокрит	21,3	%	34–47	
цветной показатель	0,70		0,85–1,05	
ретикулоциты	9	%0	2–10	
тромбоциты	240	$\times 10^9/л$	150–400	
лейкоциты	4,7	$\times 10^9/л$	4,0–9,0	
нейтрофилы	п/н	2	%	1–6
	с/н	51	%	47–72
эозинофилы		–	%	0,5–5
базофилы		–	%	0–1
лимфоциты		40	%	19–37
моноциты		7	%	3–11
СОЭ		11	мм/ч	2–15
<p>Морфология эритроцитов  Анизоцитоз (макроциты, <b>микроциты</b>, мегалоциты) ++  Отмечается гипохромия эритроцитов</p>				

Пойкилоцитоз (+-)
Эритроциты с базофильной зернистостью (-)
Полихроматофилия (-)
Тельца Жолли, кольца Кебота (-)
Эритро-, нормобласты (на 100 лейкоцитов) (-)
Мегалобласты (-)
Морфология лейкоцитов
Гиперсегментация ядер (-)
Токсигенная зернистость (-)

Заключение: анемия тяжелой степени тяжести, микроцитарная, гипохромная, анизоцитоз.

Таблица 5

*Общий анализ крови от 08.09.2015*

Наименование	значение	ед. измерения	нормы	
гемоглобин	78	г/л	120–140	
эритроциты	3,6	$\times 10^{12}/л$	3,9–4,7	
цветной показатель	0,70		0,85–1,05	
тромбоциты	220	$\times 10^9/л$	150–400	
лейкоциты	4,8	$\times 10^9/л$	4,0–9,0	
нейтрофилы	п/н	3	%	1–6
	с/н	56	%	47–72
эозинофилы	–	%	0,5–5	
базофилы	–	%	0–1	
лимфоциты	33	%	19–37	
моноциты	8	%	3–11	
СОЭ	11	мм/ч	2–15	

Морфология эритроцитов
Анизоцитоз (макроциты, <b>микроциты</b> , мегалоциты) ++
Отмечается гипохромия эритроцитов
Пойкилоцитоз (+-)
Эритроциты с базофильной зернистостью (-)
Полихроматофилия (-)
Тельца Жолли, кольца Кебота (-)
Эритро-, нормобласты (на 100 лейкоцитов) (-)
Мегалобласты (-)
Морфология лейкоцитов
Гиперсегментация ядер (-)
Токсигенная зернистость (-)

Заключение: анемия тяжелой степени тяжести, микроцитарная, гипохромная, анизоцитоз.

*Биохимическое исследование крови от 31.08.2015*

Наименование	значение	ед. измерения	нормы
глюкоза	5,5	ммоль/л	3,9–6,4
общий белок	68	г/л	65–85
альбумин	38	г/л	36–50
билирубин общ.	12	мкмоль/л	3,4–20,5
билирубин прямой	5	мкмоль/л	0–5,1
АСТ	20	Е/л	20
АЛТ	16	Е/л	16
КФК	31	Е/л	менее 180
КФК–МВ	13	Е/л	0–24
щелочная фосфатаза	81	Е/л	39–117
холестерин	4,0	ммоль/л	3,1–5,0
ТАГ	0,6	ммоль/л	0,55–1,65
ЛПНП	2,18	ммоль/л	1,81–4,92
ЛПВП	0,8	ммоль/л	0,78–2,07
мочевина	5,7	ммоль/л	3,3–8,3
креатинин	0,092	ммоль/л	0,044–0,097
СРБ	отр.		отр.
натрий	141	ммоль/л	135–150
калий	3,92	ммоль/л	3,6–5,5
хлориды	105	ммоль/л	101–111
железо	8	мкмоль/л	Ж: 10,0–26,0
ОЖСС	85	мкмоль/л	45–75
ферритин	10	нг/мл	20–200
фибриноген	2,0	г/л	2,0–4,0
ПТИ	92	%	80–105
МНО	1,19		0,88–1,37
АЧТВ	38	с	32–42

Заключение: уменьшение железа, ферритина, повышение ОЖСС.

*ОАМ от 31.08.2015*

Св/желт., прозр., рН 7.0, белок отр., глюкоза отр. М/пия: эпит. плоский 1–2 в п/зр, Лц 1–2 в п/зр., Эр 0–1 в п/зр., слизь +.

*Кал на скрытую кровь от 04.09.2015*

Реакция положительная (+++).

*Рентгенография органов грудной клетки от 31.08.2015*

На обзорных рентгенограммах ОГК инфильтративных изменений не выявлено, эмфизема, фиброзная деформация легочного рисунка в прикорневых зо-

нах. Тени корней легких структурны, не расширены. Контуры диафрагмы четкие, синусы свободны. Сердечно-сосудистая тень не смещена, в поперечнике не увеличена.

*ЭКГ от 31.08.2015*

Заключение: ритм синусовый, ЧСС – 89, признаки гипертрофии левого желудочка.

*ЭГДС от 01.09.2015*

Пищевод свободно проходим, слизистая его бледно-розовая, дефектов нет. Переходная линия не смещена. Кардия смыкается полностью. ПОД не расширено. В желудке умеренное количество слизи, расправился полностью. Слизистая желудка атрофична, истончена, анемичная с гиперемией, дефектов и новообразований нет. Привратник свободно проходим, смыкаем. Луковица ДПК достаточно объемна. Слизистая луковицы ДПК бледно-розовая, с очаговой гиперемией, дефектов нет. Бульбо-дуоденальный переход свободно проходим. Слизистая постбульбарных отделов кишки бледно-розовая, дефектов нет. Фатеров сосочек не увеличен.

Заключение: смешанный гастрит, дуоденит.

*Ультразвуковое исследование органов брюшной полости от 03.09.2015*

Печень не увеличена. Контуры четкие, ровные. Нижний край закруглен. Структура паренхимы однородная, повышенной эхогенности. В левой доле печени определяются жидкостные образования 20 мм, 21 мм, 26 мм. Сосудистый рисунок печени не изменен. Воротная вена – 11 мм. Внутривеночные желчные протоки не расширены. Холедох – 7 мм.

Желчный пузырь изогнут, не увеличен. Стенки уплотнены, ровные. Содержимое полости однородное. Конкрементов, объемных образований нет.

Поджелудочная железа не увеличена. Контуры четкие, ровные. Структура паренхимы однородная, средней эхогенности. Вирсунгов проток не расширен.

Селезенка не увеличена. Структура однородная.

В брюшной полости свободная жидкость не определяется.

Почки обычной формы и размеров. Правая почка – 119\*57 мм, левая почка – 120\*55 мм. Контуры четкие, ровные. Слой паренхимы – до 18–19 мм, умеренно повышенной эхогенности, структура однородная. ЧЛС не расширены. Конкрементов, объемных образований нет.

Заключение: диффузные изменения печени и почек, признаки хронического холецистита.

*Колонофиброскопия от 08.09.2015*

Подготовка в целом достаточная. Колоноскоп проведен ориентировочно чуть проксимальнее печеночного угла толстой кишки, в этой зоне просвет циркулярно сужен до 6–7 мм плотной, экзофитной тканью, поверхность ее неровная, с застойной гиперемией, налетом фибрина, контактно кровоточит, стенки кишки в этой области ригидны. Взята биопсия – 2 фрагмента. Слизистая остальной части толстой кишки на осмотренных участках блестящая, бледно-

розовая, истончена. Сосудистый рисунок прослеживается, инъецирован. Тонус кишки в целом не нарушен. Гаустры правильной формы, расположены симметрично. Дефектов не выявлено. На расстоянии 30 см от анального жома выявлены 2 полипа до 4–5 мм в диаметре. Взята биопсия – 2 фрагмента. В анальной области крупные, полнокровные, гиперемированные внутренние и спавшиеся наружные геморроидальные узлы

Заключение: подозрение на злокачественное новообразование восходящей ободочной кишки с субкомпенсированным стенозом; полипы сигмовидной кишки; хронический комбинированный геморрой, неполная ремиссия.

Консультация гинеколога – еще не проведена

Консультация хирурга – еще не проведена

### *ДНЕВНИК ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ*

*1.09.2015*

Температура – 36,7 °С

АД – 130/80 мм рт. ст.

ЧСС – 85

Пульс – 85

Сбор жалоб, анамнеза развития заболевания, анамнеза жизни, объективный осмотр.

Лечение. 01.09.16 назначен сорбифер дурулес по 1 таблетке 2 раза в день. По поводу сопутствующей гипертонической болезни получает амлодипин, 5 мг, 1 таб. утром.

*2.09.2015*

Температура – 36,6 °С

АД – 135/85 мм рт. ст.

ЧСС – 84

Пульс – 84

Жалобы прежние. Объективно: по органам и системам без динамики.

Ознакомилась с результатами обследования пациентки. В ОАК от 31.08.16 диагностирована анемия тяжелой степени тяжести, микроцитарная, гипохромная, норморегенераторная. Анемия железодефицитная, т. к. выявлено снижение сывороточного железа до 8 мкмоль/л, ферритина до 10 ммоль/л, увеличен ОЖСС до 85 ммоль/л. По результатам ЭГДС от 01.09.16 источник мелены не выявлен, описывают признаки смешанного гастрита, дуоденита.

На ЭКГ и рентгенографии органов грудной клетки от 31.08.16 значимых отклонений не выявлено. В ОАМ отклонений нет.

На 03.09.16 назначено УЗИ ОБП.

Лечение в прежнем объеме.

*3.09.2015*

Температура – 36,7 °С



АД – 135/85 мм рт. ст.

ЧСС – 84

Пульс – 84

Жалобы: отмечает уменьшение одышки, слабости, сердцебиения, мелькание мушек перед глазами. Мелены не было. Объективно: состояние средней степени тяжести, кожные покровы и слизистые бледно-розовые, чистые. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД – 16. Сердце – тоны ясные, ритмичные, шумов нет. Живот мягкий, умеренная безболезненность при пальпации поперечной ободочной кишки. Печень не увеличена, край печени острый, поверхность гладкая, эластичная, ровная, безболезненная. Селезенка не пальпируется. Отеков нет. Стула не было. Диурез нормальный.

Лечение в прежнем объеме.

4.09.2015

Температура – 36,7 °С

АД – 135/85 мм рт. ст.

ЧСС – 80

Пульс – 80

Жалуется на невыраженную одышку при ходьбе, слабость, иногда шум в голове. Мелены не было. Был стул обычного цвета, без патологических примесей. Объективно: по органам и системам без динамики.

В ОАК от 03.09.2015 гемоглобин – 69 г/л, эритроциты –  $3,24 \times 10^{12}$ /л (показатели несколько улучшились). На УЗИ ОБП от 3.09.16 диффузные изменения печени и почек. Признаки хронического холецистита.

Лечение в прежнем объеме.

5.09.2015

Температура – 36,7 °С

АД – 132/80 мм рт. ст.

ЧСС – 80

Пульс – 80

За прошедшие сутки состояние пациентки не изменилось. Жалобы те же. Объективно: кожные покровы и слизистые бледно-розовые, в легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердце – тоны ясные, ритмичные. Живот мягкий, незначительная болезненность в проекции толстого кишечника (поперечная ободочная). Печень не увеличена. Стула не было. Диурез в норме.

На 08.09.2015 назначена КФС.

Лечение в прежнем объеме.

7.09.2015

Температура – 36,7 °С

АД – 132/80 мм рт. ст.

ЧСС – 80

Пульс – 80

Пациентка отмечает улучшение состояния – одышка незначительная при ходьбе, слабость уменьшилась, головокружение не беспокоит. Объективно: кожные

покровы и слизистые бледно-розовые, чистые. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД – 16. Сердце – тоны ясные, ритмичные, шумов нет. Живот мягкий, умеренная безболезненность при пальпации поперечной ободочной кишки. Печень не увеличена, край печени острый, поверхность гладкая, эластичная, ровная, безболезненная. Селезенка не пальпируется. Отеков нет. Стула не было. Диурез нормальный.

В ОАК от 06.09.2015 динамика положительная – увеличение гемоглобина до 76 г/л, эритроцитов до  $3,58 \times 10^{12}$ /л, ретикулоцитов до 9%.

На 08.09.2015 назначены КФС, ОАК. Подготовка к КФС фортрансом.

Лечение в прежнем объеме.

*8.09.2015*

Температура – 36,7 °С

АД – 140/85 мм рт. ст.

ЧСС – 85

Пульс – 85

Состояние пациентки стабильное. Жалобы и объективный статус без существенной динамики. На 12:00 назначено проведение колоноскопии. Лечение прежнее.

*9.09.2015*

Температура – 36,7 °С

АД – 140/85 мм рт. ст.

ЧСС – 82

Пульс – 82

По результатам КФС у пациентки подтвержден хронический комбинированный геморрой, стадия неполной ремиссии; выявлены 2 полипа в сигмовидной кишке, имеется подозрение на злокачественное новообразование восходящей ободочной кишки с субкомпенсированным стенозом. Взята биопсия. Планируется консультация хирурга, онколога, гинеколога.

На 10.09.2015 контрольные анализы крови. Лечение получает, побочных реакций нет.

*10.09.2015*

Температура – 36,7 °С

АД – 140/85 мм рт. ст.

ЧСС – 80

Пульс – 80

Последний день курации. За время курации состояние пациентки в целом улучшилось, уменьшилась анемия (гемоглобин с 61 г/л при поступлении до 78 г/л от 08.09.2015, эритроциты с  $2,89 \times 10^{12}$ /л до  $3,6 \times 10^{12}$ /л). Диагностирована причина анемии, ожидается консультация хирурга, гинеколога, результатов биопсии еще нет. Лечение в прежнем объеме.

## ОБОСНОВАНИЕ ОКОНЧАТЕЛЬНОГО ДИАГНОЗА

По результатам обследования у пациентки в анализе крови диагностирована анемия тяжелой степени тяжести (гемоглобин – 61 г/л, эритроциты –  $2,89 \times 10^{12}$ /л), гипохромная (МСН – 21,2; цветовой показатель – 0,7), микроцитарная (МСV – 72,6), норморегенераторная (ретикулоциты – 3%), с изменением морфологии эритроцитов при микроскопии мазка (анизоцитоз с преобладанием микроцитов, гипохромия). Подтвержден абсолютный дефицит железа в организме – сывороточное Fe снижено до 8 ммоль/л, ОЖСС повышена до 85 мкмоль/л, уровень ферритина снижен до 10 нг/мл. Эти данные подтверждают диагноз Fe-дефицитной анемии тяжелой степени тяжести. Нормальные значения метаболитов эритропоэза представлены в приложении 5.

По патогенезу развития анемия, во-первых, хроническая постгеморрагическая. При проведении колоноскопии от 08.09.2015 подтвержден хронический комбинированный геморрой (в анамнезе в течение длительного времени кровотечения во время акта дефекации). Кроме того, на КФС выявлено подозрение на злокачественное новообразование в восходящей ободочной кишке с субкомпенсированным стенозом, которое тоже приводит к кровотечениям. Опухоль является причиной мелены в августе, причиной положительной реакции на скрытую кровь, при проведении колоноскопии наблюдалась контактная кровоточивость.

Во-вторых, неполноценное питание (ограничение употребления в пищу мяса) тоже является причиной анемии за счет уменьшения поступления железа с пищей. Высока вероятность того, что по патогенезу анемия у пациентки не только Fe-дефицитная (постгеморрагическая, алиментарная), но и анемия при хронических заболеваниях (онкологический процесс). Опухоль может не кровоточить, но тоже приведет к анемии (АХЗ). Исключительно только АХЗ не может быть у пациентки, так как при этой анемии есть относительный дефицит железа в организме, а не абсолютный (уровень сывороточного железа снижен, ОЖСС нормальная или снижена, уровень ферритина нормальный или повышен). Но при АХЗ также будут микроцитоз, гипохромия.

Диагноз В12-анемия исключается, так как анемия у пациентки не гиперхромная (при гиперхромной анемии МСН > 32 pg., цветовой показатель > 1,05), не макроцитарная (при макроцитарной анемии МСV > 100), нет снижения ретикулоцитов, отсутствуют лейкопения, тромбоцитопения, тельца Жолли, кольца Кебота, гиперсегментация нейтрофилов, уровень билирубина нормальный. И, кроме того, есть абсолютный дефицит железа в организме.

Гипо-апластическая анемия также исключается, так как анемия у пациентки не нормоцитарная, не нормохромная, в крови нет панцитопении, ретикулоцитопении. Выявлен дефицит железа в организме.

Лейкоз исключается, так как в периферической крови у пациентки нет бластов, нет изменения количества лейкоцитов (лейкоцитоза, лейкопении), тромбоцитов, а морфологическая картина эритроцитов (микроцитарная, гипохромная) и выявленный дефицит железа полностью соответствуют диагнозу Fe-дефицитной анемии.

## ЛЕЧЕНИЕ

1. Диета с достаточным количеством красного мяса, птицы, рыбы и зелени является важным компонентом в профилактике ЖДА. Однако возместить дефицит железа при ЖДА только диетотерапией без лекарственных железосодержащих препаратов невозможно.
2. Сорбифер дурулес (320 мг сульфата Fe и 100 мг Fe(II)) по 1 таблетке (100 мг Fe(II)) 2 раза в сутки.

Rp: Tab. Sorbifer durules

D.t.d. № 50 in tab

S. принимать по 1 таблетке 2 раза в день (утром и вечером)

## ЭТАПНЫЙ ЭПИКРИЗ

Пациентка Зорина Н.А., 68 лет, находится на лечении в отделении терапии с 31 августа 2015 г. По результатам обследования у пациентки диагностирована Fe-дефицитная анемия тяжелой степени тяжести. Диагноз сомнения не вызывает. По результатам колоноскопии от 08.09.2015 у пациентки диагностированы хронический комбинированный геморрой, злокачественное (?) новообразование восходящей ободочной кишки с субкомпенсированным стенозом, которые являются причиной анемии. В настоящее время результаты биопсии не готовы.

Пациентка получает препарат железа сорбифер дурулес. На фоне лечения отмечается некоторая положительная динамика в виде уменьшения выраженности анемического синдрома (пациентка отмечает улучшение самочувствия, в контрольных анализах крови отмечается рост показателей (ОАК от 8.09.16 НВ – 78 г/л, эритроциты –  $3,6 \times 10^{12}$ /л, наблюдается рост ретикулоцитов до 9 %)). Во время проводимого лечения у пациентки не было аллергических, токсических или других побочных реакций. Пациентке необходимо продолжить прием сорбифера дурулеса по 1 таблетке 2 раза в сутки. В такой дозировке его необходимо принимать до достижения нормального уровня гемоглобина (не менее 120 г/л). Это первый этап лечения анемии. Пациентка находится в настоящее время именно на этом этапе лечения. Затем необходимо перейти ко 2 этапу лечения – восстановление депо железа в организме – длительностью не менее 3–6 месяцев. Средние суточные дозы железа будут 100 мг.

Однако эффективное лечение анемии предполагает, помимо восстановления депо железа в организме, устранение всех причин анемии. В связи с этим пациентке необходима консультация хирурга для определения тактики введения в отношении хронического геморроя (консервативное, хирургическое?). После получения результатов биопсии необходимы консультация онколога и удаление опухоли толстого кишечника. Только устранив все причины анемии, прогноз в плане лечения анемии будет благоприятным. В противном случае пациентке может понадобиться постоянная поддерживающая терапия препаратами железа.

КОЛИЧЕСТВЕННЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ  
ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ

Таблица 7

*Показатели «красной крови»*

Параметр	Единицы измерения	Нормальное значение	Физиологическая значимость
HGB – гемоглобин	г/л	М: 130–172 Ж: 120–160	Общее содержание гемоглобина и его дериватов в единице объема крови (1 л)
RBC – эритроциты	$\times 10^{12}/л$	М: 4,2–5,8 Ж: 3,8–5,3	Абсолютное количество в единице объема крови (1 л)
Ret – ретикулоциты	%  ‰ $\times 10^9/л$	0,5–2,0  2–10 50–100	Количество молодых эритроцитов (ретикулоцитов) на 100 эритроцитов
HCT – гематокрит	%	М: 39–51 Ж: 34–47	Соотношение между объемом плазмы и объемом форменных элементов (прежде всего эритроцитов)
MCV – средний объем эритроцита	фл	80–100	Характеристика объема (размера) эритроцитов
MCH – среднее содержание гемоглобина в эритроците	пг	27–35	Характеристика эритроцитов по содержанию в них гемоглобина
MCHC – средняя концентрация гемоглобина в эритроците	г/л	310–360	Характеристика эритроцитов по содержанию в них гемоглобина
RDW – распределение эритроцитов по ширине	%	11,5–14,5	Объективный показатель анизоцитоза эритроцитов
Plt – тромбоциты	$\times 10^9/л$	150,0–400,0	Абсолютное количество в единице объема крови (1 л)

*Показатели «белой крови»*

Параметр	Нормальное значение		Физиологическая значимость
	%	$\times 10^9/\text{л}$	
WBC – лейкоциты	100	4,5–11,0	Абсолютное количество в 1 л крови
Neu – нейтрофилы:			
b – палочкоядерные	1–5	–	
s – сегментоядерные	47–72	2,5–7,5	
eos – эозинофилы	1–5	0,04–0,44	
bas – базофилы	0–1	0,01–0,1	
lym – лимфоциты	19–37	1,5–3,5	
mon – моноциты	3–11	0,2–0,8	

НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫЕ ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ  
(КОЛИЧЕСТВЕННЫЕ И КАЧЕСТВЕННЫЕ) СОСТАВА  
ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ

Таблица 9

*Количественные изменения состава периферической крови*

Наименование	Диагностический критерий	Патофизиологическое/клиническое значение
Анемия	М: Hb < 130 г/л Ж: Hb < 120 г/л	Гипоксический синдром
Эритроцитоз	М: RBC > $6,5 \times 10^{12}/л$ , глобулярный объем > 36 мл/кг Ж: RBC > $5,6 \times 10^{12}/л$ , глобулярный объем > 32 мл/кг	Увеличение объема циркулирующей крови, плеторический синдром
Ретикулоцитоз	Ретикулоциты > 2,0% > 10‰ > $100,0 \times 10^9/л$	Регенераторный тип анемии, акселерированный эритропоэз в ответ на острую кровопотерю, гемолиз, при лечении дефицитной анемии
Ретикулоцитопения	Ретикулоциты < 0,5% < 2‰ < $50,0 \times 10^9/л$	Гипорегенераторная анемия
Тромбоцитопения	PLT < $150 \times 10^9/л$ 1-й степени – $150,0 - 100,0 \times 10^9/л$ 2-й степени – 100,0–50,0 $(30,0) \times 10^9/л$ 3-й степени – < $50,0(30,0) \times 10^9/л$	Геморрагический синдром петехиально-синячкового типа (геморрагическая пурпура)
Тромбоцитоз	PLT > $450,0 \times 10^9/л$	Реактивный (ЖДА, воспалительный процесс, немиелоидные опухоли) или опухолевый (миелопролиферативные новообразования)
Лейкоцитоз	WBC > $11,0 \times 10^9/л$	Воспалительный процесс

Наименование	Диагностический критерий	Патофизиологическое/клиническое значение
Нейтрофилез	Нейтрофилы (п/н+с/н) $> 7,5 \times 10^9/\text{л}$	Воспалительный процесс
Абсолютный лимфоцитоз	Лимфоциты $> 5,0 \times 10^9/\text{л}$	Гиперпластический синдром (ХЛЛ)
Абсолютный моноцитоз	Моноциты $> 1,0 \times 10^9/\text{л}$	Гиперпластический синдром (ХММЛ)
Эозинофилия	Эозинофилы $> 1,5 \times 10^9/\text{л}$	Гиперэозинофильный синдром: реактивный (паразитарные инфекции, аллергозы), опухолевый (миелопролиферативные новообразования, лимфомы)
Лейкопения	WBC $< 4,0 \times 10^9/\text{л}$	Иммунодефицитный синдром с возникновением инфекционно-воспалительных проявлений
Нейтропения	Нейтрофилы $< 1,5 \times 10^9/\text{л}$	
Агранулоцитоз	Нейтрофилы $< 1,5 \times 10^9/\text{л}$	
Лимфоцитопения	Лимфоциты $< 1,5 \times 10^9/\text{л}$	

Таблица 10

*Качественные изменения клеток крови  
Аномалии морфологии эритроцитов  
1. Патология размеров и формы*

Наименование	Диагностический критерий	Патофизиологическое/клиническое значение
Макроцитоз	MCV $> 100$ 	Увеличение объема (размера) эритроцитов при мегалобластическом эритропоэзе, повышении содержания ретикулоцитов, дисплазии кроветворения
Микроцитоз	MCV $< 80$ 	Уменьшение объема (размера) эритроцита за счет снижения содержания гемоглобина в эритроците




Наименование	Диагностический критерий	Патофизиологическое/клиническое значение
Гиперхромия	МСН, МСНС повышены	Повышение содержания гемоглобина в эритроците
Гипохромия	МСН, МСНС понижены	Снижение содержания гемоглобина в эритроците
Сфероцит		Наследственный сфероцитоз, аутоиммунная гемолитическая анемия
Овалоцит		Наследственная гемолитическая анемия – средиземноморский овалоцитоз
Стоматоцит		Наследственная гемолитическая анемия, транзиторное явление при остром алкоголизме
Эхиноцит («морской еж»)		Наследственный дефицит пируваткиназы, уремия
Акантоцит («шпороклеточная» анемия)		Алкогольное поражение печени, цирроз печени
Серповидно-клеточный пойкилоцитоз		Серповидноклеточная анемия
Мишеневидные эритроциты		Талассемия, обструктивная желтуха
Шистоциты		Механический гемолиз, микроангиопатический гемолиз
Аутоагглютинация		Иммунный гемолиз

*Качественные изменения клеток крови  
Аномалии морфологии эритроцитов*

*II. Внутриклеточные включения в эритроциты по Райту*

Наименование	Диагностический критерий	Патофизиологическое/клиническое значение
Базофильная зернистость	Рассеянные гранулы синего цвета с рибосомальной преципитацией 	Интоксикация свинцом или тяжелыми металлами, талассемия, алкогольная интоксикация
Кольцо Кебота	Полные или неполные кольца либо восьмеркообразные фигуры 	Мегалобластная анемия
Тельце Жолли	Остаток ядра после удаления его РЭС 	После спленэктомии, при интенсивном гемолизе и мегалобластной анемии

*Качественные изменения клеток крови  
Аномалии морфологии лейкоцитов*

Наименование	Диагностический критерий	Патофизиологическое/клиническое значение
Токсигенная зернистость	В цитоплазме много темных азурофильных гранул с незрелыми мукополисахаридами 	Инфекции и воспалительные процессы
Цитоплазматические вакуоли	Цитоплазма содержит Вакуоли 	Инфекции
Гипосегментация ядер	Ядро похоже на пенсне 	Миелопролиферативные новообразования, миелодиспластические синдромы

Наименование	Диагностический критерий	Патофизиологическое/клиническое значение
Гиперсегментация ядер	<p>Ядро имеет более пяти долей, соединенных тонкой хроматиновой нитью</p> 	Мегалобластная анемия
Тельца Деле	<p>В цитоплазме светло-синие глыбки различного размера и формы</p> 	Инфекции и воспалительные процессы



*Метаболиты эритропоэза*

Показатель	Содержание
Железо сыворотки крови	Мужчины: 12,5–28,0 мкмоль/л Женщины: 10,0–26,0 мкмоль/л
Белки, участвующие в обмене железа: Трансферрин Ферритин	2,0–4,0 г/л 20–200 мкг/л (нг/мл)
Витамины: Витамин В12 Фолиевая кислота	208–964 пг/мл 7,2–15,4 нг/мл

Учебное издание

Екатерина Борисовна Букреева  
Людмила Ивановна Волкова  
Наталья Сергеевна Ямкина

**ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ  
В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ**

Учебно-методическое пособие

Издательство СибГМУ  
634050, г. Томск, пр. Ленина, 107  
тел. 8(382-2) 51-41-53  
E-mail: otd.redaktor@ssmu.ru  
Редактор В.А. Антонова  
Оригинал-макет И.Г. Забоенкова

---

Подписано в печать 02.03.2017 г.  
Формат 60x84  $\frac{1}{16}$ . Бумага офсетная.  
Печать ризограф. Гарнитура «Times». Печ. л. 2,9, авт. л. 1,74  
Тираж 100 экз. Заказ №

---

Отпечатано в Издательстве СибГМУ  
634050, Томск, ул. Московский тракт, 2  
E-mail: lab.poligrafii@ssmu.ru