

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

**Я.В. Поровский, Е.Б. Букреева, Т.Н. Бодрова,
Л.И. Волкова, И.Д. Беспалова, А.И. Карзилов,
П.Е. Месько, К.Ф. Тетенев, Е.Л. Мишустина,
В.В. Боярко, Н.С. Ямкина**

УЧЕБНАЯ ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ

Учебное пособие

Томск
Издательство СибГМУ
2020

УДК 616-07(075.8)

ББК 53.4я73

У910

Авторы:

Я.В. Поровский, Е.Б. Букреева, Т.Н. Бодрова, Л.И. Волкова, И.Д. Беспалова, А.И. Карзилов, П.Е. Месько, К.Ф. Тетенев, Е.Л. Мишустина, В.В. Боярко, Н.С. Ямкина

Учебная история болезни в терапевтической практике: учебное пособие / Я.В. Поровский, Е.Б. Букреева, Т.Н. Бодрова и др. – Томск: Издательство СибГМУ, 2020. – 150 с.

Учебное пособие составлено на основе клинических материалов, которые на протяжении многих лет преподаются студентам авторами пособия. В пособии представлены описание методики расспроса пациента в разных клинических ситуациях, схема физического обследования, оценка результатов основных параклинических методов и практические рекомендации по использованию этого материала в обосновании диагноза. Материал структурирован в соответствии с этапами творческого процесса формирования клинического мышления будущего специалиста: обнаружить симптомы, связать их в синдромы, выделить основной синдром, определить причинно-следственные связи между синдромами и сформулировать синтетический клинический диагноз.

В пособии приведены клинические примеры с использованием методики постановки прямого и дифференциального диагноза, в конце пособия имеются контрольные вопросы для самопроверки, протоколы и нормативы основных клинических исследований.

Целевая аудитория – студенты 3, 4 и 5 курсов врачебных факультетов и медико-биологического факультета СибГМУ.

УДК 616-07(075.8)

ББК 53.4я73

Рецензенты:

Калюжин В. В., д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой госпитальной терапии с курсом реабилитации, физиотерапии и спортивной медицины ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России, г. Томск

Тетенева А.В., д-р мед. наук, гл. внештатный специалист-пульмонолог ДЗТО, зам. главного врача по медицинской части ОГБУЗ "Медико-санитарная часть №2", профессор кафедры пропедевтики внутренних болезней с курсом терапии педиатрического факультета ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России, г. Томск

Утверждено и рекомендовано к печати учебно-методической комиссией педиатрического факультета ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России (протокол № 3 от 13.05.2019 г.).

© Я.В. Поровский, Е.Б. Букреева, Т.Н. Бодрова, Л.И. Волкова и др.

© Издательство СибГМУ, 2020

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие.....	4
Введение.....	7
Глава 1. Общий план обследования больного в клинике внутренних болезней.....	10
Паспортная часть.....	15
Информированное согласие.....	15
Глава 2. Структура истории болезни. Фактографический раздел	19
2.1. Расспрос.....	20
2.2. Способы формирования укороченных программ расспроса.....	25
2.3. Развитие настоящего заболевания.....	30
2.4. Анамнезы	32
2.5. Физическое исследование больного.....	34
2.6. Параклинические методы обследования	40
Глава 3. Структура истории болезни. Методика построения клинического диагноза	41
3.1. Прямой диагноз	41
3.2. Практические советы при выполнении схемы обоснования прямого клинического диагноза	43
3.3. Дифференциальный диагноз	46
3.4. План построения профессионального комментария клинической картины	49
Глава 4. Схема учебной истории болезни 3, 4 и 5 курсов	55
Приложения.....	78
Протокол исследования бронхолегочной системы	78
Протокол исследования сердечно-сосудистой системы	80
Протокол исследования сосудов	82
Протокол исследования желудка и кишечника	83
Протокол исследования гепатобилиарной системы.....	85
Протокол исследования мочевыделительной системы.....	87
Протокол анализа функции внешнего дыхания (спирограммы).....	88
Протокол анализа ЭКГ.....	89
Пример истории болезни для 3 курса	90
Пример истории болезни для 4 и 5 курсов	105
Образцы (бланки) основных анализов, проводимых в клинике	125
Вопросы и ответы для самоподготовки по теме «Методология и методика клинического диагноза».....	128
Тестовые задания	144
Ответы к тестовым заданиям.....	148
Рекомендуемая литература	149

ПРЕДИСЛОВИЕ

Одним из самых сложных моментов в процессе обучения студентов-медиков является развитие способности переходить от внутренней речи к письменному изложению рассуждений и отражение этого документально в истории болезни в виде клинического диагноза. В настоящем пособии обобщен опыт преподавательской работы коллектива кафедры пропедевтики внутренних болезней с курсом терапии педиатрического факультета Сибирского государственного медицинского университета по работе студентов над учебной историей болезни в терапевтической клинике. В основу пособия положены клинические материалы Ф.Ф. Тетенева. Авторы пособия считают, что безмерное уважение к выдающемуся ученому, врачу, Учителю, это не только память о нем, но и наше обязательство, долг перед ним в продолжении начатых им работ. Основной акцент в этом издании сделан на изложении разделов написания истории болезни, последовательной работе студента от выявления симптомов до формулировки синтетического клинического диагноза.

Учебная история болезни является прототипом врачебной истории болезни (медицинской карты стационарного больного). Это основной документ, с которым врач работает в процессе обследования, обдумывания результатов исследования, плана ведения диагностического процесса, формулировки диагноза, плана лечения и наблюдения за больным. История болезни является юридическим документом, служит письменным доказательством в суде при урегулировании конфликтов между врачами и пациентами, а также первичным документом при формировании финансовых документов по оплате медицинской помощи. Сведения, внесенные в нее, должны быть достоверными, в полной мере отражающими факты и результат деятельности медицинских работников.

Методологическую основу учебного пособия составили принципы: компетентностного подхода, преемственности учебных дисциплин, изучающих терапию.

Содержание учебного пособия может способствовать овладению студентами, обучающимся по специальностям и направлениям подготовки «Лечебное дело», «Лечебное дело (билингвальная форма обучения)» «Педиатрия», «Медицинская биохимия», «Медицинская биофизика», «Медицинская кибернетика» следующими компетенциям:

- общекультурными (ОК): способностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу; готовностью к саморазвитию, самореализации, самообразованию, использованию творческого потенциала;
- общепрофессиональными (ОПК): готовностью к саморазвитию, способностью и готовностью реализовать этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности; готовностью к ведению медицинской документации;
- профессиональными (ПК): готовностью к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патологоанатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания; способностью к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с МКБ-10

Научиться хорошо и на высоком профессиональном уровне исследовать больного, размышлять над полученными результатами и оформлять свои наблюдения в виде клинической истории болезни непросто.

Авторы надеются, что опыт кафедры, изложенный в данном пособии, может быть полезным для более успешного освоения этого раздела программы обучения студентов, поможет преодолеть скованность, «зажатость» будущего врача перед сложной и серьезной задачей.

FOREWORD

It is a well-known fact that the most difficult part in the process of teaching students is the development of the ability to switch from internal speech to a written statement of reasoning and the reflection of this documented in the medical history in the form of a clinical diagnosis. This manual summarizes the teaching experience of the staff of the department of propaedeutics of internal diseases with a course of therapy at the pediatric faculty of the Siberian State Medical University on the work of students on the educational history of the disease in a therapeutic clinic. The manual is based on the clinical materials of F.F. Tetenev. Immeasurable respect for an outstanding scientist, doctor, teacher, is not only a memory, but also a commitment, a duty to him in the continuation of his work. The main attention in this publication is given to the presentation of the sections of writing a medical history, the consistent work of a student from identifying symptoms to formulating a synthetic clinical diagnosis. The (student's) educational history of the disease is the prototype of the medical history of the disease (medical records of an inpatient). This is the main

document with which the doctor works in the process of examining, pondering the results of the study, the plan for conducting the diagnostic process, formulating the diagnosis, treatment plan and monitoring the patient. The medical history is a legal document, serves as written evidence in court when resolving conflicts between doctors and patients, as well as the primary document in the preparation of financial documents for the payment of medical care. The information entered into it must be reliable, fully reflecting the facts and the result of the work of medical workers.

The methodological basis of the training manual was made up of the principles: competency-based approach, the continuity of academic disciplines studying therapy. The content of the training manual can help students in the areas of preparation «General Practice», «Therapy (bilingual form of education)», «Pediatrics», «Clinical Biochemistry», «Medical Biophysics», «Medical Cybernetics» master the following competencies:

General cultural: Ability to deep and abstract thinking, analysis, synthesis; readiness for self-development, self-realization, self-education, use of creative potential;

General professional: Readiness for self-development, ability and willingness to implement ethical and deontological principles in professional activities; Ability to form medical records correctly;

Professional Readiness to collect and analyze patient complaints, his medical history, examination results, laboratory, instrumental, pathological and other studies in order to recognize the state or establish the presence or absence of a disease, the ability to determine the patient's main pathological conditions, symptoms, syndromes of diseases, nosological forms in accordance with the International Statistical Classification of Diseases and Problems Related to Health, Xth revision.

It is not easy to learn to study the patient well and at a high professional level, to reflect on the results obtained and to draw up your observations in the form of a clinical medical history. The authors hope that the experience of the department described in this manual can be useful for a more successful development of this section of the student training program, will help to overcome the «stiffness», «tightness» of clinical thinking of the young doctor in front of a difficult and serious task.

ВВЕДЕНИЕ

Обучение написанию учебной истории болезни, принятое в отечественной клинической школе, включает три последовательных шага:

1. Пропедевтика внутренних болезней (общая и частная семиология).
2. Факультетская клиника.
3. Госпитальная клиника.

Пропедевтика внутренних болезней – это первый и очень важный этап изучения студентом клинической медицины. Он состоит в последовательном обучении методам обследования и обнаружению симптомов заболеваний у пациентов по органам и системам, с последующим изложением результатов исследования в виде учебной истории болезни. Данной цели служит параллельное изучение фундаментальных наук, (патологической физиологии, патологической анатомии и др.) раскрывающих механизмы симптомов и синдромов. Корректное усвоение важнейших положений общей и частной семиологии изначально формирует мировоззрение студента-будущего врача, т.е. организованный, осмысленный и целенаправленный характер профессиональной работы.

Студент, исследующий больного на 3-м курсе в пропедевтической терапевтической клинике, приступая к написанию учебной истории болезни, знает диагноз пациента. Обсуждается типичное проявление патологического процесса, когда студенту уже известна нозологическая форма. При рассмотрении клиники при этом не рекомендуется отвлекаться на сопутствующие заболевания.

Специально, для лучшего усвоения, работа над учебной историей делится на две части – фактографическую часть и обос-

нование диагноза или профессиональный комментарий клинической картины. В учебной истории болезни второй раздел предлагается изложить по схеме методики прямого клинического диагноза.

Изучение *курса факультетской терапевтической клиники* направлено на детальное изучение больного во всех проявлениях его жизни, заболеваний, лечения, профилактики, диспансеризации. В данном случае внимание студента переключается от преимущественно общих проблем диагноста к частным, т.е. конкретным нозологическим формам с необходимостью их дифференцировки. Большинство учебников и клинических монографий излагается по принципу факультетской клиники. Студент, изучающий больного в факультетской терапевтической клинике, знает диагноз пациента. Читая монографию по определенной форме заболевания, он знает, о каком заболевании идет речь, или по какой группе заболеваний он пополняет свои знания.

Курс госпитальной клиники предполагает изучение возможностей диагностики и лечения больного в условиях реальной жизни. На этом этапе изучения клинической медицины будущий специалист вновь обращается к знаниям по общим вопросам диагностики, вновь к организованной, осмысленной и целенаправленной профессиональной работе, но над пациентом с неизвестным диагнозом.

Особенно важная роль в развитии клинического опыта в курсе госпитальной терапевтической клиники принадлежит поликлиническому разделу программы.

На этом этапе исследователь должен определить, к какой категории заболевания нужно отнести данного пациента (пульмонология, кардиология, нефрология, гастроэнтерология и др.). Выбрав определенное направление клинического обследования, студент должен выявить отклонения в функции всех систем организма, так как у больного может быть несколько заболеваний,

а на вопрос, какой из них является основным, в сложных случаях дает ответ углубленное клиническое обследование.

В этих условиях самой сложной задачей является самостоятельная постановка предварительного диагноза, когда из неспецифической информации, которая может характеризовать многие заболевания исследователь должен подойти к нозологическому диагнозу.

Во врачебной истории болезни в отличие от учебной истории, второй раздел (обоснование диагноза) представляется в форме развернутого клинического диагноза. Все рассуждения о диагнозе, о лечении больного выносятся в эпикриз. Здесь же излагается дальнейшее лечение, рекомендации по диспансеризации, реабилитация и т.п.

Этот пошаговый план работы с больным благотворно влияет на воспитание студента как будущего врача. Создатели этой системы исключительно мудро нашли способ воспитания клинического мышления и его документального изложения в виде учебной истории болезни в процессе накопления знаний от 3-го курса к 6-му курсу обучения.

Пособие определяет последовательность исследования больного, т. е. является своеобразным алгоритмом действий студента у постели больного.

Строгое соблюдение в представленном пособии последовательности действий является важнейшим условием овладения студентами основами врачебной диагностики.

Глава 1

ОБЩИЙ ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО В КЛИНИКЕ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ

I. Паспортная часть.

II. Информированное согласие.

III. Изложение результатов обследования (фактографическая часть) – последовательное описание результатов исследования

1. Анамнез заболевания.

2. Данные физического обследования.

3. Данные параклинического обследования.

IV. Обоснование диагноза (профессиональный комментарий клинической картины).

V. Лечение, наблюдение (дневник), подведение итогов (эпикриз), профилактика, реабилитация (план).

Принципиальная структура истории болезни одина для всех клинических направлений, специальностей, хотя возможны некоторые особенности, изменяющие форму и содержание этого документа. Неотъемлемой частью современной истории болезни (медицинской карты стационарного больного) стало наличие информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство (лечение). Тем не менее, принцип построения истории болезни остается устойчивым.

Первая часть истории болезни названа фактографической и включает результаты трех основных видов исследования: субъективное, объективное и параклиническое. Каждый вид исследования занимает свое место в истории болезни.

Субъективное исследование называют сбором анамнеза (воспоминания) пациента о его ощущениях, связанных с заболеванием (жалобы, история развития заболевания, история жизни, семейный, аллергологический, профессиональный, экологический и другой анамнезы). Важно, что пол, возраст, профессия, место жительства тоже являются симптомами, характеризующими пациента. Имя и отчество пациента являются первейшими сведениями, необходимыми для полноценного общения с больным. В учебную историю болезни персональные данные (Ф.И.О., адрес, телефон) не вносятся в целях соблюдения врачебной тайны.

Физическое обследование больного включает осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию, специальную пальпацию. Этот раздел еще называют объективным исследованием.

Параклиническое обследование включает лабораторные, инструментальные методы исследования. К настоящему времени параклиническое обследование больного необычайно усложнилось. Появились очень информативные методы обследования (ультразвуковые, лабораторные, иммунологические, эндоскопия, биопсия), значительно повысив эффективность диагностики. Современные технологии постепенно и в некоторых случаях оправданно вытесняют классические клинические методы исследования. Данные виды обследования пациента изучаются студентами предварительно теоретически и на практике, а затем при работе над историей болезни.

Для постановки клинического диагноза в равной степени важны симптомы всех уровней обследования (субъективные, объективные, параклинические).

В процессе клинического обследования студент сначала определяет симптомы (признаки) болезни при расспросе больного и при физическом обследовании. Далее он намечает план параклинического обследования по представленной нозологии, чтобы целенаправленно выявлять симптомы, или подтвердить, уточнить симптом с помощью лабораторного, инструментального обследований. В раздел параклинические методы исследова-

ния приводятся результаты проведенных исследований и анализ их изменений.

Обследование пациента другими специалистами (хирургом, онкологом, отоларингологом, окулистом, невропатологом, гинекологом и др.) также фиксируется (вносятся) в учебную историю болезни.

В итоге студент располагает симптомами следующих трех категорий: • субъективные; • объективные; • параклинические. Учебная история болезни должна быть предельно подробной. В первой, фактографической, части истории болезни студент излагает данные без их объяснения и трактовки. Интерпретация результатов исследования пациента помещается отдельно во втором разделе истории болезни. Однако здесь требуется серьезная творческая работа, так как она отражает процесс поиска симптомов болезни. Здесь нужна не просто сумма фактов, а определенная их систематизация.

Второй раздел истории болезни посвящен обоснованию диагноза (профессиональному комментарию клинической картины).

При работе над историей болезни студенты 3 курса курируют пациентов с заранее известным диагнозом установленным врачом клиники. Студенту необходимо самостоятельно прийти к диагнозу, понять, как был поставлен диагноз. Для этого в этом разделе студент-исследователь должен научиться строить цепь логических построений. Этому предшествует проведение семинара на тему «Методология и методика клинического диагноза», где обсуждается роль методов исследования в диагностическом процессе с позиции теории диагностики, систематизируются основные категории: симптом, синдром, диагноз, их свойства (см. приложение).

Предлагается следующая схема работы с информацией, полученной при обследовании больного и зафиксированной в фактическом разделе истории болезни.

Первый шаг. Выделение симптомов. Надо убедиться в том, что исследователь четко знает те симптомы, которые нашел, обследуя пациента. Механизм и семиотику каждого из найденных симптомов целесообразно рассматривать на следующем шаге.

Второй шаг. Формирование синдрома. Все найденные симптомы нужно распределить по синдромам. Творческий характер этой работы состоит в том, что исследователь должен определить, к какому синдрому отнести симптом. Для этого нужно вспомнить, что у каждого синдрома есть своя семиотика и, соответственно, механизмы.

Третий шаг. Из группы найденных синдромов необходимо определить основной синдром. Если пациент находится в тяжелом состоянии, основным синдромом будет тот, который определяет тяжесть состояния. Если состояние пациента удовлетворительное, основным синдромом следует считать тот, который отражает выраженные локальные изменения в организме. В большинстве клинических случаев анатомический синдром является основным (синдром уплотнения легочной ткани при пневмонии, атеросклеротическое поражение коронарных сосудов при ИБС и др.).

Из дидактических целей студентам 3-го курса целесообразно представить семиологический ряд основного синдрома (почерпнуть из литературы семиотику того синдрома, который выбран в качестве основного) без проведения методики дифференциального диагноза. Студентам, которые успешно освоили предыдущий раздел, можно предложить постановку окончательного диагноза по методике проведения дифференциального диагноза.

Четвертый шаг. При постановке диагноза студенты 3-го курса используют прямой метод. Прямой метод постановки диагноза формулируется в случаях, когда в клинической картине преобладает одна диагностическая гипотеза. По своей сути, прямой диагноз также является дифференциальным (неспецифические симптомы объединены в одну диагностическую гипотезу), но в силу преобладания в клинической картине симптомо-

комплекса одного заболевания другие, менее значимые причины, не рассматриваются. Широко такой метод постановки диагноза используют при наиболее частых, типично протекающих заболеваниях.

На этом этапе овладения навыками написания истории болезни, симптомы не вошедшие в основной диагноз (чаще характеризующие сопутствующее заболевание) рекомендуется кратко рассмотреть отдельно. Это является основой цельного видения больного, последующего успешного самостоятельного разделения исследователем основного заболевания, основного заболевания по типу конкурирующего, фонового и сопутствующих заболеваний.

При формулировке клинического диагноза исследователю необходимо рассмотреть причинно-следственную связь между синдромами. Эти связи возникают чаще на основе простых описательных аспектов обследования (одновременное появление, развитие синдромов или определенная последовательность появления синдромов). Это описательный уровень доказательства, однако, более точного, убедительного для построения диагностической гипотезы в клинической медицине нет.

В учебной истории болезни должен быть сформулирован окончательный клинический диагноз – современный синтетический диагноз, в котором приведена совокупность всех компонентов (описательного, анатомического, функционального, этиологического, патогенетического и др.).

Дневник наблюдений в учебной истории должен содержать хронологический отчет лечения пациента и отражать любые изменения в его состоянии в результате проводимого лечения.

В учебной истории болезни отражаются принципы лечения выявленной патологии у пациента. Выбор лекарственного препарата определяется конкретной клинической ситуацией в соответствии с клиническими рекомендациями и стандартами оказания медицинской помощи.

Выписной эпикриз должен содержать в краткой форме историю настоящей госпитализации, диагноз, результаты лабораторных и дополнительных методов исследования, проведенное лечение, рекомендации по дальнейшему лечению, обследованию и наблюдению.

1.1. Паспортная часть

Все разделы истории болезни должны быть заполнены (отмечены).

1. История болезни должна содержать дату и точное время поступления в стационар, перевода в другое профильное отделение, выписки, смерти пациента; вид госпитализации (экстренная, плановая), кем доставлен (бригадой скорой медицинской помощи, самостоятельно и т.п.)

2. Данные о группе крови, резус-факторе указываются только потенциальным реципиентам (в случае предстоящей операции, при наличии у пациента шока, анемии и т.п.) на основании подтвержденного в клиничко-диагностической лаборатории исследования. Данные о непереносимости лекарственных препаратов заносятся лечащим (принимающим) врачом со слов пациента.

3. В истории болезни отмечается:

- 1) первичность или повторность поступления;
- 2) оперативные вмешательства (названия операций, допускаются общепринятые сокращения), их даты, фамилия оперировавшего врача;
- 3) другие виды лечения (при онкологической патологии);
- 4) данные по оформлению листка нетрудоспособности за период госпитализации, заключений ВК (врачебной комиссии);
- 5) исход заболевания;
- 6) трудоспособность;
- 7) фамилия и инициалы лечащего врача и заведующего отделением записываются разборчиво.

Диагноз направившей медицинской организации указывается в соответствии с имеющейся документацией. В случае самообращения и доставки «скорой помощью» данный раздел не заполняется.

Предварительный диагноз должен быть установлен в приемном отделении не позднее двух часов с момента поступления пациента в медицинскую организацию.

Клинический диагноз устанавливается на основании данных анамнеза, осмотра, данных лабораторных и инструментальных методов обследования, результатов консультаций врачей-специалистов, предусмотренных стандартами медицинской помощи, клинических рекомендаций (протоколов лечения) и записывается на лицевую сторону медицинской карты в течение 72 часов, по экстренным показаниям – не позднее 24 часов с момента поступления пациента в отделение.

Заключительный клинический диагноз выносится на титульный лист истории болезни при выписке пациента из стационара в развернутом виде, формулировка должна соответствовать клинической классификации с указанием степени тяжести, типа течения, функциональных расстройств. Указывается Код Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) основного заболевания. В случае наличия у пациента другого заболевания, которое не менее значимо для оценки тяжести и прогноза, чем основное, в графе «основной диагноз» устанавливается конкурирующее, сочетанное или фоновое заболевание.

1.2. Информированное согласие

Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство на основании предоставленной медицинским работником информации. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или отказ от него оформляется в письменном виде в установленном порядке,

подписывается пациентом и медицинским работником, оформившим такое согласие, и подшивается в медицинскую документацию пациента.

Информация о предстоящем медицинском вмешательстве предоставляется пациенту в доступной для него форме. Пациент информируется о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах видов медицинских вмешательств, о последствиях этих медицинских вмешательств, в том числе о вероятности развития осложнений, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи. Лицо, проводившее информирование, делает запись с указанием даты, фамилии, инициалов и заверяет запись личной подписью.

В случаях, когда медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека и если его состояние не позволяет выразить свою волю или отсутствуют законные представители, решение о медицинском вмешательстве принимается консилиумом врачей, а в случае, если собрать консилиум невозможно – непосредственно лечащим (дежурным) врачом с внесением такого решения в медицинскую документацию пациента (бланк информированного добровольного согласия) и последующим уведомлением должностных лиц медицинской организации. Решение консилиума либо дежурных врачей смены оформляется с указанием ФИО пациента, причины, вызвавшей данное решение, даты, времени проведения и подписывается всеми участниками (подпись, расшифровка подписи).

Согласие на медицинское вмешательство в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают один из родителей или иной законный представитель пациента. При отсутствии законных представителей решение о медицинском вмешательстве принимается консилиумом врачей, а при невозможности собрать консилиум – непосредственно лечащим (де-

журным) врачом с последующим уведомлением должностных лиц медицинской организации, одного из родителей или иного законного представителя лица.

При трансфузии (переливании) донорской крови и (или) ее компонентов необходимым предварительным условием указанного медицинского вмешательства является дача дополнительного информированного добровольного согласия реципиента или его законного представителя на трансфузию (переливание) донорской крови и (или) ее компонентов на основании предоставленной в доступной форме полной информации о целях и методах трансфузии (переливания) донорской крови и (или) ее компонентов, в том числе о возможных последствиях для здоровья в связи с предстоящей трансфузией (переливанием) донорской крови и (или) ее компонентов.

При проведении оперативного вмешательства и (или) анестезиологического пособия, согласие пациента оформляется дополнительно. При этом медицинская организация может самостоятельно разработать свой вариант информированного добровольного согласия с включением в него необходимой информации, предоставляемой пациенту.

При отказе от медицинского вмешательства гражданину, одному из родителей или иному законному представителю лица в доступной для него форме должны быть разъяснены возможные последствия такого отказа, о чем вносится информация в историю болезни. Отказ от медицинского вмешательства оформляется в истории болезни в письменном виде по утвержденной форме и подписывается пациентом и лечащим врачом с указанием даты.

Глава 2

СТРУКТУРА ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ. ФАКТОГРАФИЧЕСКИЙ РАЗДЕЛ

Общая схема работы делится на 2 основных этапа, которым соответствуют 2 раздела истории болезни.

1-й раздел включает результаты трех основных видов исследования: субъективное, объективное и параклиническое. Каждый вид исследования занимает свое место в истории болезни. Субъективное исследование называют сбором анамнеза (воспоминания) пациента о его ощущениях, связанных с заболеванием (жалобы, история развития заболевания, история жизни, семейный, аллергологический, профессиональный, экологический и другой анамнез). Объективное исследование включает описание результатов осмотра, общей пальпации, перкуссии, аускультации, специальной пальпации. Для параклинических методов исследования также отводится специальное место в истории болезни.

Учебная история болезни должна быть предельно подробной. Перечисленные три раздела истории болезни можно назвать фактографическими. В них излагаются факты, результаты исследования больного, однако здесь требуется серьезная творческая работа, так как она отражает процесс поиска симптомов болезни. Здесь нужна не просто сумма фактов, а определенная их систематизация.

1-й раздел излагается по принципу описания фактов, без оценочных фраз. Для лучшего изучения этого раздела на кафедре разработаны по каждой системе организма протоколы иссле-

дования (см. Приложение), которые студенты заполняют самостоятельно, исследуя здорового человека.

2-й раздел – обоснование диагноза (профессиональный комментарий клинической картины).

В этой главе мы подробно рассмотрим 1 раздел истории болезни

2.1. Расспрос

Расспрос является основным методом субъективного исследования больного. В системе клинического образования, умение расспросить больного относится к наиболее сложному и важному разделу клинической медицины. В практической медицине диагноз устанавливается в процессе беседы с больным в 80% случаев.

В курсе пропедевтики внутренних болезней будущий врач впервые приступает к самостоятельной работе с больным. Здесь важнейшую роль играет диагностическая гипотеза, которая может возникнуть уже из комплекса признаков (симптомов), относящихся к общей семиологии: возраст, общий вид пациента, каких-то конкретных симптомов, характерных для частной семиологии, основной жалобе, которую предъявляет пациент. Чем больше он преуспеет на этом поприще, тем богаче и ярче будет его клинический опыт.

Как вести расспрос пациента

При общении с больным врачу следует выполнять общепринятые нормы общения:

- Нужно назвать свою фамилию, имя, отчество, при необходимости и должность, факультет, курс.
- Уточнить, с кем ведется беседа. Прежде чем встретиться с пациентом, нужно узнать его имя и отчество и обращаться к нему только по имени и отчеству. Исследователь должен готовиться к встрече с больным.
- Конфиденциальность беседы. Это условие можно обеспечить, если пациент в исследователе (студенте, враче) увидит серьезного интеллигентного человека.

- Преодоление языкового барьера различного плана. Исследователь должен учитывать, что ему приходится общаться с пациентом различного культурного уровня, различных профессий, различных национальностей, различного психического статуса. Речь будущего врача должна быть простой, ясной грамотной. Общаюсь с пациентом, нельзя подстраивать свою речь под различного рода сленги. Это сразу снижает престиж врача в представлении пациента.

- Во время беседы больной и врач должны занимать удобное положение, так как любого рода дискомфорт препятствует доверительной беседе,

- Во время беседы врач должен наблюдать за пациентом. Физиогномические симптомы позволяют давать оценку речи пациента, и их информативность может быть очень высокой.

Готовясь к расспросу больного, нужно учитывать еще некоторые простые правила, как правильно задавать вопросы.

- Простыми, ясными являются открытые вопросы: «Что Вас беспокоит?» или прямые вопросы «Где болит?»

- Подсказывающие вопросы могут снизить достоверность информации. Пациент весьма часто настолько верит врачу, что готов согласиться с тем, что тот говорит ему. Если пациент в чем-то сомневается, вопрос можно повторить через некоторое время, сформулировав его по-другому.

Встречаются ситуации, когда пациенты:

- недостаточно ясно описывают свои жалобы. Например, сердцебиение и одышку иногда удается разграничить с помощью уточняющих вопросов. Иногда больные не знают, что их беспокоит одышка или удушье, если такое сочетание возникло впервые. Нередко бывает и так, что пациент не знает, что его ощущения ненормальные.

- затрудняются определить правильно или неправильно они рассказывают о своих ощущениях. Пациента можно поддержать: «Продолжайте, пожалуйста...» или «Расскажите подробнее...».

Если при этом пациент отклоняется от темы, его нужно деликатно поправить.

Нередки случаи «симуляции поневоле» – это состояние больного, когда он хочет как можно убедительнее пожаловаться врачу о своих ощущениях. Здесь врач должен быть внимательным. Например, больные иногда симулируют приступ удушья при бронхиальной астме, показывая затрудненный выдох, инспираторное вздутие легких и высокие свистящие хрипы. Здесь необходимо дифференцировать хрипы, связанные с патологией в бронхах, от таковых гортанного происхождения. В таких случаях нужно беседой добиться спокойного дыхания больного. Однако бывают очень серьезные ситуации из области психиатрии с такими проявлениями симуляции в форме «болезни Мюнхгаузена».

Необходимо помнить, что даже если перед вами оказался социально опасный человек, надо быть объективным в заключении по результатам проведенных исследований, а решение юридического вопроса при этом не входит в компетенцию врача.

Жалобы больного

Жалобы больного разделяют на основные и дополнительные:

- основные характеризуют основное заболевание;
- дополнительные характеризуют сопутствующие заболевания.

Основное заболевание определяет тяжесть состояния больного, то заболевание, по поводу которого пациент лечится, обследуется в данном стационаре или в амбулатории.

Жалобы больного (основные, дополнительные) еще подразделяются на:

- предъявленные;
- выявленные.

Предъявленные жалобы – это те, которые достаточно точно соответствуют основному или сопутствующему заболеванию, диагноз которого указывается в истории болезни по завершении обследования. Пациент сам предъявляет их врачу.

Выявленные жалобы – это те, о которых сам пациент ничего не сказал, а врач их выявил при изучении анамнеза. Для фиксаций в истории болезни совершенно не имеет значения, к какой категории отнести жалобы – к предъявленным или выявленным. Однако для диагностики это очень важный аспект анамнеза. Может быть такая ситуация, когда пациент вообще не предъявляет или указывает жалобы, характеризующие сопутствующие заболевания. В связи с этим необходимо помнить общее свойство жалоб больного. Они могут:

- точно синдрому и диагнозу и правильно ориентировать врача
- очень приблизительно соответствовать синдрому и диагнозу заболевания;
- совершенно не соответствовать диагнозу и дезориентировать врача;
- жалоба может вообще полностью отсутствовать.

Среди выявленных жалоб нужно различать те, которые могут отсутствовать в тот момент, когда врач беседует с больным.

1. Жалобы могут возникнуть в определенных условиях. Например, больной не сказал, что у него есть одышка при привычной физической нагрузке, потому что он сейчас не выполняет такую нагрузку. Одышка же его беспокоит уже несколько лет.

2. Жалобы могут возникать в определенный момент времени. Например, весной и осенью систематически появляются боли в эпигастральной области, изжога, что связано с весенними и осенними обострениями течения язвенной болезни желудка и 12-типерстной кишки.

Изложенные сведения о жалобах больного показывают, что расспрос жалоб больного – творческий процесс, достаточно точно требующий определенного набора знаний и умений, позволяющих уже в самом начале обследования пациента работать с диагностическими гипотезами о синдроме, о заболевании. Каждый симптом имеет свою семиологию. Другими словами, любой симптом может быть при нескольких синдромах. Например, ка-

шель может быть при бронхите, при застойных изменениях в легких, при раздражении слизистой бронха различной природы, вообще может быть не связанным с изменениями в системе дыхания, а быть рефлекторным. Все причины кашля перечислить достаточно сложно. Другой пример: при болях в области сердца наиболее общая семиотика следующая: стенокардия, кардиалгия, внесердечные боли. Далее исследователь уточняет особенности этих болей и с определенной степенью убежденности отнесет эту жалобу к одной из трех категорий синдрома.

К тому моменту, когда студенты приступают к курации больных, они изучают этот раздел на лекциях, практических занятиях. Этой части истории болезни посвящено учебное пособие Ф.Ф. Тетенева и Т.Н. Бодровой «Расспрос больных в клинике внутренних болезней». Успешное овладение этими знаниями облегчает работу исследователя над диагностической гипотезой, показывает, что, хотя и невозможно создать рецепт построения диагностической гипотезы для каждого конкретного клинического случая некоторые подходы-алгоритмы программ расспроса пациента можно считать реальными и выполнимыми уже в самом начале изучения заболеваний внутренних органов.

Жалобы больного следует изложить в той последовательности, которая отражает основное заболевание, осложнение и сопутствующие заболевания. Это делается независимо от того, какие жалобы больной предъявляет прежде всего. Например, больной может предъявлять жалобы, характеризующие сопутствующее заболевание.

Требование систематизации жалоб выполнять трудно без важнейшего этапа – группировки жалоб по синдромам. При этом нужно не называть синдромы, а выделять группы жалоб либо красной строкой, либо цифрами. Оценка синдромов будет даваться в другой части истории болезни.

Приступая к расспросу, исследователь знает алгоритмы основных жалоб, характерных для заболеваний каждой из изучаемых систем организма.

- система дыхания – 5 жалоб;
- система кровообращения – 9 жалоб;
- система пищеварения – 4 группы жалоб;
- гепатобилиарная система – 8 групп жалоб;
- мочевыделительная система – 8 групп жалоб;
- эндокринная система – 12 групп жалоб;
- система крови – 12 групп жалоб;
- системные заболевания соединительной ткани, васкулиты – 7 жалоб.

Предложенный список разделов внутренних болезней с указанием количества субъективных симптомов от 5 до 12 групп жалоб значительно облегчает и укорачивает время расспроса, делает работу врача без клинического опыта более эффективной, позволяет строить и в последующем проверять гипотезу. Нужно четко формулировать вопрос, анализировать ответ и постоянно учитывать ограниченность времени. Вполне очевидно, что требования к знаниям и умениям уже на этом этапе формирования врача предъявляются очень высокие.

Укороченная схема расспроса должна быть выполнена для оценки состояния других систем организма пациента.

Существуют и другие способы опроса больного в клинике, продиктованные разными клиническими ситуациями, возникающими в практике при работе с больными, поступившими по скорой помощи, в плановом порядке, с различной степенью тяжести состояния.

2.2. Способы формирования укороченных программ расспроса больного в клинике внутренних болезней

1. Разграничение наиболее общих симптомов, характеризующих патологический процесс на две категории: местное проявление болезни и общая реакция организма на патологический процесс.
2. Разделение информации на две категории: острое и хроническое течение болезни.
3. Расспрос пациента в условиях уже сложившейся гипотезы.

4. Расспрос о состоянии всех органов и систем, когда диагностическая гипотеза отсутствует.

Разграничение наиболее общих симптомов, характеризующих патологический процесс на две категории: местное проявление болезни и общая реакция организма на патологический процесс

Никакого сомнения не вызывает факт, что некоторые жалобы больных встречаются при заболеваниях всех органов и систем. Среди них:

- 1) лихорадка (различные виды);
- 2) боль;
- 3) слабость, недомогание.

Лихорадка – это проявление организма на воспалительный процесс, происходящий в каком-то органе, системе. Может быть и генерализованный процесс при септическом состоянии. Возможна генерализованная воспалительная реакция при системных васкулитах.

Боль, в большинстве случаев, отражает местное проявление патологического процесса, сопровождающееся классическими признаками воспаления (краснота, припухлость, нарушение функции). При воспалительном процессе внутренних органов классический комплекс симптомов меняется. Например, боль выявляется в виде плевральной боли, а нарушение функции ограничением дыхания, движений грудной клетки на стороны поражения.

При локализации процесса в почках боль появляется в пояснице, уточняется с помощью симптома Пастернацкого. Нарушение функции почек выявляется тоже достаточно отчетливо.

Слабость и недомогание нельзя рассматривать как малозначащие симптомы лишь только потому, что они могут быть при любых заболеваниях и у вполне здоровых людей. Эти симптомы могут быть основными при снижении функции коры надпочечников при первичном поражении и при снижении тропной

функции гипофиза (болезнь Шиена), при скрыто протекающих заболеваниях щитовидной железы.

Разделение информации на две категории: острое и хроническое течение болезни

При остром течении заболевания, как правило, ярко проявляются симптомы общей реакции организма на патологический процесс и симптомы местного поражения органов. Однако признаки поражения внутренних органов в значительной части случаев выражаются менее отчетливо. Например, при остром воспалительном заболевании легких – внебольничной пневмонии бывает яркая клиническая картина лихорадки с ознобом, определенной картиной изменения легких: синдром уплотнения в развитии, а субъективно боли в грудной клетке, связанные с дыханием, кашлем, извержения из легких изменяются в соответствии с развитием воспалительного инфильтрата в легких. В остром периоде пневмонии возможно поражение нервной системы с психическими расстройствами в форме психоза, галлюцинаций.

Другая картина при острой атаке ревматизма. Лихорадка, поражение суставов, возможны изменения кожи, внутренних органов, а поражение сердца вначале не выявляет органического порока сердца. Он будет диагностирован значительно позднее, если лечение заболевания не будет достаточно эффективным и своевременным.

При хроническом течении заболевания, прежде всего, нужно учитывать периоды обострения заболевания и периоды ремиссии. В ранние периоды течения заболевания периоды обострения практически мало чем отличаются от острого течения заболевания, однако по мере развития болезни обострения протекают с меньшей выраженностью общей реакции организма, но с большей выраженностью изменения внутренних органов. Примером этому может служить течение ревматизма. Позднее у таких больных общая воспалительная реакция протекает в форме

артралгии, небольших отклонений лабораторных показателей активности воспалительного процесса. Что касается поражения сердца, напротив, нарастает степень выраженности порока сердца, клинически проявляются этапы компенсации порока, затем декомпенсации.

Аналогично протекает хроническая обструктивная болезнь легких. В начальном периоде у пациентов возможны периоды обострения инфекционного процесса в легких с яркой картиной общей воспалительной реакции. С течением времени общая воспалительная реакция протекает вяло или даже скрыто. Нет лихорадки, нет явных лабораторных признаков воспалительной реакции, а морфологические и функциональные нарушения нарастают, диагностируется эмфизема легких, выраженная недостаточность внешнего дыхания, легочное сердце и его декомпенсация.

При системных васкулитах (коллагенозах) возможно нарастание картины клинического проявления общей воспалительной реакции и картины поражения внутренних органов.

Современные достижения фундаментальной и практической медицины позволяют существенно повлиять на развитие острых и хронических заболеваний, значительно улучшить качество жизни больных. Соответственно менее яркой становится клиническая картина заболеваний. Классическим примером может служить эффективность современного лечения артериальной гипертензии, хронической сердечной недостаточности.

Расспрос пациента в условиях уже сложившейся диагностической гипотезы

Источники предварительной диагностической гипотезы:

1. Документ – амбулаторная карта, выписка из истории болезни, диагноз направления.
2. О своем заболевании может сообщить сам пациент.
3. Первая жалоба пациента со всеми ее особенностями может принадлежать какой-то категории заболеваний. Допустим, речь

идет о заболевании системы дыхания. Даже если пациент назвал диагноз, врач должен исследовать жалобы больного по первому алгоритму, состоящему из 5 жалоб. Вначале коротко спрашивают пациента, есть ли у него одышка, удушья, но пока не детализируют их. Затем спрашивают про кашель, есть ли кашель и если он есть, тоже пока не детализируют расспрос. Далее идет вопрос о кровохарканье, болях в грудной клетке и повышении температуры.

Теперь можно более подробно расспросить о предъявленных выявленных жалобах. В целом это стандартная неукороченная схема. Укороченная схема расспроса должна быть выполнена для оценки состояния других систем организма пациента.

Расспрос о состоянии всех органов и систем в условиях, когда диагностическая гипотеза отсутствует

Такая ситуация возникает в тех случаях, когда пациент не предъявляет жалоб, или его жалобы носят общий характер и не позволяют подойти к диагнозу. Прежде всего, нужно убедиться в том, что пациент сознательно не скрывает свои жалобы, проявления болезненных ощущений. Далее исследователь должен войти в контакт с пациентом, и если у того действительно нет жалоб, надо расспросить его обо всех физиологических отправлениях: аппетит, сон, дыхание, работа сердца, дефекация, мочеиспускание, половая функция, зрение, слух. В данном случае выясняются возможные функциональные отклонения.

Роль врача-терапевта в подобных клинических случаях состоит в обследовании больного по всем жизненно важным показателям.

Таким образом, при необходимости оценки состояния внутренних органов укороченная схема расспроса пациента содержит сравнительно небольшой список субъективных симптомов.

- качество сна;
- кашель;
- одышка;

- температура;
- боль в области сердца;
- сердцебиение;
- отеки ;
- головная боль;
- головокружение;
- дискомфорт, связанный с приемом пищи;
- стул;
- мочеиспускание;
- жажда;
- кожный зуд.

Если в процессе расспроса больного исследователь не получает определенных сведений о состоянии внутренних органов, он продолжает физическое исследование. Далее для любого пациента должна выполняться минимальная программа лабораторных и инструментальных исследований, например, исследование крови, мочи, глюкозы крови, креатинин, флюорография, электрокардиография. При выполнении этих исследований важнейшие формы патологии не пройдут мимо внимания исследователя.

2.3. Развитие настоящего заболевания

В этом разделе необходимо указать время появления каждого из субъективных симптомов по синдромам. Необходимо также указать время и характер изменения жалоб в процессе развития заболевания, изменения субъективных симптомов под влиянием лечебных воздействий, изменения условий жизни и др. В этом разделе врачебной работы скрывается, пожалуй, наибольшая сложность. Из-за дефицита времени врач, беседуя с больным, тут же заполняет историю болезни. Естественно, порядка, системы изложения материала при такой работе нет. Это возможно только при условии, что диагностическая гипотеза верна.

Такое, однако, может быть в тех случаях, когда пациент обращается повторно, или врачу был предварительно сообщен диагноз, или у больного весьма очевидны проявления данного заболевания. В таких случаях у врача обязательно должна быть определенная доза скепсиса в отношении предварительно сообщенного ему диагноза. Вполне может оказаться, что этот диагноз ошибочный. Тем не менее доза скепсиса должна быть вполне достаточной, чтобы не оказаться под гипнозом предварительно сформулированного мнения, но и чтобы не отвергнуть правильный диагноз, находясь в плену сомнений. Другими словами, сомнение должно быть продуктивным. Правильным следует считать предварительное изучение анамнеза и затем изложение его в истории болезни.

В анамнезе заболевания отражаются факторы, имеющие отношение к установлению диагноза, оценке тяжести и прогноза заболевания или влияющие на тактику ведения пациента. В хронологическом порядке излагается начало заболевания, обстоятельства, при которых оно возникло, симптомы проявления болезни и их динамика. Кроме того, необходимо уточнить изменение характера жалоб за прошедший период, отметить первое обращение за медицинской помощью, проведенное лечение и его эффективность. При описании основных симптомов должны быть указаны: их локализация, качественные характеристики (начало, длительность, частота), обстоятельства возникновения, усиливающие или облегчающие факторы, сопутствующие проявления.

Главные требования в этом разделе:

- Указать время появления каждой из жалоб, которые зафиксированы в предыдущем разделе.
- Проследить, как эти жалобы изменялись, что и как на них оказывало влияние до поступления в клинику.
- При длительном анамнезе (хроническое заболевание) нужно описать периоды обострения и ремиссии болезни. Описать их изменение под влиянием лечения.

История развития заболевания излагается по принципу описания фактов, без оценочных фраз.

2.4. Анамнезы

Анамнез жизни

Анамнез жизни излагается по следующей схеме:

1. Перенесенные ранее заболевания (подробно расспросить больного обо всех перенесенных им заболеваниях, начиная с раннего детства до поступления в клинику, с указанием возраста больного и времени перенесенного заболевания, длительности, тяжести, проводившегося лечения в стационаре, амбулатории, на дому. Перенесенные венерические заболевания; операции и травмы).
2. Гемотрансфузионный анамнез (при необходимости): реакция на переливание крови (когда и чем проявлялась), введение сывороток и вакцин (какие, когда), различных медикаментов (какие, когда).
3. Вредные привычки (курение, прием алкоголя, наркотиков) с какого времени (возраста) курит, интенсивность курения. Рассчитать индекс курильщика. Употребляет ли алкогольные напитки, наркотики (если да, то какие, с какого возраста, как часто и в каком количестве).
4. Трудовой анамнез: характер и условия работы, профессиональные вредности. Условия труда в настоящее время (профессиональные вредности).
5. Бытовые условия: жилищные условия (например, наличие сырости и т. п.).
6. Характер питания (питается дома или в столовой, характер принимаемой пищи, регулярность и частота ее приемов).
7. Пребывание на воздухе; занятия физкультурой и спортом.
8. Для женщин дополнительно: время начала менструации; нарушение менструального цикла; если кончились менструации, то когда; количество беременностей (из них нормальные и патологические), количество родов (из них нормальные и патологические).

ческие), сколько было детей и сколько их в настоящее время; менопауза.

9. Для мужчин: был ли на военной службе, если не был, то указать по какой причине.

10. При подозрении на инфекционное (паразитарное) заболевание необходимо собрать эпидемиологический анамнез: был ли контакт с инфекционными больными; общался ли, хотя бы кратковременно, с лихорадящими больными; подвергался ли укусам насекомых: вшей, клещей, комаров, moskitov и других; был ли в течение последних 1,5-2 мес. в отъезде (в том числе за рубежом), когда именно, где находился и как долго; наличие в жилище паразитов и грызунов; возможности инфицирования в связи с профессиональной деятельностью (вода, питание, одежда, обувь); соблюдение правил личной гигиены (баня, смена белья и проч.).

Аллергологический анамнез

В этом разделе истории болезни указывается переносимость лекарственных препаратов, реакция на введение сывороток и вакцин (какие, когда). Отмечается влияние на течение заболевания: а) пищевых продуктов, алкогольных напитков, косметических средств, пыли, запахов и т.д.; б) контактов с животными, одежды, постельных принадлежностей и др.

В анамнезе жизни работающим пациентам обязательно указывается, с какого времени он имеет непрерывный листок нетрудоспособности. При незаконченном случае временной нетрудоспособности и наличии у пациента незакрытого листка нетрудоспособности, указывается номер данного листка нетрудоспособности и общая длительность временной нетрудоспособности. При наличии у пациента группы инвалидности уточняется, работает он или нет.

Если собрать анамнез (в том числе аллергический) в день поступления невозможно по состоянию пациента, то при первой же возможности в Медицинскую карту вносятся дополнения к

анамнезу, оформленные отдельно с указанием даты или как часть дневниковой записи лечащего врача.

Семейный анамнез

Наследственность (состояние здоровья, возраст, причины смерти дедушки и бабушки по отцовской и материнской линии, об отце, матери, сестрах и братьях, детях и внуках больного). Сифилис, туберкулёз, болезни обмена, психические, нервные и другие болезни ближайших родственников.

Описанные разделы – анамнез жизни больного, профессиональный, аллергологический анамнезы, наследственность, экология и др. излагаются по принципу описания фактов, без оценочных фраз.

2.5. Физическое обследование (рекомендации)

Ниже перечислены правила проведения методов. Они имеют определенную смысловую нагрузку и логику, усвоить которые можно при условии понимания теоретических основ методов (перкуссии, аускультации). Усвоение методики перкуссии, аускультации требует много времени, постоянных упражнений под руководством преподавателя. Заочное обучение здесь практически невозможно. В этом и есть основной смысл клинической медицины. Серьезность и педантичность исследования формируют аккуратность, точность действия и мышления, развивают способность к критическому анализу результатов исследования, предохраняют от поверхностных суждений.

Общие правила перкуссии

1. Руки исследователя должны быть чистыми, мягкими, теплыми, ногти коротко остриженными. Удобнее всего использовать третьи пальцы в качестве молоточка и плессиметра, но можно и вторые, четвертые пальцы. При этом важны навыки работы.

2. Плессиметр ставят параллельно искомой границе органа. Степень прижатия его к поверхности тела должна соответствовать силе перкуторного удара. Важное условие при этом – плотное прилежание плессиметра к поверхности тела. Поверхностную перкуссию проводят по конечной фаланге пальца-плессиметра, так как перкуссия по средней фаланге при этом затрудняет оценку звука. Плотное прижатие средней фаланги требует большего усилия, чем это нужно для поверхностной перкуссии. Удар наносится тихий. Сфера распространения звуковой волны по тканям (глубина) составляет 3–5 см. Глубокая перкуссия проводится по средней фаланге. Удар здесь более сильный, и сфера перкуторной волны достигает 5–7 см. Еще более громкая перкуссия не дает новой информации, поскольку звуковая энергия рассеивается.

3. Движение перкутирующей кисти должно быть в лучезапястном суставе. По одному месту наносят 2–3 удара. Большое количество ударов утомляет исследователя и является признаком недостаточного освоения техники перкуссии.

4. Перкуторные удары должны быть одинаковыми по силе и по продолжительности. Осваивать технику перкуссии следует вначале двумя отрывистыми ударами. При исследовании легких лучше использовать перкуссию отрывистыми ударами, при перкуссии сердца, напротив, предпочтительнее пальпаторная перкуссия. Удары при этом должны быть тоже одинаковыми и по силе, и по времени задержки пальца молоточка на пальце-плессиметре.

5. Точность перкуторного метода исследования высока. Ошибка его не превышает 0,5 см.

6. При определении границы органа исследователь ищет переход звука ясного (легочного, например) в тупой. В таком положении палец-плессиметр находится над плотным органом, поэтому границу его или границу легкого следует отмечать по краю пальца, обращенному к ясному звуку. Если исследование ведут в обратном направлении: от тупого звука к ясному, то при

достижении ясного легочного звука отметку ставят по границе, обращенной к тупому звуку. Палец-плексиметр находится над структурой легких.

7. Навыки перкуссии необходимо совершенствовать, заботясь о порядке исследования: перкуссию проводят точно по нужным линиям, определяют локализацию притупления, ставят точку, подсчитывают ребра, производят измерение и т.д.

8. Различают сравнительную и топографическую перкуссию легких.

9. В практике перкуссию легких нужно начинать со сравнительной перкуссии. Это исследование позволяет выявить: 1) характер перкуторного звука над легкими; 2) патологические изменения перкуторного звука в различных участках легких. При обнаружении патологических отклонений в какой-либо зоне исследователь приступает к определению топографии патологического участка и всего легкого. В практической медицине исследование идет по укороченной программе, однако с дидактической целью вначале будет излагаться топографическая, затем сравнительная перкуссия.

10. Перкуссию сердца лучше производить в ортостатическом положении пациента.

Правила аускультации легких

Используют мягкие стетоскопы (без мембраны) и стетофонендоскопы (с мембраной).

1. Исследование пациента нужно производить в различных положениях его тела: в ортостатическом и клиностатическом. Некоторые симптомы выявляются лучше в клиностатическом положении, а иногда только в клиностатическом положении. Например, в ортостатическом положении аускультативная картина легких может быть вполне нормальной, тогда как в клиностатическом положении могут выявляться жесткое везикулярное дыхание и высокие сухие хрипы. Следовательно, если пациент с такой особенностью аускультативной картины будет исследован

врачом только в ортостатическом положении, самые достоверные признаки бронхообструктивного синдрома не будут обнаружены, не будет поставлен и диагноз.

2. Аускультацию легких нужно проводить при различных маневрах дыхания: спокойном (для выявления качества дыхательного шума), форсированном выдохе (для выявления бронхоспазма); более частом и глубоком дыхании – нескольких движениях (для более отчетливого выявления побочных дыхательных шумов); более глубоком вдохе (выявление крепитации). Используются и другие приемы (покашливание, движение диафрагмой при закрытой голосовой щели и др.).

3. Тело пациента должно быть обнажено до пояса. Температура в комнате должна быть в зоне комфорта. В холодном помещении исследовать больного нельзя и по деонтологическим соображениям, и в связи с тем, что сокращение мышц при этих условиях создает шум, мешающий аускультации. Следует избегать возможных шорохов одежды.

4. Раструб стетоскопа должен плотно прилежать к поверхности тела. Поза пациента должна быть свободной, без напряжения какой-либо группы мышц. Важна также удобная и эстетически оправданная поза исследователя.

5. Волосы на коже пациента в местах аускультации нужно смочить влажным полотенцем или салфеткой. Сухие волосы создают шум, напоминающий крепитацию.

6. Тишина в помещении важна как общее условие для исследования больных, хотя при использовании мягких стетоскопов звуки, выслушиваемые у пациента, неплохо изолированы от посторонних шумов.

7. Точки для выслушивания используются те же, что и при сравнительной перкуссии. Для детализации аускультативной картины используется произвольное количество точек. Принцип сравнительного изучения звуков сохраняется.

8. Исследователь должен научиться обращать внимание на многие детали звуковых явлений, слушать долго. Каждая точка должна быть изучена с нескольких позиций:

а) оценки длительности фаз дыхания (вдох-выдох);

б) определения вида дыхательного шума (везикулярное или бронхиальное; если везикулярное, то патологическое или физиологическое; если патологическое, то какая его разновидность). Для этого надо сопоставить длительность выслушиваемого шума на протяжении фазы выдоха, оценить тембр звука, сравнить силу и высоту звука вдоха и выдоха;

в) определения побочных дыхательных шумов. Приступить к оценке побочных дыхательных шумов можно только после того, как будет определен основной дыхательный шум.

Правила аускультации сердца

1. Прежде чем поставить раструб стетоскопа для аускультации сердца необходимо определить место его установки. Для изучения митрального клапана нужно определить локализацию верхушечного толчка сердца. Если он не определяется, необходимо найти левую границу сердца методом перкуссии. Для выслушивания клапана аорты предварительно прощупывается второе межреберье справа от грудины и только потом в найденную точку ставится раструб стетоскопа. Центр окружности стетоскопа ставится в центр кривизны края грудины во втором межреберье. Далее пальпаторно определяют второе межреберье слева. Аналогично предыдущему исследованию ставят центр раструба стетоскопа в центр кривизны грудины во втором межреберье слева. Здесь выслушивают клапан легочной артерии. Точку для установки стетоскопа с целью выслушивания трехстворчатого клапана определяют пальпаторно. Это основание грудины или правый край грудины на уровне прикрепления 5-го и 6-го реберных хрящей. Точку Боткина определяют подсчетом III и IV межреберий слева у края грудины.

2. Выслушивая сердце, абсолютно необходимо исследовать пульс на лучевой, сонной артериях или верхушечный толчок.

Предпочтительнее исследовать пульс на лучевой артерии. Это необходимо для контроля в аускультивной картине сердца положения I тона.

3. Порядок выслушивания должен быть стереотипным, чтобы не пропустить исследование всех точек аускультации сердца, увлекшись каким-то ярким симптомом. Сначала исследуется митральный клапан, затем – аортальный, пульмональный, трикуспидальный. Далее план исследования зависит от найденных симптомов и потребности более детального исследования.

4. Выслушивание сердца нужно проводить при задержке дыхания, чтобы исключить помехи, обусловленные побочными дыхательными шумами.

5. Выслушивание сердца нужно проводить в ортостатическом и клиностатическом положении тела пациента, так как некоторые симптомы лучше выявляются в одном из положений.

6. Выслушивая сердце, прежде всего, необходимо определить его тоны и только затем его шумы. Это правило нужно считать очень важным в качестве защиты от диагностических ошибок.

Правила исследования живота

1. Пациент должен лежать удобно на достаточно жесткой кушетке.

2. Тело пациента должно быть обнажено до уровня лобка, одежда не должна быть тесной. Под голову кладут невысокую подушку. Просьба согнуть слегка ноги в коленях не оправдывает себя, так как при этом напрягается брюшной пресс. Легкое сгибание коленных суставов можно обеспечить подкладыванием под колени валика из одеяла. Это способствует более полному расслаблению мышц брюшной стенки.

3. Врач должен сидеть справа относительно пациента на уровне кушетки. По отношению к больному стул располагают таким образом, чтобы руки врача доставали все отделы живота и нижние отделы грудной клетки.

4. При пальпации нужно постоянно обращать внимание на лицо пациента для оценки реакции больного на исследование.

Производя поверхностную и глубокую пальпацию, врач должен научиться беседовать с больным, оценивая при этом реакцию на процесс пальпации и при необходимости отвлекая больного от исследования с целью достижения более полного расслабления брюшной стенки. В таких ситуациях внимание врача раздваивается, и только виртуозное владение приемами пальпации позволяет ориентироваться, не глядя на поверхность живота, когда врач «о чем-то» заинтересованно говорит с больным, глядя ему в глаза, а практически все внимание уделяет анализу пальпаторных ощущений.

5. Руки исследователя должны быть теплыми, мягкими, чистыми; ногти коротко остриженными, однако руки должны быть сильными. При пальпации весьма часто приходится прикладывать большое усилие, но обследование должно быть безболезненным. Естественно, это становится возможным при достижении мастерства.

6. Поверхностную пальпацию производят всей поверхностью ладони.

2.6. Параклинические и специальные методы исследования

В этом разделе приводятся параклинические исследования, самостоятельно проводится их трактовка. В приложении приводятся основные образцы бланков анализов, используемые в клинике (общий анализ крови, биохимический анализ крови и т.д.). В учебной истории болезни отражаются заключения специалистов. На данном этапе изучения предмета студент (в последующем врач-терапевт) должен знать, что лечащий врач отвечает полностью за своего пациента, независимо от того, какие диагнозы и рекомендации даются врачами-консультантами, узкими специалистами и специалистами по функциональной диагностике. Он должен понимать содержание записи консультантов и специалистов по всем видам параклинического исследования.

Глава 3

СТРУКТУРА ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ. МЕТОДИКА ПОСТРОЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА

3.1. Прямой диагноз

В учебной истории болезни второй раздел предлагается разделить на предварительный диагноз и обоснование с формулировкой синтетического диагноза, т.е. собственно профессиональный комментарий клинической картины.

По методу построения предварительный диагноз является прямым, т.е. выстроенным по преобладающей диагностической гипотезе, исходя из анамнеза, данных объективного обследования и лабораторных и инструментальных методов исследования (при наличии). При работе над историей болезни студенты 3-го курса курируют пациентов с заранее известным диагнозом установленным врачом клиники. Задача студента – понять, как был поставлен диагноз, самостоятельно составить план обследования курируемого пациента в соответствие с установленным диагнозом. Задача этой части работы у постели больного быть участником диагностического поиска, понимать стиль клинической работы - выстроенную последовательность диагностического поиска и зарождения диагностической гипотезы. Хорошим подспорьем уже на данном этапе обучения могут быть, предоставленные преподавателем, медико-экономические стандарты по соответствующим нозологическим формам.

Результаты этой части работы проверяются и обсуждаются с преподавателем. Затем из врачебной истории данного пациента

студенту предоставляются результаты параклинических, специальных методов исследования в соответствии с представленным планом обследования.

Формулировку синтетического диагноза, т.е. собственно профессиональный комментарий клинической картины также строится по методике прямого клинического диагноза, однако здесь куратор уже имеет результаты всех проведенных исследований, имеет возможность их анализа, с последующим отражением результатов полного обследования в структуре клинического диагноза.

Пожалуй, наиболее трудным в самостоятельной работе студента является способ изложения обоснования диагноза. Казалось бы, проще всего написать, что такие-то симптомы характерны для такого-то заболевания. О чем еще надо говорить, что доказывать? И вот именно в этом заключается сложность перехода от внутренней речи к внешней.

В учебной истории болезни методику постановки прямого клинического синтетического (полного) диагноза предлагается изложить по следующей схеме (фазам):

1. Группировка симптомов в синдромы.
2. Характеристика синдромов, описание их механизма
3. Выявление среди синдромов основного синдрома.
4. Семиология основного синдрома.
5. Поиск причинно-следственной связи между синдромами (доказательства связи).
6. Формулировка синтетического диагноза.

Для студентов 3-го курса на этом основная задача курирования пациента может быть окончена.

Во второй фазе важно объяснить механизм всех найденных синдромов болезни, помня, что один и тот же синдром может иметь разный механизм, соответственно быть клинической картиной разных заболеваний. Для решения этой задачи требуется обратиться к специальной литературе, патологической физиологии и патологической анатомии. Здесь крайне необходимо по-

пытаться дать объяснение механизмам симптомов именно у курируемого пациента, а не сводить всю работу к переписыванию отдельных разделов из специальной литературы. Краткое изложение механизмов симптомов будет весьма полезным для формирования клинического мышления.

В четвертой фазе обоснования необходимо представить семиологию основного синдрома. Уже на 3-м курсе студент должен знать о разных механизмах, неспецифичности синдрома при кажущейся очевидности, доминирования одной диагностической гипотезы его объясняющей. В последующем это позволит избежать ошибок и прийти к правильному диагнозу в более сложных клинических ситуациях – в случае болевого синдрома в животе при абдоминальной форме инфаркта миокарда, кровохаркание правильно объяснить как проявление недостаточности левых отделов сердца, синдром желтухи связать с гемолизом эритроцитов. Эти примеры можно продолжить.

3.2. Практические советы при выполнении схемы обоснования прямого клинического диагноза

I. Группировка выделенных симптомов в синдромы.

Ни один из перечисленных в истории болезни симптомов не должен оставаться вне данной систематизации. Если такой симптом найдется, необходимо проверить, может быть, это ошибка, может быть, не раскрыты еще какие-то симптомы.

II. Характеристика синдромов.

Здесь следует указать вид (субъективные, объективные, параклинические), вариант (субъективно-объективно-параклинический, параклинический и т. п.) и тип (сложный, простой) синдромов. Необходимо также описать механизм синдрома у конкретного (курируемого) больного

III. Выделение основного синдрома

Эта фаза часто представляет собой сложную задачу. При удовлетворительном состоянии больного основным синдромом можно считать наиболее отчетливо проявляющийся и характери-

зующий основное заболевание. Если же состояние больного тяжелое или близкое к нему, следует считать, что какое-то осложнение заболевания является основным синдромом. Например, коллапс при острой пневмонии, шок при инфаркте миокарда. Со временем студенту будет понятен и принцип использования экономии диагностической гипотезы, когда при пневмонии в качестве основного синдрома выбирается не осложнение (сосудистый коллапс) имеющий достаточно обширную семиологию, а синдром уплотнения легкого, при котором семиология представлена значительно меньшим количеством нозологий. Тот и другой подход приведет к диагнозу, но второй путь значительно экономичнее.

IV. Семиология основного синдрома

Из дидактических целей студентам 3-го курса целесообразно представить семиологический ряд основного синдрома (2-3 нозологии), т.е. почерпнуть из литературы семиотику того синдрома, который выбран в качестве основного без проведения методики дифференциального диагноза.

V. Определение причинно-следственных связей между синдромами

Поиск причинно-следственной связи между синдромами представляет собой главную задачу, решение которой позволяет в дальнейшем сформулировать клинический диагноз. Конкретно связь между синдромами может отражать:

- а) одновременное появление синдромов, их развитие и угасание. Например, при пневмонии практически одновременно возникают болевой синдром, синдром общей воспалительной реакции организма на воспалительный процесс в легких, бронхитический синдром и синдром уплотнения легких;
- б) определенная последовательность в появлении синдромов: проявление тонзиллита, суставная атака ревматизма, повторная атака спустя какое-то время, признаки порока сердца, признаки нарушения гемодинамики (синдром недостаточности левого желудочка, правого желудочка и др.);

в) связывать отдельные синдромы могут какие-то определенные симптомы или синдромы. Например, при острой пневмонии нужно доказать, что уплотнение легкого и общая воспалительная реакция организма связаны между собой. Другими словами, надо доказать, что общая реакция (лихорадка, лейкоцитоз, нейтрофилез, высокая СОЭ) есть проявление местного воспаления в легких, т.е., что найденное уплотнение легких есть местная воспалительная инфильтрация легких, а не уплотнение легких другой природы, старый фиброз, опухоль и др. Связывать эти синдромы могут боль, кашель болезненный с гнойной или «ржавой» мокротой. Связывать синдромы могут и лабораторные симптомы, результаты инструментальных исследований.

Поиск причинно-следственной связи между синдромами формирует стереотип стремления к завершенности суждений, раскрытию сущности явлений, поэтому этот аспект работы следует считать необходимым для формирования клинического мышления.

VI. Формулировка синтетического клинического диагноза

Формулировка синтетического диагноза требует обращать внимание на структуру диагноза и постараться учесть все необходимые его компоненты. В каждом конкретном случае надо понять, в чем заключается описательный компонент, анатомический, функциональный, патогенетический, этиологический и т.д. Различные компоненты диагноза в разных ситуациях могут играть то большую, то меньшую роль (например, при инфекционном заболевании этиологический компонент является важнейшим).

Отдельным студентам, успешно освоившим предыдущий раздел работы над прямым диагнозом, можно предложить постановку окончательного диагноза по методике дифференциального диагноза.

На этом этапе овладения студентом навыками написания истории болезни симптомы, не вошедшие в основной диагноз (чаще характеризующие сопутствующее заболевание) рекомен-

дуются кратко рассмотреть отдельно. Это является неотъемлемой частью цельного видения клинической картины больного во всем многообразии ее проявлений, последующего успешного самостоятельного разделения студентом основного заболевания, основного заболевания по типу конкурирующего, фонового и сопутствующих заболеваний.

3.3. Дифференциальный диагноз

Методика построения клинического диагноза путем дифференцирования предполагает те же три уровня исследования: симптом, синдром, диагноз. Фаза обобщения от симптома к синдрому имеет те же механизмы. Отличие начинается на фазе обобщения от синдромов к диагнозу.

Методика дифференциального диагноза используется в тех случаях, когда в процессе исследования больного возникает не одна, а несколько диагностических гипотез.

I фаза. Выделение основного синдрома.

II фаза. Перечисление всех заболеваний, при которых возможен найденный основной синдром (семиология основного синдрома).

III фаза. Обследование.

IV фаза. Исключение из числа диагностических гипотез таких, не получивших подтверждение при обследовании.

V фаза. Формулировка современного синтетического диагноза.

I фаза уже описана при обсуждении прямого диагноза. Если в первом случае определение основного синдрома не вызывает затруднения, то в тех клинических случаях, когда врач использует дифференциальный диагноз как метод постановки клинического диагноза, довольно часто возникает затруднение в определении основного синдрома. Например, приступ удушья может оказаться весьма сходным и при бронхиальной, и при сердечной астме. Ошибка на I фазе дифференциального диагноза самая обидная с позиции оценки квалификации врача, хотя возможны большие

объективные трудности в постановке диагноза на любом этапе его формирования.

II фаза представляет определенные сложности, заключающиеся в индивидуализации клинических проявлений заболевания. Для каждого конкретного случая определяется свой перечень заболеваний. Например, в литературе могут быть перечислены основные заболевания, с которыми нужно дифференцировать язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Однако у конкретного пациента этот список заболеваний может существенно отличаться. Необходимо использовать монографии по дифференциальной диагностике, по частным разделам клинической медицины.

На III фазе все названные заболевания выстраиваются по степени обоснованности, близости к разбираемому клиническому случаю. Здесь нужно использовать алгоритмы исследования различных лабораторных, инструментальных показателей для уточнения отдельных форм патологии внутренних органов, например, алгоритмы исследования плевральной жидкости.

IV фаза – исключение из круга дифференциального диагноза заболеваний, которые не получили подтверждения при обследовании, проводится по трем принципам.

1. Принцип существенного отличия

Например, при болях в эпигастральной области предполагался панкреатит, однако при исследовании не было обнаружено каких-либо признаков поражения поджелудочной железы. Не было найдено признаков нарушения ее функции лабораторными и биохимическими исследованиями, да и боли не были типичными в достаточной степени для диагноза «панкреатит». Однако в клинической картине может отсутствовать один какой-то существенный признак предполагаемого заболевания, например, нарушение углеводного обмена, обязательный для сахарного диабета. Другой пример: при дифференциации природы коматозных состояний азотемическая кома исключается при отсутствии повышения в крови концентрации мочевины, креатинина.

Может, однако, быть и сложная ситуация, когда важнейший признак заболеваний временно отсутствует по различным причинам, например, при подагре концентрация мочевой кислоты в крови повышена не всегда.

2. Принцип исключения через противоположность

Это означает, что при сравниваемом заболевании встречается симптом, который противоположен симптому, имеющемуся у пациента. В качестве примера обычно приводят тесную связь между язвенной болезнью желудка и повышением кислотности желудочного сока. Если кислотность снижена, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки исключается. Вместе с тем и 1-й, и 2-й принципы исключения весьма несовершенны, не абсолютны, особенно в современном представлении о патогенезе заболеваний, патоморфозе и стертости клинической картины большинства заболеваний.

3. Принцип составления дифференциальных таблиц

Таблицы составляют следующим образом. Выписывают все наиболее существенные симптомы, оценивая их выраженность, типичность, характерность при заболеваниях со сходной клинической картиной. Последний принцип при всей его полезности, однако, имеет недостаток. Он заключается в перечислении симптомов и степени их выраженности при традиционной схеме «симптом-диагноз».

Эта фаза должна состоять в формировании четкого обоснования отклонения диагностических гипотез, не получивших подтверждение. Исключение ведется путем обсуждения механизма синдрома с использованием доказательств, полученных с помощью современных лабораторных и инструментальных методов исследования. Примеры таблиц дифференциального диагноза (третий принцип исключения) даются в учебниках «Внутренние болезни», в отдельных монографиях по частным вопросам клинической медицины.

V фаза должна состоять в использовании современных классификаций заболеваний, опыта лекторов по клиническим дисциплинам. Абсолютно необходимо использовать дополнительную специальную литературу, клинические рекомендации. Сопоставление уровня диагностики в настоящее время с предполагаемым наиболее полным уровнем согласно теоретическим понятиям помогает оценивать степень развитости диагностики в данной области клинической медицины, а также видеть тот предел, к которому нужно стремиться, изучая диагностику и воплощая ее в повседневную практику.

3.4 План построения профессионального комментария клинической картины

Последовательность выполнения операций для студента уже знакома из описания схемы прямого и дифференциального диагноза. Теперь нужно написать доступным профессиональным языком, как была построена диагностическая гипотеза и как обоснована.

1. Если трудно начать обсуждение клинической картины, сначала выпишите отдельно все найденные симптомы болезней пациента, которые были найдены при его обследовании и получены из документов.
2. Выберите те симптомы (на разных уровнях исследования - субъективном, объективном, параклиническом), которые имеют общий патогенез и сгруппируйте в синдромы. При этом обратите внимание на то, чтобы один симптом не входил бы одновременно в два и более синдромов.
3. Установите тип, вид и вариант каждого синдрома согласно классификации. Для этого нужно обратиться к разделу приложения «Вопросы и ответы для самоподготовки по теме «Методология и методика клинического диагноза». Это нужно для того, чтобы оценить синдромы, их проявление и определить то, что можно еще исследовать, чтобы подтвердить наличие данного синдрома у пациента.

4. Определите, какой из синдромов является основным, и объясните, почему было принято такое решение. Может быть, этот синдром определяет тяжесть состояния больного, а может быть, он определяет нозологическую форму.

5. Теперь подумайте, какое заболевание должно обусловить появление основного синдрома. Это заболевание выставляется как диагностическая гипотеза и стрелка от нее (можно это оформить в виде схемы причинно-следственной связи между синдромами) опускается к основному синдрому.

6. Далее нужно представить механизм развития остальных синдромов, относящихся к диагностической гипотезе, причем каждый из них должен занять свое место в создаваемой схеме. Причинно-следственная связь обозначается стрелкой от причины к следствию. Например, при обследовании больного был выявлен анатомический синдром – изменения сердца: митральный стеноз, увеличение объема левого предсердия, гипертрофия правого желудочка. Гипотеза о ревматической природе поражения митрального клапана, допустим, подтвердилась тем, что у больного были частые ангины, атаки полиартрита. От ревматизма на схеме проводятся стрелки к полиартриту и эндокардиту, от эндокардита – к анатомическому синдрому (митральный стеноз). От митрального стеноза стрелка идет к недостаточности сердца (левого предсердия), от порока сердца – к синдрому нарушения ритма, а от последнего синдрома – к недостаточности левого предсердия. Так мы видим определенную концепцию патогенеза заболевания и состояния больного в общих чертах. Возможны, конечно, более детальные причинно-следственные связи.

7. Проверьте, насколько убедительной получилась причинно-следственная связь между синдромами. Если она достаточно убедительная, гипотезу можно считать обоснованной и возводить ее в клинический диагноз.

Так завершается методика постановки прямого клинического диагноза.

Дифференциальный диагноз на 3-м курсе может быть предложен студентам, хорошо справившимся с программой обучения, однако в клинической практике выполняется врачом независимо от того, насколько убедительным оказался прямой клинический диагноз. Это требуется для того, чтобы защитить больного и себя (будущего врача) от диагностической ошибки.

Схема дифференциального диагноза выполняется в форме размышления. После выполнения пункта 7 студент должен задать себе вопрос: *«Убедительна ли моя концепция диагноза?»*. Опыта у студента еще мало. Как оценить степень убедительности суждения? Решение этого очень важного вопроса лежит в очень субъективной сфере:

- *«Мне кажется, я думаю. Почему я так думаю? Я должен читать литературу по данному вопросу. Но как читать? Возвращаться к тому, что уже изложено и сказано, полезно, однако должен быть взгляд на проблему со стороны. Как это - с другой стороны? Кто должен смотреть, если перед диагнозом я один и мой взгляд уже мною описан?»*

Ответить на эти вопросы помогают знания теории диагностики.

- *«Я возвращаюсь к основному синдрому и вспоминаю его семиологию. Почему при постановке прямого клинического диагноза я выбрал одно из известных мне заболеваний (допустим, четырех)? Просто оно было более ярким и более частым. Теперь я сознательно перечисляю семиологию основного синдрома и выполняю II-ю фазу дифференциального диагноза»*.

Каждая из перечисленных нозологических форм является диагностической гипотезой и каждая достойна внимания.

- *«На III фазе дифференциального диагноза я должен продолжать обследование больного и получать результаты исследования из документов в отношении каждой из гипотез»*.

- *«Важно, что изучая литературу, я смогу найти у больного те симптомы, которые ранее не видел. Мое мышление занимала первая гипотеза и, вполне вероятно, я мог не заметить симптомы, характерные для других заболеваний»*.

Если объем информации о больном в результате обследования стал больше, потребуется оценка степени вероятности каждой из гипотез, и это уже будет IV фаза дифференциального диагноза. Литературное оформление обоснования диагноза на первых порах всегда вызывает затруднение. Чтобы преодолеть его, попытайтесь для начала дать четкий конкретный ответ на каждый из пунктов предложенного плана.

Например, на пункт 1 ответ будет состоять из механического переписывания всех найденных симптомов. Вы начнете это делать и тут же поймете, что можете выполнять не только механическое действие по выписыванию симптомов из истории болезни. Вы почувствуете, что можете соединять симптомы в синдромы и сразу отвечать на пункт 2. Перечисление симптомов будет теперь не механическим, а довольно добротным осмысленным. Далее нужно смелее отвечать на все последующие пункты. Не теряйте времени, начинайте работать прямо сейчас, и у Вас все получится.

ДНЕВНИК

В графе «течение болезни» ежедневно отмечается следующее:

- а) состояние больного и изменение его жалоб;
- б) изменения в объективном статусе больного, определяемые путем осмотра, пальпации, перкуссии, аускультации, стул, суточный диурез;
- в) замеченные результаты лечения и реакции организма (например, на то или другое медикаментозное средство или физиотерапевтическую процедуру).

В графе назначение отмечается следующее (по датам):

- а) режим;
- б) диета;
- в) гигиеническая ванна;
- г) лекарственные назначения, физиотерапевтические процедуры

Ежедневное посещение пациента начинается с выяснения жалоб на момент курации, с проведением основного обследования с

целью определения динамики заболевания, изменения проявлений его симптомов за прошедший период лечения. Решается вопрос о дополнительных исследованиях, продолжении, отмене или изменении лечения.

В дневнике нужно кратко и четко отражать симптомы заболевания, основные показатели функционирования систем, придерживаясь плана обследования пациента. Наибольшее внимание следует уделять описанию состояния тех органов и систем, которые поражены или могут быть поражены при настоящем заболевании у курируемого пациента.

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ

Студенты 3-го курса, приступая к написанию учебной истории болезни, еще не закончили изучать фармакологию, им не знакома клиническая фармакология. Поэтому на данном этапе объема знаний можно рассматривать только принципы лечения, основные группы лекарственных препаратов, без детализации кратности приема и доз лекарств, их совместимости и т.п.

Важно, что лечение должно быть патогенетическим. Здесь учитывается не только этиология, но и другие факторы, которые способствуют началу и развитию заболевания. В определённых случаях на первое место может выходить необходимость борьбы с осложнениями, которые могут привести к смерти.

При тяжелой пневмонии, например, необходимо учесть следующие принципы лечения:

1. Режим.
2. Антибиотики для подавления деятельности микрофлоры (этиотропное лечение).
3. Поднять сопротивляемость организма в случаях значительного её снижения.
4. Сердечно-сосудистые средства при угрозе развития коллапса.
5. При развитии недостаточности внешнего дыхания (дыхательной недостаточности) – кислород.

6. Симптоматические средства: при болях дать обезболивающие средства.
7. При болезненном кашле – отхаркивающие средства и анальгетики.
8. При высокой лихорадке – жаропонижающие.

ЭПИКРИЗ

Эпикриз является заключительным разделом истории болезни. В нем должны быть кратко представлены основные клинические, инструментальные и лабораторные данные, подтверждающие правильность поставленного диагноза (краткое обоснование диагноза), проводимого лечения, течения и прогноза заболевания.

Последовательность изложения эпикриза следующая:

- 1) когда и в каком состоянии поступил больной на лечение;
- 2) основные жалобы при поступлении;
- 3) анамнестические данные, имеющие непосредственное отношение к заболеванию;
- 4) отклонения от нормы, выявленные при объективном исследовании больного и при лабораторных и инструментальных методах исследования;
- 5) окончательный диагноз;
- 6) проводимое лечение (кратко медикаментозное, диетическое, физиотерапевтическое);
- 7) исход болезни (выздоровление, улучшение, без перемен, ухудшение);
- 8) рекомендации больному о режиме труда и быта, медикаментозного, диетического и санаторно-курортного лечения.

Глава 4

СХЕМЫ УЧЕБНОЙ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ ДЛЯ 3, 4 и 5 КУРСОВ

УЧЕБНАЯ ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ 3 КУРС (ОБРАЗЕЦ)

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Сибирский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России)

(ректор – д.м.н., профессор О.С. Кобякова)

**Кафедра пропедевтики внутренних болезней с курсом терапии
педиатрического факультета**

(И.о. заведующего кафедрой – д.м.н. Беспалова И.Д.)

**Учебная история болезни
Схема клинического исследования больного**

Куратор: студент (ка) 3 курса _____ группы
Ф. И. О. _____

Преподаватель: ассистент (доцент, профессор)

г. Томск, 2020 г.

ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ

Имя, отчество больного _____

–

Воз-
раст _____

Профессия и место работы _____

Дата поступления _____

Дата выписки _____

Диагноз направления _____

Диагноз клинический:

а) основное заболевание _____

б) осложнение _____

в) сопутствующие заболевания _____

АНАМНЕЗ

Жалобы

Основные предъявленные _____

Выявленные _____

Дополнительные предъявленные _____

Выявленные _____

Алгоритм опроса

Дается детализация жалоб. Для краткости некоторые жалобы включены в синдромы – субъективную часть сложного или простого синдрома. Здесь

они должны быть конкретизированы и дана их детализация. Такая схема расспроса должна быть выполнена для основного заболевания и оценки состояния других систем организма пациента (сопутствующей патологии).

I. Система дыхания

1. Одышка и (или) удушье.
2. Кашель.
3. Кровохарканье.
4. Боли в грудной клетке.
5. Лихорадка.

II. Сердечно-сосудистая система

1. Боли в области сердца.
2. Сердцебиение.
3. Одышка и (или) удушье.
4. Кашель, кровохарканье.
5. Тяжесть в эпигастральной области.
6. Отеки.
7. Головная боль.
8. Слабость, головокружение.
9. Лихорадка.

III. Система пищеварения (желудок, поджелудочная железа, кишечник, печень, желчный пузырь, селезенка)

1. Болевой синдром.
2. Диспепсический синдром.
3. Желтуха.
4. Кожный зуд.
5. Портальная гипертензия.
6. Геморрагический синдром.
7. Печеночная энцефалопатия.
8. Синдром общих проявлений болезни.

IV. Мочевыделительная система

1. Болевой синдром.
2. Дизурический синдром.
3. «Красная моча».
4. Отеки на лице.
5. Энцефалопатия.
6. Гипертензионный.
7. Азотемический.
8. Лихорадка.

V. Опорно-двигательная система

1. Боли в конечностях, мышцах, суставах.
2. Отечность суставов.

3. Ограничение движения.
4. Боли и затруднения при движениях в позвоночнике.
5. Лихорадка.

VI. Эндокринная система

1. Расстройство нервно-психического статуса.
2. Слабость, утомляемость постоянная, резко выраженная, отдых не улучшает состояния.
3. Гипертензионный синдром.
4. Жажда – повышенное мочевыделение.
5. Боли в животе.
6. Отсутствие аппетита – повышенный аппетит.
7. Диспепсия.
8. Боли в костях.
9. Зуд кожи и вульвы.
10. Снижение – повышение половой функции.
11. Лихорадка.
12. Судороги.

VII. Система крови

1. Синдром анемии.
2. Лихорадка.
3. Зуд кожи.
4. Диспепсический синдром.
5. Нарушение походки.
6. Кровотечения.
7. Боли в костях.
8. Боли в левом подреберье.
9. Боли в правом подреберье.
10. Боли в глотке (ангина).
11. Мышечная слабость.
12. Изменения психики.

История развития настоящего заболевания

Указать время появления каждой из жалоб, которые зафиксированы в предыдущем разделе; проследить, как эти жалобы изменялись, что и как на них оказывало влияние до поступления в клинику; при длительном анамнезе (хроническое заболевание) нужно описать периоды обострения и ремиссии болезни. Описать их изменение под влиянием лечения.

Анамнез жизни

Заболевания в детстве, физическое развитие, условия быта, перенесенные болезни, тренировка, спорт, половое созревание, «женский анамнез», служба в армии, материальные условия, питание, условия труда, вредные привычки (злоупотребление алкоголем, табаком, наркотиками).

Эпидемиологический анамнез

Был ли контакт с инфекционными больными (в семье, школе, учреждении, во время путешествия, среди родственников, соседей, знакомых, сослуживцев и т.д.).

Аллергологический анамнез

Переносимость лекарственных препаратов, реакция на введение сывороток и вакцин (какие, когда). Влияние на течение заболевания: пищевых продуктов, алкогольных напитков, косметических средств, пыли, запахов, контактов с животными и др.

Семейный анамнез

Состояние здоровья, возраст, причины смерти бабушки и дедушки по отцовской и материнской линии, отца, матери, сестрах и братьях, детях и внуках больного. Сифилис, туберкулёз, болезни обмена, психические, нервные и другие болезни ближайших родственников.

Внимание! Жалобы больного, история развития заболевания, анамнез жизни, аллергологический анамнез, наследственность излагаются по принципу описания фактов, без оценочных фраз.

ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Состояние больного _____

Вес _____ Рост _____ Тип телосложения _____

Положение больного: активное, пассивное, вынужденное

Сознание: полное, неясное, ступор, сопор, бессознательное состояние

Выражение лица

Кожа, слизистые оболочки (окраска, сыпь, рубцы, тургор, влажность), волосы, ногти

Подкожно-жировой слой (степень развития, отёки)

Мышцы (степень развития, тонус, болезненность)

Кости (деформация, периоститы и другое)

Суставы (конфигурация, болезненность, хруст, флюктуация)

Лимфатические

узлы

Полость рта (язык, зубы, миндалины)

Шея (щитовидная железа, сосуды)

Грудная клетка. Форма, дыхательные движения (симметричность, отставание половин грудной клетки)

Окружность при спокойном дыхании _____ при выдохе _____ при вдохе

Пальпация грудной клетки (болевы точки, голосовое дрожание)

Перкуссия лёгких (сравнительная перкуссия, гамма звучности)

Топографическая перкуссия:

	Справа	Слева
Высота верхушек легких спереди		
Высота верхушек легких сзади		
Ширина полей Кренинга		

Нижняя граница легких по линиям:	Справа	Слева
Окологрудинной		
Срединно-ключичной		
Передней подмышечной		
Средней подмышечной		
Задней подмышечной		
Лопаточной		
Околопозвоночной		

Подвижность нижнего края легких по средней подмышечной линии справа:

На вдохе _____

На выдохе _____

Общая экскурсия _____

Подвижность нижнего края легких по средней подмышечной линии справа в горизонтальном положении пациента:

на вдохе _____

Аускультация легких (характеристика основного дыхательного шума, дополнительные шумы, их локализация). Бронхофония.

Сердце данные осмотра и ощупывания. Верхушечный толчок, его локализация, свойства, толчок правого желудочка, пульсация в области основания сердца, дрожание (локализация, отношение к фазам сердечной деятельности)

Перкуссия сердца

Границы	Относительной тупости сердца	Абсолютной тупости сердца
Правая		
Верхняя		
Левая		

Поперечник

Длинник

Конфигурация сердца (талия сердца, высота атриовазального угла)

Ширина сосудистого пучка

Аускультация сердца: ритм (нормальный, изменённый, аритмия – какая)

Тоны сердца: ритм (нормальный, изменённый, аритмия – какая)

Разграничение тонов _____

Характеристика I тона на верхушке: _____

Характеристика II тона на основании сердца: _____

Сравнение II тона на основании сердца

Шумы сердца (отношение к фазе сердечной деятельности, локализация эпицентра, направление проведения, изменение во времени, тембр, пальпаторное восприятие, положение, в котором шум выслушивается лучше)

Аорта и сосуды: данные осмотра (видимая пульсация, расширение вен, капиллярный, венозный пульс и прочее)

Пульс, его свойства _____

Данные выслушивания сосудов (сосудистые шумы, тоны)

Артериальное кровяное давление

Полость рта

Слизистые губ, щек, десен, твердого неба, зева, задней стенки глотки.

Небные миндалины.

Язык. _____

Живот (осмотр, его форма, окружность, грыжи, метеоризм, перистальтика, рубцы, желочная пигментация) _____

Асцит (увеличение живота в объеме, пальпаторно (флюктуация) и методом перкуссии

Желудок (перкуссия, пальпация)

Кишечник: сигмовидная, слепая, поперечно-ободочная, восходящая, нисходящая – их свойства

Поджелудочная железа (пальпация)

Печень:

Осмотр _____

Перкуссия:

Верхняя граница (по срединно-ключичной линии): <ul style="list-style-type: none">• относительной тупости• абсолютной тупости	
Нижняя граница (по срединно-ключичной линии)	
Нижняя граница (по срединной линии)	
Левая граница	

Размеры печени по Курлову:

Пальпация печени (локализация, болезненность, консистенция, характер края, поверхность) _____

Исследование желчного пузыря _____
Пузырные симптомы (Кера, Мерфи, Ортнера, Мюсси-Георгиевского).

Селезёнка (границы, поперечник, длинник)

Пальпация селезенки (при увеличении описать свойства пальпируемого края) _____

Почки: пальпация в горизонтальном положении.

Симптом Пастернацкого _____

Мочевой пузырь: пальпация и перкуссия.

Эндокринная система

1. Щитовидная железа (осмотр, пальпация) _____

2. Вторичные половые признаки

3. Другие патологические проявления со стороны эндокринной системы (например: акромегалия, стрии, тип ожирения).

Психоневрологический статус

Настроение, контакт с окружающими

Асимметрия лица, сглаженность носогубной складки, неравномерность зрачков (анизокория), отсутствие или неуверенность в движениях конечностей. Расстройство координации движений (атаксии). Общий тремор пальцев вытянутых рук.

Внимание! Физическое исследование больного излагается по принципу описания фактов, без оценочных фраз.

На основании данных, полученных при сборе анамнеза, объективного обследования пациента формулируется предварительный диагноз.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

По методу построения предварительный диагноз является прямым, т.е. построенный по преобладающей диагностической гипотезе, исходя из анамнеза, данных объективного обследования и лабораторных и инструментальных методов исследования (при наличии). Студентом составляется план дальнейшего обследования пациента. Результаты этой части работы проверяются и обсуждаются с преподавателем, после чего предоставляются результаты параклинических, специальных методов исследования в соответствии с намеченным планом обследования.

ПАРАКЛИНИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В этой части нужно поместить результаты исследования с их интерпретацией, используя существующие в бланках анализов нормативы и справочную литературу. Это также касается и инструментальных исследований аппарата внешнего дыхания, ЭхоКГ, УЗИ органов и др. При исследовании врачом рентгенологом, окулистом или другим специалистом, необходима запись протокола исследования и заключения.

Лабораторное исследование

Общий анализ крови _____

Общий анализ мочи (микроскопия, по Нечипоренко, бактериологическое исследование)

Биохимическое исследование крови

Желудочное содержимое

Дуоденальное содержимое

Исследование мокроты (микроскопия, бактериологическое, микобактерии Коха, атипичные клетки) _____

Исследование кала

Рентгенологическое исследование

Инструментальное исследование

Функция внешнего дыхания (вентиляционные показатели, газы крови)

ЭКГ (зарисовка электрокардиограммы)

Эндоскопические методы (ЭГДС, КФС)

УЗИ исследование (сердца, органов брюшной полости, щитовидной железы)

ДНЕВНИК НАБЛЮДЕНИЯ

Течение болезни заполняется в том случае, если пациент был исследован несколько раз за период курации.

Дата	Течение болезни	Назначения
Температура		
Пульс		
АД		
Частота дыхания		

ОБОСНОВАНИЕ ПРЯМОГО КЛИНИЧЕСКОГО СИНТЕТИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА (фазы обоснования прямого клинического диагноза)

1. Группировка выделенных симптомов в синдромы
2. Характеристика синдромов, описание их механизма
3. Выделение основного синдрома
4. Семиология основного синдрома (2-3 нозологии)
5. Определение причинно-следственные связи между синдромами:
6. Формулировка клинического синтетического (полного) диагноза

В клиническом диагнозе указываются: а) основное заболевание, б) осложнение основного заболевания, в) сопутствующие заболевания.

Кратко описывается, как возникла диагностическая гипотеза. Формулируется полный клинический диагноз данного больного на основании полученных клинических, лабораторных и инструментальных данных, с отражением всех компонентов. Описывается этиология и патогенез заболевания в данном конкретном случае.

Кратко рассматриваются симптомы, не вошедшие в основной диагноз, отнесенные на данном этапе курации больного к рубрике сопутствующего заболевания. Отражается необходимость дальнейшего обследования по выписке из клиники

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ

ЭПИКРИЗ

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

УЧЕБНАЯ ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ ДЛЯ 4 и 5 КУРСОВ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Сибирский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России)

(ректор – д.м.н., профессор О.С. Кобякова)

**Кафедра пропедевтики внутренних болезней с курсом терапии
педиатрического факультета**

(И.о. заведующего кафедрой – д.м.н. Беспалова И.Д.)

**Учебная история болезни
Схема клинического исследования больного**

Куратор: студент (ка) 5 курса _____ группы

Ф. И. О. _____

Преподаватель: ассистент (доцент, профессор)

г. Томск, 2020 г.

ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ

Имя, отчество больного _____

Возраст _____

Профессия и место работы _____

Дата поступления _____ Дата выписки _____

Диагноз направления _____

Диагноз клинический:

а) основное заболевание _____

б) осложнение _____

в) сопутствующие заболевания _____

АНАМНЕЗ

Жалобы

Основные

Предъявленные _____

Выявленные _____

Дополнительные

Предъявленные _____

Выявленные _____

Алгоритм опроса

Дается детализация жалоб. Для краткости некоторые жалобы включены в синдромы – субъективную часть сложного или простого синдрома. Здесь они должны быть конкретизированы и дана их детализация. Такая схема расспроса должна быть выполнена для основного заболевания и оценки состояния других систем организма пациента (сопутствующей патологии).

I. Система дыхания

6. Одышка и (или) удушье.
7. Кашель.
8. Кровохарканье.
9. Боли в грудной клетке.
10. Лихорадка.

II. Сердечно-сосудистая система

10. Боли в области сердца.
11. Сердцебиение.
12. Одышка и (или) удушье.
13. Кашель, кровохарканье.
14. Тяжесть в эпигастральной области.
15. Отеки.
16. Головная боль.
17. Слабость, головокружение.
18. Лихорадка.

III. Система пищеварения (желудок, поджелудочная железа, кишечник, печень, желчный пузырь, селезенка)

9. Болевой синдром.
10. Диспепсический синдром.
11. Желтуха.
12. Кожный зуд.
13. Портальная гипертензия.
14. Геморрагический синдром.
15. Печеночная энцефалопатия.
16. Синдром общих проявлений болезни.

IV. Мочевыделительная система

9. Болевой синдром.
10. Дизурический синдром.
11. «Красная моча».
12. Отеки на лице.
13. Энцефалопатия.
14. Гипертензионный.
15. Азотемический.
16. Лихорадка.

V. Опорно-двигательная система

6. Боли в конечностях, мышцах, суставах.
7. Отечность суставов.
8. Ограничение движения.
9. Боли и затруднения при движениях в позвоночнике.
10. Лихорадка.

VI. Эндокринная система

13. Расстройство нервно-психического статуса.
14. Слабость, утомляемость постоянная, резко выраженная, отдых не улучшает состояния.
15. Гипертензионный синдром.
16. Жажда – повышенное мочевыделение.
17. Боли в животе.
18. Отсутствие аппетита – повышенный аппетит.
19. Диспепсия.
20. Боли в костях.
21. Зуд кожи и вульвы.
22. Снижение – повышение половой функции.
23. Лихорадка.
24. Судороги.

VII. Система крови

13. Синдром анемии.
14. Лихорадка.
15. Зуд кожи.
16. Диспепсический синдром.
17. Нарушение походки.
18. Кровотечения.
19. Боли в костях.
20. Боли в левом подреберье.
21. Боли в правом подреберье.
22. Боли в глотке (ангина).
23. Мышечная слабость.
24. Изменения психики.

История развития настоящего заболевания

Указать время появления каждой из жалоб, которые зафиксированы в предыдущем разделе; проследить, как эти жалобы изменялись, что и как на них оказывало влияние до поступления в клинику; при длительном анамнезе (хроническое заболевание) нужно описать периоды обострения и ремиссии болезни. Описать их изменение под влиянием лечения.

Анамнез жизни

Заболевания в детстве, физическое развитие, условия быта, перенесенные болезни, тренировка, спорт, половое созревание, «женский анамнез», служба в армии, материальные условия, питание, условия труда, вредные привычки (злоупотребление алкоголем, табаком, наркотиками).

Эпидемиологический анамнез

Был ли контакт с инфекционными больными (в семье, школе, учреждении, во время путешествия, среди родственников, соседей, знакомых, сослуживцев и т.д.).

Аллергологический анамнез

Переносимость лекарственных препаратов, реакция на введение сывороток и вакцин (какие, когда). Влияние на течение заболевания: пищевых продуктов, алкогольных напитков, косметических средств, пыли, запахов, контактов с животными и др.

Семейный анамнез

Состояние здоровья, возраст, причины смерти дедушки и бабушки по отцовской и материнской линии, отца, матери, сестрах и братьях, детях и внуках больного. Сифилис, туберкулёз, болезни обмена, психические, нервные и другие болезни ближайших родственников.

Внимание! Жалобы больного, история развития заболевания, анамнез жизни, аллергологический анамнез, наследственность излагаются по принципу описания фактов, без оценочных фраз.

ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Состояние больного _____
Вес _____ Рост _____ Тип телосложения _____

Положение больного: активное, пассивное, вынужденное

Сознание: полное, неясное, ступор, сопор, бессознательное состояние

Выражение лица

Кожа, слизистые оболочки (окраска, сыпь, рубцы, тургор, влажность), волосы, ногти

Подкожно-жировой слой (степень развития, отёки)

Мышцы (степень развития, тонус, болезненность)

Кости (деформация, периоститы и другое)

Суставы (конфигурация, болезненность, хруст, флюктуация)

Лимфатические узлы

Полость рта (язык, зубы, миндалины)

Шея (щитовидная железа, сосуды)

Грудная клетка. Форма, дыхательные движения (симметричность, отставание половин грудной клетки)

Окружность при спокойном дыхании _____ при выдохе _____ при вдохе

Пальпация грудной клетки (болевые точки, голосовое дрожание)

Перкуссия лёгких (сравнительная перкуссия, гамма звучности)

Топографическая перкуссия:

	Справа	Слева
Высота верхушек легких спереди		
Высота верхушек легких сзади		
Ширина полей Кренинга		

Нижняя граница легких по линиям:	Справа	Слева
Окологрудинной		
Срединно-ключичной		
Передней подмышечной		
Средней подмышечной		
Задней подмышечной		
Лопаточной		
Околопозвоночной		

Подвижность нижнего края легких по средней подмышечной линии справа:

На вдохе _____

На выдохе _____

Общая экскурсия _____

Подвижность нижнего края легких по средней подмышечной линии справа в горизонтальном положении пациента:

на вдохе _____

Аускультация легких (характеристика основного дыхательного шума, дополнительные шумы, их локализация). Бронхофония.

Сердце данные осмотра и ощупывания. Верхушечный толчок, его локализация, свойства, толчок правого желудочка, пульсация в области основания сердца, дрожание (локализация, отношение к фазам сердечной деятельности) _____

Перкуссия сердца

Границы	Относительной тупости сердца	Абсолютной тупости сердца
Правая		
Верхняя		
Левая		

Поперечник _____

Длинник _____

Конфигурация сердца (талия сердца, высота атриовазального угла)

Ширина _____ сосудистого _____ пучка

Аускультация сердца: ритм (нормальный, изменённый, аритмия – какая).

Тоны сердца: ритм (нормальный, изменённый, аритмия – какая)

Разграничение тонов _____

Характеристика I тона на верхушке: _____

Характеристика II тона на основании сердца: _____

Сравнение II тона на основании сердца

Размеры печени по Курлову:

Пальпация печени (локализация, болезненность, консистенция, характер края, поверхность) _____

Исследование желчного пузыря _____
Пузырные симптомы (Кера, Мерфи, Ортнера, Мюсси-Георгиевского).

Селезёнка (границы, поперечник, длинник)

Пальпация селезенки (при увеличении описать свойства пальпируемого края) _____

Почки: пальпация в горизонтальном положении.

Симптом Пастернацкого _____

Мочевой пузырь: пальпация и перкуссия _____

Эндокринная система

1. Щитовидная железа (осмотр, пальпация)
 2. Вторичные половые признаки
 3. Другие патологические проявления со стороны эндокринной системы (например: акромегалия, стрии, тип ожирения).
-

Психоневрологический статус

Настроение, контакт с окружающими

Асимметрия лица, сглаженность носогубной складки, неравномерность зрачков (анизокория), отсутствие или неуверенность в движениях конечностей. Расстройство координации движений (атаксии). Общий тремор пальцев вытянутых рук.

Внимание! Физическое исследование больного излагается по принципу описания фактов, без оценочных фраз.

На основании данных, полученных при сборе анамнеза, объективного обследования пациента формулируется предварительный диагноз.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

По методу построения предварительный диагноз является прямым, т.е. построенный по преобладающей диагностической гипотезе, исходя из анамнеза, данных объективного обследования и лабораторных и инструментальных методов исследования (при наличии). Студентом составляется план дальнейшего обследования пациента. Результаты этой части работы проверяются и обсуждаются с преподавателем, после чего предос-

тавляются результаты параклинических, специальных методов исследования в соответствие с намеченным планом обследования.

ПАРАКЛИНИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В этой части нужно поместить результаты исследования с их интерпретацией, используя существующие в бланках анализов нормативы и справочную литературу. Это также касается и инструментальных исследований аппарата внешнего дыхания, ЭхоКГ, УЗИ органов и др. При исследовании врачом рентгенологом, окулистом или другим специалистом, необходима запись протокола исследования и заключения.

Лабораторное исследование

Общий анализ крови _____

Общий анализ мочи (микроскопия, по Нечипоренко, бактериологическое исследование)

Биохимическое исследование крови

Желудочное содержимое _____

Дуоденальное содержимое _____

Исследование мокроты (микроскопия, бактериологическое, микобактерии Коха, атипичные клетки) _____

Исследование _____ кала

Рентгенологическое исследование

Инструментальное исследование

Функция внешнего дыхания (вентиляционные показатели, газы крови)

ЭКГ (зарисовка электрокардиограммы)

Эндоскопические методы (ЭГДС, КФС)

УЗИ исследование (сердца, органов брюшной полости, щитовидной железы и др.)

ДНЕВНИК НАБЛЮДЕНИЯ

Течение болезни заполняется лишь в том случае, если пациент был исследован несколько раз за период курации.

Дата	Течение болезни	Назначения
Температура Пульс АД Частота дыхания		

ОБОСНОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СИНТЕТИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА ПУТЕМ ДИФФЕРЕНЦИРОВАНИЯ (фазы проведения дифференциального диагноза)

I фаза. Выделение основного синдрома.

II фаза. Перечисление всех заболеваний, при которых возможен найденный основной синдром (семиология основного синдрома).

III фаза. Обследование.

IV фаза. Исключение из числа диагностических гипотез таковых, не получивших подтверждение при обследовании.

V фаза. Формулировка современного синтетического диагноза.

В клиническом диагнозе указываются:

- а) основное заболевание,
- б) осложнение основного заболевания,
- в) сопутствующие заболевания.

Кратко описывается, как возникла диагностическая гипотеза, с какими заболеваниями и как проводился дифференциальный диагноз. Формулируется полный клинический диагноз данного больного на основании полученных клинических, лабораторных и инструментальных данных, с отражением всех компонентов. Описывается этиология и патогенез заболевания в данном конкретном случае.

Кратко рассматриваются симптомы, не вошедшие в основной диагноз, отнесенные на данном этапе курации больного к рубрике сопутствующего заболевания. Отражается необходимость дальнейшего обследования по выписке из клиники

ЛЕЧЕНИЕ

ЭПИКРИЗ

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

ПРОТОКОЛ ИССЛЕДОВАНИЯ БРОНХОЛЁГОЧНОЙ СИСТЕМЫ

Ф.И.О., возраст больного

Профессия, должность

1. Распрос

А. Жалобы

Б. Анамнез

2. Осмотр больного

А. Общий осмотр

1. Состояние

2. Сознание

3. Положение

4. Тип телосложения

5. Цвет кожных покровов

6. Тип дыхания

7. Глубина и ритм дыхания

8. Число дыхательных движений в минуту

9. Соотношение вдоха и выдоха

10. Участие вспомогательных мышц в акте дыхания

11. Осмотр кистей рук

Б. Осмотр грудной клетки

1. Форма грудной клетки

2. Симметричность обеих половин

3. Эпигастральный угол

4. Ход рёбер, межрёберных промежутков

5. Выраженность над- и подключичных ямок

6. Движение грудной клетки при дыхании (равномерность, отстаивание)

7. Позвоночник

3. Пальпация:

1. Болевые точки

2. Эластичность грудной клетки

3. Голосовое дрожание

4. Перкуссия лёгких:

А. Сравнительная

Б. Гамма звучности

В. Топографическая

1. высота стояния верхушек

справа

слева

спереди

сзади

2. Поля Кренига

3. Нижние границы легких:

Окологрудинная линия

Срединноключичная

Переднеподмышечная

Среднеподмышечная

Заднеподмышечная

Лопаточная

Околопозвоночная

4. Подвижность нижнего легочного края

По среднеподмышечной линии (двумя методами).

1 метод: на вдохе

на выдохе

Общая экскурсия

2 метод: на вдохе

5. Аускультация легких

А. Сравнительная аускультация

Б. Характеристика основного дыхательного шума

В. Побочные дыхательные шумы

а) хрипы сухие

б) хрипы влажные

в) крепитация

г) шум трения плевры

Заключение:

Дата

Подпись студента

Подпись преподавателя

ПРОТОКОЛ ИССЛЕДОВАНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Ф.И.О., возраст больного

Профессия, должность

1. Распрос

А. Жалобы

Б. Анамнез

2. Осмотр больного

А. Общий осмотр

1. Состояние

2. Сознание

3. Положение

4. Тип телосложения

5. Цвет кожных покровов

6. Тип дыхания

7. Глубина и ритм дыхания

8. Число дыхательных движений в минуту

9. Соотношение вдоха и выдоха

10. Участие вспомогательных мышц в акте дыхания

11. Осмотр кистей рук

Б. Осмотр и пальпация области сердца

1. выпячивание в области сердца (сердечный горб)

2. видимая пульсация в области сердца, надчревная

3. верхушечный толчок:

- локализация

- характер (отрицательный, положительный)

- диаметр (в см.)

- сила (усилен, не усилен)

4. дрожание в области сердца («кошачье мурлыканье»),

локализация

в какую фазу определяется

5. определение эпигастральной пульсации при спокой-

ном дыхании,

при глубоком вдохе, при глубоком выдохе

6. пальпация – определение болевых точек

3. Перкуссия сердца

1. Границы относительной абсолютной тупости

 правая

 левая

 верхняя

2. Ширина сосудистого пучка (в см.)

3. Конфигурация сердца

4. Размеры сердца:

поперечник

длинник

4. Аускультация, тоны сердца:

а) общая характеристика тонов

б) 1 тон на верхушке

в точке Боткина

сила

продолжительность

высота

в) 2 тон на основании сердца

сила

продолжительность

высота

г) сравнение 2 тонов на аорте и легочной артерии

5. Расщепление (раздвоение)

а) 1 тона на верхушке сердца

на основании

б) 2 тона на основании сердца

в) «щелчок» открытия митрального клапана

г) ритм галопа

Шумы сердца (свойства):

1. Отношение к фазе деятельности сердца _____

2. Место выслушивания _____

3. Проведение шума _____

4. Тембр шума _____

5. Изменение во времени _____

6. Положение тела больного, при котором шум выслушивается лучше

7. Пальпаторное восприятие шума (кошачье мурлыканье) _____

Заключение:

Дата

Подпись студента

Подпись преподавателя

ПРОТОКОЛ ИССЛЕДОВАНИЯ СОСУДОВ

Ф.И.О., возраст больного

Профессия, должность

1. Распрос

А. Жалобы

Б. Анамнез

2. Общий осмотр:

1. Состояние

2. Сознание

3. Положение

4. Тип телосложения

5. Цвет кожных покровов

6. Тип дыхания

7. Глубина и ритм дыхания

8. Число дыхательных движений в минуту

9. Соотношение вдоха и выдоха

10. Участие вспомогательных мышц в акте дыхания

11. Осмотр кистей рук

3. Видимая пульсация артерий (височных, сонных в яремной ямке, артерии конечностей)

Состояние шейных вен.

Венный пульс (положительный, отрицательный)

4. Артериальный пульс на лучевых артериях:

а) сравнение пульса на обеих лучевых артериях

б) наполнение

в) напряжение

г) ритм

д) частота

е) форма пульсовой волны

ж) состояние сосудистой стенки (эластичность)

з) дефицит пульса (при наличии)

5. Пульс на тыльной поверхности стопы

6. Пульс на бедренных артериях

7. Выслушивание сонных, бедренных артерий и яремной ямки

8. Артериальное давление на плечевых артериях

Заключение:

Дата

Подпись студента

Подпись преподавателя

ПРОТОКОЛ ИССЛЕДОВАНИЯ ЖЕЛУДКА И КИШЕЧНИКА

Ф.И.О., возраст больного

Профессия, должность

1. Расспрос

А. Жалобы

Б. Анамнез

2. Общий осмотр:

1. Состояние
2. Сознание
3. Положение
4. Тип телосложения
5. Цвет кожных покровов
6. Тип дыхания
7. Глубина и ритм дыхания
8. Число дыхательных движений в минуту
9. Соотношение вдоха и выдоха
10. Участие вспомогательных мышц в акте дыхания
11. Осмотр кистей рук

Осмотр полости рта

1. Язык: величина, окраска, влажность, характер выраженности сосочкового слоя, наличие налётов, глоссита, трещин, язв

2. Зубы: зубная формула, подвижность, кариозные изменения, протезы

3. Десны: окраска, разрыхлённость, изъязвлённость, некрозы, гнойные выделения, болезненность

4. Мягкое и твёрдое нёбо: окраска, налёты, геморрагии и т.д.

5. Зев, задняя стенка глотки

6. Миндалины: величина, цвет, консистенция, состояние лакун

Осмотр живота (стоя, лёжа)

а) конфигурация: обычная, выпячивание живота (равномерное, неравномерное), втянутый живот, симметричность живота

б) участие брюшной стенки в дыхательных движениях

в) наличие расширенных подкожных вен, рубцов после операций

г) наличие свободной жидкости

д) окружность живота в см. (на уровне пупка)

3. Пальпация живота:

а) поверхностная (ориентировочная)

- степень напряжения брюшной стенки

- болезненность

- наличие грыж живота

б) глубокая (локализация, форма, толщина – диаметр, подвижность, болезненность, консистенция, поверхность, урчание – различных отделов кишечника)

- сигмовидная

- слепая

- восходящая и нисходящая части ободочной кишки

в) определение шума плеска

г) аускультация кишечника (выслушивание перистальтики, шума трения брюшины)

д) большой и малой кривизны, привратника

4. Исследование желудка:

а) перкуссия желудка

б) аускульто-аффрикция (определение нижней границы)

в) определение шума плеска

г) пальпация

Заключение:

Дата

Подпись студента

Подпись преподавателя

ПРОТОКОЛ ИССЛЕДОВАНИЯ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ

Ф.И.О., возраст больного

Профессия, должность

1. Расспрос

А. Жалобы

Б. Анамнез

2. Общий осмотр:

1. Состояние
2. Сознание
3. Положение
4. Тип телосложения
5. Цвет кожных покровов
6. Тип дыхания
7. Глубина и ритм дыхания
8. Число дыхательных движений в минуту
9. Соотношение вдоха и выдоха
10. Участие вспомогательных мышц в акте дыхания
11. Осмотр кистей рук

Осмотр полости рта

1. Язык: величина, окраска, влажность, характер выраженности сосочкового слоя, наличие налётов, глоссита, трещин, язв
2. Зубы: зубная формула, подвижность, кариозные изменения, протезы
3. Десны: окраска, разрыхлённость, изъязвлённость, некрозы, гнойные выделения, болезненность
4. Мягкое и твёрдое нёбо: окраска, налёты, геморрагии и т.д.
5. Зев, задняя стенка глотки
6. Миндалины: величина, цвет, консистенция, состояние лакун

Осмотр живота (стоя, лёжа)

- а) конфигурация: обычная, выпячивание живота (равномерное, неравномерное), втянутый живот, симметричность живота
- б) участие брюшной стенки в дыхательных движениях
- в) наличие расширенных подкожных вен, рубцов после операций
- г) наличие свободной жидкости
- д) окружность живота в см. (на уровне пупка)

3. Пальпация живота:

- а) поверхностная (ориентировочная)
 - степень напряжения брюшной стенки
 - болезненность
 - наличие грыж живота

б) глубокая (локализация, форма, толщина – диаметр, подвижность, болезненность, консистенция, поверхность, урчание – различных отделов кишечника)

- сигмовидная

- слепая

- восходящая и нисходящая части ободочной кишки

в) определение шума плеска

г) аускультация кишечника (выслушивание перистальтики, шума трения брюшины)

д) большой и малой кривизны, привратника

4. Исследование желудка:

а) перкуссия желудка

б) аускульто-аффрикция (определение нижней границы)

в) определение шума плеска

г) пальпация

5. Исследование печени:

а) видимое увеличение печени, её пульсация

б) перкуссия печени (определение верхней и нижней границ)

в) размеры печени по Курлову

г) пальпация печени (локализация, болезненность, консистенция, свойства поверхности печени – ровная, бугристая)

6. Исследование желчного пузыря: его прощупываемость, болезненность

7. Исследование селезёнки:

- перкуссия селезёнки

а) длинник

б) поперечник

- пальпация селезёнки (локализация, свойства края, болезненность, консистенция, поверхность)

Заключение:

Дата

Подпись студента

Подпись преподавателя

ПРОТОКОЛ ИССЛЕДОВАНИЯ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

Ф.И.О., возраст больного

Профессия, должность

1. Распрос

Жалобы

Анамнез

2 Осмотр

Общий осмотр

1. Состояние больного

2. Сознание

3. Положение

4. Тип телосложения

5. Цвет кожных покровов

6. Тип дыхания

7. Глубина и ритм дыхания

8. Число дыхательных движений в ! мин.

9. Соотношение вдоха и выдоха

10. Участие вспомогательных мышц в акте дыхания

11. Осмотр кистей рук

3 Осмотр поясничной области:

Сглаживание контуров, выбухание, гипиремия кожи, припухлость почечной области

4 Пальпация почек (их свойства), смещаемость (лежа, стоя). Болевые точки почек, мочеточников.

5 Симптом Пастернацкого

6 Пальпация и перкуссия мочевого пузыря

Заключение:

Дата

Подпись студента

Подпись преподавателя

ПРОТОКОЛ АНАЛИЗА СПИРОГРАММЫ

ФИО

пол

возраст

рост

вес

Диагноз

1. Анализ спокойного дыхания.

1.1 Дыхательный объем (л).

1.2 Частота дыхания (за 1 мин).

1.3 Минутный объем дыхания (л/мин).

2. Анализ кривой ЖЕЛ.

2.1 ЖЕЛ фактическая (л).

2.2 ЖЕЛ должная (л).

2.3 (ЖЕЛ факт./ЖЕЛ долж.)x100 (%).

2.4 Степень уменьшения ЖЕЛ фактической.

2.5 РО вдоха (л).

2.6 РО выдоха (л).

3. Анализ кривой ФЖЕЛ.

3.1 ФЖЕЛ (л).

3.2 ОФВ₁(л).

3.3 Индекс Тиффно (ОФВ₁/ЖЕЛ)x100 (%).

4. Анализ максимальной вентиляции легких.

4.1 Дыхательный объем (л).

4.2 Частота дыхания (за 1 мин).

4.3 МВЛ фактическая (л/мин).

4.4 МВЛ должная (л/мин).

4.5 (МВЛфакт./МВЛдолж.)x100(%).

4.6 Степень уменьшения МВЛ фактической.

5. Заключение (Указать - есть или нет нарушения вентиляции, если есть - описать тип и степень).

Дата

Подпись

ПРОТОКОЛ АНАЛИЗА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЫ

1. Угол α (градусы).
2. ЧСС (в 1 минуту).
3. Ритм сердца (синусовый – несинусовый, правильный – неправильный).
4. Переходная зона.
5. Анализ зубцов: полярность (положительный или отрицательный), форма, амплитуда, продолжительность:

Зубец P

Зубец Q

Зубец R

Зубец S

Зубец T

6. Анализ интервалов:

R-R

P-P

P-Q

QRS

Q-T

Сегментов:

P-Q

S-T

Времени внутреннего отклонения:

I_{V1-V2}

I_{V5-V6}

7. Синдром гипертрофии миокарда.
8. Синдром очагового поражения миокарда (инфаркт миокарда).
9. Синдром нарушения проводимости (блокады).
10. Синдром аритмии.
11. Заключение (указать ЭКГ – нозологию).

Дата

Подпись

ПРИМЕР ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ ДЛЯ 3 КУРСА

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Сибирский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России)

Кафедра пропедевтики внутренних болезней
с курсом терапии педиатрического факультета
(И.о. зав. кафедрой д.м.н. Беспалова И.Д.)

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

Выполнил: студент 3 курса
лечебного факультета Иванов В.В.

Преподаватель:

Томск, 2020

ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ О БОЛЬНОМ

ФИО: Т. Алексей Николаевич

1. Возраст 41 год, пол мужской
2. Образование: среднее
3. Профессия: электрогазосварщик
4. Семейное положение: женат
5. Место жительства: г. Томск
6. Дата поступления в клинику: 22.03.17
7. Дата выписки из клиники: 31.03.17
8. Дата курации: 24.03.17
9. Диагноз направления: Внебольничная пневмония

Диагноз клинический: Пневмония внебольничная бактериальная, в нижней доли справа (S8, S9), нетяжелое течение, нарушение вентиляционной функции легких II степени по рестриктивному типу.

Сопутствующий диагноз: Гипертоническая болезнь II стадии, 2 степени. ГЛЖ. Риск 3

ДАННЫЕ РАССПРОСА БОЛЬНОГО

Жалобы больного

Основные: повышение температуры до 39⁰С, ознобы, сменяющиеся чувством жара, сухой кашель.

Дополнительные: головную боль и боли в мышцах нижних конечностей связывает с высокой температурой. С момента заболевания беспокоят слабость и отсутствие аппетита.

Свойства кашля:

1. сухой
2. непостоянный
3. безболезненный
4. без потери сознания

Свойства мышечной боли:

1. локализация – мышцы нижних конечностей
2. иррадиация – отсутствует
3. характер боли - тянущий
4. интенсивность – не интенсивная
5. продолжительность – кратковременная
6. что помогает – для купирования боли лекарственные средства не использовались
7. появление боли связывает с повышением температуры

Свойства головной боли:

1. охватывает всю голову

2. не иррадирует
3. распирающая, давящая
4. не интенсивная
5. не продолжительная
6. связывает с повышением температуры
7. купируется аспирином

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ (*anamnesis morbi*)

Заболел остро 18.03.17, повысилась температура до 39,5⁰ С, которая сопровождалась ознобом. Появился сухой кашель, неинтенсивные головные боли и боли в мышцах нижних конечностей. Заболевание связывает с переохлаждением.

После появления первых признаков недомогания принял парацетамол, наступило кратковременное снижение температуры. Однако, 21.03.17 температура вновь достигла 39⁰С, был осмотрен врачом скорой помощи и назначен амоксициллин 500мг 3 раза в день. На фоне приема антибиотика состояние больного не улучшилось. Вновь осмотрен врачом скорой медицинской помощи и был доставлен в клинику факультетской терапии СибГМУ.

ИСТОРИЯ ЖИЗНИ (*anamnesis vitae*)

Место рождения: г. Томск, в семье был вторым ребенком, родился в срок. В школе программу усваивал легко, в развитии не отставал от сверстников. После окончания 10 классов поступил в лесотехнический техникум, по окончании которого приступил к работе. В настоящее время работает газосварщиком.

Профессиональные вредности: шум, травмоопасность, переохлаждение.

Бытовые условия: живет в благоустроенной квартире.

Характер питания: питание полноценное, разнообразное, регулярное (3-4 раза в день). Предпочитает пешие прогулки.

Привычные интоксикации: стаж курения 13 лет (с 24 лет), в течение последних 4 лет не курит. Алкоголем не злоупотребляет.

Перенесенные ранее заболевания: в пятилетнем возрасте – ветряная оспа; травмы, ранения, контузии и какие-либо операции отрицает.

Семейный анамнез

Женат, имеет двоих детей, дети здоровые. У близких родственников сифилис, туберкулез, нервные, психические и наследственные заболевания отрицает.

Эпидемиологический анамнез

1. Контакт с инфекционными больными среди родственников, соседей, знакомых, коллег по работе отрицает.

2. Возможность инфицирования в связи с профессиональной деятельностью отрицает.
3. Утверждает, что все профилактические прививки, согласно прививочному календарю, осуществлялись.

Аллергологический анамнез

Аллергологический анамнез не отягощен.

ФИЗИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

ОСМОТР БОЛЬНОГО

1. Рост 180см., вес 83кг.
2. Общее состояние удовлетворительное.
3. Положение больного активное.
4. Сознание ясное.
5. Выражение лица спокойное, доброжелательное.
6. Конституциональный тип: нормостенический.

Кожные покровы

1. Кожные покровы горячие, влажные
2. Придатки кожи: волосяной покров соответствует полу и возрасту, ногти чистые, блестящие, бледно-розовые.

Слизистые оболочки (губы, нос, глаза, неба)

Цвет бледно-розовый. Конъюнктивы бледные.

Подкожно-жировой слой

Подкожно-жировой слой распределен равномерно.
Складка на животе 2,5см (на уровне пупка).

Мышцы

1. Степень развития мускулатуры – удовлетворительная
2. Тонус – удовлетворительный
3. Пальпация мышц безболезненная.

Кости

1. Осмотр кистей рук – «барабанные палочки», «часовые стекла» отсутствуют.
2. Пальпация и поколачивание безболезненные.
3. Скелет развит соответственно полу и возрасту. Видимых отклонений от нормы не наблюдается.

Суставы

1. Конфигурация сохранена, отечность не определяется.
2. Движения активные, свободные, в полном объеме.
3. Болезненность при пальпации и при пассивных движениях не определяется.
4. Хруст, флюктуация не выявлена.

Лимфатические узлы

Затылочные, околоушные, передние и задние нижнечелюстные, подбородочные, поверхностные шейные, надключичные, подключичные, грудные, подмышечные, поверхностные локтевые, паховые, подколенные: не увеличены (менее 0,5см), подвижные, безболезненные, эластичной консистенции, не спаяны между собой.

Нервная система

1. Органы зрения: подвижность глазных яблок сохранена, косоглазие, двоение, нистагм не обнаружены. Форма зрачков округлая, реакция на свет сохранена.
2. Слух и вестибулярный аппарат: снижение слуха не выявлено.
3. Мимическая мускулатура: глотание и движение языка соответствуют норме. Расстройства речи, чтения и письма не выявлено.
4. Походка обычная, устойчивая.
5. Рефлексы со слизистых оболочек (корнеальный, глоточный) сохранены. Кожные, брюшные рефлексы симметричны, умеренно выражены.

Органы дыхания

Носовое дыхание свободное

Осмотр и пальпация грудной клетки

1. Форма грудной клетки – нормостеническая.
2. Асимметрия грудной клетки - выпячиваний или западений грудной клетки не выявлено.
3. Искривление позвоночника не определяется.
4. Над- и подключичные ямки выражены умеренно.
5. Межреберные промежутки выражены удовлетворительно.
6. Положение лопаток – нормальное прилегание, отставание от грудной клетки не определяется.
7. При дыхании движение обеих половин грудной клетки симметрично.
8. Тип дыхания – смешанный с преобладанием брюшного.
9. Глубина и ритм дыхания – дыхание достаточной глубины, ритм правильный.
10. Число дыханий в 19 в 1 мин.
11. Болезненность при пальпации грудной клетки не определяется.
12. Видимой пульсации вен шеи не выявлено.
13. Окружность грудной клетки – 95см при спокойном дыхании, при глубоком вдохе 97см, выдохе 93см.

Перкуссия легких

Сравнительная перкуссия

1. Перкуторный звук легочный, справа в нижнем отделе тупой.
2. Гамма звучности над передними и задними поверхностями грудной клетки слева сохранена. Справа в нижних отделах нарушена.

Топографическая перкуссия

Высота стояния верхушек легких	Справа	Слева
Спереди	На 4 см выше ключицы	На 4 см выше ключицы
Сзади	На 2 см латеральнее VII шейного позвонка	На 2 см латеральнее VII шейного позвонка
Ширина полей Кренига	6 см	
Нижняя граница легких		
Около грудинная	V межреберье	–
Срединно-ключичная	VI межреберье	–
Передняя подмышечная	VII ребро	VII ребро
Средняя	VIII ребро	VIII ребро
Задняя	IX ребро	IX ребро
Лопаточная	X ребро	X ребро
Околопозвоночная	Остистый отросток XI грудного позвонка	Остистый отросток XI грудного позвонка
Подвижность нижнего легочного края на вдохе	3 см	
Подвижность нижнего легочного края на выдохе	3,5 см	
Общая экскурсия	6,5 см	

Аускультация легких

1. Характеристика основного дыхательного шума:

В нижних отделах легких справа дыхание бронхиальное:

- Напоминает звук при произношении буквы «Х».
- Выдох и вдох выслушиваются на всем протяжении фаз.
- Выдох громче вдоха.
- Выдох выше вдоха по тональности.

Над остальными участками легких дыхание физиологическое везикулярное:

- Напоминает звук при произношении буквы «Ф»
- Вдох выслушивается на всем протяжении фазы, выдох 1/3 фазы.

- Выдох тише вдоха.
- Выдох ниже вдоха по тональности.

Побочные дыхательные шумы - рассеянные единичные сухие, низкие хрипы.

2. Голосовое дрожание - в зоне тупого перкуторного звука усилено.

3. Бронхофония - в зоне тупого перкуторного звука речь выслушивается ясно.

Органы кровообращения

Осмотр области сердца - деформации грудной клетки не выявлено.

Пальпация сердца

Верхушечный толчок не определяется.

Толчок правого желудочка не определяется.

Пульсация в области основания сердца не определяется.

Патологической пульсации аорты не определяется.

Патологической пульсации легочной артерии не определяется.

Перкуссия сердца

Граница	Относительной тупости	Абсолютной тупости
Правая	На 1,5 см кнаружи от правого края грудины в IV межреберье	По левому краю грудины в IV межреберье
Верхняя	На 1 см кнаружи от левого края грудины на уровне III- ребра	На 1 см кнаружи от левого края грудины на уровне IV ребра
Левая	На 1,0 см кнаружи от срединно-ключичной линии в V межреберье	На 1,0 см кнаружи от срединно-ключичной линии в V межреберье

1. Ширина сосудистого пучка - 6,5 см

2. Длинник – 15,0 см (должное значение - 15 см)

Поперечник – 14,5 см (должное значение - 14 см)

Аускультация сердца

1. Ритм сердца правильный.

2. Характеристика тонов сердца.

Определение I тона сердца

- I тон оценивается на верхушке сердца
- I тон выслушивается после продолжительной паузы
- I тон совпадает с пульсом на лучевой артерии

Свойства I тона (на верхушке сердца)

- I тон громче II тона

- I тон продолжительнее II тона
 - I тон ниже по тональности II тона
- Определение II тона сердца
- II тон оценивается на основании сердца
 - II тон выслушивается после короткой паузы
 - II тон не совпадает с пульсом на лучевой артерии
- Свойства II тона (на основании сердца)
- II тон громче на аорте
 - II тон короче I тона
 - II тон выше по тональности
3. Шумы сердца не выслушиваются.

Исследование артерий

1. Осмотр артерий

Видимая пульсация артерий на шее в яремной и надключичной ямке не определяется. Пульсация артерий верхних и нижних конечностей не определяется.

2. Свойства пульса на лучевой артерии: пульс одинаков на обеих руках, удовлетворительного наполнения, напряжения, форма пульсовой волны правильная, пульс (89 в 1 мин), стенка сосуда эластичная, дефицита пульса нет.

3. Данные аускультации

- Сонные артерии - патологических шумов не выявлено.
- Мезентериальные артерии - патологических шумов не выявлено.
- Почечные - патологических шумов не выявлено.
- Бедренные - патологических шумов не выявлено, двойной тон Траубе, двойной шум Виноградова-Дюрозье не выслушиваются.

4. Артериальное давление - 165/100 мм.рт.ст.

Органы пищеварения

1. Полость рта - большая часть зубов сохранена, некоторые санированы.

2. Десны - розового цвета, разрыхленности, изъязвленности, гнойных выделений, некроза и болезненности не выявлено.

3. Язык - не увеличен, розового цвета, влажный, сосочковый слой слабо выражен. Трещины, язвы, болезненность не выявлены.

4. Мягкое и твердое небо - розового цвета, налета и геморрагий нет. Зев, задняя стенка глотки - окраска бледно-розовая, слизистая чистая.

5. Миндалины - розового цвета, эластичные, лакуны чистые, налета нет. Миндалины не выступают за пределы небных дужек.

Исследование живота:

1. Форма живота округлая, обе половины симметричны, равномерно участвуют в акте дыхания. Видимая перистальтика не определяется. Свободная жидкость в брюшной полости не определяется. Окружность живота на уровне пупка – 90 см.

2. Поверхностная пальпация живота – напряжение брюшной стенки не определяется.

Поверхностная пальпация живота – живот мягкий, безболезненный, грыжи, напряжение брюшной стенки не определяются

Исследование желудка:

1. При перкуссии над желудком определяется низкий тимпанический звук, нижняя граница находится на 4 см выше пупка.

2. При аускультативной пальпации нижняя граница желудка находится на 4 см выше пупка.

3. Шум плеска не определяется.

4. При глубокой скользящей пальпации нижняя граница желудка лежит на 4 см выше пупка, стенка безболезненная, ровная, гладкая, эластичная.

Поджелудочная железа: не пальпируется.

Исследование кишечника:

Глубокая пальпация

- Слепая кишка – расположена в средней трети расстояния от пупка до гребня подвздошной кости, диаметром 3-4 см, эластичная, стенка гладкая, ровная, подвижность достаточная, при пальпации безболезненна, урчание определяется.

- Сигмовидная кишка – расположена правильно, диаметр 2см, эластичная, стенка гладкая, ровная, подвижность достаточная, безболезненная, урчание не определяется.

- Восходящая ободочная кишка – расположена правильно (справа от пупка на 6см) диаметром 3 см, эластичная, стенка гладкая, ровная, подвижность достаточная, при пальпации безболезненная, урчание не определяется.

- Поперечная ободочная кишка – расположена правильно, диаметр 3см, эластичная, стенка гладкая, ровная, подвижность достаточная, при пальпации безболезненная, урчание не определяется.

- Нисходящая ободочная кишка – расположена правильно (слева от пупка на 5см) диаметром 2 см, эластичная, стенка гладкая, ровная, подвижность достаточная, при пальпации безболезненная, урчание не определяется.

Гепатобилиарная система

Перкуссия печени:

Верхняя граница (по срединно-ключичной линии): относительной тупости абсолютной тупости	V ребро VI ребро
Нижняя граница (по срединно-ключичной линии)	По краю правой реберной дуги
Нижняя граница (по срединной линии)	На границе верхней и средней трети расстояния от пупка до основания мечевидного отростка

Левая граница	Не выходит за пределы левой парастеральной линии
---------------	--

Размеры по Курлову:

- По срединно-ключичной линии от верхней границы абсолютной тупости печени до нижней границы – 10 см.
- От основания мечевидного отростка до нижней границы по срединной линии – 9 см.
- От основания мечевидного отростка до левой границы – 8 см.

Пальпация печени:

- 1) локализация – не выступает из-под края реберной дуги
- 2) форма края печени – острая
- 3) консистенция – эластичная
- 4) поверхность – гладкая
- 5) безболезненность – безболезненна

1. Желчный пузырь не пальпируется, пузырьные симптомы отрицательные.

2. Селезенка:

Перкуссия селезенки

Верхняя граница	По срединно-подмышечной линии – IX ребро
Нижняя граница	По срединно-подмышечной линии – XI ребро
Задне-верхний полюс	На уровне лопаточной линии
Передне-нижний полюс	Не выходит за линию costoarticularis
Длинник	14 см (норма 12-15см)
Поперечник	7,5 см (норма 5-8см)

Пальпация селезенки - не пальпируется.

Мочевыделительная система

Область поясницы не изменена, почки не пальпируются, болевых точек по ходу мочеточников не выявлено. Симптом поколачивания с обеих сторон отрицательный.

Мочевой пузырь при перкуссии над лобковой областью не определяется (звук тимпанический).

Эндокринная система

1. Щитовидная железа при пальпации безболезненна, эластической консистенции.
2. Оволосение головы и лица соответствуют полу и возрасту.

3. Результаты параклинических исследований
Общий анализ крови (от 23.03.17г., 30.03.17г.)

Показатель	23.03.17	30.03.17	Норма
Гемоглобин (г/л)	168	137	130-160
Эритроциты ($10^{12}/л$)	5,29	4,43	3-5,5
Цветовой показатель	0,95	0,92	0,85-1,15
Тромбоциты ($10^9/л$)	279	271	180-320
СОЭ (мм/ч)	38	17	3-10
Лейкоциты ($10^9/л$)	9,8	8,7	4-9
Палочкоядерные (%)	3	2	0-6
Сегментоядерные (%)	59	42	47-72
Эозинофилы (%)	1	2	1-5
Лимфоциты (%)	27	38	30-40
Гематокрит (%)	49	42	40-50

Биохимический анализ крови (от 23.03.17г., 30.03.17г.)

Показатель	23.03.17	30.03.17	Норма
Билирубин общий (мкмоль/л)	17,0	15,0	8,5-20,5
Билирубин прямой (мкмоль/л)	4,7	3,2	2,2-5,1
Общий белок (г/л)	75	78	65-80
Глюкоза (ммоль/л)	5,5	4,9	3,5-5,7
АСТ (Ед/л)	25	28	До 35
АЛТ (Ед/л)	33	30	До 35
ЩФ (Ед/л)	80,0	91	150
Мочевина (ммоль/л)	5,5	5,4	1,7-7,5
ГГТП	48	50	До 55
Креатинин (мкмоль/л)	110	105	80 -115

Общий анализ мочи (от 23.03.17г., 30.03.17г.)

Показатель	23.03.17	30.03.17	Норма
Цвет	Насыщенно-желтый	Желтый	Светло-желтый

Прозрачность	Мутная	Прозрачная	Прозрачная
Белок (г/л)	0,04	0,05	0-0,03
Уробилиноген (мг/л)	++	+	5-10
Кетоновые тела	+-	-	-
Лейкоциты	3	0-1	0-3 в поле зрения
Эритроциты	0-1	0-1	0-1 в поле зрения
Бактерии	+	-	-
Слизь	+++	+	-
Соли		Кристаллы мочевой кислоты	-

Свертывающая система крови

Показатели	Результаты	Норма
АЧТВ (сек)	26	23-35
Общий фибриноген (г/л)	3,8	2-4
МНО	1,1	0,88 - 1,37

Диаскин -тест (от 30.03.17): отрицательный

Рентгенография органов грудной клетки (от 22.03.17): На рентгенограммах органов грудной клетки в прямой и боковой проекциях справа однородный участок затемнения с нечеткими контурами с прослеживающимися просветами бронхов. По остальным легочным полям воспалительной инфильтрации и очаговых теней не определяется. Корни легких не расширены, структурны. Купола диафрагмы расположены обычно, четкие. Синусы воздушны.

Заключение: Правосторонняя нижнедолевая пневмония в S8-S9.

Рентгенография органов грудной клетки в двух проекциях (от 30.03.17): Пневмония в S8-S9 справа. Стадия неполного разрешения.

ЭКГ (от 22.03.17): Ритм синусовый. ЧСС 87 в 1 минуту. Отклонение ЭОС влево.

Эхокардиография (от 24.03.17): Аорта, легочная артерия не изменены. Гипертрофия левого желудочка.

Бронхоскопия (от 29.03.17): Органических изменений не выявлено

Спирография (от 22.03.17): Нарушение вентиляционной функции легких смешанного типа 2 степени с преобладанием рестрикции.

Обоснование прямого клинического диагноза

I фаза. Группировка симптомов в синдромы

Выделены следующие синдромы:

1. Синдром уплотнения легочной ткани
2. Бронхитический синдром
3. Синдром недостаточности внешнего дыхания
4. Синдром общих воспалительных изменений
5. Синдром артериальной гипертензии
6. Синдром гипертрофии левого желудочка

Примечание: синдромы 1-4 относятся к основному заболеванию;
синдромы 5-6 относятся к сопутствующему заболеванию.

II фаза. Формулировка синдромов и выявление основного синдрома

1. Синдром уплотнения легочной ткани (анатомический, сложный объективно-параклинический)

Объективно. Тупой перкуторный звук в нижних отделах правого легкого.

Параклинически. На рентгенограмме органов грудной клетки в прямой и боковой проекциях справа в S8, S9 участок затемнения (правосторонняя нижнедолевая пневмония в S8-S9).

2. Бронхитический синдром (сложный, субъективно-объективный)

Субъективно. Сухой кашель.

Объективно. Выслушиваются рассеянные единичные сухие, низкие хрипы.

3. Синдром недостаточности внешнего дыхания (простой, параклинический)

Параклинически (спирография). Нарушение вентиляции легких по рестриктивному типу 2 степени (ЖЕЛ-62%).

4. Синдром общих воспалительных изменений (сложный, субъективно-объективно-параклинический)

Субъективно. Ознобы, сменяющиеся чувством жара.

Объективно. Кожные покровы горячие, влажные.

Параклинически. Термометрия – 39,5⁰С. Анализы крови – Л 9,8*10⁹/л, СОЭ-38мм/час.

5. Синдром артериальной гипертензии (сложный, объективно-параклинический)

Объективно. На основании сердца II тон усилен. Пульс на лучевой артерии напряжен.

Параклинически. АД=165/100мм.рт.ст.

6. Синдром гипертрофии левого желудочка (сложный, объективно-параклинический)

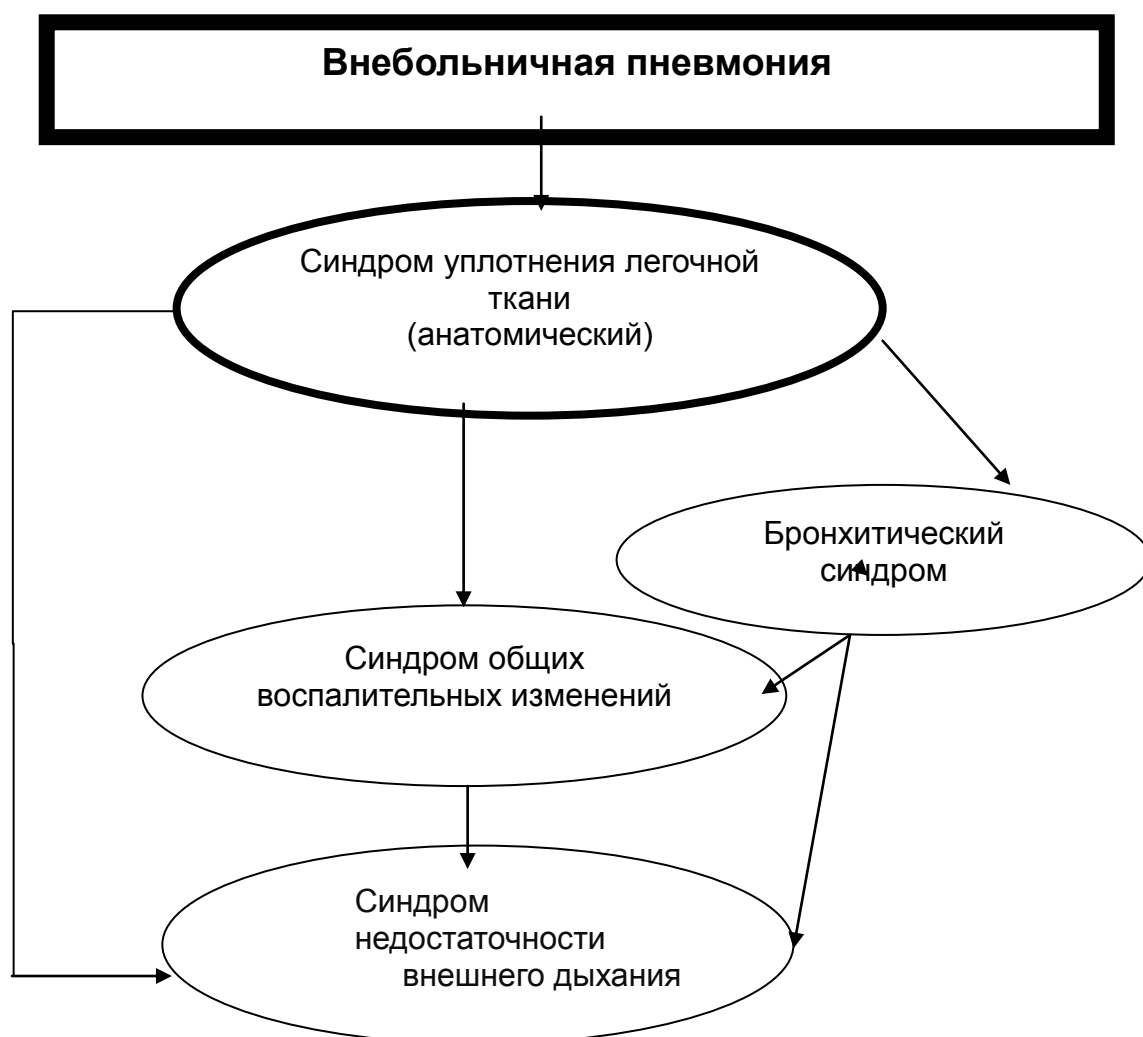
Объективно. Левая граница относительной тупости сердца на 1см кнаружи от срединно-ключичной линии в V межреберье.

Параклинически. УЗИ сердца – гипертрофия левого желудочка без расширения его полости.

В клинической картине заболевания данного пациента **основным синдромом** является **синдром уплотнения легочной ткани**, т.к. он обуславливает тяжесть состояния больного (синдром общих воспалительных изменений, бронхитический синдром и синдром недостаточности внешнего дыхания).

Примечание: синдромы 1-4 относятся к основному заболеванию;
синдромы 5-6 относятся к сопутствующему заболеванию.

III фаза. Поиск причинно-следственной связи между синдромами (доказательства связи)



IV фаза. Формулировка прямого клинического диагноза

Основной диагноз. Пневмония внебольничная бактериальная, справа (S8, S9), нетяжелое течение. Нарушение вентиляционной функции легких по рестриктивному типу 2 степени.

Сопутствующий диагноз. Гипертоническая болезнь II стадии, АГ2 степени. ГЛЖ. Риск 3 (поражение органа-мишени).

Список использованной литературы

- Физические методы исследования в клинике внутренних болезней (клинические лекции): пособие для студентов высших медицинских учебных заведений / Ф.Ф.Тетенев – 3е изд., перераб. и доп. – Томск: ТГУ, 2014. – 360 с.
- Расспрос больных в клинике внутренних болезней (материалы к клиническим лекциям): учебное пособие для студентов медицинских вузов / Ф.Ф. Тетенев, Т.Н. Бодрова. – Томск: СибГМУ, 2010. -239с.
- Пропедевтика внутренних болезней: учебник для студентов медицинских вузов / Н.А Мухин, В.С Моисеев – 2-е изд., доп. и перераб. – М.: ГЭОТАР-Медиа,2015-848 с.
- Патифизиология / В.В. Новицкий, Е.Д. Гольдберг, О.И. Уразова. Т 2. – М.: ГЭОТАР-Медиа,2009.
- Как научиться профессиональному комментарию клинической картины (клинические лекции): учебное пособие для студентов медицинских вузов / Ф.Ф. Тетенев. – Томск: Чародей, 2005. – 173 с.

ПРИМЕР ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ ДЛЯ 4 и 5 КУРСОВ

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

(ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России)

Кафедра пропедевтики внутренних болезней
с курсом терапии педиатрического факультета
(И.о. зав. кафедрой д.м.н. Беспалова И.Д.)

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

Выполнил: студент 5 курса
лечебного факультета Николаев С.С.

Преподаватель:

Томск, 2020

ОФИЦИАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ

Фамилия, имя, отчество больного: З. Надежда Александровна

Возраст: 68 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 (31.09.2015)

Одышка инспираторного характера при незначительной физической нагрузке, постоянное сердцебиение, немотивированная слабость и усталость, головные боли «по всей голове», головокружение при подъеме с постели, шум в ушах, ощущение мушек перед глазами, повышенная сонливость днем, сухость и шелушение кожи, ломкость и истончение ногтей, ломкость и выпадение волос; извращение 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, сопровождающегося выделением незначительного количества крови, у пациентки появилась общая слабость, головокружение, сонливость. При обследовании была диагностирована железодефицитная анемия, по поводу которой пациентка принимала сор-

бифер 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 ответить, 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 был однократно 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 направлена на стационарное лечение с 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 неполноценное, 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, болезней крови. Мама страдала повышенным АД. Отца не помнит.

ФИЗИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Общее состояние пациентки: средней степени тяжести

Сознание: ясное

Положение больной: активное
Рост-168 см
Масса тела-79 кг
Индекс массы тела-28 кг/м²
Температура тела- 36.7°C
Телосложение: правильное
Конституционный тип: нормостенический
Выражение лица: спокойное
Глаза: глазные щели симметричные, зрачки симметричные, нормальной ширины, реакция на свет сохранена.
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 умеренное, 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.

Эпигастральная линия прямая.

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 она эластичная, болезненность отсутствует, голосовое дрожание на симметричных отделах легких проводится одинаково.

Перкуссия грудной клетки

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

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, на 1,5 см 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 кнаружи 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, удовлетворительного наполнения и напряжения, ритмичный, частота 85 в минуту, форма 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. 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, 2 см в диаметре, стенка гладкая, ровная, безболезненная, урчания нет. Слепая кишка расположена правильно, подвижность достаточная, эластичная, 1,5 см в диаметре, 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. Размеры: длинник – 10 см, поперечник – 6 см, не пальпируется. *Поджелудочная железа* не пальпируется.

Мочевыделительная система

Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный. Мочевой пузырь перкуторно не определяется.

Нервно-психический статус

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

ОБОСНОВАНИЕ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО ДИАГНОЗА

I фаза. Формулировка синдромов и выявление основного синдрома

Анемический синдром (сложный субъективно-объективно- параклинический): 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 26.08.2016г. снижение гемоглобина (59 г/л) и эритроцитов ($2.9 \times 10^{12}/л$).

Сидеропенический синдром (сложный субъективно-объективный):

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

Об-но: 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, так как он обуславливает тяжесть состояния больного, определяет клиническую картину заболевания и необходимость обращения за медицинской помощью.

II фаза. Перечисление заболеваний, при которых возможен найденный основной синдром (семиология основного синдрома)

Анемический синдром составляет клиническую картину следующих заболеваний: Fe-дефицитная анемия, В12-фолиеводефицитная анемия, гипо-апластическая анемия, анемия хронических заболеваний (АХЗ), лейкоз.

Учитывая наличие у пациентки кроме анемического, и сидеропенического синдрома, 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 неоднократно 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 паци-

ентка длительное время не обращалась за медицинской помощью при обострении геморроя (лечилась самостоятельно), высока вероятность опухоли желудочно-кишечного тракта, проявляющейся кровотечениями, и связанной с этим 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-кишечных нарушений (глоссит, афтозный стоматит, клиническая картина атрофического гастрита). Также отсутствует у пациентки гепатоспленомегалия, субиктеричность склер, которые также могут иметь место при В12-дефицитной анемии.

Если сравнивать клиническую картину пациентки и клинику гипопластической анемии, то схожим будет анемический и геморрагический синдромы. Однако, при апластической анемии геморрагический синдром более выражен. При апластической анемии 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 является отсутствие у пациента 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, кровоизлияния 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. Необходимо провести обследование, клиническое наблюдение.

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 ?);

- Вит. В12- в случае диагностики макроцитарной анемии с высоким цветовым показателем;

- АСАТ, АЛАТ, общий белок, альбумины, билирубин, мочевины, 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; blasts 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.

III фаза. Обследование

ДАННЫЕ ЛАБОРАТОРНЫХ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ, КОНСУЛЬТАЦИИ УЗКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ

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	13	$10^3/\text{mm}^3$	0.1-1
GRA%	67.1	%	-
GRA	4.0	$10^3/\text{mm}^3$	-
RBC	2.89	$10^6/\text{mm}^3$	4-6.5
HGB	6.1	g/dl	13-17

HCT	21.0	%	40-55
MCV	72.6	μm^3	80-100
MCH	21.2	pg	27-32
MCHC	29.2	g/dl	31.5-36
RDW	18.5	%	менее16
PLT	221	$10^3/\text{mm}^3$	150-400

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

Общий анализ крови от 01.09.2015

Наименование	значение	ед. измерения	нормы	
гемоглобин	69	г/л	120-140	
эритроциты	3.11	$\times 10^{12}/\text{л}$	3.9-4.7	
гематокрит	21.9	%	34-47	
Цветной показатель	0.7		0.85-1.05	
ретикулоциты	3	%0	2-10	
тромбоциты	236	$\times 10^9/\text{л}$	150-400	
лейкоциты	4.7	$\times 10^9/\text{л}$	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

Анизацитоз (макроциты, микроциты, мегалоциты)++

отмечается гипохромия эритроцитов

пойкилоцитоз (+-)

эритроциты с базофильной зернистостью (-)

полихроматофилия (-)

Тельца Жоли, кольца Кебота (-)

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

Мегалобласты (-)

Морфология лейкоцитов

Гиперсегментация ядер (-)

Токсигенная зернистость (-)

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

Общий анализ крови от 03.09.2015

Наименование	значение	ед. измерения	нормы
гемоглобин	69	г/л	120-140
эритроциты	3.24	$\times 10^{12}/\text{л}$	3.9-4.7
гематокрит	22.9	%	34-47

Цветной показатель	0.71		0.85-1.05
ретикулоциты	-	%0	2-10
тромбоциты	199	$\times 10^9/\text{л}$	150-400
лейкоциты	4.7	$\times 10^9/\text{л}$	4.0-9.0
нейтрофилы	п/н	2	%
	с/н	53	%
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 Анизацитоз (макроциты, <u>микроциты</u>, мегалоциты)++ отмечается гипохромия эритроцитов пойкилоцитоз (+-) эритроциты с базофильной зернистостью (-) полихроматофилия (-) Тельца Жоли, кольца Кебота (-) Эритро-, нормобласты(на 100 лейкоцитов) (-) Мегалобласты (-) Морфология лейкоцитов Гиперсегментация ядер (-) Токсигенная зернистость (-)</p>			

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

Общий анализ крови от 06.09.2015

Наименование	значение	ед. измерения	нормы
гемоглобин	76	г/л	120-140
эритроциты	3.58	$\times 10^{12}/\text{л}$	3.9-4.7
гематокрит	21.3	%	34-47
Цветной показатель	0.70		0.85-1.05
ретикулоциты	9	%0	2-10
тромбоциты	240	$\times 10^9/\text{л}$	150-400
лейкоциты	4.7	$\times 10^9/\text{л}$	4.0-9.0
нейтрофилы	п/н	2	%
	с/н	51	%
эозинофилы	-	%	0.5-5
базофилы	-	%	0-1
лимфоциты	40	%	19-37
моноциты	7	%	3-11
СОЭ	11	мм/ч	2-15
<p>Морфология эритроцитов Анизацитоз (макроциты, <u>микроциты</u>, мегалоциты)++ отмечается гипохромия эритроцитов</p>			

пойкилоцитоз (+-)
 эритроциты с базофильной зернистостью (-)
 полихроматофилия (-)
 Тельца Жоли, кольца Кебота (-)
 Эритро-, нормобласты(на 100 лейкоцитов) (-)
 Мегалобласты (-)
 Морфология лейкоцитов
 Гиперсегментация ядер (-)
 Токсигенная зернистость (-)

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

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	%
	с/н	56	%
эозинофилы	-	%	0.5-5
базофилы	-	%	0-1
лимфоциты	33	%	19-37
моноциты	8	%	3-11
СОЭ	11	мм/ч	2-15

Морфология эритроцитов
 Анизацитоз (макроциты, микроциты, мегалоциты)++
 отмечается гипохромия эритроцитов
 пойкилоцитоз (+-)
 эритроциты с базофильной зернистостью (-)
 полихроматофилия (-)
 Тельца Жоли, кольца Кебота (-)
 Эритро-, нормобласты(на 100 лейкоцитов) (-)
 Мегалобласты (-)
 Морфология лейкоцитов
 Гиперсегментация ядер (-)
 Токсигенная зернистость (-)

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

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	сек.	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 31.08.2016

На обзорных рентгенограммах ОГК инфильтративных изменений не выявлено, эмфизема, фиброзная деформация легочного рисунка в прикорневых зонах. 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 г.

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. Бульбодуоденальный 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 11мм. Внутривенные 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 (клинического наблюдения)

1.09.2015

Температура-36.7°C

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°C

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 г. 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°C

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°C

АД – 135/85 мм.рт.ст.

ЧСС – 80

Пульс – 80

Жалуется на не выраженную 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 03.09.2016 гемоглобин 69 г/л, эритроциты 3.24×10^{12} /л. (показатели несколько улучшились). На УЗИ ОБП от 3.09.16 г. диффузные изменения печени и почек. Признаки хронического холецистита.

Лечение в прежнем объеме.

5.09.2015

Температура – 36.7°C

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 08.09.2016 г. назначена КФС.

Лечение в прежнем объеме.

7.09.2015

Температура – 36.7°C

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 06.09.2016 динамика положительная - увеличение гемоглобина до 76 г/л, эритроцитов до $3.58 \times 10^{12}/л$, ретикулоцитов до 9%. На 08.09.2016 назначена КФС, ОАК. Подготовка к КФС фортрансом. Лечение в прежнем объеме.

8.09.2015

Температура – 36.7°C

АД – 140/85 мм.рт.ст.

ЧСС – 85

Пульс – 85

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

9.09.2015

Температура – 36.7°C

АД – 140/85 мм.рт.ст.

ЧСС – 82

Пульс – 82

По результатам КФС у пациента подтвержден хронический комбинированный геморрой, стадия неполной ремиссии; выявлено 2 полипа в сигмовидной кишке, имеется подозрение на злокачественное новообразование восходящей ободочной кишки с субкомпенсированным стенозом. Взята биопсия. Планируется консультация хирурга, онколога, гинеколога. На 10.09.2016 контрольные анализы крови. Лечение получает, побочных реакций нет.

10.09.2015

Температура – 36.7°C

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 08.09.2016, 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.

IV фаза. Исключение из числа диагностических гипотез таковых, не получивших подтверждение при обследовании и обоснование окончательного диагноза

По результатам обследования у пациента в анализе крови диагностирована анемия тяжелой степени тяжести (гемоглобин -61 г/л, эритроциты- 2.89×10^{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.

По патогенезу развития анемия, во-первых, хроническая постгеморрагическая. При проведении колоноскопии от 08.09.2016 г. 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, которая 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 будет микроцитоз, гипохромия.

Диагноз В12-анемия исключается по принципу существенного отличия, так как анемия у пациента 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 Жоли, кольца Кебота, гиперсегментация нейтрофилов, уровень билирубина нормальный.

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

Лейкоз может быть исключен по принципу существенного отличия, так как в периферической крови у пациентки нет бластных клеток, отсутствуют изменения в количестве лейкоцитов (лейкоцитоза, лейкопении), тромбоцитов, а морфологическая картина эритроцитов (микроцитарная, гипохромная) и выявленный дефицит железа полностью соответствует диагнозу Fe-дефицитной анемии.

V фаза. Формулировка современного синтетического диагноза

Основное заболевание: Fe-дефицитная анемия, тяжелой степени тяжести

Фоновое заболевание: Новообразование восходящей ободочной кишки с субкомпенсированным стенозом.

Сопутствующие заболевания: Полипы сигмовидной кишки. Хронический комбинированный геморрой, неполная ремиссия.

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 вечер)

ЭТАПНЫЙ ЭПИКРИЗ

Пациентка З. Надежда Александровна 68 лет, находится на лечении в отделении терапии с 31 августа 2016 г. по результатам обследования у пациентки диагностирована Fe-дефицитная анемия, тяжелой степени тяжести. Диагноз сомнения не вызывает. По результатам колоноскопии от 08.09.2016 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 пациента 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. Пациент 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 необходима консультация онколога и удаление опухоли толстого кишечника. Только устранив все причины анемии, прогноз в плане лечения анемии будет благоприятный. В противном случае пациентке может понадобится постоянная поддерживающая терапия препаратами железа.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Расспрос больных в клинике внутренних болезней (материалы к клиническим лекциям) [Электронный ресурс]: учебное пособие для студентов медицинских вузов / Ф. Ф. Тетенев, Т. Н. Бодрова. – Томск: СибГМУ, 2010. – 239 с.: Режим доступа: <http://irbis64.medlib.tomsk.ru>.
2. Физические методы исследования в клинике внутренних болезней [Электронный ресурс]: учебное пособие для обучающихся по основным образовательным программам высшего образования – программам специалиста по специальностям: лечебное дело, стоматология, педиатрия, медицинская биохимия, медицинская биофизика и медицинская кибернетика / Ф. Ф. Тетенев. – 3-е изд., перераб. и доп. – Томск : СибГМУ, 2014. – 360 с.: Режим доступа: <http://irbis64.medlib.tomsk.ru>.
3. Маколкин, В. И. Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учебник / В. И. Маколкин, С. И. Овчаренко, В. А. Сулимов. - 6-е изд., перераб. и доп. - Электрон. текстовые дан. - М: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 768 с.: Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru>
4. ВОЗ. Руководство по ранней диагностике рака [Электронный ресурс] / A. Ilbawi, C. Varghese, B. Loring и соавт. – Женева: ВОЗ, 2018. – 48 с.: Режим доступа: <http://apps.who.int>.
5. ЭБС «Консультант студента»: <http://www.studentlibrary.ru>.
6. Гематология. Национальное руководство. ГЭОТАР-Медиа. Под ред. О.А. Рукавицина 2019. 784 с.

**ОБРАЗЦЫ (бланки) ОСНОВНЫХ АНАЛИЗОВ,
ПРОВОДИМЫХ В КЛИНИКЕ**

Общий анализ крови

Ф.И.О _____ Возраст _____
 Клиника _____ Дата _____

Показатель	Результат	Норма
Гемоглобин		130 - 164 г/л (м) 115 - 145 г/л (ж)
Эритроциты		4,5 - 5,1 * 10 ¹² /л (м) 3,7 - 4,7 * 10 ¹² /л (ж)
Цветной показатель		0,85 - 1,05
Тромбоциты		150 - 360 * 10 ⁹ /л
Ретикулоциты		2 - 10 ‰
Лейкоциты		4,0 - 9,0 * 10 ⁹ /л
Гематокрит		40 - 48 ‰ (м) 36 - 42 ‰ (ж)
Сред. объём эритроцитов (MCV)		80 - 103 фл (м) 78 - 102 фл (ж)
Сред. содержание гемоглобина в эритроците (MCH)		26 - 34 пг (м) 25 - 34 пг (ж)
Сред. концентрация гемоглобина в эритроците (MCHC)		318 - 362 г/л (м) 311 - 354 г/л (ж)
Показатель анизоцитоза эритроцитов (RDW-CV)		10,6 - 15,7 ‰
Время свёртывания		3 - 5 мин
Длительность кровотечения		2 - 5 мин
Лейкоцитарная формула		
Нейтрофилы		
миелоциты		0 ‰
метамиелоциты		0 ‰
палочкоядерные		0 - 6 ‰
сегментоядерные		47 - 72 ‰
Эозинофилы		0,5 - 5 ‰
Базофилы		0 - 1 ‰
Лимфоциты		19 - 37 ‰
Моноциты		3 - 11 ‰
Плазмоциты		0 - 0,5 ‰
СОЭ		1 - 10 мм/час (м) 2 - 15 мм/час (ж)

Прочие изменения _____
 _____ Врач _____

Общий анализ крови с английской аббревиатурой

Ф.И.О _____ Возраст _____
 Клиника _____ Дата _____

Показатель	Результат	Ед. изм.	Референтные значения
Лейкоциты (WBC)		$10^9/\text{л}$	4,0-9,0
Эритроциты (RBC)		$10^{12}/\text{л}$	4,5 - 5,0 (м) 3,7 - 4,7 (ж)
Гемоглобин (HGB)		г/л	130-160 (м) 120-140 (ж)
Гематокрит (Ht)			40.7-50.3 (м) 36,1-44,3 (ж)
Сред. объём эритроцитов (MCV)		мкм^3 (фл)	80-95
Сред. содержание гемоглобина в эритроците (MCH)		пг	12-34
Сред. концентрация гемоглобина в эритроците (MCHC)		%	30-36
Индекс распределения эритроцитов (RDW-SD)		(фл)	35,1-46,3
Ретикулоциты		%	0,86-2,72
Тромбоциты (PLT)		$10^9/\text{л}$	217-553
Средний объём тромбоцитов (MPV)		(фл)	9-12
Тромбокрит (PCT)		%	0,17-0,35
Индекс распределения тромбоцитов (PDW)		%	9,0-17,0
Лейкоцитарная формула			
Нейтрофилы (NEUT) abs палочкоядерные		$10^9/\text{л}$	0,04-0,3
Нейтрофилы (NEUT) abs Сегментоядерные		$10^9/\text{л}$	2,0-5,5
Лимфоциты (LYMP) abs		$10^9/\text{л}$	1,2-3,0
Моноциты (MONO) abs		$10^9/\text{л}$	0,09-0,6
Эозинофилы (EO) abs		$10^9/\text{л}$	0,02-0,03
Базофилы (BASO) abs		$10^9/\text{л}$	0,000-0,065
Нейтрофилы (NEUT%) палочкоядерные		%	1,0-6,0
Нейтрофилы (NEUT%) сегментоядерные		%	45,0-72,0
Лимфоциты (LYMP%)		%	19,0-37,0
Моноциты (MONO %)		%	4,0-10,0
Эозинофилы (EO%)		%	0,5-5,0
Базофилы (BASO%)		%	0,0-1,0

Прочие изменения _____

 _____ Врач _____

Биохимические показатели крови

ФИО _____ Клиника _____

Возраст _____ Анализ № _____

Показатели	Результат	Ед. изм.	Норма
Общий холестерин		ммоль/л	3,5-5,2
ЛПВП - холестерин		ммоль/л	0,91-1,82
ЛПНП - холестерин		ммоль/л	2,6-3,36
ЛПОНП - холестерин		ммоль/л	0,26-1,04
Триглицериды (TG)		ммоль/л	0,6-2,0
Коеф. атерогенности			2,9-4,5
Билирубин общий		мкмоль/л	3,4-20,5
Прямой			0-8,6
Общий белок		г/л	65-80
Глюкоза		ммоль/л	3,5-5,7
АСТ (AST)		Ед/л	0-35
АЛТ (ALT)		Ед/л	0-35
α-амилаза сыворотки		Ед/л	0-95
Щелочная фосфатаза		Ед/л	Взросл 0-150 Дети 0-500
Мочевина		ммоль/л	Жен 2,5 – 6,7 Муж 3,2 – 7,4
Креатинин		мкмоль/л	Жен 53-97 Муж 80-115
Натрий		ммоль/л	133-145
Калий		ммоль/л	3,3-5,3
Кальций		ммоль/л	Взросл 2,1-2,55 Дети 2,2-2,7
Фосфор		ммоль/л	Взросл 0,74-1,52 Дети 1,0-2,0
Железо		мкмоль/л	Жен 9,0-30,0 Муж 12,0-31,0
СРБ количественное		мг/л	0-6,0
Мочевая кислота		ммоль/л	Жен 0,15-0,36 Муж 0,21-0,42

КФК		Ед/л	Жен 29-168 Муж 30-200
КФК МВ		Ед/л	0-25
ГГТП (GGT)		Ед/л	Жен 9-36 Муж 12-64
ЛДГ (LDG-P)		Ед/л	125-220
Альбумин		г/л	35-50

Дата _____

Врач _____

Биохимические показатели крови с английской аббревиатурой

ФИО _____ Клиника _____

Возраст _____ Анализ № _____

Показатели	Результат	Ед. изм.	Диапазон
BiluT (билирубин общий)		umol/L – мкмоль/л	3.4-20.5
BiluD (билирубин прямой)		umol/L – мкмоль/л	0.0-8.6
TP (общий белок)		g/L – г/л	60-83
GluC (глюкоза)		mmol/L – ммоль/л	3.9-5.8
AST (аспартатаминотрансфераза)		U/L – Ед/л	5-34
ALT (аланинаминотрансфераза)		U/L- Ед/л	0-55
Urea (мочевина)		mmol/L – ммоль/л	2.5-6.7
CreaC (креатинин)		umol/L – мкмоль/л	50.4-98.1
CRP32 (С-реактивный белок)		mg/L мг/л	0.0-5.0
Chol (холестерин общий)		mmol/L – ммоль/л	0.0-5.2

Дата _____

Врач _____

ВОПРОСЫ И ОТВЕТЫ ДЛЯ САМОПОДГОТОВКИ ПО ТЕМЕ «МЕТОДОЛОГИЯ И МЕТОДИКА КЛИНИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА»

1. Объясните, почему для изучения клинической медицины важна теория диагностики.

Вопрос, для чего нужно изучать теорию диагноза, является мировоззренческим. Ответ на него можно построить из следующих положений:

1. Известно, что чем больше массив накопленных знаний в науке, тем большая необходимость в методологии (обобщения, анализ, классификация и др.). Объем знаний по внутренним болезням человека необычайно велик и постоянно увеличивается, происходит выделение отдельных специальных разделов этой науки, развивается узкая специализация. Углубление знаний по диагностике ставит много специфических проблем, например, соотношение между традиционными врачебными методами исследования и современными инструментальными и лабораторными методами. Единой теории диагностики, как уже было отмечено, не существует.

2. Научная медицина ведет начало от Гиппократов и, хотя она достигала весьма значительных высот, она все-таки не единственная. Ряд медицинских школ много старше научной медицины, и они завоевали право на жизнь, на развитие и даже на интеграцию с научной медициной, например, иглорефлексотерапия, тибетская медицина, гомеопатия, аллопатия и многое другое. Теоретические основы различных медицинских школ непохожи. Интеграция их возможна при достаточно глубоком научном раскрытии механизмов оккультных способов диагностики, лечения и, соответственно, научном обосновании их теоретических построений.

3. Теория освещает путь познания. В нормальных условиях она должна предшествовать углубленному изучению специальных вопросов клинической медицины. Это, прежде всего, касается общей и частной диагностики. Ранее было отмечено, что теория диагностики отсутствует в учебных планах главным образом в связи с тем, что она еще в должной мере не разработана, и теоретическое видение проблемы у врачей складывается стихийно. Среди причин отставания теоретической подготовки студентов

по методологии диагноза не последнее место занимает субъективное пренебрежительное отношение к теории ряда поколений клиницистов, что передается обучающимся.

2. Дайте определение понятиям «методика» и «методология».

В отечественной литературе нет четкого разграничения между понятиями «методология» и «методика» – достаточно обратиться к справочной литературе, философским словарям. Метод (греч. method) – путь к чему-либо, способ достижения цели, определенным образом упорядоченная деятельность. Такое определение термина представляется вполне корректным. Для большей иллюстративности можно добавить: содержание термина «метод» отвечает на вопрос, как, каким образом достигается цель. Методология в словарях определяется как совокупность приемов исследования, используемых в какой-либо науке. Строго говоря, такое определение практически ничем не отличается от предыдущего: «определенным образом упорядоченная деятельность». Сложное слово «методология» можно расчленить на термины «метод» и «наука». Наука о методе исследования, или теоретическое обоснование метода. Содержание этого термина отвечает на вопрос, почему используется такая совокупность приемов исследования, почему так, а не иначе.

3. Дайте определение понятию «клиническое мышление».

Клиническое мышление – это содержательно специфизированный процесс диалектического мышления, придающий целостность и законченность медицинскому знанию. В этом определении подчеркивается главная особенность клинического мышления – его идентичность мышлению в любой другой области знания.

4. В чем заключается специфика клинического мышления?

Клиническое мышление имеет определенную специфику.

1. Предмет исследования в медицине особый – организм человека, охватывающий все сферы его жизнедеятельности, включая психологию человека, известные сложные, пока недоступные

для научного осмысливания явления биоэнергетики, экстрасенсорики и т.д. Например, индивидуальность пациента пока никак не может найти конкретное выражение в клиническом диагнозе.

2. В процессе диагностики обсуждаются преимущественно малоспецифические симптомы болезни. Значительная часть симптомов относится к разряду субъективных (анамнез). Следует еще учесть, что на процесс диагностики наслаивается субъективность в оценке симптомов со стороны врача. Может создаться впечатление, что медицина – наука неточная, в ней много приблизительного. Однако это серьезное заблуждение. Любое измерение, описание в клинической медицине, имеет важное значение. Например, перкуторный метод измерения составляет ошибку в 0,5 см, при эхолокации эта ошибка может быть много больше. Пальпаторное же определение органа об увеличении и других свойствах его будет информативнее. Эхолокация в таком случае может дополнить представление об эхоструктуре органа, которая сама по себе будет носить весьма относительный и приблизительный характер. Таким образом, любое измерение, любой способ получения информации о симптомах болезни может иметь важное значение, иногда определяющее.

3. В клинической практике для диагностики нельзя использовать все методы обследования, даже если клиника располагает возможностью их проведения. Это связано с врачебной деонтологией. Многие методы исследования, особенно инвазивные, небезопасны для здоровья пациента. Некоторые методы исследования нельзя использовать из-за тяжести состояния больного, индивидуальной непереносимости вводимых препаратов, манипуляций и др. Наконец, в определенном состоянии больного проведение диагностических манипуляций просто неэтично, когда диагностирование преследует академические цели и ничем не может помочь больному.

4. Далеко не все в медицине поддается теоретическому осмысливанию. В лечебно-диагностической работе врача большую роль играет интуиция. Впрочем, это положение в какой-то мере может относиться и к другим научным областям, однако в медицине оно наиболее актуально.

5. Что следует подразумевать под термином «стиль клинического мышления»?

Термин «стиль клинического мышления» требует пояснения. В справочной литературе термин «стиль» больше относят к области искусства. В трактовке его указывается: совокупность приемов, способ осуществления чего-либо и др. Как видим, содержание терминов «методика» и «стиль» практически одинаково. Тем не менее сравнение деятельности врача в различные исторические эпохи, в настоящее время, попытка заглянуть в будущее, даже в ближайшее, выявляют существенные особенности, которые нужно учитывать для планирования врачебной деятельности в это ближайшее время.

6. Какие изменения стиля клинического мышления характерны на современном этапе развития клинической медицины?

1. Резко возросли требования к оперативности диагностики и лечения больных. Ярким тому доказательством служит появление новой медицинской отрасли – реаниматологии и интенсивной терапии

2. Современная медицина требует современного уровня диагностики и лечения больных в любом регионе, любом стационаре, врачебном участке. Каждый больной вправе рассчитывать, что его будет лечить опытный врач. А врачебный опыт приходит через много лет, он складывается постепенно, формируется в условиях клиники. Можно ли ускорить формирование клинического мышления? Может ли каждый выпускник медицинского института вырасти в опытного клинициста? Эти вопросы прямо относятся к проблеме методологии клинического диагноза.

3. Обострились морально-этические проблемы медицины:

а) пересадка органов. Технический аспект проблемы решается относительно успешно. Успехи здесь определяются преимущественно материальным обеспечением медицины. Однако в наше время рождается наука о душе человека. Еще вчера такая мысль жестоко преследовалась, но наука упрямо ставит перед нами сложнейшую проблему – изъятие органов у человека, находящегося в состоянии клинической смерти. Вероятно, будущее за искусственными органами;

б) можно ли говорить больному диагноз его болезни, если последняя имеет неблагоприятный прогноз? Решение этой проблемы во многом зависит от уровня развития цивилизации, общей культуры и, очевидно, в будущем и в нашей стране будет решаться положительно;

в) эвтаназия – намеренное ускорение смерти неизлечимого больного с целью избавить его от тяжелых страданий. К такой стороне деятельности врача мы относимся резко отрицательно. Врач должен искать способы облегчить страдание больного;

г) ветеринаризация медицины. В этот термин обычно вкладывают негативное содержание, связывая его с нарушениями врачебной деонтологии. Однако здесь нужно видеть и другой аспект. Раскрытие отдельных механизмов патологического процесса на организменном или молекулярном уровне позволяет весьма эффективно назначать определенные препараты. Соответствующие назначения никак не зависят от личности больного. Большее значение имеют возраст, рост, масса тела, пол.

4. Изменения стиля клинического мышления. В условиях, когда медицина стала более энергично вмешиваться в социальные аспекты жизни и деятельности человека, не может не изменяться форма и содержание деятельности врача. В частности, изменяется стиль клинического мышления:

а) диагноз заболевания становится все более морфологическим, поэтому для обеспечения современного уровня диагностики требуется развитие эндоскопической службы с биопсией внутренних органов;

б) диагноз ранних, так называемых доклинических проявлений заболеваний в значительной степени формируется на результатах функциональных исследований. Следовательно, современный уровень ранней диагностики может быть обеспечен достаточно мощными современными лабораториями функциональной диагностики (инструментальные и лабораторные).

в) в условиях высокой технической оснащенности и массовых обследований проявляется общая закономерность: лабораторное и инструментальное исследование опережает опрос и объективное исследование.

7. Что такое симптом, какими свойствами он обладает?

Симптом (греч. *symptoma*) – совпадение, случай, признак. Признаки болезней требуют классификации. В клинической медицине в этом отношении господствует беспорядок. Например, деление симптомов на субъективные и объективные не учитывает, что имеются еще симптомы, получаемые при параклинических исследованиях. Много внимания уделяется схоластическим дискуссиям; правомерно или неправомерно говорить о субъективных и объективных симптомах. Недоумение вызывает подразделение симптомов на специфические и неспецифические, так как все симптомы неспецифичны, и провести четкую границу между большей и меньшей степенью их неспецифичности невозможно. Для классифицирования симптомов болезней, как нам представляется, необходимо выделить такие их качества, которые бы были свойственны всем симптомам всех болезней. Свойства симптомов должны охватывать весь объем информации, диагностическую ценность и уровень научного знания природы симптомов.

Исходя из этих общих положений, предлагаем выделить три свойства симптомов:

1. Симптомы делятся на субъективные, объективные и параклинические (лабораторные и инструментальные).
2. Симптомы – это неспецифическое проявление болезни.
3. Механизм симптома может быть разным, в том числе и неизвестным

8. Дайте определение понятию «синдром».

Синдром – это относительно устойчивое сочетание симптомов, объединенных общим патогенезом. Понятие «синдром» весьма гибко. В принципе выделения синдромов много произвольного, зависящего от особенностей течения заболевания у человека, от условий исследований и особенностей мышления врача, 2-й этап творческой работы при формировании синдромов требует специальных знаний, он многообразен, однако не нужно его называть более высоким по сравнению с первым. Поиск симптомов продолжается на всем протяжении исследования больного, и его успех зависит от качества диагностических гипотез, правильного исследования больного с помощью диагностической техники,

доведенной до автоматизма. Стало быть, нельзя представить себе великолепную диагностическую технику и низкий уровень 2-го этапа диагностического процесса и наоборот.

9. Назовите свойства синдромов.

1. Содержание синдрома весьма гибкое, оно может детализироваться на различных уровнях исследования больного (субъективное, объективное и параклиническое). В связи с этим синдромы могут быть простыми (субъективными, объективными и параклиническими) и сложными (четыре возможные комбинации простых синдромов).

2. Синдром – это неспецифическое проявление болезни.

3. Механизм синдрома может быть различным, в том числе и неизвестным.

10. Какие виды и варианты синдромов Вам известны?

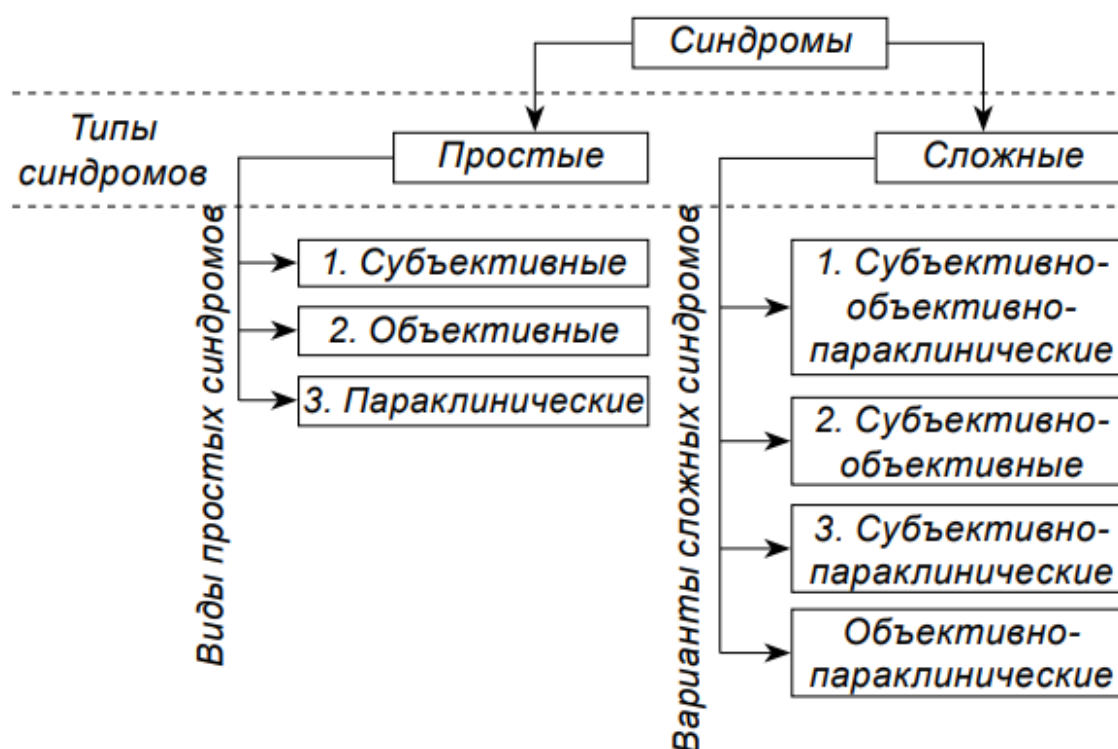
В классифицировании синдромов допускают много погрешностей, аналогичных таковым при классификации симптомов. Например, выделяют следующие виды синдромов: 1) анатомические; 2) функциональные; 3) лабораторные; 4) клинические; 5) клинико-лабораторные, 6) клинико-инструментальные. Как можно убедиться, это перечисление не исчерпывает возможные виды синдромов. Понятие «клинические синдромы» весьма расплывчато и может включать любой из названных синдромов. Деление синдромов на три типа: простые, сложные и большие – тоже не вполне корректно. Большие синдромы могут быть и простыми, и сложными.

Все синдромы можно разделить на два типа: простые и сложные.

Простые синдромы – это синдромы, сформированные из симптомов одного уровня исследования. Например, стенокардия – синдром, включающий детализацию жалоб больного (субъективное исследование). Синдром уплотнения легких – совокупность симптомов, которые обнаруживаются при объективном исследовании больного (осмотр, пальпация, перкуссия и аускультация).

Сложные синдромы – это синдромы, сформированные из симптомов двух или трех уровней исследования. Возможны четыре варианта сложных синдромов:

- 1) симптомы, выявленные при опросе больного, объективном исследовании и при параклиническом исследовании (лабораторном или инструментальном);
- 2) симптомы, выявленные при расспросе больного и при объективном исследовании;
- 3) симптомы, обнаруженные при расспросе больного и при параклиническом исследовании;
- 4) симптомы, обнаруженные при объективном и параклиническом исследовании.



11. Назовите принципы, по которым проводится рациональное классифицирование симптомов и синдромов.

Для классифицирования симптомов болезней, как нам представляется, необходимо выделить такие их качества, которые бы были свойственны всем симптомам всех болезней. Свойства симптомов должны охватывать весь объем информации, диагностическую ценность и уровень научного знания природы симптомов.

В классифицировании синдромов допускают много погрешностей, аналогичных таковым при классификации симптомов. По-

нятие «клинические синдромы» весьма расплывчато, поэтому здесь требуется выбор принципа классифицирования, который бы отвечал общепринятым требованиям к классификациям вообще. Искомый принцип можно определить, рассматривая свойства синдромов.

Гибкость синдрома может проявляться в различном объеме информации, которая может быть получена при исследовании больного. Поэтому рационально объем исследования разделить на три уровня: субъективный, объективный и параклинический. Предлагаемая классификация синдромов не противоречит традиции рассматривать многие синдромы как болезни. Все известные синдромы можно разделить на простые и сложные, учесть возможные четыре варианта сложных синдромов. Всем синдромам присущи и неспецифичность, и возможность неизвестного механизма развития.

12. Дайте описательное, содержательное и методологическое определение понятия «диагноз».

Описательное определение клинического диагноза – это медицинское заключение о состоянии здоровья человека, о его заболевании. Родственные этому понятию различные виды диагноза: патологоанатомический, судебно-медицинский, эпидемиологический и др.

Содержательное определение клинического диагноза – это определенным образом выстроенная совокупность компонентов (описательного, анатомического, функционального, этиологического, патогенетического, генетического, экологического, индивидуального и др.). Как можно убедиться, содержательное определение клинического диагноза соответствует общепринятому определению современного синтетического клинического диагноза.

Методологическое определение клинического диагноза – это определенным образом выстроенная причинно-следственная связь между синдромами.

13. Перечислите основные компоненты современного синтетического клинического диагноза.

1) Симптоматический компонент, или описательный. Он входит в диагноз со времен Гиппократов, и без него клинический диагноз просто не может существовать. Например, острое, подострое или хроническое течение болезни можно определить только клинически, путем наблюдения¹. Другой пример, так называемая паспортная часть истории болезни, может незримо присутствовать в диагнозе (возраст, пол, профессия и др.). Анатомический компонент. Этот компонент стал входить в диагноз со времени Морганьи (1682–1771). Ведущими в развитии морфологического направления в диагностике были труды Р. Вирхова (1821–1902).

2) Анатомический компонент диагноза до настоящего времени остается важнейшим и весьма часто определяющим. Достаточно представить себе развитие биопсии органов, включая мозг. Диагноз заболевания все больше становится морфологическим. Однако нельзя полностью полагаться на морфологическое исследование, так как не всегда биопсия органов помогает поставить клинический диагноз.

3) Функциональный компонент диагноза. Он ведет свое начало от Гарвея (1587–1657). Функциональное исследование систем организма, подверженных патологическим изменениям, не только имеет значение для понимания патогенеза заболевания, но и прямое отношение к формулировке диагноза, решению вопроса о лечении, реабилитации, определении трудоспособности пациента. Развитие современной клинической медицины с большой остротой ставит проблему диагностики ранних фаз заболеваний, так называемой предболезни. Основой здесь будет развитие функциональной диагностики. Между тем соотношение анатомического и функционального компонентов диагноза находится в сложной диалектической связи. Поэтому не следует о них судить прямолинейно как об абсолютно обособленных аспектах.

4) Этиологический компонент диагноза. Этот компонент ведет свое начало от Л. Пастера (1822–1895). Микроб стал в центре представления о причинах заболеваний. В этом направлении много противоречивого, учение о причине заболевания является сложнейшей философской проблемой. Причина болезни рассматривается как совокупность необходимых и достаточных ус-

ловий. При этом борьба между кондиционализмом и монокаузализмом, с нашей точки зрения, должна рассматриваться как необходимое условие для развития медицины.

5) Патогенетический компонент диагноза. Он стал учитываться в связи с открытием фагоцитоза И. Мечниковым (1845–1916). Содержание патогенетического компонента клинического диагноза весьма обширное и далеко выходит за пределы иммунологии, однако именно с работ И. Мечникова можно отсчитывать современный научный подход к анализу патогенетического компонента клинического диагноза. Значение его варьирует в широких пределах. Он может быть основным в формулировке диагноза, например железододефицитной анемии, или просто подразумеваться в диагнозе «крупозная пневмония».

б) Другие компоненты тоже могут быть весьма важными для клинического диагноза, например экологический при отравлении нитратами, свинцом, ртутью и др. Значение других факторов иногда неожиданно выдвигается на первый план, и этот вопрос должен рассматриваться специально при изучении факультетской клиники.

14. Какое значение имеет знание отдельных компонентов синтетического клинического диагноза?

Знание компонентов клинического диагноза – это не просто дань уважения истории, осознанное целенаправленное изучение клинической картины заболевания конкретного пациента. Это способ контроля уровня диагностики, которым владеют врач, лечебное учреждение и, наконец, современная медицина. Попробуйте отыскать этиологический компонент диагноза онкологического заболевания. Попробуйте обнаружить в современном клиническом диагнозе его личностный компонент. Последний, очевидно, будет занимать свое место по мере развития медицинской психологии как части общей и частной диагностики.

15. Назовите свойства диагноза.

Наиболее общими свойствами клинического диагноза можно считать следующие:

1. Степень раскрытия отдельных компонентов клинического диагноза может быть различной и зависеть от особенностей проявления заболевания, возможностей обследования больного.
2. Клинический диагноз не может быть абсолютно точным, в нем остается большая или меньшая (возможно, небольшая) доля предположительного суждения.
3. Патофизиологические механизмы связей между синдромами преимущественно остаются предположительными, неизвестными.

16. Что такое диагностическая гипотеза? Назовите свойства диагностической гипотезы.

При изучении теории диагностики термин «диагностическая гипотеза» необходим вот по какой причине. Гипотеза имеет присущие ей свойства, позволяющие давать предварительную оценку ее правомочности. Свойства гипотезы применимы для оценки гипотезы в любой науке. Поэтому нам важен не столько термин «гипотеза», сколько его содержание – предположение и в еще большей степени возможность оценки свойств этой гипотезы.

Свойства гипотезы (диагностической гипотезы):

1. Гипотеза должна давать объяснение большинству фактов. Диагностическая гипотеза должна давать объяснение большинству симптомов.
2. Гипотеза не должна противоречить фактам. Диагностическая гипотеза не должна противоречить симптомам.
3. Гипотеза должна быть проверяемой. Диагностическая гипотеза правомочна, если ее можно проверить.

17. Индуктивное и дедуктивное умозаключение при построении и проверке диагностической гипотезы.

У пациента X врач обнаруживает несколько симптомов, которые позволили ему сделать предположение об аортальной недостаточности, т.е. о пороке сердца. Врач обнаружил скорый пульс, систолический шум на аорте и пульсацию сонных артерий. От знания меньшей степени общности (симптомы, пока что их всего три) врач переходит к знанию большей степени общности (синдром – аортальная недостаточность). Этот процесс можно назвать первичным обобщением, которое идет по **индуктивно-**

му принципу умозаключения: от знания меньшей степени общности к знанию большей степени общности. Это предположительное суждение нужно проверить по трем свойствам гипотезы.

Теперь врач приступает к проверке гипотезы. Он вспоминает, что при аортальной недостаточности должны быть определенные симптомы при исследовании сердца: изменение верхушечного толчка, границ относительной тупости сердца, выраженность сердечной талии, ослабление тонов сердца, диастолический шум, имеющий особые 7 свойств. Врач вспоминает еще и 8 периферических симптомов, характерных для недостаточности клапанов аорты, и постарается их отыскать у больного. Это и есть путь дедуктивного умозаключения: должны быть такие-то симптомы, характерные для недостаточности аортальных клапанов. **Дедуктивный путь** – это путь от знания большей степени общности (синдром) к знанию меньшей общности (симптом). Если врач не знает соответствующий набор симптомов, он должен обратиться к монографии, учебнику. Таким образом обосновывается и формируется принцип изучения клинической диагностики: от книги к больному и от больного к книге.

18. В чем состоит отличие построения гипотезы при диагностике синдрома и при постановке клинического диагноза?

Сложность процесса исследования состоит в том, что теоретическое знание симптомов и даже какой-то опыт их обнаружения в прошлом не гарантирует от ошибки. Врач может не заметить выраженные симптомы заболевания. Его должно что-то осенить, настроить на успешный поиск этих симптомов. Что же все-таки «осеняет» врача? Чаще всего предварительно возникшая гипотеза (в процессе опроса, осмотра больного). Кроме того, возможно особо выраженное проявление какого-то симптома может быть источником гипотезы. Сложная схема исследования требует напряженного внимания. Систематические упражнения приводят к формированию стереотипа, когда оценка свойств звука происходит почти за порогом внимания. Оно включается только в случае регистрации какого-то отклонения от нормы. Внимание может концентрироваться при поиске симптомов, если идет проверка гипотезы, в данном случае бронхообструктивного спастического синдрома, обструктивного бронхита. Как можно лег-

ко убедиться, термин «гипотеза» в данном случае нужен для пояснения процесса поиска симптомов.

В профессиональном языке термин «гипотеза» обычно не используется, а подразумевается. Вообще сам процесс диагностического поиска врач никак не поясняет, и в этом нет необходимости, кроме тех ситуаций, когда врач передает опыт коллеге. В подобных случаях употребляется термин «предположение». Однако надо понимать, что предположительное суждение нужно исследовать по свойствам гипотезы и в тех случаях, когда идет речь о синдроме, и в тех случаях, когда обсуждается диагноз. Анализ методики построения прямого диагноза потребует выделить два уровня обобщения: 1-й уровень – формирование синдрома; 2-й – формирование диагноза. Уровни обобщения, однако, могут рассматриваться и в другом аспекте, например: 1-й уровень – постановка нозологического диагноза (пневмония); 2-й уровень – выявление особенностей течения заболевания, характерных для какой-то категории больных, например, с понижением общего и местного иммунитета.

19. Дайте определение прямого метода построения диагноза.

Прямым называют способ построения диагноза в тех случаях, когда при исследовании больного возникает одна диагностическая гипотеза и она подтверждается при окончании обследования.

Прямой клинический диагноз предполагает следующую схему обоснования:

1. Группировка симптомов в синдромы.
2. Формулировка синдромов и выявление среди них основного.
3. Поиск причинно-следственной связи между синдромами (доказательства связи).
4. Формулировка синтетического диагноза

20. Дайте определение метода дифференциального диагноза.

Методика дифференциального диагноза используется в тех случаях, когда в процессе исследования больного возникает не одна, а несколько диагностических гипотез.

Методика построения клинического диагноза путем дифференцирования предполагает те же три уровня исследования: сим-

птом, синдром, диагноз. Фаза обобщения от симптома к синдрому имеет те же механизмы. Отличие начинается на фазе обобщения от синдромов к диагнозу.

21. Назовите 5 фаз дифференциального диагноза.

I фаза. Выделение основного синдрома.

II фаза. Перечисление всех заболеваний, при которых возможен найденный основной синдром (семиология основного синдрома).

III фаза. Обследование.

IV фаза. Исключение из числа диагностических гипотез таких, не получивших подтверждение при обследовании.

V фаза. Формулировка диагноза.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите один правильный ответ.

1. ОСНОВНЫЕ КАТЕГОРИИ ТЕОРИИ ДИАГНОСТИКИ

- а) симптом, синдром
- б) симптом, синдром, диагноз
- в) симптом, диагноз
- г) синдром, диагноз

2. АНАТОМИЧЕСКИЙ КОМПОНЕНТ ДИАГНОЗА БЫЛ ПРЕДЛОЖЕН

- а) Джованни Морганьи
- б) Гиппократом
- в) Уильямом Гарвеем
- г) Луи Пастером
- д) И.И. Мечниковым

3. СИМПТОМ – ЭТО

- а) диагноз
- б) относительно устойчивая совокупность симптомов, объединенных единым патогенезом
- в) определенная причинно-следственная связь между синдромами
- г) клиническое мышление
- д) признак болезни

4. СИНДРОМ – ЭТО

- а) диагноз
- б) относительно устойчивая совокупность симптомов, объединенных единым патогенезом
- в) определенная причинно-следственная связь между синдромами
- г) клиническое мышление
- д) признак болезни

5. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ КОМПОНЕНТ ДИАГНОЗА БЫЛ ПРЕДЛОЖЕН

- а) Джованни Морганьи
- б) Гиппократом
- в) Уильямом Гарвеем
- г) Луи Пастером

д) И.И. Мечниковым

6. ДИАГНОЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ – ЭТО

а) диагноз

б) относительно устойчивая совокупность симптомов, объединенных единым патогенезом

в) определенная причинно-следственная связь между синдромами

г) клиническое мышление

д) признак болезни

7. ПРЯМЫМ ДИАГНОЗОМ НАЗЫВАЮТ

а) совокупность приемов исследования, используемых в какой-либо науке

б) содержательно специфицированный процесс диалектического мышления, придающий целостность и законченность медицинскому знанию

в) наука о признаках болезни

г) способ построения диагноза в тех случаях, когда при исследовании больного возникает одна диагностическая гипотеза и она подтверждается при окончании обследования

д) совокупность симптомов

8. ОБЩАЯ СЕМИОЛОГИЯ – ЭТО

а) наука о признаках болезни

б) наука о пальпации

в) наука об аускультации

г) наука о пальпации

д) верно всё перечисленное

9. ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ КОМПОНЕНТ ДИАГНОЗА БЫЛ ПРЕДЛОЖЕН

а) Джованни Морганьи

б) Гиппократом

в) Уильямом Гарвеем

г) Луи Пастером

д) И.И. Мечниковым

10. МЕТОДОЛОГИЯ – ЭТО

- а) наука о признаках болезни
- б) содержательно специфицированный процесс диалектического мышления, придающий целостность и законченность медицинскому знанию
- в) совокупность приемов исследования, используемых в какой-либо науке
- г) относительно устойчивая совокупность симптомов, объединенных единым патогенезом
- д) определенная причинно-следственная связь между синдромами
- е) клиническое мышление

11. ЭТИОЛОГИЧЕСКИЙ КОМПОНЕНТ ДИАГНОЗА БЫЛ ПРЕДЛОЖЕН

- а) Джованни Морганьи
- б) Гиппократом
- в) Уильямом Гарвеем
- г) Луи Пастером
- д) И.И. Мечниковым

12. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ СОСТОИТ ИЗ

- а) 5 фаз
- б) 6 фаз
- в) 3 фаз
- г) 4 фаз
- д) 8 фаз

13. ЭКОЛОГИЧЕСКИЙ КОМПОНЕНТ ДИАГНОЗА БЫЛ ПРЕДЛОЖЕН

- а) Джованни Морганьи
- б) В.И. Вернадским
- в) Уильямом Гарвеем
- г) Луи Пастером
- д) Паулем Эрлихом

14. РАЗМЫШЛЕНИЕ ВРАЧА НАД КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНОЙ – ЭТО

- а) совокупность приемов исследования, используемых в какой-либо науке
- б) диагностическая гипотеза

- в) совокупность симптомов
- г) объем информации в памяти врача
- д) способность представлять (или вообразать) предполагаемый объем информации, превышающий объем конкретных его знаний в данной области науки

15. ОПИСАТЕЛЬНЫЙ КОМПОНЕНТ ДИАГНОЗА БЫЛ ПРЕДЛОЖЕН

- а) Джованни Морганьи
- б) Гиппократом
- в) Уильямом Гарвеем
- г) Луи Пастером
- д) И.И. Мечниковым

ОТВЕТЫ НА ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

№ задания	Ответ
1.	б
2.	а
3.	д
4.	б
5.	д
6.	в
7.	г
8.	а
9.	в
10.	в
11.	г
12.	а
13.	д
14.	б
15.	д
16.	в
17.	г
18.	а
19.	в
20.	в

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Тетенев, Ф. Ф. Расспрос больных в клинике внутренних болезней (материалы к клиническим лекциям) [Электронный ресурс]: учебное пособие для студентов медицинских вузов / Ф. Ф. Тетенев, Т. Н. Бодрова; Сибирский медицинский университет (Томск). - Электрон. текстовые дан. - Томск: Сибирский государственный медицинский университет, 2010. - 239 с.: Режим доступа: <http://irbis64.medlib.tomsk.ru>
2. Тетенев, Ф. Ф. Физические методы исследования в клинике внутренних болезней [Электронный ресурс]: учебное пособие для обучающихся по основным образовательным программам высшего образования - программам специалиста по специальностям: лечебное дело, стоматология, педиатрия, медицинская биохимия, медицинская биофизика и медицинская кибернетика / Ф. Ф. Тетенев ; рец.: Р. С. Карпов, Г. В. Трубников, Ю. С. Гринштейн ; Сибирский медицинский университет (Томск). - 3-е изд., перераб. и доп. - Электрон. текстовые дан. - Томск: Сибирский государственный медицинский университет, 2014. - 360 с.: Режим доступа: <http://irbis64.medlib.tomsk.ru>
3. Мухин, Н. А. Пропедевтика внутренних болезней [Электронный ресурс]: учебник / Н. А. Мухин, В. С. Моисеев. - 2-е изд., перераб. и доп. - Электрон. текстовые дан. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 848 с.: Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru>
4. Маколкин, В. И. Внутренние болезни [Электронный ресурс]: учебник / В. И. Маколкин, С. И. Овчаренко, В. А. Сулимов. - 6-е изд., перераб. и доп. - Электрон. текстовые дан. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 768 с.: Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru>

Учебное издание

**Я.В. Поровский, Е.Б. Букреева, Т.Н. Бодрова,
Л.И. Волкова, И.Д. Беспалова, А.И. Карзилов,
П.Е. Месько, К.Ф. Тетенев, Е.Л. Мишустина,
В.В. Боярко, Н.С. Ямкина**

УЧЕБНАЯ ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ

Учебное пособие

Редактор Е.М. Харитонова
Технический редактор И.Г. Забоенкова
Обложка Е.М. Харитонова

Издательство СибГМУ
634050, г. Томск, пр. Ленина, 107
Тел. 8(382-2) 51-41-53
E-mail: otd.redaktor@ssmu.ru

Подписано в печать 20.03.2020 г.
Формат 60x84 ¹/₁₆. Бумага офсетная.
Печать цифровая. Гарнитура «Times». Печ. лист 9,3. Авт. лист. 8,84
Тираж 200 экз. Заказ № 17

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