

**МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования**

**«Северо-Кавказская государственная гуманитарно-технологическая
академия»**

З.Т. Эркенова, С.М. Котелевец, Р.Р. Байтокова

**КЛИНИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ
БОЛЬНОГО**

Учебное пособие предназначено для самостоятельной
работы студентов 2-го и 3-го курсов, обучающихся по
специальности 060101. 65 «Лечебное дело»

**Черкесск,
2015 г.**

УДК
ББК
И

Рассмотрено на заседании кафедры пропедевтики внутренних болезней.

Протокол № 2/15 от «6» февраля 2015 г.

Рекомендовано к изданию редакционно-издательским советом СевКавГГТА.

Протокол № ____ от «__» _____ 2014 г.

Рецензент: Б.А. Хапаев – д.м.н., профессор, зав. кафедрой внутренних болезней медицинского института Северо-Кавказской гуманитарно-технологической академии

И00 **Эркенова, З. Т.** Клиническое обследование больного: учебное пособие для самостоятельной работы студентов 2-3-го курсов, обучающихся по специальности 060101. 65 «Лечебное дело» / З.Т. Эркенова, С.М.Котелевец, Р.Р. Байтокова. – Черкесск: БИЦ СевКавГГТА, 2015 – 50 с.

Аннотация: пособие предназначено для помощи студентам в освоении ими практических навыков непосредственного исследования пациента при изучении курса пропедевтики внутренних болезней. Рассмотрены основные правила оформления учебной истории болезни, обозначены особенности изложения каждого ее раздела. Особое внимание уделено анализу и детализации жалоб больного, синдромам и симптомам, присущим патологии той или иной системы организма. Определен перечень лабораторных и функциональных обследований, необходимых для подтверждения предварительного диагноза. Авторы полагают, что данное пособие будет также полезно для студентов старших курсов медицинских институтов и начинающим врачам.

УДК 000000
ББК 00000

В настоящее время целью перестройки высшей медицинской школы является коренное улучшение качества профессиональной подготовки специалистов. Достижение ее может быть обеспечено всесторонним совершенствованием всех аспектов учебно-воспитательного процесса. Необходима разработка новых звеньев технологии учебного процесса. Большое внимание при этом должно быть уделено самостоятельной работе студентов (СРС). Учитывая, что каждая отдельная кафедра в медицинском вузе решает конкретные задачи, общих рекомендаций по учебно-методическому обеспечению СРС не существует. Однако, базисным условием при этом надо считать создание благоприятных условий для решения и выполнения задач и заданий по овладению практическими навыками врачебной деятельности. Это касается не только конкретных физических умений и приемов, но и формирования активной жизненной позиции будущего врача. Понятно, что в медицинские вузы поступают не только влюбленные в будущую профессию люди, но и душевно холодные, безразличные к физической и духовной боли пациента, которым нужна не столько деятельность врача, сколько диплом как «трамплин» к благополучной жизни. Это определяет острую необходимость и огромное значение гуманистического воспитания студентов. Мало знающий врач и врач с дефицитом человечности одинаково непригодны для врачевания.

Девизом гуманистического воспитания студенческой молодежи в медицинском вузе должен быть призыв: сначала — человек, потом — врач, спешите делать добро людям сегодня, ибо завтра может быть поздно. Удивительно точно выразил Ф. Рабле эту мысль: «Знание без совести — есть крушение души».

Клинические методы обследования всегда были и останутся основополагающими в диагностической и лечебной деятельности врача, ибо на этих методах базируется врачебное искусство. Они определяют полезность и эффективность врачевания. Следовательно, без овладения основными клиническими методами обследования больных немыслима подготовка квалифицированного врача.

Деонтология и учебный процесс. Перед самостоятельной курацией больных со студентами необходимо обсудить деонтологические аспекты врачебной деятельности. Успех диагностической и лечебной работы любого врача зависит не только от объема профессиональных и общеобразовательных знаний, но и от уровня его общей культуры, нравственной и специальной этической подготовки.

Именно поэтому, организуя учебный процесс на кафедре пропедевтики внутренних болезней, мы ставим задачи не только обучения будущих врачей методам обследования больных, но и воспитания врача, умеющего понять больного, владеющего «душевными» лекарствами. На занятиях студентам прививается чувство необходимости неукоснительного соблюдения норм морали, развития своего кругозора и культуры.

Курация больных. Самостоятельная работа студентов с больными соответствует обязательному принципу учебного процесса на клинических кафедрах — максимальному приближению его к постели больного, к условиям профессиональной деятельности врача. Курация больных студентами (индивидуальная или групповая по 2—3 человека) предполагает выявление симптомов и синдромов конкретной нозологии методами клинического обследования, интерпретацию полученных результатов, обоснование предварительного диагноза, составление плана дополнительных (инструментальных и лабораторных) исследований для подтверждения диагноза и определения основных принципов лечения.

Фрагмент истории болезни. После накопления опыта самостоятельной работы с больными перед окончанием определенного раздела учебной программы студентам

предлагается вновь курация больного для написания фрагмента истории болезни, соответственно по патологии сердечно-сосудистой, бронхолегочной систем, органов пищеварения, мочевыделения и эндокринной системы. Фрагмент истории болезни должен отражать функциональное состояние изучаемой (или изученных) системы. Так, после раздела «Методы обследования больных с заболеваниями бронхолегочной системы» каждые 2 студента занимаются курацией тематического больного для оформления затем фрагмента истории болезни. Последний включает паспортные сведения, жалобы и их детализацию, анамнез болезни и жизни больного, осмотр (общий и грудной клетки), пальпацию грудной клетки, перкуссию (топографическую и сравнительную) и аускультацию легких. На основании полученных данных приводятся рассуждения по предварительному диагнозу, составляется план дополнительных методов исследования, после реализации которых обосновывается окончательный диагноз и намечаются принципы терапевтических мероприятий.

Далее после 4—6 занятий раздела «Методы обследования больных с заболеваниями сердечнососудистой системы» — очередная курация тематического больного и подготовка фрагмента истории болезни, включающего в себя описание уже изученной бронхолегочной системы по изложенной выше схеме и изучаемой сердечно-сосудистой системы. Фрагменты истории болезни проверяются преподавателем; дается характеристика проделанной работы с соответствующей оценкой. Студенты в последующем учитывают замечания и пожелания, что способствует освоению и закреплению практических навыков.

Подготовка фрагментов истории болезни, наряду с освоением и совершенствованием практических навыков и пособий, деонтологических приемов, развивает клиническое мышление, формирует умение правильно излагать свои мысли, углубляет и расширяет профессиональные знания. Накопленный опыт свидетельствует о несомненной пользе оформления фрагментов истории болезни, защите их на практическом занятии.

История болезни — важный медицинский и юридический документ, в котором должны быть отражены все сведения о больном. В связи с этим, обучение студентов правильному и квалифицированному написанию истории болезни — важная и ответственная задача преподавателя.

Предлагаемая схема клинического обследования больного включает традиционные разделы с изложением некоторых вопросов методологии. Написанная по этой схеме история болезни отражает уровень теоретических знаний и степень освоения практических навыков, демонстрирует знание различных приемов врачебной деятельности и умение их применять в конкретной практической ситуации. Самостоятельная работа студентов над историей болезни способствует освоению методики общения с больными (сбор жалоб, их детализация, выяснение особенностей анамнеза болезни и жизни), физических способов обследования (пальпация, перкуссия, аускультация), осмыслению полученной информации для обоснования предварительного диагноза, составления эффективного плана дополнительных исследований, грамотному выбору основных принципов лечения, четкому формулированию окончательного клинического диагноза.

СХЕМА КЛИНИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО

1.

Общие сведения(паспортная часть)

- Фамилия, имя, отчество (далее, обращаясь к больному, следует называть его по имени и отчеству)
- Возраст;
- Профессия (у пенсионеров указать бывшую профессию после слов « на пенсии)
- место работы и должность;
- домашний адрес;
- дата поступления;
- кем направлен;
- Диагноз при поступлении, клинический.

2. Жалобы больного

Беседа с больным начинается с вопросов о жалобах. Уместны следующие вопросы:

- Что Вас беспокоит?
- Что привело Вас к доктору?

Желательно дать больному высказаться в удобной для него форме. Затем необходимо приступить к активному расспросу с выявлением жалоб, которые больной не озвучил намеренно или случайно, а также с целью детализировать уже высказанные жалобы. В типичных случаях главные жалобы с детальным их уточнением имеют решающее диагностическое значение.

Для того, чтобы не пропустить каких-либо симптомов, больного расспрашивают по определенной системе (*status functionalis*). Выясняют изменения общего состояния (похудание, лихорадка, слабость, отеки, головная боль); состояния дыхательной системы (кашель, мокрота, кровохарканье, боли в грудной клетке); сердечно-сосудистой системы (сердцебиение, одышка, боли в области сердца, отеки на ногах); желудочно-кишечного тракта (расспрашивая об аппетите, глотании, наличии тошноты, рвоты, болей в животе и т.д.).

Общаясь с больным, необходимо оценить особенности личности больного, его душевное состояние.

НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЕ ЖАЛОБЫ ПРИ ОСНОВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

а) системы дыхания

Кашель: сила (незначительный, умеренный, интенсивный); характер (приступообразный, постоянный), сухой, влажный с мокротой. Время появления кашля – утренний, в течение дня, «вечерний», «ночной». Причины провоцирующие появление кашля, усиление, а также уменьшение кашля.

Мокрота откашливается с трудом или легко, в каком положении отделяется больше мокроты, количество мокроты в разное время суток; характер –слизистый, гнойно-слизистый, гнойный; примеси – прожилки крови, гнойные тельца, обрывки ткани; цвет и запах мокроты.

Боли в грудной клетке: локализация, характер (острые, тупые, колющие, стреляющие, ноющие); интенсивность (слабые, умеренные, сильные или выраженные); продолжительность (постоянные, приступообразные; зависимость от кашля, движения, дыхания; иррадиация, что провоцирует появление или уменьшение боли.

Одышка: постоянная, периодическая (в зависимости от умеренной физической нагрузки, при подъеме на лестницу), появление одышки или ее усиление при незначительной физической нагрузке, в покое. Продолжительность одышки; что облегчает одышку. Характер одышки (с затрудненным вдохом или/и выдохом).

Удушье: время появления, продолжительность, сопутствующие проявления, что провоцирует приступ, что способствует купированию приступа (проходит самостоятельно, прием лекарств, использование ингаляторов, перемена положения тела).

Кровохарканье: интенсивность (прожилки крови, алая кровь, сгустки крови, мокрота, смешанная с кровью) время появления, с чем связано.

Кровотечение – количество (полный стакан, больше 250 мл), жидкая или сгустками, алого, темного или черного цвета; время появления, связь с каким-либо фактором.

Температура: величина (субфебрильная, фебрильная, высокая), продолжительность, характер, озноб.

Примечание: при развитии легочного сердца больные могут жаловаться на отеки различной локализации и выраженности, периодические или постоянные; боли в правом подреберье.

б) системы кровообращения

Боли в области сердца: локализация (за грудиной, область сердца, верхушка), постоянные или периодические (приступообразные), интенсивность, характер (ноющие, давящие, сжимающие, тупые, чувство жжения и т.д.); иррадиация (в левую руку, лопатку, нижнюю челюсть); продолжительность, частота болевых приступов (несколько раз в день, в неделю), причины (при физическом напряжении, подъеме на этаж, волнении, беспричинные, в покое и т.д.) и обстоятельства появления болей, положение и поведение больного во время болевого приступа, чем купируются; сопутствующие болям неприятные ощущения (тяжести, пустоты, страх смерти). Не замечал ли больной за последние дни учащения и усиления болей, а также потребности в нитроглицерине. Принимает ли больной нитроглицерин, в какой дозе; как часто.

Изменения артериального давления (снижение или повышение); сопровождаются ли подъемы артериального давления неприятными ощущениями, каковы максимальные значения АД, что способствует нормализации цифр АД.

Сердцебиение: постоянное или периодическое, сила, продолжительность, зависимость от движений, волнений, приема пищи, изменения положения тела, беспричинно, в покое.

Ощущение перебоев в сердце – частота, длительность, условия и время появления, что купирует.

Одышка: время возникновения (днем, ночью); постоянная или провоцируемая физической нагрузкой, зависимость от положения в постели, при разговоре, приеме пищи и т.д.

Приступы удушья (сердечная астма) – время и обстоятельства появления (днем, ночью; в покое или при физической нагрузке); частота, длительность, что приносит облегчение (изменение положения тела, лекарства и др.)

Отеки: на стопах, голених, в области поясницы, время появления или постоянные, степень выраженности (пастозность)

Кашель и кровохарканье (детализацию данных жалоб смотри выше).

Боли в суставах: локализация, характер, выраженность, изменение формы сустава, отечность и гиперемия области суставов

Быстрая утомляемость (возникает на фоне сердечной недостаточности и нередко сопровождается кахексией) Головокружение, обмороки: характер, частота, продолжительность, чем провоцируются.

в) пищеварительной системы

Жалобы при заболеваниях пищевода: на затруднение глотания (жидкой или твердой пищи), сопровождается кашлем; боли при глотании или при прохождении пищи по пищеводу; характер боли (постоянные, приступообразные); иррадиация (в плечо, шею, левую половину грудной клетки); изжога (частота, условия появления, продолжительность, связь с приемом пищи, облегчение после приема молока, соды, лекарств); отрыжка: воздухом, тухлым, кислым, горьким, пищей; связь с приемом пищи, продолжительность;

рвота непереваренной пищей, с примесью крови.

Жалобы при заболеваниях желудка и двенадцатиперстной кишки.

Боли- локализация, характер(постоянные, приступообразные, острые, ноющие, тупые) когда и при каких условиях возникают, связь с приемом пищи (ранние, поздние, ночные, «голодные»), факторы уменьшающие или купирующие боли(прием пищи, лекарств и т.д), длительность боли.

Распирание и тяжесть в эпигастральной области.

Вздутие и урчание живота.

Тошнота: частота, интенсивность, продолжительность, связь с приемом пищи.

Рвота: натощак или после еды (через сколько времени после приема пищи), связь с болевыми ощущениями, количество рвотных масс, зависимость от характера пищи, запах и состав рвотных масс (непереваренные пищевые продукты, присутствие пищи, съеденной задолго до рвоты слизь, пенистые рвотные массы, кровавая рвота (алая кровь или цвета кофейной гущи), каловая рвота.

Отрыжка. Изжога (см выше).

Похудание (на сколько кг, в течении какого времени).

Аппетит (снижение или отсутствие, повышение аппетита, извращение).

Жалобы при заболеваниях кишечника.

Боли: локализация, интенсивность, миграция боли, как началась боль (постепенно, внезапно), когда, что предшествовало, длительность боли, суточная, недельная, месячная динамика боли, что усиливает или купирует боль(прием пищи, лекарств, алкоголя, изменение положения тела, эмоциональное напряжение); связь боли с дефекацией, мочеиспусканием, менструациями, симптомы, сопутствующие боли(потливость, тошнота, рвота).

Вздутие живота (интенсивность, частота, зависимость от характера пищи).

Диарея: частота стула до заболевания и в настоящее время; связь с приемом определенной пищи, как давно беспокоит, просыпается ли пациент ночью из-за диареи, цвет и консистенция стула.

Запоры: как давно беспокоит, частота стула, цвет и консистенция стула.

Патологические примеси в кале: эпизоды мелены, алая кровь, появление слизи, наличие гноя.

Жжение, зуд, боли в области заднего прохода, выпадение прямой кишки.

Жалобы при заболеваниях поджелудочной железы.

Боли – локализация (верхняя половина живота, эпигастральная область, левое или правое подреберье), характер (острые, тупые, ноющие, интенсивные), иррадиация (в спину, левое плечо, поясничную область); продолжительность (кратковременные, длительные), зависимость от положения тела.

Диспептические явления: тошнота, рвота (см выше)

Стул : частота, характер.

Жалобы при заболеваниях печени и желчевыводящих путей:

боли в правом подреберье(в левом подреберье), характер (ноющие, тупые, острые), тяжесть и давление в правом подреберье, постоянные или приступообразные, связь с каким-либо фактором – прием жирной, острой пищи, алкоголя, тряская езда, физическая нагрузка, эмоциональные перегрузки и т.д. Продолжительность болей, чем сопровождаются боли(зуд, желтушность кожи, темная моча, обесцвеченный кал после приступа; иррадиация болей (в спину, область сердца, под правую лопатку).

Желтушность кожных покровов (когда и насколько быстро появилась).

Кожный зуд(незначительный, выраженный, мучительный, усиливающийся ночью, лишающий больного сна).

Температура: повышение (суб-, фебрильная, высокая).

Кровотечение: появление крови в рвотных массах, кале, дегтеобразный стул(мелена).

Рвота: время и условия появления, частота, характер рвотных масс.

ктер (жирный, мазевидной консистенции, плохо смывается со стенок унитаза).

Желтуха с кожным зудом (при нарушении оттока желчи за счет увеличения головки поджелудочной железы).

Диспептический синдром: нарушения аппетита, отрыжка, тошнота, изжога.

Невротические явления: утомляемость, головные боли, головокружения, пониженная работоспособность, плохой сон.

г) мочевыделительной системы

Боли в поясничной области: характер (тупые, острые, ноющие, приступообразные), локализация, симметричность, постоянные или периодические, продолжительность, иррадиация, условия возникновения, что влияет на боль (купирует, облегчает).

Боли в области мочевого пузыря: частота, продолжительность, интенсивность.

Дизурические явления: частота мочеиспускания, особенно ночью, количество мочи за сутки; резь, жжение боли при мочеиспускании; непроизвольное мочеиспускание, ложные позывы на мочеиспускание, затрудненное мочеиспускание.

Изменение цвета мочи: темный, цвета «мясных помоев», пива; наличие крови в начале, в конце, во всех порциях акта мочевыделения.

Отеки: выраженность, локализация.

Повышение температуры: суб -, фебриальная, высокая.

д) системы крови

Головные боли, головокружение, понижение зрения, невротические проявления.

Боли в костях (грудине, трубчатых костях), подреберьях: частота, интенсивность.

Боли и тяжесть в левом и правом подреберьях: сила, характер, продолжительность.

Повышенная кровоточивость: десен, носовые, маточные, желудочно-кишечные, почечные, легочные, кровотечения – спонтанно или под влиянием различных причин (давление, ушиб).

Боли в горле (ангина), ощущение жжения кончика языка и его краев.

Кожный зуд, желтуха (степень выраженности, ее особенности).

Потеря аппетита и похудание (переходящее в кахексию), извращение вкуса (потребность есть мел, глину, уголь).

Повышение температуры: умеренное, высокое.

Общие жалобы: повышенная слабость и утомляемость, головокружение, головные боли, одышка при физической нагрузке, сердцебиение, обмороки.

Увеличение лимфатических узлов.

е) эндокринной системы

Нарушение аппетита (понижение, повышение – булимия).

Жажда (количество употребляемой жидкости).

Зуд кожи: характер, локализация, интенсивность (в том числе – генитальный).

Нарушение волосяного покрова (избыточное развитие, появление его на несвойственных данному полу местах, выпадение волос).

Изменения кожи (сухость, потливость, багровые рубцы), цвет (бронзовый), отеки.

Нарушение роста, телосложения, веса (похудание – на сколько кг за какой период, кахексия, ожирение).

Нарушение первичных и вторичных половых признаков, дисменорея и бесплодие, импотенция, изменения либидо.

Головные боли, головокружение, шум в голове.

Сердцебиение, боли (покалывание) в области сердца.

ж) опорно-двигательного аппарата

в суставах (каких), характер и продолжительность, сопутствующие явления (припухание, отечность, деформация суставов, тугоподвижность- скованность, местное повышение t , хруст, щелканье), летучесть болей, связь физической нагрузкой, переменой погоды, переохлаждением, простудными заболеваниями, время появления (утром, днем, постоянно).

Боли в позвоночнике, затруднения при движениях в позвоночнике, скованность по утрам.

Повышение температуры: (субфебрильная, фебрильная, высокая), деформация суставов (вплоть до анкилозов).

Симптомы висцеральных нарушений.

3.История настоящего заболевания (anamnesis morbi).

История болезни должна отражать его развитие от самого начала до настоящего времени, при этом необходимо получить точные ответы на следующие вопросы:

- С какого времени считает себя больным?
 - Как началось заболевание?
 - С чем связывает свое заболевание (возможные причины его возникновения)
 - Когда больной впервые обратился к врачу? Чем лечился (по возможности), какова эффективность?
 - Как заболевание протекало? Если больной лечился в стационаре, то выяснить в хронологическом порядке частоту и продолжительность пребывания.
- Следует отразить в анамнезе известные больному результаты проводившихся исследований со слов, или имеющихся выписок из истории болезни, амбулаторной карты.
- Когда и при каких условиях наступило настоящее ухудшение (если процесс хронический).
 - Каким образом осуществлена госпитализация (экстренно или планово).

Примечание: выявленная сопутствующая патология, имеющая значение для больного в настоящее время, описывается после истории основного заболевания. Если больной доставлен в бессознательном состоянии, необходимо выяснить у родственников или очевидцев обстоятельства возникновения болезни.

3. История жизни больного (anamnesis vitae).

Анамнез жизни – это медицинская биография больного по основным периодам жизни.

Где и каким по счету ребенком родился, возраст, состояние здоровья родителей. Родился ли в срок, имеют ли место применение акушерских пособий, родовая травма. Вскармливался естественно или искусственно. Когда начал ходить.

Детские болезни. С какого времени стал учиться , как учился. Особенности развития в юношеском возрасте.

Трудовая жизнь: когда начал трудиться, в качестве кого, где. Наличие профессиональных вредностей (вдыхание пыли, воздействие свинца, ртути, паров растворителей, окиси углерода...); вибрации, лучевая нагрузка и т.д.

Семейно-половой анамнез: семейное положение; у женщин-особенности менструального цикла, течение беременностей, родов; у мужчин -возможные половые дисфункции.

Перенесенные заболевания: описываются в хронологическом порядке заболевания, ранения, контузии, травмы, операции. Особо выделяются туберкулез, гепатиты (желтуха), венерические заболевания, а также имевшиеся переливания крови (записываются как положительные, так и отрицательные ответы).

Аллергологический анамнез: особо уточняют наличие лекарственной аллергии.

Вредные привычки: курение (стаж курения, количество выкуриваемых в день сигарет); употребление алкоголя (для выявления злоупотребления необходимо задать следующие вопросы:

- Возникало ли у вас ощущение того, что надо сократить употребление спиртных напитков?

-Возникало ли у вас чувство раздражения, если кто-то из окружающих говорил вам о необходимости сократить употребление спиртных напитков?

-Испытывали ли вы чувство вины, связанное с употреблением спиртных напитков?

-Возникало ли у вас желание принять спиртное на следующее утро после эпизода употребления алкоголя.

Для выявления наркотической зависимости только вопросов недостаточно. Особенно важен осмотр наиболее частых мест инъекций наркотических средств.

Наследственность. Существенное значение имеет смерть родителей в относительно молодом возрасте (ИБС, ОНМК), а также наличие у родственников следующих заболеваний: артериальная гипертензия, сахарный диабет, атеросклероз, алкоголизм, туберкулез, психические расстройства, злокачественные опухоли.

Сведения об условиях жизни. Жилищно-бытовые условия (наличие сырости, влажность и т.д.); особенности питания (увлечение соленой, острой, жирной, сладкой пищей, использование различных диет, «пищевых добавок»). Финансово-экономические условия (полноценность питания, необходимость подбора препаратов с низкой стоимостью). Уровень физической активности.

Страховой анамнез.

4. Настоящее состояние больного (status presents objectives).

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

Сознание: ясное, ступорозное, сопорозное, коматозное, возбуждение, бред, обморок.

Положение: активное, пассивное, вынужденное.

Походка. Осанка.

Телосложение: астеническое, нормостеническое, гиперстеническое.

Выражение лица: нормальное, страдальческое, возбужденное, безразличное, маскообразное, лихорадочное, одутловатое, резко отечное, маскообразное, асимметричное.

Темперамент: холерический, флегматический, сангвинический, меланхолический.

Температура тела.

Антропометрия: рост, вес. Индекс массы тела.

Кожные покровы. Цвет- бледно-розовый, бледный, красный, желтушный, цианотичный, землистый, темно-коричневый, бронзовый (указать локализацию). Пигментация. Тургор кожи – нормальный, снижен. Степень влажности – нормальная, повышенная; сухая; шелушение.

Наличие сыпи, локализация – пятна, папулы, везикулы, розеола, петехии, пурпура, экхимозы, пузыри, пустулы (необходимо дифференцировать геморрагическую сыпь – не исчезает при надавливании, в отличие от воспалительных элементов). Эрозии, струпы, язвочки, сосудистые звездочки, ксантомы и ксантелазмы. Рубцы – локализация, подвижность.

Наружные опухоли, грыжи, опухолевидные выпячивания, ангиомы.

Ногти: ломкость, деформация, «часовые стекла».

Волосы: тип оволосения (по мужскому, по женскому типу); алопеция, гирсутизм.

Подкожная жировая клетчатка: степень развития (умеренная, слабая, чрезмерная), тип ожирения (абдоминальный, висцеральный). Исхудание. Кахексия.

Отеки: общие (анасарка), местные (с локализацией на конечностях, лице, веках, животе, пояснице); выраженность (пастозность), плотность.

Лимфатические узлы: пальпация затылочных, околоушных, поднижнечелюстных, подподбородочных, шейных, над- и подключичных, грудных, локтевых, подмышечных и паховых). Величина (с горох, орех, яйцо, кулак и т.д.); форма (овальная, круглая, неправильная); болезненность, подвижность; спаянность с окружающими тканями или между собой.

Видимые слизистые (губ, полости рта, носа, конъюктива). Цвет – бледно-розовый, цианотичный, желтушный. Энантема – локализация, характер.

Мышечная система: степень развития мышц (нормальная, умеренная, слабая, гипотрофии, атрофии; болезненность при пальпации, движении. Судороги (клонические, тонические). Сила.

Костно-суставной аппарат. Кости – деформация, болезненность при пальпации, при поколачивании. Череп (форма); позвоночник (форма), степень подвижности в шейном, грудном, поясничном отделах, болезненность при пальпации, движениях, деформация – кифоз, лордоз, сколиоз. Увеличение (чрезмерное) стоп, кистей, челюсти, носа, надбровных дуг – акромегалия. Утолщение межфаланговых и концевых фаланг («барабанные палочки»), пальцев рук.

Суставы: осмотр – конфигурация (деформация), припухлость, гиперемия кожи над суставами, движения (активные, пассивные). Пальпация (изменение местной температуры, болезненность, состояние кожи над суставом; шумы при движениях (хруст, шелканье, флюктуация). Объем движений в суставах (активных, пассивных): ограничение подвижности, контрактура. Изменение окружности суставов.

ОРГАНЫ ДЫХАНИЯ.

Осмотр: дыхание через нос (свободное, затрудненное, невозможно). Форма грудной клетки – нормостеническая, астеническая, гиперстеническая, патологическая (бочкообразная, паралитическая, воронкообразная, ладьевидная, рахитическая). Характеристика эпигастрального угла. Состояние над- и подключичных ямок. Ширина межреберных промежутков. Направление ребер. Положение лопаток, плотность прилегания их, отставание, симметричность.

Движение грудной клетки при дыхании, равномерность обеих половин, втяжение межреберных промежутков. Участие дыхательной мускулатуры в акте дыхания.

Тип дыхания: грудной, брюшной, смешанный. Глубина и ритм дыхания (поверхностное, глубокое, ритмичное, аритмичное – Чейна-Стокса, Кулсмауля, Грокка, Биота.

Число дыханий в минуту. Одышка (инспираторная, экспираторная, смешанная).

Пальпация грудной клетки: симметричность или асимметрия движений грудной клетки при дыхании; болезненность, резистентность, отечность кожи (с указанием локализации); шум трения плевры. Голосовое дрожание (усилено, ослаблено – указать локализацию).

Перкуссия легких. Сравнительная перкуссия (в симметричных точках грудной клетки), звук – ясный легочный, притупленный, тупой, коробочный, тимпанический – указать локализацию.

Топографическая перкуссия (определение границ легких): высоты стояния верхушек; определение нижних границ по всем вертикальным топографическим линиям справа и слева. Определение экскурсии нижнего края легких по задней подмышечной линии с обеих сторон.

Аускультация легких: основные дыхательные шумы – везикулярное дыхание (ослабленное, усиленное, жесткое) и бронхиальное (физиологическое, патологическое); сакадированное, амфорическое, металлическое дыхание, отсутствие дыхательного шума - с обязательным указанием локализации.

Патологические дыхательные шумы. Хрипы – сухие (высокие, свистящие, жужжащие, низкие), влажные звонкие и незвонкие (мелко-, средне-, крупнопузырчатые). Крепитация. Шум трения плевры (необходимо указать локализацию, количество (обильные, незначительное количество) патологических дыхательных шумов, влияние откашливания, глубокого, форсированного дыхания. Бронхофония – не изменена, ослаблена, усилена (локализация).

Дополнительные методы исследования.

- общий анализ крови;
- общий анализ мокроты;
- посев мокроты на микрофлору и чувствительность к антибиотикам;
- анализ мокроты на БК, АК;
- исследование лаважной жидкости;
- исследование плевральной жидкости (макро- и микроскопическое, бактериологическое);
- туберкулиновые пробы;
- общий анализ мочи;
- рентгенологические и радиологические методы (флюорография, рентгенография органов грудной клетки в прямой, боковых и косых проекциях, рентгеноскопия, рентгеновская томография, КТ, ангиопульмонография);
- радионуклидные методы исследования;
- эндоскопические методы исследования (бронхоскопия, торакоскопия, медиастиноскопия);
- пункционная биопсия слизистой бронха, трансбронхиальная биопсия лимфоузла, паренхимы легкого);
- УЗИ (для выявления экссудата в плевральной полости; для контроля при проведении пункции);
- Исследование функции внешнего дыхания (спирография, спирометрия, пикфлоуметрия, пневмотахометрия).

Синдром легочного уплотнения – появление в легком различных по величине участков с уменьшением или исчезновением воздушности.

Плевральный синдром – совокупность симптомов, возникающих вследствие раздражения нервных окончаний плевральных листков при поражении плевры.

Синдром скопления жидкости в плевральной полости – скопление повышенного количества жидкости в плевральной полости. При этом возможно накопление транссудата, экссудата, гноя (пиоторакс), крови (гемоторакс).

Синдром полости в легком – наличие в легких полостных образований различных размеров, имеющих плотную стенку, нередко окруженных инфильтратом или фиброзной тканью (абсцесс, каверна, киста).

Бронхообструктивный синдром – синдром нарушения бронхиальной проходимости, проявляющийся при хроническом течении тяжелым продуктивным или непродуктивным кашлем, а также с развитием эмфиземы.

Синдром дыхательной недостаточности – это состояние организма при котором не обеспечивается поддержание нормального газового состава крови, либо оно

достигается за счет усиленной работы аппарата внешнего дыхания, приводящей к снижению функциональных возможностей организма.

Респираторный дистресс-синдром взрослых – остро возникающая тяжелая дыхательная недостаточность с выраженной гипоксемией, обусловленная отеком легочного интерстиция и альвеол некардиогенного происхождения.

Синдром ночного апноэ – периодически повторяющиеся во время сна эпизодами прекращения дыхания продолжительностью более 10 сек, надрывным храпом.

Синдром гипервоздушности легких – состояние повышенной воздушности легких за счет уменьшения эластичности легочной ткани и перерастяжения альвеол (эмфизема).

ОРГАНЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ.

Осмотр сосудов шеи (набухшие вены, пульсация сонных артерий, пульсация вен; области сердца – сердца сердечный горб; верхушечный толчок – невидимый, видимый – локализация, характер (положительный, отрицательный, куполообразный, приподнимающийся), площадь. Сердечный толчок. Эпигастральная пульсация.

Пальпация: определение места верхушечного толчка и его характеристика (ширина, высота, резистентность, площадь). Сердечный толчок (у худых пациентов). Дрожание грудной стенки в области сердца («кошачье мурлыканье» диастолическое при митральном стенозе, и систолическое – при недостаточности митрального клапана). Пульсация за грудиной (при аневризме дуги аорты), эпигастральная пульсация; распространенная сердечная пульсация кнутри от верхушечного толчка (у больных с трансмуральным инфарктом).

Перкуссия: границы относительной и абсолютной сердечной тупости (верхняя, левая, правая). Поперечник относительной тупости сердца, ширина сосудистого пучка. Конфигурация относительной сердечной тупости (нормальная, митральная, аортальная).

Аускультация. Тоны: первый – нормальной звучности, усиленный (хлопающий), ослабленный, расщепленный – локализация; второй – усиленный (акцентуированный), ослабленный, расщепленный, раздвоенный. Ритм перепела, ритм галопа – пресистолический, протодиастолический. Третий и четвертый тоны. Эмбриокардия. Указать локализацию выявленных отклонений. Частота сердечных сокращений. Ритм правильный, аритмичный (экстрасистолия, мерцательная аритмия).

Шумы: их отношение к фазе сердечного цикла (диастолический, систолический, а также – мезосистолический, протодиастолический, пансистолический, мезодиастолический, пресистолический, систоло-диастолический). Характер шума: мягкий, дующий, пилящий, скребущий; громкость (оценить по 6-бальной шкале); продолжительность, нарастающий или убывающий. Эпицентр шума – место наилучшего выслушивания, проводимость. Изменение характера шума в зависимости от глубины и фазы дыхания, положения тела, проба Вальсальвы. Шум трения перикарда: характер (тихий, нежный, грубый, скребущий), интенсивность (слабый, громкий), локализация.

Исследование артерий и вен. Осмотр и пальпация лучевой, сонной, височной, бедренной артерий и тыльной артерии стопы- извитые, мягкие, жесткие, узловатые. Симптомы жгута (Кончаловского), «щипка».

Пульс: частота, ритм (правильный или неправильный); напряжение (напряженный или твердый, и мягкий); наполнение (полный или удовлетворительного наполнения и – пустой); величина (большой или малый); симметричность ; форма – скорый, высокий, медленный) . Дикротический, нитевидный, альтернирующий, парадоксальный. Наличие дефицита пульса (соотношение ЧСС и частоты пульса при аритмии). Капиллярный пульс. (У здорового человека регистрируется ритмичный пульс, удовлетворительного наполнения и напряжения, симметричный с обеих сторон.)

Аускультация сосудов – сонной, бедренной, почечной; двойной тон Траубе; двойной шум Виноградова – Дюрозье, систолический шум. Выслушивание яремной вены (шум «волчка»).

Артериальное давление: на плечевых и бедренных артериях симметрично, при необходимости – лежа, сидя, стоя, после нагрузки.

Осмотр и пальпация вен: пульсация вен с указанием локализации. Расширение вен грудной клетки, брюшной стенки, конечностей. Уплотнение и болезненность вен, варикозное расширение вен. «Голова медузы». Венозное давление.

Дополнительные методы исследования.

- общий анализ крови;
- общий анализ мочи;
- холестерин, ЛПНП, ЛПВП, ЛПОНП, триглицериды;
- общий белок, белковые фракции;
- глюкоза крови;
- определение титра антистрептококковых антител, антистрептолизина-О, антистрептогалактуронидазы;
- определение титра МВ-фракции креатинфосфокиназы, тропонина Т, тропонина I;
- коагулограмма;
- электролиты крови;
- электрокардиография (при необходимости с нагрузочными тестами и отведениями);
- фонокардиография;
- ЭхоКГ;
- МРТ и КТ;
- сцинтиграфия миокарда;
- рентгенконтрастная ангиокардиография;
- реография, капилляроскопия,
- артериальная осциллография, плетизмография.

Аритмии сердца – патологические изменения частоты и ритма сердечных сокращений в результате нарушения формирования импульса возбуждения или его проведения по миокарду, что может сопровождаться нарушением последовательности возбуждения различных отделов сердца.

Недостаточность кровообращения – это совокупность гемодинамических нарушений, ведущих к нарушению кровоснабжения всех или отдельных органов и тканей, а также к патологическому перераспределению объема крови в различных областях сосудистого русла.

Атеросклероз – патологический процесс, характеризующийся отложением липидов крови в стенках артерий, что сопровождается формированием фиброзной (атеросклеротической) бляшки, сужающей просвет сосуда.

Артериальная гипертензия – повышение АД, диастолического больше 90 мм рт. ст., систолического – 140 мм рт. ст. (в результате повторных измерений АД, произведенных в разное время в спокойной для больного обстановке; при этом больной не должен принимать ЛС как повышающих, так и понижающих АД).

ОРГАНЫ ПИЩЕВАРЕНИЯ.

Полость рта: запах выдыхаемого воздуха - обычный, кислый, гнилостный, каловый, мочевины, ацетона, аммиака.

Слизистая оболочка полости рта: цвет (физиологический или обычный, бледный, красный); пигментация, энантема, изъязвления, афты, лейкоплакия.

Десны (бледные, красные, кровоточащие).

Губы (цвет, влажность, язвы, трещины, herpes labialis, твердый шанкр), ангулярный хейлит, ангионевротический отек.

Зубы: количество, цвет, форма, наличие кариеса.

Язык: величина, симметричность, влажный, сухой, чистый, обложен, налетом (белым, бледно-серым, коричневым, желтым), покрыт корками, малиновый, географический, волосатый, трещины; болезненность языка.

Зев: нормальный, красный, налеты.

Миндалины: цвет (розовый, красный), увеличены, припухлость, симметричность, изъязвления, экссудат, пробки.

Глотка: гиперемия, экссудат, налеты.

Исследование живота: размеры, форма, выпячивание, втяжение, симметричность. Наличие коллатералей на передней стенке живота («голова медузы») и боковых поверхностях. Перистальтика кишечника. Рубцы, пигментация, стрии, грыжи. Участие живота в акте дыхания.

Пальпация. Поверхностная пальпация- напряжение мышц передней брюшной стенки, наличие грыжевых выпячиваний, расхождение мышц, болезненность (с уточнением локализации).

Глубокая пальпация по Образцову-Стражеско: кишечника (последовательно различные отделы кишечника с указанием локализации, формы, толщины, подвижности, болезненности, консистенции и поверхности), желудка, поджелудочной железы (определяется болезненность, кисты, опухоли и, как следствие, увеличение и уплотнение), селезенки (увеличение с указанием степени, болезненность, характер поверхности).

Перкуссия живота: степень выраженности тимпанита, притупление перкуторного звука, наличие тупого звука (асцит, опухоли, скопления каловых масс).

Аускультация живота: кишечная перистальтика, шум трения брюшины; шумы в проекции аорты и почечных артерий, как следствие сужения сосудов.

Исследование прямой кишки: при определенных показаниях производится осмотр и области ануса (трещины, геморроидальные узлы, трещины, выпадение слизистой прямой кишки) и пальцевое исследование прямой кишки (полипы, опухоли, проходимость, болезненность).

Стул: регулярный, запоры, поносы; цвет (нормальный, ахоличный, дегтеобразный), наличие патологических примесей (кровь, слизь, гной).

Дополнительные методы исследования.

- общий анализ крови
- электролиты крови
- общий белок, белковые фракции в сыворотке крови
- определение содержания гастрина в сыворотке крови
- ИФА на *Helicobacter pylori*
- активность трипсина, амилазы, липазы, эластазы
- уровень глюкозы крови
- фракционное зондирование желудка
- суточное мониторирование внутрипищеводного pH
- рентгенологическое исследование: обзорная рентгенография брюшной полости; рентгенскопия (-графия) пищевода, желудка и кишечника
- фиброэзофагогастродуоденоскопия
- эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография
- эндоскопия с биопсией и цитологическим исследованием
- уреазный тест
- селективная ангиография артерий поджелудочной железы
- ультразвуковое исследование живота
- компьютерная томография
- радиоизотопное исследование поджелудочной железы
- ректороманоскопия
- пункция брюшной полости с исследованием асцитической жидкости
- лапароскопия
- макро- и микроскопия кала
- исследование кала на скрытую кровь
- бактериологическое исследование кала

Диспептический синдром – синдром, связанный с нарушением пищеварения любой этиологии. Включает: изжогу, отрыжку, тошноту, рвоту, тяжесть и боли в эпигастриальной области при желудочной диспепсии; а также: боли, вздутие живота, поносы, запоры, наличие патологических примесей в кале при кишечной диспепсии.

ПЕЧЕНЬ, ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИЕ ПУТИ И СЕЛЕЗЕНКА.

Осмотр- видимое увеличение печени, пульсация, фиксация правого подреберья при дыхании. Малые печеночные признаки: телеангиэктазии, сосудистые звездочки, пальмарная эритема, геморрагический синдром с появлением петехий, экхимозов, кровоточивости слизистых оболочек рта и носа. Гинекомастия, гигантский паротит, контрактура Дюпюитрена (при алкогольной болезни печени). Кольцо Кайзера-Флейшера (зеленовато-коричневая пигментация роговицы при болезни Вильсона-Коновалова).

Пальпация печени: увеличена, не пальпируется, характеристика нижнего края печени(острый, закруглен, безболезненный, болезненный, плотный, мягкий, наличие гладкий, бугристый).

Перкуссия: определение верхних и нижних границ абсолютной печеночной тупости, высоты по трем топографическим линиям, размеры печени по Курлову.

Дополнительные методы исследования:

- общий анализ крови;
- биохимический анализ крови: белок и белковые фракции, уровень билирубина, АСТ, АЛТ, ГГТП, активность щелочной фосфатазы, холестерин, протромбин.
- содержание в крови меди, железа.
- уровень IgA,-определение титров антител к ГМК и антинуклеарных антител;
- ПЦР для выявления HBV-ДНК, HBe-Ag, HBc-AT класса Ig M.
- показатели виремии (вирусная нагрузка);
- осадочные пробы: тимоловая, сулемовая, Вельтмана;
- сахар крови, сахарная кривая;
- уробилин мочи, стеркобилин кала;
- Рентген-исследование с контрастированием вен пищевода;
- холеграфия (внутривенная или пероральная);
- эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ);
- транспеченочная чрескожная холангиография;
- ангиография печени;
- УЗИ печени и желчевыводящих протоков;
- радионуклидное сканирование;
- компьютерная томография;
- ФЭГДС;
- дуоденальное зондирование;
- лапароскопия;
- биопсия печени.

Синдром желтухи - желтушное окрашивание кожи и слизистых оболочек, обусловленное повышением уровня билирубина в крови. При этом изменяются и цвет мочи, которая становится темно-желтой или коричневой, а также цвет кала, который бывает светлым или совсем обесцвечивается.

Гемолитическая (надпеченочная) желтуха – является результатом чрезмерного разрушения эритроцитов в клетках селезенки и значительного образования свободного билирубина, который печень не в состоянии связать с глюкуроновой кислотой.

Паренхиматозная желтуха возникает в результате повреждения клеток паренхимы печени (гепатоцитов).

Механическая (обтурационная, подпеченочная) желтуха развивается вследствие частичной или полной непроходимости общего желчного протока, обусловленного закупоркой камнем, сдавлением извне или прорастанием опухолью (рак головки поджелудочной железы, рак большого сосочка двенадцатиперстной кишки).

Синдром портальной гипертензии - это стойкое повышение кровяного давления в вене, проявляющееся расширением портокавальных анастомозов, асцитом и гиперспленией (увеличение селезенки).

Синдром печеночно-клеточной недостаточности – выраженные нарушения всех функций печени, приводящие к поражению мозга. Печеночная недостаточность включает печеночную энцефалопатию и кому.

Синдром холестаза возникает вследствие нарушенного оттока желчи из внутри- и внепеченочных желчных протоков.

Гепаторенальный синдром – это остро или медленно развивающееся нарушение клубочковой фильтрации функционального генеза на фоне патологии печени, приводящее к летальному исходу, если не происходит восстановление функций печени.

Гепатолиенальный синдром – сочетанное увеличение печени (гепатомегалия) и селезенки (спленомегалия) при первичном поражении одного из этих органов.

Гиперспленический синдром (гиперспленизм) – уменьшение количества форменных элементов периферической крови (одновременно с увеличением в костном мозге), в сочетании со спленомегалией.

Цитолитический синдром – повышение активности АСТ и АЛТ в сыворотке крови в связи с некрозом гепатоцитов при острых и хронических заболеваниях печени различной этиологии.

МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА

Осмотр области почек (гиперемия, припухлость, выбухание) и мочевого пузыря (выпячивание над лобком).

Пальпация: почек (лежа и стоя) – состояние нижнего полюса правой почки относительно левой; смещение; увеличение почек; болезненность; мочевого пузыря (увеличение, наличие плотного образования, болезненность).

Оценка симптомов поколачивания и Пастернацкого с обеих сторон.

Характеристика мочеиспускания (частота, цвет, болезненность).

Дополнительные методы исследования:

- общий анализ мочи;
- общий анализ крови;
- пробы Зимницкого, Нечипоренко, Каковского – Аддиса, Реберга-Тареева;
- креатинин, мочевины, остаточный азот;
- общий белок, белковые фракции, липиды крови.
- стрептолизин, у-глобулины, СРБ, бактериальные и вирусные маркеры;
 - комплемент, антинуклеарный фактор, АТ к цитоплазме нейтрофилов (АНЦА), АТ к базальной мембране клубочков, АТ к кардиолипину;
- криоглобулины, ЦИК;
- посев мочи (флора и ее чувствительность к антибиотикам);
- обзорная, в/в, ретроградная урография;
- хромоцистоскопия;
- УЗИ почек;
- радиоизотопная ренография;
- компьютерная томография;
- биопсия почки;
- исследование глазного дна.

Мочевой синдром – появление патологических изменений в анализах мочи. При заболеваниях почек мочевой синдром появляется всегда, иногда это единственный признак почечной патологии. Патологическими признаками являются протеинурия, цилиндрурия, гематурия (эритроцитурия) и лейкоцитурия.

Гипертензивный синдром (ренопаренхиматозная артериальная гипертензия) – повышение артериального давления. При почечной патологии имеет ряд особенностей: устойчивость и прогрессирование артериальной гипертензии, преимущественное повышение диастолического давления, иногда расхождение

между слабо выраженными субъективными проявлениями и высокими цифрами артериального давления (малосимптомная гипертензия).

Нефротический синдром характеризуется массивной протеинурией (превышающей 3г белка в сутки), гипопроteinемией (гипоальбуминемией), гиперлипидемией и развитием отеков. Нефротический синдром может быть полным при наличии отеков, и неполным при их отсутствии.

Нефритический (остронефритический) синдром – появления отеков, олигурия, протеинурия, почечная гематурия, возникновение или нарастание артериальной гипертензии.

Синдром острой почечной недостаточности (ОПН) – синдром, характеризующийся внезапным нарушением экскреторной функции почек, проявлениями которого обычно служат азотемия, изменения водно – электролитного баланса и кислотно–основного состояния

Синдром хронической почечной недостаточности (ХПН) – развивается вследствие уменьшения числа функционирующих нефронов и характеризуется снижением экскреторной и инкреторной функций почек. ХПН - конечная фаза любого прогрессирующего поражения почек.

Синдром тубуло-интерстициальных нарушений (синдромы канальцевой дисфункции) – совокупность различных функционально-метаболических нарушений, развивающихся при различных заболеваниях.

СИСТЕМА КРОВИ.

Осмотр: цвет кожи и слизистых оболочек; наличие экзантем и энантем, их характеристика.

Пальпация: увеличение лимфоузлов.

Увеличение печени и селезенки – размеры, консистенция, болезненность.

Симптомы висцеральной патологии.

Анемический синдром характеризуется уменьшением содержания количества гемоглобина в единице объема крови, чаще при одновременном уменьшении количества эритроцитов.

Геморрагический синдром – патологическая кровоточивость, характеризующаяся внутренними и наружными кровотечениями, возникновением кровоизлияний.

Гемолитический синдром – развитие синдрома желтухи вследствие гемолиза (разрушения) эритроцитов.

Диссеминированное внутрисосудистое свертывание – симптомокомплекс, обусловленный продолжительным процессом гиперкоагуляции, для которого характерно образование распространенных микротромбов с последующими геморрагиями, и как следствие – блокада микроциркуляции.

Дополнительные методы исследования.

- общий анализ крови;
- цитохимическое и иммунофенотипическое исследование лейкоцитов;
- цитогенетическое исследование;
- пункция костного мозга (стерильная пункция, трепанобиопсия);
- пункция и биопсия лимфатического узла;
- коагулограмма;
 - билирубин сыворотки крови и его фракции;
- исследование желудочного сока;
- сывороточное железо, общая железосвязывающая способность сыворотки (ОЖСС), ферритин, трансферрин сыворотки;
- общий анализ мочи;
- анализ крови на скрытую кровь;
- определение гематокрита, диаметра эритроцитов, вязкости крови;

ЭНДОКРИННАЯ СИСТЕМА И ОБМЕН ВЕЩЕСТВ.

Отечность и одутловатость лица, ширина глазной щели (расширение, сужение, экзофтальм, энофтальм).

Сухость кожи, расчесы; наличие стрий. Ожирение, исхудание. Нарушение роста, телосложения, пропорциональности отдельных частей тела. Первичные и вторичные половые признаки (явления маскулинизации, феминизации, евнухоидизма, вирилизма). Глазные симптомы (Грефе, Мебиуса, Штельвага).

Щитовидная железа: величина, консистенция, болезненность, наличие узлов.

Дополнительные методы исследования

- определение глюкозы в крови и моче;
- сахарная кривая, галактозная проба;
- общий анализ мочи;
- определение белков, липидов сыворотки;
- определение уровней ТТГ, Т3, Т4;
- АТ к тиреоглобулину и пероксидазе;
- Са сыворотки;
- УЗИ щитовидной железы, надпочечников;
- КТ гипофиза, тимуса, надпочечников, паращитовидных желез, поджелудочной железы;
- радиоизотопное сканирование щитовидной железы.

ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНЫЙ АППАРАТ

Осмотр – общий - деформация позвоночника, суставов («поза просителя»), амимичное лицо с «кисетом» вокруг рта; «плавник тюленя».

Осмотр кожи и слизистых – наличие экзантем и энантем (эритема в виде «бабочки» на лице, кольцевидная эритема, многоформная эритема, яркая эритема лица с

параорбитальным отеком, узловатая эритема, псориатические бляшки, афтозный стоматит).

Ксеростомия, ксерофтальмия.

Тофусы. Кальциноз мышц.

Осмотр суставов: дефигурация или деформация суставов, гиперемия кожи над суставом, отечность, узелки Гебердена, узелки Бушара. Ульнарная девиация пястно-фаланговых суставов; деформация пальцев по типу «лебединой шеи», «пуговичной петли».

Осмотр половых органов: наличие баланита; язвочки на слизистых половых органов.

Пальпация суставов: деформация, дефигурация сустава, гипертермия кожи над суставом; болезненность при пальпации – суставной капсулы, всей области сустава, по ходу суставной щели, при сжатии стопы в плюснефаланговых суставах; наличие «суставных мышц»; болезненность при сжатии ладонями гребней подвздошных костей.

Болезненность при пальпации позвоночника и при поколачивании по остистым отросткам позвонков.

Пальпация лимфоузлов.

Изучение двигательной функции опорно-двигательного аппарата: наличие хромоты, нарушение походки; способность больного к повседневным манипуляциям (причесывание, использование вилки или ложки, письмо, застегивание или расстегивание пуговиц, подъем или спуск по лестнице).

Гониометрия. Измерение окружности сустава.

Дополнительные методы исследования

- общий анализ крови;
- общий анализ мочи;
- антистрептококковые АТ, АТ к *Yersinia enterocolitica*, АТ к *Chlamidia trachomatis*;
- маркеры гепатитов В и С;
- АТ к кардиолипину;
- АТ к цитоплазме нейтрофилов (АНЦА);
- ревматоидный фактор;
- острофазовые показатели (СРБ, фибриноген, серомукоиды);
- белки, белковые фракции сыворотки;
- LE – клетки;
- исследование синовиальной жидкости;
- определение содержания мочевой кислоты в крови и моче;
- специфические реакции (Райта-Хедельсона, Борде-Жангу)
- рентгенография суставов;
- артроскопия;
- биопсия синовиальной оболочки, суставного хряща, мышц, ревматоидных узелков.

Примечание: обязательными дополнительными методами исследования при всех терапевтических заболеваниях являются:

- общий анализ крови;
- общий анализ мочи;
- анализ кала;
- ЭКГ;
- ФГ или Р-графия органов грудной клетки;

- реакция Вассермана или ЭДС.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Предварительный диагноз формулируется сразу после опроса больного и его объективного осмотра, на основании полученных результатов и имеющейся у пациента медицинской документации.

При обосновании предварительного диагноза вначале проводится анализ жалоб пациента и выдвигается гипотеза о поражении того или иного органа или системы. Далее необходимо выделить ведущие симптомы или синдромы и описать их особенности у исследуемого. В заключении определяется патогенетическая связь выявленных симптомов и синдромов, их возможная принадлежность к тому или иному заболеванию.

В формулировке предварительного диагноза должны быть выделены:

- диагноз основного заболевания;
- диагноз осложнения основного заболевания;
- диагноз сопутствующего заболевания;

ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ

Исходя из рабочей гипотезы диагноза, составляется план дополнительного обследования больного, который включает инструментальные, функциональные, лабораторные исследования также консультации специалистов. Реализация плана и получение результатов исследований должны подтвердить или опровергнуть предполагаемый диагноз. Неполнота полученных сведений может явиться причиной ошибочного диагноза, и как следствие, неправильного лечения со всеми вытекающими последствиями. Поэтому программа диагностического поиска должна быть строго индивидуальной.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНЫХ, ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ И КОНСУЛЬТАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ

Указываются результаты дополнительных методов исследования и консультации специалистов. Полученные факты комментируются в дневниках, при этом подчеркивается их значение для обоснования диагноза.

КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ

Клинический диагноз выставляется в течение первых трех дней стационарного лечения после получения результатов исследования и консультации специалистов. Формулируется строго в соответствии с общепринятыми классификациями. Обоснование клинического диагноза целесообразно описать по следующему примерному плану:

- привести ссылку на обоснование предварительного диагноза;
- провести анализ результатов дополнительного обследования, консультаций специалистов и наблюдения в стационаре;
- указать изменения в диагнозе после проведенного обследования(если таковые имеются);
- аргументировать отказ от ранее выставленного предварительного диагноза, если возникла такая необходимость.

Клинический диагноз включает:

- развернутый диагноз основного заболевания;
- осложнение основного заболевания;
- развернутый диагноз сопутствующего заболевания.

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ

Необходимо определить реальные цели лечения данного больного: выздоровление, купирование обострения, улучшение прогноза заболевания. Назначенное лечение при этом может быть :

- этиологическое (коррекция или ликвидация причины болезни, факторов риска, триггеров);
- патогенетическое (воздействие на основные звенья патогенеза заболевания);
- симптоматическое (при неэффективности или невозможности указанных выше методов лечения).

Также необходимо назначение диеты, адекватного режима физической активности, ЛФК, санаторно-курортное лечение.

Необходимо избегать полипрагмазию, учитывать взаимодействие медикаментов, индивидуально подходить к каждому пациенту.

Все медикаменты даются в рецептурной латинской прописи.

ДНЕВНИК

Это ежедневная запись результатов исследования больного, включающая жалобы пациента, динамику проявлений болезни, результаты объективного осмотра. Также в дневнике необходимо отразить и обосновать новые назначения медикаментов, дополнительных методов исследования.

ПРОГНОЗ

Прогноз обоснован данными, полученными при исследовании больного, и включает:

- прогноз для здоровья (возможность выздоровления или улучшения течения хронического заболевания);
- прогноз для жизни (есть или нет угроза для жизни больного);
- прогноз для работы (степень ограничения трудоспособности, инвалидность)

ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ

Заключительный клинический диагноз выставляется при выписке больного, переводе его в другое ЛПУ, смерти. Включает:

- основной диагноз;
- осложнение основного диагноза;
- сопутствующий диагноз.

Заключительный клинический диагноз может отличаться от клинического диагноза, при этом все изменения должны быть отражены в истории болезни.

ЭПИКРИЗ

Эпикриз может быть переводной (при переводе в другое отделение, ЛПУ), выписной (при выписке больного), посмертный. Это краткое описание истории болезни.

Он включает ФИО, даты поступления и выписки из стационара, заключительный клинический диагноз. Жалобы при поступлении. Краткое изложение истории болезни и истории жизни пациента. Краткое описание объективного статуса при поступлении: сознание, состояние, телосложение, цвет кожных покровов и слизистых оболочек, отеки, степень их выраженности, ЧДД, данные пальпации, перкуссии и аускультации легких.

Сердце: осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация (обнаруженные изменения). Пульс. Артериальное давление.

Органы пищеварения (при отсутствии изменений-язык влажный, живот мягкий, безболезненный, печень не увеличена, селезенка не пальпируется).

Органы мочевого выделения (область почек не изменена, почки не пальпируются, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон). Мочеиспускание не нарушено. Признаков нарушений нейроэндокринной системы не выявлено (при наличии патологии необходимо детальное описание).

Данные результатов дополнительных методов исследования, заключения специалистов.

Краткое обоснование заключительного диагноза с перечислением симптомов, синдромов, результатов объективного и дополнительного методов исследования, являющихся основанием для подобной формулировки диагноза.

Проведенное лечение (режим, диета, медикаменты, физиопроцедуры).

Кратко изложить динамику клинической картины за период стационарного наблюдения и лечения.

Состояние больного при выписке (хорошее, удовлетворительное, средней тяжести). Если пациент остается в клинике-отметить данное обстоятельство.

Рекомендации: режим, диета, медикаменты, санаторно-курортное лечение.

Прогноз (жизненный, трудовой).

Литература

1. Мухин, Н.А. Пропедевтика внутренних болезней: учебник. /Н.А. Мухин, В.С. Моисеев.- 2-е изд., доп. и перераб.- М.: ГЭОТАР Медиа, 2006.,- 848с.: ил.
2. Основы семиотики заболеваний внутренних органов: учебное пособие для мед. вузов /А.В. Струтынский, А.П. Баранов, Г.Е. Ройтберг, Ю.П. Гапоненков -2-е изд., доп. и перераб. –М.: МЕДпресс-информ, 2004.-298с.
3. Гребенев, А.Л. Непосредственное исследование больного: учебное пособие для студентов мед. вузов/ А.Л.гребенев, А.А. Шептулин.-М.:МЕДпресс-информ, 2001-304 с.

