

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
СЕВЕРО-КАВКАЗСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ АКАДЕМИЯ

С.М. Котелевец

ПРОПЕДЕВТИКА ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ

Учебно-методическое пособие предназначено для самостоятельной
работы студентов медицинского института, обучающихся по
специальности 31.05.01 Лечебное дело

Черкесск,
2022 г.

УДК 616-07
ББК 53.4:54.1
К 73

Рассмотрено на заседании кафедры пропедевтики внутренних болезней.

Протокол №7 от «21» 09. 2022 г.

Рекомендовано к изданию редакционно-издательским советом СКГА.

Протокол №24 от «26» 09. 2022 г.

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

К73 Котелевец, С.М. Пропедевтика внутренних болезней: учебно-методическое пособие для самостоятельной работы студентов медицинского института, обучающихся по специальности 31.05.01 Лечебное дело / С.М. Котелевец. – Черкесск: БИЦ СКГА, 2022. – 68 с.

Учебно-методическое пособие предназначено для помощи студентам в освоении ими теоретических знаний и практических навыков при прохождении дисциплины «Пропедевтика внутренних болезней». Рассмотрены основные теоретические вопросы подготовки студентов второго и третьего курса по диагностике внутренних болезней, методологии работы с пациентами, а также по оформлению истории болезни при курации больных на третьем курсе медицинского ВУЗа. Определен перечень практических навыков для данной дисциплины, согласованы компетенции освоения этих навыков.

**УДК 616-07
ББК 53.4:54.1**

© Котелевец С. М., 2022
© ФГБОУ ВО СКГА, 2022

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
СХЕМА КЛИНИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ (пример №1)	7
СХЕМА КЛИНИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ (пример №2)	31
ПРИМЕР ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ	55

ВВЕДЕНИЕ

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. Малознающий 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 немислима 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, мочевого выделения 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 (пример №1)

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 мочеиспускания.

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, розеолы, 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, Куссмауля, 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); саккадированное, 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 прбы;
- общий анализ мочи;
- рентгенологические и радиологические методы (флюорография, рентгенография органов грудной клетки в прямой, боковых и косых проекциях, рентгенскопия, 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 повышенной жидкости в плевральной полости. При этом возможно накопление транссудата, экссудата, гноя (пиоторакс), крови (гемоторакс).

Синдром полости в легком – наличие в легких полостных образованиях 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, систолодиастолический). 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, антистрептогиалуронидазы;
- определение титра МВ-фракции креатинфосфокиназы, тропонина Т, тропонина I;
- коагулограмма;
- электролиты крови;

-электрокардиография (при необходимости с нагрузочными тестами и дополнительными 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 различное 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 рН
- 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 эпигастральной 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 вирусемии (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), гипопротеинемией (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, псориазические 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 мышцей»; 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 R-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 мочевыделения (область почек не изменена, почки не пальпируются, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон). Мочепускание 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).

СХЕМА КЛИНИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО (пример №2)

I. ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

1. Фамилия, имя, отчество.
2. Возраст.
3. Профессия, место работы (учебы), должность.
4. Постоянное место жительства.
5. Дата поступления.
6. Дата курации.

II. ЖАЛОБЫ

В этот раздел заносятся только основные жалобы больного, предъявляемые им в день курации (осмотра)", и приводится их детальная характеристика. К основным жалобам относят болезненные (беспокоящие) ощущения, являющиеся непосредственным поводом для обращения больного к врачу, болезнь пациент диагноз диагностика

Вариант вопросов:

1. На что жалуется больной?
2. Точная локализация (и иррадиация) болезненных явлений.
3. Время появления (днем, ночью).
4. Факторы, вызывающие болезненные ощущения (физическое или психическое напряжение, прием пищи и т.д.).
5. Характер болезненного явления, например, характер боли:
6. сжимающий, колющий, жгучий, постоянный, приступообразный и т. д. его интенсивность и продолжительность.
7. Чем купируется болезненное (беспокоящее) явление? По приведенной примерной схеме вопросов проводится детализация каждой основной жалобы больного.
8. Например, больной жалуется на повышение температуры (лихорадку).

9. Вариант вопросов:

10. Характер лихорадки (постоянная, преходящая).

11. Как быстро повышается температура?

12. Сопровождается ли подъем температуры ознобами?

13. Пределы колебаний температуры в течение суток.

14. Длительность лихорадочного периода.

15. Как изменяется самочувствие больного в период повышения температуры?

16. Что снижает температуру?

х - при отсутствии у больного жалоб в момент осмотра студенты III-IV курса заносят в этот раздел жалобы, с которыми больной поступил в клинику (жалобы при поступлении)

III. ИСТОРИЯ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ (anamnesis morbi)

В этом разделе подробно, в хронологической последовательности описывается возникновение, течение и развитие настоящего заболевания от первых его проявлений до момента обследования куратором.

Вариант вопросов:

1. В течение какого времени считает себя больным?

2. Факторы, способствовавшие началу заболевания.

3. С каких признаков началось заболевание?

4. Первое обращение к врачу, результаты проводившихся исследований, диагноз заболевания, лечение в тот период, его эффективность.

5. Последующее течение заболевания:

а) динамика начальных симптомов, появление новых симптомов и дальнейшее развитие всех признаков заболевания;

б) частота обострений, длительность ремиссий, осложнения заболевания;

в) применявшиеся лечебные и диагностические мероприятия (стационарное или амбулаторное обследование и лечение, медикаментозные средства, физиотерапия, санаторно-курортное лечение и др. методы), результаты диагностических исследований (анализы крови, мочи, ЭКГ и т. д.), эффективность проводившейся терапии;

г) трудоспособность за период заболевания.

6. Подробное описание настоящего обострения заболевания, заставившего больного обратиться к врачу.

IV. ИСТОРИЯ ЖИЗНИ (anamnesis vitae)

Краткие биографические данные:

Год и место рождения, в какой семье родился, каким ребенком по счету, как рос и развивался. Образование: неполное или полное среднее, специальное среднее или высшее.

Отношение к военной службе, пребывание на фронте (если был освобожден или демобилизован, то указать, по какой причине).

Семейно-половой анамнез:

Для женщин – время появления менструаций, длительность менструального цикла, продолжительность менструаций, количество отделений. Возраст вступления в брак. Беременности, роды и аборты (самопроизвольные и искусственные), их количество и осложнения.

Климакс и его течение. Время окончания менструаций (менопауза). Семейное положение в настоящий момент. Количество детей.

Трудовой анамнез:

С какого возраста, кем и где начал работать. Дальнейшая трудовая деятельность в хронологической последовательности с указанием мест работы и должностей. Условия и режим труда. Профессиональные вредности (воздействие токсических химических соединений, пылей, ионизирующей радиации, физические и эмоциональные нагрузки и др. вредности).

Бытовой анамнез:

Жилищные и санитарно-гигиенические условия в быту (площадь помещений, их характеристика, наличие удобств). Количество проживающих на данной жилплощади лиц. Климатические условия. Пребывание в зонах экологических бедствий.

Питание:

Режим и регулярность питания, характер пищи, ее разнообразие, калорийность и т.д.

Вредные привычки:

Курение, с какого возраста, в каком количестве. Употребление алкоголя, с какого возраста, в каком количестве. Употребление наркотиков.

Перенесенные заболевания:

В хронологической последовательности излагаются все перенесенные заболевания, операции, ранения, травмы, контузии с указанием возраста больного, длительности и тяжести этих заболеваний и их осложнений и проводившегося лечения. Особо указать на перенесенные инфекционные заболевания, венерические болезни, туберкулез, желтуху. Отметить, переливалась ли ранее кровь или кровезаменители, и были ли реакции на переливание. Указать, проводилось ли парентеральное введение лекарств в течение последних 6 месяцев.

Аллергологический анамнез:

Непереносимость пищевых продуктов, различных медикаментов, вакцин и сывороток. Наличие аллергических реакций (вазомоторного ринита, крапивницы, отека Квинке), причины этих реакций, их сезонность.

Страховой анамнез:

Длительность последнего больничного листа, общая продолжительность больничных листов по данному заболеванию за последний календарный год. Инвалидность (с какого возраста, причина, группа инвалидности).

V. НАСЛЕДСТВЕННОСТЬ

Родители, братья, сестры, дети: состояние их здоровья, заболевания, причины смерти (указать, в каком возрасте).

Отягощенная наследственность:

Наличие у ближайших родственников злокачественных новообразований, сердечно-сосудистых (инфаркт миокарда, стенокардия, артериальная гипертензия, инсульты), эндокринных (сахарный диабет, тиреотоксикоз и др.) и психических заболеваний, геморрагических диатезов, алкоголизма. Наличие в анамнезе у ближайших родственников туберкулеза.

VI. НАСТОЯЩЕЕ СОСТОЯНИЕ (status praesens)

ОБЩИЙ ОСМОТР (inspectio)

Общее состояние больного:

удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое.

Сознание: ясное, спутанное - ступор, сопор, кома, бред, галлюцинации.

Положение больного: активное, пассивное, вынужденное (указать - какое).

Телосложение: конституциональный тип (нормостенический, гиперстенический, астенический), рост, масса тела. Осанка (прямая, сутуловатая), походка (быстрая, медленная, атактическая, спастическая, паретическая).

Температура тела:

Выражение лица:

спокойное, безразличное, маскообразное, тоскливое, страдальческое, возбужденное, утомленное и т. д. Лицо Корвизара. *fades feoris*, *facies nephritica*, *facies mitralis*, *facies Hippocratica*, *facies Basedovica* и др.

Кожные покровы:

Цвет (бледно-розовый, смуглый, красный, синюшный, желтушный, бледный, землистый). Пигментация и депигментация (лейкодерма), их локализация.

Высыпания: форма сыпи (розеола, папула, пустула, везикула, эритема, пятно, лихорадочные высыпания - *herpes*); локализация высыпаний, единичные или множественные (сливные) высыпания.

Сосудистые изменения: телеангиоэктазии, "сосудистые звездочки", их локализация и количество.

Кровоизлияния: локализация, размер, количество, выраженность.

Рубцы: локализация, цвет, размеры, подвижность, болезненность.

Трофические изменения: язвы, пролежни, их локализация, размер, характер поверхности и т.д.

Видимые опухоли: миома, ангиома, атерома и другие, их локализация, размер.

Влажность кожи. Тургор кожи. Тип оволосения.

Ногти: форма ("часовые стекла", койлонихии и др.), цвет (розовый, синюшный, бледный); поперечная или продольная исчерченность, ломкость ногтей.

Видимые слизистые: цвет (розовый, бледный, синюшный, желтушный, красный); высыпания на слизистых (энантема), их локализация и выраженность; влажность слизистых.

Подкожно-жировая клетчатка:

Развитие (умеренное, слабое, чрезмерное); места наибольшего отложения жира (на животе, руках, бедрах); отеки (oedema); их локализация (конечности, поясница, живот), распространенность (местные или общие - анасарка), выраженность (пастозность, умеренные или резко выраженные), консистенция отеков.

Болезненность при пальпации подкожно-жировой клетчатки, наличие крепитации (при воздушной эмфиземе подкожной клетчатки).

Лимфатические узлы:

Локализация пальпируемых лимфоузлов (затылочные, околоушные, подчелюстные, шейные, надключичные и подключичные, подмышечные, локтевые, паховые, подколенные). Их величина, форма, консистенция, болезненность, подвижность, сращения между собой и с окружающими тканями, состояние кожи над лимфоузлами.

Мышцы:

Степень развития (удовлетворительная, слабая и/или атрофии, гипертрофии мышц).

Тонус: сохранен, снижен, повышен (ригидность мышц). Сила мышц. Болезненность и уплотнения при ощупывании.

Кости:

Форма костей, наличие деформаций, болезненности при ощупывании, поколачивании. Состояние концевых фаланг пальцев рук и ног (симптом "барабанных пальцев").

Суставы:

Конфигурация, припухлость, болезненность при ощупывании, гиперемия и местная температура кожи над суставами. Движения в суставах: их болезненность, хруст при движениях, объем активных и пассивных движений в суставах.

СИСТЕМА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Жалобы:

Кашель (tussis): его характер (сухой - непродуктивный или с выделением мокроты - продуктивный), время появления (днем, ночью, утром), длительность (постоянный, периодический, приступообразный), условия появления и купирования кашля.

Мокрота (sputum): характер, цвет и консистенция (серозная, слизистая, слизисто-гнойная, гнойная), количество мокроты одномоментно и за сутки; примеси крови; положение, способствующее наилучшему отхождению мокроты.

Кровохарканье (haemoptoe): количество крови (прожилки, сгустки или чистая кровь); цвет крови (алая, темная, ржавая или малинового цвета); условия появления кровохарканья.

Боль (dolor) в грудной клетке: локализация, характер боли (острые, тупые, колющие) интенсивность (слабые, умеренные, сильные); продолжительность (постоянные, приступообразные); связь болей с дыхательными движениями; иррадиация болей.

Одышка (dyspnoe): условия возникновения (в покое, при физической нагрузке, при кашле, при изменении положения тела и т.д.); характер одышки (инспираторная, экспираторная, смешанная).

Удушье (asthma): время и условия возникновения, продолжительность приступов, их купирование.

Лихорадка (febrils): см. Жалобы при лихорадке.

Осмотр

Нос: изменение формы носа, дыхание через нос (свободное, затрудненное). Отделяемое из носа, его характер и количество. Носовые кровотечения.

Гортань: Деформация и припухлость в области гортани. Голос (громкий, тихий, сиплый), отсутствие голоса - афония.

Грудная клетка:

Форма грудной клетки: нормостеническая, гиперстеническая, астеническая: патологические формы (эмфизематозная, или бочкообразная, паралитическая, ладьевидная, рахитическая, воронкообразная). Выраженность над- и подключичных ямок (выполнены, запавшие, втянуты); ширина межреберных промежутков (умеренные, широкие, узкие);

величина эпигастрального угла (прямой, острый, тупой); положение лопаток и ключиц (не выступают, выступают умеренно, отчетливо, крыловидные лопатки); соотношение переднезаднего и бокового размеров грудной клетки; симметричность грудной клетки (увеличение или уменьшение одной из половин, локальные выпячивания или западения).

Искривления позвоночника: кифоз, лордоз, сколиоз, кифосколиоз. Округлость грудной клетки, экскурсия грудной клетки на вдохе и выдохе.

Дыхание: Тип дыхания (грудной, брюшной, смешанный). Симметричность дыхательных движений (отставание в акте дыхания одной

половины). Участие в дыхании вспомогательной мускулатуры. Число дыханий в минуту. Глубина дыхания (поверхностное, глубокое, в т.ч. дыхание Куссмауля). Ритм дыхания (ритмичное, аритмичное, в т.ч. дыхание Чейн-Стокса и Биота). Соотношение вдоха и выдоха. Признаки затруднения вдоха и/или выдоха (инспираторная, экспираторная и смешанная одышка).

Пальпация

Определение болезненных участков, их локализация. Определение резистентности (эластичности) грудной клетки. Определение голосового дрожания на симметричных участках (одинаково, усилено или ослаблено с одной стороны).

Перкуссия легких

Сравнительная перкуссия: характер перкуторного звука на симметричных участках грудной клетки (звук ясный легочный, притупленный, тупой, коробочный, тимпанический, притупленно-тимпанический) с точным определением границ каждого звука по ребрам и топографическим линиям.

Топографическая перкуссия:

Верхняя граница легких: справа слева
высота стояния верхушек спереди
высота стояния верхушек сзади

Нижняя граница легких:

по окологрудной линии ... неопредел.
по срединноключичной линии ... неопредел.
по передней подмышечной линии
по средней подмышечной линии
по задней подмышечной линии
по лопаточной линии
по околопозвоночной линии

Дыхательная экскурсия нижнего края легких:

по задней подмышечной линии

Аускультация

Основные дыхательные шумы:

Характер основных дыхательных шумов над симметричными отделами легких (везикулярное, ослабленное, усиленное, жесткое, бронхиальное, амфорическое, отсутствие дыхательного шума).

Побочные дыхательные шумы:

Хрипы (сухие или влажные), крепитация, шум трения плевры, их локализация и детальная характеристика.

Бронхофония: Определение бронхофонии над симметричными участками грудной клетки (одинаковая с обеих сторон, усилена или ослаблена с одной стороны).

СИСТЕМА ОРГАНОВ КРОВООБРАЩЕНИЯ

Жалобы'

Боль в области сердца: Локализация (за грудиной, в области верхушки сердца, слева от грудины на уровне || -V ребер и т.д.); характер (сжимающие, колющие, давящие, ноющие и т.д.). Иррадиация болей, интенсивность; постоянные или приступообразные, продолжительность болей; условия возникновения (при физической нагрузке, эмоциональном напряжении, в покое); чем купируются (валидол, нитроглицерин, седативные средства, наркотики).

Одышка (dyspnoe): Условия возникновения (при физической нагрузке, в покое, зависимость от положения тела), характер и длительность одышки, чем купируется.

Удушье (asthma): Время и условия возникновения (днем, ночью, в покое или при физической нагрузке, зависимость от положения тела); продолжительность приступов, их купирование.

Сердцебиения (palpato cordis), перебои в сердце: Характер аритмии (постоянный или приступообразный); продолжительность приступов, их частота, условия возникновения, чем купируются.

Отеки (oedema): их локализация (конечности, поясница, лицо, живот); распространенность (местные или анасарка); их выраженность (пастозность, умеренно выраженные, резко выраженные); время и условия возникновения (к концу рабочего дня, после физической нагрузки, постоянные).

Осмотр

Осмотр шеи: усиленная пульсация сонных артерий ("пляска каротид"). Набухание шейных вен. Видимая пульсация вен (наличие отрицательного или положительного венозного пульса).

Осмотр области сердца: Выпячивание области сердца (Gibbus cordis). Видимые пульсации (верхушечный толчок, сердечный толчок, эпигастральная пульсация, атипичная пульсация в области сердца); их характеристика (локализация, распространенность, сила, отношение, к фазам сердечной деятельности).

Пальпация

Верхушечный толчок: его локализация (указать межреберье и отношение к левой срединноключичной линии); сила (нормальный, усиленный, приподнимающий); площадь (ограниченный, разлитой).

Сердечный толчок: его локализация, площадь.

Эпигастральная пульсация: ее характер (связь с пульсациями брюшной аорты, сердца, печени) сила, распространенность (ограниченная или разлитая).

Дрожание в области сердца: (fremitus): его локализация; отношение к фазам сердечной деятельности (систолическое или диастолическое).

Определение пальпаторной болезненности и зон гиперестезии в прекардиальной области.

Перкуссия

Относительная тупость сердца:

Границы относительной тупости сердца:

правая

левая

верхняя

Поперечник относительной тупости сердца (в см)

Ширина сосудистого пучка (в см)

Конфигурация сердца (нормальная, митральная, аортальная и др.).

Абсолютная тупость сердца:

Границы абсолютной тупости сердца:

правая

левая

верхняя

Аускультация

Тоны: Ритм сердечных сокращений (ритмичные или аритмичные с указанием формы аритмии - дыхательная аритмия, мерцательная аритмия, экстрасистолия, выпадение сердечных сокращений). Число сердечных сокращений.

Первый тон, его громкость (нормальной звучности, ослабленный, усиленный, хлопающий); расщепление или раздвоение первого тона.

Второй тон, его громкость (нормальной звучности, ослабленный, усиленный - акцентированный); расщепление или раздвоение второго тона.

Дополнительные тоны: пресистолический и/или протодиастолический ритм галопа, ритм перепела, систолический галоп и др.

Шумы: Отношение к базам сердечной деятельности (систолический, диастолический, пресистолический, протодиастолический, мезодиастолический и т.д.).

Место наилучшего выслушивания шума. Проведение шума.

Характер шума (мягкий, дующий, скребущий, грубый и т.д.), его тембр (высокий, низкий); громкость (тихий, громкий); продолжительность (короткий, продолжительный), форма (нарастающий, нарастающе-убывающий - ромбовидный, убывающий и др.).

Изменения шума в зависимости от положения тела, задержки дыхания на вдохе и выдохе и после физической нагрузки.

Шум трения перикарда: место наилучшего выслушивания, характер шума (грубый и громкий или тихий и нежный).

Исследование сосудов

Исследование артерий: Осмотр и пальпация височных, сонных, лучевых, подколенных артерий и артерий тыла стопы; выраженность пульсации, эластичность, гладкость артериальной стенки, извитость артерий. Определение пульсации аорты в яремной ямке. Выслушивание сонных, бедренных, почечных артерий, брюшной аорты (наличие сосудистых шумов, двойной тон Траубе, двойного шума Виноградова-Дюрозье и др.).

Артериальный пульс: Артериальный пульс на лучевых артериях: сравнение пульса на обеих руках (наличие *pulsus dificiens*), частота пульса, ритм (наличие аритмий), наполнение; напряжение; величина; скорость; форма пульса. Наличие дефицита пульса.

Артериальное давление (АД): на плечевых артериях в мм рт. ст. (по методу Короткова определяется систолическое и диастолическое АД).

Исследование вен: Осмотр и пальпация шейных вен, их набухание, видимая пульсация, наличие отрицательного или положительного венозного пульса.

Выслушивание яремной вены ("шум волчка").

Наличие расширения вен* грудной клетки, брюшной стенки, конечностей, с указанием места и степени расширения.

Уплотнения и болезненность вен с указанием вены и протяженности уплотнения или болезненности.

СИСТЕМА ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЙ ТРАКТ

Жалобы

Боли в животе: локализация, иррадиация, интенсивность, длительность, условия возникновения и связь с приемом пищи (ранние, поздние, голодные боли); характер болей (постоянный, схваткообразный, острые, тупые, ноющие); купирование боли (самостоятельное или после приема пищи, применения тепла, холода, медикаментов, после рвоты).

Диспепсические явления: Затруднение глотания или прохождения пищи по пищеводу (dysphagia), тошнота (nausea), рвота (vomitus), отрыжка, изжога (pyrosis), вздутие живота (meteorismus). Детальная характеристика, степень выраженности этих явлений, отношение к приему пищи, ее качеству и количеству, чем купируются диспепсические явления.

Аппетит: сохранен, понижен, повышен (polyphagia), полностью отсутствует (anorexia), извращен. Отвращение к пище (жирной, мясной).

Стул: Частота за сутки, количество (обильное, умеренное, небольшое), консистенция стула (оформленный, жидкий, кашицеобразный, твердый, "овечий"), цвет кала (коричневый, желто-коричневый, желтый, серо-белый, дегтеобразный).

Кровотечения: Признаки пищеводного, желудочного, кишечного и геморроидального кровотечения - рвота кровью, кофейной гущей, черный дегтеобразный стул (melena); свежая кровь в кале.

Осмотр

Полость рта: Язык (окраска, влажность, состояние сосочкового слоя, наличие налетов, трещин, язв).

Состояние зубов. Десны, мягкое и твердое небо (окраска, налеты, геморрагии, изъязвления).

Зев (окраска, краснота, припухлость, налеты). Миндалины (величина, краснота, припухлость, налеты).

Живот: форма живота, его симметричность, участие в акте дыхания, видимая перистальтика желудка и кишечника, венозные коллатерали. Состояние пупка.

Окружность живота на уровне пупка.

Перкуссия

Характер перкуторного звука. Наличие свободной или осумкованной жидкости в брюшной полости.

Пальпация

Поверхностная ориентировочная пальпация: болезненные области, напряжение мышц брюшной стенки (мышечная защита - *defance musculaire*), расхождение прямых мышц живота и наличие грыж, наличие поверхностно расположенных опухолевидных образований. Перитонеальные симптомы (симптом Щеткина-Блюмберга и др.). Симптом Менделя.

Методическая глубокая скользящая пальпация по Образцову-Стражвско: Определение локализации, болезненности, размеров, формы, консистенции, характера поверхности, подвижности и урчания сигмовидной, слепой кишки, поперечно-ободочной, восходящей, нисходящей ободочной кишки, большой кривизны желудка, привратника (с предварительным определением нижней границы желудка методом перкуссии, перкуторной пальпации - определение шума плеска, и методом аускультаторной перкуссии).*

При наличии опухолевых образований описываются также их размеры, консистенция, болезненность, смещаемость, локализация и возможная связь с тем или иным органом брюшной полости.

Аускультация

Характеристика выслушиваемой перистальтики кишечника. Шум трения брюшины. .

ПЕЧЕНЬ И ЖЕЛЧНЫЙ ПУЗЫРЬ

Жалобы

Боль в правом подреберье: Характер болей (приступообразные или постоянные, острые, тупые, ноющие, чувство тяжести в области правого подреберья); иррадиация болей; условия возникновения (зависимость от приема пищи, от изменения положения тела, от физической нагрузки и.т.д.); чем купируются боли.

Диспепсические явления: Тошнота, рвота (характер рвотных масс, их количество), отрыжка. Условия возникновения диспепсических явлений, связь с приемом пищи, чем купируются.

Лихорадка: см. Жалобы при лихорадке.

Осмотр

Границы печени по Курлову:

Верхняя граница абсолютной тупости печени:

По правой среднеключичной линии. (указать, по какому ребру)

Нижняя граница абсолютной тупости печени:

По правой среднеключичной линии

По передней срединной линии

По левой реберной дуге

Поколачивание по правой реберной дуге: Наличие симптома Ортнера.

Пальпация

Печень: Уточнение нижних границ печени по срединно-ключичной и передней срединной линии.

Характеристика края печени (острый или закругленный, мягкий или плотный, болезненный или безболезненный).

Характеристика поверхности печени (при её увеличении): поверхность гладкая, зернистая, бугристая.

Размеры печени по Курлову:

По правой среднеключичной линии (в см)

По передней срединной линии (в см)

По левой реберной дуге (в см)

Желчный пузырь: Характеристика желчного пузыря, его прощупываемости, болезненности, размеров, а также наличие симптомов

Кера, Курвуазье, френикус-симптома.

Аускультация

Наличие шума трения брюшины в области печени.

ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА

Жалобы

Боль: Локализация (в верхней половине живота), иррадиация (опоясывающие боли), характер болей (острые, тупые, постоянные, приступообразные), условия возникновения (связь с приемом пищи, алкоголя, физической нагрузкой и т.д.), чем купируются.

Диспепсические явления: тошнота, рвота, метеоризм, поносы, запоры. Их подробная характеристика.

Пальпация

Наличие болезненности, увеличения и уплотнения поджелудочной железы.

СЕЛЕЗЕНКА

Жалобы

Боль в левом подреберье: Характер болей (постоянные или приступообразные, острые или тупые ноющие), интенсивность боли, ее длительность, иррадиация, условия возникновения (связь с изменением положения тела, физической нагрузкой и т.д.).

Осмотр

Наличие ограниченного выпячивания в области левого подреберья, ограничение этой области в дыхании.

Перкуссия

Определение продольного и поперечного размера селезенки в см.

Пальпация

Прощупываемость селезенки в положении лежа на боку и на спине. Характеристика нижнего края селезенки (острый или закругленный, болезненный или безболезненный). Характеристика поверхности селезенки (при ее значительном увеличении): поверхность гладкая или бугристая, болезненная или безболезненная.

Аускультация

Наличие шума трения брюшины в области селезенки.

СИСТЕМА ОРГАНОВ МОЧЕОТДЕЛЕНИЯ

Жалобы

Боль: ее локализация (в поясничной области, внизу живота, по ходу мочеточника); иррадиация; характер боли (острая или тупая, постоянная или приступообразная); длительность боли; условия возникновения боли (физическая нагрузка, изменение положения тела, прием острой пищи, алкоголя, водная нагрузка и т.д.), чем купируются боли.

Мочеиспускание: Количество мочи за сутки (наличие полиурии, олигурии, анурии или задержки мочи - ишурии).

Дизурические расстройства: затрудненное мочеиспускание (тонкой струей, каплями, прерывистое): наличие непроизвольного мочеиспускания; ложные позывы на мочеиспускание; резь, жжение, боли во время мочеиспускания (в начале, в конце или во время всего акта мочеиспускания): учащенное мочеиспускание (поллакиурия); ночное мочеиспускание (никтурия).

Моча: Цвет мочи (соломенно-желтый, насыщенно желтый, темный, цвет "пива", красный, цвета "мясных помоев" и т.д.); прозрачность мочи. Наличие примеси крови в моче (в начале или в конце мочеиспускания, во всех порциях).

Отеки: локализация; время появления (утром, вечером, на протяжении суток); условия возникновения или усиления отеков (питьевая нагрузка, избыточный прием соли и т.д.); скорость нарастания отеков;

факторы, способствующие уменьшению или исчезновению отеков.

Осмотр

Поясничная область: наличие гиперемии кожи, припухлости, сглаживания контуров поясничной области.

Надлобковая область: наличие ограниченного выбухания в надлобковой области.

Перкуссия

Поясничная область: определение симптома Пастернацкого.

Надлобковая область: характер перкуторного звука над лобком; при увеличении мочевого пузыря - уровень расположения дна мочевого пузыря.

Пальпация

Почки: пальпируемость почек в положении лежа и стоя; при увеличении почек - их болезненность, консистенция, величина, форма, подвижность, наличие симптома баллотирования.

Мочевой пузырь: пальпируемость мочевого пузыря; при увеличении мочевого пузыря - уровень расположения дна мочевого пузыря, болезненность при пальпации.

Болевые точки: наличие болезненности при пальпации в реберно-позвоночной точке и по ходу мочеточников (мочеточниковые точки).

СИСТЕМА ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Жалобы

Боль: наличие болей внизу живота, в паху, пояснице, крестце, мошонке, в области наружных половых органов. Характер болей, локализация, иррадиация, условия возникновения, чем копируются.

Менструальный цикл: регулярность; длительность менструального цикла; продолжительность менструаций, количество менструальных отделений, болезненность. Маточные кровотечения, другие выделения (бели).

Половая функция: нормальная, повышена, снижена, отсутствует.

Осмотр и пальпация

Вторичные половые признаки: тип оволосения (мужской, женский), волосяной покров в подмышечных впадинах, на лице, на животе, в лобковой области. Наличие гинекомастии. Голос (высокий, низкий). Признаки гирсутизма, евнухоидизма, вирилизма, феминизма.

Молочные железы (у женщин) и грудные железы (у мужчин):

степень развития, состояние кожных покровов, пигментация, локальный отек в виде "лимонной корки", втяжения. Симметричность желез. Форма сосков, наличие эрозий и язв, деформация желез. Уплотнения, тяжесть и опухолевые образования при пальпации желез.

Наружные половые органы (у мужчин): размер мошонки, яичек, отек мошонки, болезненность при пальпации яичек, наличие опухолевых образований. Недоразвитие яичек (анархизм, крипторхизм). Эрозии и язвы полового члена. Аномалии и уродства полового члена.

Предстательная железа (у мужчин): размер, консистенция, пальпаторная болезненность предстательной железы при ректальном исследовании.

Гинекологическое исследование (у женщин)': состояние наружных половых органов, влагалища, матки, придатков при осмотре в зеркалах и бимануальной пальпации.

ЭНДОКРИННАЯ СИСТЕМА

Жалобы

Нарушение роста, телосложения, увеличение массы тела, похудание, жажда, чувство голода, постоянное ощущение жара, потливость, ознобы, судороги, мышечная слабость, повышение температуры тела. Детальная характеристика этих жалоб.

Осмотр и пальпация

Нарушения роста, телосложения и пропорциональности отдельных частей тела.

Ожирение: степень выраженности, преимущественная локализация жира. Исхудание, кахексия.

Состояние кожных покровов: влажность, истончение или огрубение; гиперпигментация кожи, кожных складок (локализация), наличие стрий; атиличное оволосение; лунообразное лицо.

Увеличение размеров языка, носа, челюстей, ушных раковин, кистей рук и стоп.

Пальпация щитовидной железы: локализация, величина и консистенция, болезненность, подвижность.

НЕРВНАЯ СИСТЕМА И ОРГАНЫ ЧУВСТВ

Жалобы

Головная боль: локализация, интенсивность, периодичность, характер головной боли, время и причина возникновения, чем купируется.

Головокружение: характер головокружения, условия его появления (при ходьбе, при изменении положения тела и головы и т.д.). Сопутствующие явления.

Состояние психики: Работоспособность, память, внимание, сон, его глубина, продолжительность, бессонница.

Эмоционально-волевая сфера: настроение, особенности характера, повышенная раздражительность, вялость, апатия, тревожная мнительность, депрессия, эйфория. Суицидальные мысли и настроения.

Двигательная сфера: Слабость в конечностях, дрожание, судороги, другие произвольные движения.

Чувствительная сфера: Нарушения кожной чувствительности (гипестезии, гиперестезии, парестезии), боли по ходу нервных стволов, корешковые боли. Зрение, вкус, обоняние, слух.

Осмотр

Состояние психики: Сознание. Ориентировка в месте, времени и ситуации.

Интеллект: соответствует или не соответствует уровню развития, Ослабление интеллектуальных функций (ослабление, внимания, снижение памяти, нарушение критики, снижение круга интересов).

Поведение больного в клинике, степень общительности, уравновешенность, суетливость, двигательное беспокойство.

Исследование черепно-мозговых нервов: Острота зрения, двоение в глазах (диплопия); птоз, объем движений глазных яблок, реакция зрачков на свет. Симметричность носогубных складок при оскале зубов. Расстройства глотания. Дисфония. Положение языка при высовывании.

Менингеальные симптомы: ригидность затылочных мышц, симптомы Кернига и Брудзинского.

Двигательная сфера: характер походки с открытыми и закрытыми глазами (обычная, атактическая, паретическая, др. формы).

Устойчивость при стоянии с открытыми и закрытыми глазами (проба Ромберга).

Пальценосовая и коленно-пяточная пробы.

Судороги: клонические и тонические, фибриллярные подергивания, дрожание (тремор) и др. произвольные движения. Контрактуры мышц (локализация). Объем движений и сила в конечностях.

Чувствительная сфера: Пальпаторная болезненность по ходу нервных стволов и корешков. Нарушения кожной и глубокой чувствительности (локализация). Симптомы натяжения, симптом Лассега.

Рефлексы: Роговичный, глоточный.

Сухожильные рефлексы: коленный, ахиллов.

Патологические рефлексы: симптомы Бабинского и Россолимо. Речь: афазия (моторная или сенсорная), дизартрия.

Вегетативная нервная система:

Глазные симптомы: ширина глазной щели, ширина зрачка, экзофтальм или анофтальм. Симптом Горнера.

Кожа: вид дермографизма, температурные асимметрии, гипертрихоз, облысение, трофические язвы, нарушение потоотделения.

VII. ДИАГНОЗ (ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ) И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ

Предварительный диагноз формулируется сразу после окончания опроса и объективного исследования больного на основании анализа жалоб, анамнестических данных и результатов объективного физи-кального исследования больного.

В формулировке предварительного диагноза должны быть выделены:

- а) диагноз основного заболевания;
- б) диагноз осложнений основного заболевания;
- в) диагноз сопутствующего заболевания.

Далее приводится краткое обоснование предварительного диагноза:

1) Перечисляя и анализируя основные жалобы больного, целесообразно сделать заключение о преимущественном поражении того или иного органа или системы;

2) На основании анализа всех имеющихся клинических данных необходимо выделить основные патологические симптомы и синдромы, дать их характеристику и описать особенности проявлений у данного больного;

3) Анализируя патогенетическую взаимосвязь отдельных патологических симптомов и синдромов, сделать заключение об их возможном единстве и принадлежности к тому или иному заболеванию (т.е. привести доказательства нозологического диагноза);

4) В соответствии с принятыми классификациями необходимо по возможности обосновать индивидуальный диагноз, а именно привести доказательства:

а) клинической, клинико-морфологической или патогенетической формы заболевания,

б) характера течения (острое, подострое, хроническое, рецидивирующее, затяжное, медленно прогрессирующее, быстро прогрессирующее и т.д.),

в) стадии, фазы, степени активности патологического процесса,

г) наличия осложнений,

д) степени (стадии) функциональных расстройств и/или тяжести заболевания.

5) Кратко, путем перечисления основных симптомов, обосновать диагноз сопутствующих заболеваний, если таковые имеются.

VIII. ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ

План обследования больного разрабатывается, исходя из предварительного диагноза, с целью установления окончательного клинического диагноза и проведения дифференциального диагноза. Указывается перечень необходимых лабораторных и инструментальных исследований, а также консультаций специалистов. План обследования должен быть намечен и записан в истории болезни в день первичного обследования больного.

IX. ДАННЫЕ ЛАБОРАТОРНЫХ, ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ И КОНСУЛЬТАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ

Указываются результаты всех дополнительных и обязательных лабораторных и инструментальных методов исследования, а также заключения специалистов-консультантов.

X. КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ

Клинический диагноз должен быть поставлен и записан в историю болезни в течение первых трех дней пребывания больного в стационаре, после получения результатов лабораторных и инструментальных методов исследований и заключений специалистов-консультантов.

Клинический диагноз должен быть сформулирован в соответствии с общепринятыми классификациями и включать:

- 1) Развернутый диагноз основного заболевания, включая:
 - а) название заболевания,
 - б) клиническую, клинико-морфологическую или патогенетическую, его форму,
 - в) характер течения,
 - г) стадии, фазы, степени активности процесса,
 - д) степени (стадии) функциональных расстройств или тяжести заболевания;
- 2) Диагноз осложнений основного заболевания;
- 3) Развернутый диагноз сопутствующих заболеваний.

Далее приводится обоснование клинического диагноза, которое целесообразно описывать по следующему примерному плану:

а) привести ссылку на обоснование предварительного диагноза (см. разд. VII), не повторяя его подробно,

б) отметить результаты лабораторного и инструментального обследования, заключения специалистов-консультантов, а также проанализировать динамику клинической картины заболевания на протяжении 1-3 дней наблюдения за больным в стационаре. Указать, подтверждают ли эти новые данные ранее выставленный предварительный диагноз,

в) указать, какие изменения, дополнения и уточнения были внесены в диагноз в соответствии с новыми клиническими, лабораторными и инструментальными данными,

г) если возникает необходимость, отказаться от ранее выставленного предварительного диагноза, следует тщательно аргументировать эти изменения,

д) следует обосновать уточнения, дополнения или изменения, внесенные при постановке клинического диагноза осложнений и сопутствующих заболеваний.

XI. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Задачей дифференциального диагноза является исключение синдромосходных заболеваний. Дифференциальный диагноз проводится по следующему примерному плану:

1) Выделяются наиболее яркие и характерные патологические симптомы, и синдромы, имеющиеся у данного больного, которые действительно дают основание предполагать другое заболевание (или заболевания);

2) Перечисляется ряд сходных заболеваний, при которых наблюдаются подобные патологические симптомы и синдромы;

3) Доказывают, что у курируемого больного имеются другие существенные симптомы и синдромы, не характерные для этих сходных заболеваний;

4) Доказывают, что у курируемого больного отсутствует ряд существенных симптомов и синдромов, характерных для дифференцируемых сходных заболеваний;

5) На основании такого сопоставления клинической картины, имеющейся у данного больного, с клиническими признаками указанных сходных заболеваний, делают заключение об истинном характере заболевания и правильности постановки клинического диагноза.

XII. ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ'

В этом разделе описываются причины, вызвавшие возникновение и развитие данного основного заболевания и его осложнений. Коротко описываются современные взгляды на этиологию основного заболевания.

Кроме того, на основании данных обследования больного приводятся конкретные этиологические факторы, приведшие к развитию болезни у

данного больного. Прежде всего, необходимо установить, является ли заболевание у данного больного самостоятельным (первичным) или вторичным - следствием других заболеваний. В первом случае по возможности необходимо определить конкретный этиологический фактор (инфекция, травма, интоксикация и т.д.) на основании клинико-анамнестических данных и результатов специальных методов исследования.

Во втором случае следует точно определить основное заболевание и установить патогенетическую связь между ним и обсуждаемым заболеванием.

Во всех случаях целесообразно установить другие возможные провоцирующие факторы, способствующие возникновению или обострению данного заболевания, в т.ч. так называемые факторы риска.

При описании патогенеза приводятся общепринятые теории патогенеза данного заболевания и его осложнений, а также описываются наиболее вероятные патогенетические механизмы, имевшие место у курируемого больного. В этом же разделе желательно дать объяснение механизмов всех клинических симптомов и синдромов, выявленных у данного больного.

ХIII. ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ

В этом разделе излагаются цели, задачи, основные принципы и современные методы и средства лечения данного заболевания и профилактики его осложнений (режим, диета, медикаментозные и физические средства, санаторно-курортное лечение) с указанием эффективности той или иной терапии.

После этого на основе представлений об индивидуальных особенностях клинического течения заболевания, морфологического и функционального состояния органов, а также с учетом социального и психологического статуса больного разрабатываются конкретные, наиболее оптимальные лечебные и профилактические мероприятия у данного больного.

- Прежде всего, необходимо определить реальные цели лечения данного больного: полное выздоровление, ликвидация или уменьшение обострения заболевания, его осложнений, приостановление прогрессирования или регресс болезни, улучшение прогноза, трудоспособности.

Далее необходимо определить способы достижения поставленных целей, т.е. основные направления лечения. К ним относятся:

а) этиологическое лечение, предусматривающее устранение или коррекцию причинных, провоцирующих факторов, факторов риска, антимикробные средства и т. д.,

б) патогенетическое лечение, имеющее целью воздействие на основные механизмы болезни у данного больного (воспаление, аллергия, функциональные нарушения, дефицит определенных факторов, интоксикация и др.),

в) симптоматическое лечение, применяемое при неэффективности или невозможности первых двух.

По отношению к каждому направлению следует определить и обосновать выбор конкретных лечебных мероприятий (режим, диета, медикаменты, физиотерапия, ЛФК, физические и оперативные методы, санаторно-курортное лечение), уточнить дозу, пути и частоту введения с учетом имеющихся показаний и противопоказаний в отношении данного больного.

Рекомендуется использовать только действительно необходимые средства, избегать полифармации, учитывать взаимодействие лекарств, стремиться к индивидуализации лечения.

Все медикаментозные средства даются в рецептурной прописи.

XIV. ДНЕВНИК

Дневник отражает результаты ежедневного осмотра больного лечащим врачом. Особое внимание обращается на динамику всех проявлений болезни, а также эффективность лечения и признаки возможного нежелательного (побочного) действия лекарств.

Вначале в дневнике дается оценка состояния больного, описываются жалобы за истекшие сутки, в т.ч. количество и характер эпизодов болезни (приступов болей, удушья, перебоев в работе сердца и т.д.), оценивается сон, аппетит, стул, мочеиспускание. Затем приводятся краткие объективные данные по органам при условии их изменения в динамике. Данные измерений (число сердечных сокращений, пульс, число дыхательных движений, АД, диурез) выносятся в температурный лист (лист основных показателей состояния больного), а различные врачебные назначения - в лист назначений.

В дневнике следует отразить врачебную интерпретацию новых клинических симптомов и результатов дополнительных методов исследования, а также изменения в тактике лечения.

Каждые 10 дней пребывания больного в стационаре, а также в случае резкого изменения в состоянии больного или при выявлении новых диагностических признаков, существенно меняющих представления врача о клиническом диагнозе, оформляется этапный эпикриз. В нем приводится краткое заключение врача о клиническом диагнозе, по поводу которого больной находится в стационаре, об особенностях течения заболевания и

наличии осложнений. Приводится также перечень лечебных средств, применявшихся на данном этапе лечения больного. Особенно подробно описывается динамика основных признаков заболевания, в том числе динамика результатов лабораторного и инструментального исследования больного с указанием ведущих лабораторных, электрокардиографических, рентгенологических и прочих параметров, выявленных у больного за прошедший период. Описываются все имевшие место побочные эффекты применявшейся на данном этапе терапии. На этом основании делается вывод об адекватности назначенной терапии и ее эффективности. Обосновывается план дальнейшего лечения и обследования больного.

В случаях ухудшения состояния больного приводятся соображения врача о возможных причинах такого ухудшения (нарушение диеты, режима, прогрессирование основного заболевания, неэффективность или неадекватность назначенной терапии и т.п.). При неясном диагнозе, особенно при появлении новых симптомов болезни, необходимо наметить план дальнейшего обследования больного, а также план дальнейшего лечения.

XV. ЛИСТ ОСНОВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СОСТОЯНИЯ БОЛЬНОГО

За время курации на специальном листе основных показателей состояния больного (температурном листе) врач отмечает кривые температуры и частоты пульса, графическое изображение артериального давления, число дыхательных движений, массу тела больного и при необходимости количество выпитой за сутки жидкости и выделенной мочи (диурез), а также сведения о частоте дефекации и производимой гигиенической ванне.

На этот лист выносятся также основные лечебные назначения, в частности, этиологические и патогенетические средства лечения, а также динамика основных проявлений болезни (болей, удушья, размеров печени, отеков и т.д.).

XVI. ПРОГНОЗ

Прогноз обосновывается данными, полученными при исследовании больного во время курации. Он включает:

- а) прогноз для здоровья (возможно ли выздоровление или ухудшение при хроническом заболевании и при каких условиях);
- б) прогноз для жизни (угрожает ли заболевание жизни больного);
- в) прогноз для работы (степень ограничения трудоспособности, инвалидность - временная или постоянная).

XVII. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ

Заключительный клинический диагноз оформляется при выписке больного из стационара, при переводе его в другое лечебное учреждение или в случае смерти больного.

Заключительный клинический диагноз включает:

- а) основной диагноз,
- б) осложнения основного заболевания,
- в) сопутствующий диагноз.

Заключительный клинический диагноз может несколько отличаться от предварительного диагноза и от клинического диагноза, поставленного больному ранее. Однако все изменения и уточнения диагноза должны найти отражение в тексте истории болезни (в дневниках, этапных эпикризах и т.д.).

XVIII. ЭПИКРИЗ

Заключительный эпикриз (выписной, переводной, посмертный) оформляется в тех же случаях, что и заключительный клинический диагноз. Он представляет собой краткое описание всей истории болезни и включает в себя следующие разделы:

1. Фамилия, имя, отчество больного, дата (при необходимости - время) поступления и выписки (или смерти). Заключительный клинический диагноз.
2. Основные жалобы при поступлении (кратко).
3. Основные анамнестические данные (кратко), дающие представление о давности, характере и особенности течения заболевания и его осложнений, а также сведения о перенесенных других заболеваниях.
4. Основные патологические данные по органам.
5. Данные лабораторных и инструментальных методов исследования (при поступлении и при выписке или смерти): клинические анализы крови, мочи, кала, мокроты, ЭКГ, результаты рентгенологического исследования, биохимия крови, данные других методов исследования, а также заключения специалистов-консультантов.
6. Проведенное в стационаре лечение: режим, диета, медикаментозные средства (их дозировка и длительность приема), физические методы лечения, операции и т.д.
7. Оценка результатов лечения в стационаре на основании динамики основных проявлений болезни. Состояние больного при выписке.
8. Заключение стационара: выписывается на работу (режим труда, ограничения), в поликлинику, переводится в другой стационар, направляется на долечивание в санаторий, направляется на МСЭК.
9. Рекомендации в отношении режима, диеты, условий работы и образа жизни, вторичной профилактики, медикаментозного (название препарата, дозы, способы приема, длительность лечения) или других методов лечения. Санаторно-курортное лечение.

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.

ПРИМЕР ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ

Паспортные данные

Ф.И.О. Петрова Мария Сидоровна

Возраст 31 год.

Место жительства г. Новосибирск.

Профессия: Кассир. В данный момент не работает

Дата госпитализации: 01.10.2000г.

Жалобы:

На чувство нехватки воздуха, сильный сухой лающий кашель, «клокотание» в грудной клетке, боль в грудной клетке без чёткой локализации, чувство страха.

Anamnesis Morbi

Заболела около месяца назад после переохлаждения на улице. Появился озноб, повышение температуры до 37,5°C, сухой кашель, головная боль, слабость. Был вызван врач из районной поликлиники и поставлен диагноз острый бронхит. Назначена антибактериальная терапия (названия антибактериальных препаратов не помнит). В результате проведенной терапии наступило улучшение, однако несколько раз в день беспокоил сухой кашель.

30/IX/2000г около 19:00 появились приступы кашля, боль в грудной клетке, чувство нехватки воздуха, затруднение носового дыхания. Больной самостоятельно измерено АД -160/90 (110/70 - рабочее), температура – 36,8оС и вызвана бригада СМП. Была введена спазмолитическая смесь (Магnezия + Папаверин). Через 20' приступ купировался полностью. Примерно в 3 часа ночи 1/X повторился приступ с вышеописанной симптоматикой, однако, без подъёма АД. Повторно вызвана бригада СМП, больная госпитализирована в 67 ГКБ.

Похожий приступ больная отмечала около года назад и связывала его с появлением в доме домашнего животного (хомяк). За медицинской помощью не обращалась.

Anamnesis Vitae

Родилась в 1969 году в г. Новосибирск единственным ребенком в семье. На момент рождения: Матери 23 года отцу 30 лет. В развитии не

отставала от сверстников. В школу пошла с 7 лет, закончила 8 классов. Училась хорошо. После школы закончила 3-х годичный техникум. После окончания техникума работала в магазине старшим кассиром.

Материально обеспечена. Жилищные условия хорошие, проживает с семьёй из 3-х человек. Питание полноценное 3-х разовое.

Вредные привычки

Курит 2-3 сигареты в день. Алкоголем не злоупотребляет, наркотики не принимает.

Гинекологический анамнез

Менструации с 13 лет, регулярные, безболезненные. Замужем. Имеет 1-го ребёнка. Беременность – отмечались колебания АД в пределах 130/70 – 140/90 мм.рт.ст. Роды самостоятельные в 18 лет.

Перенесённые заболевания

В детстве перенесла ОРЗ, отит, ветряную оспу, скарлатину. Травмы, переломы, оперативные вмешательства отрицает.

Аллергологический Анамнез

Аллергических реакций на лекарственные препараты и продукты питания не отмечает. Вакцинация – по возрасту.

Семейный Анамнез

Бабушка по материнской линии и бабушкина сестра страдали сахарным диабетом.

Психические заболевания, венерические болезни, болезни крови, туберкулёз отрицает.

Сон не нарушен, спокойный, 7-8 часов в сутки.

ОБЩИЙ НАРУЖНЫЙ ОСМОТР

Состояние больной удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Гиперстенического телосложения, повышенного питания – ожирение 1-2. Кожные покровы на момент осмотра телесной окраски чистые, умеренно влажные. Эластичность кожи хорошая.

Рост волос не нарушен. Ногти не изменены.

Подкожно-жировая клетчатка выражена хорошо толщина кожной складки на уровне пупка 6 см. Видимые слизистые розовые влажные. Язык обычных размеров, влажный, обложен белым налетом, сосочки выражены. Щитовидная железа не пальпируется. Тургор тканей сохранен. Оволосение по женскому типу.

Осанка правильная, походка без особенностей. Мышцы безболезненные, развиты удовлетворительно, симметрично, тонус мышц сохранен. Суставы обычной конфигурации, симметричные, кожные покровы над суставами телесного цвета, температура кожных покровов над суставами не изменена, движения в суставах в полном объеме, безболезненные.

ДЫХАТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА

Осмотр

Дыхание через нос, свободное, ритмичное. Ощущения сухости в носу нет. Выделений из носовых ходов не наблюдается. Обоняние сохранено. Болей у корня и спинки носа, на местах проекции лобных и гайморовых пазух не отмечается. Тип дыхания - грудной. Частота дыхательных движений 17 в минуту. Форма грудной клетки правильная, симметричная, конусовидная. Ключицы и лопатки симметричны. Лопатки плотно прилежат к задней стенке грудной клетки. Ход ребер кривой. Надключичные и подключичные ямки выражены удовлетворительно. Обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. Вспомогательные дыхательные мышцы в акте дыхания не участвуют.

Пальпация

Грудная клетка эластичная, безболезненная. Голосовое дрожание усилено справа над всей поверхностью лёгкого. Межреберные промежутки безболезненные.

Перкуссия

Топографическая перкуссия.

Нижние границы правого легкого:

по l. parasternalis- верхний край 6-го ребра

по l. medioclavicularis- нижний край 6-го ребра

по l. axillaris anterior- 8 ребро

по l. axillaris media- 9 ребро

по l. axillaris posterior- 9 ребро

по l. scapularis- 10 ребро

по l. paravertebralis- на уровне остистого отростка 10-го грудного позвонка

Нижние границы левого легкого:

по l. parasternalis- -----

по l. medioclavicularis- -----

по l. axillaris anterior- 8 ребро

по l. axillaris media- 8 ребро

по l. axillaris posterior- 9 ребро

по l. scapularis- 10 ребро

по l. paravertebralis- на уровне остистого отростка 11-го грудного позвонка

Верхние границы легких:

Правое лёгкое:

Спереди на 3,5 см выше ключицы.

Сзади на уровне остистого отростка 7 шейного позвонка.

Левое лёгкое:

Спереди на 3 см выше ключицы; Сзади на уровне остистого отростка 7 шейного позвонка. Активная подвижность нижнего легочного края правого легкого по средней аксиллярной линии:

на вдохе 2 см

на выдохе 2 см и Активная подвижность нижнего легочного края левого легкого по средней аксиллярной линии:

на вдохе 3 см

на выдохе 3 см

Сравнительная перкуссия:

Над симметричными участками легочной ткани определяется ясный легочный звук. Определяется притупление перкуторного звука справа по *lin.axillaris. post. et media* в области нижней доли правого лёгкого.

Аускультация

Дыхание везикулярное на всём протяжении лёгочных полей. Справа, в области притупления перкуторного звука выслушивается жёсткое дыхание. Побочные дыхательные шумы (хрипы, крепитация, шум трения плевры) не выслушиваются.

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА

Осмотр

Пульсация в области основания сердца, верхушечного толчка, надчревной области не наблюдается.

Пальпация

Верхушечный толчок определяется в пятом межреберье по *lin. Medioclaviculares*, шириной 1,5-2 см, средней высоты, умеренной силы нерезистентный.

Сердечный толчок не определяется. Пульсация над лёгочным стволом и аортой не пальпируется.

Пульс симметричный, частотой 94 удара в минуту, ритмичный, хорошего наполнения, ненапряжённый. При осмотре и пальпации височные, сонные, подключичные, плечевые артерии не извитые, с эластичными стенками.

Перкуссия

Границы относительной сердечной тупости:

Правая - в 4-м межреберье на 2 см кнаружи от правого края грудины

Верхняя - на уровне 3-го ребра между *1. sternalis et 1. parasternalis sinistrae*

Левая - в 5-м межреберье, на 1,5 см кнутри от левой среднеключичной линии.

Поперечник сердца 13.5 см. Границы абсолютной сердечной тупости:

Правая - по 1 см кнаружи от левого края грудины

Верхняя - на уровне 4-го ребра

Левая - на 1.5 см кнутри от границы относительной сердечной тупости
Сосудистый пучок выходит за пределы грудины в 2-м межреберье на 1.5 см.
Поперечник сосудистого пучка – 8 см.

Аускультация

Тоны сердца ритмичные, ясные, достаточной звучности; ЧСС 92 в минуту.

Аускультация по точкам:

1-ая точка аускультации (область верхушечного толчка) – V межреберье по lin.medioclaviculares – 1 тон преобладает над 2-м;

2-ая точка аускультации (II межреберье справа от грудины) – 2-ой тон преобладает над 1-м;

3-я точка аускультации (II межреберье слева от грудины) – 2-ой тон преобладает над 1-м;

Громкость II тона над легочным стволом и аортой одинаковая;

4-я точка аускультации (у основания мечевидного отростка) – 1 тон преобладает над 2-м;

5-я точка аускультации (IV межреберье слева от грудины) – 1 тон по громкости примерно равен 2-му.

Шумов, раздвоения тонов, добавочных тонов не выслушивается.

ПИЩЕВАРИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА

Осмотр

Живот правильной формы, симметричный, не участвует в акте дыхания, пупок втянут.

Пальпация

Поверхностная: Живот мягкий, безболезненный, симметричный

Глубокая: Сигмовидная кишка пальпируется в левой подвздошной области в виде эластического образования, с ровной поверхностью, неурчащая, безболезненная. Поперечно-ободочную, слепую кишку, желудок пропальпировать не удалось. Нижний край печени острый, ровный, эластичный, безболезненный, не выходит из-под края реберной дуги. Желчный пузырь не пальпируется. Симптомы Мерфи, Ортнера, френикус-отрицательные. Симптом Щёткина-Блюмберга – отрицательный. Селезенка не пальпируется. Поджелудочная железа не пальпируется болезненности при пальпации в зоне Шоффара и панкреато-желчно-пузырной точке не отмечается.

Границы печени по Курлову: Размеры печени по Курлову: по правой среднеключичной линии 10 см, по передней срединной линии 9 см, по левой реберной дуге 7 см.

Верхняя граница селезенки по левой среднеоксильярной линии на 9 ребре, нижняя на 11 ребре.

Аускультация

При аускультации живота выслушивается шум перистальтики кишечника, ритмичный, средней громкости.

МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА

В области поясницы видимых изменений не обнаружено. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого – отрицательный с обеих сторон. Болезненность при пальпации верхних и нижних мочеточниковых точек отсутствует. Перкуторно мочевого пузыря не выступает над лобковым сочленением.

Данные лабораторных исследований

Биохимический анализ крови 04.10.00

Норма Найдено

Аланин Аминотрансфераза 5-32 33

Аспартат Аминотрансфераза 5-31 28

Креатин Киназа 35-165 82

Креатинин 44-97 98

Холестерин 2.5-6.5 4.4

Билирубин общий 3.4-20.5 16

Билирубин прямой 0-0.67 2

Общий анализ крови от 04.10.00

RBC = 4.70 WBC = 9.8

MCV = 78 HGB = 14.0

HCT = 36.5 PLT = 286

MCH = 29.8 HPV = 8.9

MCHC = 38.5 PCT = 0.254

RDW = 25.0% PWD = 57%

LYMP = 21.7

Thr = 27

Общий Анализ мочи от 05.10.00

Белок - ---

Глюкоза - ---

Реакция – Щелочная

Относительная плотность – 1018

Прозрачность – полная

Цвет – светло жёлтый

Количество – 100 мл.

Данные инструментальных исследований

Рентгенограмма Грудной клетки от 1.10.00

Лёгочные поля эмфизематозны, лёгочный рисунок деформирован, обогащен в прикорневых и нижнедолевых отделах в большей степени справа. Корни плотные, синусы свободны, диафрагма обычно расположена. Сердце приближается к митральной конфигурации

ЭКГ от 1.10.00
25 мм/сек.
QRS – 0,08 сек.
Q-T – 0,31 сек.
R-R – 0,58 сек.
P-Q – 0,16 сек.

Ритм синусовый, правильный ЧСС – 104 уд. в минуту (синусовая тахикардия). Вертикальное расположение электрической оси сердца. Зона перехода – V3. Зубец Т сглажен во всех отведениях. Гипертрофия левого желудочка – 1) Прямой признак – нарастание R от V3 кV6; 2) Дискордантный – углубление S в V1-V2. Гипертрофия правого предсердия – высокий, заострённый P в отведениях III стандартное и AVF (P – pulmonale).

Рентгенограмма от 4.10.00

Пристеночное затемнение верхнечелюстной камеры справа на верхней стенке. Киста правой верхнечелюстной пазухи.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ

На основании жалоб на боль в грудной клетке, затруднение дыхания, чувство нехватки воздуха, заложенности носовых ходов; анамнестических сведений о перенесённом около месяца назад остром бронхите и появлении первого приступа затруднения дыхания, чувства нехватки воздуха, после того, как в доме появилось домашнее животное и купирования приступа с помощью введения Сульфата Магния с Папаверином (в/м); данных объективных исследований: притуплении перкуторного звука справа по заднеподмышечной линии и аускультативно определяемого в этой зоне жесткого дыхания, а также данных рентгенографии грудной клетки: лёгочные поля эмфизематозны, лёгочный рисунок деформирован, обогащен в прикорневых и нижнедолевых отделах в большей степени справа. Корни плотные, синусы свободны, диафрагма обычно расположена; поставлен синдромный диагноз – синдром уплотнения лёгочной ткани в прикорневых отделах правого лёгкого с наличием синдрома нарушения бронхиальной проводимости.

Экзаменационные вопросы по пропедевтике внутренних болезней, лучевая диагностика

Общие вопросы

1. Роль пропедевтики внутренних болезней в общеклинической подготовке врачей.
2. История развития учения о диагностике. Этиология и патогенез болезней.
3. Причины и условия возникновения болезней. Причино-следственная связь.
4. Диагноз. Виды диагнозов. Формулировка диагноза.
5. Принципы доказательной медицины.
6. Схема истории болезни.
7. Субъективное обследование больного.
8. Объективное обследование больного.
9. Содержание статей 118 и 124 уголовного кодекса Российской Федерации.
10. Понятие о симптоме и синдроме.
11. Врачебная деонтология. Врачебная этика.
12. Структура информированного согласия больного.

Методы исследования

1. Общий осмотр больного при заболеваниях сердечно-сосудистой системы.
2. Характеристика пульса. Определение качества пульса.
3. Симптом "щипка", "жгута" и их диагностическое значение.
4. Верхушечный и сердечный толчки, механизм их появления и значение их определения.
5. Глубокая, скользящая, методическая пальпация живота по Образцову.
6. Границы сердца в норме и при патологии сердца.
7. Аускультация сердца. Места проекции клапанов и точки выслушивания.
8. Значение осмотра кожных покровов в диагностике внутренних болезней.
9. Значение осмотра и пальпации в диагностике заболеваний сердечно-сосудистой системы.
10. Методика пальпации и ее диагностическая значимость.
11. Данные общего осмотра больного с почечной патологией.
12. Отеки и их происхождение.
13. Осмотр грудной клетки. Типы грудной клетки в норме. Патологические формы её.
14. Общий наружный осмотр больного.
15. Сравнительная перкуссия грудной клетки.
16. Понятие о конституциональных типах.
17. Термометрия. Лихорадка и ее типы. Диагностическое значение термометрии.
18. Пальпация лимфоузлов и характеристика полученных данных.

19. Антропометрические методы исследования. Индекс массы тела, его расчёт.

20. Пальпация грудной клетки, голосовое дрожание.

21. Топографическая перкуссия легких.

22. Правила аускультации легких.

23. Определение подвижности нижнего края легких.

24. Одышка, виды одышки по происхождению и по клинической картине.

25. Пальпация толстого кишечника.

26. Осмотр и пальпация грудной клетки.

27. Учение о перкуссии. Варианты перкураторного звука в диагностике болезней.

28. Пальпация и перкуссия селезенки.

29. Правила пальпации живота, поверхностная пальпация живота.

30. Электрокардиография.

31. Правила пальпации почек.

32. Аускультация. Посредственная, непосредственная, сравнительная.

33. Правила пальпаторного обследования желчного пузыря.

34. Методика и техника плевральной пункции.

35. Понятие о болезни, симптоме и синдроме.

36. Происхождение и характер тонов сердца, изменение тонов сердца.

37. Значение перкуссии при обследовании больного эксудативным плевритом.

38. Инструментальные и лабораторные исследования при заболеваниях органов дыхания.

39. Исследование сосудов. Характеристика пульса.

40. Исследование функции внешнего дыхания в диагностике болезней системы дыхания.

41. Функция внешнего дыхания. Дыхательная недостаточность.

42. Аускультативные данные при недостаточности 3-х створчатого клапана.

43. Физикальные методы исследования щитовидной железы.

44. Данные внешнего осмотра больных с легочной патологией.

45. Правила обследования больного с тиреотоксикозом.

46. Осмотр больного стенозом митрального отверстия и недостаточности аортального клапана.

47. Данные внешнего осмотра и перкуссия при эмфиземе легких.

48. Определение границ сердечной тупости, правила перкуссии

49. Исследование живота.

50. Изменения легочного перкуторного звука при патологии легких и плевры.

Система кровообращения

1. Ревматизм. Этиология, клиника, критерии ревматизма, профилактики и лечения.

2. Пальпация области сердца, ее значение в диагностике заболеваний сердца.

3. Аускультация сердца. Происхождение тонов и шумов сердца.
 4. Затяжной септический эндокардит. Недостаточность аортального клапана. Гемодинамика.
 5. Стеноз левого атриовентрикулярного отверстия. Гемодинамика, симптоматология.
 6. Недостаточность митрального клапана. Гемодинамика, симптоматология.
 7. Стеноз устья аорты. Гемодинамика, симптоматология.
 8. Атеросклероз.
 9. Ишемическая болезнь сердца. Стенокардия. Клинические критерии. Диагностика, лечение.
 10. Инфаркт миокарда. Этиология, клинические варианты, виды, формы инфаркта миокарда.
 11. Осложнения инфаркта миокарда.
 12. Кардиогенный шок.
 13. Гипертоническая болезнь. Этиология, симптоматика клинической картины.
 14. Симптоматические артериальные гипертонии.
 15. Шумы сердца. Механизм образования интракардиальных шумов, места выслушивания.
 16. Отличие сердечной астмы от бронхиальной.
 17. Недостаточность аортального клапана. Гемодинамика симптоматология.
 18. Нарушения ритма сердца.
- Система органов дыхания
1. ХОБЛ. Этиология, симптоматология.
 2. Острый бронхит. Этиология, симптоматика клинического течения.
 3. Бронхиальная астма. Этиология, симптоматика клинического течения.
 4. Синдром бронхиальной обструкции.
 5. Пневмония. Этиология, патогенез и клиническая симптоматология.
 6. Абсцесс легких. Характер жалоб, клиника, данные перкуссии и аускультации.
 7. Правила определения голосового дрожания, ее изменения.
 8. Плевриты. Симptomатология. Синдром скопления жидкости в плевральной полости.
 9. Бронхоэктатическая болезнь. Этиология, симптоматология, диагностика.
 10. Жалобы больного при заболеваниях органов дыхания, их патогенетическая основа.
 11. Изменение перкуторного звука при патологии в легких и плевральной полости.
 12. Отличие экссудата и транссудата.
 13. Побочные дыхательные шумы и причины их возникновения.
 14. Хрипы сухие и влажные, крепитация. Механизм образования.

15. Синдром крупозного и очагового уплотнения легочной ткани.

Желудочно-кишечный тракт

1. Общий осмотр больных с заболеваниями печени и желчевыводящих путей.

2. Рак пищевода. Симптоматология, диагностика.

3. Острый гастрит. Этиология, симптоматика, диагностика.

4. Хронический гастрит. Этиология, симптоматология, методы диагностики, классификация.

5. Синдром желудочной язвы. Причины. Симптоматология, диагностика.

6. Значение осмотра при патологии ЖКТ.

7. Современные методы исследования желудочно-кишечного тракта.

8. Правила пальпации печени. Границы печени по Курлову.

9. Рак желудка. Симптоматология, диагностика.

10. Острые и хронические колиты.

11. Физикальные методы исследования при заболеваниях желчного пузыря.

12. Холециститы. Этиология, симптоматология.

13. Цирроз печени. Симптоматология, диагностика. Печеночная кома.

14. Асцит, причины и механизм возникновения его при заболеваниях печени.

15. Жалобы больных с заболеваниями ЖКТ.

16. Методика пальпации желчного пузыря.

17. Панкреатиты. Этиология, симптомы клинической картины, диагностика.

18. Гиперспленизм.

19. Симптом дуоденальной язвы. Причины. Симптоматология, методы диагностики.

20. Хронические гепатиты. Этиология, симптоматология, диагностика.

21. Синдром желтухи. Причины. Диагностика.

22. Синдром портальной гипертензии. Причины. Диагностика.

23. Гепатолиенальный синдром. Причины. Диагностика.

24. Синдром печеночной недостаточности. Кома.

Эндокринная система.

1. Сахарный диабет. Диабетическая кома. Симптоматика, лечение.

2. Гипотиреоз. Этиология, симптомы клинической картины, диагностика.

3. Токсический зоб. Этиология, симптоматика клинического течения, диагностика.

4. Эутиреоидный зоб. Гипотиреоз.

Мочевыделительная система.

1. Нефрит подострый.

2. Нефрит острый

3. Амилоидный нефроз. Этиология, патогенез.

4. Хронический гломерулонефрит. Этиология, симптоматология, диагностика.

5. Мочевой синдром при нефритах и амилоидозе почек.

6. Почечнокаменная болезнь.
7. Характерные жалобы больных с заболеваниями почек.
8. Острый пиелонефрит. Этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика.
9. Основные клинические синдромы (нефротический синдром, артериальная гипертензия).
10. Хронический пиелонефрит. Симптоматология, диагностика.
11. Исследование мочи.
12. Хроническая болезнь почек. Хроническая почечная недостаточность.
13. Острая почечная недостаточность.

Болезни системы кровотока.

1. Гематологические синдромы при заболеваниях внутренних органов.
 2. Обследование гематологических больных.
 3. Анемии. Этиология, симптоматика клинической картины.
 4. Острый лейкоз. Этиология, симптомы клинического течения.
- Методы диагностики.

5. Анемия Аддисона-Бирмера.
6. Геморрагические васкулиты. Симптоматика и диагностика.
7. Хронический лейкоз. Симптоматика, диагностика.

Лабораторные методы.

1. Содержание глюкозы в сыворотке крови и моче.
2. Анализ мочи по Зимницкому, проба Реберга.
3. Морфологический анализ периферической крови.
4. Исследование мочи.
5. Понятие о протеинурии и качественная реакция определения белка.
6. Нарушения диуреза.
7. Определение гемоглобина, подсчет эритроцитов, ССГЭ.
8. Взятие желудочного сока фракционным методом.
9. Функциональные пробы при диагностике болезней почек.
10. Копрограмма. Обмен билирубина в норме и патологии.
11. Методика дуоденального зондирования.
12. Техника плевральной пункции. Проба Ривальта.
13. Скорость оседания эритроцитов, значение в диагностике заболеваний.
14. Анализ мочи на уробилин и желчные пигменты.
15. Исследование мокроты, плевральной жидкости.
16. Фракционное определение дуоденального содержимого.
17. Пробы Нечипоренко, Каковского-Аддиса.
18. Функциональное исследование печени (Углеводный, пигментный, белковый обмен).
19. Понятие и гипо-, нормо- и гиперхромных анемиях. ССГЭ.
20. РН - метрия. Диагностическое значение.

ИТОГО – 163.

КОТЕЛЕВЕЦ Сергей Михайлович

ПРОПЕДЕВТИКА ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ

Учебно-методическое пособие предназначено для самостоятельной работы студентов медицинского института, обучающихся по специальности 31.05.01 Лечебное дело

Корректор Чагова О.Х.
Редактор Чагова О.Х.

Сдано в набор 22.11.2022г.
Формат 60x84/16
Бумага офсетная
Печать офсетная
Усл. печ. л. 3,95
Заказ № 4666
Тираж 100 экз.

Оригинал-макет подготовлен
в Библиотечно-издательском центре СКГА
369000, г. Черкесск, ул. Ставропольская, 36

