

Министерство науки и высшего образования Российской Федерации

ФГАОУ ВО Национальный исследовательский  
Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского

Институт биологии и биомедицины  
Кафедра физиологии и анатомии

Каулина Е.М.  
Лобанова Н.А.

**УЧЕБНАЯ ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ: ПРАВИЛА ОБСЛЕДОВАНИЯ  
ПАЦИЕНТА И ОФОРМЛЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ.**  
Учебно-методическое пособие

Рекомендовано методической комиссией Института биологии и биомедицины  
для студентов ННГУ, обучающихся по направлению подготовки  
31.05.01 «Лечебное дело», 31.05.03 «Стоматология»

Нижний Новгород  
2019

УДК 616-09  
ББК 54.1

**УЧЕБНАЯ ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ: ПРАВИЛА ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТА И ОФОРМЛЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ.** Составитель: Каулина Е.М., д.м.н.; Лобанова Н.А., к.м.н. Учебно–методическое пособие. Нижний Новгород: НИНГУ имени Н.И. Лобачевского, 2019. – 36 с.

Рецензент: **Ведунова М.В.**

В учебно–методическом пособии представлены методические подходы к клиническому обследованию больного и последовательность их описания в соответствии с унифицированной схемой истории болезни для оформления медицинской карты стационарного больного. Описаны основные клинические симптомы и синдромы; приведён перечень рекомендуемых лабораторно–инструментальных методов обследования пациента в клинике внутренних болезней.

Учебно–методическое пособие предназначено для специалистов ННГУ, обучающихся по профилю подготовки 31.05.01 «Лечебное дело».

Ответственный за выпуск:

председатель методической комиссии Института биологии и биомедицины ННГУ, к.б.н., **Е.Л. Воденеева**

УДК 616-09  
ББК 54.1

© Нижегородский государственный университет им. Н. И. Лобачевского, 2019

## СОДЕРЖАНИЕ

Введение .....	4
Методическое обследование больного .....	5
Схема истории болезни .....	8
Примерный перечень методов обследования больных .....	34

## ВВЕДЕНИЕ

История болезни является важнейшим медицинским документом, который, помимо чисто медицинского, имеет и юридическое, и статистическое значение. Этот документ оформляется на каждого больного, который поступил на стационарное лечение независимо от конкретных причин госпитализации. История болезни – это документ, в котором содержатся все необходимые сведения о больном, развитии его заболевания, этиологических и патогенетических факторах, способствующих возникновению и прогрессированию болезни, о результатах клинико–лабораторного и инструментального обследования больного и эффективности проводившейся терапии. История болезни – это профессиональное лицо врача, поэтому её соответствующее заполнение является одним из его важнейших задач.

Овладение методами и навыками составления и написания истории болезни формирует у студента клиническое мышление, основанное на овладении им логической системы последовательного обследования больного непосредственно у его постели. Формирует способности логически изложить полученные данные в виде истории болезни. Однако следует помнить, что в некоторых случаях (шок, удушье и другие экстремальные ситуации, которые угрожают здоровью и жизни больного) этот план может быть изменен.

Написание истории болезни является одним из важнейших этапов обучения студентов клинической медицине, позволяющим систематизировать знания методов клинического обследования больного и применять полученные с их помощью сведения о пациенте для установления диагноза, назначения лечения и проведения профилактических мероприятий. Работа над учебной историей болезни по заранее намеченной схеме способствует наиболее полному получению сведений, необходимых студентам для установления диагноза, составления плана дальнейшего обследования больного.

**История болезни (Форма №003/у Медицинская карта стационарного больного) состоит из следующих разделов:**

I. Субъективное исследование или расспрос больного (anamnesis, interrogatio) включает:

1. Паспортную часть.
2. Жалобы больного (molestia).
3. Историю настоящего заболевания (anamnesis morbi).
4. Анамнез жизни (anamnesis vitae).

II. Объективное исследование (status praesens obiectivus) включает:

1. Осмотр больного (inspectio).
2. Пальпация (palpatio).
3. Перкуссия (percussio).
4. Аускультация (auscultatio).
5. Лабораторные и инструментальные методы исследования.

III. Дневники истории болезни (cursus morbi).

IV. Лечение (therapia).

## V. Эпикриз (epicrisis).

История болезни – официальный медицинский документ, не допускающий небрежного отношения к её оформлению. История болезни должна быть написана чётко, разборчиво. Наличие сокращений, исправлений, подчисток, зачёркиваний текста, оформление дневника наблюдения предыдущим числом, исправление дат исключаются. Если была допущена неправильная или ошибочная запись, то рядом с этой записью делается пометка «ошибочная запись», ставится подпись врача, время и дата.

При написании разделов истории болезни, указании назначаемых средств (лекарственных препаратов), рекомендуется использовать латинскую терминологию.

## МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНОГО

Одна из важнейших задач написания истории болезни – обучение студентов семиологии и навыкам полного клинического обследования. Условием полноты информации является плановость, методичность и систематичность исследования, то есть строгое выполнение рекомендаций унифицированной схемы истории болезни (утв. МЗ РФ).

История болезни начинается с расспроса: (общие паспортные сведения о больном, затем выясняют основные жалобы и проводят опрос по системам и органам); изучают историю заболевания и жизни и только затем приступают к объективному обследованию больного (оценивают *status praesens*), применяя последовательно такие методы как: осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация.

Расспрос жалоб больного позволяет достаточно точно установить заинтересованность определенной системы и её функциональное состояние (система дыхания, кровообращения, пищеварительная и так далее). Важно детализировать жалобы, это дает неоценимую информацию о характере патологического процесса (воспаление, дистрофия, опухоль); его этиологии, патогенезе, фазе течения заболевания. Это возможно при условии знания патофизиологических основ каждой жалобы.

История настоящего заболевания – также очень важная часть расспроса. При сборе анамнеза заболевания необходимо получить исчерпывающий ответ на каждый вопрос этого раздела в соответствии со схемой опроса. Наиболее частая ошибка студента – это поверхностное представление о первых признаках заболевания, их динамике на начальных этапах течения болезни, особенности последующих обострений, причинах и клинических проявлениях заболевания перед госпитализацией, мотивах госпитализации и, наконец, отсутствие представления о динамике симптомов от момента госпитализации до начала курации. Важно узнать и отразить в истории болезни результаты выполненных исследований, диагностические суждения врача, характер и эффективность проводимого лечения.

В анамнезе жизни постараться выявить факторы, способствовавшие развитию настоящего заболевания.

Методы клинического (физикального) исследования – осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация – дают врачу возможность объективно оценить физическое, а через него и функциональное состояние органов и систем, выявить симптомы, характерные для определенных патологических процессов. Здесь также важны последовательность и полнота обследования.

Проведя расспрос и физикальное исследование больного, необходимо осмыслить полученные данные, определить диагностические гипотезы, изучить литературу (учебник, дополнительную литературу по рекомендации преподавателя), наметить план обследования больного, указав конкретно методы и их целесообразность.

После этого студент представляет курируемого больного преподавателю с подробным изложением полученных результатов проведенных исследований. По просьбе преподавателя студент должен уметь продемонстрировать технику физического исследования (практические навыки) любого органа или системы и объяснить патогенез имеющихся симптомов.

За время курации, начиная со 2-го дня посещения, студент пишет дневник наблюдения за больным в течении 3–5 дней в соответствии с рекомендациями в схеме обследования.

После предварительного заключения о сущности заболевания, то есть, сформулировав предварительный диагноз, намечают план лабораторно–диагностического, инструментального исследования и лечения больного. В дальнейшем в историю болезни заносятся все сведения о больном в динамике вплоть до выписки его из клиники.

Лабораторно–инструментальное обследование курируемого больного идет в соответствии с планом лечащего врача. Воспользоваться этими данными студент может лишь после того, как отчитается перед преподавателем по расспросу и объективному обследованию больного. Из врачебной истории болезни студенту следует выбрать те исследования, которые необходимы для подтверждения предполагаемого диагноза. Важно представить имеющиеся данные в динамике. Такой порядок обследования больного и написания истории болезни позволяет избежать упущений и ошибок в постановке диагноза и лечении больного.

Необходимо помнить, что в процессе обследования больного не все данные могут быть получены от него в той строгой последовательности, которую необходимо соблюдать при написании истории болезни. Это связано с тем, что не все больные могут последовательно изложить жалобы и динамику своего заболевания. Поэтому рекомендуется предварительно записать полученные данные на отдельном листе бумаги, а затем оформить их в необходимой последовательности в истории болезни.

Процесс постановки диагноза часто идет параллельно обследованию больного. Формирование диагностической концепции нередко начинается уже со сбора паспортных данных. Известно, что в молодом возрасте преобладают

воспалительные заболевания; в зрелом и старческом возрасте – сердечно-сосудистые заболевания, болезни органов бронхо-лёгочной системы, нарушения обмена веществ. Для каждого пола также характерны определенные виды патологии. Женщины чаще страдают ревматическими болезнями, желчно-каменной болезнью, анемией; мужчины – обструктивными заболеваниями органов дыхания, ишемической болезнью сердца, язвенной болезнью. Информация о профессии больного, месте его работы может быть полезной в диагностике ряда профессиональных заболеваний (силикоз, пылевой бронхит, вибрационная болезнь, интоксикация нефтепродуктами). Особенности условий труда могут способствовать развитию так называемых профессионально обусловленных заболеваний.

Сведения о месте проживания больного иногда могут помочь в диагностике некоторых заболеваний, имеющих наибольшее распространение в определенных регионах (эндемический зоб, малярия).

Завершающим и исключительно ответственным этапом курации и написании истории болезни является раздел оформления синдромального диагноза и его обоснования. Процесс возникновения различных диагностических гипотез, как правило, начинается уже с расспроса. При объективном и лабораторно-инструментальном обследовании – с накоплением фактов они могут подтверждаться или исключаться. При этом могут возникать новые диагностические предположения, требующие обоснования. Нередко при обследовании больного можно выявить особые симптомы, которые служат «ключом» к диагнозу (например, «поза просителя» при анкилозирующем спондилоартрите болезни Бехтерева); «мелодия митрального стеноза» при аускультации сердца при митральном пороке сердца, выявление в мокроте ВК(+) – при туберкулезе легких). Однако чаще всего постановка диагноза – это сложный поэтапный процесс, требующий глубоких знаний анатомии, физиологии, патологической физиологии, биохимии, патологической анатомии, определенных навыков, а также знаний общей методологии диагноза (методика аналогии, индуктивный метод, синтетический метод диагностики). Завершающим этапом начальной фазы синтеза является формирование синдрома – промежуточной ступени нозологического диагноза.

При оформлении в истории болезни раздела «Диагноз и его обоснование» студент может пользоваться любым из имеющихся методов диагностики, но предпочтение следует отдать синтетическому, основанному на рациональном сборе симптомов, глубоком их анализе, группировке.

Раздел «Обоснование» диагноза может излагаться свободным стилем. Желательно, чтобы в нём была отражена глубина и последовательность анализа симптомов, логичность формирования малых и больших синдромов, перечислены по возможности все нозологические формы, которые могли обусловить имеющийся синдром.

При составлении истории болезни важно соблюдать деонтологические принципы, уметь внести в атмосферу общения с больным доверие, уважение и доброжелательность.

## СХЕМА ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ

1. Паспортная часть: фамилия, имя, отчество, возраст, образование, место работы, профессия, занимаемая должность, адрес регистрации, адрес проживания, контактный телефон, дата и время поступления, вид госпитализации (экстренная, плановая), вид транспортировки (самостоятельно, на кресле, на каталке), диагноз направившего учреждения.
2. Жалобы: опрос по всем системам и органам.
3. Анамнез заболевания.
4. Анамнез жизни.
5. Объективное исследование пациента.
6. Предварительный диагноз (обоснование и формулировка) – основное заболевание, осложнение основного заболевания, сопутствующие заболевания, осложнения сопутствующих заболеваний.
7. План обследования пациента.
8. Данные лабораторно–инструментальных методов исследования и заключения консультантов.
9. Дифференциальный диагноз основного и сопутствующих заболеваний.
10. Клинический диагноз – основное заболевание, осложнение основного заболевания, сопутствующие заболевания и их осложнения.
11. Лечение и его обоснование.
12. Дневники курации.
13. Эпикризы (этапный, переводной, выписной, посмертный).
14. Прогноз (для здоровья, для жизни, для труда).
15. Профилактика обострений заболевания (первичная, вторичная).
16. Литература (использованная для написания истории болезни с указанием выходных данных и страниц).

### Титульный лист

Титульный лист оформляется согласно требованиям вуза. На титульном листе указывается:

ВУЗ

КАФЕДРА

Преподаватель

Данные курируемого пациента

Клинический диагноз: Основное заболевание, Осложнения, Сопутствующие заболевания

Данные куратора–студента, курс, группа, специальность

Время курации

Город, год



## I. Паспортная часть

1. ФИО пациента
2. Пол
3. Возраст
4. Постоянное место жительства
5. Место работы/учебы, профессия или должность
6. Дата поступления в стационар (при неотложных состояниях указать часы и минуты)
7. Даты курации

## II. Жалобы

В этот раздел заносятся только основные жалобы больного, предъявляемые им в день курации (осмотра), и проводится их детальная характеристика. К основным жалобам относят болезненные (беспокоящие) ощущения, явившиеся непосредственным поводом для обращения больного к врачу. Варианты вопросов:

1. На что жалуется пациент?
2. Точная локализация и иррадиация болезненных явлений.
3. Время появления (днем, ночью).
4. Факторы, вызывающие болезненные ощущения (физическое или психическое напряжение, прием пищи).
5. Характер болезненного явления, например, характер боли: сжимающий, колющий, жгучий, постоянный, приступообразный и так далее: его интенсивность и продолжительность.
6. Чем купируются болезненные (беспокоящие) явления?

По приведенной примерной схеме вопросов в дальнейшем проводится детализация каждой основной жалобы пациента. Например, больной жалуется на повышение температуры (лихорадку). Варианты вопросов:

1. Характер лихорадки (постоянная, преходящая).
2. Как быстро повышается температура тела?
3. Сопровождается ли подъем температуры тела ознобами?
4. Пределы колебаний температуры тела в течение суток.
5. Длительность лихорадочного периода.
6. Как изменяется самочувствие больного в период повышения температуры.
7. Что снижает температуру тела?

При отсутствии у больного жалоб в момент опроса студент заносит в этот раздел жалобы, с которыми больной поступил в клинику (жалобы при поступлении).

### **III. История развития настоящего заболевания (anamnesis morbi)**

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

1. С какого времени считает себя больным?
2. Где и при каких обстоятельствах заболел впервые?
3. Факторы, способствовавшие началу заболевания.
4. С каких признаков началось заболевание?
5. Первое обращение к врачу. Результаты проводившихся исследований, имеющих диагностическое значение, диагноз заболевания, медицинская и врачебная помощь в тот период, её эффективность.
6. 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 другие методы), эффективность проводившейся терапии;
  - г) трудоспособность за период заболевания.
7. Подробное описание настоящего обострения заболевания, заставившего больного обратиться к врачу;
8. Трудоспособность за период заболевания.

### **IV. История жизни (anamnesis vitae)**

Год и место рождения, в какой семье родился, каким ребёнком по счету, как рос и развивался.

Образование: неполное или полное среднее, специальное среднее или высшее образование, когда и где закончил учебное заведение.

Отношение к военной службе, участие в боевых действиях (если был освобожден или демобилизован, то указать, по какой причине).

Семейно–половой анамнез. Для женщин – время появления менструаций, продолжительность менструального цикла, длительность менструальных выделений, их количество. 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.

Бытовой анамнез. Жилищные и санитарно–гигиенические условия в быту (площадь помещений, их характеристика, наличие удобств). Количество проживающих на данной жилплощади лиц.

Питание. Режим и регулярность питания, её разнообразие, калорийность.

Вредные привычки. Курение, с какого возраста, в каком количестве.

*Расчет индекса курящего человека (ИК) проводится следующим образом: количество сигарет, выкуриваемых в течение дня, умножается на число месяцев в году, в течение которых человек курит.*

Если результат превысит 120, то необходимо рассматривать симптомы – кашель, отхождение мокроты, одышку как проявление бронхита курящего человека.

Если индекс составит  $20 \times 12 = 240$  – это «злостный» курильщик, то риск заболеваний легких – ХОБЛ, рак легких, а также атеросклероза, артериальной гипертензии и ИБС достаточно велик.

Другая расчетная формула: учитывает стаж курящего человека и выражается через индекс «пачка / лет». Рассчитать индекс «пачка/лет» можно по формуле:

*ИК (пачек/лет) = количество выкуриваемых сигарет в день умножается на стаж курения (годы) и делится на 20*

ИК > 10 пачек/лет является достоверным фактором риска развития ХОБЛ.

Употребление алкоголя, с какого возраста, в каком количестве.

Употребление наркотиков.

Чрезмерное употребление крепкого чая, кофе.

Перенесенные заболевания: в хронологической последовательности излагаются все перенесенные заболевания, операции, ранения, травмы, контузии с указанием возраста больного, длительности и тяжести этих заболеваний, травм и их осложнений и проводившегося лечения. Особо указать на перенесённые инфекционные заболевания, венерические болезни, туберкулёз.

Наследственность: родители, братья, сёстры, 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 психических заболеваний, геморрагических диатезов, алкоголизма, в анамнезе – туберкулёза.

Отметить, переливалась ли ранее кровь, кровезаменители и были ли реакции на их введение.

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).

Данные о страховой организации пациента по ОМС (обязательное медицинское страхование) или ДМС (дополнительное медицинское страхование): название организации, вид страхования.

## V. Настоящее состояние (*status praesens*) общий осмотр (*inspectio*)

Общее состояние больного: удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое.

Сознание: ясное, нарушенное (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 и т.д.).

Основные антропометрические показатели:

1. Рост (в см)

2. Масса тела (в кг)

3. Окружность грудной клетки (в см на уровне 4-го межреберья): при спокойном дыхании, на глубоком вдохе, на максимальном выдохе, экскурсия грудной клетки

*Индекс Кетле: масса тела (кг)/рост (м<sup>2</sup>).*

18,5–24,9 – нормальный диапазон массы тела;

избыточное питание – 25–29,9;

больше 30–40 – ожирение;

меньше 18,5 – дефицит массы тела.

Выражение лица: спокойное, безразличное, маскообразное, тоскливое, страдальческое, возбужденное, утомленное, Лицо Корвизара, *facies febris*, *facies nephritica*, *facies mitralis*, *facies Hippocratica*, *facies Basedovica* и др.

*Симптом Цауфаля – признак позднего врожденного сифилиса: седловидный нос.*

*Симптом Елинека – возможный признак гипертиреозидизма: коричневая пигментация кожи.*

*Симптом Гетчинсона – признак позднего врожденного сифилиса: долотообразные верхние средние резцы с полулунной выемкой по свободному краю.*

*Симптом Кайзера–Флейшера – признак гепатоцеребральной дегенерации: желтовато-зеленоватая или бурая пигментация каймы роговицы.*

Кожные покровы: цвет (физиологической окраски, розовый, смуглый, красный, синюшный, желтушный, бледный, землистый).

Пигментации и депигментации (лейкодерма), их локализация.

Высыпания: форма сыпи (розеола, папула, пустула, везикула, эритема, пятно, лихорадочные высыпания); 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.

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

Влажность кожи. Тургор кожи. Тип оволосения.

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

Ногти: форма («часовые стекла», «койлонихии»), цвет (розовый, синюшный, бледный), поперечная или продольная исчерченность, ломкость ногтей.

Подкожно-жировая клетчатка: развитие (умеренное, слабое, чрезмерное), места наибольшего отложения жира (на животе, руках, бёдрах).

Отёки: их локализация (конечности, поясница, живот), распространённость (местные или общие – анасарка), выраженность (пастозность, умеренные или резко выраженные отёки), консистенция отеков.

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

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

*Симптом Вирхова – возможный признак рака желудка: наличие одного или нескольких мягких безболезненных лимфатических узлов над левой ключицей.*

*Симптом Труазье – увеличение подключичных лимфатических узлов может указывать на злокачественную опухоль в средостении или в брюшной полости.*

Мышцы: степень развития (удовлетворительная, хорошая, слабая, атрофии и гипертрофии мышц). Тонус: сохранен, снижен, повышен (ригидность мышц).

Сила мышц. Болезненность и уплотнения при ощупывании.

Кости: форма костей, наличие деформаций, болезненность 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, объём активных и пассивных движений в суставах.

*Симптом Гебердена – симметричные твердые узелки на внутренней стороне дистальных суставов, преимущественно пальцев рук и ног.*

## VI. Исследование систем организма

### СИСТЕМА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

#### Жалобы

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

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

*Кровохарканье* (haemoptoe): количество крови (прожилки, сгустки или чистая кровь); цвет крови (алая, тёмная, 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); характер одышки (инспираторная, экспираторная, смешанная).

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

*Лихорадка* (febris): повышение температуры и пределы её колебаний в течении суток. Быстрота повышения температуры и длительность лихорадочного периода. Потливость, ознобы.

#### Осмотр

**Нос:** дыхание через нос (свободное, затруднённое). Отделяемое из носа, его характер и количество. Носовые кровотечения.

**Область гортани:** деформации и припухлость в области гортани. Голос (громкий, тихий, чистый, сиплый, отсутствие голоса – афония).

**Грудная клетка:** форма грудной клетки: нормостеническая (коническая), гиперстеническая, астеническая, патологическая форма (эмфизематозная или бочкообразная, паралитическая, ладьевидная, рахитическая, воронкообразная).

**Угол Людовика** – угол между рукояткой грудины и её телом.

**Выраженность над- и подключичных ямок** (выпяченные, запавшие, втянутые); **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).

**Искривление позвоночника:** кифоз, лордоз, сколиоз, кифосколиоз.

**Окружность грудной клетки, экскурсия грудной клетки на вдохе и выдохе.**

Дыхание: тип дыхания (грудной, брюшной, смешанный); симметричность дыхательных движений (отставание в акте дыхания одной стороны); участие в дыхании вспомогательной мускулатуры; число дыханий в минуту, глубина и ритм дыхания (поверхностное, глубокое, в том числе – дыхание Куссмауля, Чейн–Стокса, Биота, Грокка); объективные признаки затруднения вдоха и 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).

Оценка равномерности участия грудной клетки в акте дыхания.

Определение частоты дыхания в покое.

### Перкуссия

*Сравнительная перкуссия:* характер перкуторного звука над симметричными участками грудной клетки (звук ясный лёгочный, притупленный, тупой, коробочный, тимпанический, притуплено–тимпанический) с точным определением границ каждого звука по рёбрам и топографическим линиям.

*Симптом Эрли – признак каверны, содержащей жидкость:* при перкуссии над каверной, локализующейся в верхушке лёгкого, нередко возникает кашель, после которого появляется тимпанический звук.

### Топографическая перкуссия

Топографическая линия	Правое лёгкое	Левое лёгкое
<i>Верхняя граница лёгких</i>		
Высота стояния верхушек спереди	на 2–3 см выше ключицы	
Высота стояния верхушек сзади	на уровне остистого отростка VII шейного позвонка	
<i>Нижняя граница лёгких</i>		
Окологрудинная	5 ребро	не определяется
Среднеключичная	6 ребро	не определяется
Передняя подмышечная	7 ребро	
Средняя подмышечная	8 ребро	
Задняя подмышечная	9 ребро	
Лопаточная	10 ребро	
Околопозвоночная	на уровне остистого отростка XI грудного позвонка	

## Определение активной и пассивной подвижности нижних краёв лёгких

Топографическая линия	Правое лёгкое		Левое лёгкое	
	активная	пассивная	активная	пассивная
Средняя подмышечная	7 см	2 см	5 см	1 см
Задняя подмышечная	6 см	1 см	4 см	1 см
Лопаточная	5 см	1 см	4 см	1 см

### Аускультация

Основные дыхательные шумы: характер основных дыхательных шумов над симметричными отделами лёгких (везикулярное, ослабленное, усиленное, жесткое, бронхиальное, амфорическое, дыхание с металлическим оттенком, отсутствие основных дыхательных шумов).

Побочные дыхательные шумы: хрипы (сухие или влажные), крепитация, шум трения плевры, их локализация и характеристика.

Бронхофония: определение бронхофонии над симметричными участками лёгких (одинаковая с обеих сторон, усилена или ослаблена с одной стороны).

## СИСТЕМА ОРГАНОВ КРОВООБРАЩЕНИЯ

### Жалобы

*Боль (dolor)* в области сердца:

- локализация (за грудиной, в области верхушки сердца, слева от грудины на уровне II–V ребер);
- характер (сжимающие, колющие, давящие, ноющие);
- интенсивность;
- постоянные или приступообразные;
- продолжительность болей;
- условия возникновения (при физической нагрузке, эмоциональном напряжении, в покое);
- чем купируются (валидол, нитроглицерин, седативные средства).

*Одышка (dyspnoe)*: условия возникновения (при физической нагрузке, эмоциональном напряжении, в покое), характер и длительность одышки, чем купируется.

*Удушье (asthma)*: время и условия возникновения (днем, ночью, в покое или при физической нагрузке); продолжительность приступов, их купирование.

*Сердцебиение, перебои в сердце*: характер аритмии (постоянный, приступообразный, эпизодический); продолжительность приступов, их частота, условия возникновения; чем купируются.

*Отёки (oedema)*: их локализация (конечности, поясница, лицо, живот); их выраженность (пастозность, умеренно выраженные, резко выраженные); время и условия возникновения (к концу рабочего дня, после физической нагрузки, постоянные), распространённость (местные или общие типа анасарки).



## **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 (qibbus cardiacus); видимые пульсации (верхушечный толчок, сердечный толчок, эпигастральная пульсация, атипичная пульсация в области сердца, их характеристика (локализация, распространенность, сила, отношение к фазам сердечной деятельности).

*Симптом Буйо – признак слипчивого перикардита: постоянное втяжение предсердной области.*

*Симптом Жакку – признак слипчивого перикардита: втяжение межрёберных промежутков в области сердца во время систолы.*

*Симптом Лукина – возможный признак застойного септического эндокардита: наличие петехий с бледноватым центром на конъюнктиве.*

*Симптом Ослера – признак микроэмболии у больных септическим эндокардитом: мелкие болезненные эритематозные припухлости на кончиках пальцев.*

*Симптом Мюссе – признак недостаточности аортальных клапанов и аневризмы аорты: подрагивание головы в ритме сердечных сокращений.*

*Симптом Плеша – положительный симптом патогномичен для недостаточности правого желудочка. Для его проверки больного, лежащего с низким изголовьем, просят повернуть голову на бок, чтобы хорошо контурировались шейные вены и затем надавливают на печень. Положительный симптом доказывает, что печень увеличена в объёме именно за счет избытка жидкости, которая при надавливании вытесняется из неё в полые вены. Если надавливание на печень не вызывает набухания шейных вен, симптом Плеша отрицательный.*

## **Пальпация**

Верхушечный толчок: его локализация (указать межреберье и отношение к левой среднеключичной линии); сила (ослабленный, нормальный, усиленный, приподнимающийся); площадь (ограниченный, разлитой), высота, резистентность.

Сердечный толчок: его локализация, сила, площадь.

Эпигастральная пульсация: её характер (связь с пульсациями брюшной аорты, сердца, печени); сила; распространённость (ограниченная или разлитая).

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

Определение пальпаторной болезненности и зон гиперестезии в прекардиальной области.

*Симптом Шапиро – начальный признак сердечной недостаточности: если больной из положения стоя переходит в положение лежа, частота пульса не уменьшается.*

## Перкуссия

### Границы абсолютной и относительной тупости сердца

Границы тупости	Относительная	Абсолютная
Правая в IV межреберье	На 0,5–1 см кнаружи от правого края грудины	По левому краю грудины
Левая в V межреберье	По левой срединно-ключичной линии или на 0,5 см кнутри	Совпадает с границей относительной сердечной тупости
Верхняя	На уровне III ребра	На уровне IV ребра

Поперечник относительной тупости сердца (в см) = 11–13 см

Ширина сосудистого пучка (в см) – 5–6 см (в норме не выходит за границы правого и левого края грудины)

Конфигурация сердца (нормальная, митральная, аортальная).

## 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 в I и IV точках аускультации, его наличие, громкость (нормальная звучность, ослабленный, усиленный, хлопающий); расщепления или раздвоения первого тона.

Второй тон во II и III точках аускультации, их наличие, громкость (нормальное звучание, ослабленный, усиленный, хлопающий); расщепление или раздвоение второго тона.

Дополнительные тоны: третий тон, щелчок открытия митрального клапана: ритм перепела, ритмы галопа.

### ШУМЫ

Отношение к фазам сердечной деятельности (систолический, диастолический, пресистолический, протодиастолический, мезодиастолический).

Место наилучшего выслушивания шума.

Проведение шума.

Характер шума (мягкий, дующий, скребущий, грубый), его тембр (высокий, низкий), сила (слабый, интенсивный); продолжительность (короткий, длинный, нарастающий, убывающий).

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

Оценка генеза шума: органический–функциональный, сердечный–внесердечный, систолический–диастолический.

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

Кардиопульмональный шум.

Плевроперикардальный шум.

*Симптом Риверо–Корвалло* – усиление систолического шума на высоте вдоха и ослабление его при форсированном выдохе (наблюдается при недостаточности трехстворчатого клапана).

*Симптом Сиротинина–Куковерова* – признак поражения аорты (сужение устья аорты): появление или усиление акцента II тона или систолического шума над аортой при подъёме рук над головой.

*Симптом Стражеско* – признак ослабления левого желудочка при аортальной недостаточности: добавочный тон на верхушке сердца в прото– или мезодиастоле («ритм галопа»).

## ИССЛЕДОВАНИЕ СОСУДОВ

*Исследование артерий*: осмотр и пальпация височных, сонных, лучевых, подколенных артерий и артерий тыла стопы; выраженность пульсаций, эластичность, гладкость артериальной стенки, извитость артерий. Симптом «червячка». Определение пульсации аорты в яремной ямке. Выслушивание сонных и бедренных артерий (двойной тон Траубе, двойной шум Виноградова–Дюрозье).

Артериальный пульс: артериальный пульс на лучевых артериях, сравнение пульса (наполнение, напряжение, величина, форма, скорость, дефицит):

- синхронность пульсовой волны (определяется на обеих руках);
- ритм: регулярный (p. regulari), не регулярный, аритмичный (p. irregularis);
- частота в минуту: p. frequens (частота более 80 в мин.), p. rarus (частота менее 60 в мин.);
- состояние сосудистой стенки;
- напряжение: твёрдый (p. durus), мягкий (p. mollis);
- наполнение: полный (p. plenus), пустой (p. vacuus);
- величина: большой (p. altus), малый (p. parvus);
- форма: скорый и большой (p. celer), медленный и малый (p. tardus), дикротический;
- соответствие этих качеств на обеих лучевых артериях исследуемого (pulsus differens – при односторонних облитерирующих заболеваниях крупных артерий и при наружной компрессии крупных артерий);
- дефицит пульса (p. deficiens): наличие разницы между числом сердечных сокращений и пульсовых волн, подсчитываемых в течение одной минуты при наличии у пациента мерцательной аритмии.

*Симптом Савельева–Попова* – асимметрия пульса на лучевых артериях: снижение амплитуды пульсовой волны на левой лучевой артерии по сравнению с правой из-за сдавления левой подключичной артерии увеличенным левым предсердием (при митральном стенозе).

Исследование капиллярного пульса (признак недостаточности аортального клапана):

- симптом Квинке – вторичный капиллярный пульс в области ногтевых фаланг;
- пульсация радужки (симптом Ландольфи – сужение зрачка во время систолы и расширение его во время диастолы);
- пульсация пятна дермографизма (оценивается в области лба);
- пульсация красной каймы губ, при прижатии к ней предметного стекла (симптом Мюллера);
- покраснение и побледнение пульсации мягкого неба (симптом Мюллера);
- капилляроскопия.

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 расширенных вен грудной клетки, брюшной стенки, конечностей с указанием места и степени расширения. Уплотнения и болезненность вен с указанием вены и протяженности уплотнения или болезненности.

*Симптом Виноградова – признак недостаточности трехстворчатого клапана:* при сильной пульсации шейных вен наблюдается синхронное движение головы назад.

*Симптом Ланчини – признак порока трехстворчатого клапана:* выраженное наполнение яремных вен во время систолы вместо наблюдаемого у здоровых людей некоторого спадения этих же вен.

*Симптом Труссо – ранний признак рака органов брюшной полости:* тромбофлебит сосудов конечностей.

## **СИСТЕМА ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ**

### **Жалобы**

*Боли (dolor)* в животе: локализация, иррадиация, интенсивность, длительность, условия возникновения и связь с приёмом 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).

*Диспептические (dyspepsia) явления:* затруднение глотания при прохождении пищи по пищеводу, тошнота, рвота, отрыжка, изжога, вздутие живота. Детальная характеристика, степень выраженности этих явлений, отношение к приему пищи, её качеству, количеству, чем купируются диспептические явления.

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

*Извращение вкуса (pica floratica):*

*Стул:* частота за сутки, количество (обильное, умеренное, небольшое), консистенция кала (оформленный, жидкий, кашицеобразный, твёрдый,

«овечий»), цвет кала (коричневый, жёлто–коричневый, жёлтый, серо–белый, дёгтеобразный). Указать тип формы кала согласно Бристольской шкалы:

*Тип 1 Отдельные твердые комки, как орехи, трудно продвигаются.*

*Тип 2 В форме колбаски, но комковатый.*

*Тип 3 В форме колбаски, но с ребристой поверхностью.*

*Тип 4 В форме колбаски или змеи, гладкий и мягкий.*

*Тип 5 Мягкие маленькие шарики с ровными краями.*

*Тип 6 Рыхлые частицы с неровными краями, кашицеобразный стул.*

*Тип 7 Водянистый, без твердых частиц.*

**Кровотечения:** признаки пищеводного, желудочного, кишечного и геморроидального кровотечения (рвота с кровью, «кофейной гущей», чёрный дёгтеобразный стул – «мелена», свежая кровь в кале).

## **Осмотр**

Полость рта: язык (окраска, влажность, состояние сосочкового слоя, наличие налетов, трещин, язв). Состояние зубов. Дёсны, мягкое и твердое нёбо (окраска, налёты, гемorragии, изъязвления). Зев (окраска, краснота, припухлость, налёты).

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), расхождения прямых мышц живота и наличие грыж белой линии, перитонеальные симптомы (симптом Менделя, симптом Щёткина–Блюмберга).

*Симптом Грота – признак хронического панкреатита: наличие «пояса» атрофии подкожно–жирового слоя соответственно топографическому положению поджелудочной железы.*

*Симптом Бувере – возможный признак сужения привратника: видимая через брюшную стенку перистальтика желудка у истощённых больных.*

*Симптом Валя – признак непроходимости кишечника: локальный метеоризм или выпячивание проксимального отдела кишечника.*

*Симптом Менделя – возможный признак язвы желудка или 12пк: боль в эпигастрии при перкуссии кончиками пальцев передней брюшной стенки.*

*Симптом Щёткина–Блюмберга – усиление боли в животе при быстром снятии пальпирующей руки с брюшной стенки после лёгкого надавливания (перитонеальный симптом).*

Болевые точки Боаса, Опенховского, Гербста.

*Точки Боаса: передние – на 2–3 см ниже мечевидного отростка по срединной линии или несколько правее; задние – в области поперечных отростков X–XII грудных позвонков (наличие болезненности – симптом язвы желудка).*

*Точки Опенховского: болезненность в области остистых отростков X–XII грудных позвонков (при язвенной болезни 12пк).*

*Точка Гербста: болезненность в области поперечного отростка III поясничного позвонка (признак язвенного поражения пилорического отдела желудка).*

Методическая глубокая скользящая пальпация по Образцову–Стражеско: определение локализации, болезненности, размеров, формы, консистенции, характера поверхности, подвижности и урчания сигмовидной, слепой кишки, поперечно–ободочной, восходящей, нисходящей ободочной кишки, нижней границы 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 размеры, консистенция, болезненность, смещаемость, локализация и возможная связь с тем или иным органом брюшной полости.

*Симптом Василенко – возможный признак стеноза привратника: шум плеска, возникающий при пальпации справа от средней линии (проводится натоцак).*

## **Аускультация**

Характеристика выслушиваемой перистальтики кишечника.

Шум трения брюшины.

Сосудистые шумы.

## **ПЕЧЕНЬ И ЖЕЛЧНЫЙ ПУЗЫРЬ**

### **Жалобы**

*Боль (dolor) 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); чем купируются боли.*

*Диспептические (dyspepsia) явления: тошнота, рвота (характер рвотных масс, их количество), отрыжка; условия возникновения диспептических явлений, связь с приёмом пищи, чем купируются.*

*Желтуха (icterus): связь с болями в правом подреберье и диспептическими явлениями; кожный зуд. Изменение цвета мочи, кала.*

*Лихорадка (febris): повышение температуры и пределы её колебаний в течение суток. Быстрота повышения температуры и длительность лихорадочного периода, связь с болями в правом подреберье с диспептическими явлениями, желтухой. Что снижает температуру тела. Потливость. Ознобы.*

## **Осмотр**

Наличие ограниченного выпячивания в области правого подреберья, ограничения этой области в дыхании. Венозные коллатерали – «голова медузы».

*Симптом Тужилина (симптом «красных капелек») – возможный признак хронического панкреатита: ярко-красные пятна малых размеров (аневризмы мелких сосудов) на коже живота, спины, груди.*

## **Перкуссия**

Перкуторное определение границ абсолютной тупости печени по методу Образцова:

Верхняя граница абсолютной тупости печени: по правой парастернальной и правой срединно–ключичной линиям (указать по какому ребру, в норме – на уровне 6–го ребра); по передней подмышечной линии (указать по какому ребру, в норме – на уровне 7–го ребра).

Нижняя граница абсолютной тупости печени: по правой парастернальной линии (указать где, в норме располагается, примерно на 2 см ниже края рёберной дуги); по правой срединно–ключичной линии (указать где, в норме – по краю рёберной дуги); по передней подмышечной линии (указать где, в норме – по 10–му ребру); по передней срединной линии (указать где, в норме – на границе верхней и средней трети расстояния от пупка до мечевидного отростка); по левой реберной дуге (указать где, в норме – на уровне левой парастернальной линии).

Размеры печени по Курлову:

по правой срединно–ключичной линии (в см) – в норме  $9\pm 2$  см;

по передней срединной линии (в см) – в норме  $8\pm 2$  см;

по левой реберной дуге (в см) – в норме  $7\pm 1$  см.

Поколачивание по правой реберной дуге: наличие симптома Грекова–Ортнера.

*Симптом Кларка – признак перфорации язвы желудка, а также выраженного метеоризма: при перкуссии исчезновение печёночной тупости.*

*Симптом Грекова–Ортнера – признак заболевания печени и желчевыводящих путей: поколачивание краем ладони на высоте вдоха по правой рёберной дуге вызывает боль.*

*Симптом Лепене – признак заболевания печени и желчевыводящих путей: поколачивание краем ладони по правому подреберью вызывает боль.*

## **Пальпация**

Печень: уточнение нижних границ печени по среднеключичной и передней срединной линии, характера края печени (острый или закругленный, мягкий или плотный, болезненный или безболезненный) характеристика поверхности печени (при её увеличении): поверхность гладкая, зернистая, бугристая.

Желчный пузырь: характеристика желчного пузыря, его прощупываемости, болезненности, в холедо–панкреатической зоне, а также наличие симптомов: Кера, Курвуазье и френикус–симптомы – Мюсси–Георгиевского.

*Симптом Кера – признак холецистита: боль при вдохе во время пальпации правого подреберья.*

*Симптом Курвуазье – возможный признак закупорки общего желчного протока: сильно увеличенный желчный пузырь у больных с механической желтухой.*

*Симптом Мерфи – признак патологии желчного пузыря: болезненность при равномерном надавливании ладонью в область желчного пузыря, на глубоком вдохе.*

*Симптом Мюсси–Георгиевского – признак поражения желчного пузыря (часто острого холецистита): болезненность при пальпации между ножками грудино–ключично–сосцевидной мышцы (френикус–симптом).*

## **СЕЛЕЗЁНКА**

### **Жалобы**

*Боль (dolor) в левом подреберье: характеристика болей (постоянные или приступообразные, острые или тупые, ноющие), интенсивность боли; её длительность, иррадиация, условия возникновения (связь с изменением положения тела, физической нагрузкой, приемом пищи)*

### **Осмотр**

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

### **Перкуссия**

*Определение продольного и поперечного размера селезёнки (в см) между IX и XI рёбрами слева (в норме продольный – 6–8 см., поперечный – 4–6 см).*

### **Пальпация**

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

### **Аускультация**

*Наличие шума трения брюшины в области подреберья.*

## **ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА**

### **Жалобы**

*Боль (dolor): локализация (в верхней половине живота), иррадиация (опоясывающие боли), характер болей (острые, тупые, постоянные,*



приступообразные), условия возникновения (связь с приемом пищи, алкоголя, с физической нагрузкой), чем купируются.

*Диспептические (dyspepsia) явления:* аппетит, тошнота, рвота, метеоризм, поносы, запоры, их подробная характеристика.

### **Пальпация**

Проекция поджелудочной железы: срединная линия от мечевидного отростка до пупка делится на трети. Между верхней и средней третями проводят горизонтальную линию влево до левой рёберной дуги, вправо – вдвое меньше, чем влево, то есть  $2/3$  горизонтальной линии находятся слева, а  $1/3$  – справа. Резистентности при пальпации в проекции поджелудочной железы обычно нет, так как она располагается забрюшинно. Сама поджелудочная железа пальпируется редко. При её увеличении иногда удается прощупать плотный, болезненный тяж. Наличие болезненности, увеличения и уплотнения поджелудочной железы. Зона Шоффара (симметрично слева – зона Губергрица), болевая точка Дежардена (слева симметрично – точка Губергрица), боль в точке Мэйо–Робсона (при надавливании в левом рёберно-позвоночном углу), симптом Мюсси слева.

*Симптом Кача – признак хронического панкреатита: кожная гиперестезия в зонах иннервации ThVIII сегмента слева.*

*Зона Шоффара – холедохопанкреатодуоденальная зона – расположена между биссектрисой верхнего правого угла и срединной линией. (Верхний правый угол – пересечение срединной линии и горизонтальной линии на уровне пупка).*

*Зона Губергрица–Скульского расположена слева симметрично зоне Шоффара. Точка Дежардена – на 5–6 см выше пупка по линии, соединяющей пупок и правую подмышечную впадину. Болезненность в этой точке свидетельствует о поражении головки поджелудочной железы.*

*Точка Губергрица – слева симметрично т. Дежардена: поражение тела поджелудочной железы.*

*Точка Мейо–Робсона – боль при надавливании в левом рёберно–позвоночном углу, свидетельствует о патологии хвоста поджелудочной железы.*

*Симптом Мюсси: слева – боль при надавливании между ножками грудино–ключично–сосцевидной мышцы у прикрепления к медиальному краю ключицы.*

*Симптом Воскресенского – отсутствие пульсации брюшной аорты. Этот симптом неблагоприятен, т.к. свидетельствует о значительном увеличении поджелудочной железы, которая «сдавливает» аорту.*

## **СИСТЕМА ОРГАНОВ МОЧЕВЫДЕЛЕНИЯ**

### **Жалобы**

*Боль (dolor): её локализация (в поясничной области, внизу живота, по ходу мочеточников); 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); чем купируются боли.

*Мочеиспускание*: количество мочи за сутки (наличие полиурии, олигурии, анурии или задержки мочи – ишурии).

*Дизурические (dysuria) 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–жёлтый, насыщенно жёлтый, темный цвет «пива», красный, цвет «мясных помоев»); прозрачность мочи, наличие примесей крови в начале мочеиспускания, во всех порциях).

*Отёки (oedema)*: локализация, время появления (утром, вечером, на протяжении суток); условия возникновения или усиления отёков (питьевая нагрузка, избыточный приём соли); скорость нарастания отёков; факторы, способствующие уменьшению или исчезновению отёков.

## **Осмотр**

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

Надлобковая область: наличие ограниченного выбухания в надлобковой области.

## **Перкуссия**

Поясничная область: определение симптома Пастернацкого или симптома поколачивания по поясничной области.

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 его увеличении – уровень расположения дна мочевого пузыря, болезненность при пальпации.

Болевые точки: наличие болезненности при пальпации в рёберно–позвоночной точке и по ходу мочеточников (мочеточниковые точки – верхние, нижние), в пузырьной точке.

*Симптом Гюйона – возможный признак опухоли почек: патологическая подвижность (баллотирование) увеличенной почки.*

*Симптом Пастернацкого – болезненность в области почек при поколачивании в поясничной области. При этом в моче обнаруживаются эритроциты.*

*Симптом положительный при пиелонефрите, почечно–каменной болезни, гидронефрозе, паранефрите.*

## **Аускультация**

Оценка наличия шумов в области отхождения от аорты почечных артерий (на уровне пупка – по наружному краю прямой мышцы живота).

## **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**

Нарушение 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; атипичное оволосение; лунообразное лицо.

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

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

*Симптом Грефе – отставание верхнего века от зрачка при опускании глазного яблока вниз.*

*Симптом Мебиуса – расстройство конвергенции.*

*Симптом Штельвага – редкое мигание.*

*Пучеглазие – экзофтальм.*

## **VII. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ**

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

В формулировке предварительного диагноза должны быть выделены:

1. Диагноз основного заболевания.
2. Диагноз осложнения основного заболевания.
3. Диагноз сопутствующего заболевания.

Далее приводится краткое обоснование предварительного диагноза:

- перечисляя и анализируя основные жалобы больного и анамнез, целесообразно сделать заключение о преимущественном поражении того или иного органа или системы;

- на основании анализа всех имеющихся клинических данных необходимо выделить основные патологические симптомы и синдромы, дать им характеристику и описать особенности проявлений у данного больного;
- анализируя патогенетическую взаимосвязь отдельных патологических симптомов и синдромов, сделать заключение об их возможном единстве и принадлежности к тому или иному заболеванию (привести доказательства нозологического диагноза).

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

- клинической, клинико–морфологической или патогенетической формы заболевания;
- характера течения (острое, подострое, хроническое, рецидивирующее, затяжное, медленно прогрессирующее, быстро прогрессирующее);
- стадии, фазы, степени активности патологического процесса;
- наличие осложнений;
- степени (стадии) функциональных расстройств и (или) тяжести заболевания;
- 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 КОНСУЛЬТАЦИЙ СПЕЦИАЛИСТОВ**

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

## **X. КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ**

Клинический диагноз должен быть поставлен и записан в истории болезни в течение первых трёх дней пребывания больного в стационаре, после получения результатов лабораторных и инструментальных методов исследования и заключений консультантов.

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

1. Развернутый диагноз основного заболевания:
  - а) название заболевания;
  - б) клиническая, клинико–морфологическая или патогенетическая его форма;
  - в) характер течения;
  - г) стадии, фазы, степени активности процесса;
  - д) степени (стадии) функциональных расстройств и/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:

- привести ссылку на обоснование предварительного диагноза, не повторяя его подробно;
- отметить результаты лабораторного и инструментального обследования, заключения 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;
- указать, какие изменения, дополнения и уточнения были внесены в диагноз в соответствии с новыми клиническими, лабораторными и инструментальными данными;
- если возникает необходимость отказаться от ранее выставленного предварительного диагноза, следует тщательно аргументировать эти изменения;
- следует обосновать уточнения, дополнения или изменения, внесенные при постановке клинического диагноза осложнений и сопутствующих заболеваний.

## **XI. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

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

- выделяются наиболее яркие и характерные патологические симптомы и синдромы, имеющиеся у данного больного, которые действительно дают основание предполагать другое заболевание (или заболевания);
- перечисляется ряд сходных заболеваний, при которых наблюдаются подобные патологические симптомы и синдромы;
- доказывают, что у курируемого больного отсутствует ряд существенных симптомов и синдромов, характерных для дифференцируемых сходных заболеваний;

- доказывают, что у курируемого больного имеются другие существенные симптомы и синдромы, не характерные для этих сходных заболеваний;
- 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.

## **ХII. 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 (лечебный 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 для 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, то есть основные направления лечения. К ним относятся:

1. Этиологическое лечение, предусматривающее устранение или коррекцию причинных, провоцирующих факторов, факторов риска, антимикробные средства, противовирусные препараты.
2. Патогенетическое лечение, воздействующее на основные механизмы болезни у данного больного (воспаление, аллергия, функциональные нарушения, дефицит определенных факторов, интоксикация).
3. 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, путь и частоту введения с учетом имеющихся показаний и противопоказаний в отношении данного больного.

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

Все лекарственные средства оформляются в рецептурной прописи.

### ХІІІ. 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 том числе количество и характер эпизодов болезни (приступов болей, удушья, перебоев в работе сердца), 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, температура) выносятся в 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 состояния больного или при выявлении новых диагностических признаков, существенно меняющих представления врача о клиническом диагнозе, оформляется *ЭТАПНЫЙ ЭПИКРИЗ*.

В этапном эпикризе приводится краткое заключение врача о клиническом диагнозе, по поводу которого больной находится в стационаре, об особенностях течения заболевания и наличии осложнений. Приводится также перечень лечебно–реабилитационных мероприятий, 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, применявшиеся на данном этапе терапии. На этом основании делается вывод об адекватности назначенной терапии и её эффективности. Обосновывается план дальнейшего лечения и обследования больного. В случаях ухудшения состояния больного приводятся соображения врача о возможных причинах такого ухудшения (нарушение лечебного режима, диеты, прогрессирование основного заболевания, неэффективность или неадекватность назначенной терапии).

При неясном диагнозе, особенно при появлении новых симптомов болезни, необходимо наметить план дальнейшего обследования и лечения.

## **XIV. 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.

Также на особый лист выносятся основные лечебные назначения, в частности этиологические и патогенетические средства лечения.

## **XV. ПРОГНОЗ**

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

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

## **XVI. 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:

1. Диагноз основного заболевания.
2. Осложнение основного заболевания.
3. Диагноз сопутствующего заболевания.

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).

## **XVII. 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 (при неотложных состояниях указываются часы и минуты) и выписки (или смерти). Заключительный клинический диагноз.
2. Основные жалобы при поступлении (кратко).



3. Основные анамнестические данные (кратко), дающие представление о давности, характере и особенностях течения заболевания и его осложнений, а также сведения о перенесенных других заболеваниях.
4. Основные клинические данные по органам и системам.
5. Данные лабораторных и инструментальных методов исследования (при поступлении и при выписке, или смерти): клинические анализы крови, мочи, кала, мокроты, ЭКГ, результаты рентгенологического исследования, а также заключения консультантов.
6. Проведенное в стационаре лечение: режим, диета, медикаментозные средства (их дозировка и длительность приёма), физические методы лечения, операции.
7. Оценка результатов лечения в стационаре на основании динамики основных проявлений заболевания.
8. Состояние больного при выписке. Оценка трудоспособности.
9. Заключение стационара: выписывается на работу (режим труда, ограничения), в поликлинику, переводится в другой стационар, направляется на долечивание в санаторий, направляется на МСЭ.
10. Рекомендации больному и его лечащему врачу в поликлинике в отношении режима, диеты, условий работы и образа жизни, вторичной профилактики, медикаментозного лечения (название препарата, дозы, способы приёма, длительность лечения), в том числе санаторно-курортном лечении, при необходимости – диспансеризация.

Подпись куратора

### **ХVIII. СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

А. Основная литература.

В. Дополнительная литература.

## **ПРИМЕРНЫЙ ПЕРЕЧЕНЬ МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ**

Всем больным, независимо от характера заболевания, проводится следующее обследование:

1. Общий анализ крови.
2. Общий анализ мочи.
3. Электрокардиография в 12 отведениях.
4. Рентгеноскопия органов грудной клетки (или флюорография).
5. Исследование кала на яйца гельминтов.

Другие исследования производят в зависимости от характера заболевания, причём возможность использования каждого из перечисленных методов определяется с учетом показаний и состояния больного в момент обследования.

### **ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ**

1. Флюорография, в сомнительных случаях рентгенография органов грудной клетки, томография.
2. Бронхография, бронхоскопия и биопсия слизистой бронхов.
3. Анализ мокроты (общий, бактериоскопическое и бактериологическое исследование мокроты, на наличие атипичных клеток и микобактерий туберкулёза).
4. Spiroграфия.
5. Биохимический и цитологический анализ пунктата из плевральной полости.
6. Компьютерная томография органов грудной клетки.
7. Проба Манту или Диаскинтест®.
8. Иммунограмма.

### **БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ КРОВООБРАЩЕНИЯ**

1. Электрокардиограмма в динамике.
2. Фонокардиография.
3. Эхокардиография.
4. Рентгенография сердца в 3-х проекциях с контрастированием пищевода.
5. Суточное мониторирование ЭКГ (СМ ЭКГ), суточное мониторирование АД (СМАД)
6. Ангиокардиография (вентрикулография).
7. Коронарография.
8. Определение состояния свертывающей и противосвертывающей системы крови.
9. Определение показателей липидного и белкового обмена.
10. Ферменты крови (КФК, АСТ, АЛТ, ЛДГ).
11. Велоэргометрическая проба.
12. Рентгенография грудного и шейного отделов позвоночника.
13. Маркеры некроза миокарда (миоглобин, тропонины, МВ-фракция КФК).

14. Посев крови на стерильность.
15. Определение функции почек (мочевина и креатинин крови, расчет скорости клубочковой фильтрации (СКФ))

### **АРТЕРИАЛЬНЫЕ ГИПЕРТЕНЗИИ**

1. Суточное мониторирование АД (СМАД)
2. Анализ мочи по Нечипоренко.
3. Радиоизотопная ренография.
4. Экскреторная урография.
5. Рентгенография черепа (турецкое седло).
6. Исследование 17–кетостероидов в моче.
7. Исследование электролитов крови.
8. Проба Зимницкого.
9. Определение состояния липидного и белкового обмена.
10. Исследование глазного дна.
11. УЗИ почек и надпочечников.
12. Определение функции почек (мочевина и креатинин крови, расчет скорости клубочковой фильтрации (СКФ))
13. Допплерография сосудов почек, сонных артерий.

### **ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА**

1. Исследование желудочного сока фракционным методом.
2. Дуоденальное зондирование.
3. Анализ кала (копрограмма), анализ кала на скрытую кровь, яйца глистов, простейших, бактериологический анализ для выявления дисбиоза кишечника.
4. Диастаза мочи, амилаза крови.
5. Рентгеноскопия желудка и кишечника с прицельной рентгенографией.
6. Ирригоскопия.
7. Эзофагоскопия, гастродуоденоскопия с биопсией.
8. Ректороманоскопия, колоноскопия.
9. Уреазный тест для выявления *H. Pylori* и другие методы (цитология, гистология).

### **ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕЧЕНИ И ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ**

1. Биохимический анализ крови (билирубин, холестерин, осадочные пробы, трансаминазы).
2. Анализ мочи на наличие желчных пигментов.
3. Анализ кала на стеркобилин.
4. Холецистография.
5. Дуоденальное зондирование.
6. Исследование крови на маркеры вирусных гепатитов.
7. УЗИ печени, селезенки, поджелудочной железы.
8. Компьютерная томография органов брюшной полости.

## **ЗАБОЛЕВАНИЯ СИСТЕМЫ МОЧЕВЫДЕЛЕНИЯ**

1. Анализ мочи по Нечипоренко, Зимницкому.
2. Бактериологическое исследование мочи.
3. Определение функции почек (мочевина и креатинин крови, расчет скорости клубочковой фильтрации (СКФ))
4. Биохимический анализ крови (белок и фракции, мочевины и креатинин, липиды).
5. УЗИ почек.
6. Экскреторная урография.
7. Электролитный состав крови.
8. Радиоизотопная ренография.
9. Компьютерная томография почек.

## **ЗАБОЛЕВАНИЯ СИСТЕМЫ КРОВИ**

1. Уровень железа, общей железосвязывающей способности сыворотки крови, ферритина, ЛДГ, белки крови.
2. Определение ретикулоцитов, тромбоцитов.
3. Исследование системы гемостаза.
4. Определение гематокрита.
5. Определение билирубина крови.
6. Биопсия лимфоузла.
7. Цитологическое и цитохимическое исследование стернального пунктата.

Каулина Елена Михайловна  
Лобанова Надежда Анатольевна

**УЧЕБНАЯ ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ: ПРАВИЛА ОБСЛЕДОВАНИЯ  
ПАЦИЕНТА И ОФОРМЛЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ**

Учебно-методическое пособие

Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского  
Национальный исследовательский университет  
603950, Нижний Новгород, проспект Гагарина, 23.

Подписано к печати. Формат 60×84 1/16  
Бумага офсетная. Печать офсетная. Гарнитура Таймс.  
Усл.печ.л. 2,5 Уч.-изд.л.  
Заказ. Тираж 500 экз.

Отпечатано в типографии госуниверситета им. Н.И.Лобачевского  
603600, г.Н.Новгород, ул. Большая Покровская, 37  
Лицензия ПД № 18-0099 от 14.05.01.