

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ  
**«РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ Н.И.ПИРОГОВА»**  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Пропедевтический алгоритм  
системного обследования больного  
и оформления учебной истории болезни  
в терапевтической клинике

Методические указания для студентов II–IV курсов  
Под редакцией А.С.Мелентьева и Г.Ю.Голубевой

Утверждено ЦКМС ГБОУ ВПО РНИМУ  
им. Н.И.Пирогова  
Минздравсоцразвития России

Москва – 2011

**ISBN 978-5-88458-275-0**

**Рецензенты:**

*А.К.Рылова* – доктор медицинских наук; профессор кафедры терапии Московского факультета ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И.Пирогова Минздравсоцразвития России; *В.В.Смирнов* – доктор медицинских наук; профессор, зав. кафедрой внутренних болезней ФГОУ ДПО ИПК ФМБА России.

**Авторы:**

*А.С.Мелентьев* – доктор медицинских наук, профессор кафедры пропедевтики внутренних болезней педиатрического факультета; *К.Г.Хачумова* – доктор медицинских наук; *И.А.Мелентьев* – кандидат медицинских наук, доцент кафедры; *А.А.Вершинин* – кандидат медицинских наук, доцент кафедры; *Ю.Ю.Голубев* – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры; *Л.Н.Воронцова* – кандидат медицинских наук, ассистентка; *С.Н.Карнов* – ассистент кафедры; *Е.В.Журавлева* – кандидат медицинских наук, ассистентка кафедры; *А.О.Лантес* – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры; *Г.Ю.Голубева* – кандидат медицинских наук, ассистентка кафедры.

**Пропедевтический** алгоритм системного обследования больного и оформления учебной истории болезни в терапевтической клинике.– Учебно-методическое пособие для студентов медицинских ВУЗов.– Под ред. А.С.Мелентьева и Г.Ю.Голубевой. – М.: РГМУ, 2011 г. – 40 с.

Учебно-методическое пособие рекомендуется в качестве пособия для самостоятельной работы студентов II–IV курсов медицинских ВУЗов, обучающихся на кафедрах терапевтического профиля.

**ISBN 978-5-88458-275-0**

© ГБОУ ВПО РНИМУ им.Н.И.Пирогова  
Минздравсоцразвития России, 2011 г.

## Содержание

I. Паспортная часть	5
II. Жалобы	5
III. История настоящего заболевания(anamnesis morbi)	6
IV. История жизни (anamnesis vitae)	8
V. Наследственность	9
VI. Настоящее состояние (status praesens)	10
Общий осмотр	10
Система органов дыхания	12
Система органов кровообращения	15
Желудочно-кишечный тракт	19
Печень и желчный пузырь	21
Селезенка	23
Поджелудочная железа	24
Система органов мочеотделения	24
Эндокринная система	25
Нервная система и органы чувств	26
VII. Предварительный диагноз	27
VIII. План обследования	28
IX. Данные лабораторных, инструментальных методов исследования и консультации специалистов	28
X. Клинический диагноз	28
XI. Обоснование клинического диагноза	29
XII. Дифференциальный диагноз	29
XIII. Этиология и патогенез	30
XIV. Лечение и его обоснование	30
XV. Дневники	30
XVI. Этапный эпикриз	30
XVII. Переводной эпикриз	31
XVIII. Выписной эпикриз(прогноз и рекомендации)	31
Приложение	32

Заведующий кафедрой \_\_\_\_\_

Преподаватель \_\_\_\_\_

Время курации с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_

**ПРОПЕДЕВТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ  
СИСТЕМНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО  
В КЛИНИКЕ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ**

Ф.И.О. больного: \_\_\_\_\_ Возраст \_\_\_\_\_ лет

Клинический диагноз:

Основное заболевание \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Фоновое заболевание \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Осложнения основного заболевания \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Сопутствующие заболевания \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Куратор – студент \_\_\_\_\_ группы \_\_\_\_\_ курса  
педиатрического факультета РГМУ

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

МОСКВА –2011

## I. ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

1. Фамилия, имя, отчество;
2. Пол;
3. Возраст;
4. Постоянное место жительства;
5. Профессия;
6. Дата поступления;
7. Дата курации.

## II. ЖАЛОБЫ

В этот раздел заносятся только основные жалобы больного, предъявляемые им на момент курации. Основными жалобами следует считать болезненные (беспокоящие) ощущения, явившиеся непосредственным поводом для госпитализации пациента в стационар.

Описывая болезненные явления, беспокоящие больного, на первое место следует поставить жалобы, которые наиболее специфичны (информативны) для диагностики основного заболевания. При этом следует иметь в виду, что наиболее специфические болезненные ощущения в отдельных случаях могут иметь меньшую выраженность (интенсивность), чем второстепенные.

Например, больной с обострением бронхиальной астмы может предъявлять жалобы на остро возникший, вследствие контакта с аллергеном, холодным воздухом, воздействия резкого запаха, приступ одышки с затрудненным выдохом и/или кашля. Приступ нередко сопровождается вынужденным положением больного, который опирается руками о край кровати или колени, фиксируя плечевой пояс, кроме того больного может беспокоить резкая слабость или остро возникшая головная боль. В данном случае на первое место при описании жалоб следует поставить остро возникший, приступ экспираторной одышки и/или кашля, наводя врача на мысль о возможности у больного бронхиальной астмы.

Приводится детальная характеристика жалоб: точная локализация и иррадиация болезненных явлений, выраженность, интенсивность и зависимость от определенных факторов, способы или средства, приносящие облегчения: 1. На что жалуется пациент? 2. Характер болезненного (беспокоящего) явления, (например, характер боли сжимающий, колющий, жгучий, постоянный или приступообразный и др.), его интенсивность и продолжительность; 3. Точная локализация (и иррадиация) болезненного (беспокоящего) явления; 4. Время появления (днем, ночью) болезненного (беспокоящего) явления; 5. Факторы, вызывающие появление и/или усугубление болезненного (беспокоящего)

ощущения (физическое или психическое напряжение); б. Чем и как быстро купируется (облегчается) болезненное явление? Например, описывая лихорадку, следует уточнить быстроту и степень повышения температуры, пределы ее колебаний в течение суток, длительность лихорадочного периода, наличие ознобов, потливости и связи лихорадки с другими болезненными явлениями (кашлей, одышкой, болями в животе, желтухой и т. д.).

Необходима детальная характеристика и так называемых второстепенных (общих, неспецифических) жалоб (общая слабость, расстройства сна и др.), то есть следует описать связь различных жалоб между собой (если таковая имеется). Например, у больного с желчекаменной болезнью интенсивные схваткообразные боли в правом подреберье после приема жирной пищи, очень часто сопровождаются тошнотой, неукротимой рвотой и лихорадкой. Однако у пациента при длительном течении процесса и наблюдения у врача возможно второстепенные жалобы могут стать основными.

### **III. ИСТОРИЯ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ (Anamnesis morbi)**

В этом разделе подробно в хронологическом порядке описывается возникновение, течение и развитие настоящего заболевания от первых его признаков до момента обследования пациента куратором.

Под настоящим заболеванием следует понимать основное заболевание (болезненное состояние, послужившее причиной госпитализации). Картина истории настоящего заболевания должна формироваться у врача в результате расспроса больного, его родственников и анализа данных медицинских документов (выписки из предшествующих историй болезни, карты амбулаторного больного и проч.).

Прописываются данные об обстоятельствах возникновения заболевания, первых его проявлениях, динамике начальных симптомов, особенностях обострения, длительности ремиссий, возникших осложнениях, предшествующем лечении и его эффективности, ранее проводимых диагностических мероприятиях и их результатах, а также трудоспособность за период заболевания.

Приблизительно представлена схема наиболее задаваемых вопросов в получении ответов на эти важные вопросы:

1. В течение какого времени считает себя больным (или является больным)?
2. Где и при каких обстоятельствах впервые проявилось данное заболевание?
3. Каковы факторы, способствовавшие началу болезни?

4. С появлением каких признаков (симптомов или синдромов) началось настоящее заболевание?
5. Когда и где имело место первое обращение к врачу, каковы результаты проводившихся исследований, диагноз заболевания, характер и результаты проводившегося тогда лечения?
6. Последующее течение заболевания:
  - а) динамика начальных симптомов, появление новых симптомов;
  - б) частота обострений, длительность ремиссий, осложнения заболевания;
  - в) предыдущие госпитализации по данному поводу;
  - г) применявшиеся лечебные мероприятия (медикаментозные средства, физиотерапия, санаторно-курортное лечение), результаты диагностических исследований (анализы крови, мочи, ЭКГ, данные рентгенологического исследования и т. д.), эффективность лечения;
  - д) трудоспособность за период заболевания.
7. Когда и в связи с чем наступило настоящее ухудшение состояния? Каковы результаты проводившегося лечения и обследования?
8. Как изменилось состояние пациента в стационаре до момента курации?

Следует помнить, что истинное начало болезни иногда может намного предшествовать тому периоду, когда у пациента появляются признаки болезни, нередко на фоне ранее имевших место заболеваний.

Отмечаются и неспецифические жалобы пациента, если они имеют отношение к проявлениям основного заболевания (например, лихорадка, ознобы, потливость, слабость, недомогание у больного с острой пневмонией). Каждая из перечисленных жалоб должна быть максимально детализирована по следующему примерному плану:

1. На что жалуется пациент?
2. Характер болезненного (беспокоящего) явления (например, боль сжимающая, колющая, жгучая, постоянная или приступообразная и др.), его интенсивность и продолжительность;
3. Точная локализация (и иррадиация) болезненного (беспокоящего) явления;
4. Время появления (днем, ночью) болезненного (беспокоящего) явления;
5. Факторы, вызывающие появление и/или усугубление болезненного (беспокоящего) ощущения (физическое или психическое напряжение);

#### 6. Чем и как быстро купируется (облегчается) болезненное явление?

Кроме вышеуказанной детализации для каждой из жалоб следует указать специфические для нее признаки. Например, если больной предъявляет жалобы на что-либо, то это может быть связано с несколькими причинами. Во-первых, некоторые больные длительное время могут вообще не предъявлять никаких и поэтому сами считают себя больными более короткий период, чем есть на самом деле. Это нередко наблюдается у больных пороками сердца, хроническими легочными заболеваниями, инфарктом миокарда и др. Во-вторых, в силу многих причин ряд пациентов не может адекватно оценить течение собственного заболевания в прошлом и поэтому часто предоставляет неверные и противоречивые сведения.

В подобных случаях для установления срока начала и течения болезни следует проанализировать медицинскую документацию больного, расспросить его близких о течении заболевания. Если сделать это не представляется возможным, следует попытаться узнать у самого пациента, не выявлялись ли у него какие-либо объективные признаки заболевания до того периода, как он начал чувствовать себя больным. Например, больному с ревматическим пороком сердца в течение нескольких лет перед появлением первых субъективных признаков болезни могли сообщать о наличии шума в сердце.

### **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. Отношение к военной службе, пребывание на фронте (если был освобожден или демобилизован, то указать, – по какой причине). Профессия. Постоянное место жительства. Наличие инвалидности и ее причина. Длительность нахождения на листе временной нетрудоспособности. Проведение экспертизы трудоспособности по необходимости.

#### Семейно-половой анамнез:

Для женщин: время появления менструаций, их периодичность, продолжительность, количество выделений; возраст вступления в брак; беременности, роды и аборт (самопроизвольные и искусственные), их сроки, количество, исходы и осложнения; климакс и его течение; время окончания менструаций (менопауза), семейное положение в данный момент.

Для мужчин: возраст вступления в брак, наличие детей; климакс и его течение; семейное положение в данный момент.



Трудовой анамнез. С какого возраста, кем и где начал работать. Дальнейшая трудовая деятельность в хронологическом порядке с указанием мест работы и должностей. Условия и режим труда (ночные смены, подверженность влиянию метеофакторов, длительное статическое, физическое и психоэмоциональное напряжение, температурный режим и т.д.). Профессиональные вредности с указанием длительности их воздействия (токсические химические соединения, пыли, ионизирующей радиации и других факторов, контакт с которыми связан с родом профессиональной деятельности пациента).

Бытовой анамнез. Жилищные и санитарно-гигиенические условия в быту (характеристика квартиры, наличие удобств). Количество проживающих на данной жилплощади лиц. Климатические условия. Пребывание в экологически неблагоприятных зонах.

Питание. Режим и регулярность питания. Характер, калорийность и разнообразие пищи и т. д.

Вредные привычки. Курение (с какого возраста, в каком количестве). Употребление алкоголя (с какого возраста, в каком количестве). Употребление наркотиков. Токсикомании.

Перенесенные заболевания. В хронологической последовательности излагаются все перенесенные заболевания, травмы, операции, ранения с указанием возраста пациента, длительности и тяжести этих заболеваний, их осложнений и проводившегося лечения. Особо следует указать на перенесенные инфекционные заболевания, туберкулез, гепатит («желтуху»), венерические болезни. Отметить, переливалась ли ранее кровь или ее заменители, и были ли реакции (какие?) на эти трансфузии. Проводилось ли парентеральное введение лекарств в течение последних 6 месяцев?

Аллергологический анамнез и непереносимость препаратов. Отметить наличие непереносимости пищевых продуктов, медикаментов, вакцин и сывороток с указанием характера болезненных явлений при их употреблении. Наличие разнообразных аллергических реакций (вазомоторный ринит, крапивница, отек Квинке и др.) с указанием их сезонности и/или связи с другими внешними факторами.

## **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 заболеваний (инфаркт миокарда, стенокардия, артериальная гипертония, инсульты),

эндокринных заболеваний (сахарный диабет, патология щитовидной железы) и психических отклонений, геморрагических диатезов, алкоголизма. Наличие у ближайших родственников туберкулеза, венерических заболеваний.

## VI. НАСТОЯЩЕЕ СОСТОЯНИЕ (Status praesens)

### ОБЩИЙ ОСМОТР

Общее состояние пациента: удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое. Степень тяжести состояния пациента оценивается с учетом не только данных осмотра в момент курации, но и результатов оценки прогноза заболевания и вероятности возникновения осложнений.

Сознание: ясное, спутанное (ступор, сопор, кома, бред, галлюцинации).

Положение пациента: активное, пассивное, вынужденное.

Телосложение. Конституциональный тип (нормостеник, гиперстеник, астеник). Рост, масса тела. Индекс массы тела. Осанка (прямая, сутулая), походка (быстрая, семенящая, атаксическая, спастическая и др.).

Температура тела: \_\_\_\_\_ °С.

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

Кожные покровы, придатки кожи (ногти, волосы) и видимые слизистые: цвет (бледно-розовый, смуглый, красный, желтушный, синюшный – акроцианоз или диффузный цианоз, бледный, землистый). Пигментации и депигментации (лейкодерма) и их локализация.

Высыпания на коже (энантема): форма сыпи (розеолы, папулы, пустулы, везикулы, экзема, пятна, буллы, «лихорадочные» высыпания – herpes); локализации и характер высыпаний (единичные или множественные, сливные). Следы расчесов: локализация, количество, наличие очагов вторичной инфекции.

Сосудистые изменения: телеангиоэктазии, «сосудистые звездочки», их локализация и количество. Кровоизлияния: характер (синяки, петехии, гематомы), их локализация, размер и количество.

Рубцы: локализация, цвет, размеры, подвижность, болезненность. Трофические изменения: язвы, пролежни. Их локализация, размер, характер поверхности, наличие и характер отделяемого.

Видимые опухоли: миома, ангиома, атерома и др. (их локализация, размеры, смещаемость, болезненность).

Влажность и тургор кожи.

Волосы: тип волос, выпадение волос (алопеция).

Ногти: форма (обычная, «часовые стекла», колоники и др.); цвет (розовый, синюшный, бледный); поперечная или продольная исчерченность, ломкость. Симптом «полированных» ногтей.

Видимые слизистые: цвет (розовый, бледный, желтушный, красный, синюшный). Влажность. Высыпания (энантема): локализация и выраженность.

Зев: окраска, припухлость, налеты. Миндалины (величина, цвет, наличие гноя, налетов).

Склеры: цвет (обычный (белый), желтушный, голубоватый). Наличие инъецированности.

Подкожно-жировая клетчатка: развитие (умеренное, слабое, чрезмерное). Места наибольшего отложения жира (на животе, руках, бедрах). Тип ожирения.

Отеки (oedema): локализация (конечности, поясница, живот, лицо); распространение (местные или анасарка); выраженность (пастозность, умеренные или резко выраженные); консистенция (мягкие или плотные); цвет и наличие трофических изменений кожи над отеками.

Болезненность подкожно-жировой клетчатки при пальпации; наличие крепитации (при воздушной эмфиземе подкожно-жировой клетчатки), очаговых уплотнений (их локализация, размер, болезненность).

Лимфатические узлы. Локализация пальпируемых лимфоузлов (затылочные, околоушные, подчелюстные, шейные, над- и подключичные, подмышечные, локтевые, паховые подколенные); величина, форма, консистенция, болезненность, подвижность, сращение между собой и окружающими тканями; состояние кожи над лимфоузлами.

Мышцы: Степень развития (удовлетворительная, слабая); мышечные атрофии или гипертрофии; тонус (сохранен, снижен, повышен); сила. Болезненность при пальпации и активных движениях.

Кости. Форма костей. Наличие деформаций скелета. Болезненность при ощупывании и поколачивании. Состояние концевых фаланг пальцев рук (симптом «барабанных пальцев»).

Суставы: Конфигурация, наличие припухлости, болезненности суставов. Гиперемия и местная температура кожи над ними. Движения в суставах: их болезненность, ощущение хруста при движениях, объем активных и пассивных движений.

## **СИСТЕМА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ**

### **Жалобы**

Кашель (*tussis*): характер кашля (продуктивность; надсадный, «лающий» и т. д.); время появления (днем, ночью, утром), длительность (постоянный, периодический или приступообразный); условия появления и купирования.

Мокрота (*sputum*): характер, цвет, консистенция и запах; количество мокроты, выделяемой одномоментно, в течение суток; наличие примесей крови; положение, способствующее лучшему отхождению мокроты.

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

Боль в грудной клетке (*dolor*): локализация, характер боли (острая, тупая, колющая и др.); интенсивность (слабая, умеренная, сильная); длительность (постоянная или приступообразная); иррадиация; связь с дыхательными движениями и кашлем; условия, облетающие боль.

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

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

*Примечание.* В начале описания каждой системы органов излагаются жалобы больного, имеющие отношение к поражению данной системы. Эти жалобы могут быть признаками, как основного, так и сопутствующего заболеваний. Если одна и та же жалоба (например, одышка при заболеваниях органов дыхания или кровообращения) может быть симптомом поражения разных систем, то такая жалоба должна быть описана только в том разделе истории болезни, который посвящен описанию наиболее пораженной системы органов.

### **Осмотр**

Нос. Форма носа (изменения формы, деформации). Характер дыхания через нос (свободное или затрудненное). Отделяемое из носа, его характер и количество. Носовые кровотечения.

Гортань. Деформации и припухлость в области гортани. Голос (громкий или тихий, чистый или осиплый, отсутствие голоса – афония).

Грудная клетка. Форма грудной клетки: нормостеническая, астеническая, гиперстеническая; патологические формы грудной клетки

(эмфизематозная, паралитическая, ладьевидная, воронкообразная, рахитическая). Необходимо не просто констатировать наличие того или иного типа грудной клетки, но и описать отличительные признаки данного типа:

- выраженность над- и подключичных ямок (выполнены, запавшие, втянуты);
- ширина межреберных промежутков (широкие, умеренные, узкие);
- величина эпигастрального угла (тупой, прямой или острый);
- положение лопаток и ключиц (не выступают, выступают умеренно или отчетливо, крыловидные лопатки);
- соотношение переднезаднего и бокового размеров грудной клетки.

Симметричность обеих половин грудной клетки (увеличение или уменьшение одной из половин, западения или выпячивания). Искривление позвоночника (кифоз, сколиоз, кифосколиоз, лордоз). Окружность грудной клетки и ее экскурсия на вдохе и выдохе.

Дыхание. Тип дыхания (грудной, брюшной, смешанный). Симметричность дыхательных движений (наличие отставания одной из половин грудной клетки при дыхании). Участие в дыхании вспомогательной мускулатуры. Число дыхательных движений (ЧДД) в 1 минуту. Глубина дыхания (поверхностное или глубокое, в том числе – дыхание Куссмауля). Ритм дыхания (ритмичное или аритмичное, в том числе – дыхание Чейн–Стокса и Биота). Соотношение длины вдоха и выдоха. Экспираторная, инспираторная или смешанная одышка.

## Пальпация

Определение болезненных участков, их локализация. Определение резистентности (эластичности) грудной клетки.

Определение голосового дрожания на симметричных участках грудной клетки – одинаковое, ослаблено, усилено (с одной стороны, где?) – описать по анатомическим ориентирам – вертикальным линиям грудной клетки, ребрам и межреберным промежуткам.

## Перкуссия легких

Сравнительная перкуссия: характер перкуторного звука на симметричных участках грудной клетки (звук ясный легочный, притупленный тупой, коробочный, тимпанический) – с точным описанием границ каждого звука.

**Топографическая перкуссия**

Анатомические ориентиры	Справа	Слева
Верхняя граница легких		
высота стояния вершечек спереди	3–4 см	
высота стояния вершечек сзади	на уровне остистого отростка	
ширина полей Кренига	3–8 см (чаще 5–6 см)	
Нижняя граница легких		
по окологрудинной линии	пятое межреберье	не определять
по срединно-ключичной линии	VI ребро	не определять
по передней подмышечной линии	VII ребро	
по средней подмышечной линии	VIII ребро	
по задней подмышечной линии	IX ребро	
по лопаточной линии	X ребро	
по околопозвоночной линии	остистый отросток	
Дыхательная экскурсия нижнего края легких		
по средней подмышечной линии	6–8 см	6–8 см
по лопаточной линии	4–6 см	4–6 см

*Дополнение.* В таблице приведены данные топографической перкуссии легких у здорового взрослого человека нормостенической конституции. На одно ребро ниже при астенической формы грудной клетки, на 1 ребро выше – при гиперстенической конституции.

**Аускультация легких**

Основные дыхательные шумы. Характер основных дыхательных шумов на симметричных участках грудной клетки (везикулярное, ослабленное, усиленное, жесткое, бронхиальное дыхание, отсутствие дыхательного шума) с точной локализацией изменений по межреберьям и топографическим линиям.

Побочные дыхательные шумы. Хрипы (сухие или влажные), крепитация, шум трения плевры, плевроперикардиальный шум с точной локализацией найденных шумов по межреберьям и топографическим линиям.

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

# **СИСТЕМА ОРГАНОВ КРОВООБРАЩЕНИЯ**

## **Жалобы**

Боли в области сердца. Локализация (за грудиной, в области верхушки сердца, слева от грудины и др.), иррадиация. Характер (сжимающая, жгучая, колющая, ноющая и др.). Интенсивность. Продолжительность (постоянные или приступообразные боли, их длительность). Условия возникновения (при физической нагрузке, эмоциональных переживаниях, в покое и т. д.). Чем и как скоро купируются (нитроглицерином, в состоянии покоя, седативными средствами, анальгетиками, наркотиками).

Одышка. Условия возникновения (при физической нагрузке, в покое), характер и продолжительность одышки, чем купируется.

Удушье. Время и условия появления (время суток, при физической нагрузке, в покое), характер и длительность приступов, чем провоцируются и купируются.

Сердцебиение (*palpitation cordis*), перебои в работе сердца. Характер аритмии (постоянный или приступообразный, в виде единичных сбоев, «переворотов» сердца или абсолютно нерегулярного сердцебиения); длительность приступов, их частота, когда возникают и чем купируются.

Отеки (*oedema*). Локализация (конечности, поясница, лицо, живот); распространенность (местные или анасарка); выраженность (пастозность, умеренная или резкая выраженность); время появления или увеличения (к вечеру, утром, после физической нагрузки, постоянные). Скорость нарастания отеков. Факторы, способствующие уменьшению или исчезновению отеков (водно-солевой режим, мочегонные препараты и др.).

## **Осмотр**

Осмотр шеи. Состояние вен и артерий; их патологические изменения и характер пульсации.

Осмотр области сердца. Выпячивание в области сердца. Видимые пульсации: верхушечный и сердечный толчок, эпигастральная пульсация, пульсация в яремной ямке, атипичная пульсация в области сердца (их наличие, локализация и выраженность).

## **Пальпация**

Верхушечный толчок. Локализация (указать межреберье и отношение к левой срединно-ключичной линии); сила (ослабленный, усиленный, приподнимающий); площадь (ограниченный, разлитой).

Сердечный толчок. Его локализация, площадь и сила.

Эпигастральная пульсация. Ее распространенность (ограниченная или разлитая), выраженность и характер (связь с пульсацией брюшной аорты, сердца, печени).

Пульсация на основании сердца. Определение наличия и выраженности пульсации во втором межреберье справа и слева от грудины.

Пульсация аорты в яремной ямке. Ее распространенность и выраженность. Атипичическая пульсация в области сердца. Ее распространенность, локализация и выраженность.

Дрожание в области сердца (fremitus). Его локализация, выраженность и связь с фазами сердечной деятельности.

Наличие и локализация зон пальпаторной болезненности и гиперестезии.

## Перкуссия

Относительная печеночная тупость по правой среднеключичной линии пятого межреберья (норма).

Относительная тупость сердца.

Границы относительной тупости сердца:

- правая: на \_\_\_\_\_ см (кнаружи – кнутри – от правого края грудины). В IV межреберье на 1 см кнаружи от правого края грудины у здорового взрослого человека нормостенической конституции;
- левая: на \_\_\_\_\_ см (кнутри – кнаружи – от левой средней ключичной линии).
- В V межреберье на 1,5 см кнутри от левой среднеключичной линии у здорового взрослого человека нормостенической конституции. При смещении верхушечного толчка вниз в VI–VII межреберьях, перкуссия начинается в соответствующих межреберьях.
- верхняя: на уровне \_\_\_\_\_ межреберья (ребра). На уровне верхнего края III ребра на 1,5 см кнаружи от левого края грудины (но не по окологрудинной линии !!!) у здорового взрослого человека нормостенической конституции.

Поперечник относительной тупости сердца: \_\_\_\_\_ см.

Определяется как сумма расстояний от передней срединной линии тела до правой границы этой «тупости», находящейся обычно в IV межреберье (в норме 3–4 см) и до левой границы этой тупости, расположенной, как правило, в V межреберье (в норме 8–9 см). В результате поперечник относительной тупости сердца в норме составляет 11–13 см.



Ширина сосудистого пучка: \_\_\_\_\_ см. В норме расстояние между границами сосудочного пучка (нахождение границ сосудочного пучка во II межреберье слева и справа) составляет 5–6 см.

Границы сосудистого пучка:

- справа II межреберье – по правому краю грудины у здорового взрослого человека нормостенической конституции.
- слева II межреберье – по левому краю грудины у здорового взрослого человека нормостенической конституции.

Конфигурация сердца: Выявляют дополнительные границы правого и левого контура относительной тупости сердца:

- справа III межреберье – по правому краю грудины у здорового взрослого человека нормостенической конституции.
- слева III межреберье – по окологрудинной линии у здорового взрослого человека нормостенической конституции.
- слева IV межреберье – по вертикальной линии, проведенной посередине между границами относительной сердечной тупости в V и III межреберьях у здорового взрослого человека нормостенической конституции.

Конфигурация сердца бывает нормальная, митральная, аортальная, смешанная, *cor bovinum*.

Абсолютная тупость сердца.

Границы абсолютной тупости сердца:

- правая: на \_\_\_\_\_ см. от левого края грудины. Справа на уровне IV межреберья по левому краю грудины у здорового взрослого человека нормостенической конституции.
- левая: на \_\_\_\_\_ см. кнутри (кнаружи) от левой среднеключичной линии. Слева в V межреберье на 1,5 см кнутри от границы относительной тупости или совпадает с ней у здорового взрослого человека нормостенической конституции.
- верхняя: на уровне \_\_\_\_\_ межреберья (ребра). На уровне IV ребра на 1,0 см кнаружи от левого края грудины у здорового взрослого человека нормостенической конституции.

Перкуссия по груди. Уровень появления притупления перкуторного звука (по номеру соответствующего межреберья или месту прикрепления соответствующего ребра).

## **Аускультация**

Ритм сердечных сокращений (правильный или неправильный с указанием формы аритмии: дыхательная, мерцательная, экстрасистолия, выпадение сердечных сокращений).

Число сердечных сокращений (ЧСС) в 1 мин. При наличии аритмии измерение ЧСС должно проводиться не менее двух раз по 1 полной минуте. Результат измерения записывается как диапазон значений ЧСС, от минимального до максимального.

#### Характеристики тонов и шумов сердца.

Характеристика по точкам аускультации:

- в 1-й точке (на верхушке сердца) дается характеристика I тона, экстратонов и шумов сердца (если таковые имеются), II тон не оценивается.
- во 2-й точке (во II межреберье справа от грудины) дается характеристика II тона, экстратонов и шумов (если таковые имеются), I тон не оценивается.
- в 3-й точке (во II межреберье слева от грудины) дается характеристика II тона, экстратонов и шумов (если таковые имеются), I тон не оценивается.
- в 4-й точке (у основания мечевидного отростка) дается характеристика I тона, экстратонов и шумов (если таковые имеются), II тон не оценивается.
- в 5-й точке (слева от грудины в области прикрепления IV–V ребер – в точке Боткина–Эрба) дается характеристика I и II тонов, экстратонов и шумов сердца (если таковые имеются).

Описывая тоны (и экстратоны) сердца, необходимо описать их громкость, частоту (тембр) тона, наличие расщепления или раздвоения, зависимость характеристик тонов от положения тела, фазы дыхания и физической нагрузки.

#### Охарактеризовать ритм галопа (если имеется).

Давая характеристику шумам сердца, необходимо указать точку наилучшего выслушивания, связь с тонами сердца, громкость, тембр, характер (убывающий, нарастающий, нарастающе-убывающий и др.), продолжительность, проведение во внесердечные области, зависимость характеристик шума от положения тела, задержки дыхания на вдохе и выдохе и физической нагрузки.

Шум трения перикарда. Место наилучшего выслушивания. Характер (грубый, нежный). Связь с актом дыхания.

## **Исследование сосудов**

Исследование артерий. Осмотр и пальпация височных, сонных, лучевых, подколенных артерий и артерий тыла стопы, а также области подключичных артерий; выраженность пульсации; пластичность, гладкость

стенки; извитость артерий. Выслушивание сонных и бедренных артерий (двойной тон Траубе, двойной шум Виноградова–Дюразье и др.)

Артериальный пульс. Артериальный пульс на лучевых артериях. Сравнение пульса на обеих руках: частота, ритмичность, наличие дефицита пульса, наполнение, напряжение, величина, скорость, форма пульса.

Артериальное давление (АД). Измерение систолического и диастолического АД методом Короткова на правой и левой плечевых артериях (в мм рт. ст.).

Исследование вен. Осмотр и пальпация наружных и внутренних яремных вен: их набухание, пульсация, наличие отрицательного или положительного венозного пульса. Если имеется пульсация внутренней яремной вены – указать верхний уровень пульсации (в см от угла грудины). Выслушивание яремных вен («шум волчка»).

Наличие, локализация и выраженность расширений вен грудной клетки, брюшной стенки, конечностей.

Уплотнение, наличие изменений кожи и пальпаторной болезненности по ходу вен с указанием локализации и протяженности этих изменений.

## **ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЙ ТРАКТ**

### **Жалобы**

Боли в животе. Постоянные или приступообразные (схваткообразные), характер (тупые, ноющие, острые, режущие и др.), локализация, иррадиация, интенсивность, длительность, условия возникновения и связь с приемом пищи («ранние», «поздние», «голодные» боли). Сезонность болей. Чем купируются боли (приемом пищи, самостоятельно, спазмолитиками, применением тепла, холода, после рвоты).

Затруднение глотания и прохождения пищи по пищеводу (dysphagia). Выраженность симптома, частота возникновения, связь с характером пищи (твердая, кашицеобразная, жидкая) и другими факторами (нервное возбуждение, чувство страха, скорость приема пищи, рвота и др.).

Диспепсические явления. Тошнота, рвота, отрыжка газом воздухом или желудочным содержимым, изжога, вздутие живота. Дать детальную характеристику каждой из указанных жалоб (степень выраженности этих явлений, отношение к приему пищи, ее качеству и количеству, купируемость (чем и как скоро)).

Аппетит. Сохранен, понижен, повышен, полностью отсутствует. Извращения аппетита. Отвращение к пище (мясной, жирной). Страх перед приемом пищи.

Стул и его нарушения. Частота в сутки. Акт дефекации болезненный или безболезненный. Количество стула (обильный, умеренный, небольшой). Характер кала: консистенция (оформленный, жидкий, кашицеобразный, твердый, «овечий», пенистый); цвет (коричневый, желто-коричневый, желтый, серо-белый); наличие и характер примесей (гной, слизь, кровь).

Кровотечения. Признаки пищевого, желудочного, кишечного и геморроидального кровотечений (рвота кровью или «кофейной гущей», кашицеобразный, черный («дегтеобразный») стул, наличие свежей крови в кале (прожилки, сгустки, жидкая кровь)).

## Осмотр

Полость рта. Язык: окраска, влажность, состояние сосочкового слоя, наличие налета, трещин, язв. Состояние зубов. Десны, мягкое и твердое небо (окраска, налеты, геморрагии, изъязвления).

Живот. Форма живота, его симметричность. Участие в акте дыхания. Видимая перистальтика желудка и кишечника. Наличие, локализация и выраженность венозных коллатералей на передней брюшной стенке. Округлость живота на уровне пупка: \_\_\_\_\_ см.

## Перкуссия

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

Определение положения нижней границы желудка методом перкуссии (шум плеска) или аускультативной перкуссии (аускульто-аффрикция).

## Пальпация

Поверхностная ориентировочная пальпация. Определение болезненных областей, напряжения мышц брюшной стенки (мышечная защита, *defans muscular*), расхождения прямых мышц живота, наличие грыж белой линии, пупочной грыжи. Перитонеальные симптомы (симптом Щеткина–Блюмберга и др.). Симптом Менделя. Наличие поверхностно расположенных опухолевидных образований.

Методическая глубокая скользящая пальпация по Образцову–Стражеско. Пальпации сигмовидной, слепой, восходящей и нисходящей ободочной кишок, большой кривизны желудка, привратника и поперечно-ободочной кишки. Если данные отделы ЖКТ пальпируются, то необходимо дать их характеристику по локализации, болезненности, размерам, форме, консистенции, характеру поверхности, подвижности и наличию урчания.

## **Аускультация**

Характер выслушиваемой перистальтики кишечника (ослаблена, усилена, не изменена, отсутствует). Шум трения брюшины.

Сосудистые шумы (в проекции брюшной аорты и почечных артерий).

## **ПЕЧЕНЬ И ЖЕЛЧНЫЙ ПУЗЫРЬ**

### **Жалобы**

Боли в правом подреберье. Характер болей (приступообразные или постоянные, острые или тупые, ноющие, чувство тяжести). Иррадиация болей. Интенсивность, длительность, условия возникновения и связь с приемом и характером пищи. Чем купируются боли (приемом пищи, самостоятельно, спазмолитиками, применением тепла, холода, после рвоты).

Диспепсические явления. Тошнота, рвота (характер рвотных масс, их количество, чувство облегчения после рвоты). Отрыжка. Горечь во рту. Условия возникновения диспепсических явлений; связь с приемом и характером пищи; чем они купируются.

Желтуха. Связь с болями в правом подреберье, диспепсическими явлениями. Изменения цвета мочи и кала.

Кожный зуд. Связь со временем суток, приемом пищи.

### **Осмотр**

Наличие ограниченного выпячивания в области правого подреберья, ограничения дыхательной экскурсии брюшной стенки в этой области.

### **Перкуссия**

Границы печени по В.П.Образцову:

Верхняя граница абсолютной тупости печени:

- по правой окологрудной линии: на уровне \_\_\_\_\_ (ребра или межреберья). На уровне VI ребра определяется у здорового взрослого человека нормостенической конституции.
- по правой среднеключичной линии: на уровне \_\_\_\_\_ (ребра или межреберья). На уровне VI ребра определяется у здорового взрослого человека нормостенической конституции.
- по правой передней подмышечной линии: на уровне \_\_\_\_\_ (ребра или межреберья). На уровне VII ребра определяется у здорового взрослого человека нормостенической конституции.

Нижняя граница абсолютной тупости печени:

- по правой окологрудинной линии: на \_\_\_\_\_ см (ребра или межреберья). На 2,0–2,5 см ниже края реберной дуги у здорового взрослого человека нормостенической конституции.
- по правой среднеключичной линии: по \_\_\_\_\_ см (ниже или выше правой реберной дуги). На уровне реберной дуги у здорового взрослого человека нормостенической конституции.
- по правой передней подмышечной линии: на уровне \_\_\_\_\_ см (ребра или межреберья). На уровне X ребра определяется у здорового взрослого человека нормостенической конституции.
- по передней срединной линии: на \_\_\_\_\_ см (на границе между верхней и средней третью расстояния от мечевидного отростка до пупка). В норме располагается на границе верхней и средней трети расстояния от пупка до мечевидного отростка у здорового взрослого человека нормостенической конституции.
- по левой реберной дуге: на \_\_\_\_\_ см (кнутри или снаружки от левой парастернальной линии). В норме на уровне левой окологрудинной линии у здорового взрослого человека нормостенической конституции.

Границы печени по М.Г.Курлову:

Верхняя граница абсолютной тупости печени:

- по правой среднеключичной линии: на уровне \_\_\_\_\_ см (ребра или межреберья). Условно считается на уровне VI ребра у здорового взрослого человека нормостенической конституции.
- Нижняя граница абсолютной тупости печени:
- по правой среднеключичной линии: на \_\_\_\_\_ см (ниже или выше правой реберной дуги). В норме располагается на уровне правой реберной дуги у здорового взрослого человека нормостенической конституции.
- по передней срединной линии: на \_\_\_\_\_ см (на границе между верхней и средней третью расстояния от мечевидного отростка до пупка). В норме на границе верхней и средней трети расстояния от пупка до мечевидного отростка у здорового взрослого человека нормостенической конституции.
- по левой реберной дуге: на \_\_\_\_\_ см (кнутри или снаружки от левой парастернальной линии). В норме на уровне левой окологрудинной (парастернальная) линии у здорового взрослого человека нормостенической конституции.

Симптом поколачивания по правой реберной дуге (симптомы Ортнера, Лепене) – имеется или отсутствует.

### **Пальпация**

Печень. Уточнение нижних границ печени по правой средней ключичной, передней срединной линии тела, по левой реберной дуге.

Характеристика края печени: локализация; форма (острый, закругленный); консистенция (мягкий, эластичный, уплотненный, каменной плотности); наличие неровностей, бугристостей как на поверхности печени, так и края печени; болезненность: безболезненный, болезненный край печени при пальпации.

Желчный пузырь. Характеристика желчного пузыря, его болезненности, размеров. Наличие симптома Кера, симптом Мерфи, френекус-симптома (симптом Мюсси).

### **Аускультация**

Наличие шума трения брюшины в правом подреберье.

## **СЕЛЕЗЕНКА**

### **Жалобы**

Боли в левом подреберье. Характер болей (постоянные или приступообразные, острые или тупые, ноющие). Интенсивность боли, длительность, иррадиация, условия возникновения (при движениях тела, физической нагрузке и т. д.).

### **Осмотр**

Наличие ограниченного выпячивания в области левого подреберья, ограничение дыхательной экскурсии брюшной стенки в этой области.

### **Перкуссия**

определение продольного (длинник) и поперечного размера селезенки (в см). В норме длинник располагается в брюшной полости, в области левого подреберья по ходу X ребра и составляет 6–8 см, а поперечник 4–6 см.

### **Пальпация**

Пальпация селезенки в положении лежа на правом боку и на спине. В случае пальпируемости селезенки – характеристика ее нижнего края (острый или закругленный, плотный или эластичный, болезненный или безболезненный) и поверхности (гладкая или бугристая).

## **Аускультация**

Наличие шума трения брюшины в левом подреберье.

## **ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА**

### **Жалобы**

Боли. Локализация (в верхней половине живота, в левой или правой части эпигастрия), иррадиация (опоясывающие боли), характер болей (острые, тупые), постоянные или приступообразные, условия возникновения (связь с приемом и характером пищи, алкоголя, физической нагрузкой и др.). Чем боли купируются.

Диспепсические явления. Тошнота, рвота, понос, метеоризм, поносы, запоры. Их подробная характеристика.

### **Пальпация**

Наличие болезненности, увеличения и уплотнения поджелудочной железы.

## **СИСТЕМА ОРГАНОВ МОЧЕОТДЕЛЕНИЯ**

### **Жалобы**

боль. Локализация (в поясничной области, внизу живота, по ходу мочеточников), иррадиация и характер (острая или тупая, постоянная или приступообразная). Длительность боли. Условия ее возникновения (прием острой пищи, алкоголя, водная нагрузка, физическая нагрузка, изменение положения тела и др.) и купирования.

Мочеиспускание и мочевыделение.

Диурез (количество мочи) за сутки (л). Наличие полиурии, олигурии, анурии или задержки мочи – анурии. Учащение ночного мочеиспускания (никтурия).

Дизурические расстройства: затруднение мочеиспускания (тонкой струей, прерывистое, каплями) – странгурия; 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).

Моча. Цвет мочи (соломенно-желтый, насыщенно-желтый, темный, «цвет пива», красный, цвета «мясных помоев» и др.), прозрачность мочи. Наличие примесей крови в моче (в начале, в конце или в течение всего акта мочеиспускания) и связь появления крови в моче с болевым синдромом.



Отеки. Локализация (конечности, поясница, лицо, живот); распространенность (местные или анасарка); выраженность (пастозность, умеренная или резкая выраженность); время увеличения (к вечеру, утром, после физической нагрузки, в связи с водной или солевой нагрузкой и т. д.). Скорость нарастания отеков. Факторы, способствующие уменьшению или исчезновению отеков (водно-солевой режим, мочегонные препараты и др.).

Лихорадка и ознобы. Длительность лихорадки и суточная температурная кривая; связь лихорадки с ознобами.

Другие жалобы: сухость кожных покровов, кожный зуд, диспепсические явления (тошнота, рвота, диарея), сонливость, снижение памяти.

## **Осмотр**

Поясничная область. Наличие гиперемии и припухлости кожи, сглаживание контуров в этой области.

Надлобковая область. Наличие ограниченного выбухания.

## **Перкуссия**

Поясничная область. Определение симптома поколачивания.

Надлобковая область. Характер перкуторного звука. При увеличении мочевого пузыря – определение уровня расположения его дна.

## **Пальпация**

Почки. Пальпация почек в положении лежа и стоя. При их пальпируемости – болезненность, консистенция, величина, форма, подвижность, наличие симптома баллотирования, характер поверхности.

Мочевой пузырь. Пальпируемость мочевого пузыря. При его обнаружении – уровень расположения дна, болезненность.

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

## **ЭНДОКРИННАЯ СИСТЕМА**

### **Жалобы**

Нарушение роста, телосложения, увеличение массы тела, похудение, 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 частей тела. Ожирение, степень выраженности, преимущественная локализация жира. Похудание. Кахексия.

Состояние кожных покровов (влажность, истончение или огрубление, гиперпигментация кожи и кожных складок, наличие стрий, атипичное оволосение, «лунообразное» лицо).

Непропорционально большие размеры языка, носа, челюстей, ушных раковин, кистей рук и стоп.

Пальпация щитовидной железы: пальпируемость, локализация, величина, болезненность, консистенция, характер поверхности, наличие узлов.

## НЕРВНАЯ СИСТЕМА И ОРГАНЫ ЧУВСТВ

### Жалобы

Головная боль. Локализация, интенсивность, характер, периодичность, время и причины возникновения. Чем купируются боли?

Головокружение. Характер головокружения, условия появления в периодичность. Сопутствующие явления (тошнота, рвота и др.).

Состояние психики. Работоспособность. Память. Внимание. Сон: глубина, продолжительность; бессонница.

Эмоционально-волевая сфера. Настроение. Особенности характера: повышенная раздражительность, вялость, апатия, тревога, мнительность, депрессия, эйфория. Суицидальные мысли и намерения.

Чувствительная сфера. Нарушения кожной чувствительности (гиперестезия, гипостезия, парестезии) – с указанием локализации нарушений.

Боли по ходу нервных стволов, корешковые боли.

Зрение, слух, обоняние, вкус.

Двигательная сфера. Слабость в конечностях, дрожание, судорога. Непроизвольные движения. Нарушение координации движений.

### Осмотр

Состояние психики. Сознание. Ориентировка в месте, времени, ситуации и собственной личности.

Интеллект. Соответствует ли уровню развития. Ослабления интеллектуальных функций (снижение памяти, ослабление внимания, нарушение критики, сужение круга интересов).

Поведение в клинике. Степень общительности, уравновешенность, суестьливость, двигательное беспокойство.

Речь. Афазия (моторная или сенсорная).

Исследование черепно-мозговых нервов.

Исследование зрения. Острота зрения. Наличие двоения в глазах, птоза век. Объем и симметричность движений глазных яблок, наличие нистагма. Симметричность зрачков, их реакция на свет.

Симметричность носогубных складок при оскале зубов.

Дисфония, поперхивание при еде, дизартрия. Отклонения высунутого языка.

Менингеальные симптомы. Ригидность затылочных мышц, симптомы Кернига и Брудзинского.

Чувствительная сфера. Пальпаторная болезненность по ходу нервных стволов и корешков спино-мозговых нервов. Нарушение кожной (болевого, температурной, тактильной) и глубокой чувствительности. Симптомы натяжения.

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

Устойчивость в позе Ромберга. Пальценосовая проба.

Судороги: клонические или тонические, фибриллярные подергивания (с указанием групп мышц), дрожание (тремор) и др. произвольные движения (гиперкинезы).

Контрактуры мышц (с указанием группы мышц). Объем активных движений и сила в конечностях. Тонус мышц (нормальный, повышен, понижен; указан где).

Рефлексы. Роговичный, глоточный. Сухожильные рефлексы – коленный, пяточный (ахиллов). Наличие и выраженность патологических рефлексов: симптомы Бабинского и Россолимо.

Вегетативная нервная система. Глазные симптомы: ширина глазной щели, ширина зрачка, экзофтальм, энофтальм. Симптом Горнера. Дермографизм (белый, розовый, красный; нестойкий или стойкий). Потоотделение.

## **VII. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

Предварительный диагноз формируется на основе расспроса, осмотра и результатов физикального обследования пациента, позволяющих обнаружить основные патологические изменения. Характеризует взаимосвязь выявленных симптомов (субъективные проявления болезни) и признаков (объективные проявления болезни). Предварительный диагноз определяет программу конкретных инструментально-лабораторных методов исследования.

## **VIII. ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ**

План обследования больного разрабатывается исходя из предварительного диагноза с целью установления окончательного диагноза и проведения дифференциального диагноза. В план обследования включаются перечень необходимых лабораторных и инструментальных методов исследований, консультаций специалистов.

## **IX. ДАННЫЕ ЛАБОРАТОРНЫХ, ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ И КОНСУЛЬТАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ**

В этом разделе указываются результаты всех дополнительных лабораторных и инструментальных методов исследования, а также консультации специалистов (заключения по результатам их исследований). При необходимости результаты исследований указываются в динамике. Также необходимо наличие копии температурного листа и ЭКГ с полной расшифровкой и заключением, при необходимости ЭКГ-исследование указывается в динамике. При этом появляется возможность оценить степень отклонения полученных результатов от нормальных величин того или иного показателя.

## **X. КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ**

Клинический диагноз должен быть сформулирован в соответствии с Международной классификацией болезней 10-го пересмотра (МКБ-10).

При формулировке диагноза должны быть выделены:

1. Развернутый диагноз основного заболевания (то есть того заболевания, которое в данный период явилось поводом для обращения пациента за медицинской помощью). Для этого необходимо указать:

- название заболевания;
- клиническую, клинико-морфологическую или патогенетическую его форму;
- характер течения заболевания;
- стадию (фазу) и степень активности патологического процесса;
- степень тяжести заболевания (или тяжесть функциональных расстройств).

2. Фоновое заболевание – это патологические состояния, на фоне которых развилась данная болезнь; как правило, отягощающее течение и прогноз основной болезни.

3. Диагноз осложнений основного заболевания (то есть диагноз тех расстройств, появление которых у пациента явилось следствием основного

заболевания). По возможности необходимо указать степень тяжести этих нарушений.

4. Диагноз(-ы) сопутствующих заболеваний (то есть диагноз тех заболеваний, которые имели место у пациента независимо от наличия и стадии основного заболевания).

## **XI. ОБОСНОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА**

Далее приводится обоснование диагноза по следующему примерному плану:

Анализируя основные жалобы пациента, результаты физикального, лабораторного и инструментального обследования пациента, а также заключений специалистов, взаимосвязь отдельных патологических симптомов и синдромов, необходимо сделать вывод об их возможной принадлежности к тому или иному заболеванию (то есть привести доказательства нозологического диагноза).

Перечислить ряд известных вам и наиболее часто встречающихся заболеваний, проявляющихся сходными симптомами и синдромами. Доказать, что у больного имеется ряд важных симптомов, не характерных для заболеваний, перечисленных выше и что у больного отсутствует ряд важных симптомов, характерных для перечисленных выше заболеваний.

## **XII. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

На основании сопоставления клинической картины заболевания у данного пациента и признаков сходных заболеваний сделать вывод о правильности предположения о характере основного заболевания.

Для этого необходимо:

- выделить основные клиничко-лабораторно-инструментальные признаки заболевания у данного пациента;
- указать другие заболевания, при которых наблюдаются аналогичные признаки;
- показать, что у данного пациента имеются признаки (симптомы, синдромы, показатели лабораторных и инструментальных исследований), не характерные для других сходных заболеваний;
- показать, что у данного пациента нет признаков (симптомы, синдромы, показатели лабораторных и инструментальных исследований), характерных для других сходных заболеваний
- Представить алгоритм постановки клинического диагноза у данного пациента (на основании жалоб и данных клиничко-инструментального обследования).

### **XIII. ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ**

Кратко изложить современные взгляды на этиологию заболевания, перечислить факторы риска возникновения болезни. Указать причины возникновения основного заболевания и его осложнений у пациента.

Кратко изложить современные теории патогенеза данного заболевания. Описать возможные механизмы возникновения заболевания и его осложнений у пациента.

### **XIV. ЛЕЧЕНИЕ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ**

Изложить цели, задачи и современные подходы к лечению данного заболевания и его осложнений, включая режим, диету, медикаментозное и немедикаментозное лечение (коррекция факторов риска, физиотерапия, ЛФК, санаторно-курортное лечение).

Разработать план лечения курируемого пациента с учетом особенностей клинического течения заболевания, функционального состояния отдельных органов и систем больного, а также его психологического статуса. Лечение должно быть этиологически и патогенетически обоснованным. При его неэффективности назначается симптоматическая терапия.

При назначении медикаментозного лечения обращается внимание на правильный подбор дозы препарата, частоту и способ его введения, возможные побочные эффекты.

### **XV. ДНЕВНИКИ**

В дневниках отражаются результаты ежедневного осмотра больного. В каждом дневнике указываются основные жалобы больного (с динамикой за прошедшие сутки), данные общего осмотра пациента (в динамике за прошедшие сутки), полученные результаты лабораторных и инструментальных исследования пациента с их трактовкой. На основании совокупности новых данных оценивается динамика состояния больного. Назначаются дополнительные методы исследования. Проводится коррекция проводимого медикаментозного лечения.

Такие данные, как ЧСС, АД, ЧД, диурез выносятся в температурный лист.

### **XVI. ЭТАПНЫЙ ЭПИКРИЗ**

Этапный эпикриз оформляется каждые 10 дней пребывания пациента в стационаре или при появлении данных, существенное изменяющих представление о клиническом диагнозе, а также при резком изменении состояния больного.

В этапном эпикризе должно быть представлено краткое заключение врача о клиническом диагнозе, особенностях течения заболевания и осложнениях, динамике результатов лабораторных и инструментальных исследований за прошедший период времени. Отмечается эффективность назначенной терапии.

При ухудшении состояния больного оцениваются его причины (несоблюдение рекомендованного режима, диеты, неадекватная терапия и др.).

При появлении новых симптомов, новых данных лабораторных и инструментальных исследований намечается план дополнительного обследования больного, проводится коррекция терапии.

## **XVII. ПЕРЕВОДНОЙ ЭПИКРИЗ**

Переводной эпикриз пишется при переводе больного в другое отделение или ЛПУ. В обязательном порядке указывается диагноз, данные объективного и инструментального обследования, динамика состояния больного, проведенное лечение, причина и обоснование необходимости перевода. Даются конкретные рекомендации по лечению заболевания, послужившего поводом для госпитализации и лечения в прежнем отделении.

## **XVIII. ВЫПИСНОЙ ЭПИКРИЗ (ПРОГНОЗ И РЕКОМЕНДАЦИИ)**

На основании данных, полученных при обследовании больного, на основании результатов динамического наблюдения за состоянием больного, на основании данных лабораторных и инструментальных методов исследования оценивается прогноз пациента.

Излагаются рекомендации, которым больной должен следовать после выписки из стационара (режим физических нагрузок, диета, медикаментозная терапия с указанием конкретных препаратов, их дозировок и режимов приема и т.п.). Даются рекомендации по трудовой деятельности, рекомендации по санаторно-курортному лечению и плановому стационарному лечению.

## ПРИЛОЖЕНИЕ

### **I. Требования юридического характера, необходимые при общении с пациентами и при ведении медицинской документации в терапевтической клинике**

1) Ознакомление с ИБ. Важнейшим аспектом работы врача в стационаре является тщательность и полнота обследования больного, находящее отражение в истории болезни (ИБ.). История болезни – документ, объективно отражающий состояние больного и имеющий большое практическое, научное и юридическое значение.

2) Главные позиции. История болезни оформляется при поступлении и при прикреплении пациента к лечебному учреждению (поликлинике) и больного в стационар. История болезни ведется до момента выписки из стационара или до летального исхода. В период лечения больного в стационаре история болезни находится в распоряжении лечащего врача и заведующего отделением, которые несут ответственность за ее оформление и сохранность. Чаще всего история болезни заполняется лечащим врачом.

3) «Лечащий врач» в законодательстве Российской Федерации. В соответствии со статьей 58 основ Законодательства РФ, лечащий врач – это врач, оказывающий медицинскую помощь пациенту в период его наблюдения и лечения в амбулаторно-поликлиническом или больничном учреждении. Лечащий врач назначается по выбору пациента или руководителя лечебно-профилактического учреждения. Он (лечащий врач) обеспечивает своевременное и квалифицированное обследование и лечение пациента, представляет информацию пациенту или его законным представителям. В сложных случаях приглашаются консультанты и (или) организуются консилиумы специалистов по смежным специальностям с целью выработки стратегии ведения больного. В отдельных случаях, пациенты могут направляться на консультации в специализированные лечебно-профилактические учреждения. Рекомендации консилиума являются обязательными для выполнения лечащего врача.

4) Титульный лист. Титульный лист заполняется при поступлении больного в приемном отделении. Паспортная часть оформляется медицинским работником среднего звена на основании опроса больного, лиц его сопровождающих или имеющих в наличии документов, удостоверяющих личность (паспорт РФ или паспорт иного государства) и медицинский полис. При первичном знакомстве с больным лечащий врач делает отметку о нетрудоспособности пациента в период, непосредственно предшествующий госпитализации. Госпитализация больного в стационар осуществляется по



разным каналам: из поликлиники (плановая и по экстренным показаниям), по направлению консультативно-диагностического отделения (плановая и по экстренным показаниям), врачами СМП, по направлению Департамента здравоохранения или Министерства Здравоохранения Российской Федерации (РФ); по каналам главного врача, а также «самотеком».

5) Информированное добровольное согласие на медицинские вмешательства. Информационное добровольное согласие является условием для любого медицинского вмешательства на всех этапах пребывания больного в стационаре (ст. 31 и 32 «Основ Законодательства РФ об охране здоровья граждан», 1998г). Согласие закрепляют документально заполнением соответствующего бланка, заверенного подписями больного и лечащего врача. В такой же последовательности оформляется согласие на переливание биологических жидкостей: крови, плазмы и их компонентов. Врач обязан информировать пациента о возможных осложнениях.

6) Отказ пациента от медицинского вмешательства. Пациент, либо его законный представитель, имеет право отказаться от медицинского вмешательства, согласно ст. 33 «Основы Законодательства РФ об охране здоровья граждан». Врач в доступной форме информирует пациента о возможных последствиях отказа от медицинского вмешательства. Отказ с указанием возможных последствий оформляется записью в истории болезни и подписывается пациентом либо его законным представителем, а также медицинским работником.

7) Оказание медицинской помощи без согласия граждан или их законных представителей. Оказание медицинской помощи без согласия граждан или их законных представителей возможно по ст. 34 «Основ Законодательства РФ об охране здоровья граждан». Это лица, страдающие заболеваниями, представляющими опасность для окружающих (тяжелые психические расстройства, возможность совершения жизнеопасных деяний и т. д.)

8) Суть и задача сведений, представляющих врачебную тайну. Не допускается разглашение сведений о больном, составляющих врачебную тайну (состояние здоровья, особенности операции, результаты анализов, прогноз заболевания и др.), без согласия пациента (ст. 34 «Основ Законодательства РФ об охране здоровья граждан»). Представление сведений, под грифом врачебная тайна, без согласия пациента или его законного представителя допускается: по запросу органов дознания и следствия, прокуроры и суда. В случае отказа помощи несовершеннолетним в возрасте до 15 лет для информирования его родителей или законных представителей; при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений.

## II. Нормативы стандартных величин важнейших лабораторных показателей

### 1) Общий анализ крови

Показатель	Нормальное значение
Эритроциты	Мужчины: $4,0-5,0 \cdot 10^{12}/л$ Женщины: $3,9-4,7 \cdot 10^{12}/л$
Гемоглобин	Мужчины: 135–180 г/л Женщины: 120–140 г/л
Цветной показатель	0,85–1,15
Ретикулоциты	2–10%
Тромбоциты	$180,0-320,0 \cdot 10^9/л$
Лейкоциты:	$4,0-9,0 \cdot 10^9/л$
палочкоядерные	$0,04-0,30 \cdot 10^9/л$ (1–6%)
сегментоядерные	$2,0-5,50 \cdot 10^9/л$ (47–72%)
Базофилы	$0-0,065 \cdot 10^9/л$ (0–1%)
Эозинофилы	$0,02-0,30 \cdot 10^9/л$ (0,5–5,0%)
Моноциты	$0,09-0,60 \cdot 10^9/л$ (3–11%)
Лимфоциты	$1,2-3,0 \cdot 10^9/л$ (19–37%)
СОЭ	Мужчины: 2–10 мм/ч Женщины: 2–15 мм/ч
Гематокрит	Мужчины: 40–48% Женщины: 36–42%

### 2) Коагулограмма

Показатель	Нормальное значение
Протромбиновый индекс	80–100%
Время рекальцификации плазмы	60–120 с
Тромботест	IV–V степень
Фибриноген	5,9–11,7 мкмоль/л
Фибриноген В	негативный
Фибринолитическая активность	183–263 мин
Толерантность плазмы к гепарину	3–6 (7–11) мин
Время оседания крови по Ли–Уайту	5–10 мин
Продолжительность кровотечения по Дюку	до 4 мин
Ретракция кровяного сгустка	44–65 % (индекс ретракции – 0,3–0,5)

### 3) Международное нормализованное отношение (МНО):

МНО =  $(\text{ПВ}_{\text{паци.}} / \text{ПВ}_{\text{сыв.}}) \cdot \text{МИЧ}$ , где:

$\text{ПВ}_{\text{паци.}}$  – протромбиновое время пациента,

$\text{ПВ}_{\text{сыв.}}$  – протромбиновое время нормальной сыворотки,

МИЧ – международный индекс чувствительности тромбопластина.

### 4) Показатели кислотно-щелочного состояния

КЩС	Нормальное значение
рН: артериальная кровь венозная кровь	7,4 7,35
Напряжение $\text{CO}_2$ ( $\text{Pco}_2$ ): артериальная кровь венозная кровь	40 мм рт. ст. 46 мм рт. ст.
Напряжение $\text{O}_2$ ( $\text{Po}_2$ ) артериальная кровь	75–105 мм рт. ст.
Избыток (дефицит) оснований (ВЕ)	$\pm 2,3$ ммоль/л
Буферные основания (ВЕ)	45–50 ммоль/л
Стандартный бикарбонат: артериальная кровь венозная кровь	24 ммоль/л 26 ммоль/л
Бикарбонат плазмы крови стандартный (АВ)	27 ммоль/л

### 5) Биохимический анализ крови

Биохимический анализ крови	Нормальное значение
Общий белок	60–80 г/л
Альбумины	35–50 г/л (52–65%)
Глобулины	23–35 г/л (35–48%)
Имуноглобулины: IgD IgG IgM IgA IgE	0–0,15 г/л 50–112,5 мкмоль/л 0,6–2,5 мкмоль/л 5,6–28,1 мкмоль/л 0,3–30 нмоль/л
Билирубин: общий свободный (непрямой, неконъюгированный) связанный (прямой, конъюгированный)	8,5–20,5 мкмоль/л 1,7–17,11 мкмоль/л 0,86–5,1 мкмоль/л

Липиды	5–7 г/л
Триглицериды	0,59–1,77 ммоль/л
Холестерин общий	3,21–5,18 ммоль/л
Лопопротеиды: ЛПОНП (пре-β-ЛП) ЛПНП (β-ЛП) ЛПВП (α-ЛП) хиломикроны	1,5–2,0 г/л (0,63–0,69 ммоль/л) 3–4,5 г/л (3,06–3,14 ммоль/л) 1,25–6,5 г/л (1,13–1,15 ммоль/л) 0–0,5 г/л (0–0,1 ммоль/л)
Глюкоза крови	3,5–5,5 ммоль/л
Гликозилированный гемоглобин	4–7%
Железо крови	12–28 мкмоль/л
Калий крови (плазма)	3,8–5,2 ммоль/л
Натрий крови (плазма)	138–217 ммоль/л
Кальций крови (плазма)	0,75–2,5 ммоль/л
Магний крови (плазма)	0,78–0,91 ммоль/л
Фосфор (неорганический), сыворотка	0,646–1,292 ммоль/л
Хлориды крови	97–108 ммоль/л
Азот остаточный (небелковый)	14,28–25 ммоль/л
Мочевина, сыворотка	3,33–8,32 ммоль/л
Креатинин	Мужчины: 71–115 мкмоль/л Женщины: 53–101 мкмоль/л
Мочевая кислота	Мужчины: 0,12–0,38 мкмоль/л Женщины: 0,12–0,46 мкмоль/л
Лактатдегидрогеназа (ЛДГ)	<7 ммоль/(ч•л)
Альдолаза	0,2–1,2 ммоль/(ч•л)
α-Амилаза (диастаза) крови	12–32 г/ (ч•л)
Аспаргатаминотрансфераза (АСТ, АсАТ)	0,1–0,45 ммоль/(ч•л)
Аланинаминотрансфераза (АЛТ, АлАТ)	0,1–0,68 ммоль/(ч•л)
Холинэстераза (ХЭ)	160–340 ммоль/(ч•л)
Щелочная фосфатаза	0,5–1,3 ммоль/(ч•л)
Креатинкиназа	0,152–0,305 ммоль/(ч•л)
Креатинфосфокиназа (КФК), сыворотка	до 1,2 ммоль Р/ч•л
Липаза	0,4–30 ммоль/(ч•л)

## 6) Функция внешнего дыхания

Показатели	Обозначения	Норма для мужчин, л	Норма для женщин, л
Общая емкость легких	ОЕЛ	6,4	4,9
Функциональная остаточная емкость	ФОЕ	3,2	2,6
Остаточный объем	ОО	1,5	1,2
Емкость вдоха	Е вд	3,2	2,3
Резервный объем выдоха	РОВыд	1,7	1,4
Жизненная емкость легких	ЖЕЛ	4,9	3,7
Форсированная жизненная емкость	ФЖЕЛ	4,8	3,3
Объем форсированного выдоха за первую секунду	ОФВ1	3,8	2,8
Отношение объема форсированного выдоха за первую секунду к ФЖЕЛ	ОФВ1/ФЖЕЛ	76%	77%

## 7) Показатели крови

Показатель	Нормальное значение
Кортизол, сыворотка	230–750 нмоль/л
Осмолярность, сыворотка	275–295 мосмоль/л
Паратгормон (ПГ), сыворотка	42,6±9,31 пмоль/л
Соматотропный гормон (СТГ), сыворотка	0–118 пмоль/л
Тиротропный гормон, сыворотка или плазма	128±28 пмоль/л
Тетрайодтиронин (тироксин, Т4), сыворотка	65–155 нмоль/л
Трийодтиронин (Т3), сыворотка	1,77–2,43 нмоль/л
Фетин, сыворотка	Мужчины: 96±7,63 мкг/л Женщины: 45,5±4,58 мкг/л
α1-Серомукоид	12,47–31,75 мкмоль/л
Тимоловая проба	до 5 ЕД
Сиаловая кислота	550–790 мг/л
С-реактивный белок	негативный
Антистрептолизин-О (АСЛ-О)	250 ЕД
Антистрептогиалуронидаза (АСГ)	250 ЕД

## 8) Общий анализ мочи

Показатель	Нормальное значение
Относительная плотность	1,008–1,026
Цвет	соломенно-желтый
Прозрачность	прозрачная
Реакция	нейтральная, слабокислая
Белок	нет
Глюкоза	нет
Ацетон	нет
Кетоновые тела	нет
Уробилиновые тела	нет
Билирубин	нет
Аммиак	нет
Плоский эпителий	незначительное количество
Переходный эпителий	незначительное количество
Почечный эпителий	нет
Лейкоциты	0–3 (муж.), 0–6 (жен.) в п/зр.
Эритроциты	0–2 в препарате
Цилиндры	нет
Слизь	незначительное количество
Бактерии	не более 50 000 клеток в 1 мл мочи
Соли	нет

## 9) Анализ мочи по Нечипоренко

Показатель	Нормальное значение
Лейкоциты	до $2 \cdot 10^3$ /мл
Эритроциты	до $1 \cdot 10^3$ /мл
Цилиндры	нет

## 10) Анализ мочи по Зимницкому

Показатель	Нормальное значение
Колебания относительной плотности в течение суток от 06.00 до 18.00 утро от 21.00 по 03.00 ночь.	1006–1025
Дневной диурез/ночной диурез	3:1

## 11) Скорость клубочковой фильтрации

Для мужчин СКФ (мл/мин) =  $1,23 \times (140 - \text{возраст (годы)} \times \text{вес (кг)}) / \text{креатинин крови (мкмоль/л)}$ .

Для женщин СКФ (мл/мин) =  $1,05 \times (140 - \text{возраст (годы)} \times \text{вес (кг)}) / \text{креатинин крови (мкмоль/л)}$ .

СКФ (по клиренсу креатинина в норме равна 80 – 120 мл/мин при расчете на стандартную поверхность тела, равную 1,73 м<sup>2</sup>).

## 12) Ультразвуковое исследование сердца у здорового человека

Показатель	Нормальные значения
Диаметр корня аорты, см	1,8 – 4,0
Раскрытие створок аортального клапана, см	1,5–2,4
Левое предсердие диастолический размер, см	до 4,0
Выносящий тракт ПЖ	до 3,0
Конечный диастолический размер левого желудочка (КДР), см	до 5,5
Конечный систолический размер левого желудочка (КСР), см	до 3,8
Конечный диастолический объем левого желудочка (КДО), мл	до 147
Конечный систолический объем левого желудочка, мл	до 58
Ударный объем ЛЖ	70–100
Фракция выброса, %	55–65
Минутный объем сердца, л/м	4,5–6,5
Толщина межжелудочковой перегородки в диастолу, см	до 1,1
Толщина межжелудочковой перегородки в систолу, см	1,1–1,5
Толщина задней стенки левого желудочка в диастолу, см	до 1,1
Толщина задней стенки левого желудочка в систолу, см	1,1–1,6

### Литература

1. Струтынский А.В., Баранов А.П., Ройтберг Г.Е., Гапоненко Ю.П. Основы семиотики заболеваний внутренних болезней. – М., Медпресс-информ, 2004.
2. Схема истории болезни под редакцией Мелентьева А.С. и Струтынского А.В. – М, РГМУ 2004.
3. Ивашкин В.Т., Шептулин А.А. Методы клинического исследования больного. – М, МЕДпресс-информ, 2004.
4. Голухов Г.Н., Лучихина Л.В., Струтынский А.В. История болезни в терапевтическом стационаре. – М., МИА, 2007.
5. Унифицированная программа последиplomного обучения по терапии. – М., МЗ РФ, 2003.

**Под редакцией  
А.С.Мелентьева и Г.Ю.Голубевой**

Пропедевтический алгоритм  
системного обследования больного и оформления  
учебной истории болезни  
в терапевтической клинике

Методические указания для студентов II–IV курсов

Редактор *Е.В.Афонина*

ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И.Пирогова  
Минздравсоцразвития России  
117997, Москва, ул. Островитянова, д.1.