

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«ГРОДНЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
КАФЕДРА ПРОПЕДЕВТИКИ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ

К.Н. Соколов, Ю.Т. Солоненко, М.А. Лис

СХЕМА
ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО В КЛИНИКЕ
ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ

(методические рекомендации для студентов III курса лечебного, медико-психологического, медико-диагностического факультетов и факультета иностранных учащихся)

Учебное пособие предусматривает обеспечить подготовку студентов III курса лечебного, медико-психологического, медико-диагностического факультетов и факультета иностранных учащихся по освоению методики клинического обследования больного и оформлению учебной истории болезни.

Методические рекомендации составлены доцентом, кандидатом мед. наук К.Н. Соколовым, доцентом, кандидатом мед. наук Ю.Т. Солоненко и доктором мед. наук, профессором М.А. Лисом.

ПРЕДИСЛОВИЕ

Данное пособие предназначено для студентов III курса лечебного, медико-психологического, медико-диагностического факультетов и факультета иностранных студентов.

Основной целью данного пособия является оказание помощи студентам этих факультетов в приобретении и совершенствовании навыков по системному и полному клиническому обследованию больного и написанию учебной истории болезни.

Следует помнить, что последовательное и целеустремлённое обследование больного по определённой, заранее намеченной схеме способствует более быстрому и более полному получению сведений, необходимых для построения диагноза и плана лечебно-профилактических мероприятий. Все данные обследования больного, наблюдение за течением заболевания, применяемое лечение и его эффективность заносятся в историю болезни, которая является одной из обязательных форм официальной медицинской документации.

История болезни научно обосновывает врачебный диагноз заболевания, является одним из основных показателей уровня лечебно-профилактической работы больницы, квалификации врача и его отношения к выполняемой работе. Одновременно она является и юридическим документом. Правильное ведение истории болезни вырабатывает навыки по системному обследованию больного, способствует дальнейшему совершенствованию врачебного мышления. При написании разделов истории болезни, оформлении диагноза и указании назначаемых лекарственных средств рекомендуется использовать и латинскую терминологию.

1. ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ (ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ)

1.1. Фамилия, имя, отчество _____

1.2. Возраст _____

1.3. Пол _____

1.4. Образование: начальное, неполное среднее, среднее,
среднее специальное, высшее (подчеркнуть).

1.5. Гражданство _____

1.6. Наличие страховки _____

1.7. Профессия _____

1.8. Занимаемая должность _____

1.9. Место работы _____

1.10. Домашний адрес _____

1.11. Дата поступления _____

1.12. Кем направлен _____

1.13. Диагноз: основной _____

Сопутствующие заболевания _____

Осложнения _____

2. ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО

Сбор жалоб требует большого мастерства. Чтобы избежать ошибок и напрасной траты времени необходимо строго выполнять несколько обязательных требований. Прежде всего, необходимо помнить, что у многих больных, особенно пожилых и старых, бывает несколько заболеваний, соответственно, много жалоб. Поэтому врач должен четко вычленить *основные* (главные) жалобы, а затем остальные (*сопутствующие*). Для достижения этой цели наиболее правильный и адекватный первый вопрос «Что Вас больше всего беспокоит?», если анамнез собирается непосредственно при поступлении больного. Если это происходит спустя несколько дней после поступления, вопрос должен быть сформулирован иначе: «Что Вас больше всего беспокоило при поступлении в больницу?» Никто не оспорит, что основные жалобы – это наиболее яркие субъективные ощущения пациента (боли в сердце, одышка, головная боль и др.), которые заставляют пациента обратиться за помощью к медицинским работникам. Поэтому, задавая вопрос «Что Вас больше всего беспокоит (или беспокоило)?», мы через них наиболее реально приближаемся к основному заболеванию. В то же время врач должен помнить, что жалобы больного и локализация патологического процесса не всегда совпадают (например, боли в эпигастральной области при абдоминальной форме инфаркта миокарда, боли в правом подреберье при крупозной пневмонии нижней доли правого легкого и т.д.). Но для уточнения локализации патологического процесса в распоряжении врача имеется огромный арсенал объективных методов исследования (осмотр,

пальпация, перкуссия и др.).

Необходимо выяснить все жалобы, беспокоившие больного при поступлении в клинику. Следует отметить, что иногда студенты ошибочно описывают жалобы, которые беспокоили больных только в день поступления. Необходимо выяснять все жалобы, которые беспокоили пациента последнее время. В начале излагаются *главные* (ведущие) жалобы, затем перечисляются остальные или *сопутствующие* жалобы. Каждую жалобу необходимо подробнейшим образом детализировать. Например, если больного беспокоит кашель, то мы должны уточнить: сухой он (без мокроты) или влажный (с мокротой). Если кашель влажный, то уточняем количество выделяемой мокроты за сутки, ее характер, цвет (гнойная, серозная, геморрагическая) и т.д. Детализация касается и основных и сопутствующих жалоб. После уточнения основных жалоб задается следующий вопрос: «А что Вас еще беспокоит?», логически предполагая, что больной в ответ будет излагать сопутствующие жалобы.

Одним из обязательных требований при сборе жалоб является *активное* их выявление самим врачом. В силу различных обстоятельств больные иногда забывают изложить часть жалоб или отдельные (часто очень важные) детали анамнеза. Чтобы избежать такой утечки информации врач должен сам «методом подсказок» выявлять эти жалобы. Например, если в процессе беседы с больным ни разу не прозвучали жалобы со стороны сердечно-сосудистой системы, то врач должен сам спросить, не бывает ли болей в сердце, сердцебиения, перебоев в работе сердца, одышки, отеков на нижних конечностях и т.д. Такие же уточняющие вопросы-подсказки задаются в отношении других органов и систем.

Приводим ориентировочный план "*активного поиска жалоб*".

Система органов дыхания:

Затруднение носового дыхания, выделения из носа, носовые кровотечения.

Кашель: сила кашля (незначительный, умеренный, сильный). Характер (сухой, с мокротой, постоянный, периодический или приступообразный, продолжительность приступа, поверхностный или глубокий). Время появления в течение суток. Причины, влияющие на появление или усиление кашля.

Мокрота: отходит свободно, с трудом, отдельными плевками или полным ртом. Колебания в количестве мокроты по отношению ко времени суток и к положению тела больного. Характер мокроты: серозная, слизистая, гнойная, слизисто-гнойная, кровянистая («ржавая», примеси свежей крови в виде прожилок, плевков, чистая кровь, её количество). Слоистость мокроты при отстаивании. Цвет и запах мокроты. Количество мокроты в сутки.

Боли в грудной клетке: локализация, их характер (острые, тупые, колющие, ноющие, «стреляющие»), интенсивность (слабые, умеренные, сильные) и продолжительность (постоянные, периодические, приступообразные). Влияние движения, положения тела, дыхания и кашля на интенсивность ощущения или появления болей. Иррадиация болей.

Одышка: постоянная или периодическая, её характер (инспираторная,

экспираторная, смешанная) и степень выраженности. Влияние физической нагрузки на появление, силу и продолжительность одышки, подъём по лестнице, быстрая, медленная ходьба, на какое расстояние, движение. Появление или изменение характера одышки в зависимости от положения тела. Приступы удушья, характер, их продолжительность, время и обстоятельства возникновения.

Сердечно - сосудистая система:

Боли: точная локализация и иррадиация болей, постоянные, периодические, приступообразные. Частота и продолжительность приступов. Интенсивность и характер боли: сильные, нестерпимые, слабые, колющие, сжимающие, давящие, «ноющие». Причина и время возникновения болей: физическое напряжение с конкретным указанием нагрузки: подъем по лестнице на 1-2-3 этаж, быстрая ходьба, ходьба по ровной местности на 50-100-500 метров; эмоции или же они появляются в покое, во время сна, их продолжительность. Чем купируются боли и через какое время.

Сердцебиение: постоянное или периодическое, его интенсивность и продолжительность, возможная причина.

Перебои в работе сердца: постоянные или приступообразные, при каких условиях появляются (после физического напряжения, волнения, после боли, в покое и т.д.).

Другие ощущения в области сердца: замирание, ощущение тяжести.

Одышка: при физическом напряжении, быстрой ходьбе, подъёме по лестнице, медленной ходьбе по комнате, вставании с постели или в покое.

Приступы удушья: по ночам, после физической нагрузки или волнения.

Общая слабость: периодическая или постоянная, в какое время суток более выраженная.

Ощущение пульсации (в каких частях тела).

Отёки: их локализация, степень выраженности, время их появления или увеличения (утром, к вечеру).

Система органов пищеварения:

Боли в животе: их точная локализация; характер и интенсивность (постоянные, периодические, схваткообразные, приступообразные). Связь их с приёмом пищи (через какое время после приёма пищи: натощак, «голодные» или ночные боли); связь с характером, количеством и качеством пищи, с ходьбой, тряской ездой, переменой положения, актом дефекации; продолжительность, интенсивность и иррадиация (в плечо, лопатку, позвоночник, паховую область и т.д.); после чего уменьшаются или исчезают: проходят самостоятельно, после рвоты, применения тепла или лекарства и др. Чем боли сопровождаются или осложняются (рвотой, повышением температуры, желтухой, поносом и др.).

Другие неприятные ощущения: чувство тяжести, распираания, ощущение урчания, переливания, ложные позывы (тенезмы), боли при дефекации, чувство жжения и зуда в прямой кишке; выпадение геморроидальных «шишек».

Состояние аппетита: хороший, средний, пониженный, отсутствует, повышенный. Отвращение к пище, любой или к определённому её виду, извращение аппетита.

Неприятный вкус во рту (кислый, горький, металлический, сладковатый, отсутствие вкуса).

Запах изо рта, наличие жажды, слюнотечения, сухости.

Жевание (хорошо ли прожёвывает, боли при жевании).

Глотание: свободное, затруднённое, болезненное. Какая пища не проходит и на каком уровне ощущается задержка пищи.

Тошнота: частота появления, интенсивность, продолжительность, зависимость от приёма пищи (натощак или после еды), и её характера, через сколько времени и после какой пищи.

Изжога: частота, интенсивность, продолжительность, зависимость от рода и времени приёма пищи, положении туловища. Что устраняет или облегчает изжогу.

Отрыжка: воздухом, съеденной пищей: кислая, горькая или "тухлым яйцом". Связь с приёмом пищи и её характером

Рвота: частота, время появления (натощак, после приёма пищи сразу же или через какое-то время, независимо от приёма пищи, приёма лекарств). Предшествует ли рвоте тошнота, приносит ли она облегчение. Количество рвотных масс (небольшое, обильное), их вкус (кислый, гнилостный, зловонный), характер рвотных масс (съеденной пищи накануне или "вчерашней", примесь желчи, слизи, наличие крови в рвотных массах - в каком количестве, в изменённом или неизменном виде, типа «кофейной гущи», рвота с каловым запахом).

Стул: как часто и в какое время; поносы (частота, связь с характером пищи, волнением), запоры (указать сколько дней задержка стула). Стул с помощью клизмы или слабительных (какие именно). Чувство неполного опорожнения кишечника. Чередование поносов и запоров. Непроизвольная дефекация. Консистенция и форма кала (оформленный, колбасовидный, кашицеобразный, жидкий, «овечий кал», жидкий водянистый в виде «рисового отвара»), цвет (коричневый, тёмно-коричневый, светлый, цвет белой глины, чёрный, дёгтеобразный). Примеси в кале: кровь, гной, слизь, остатки непереваренной пищи, глисты.

Отхождение газов: обильное, умеренное, с резким запахом. Ощущение вздутия живота.

Система мочеотделения:

Боли в области поясницы (почек): острые, тупые, «ноющие», приступообразные. Их продолжительность и иррадиация. Боли в надлобковой области. Причины появления или усиления болей.

Расстройства мочеотделения: болезненное мочеиспускание, олигурия, полиурия, поллакиурия, отхождение мочи по каплям к концу мочеиспускания. Изменение цвета мочи (тёмная – цвета «пива», мутная с примесью хлопьев, цвета «мясных помоев»). Выделение камней при мочеиспускании.

Эндокринная система:

Жажда, потливость, мышечная слабость, плохая переносимость жары, зябкость, похудание и др.

Нервно - психическая сфера и органы чувств:

Головные боли (локализация, сила, продолжительность, характер). Время и причины возникновения. Что их облегчает. Головокружения. Расстройство сна (бессонница, прерывистый сон, засыпание с трудом, сновидения). Беспокойство, навязчивые состояния. Нарушение чувствительности (болевой, температурной, тактильной). Ослабление или отсутствие движений в конечностях.

В случае, когда больной не отвечает на вопросы (бессознательное или крайне тяжёлое состояние), необходимо собрать сведения о нём у родственников или сопровождающих.

*Таким образом, при сборе жалоб необходимо вычлениить основные и сопутствующие, детализировать каждую из них, а также активно выявить те жалобы и детали анамнеза, которые вольно или невольно были упущены больным. При написании этого раздела следует излагать жалобы в следующей последовательности: **основные**, а далее – **дополнительные**. Описывать жалобы по системам не нужно.*

3. ИСТОРИЯ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ (Anamnesis morbi)

В этом разделе должны найти отражение начало заболевания, дальнейшее его развитие до настоящего времени. Многие начинающие врачи делают однотипную ошибку, задавая вопрос «Когда Вы заболели?» В ответ больной, как правило, называет дату (год, месяц) наиболее ярких проявлений заболевания, связанных в большинстве случаев с очередным обострением заболевания. В результате врач получает информацию лишь о коротком эпизоде заболевания продолжительностью в лучшем случае несколько недель. На самом же деле при более тщательном расспросе «послужной список» заболевания насчитывает иногда 10-15 лет и более. Чтобы избежать подобной ошибки, необходимо задавать корректные и четкие вопросы, формулировка которых не допускает двусмысленности. Например, если перед нами больной с типичными проявлениями стенокардии, и мы хотим уточнить начало заболевания, вопрос должен быть сформулирован так: «Когда впервые в жизни и при каких обстоятельствах у Вас возникли приступы загрудинных болей?» Такой вопрос исключает двусмысленное толкование и больной «вынужден» вспомнить тот «самый-самый» первый, начальный период заболевания. Когда первая цель достигнута, врач должен тактично, но настойчиво заставить пациента вспомнить всю дальнейшую хронологию развития заболевания. Был ли госпитализирован пациент для обследования при возникновении первых признаков болезни? Если да, то когда и в какую больницу? Какое проводилось обследование и его результаты. Какой диагноз был выставлен? Если у больного имеется выписка из истории болезни лечебного учреждения, в котором он раньше лечился, целесообразно воспользоваться ею. Далее выясняют, были ли в последующем обострения заболевания? Как часто и чем они проявлялись? Чем лечили? Часто название лекарств дает подсказку к диагнозу. Давало ли эффект проводимое лечение? Лечился ли или обследовался в других клиниках? Как чувствовал пациент после выписки,

выполнял ли врачебные рекомендации по лечению, питанию и др. Последняя госпитализация? По ходу расспроса уточняем вопросы, связанные с временной или стойкой утратой трудоспособности. Возможно, больному в связи с заболеванием установлена группа инвалидности? Какая и когда?

Логическим завершением an. morbi должна быть информация, почему и при каких обстоятельствах пациент в настоящее время вновь был госпитализирован в больницу, если анамнез собирается у стационарного больного. Если больной в очередной раз пришел на прием в поликлинику, то уточняются мотивы такого визита. Типичная в обоих случаях мотивировка – очередное ухудшение самочувствия, его проявления, вынудившее больного вызвать «скорую помощь» или самому обратиться к участковому терапевту, которые и направляют его в больницу.

Таким образом, история настоящего заболевания охватывает время от начала возникновения болезни до момента поступления больного в клинику. *Этот раздел истории очень важен и описывается подробно.*

Сопутствующие заболевания также описываются в этом разделе, но более кратко.

4. ИСТОРИЯ ЖИЗНИ БОЛЬНОГО (Anamnesis vitae)

Представляет собой медицинскую биографию больного, включает все сведения о жизни и деятельности больного с момента его рождения до поступления в данное лечебное учреждение. Приступая к этому разделу анамнеза, необходимо помнить, что основная цель anamnesis vitae – установить те факторы окружающей среды (в том числе бытовые, социальные, экономические, наследственные и т.д.), которые, так или иначе, могли способствовать возникновению и дальнейшему развитию заболевания. Кроме этого важно помнить, что, зная медицинскую биографию больного, врач должен ее использовать для профилактики других заболеваний, которые могут развиваться у больного.

Детство и юность.

Где и в какой семье родился, профессия родителей. Родился ли в срок, каким по счёту ребёнком в семье. Вскармливался молоком матери или искусственно. Когда начал ходить, говорить. Материально-бытовые условия в детстве, общее состояние здоровья и развития (не отставал ли от сверстников в физическом и умственном развитии). Когда начал учиться и как учился в школе. Дальнейшая учёба. Не освобождался ли во время учёбы от занятий физкультурой.

Условия труда и быта.

Начало и дальнейшая трудовая деятельность в хронологической последовательности. По отношению к каждому занятию необходимо указать в течение, какого времени, и в каком возрасте им занимался больной, на каком предприятии и кем работал. Характер выполняемой работы в настоящее время. Санитарная характеристика рабочего места. Наличие профессиональных вредностей во время всей трудовой деятельности. Режим труда (дневная или ночная работа, её продолжительность).

Жилищные условия, санитарная характеристика жилища. Описать в какой квартире проживает, число комнат, жилая площадь, наличие горячей воды и туалета, на каком этаже квартира, сколько членов семьи проживает в квартире.

Подробная характеристика питания: регулярность и частота приёмов пищи и её полноценность, еда в сухом виде, торопливая еда. Достаточно ли употребляет овощей и фруктов. Какие продукты плохо переносит.

Режим вне рабочего времени: когда встаёт и ложится спать, что делает до отправления на работу и по возвращении с неё. Как проводит отпуск. Личная гигиена тела. Занятия физическим трудом, спортом и физкультурой.

Семейный и половой анамнез.

Этот раздел необходимо обязательно опрашивать без присутствия других больных.

Семейное положение (в каком возрасте женился или вышла замуж), состав семьи и здоровье её членов. У женщин выясняется состояние менструального цикла (время появления первых менструаций, когда они установились, их продолжительность, интенсивность, болезненность, когда были в последний раз), беременности и роды, их течение, аборт и их осложнения, выкидыши, не было ли мертворождённых детей, когда наступил климактерический период и его течение. У мужчин выясняется время наступления полового созревания (появление усов, бороды), сколько у жены было беременностей и их исход (роды, аборт самопроизвольные или искусственные, не было ли мертворождённых детей).

Наследственность.

Выявляются мужская и женская родословные больного. Если родственники находятся в живых, необходимо расспросить о состоянии их здоровья. Если же они умерли, следует выяснить, какое было здоровье при жизни, в каком возрасте и от какого заболевания умерли. Страдали ли родители и ближайшие родственники подобным, как у больного, заболеванием.

Перенесенные заболевания.

Указываются в хронологическом порядке перенесенные острые заболевания, травмы. Необходимо расспросить о клинической картине каждого перенесенного заболевания, чтобы убедиться в том, что оно соответствует указанному заболеванию, необходимо отразить, как тяжело оно протекало. *Хронические заболевания описываются в разделе «история настоящего заболевания».*

Вредные привычки.

Курение (как давно и что курит, количество выкуриваемых сигарет в сутки). Употребление алкогольных напитков (с какого возраста, какие, как часто и в каком количестве), наркотиков (промедол, морфий, опий, кокаин, кодеин и др.), снотворных и успокаивающих препаратов, чрезмерное употребление крепкого чая и кофе.

Аллергологический и лекарственный анамнез.

Этот раздел исключительно важен. Выясняются аллергические заболевания и случаи немедикаментозных аллергий у больного с указанием их причины

(пищевые продукты, влияние холода, различных запахов и др.), чем они проявлялись, их исход. Выясняется также, какие больной принимал лекарства при лечении перенесенных и настоящего заболеваний, как их переносил (не было ли аллергических и других осложнений). Название лекарства – аллергена выносятся на титульный лист истории болезни, а так же в амбулаторную карту. Уточняется, были ли переливания крови и каковы их последствия.

Описывая раздел «история жизни больного» нужно помнить, что в практическом здравоохранении, в каком либо конкретном случае, не все вопросы истории жизни больного носят принципиально важный характер, и мы их обязательно задаем больному. Например, вряд ли нужно уточнять у больного с инфарктом миокарда в 70-летнем возрасте вскармливался он молоком матери или нет. Но у молодого пациента с нарушениями пищеварения этот вопрос важен. Таким образом, работая в практическом здравоохранении, врач сам решит какие вопросы истории жизни важные, а какие менее важные. *Однако, описывая учебную историю болезни, необходимо уточнить все перечисленные вопросы.*

5. ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

5.1. Общий осмотр и пальпация.

Общее состояние больного: удовлетворительное, средней тяжести, тяжёлое, крайне тяжёлое, преагональное, агональное.

Положение: активное, активное в постели, пассивное, вынужденное (указать какое).

Сознание: ясное, нарушенное (угнетённое: ступор, сопор, кома; возбуждённое: бред, галлюцинации).

Выражение лица: обычное, возбуждённое, страдальческое, специфическое (какое).

Телосложение: астеническое, нормостеническое, гиперстеническое. Рост. Вес тела. Температура тела.

Кожа и видимые слизистые оболочки:

цвет (бледно-розовый, красный, бледный, цианотичный, желтушный, бронзовый и др.), очаговые пигментации, сыпи, расчёсы, язвы, кровоизлияния, рубцы, «сосудистые звёздочки», ксантомы. Влажность (умеренная, усиленная, сухость, шелушение) и эластичность (тургор кожи).

Волосы: рост (обильный, скудный), выпадение, поседение и др. (с указанием области тела).

Ногти: форма (нормальная, ложкообразная, в виде «часовых стекол»), поверхность (гладкая, исчерченная), цвет.

Подкожно-жировая клетчатка:

степень её развития, равномерность распределения и места наибольшего отложения жира. Толщина кожной складки в см на уровне пупка по наружному краю прямой мышцы живота. Наличие липом.

Отёки: их расположение (лицо, конечности, поясница, общие - анасарка), выраженность (большие, умеренные, небольшие), консистенция (мягкие, плотные).

Лимфатические узлы: если прощупываются, то указать их локализацию, величину, консистенцию, подвижность (спаенность с кожей и между собой), болезненность, наличие свищей и рубцов в области лимфоузлов.

Мышцы: степень их развития, тонус (нормальный, пониженный, повышенный). Болезненность мышц при ощупывании, уплотнения, атрофии.

Кости: деформации, болезненность при ощупывании, неровности поверхностей, наличие пальцев в виде «барабанных палочек». Позвоночник: его искривления (лордоз, кифоз, сколиоз, кифосколиоз), подвижность (при сгибании, разгибании, боковых движениях), болезненность отдельных позвонков при ощупывании.

Суставы: изменение конфигурации, припухлость в области суставов, покраснение кожи и местное повышение температуры, болезненность и хруст при движениях и пальпации, наличие флюктуации, объем активных и пассивных движений.

5.2. Система органов дыхания.

5.2.1. Осмотр грудной клетки:

В начале проводят статический (в состоянии покоя), а потом динамический осмотры.

Статический осмотр - осмотр деталей грудной клетки без учета акта дыхания. Оценивают состояние над- и подключичных ямок, расположение ключиц, ход ребер, состояние межреберных промежутков (расширены, сужены, выбухают, западают (где?)). Расположение лопаток. Соотношение переднезаднего размера грудной клетки к боковому. Выраженность угла Людовика. Характеризуют надчревной угол. Симметричность грудной клетки (западение, выпячивание одной из половин). Потом делают заключение о *форме грудной клетки* (нормальная: астеническая, нормостеническая, гиперстеническая, патологическая: эмфизематозная, паралитическая, рахитическая, воронкообразная, ладьевидная, кифотическая, сколиотическая, кифосколиотическая).

Динамический осмотр грудной клетки:

Определяют участие в дыхании обеих половин грудной клетки (отставание одной из половин грудной клетки в акте дыхания).

Тип дыхания: брюшной, грудной, смешанный.

Число дыханий в минуту (частота дыхания).

Глубина дыхания (поверхностное, средней глубины, глубокое).

Ритм дыхания: правильный, дыхание Чейна-Стокса, Биотта, Грокко, Куссмауля.

Участие в дыхании вспомогательных мышц.

Окружность грудной клетки на фазе максимального вдоха и выдоха (*максимальная дыхательная экскурсия грудной клетки*).

5.2.2. Пальпация грудной клетки.

Выявление болезненных точек и областей (кожи, мышц и межреберных промежутков). Эластичность грудной клетки. Голосовое дрожание и его харак-

теристика: нормальное, ослабленное, отсутствует (указать локализацию). Наличие шума трения плевры на ощупь.

5.2.3. Перкуссия лёгких.

Сравнительная перкуссия: характер перкуторного звука над симметричными участками грудной клетки по всем топографическим линиям (ясный лёгочной, притупленный легочной, тупой, коробочный, тимпанический, металлический, "звук треснувшего горшка"; указать границы измененного перкуторного звука).

Топографическая перкуссия: определение нижних границ лёгких по всем вертикальным топографическим линиям грудной клетки, справа начиная с окологрудной, а слева, начиная с передней подмышечной линии. Активная подвижность нижнего края лёгких (в см) по срединно-ключичной, средней подмышечной и лопаточной линиям с обеих сторон (на входе и выходе). Перкуссия полулунного пространства Траубе. Верхние границы лёгких: высота стояния верхушек лёгких спереди над ключицей (в см) и сзади относительно уровня остистых отростков позвонков. Ширина полей Кренига (в см).

5.2.4. Аускультация лёгких.

Основные дыхательные шумы:

дыхание везикулярное (нормальное, ослабленное, усиленное), жёсткое, саккодированное; бронхиальное, бронховезикулярное или смешанное, амфорическое, с металлическим оттенком, отсутствие дыхательных шумов (указать место выслушивания каждого вида дыхания).

Побочные дыхательные шумы:

хрипы сухие (свистящие, жужжащие), влажные (мелко-, средне- или крупнопузырчатые), их звучность, обилие и связь с фазами дыхания. Влияние откашливания и глубокого дыхания на появление, характер, количество или исчезновение хрипов. Крепитация. Шум трения плевры, звук плеска Гиппократата.

Исследование бронхофонии на симметричных участках грудной клетки (локализация и характер найденных изменений).

5.3. Сердечно-сосудистая система

5.3.1. Осмотр и пальпация области сердца и крупных сосудов.

Осмотр: сердечный горб и другие деформации грудной клетки в области сердца. Верхушечный толчок, его характеристика. Наличие отрицательного верхушечного толчка. Наличие пульсации в области абсолютной сердечной тупости (сердечный толчок) и сосудистого пучка. Набухание и пульсация яремных вен. Усиленная пульсация сонных артерий. Симптомы Мюссе, Ландольфа, Мюллера, Квинке. Эпигастральная пульсация. Расширение вен грудной клетки, конечностей с точным указанием места и степени расширения.

Пальпация: определение болевых зон Захарьина-Геда. Характеристика верхушечного толчка: локализация, диаметр, высота, сила, смещаемость при положении на левом боку. Сердечный толчок (пальпируется или не пальпирует-

ся). Пальпаторное определение пульсации в области сосудистого пучка. "Кошачье мурлыканье", его локализация и характер (диастолическое или систолическое). Ретростернальная пульсация аорты. Венный пульс: если определяется, дать характеристику (отрицательный или положительный). Ощупывание пульсации в подложечной области (в положении лёжа и стоя).

Пальпация пульса: одинаковый или различный на обеих руках. Напряжение и наполнение пульса, его частота, ритм, форма, равномерность или неравномерность, соотношение частоты сокращения сердца и частоты пульса (наличие дефицита пульса). Отсутствие пульса. Свойства артериальной стенки (мягкая, упругая, твёрдая).

Исследование пульса на височных артериях, артериях конечностей. Симптомы Кончаловского-Румпель-Леде (симптом "жгута"), симптом "щипка".

5.3.2. Перкуссия сердца и сосудистого пучка.

Определение правой (в 4 и 3 межреберьях), левой (в 5, 4, 3 межреберьях) и верхней (слева на 1 см от левого края грудины) границ относительной сердечной тупости. Поперечный размер относительной тупости сердца (в сантиметрах вправо и влево от передней средней линии до крайних точек относительной тупости). Конфигурация относительной тупости сердца (нормальная, митральная, аортальная, трапецевидная). Границы и ширина сосудистого пучка во 2 межреберье (в см).

Определение правой, левой и верхней границ абсолютной тупости сердца.

5.3.3. Аускультация сердца.

Характеристика ритма: тоны ритмичные или аритмичные. Нарушение ритма: тахикардия, брадикардия, экстрасистолия, мерцательная аритмия.

Характеристика тонов сердца: ясные, приглушенные, глухие, усиленные (при изменении громкости обоих или одного тонов указывается место их выслушивания). Расщепление и раздвоение тонов (локализация). Ритм «галоп», ритм "перепела", эмбриокардия.

Шумы: их отношение к фазам сердечной деятельности: систолический, диастолический (прото-, мезо-, пресистолический). Характер шума: «мягкий», «дующий», «пилящий» и др.; продолжительность: длинный, короткий. Изменения шумов в зависимости от фазы дыхания и перемены положения больного (из вертикального в горизонтальное и обратно), выслушивание на левом боку и после физической нагрузки.

Экстракардиальные шумы: шум трения перикарда, плевроперикардиальный (места выслушивания).

Аускультация крупных сосудов: наличие двойного тона Траубе и двойного шума Виноградова-Дюорозье на бедренных артериях.

5.3.4. Определение артериального давления по методу Короткова на обеих руках и на бедренной артерии (по показаниям).

5.4. Система органов пищеварения

5.4.1. Осмотр полости рта.

Запах изо рта: обычный, гнилостный, кислый, каловый, запах аммиака, ацетона, алкоголя и др.

Губы: цвет (нормальный, бледный, цианотичный), сухость, трещины, корочки.

Слизистая оболочка полости рта: цвет, пигментация, пятна Филатова, лейкоплакии, афты, изъязвления, молочница, кровоизлияния.

Дёсны: разрыхленные, кровоточивые, бледные, серая кайма на дёснах (при профессиональных отравлениях).

Зубы: число зубов на нижней и верхней челюстях, есть ли кариозные, шатающиеся зубы (какое их количество); указать какие зубы отсутствуют. Вставные зубы.

Язык: влажный и чистый, сухой, обложен налётом (его интенсивность, цвет, легко ли снимается), запах, трещины, язвы, "географический язык", рубцы, выраженность сосочков. Малиновый и «лакированный» язык. Дрожание и отклонение в сторону при высовывании языка.

Небные дужки: цвет (нормальной окраски, гиперемирован), припухлость или отёчность, налёты, сухость.

Состояние миндалин: размеры (нормальной величины, гипертрофированные, разной величины), покраснение, припухлость, разрыхленность, наличие гнойных пробок и налётов.

Глотка: состояние и цвет слизистой (покраснение или побледнение, отёчность), наличие плёночных наложений, зернистости, изъязвления, рубцы.

5.4.2. Осмотр живота.

Проводится в положении лёжа и стоя.

Форма живота: нормальной конфигурации, вздутый (равномерно или неравномерно), втянутый, "лягушачий", отвислый; участие передней брюшной стенки в дыхании; ассиметрии, выпячивания, их локализация и форма.

Состояние пупка: втянут, выпячен.

Измерение окружности живота на уровне пупка. Состояние кожного покрова, сыпи. Наличие расширенных подкожных вен на передней брюшной стенке и определение направления тока крови в их. Рубцы, их локализация, размеры.

Грыжи: паховые, бедренные, пупочные, белой линии живота.

Патологические пигментации.

Усиленная перистальтика, видимые пульсации.

Выраженность подкожно-жировой клетчатки.

5.4.3. Перкуссия живота.

Характер тимпанита над желудком и кишечником. При наличии тупого звука провести дифференциацию (жидкость, скопление кала, опухоль). Перку-

торное определение асцита при изменении положения тела, указать верхний уровень жидкости.

5.4.4. Аускультация живота.

Перистальтика кишечника (ослабленная, усиленная, отсутствует). Аускультация брюшной аорты. Шум трения брюшины при перигепатитах и периспленитах, тихий венный шум над печенью при циррозах, дующий систолический шум над печенью при ангиокаверномах и аневризме печёночной артерии.

5.4.5. Пальпация живота.

Проводится лёжа на спине.

Поверхностная ориентировочная пальпация:

ориентирует о состоянии передней брюшной стенки, даёт представление в первую очередь о болезненности (ограниченная или разлитая) и напряженности (местная или общая) передней брюшной стенки, степени их выраженности. Отёчность брюшной стенки. Выявление и расширение паховых и бедренных колец. Пальпаторное определение грыж. Болевые точки. Симптом Щеткина-Блюмберга. Определение наличия асцита методом флюктуации.

Глубокая методическая скользящая пальпация по Образцову-Стражеско: ориентирует о состоянии органов брюшной полости и задней брюшной стенки проводится в определённой последовательности: сигмовидная и слепая кишки, терминальный отрезок тощей кишки, поперечно-ободочная кишка, восходящий и нисходящий участки толстой кишки, большая и малая кривизна желудка, привратник. При пальпации указанных отделов кишечника необходимо дать им подробную характеристику: локализация, болезненность, смещаемость, форма, толщина или диаметр в см, консистенция (плотная или эластичная), поверхность (гладкая или бугристая), урчание, шум плеска.

Определение положения нижней границы желудка:

1. Методом перкуторной пальпации - определение шума плеска.
2. Методом аускульто-аффрикции или аускультативной перкуссии.
3. Методом глубокой пальпации - ощущение выскальзывания желудка из-под пальцев.

Осмотр заднего прохода и пальцевое исследование прямой кишки (при необходимости).

5.4.6. Характеристика стула.

Как часто и в какое время; поносы (частота, связь с характером пищи, волнением), запоры (указать сколько дней задержка стула). Стул с помощью клизмы или слабительных (какие именно). Чувство неполного опорожнения кишечника. Чередование поносов и запоров. Непроизвольная дефекация. Консистенция и форма кала (оформленный, колбасовидный, кашицеобразный, жидкий, «овечий кал», жидкий водянистый в виде «рисового отвара»), цвет (коричневый, тёмно-коричневый, светлый, цвет белой глины, чёрный, дёгтеобразный). Примеси в кале: кровь, гной, слизь, остатки непереваренной пищи,

глисты.

5.4.7. Исследование печени и желчного пузыря.

Перкуссия печени: определяется верхняя граница абсолютной печёночной тупости по правым окологрудинной, срединно-ключичной и передней подмышечной линиям.

Нижняя граница абсолютной тупости печени определяется тихой перкуссией снизу вверх по правым передней подмышечной, срединно-ключичной, окологрудинной линиям, а также по срединной линии. Границу левой доли печени определяют перкуссией по левой окологрудинной линии и левой рёберной дуге.

Размеры печени (абсолютной печёночной тупости) измеряют измерением расстояния между верхней и нижней границами по окологрудинной, сердечно-ключичной и передней подмышечной линиям. В норме эти размеры равны: по окологрудинной линии 8 - 10 см., по срединно-ключичной линии - 9 - 11 см., по передней подмышечной линии - 10 - 12 см. Измеряется также расстояние от нижней границы печени до нижнего края мечевидного отростка по срединной линии, по рёберной дуге от точки левой границы печени до срединной линии.

Определив в вышеуказанных точках границы абсолютной печёночной тупости, можно получить *размеры печени по М.Г. Курлову* (поперечники по правой срединно-ключичной, передней срединной линиям и косой (по левой рёберной дуге)).

Пальпация нижнего края печени: производится по методу Образцова-Стражеско (но без глубокого погружения пальцев в брюшную полость). Используют другие методы и приёмы пальпации: в положении больного сидя с упором рук кзади, стоя с наклоном туловища вперёд, баллотирующая или толчкообразная пальпация при наличии асцита (симптом "плавающей льдинки").

Характеристика нижнего края печени: локализация его (на сколько см. ниже края рёберной дуги по срединно-ключичной линии и выше пупка по срединной линии; характер (острый, закругленный, ровный или неровный); консистенция (мягкая, плотноватая, плотная, хрящевая); чувствительность (болезненный или безболезненный), наличие пульсации; характеристика выступающей поверхности печени (гладкая, зернистая, бугристая).

Пальпация желчного пузыря: если желчный пузырь пальпируется, то определяется его локализация, величина, консистенция (мягко-эластическая, плотная, бугристая), подвижность, болезненность. Болевые точки желчного пузыря. Симптом Ортнера, Георгиевского-Мюссе, Курвуазье, Мерфи, Кера.

5.4.8. Исследование поджелудочной железы.

Пальпация поджелудочной железы: глубокая, методическая, скользящая по Образцову-Стражеско (целенаправленная пальпация производится натощак после предварительной очистительной клизмы). Пальпируется в случаях увеличения или уплотнения.

5.4.9. Исследования селезёнки.

Перкуссия селезёнки: границы селезёнки, смещаемость их при дыхании и перемене положения. Размеры селезёнки: длинник (по X ребру) и поперечник в см.

Пальпация селезёнки: производится в положении больного на спине и по Сали (на правом боку с несколько согнутой левой ногой). Локализация нижнего края селезёнки, его форма, консистенция (мягкая, плотная), подвижность, болезненность, поверхность (ровная, гладкая, бугристая), наличие характерных селезёночных вырезок.

5.5. Система мочеотделения.

Осмотр поясничной области (припухлость, гиперемия).

Определение симптома поколачивания по поясничной области справа и слева. Болезненность при сдавливании мышц поясницы.

Пальпация почек в горизонтальном и вертикальном положении (если пальпируются – их величина, болезненность, поверхность, консистенция).

Пальпаторное выявление болевых точек (особенно при приступе почечной колики, остром пиелонефрите):

- реберно-позвоночный угол между XII ребром и длинной мышцей спины;
- верхняя мочеточниковая точка – на уровне пупка у края прямой мышцы живота;
- нижняя мочеточниковая точка – место пересечения биспинальной линии (соединяющей верхние ости подвздошных костей) с вертикальной, которая проходит через лонный бугор.

Перкуссия и пальпация области мочевого пузыря.

Характеристика мочеиспускания и диуреза.

Расстройства мочеотделения: болезненное мочеиспускание, олигурия, полиурия, поллакиурия, отхождение мочи по каплям к концу мочеиспускания. Изменение цвета мочи (тёмная – цвета «пива», мутная с примесью хлопьев, цвета «мясных помоев»). Выделение камней при мочеиспускании.

5.6. Эндокринная система.

Осмотр и пальпация: гигантизм, нанизм, кахексия, ожирение, пигментация кожи, укрупнение черт лица (увеличение носа, губ, нижней челюсти). Слизистый отёк лица, увеличение языка.

Осмотр шеи и пальпация щитовидной железы.

Тремор век, пальцев рук, языка.

Экзофтальм, энтофтальм (двусторонний, односторонний). Симптомы Дальримпля, Краузе, Грефе, Кохера, Эллинека, Мебиуса, Жоффруа, Брауна.

5.7. Нервно-психическая сфера и органы чувств.

Настроение (хорошее, подавленное, угнетённое). Ориентирование в окружающей обстановке, во времени, пространстве (правильное, неправильное). Дермографизм (красный, белый, отёчный, разлитой, стойкий, нестойкий). Парезы, параличи.

Общая оценка органа слуха: необходимо оценить слух на оба уха; изменение ушных раковин, возможные выделения из наружных слуховых проходов. Выявление болезненности при надавливании на козелки и сосцевидные отростки.

Общая оценка органа зрения: состояние век (отеки, рубцовые изменения), глазных щелей (одинаковые, сужены, расширены), радужных оболочек, зрачков (одинаковые, анизокория, миоз, мидриаз), реакция на свет; помутнения и рубцовые изменения роговицы; анофтальмия; общая оценка остроты зрения (нормальная, умеренная, сниженная, средней степени, высокой степени, полная слепота).

6. ДАННЫЕ ЛАБОРАТОРНЫХ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ.

Эти данные студент переписывает из истории болезни, указав дату исследования. Необходимо указать единицы измерений показателей по системе СИ.

7. ВРАЧЕБНЫЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ.

В соответствие с имеющимися классификациями нужно правильно сформулировать диагноз, указав основное заболевание (-ния), осложнения его и сопутствующие заболевания.

Необходимо обосновать основное заболевание и осложнения. Обосновывая диагноз заболевания, нужно указать на основании каких жалоб (перечислить их), данных анамнеза заболевания, данных анамнеза жизни (перечислить те факторы, которые могли реально способствовать развитию данного заболевания: трудности и болезни детского возраста, неблагоприятные условия труда и быта, питания, отягощённая наследственность, конкретные перенесённые заболевания, вредные привычки, аллергии); данных объективного обследования, лабораторных и инструментальных методов обследования. При этом необходимо ссылаться только на те конкретные данные, которые характерны для предполагаемого заболевания.

Пример обоснования диагноза у больного с признаками крупозной пневмонии

На основании (...или «принимая во внимание»):

1) жалоб больного: на сильный кашель с отхождением небольшого количества «ржавой» мокроты; боли в правой половине грудной клетки, усиливающиеся при глубоком дыхании и кашле; повышение температуры до 39-40⁰; одышку; сердцебиение; выраженную общую слабость, потливость;

2) данных an. morbi: заболел два дня тому назад, остро, через сутки после переохлаждения (промок под дождем); появился озноб, к вечеру повысилась температура до 38,5⁰; одновременно появились колющие боли в правой половине грудной клетки при дыхании, сухой кашель, а затем кровохарканье;

3) объективных данных: при общем осмотре асимметричный румянец на щеках справа, herpes labialis; правая половина грудной клетки отстаёт в акте дыхания; пальпаторно справа по аксиллярным линиям в средних отделах груд-

ной клетки выявляется болезненность, голосовое дрожание в этих же местах резко усилено, перкуторно выявляется тупой звук; при аускультации над этими участками справа определяется бронхиальное дыхание, здесь же на ограниченном участке выслушивается шум трения плевры;

4) данных лабораторного и инструментального исследований: при анализе крови лейкоцитоз до $18 \cdot 10^9/\text{л}$; резкий сдвиг лейкоцитарной формулы влево до метамиелоцитов, ускорение СОЭ до 58 мм/час; рентгенологически отмечается равномерное снижение прозрачности легочной ткани средней и нижней долей правого легкого с четкой границей по междолевой щели; в анализе мокроты - мокрота «ржавого» цвета, микроскопически эритроциты 15-20 в поле зрения, лейкоциты 8-10 в поле зрения

выставлен диагноз: **внебольничная крупозная пневмония средней и нижней долей справа, тяжелое течение. ДН II ст.**

8. ДНЕВНИК

Дневник - это краткое описание жалоб, данных объективного обследования больного на определенный момент осмотра. В истории болезни студент пишет *два дневника*, в которых нужно отразить изменения в самочувствии и состоянии больного, функциональное состояние основных органов и систем.

Пример дневниковой записи пациента с крупозной пневмонией (через 4 дня пребывания в больнице)

22.02.2012 г. Самочувствие заметно улучшилось: уменьшился кашель и количество выделяемой мокроты, снизилась температура, улучшился аппетит и сон.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, $t-36,8^0$. Кожные покровы чистые, бледно-розовые. Отеков нет. Легкие: справа ниже угла лопатки небольшое укорочение перкуторного звука, дыхание здесь умеренно ослабленное везикулярное, единичные влажные мелкопузырчатые звучные хрипы. Частота дыхания 18 в 1 мин. Сердце: тоны ритмичные, акцент II тона на легочном стволе. Ps - 78 ударов в мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 115/70 мм. рт. ст. на обеих руках. Живот мягкий, безболезненный. Стул был сегодня, оформленный. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Диурез достаточный.

Подпись Иванова

9. ТЕМПЕРАТУРНЫЙ ЛИСТ.

В температурном листе должны быть графически отображены сведения о температуре и частоте пульса, артериальном давлении курируемого больного в виде кривых.

Образец заполнения температурного листа и графического изображения температурной кривой и кривой пульса представлены на рисунке.

1248
 № карты
 Фамилия, имя отчество больного **Сазонов Иван Петрович**
 № палаты **6 (кажд.)**
ТЕМПЕРАТУРНЫЙ ЛИСТ

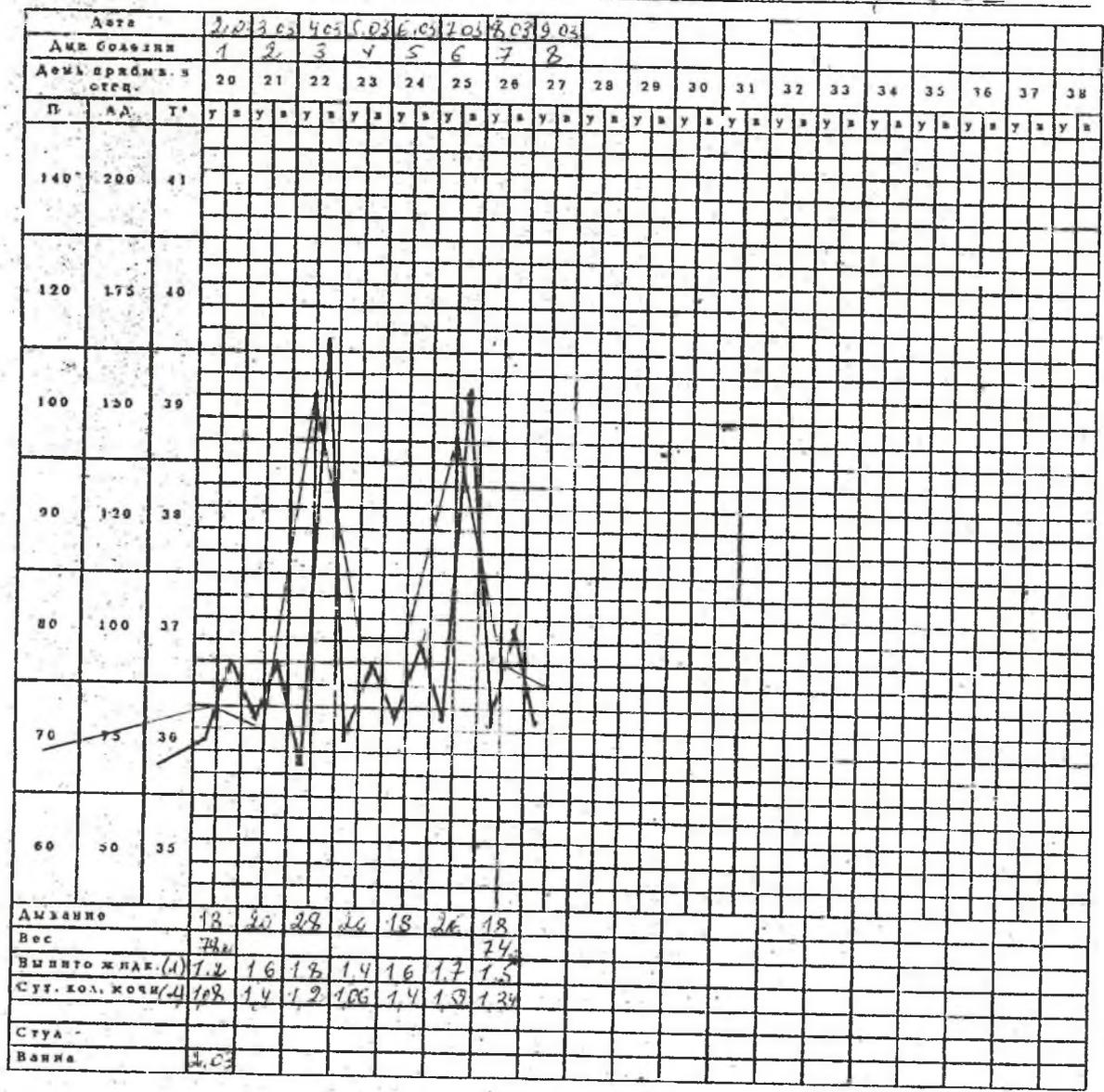


Рис. 27. Изображение кривых температуры и частоты пульса в температурном листе

Оформлять учебную историю болезни необходимо аккуратно, без зачеркиваний и исправлений, используя *папку-скоросшиватель*. Титульный лист должен быть оформлен по определенному образцу.

Образец:

ГРОДНЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
Кафедра пропедевтики внутренних болезней
Зав. кафедрой: _____
Преподаватель: _____

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

больного (Ф.И.О.) _____
Куратор: студент 3 курса, _____ факультета
группы № _____
Ф.И.О. _____

Дата курации _____

г. Гродно, 20__ г.