

ПРОПЕДЕВТИКА ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ

В ДВУХ ТОМАХ

Под редакцией профессора И. В. МАЕВА,
профессора В. А. ШЕСТАКОВА

ТОМ 1

*Рекомендовано
ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский
университет имени И. М. Сеченова»
в качестве учебника для студентов учреждений
высшего профессионального образования,
обучающихся по специальности «Лечебное дело»*

*Регистрационный номер рецензии 326
от 29 сентября 2011 г. ФГАУ «ФИРО»*

2-е издание, стереотипное



Москва
Издательский центр «Академия»
2012

УДК 616-07(075.8)

ББК 53.4я73

П817

Авторы:

И. В. Маев, В. А. Шестаков, Т. М. Ляхова, Г. А. Бусарова,
В. Б. Пономаренко, А. Ю. Гончаренко, Е. Г. Лебедева

Рецензенты:

зав. кафедрой пропедевтики внутренних болезней лечебного факультета
Российского государственного медицинского университета, д-р мед. наук,
профессор *А. В. Струтынский*;

зав. кафедрой пропедевтики внутренних болезней Московской медицинской академии
имени И. М. Сеченова, директор Клиники пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии
и гепатологии имени В. Х. Василенко, академик РАМН, д-р мед. наук, профессор *В. Т. Ивашкин*

Пропедевтика внутренних болезней. В 2 т. Т. 1 : учеб. для студ. учреж-
П817 дений высш. проф. образования / [И. В. Маев, В. А. Шестаков, Т. М. Ляхова
и др.] ; под ред. И. В. Маева, В. А. Шестакова. — 2-е изд., стер. — М. : Издательский
центр «Академия», 2012. — 352 с., [24] л. цв. ил.

ISBN 978-5-7695-9321-5

Изложены современные представления об этиологии, патогенезе, особенностях клинической
картины заболеваний внутренних органов. Представлены основные сведения о высокоинформа-
тивных клинических, лабораторных и инструментальных методах обследования. Рассмотрены
основы диагностики наиболее распространенных в клинической практике патологических син-
дромов и заболеваний внутренних органов.

В томе 1 описана методика осмотра больного. Рассмотрены дыхательная и сердечно-сосу-
дистая системы.

Учебник создан в соответствии с Федеральными государственными стандартами по специаль-
ности «Лечебное дело».

Для студентов учреждений высшего медицинского профессионального образования.

УДК 616-07(075.8)

ББК 53.4я73

*Оригинал-макет данного издания является собственностью
Издательского центра «Академия», и его воспроизведение любым способом без согласия
правообладателя запрещается*

ISBN 978-5-7695-9321-5 (т. 1)

ISBN 978-5-7695-9320-8

© Коллектив авторов, 2012

© Образовательно-издательский центр «Академия», 2012

© Оформление. Издательский центр «Академия», 2012

ПРЕДИСЛОВИЕ

Пропедевтика (от греч. *propaideuō* — предварительное обучение) — это вводный курс в клиническую диагностику внутренних болезней. Пропедевтику внутренних болезней студенты медицинских университетов и академий изучают как одну из первых клинических дисциплин. Пропедевтика предполагает обучение методам клинического обследования больного (врачебной диагностической технике), основу которого составляют пять классических методов непосредственного обследования: расспрос, осмотр, пальпация, перкуссия и аускультация.

Для оценки состояния пациента огромное значение имеет расспрос, при котором выясняют не только жалобы и историю заболевания, но и историю жизни больного, его привычки, привязанности, бытовой и семейный анамнез, особенности времяпрепровождения, перенесенные ранее болезни. Лучше, если больного не расспрашивают, а ведут с ним беседу. Такая беседа требует не только большого запаса профессиональных знаний, но и доброго сердца, высокой общей культуры врача. Обычно умение вести беседу с пациентом — итог долгой клинической практики. Студенты постепенно овладевают им, прислушиваясь к своим наставникам. Именно преподаватели-наставники призваны воспитывать в студентах профессиональные черты личности врача на основе медицинской деонтологии — совокупности этических норм и принципов поведения медицинского работника при выполнении профессиональных обязанностей.

Без знания клинических проявлений болезни, патологических симптомов (признаков) и синдромов (группы симптомов), механизмов их возникновения невозможно овладеть основами клинической диагностики. Наука о механизмах возникновения симптомов и синдромов, патологических состояний называется семиотикой и является важной составляющей пропедевтики внутренних болезней. Обнаружение патологических симптомов и синдромов является обязательной, но не всегда достаточной основой для постановки правильного диагноза. Нередко одни и те же симптомы и синдромы встречаются при нескольких болезнях. В таких случаях большую помощь оказывают дополнительные методы обследования: инструментальная и лабораторная диагностика.

Достижения современной науки и техники заметно облегчили распознавание внутренних болезней. Отдельные методы дополнительного обследования больного — электрокардиография, ультразвуковые, рентгеновские, компьютерные и лабораторные методики — выделились в самостоятельные разделы медицины, по ним написаны подробные руководства, проводится специализация врачей. Дополнительные методы, несомненно, приносят огромную пользу, но взятые изо-

лированно, в отрыве от других сведений о больном, они похожи на отдельные кусочки смальты, из которых сложно составить мозаику правильного диагностического поиска. Только тщательный расспрос, внимательное объективное обследование, учет всех инструментальных и лабораторных данных позволяют своевременно распознать заболевание и предотвратить его прогрессирование, назначить правильное лечение, улучшить качество жизни больного, сделать более благоприятным ближайший и отдаленный прогноз.

Учебник состоит из шести разделов. Первый раздел посвящен расспросу и общему осмотру больных. Последующие пять разделов описывают методы исследования и семиотику заболеваний систем органов дыхания, кровообращения, пищеварения, мочеотделения и кроветворения. Внутри каждого раздела рассмотрены основные синдромы: их этиология и патогенез, клиническая картина, течение и осложнения. Приведены основные и дополнительные методы исследования, применяющиеся при этих заболеваниях. Таким образом, в данном учебнике собраны все сведения о внутренних болезнях.

В конце каждого раздела приведены контрольные вопросы, тесты и ситуационные задачи. У тестов может быть только один правильный вариант ответа.

Авторы будут благодарны за все замечания и пожелания (наш адрес: proped@mail.ru).

РАЗДЕЛ I

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

Глава 1

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ И РАССПРОС БОЛЬНОГО

При заполнении истории болезни обязательно учитывают следующие пункты: паспортные данные пациента, жалобы при поступлении (жалобы детализируют в зависимости от заболеваний разных органов), история настоящего заболевания,

Название медицинского вуза
Кафедра _____
Зав. кафедрой _____
Преподаватель _____
ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

фамилия, имя, отчество больного
КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ:
Основные заболевания:
Осложнения:
Сопутствующие заболевания:
Куратор — студент ____ курса
_____ группы _____ факультета

(фамилия, имя, отчество студента)
Время курации с _____ до _____
Дата

Рис. 1.1. История болезни

история жизни, настоящее состояние больного, результаты исследований и консультаций специалистов, диагноз и его обоснование (рис. 1.1).

1.1. Схема истории болезни

Паспортные данные включают фамилию, имя и отчество больного, возраст (указывается число полных лет), семейное положение (женат, замужем, холост, не замужем, вдовец, вдова), образование (среднее, среднее профессиональное, высшее профессиональное, незаконченное высшее и т. д.), профессию, должность, место работы, место жительства, время поступления в клинику (дата).

Рассмотрим пункты истории болезни более подробно.

1.1.1. Жалобы при поступлении

По сути жалобы при поступлении — это субъективные данные больного. В этот раздел истории болезни заносят основные, дополнительные, общие и прочие жалобы и приводят их детальную характеристику.

Наиболее типичны такие вопросы врача к больному: что Вас беспокоит? какие у Вас проблемы со здоровьем? что привело Вас к врачу (или в больницу)?

Основные жалобы. К основным жалобам относят болезненные ощущения, больше всего беспокоящие больного и являющиеся непосредственным поводом для обращения к врачу в настоящее время. Такие ощущения выражены достаточно резко, четко характеризуют основное заболевание и определенно принадлежат его клинической картине.

Особое место среди жалоб занимает боль, так как является наиболее частой жалобой. При наличии боли ее детализируют по примерной схеме:

- 1) точная локализация болезненных явлений;
- 2) иррадиация боли (распространение болевых ощущений);
- 3) время появления (утром, днем, ночью); при болях в животе необходимо уточнить связь с приемом пищи (спустя 30 мин, 1,5—2,0 ч после еды, натощак);
- 4) факторы, вызывающие болезненные ощущения (физическое напряжение, стресс, прием пищи, определенное положение тела, холод, дыхание и т. д.). При болях за грудиной (стенокардия) или в области сердца (кардиалгия) важно установить провоцирующее влияние физической нагрузки, уменьшение болей в покое и после приема нитроглицерина;
- 5) характер боли (сжимающий, колющий, жгучий, постоянный, приступообразный и т. д.), ее интенсивность (умеренной силы, интенсивная, слабая) и продолжительность;
- 6) купирование боли: прием лекарственных препаратов, перемена положения тела, прекращение физической нагрузки, тепло. Указывают, с каким эффектом происходит купирование (положительный эффект — уменьшение или купирование боли, без эффекта — боль сохраняется или прогрессирует), через какое время отмечается положительный эффект;
- 7) поведение больного, вынужденное положение, облегчающие болезненные ощущения.

Дополнительные жалобы. К дополнительным относят жалобы, которые сопутствуют основным, например рвота (указывается, приносит ли это облегчение), тошнота и диарея (количество позывов в течение дня, суток) при боли в животе, головокружение, мелькание мошек перед глазами при головной боли и т. д.

Общие жалобы. К общим относят жалобы, которые могут принадлежать многим заболеваниям, например общая слабость, раздражительность, расстройства аппетита, жажда, потеря массы тела, снижение работоспособности, повышение температуры тела (лихорадка). Если больной предъявляет жалобы на 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 (кашлем, одышкой, болями в животе, желтухой и т. п.). Данные жалобы косвенно характеризуют степень тяжести заболевания.

Прочие жалобы. К прочим относят жалобы, обусловленные сопутствующими заболеваниями, которые в данный момент находятся вне обострения: боли в суставах, беспокоящие периодически в весенне-осенний период, боли в пояснично-крестцовом отделе позвоночника, обусловленные наличием остеохондроза позвоночника, и т. п.

1.1.2. Детализация жалоб при заболевании разных органов

Выделение жалоб очень важно — ведь именно на их основе врач ставит предварительный диагноз, который позже проверяют, проводя дополнительные методы исследования.

Система органов дыхания

При *кашле* (tussis) указывают его характер (сухой или с выделением мокроты, надсадный, «лающий» и т. д.), время появления (днем, ночью, утром), длительность (постоянный, периодический, приступообразный), условия появления и купирования.

Мокрота (sputum) характеризуется цветом, запахом и консистенцией (серозная, слизистая, слизисто-гнойная, гнойная), количеством, выделением одномоментно (в миллилитрах или с чайную, десертную, столовую ложку) и за сутки, примесью крови. Указывают положение, способствующее наилучшему отхождению мокроты. Например, выделение мокроты слизисто-гнойного характера без запаха до 50 мл в сутки, наибольшая порция утром после откашливания.

При *кровохарканье* (haemoptoe) обращают внимание на количество (прожилки, сгустки или чистая кровь), цвет крови (алая, темная, ржавая или малинового цвета) и условия ее появления.

При *боли* (dolor) в грудной клетке указывают локализацию, характер боли (острая, тупая, колющая), интенсивность (слабая, умеренная, сильная), продолжительность (постоянная, приступообразная), связь с дыхательными движениями и положением тела, иррадиацию болей.

При *одышке* (dyspnoe) важны условия возникновения (в покое, при физической нагрузке — привычной, чрезмерной; при кашле, изменении положения тела

и т. д.), характер (с затруднением вдоха — инспираторная, с затруднением выдоха — экспираторная; смешанная), чем купируется и через какое время, какое вынужденное положение принимает больной (фиксированный плечевой пояс, поза кучера).

Удушье (asthma) характеризуется временем и условиями возникновения, продолжительностью приступов, их купированием (чем и через какое время).

Система органов кровообращения

При *болях в области сердца* (cardialgia) указывают локализацию (за грудиной, в области верхушки сердца, слева от грудины на уровне II—V ребер и т. д.), иррадиацию, характер (сжимающие, колющие, давящие, ноющие; постоянные или приступообразные и т. д.), интенсивность, продолжительность, условия возникновения (при физической нагрузке, эмоциональном напряжении, в покое), чем купируются (валидол, нитроглицерин, седативные средства, наркотические анальгетики) и через какое время, какое вынужденное положение принимает больной (симптом витрин при приступе стенокардии). Например, боль локализуется за грудиной, носит сжимающий, давящий характер, длится 3—5 мин, возникает при повышенной физической нагрузке или волнении, иррадирует в левую руку, плечо, лопатку, купируется 1 таблеткой нитроглицерина через 1—5 мин. Пациент останавливается, замирает, как бы рассматривая витрины (симптом витрин).

При *одышке* (dyspnoe) важны условия возникновения (при физической нагрузке, эмоциональном напряжении, в покое), характер (с затруднением вдоха, выдоха) и длительность, чем купируется и через какое время, какое вынужденное положение принимает больной (ортопноe).

Удушье (asthma) характеризуется временем и условием возникновения (днем, ночью, в покое или при физической нагрузке), продолжительностью приступов, купированием (чем и через какое время).

При таких жалобах, как *сердцебиение* (palpitatio cordis) и *перебои в работе сердца*, указывают характер аритмии (постоянный, приступообразный, эпизодический), продолжительность приступов, их частоту, условия возникновения, чем купируются и через какое время.

При *отеках* (oedema) важны локализация (конечности — тыл стопы, нижняя треть голени, поясница, лицо, живот), распространенность (местные или анасарка), степень выраженности (пастозность, умеренно выраженные — видимые на глаз или резко выраженные), время и условия возникновения (утром, к концу рабочего дня, после физической нагрузки, постоянные).

Система органов пищеварения

Желудочно-кишечный тракт. При *болях в животе* указывают локализацию (девять областей живота, три этажа брюшной полости), иррадиацию, интенсивность, длительность, условия возникновения и связь с приемом пищи (ранние, поздние, голодные боли), характер (постоянный, схваткообразный, острые, тупые, ноющие) и купирование (самостоятельно или после приема пищи, применения тепла, холода, медикаментов, после рвоты).

Диспепсические явления (dyspepsia) характеризуются затруднениями глотания и прохождения пищи по пищеводу (dysphagia), чувством кома в горле, тошнотой (nausea), рвотой (vomitus) (однократной, многократной, приносящей или не приносящей облегчение), отрыжкой (воздухом, съеденной пищей, горьким, кислым, тухлым), изжогой, вздутием живота (meteorismus). Дается детальная характеристика этих явлений, степень их выраженности, отношение к приему пищи, ее качеству и количеству, указывается, чем купируются диспепсические явления и через какое время.

Аппетит может быть сохранен, понижен, повышен (polyphagia), извращен либо полностью отсутствовать (anorexia). Отмечают отвращение к пище (жирной, мясной, молочной), может появиться непереносимость определенных продуктов (молока, злаков и т. д.) — после их приема возникает диарея или болевой синдром.

Состояние стула является важным признаком. При диарее указываются частота за сутки (преимущественно в утренние часы до обеда, в течение всего дня, вечером), количество (обильное, умеренное, небольшое), при запоре — частота стула за неделю, что предпринимает больной для облегчения состояния (лекарственные средства, ректальные свечи, очистительная клизма, коррекция стула приемом определенных продуктов). Описывают консистенцию (оформленный, жидкий, кашицеобразный, твердый, «овечий») и цвет кала (коричневый, желто-коричневый, желтый, серо-белый, дегтеобразный — мелена, обесцвеченный), указывают наличие примеси алой крови, слизи и их количество в каловых массах, наличие прожилок крови.

При *кровотечении* (haemorrhagia) выявляют его вид: пищеводное, желудочное, кишечное или геморроидальное, который характеризуется рвотой кровью, в виде кофейной гущи, черным дегтеобразным стулом (melena), свежей кровью в кале (в начале или конце акта дефекации).

Печень и желчный пузырь. При *боли в правом подреберье* описывают ее характер (приступообразные или постоянные, острые, тупые, ноющие, чувство тяжести в области правого подреберья), иррадиацию, условия возникновения (зависимость от приема пищи, изменения положения тела, физической нагрузки и т. д.), чем купируются боли (прием лекарственных препаратов, покой, холод, тепло, вынужденное положение) и через какое время.

Диспепсические явления (dyspepsia) — тошнота, рвота — могут быть однократными, многократными. Описывают характер рвотных масс (горьким, кислым, съеденной пищей, слизью, желчью) их количество. Выясняют, возникло ли чувство облегчения после рвоты. Указывают наличие отрыжки, поносов (число за сутки, примесь слизи, крови, непереваренной пищи), условия возникновения диспепсических явлений, связь с приемом пищи, чем купируются и через какое время.

При *желтухе* (icterus) важны периодичность возникновения (постоянная в течение какого-то времени или периодическая после приема жирной, острой пищи), связь с болями в правом подреберье, диспепсическими явлениями, наличие кожного зуда, изменение цвета мочи (потемнение) и кала (обесцвеченный).

Поджелудочная железа. При *боли* (epigastralgia) указывают локализацию (в верхней половине живота, левом подреберье), иррадиацию (в спину, межлопаточную область, правое подреберье, опоясывающие), характер (острые, тупые, постоянные, приступообразные), условия возникновения (связь с приемом пищи,

алкоголя, физической нагрузкой, стрессом и т.д.), чем купируются и через какое время, вынужденное положение (a la vache).

Диспепсические явления (dyspepsia) проявляются тошнотой, рвотой, вздутием живота (преимущественно верхнего этажа брюшной полости), поносами, запорами. Дают подробную характеристику.

Система органов мочевыделения

При *боли* указываются локализация (в поясничной области, с одной или двух сторон, внизу живота, по ходу мочеточников), иррадиация (внутренняя поверхность бедра, наружные половые органы), характер (острая или тупая, постоянная или приступообразная), длительность, условия возникновения (физическая нагрузка, тряска, изменение положения тела, прием острой пищи, алкоголя, водная нагрузка и т.д.). Выясняют, чем купируются боли и через какое время, принимает ли больной вынужденное положение (причудливое при приступе мочекаменной болезни).

Мочеиспускание характеризуется количеством мочи за сутки (наличие полиурии, олигурии, анурии или задержки мочи — ишурии).

Дизурические расстройства (dysuria) проявляются затрудненным мочеиспусканием (тонкой, вялой струей, каплями, прерывистое), произвольным мочеиспусканием, недержанием мочи, ложными позывами на мочеиспускание, резью, жжением, болями во время мочеиспускания (в начале, конце или во время всего акта мочеиспускания), учащенным мочеиспусканием малыми порциями (поллакиурия), ночным мочеиспусканием (никтурия).

Анализируют цвет *мочи* (соломенно-желтый, насыщенно желтый, темный, цвет «пива», красный, цвета «мясных помоев» и т.д.), прозрачность (полная, неполная) и запах (ацетона, моченых яблок, зловонный). В моче может быть примесь крови — гематурия (в начале или конце мочеиспускания, во всех порциях). Цвет мочи меняется на фоне приема лекарственных препаратов.

Отеки (oedema) характеризуются локализацией (лицо, периорбитальные зоны, стопа, голени, поясница, крестец), временем появления (утром, вечером, на протяжении суток), условиями возникновения или усиления (питьевая нагрузка, избыточный прием соли, длительная ходьба и т.д.), скоростью нарастания, факторами, способствующими уменьшению или исчезновению отеков (в покое, подъем нижних конечностей и т.п.).

1.1.3. История настоящего заболевания

В разделе «История настоящего заболевания» (anamnesis morbi) подробно в хронологическом порядке описывают возникновение, течение и развитие болезни от ее первых проявлений (конкретных жалоб) до момента обследования куратором (врачом).

Больному задают вопросы, варианты которых приведены далее.

1. С какого времени считаете себя больным? Заболевание началось остро (внезапно) или постепенно? Раздел чаще всего начинается с фразы: «Считает себя больным (ой) с ..., когда впервые появились жалобы на ...».

2. С каких симптомов (признаков) началось заболевание?
 3. Где и при каких обстоятельствах заболели впервые?
 4. Какие факторы, причины вызвали начало заболевания (инфекции, погрешности в диете, охлаждение, физическая нагрузка, стресс и др.)?
 5. Когда первый раз обратились к врачу? Каковы были результаты проводившегося обследования, диагноз заболевания (возможно, по выпискам из историй болезни)?
 6. Какими были результаты проводившегося ранее лечения в тот период, его эффективность (препараты, которые больной принимал ранее и принимает сейчас — названия, эффективные дозы, побочные действия, аллергические проявления, эффект проводимой терапии)?
 7. Как развивалось последующее течение заболевания:
 - динамика начальных симптомов (их нарастание по длительности и интенсивности), появление новых симптомов и дальнейшее развитие всех признаков заболевания;
 - периоды и частота обострений, сезонность, длительность ремиссий, осложнения заболевания;
 - применявшиеся лечебные и диагностические мероприятия (стационарное или амбулаторное обследование, лечение, медикаментозные средства, физиотерапия, санаторно-курортное лечение и др.), эффективность ранее проводимой терапии, предшествующие госпитализации, их причины и эффективность лечения, результаты диагностических исследований (анализ крови, мочи, электрокардиография (ЭКГ), данные рентгенологического исследования и т. д.), эффективность проводившейся терапии;
 - трудоспособность за период заболевания, наличие инвалидности и ее давность?
 8. Что послужило поводом для настоящей госпитализации или обращения к врачу?
- Раздел можно закончить таким образом: «Настоящее ухудшение отметил(а) с ... (дата, время суток), когда вновь появились жалобы на ... (конкретные жалобы), самостоятельно принимал(а)... (указывается какие препараты, их дозы, эффект от терапии), улучшения состояния не отметил(а), обратился(лась) к врачу по месту жительства (или др.) и был(а) госпитализирован(а) в ... (указывается стационар, профильное отделение куда был(а) госпитализирован(а) пациент(ка)).

1.1.4. История жизни

История жизни (*anamnesis vitae*) включает краткие биографические данные: год и место рождения, в какой семье родился, каким ребенком по счету, развитие в детском и юношеском возрасте. Желательно уточнить этническую принадлежность больного, так как некоторые заболевания чаще возникают у лиц определенных национальностей, а также имеются некоторые особенности при общем осмотре. Указывают образование. Учитывают отношение к военной службе, пребывание на фронте (если был освобожден или демобилизован, то указывают, по какой причине).

Семейно-половой анамнез. Для женщин собирают гинекологический анамнез (см. подразд. 1.2.3).

У мужчин выясняют, есть ли нарушение сексуальной функции.

Выявляют семейное положение, количество детей, их возраст.

Трудовой анамнез. Выясняют, с какого возраста, кем и где начал работать больной. Дальнейшая трудовая деятельность указывается в хронологической последовательности с указанием мест работы и должностей. Важны условия и режим труда, режим питания (ночные смены, нерегулярное питание, пребывание на сквозняке, длительное статическое напряжение, физическое и психоэмоциональное напряжение, температурный режим и т. п.), профессиональные вредности (воздействие токсических, химических соединений, контакт со свинцом, ртутью, растворителями, вибрация, вдыхание пыли, ионизирующая радиация и др.).

Если пациент пенсионер, уточняют род деятельности до пенсии.

Бытовой анамнез. Указывают жилищные и санитарно-гигиенические условия в быту (площадь помещений, их характеристика, наличие удобств, температура, влажность, освещенность), количество проживающих на данной жилплощади лиц, наличие домашних животных, климатические условия, пребывание в зонах экологических бедствий. Также выясняют финансово-экономические условия (неполноценность питания, невозможность купить дорогостоящие лекарства).

Питание. Важны режим и регулярность питания, характер и разнообразие пищи, калорийность, использование диет, прием пищевых добавок, витаминов и т. д.

Вредные привычки. Выявляют такие вредные привычки, как курение, алкоголь, наркомания и токсикомания.

Перенесенные заболевания. В хронологической последовательности с указанием возраста больного перечисляют все перенесенные заболевания и их осложнения, операции, травмы, ранения, контузии, их течение, длительность и тяжесть, проводившееся лечение. Особо указывают на перенесенные инфекционные заболевания, венерические болезни, туберкулез, желтуху. Отмечают, переливалась ли ранее кровь или кровезаменители, были ли реакции на переливание, проводились ли какие-либо инвазивные манипуляции (в том числе посещения стоматолога, гинеколога). Указывают, проводилось ли парентеральное введение лекарств в течение последних 6 мес.

Эпидемиологический анамнез. У пациента выясняют, выезжал ли он за пределы региона в течение последних 6 мес, выполнялась ли в связи с этим вакцинация. Пребывание в странах с непривычным для пациента климатом и условиями жизни (например, тропики) важно в связи с возможностью возникновения паразитарных инвазий. Указывают, были ли контакты с лихорадящими больными.

Аллергологический анамнез. Выявляют непереносимость запахов, пищевых продуктов, различных медикаментов, вакцин и сывороток, наличие аллергических реакций (вазомоторного ринита, конъюнктивита, крапивницы, отека Квинке, анафилактического шока, сыпи, тошноты, рвоты, диареи), причины этих реакций, их сезонность. Проверяют, проводились ли кожные пробы. Уточняют лекарственный анамнез: принимает ли пациент предписанные ранее медикаментозные препараты, в каких дозах, насколько регулярно, не пользуется ли ингаляторами, мазями, биодобавками, не получает ли инсулин, не возникало ли побочных реакций и как они проявлялись.

Страховой анамнез. Проверяют длительность последнего больничного листа, уточняют, по поводу какого заболевания от открывался. Указывают общую продолжительность больничных листов по данному заболеванию за последний календарный год. Отмечают наличие инвалидности (с какого возраста, причина, группа).

Наследственность. Выясняют наличие родственников: родителей, братьев, сестер, детей; состояние их здоровья, заболевания (в каком возрасте начались, имеются ли осложнения, их исход), причины смерти (указывают, в каком возрасте).

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

1.1.5. Настоящее состояние больного

Раздел «Настоящее состояние больного» (*status praesens*) включает общий осмотр и исследование отдельных органов.

Общий осмотр

Общее состояние больного может быть удовлетворительным, средней тяжести, тяжелым, крайне тяжелым. Фиксируется и состояние клинической смерти.

Выделяют *состояния сознания*: ясное, угнетенное, спутанное (от ступора, сопора до комы). Отмечают бред, галлюцинации, эпизоды кратковременной потери сознания (синкопе). Пациент может быть без сознания.

Указывают *положение больного*: активное, пассивное, вынужденное.

Телосложение может быть правильным либо неправильным.

Отмечают тип *конституции* — нормостеническая, гиперстеническая, астеническая. Указывают *осанку* больного — прямая, сутуловатая.

Походка может быть быстрой, медленной, атактической (широкой), спастической (шаркающей), утиной, паретической (паралитической), высокой (перонеальной), подпрыгивающей, флексорной (мелкими шажками), косящей («косьба»). Отмечают перемежающую хромоту, косолапость.

Записывают такие данные, как *рост, масса тела, температура*.

При *осмотре лица* отмечают следующие моменты:

- 1) выражение лица: спокойное, безразличное, маскообразное, тоскливое, страдальческое, тревожное, возбужденное, утомленное и т. д.;
- 2) наличие патологической маски, асимметрия лица, гирсутизм у женщин;
- 3) форма носа: правильная, седловидная, деформация (вследствие травмы, искривления перегородки, акромегалия, седловидный нос при сифилисе, ринофима — «шишковидный нос»), цвет (цианоз, гиперемия), герпетическая сыпь;
- 4) симметричность носогубных складок;
- 5) уши — изменение формы, цианоз, тофусы (плотные узелки) в области наружного уха, выделения из наружного слухового прохода;

6) глаза и веки: наличие отечности, темной окраски век, ксантеллазм, птоза, нистагма, косоглазия (сходящегося и расходящегося); ширина глазной щели (сужение, расширение), ее симметричность, состояние глазных яблок (экзофтальм, энтофтальм), синдром Горнера, состояние конъюнктивы — сухость (ксерофтальмия), ощущение песка, окраска конъюнктив (бледно-розовая, гиперемированная, бледная, точечные геморрагии — пятна Ослера — Лукина — Либмана), окраска склер (белая, желтушная, голубая), расширение сосудов склер (инъецированность); свойства зрачка: форма (правильная, миоз, мидриаз), равномерность (наличие анизокории), реакция на свет, наличие пульсации зрачка, кольца вокруг радужной оболочки (липоидное, Кайзера — Флейшнера);

7) рот — форма, симметричность губ, объем движений ртом, наличие нарушений целостности губ — «заеды», ангулярный стоматит, герпетические высыпания; состояние зубов, их положение, развитие, количество, повреждения (32 зуба белого цвета, плотно расположены, лишены дефектов контуров и повреждений).

Осмотр головы и шеи включает следующие пункты:

- 1) изменение движения головы (симптом Мюссе);
- 2) изменение размера головы (гидроцефалия, микроцефалия);
- 3) изменение формы головы (квадратная форма, «башенный» череп);
- 4) выявление искривления шеи;
- 5) деформация шеи в переднем отделе, связанная с увеличением щитовидной железы, лимфатических узлов;
- 6) пульсация сонных артерий (умеренная, «пляска каротид»);
- 7) пульсация (положительный венный пульс) и набухание яремных вен;
- 8) наличие воротника Стокса.

При осмотре *кожных покровов* обращают внимание:

1) на цвет (учитывая расовую принадлежность): бледно-розовый, смуглый, цвет загара, красный, синюшный (цианоз центральный, периферический, акроцианоз), желтушный, бледный, бронзовый, землистый, цвет «кофе с молоком», зеленоватый; наличие пальмарной эритемы, или «печеночных ладоней»;

2) влажность кожи: умеренная, повышенная (потливость), сухая или пониженная; жирность при себорее;

3) тургор кожи, упругость (сохранен или снижен, повышен — при скрытых отеках);

4) пигментацию и депигментацию (лейкодерма, витилиго, альбинизм), высыпания и их локализацию, форму сыпи: розеола, папула (узелок), пустула (гноиничок), везикула (пузырек), буллы (пузыри), эритема;

5) наличие пятен (макулы), лихорадочных высыпаний (герпес, крапивница, хлоазмы), локализацию высыпаний, их характер (единичные, множественные (сливные)), ксантомы;

6) сосудистые изменения (телеангиоэктазии, «сосудистые звездочки»), их локализацию и количество;

7) кровоизлияния: локализацию, размер, количество, выраженность;

8) рубцы: локализацию, цвет, размеры, подвижность, болезненность, спаянность с кожей;

9) трофические изменения: язвы, пролежни, их локализацию, размер, характер поверхности; отмечают наличие контрактуры Дюпюитрена;

10) видимые опухоли: ангиомы, гемангиомы, атеромы, их локализацию и размер.

При осмотре *придатков кожи* исследуют:

1) волосяной покров: тип оволосения (женский, мужской), гирсутизм у женщин, состояние волос (ломкость, сухость, истонченность, раннее поседение), алопеция (тотальная, диффузная, очаговая, врожденная, приобретенная, симптоматическая, себорейная), преждевременное выпадение — алопеция андрогенная, гнездная (круговидная);

2) ногти: форма (правильная, «часовые стекла», койлонихии, углубления в виде наперстка), цвет (розовый, бледный, синюшный, лейконихии, половинчатые ногти Терри), исчерченность (продольная или поперечная), ломкость ногтей, грибковое поражение, отслоение ногтевой пластинки (онихолиз).

При осмотре *видимых слизистых оболочек* важны:

1) цвет: розовый, бледный, синюшный, красный, желтушный;

2) высыпания (энантема), их локализация, выраженность; состояние десен — цвет, наличие сыпи — пятна Филатова — Коплика, нарушений целостности (не рыхлые, не кровоточат);

3) влажность (умеренно влажные, влажные, сухие);

4) состояние языка (положение: отклонение — девиация), размеры, цвет, влажность, состояние сосочков (гипертрофия, гипотрофия, «географический», «волосатый», «лакированный», «кардинальской мантии», «вересковый»), наличие отпечатков зубов, трещин, язв, афт.

При осмотре *подкожно-жировой клетчатки* отмечают:

1) развитие (умеренное, слабое, чрезмерное, кахексия);

2) толщину кожной складки в сантиметрах на животе (около пупка) и спине (под углом лопатки);

3) места наибольшего отложения жира (на животе, руках, бедрах);

4) отеки (oedema), их локализацию (конечности, поясница, живот), распространенность (местные — локальные или анасарка), выраженность (пастозность, умеренные, резко выраженные), симметричность, консистенцию (плотные, рыхлые).

Лимфатические узлы характеризуются следующими пунктами:

1) локализация пальпируемых лимфатических узлов (затылочные, околоушные, подчелюстные, шейные — передние и задние, надключичные, подключичные, подмышечные, локтевые, паховые, подколенные);

2) величина узлов, форма, консистенция, болезненность, подвижность, сращение между собой, с окружающими тканями и кожей; состояние кожи над узлами, наличие свищей, рубцов.

При осмотре *мышц* важны:

1) степень развития (удовлетворительная, слабая, атрофия, гипертрофия, симметричность, параличи, парезы, судороги);

2) тонус (сохранен, снижен, повышен — ригидность мышц), симметричность;

3) сила (достаточна, снижена, симметрична), наличие мышечной слабости (общей или локальной);

4) болезненность и уплотнения при ощупывании (пальпации).

При осмотре *костей* обращают внимание:

1) на форму, наличие деформаций, симметричность, искривления костей, кифоз, сколиоз, лордоз;

- 2) болезненность при ощупывании (пальпации) и поколачивании (перкуссии);
- 3) состояние концевых фаланг пальцев рук и ног, их утолщение (симптом «бараньих палочек»).

Суставы осматривают по следующей схеме:

1) конфигурация (указывают патологические виды деформаций — узелки Гебердена, Бушара, ульнарная девиация — «кисть моржа», деформация кисти по типу «когтистой лапы», «руки акушера», деформация пальцев по типу «лебединой шеи», кисть с наличием контрактуры Дюпюитрена), симметричность, припухлость; преимущественное поражение крупных/мелких, дистальных/проксимальных суставов; деформация ступней, подагрические тофусы;

2) болезненность при ощупывании (пальпации), в пассивном состоянии, при активном движении;

3) гиперемия и местная температура кожи над суставами (повышена или соответствует температуре окружающих тканей), высыпания (в том числе узелкового характера, подкожные ревматоидные узелки);

4) движения в суставах — сгибание, разгибание, приведение, отведение, внутреннее вращение, наружное вращение, наличие утренней скованности, ее длительность, болезненность, хруст при движениях, шелканье; объем активных и пассивных движений: в полном объеме или с ограничениями (контрактуры, анкилозы).

Общий осмотр является составной частью обследования больных, способствующей выставлению предварительного диагноза.

Система органов дыхания

Осмотр. Исследуют носовое дыхание пациента. Отмечают, свободно ли он дышит через нос (при этом наблюдается ли раздувание крыльев носа) или через рот. Определяют наличие выделения из носа и их характер.

Форма грудной клетки может быть правильной или неправильной. Среди патологических форм выделяют эмфизематозную (бочкообразную), паралитическую, ладьевидную, рахитическую («куриная грудь»), килевидную, воронкообразную, кифосколиотическую.

Определяют тип грудной клетки (нормостенический, гиперстенический, астенический), выраженность над- и подключичной ямок (выполнены, запавшие, втянуты), ширину межреберных промежутков (умеренные, широкие, узкие), величину эпигастрального угла (прямой, острый, тупой), положение лопаток и ключиц (не выступают — прилегают плотно, выступают умеренно, отчетливо, крыловидные лопатки), соотношение переднезаднего и бокового размеров грудной клетки (переднезадний составляет $\frac{2}{3}$ поперечного у нормостеника), симметричность грудной клетки (увеличение или уменьшение одной из половин, локальные выпячивания или западения), симметричность участия в дыхании (по движению лопаток при дыхании, отставание в дыхании одной половины).

Отмечают наличие искривлений позвоночника: кифоз, лордоз, сколиоз, кифосколиоз.

Измеряют в сантиметрах окружность грудной клетки на уровне IV ребра спереди и угла лопатки (VII ребро) сзади при спокойном дыхании, экскурсию грудной клетки на максимальном вдохе и максимальном выдохе. Дыхательную экскурсию

грудной клетки рассчитывают как экскурсию на максимальном вдохе минус экскурсию на максимальном выдохе. В норме она составляет 6—8 см.

Указывают тип дыхания (грудной — реберный, брюшной — диафрагмальный, смешанный). Отмечают участие в дыхании вспомогательной мускулатуры (втяжение межреберных промежутков, напряжение мышц шеи). Частота дыхательных движений (ЧДД) в 1 мин в норме составляет 12—20. Определяют глубину дыхания (поверхностное, средней глубины, глубокое, патологическое дыхание Куссмауля) и его ритм (ритмичное, аритмичное, в том числе патологическое дыхание Чейна—Стокса, Биота). В норме вдох должен быть примерно в 2 раза короче выдоха. Указывают наличие одышки: инспираторная (затруднение вдоха), экспираторной (затруднение выдоха) или смешанной.

Пальпация грудной клетки. При пальпации определяют:

- 1) локализацию болезненных участков (спереди, сбоку, сзади);
- 2) резистентность (эластичную, ригидную) в переднезаднем, боковых отделах;
- 3) голосовое дрожание на симметричных участках спереди, сбоку, сзади (одинаковое над симметричными участками, усилено или ослаблено с одной стороны, точная локализация).

Таблица 1.1

Границы легких при топографической перкуссии

Граница	Справа	Слева
Верхняя:		
высота стояния верхушек спереди	+	+
высота стояния верхушек сзади	+	+
ширина полей Кренига	+	+
Нижняя:		
по окологрудинной линии	+	Не определяется
по срединноключичной линии	+	Не определяется
по передней подмышечной линии	+	+
по средней подмышечной линии	+	+
по задней подмышечной линии	+	+
по лопаточной линии	+	+
по околопозвоночной линии	+	+
Дыхательная экскурсия нижнего края легких по средней подмышечной линии:		
вдох	+	+
выдох	+	+
всего	+	+

Перкуссия легких. *Топографическая перкуссия.* Границы легких при топографической перкуссии определяются в сантиметрах согласно табл. 1.1.

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

Аускультация. При определении *основных дыхательных шумов* отмечают их характер на симметричных участках грудной клетки (везикулярное либо нормальное дыхание, усиленное или пуэрильное, ослабленное; жесткое, саккадированное, ларинготрахеальное, патологическое бронхиальное, амфорическое; отсутствие дыхательного шума).

Побочные дыхательные шумы — это хрипы. Они могут быть сухими (высокими, дискантовыми, свистящими или низкими, басовыми, гудящими, жужжащими) или влажными (звучными, незвучными, мелко-, средне-, крупнопузырчатыми). Отмечают крепитацию, шум трения плевры, плевроперикардальный шум, указывают их локализацию.

Определяют *бронхофонию* над симметричными участками грудной клетки спереди, сбоку, сзади (одинаковая с обеих сторон, усилена или ослаблена с одной стороны, точная локализация).

Система органов кровообращения

Осмотр области сердца. При осмотре области сердца отмечают:

- 1) выпячивание (*Yibbus cordis*);
- 2) локализацию верхушечного толчка;
- 3) локализацию сердечного толчка;
- 4) пульсацию во втором межреберье около грудины справа и слева;
- 5) пульсацию артерий и вен шеи;
- 6) патологическую прекардиальную пульсацию (локализация);
- 7) эпигастральную пульсацию: ее характер (связь с пульсацией брюшной аорты, сердца, печени), распространенность (ограниченная или разлитая);
- 8) расширение вен в области грудины.

При наличии пульсации указывают ее характер, локализацию, силу, распространенность, отношение к фазам сердечной деятельности.

Пальпация. Отмечают локализацию *верхушечного толчка* (не определяется, смещен вниз, смещен влево, смещен влево и вниз), указывают межреберье и отношение к левой срединноключичной линии, силу (умеренной силы, ослабленный, усиленный, приподнимающий, куполообразный), площадь (ограниченный, разлитой), высота (высокий, низкий, отрицательный), резистентность (умеренная, повышенная). Описывают локализацию и площадь *сердечного толчка*. Отмечают наличие дрожания в области сердца, «кошачьего мурлыканья» (*fremitus*) во всех точках аускультации: его локализацию, отношение к фазам сердечной деятельности (систолическое или диастолическое).

Перкуссия. *Относительная тупость сердца.* Указывают границы относительной тупости сердца (межреберье и топографическую линию): правую, левую и верхнюю. Отмечают поперечник относительной тупости сердца (в сантиметрах):

правый на уровне четвертого межреберья, левый на уровне пятого межреберья и общий. Указывают, также в сантиметрах, ширину сосудистого пучка во втором межреберье. Определяют конфигурацию сердца (нормальная, митральная, аортальная, *cor bovinum*, трапециевидная, легочная).

Абсолютная тупость сердца. Определяют границы абсолютной тупости сердца (межреберье и топографическую линию): правой, левой и верхней.

Аускультация. Выслушивают тоны сердца: ритм сердечных сокращений (ритмичные или аритмичные с указанием формы аритмии — дыхательная аритмия, мерцательная аритмия, экстрасистолия, выпадение сердечных сокращений). Указывают частоту сердечных сокращений (ЧСС) в 1 мин.

Первая точка аускультации — место выслушивания митрального клапана. Оценивают соотношение тонов, I тон: его громкость (ослабленный, усиленный, хлопающий), расщепление или раздвоение. Например, соотношение тонов правильное: I тон громче II, но не более чем в 2 раза. Расщепления или раздвоения I тона не определяется.

Вторая точка — место выслушивания клапанов аорты. Оценивают соотношение тонов, II тон: его громкость (ослабленный, усиленный — акцентированный), расщепление или раздвоение. Например, соотношение тонов правильное: II тон громче I, но не более чем в 2 раза. Расщепления или раздвоения II тона не определяется.

Третья точка — место выслушивания клапанов легочной артерии. Оценивают соотношение тонов, II тон: его громкость (ослабленный, усиленный — акцентированный), расщепление или раздвоение. Например, соотношение тонов правильное: II тон громче I, но не более чем в 2 раза.

При акценте II тона он последовательно выслушивается над аортой и легочной артерией. В случае более громкого звучания с той или другой стороны говорят об акценте II тона над аортой либо легочной артерией.

Четвертая точка — место выслушивания трехстворчатого клапана. Оценивают соотношение тонов, I тон: его громкость (ослабленный, усиленный, хлопающий), расщепление или раздвоение. Например, соотношение тонов правильное: I тон громче II, но не более чем в 2 раза.

Пятая точка (Боткина — Эрба) — дополнительная точка выслушивания клапанов аорты. Оценивают соотношение тонов, усиление или ослабление тонов, их расщепление или раздвоение. Например, соотношение тонов правильное: I тон по звучанию равен II.

В каждой точке аускультации определяются:

- дополнительные тоны: пресистолический и протодиастолический ритм галопа, ритм перепела, перикард-тон (указывают точку аускультации);
- шумы: отношение к фазам сердечной деятельности (систолический, диастолический, пресистолический, протодиастолический, мезодиастолический и т. д.). Указывают место наилучшего выслушивания шума и его проведение (на сосуды шеи, в левую подмышечную область, в точку Боткина — Эрба и т. д.)

Определяют характер шума (мягкий, дующий, скребущий, грубый и т. д.), его тембр (высокий, низкий), громкость (тихий, громкий), продолжительность (короткий, длинный, нарастающий, убывающий и др.), изменение шума в зависимости от положения тела, задержки дыхания на вдохе и выдохе и после физической нагрузки.

При шуме трения перикарда указывают место наилучшего выслушивания, характер шума (грубый и громкий, тихий, нежный).

Исследование сосудов. *Исследование артерий* включает осмотр и пальпацию височных, наружных сонных, лучевых, подколенных артерий и артерий тыла стопы. Отмечают выраженность пульсации («пляска каротид»), эластичность, гладкость артериальной стенки, извитость артерий. Определяют пульсацию аорты в яремной ямке. Выслушивают сонные и бедренные артерии (двойной тон Траубе, двойной шум Виноградова — Дюрозье и др.).

При исследовании артериального пульса на лучевых артериях определяют его симметричность (сравнивают пульс на обеих руках), частоту, ритм (наличие аритмий и дефицита пульса), наполнение, напряжение, величину, скорость и форму.

Артериальное давление определяют на плечевых артериях в миллиметрах ртутного столба (по методу Короткова определяется систолическое и диастолическое АД).

Осматривают и пальпируют *шейные вены*. Отмечают их набухание, видимую пульсацию, наличие положительного венозного пульса.

Выслушивают яремную вену («шум волчка»).

Определяют наличие расширения вен грудной клетки, брюшной стенки, конечностей, указывают место и степень расширения.

При уплотнении и болезненности вен отмечают точную локализацию, указывают название вены, протяженность уплотнения или болезненности.

Система органов пищеварения

Желудочно-кишечный тракт

Осмотр. При осмотре *полости рта* изучают язык: его окраску, влажность, состояние сосочкового слоя (гипертрофия сосочков, атрофия, «географический», «лакированный», желтушность уздечки языка, наличие налетов, трещин, язв, афт).

Отмечают состояние *зубов*, мягкого и твердого нёба (положение зубов, их развитие, количество, повреждения). Например, указывают, что 32 зуба белого цвета, не изменены, плотно расположены, лишены дефектов контуров и повреждений либо кариес, протезы, отсутствие зубов, желтый цвет. Отмечают состояние десен (кровоточивость, наличие язв).

Определяют форму *живота* (правильная, неправильная — «лягушачий живот», выпячивания в правом или левом подреберьях, увеличение в размере равномерно или преимущественно верхних, нижних, боковых отделов), его симметричность, участие в акте дыхания. Отмечают видимую перистальтику желудка и кишечника, венозные коллатерали, рубцы (их локализация, состояние, спаянность с кожей, гиперемия вокруг), состояние пупка, выбухания в правой и левой подвздошных областях (грыжевые выпячивания).

Окружность живота на уровне пупка измеряют в сантиметрах.

Перкуссия. Определяют характер перкуторного звука. Выявляют свободную или осумкованную жидкость в брюшной полости.

Пальпация. *Поверхностная ориентировочная пальпация* (девять областей живота) позволяет выявить болезненные области, напряжение мышц брюшной

стенки (мышечная защита — *defance musculaire*), расхождение прямых мышц живота и наличие грыжи белой линии, пупочной грыжи, перитонеальные симптомы (симптом Щеткина — Блюмберга и др.), наличие поверхностно расположенных опухолевидных образований.

Методическая глубокая скользящая пальпация по Образцову — Стражеско сигмовидной, слепой, восходящей ободочной кишки, нисходящей ободочной кишки, большой кривизны желудка, привратника (с предварительным определением нижней границы желудка методом перкуссии, перкуторной пальпации — определение шума плеска, а также методом аускультативной перкуссии) и поперечно-ободочной кишки позволяет определить их локализацию, болезненность, размеры, форму, консистенцию, характер поверхности, подвижность и урчание разных участков кишечника и желудка.

При наличии опухолевых образований описывают их размеры, консистенцию, болезненность, смещаемость, локализацию и возможную связь с тем или иным органом брюшной полости.

Аускультация. Описывают характер выслушиваемой перистальтики кишечника (умеренная, усиленная, не выслушивается). Указывают наличие шума трения брюшины, сосудистых шумов (в области проекции брюшной аорты, почечных артерий).

Печень и желчный пузырь

Осмотр. Обращают внимание на наличие ограниченного выпячивания в области правого подреберья, ограничения этой области в дыхании.

Перкуссия. При перкуссии определяют *границы печени по Курлову*:

1) верхняя граница абсолютной тупости печени — по правой срединно-ключичной линии (указывают, по какому ребру);

2) нижняя граница абсолютной тупости печени — по правой срединно-ключичной линии, передней срединной линии, левой реберной дуге (X ребру).

Размеры печени по Курлову определяют (в сантиметрах) по правой срединно-ключичной линии, передней срединной линии, левой реберной дуге, X ребру.

Пальпация. Уточняют нижние границы печени по правой срединно-ключичной линии и передней срединной линии.

Характеристика нижнего края печени. Отмечают острый или закругленный, мягкий или плотный, болезненный или безболезненный край печени.

Характеристика поверхности печени (при ее увеличении). Поверхность гладкая, зернистая, бугристая.

Характеристика желчного пузыря. Описывают его прощупываемость, болезненность, размеры. Указывают наличие симптома Керра и френникус-симптома, симптома Ортнера и др.

Аускультация. Отмечают наличие шума трения брюшины в области правого подреберья.

Селезенка

Осмотр. Определяют наличие ограниченного выпячивания в области левого подреберья, ограничение этой области в дыхании.

Перкуссия. Определяют продольный и поперечный размер селезенки в сантиметрах.

Пальпация. Прощупывают селезенку в положении больного лежа на правом боку. Характеризуют нижний край селезенки (острый или закругленный, болезненный или безболезненный), ее поверхность при значительном увеличении (гладкая или бугристая, болезненная или безболезненная).

Аускультация. Отмечают наличие шума трения брюшины в области левого подреберья.

Система органов мочевыделения

При исследовании функции мочеиспускания учитывают количество мочи за сутки (наличие полиурии, олигурии, анурии или задержки мочи — ишурии).

Среди дизурических расстройств отмечают затрудненное мочеиспускание (тонкой струей, каплями, прерывистое), наличие непроизвольного мочеиспускания, ложные позывы на мочеиспускание, резь, жжение, боли во время мочеиспускания (в начале, конце или во время всего акта мочеиспускания), учащенное мочеиспускание малыми порциями (поллакиурия), ночное мочеиспускание (никтурия).

Осмотр. В поясничной области отмечают наличие гиперемии кожи, припухлости, сглаживания контуров поясничной области.

В надлобковой области определяют наличие ограниченного выбухания в надлобковой области.

Перкуссия. В поясничной области определяют симптом поколачивания с двух сторон (отрицательный или положительный).

В надлобковой области важен характер перкуторного звука над лобком (по передней срединной линии). При увеличении мочевого пузыря уточняют уровень расположения его дна.

Пальпация. Пальпируют почки в положении стоя и лежа. При увеличении размера почек определяют их болезненность, консистенцию, величину, форму, подвижность, наличие симптома ballotирования.

Пальпируют мочевой пузырь. При его увеличении определяют уровень расположения дна мочевого пузыря, болезненность при пальпации.

1.1.6. Данные лабораторных и инструментальных исследований. Консультации специалистов

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

Данные лабораторных и инструментальных исследований и консультации специалистов создают базу для формулировки клинического диагноза.

В настоящее время применяют такие методы, как рентгеноскопия и рентгенография, компьютерная томография (КТ), магнитно-резонансная томография (МРТ), электрокардиография (ЭКГ) и др.

1.1.7. Диагноз и его обоснование

Диагноз формулируют на основании анализа жалоб, анамнестических данных и результатов объективного физикального и лабораторно-инструментального исследования больного. Далее кратко обосновывают диагноз по следующему примерному плану:

- анализируя основные жалобы больного, вначале целесообразно сделать заключение о преимущественном поражении того или иного органа или системы;
- анализируя все имеющиеся клинические симптомы (жалобы, анамнез, физикальные и лабораторно-инструментальные данные), необходимо выделить основные патологические симптомы и синдромы и дать их подробную характеристику;
- анализируя патогенетическую взаимосвязь отдельных патологических симптомов и синдромов, делают заключение об их возможном единстве и принадлежности к тому или иному заболеванию (т.е. проводят доказательства нозологического диагноза).

В заключительной формулировке клинического диагноза должны быть выделены:

1) *основное заболевание*. Если пациент страдает несколькими заболеваниями, одно из них является основным — это то заболевание, которое само или вследствие осложнений вызывает первоочередную необходимость в лечении, временную утрату трудоспособности, может вызвать стойкую утрату трудоспособности и даже смерть. Основное заболевание в периоде исхода или в результате осложнений является непосредственной причиной смерти. В формулировке основного заболевания указывают стадию, степень тяжести, форму заболевания, характер течения (острое, подострое, хроническое, рецидивирующее, затяжное и др.), фазу активности патологического процесса, степень функциональных расстройств;

2) *осложнения основного заболевания*. Осложнения патогенетически связаны с основным заболеванием, вызывают ухудшение состояния и способствуют неблагоприятному исходу болезни;

3) *сопутствующие заболевания*. Это заболевания, которые этиопатогенетически не связаны с основным заболеванием и не оказывают существенного влияния на его течение. Например, у больного с острой внебольничной пневмонией имеется хронический гастрит вне обострения.

Эти три пункта подводят итог обследованию больных.

1.2. Схема расспроса больного

В клинической медицине методом субъективного исследования больного является расспрос (*interrogatio*). Несмотря на появление большого количества лабораторных и инструментальных дополнительных методов исследования, расспрос не утратил своего значения как один из важнейших методов диагностики. Расспрос должен быть полным и систематическим. Он проводится по определенной схеме и складывается из жалоб, анамнеза болезни (*anamnesis morbi*) и анамнеза жизни больного (*anamnesis vitae*).

Разговор с пациентом, по возможности, следует проводить в удобном месте с хорошим освещением, в спокойной неофициальной обстановке. Важно обращать-

ся к больному по имени и отчеству. Большое значение имеют опрятный внешний вид врача и его манера держаться.

С первых минут общения врач должен стараться завоевать доверие больного. Это важнейшее условие, без которого между врачом и пациентом не возникает надлежащего контакта, что ставит под угрозу успех лечебного процесса. Завоевать доверие больного — нелегкая задача. Решающее значение в ее решении имеют тактичное отношение, внимание и сочувствие со стороны врача к физическим страданиям и душевным переживаниям пациента. Нужно узнать, как больной воспринимает свое заболевание, как к нему относится, какие эмоции испытывает. При разговоре с пациентом не следует проявлять раздражения, нетерпения, скуки и иронии. Все это сильно препятствует беседе и затрудняет дальнейший контакт.

1.2.1. Жалобы

Беседа с пациентом начинается с вопросов о его жалобах.

Существуют некоторые общие правила сбора жалоб. После получения паспортных данных пациенту обычно задают вопрос: «На что вы жалуетесь?» или «Что вас беспокоит?». Затем ему дают возможность свободно рассказать о своих ощущениях и переживаниях. Если прервать пациента слишком рано, можно пропустить важные сведения о болезни, которые он просто не успеет сообщить, а дальнейшие вопросы уведут беседу в сторону. Однако не следует превращать расспрос в затянувшийся монолог пациента с частыми повторениями и большим количеством несущественных мелочей. Задачей врача является, не затягивая надолго разговор, незаметно для больного направить беседу в нужное русло.

Задаваемые вопросы должны быть четкими, понятными и соответствовать общему уровню развития больного. С одной стороны, не следует задавать навязывающие вопросы и подсказывать пациенту желаемые для исследующего ответы, а с другой — нужно не дать увлечь себя в сторону определенного диагноза, который, зачастую пациент выставляет себе сам. Ответы больного нужно оценивать критически и при необходимости проверять дополнительными вопросами. Чтобы убедиться, что врач и пациент говорят на одном языке, необходимо выяснить, что именно имеет в виду больной под той или иной жалобой.

Жалобы больного следует записывать, используя его слова и выражения, не применяя медицинских терминов. Если сведения от больного получить не удастся, то следует расспросить родственников, друзей (информация об употреблении алкоголя, наркотиков, случаях потери сознания). В процессе выявления жалоб нужно попытаться определить личностные особенности больного, его душевное состояние, вероятную возможность преувеличения или преуменьшения жалоб, так как от стиля беседы врача и пациента зависят психологическая совместимость, дальнейшее сотрудничество врача и больного (compliance), которое во многом определяет конечную цель — облегчение состояния пациента и является залогом успешного лечения.

После того как пациент высказался, врач приступает к детализации основных его жалоб. К основным жалобам относят болезненные (беспокоящие) ощущения, являющиеся непосредственным поводом для обращения больного к врачу. Они больше всего беспокоят больного, выражены достаточно резко и определенно принадлежат клинической картине основного заболевания. Помимо основных

выделяют дополнительные, общие (слабость, раздражительность, потеря массы тела, лихорадка и т.д.) и прочие жалобы (относятся к сопутствующим заболеваниям) (см. подразд. 1.1.1).

1.2.2. Сбор анамнеза настоящего заболевания

После выяснения жалоб больного врач переходит к сбору анамнеза заболевания. В этом разделе подробно и в хронологической последовательности описывается возникновение, течение и развитие настоящего заболевания от первых проявлений до настоящего времени (см. подразд. 1.1.3). При этом следует, не останавливаясь на мелких деталях и не выясняя излишних подробностей, акцентировать внимание лишь на самых важных моментах и событиях.

1.2.3. Сбор анамнеза жизни

Анамнез жизни является краткой медицинской биографией больного. Информация о жизни больного, его семейном положении, условиях труда и быта, перенесенных заболеваниях имеет большое значение в диагностике настоящего заболевания.

Общебиографические данные. Необходимо выяснить год и место рождения пациента, в какой семье родился, возраст родителей пациента при его рождении, родился ли он в срок и каким ребенком по счету, как проходили роды, вскармливался грудью или искусственно, когда начал ходить и говорить, болел ли рахитом. Эти данные позволяют судить о состоянии здоровья человека при рождении и в младенческом возрасте. Далее выясняют условия, в которых проходили детство и юность пациента (семейная обстановка, место жительства, социальная среда, условия быта и питание), не отставал ли он в умственном и физическом развитии. Уточняется этническая принадлежность больного, так как некоторые заболевания чаще возникают у лиц определенных национальностей. Также имеются некоторые особенности при общем осмотре.

Образование. Указывают неполное или полное среднее, среднее или высшее профессиональное. Выясняют, состоял ли пациент на военной службе, пребывал ли на фронте (если был освобожден или демобилизован, указывают, по какой причине).

Семейно-половой анамнез. Необходимо выяснить, живет ли больной половой жизнью или нет, когда она началась, нормально ли протекает. Указывают возраст вступления в брак, число детей, семейное положение в настоящее время.

У женщин выясняют время появления менструаций, их периодичность, продолжительность, количество выделений, число беременностей, родов, абортов (самопроизвольных и искусственных), способы контрацепции (пероральные контрацептивы могут вызвать тромбоэмболию легочной артерии).

Важное значение имеют время окончания менструаций (менопауза) и течение постменопаузального периода, так как именно тогда появляются и быстро прогрессируют многие хронические болезни, особенно заболевания сердечно-сосудистой системы (ишемическая болезнь сердца).

У мужчин обращают внимание на состояние половой функции.

Трудовой анамнез. Выясняют, с какого возраста, кем и где начал работать пациент, как протекала его дальнейшая трудовая деятельность.

Большое значение имеют условия и режим труда, а также профессиональные вредности, так как при определенных обстоятельствах они могут стать прямой или косвенной причиной болезней. Например, вдыхание некоторых видов производственной пыли или пребывание на сквозняке и холоде могут вызывать хронические заболевания легких.

Выделяют три основные группы профессиональных вредностей:

1) связанные с трудовым процессом (физическое и умственное напряжение, напряжение зрения, неудобное положение тела и т. д.);

2) связанные с условиями труда (высокие и низкие температуры, сквозняки, уровень шума, вибрация, пыль);

3) связанные с материалами, применяемыми на производстве (токсические химические соединения, ионизирующая радиация, инфекционные агенты).

Бытовой анамнез. Бытовые условия, в которых длительное время проживает человек, оказывают постоянное влияние на состояние его здоровья. Необходимо установить, в каких жилищных и санитарно-гигиенических условиях живет пациент (площадь помещения, освещение, температура, влажность, отопление и другие удобства, количество проживающих людей).

Наряду с жилищными условиями особое внимание обращают на режим отдыха больного: время сна, количество выходных, отпуск, прогулки на свежем воздухе, физические упражнения, занятие спортом.

В подборе лекарственной терапии и диетических рекомендаций не последнюю роль играют финансовые возможности пациента и его семьи (возможность полноценно питаться, приобретать дорогостоящие лекарственные препараты).

Питание. Выясняют режим и регулярность питания (в определенные часы, беспорядочно, быстро, всухомятку), характер и разнообразие пищи (мясная, растительная, молочная), калорийность, употребление биологически активных добавок, витаминно-минеральных комплексов и др.

Вредные привычки. К вредным привычкам, представляющим наибольший интерес для врача, относят курение, злоупотребление алкоголем, наркоманию и токсикоманию. Все они имеют огромное социальное и медицинское значение.

Курение является главным этиологическим фактором хронической обструктивной болезни легких и рака легких; злоупотребление спиртными напитками приводит к алкоголизму, а парентеральный путь введения наркотиков относится к основным механизмам передачи ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов В, С и D.

Если больной курит, то необходимо выяснить, как много (сколько сигарет в день, какой марки), а также стаж курения. Не следует забывать и о пассивном курении. Большое клиническое значение имеет выявление факта злоупотребления алкоголем. Относительно употребления спиртного уточняют следующие детали: в каком виде и количестве пациент употребляет алкоголь, какие виды алкогольных напитков, как часто (ежедневно, периодически, случайно), с какого возраста. Следует помнить, что больные часто занижают количество употребляемых спиртных напитков. Для выявления злоупотребления алкоголем применяют специальный вопросник, состоящий из четырех пунктов.

1. Испытывал ли пациент непреодолимое желание напиться до «потери сознания»?

2. Вызывает ли у пациента раздражение критика по поводу употребления алкоголя?

3. Возникает ли у пациента чувство вины из-за употребления алкоголя?

4. Возникает ли у пациента необходимость в приеме спиртного по утрам для устранения похмелья?

Положительный ответ на три или четыре вопроса с высокой вероятностью позволяет говорить о наличии у пациента алкогольной зависимости. При выявлении злоупотребления алкогольными напитками необходимо выяснить объем принимаемого алкоголя из расчета содержания грамм чистого спирта в том или другом алкогольном напитке. Расчет осуществляется по формуле Видмарка: объемный процент в предпочитаемом виде алкогольного напитка умножается на 0,8 — получают количество чистого этанола в граммах в 100 мл напитка.

Факт употребления наркотических веществ практически всегда замалчивается. Здесь может помочь беседа с родственниками, друзьями и осмотр наиболее частых мест инъекции наркотиков. Выясняют, употребляет ли больной наркотики в настоящее время или принимал ранее, какие, в каком виде (таблетки, порошок, инъекции), с какого времени, имеется ли наркотическая зависимость, проходил ли лечение, состоит ли на учете у нарколога. Выясняют наличие токсикомании.

Перенесенные заболевания. В хронологическом порядке приводятся все перенесенные заболевания, операции, травмы, ранения, контузии с указанием возраста больного, длительности и тяжести этих заболеваний и травм, их осложнений. Отдельно спрашивают о перенесенных инфекционных заболеваниях (вирусные гепатиты, детские инфекции и т. д.), венерических болезнях (сифилис, гонорея), туберкулезе, ревматизме. Не всегда целесообразно спрашивать пациента, болел ли он тем или иным заболеванием, так как часто больной не связывает имевшиеся у него симптомы с определенным названием болезни. В этих случаях правильнее задавать вопросы, включающие описание основных симптомов того или иного заболевания. Например, вместо вопроса «Болели ли вы гепатитом?» можно спросить: «Была ли у вас желтуха?».

Необходимо также отметить, переливались ли ранее препараты крови или кровезаменители и были ли реакции на переливание.

Аллергологический анамнез. Нужно расспросить больного о наличии у него аллергии на лекарственные препараты, вакцины, сыворотки, продукты питания, пыльцу растений, шерсть животных, пыль и др. Аллергические реакции играют важную роль в патогенезе ряда заболеваний внутренних органов (например, бронхиальной астмы) и могут иметь самые разные проявления (вазомоторный ринит, крапивница, бронхоспазм, отек Квинке, анафилактический шок). Уточняют наличие в семье домашних животных, птиц.

Наследственность. Выясняют состояние здоровья ближайших родственников (родителей, братьев, сестер, детей), причины их смерти, наличие у них злокачественных новообразований, сердечно-сосудистых (инфаркт миокарда, стенокардия, артериальная гипертензия, инсульты), эндокринных (сахарный диабет, тиреотоксикоз и др.) и психических заболеваний. Эти данные имеют определенное клиническое значение, так как наследственная предрасположенность при воздействии внешних предрасполагающих факторов может приводить к развитию заболевания.