


**В.Н.Ослопов, Ю.В.Ослопова,
Е.В.Хазова, Ю.С.Мишанина**

ИСТОРИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПАЦИЕНТА

Учебное пособие

*Рекомендовано Координационным советом по области образования
«Здравоохранение и медицинские науки» в качестве учебного пособия
для использования в образовательных учреждениях, реализующих
основные профессиональные образовательные программы
высшего образования специалитета по направлению подготовки
31.05.01 «Лечебное дело» и по специальностям 31.05.02 «Педиатрия»,
32.05.01 «Медико-профилактическое дело»*

4-е издание, переработанное и дополненное

 **Москва
«МЕДпресс-информ»
2022**

УДК 616-09
ББК 54.1
О-74

Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в любой форме и любыми средствами без письменного разрешения владельцев авторских прав.

Авторы:

В.Н.Ослопов – доктор мед. наук, профессор, профессор кафедры пропедевтики внутренних болезней имени профессора С.С.Зимницкого ФГБОУ ВО «Казанский ГМУ» Минздрава России, заслуженный деятель науки РТ, академик АИ РТ.

Ю.В.Ослопова – кандидат мед. наук, доцент, доцент кафедры фундаментальных основ клинической медицины Института фундаментальной медицины и биологии ФГАОУ ВО «Казанский (Приволжский) федеральный университет».

Е.В.Хазова – кандидат мед. наук, доцент, доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней имени профессора С.С.Зимницкого ФГБОУ ВО «Казанский ГМУ» Минздрава России.

Ю.С.Мишанина – практический врач.

Рецензенты:

Ю.В.Щукин – доктор мед. наук, профессор, заведующий кафедрой пропедевтической терапии ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России, заслуженный работник высшей школы РФ.

А.В.Ушаков – доктор мед. наук, профессор, заведующий кафедрой внутренней медицины №1 Медицинской академии имени С.И.Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И.Вернадского».

Регистрационный номер рецензии: 1480 ЭКУ от 16 сентября 2021 г.

Ослопов, Владимир Николаевич.

О-74

История заболевания терапевтического пациента / В.Н.Ослопов, Ю.В.Ослопова, Е.В.Хазова, Ю.С.Мишанина. – 4-е изд., перераб. и доп. – Москва : МЕДпресс-информ, 2022. – 192 с. : ил., вкладыш.

ISBN 978-5-00030-995-7.

В учебном пособии (предыдущее издание выходило под названием «История болезни терапевтического больного» в 2016 г.) представлена подробная схема истории заболевания с примерами написания истории заболевания пациентов с патологией внутренних органов, даны комментарии для правильного усвоения материала, освещен ряд вопросов, вызывающих сложности у студентов в начале работы в клинике (состояние сознания, определение тяжести состояния пациента, антропометрия и др.). Приведены расшифровка и краткое толкование аббревиатур лабораторных показателей крови и мочи, определяемых с помощью современных автоматических анализаторов. Даны тестовые задания с пояснениями к ответам.

Учебное пособие составлено в соответствии с Федеральными государственными требованиями к образовательной программе высшего образования ФГОС ВО по 31.05.01 «Лечебное дело», 31.05.02 «Педиатрия», 32.05.01 «Медико-профилактическое дело» и рабочей программой по дисциплине «Пропедевтика внутренних болезней» и предназначено для студентов.

УДК 616-09
ББК 54.1

ISBN 978-5-00030-995-7

© Ослопов В.Н., Ослопова Ю.В., Хазова Е.В., Мишанина Ю.С., 2022

© Оформление, оригинал-макет. Издательство «МЕДпресс-информ», 2013, 2016, 2022

ОГЛАВЛЕНИЕ

Список сокращений и условные обозначения	5
Предисловие	6
Раздел 1. История заболевания	9
I. Общие сведения (анкетные данные)	9
II. Расспрос (интеррогация), анамнез (Anamnesis)	9
1. Жалобы (при поступлении в клинику)	9
2. История настоящего заболевания (Anamnesis morbi)	13
3. История жизни пациента (Anamnesis vitae)	14
3.1. Медицинский анамнез	14
3.2. Социальный анамнез	15
3.3. Трудовой анамнез (профессиональная деятельность)	15
3.4. Половой анамнез	15
3.5. Семейный анамнез и наследственность	16
3.6. Вредные привычки (привычные интоксикации)	16
III. Объективное исследование (Status praesens)	17
1. Общий (наружный) осмотр (инспекция)	17
2. Система органов дыхания	24
3. Сердечно-сосудистая система	25
4. Система органов пищеварения (желудочно-кишечный тракт)	28
5. Гепатобилиарная система (печень и желчные пути)	30
6. Селезенка	30
7. Мочевыводящая система	31
8. Кровотворная, эндокринная и нервная системы	31
IV. Результаты лабораторного и инструментального обследования пациента	31
V. Диагноз и его обоснование	32
VI. Патогенез симптомов	33
Раздел 2. Схема (объем) лабораторного и инструментального обследования пациентов	34
Раздел 3. Примеры написания истории заболевания	41
Раздел 4. Комментарии	82
Раздел 5. Задания для тестового контроля	130
Пояснения к ответам на тестовые задания	140
Приложения	164
Приложение 1. Электрокардиография	164
Приложение 2. Лабораторные исследования	166
Приложение 3. Формулировка диагнозов «гипертоническая болезнь» и «ишемическая болезнь сердца»	174
Приложение 4. О нижней границе нормы артериального давления	184
Литература	185

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫЕ ОБОЗНАЧЕНИЯ

∠α	угол α
АГ	артериальная гипертензия
АД	артериальное давление
АПФ	ангиотензинпревращающий фермент
ГБ	гипертоническая болезнь
ЖКТ	желудочно-кишечный тракт
ИБС	ишемическая болезнь сердца
ИМТ	индекс массы тела
ИФТ	индекс формы тела
КТ	компьютерная томография
МНО	международное нормализованное отношение
МРТ	магнитно-резонансная томография
ОАК	общий (клинический) анализ крови
ОАМ	общий (клинический) анализ мочи
ОРВИ	острые респираторные вирусные инфекции
ПБ	периодическая болезнь
СИ	System International, Международная система единиц
СМАД	суточное мониторирование артериального давления
СПИД	синдром приобретенного иммунодефицита
ССЗ	сердечно-сосудистые заболевания
Стресс-эхоКГ	стресс-эхокардиография
ТЭЛА	тромбоэмболия легочной артерии
УЗИ	ультразвуковое исследование
ФКС	фиброколоноскопия
Холтер-ЭКГ	холтеровское мониторирование ЭКГ
ХСН	хроническая сердечная недостаточность
ЧДД	частота дыхательных движений
ЧСС	частота сердечных сокращений
ЭГДС	эзофагогастродуоденоскопия
ЭКГ	электрокардиография
ЭОС	электрическая ось сердца
ЭРХПГ	эндоскопическая ретроградная холецистопанкреатография
ЭФИ	электрофизиологическое исследование
ЭхоКГ	эхокардиография

Использование тире (разделительного) при написании фамилий ученых означает наличие двух человек (например, симптом Сиротинина–Кукуверова), использование дефиса (соединительного) обозначает одного человека, имеющего двойную фамилию (например, симптом Мейо-Робсона).

ПРЕДИСЛОВИЕ

Учебное пособие «История заболевания терапевтического пациента» предлагается для правильного усвоения предмета «Пропедевтика внутренних болезней», эффективной работы у постели пациента и написания первой студенческой истории заболевания.

Несмотря на все бóльшую технизацию обследования пациента, значение классических приемов диагностики – детального расспроса и последовательного тщательного объективного исследования – остается очень важным («*conditio sine qua non*»). Владение этими приемами и их результативное применение, с одной стороны, несомненно, определяет профессиональную культуру врача, а с другой – создает особую доверительную атмосферу взаимодействия врача с пациентом, тот комплаенс, от которого во многом зависит успех лечения.

К сожалению, большинство ошибок, которые совершают врачи, происходит из-за пренебрежения этими классическими методами исследования: пациента опрашивают поверхностно, осматривают бегло и часто непоследовательно. Известный отечественный терапевт М.В.Черноруцкий говорил: «На одну ошибку от незнания представляется девять от невнимания».

Предлагаемая схема обследования пациента, основанная на тысячелетнем опыте медицины, поможет избежать ошибок, особенно в самом начале трудного пути врачевания. Следует отметить, что в Европе подробные записи историй заболеваний ввел в XVII в. голландский врач Герман Бургав, а в России в XIX в. – Матвей Яковлевич Мудров, основоположник русской терапевтической школы. М.Я.Мудров писал: «История болезни должна иметь достоинства точного повествования о случившемся... историю болезни должно писать рачительно... при постелях больных... Сие сокровище для меня дороже всей моей библиотеки».

Вполне естественно, что студенты II–III курсов испытывают трудности в правильной записи в историю заболевания получаемых ими у постели пациента анамнестических данных и данных объективного исследования, и первая история заболевания нередко оказывается «скорбным листом»¹. Приведенные образцы историй заболеваний помогут избежать многих неточностей, в первую очередь – семантически-стилистического характера. В каждом разделе схемы истории заболевания упоминаются *симптомы заболевания* – как часто встречающиеся, так и редкие. Для лучшего усвоения

¹ В переносном смысле слова. В настоящее время в официальных документах история заболевания именуется как «медицинская карта стационарного (амбулаторного) пациента». Скорбным листом историю заболевания называли во времена А.С.Пушкина.

материала даны *комментарии*, в том числе по вопросам, в трактовке которых есть противоречия, а в учебниках – их неоднозначное толкование. Приведено большое количество комментариев, поскольку целью учебного пособия является научить студентов правильно, с пониманием сути изложения, писать историю заболевания, а не поразить коллег по профессии.

Студенческая история заболевания, в отличие от врачебной, завершается разделами «Обоснование диагноза» и «Патогенез симптомов», написание которых позволяет студенту утвердиться в правильности поставленного им диагноза, а преподавателю – в глубине знаний студента.

Учебное пособие направлено на формирование общепрофессиональных (ОПК) и профессиональных (ПК) компетенций:

Лечебный и педиатрический факультет:

- ОПК-6 – готовность к ведению медицинской документации;
- ПК-5 – готовность к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патологоанатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания.

Медико-профилактический факультет:

- ОПК-1 – умеет соблюдать моральные и правовые основы в профессиональной деятельности;
- ОПК-2 – способность распространять знания о здоровом образе жизни, направленные на повышение санитарной культуры и профилактику заболеваний населения;
- ОПК-5 – способность оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека для решения профессиональных задач;
- ПК-4 – способность и готовность к разработке, организации и выполнению комплекса медико-профилактических мероприятий, направленных на повышение уровня здоровья и снижения заболеваемости различных контингентов населения.

Обращаем внимание, что с 2011 г. введен в действие Федеральный Закон от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». В нем регламентированы, в частности, следующие понятия (статья 2):

- **пациент** (не «больной»!) – физическое лицо, которому оказывается медицинская помощь или которое обратилось за оказанием медицинской помощи независимо от наличия у него заболевания и от его состояния;
- **заболевание** (не «болезнь»!) – возникающее в связи с воздействием патогенных факторов нарушение деятельности организма, работоспособности, способности адаптироваться к изменяющимся условиям

внешней и внутренней среды при одновременном изменении защитно-компенсаторных и защитно-приспособительных реакций и механизмов организма.

Таким образом, в настоящее время целесообразно заменять слова «больной» и «болезнь» соответственно на «пациент» и «заболевание» – в тех случаях, когда эта замена не противоречит стилистике русского языка и исторически сложившимся названиям заболеваний (например, оставить термин «гипертоническая болезнь», который невозможно заменить на «гипертоническое заболевание»).

РАЗДЕЛ 1. ИСТОРИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ

I. Общие сведения (анкетные данные)¹

1. Фамилия, имя, отчество
2. Возраст
3. Пол
4. Место работы
5. Профессия
6. Должность в настоящее время
7. Домашний адрес
8. Дата поступления в клинику

Запись в историю заболевания о *национальности* пациента в настоящее время официально не производится, однако национальная и расовая принадлежность пациента может иметь определенное значение при постановке диагноза и лечении (**Комментарий 1**).

Обращаем ваше внимание на то, что в настоящее время паспортные данные пациента являются его персональными данными, на которые, в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» и Федеральным законом от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», распространяется режим конфиденциальности. В связи с этим при работе с пациентами и написании *учебной истории заболевания* студент должен подписать у пациента специальную форму – «Согласие на обработку персональных данных».

...Нельзя быть уверенным в отсутствии симптомов и признаков², если их специально не выяснять и не искать...

Поль Д.Уайт

II. Расспрос (интеррогация), анамнез (Anamnesis)³

1. Жалобы (при поступлении в клинику)

Жалобы должны быть подразделены на *основные* (главные, или ведущие) и *второстепенные* (дополнительные, или общие) с их детализацией.

¹ Подробная информация по теме «Анамнез» размещена на сайте www.oslopov-kazan.ru.

² С точки зрения семантики (значения смысла слова) «симптом» и «признак» – идентичные понятия, но в клинической практике под «симптомом» понимается субъективные ощущения (жалобы) пациента, а под «признаком» – объективные изменения.

³ Анамнез (греч. *anamnesis*: *ana* – приставка со значением «обратное действие» (соответствует русскому слову «назад»), *mneme* – память) – воспоминание (дословно «назад к памяти, через память»). Анамнезом называют метод получения данных о пациенте путем расспроса (интервьюирования).

К *основным* жалобам следует относить те, которые являются важными симптомами данного заболевания, наиболее типичны для него и указывают в той или иной мере на локализацию процесса. Обычно это те симптомы, которые привели пациента к врачу.

К *второстепенным* жалобам, как правило, относят жалобы, указывающие лишь на наличие заболевания и отражающие нарушение общего состояния, но не специфичные для определенного заболевания (общая слабость, чувство жара¹ и т.д.), либо жалобы, которые связаны с сопутствующим заболеванием (т.е. не те жалобы, которые в настоящее время привели пациента к врачу).

Жалобы должны быть *детализированы*. Вопросы, задаваемые пациенту для детализации его жалоб, должны быть не прямыми (т.е. не такими, ответы на которые пациенты дают в алгоритме «да–нет»), а косвенными (т.е. такими, при ответах на которые сам пациент подбирает термины–определения, характеризующие его ощущения) (**Комментарий 2**). Нужно быть очень аккуратным в формулировании уточняющих вопросов, следить, чтобы они не превратились в наводящие² вопросы.

Жалобы, в зависимости от преимущественного поражения различных органов, могут быть следующими.

1. Заболевания органов кровообращения (заболевания сердечно-сосудистой системы).

Боли за грудиной и в области сердца: локализация, характер, интенсивность, длительность, иррадиация, чем сопровождаются (у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) боли нередко сопровождаются чувством страха смерти – *angor mortis*), провоцирующие боль факторы – триггеры (причины), условия возникновения и/или причины усиления боли, чем и как быстро купируются. Боли в зубах, плече, эпигастрии и других областях тела («нетипичная» локализация боли как эквивалент стенокардии при отсутствии боли за грудиной). Боли в конечностях, онемение конечностей, зябкость конечностей, выраженная слабость в ногах (пациенту сначала трудно ходить, а затем и стоять). Боли в животе. Плохая переносимость физической нагрузки. Общая слабость. Одышка³ (степень выраженности, характер, провоцирующие факторы, время суток). Удушье (астма). Астма Штрáуба (**Комментарий 3**). Кровохарканье. Сердцебиение⁴. Перебои в работе сердца. Эпизоды потери сознания. Тошнота, рвота (у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) – как правило, не приносящая облегчения). Головные боли, головокружение,

¹ Следует помнить, что различные признаки заболевания, в том числе жалобы, подразделяются на *специфические* и *неспецифические*, и в ряде случаев неспецифические признаки заболевания могут быть отнесены как к второстепенным жалобам, так и к главным – в зависимости от клинической картины заболевания.

² Наводящие вопросы – это вопросы, ответы на которые могут исказить реальную ситуацию.

³ Одышка у пациента с ИБС может быть и эквивалентом стенокардии.

⁴ Ощущение сердцебиения – дословно «ощущение биения сердца». Обычно под сердцебиением понимают субъективное восприятие пациентом тахикардии (ЧСС >100 в минуту). Однако ощущение биения сердца может быть и при нормальной ЧСС, и при брадикардии (ЧСС <50 в минуту), что чаще обусловлено увеличением ударного объема сердца.

«мелькание мушек» перед глазами. Носовые кровотечения (**Комментарий 4**). Отеки (локализация, условия возникновения). Изменение диуреза. Осиплость голоса. Жалобы на наличие повышенного или пониженного артериального давления (АД), на наличие дислипидемии¹. Тревожные, кошмарные сновидения (могут возникать на фоне медикаментозного лечения, главным образом β-адреноблокаторами). Повышение температуры тела.

2. Заболевания органов дыхания.

Носовое дыхание (свободное, затрудненное), характер и количество отделяемого из носа (слизь, гной, кровь). Боли в области околоносовых пазух. Боли при разговоре и глотании. Изменения голоса. Боли в грудной клетке (локализация, характер, связь с дыханием и кашлем). Одышка (характер, условия возникновения). Храп, эпизоды остановки дыхания во сне (синдром апноэ; **Комментарий 5**). Удушье (время появления, продолжительность, сопутствующие явления). Кашель² (сухой, влажный), время его появления и продолжительность. Мокрота, ее отхождение, количество, свойства (цвет, примеси, слоистость). Кровохарканье, условия его появления. Легочное кровотечение. Отеки на ногах. Повышение температуры тела.

3. Заболевания органов пищеварения.

Боли в животе (локализация, характер, интенсивность, продолжительность, зависимость от времени приема пищи, от движения и физической нагрузки, иррадиация, способы купирования боли). Боли в области позвоночника и в области грудины. Изменение аппетита (**Комментарий 6**). Появление запаха изо рта. Слюноотделение, сухость во рту³, жажда. Кровоточивость. Кожный зуд. Нарушение жевания, глотания.

Изжога. Отрыжка. Тошнота. Рвота: характер рвотных масс (свежесъеденной пищей, давно съеденной пищей – так называемая застойная рвота, желчная, кровавая, гнойная и др.), цвет (например, рвота цвета «кофейной гущи» или гематемезис⁴ при желудочном кровотечении, обусловленном язвенной болезнью желудка). Рвота алой кровью при синдроме Мэллори–Вэйсса (**Комментарий 7**). Время возникновения этих симптомов, зависимость от количества и качества принятой пищи. Облегчение состояния пациента после рвоты. Пищеводная рвота (срыгивание).

Вздутие живота, ощущение тяжести в животе, урчание, переливание, деятельность кишечника (поносы, запоры), число дефекаций, тенезмы (ложные позывы), отхождение газов.

Свойства испражнений: количество, цвет (*коричневый* или *темно-коричневый* в норме; *коричнево-красный* при употреблении в пищу какао, свеклы,

¹ Такого рода жалобы пациенты могут предъявлять в настоящее время в связи с повышением медицинской грамотности и проведением диспансеризации населения.

² Следует знать, что самая частая причина кашля – это затекание слизи из носовой полости в горло.

³ Чрезмерная сухость во рту носит название «сухой рот» (англ. *dry mouth*) и является одним из манифестных проявлений синдрома Шегрэна (аутоиммунного системного поражения соединительной ткани, характеризующегося вовлечением в патологический процесс желез внешней секреции, главным образом слюнных и слезных).

⁴ Гематемезис (*haematemesis*; от греч. *haima* – кровь, *emesis* – рвота) – кровавая рвота.

приеме препаратов ревеня и марены красильной; *черный* при употреблении в пищу большого количества печени, кровяной колбасы, черники, смородины, приеме лекарственных средств – препаратов, содержащих соли висмута, препаратов железа, активированного угля и др.; *зеленоватый* – при овощной диете; *белый* или *серовато-белый* – при обструкции желчевыводящих протоков, гепатитах). Консистенция, наличие слизи. Наличие крови в испражнениях (*черный дегтеобразный* кал, или *мелéна*¹, при кровотечении, вызванном язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки; *темновинный* кал при умеренном кровотечении из дистальных отделов тонкой и правой половины толстой кишки; кал типа *малинового желе* со слизью при кровотечении из нисходящего отдела толстого кишечника; *алая* кровь на поверхности оформленного кала при кровотечении из нижних отделов кишечника (при геморрагических изменениях, связанных с циррозом печени; при геморроидальном кровотечении, в том числе при циррозе печени; при трещинах заднего прохода; при раке прямой кишки).

Бессонница² (инсомния, от лат. *in-* – без-, *somnus* – сон). Похудание. Повышение температуры тела.

4. Заболевания органов мочеотделения.

Боли в области поясницы и мочевого пузыря (их характер и иррадиация). Учащение и болезненность мочеиспускания, изменение диуреза. Количество, цвет и мутность мочи. Отеки (локализация, время возникновения). Головные боли. Жалобы на наличие повышенного АД. Одышка. Тошнота. Ухудшение зрения. Повышение температуры тела.

5. Заболевания кровяной и эндокринной систем.

Боли в костях, горле. Повышение температуры тела, общая слабость, кровоточивость, увеличение лимфатических узлов. Тяжесть в подреберьях. Жажда, сухость во рту. Чрезмерное повышение аппетита (булимия), извращение вкуса (пикацизм). Учащенное мочеиспускание. Кожный зуд, зуд во влажных местах. Сердцебиение. Похудание. Избыточная масса тела. Ожирение. Сонливость или бессонница. Синдром апноэ во сне. Слабость в конечностях, потливость или сухость кожи.

6. Заболевания, проявляющиеся или сопровождающиеся поражением кожи, слизистых оболочек и подкожной жировой клетчатки.

Зуд, боль, высыпания. Пигментация, депигментация, ксантомы и ксантелазмы. Изъязвления, кровоточивость. Деформации: «бугристость» (фибромы), «западения» (липодистрофии).

7. Заболевания, проявляющиеся или сопровождающиеся поражением лимфатических узлов.

Болезненность лимфатических узлов. Увеличение размеров лимфатических узлов. Локализация, форма, симметричность поражения. Подвижность, спаянность. Нагноение. Повышение температуры тела.

¹ Мелéна (греч. *melaena* от *melanos* – черный) – выделение кала в виде липкой, дегтеобразной массы черного цвета.

² Жалоба на бессонницу приводится нами в этом разделе, однако бессонница может быть также при заболеваниях и других органов и систем.

8. *Заболевания, проявляющиеся или сопровождающиеся поражением мышц.*

Боли (миалгия). Локализация боли, связь боли с движениями. Ощущение слабости в мышцах при движении, изменение величины мышц, судороги и т.д.

9. *Поражение костей.*

Боли (оссальгия). Локализация боли, характер и время появления боли. Склонность к переломам, искривления, деформации и т.д.

10. *Поражение суставов.*

Боли (артралгия). Локализация боли, выраженность (интенсивность) боли, характер и время появления боли, возникает в покое или при движении. Невозможность полностью открыть рот (встречается, например, при болезни Бехтерева). Опухание, покраснение, чувство жара в суставах, ощущение скованности в движениях (особенно по утрам), деформации, локализация поражения. Последовательность, симметричность поражения. Вывихи. Гипермобильность. Анкилоз. Нарушение функции. Повышение температуры тела.

2. История настоящего заболевания (Anamnesis morbi)

Когда заболел, с чего началось заболевание (первые проявления). С чем связывает заболевание, возможные причины его возникновения (по мнению пациента¹). Как развивалось заболевание до момента обследования пациента.

Последовательность², усиление, ослабление или исчезновение ранее возникших симптомов или появление новых симптомов заболевания. Куда обращался, где обследовался, какие ставились диагнозы, чем лечился (эффективным ли было лечение, влияние лечения на течение заболевания). В случае хронических заболеваний необходимо описать возможные причины ухудшения состояния (рецидива заболевания).

¹ При изучении истории настоящего заболевания стараются выявить причину заболевания (чаще триггерные механизмы (механизмы запуска) начала заболевания). При этом выясняют, с чем сам пациент связывает свое заболевание. Зачастую причина заболевания правильно подмечается самим пациентом, поэтому вопрос такого рода пациенту должен быть задан. Однако справедливым является и хорошо известный афоризм «*Post hoc non propter hoc*» («*После этого (еще) не означает по причине этого*»).

² Выясняют последовательность развития симптомов – от самых первых проявлений заболевания до настоящей картины заболевания (условно назовем это **антероградным** путем расспроса, т.е. таким путем расспроса, который осуществляется по обычному стереотипу). При этом описываются обострения и ремиссии (какие ставились диагнозы и чем лечили пациента). Однако встречаются и случаи, когда установить последовательность развития всех проявлений заболевания – от самых начальных до развернутой (настоящей) клинической картины – при расспросе пациента и/или его родственников по различным причинам, в том числе и социального характера, не удастся. В этом случае следует восстанавливать динамику развития заболевания **ретроградным** путем – от настоящей картины заболевания последовательно назад к самым первым проявлениям заболевания. Это бывает сделать нелегко, так как пациент или его родственники в силу разных обстоятельств (в том числе и в связи с непрофессионализмом ранее пользовавших пациента врачей) могут не связывать разные проявления недорожья в одну логическую цепочку.

Завершать этот раздел анамнеза (при наличии у пациента хронического заболевания) необходимо обязательным описанием *настоящего ухудшения состояния* (т.е. описанием того, как, при каких обстоятельствах пациент поступил в стационар в настоящее время).

3. История жизни пациента (Anamnesis vitae)

3.1. Медицинский анамнез

3.1.1. Перенесенные заболевания

Какие заболевания перенес (начиная с детства), в каком возрасте, их последствия. Наличие хронических заболеваний (*настоящее заболевание пациента, даже если оно является хроническим, в данном разделе не указывается*). Ранения, операции, контузии, анестезиологические пособия. Психические травмы. Отравления. Имеется ли инвалидность (какая группа инвалидности), по какому заболеванию, с какого времени, как часто выдавался листок нетрудоспособности (больничный лист).

3.1.2. Эпидемиологический анамнез

Болеет (болел) ли туберкулезом, гепатитом, малярией, венерическими заболеваниями, синдромом приобретенного иммунодефицита (СПИД). Выезды за пределы своего региона, в том числе в тропические страны, в течение последних 6 месяцев. Гемотрансфузии, инвазивные манипуляции (в том числе посещение стоматолога, гинеколога). Контакт с инфекционными пациентами, с лихорадящими пациентами.

3.1.3. Аллергологический анамнез

Наличие аллергических заболеваний (бронхиальная астма, крапивница, экзема и др.) в анамнезе у пациента и его родственников. Непереносимость каких-либо пищевых продуктов. Повышенная чувствительность или непереносимость каких-либо запахов (некоторых растений, парфюмерных изделий, специй и т.д.). При наличии непереносимости или повышенной чувствительности к чему-либо следует выяснить, в чем именно это выражается (анафилактический шок, отек Квинке, бронхоспазм, сыпь, тошнота, рвота, диарея и др.). Прививки (их переносимость).

3.1.4. Лекарственный анамнез

Какие принимает медикаментозные препараты (в каких дозах, регулярность приема). Предшествующее применение антибиотиков. Побочные реакции на прием лекарственных средств, как они проявлялись. Непереносимость лекарственных препаратов. Принимает ли биодобавки, фитопрепараты¹.

¹ Биодобавки и препараты на основе трав могут оказывать влияние на развитие лекарственных взаимодействий и изменение фармакокинетики официальных лекарственных препаратов.

РАЗДЕЛ 2. СХЕМА (ОБЪЕМ) ЛАБОРАТОРНОГО И ИНСТРУМЕНТАЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ

Лабораторное¹ и инструментальное обследование пациентов является индивидуальным и определяется диагнозом с учетом особенностей заболевания у конкретного пациента, при этом за основу берутся современные «Стандарты ведения больных».

Всем пациентам, независимо от предполагаемого диагноза, обязательно проводятся:

- 1) общий (клинический) анализ крови (ОАК);
- 2) общий (клинический) анализ мочи (ОАМ);
- 3) исследование глюкозы крови (пациентам с АГ, ожирением, всем пациентам старше 40 лет);
- 4) измерение АД;
- 5) термометрия;
- 6) ЭКГ;
- 7) рентгенологическое исследование органов грудной клетки (если пациенту в течение года не проводилась флюорография);
- 8) исследование кала на яйца гельминтов;
- 9) исследование крови на антитела к ВИЧ, на сифилис, на вирусные гепатиты.

ЛАБОРАТОРНЫЕ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ, ПРОВОДИМЫЕ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ²

I. ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

1. Анализ мокроты (общий, на микобактерии туберкулеза, атипичные клетки).
2. Бактериологическое исследование мокроты (выявление возбудителя, определение чувствительности выявленного возбудителя к антибиотикам).
3. Исследование плевральной жидкости.

¹ Лабораторное обследование пациента подробно описано в учебно-методических пособиях «Клиническая лабораторная диагностика» (Ослопов В.Н., Садыкова А.Р., Абдулхаков Р.А. – М.: МЕДпресс-информ, 2001) и «Основы лабораторной диагностики в клинике внутренних болезней» (Хамитов Р.Ф., Латфуллин И.А., Богоявленская О.В., Ахмерова Р.И., Ким З.Ф., Гайфуллина Р.Ф. – Казань: Издательство КГМУ, 2010).

² В изложении современных «Стандартов ведения больных» и других источников; с изменениями.

4. Исследование функции внешнего дыхания (спирография, пикфлоуметрия).
5. Рентгеноскопия и рентгенография органов грудной клетки.
6. Бронхоскопия и бронхография.
7. Рентгенотомография.
8. Компьютерная томография (КТ) органов грудной клетки.
9. Туберкулинодиагностика (реакция Манту).
10. Исследование газов артериальной крови.
11. Пульсоксиметрия (для определения насыщения гемоглобина кислородом в артериальной крови).
12. ЭКГ.
13. Эхокардиография (ЭхоКГ).
14. Изотопное сканирование легких и ангиопульмонография при подозрении на тромбоз легочной артерии (ТЭЛА).
15. Биопсия легкого (для диагностики фиброзирующих альвеолитов).

II. РЕВМАТИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА (острая ревматическая лихорадка, хроническая ревматическая болезнь сердца). ПОРОКИ СЕРДЦА. ИНФЕКЦИОННЫЙ ЭНДОКАРДИТ. ДИФFUЗНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ (системная красная волчанка, системная склеродермия, дерматомиозит, узелковый периартериит). РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ. ОСТЕОАРТРОЗ. ПОДАГРА. АМИЛОИДОЗ (первичный и вторичный).

1. Бактериологическое исследование мазка из зева на наличие β -гемолитического стрептококка группы А.
2. Прокальцитонинный тест.
3. Исследование крови на общий белок и белковые фракции, фибриноген.
4. Исследование крови на С-реактивный белок.
5. Исследование крови на сиаловую кислоту.
6. Титры антистрептолизина-О и антигиалуронидазы.
7. Исследование крови на циркулирующие иммунные комплексы, ревматоидный фактор, HLA-B27.
8. Иммунохимические исследования крови и мочи с иммунофиксацией и количественным определением свободных легких цепей.
9. Исследование антител к антигенам ядра клетки и ДНК, выявление волчаночных клеток (LE-клеток).
10. Исследование уровня мочевины и креатинина в крови.
11. Исследование крови и мочи на мочевую кислоту.
12. Бактериологическое исследование крови.
13. ЭКГ.
14. ЭхоКГ.
15. Рентгеноскопия органов грудной клетки.
16. Рентгенография суставов.
17. Магнитно-резонансная томография (МРТ) суставов.

18. Ультразвуковое исследование (УЗИ) поджелудочной железы, селезенки, почек.
19. Морфологическое и гистохимическое исследование препарата кожи.
20. Биопсия слизистых оболочек полости рта, десны и прямой кишки; биопсия тофусов.

III. ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА: СТЕНОКАРДИЯ, ИНФАРКТ МИОКАРДА, КАРДИОСКЛЕРОЗ, НАРУШЕНИЕ РИТМА И ПРОВОДИМОСТИ, ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ. КАРДИОМИОПАТИИ.

1. Исследование липидного состава крови: общий холестерин (ОХ), холестерин липопротеинов низкой плотности (ХС ЛПНП), холестерин липопротеинов очень низкой плотности (ХС ЛПОНП), холестерин липопротеинов высокой плотности (ХС ЛПВП), триглицериды (ТГ); вычисление индекса атерогенности Климова (используется в России).
2. Коагулограмма (гемостазиограмма)¹.
3. Кровь на МНО² (**Комментарий 67**).
4. Исследование крови на тропонины, миоглобин.
5. Исследование крови на трансаминазы (АЛТ, АСТ), креатинфосфокиназу (МВ-КФК), лактатдегидрогеназу (ЛДГ) и ее фракции.
6. Исследование крови на биомаркеры: на мозговой натрийуретический пептид (BNP) (уровень при ХСН >400 пг/мл) и на N-концевой предшественник мозгового натрийуретического пептида (NT-proBNP) (уровень при ХСН >2000 пг/мл)³.
7. ЭКГ.
8. Неинвазивная трехмерная анатомическая электрокардиография (ECGI – electrocardiographic imaging), позволяет неинвазивным путем проводить прямой анализ электрической активности сердца (решение обратной задачи ЭКГ).
9. Холтер-ЭКГ.
10. ЭхоКГ (одно- и двухмерная (2D) эхоКГ, доплер-эхоКГ, 3D, 4D, тканевая доплер-эхоКГ, чреспищеводная эхоКГ).
11. Нагрузочные пробы (велоэргометрия, тредмил⁴, стресс-эхоКГ), внутрисосудистая ультрасонография (ВСУЗИ).
12. Чреспищеводная электро(кардио)грамма (ЧПЭГ).

¹ Набор исследуемых показателей, входящих в понятие «коагулограмма», неоднозначен. Обычно назначение пациенту исследования коагулограммы включает определение времени кровотечения, времени свертывания крови, протромбинового времени, фибриногена, D-димера, антитромбина III, активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ).

² МНО – Международное нормализованное отношение (INR – International Normalized Ratio).

³ Национальные рекомендации по диагностике и лечению хронической сердечной недостаточности, 3-й пересмотр, Москва, 2010.

⁴ Тредмил: от англ. *to tread* – шагать, опускать ногу, *mill* – мельница. Термин «тредмил» вошел в медицинский лексикон для названия «бегущей дорожки», по аналогии с работой мельницы, которую в средние века приводили в движение арестанты, наступая на ступени большого колеса механизма мельницы (Сторожаков Г.И., 2008).

РАЗДЕЛ 5.

ЗАДАНИЯ ДЛЯ ТЕСТОВОГО КОНТРОЛЯ

Лучший способ обучения – это задавать вопросы.
Сократ¹

Правильный ответ один. Выберите правильный ответ

1. УЧЕНЫЙ В РОССИИ, ПРЕДЛОЖИВШИЙ ВЕСТИ (ЗАПИСЫВАТЬ) ИСТОРИЮ БОЛЕЗНИ

- А. М.Я.Мудров
- Б. Г.А.Захарьин
- В. С.П.Боткин
- Г. С.С.Зимницкий
- Д. А.Ф.Самойлов

2. АНАМНЕЗ ДО СТЕПЕНИ ИСКУССТВА ВОЗВЫСИЛ

- А. Л.Ауэнбруггер
- Б. Р.Лаэннек
- В. В.П.Образцов
- Г. А.Юшар
- Д. Г.А.Захарьин

3. ПЕРВАЯ СОСТАВНАЯ ЧАСТЬ АНАМНЕЗА

- А. общие сведения (анкетные данные)
- Б. история жизни
- В. история настоящего заболевания
- Г. жалобы
- Д. семейный анамнез и наследственность

4. НАЦИОНАЛЬНОСТЬ И РАСОВАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ ПАЦИЕНТА ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА И ЛЕЧЕНИЯ

- А. имеет значение при всех заболеваниях
- Б. имеет значение при некоторых заболеваниях
- В. не имеет значения

¹ Сократ (ок. 470–399 г. до н.э.) – древнегреческий философ, один из родоначальников диалектики как метода отыскания истины путем постановки наводящих вопросов, так называемого сократического метода. Был обвинен в «поклонении новым божествам» и «развращении молодежи» и приговорен к смерти (принял яд цикуты). Излагал свое учение устно. Цель философии – самопознание как путь к постижению истинного блага; добродетель есть знание, или мудрость. *Для последующих эпох Сократ стал воплощением идеала мудреца* (Новый энциклопедический словарь. – М.: Большая Российская энциклопедия, 2004).

5. СЛЕДУЮЩЕЕ УТВЕРЖДЕНИЕ: «НЕЛЬЗЯ БЫТЬ УВЕРЕННЫМ В ОТСУТСТВИИ СИМПТОМОВ, ЕСЛИ ИХ СПЕЦИАЛЬНО НЕ ВЫЯСНЯТЬ И НЕ ИСКАТЬ» ПРИНАДЛЕЖИТ УЧЕНОМУ

- А. П.Д.Уайту
- Б. Г.А.Захарьину
- В. А.Л.Мясникову
- Г. Е.И.Чазову
- Д. Я.М.Милославскому

6. ДЛЯ ЦЕНТРАЛЬНОГО ЦИАНОЗА ХАРАКТЕРНЫ

- А. диффузный характер, серый оттенок, «теплый» цианоз
- Б. дистальная локализация, «холодный» цианоз
- В. диффузный характер, серый оттенок, «холодный» цианоз
- Г. цианоз головы, шеи, плеч пациента, сочетающийся с их отеком (воротник Стокса)
- Д. цианоз и пальцы в форме «барабанных палочек» только на нижних конечностях

7. АНАМНЕЗ ОТНОСИТСЯ К МЕТОДУ ИССЛЕДОВАНИЯ

- А. к лабораторному
- Б. к субъективному
- В. к физикальному
- Г. к инструментальному

8. ЖЕЛТУХА ОБУСЛОВЛЕНА УВЕЛИЧЕНИЕМ СОДЕРЖАНИЯ В КРОВИ

- А. восстановленного гемоглобина
- Б. окисленного гемоглобина
- В. мочевины
- Г. глюкозы
- Д. билирубина

9. ОБЩИЙ ОСМОТР ПАЦИЕНТА ОТНОСИТСЯ

- А. к физикальному методу исследования
- Б. к лабораторному методу исследования
- В. к субъективному методу исследования
- Г. к инструментальному методу исследования

10. ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ГРОМКОЙ ПЕРКУССИИ ОСУЩЕСТВЛЯЮТ ДВИЖЕНИЕ

- А. в лучезапястном суставе
- Б. в пястно-фаланговом суставе
- В. в проксимальном межфаланговом суставе
- Г. в плечевом суставе
- Д. в локтевом суставе