

**А. С. РУДОЙ, А. А. БОВА, П. В. КРИУШЕВ**

**СХЕМА НАПИСАНИЯ  
УЧЕБНОЙ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ**

Минск БГМУ 2018

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ  
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ  
КАФЕДРА ВОЕННО-ПОЛЕВОЙ ТЕРАПИИ

**А. С. Рудой, А. А. Бова, П. В. Криушев**

# **СХЕМА НАПИСАНИЯ УЧЕБНОЙ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ**

Методические рекомендации



Минск БГМУ 2018

УДК 616-085:355(075.8)  
ББК 53.5:68я73  
Р83

Рекомендовано Научно-методическим советом университета в качестве методических рекомендаций 21.02.2018 г., протокол № 6

Рецензенты: канд. мед. наук 432-го ордена Красной звезды главного военного клинического медицинского центра Вооруженных Сил Республики Беларусь Ю. С. Лысый; гл. терапевт Вооруженных Сил полк. мед. службы Центральной военно-врачебной комиссии Вооруженных Сил Республики Беларусь Ю. В. Демидович

**Рудой, А. С.**

Р83      Схема написания учебной истории болезни : методические рекомендации / А. С. Рудой, А. А. Бова, П. В. Криушев. – Минск : БГМУ, 2018. – 64 с.

ISBN 978-985-21-0114-1.

Содержатся сведения, касающиеся правильного, полноценного изложения материала, полученного при обследовании пациента, в разделах истории болезни.

Предназначено для курсантов 4–5-го курсов, слушателей военно-медицинского факультета.

УДК 616-085:355(075.8)  
ББК 53.5:68я73

**ISBN 978-985-21-0114-1**

© Рудой А. С., Бова А. А., Криушев П. В., 2018  
© УО «Белорусский государственный  
медицинский университет», 2018

## ВВЕДЕНИЕ

Одной из основных форм обучения курсанта в университете является самостоятельная работа. Написание истории болезни позволяет проявить творческий подход в использовании полученных теоретических знаний и практических умений курсанта.

Клиническая история болезни — основной документ, который составляют на каждого пациента, находящегося в стационаре. В Республике Беларусь создана унифицированная и обязательная для всех лечебных учреждений форма истории пациента — медицинская карта стационарного больного (форма 003/у-07). Она предназначена для записи наблюдений за состоянием пациента, отражает диагностический и лечебный процесс, кроме того, имеет научно-практическое и юридическое значение.

Учебная история болезни должна содержать исчерпывающую, но в то же время кратко и четко изложенную информацию, на основании которой можно установить логически аргументированные предварительный и окончательный диагнозы, составить план обследования, назначить адекватную терапию пациенту, определить прогноз, дать рекомендации по реабилитации пациента врачу воинской части, врачу-терапевту медицинского подразделения соединения (медицинская рота) или военной организации здравоохранения.

Настоящие методические рекомендации составлены с целью оказания помощи курсанту в совершенствовании практических навыков (клиническая работа с пациентом, ее традиционное документальное выражение, умение выработки диагностической гипотезы, тактика целенаправленного обследования и терапии).

В истории болезни отражают жалобы пациента, анамнез, сведения о ранее перенесенных заболеваниях, результаты исследований, диагнозы, заключения специалистов, данные о проведенных методах лечения и их результатах, а в случае смерти указывается ее причина и обстоятельства, при проведении патологоанатомического вскрытия приводится заключение патологоанатома. Данные сведения должны быть записаны максимально полно и подробно, чтобы врач-консультант или представитель администрации могли составить на основании записей полное представление о пациенте. Медицинская карта стационарного пациента является экспертным документом, по которому оценивается диагностическая и лечебная работа врача-специалиста, а при возникновении конфликтных ситуаций — единственным документом, подтверждающим обоснованность, своевременность и соответствие выполненных диагностических и лечебных мероприятий клиническим протоколам диагностики и лечения, утвержденных Министерством здравоохранения.

Учебная история болезни содержит все разделы утвержденной Министерством здравоохранения медицинской карты стационарного больного. Приступая к написанию учебной истории болезни, курсант должен уметь:

- выявить основные и дополнительные жалобы пациента;
- правильно собрать анамнез заболевания, анамнез жизни, профессиональный, аллергологический анамнез;
- провести объективное исследование пациента по системам организма;
- на основании жалоб, анамнеза и объективных симптомов обосновать предварительный диагноз и назначить план обследования пациента и лечение;
- оценить данные лабораторных исследований, сопоставить их с предварительным диагнозом и изменением клинической картины заболевания;
- провести дифференциальный диагноз;
- оформить эпикриз, дать рекомендации для проведения реабилитационных и профилактических мероприятий после выписки из стационара.

История болезни — это документ, в котором курсант должен *самостоятельно обосновать* умозаключения, руководствуясь всеми полученными знаниями и информацией о пациенте (опрос, осмотр, сопроводительный лист врача скорой помощи, амбулаторная карта, беседа с родственниками или свидетелями и т. д.).

- Учебная история болезни включает следующие основные разделы:
- титульный лист, паспортные данные (прил.);
  - жалобы;
  - анамнез настоящего заболевания;
  - анамнез жизни;
  - объективный статус (настоящее состояние);
  - предварительный диагноз и его обоснование;
  - план обследования;
  - данные лабораторных, инструментальных методов исследования и консультации специалистов;
  - окончательный (заключительный) диагноз и его обоснование;
  - этиология и патогенез основного заболевания;
  - лечение пациента и его обоснование;
  - прогноз;
  - профилактика;
  - дневник курации;
  - температурный лист;
  - эпикриз;
  - список литературы.

При оформлении учебной истории болезни используется бумага формата А4, допускается написание вручную или набор текста на компьютере, обязательно наличие полей по периметру каждого листа, каждый раздел пишется с новой страницы. Не допускаются исправления, использование собственных сокращений в диагнозах, названиях препаратов и единицах измерения.

## ЖАЛОБЫ ПАЦИЕНТА

При написании истории болезни указываются основные жалобы в день начала курации. Поскольку жалобы являются субъективным восприятием болезни пациентом, необходимо вначале дать ему возможность их произвольно изложить, затем куратор при активном опросе по органам и системам должен выяснить основные наиболее важные и второстепенные признаки заболевания.

Вначале указываются жалобы со стороны определенной системы организма, характеризующие основное заболевание, затем — дополнительные жалобы. При этом недостаточно привести описание того или иного ощущения пациента, необходимо детализировать характер этих жалоб. Например, он жалуется на кашель. Нужно уточнить, как часто кашель его беспокоит, в какое время суток и в каком положении пациента, характер кашля, сопровождается ли он выделением мокроты (если да, то указать количество, цвет, запах, наличие крови и т. п.), выяснить, что улучшает отхождение мокроты, что подавляет кашель. Кроме того, нужно выяснить жалобы со стороны органов дыхания, о которых пациент забыл сказать или не придавал им значения. Нужно уточнить, сопровождалась ли жалобы со стороны какой-то системы организма изменением общего состояния.

Если пациент находится в бессознательном состоянии, то по возможности собирают анамнез у родственников.

В целом, какой бы системы ни касались жалобы пациента, при расспросе нужно пользоваться определенной схемой.

Вначале начинают расспрос пациента по конкретным системам.

**Система дыхания.** Уточнить наличие жалоб:

- на нарушение носового дыхания, наличие выделений из носа (характер выделений, их количество, запах, бывают ли носовые кровотечения);
- ощущение царапания, сухости в горле;
- осиплость голоса;
- кашель (условия его возникновения, в каком положении он усиливается, в какое время появляется, характер, чем сопровождается; при наличии мокроты уточнить ее количество, консистенцию, цвет, запах,

наличие примеси крови, разделяется ли при стоянии на слои, зависит ли выделение мокроты от положения пациента);

- боли в грудной клетке (уточнить их локализацию, характер, периодичность, продолжительность, иррадиацию, условия возникновения, связаны ли они с дыханием, переменной положения тела, кашлем);

- одышку (обстоятельства ее возникновения, интенсивность, длительность, чем сопровождается, при каких условиях уменьшается, связь с нагрузкой и ее интенсивностью);

- наличие приступов удушья (время возникновения, длительность, в каком положении пациент чувствует облегчение, чем купируются приступы);

- ощущение хрипов на расстоянии.

**Сердечно-сосудистая система.** Пациенты могут предъявлять жалобы:

- на боли в области сердца (их локализация, причина и условия их возникновения, характер, интенсивность, длительность, иррадиация, чем сопровождаются, при каких обстоятельствах проходят или чем купируются, как пациент ведет себя во время болевого приступа, были ли такие приступы ранее, как изменился стереотип болей; если пациент принимает нитроглицерин, указать количество таблеток, как быстро купировалась боль, сравнить с предыдущими приступами);

- сердцебиение (условия возникновения, длительность, постоянное или периодическое, чем сопровождается и купируется);

- наличие перебоев в работе сердца (условия и частота их возникновения, продолжительность, чем купируются);

- одышку (обстоятельства ее возникновения, постоянная или приступообразная, принимает ли пациент определенное положение для ее уменьшения, связь с нагрузкой и ее интенсивностью);

- наличие приступов удушья (время и обстоятельства их возникновения, чем сопровождаются, в каком положении тела наступает облегчение, чем купируются);

- отеки (их локализация, степень выраженности, длительность и время появления).

**Система органов пищеварения.** Одним из первых признаков заболевания может быть изменение аппетита (повышен, сохранен или снижен, сопровождается ли его снижение отвращением к определенным продуктам).

Кроме того, необходимо уточнить наличие:

- чувства насыщения (как быстро и от какого количества пищи оно появляется, чем сопровождается);

- жажды (степень выраженности, сколько пациент выпивает жидкости за сутки, сопровождается ли сухостью во рту);

- слюнотечения (время появления, когда усиливается);
- изменения вкуса во рту;
- дурного запаха изо рта;
- нарушения жевания;
- нарушения глотания (дисфагия — условия возникновения, при приеме какой пищи возникает, чем сопровождается);
  - отрыжки (чем отрыжка, частота и время возникновения, продолжительность, связь с приемом и характером пищи);
  - изжоги (интенсивность, длительность, частота появления, связь с приемом пищи, факторы, облегчающие или полностью устраняющие ее);
  - тошноты (частота возникновения, продолжительность, зависимость от приема и характера пищи, чем сопровождается, связь с положением тела);
  - рвоты (условия возникновения, чем сопровождается, количество и характер рвотных масс, запах, приносит ли рвота облегчение);
    - болей в животе (их локализация, иррадиация, характер, продолжительность, интенсивность, связь с приемом пищи, нагрузкой, эмоциональным состоянием, актом дефекации, нужно уточнить, после приема каких препаратов боли уменьшаются или исчезают);
    - ощущения распирания и тяжести в животе (в каких ситуациях возникает, когда проходит);
    - ощущения переливания и урчания в животе (в каких ситуациях возникает, когда проходит);
    - изменений стула (характер стула, необходимость натуживаться, форма, запах и цвет кала, частота в сутки, неделю, наличие патологических примесей).

**Мочевыделительная система.** При заболеваниях почек могут возникать жалобы:

- на боли в поясничной области или в животе (их локализация, характер болей, интенсивность, иррадиация, чем сопровождается болевой синдром, чем купируется);
- расстройства мочеиспускания (частота их возникновения за сутки, диурез ночной и дневной, цвет мочи, наличие примеси крови в моче);
- отеки (их локализация, степень выраженности);
- зуд кожи, неприятный запах изо рта.

**Нервная система.** При расспросе пациента следует обратить внимание:

- на сон пациента (нормальный, бессонница, тревожный, сновидения, кошмары, сонливость днем);
- настроение (ровное, спокойное, неустойчивое, возбужденное, подавленное, повышенная раздражительность, вспыльчивость);



- общительность (взаимоотношения в семье, на работе, затруднения в общении);

- наличие головных болей (их локализация, характер, частота, интенсивность, продолжительность, причина, уточнить провоцирующие факторы и чем сопровождаются боли);

- головокружение (условия возникновения, длительность, интенсивность).

**Органы чувств.** При расспросе пациента обратить внимание:

- на зрение (нормальное, понижено, близорукость, дальнозоркость, нет ли мелькания мушек перед глазами);

- слух (нормальный, снижен, степень снижения, шум в ушах, выделения из ушей);

- обоняние (нормальное, снижено, обострено, отсутствует);

- вкус (нормальный или отсутствует, извращение вкуса).

**Опорно-двигательный аппарат.** Пациент может предъявлять жалобы:

- на отечность;

- изменение цвета кожных покровов над пораженным суставом;

- деформацию суставов;

- ограничение объема движений;

- чувство скованности (уточнить время появления, длительность существования этого симптома);

- наличие болей в костях или мышцах.

Необходимо уточнить локализацию болей, время и условия их возникновения (постоянные, периодические, возникают в покое или при какой-либо определенной нагрузке, связаны ли с погодными условиями), характер («летучие», переходят с одного сустава на другой или локальные), чем боли облегчаются (определенным положением пораженного сустава или препаратами).

Затем нужно уточнить изменение общего состояния пациента:

- самочувствие (хорошее, удовлетворительное, плохое, когда ухудшилось, с чем пациент связывает ухудшение состояния);

- наличие общей слабости (нет или есть слабость, в какой степени выражена, как быстро наступает);

- наличие утомляемости (нет или есть утомляемость, степень выраженности, как быстро наступает);

- степень работоспособности (сохранена, снижена, утрачена, с какого времени от начала заболевания);

- увеличение или уменьшение веса (с какого времени началось и в какой степени выражено);

- потливость (в какое время суток возникает, интенсивность, чем сопровождается или что ей предшествует);

– повышение температуры (время повышения, постоянное или периодическое, сопровождается ли ознобом и потом, какими препаратами купируется лихорадка и на какое время, переносимость повышенной температуры);

– кожный зуд (общий или местный, давность его появления, причина его появления).

## **ИСТОРИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ (ANAMNESIS MORBI)**

Анамнез болезни является подробным описанием развития настоящего заболевания и включает в себя как догоспитальный период, так и течение болезни в стационаре до дня курации. Приступая к выяснению анамнеза, необходимо в хронологической последовательности установить развитие всех субъективных и объективных признаков болезни, их динамику и взаимосвязь.

Нужно выявить первые симптомы и дату начала заболевания. Выявленные симптомы необходимо стремиться объединить в группы, характеризующие тот или иной синдром (респираторный, нарушения ритма, общеинтоксикационный, диарейный, мочевого, поражения нервной системы, желтухи и т. п.). При этом каждый патологический симптом описывается подробно с указанием времени его появления, длительности, локализации, интенсивности, видоизменения в динамике (нарастание или угасание) до поступления в стационар и до дня курации. Например, при наличии диареи выясняется частота стула, его объем и характер, наличие ложных позывов на дефекацию, тенезмов, патологических примесей. При наличии кашля выясняется его характер, наличие мокроты, ее характер и т. д.

Большое значение для нозологической диагностики имеют данные о динамике и видоизменениях клинических проявлений болезни. Должны быть охарактеризованы все ее периоды. При этом при коротких и динамичных заболеваниях описание дается по дням болезни, при продолжительном, в том числе хроническом, течении заболевания динамику излагают по отрезкам времени, характеризующимся сходными проявлениями.

Целесообразно указать время первичного обращения за медицинской помощью. По возможности следует выяснить и отразить в истории болезни результаты проведенных до дня госпитализации обследований и лечения пациента, уточнить, какие именно препараты и в каких дозах он принимал, их эффективность. Следует учитывать, что многие из них (антибактериальные, нестероидные противовоспалительные и др.) могут изменить клиническое течение болезни, явиться причиной аллергических проявлений.

Выяснение анамнеза болезни должно проводиться с участием самого пациента, неторопливо и вдумчиво, с осознанием выясненных деталей. При этом необходимо учитывать психологические особенности пациента, его интеллект.

Существуют заболевания, характеризующиеся специфическим началом и определенной последовательностью появления симптомов. Знание особенностей развития заболевания помогает прогнозировать его дальнейшее течение и индивидуализировать лечение.

Таки образом, *в анамнезе заболевания необходимо отразить следующие моменты:*

- с какого времени пациент считает себя больным;
- что послужило, по мнению пациента, причиной заболевания;
- какова последовательность появления симптомов заболевания;
- какова периодичность обострения заболевания, провоцирующие его факторы;
- обследовался ли пациент по поводу этого заболевания ранее и каковы результаты обследования;
- какие методы лечения использовал пациент до госпитализации, их эффективность;
- причины госпитализации.

## **ИСТОРИЯ ЖИЗНИ (ANAMNESIS VITAE)**

Анамнез жизни включает сведения об особенностях развития в детстве, в хронологическом порядке указываются все перенесенные в течение жизни заболевания, клиника и течение наиболее тяжелых, хронических заболеваний, которые могут повлиять на течение и исход настоящего заболевания. Указываются условия жизни, характер работы пациента. Уточнение особенностей условий работы может выявить влияние неблагоприятных профессиональных факторов (химические, радиационные, СВЧ-воздействия, хронические профессиональный и экологический стрессы и др.) на развитие и течение того или иного заболевания, а также на тяжесть его течения. Отмечается отношение пациента к приему алкогольных напитков, курению, употреблению наркотических веществ.

Выясняются наследственные заболевания, которые могут явиться возможной скрытой сопутствующей патологией, требующей дополнительного обследования и лечения.

Вначале выясняют *особенности физического и психического развития* в детские и юношеские годы, бытовые условия, характер питания.

Необходимо подробно отразить *трудовой (военно-профессиональный) анамнез*: профессию, начало трудовой деятельности, условия труда

(воинской службы). Особое внимание следует обратить на работу с вредными условиями труда (химические факторы, перегревание или переохлаждение, вибрация, запыленность, ионизирующая радиация, электромагнитное излучение и др.).

В хронологическом порядке указываются *перенесенные заболевания*, операции, ранения, контузии, их последствия. Нужно выяснить, болел ли пациент туберкулезом, вирусным гепатитом, инфекционными заболеваниями.

У женщин выясняется *регулярность менструального цикла*, количество родов. Следует уточнить, как протекала беременность, во время менопаузы — возраст начала менопаузы.

Требуется выяснить *наличие вредных привычек*: курение (длительность курения, число сигарет в день), употребление алкоголя (в каком количестве, как часто и с какого времени), употребление наркотических веществ (в каком количестве, с какого времени).

*Наследственный анамнез* включает состояние здоровья ближайших родственников, причины их смерти в молодом и среднем возрасте (мужчины до 55 лет, женщины до 65 лет).

*Аллергологический анамнез* включает данные о непереносимости лекарственных средств, пищевых продуктов, вакцин, сывороток (указать вид аллергической реакции), о переливании крови или препаратов крови с указанием переносимости.

Отмечается длительность нетрудоспособности пациента, заболевание, вследствие которого он был освобожден от военной службы.

## **ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПАЦИЕНТА (STATUS PRAESENS)**

Целью первичного объективного осмотра является выявление по возможности всех имеющихся у пациента отклонений от нормы как в связи с предполагаемым диагнозом, так и независимо от него.

При проведении исследования объективного статуса необходимо соблюдать определенные условия, способствующие тому, чтобы обследование было как можно более полным, но не усугубляло страдания пациента. Помещение, предназначенное для обследования (кабинет врача, палата), должно быть теплым, без сквозняков, с естественным освещением и изоляцией от возможных внешних шумов. Присутствие посторонних (других пациентов или родственников) допускается только в необходимых случаях. В кабинете врача должна быть кушетка, покрытая чистой белой простыней. В палате постель пациента должна быть ровной, не слишком мягкой, с невысоким изголовьем.

Врач проводит обследование в чистом выглаженном белом халате. Желательно надеть шапочку. Руки врача должны быть теплыми, чистыми, сухими, с коротко подстриженными ногтями, без ссадин и гнойничков. Вымыть руки с мылом необходимо как непосредственно перед обследованием, так и сразу после его окончания. Не следует перед обследованием пользоваться одеколоном, духами или дезодорантом, употреблять остропахнущие пищевые продукты (лук, чеснок), курить и т. п.

Для проведения обследования необходимы стетоскоп (стетофонендоскоп), сфигмоманометр, чистый шпатель, мягкая сантиметровая лента для измерений, термометр и неврологический молоток. Полость рта осматривают с помощью лампы с рефлектором или карманного электрического фонаря. В качестве дермографа могут быть рекомендованы цветной мел, шариковая авторучка (фломастер) или игла одноразового пользования в футляре.

Врач начинает обследование в положении пациента стоя, предварительно попросив его обнажить верхнюю половину туловища. При этом он стоит либо, если это необходимо, сидит перед пациентом или позади него. Перед осмотром нижних конечностей пациент снимает обувь, брюки, носки. Исследование органов брюшной полости и почек проводят в положении пациента лежа на спине. При этом его руки лежат вдоль туловища или на груди, а ноги вытянуты либо слегка согнуты в коленях так, чтобы стопы всей подошвой стояли на постели. Врач сидит справа от пациента лицом к нему. Стул врача должен быть с твердым сиденьем, расположенным на высоте, одинаковой с высотой постели пациента. В ряде случаев возникает необходимость обследовать пациента в положении лежа на правом или левом боку, а также в коленно-локтевом положении. Тяжелобольных пациентов и пациентов, находящихся в многоместной палате, обследуют в постели, предварительно полностью раздев их.

К исследованию объективного статуса пациента приступают после расспроса жалоб, анамнеза болезни и жизни. Проводят обследование по определенной схеме. При любой нозологической форме обследуются все органы и системы. При этом наиболее подробно описываются те из них, поражение которых характерно для предполагаемого заболевания.

Начинают с так называемого общего осмотра, включающего определение сознания, положения, телосложения, питания (упитанности), состояния кожи и ее придатков.

Следующим этапом обследования является местный осмотр, в процессе которого исследуют лицо и слизистые оболочки, шею и щитовидную железу, периферические лимфатические узлы, молочные (у мужчин — грудные) железы и опорно-двигательный аппарат (мышцы, кости и суставы).

Далее проводят исследование по органам и системам, последовательно определяя состояние сердечно-сосудистой системы, системы органов дыхания, органов брюшной полости и мочеполовой системы.

Для исследования объективного статуса применяют четыре основных метода: осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию.

## ОБЩИЙ ОСМОТР

Общее состояние пациента указывается в начале раздела, а оценивается на протяжении времени общения врача с пациентом. Осмотр (*inspectio*) начинают уже при проведении расспроса. Определяют состояние сознания и положение пациента, обращают внимание на его походку, осанку, осматривают лицо. Затем, приступая непосредственно к исследованию объективного статуса, осматривают обнаженное тело при вертикальном и горизонтальном положении, придерживаясь определенной последовательности. Осмотр является основным методом исследования при проведении общего и местного осмотра. Кроме того, именно с осмотра начинается исследование каждой системы органов.

Проводить осмотр по возможности необходимо при естественном дневном освещении. При этом источник света должен находиться за спиной врача. Осматривают поверхность тела со всех сторон при прямом и боковом освещении, что позволяет получить представление о рельефе и контурах тела, дыхательных движениях, наличии пульсаций, перистальтических волнах на передней брюшной стенке, патологических выпячиваниях. Осмотр требует от врача наблюдательности, а также знаний как можно большего числа патологических симптомов и причин их возникновения.

**Состояние** пациента оценивается по его настроению, положению в постели, отношению к окружающим, активности, адекватности, состоянию сознания (ясное, помраченное, сомноленция, сопор, кома, возбуждение, бред и т. п.), степени нарушений важнейших функций органов и систем. Общее состояние может быть удовлетворительным, средней тяжести, тяжелым и крайне тяжелым.

Сознание может быть *ясным* и *помраченным*. Состояние сознания определяют уже при первом осмотре и уточняют в ходе расспроса. Сознание характеризуют как *ясное*, если пациент ориентирован в собственной личности, месте, времени и окружающей обстановке, адекватно и без затруднений отвечает на вопросы.

Если пациент заторможен, недостаточно ориентирован в месте, времени и окружающей обстановке, на вопросы отвечает с запаздыванием или невпопад, то сознание определяют как *помраченное*, или *оглушенное*.

При более глубоком угнетении сознания пациент как бы впадает в сон. Если его удастся на короткое время вывести из такого состояния громким окриком и торможением, но на вопросы он отвечает неосмысленно — это *ступор*.

Если пациента вывести из спячки не удастся, на вопросы он не отвечает, но реагирует рефлекторно на сильные раздражители — это *сопор*.

Полное угнетение сознания с утратой чувствительности, рефлексов и расслаблением мышц определяется как *кома*.

Кратковременная, на несколько секунд или минут, потеря сознания называется *обмороком* (*syncope*).

Чрезмерно возбужденное сознание с нереальностью ощущений, галлюцинациями и психомоторным возбуждением называется *делирием*.

При расспросе обращают внимание на интеллект пациента, темперамент, особенности психического статуса и поведения, наличие нарушений эмоционального состояния, например, депрессии (подавленности), апатии (равнодушия), страха, тревоги, тоскливого настроения, плаксивости либо, напротив, речевого возбуждения, неадекватной тяжести состояния, приподнятости настроения (эйфории), эмоциональной лабильности, повышенной раздражительности. О душевном состоянии часто можно судить по выражению лица пациента.

**Положение** пациента (активное, пассивное, вынужденное), как правило, указывает на тяжесть заболевания. Если способность самостоятельно передвигаться, свободно принимать любую позу и обслуживать себя не нарушена, говорят об *активном положении*. При активном положении обращают внимание на осанку (манеру человека держаться) и походку. В случаях, когда пациент способен двигаться, но для облегчения своего состояния (уменьшения одышки, болей, кашля) ему приходится принимать определенную позу, говорят о *вынужденном положении*.

Если пациент не способен ходить и сидеть, но может, лежа в постели, самостоятельно изменять положение своего тела, говорят об *активном положении в постели*. При *пассивном положении* пациент, даже находясь в постели, не в состоянии двигаться.

При некоторых патологических состояниях у пациентов могут наблюдаться *судороги* (общие или местные, тонические или клонические, опистотонус) или *гиперкинезы*.

**Телосложение** характеризуют конституция, рост, вес. Под телосложением понимают соотношение роста и поперечных размеров тела, симметричность и пропорциональность отдельных его частей, а также тип конституции.

Рост в пределах 160–180 см у мужчин и 155–170 см у женщин определяют как средний. Цифры ниже и выше крайних значений свидетельствуют, соответственно, о низком и высоком росте. При росте выше 200

см

у мужчин и выше 190 см у женщин говорят о гигантизме, а при росте ниже 135 см — о карликовости.

Телосложение определяется по М. В. Черноруцкому как нормостеническое, астеническое, гиперстеническое.

*Нормостенический* (средний) тип — средний рост, правильное соотношение его с поперечными размерами тела, пропорциональные размеры головы, шеи, туловища и конечностей. Нормостеников высокого роста с широким костным скелетом и хорошо выраженной мускулатурой иногда относят к *атлетическому* типу, а нормостеников низкого роста с узкими костями скелета и слабо развитой мускулатурой — к *субтильному* типу. *Астенический* тип — высокий рост с относительным преобладанием размеров тела в длину над поперечными размерами. Эпигастральный угол острый. *Гиперстенический* тип — невысокий рост с относительным преобладанием поперечных размеров тела.

**Состояние питания** (упитанность) определяют по лицу и формам тела, выраженности подкожной жировой клетчатки и равномерности ее распределения, а также при взвешивании. В норме толщина кожной складки живота у реберной дуги по срединно-ключичной линии составляет 1–2 см, у пупка — 2–3 см. Соотношение массы тела и роста ориентировочно определяют по индексу массы тела (ИМТ, кг/м<sup>2</sup>), который рассчитывают по формуле:

$$\text{ИМТ} = \text{масса тела} / \text{квадрат роста.}$$

При **исследовании кожи и ее придатков** определяют их цвет, чистоту, целостность, температуру, влажность, гладкость поверхности, плотность, толщину и эластичность. После этого пальпируют подкожную жировую клетчатку. Затем осматривают волосы и ногти.

При **увеличении лимфатических узлов** следует указать группы увеличенных лимфоузлов, размеры, консистенцию, болезненность подвижность, спаянность между собой и с окружающими тканями, изменения кожи над пораженными лимфоузлами.

Следует **определить степень развития мышц**, их тонус, наличие судорог, болезненность при пальпации, наличие контрактуры.

При **обследовании позвоночника** необходимо обращать внимание на наличие патологических его искривлений, подвижность при сгибании, разгибании, боковых движениях, на болезненность позвонков.

При **описании костей** следует обратить внимание на их форму (искривление, деформация), поверхность, болезненность.

При **исследовании суставов** необходимо описать конфигурацию (форму), объем активных и пассивных движений, наличие припухлости,



деформации, анкилозов, болезненности, изменения температуры кожи над суставом.

**Изменение формы головы** может быть связано с нарушением развития черепа. Оценивается форма головы и величина (овальная, круглая, квадратная, микроцефалия, макроцефалия и т. д.), положение (прямое, с наклоном в сторону, запрокинутая назад), подвижность (свободная, ограниченная). Отмечается наличие непроизвольных движений головы в виде тремора, покачивания.

**Выражение лица** пациента отражает его состояние, переживание, страдание. При некоторых заболеваниях выражение лица является важным диагностическим признаком («митральное» лицо, лицо Корвизара, лицо при акромегалии, базедовой болезни, повышенной температуре). Необходимо обратить внимание на западение глаз, их блеск, состояние зрачков (сужение, расширение, реакция на свет, конвергенция), на ширину глазной щели, наличие пучеглазия и симптомов, характерных для некоторых заболеваний (Мебиуса, Грефе, Штельвага).

При **осмотре шеи** обращают внимание на форму шеи, пульсацию на ней крупных сосудов (сонная артерия, яремные вены), на размеры щитовидной железы (диффузное или ограниченное увеличение, наличие узлов, их консистенция).

## МЕСТНЫЙ ОСМОТР

Вначале осматривают лицо пациента в целом. Затем последовательно исследуют уши, нос, глаза, полость рта и глотку.

Осматривая *лицо* в целом, обращают внимание на общее его выражение, правильность черт, симметричность и пропорциональность отдельных его частей, окраску кожи, наличие высыпаний, отечности (одутловатости).

При *осмотре ушей* обращают внимание на их положение, размеры и форму ушных раковин, состояние покрывающей их кожи. Затем осматривают и ощупывают околоушные области спереди и позади ушных раковин.

Околоушные слюнные железы в норме не видны и пальпаторно не определяются.

**Система органов дыхания.** Приступая к исследованию системы органов дыхания, вначале визуально определяют форму и симметричность грудной клетки, затем частоту дыхания, его ритмичность, глубину и равномерность участия обеих половин грудной клетки в акте дыхания. Кроме того, обращают внимание на соотношение продолжительности фаз вдоха и выдоха, а также на то, какие мышцы участвуют в дыхании.

**Грудную клетку осматривают** со всех сторон при прямом и боковом освещении. О ее форме судят по соотношению переднезаднего и поперечного размеров (определяют визуально или измеряют специальным циркулем), выраженности над- и подключичных ямок, ширине межреберных промежутков, направлению ребер в нижнебоковых отделах, величине эпигастрального угла.

Сопоставляя продолжительность вдоха и выдоха, нужно обратить внимание на интенсивность шума, создаваемого воздушным потоком в обе фазы дыхания.

Далее отмечают, какие мышцы (диафрагма или межреберные мышцы) преимущественно участвуют в дыхании, принимает ли в нем участие вспомогательная мускулатура и в какую фазу дыхания.

**Пальпация грудной клетки.** Вначале определяют степень резистентности грудной клетки, затем ощупывают ребра, межреберные промежутки и грудные мышцы. После этого исследуют феномен голосового дрожания.

**Перкуссия** применяют для выявления патологических изменений в легочной ткани и плевральных полостях (сравнительная перкуссия), а также для определения легочных границ (топографическая перкуссия).

При *сравнительной перкуссии* грудной клетки определяется характер перкуторного звука (ясный, легочный, тимпанический, коробочный, притупленный, тупой) с точным определением границ каждого звука по ребрам и топографическим линиям.

Методом *топографической перкуссии* определяют границы между легкими и рядом лежащими органами (сердцем, печенью, селезенкой и кишечником) (табл. 1). С помощью топографической перкуссии определяют:

- нижние границы легких;
- высоту стояния верхушек легких и их ширину (поля Кренига);
- подвижность нижнего края легкого.

Таблица 1

Схема топографической перкуссии органов дыхания

Показатель топографической перкуссии	Перкуссия (по краю ребра)	
	справа	слева
Высота стояния верхушек легких спереди		
Высота стояния верхушек легких сзади		
Ширина полей Кренига		

Нижняя граница легкого: – по окологрудинной линии; – срединно-ключичной линии; – передней подмышечной линии; – средней подмышечной линии; – задней подмышечной линии; – лопаточной линии; – околопозвоночной линии		
---	--	--

Окончание табл. 1

Показатель топографической перкуссии	Перкуссия (по краю ребра)	
	справа	слева
Активная подвижность нижнего края легкого: – по срединно-ключичной линии; – средней подмышечной линии; – лопаточной линии		

У гиперстеников нижние границы легких расположены на одно ребро выше, чем у нормостеников, а у астеников — на одно ребро ниже. Равномерное опущение нижних границ обоих легких чаще всего наблюдается при эмфиземе легких, реже при выраженном опущении органов брюшной полости (висцероптоз).

Подвижность нижнего легочного края определяют по расстоянию между положениями, которые занимает нижняя граница легкого в состоянии полного выдоха и глубокого вдоха. В норме она составляет 6–8 см.

Высота стояния верхушек легких определяется вначале спереди, а затем сзади. В норме верхушки легких сзади должны находиться на уровне VII шейного позвонка. Ширина верхушек легких (поля Кренига) определяется по скатам надплечий, которая в норме составляет 5–8 см.

**Аускультация легких** применяется для определения характера дыхательных шумов и исследования феномена бронхофонии. *Нормальные основные дыхательные шумы* выслушиваются при отсутствии патологических изменений (везикулярное дыхание). Над гортанью и трахеей выслушивается ларинготрахеальное дыхание. *Патологические основные дыхательные шумы*, в частности ослабленное везикулярное, жесткое или бронхиальное дыхание, определяются над отдельными участками легочной ткани вместо везикулярного дыхания.

*Побочные дыхательные шумы* (сухие свистящие или жужжащие и влажные мелко-, средне- и крупнопузырчатые, звучные и незвучные хрипы, крепитация и шум трения плевры), наслаивающиеся на тот или иной, обычно патологический, основной дыхательный шум, могут выслушиваться над легкими при патологических процессах в системе органов дыхания.

*Бронхофония* (отрицательная и положительная) — акустический эквивалент пальпаторно определяемого голосового дрожания, дает пред-

ставление о распространении звука с голосовых связок гортани по воздушному столбу бронхов на поверхность грудной клетки.

**Система органов кровообращения. Осмотр прекардиальной области** проводят с целью выявления верхушечного и сердечного толчков, патологических пульсаций, а также стойких выбуханий и выпячиваний в проекции сердца и отходящих от него крупных сосудов. Для этого осматривают левую половину передней поверхности грудной клетки, грудину и участки грудной стенки, прилегающие с обеих сторон к рукоятке грудины. Кроме того, осматривают и смежные области, в частности яремную ямку и эпигастральную область, где также могут выявляться признаки поражения сердечно-сосудистой системы.

Верхушечный (левожелудочковый) толчок — ритмичное выпячивание во время систолы ограниченного участка межреберья в проекции верхушки сердца, который расположен в V межреберье на 1,5–2 см кнутри от левой срединно-ключичной линии. Примерно в половине случаев верхушечный толчок не выявляется, так как прикрыт ребром.

При гипертрофии и дилатации правого желудочка слева от грудины в IV и V межреберьях может выявляться сердечный (правожелудочковый) толчок, представляющий собой синхронное с верхушечным толчком, но более разлитое, ритмичное выпячивание межреберий, который лучше заметен при боковом осмотре.

Асимметричное выпячивание ребер и грудины в прекардиальной области (сердечный горб — *gibbus cardiacus*) может выявляться у пациентов с врожденными пороками сердца либо при развитии порока сердца в раннем детском возрасте, что вызвано давлением значительно увеличенного сердца в период роста ребер и грудины.

В яремной ямке визуально может определяться за грудиной (ретростернальная) пульсация дуги аорты.

Эпигастральная пульсация (пульсаторные выпячивания в эпигастральной области) может быть вызвана пульсацией брюшного отдела аорты (в нижней части эпигастральной области слева от срединной линии живота она лучше видна при горизонтальном положении пациента), гипертрофированного и дилатированного правого желудочка (в подложечной области непосредственно под мечевидным отростком и лучше видна при вертикальном положении пациента) либо увеличенной печенью (в правой половине эпигастральной области). На высоте глубокого вдоха правожелудочковая пульсация усиливается, тогда как пульсация аорты уменьшается либо становится невидимой. Более точно установить причину эпигастральной пульсации можно пальпаторным методом.

**Осмотр поверхностных сосудов** позволяет выявить расширение подкожных вен и патологическую пульсацию артерий. Последовательно осматривают поверхностные сосуды головы, шеи, туловища и конечно-

стей. В норме пульсация поверхностных артерий визуально не определяется, а подкожные вены видны отчетливо, главным образом на тыльной поверхности кистей и стоп, сгибательной поверхности предплечий, иногда в височных областях.

При описании осмотра шеи указывается на возможное выявление набухания яремных вен, более выраженное в период диастолы, или ритмичное набухание шейных вен в период систолы (положительный «венный пульс»). Чтобы отличить «венный пульс» от передаточной пульсации с сонных артерий, необходимо передавить вену пальцем: если пульсация вены выше пальца исчезает, это истинный «венный пульс», а если сохраняется, значит она передаточная.

Следует описать возможную синхронную с верхушечным толчком выраженную пульсацию видимых глазом извитых сонных артерий («пляска каротид»), расположенных медиальнее внутреннего края жевательных мышц, в сочетании с ритмичным покачиванием головы вверх-вниз в такт с пульсацией сонных артерий (симптом Мюссе). Менее выраженная пульсация сонных артерий может быть у больных артериальной гипертензией, тиреотоксикозом, анемией, т. е. при усиленном сердечном выбросе.

При атеросклерозе наблюдается извилистый ход и усиленная пульсация резко выступающих поверхностных артериальных стволов плечевых и височных артерий.

Подкожные вены голеней и бедер с извитыми, узловатыми расширениями по ходу наблюдаются при варикозной болезни. Диффузно расширенные поверхностные вены одной или обеих нижних конечностей в сочетании с отеком ног и местным цианозом кожи бывает при нарушении венозного оттока (тромбофлебит или флеботромбоз глубоких вен).

Аналогичные изменения в области обеих верхних конечностей и шеи в сочетании с расширением вен на передней поверхности грудной клетки, особенно в области рукоятки грудины, вызваны сдавлением верхней полой вены.

Вены на передней и боковых поверхностях брюшной стенки расширяются при нарушении оттока крови из нижней полой вены или воротной вены.

При **пальпации** определяют свойства пульса (pulsus — удар), исследуют прекардиальную и смежные с ней области, затем периферические артерии.

Нащупав пульс на обеих лучевых артериях, определяют его одинаковость и синхронность, наполнение, форму и равномерность пульса. Остальные свойства пульса артерий (ритмичность, частота пульса за одну минуту, напряжение пульса) исследуют на одной из лучевых.

В норме пульсовая волна средней амплитуды, что обозначается как пульс удовлетворительного наполнения. Пульс повышенного наполнения

(*pulsus plenus* — полный пульс) бывает при артериальной гипертензии и тиреотоксикозе. Сочетание быстрого нарастания и внезапного спада пульсовой волны с высокой амплитудой характеризуют как скорый и высокий пульс (*p. celer et altus*), что бывает при недостаточности аортального клапана.

Пульс малого наполнения (*p. inanis seu vacuus* — пустой пульс) свидетельствует о снижении сердечного выброса, например, при острой сердечной и сосудистой недостаточности, митральном и аортальном стенозе, пароксизмальной тахикардии, мерцательной аритмии.

При выраженном стенозе устья аорты отмечаются замедленный подъем пульсовой волны, ее растянутость во времени и низкая амплитуда (*p. tardus*).

При общем снижении тонуса периферических артерий при тяжелых инфекционных заболеваниях может пальпироваться расщепленный пульс (*p. dicroticus*).

Следующие друг за другом пульсовые волны в норме не отличаются по наполнению. В этом случае говорят о равномерном пульсе (*eurhythmia*). Чередование пульсовых волн малой и нормальной амплитуды называется альтернирующим пульсом (*p. alternans*). Резкое снижение наполнения пульса во время глубокого вдоха (*p. paradoxus* — парадоксальный пульс) отмечается при таких патологических состояниях, как выпотной (экссудативный) и констриктивный перикардит, эмфизема легких, плевральный выпот, пневмоторакс, опухоль средостения.

В норме на обеих руках пульсовые волны одинаковы по наполнению (*p. aequalis* — одинаковый пульс) и появляются одновременно (синхронный пульс). Снижение наполнения пульса на одной из лучевых артерий (*p. differens* — неодинаковый пульс) наблюдается при нарушении проходимости проксимальных магистральных сосудов (аортоартериит, облитерирующий эндартериит, тромбоэмболия или выраженный атеросклероз).

Пульсовые волны в норме следуют друг за другом через равные промежутки времени. В этом случае говорят о ритмичном пульсе (*p. regularis*). Аритмичный пульс (*p. irregularis*) определяется при экстрасистолии, мерцании или трепетании предсердий.

При желудочковой экстрасистолической аритмии на фоне регулярного пульса появляются отдельные преждевременные пульсовые волны малого наполнения с последующей более длинной паузой. При мерцательной аритмии отмечаются полная неправильность интервалов между пульсовыми волнами и неодинаковая их амплитуда. В то же время альтернирующий пульс обычно ритмичен.

Частота пульса у здорового взрослого колеблется от 60 до 80 уд./мин. Учащение пульса называется тахикардией (р. frequens), урежение — брадикардией (р. rarus).

Частота пульса более 140 уд./мин наблюдается при пароксизмальной тахикардии, мерцании и трепетании предсердий. У пациентов с частым и аритмичным пульсом необходимо одновременно аускультативно определить также число сердечных сокращений. Более частые по сравнению с пульсом сердечные сокращения свидетельствуют о наличии дефицита пульса (р. deficiens), который является характерным признаком мерцательной аритмии, но может встречаться иногда и при частой экстрасистолии.

При повышенном напряжении пульса его называют твердым пульсом (р. durus), при пониженном — мягким (р. mollis). Обычно твердый пульс сочетается с повышенным его наполнением — большой пульс (р. magnus), а мягкий — с пониженным наполнением — малый пульс (р. parvus).

У пациентов с острой сосудистой недостаточностью (коллапс, шок) и при пароксизмальной тахикардии пульс очень частый, чрезвычайно малого наполнения и напряжения, едва прощупывается и называется нитевидным (р. filiformis).

В случае выраженного кальциноза артерию полностью пережать до исчезновения пульса не удастся («проволочный» пульс).

**Пальпация прекардиальной области** позволяет определить свойства верхушечного толчка, а также обнаружить сердечный толчок, ретро-стернальную, эпигастральную и другие патологические пульсации, выявить феномен кошачьего мурлыканья.

В норме, если верхушечный толчок пальпируется, он невысокий, умеренной силы, шириной не более 2 см, расположен в V межреберье на 1,5–2 см кнутри (медиальнее) от левой срединно-ключичной линии и совпадает во времени с пульсом на лучевой артерии. Локализация верхушечного толчка в основном соответствует левой границе сердца.

**Перкуссия границ сердца и сосудистого пучка.** Выделяют правую, верхнюю и левую границы сердца, которые в этой последовательности и определяют.

В соответствии с правилами топографической перкуссии при определении границ сердца палец-плексиметр располагают параллельно искомой границе и перкутируют в направлении от ясного звука к тупому, т. е. от легких к сердцу.

**Правую границу сердца** обычно определяют на уровне IV межреберья. Однако необходимо предварительно убедиться, что уровень определения правой границы сердца лежит в достаточно широкой зоне ясного легочного звука. Для этого вначале находят нижнюю перкуторную границу правого легкого по срединно-ключичной линии. Палец-плексиметр уста-

навливают непосредственно под правой ключицей и параллельно ей так, чтобы средняя фаланга пальца находилась на правой срединно-ключичной линии. Применяя тихие перкуторные удары, перкутируют вдоль указанной линии по ребрам и межреберьям в направлении сверху вниз до обнаружения границы перехода ясного легочного звука в тупой. Найденную границу фиксируют пальцем-плессиметром и определяют ее локализацию путем подсчета ребер. В норме граница лежит на VI ребре и соответствует нижнему краю правого легкого и верхнему краю печени. Желательно границу отметить дермографом, так как она понадобится в дальнейшем при определении размеров печени. Для определения правой границы палец-плессиметр устанавливают вдоль правой срединно-ключичной линии так, чтобы его средняя фаланга располагалась в IV межреберье. Применяя перкуторные удары средней силы, перкутируют на этом уровне по направлению к груди, смещая палец-плессиметр после каждой пары ударов на расстояние 0,5–1 см и удерживая его в положении, параллельном искомой границе. Переход ясного легочного звука в притупленный соответствует правой границе относительной сердечной тупости. В норме она расположена по правому краю грудины. Далее, применяя уже тихие перкуторные удары, продолжают перкуссию на том же уровне до обнаружения границы перехода притупленного звука в тупой, что соответствует правой границе абсолютной сердечной тупости. В норме она проходит по левому краю грудины.

*Верхняя граница сердца* определяется по левой окологрудинной линии. Палец-плессиметр располагают непосредственно под левой ключицей и параллельно ей так, чтобы средняя фаланга пальца находилась на указанной линии. Применяя перкуторные удары средней силы, перкутируют вдоль этой линии по ребрам и межреберьям в направлении сверху вниз. Переход ясного легочного звука в притупленный соответствует верхней границе относительной сердечной тупости, которая в норме расположена на III ребре. Затем, используя уже тихие перкуторные удары, продолжают перкутировать вдоль той же линии вниз до появления тупого звука, что соответствует верхней границе абсолютной сердечной тупости. В норме она находится на IV ребре.

*Левая граница сердца* определяется на уровне того межреберья, в котором визуально или пальпаторно определяется верхушечный толчок. Если верхушечный толчок отсутствует, то путем подсчета ребер слева от грудины находят V межреберье и проводят перкуссию на этом уровне. Определять левую границу сердца сложно, так как приходится перкутировать по округлой поверхности грудной клетки. Палец-плессиметр устанавливают продольно вдоль левой передней подмышечной линии таким образом, чтобы, во-первых, его средняя фаланга находилась в межреберье, выбранном в качестве уровня перкуссии, а во-вторых, сам палец



был расположен строго во фронтальной плоскости и плотно прижат к грудной клетке своей ладонной поверхностью и ульнарным краем. Перкутируют на уровне выбранного межреберья по направлению к груди, нанося тихие перкуторные удары в сагиттальной плоскости, т. е. строго перпендикулярно тыльной поверхности пальца-плексиметра. После каждой пары перкуторных ударов палец-плексиметр смещают в медиальном направлении на расстояние 0,5–1 см, сохраняя при этом его продольное положение и удерживая строго во фронтальной плоскости. Переход ясного легочного звука непосредственно в звук абсолютной сердечной тупости (минуя звук относительно сердечной тупости) свидетельствует об обнаружении левой границы сердца. В норме она расположена на уровне V межреберья на 1,5–2 см кнутри от левой срединно-ключичной линии и совпадает с локализацией наружного края верхушечного толчка.

Равномерное расширение границ относительной и абсолютной сердечной тупости вправо свидетельствует о гипертрофии и дилатации правого желудочка, а вверх — о дилатации левого предсердия. При гипертрофии и дилатации левого желудочка расширяется левая граница сердца. Умеренное расширение левой границы сердца может происходить, кроме того, и при выраженной дилатации правого желудочка. Одновременное расширение левой и правой границ сердца чаще всего свидетельствует о дилатации обоих желудочков.

При скоплении жидкости в полости перикарда также происходит расширение левой и правой границ сердца нередко с исчезновением зоны относительной сердечной тупости справа. Однако в этом случае наиболее выраженное расширение правой границы сердца определяется не в IV, а в V межреберье. Кроме того, при значительном выпоте в полость перикарда левая граница сердца иногда не совпадает с верхушечным толчком, а расположена кнаружи от него.

На результаты определения перкуторных границ сердца могут оказывать влияние патологические процессы в системе органов дыхания. Для больных эмфиземой легких характерно равномерное сужение границ зоны абсолютной сердечной тупости или даже полное ее исчезновение.

Рубцовое сморщивание или спадение (ателектаз) участка легочной ткани, прилегающего к тому или иному отделу сердца, напротив, ведет к расширению соответствующей границы абсолютной сердечной тупости. Причем, если эти процессы в одном из легких носят распространенный характер и приводят к смещению средостения, правая и левая границы сердца смещаются в сторону поражения.

При скоплении жидкости или воздуха в одной из плевральных полостей средостение смещается в здоровую сторону. В этом случае при перкуссии на стороне, противоположной выпоту или пневмотораксу, отмечается расширение границы сердца, тогда как на стороне поражения

определению границы сердца будут мешать перкуторные феномены, вызванные патологическим процессом: тупой звук при плевральном выпоте и тимпанит при пневмотораксе.

При проведении перкуссии в горизонтальном положении пациента границы сердца несколько шире, чем при перкуссии в положении стоя. Более того, в положении лежа на боку правая и левая границы сердца смещаются в соответствующую сторону на 2–3 см.

Отсутствие смещения границ сердца, равно как и смещения верхушечного толчка при перемене положения тела, указывает на наличие спаек перикарда с окружающими тканями. При декстрокардии границы сердца проецируются на правую половину грудной клетки и представляют собой как бы зеркальное отражение уже описанных границ при левостороннем его расположении.

Ширина сосудистого пучка определяется перкуторно на уровне II межреберья вначале с одной стороны от грудины, а затем — с другой. Палец-плексиметр располагают продольно по срединно-ключичной линии так, чтобы средняя его фаланга лежала во II межреберье. Используя тихие перкуторные удары, перкутируют на этом уровне по направлению к краю грудины, удерживая палец-плексиметр в продольном положении и смещая его после каждой пары ударов на 0,5–1 см до обнаружения границы перехода ясного легочного звука в тупой.

В норме ширина сосудистого пучка не выходит за края грудины. Расширение перкуторных границ сосудистого пучка наблюдается главным образом при расширении аорты, которая составляет основную его часть.

**Аускультация сердца** позволяет оценить свойства звуков, возникающих в процессе сердечной деятельности, определить их характер и причины появления. Вначале в определенной последовательности выслушивают сердце в стандартных точках аускультации. При выявлении аускультативных изменений или наличии других симптомов, указывающих на патологию сердца, дополнительно осуществляют выслушивание всей области абсолютной сердечной тупости, над грудиной, в левой подмышечной ямке, межлопаточном пространстве и на артериях шеи (сонной и подключичной).

Аускультацию сердца вначале проводят в положении стоя (или сидя), а затем — в положении лежа на спине.

Обычно используют следующие стандартные точки аускультации, нумерация которых соответствует последовательности их выслушивания:

- первая точка — верхушка сердца (точка выслушивания митрального клапана и левого атриовентрикулярного отверстия);
- вторая точка — II межреберье непосредственно у правого края грудины (точка выслушивания аортального клапана и устья аорты);

- третья точка — II межреберье непосредственно у левого края грудины (точка выслушивания клапана легочной артерии и ее устья);
- четвертая точка — основание мечевидного отростка (точка выслушивания трехстворчатого клапана и правого атриовентрикулярного отверстия);
- пятая точка — место прикрепления IV ребра к левому краю грудины (дополнительная точка выслушивания митрального клапана, соответствующая его анатомической проекции);
- шестая точка — точка Боткина–Эрба; III межреберье у левого края грудины (дополнительная точка выслушивания аортального клапана, соответствующая его анатомической проекции).

Вторую и третью точки принято объединять понятием «основание сердца».

При выслушивании сердца вначале в каждой из аускультативных точек необходимо определить сердечные тоны (основные и дополнительные) и мелодию сердца (сердечный ритм), складывающуюся из ритмически повторяющихся сердечных циклов. Затем, если в процессе выслушивания тонов обнаружены сердечные шумы, в точках их локализации повторно проводят аускультацию и подробно характеризуют эти звуковые явления.

Выслушивая тоны сердца, определяют правильность ритма, число основных тонов, их тембр и цельность звучания, а также соотношение громкости I и II тонов. При выявлении дополнительных тонов отмечают их аускультативные особенности: отношение к фазам сердечного цикла, громкость и тембр. Чтобы определить мелодию сердца, следует мысленно ее воспроизвести, используя слоговую фонацию.

При аускультации над верхушкой сердца вначале по равномерности диастолических пауз определяют ритмичность сердечных тонов (правильность ритма). Так, заметное удлинение отдельных диастолических пауз характерно для экстрасистолии, особенно желудочковой, и некоторых разновидностей сердечных блокад. Беспорядочное чередование диастолических пауз разной продолжительности типично для мерцательной аритмии.

Определив правильность ритма, обращают внимание на соотношение громкости I и II тонов над верхушкой, а также на характер звучания (цельность, тембр) I тона. В норме над верхушкой сердца I тон громче, чем II.

При стенозе левого атриовентрикулярного отверстия громкость I тона над верхушкой резко усиливается и изменяет свой тембр, приобретая характер хлопающего тона. У пациентов с полной атриовентрикулярной блокадой временами выслушивается внезапное значительное усиление

ние первого тона («пушечный тон» Стражеско) на фоне резко выраженной брадикардии.

Равномерное уменьшение громкости звучания (приглушенность) обоих тонов над верхушкой сердца при сохранении преобладания I тона обычно связано с внекардиальными причинами: скоплением воздуха или жидкости в левой плевральной полости, эмфиземой легких, выпотом в полость перикарда, ожирением и др. В том случае, если I тон над верхушкой сердца по громкости равен II или даже тише его по звучанию, говорят об ослаблении I тона.

При изменении ЧСС (учащение или замедление) укорачивается или удлиняется продолжительность диастолической паузы (соответственно), тогда как продолжительность систолической паузы существенно не изменяется. При выраженной тахикардии и равной продолжительности систолической и диастолической пауз возникает маятникообразный ритм (при равной громкости I и II тонов). Так бывает при приступе пароксизмальной тахикардии, инфаркте миокарда, острой сосудистой недостаточности, высокой лихорадке и др.

Расщепление I тона над верхушкой сердца возникает при неодновременном начале систолы левого и правого желудочков, чаще всего вследствие блокады правой ножки пучка Гиса или выраженной гипертрофии левого желудочка.

Наряду с основными тонами могут чаще в период диастолической паузы выявляться дополнительные, или экстратоны, III и IV тоны, а также тон открытия митрального клапана и перикард-тон. Они тихие, короткие, низкие по тональности, иногда непостоянные и могут определяться только в пятой аускультативной точке. При поражении сердечной мышцы III и IV тоны часто сочетаются с ослаблением I тона над верхушкой и тахикардией, что создает своеобразную трехчленную мелодию — ритм галопа.

Тон открытия митрального клапана вскоре после II тона (митральный щелчок) обычно сочетается с хлопающим I тоном, что создает характерную трехчленную мелодию (ритм перепела), является характерным признаком стеноза левого атриовентрикулярного отверстия.

При проведении аускультации над основанием сердца последовательно выслушивают вторую и третью аускультативные точки. Методика оценки тонов такая же, как при аускультации над верхушкой. В точках выслушивания клапанов аорты и легочной артерии в норме II тон громче, чем I. При ряде патологических состояний II тон над аортой или легочной артерией может быть ослаблен, акцентуирован и расщеплен.

Оценив соотношение громкости I и II тонов в каждой из указанных двух точек над основанием сердца, сравнивают в них громкость II тона. Для этого поочередно проводят выслушивание во второй и третьей точках, обращая внимание только на громкость II тона. Если II тон в одной

из этих аускультативных точек громче, чем в другой, говорят об акценте II тона в данной точке.

В некоторых случаях при аускультации над основанием сердца можно выявить дополнительные тоны. Например, у пациентов с врожденным стенозом устья аорты во второй аускультативной точке иногда выслушивается систолический экстратон, напоминающий щелчок.

В четвертой аускультативной точке в норме так же, как и над верхушкой, I тон громче, чем II.

*Сердечные шумы* могут выслушиваться в паузах между тонами. По своим акустическим свойствам сердечные шумы могут быть систолическими или диастолическими, тихими или громкими, короткими или продолжительными, убывающими или нарастающими, а по тембру — дующими, пилящими, скребущими, рокочущими, свистящими и др.

Группу шумов, возникающих при врожденных или приобретенных пороках сердца, а также при поражении миокарда, называют органическими. Шумы, вызванные другими причинами, получили название функциональных или «невинных». Диастолические шумы, как правило, бывают органическими, а систолические могут быть как органическими, так и функциональными.

Обнаружив шум при аускультации сердца в стандартных точках, необходимо определить:

- фазу сердечного цикла, в которой шум выслушивается (систолический, диастолический, систолодиастолический);
- продолжительность шума (короткий или длительный) и часть фазы сердечного цикла, которую он занимает (протодиастолический, мезодиастолический, пресистолический либо пандиастолический, ранний систолический, поздний систолический либо пансистолический);
- громкость шума в целом (тихий или громкий) и изменение громкости в фазе сердечного цикла (убывающий, нарастающий, убывающе-нарастающий, нарастающе-убывающий либо монотонный);
- тембр шума (дующий, скребущий, пилящий и др.);
- точку максимальной громкости звучания шума (*punctum maximum*) и направление его проведения (левая подмышечная ямка, сонные и подключичные артерии, межлопаточное пространство);
- изменчивость шума, т. е. зависимость громкости звучания, тембра и продолжительности от положения тела, фаз дыхания и физической нагрузки.

Соблюдение этих правил позволяет в большинстве случаев решить вопрос, является шум функциональным или органическим, а также определить наиболее вероятную причину органического шума.

*Экстракардиальные шумы.* Шум трения перикарда чаще всего возникает при сухом (фибринозном) перикардите и является единственным

его объективным признаком. Иногда у левого контура сердца выслушиваются синхронные с его деятельностью дыхательные шумы — плевро-перикардальный шум, возникающий при локальном воспалении непосредственно прилегающего к сердцу участка плевры. Шум усиливается при глубоком вдохе, тогда как при выдохе и задержке дыхания значительно ослабевает либо исчезает вовсе.

Обнаружение в одной из точек аускультации одновременно систолического и диастолического шумов свидетельствует о комбинированном пороке сердца. Выявление же в одной точке органического систолического шума, а в другой диастолического указывает на сочетанный порок сердца, т. е. на поражение одновременно двух разных клапанов.

**Аускультация артерий** позволяет выявить проведение по ним сердечных шумов и нарушение проходимости магистральных сосудов. Артерии выслушивают в местах их пальпации, причем артерии нижних конечностей исследуют в положении пациента лежа, остальные — в положении стоя. Для аускультации артерий лучше использовать воронкообразную резонансную камеру гибкого биаурикулярного стетоскопа.

В норме шумы над артериями, так же как и над сердцем, не определяются, а тоны (первый тихий, второй более громкий) выслушиваются только над расположенными вблизи сердца сонной и подключичной артериями.

Появление шума над артериями бывает обусловлено несколькими причинами. Это могут быть проводные шумы (например, проводной систолический над всеми выслушиваемыми артериями нередко определяется при стенозе устья аорты, аневризме ее дуги, а также при дефекте межжелудочковой перегородки и др.).

Причиной появления систолического шума на отдельных периферических артериях могут быть их облитерирующие заболевания (эндоартериит, атеросклероз, болезнь Такаясу), аневризма сосуда либо сдавление его извне рубцом, опухолью, шейным ребром и др.

**Аускультация вен** может быть использована как один из дополнительных методов диагностики анемии. Над луковичами яремных вен иногда выслушивается «шум волчка» вследствие изменения реологических свойств крови и ускорения кровотока у больных анемией.

**Система органов пищеварения.** Объективное исследование органов пищеварения начинают с осмотра ротовой полости, языка, зубов, десен, зева, задней стенки глотки, миндалин. Отмечают цвет слизистой полости рта, наличие налета на языке, трещин, состояние сосочков, увеличение размеров языка. Выявляют афты, язвы, кровоизлияния на языке, слизистой рта. Отмечают рыхлость, кровоточивость десен, состояние зубов (недостаточное количество, изменение формы, наличие налета, кариеса). Описывают запах изо рта (обычный, фруктовый, запах тухлых яиц и т. п.).

При **осмотре** обнаженного живота в вертикальном и горизонтальном положении пациента, используя как прямое, так и боковое освещение, обращают внимание на форму (овальная, грушевидная) и размеры живота, симметричность обеих его половин, наличие грыжевых выпячиваний либо втяжений, видимой перистальтики, пульсации, диастаз мышц живота, расширение подкожной венозной сети, окружность живота в сантиметрах.

В норме правая и левая половины живота симметричны, пупок слегка втянут. Равномерное увеличение размеров живота наблюдается при ожирении, чрезмерном скоплении газов в кишечнике (метеоризм), появлении свободной жидкости в брюшной полости (асцит), а также при поздней беременности. Асимметрия живота за счет выбухания передней брюшной стенки в какой-либо ее части свидетельствует о значительном увеличении органа, наличии крупной опухоли или кисты в этом отделе брюшной полости (гепатомегалия, спленомегалия, переполненный мочевой пузырь, опухоль почки, кисты поджелудочной железы или яичников, грыжи белой линии живота, пупочного кольца, паховых областей и на месте послеоперационных рубцов).

Равномерно втянутый (ладьевидный) живот бывает при остром разлитом перитоните, столбняке, менингите или свинцовой колике, при резком истощении или обезвоживании организма.

Подкожная венозная сеть в области живота в норме невидна. Появление просвечивающего через кожу расширенного или выступающего венозного рисунка с радиально расходящимися от пупка расширенными и причудливо извитыми подкожными венами (*caput medusae*), что вызвано восстановлением проходимости облитерированной в норме пупочной вены, чаще всего свидетельствует о затрудненном оттоке крови из воротной вены (портальная гипертензия) и развитии обходных анастомозов (коллатералей) ее с системами верхней и нижней полых вен при циррозе печени, тромбозе или сдавлении извне воротной вены и др.

**Пальпаторное исследование живота** в положении пациента лежа на спине с опущенными вдоль туловища или сложенными на груди руками и выпрямленными ногами начинают с проведения *поверхностной (ориентировочной) пальпации*, с помощью которой определяют тонус мышц передней брюшной стенки, степень их сопротивления ощупыванию, болезненные участки, а также расхождение (диастаз) прямых мышц и пупочного кольца.

В норме все отделы живота равномерно участвуют в акте дыхания. При диффузном воспалительном поражении брюшины (разлитой перитонит) или параличе диафрагмы движение брюшной стенки при дыхании полностью отсутствует, а при местном перитоните либо параличе одного

из куполов диафрагмы различные отделы живота участвуют в акте дыхания неравномерно.

Поверхностную пальпацию проводят правой рукой или одновременно обеими руками на симметричных участках брюшной стенки плавно, не проникая глубоко в брюшную полость. При этом кисть должна быть гибкой, мягкой, мышцы ее расслаблены. Перемещая кисть с одного отдела живота на другой, постепенно ощупывают всю брюшную стенку. Одновременно стараются отвлечь внимание пациента, например, заняв его регулированием частоты и глубины дыхания.

Последовательно ощупывают вначале парные области живота (подвздошные, боковые и подреберные), а затем непарные (эпигастральная, пупочная и надлобковая). Болезненные участки живота ощупывают в последнюю очередь. Обращают внимание на тонус мышц брюшного пресса, наличие болезненности и степень сопротивления брюшной стенки ощупыванию. Передняя брюшная стенка при поверхностной пальпации в норме мягкая, податливая, безболезненная, брюшной пресс хорошо развит. При наличии болезненности определяют ее распространенность и сопутствующую реакцию мышц брюшной стенки. Затем пальпируют белую линию живота от мечевидного отростка до лобка, пупочное кольцо и паховые области в положении пациента лежа и стоя, попросив его натужиться. При расхождении (диастазе) прямых мышц живота пальцы свободно раздвигают мышечные валики в стороны и проникают между ними. При расширении пупочного кольца оно свободно пропускает кончик одного или даже двух пальцев.

Локальная резистентность мышц живота чаще всего вызвана патологией внутренних органов, расположенных в проекции болезненного участка, реже патологией самой брюшной стенки. Боль при локальной резистентности, как правило, тупая, терпимая, иногда может быть охарактеризована как повышенная чувствительность или дискомфорт. Однако при резко выраженном спазме гладкой мускулатуры, например, желчного пузыря или кишечника, боль бывает острой (колика). В случае вовлечения в воспалительный процесс листков брюшины (перитонит) боль при пальпации резко выраженная, нестерпимая.

Поверхностная пальпация живота нередко позволяет определить причину выбухания или ограниченного выпячивания передней брюшной стенки. В частности, при выраженном увеличении печени и селезенки иногда удается их ощупать уже на этом этапе исследования. Во время пальпации грыжевых выпячиваний, содержащих петли тонкой кишки, можно обнаружить урчание и звук переливания жидкости. В ряде случаев содержимое грыжевого мешка удается вправить в брюшную полость, однако делать это необходимо с осторожностью, особенно при подозрении на ущемленную грыжу. При канцероматозе брюшина иногда настолько



уплотняется и утолщается, что может быть прощупана в виде своеобразного панциря под истонченными вялыми мышцами брюшной стенки.

*Глубокая пальпация* позволяет получить информацию об органах брюшной полости, определяя их положение, размеры, форму, консистенцию, состояние поверхности, наличие болезненности. При этом могут быть обнаружены также дополнительные патологические образования, в частности опухоли и кисты.

Иногда пальпацию дополнительно проводят в вертикальном положении пациента. Для уточнения границ отдельных органов наряду с пальпаторным методом используют перкуссию и аускультацию. Кроме того, с целью выявления болезненности в проекции органов, глубоко лежащих в брюшной полости и недоступных для ощупывания, применяют проникающую пальпацию. У пациентов с асцитом для исследования органов брюшной полости используют метод баллотирующей пальпации. Одним из важнейших условий проведения глубокой пальпации органов брюшной полости является знание их проекции на переднюю брюшную стенку:

- левая подреберная область: кардиальный отдел желудка, хвост поджелудочной железы, селезенка, левый изгиб ободочной кишки, верхний полюс левой почки;

- эпигастральная область: желудок, двенадцатиперстная кишка, тело поджелудочной железы, левая доля печени;

- правая подреберная область: правая доля печени, желчный пузырь, правый изгиб ободочной кишки, верхний полюс правой почки;

- левая и правая боковые области (фланки живота): соответственно, нисходящий и восходящий отделы ободочной кишки, нижние полюсы левой и правой почек, часть петель тонкой кишки;

- пупочная область: петли тонкой кишки, поперечная ободочная кишка, нижняя горизонтальная часть двенадцатиперстной кишки, большая кривизна желудка, головка поджелудочной железы, ворота почек, мочеточники;

- левая подвздошная область: сигмовидная кишка, левый мочеточник;

- надлобковая область: петли тонкой кишки, мочевого пузыря и матки при их увеличении;

- правая подвздошная область: слепая кишка, терминальный отдел подвздошной кишки, червеобразный отросток, правый мочеточник.

Обычно соблюдают следующую последовательность пальпации органов брюшной полости: толстая кишка, желудок, поджелудочная железа, печень, желчный пузырь, селезенка. Исследование органа, в проекции которого при поверхностной пальпации выявлена болезненность, проводят в последнюю очередь, чтобы избежать диффузной защитной реакции мышц брюшной стенки.

При ощупывании *толстой кишки*, желудка и поджелудочной железы используют метод, детально разработанный В. П. Образцовым и получивший название метода глубокой, скользящей, методической, топографической пальпации. Он состоит в том, чтобы на выдохе проникнуть кистью в глубину брюшной полости и, скользя кончиками пальцев по задней стенке живота, нащупать исследуемый орган, после чего, перекатываясь через него пальцами, определить его свойства.

При исследовании врач кладет ладонь правой руки на переднюю брюшную стенку в области пальпируемого органа таким образом, чтобы кончики сомкнутых и слегка согнутых пальцев находились на одной линии и располагались параллельно продольной оси исследуемой части кишки или краю пальпируемого органа. Большой палец в пальпации не участвует. Во время исследования пациент должен дышать ровно, глубоко, через рот, используя диафрагмальный тип дыхания. При этом брюшная стенка на входе должна подниматься, а на выдохе — опускаться. Попросив пациента сделать вдох, врач сдвигает кончиками пальцев пальпирующей руки кожу живота вперед, формируя перед пальцами кожную складку. Полученный таким образом запас кожи облегчает дальнейшее движение руки. После этого на выдохе, пользуясь опусканием и расслаблением передней брюшной стенки, пальцы плавно погружают в глубь живота, преодолевая сопротивление мышц и стараясь достигнуть задней стенки брюшной полости. У некоторых пациентов это удается осуществить не сразу, а в течение нескольких дыхательных движений. В таких случаях во время вдоха пальпирующую кисть необходимо удерживать в животе на достигнутой глубине, чтобы со следующим выдохом проникнуть еще глубже.

В конце каждого выдоха кончиками пальцев скользят в направлении, перпендикулярном длиннику кишки или краю исследуемого органа, до соприкосновения с пальпируемым образованием. При этом пальцы должны двигаться вместе с лежащей под ними кожей, а не скользить по ее поверхности. Обнаруженный орган прижимают к задней стенке живота и, перекатываясь поперек него кончиками пальцев, проводят ощупывание. Достаточно полное представление о свойствах пальпируемого органа удастся получить в течение 3–5 дыхательных циклов.

Толстая кишка пальпируется в следующей последовательности: вначале сигмовидная кишка, затем слепая, восходящая, нисходящая и поперечная ободочная.

В норме в подавляющем большинстве случаев удастся прощупать сигмовидную, слепую и поперечную ободочную кишку, тогда как восходящий и нисходящий отделы толстой кишки пальпируются непостоянно. При пальпации толстой кишки определяют ее диаметр, плотность, харак-

тер поверхности, подвижность (смещаемость), наличие перистальтики, урчания и плеска, а также болезненности в ответ на ощупывание.

В норме сигмовидная кишка прощупывается на протяжении 15 см в виде гладкого, умеренно плотного тяжа диаметром с большой палец руки. Она безболезненна, не урчит, вяло и редко перистальтирует, легко смещается при пальпации в пределах 5 см. При удлинении брыжейки или самой сигмовидной кишки (долихосигма) она может пальпироваться значительно медиальнее, чем обычно.

Слепая кишка находится в правой подвздошной области и также имеет косой ход, пересекая почти под прямым углом правую пупочно-остную линию на границе наружной и средней ее третей. В норме слепая кишка имеет форму гладкого, мягкоэластического цилиндра диаметром в два поперечных пальца. Она несколько расширена книзу, где слепо заканчивается закругленным дном. Кишка безболезненна, умеренно подвижна, урчит при надавливании.

В правой подвздошной области иногда удается пропальпировать также терминальный отдел подвздошной кишки, который снизу косо впадает с внутренней стороны в слепую кишку. Пальпацию ведут вдоль внутреннего края слепой кишки в направлении сверху вниз. Если подвздошная кишка сокращена и доступна для ощупывания, она определяется в виде гладкого, плотного, подвижного, безболезненного тяжа длиной 10–15 см и диаметром не более мизинца. Она периодически расслабляется, издавая громкое урчание, и при этом как бы исчезает под рукой.

Восходящий и нисходящий отделы толстой кишки расположены продольно, соответственно, в правой и левой боковых областях (фланках) живота. Восходящий и нисходящий отделы толстой кишки, если их удастся прощупать, представляют собой подвижные, умеренно плотные, безболезненные цилиндры диаметром около 2 см.

Поперечная ободочная кишка пальпируется в пупочной области одновременно обеими руками (билатеральная пальпация) непосредственно через толщу прямых мышц живота. В норме поперечная ободочная кишка имеет форму поперечно лежащего и дугообразно изогнутого книзу, умеренно плотного цилиндра диаметром около 2,5 см. Она безболезненна, легко смещается вверх и вниз. В случае, если нащупать поперечную ободочную кишку не удалось, следует повторить пальпацию после нахождения большой кривизны желудка, которая расположена на 2–3 см выше кишки. В то же время необходимо иметь в виду, что при выраженном висцероптозе поперечная ободочная кишка нередко опускается до уровня таза.

При наличии патологических изменений толстой кишки можно выявить болезненность в том или ином ее отделе, а также ряд других признаков, характерных для определенных заболеваний. Например, локаль-

ное расширение, уплотнение и бугристость поверхности ограниченного участка толстой кишки чаще всего свидетельствуют о ее опухолевом поражении, хотя иногда могут быть вызваны значительным скоплением в кишке твердых каловых масс. Неравномерное четкообразное утолщение и уплотнение стенки толстой кишки или терминального отдела подвздошной кишки наблюдаются при гранулематозе кишечника (болезнь Крона) и туберкулезном его поражении. Чередование спастически сокращенных и раздутых газом участков, наличие громкого урчания и шума плеска характерно для заболеваний толстой кишки воспалительного (колит) или функционального происхождения (синдром раздраженной толстой кишки).

При наличии механического препятствия для продвижения каловых масс вышележащий отдел кишки увеличивается в объеме, часто и сильно перистальтирует. Причинами механической непроходимости могут быть рубцовый или опухолевый стеноз кишки либо ее сдавление извне, например, при спаечном процессе. Кроме того, при наличии спаек и раке толстой кишки подвижность пораженного отдела нередко значительно ограничена.

Если в животе имеется локальная болезненность, но ощупывание расположенного в этом отделе участка кишки не вызывает боли, это говорит о патологическом процессе в соседних органах. У пациентов с асцитом наличие даже небольшого количества свободной жидкости в брюшной полости существенно затрудняет пальпацию толстой кишки.

*Тонкая кишка* обычно не доступна для пальпации, поскольку лежит глубоко в брюшной полости и чрезвычайно подвижна, что не позволяет прижать ее к задней брюшной стенке. Однако при воспалительном поражении тонкой кишки (энтерит) иногда удается прощупать ее раздутые газом и издающие шум плеска петли. Кроме того, у пациентов с тонкой брюшной стенкой глубокая пальпация в пупочной области дает возможность обнаружить увеличенные мезентеральные (брыжеечные) лимфатические узлы при их воспалении (мезаденит) или поражении метастазами рака.

*Желудок* также пальпируют по методу В. П. Образцова. Последовательно ощупывают большую кривизну и пилорический отдел желудка. Другие его отделы в норме не доступны для пальпации. Большая кривизна желудка расположена в верхней части пупочной области и обращена выпуклостью книзу. Пальпации доступен только тот участок большой кривизны, который лежит на позвоночнике.

Правую ладонь кладут продольно на живот по передней срединной линии так, чтобы кончики пальцев были направлены в сторону мечевидного отростка и располагались на 2–4 см выше пупка. Кожную складку сдвигают перед пальцами. На выдохе погружают кисть в глубь живота, до-

стигают позвоночника и скользят по нему кончиками пальцев в направлении сверху вниз. Ощупать большую кривизну желудка можно примерно в половине случаев. При пальпации создается ощущение соскальзывания с мягкого, гладкого валика, идущего поперечно по позвоночнику в обе стороны от него и представляющего собой дубликатуру стенок желудка. Подвижность большой кривизны ограничена; пальпация безболезненна, при этом нередко слышно урчание.

Значительно реже удастся пропальпировать пилорический отдел желудка. Он расположен несколько ниже мечевидного отростка, правее срединной линии и имеет косое направление слева снизу направо вверх. Пальпирующую ладонь кладут на правую прямую мышцу живота вдоль правой реберной дуги так, чтобы кончики пальцев располагались на 3–4 см выше пупка, были направлены в сторону левой реберной дуги и лежали в проекции пилорического отдела желудка. Сдвигая перед пальцами кожную складку, проводят ощупывание в направлении слева сверху направо вниз.

В норме пилорический отдел желудка имеет форму гладкого, умеренно плотного, малоподвижного безболезненного тяжа диаметром не более мизинца. Его пальпация сопровождается периодическим расслаблением, а иногда своеобразным урчанием, напоминающим мышинный писк.

Аналогичным образом пальпируют большую кривизну и пилорический отдел желудка в положении пациента стоя. При наличии висцероптоза, особенно у худощавых, и при мягкой брюшной стенке в вертикальном положении в ряде случаев удастся прощупать малую кривизну желудка в виде тонкой мышечной складки, лежащей ниже мечевидного отростка по срединной линии и несколько влево от нее.

Пальпация желудка иногда позволяет обнаружить исходящую из его стенки раковую опухоль в виде округлого или продолговатого бугристого плотного образования, мало смещаемого при прорастании опухоли в соседние органы. Наличие стойкого уплотнения пилорического отдела желудка может быть также признаком одной из разновидностей рака выходного отдела желудка (скирр), однако нередки и другие причины, в частности рубцовый стеноз привратника или пилороспазм. Опухоли кардиального отдела желудка, как правило, не доступны для ощупывания.

Нижняя граница желудка соответствует пальпаторно выявляемой его большой кривизне. Вместе с тем можно использовать и аускультативный метод определения нижней границы желудка. Исследование проводят в положении пациента лежа на спине. Врач, взяв в левую руку стетоскоп, ставит его на левую прямую мышцу живота непосредственно ниже реберной дуги. Затем кончиком указательного или среднего пальца правой руки совершает легкие отрывистые штрихообразные, как бы трущие движения в поперечном направлении по коже брюшной стенки,

начиная у стетоскопа и постепенно удаляясь от него вниз. При этом над желудком слышен громкий шуршащий звук, который за пределами желудка резко ослабевает или исчезает.

В норме нижняя граница желудка находится выше пупка: у мужчин — на 3–4 см, а у женщин — на 1–2 см. Опущение нижней границы желудка наблюдается при гастроптозе либо значительном расширении желудка вследствие атонии его гладкой мускулатуры или стеноза привратника.

При исследовании желудка также применяют метод суккуссии (сотрясения). Он позволяет выявить наличие жидкости в желудке. Исследование проводят в положении пациента лежа на спине. Дышать пациент должен ровно и глубоко с участием живота. Врач придавливает подложечную область локтевым краем выпрямленной левой ладони, поставив ее в поперечном направлении непосредственно ниже мечевидного отростка. Правую ладонь кладут продольно на эпигастральную область слева от срединной линии так, чтобы кончики сомкнутых и слегка согнутых пальцев располагались у края левой ладони. Затем четырьмя пальцами правой руки (большой палец не участвует), едва отрывая их от кожи, производят сотрясение передней брюшной стенки, нанося по левой прямой мышце живота быстрые толчкообразные удары средней силы. При наличии в желудке жидкости сотрясение вызывает шум плеска. Если пациент не принимал пищу и воду в течение предшествующих 7–8 ч, но суккуссией выявляется шум плеска над желудком, это обычно свидетельствует о нарушении его эвакуаторной способности (рубцовый или раковый стеноз привратника, атония стенок желудка) либо, реже, о значительном повышении секреторной функции желудочных желез.

*Глубокая пальпация поджелудочной железы.* Поджелудочная железа расположена позади желудка и лежит на задней брюшной стенке поперек I поясничного позвонка. При этом справа от позвоночника находится головка железы, а слева — ее хвост. Диаметр железы не превышает 2 см. Последовательно пальпируют области локализации головки в зоне Шоффара и хвоста железы. Правую ладонь кладут продольно на живот справа от срединной линии так, чтобы пальцы были направлены в сторону реберной дуги и накрывали зону Шоффара. При этом кончики сомкнутых и слегка согнутых пальцев должны находиться на 2–3 см выше ранее найденной большой кривизны (нижней границы) желудка. Далее, сдвигая кожную складку перед пальцами, проводят на выдохе пальпацию головки железы в направлении сверху вниз по методу В. П. Образцова. Если удастся нащупать нормальную поджелудочную железу, то возникает ощущение перекачивания кончиков пальцев через поперечно лежащий мягкий, гладкий, безболезненный валик диаметром 1,5–2 см. Железа неподвижна, не урчит и не перистальтирует в ответ на пальпацию, чем отличается от располо-

женных рядом большой кривизны желудка и поперечной ободочной кишки. Если головка железы не прощупывается, отмечают наличие или отсутствие болезненности в ее проекции. Хвост поджелудочной железы пальпируют следующим образом: правую ладонь кладут продольно у наружного края левой прямой мышцы живота так, чтобы кончики пальцев находились на уровне левой реберной дуги. Методика пальпации такая же, как при исследовании головки железы. Однако для удобства необходимо применять метод бимануальной пальпации. Левую ладонь заводят с правой стороны под спину пациента и подкладывают в поперечном направлении под левую поясничную область непосредственно ниже ребер. Во время пальпации врач левой рукой на выдохе подает заднюю брюшную стенку в направлении ощупывающей правой руки. В норме поджелудочная железа не доступна для пальпации, что объясняется ее глубоким расположением в брюшной полости и мягкой консистенцией. Прощупать поджелудочную железу можно главным образом при значительном ее увеличении и уплотнении, в частности при опухолевом поражении. Однако при резком исхудании пациентов, выраженном висцероптозе и дряблой брюшной стенке изредка удается прощупать и неизмененную поджелудочную железу.

При выявлении опухолевидного образования или болезненности в зоне Шоффара необходимо учитывать их возможную связь с другими анатомическими образованиями, например, с двенадцатиперстной кишкой, ее фатеровым соском или холедохом. Болезненность, связанная с поджелудочной железой, резко усиливается при переходе пациента из горизонтального положения в вертикальное.

Перед глубокой пальпацией *печени* необходимо предварительно определить локализацию ее нижнего края с помощью перкуторного или аускультативного метода. При использовании перкуторного метода палец-плессиметр устанавливают в правой половине живота на уровне гребня подвздошной кости таким образом, чтобы средняя фаланга пальца лежала на правой срединно-ключичной линии в поперечном ей направлении. Сохраняя такое положение пальца-плессиметра и применяя тихие перкуторные удары, перкутируют по указанной линии снизу вверх в направлении правой реберной дуги до обнаружения границы перехода тимпанического звука в характерный для печени тупой звук. Эта граница соответствует нижней границе печени. В случае использования для тех же целей аускультативного метода устанавливают стетоскоп на VIII ребро по правой срединно-ключичной линии, а указательным пальцем свободной руки производят штрихообразные движения по правой половине живота на уровне гребня подвздошной кости. Постепенно смещают стетоскоп вниз до уровня, ниже которого шум от соприкосновения пальца с кожей резко усиливается. На этом уровне находится нижняя граница пе-

чени. Найденную границу отмечают дермографом. В норме она проходит по краю правой реберной дуги.

Пальпацию печени осуществляют в положении пациента лежа и стоя с несколько наклоненным вперед туловищем. Если удалось ощупать печень, то необходимо определить ширину ее края, выступающего из-под реберной дуги, его форму (острый или закругленный), ровность контура, консистенцию (плотность), наличие болезненности. При значительном увеличении печени отмечают характер ее поверхности (гладкая или бугристая). В норме печень, как правило, не выступает из-под реберной дуги и не пальпируется. Однако при наличии висцероптоза, а также при опущении печени, обусловленном другими причинами, во время пальпации, особенно в вертикальном положении тела, можно прощупать тонкий, слегка заостренный или закругленный, ровный, мягкий и безболезненный ее край, выступающий из-под реберной дуги не более чем на 1–1,5 см.

Наряду с висцероптозом, нередко наблюдаемым у астеников, опущение печени может быть обусловлено повреждением ее связок в результате падения с высоты на ноги, после прыжков с парашютом и т. п. В остальных случаях пальпируемый край печени свидетельствует о ее увеличении, причинами которого могут быть заболевания самой печени (гепатит, цирроз, рак), патологические состояния, затрудняющие отток желчи, застойная сердечная недостаточность, болезни системы крови, острые и хронические инфекции, системные иммуновоспалительные процессы и др. Острый, слегка волнистый, плотный, безболезненный край характерен для цирроза печени. У больных раком печени ее край становится утолщенным, неровным, поверхность бугристой, консистенция твердой («каменистой» плотности), болезненность при этом может также отсутствовать. Чрезвычайно плотной печень бывает и при амилоидозе. Слегка утолщенный, закругленный, ровный, мягкоэластической консистенции, болезненный край выявляется при увеличении печени вследствие воспалительного отека и клеточной инфильтрации ее паренхимы (гепатит), затруднения оттока желчи (холестаза) или застоя венозной крови (правожелудочковая или тотальная сердечная недостаточность).

Наличие болезненности при пальпации печени зависит от темпа развития в ней патологического процесса, приводящего к растяжению глиссоновой капсулы, либо от присоединения перигепатита. Неровная поверхность печени в виде локального выпячивания бывает при очаговом поражении (эхинококкоз, сифилитическая гумма, абсцесс).

Наиболее значительное увеличение печени (гепатомегалия) наблюдается при циррозе, раке, амилоидозе, а также застойной сердечной недостаточности. При этом ее нижний край иногда достигает крыла подвздошной кости. В таких случаях нет необходимости в описанном методе глубокой пальпации, поскольку печень может быть исследована поверх-



ностным ощупыванием. Если подобное ее увеличение вызвано застойной сердечной недостаточностью, то толчкообразное надавливание на область правого подреберья ведет к набуханию шейных вен — гепатоюгулярный рефлюкс (симптом Плеша).

После пальпаторного исследования печени определяют ее перкуторные размеры по Курлову: по правой срединно-ключичной линии, передней срединной линии и левой реберной дуге. Палец-плессиметр располагают параллельно искомой границе. Перкутируют от ясного (тимпанического) звука к тупому, используя тихие перкуторные удары. Найденную границу отмечают по краю пальца-плессиметра, обращенному в сторону ясного (тимпанического) звука.

Первый размер печени соответствует расстоянию между верхней и нижней ее границами по правой срединно-ключичной линии. На практике его находят, измерив расстояние между отметками дермографа, сделанными на коже при определении указанных границ печени на предыдущих этапах исследования, в частности перед перкуссией правой границы сердца и перед пальпацией печени. В норме это расстояние составляет 8–10 см. Следует помнить, что верхнюю границу печени находят перкуссией по грудной клетке в направлении сверху вниз, нижнюю — перкуссией по животу от уровня гребешковой линии в направлении снизу вверх. При этом палец-плессиметр располагают горизонтально, параллельно искомой границе.

При нахождении второго и третьего размеров печени верхнюю границу перкуторно не определяют ввиду близкого расположения сердечной тупости. В качестве условной верхней границы используют точку, образующуюся пересечением передней срединной линии и перпендикуляра, опущенного на нее из точки, соответствующей верхней границе печени по правой срединно-ключичной линии. Найденную таким образом на груди условную верхнюю границу печени отмечают дермографом (обычно она соответствует основанию мечевидного отростка). Для определения второго размера печени палец-плессиметр ставят на уровне пупка поперек передней срединной линии и перкутируют по ней в направлении мечевидного отростка до обнаружения границы перехода тимпанита в тупой звук. Затем измеряют расстояние от найденной нижней границы до условной верхней границы. В норме оно составляет 7–9 см.

При определении третьего размера печени палец-плессиметр средней фалангой ставят на левую реберную дугу в перпендикулярном ей направлении. Сохраняя такое положение пальца-плессиметра, перкутируют по реберной дуге от срединно-ключичной линии в направлении мечевидного отростка до появления тупого звука. После этого измеряют расстояние от найденной таким образом границы до условной верхней границы на груди. В норме оно равняется 6–8 см.

Запись размеров печени по Курлову производят в истории болезни следующим образом: 10-9-8 см. Равномерное увеличение всех трех размеров печени свидетельствует о диффузном поражении органа. Как правило, при этом изменяется (опускается) только нижняя граница печени, поскольку данный орган в брюшной полости подвешен на связках. Существенное увеличение какого-либо одного размера может указывать на наличие в печени локального патологического процесса, например, опухоли, эхинококкоза, абсцесса и др.

Расширение верхней границы печеночной тупости при нормальном положении нижней ее границы чаще всего бывает кажущимся и вызвано такими причинами, как обширная пневмоническая инфильтрация в нижней доле правого легкого, выпот в правую плевральную полость или поддиафрагмальный абсцесс. Уменьшение всех трех размеров печени может выявляться при тяжелом гепатите (острая желтая атрофия печени) либо при атрофическом варианте цирроза печени. Одновременное умеренное смещение вниз верхней и нижней печеночных границ наблюдается при опущении печени, эмфиземе легких, пневмотораксе.

Равномерная приподнятость нижней и верхней границ печени чаще всего вызвана повышением внутрибрюшного давления (асцит, метеоризм, ожирение, беременность), реже рубцовым сморщиванием или резекцией правого легкого. У пациентов с прободением (перфорацией) желудка или кишки и выходом газа в брюшную полость при перкуссии над всей поверхностью печени определяется тимпанический звук.

При перкуссии печени определяется верхняя граница абсолютной тупости по правой передней подмышечной, правой срединно-ключичной, правой парастеральной линии; нижняя граница абсолютной тупости — по правой передней подмышечной, правой срединно-ключичной, правой парастеральной, передней срединной, левой парастеральной линии; высота печеночной тупости измеряется по правой передней подмышечной, правой срединно-ключичной, правой парастеральной линии.

Размеры печени определяются согласно табл. 2.

Таблица 2

**Определение размеров печени по Курлову**

Локализация	Размер, см
Правая срединно-ключичная линия	
Передняя срединная линия	
Левая реберная дуга	

*Желчный пузырь* в норме не доступен пальпации. Проекция желчного пузыря на переднюю брюшную стенку соответствует месту пересечения наружного края правой прямой мышцы живота с реберной дугой или нижним краем увеличенной печени. Прощупать удается только значительно увеличенный желчный пузырь при его растяжении вследствие

атонии стенок, переполнения камнями, гнойного воспаления (эмпиема), водянки и реже при опухолевом поражении. Обычно такой увеличенный желчный пузырь выявляется при пальпации печени. На вдохе он опускается вниз, обходит кончики пальпирующих пальцев и в это время может быть ошупан. Размеры желчного пузыря, его форма, консистенция, смещаемость и наличие болезненности зависят от характера патологического процесса. Например, увеличение желчного пузыря при атонии его стенок, эмпиеме и желчнокаменной болезни обычно бывает умеренным, а пальпация такого пузыря, как правило, болезненна.

Водянку желчного пузыря вызывает стойкое нарушение оттока желчи в результате сдавления холедоха опухолью головки поджелудочной железы или фатерова соска. При этом ниже правой реберной дуги снаружи от прямой мышцы живота пальпаторно определяется значительно увеличенный желчный пузырь. Он грушевидной формы, с гладкими напряженными стенками, безболезненный, подвижен при дыхании и легко смещается в стороны при пальпации (симптом Курвуазье–Террье).

В случае, если при пальпации в правом подреберье выявлены болезненность и локальная резистентность передней брюшной стенки, однако увеличение печени и желчного пузыря не определяется, необходимо проверить так называемые желчно-пузырные симптомы. Прежде всего используют метод проникающей пальпации в точке желчного пузыря. О патологии желчного пузыря свидетельствует появление резкой болезненности в указанной точке при проведении проникающей пальпации на высоте «вдоха» животом (симптом Кера) либо, если пациент делает «вдох» животом, после проникновения пальцев врача в глубину правого подреберья (симптом Образцова–Мерфи). Кроме того, у пациентов с патологией желчного пузыря выявляются некоторые другие симптомы:

- симптом Василенко — болезненность при легком поколачивании кончиками пальцев в точке желчного пузыря на вдохе;

- симптом Ортнера — боль в правом подреберье при поколачивании ульнарным краем правой кисти с одинаковой силой поочередно по обеим реберным дугам;

- симптом Георгиевского–Мюсси (френикус-симптом) — болезненность в точке поверхностного расположения правого диафрагмального нерва, выявляемая путем одновременного надавливания кончиками пальцев в промежутке между ножками обеих кивательных мышц над медиальными концами ключиц.

Глубина погружения и сила давления пальцев в симметричных точках при определении френикус-симптома должны быть одинаковыми. Следует, однако, учитывать, что положительный симптом Георгиевского–Мюсси на соответствующей стороне может выявляться также при диафрагмальном плеврите.

*Селезенка* расположена в глубине левой подреберной области латеральнее желудка, непосредственно под левым куполом диафрагмы, обладает дыхательной подвижностью, имеет овоидную форму, проецируется на левую боковую поверхность грудной клетки между IX и XI ребрами, причем длинник органа примерно соответствует ходу X ребра.

Пальпацию селезенки проводят вначале в положении пациента лежа на спине. Ладонь пальпирующей правой руки располагают в левом фланке живота снаружи от края прямой мышцы таким образом, чтобы основание ладони было направлено в сторону лобка, а кончики сомкнутых и слегка согнутых пальцев находились на одном уровне у края левой реберной дуги. При этом кончик среднего пальца должен лежать в углу между нижним краем X ребра и свободным концом XI ребра. Ладонь левой руки кладут в поперечном направлении на боковой отдел левой половины грудной клетки вдоль реберной дуги, чтобы во время пальпации ограничивать ее боковые движения при дыхании и создавать условия для увеличения дыхательных экскурсий левого купола диафрагмы, а соответственно, и селезенки. Вначале врач предлагает пациенту «вдохнуть» животом, а сам в это время пальцами правой руки смещает кожу брюшной стенки на 3–4 см в направлении ладони, т. е. в сторону, противоположную реберной дуге. Таким образом создается запас кожи под пальцами, чтобы облегчить их дальнейшее продвижение в глубину брюшной полости. После этого пациент делает выдох, а врач, следуя за опускающейся брюшной стенкой, плавно погружает пальцы правой кисти в глубь живота и фиксирует в таком положении руку до конца последующего вдоха.

Между реберной дугой и тыльной поверхностью пальцев должно оставаться достаточное пространство, чтобы пропустить нижний полюс селезенки. Затем пациенту вновь предлагают глубоко «вдохнуть» животом. В это время врач левой ладонью надавливает на левую реберную дугу, чтобы ограничить ее подвижность, а пальцы правой руки удерживает неподвижно в глубине живота, оказывая сопротивление выталкивающему движению брюшной стенки.

Диафрагма на вдохе опускается, и левый ее купол смещает селезенку вниз. Если селезенка доступна для пальпации, то ее нижний полюс при этом, опускаясь, проникает между пальцами и реберной дугой в карман, образованный от давления пальцев на брюшную стенку, а затем, выскальзывая из него, обходит кончики пальцев и таким образом ощупывается. Иногда селезенка не попадает в карман, а лишь наталкивается своим нижним полюсом на кончики пальцев. В этом случае для того, чтобы ощупать ее, необходимо на вдохе несколько продвинуть правую руку вперед, выпрямляя пальцы в согнутых фалангах и совершая ими поглаживающие сверху или поддевающие снизу (как при пальпации печени) движения. Однако пальпировать селезенку следует очень осторожно, чтобы не

повредить ее. Исследование повторяют несколько раз, а кроме того, пальпируют в положении пациента на правом боку (по Сали). При этом правая нога пациента должна быть выпрямлена, а левая — согнута в колене и слегка приведена к туловищу. Обе свои кисти, сложенные вместе, пациент кладет под правую щеку. Врач опускается у постели на правое колено и проводит пальпацию селезенки, используя те же приемы, что и при пальпации в положении лежа на спине.

При обнаружении селезенки определяют степень ее увеличения, консистенцию, характер поверхности, наличие болезненности. В норме селезенка не пальпируется. Если же ее удастся прощупать, значит она увеличена. При резко выраженном увеличении селезенки (спленомегалия) значительная ее часть выступает из-под реберной дуги и может быть исследована поверхностным ощупыванием без применения описанного метода глубокой пальпации.

После пальпации селезенки определяют ее перкуторные размеры по Курлову. Для этого вначале находят верхнюю и нижнюю границы селезенки, а затем ее передний и задний края. Исследование проводят в положении пациента лежа на правом боку, как при пальпации по Сали. Палец-пlessиметр располагают параллельно определяемой границе органа. Перкуссию проводят от области ясного (тимпанического) звука к более тупому, применяя тихие перкуторные удары. После каждой пары ударов палец-пlessиметр смещают на 0,5–1 см. Найденную границу отмечают по краю пальца-пlessиметра, обращенному в сторону ясного (тимпанического) звука. Следует иметь в виду, что при нормальных размерах селезенки над ней определяется не тупой, а умеренно притупленный перкуторный звук с тимпаническим оттенком вследствие близкого расположения воздушного «пузыря» желудка (пространство Траубе) и содержащих газ кишок.

Вначале определяют верхнюю и нижнюю границы селезенки. Для этого палец-пlessиметр устанавливают в поперечном направлении на левую боковую поверхность грудной клетки на уровне V ребра. Средняя фаланга пальца должна лежать на средней подмышечной линии и быть перпендикулярна ей. Перкутируют вдоль этой линии по ребрам и межреберьям, сохраняя поперечное положение пальца-пlessиметра, в направлении крыла левой подвздошной кости до обнаружения границы перехода ясного легочного звука в притупленный. Эта граница соответствует верхней границе селезенки и в норме расположена на IX ребре (счет ребер ведут от свободного конца XII ребра). Отметив найденную границу дермографом или зафиксировав ее мизинцем левой руки, устанавливают палец-пlessиметр непосредственно выше (проксимальнее) крыла левой подвздошной кости и перкутируют по средней подмышечной линии в противоположном направлении. Граница перехода тимпанита в притуп-

ленный звук соответствует нижней границе селезенки и в норме лежит на XI ребре. Расстояние измеряют между верхней и нижней границами селезенки, в норме оно составляет 4–7 см и называется шириной притупления.

При определении переднего края (передненижний полюс) селезенки палец-пlessиметр ставят продольно по передней срединной линии живота так, чтобы средняя фаланга пальца находилась на пупочной линии и была перпендикулярна ей. Перкутируют в направлении селезенки по линии, соединяющей пупок и точку пересечения X левого ребра со средней подмышечной линией. Граница перехода тимпанического звука в притупленный соответствует переднему краю селезенки. В норме он не выходит за пределы передней подмышечной линии.

Для определения заднего края (задневерхний полюс) селезенки необходимо вначале нащупать левое X ребро и найти его задний конец у позвоночника. Затем палец-пlessиметр устанавливают вдоль левой око-лопозвоночной линии так, чтобы его средняя фаланга лежала на X ребре и была перпендикулярна ему. Перкутируют по X ребру в направлении селезенки, сохраняя такое положение пальца-пlessиметра. Переход тимпанического звука в притупленный соответствует заднему краю селезенки. Отмечают это место дермографом. В норме задний край селезенки не выступает за пределы левой лопаточной линии. Измерив расстояние между передним и задним краями селезенки, находят длину притупления, которая в норме равняется 6–8 см. При значительном увеличении селезенки ее передний край может выступать из-под реберной дуги. В таком случае дополнительно измеряют выступающую часть селезенки.

Размеры селезенки по Курлову регистрируют в истории болезни в виде дроби, например,  $6\ 19/10$  см, где целое число соответствует размерам выходящей за пределы реберной дуги части селезенки, числитель — длине притупления, а знаменатель — ширине притупления.

Можно также использовать еще один простой способ выявления увеличения размеров селезенки. Так, если в положении пациента на правом боку (по Сали) при перкуссии в месте пересечения X левого ребра со средней подмышечной линией выявляется тупой звук, похожий на перкуторный звук над печенью, это свидетельствует о значительном увеличении селезенки (симптом Рагозы). Увеличение размеров селезенки в сочетании с увеличением размеров печени и периферических лимфатических узлов определяется при некоторых острых и хронических инфекциях, сепсисе, инфекционном эндокардите, гемобластозах и системных иммунопатологических заболеваниях. Одновременное увеличение размеров селезенки и печени наблюдается у пациентов с хроническим активным гепатитом, циррозом печени, гемолитической анемией, при болезнях накопления (Гоше, Нимана–Пика). Изолированное увеличение селезенки может быть вызвано тромбозом селезеночной или воротной вены, развитием в

селезенке опухоли, кисты и других локальных патологических процессов. При острых инфекционных заболеваниях и септических процессах ее консистенция мягкая, как тесто, тогда как при хронических инфекциях, циррозе печени, лейкозах и особенно при амилоидозе она обычно уплотнена. Наиболее выраженное увеличение селезенки наблюдается при особой форме хронического миелолейкоза — остеомиелофиброзе. При этом заболевании селезенка иногда занимает большую часть брюшной полости.

Болезненность селезенки может быть связана с быстрым увеличением ее объема, приводящим к растяжению капсулы, либо с периспленитом. Бугристость поверхности чаще всего указывает на перенесенный инфаркт селезенки, однако иногда является следствием ее эхинококкоза, сифилиса, абсцесса, кистозного или опухолевого поражения.

Селезенку исследуют следующими методами:

- осмотр, при котором отмечают изменение конфигурации формы живота в области локализации органа;
- пальпация — отмечается состояние левой половины живота, подреберья, консистенция нижнего края селезенки (гладкий, неровный, бугристый, болезненный);
- перкуссия — определяют границы и размеры селезенки (определение верхней и нижней границ селезенки по средней подмышечной линии слева, передней и задней границ по Х межреберью (ребру), измерение поперечника, длинника селезенки);
- аускультация области селезенки — можно выслушать шум трения листков брюшины в случае гиперспленизма.

**Мочеполовая система.** При исследовании обращается внимание:

- на мочеиспускание (произвольное, непроизвольное, болезненное, безболезненное), его частоту, суточное количество и цвет мочи;
- боли в поясничной области (острые, тупые, ноющие, приступообразные), их продолжительность;
- окраску мочи (соломенно-желтая, насыщенно желтая, кровянистая, в виде «мясных помоев», темная);
- симптом поколачивания по поясничной области.

Почки пальпируют в вертикальном и горизонтальном положении, указывают локализацию пальпируемой почки, пальпируется вся почка или ее нижний полюс, обращают внимание на наличие болезненности, физическое состояние пальпируемой почки (форма, величина, консистенция, характер поверхности, подвижность), при наличии нефроптоза нужно указать его степень. Далее проводится пальпация подреберных, верхних мочеточниковых, средних мочеточниковых, реберно-позвоночных, реберно-поясничных точек для выявления болезненности.

При аускультации области почек необходимо уточнить наличие шума в реберно-позвоночном углу (локализация шума, систолический или диастолический шум).

Проводится перкуссия и пальпация области мочевого пузыря. Оцениваются выделения из мочеполовых органов, признаки орхита, эпидидимита, утолщения семенного канатика (при их наличии). При показани-ях исследуется предстательная железа. У женщин отмечается также цикличность менструаций. Выявляют наличие выпячиваний в поясничной области с указанием их локализации, покраснения и отечности кожи.

**При определении неврологического статуса:**

– исследуют поверхностную чувствительность (тактильную, термическую, болевую). Определяют снижение или полное отсутствие чувствительности, ее характер, локализацию;

– исследуют глубокую чувствительность (мышечно-суставную, вибрационную, чувство веса и т. д.); проводят пальценосовую пробу; определяют руками чувство тяжести предметов с различным весом при закрытых глазах;

– исследуют пациента в позе Ромберга — устойчив, неустойчив;

– определяют сухожильные рефлексы (коленный, ахилловый), пирамидные симптомы (Бабинского), рефлексы со слизистых оболочек (корнеальный, конъюнктивальный и др.);

– исследуют вегетативную нервную систему — дермографизм (красный, белый, розовый, приподнятый, стойкий).

## **ОБОСНОВАНИЕ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО ДИАГНОЗА**

Предположительный диагноз должен представлять собой логический вывод из полученной информации. Он обосновывается с учетом (на основании) субъективных и объективных клинических проявлений болезни, соответствия полученной информации клиническим критериям болезни. Клинические критерии — это проявления, которые позволяют заподозрить конкретное заболевание, однако, не являются достаточно специфичными для установления диагноза.

При этом необходимо, учитывая жалобы пациента, анамнез заболевания, объективное обследование, стараться сформулировать имеющие место в конкретном случае характерные симптомы того или иного заболевания. Если обнаружены симптомы и даже синдром или несколько синдромов, которые можно уложить с большой долей вероятности в картину определенной патологии (возможно, это не одна нозологическая форма, а так называемые синдромосходные заболевания), то об этом и нужно



написать, показав, что *убедительно*, а что вызывает *сомнения* в диагнозе и *почему*.

В формулировке предварительного диагноза нужно выделить:

- основное заболевание;
- осложнение основного заболевания;
- сопутствующее заболевание.

В предварительном диагнозе указывается тяжесть и клиническая форма заболевания в соответствии с общепринятой классификацией. Указываются также осложнения и сопутствующие заболевания.

Осложнениями основного заболевания следует считать такие патологические процессы, синдромы, нозологические единицы, которые с ним связаны патогенетически (непосредственно или опосредованно) и усугубляют его клиническое течение. Осложнениями могут считаться также критические состояния, развившиеся у пациента на фоне основного заболевания (инфекционно-токсический шок, острая почечная недостаточность, отек-набухание головного мозга и т. д.), а также редкие, не свойственные классическому течению заболевания поражения отдельных органов и систем.

Сопутствующими заболеваниями считаются этиологически и патогенетически не связанные с основным заболеванием.

Обоснование предварительного диагноза с выделением при обосновании последнего ведущих клинических синдромов нужно написать по следующим пунктам:

1. Перечисление жалоб с выводом о преимущественном поражении того или иного органа или системы (например, типичный болевой синдром, наличие лихорадки, одышки и т. д.).

2. Перечисление данных анамнеза заболевания с выводом о предполагаемом диагнозе (например, указание на ранее перенесенный инфаркт миокарда, анализ имеющихся электрокардиограмм, указание на перенесенную почечную колику, указание на выполненную операцию и т. д.).

3. Перечисление данных анамнеза жизни с выводом о факторах риска данного заболевания (например, отягощенный семейный анамнез, наличие профессиональных вредностей, вредных привычек, таких как злоупотребление алкоголем и т. д.).

4. Перечисление данных объективного исследования, выявивших отклонения от нормы в физикальном статусе или какие-либо симптомы (например, наличие ожирения, кардиомегалии, хрипов в легких, цианоза и т. д.), с выводом о предположительном диагнозе заболевания.

5. Перечисление данных (помимо формулировки диагноза основной нозологической формы), по которым можно конкретизировать диагноз с указанием стадии и формы течения болезни, фазы, степени активности, степени функциональных нарушений и т. д.

6. Перечисление данных, свидетельствующих о наличии осложненных данного заболевания.

7. Формулировка диагноза сопутствующей патологии, которая может оказать влияние на имеющееся основное заболевание.

Нужно указать синдромный диагноз, если клиника не укладывается в конкретное заболевание (с указанием спектра дифференциального диагноза), например, синдром жидкости в плевральной полости, синдром кардиомегалии и т. д.

**Пример формулировки обоснования предварительного диагноза.** На основании анализа жалоб на периодические ноющие боли натошак в эпигастральной области, в последние дни с рвотой на высоте боли, приносящей облегчение (возможно поражение желудка), данных анамнеза заболевания (боли в эпигастрии периодически возникают на протяжении 3 лет, за медпомощью пациент не обращался, боли проходили самостоятельно, за последние 2 недели с 15.05.2018 г. боли участились и усилились, появились боли в ночное время, рвота, что указывает на обострение хронического заболевания), данных анамнеза жизни (курит, злоупотребляет острыми блюдами и крепким кофе, мать болеет хронической язвой двенадцатиперстной кишки, что указывает на наличие факторов риска и наследственной предрасположенности к заболеваниям желудка и двенадцатиперстной кишки), данных объективного осмотра (язык, обложенный серо-белым налетом, болезненность в эпигастральной области указывают на патологию желудка) выявлены клинические критерии заболевания (боли в верхней части живота, болевой синдром имеет различную степень выраженности и связь с приемом пищи), которые позволяют установить следующий предварительный диагноз: диспепсия необследованная.

## ПЛАН ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ОБСЛЕДОВАНИЙ

Исходя из предварительного диагноза, назначается дополнительное обследование пациента методами, объем и характер которых определяется исходными данными. Дополнительное обследование включает лабораторные, инструментальные исследования и консультации смежных специалистов. Существенную помощь в этом могут оказать клинические протоколы диагностики и лечения, утвержденные Министерством здравоохранения.

Все методы исследования (лабораторные и инструментальные) нужно разместить в порядке их приоритета, указав, с какой целью каждое из них необходимо и какой результат можно ожидать (подтверждающий или исключающий предполагаемый диагноз).

### **Пример дополнительных обследований:**

1. ЭКГ — с целью исключения острого инфаркта миокарда, уточнения наличия нарушений ритма и проводимости. У данного пациента на

ЭКГ могут быть признаки острого инфаркта миокарда (перечислить), гипертрофии левого желудочка (в связи с сопутствующей гипертонической болезнью), рубцовых изменений (в связи с указанием на перенесенный острый инфаркт миокарда ранее).

2. Анализ крови на билирубин — подтверждение наличия желтухи, уточнение ее формы. У данного пациента можно ожидать повышение уровня билирубина за счет прямой фракции.

3. Анализ крови клинический — для подтверждения наличия признаков инфекционной патологии. Можно ожидать увеличение количества лейкоцитов, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, увеличение СОЭ.

**Данные лабораторных, рентгенологических, электрокардиографических и других исследований.** В хронологическом порядке приводятся данные лабораторного обследования: анализы крови, мочи, кала, мокроты, желудочного сока, дуоденального содержимого и т. д. Целесообразно привести норму параметров и единицы измерения в дополнительной графе лабораторных и важных инструментальных исследований.

Однотипные исследования лучше расположить в таблице, которая позволит выделить динамику, например, количество лейкоцитов периферической крови на фоне терапии пневмонии антибактериальными препаратами или гемоглобина у пациента с анемией, получающего препараты железа.

Далее указываются все виды инструментального обследования пациента с подробным описанием полученных данных.

Для установления окончательного диагноза пациентов нередко осматривают смежные специалисты, так как заключение консультанта может служить одним из обоснований диагноза.

Также анализ ЭКГ пациента с инфарктом миокарда не должен быть формальным: необходимо описать ЭКГ по алгоритму и дать собственное заключение. Анализ будет предметным, если отразить динамику зубцов и сегментов в конкретных отведениях (наличие патологического зубца Q, подъема сегмента ST и т. д.).

Таким образом можно подтвердить свои предположения, выдвинутые, как концепция диагностического заключения в предыдущем разделе.

## **ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

Различают синдромную и нозологическую дифференциальную диагностику. Дифференциальный диагноз проводится по ведущему симптому или синдрому, выявленному у курируемого пациента. Для дифференциальной диагностики могут быть использованы такие синдромы, как одышка, приступы удушья, боли в грудной клетке, боли в области живо-

та, желтуха, отеки, асцит, спленомегалия, лимфаденопатия, анемия и др. Куратор выбирает наиболее показательный, ведущий симптом или синдром, затем последовательно исключает заболевания, при которых имеется такой же синдром.

## **КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ**

Диагноз (греч. *diagnosis* — распознавание) — медицинское заключение о патологическом состоянии здоровья обследуемого, об имеющемся заболевании (травме) или о причине смерти, выраженное в терминах, предусмотренных принятыми классификациями и номенклатурой болезней. Содержанием диагноза могут быть также особые физиологические состояния организма, например, беременность, климакс и др.

В диагнозе указывают основное заболевание (степень тяжести, функциональный класс, функциональную недостаточность органа), его осложнения и сопутствующие заболевания.

В этом разделе диагностическая версия должна быть по возможности полно раскрыта и подтверждена, так как от правильно установленного диагноза будет зависеть и выбранное лечение. Клинический диагноз должен соответствовать диагностическим критериям заболевания. Диагностические критерии — это клинические, лабораторные, инструментальные, морфологические признаки, комбинация которых позволяет диагностировать заболевание.

Нужно указать, какие именно данные обследования подтвердили предварительный диагноз, какие уточнили форму, фазу, степень активности и осложнения. Вполне возможно, что диагностическое представление после дообследования пришлось пересмотреть в пользу другого диагноза. Это не противоречит принципам врачебного мышления и не умаляет способности размышлять и интерполировать информацию. Отсутствие сомнений — нередко спутник ограниченного кругозора и опасной самоуверенности.

Все изменения и уточнения диагноза должны найти отражение в тексте истории болезни: дневниках, этапных эпикризах и т. д.

Алгоритм обоснования окончательного диагноза может выглядеть следующим образом. Обоснование окончательного диагноза нужно написать, повторив анализ жалоб, данных анамнеза заболевания и жизни, данных объективного осмотра и дополнив теми данными обследования, диагностическими критериями заболевания, которые его подтвердили по следующим ниже пунктам:

1. Перечисление жалоб с выводом о преимущественном поражении того или иного органа или системы (например, типичный болевой синдром, наличие лихорадки, одышки и т. д.).

2. Перечисление данных анамнеза заболевания с выводом о предполагаемом диагнозе (например, указание на ранее перенесенный инфаркт миокарда, анализ имеющихся электрокардиограмм, указание на перенесенную почечную колику, указание на выполненную операцию и т. д.).

3. Перечисление данных анамнеза жизни с выводом о факторах риска данного заболевания (например, отягощенный семейный анамнез, наличие профессиональных вредностей, вредных привычек, таких как злоупотребление алкоголем и т. д.).

4. Перечисление данных объективного исследования, выявивших отклонения от нормы в физикальном статусе или какие-либо симптомы (например, наличие ожирения, кардиомегалии, хрипов в легких, цианоза и т. д.), позволяющих предположить данное заболевание.

5. Перечисление лабораторных данных с конкретным указанием тех изменений, которые подтвердили предположение (например, положительный тест на тропонин подтверждает предположение об инфаркте миокарда).

6. Перечисление данных инструментальных методов обследования с конкретным указанием тех изменений, которые подтвердили предположение (например, рентгеноскопия органов грудной полости подтвердила предположение об острой пневмонии, т. е. обнаружена инфильтрация в верхней доле левого легкого; ЭХО КС подтвердила предположение о наличии у пациента аортального порока сердца, т. е. были выявлены утолщение створок, ограничение их подвижности, увеличение трансклапанного градиента давления и т. д.).

7. Перечисление данных (помимо формулировки диагноза основной нозологической формы), по которым можно конкретизировать диагноз с указанием стадии и формы течения болезни, фазы, степени активности, степени функциональных нарушений и т. д. Данные дополнительных методов исследования могут подтвердить, например, наличие желтухи или данные оценки функции внешнего дыхания подтвердят стадию хронической обструктивной болезни легких на основании показателя  $ОФВ_1$  и т. д.

8. Перечисление данных, свидетельствующих о наличии осложнений данного заболевания, которые были подтверждены (например, по данным суточного мониторирования ЭКГ подтвердили наличие желудочковой экстрасистолии, осложнившей течение острого инфаркта миокарда, и т. д.).

9. Формулировка диагноза сопутствующей патологии, которая была подтверждена при обследовании, при осмотре врачей-консультантов или указана по данным анамнеза.

#### **Алгоритм постановки клинического диагноза:**

##### **1. Расспрос:**

- жалобы пациента;
- история болезни;

- история жизни.
- 2. Физические методы исследования:
  - осмотр;
  - пальпация;
  - перкуссия;
  - аускультация.
- 3. Предварительный диагноз.
- 4. Дополнительные методы обследования:
  - лабораторные методы (анализы крови, мочи, кала, биопсийного материала и др.);
  - инструментальные методы (ЭКГ, УЗИ, рентгенологические, эндоскопические и др.);
- 5. Клинический диагноз.

**Пример формулировки обоснования окончательного диагноза.**

На основании анализа жалоб на периодические ноющие боли натощак в эпигастральной области, в последние дни с рвотой на высоте боли, приносящей облегчение (возможно поражение желудка), данных анамнеза заболевания (боли в эпигастрии периодически возникают на протяжении 3 лет, за медпомощью пациент не обращался, боли проходили самостоятельно, за последние 2 недели с 15.05.2018 г. боли участились и усилились, появились боли в ночное время, рвота, что указывает на обострение хронического заболевания), данных анамнеза жизни (курит, злоупотребляет острыми блюдами и крепким кофе, мать болеет хронической язвой двенадцатиперстной кишки, что указывает на наличие факторов риска и наследственной предрасположенности к заболеваниям желудка и двенадцатиперстной кишки), данных объективного осмотра (язык обложен серобелым налетом, болезненность в эпигастральной области), дополнительного обследования (при фиброгастроскопии обнаружена язва размером 0,5 см передней стенки деформированной рубцами луковицы двенадцатиперстной кишки) выявлены диагностические критерии заболевания (язва двенадцатиперстной кишки при фиброгастроскопии), которые позволяют установить следующий окончательный клинический диагноз: хроническая язва луковицы двенадцатиперстной кишки, легкое течение, фаза обострения; рубцовая деформация луковицы двенадцатиперстной кишки.

## **ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ**

Информация для этого раздела должна быть получена на основании анализа современной литературы. Взгляды на этиологию заболевания приводятся в сжатой форме. Нужно описать принятые в настоящее время схемы патогенеза данного заболевания и наиболее вероятные патогене-

тические механизмы, имевшие место у курируемого пациента; кратко объяснить механизмы клинических симптомов и синдромов, выявленных у него. Можно использовать схемы, таблицы, графики и рисунки.

## ЛЕЧЕНИЕ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ

Лечение любого заболевания должно быть как этиологическим, патогенетическим, так и симптоматическим (с учетом показаний).

Необходимо сформулировать реальную цель лечения у конкретного пациента, а не вообще. Это могут быть исходы заболевания: полное выздоровление, ликвидация или уменьшение тяжести обострения заболевания, его осложнений; приостановление прогрессирования или регресс болезни; улучшение прогноза, трудоспособности. Существенную помощь в этом могут оказать клинические протоколы диагностики и лечения, утвержденные Министерством здравоохранения.

При написании этого раздела необходимо описать:

- оптимизацию режима физической активности пациента (например, режим пациента с инфарктом миокарда зависит от степени тяжести заболевания, имеющихся осложнений, стадии болезни на время курации);
- лечебное питание (диета: название стола, суточная калорийность, кратность приемов пищи, ограничения (например, острые блюда в столе П));
- лекарственную терапию: этиотропную (например, при пневмококковой пневмонии назначают антибиотики пенициллинового ряда), патогенетическую (статины пациенту с ишемической болезнью сердца), симптоматическую (например, купирование приступа стенокардии, бронхиальной астмы и т. д.).

Каждый фармакологический препарат выписывается согласно правилам выписки рецепта на латинском языке с указанием дозы, пути и способа введения. Кроме того, указывается название группы, приводится механизм действия с указанием точек приложения, указываются продолжительность лечения, совместимость с другими препаратами, главные побочные действия.

При наличии показаний нужно указать необходимость хирургического лечения, например, учитывая высокий функциональный класс стенокардии, пациенту показано аортокоронарное шунтирование.

Правильное врачевание подразумевает не только знание обязательных стандартов лечения, но и принципы индивидуализации лечения.

## ПРОГНОЗ И ВОЕННО-ВРАЧЕБНАЯ ЭКСПЕРТИЗА

**Прогноз** — перспектива возможных или закономерных ближайших и отсроченных исходов болезни, оценка вероятности выздоровления и выживания, качества жизни, профпригодности.

Прогноз для здоровья пациента — выздоровление возможно (острое заболевание) или нет (заболевание хроническое), для жизни — угрожает жизни (инфаркт миокарда, тромбоэмболия легочной артерии) или нет (глаукома, ожирение), для трудоспособности — степень ограничения временная (острый бронхит, инфаркт миокарда) или постоянная инвалидность (слепота, тяжелая форма бронхиальной астмы).

Военно-врачебная экспертиза в Вооруженных Силах проводится в мирное и военное время в целях определения категории годности граждан Республики Беларусь к военной службе, службе в резерве по состоянию здоровья, определения причинной связи полученных гражданами увечий (ранений, травм, контузий), заболеваний с прохождением ими военной службы, военных или специальных сборов, занятий или учебных сборов, а также для оказания медицинской и социальной помощи гражданам, проходящим и проходившим военную службу или военные сборы.

Для проведения военно-врачебной экспертизы в Вооруженных Силах, других войсках, воинских формированиях и в органах создаются военно-врачебные и врачебно-летные комиссии.

На них возлагается организация и проведение медицинского освидетельствования, в рамках которого осуществляются изучение и оценка состояния здоровья и физического развития граждан на момент освидетельствования в целях определения их годности к военной службе (службе в органах), обучению (службе) по отдельным военно-учетным и иным специальностям, решения других вопросов с вынесением письменного заключения.

Согласно постановлению Министерства обороны Республики Беларусь совместно с Министерством здравоохранения Республики Беларусь определены требования к состоянию здоровья определенных категорий граждан. Они включают медицинские показатели, характеризующие состояние здоровья и физическое развитие, на основании которых определяются категории годности к военной службе, службе в органах. Заключение комиссий, проводящих медицинское освидетельствование граждан, выносятся в соответствии с требованиями к состоянию здоровья граждан.

Требования к состоянию здоровья граждан состоят из расписания болезней и таблицы дополнительных требований к состоянию здоровья граждан. Таблицы дополнительных требований применяются только в отношении граждан, признанных годными к военной службе или годными к военной службе с незначительными ограничениями.



Порядок применения граф расписания болезней и таблицы дополнительных требований определяется Министерством обороны Республики Беларусь.

Структура расписания болезней построена в соответствии с принципом группировки заболеваний по отдельным органам и системам органов. В расписании болезней предусматриваются требования к состоянию здоровья следующих категорий граждан:

- графа I — граждане при приписке к призывным участкам и призыве на срочную военную службу, службу в резерве;
- графа II — военнослужащие, проходящие срочную военную службу, службу в резерве;
- графа III — военнослужащие, проходящие военную службу по контракту.

Расписание болезней включает следующие разделы (статьи) и пояснения к ним:

- 1) инфекционные и паразитарные болезни (ст. 1–7);
- 2) новообразования (ст. 8–10);
- 3) болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм (ст. 11);
- 4) болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (ст. 12–13);
- 5) психические расстройства (ст. 14–20);
- 6) болезни нервной системы (ст. 21–28);
- 7) болезни глаза и придаточного аппарата (ст. 29–36);
- 8) болезни уха и сосцевидного отростка (ст. 37–41);
- 9) болезни системы кровообращения (ст. 42–48);
- 10) болезни органов дыхания (ст. 49–53);
- 11) болезни органов пищеварения (ст. 54–61);
- 12) болезни кожи и подкожной клетчатки (ст. 62–63);
- 13) болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (ст. 64–70);
- 14) болезни мочеполовой системы (ст. 71–78);
- 15) беременность, роды и послеродовой период (ст. 79);
- 16) врожденные аномалии, деформации и хромосомные нарушения (ст. 80);
- 17) последствия травм, отравлений и других воздействий внешних факторов (ст. 81–86);
- 18) прочие болезни (ст. 87–89).

Пример статьи расписания болезней приведен в табл. 3.

*Таблица 3*

**Статья расписания болезней (вырезка из постановления)**

Статья расписания болезней	Наименования болезней, степень нарушения функций	Категория годности к военной службе		
		графа I	графа II	графа III
66	Деформации, болезни позвоночника и их последствия: а) со значительным нарушением функций; б) с умеренным нарушением функций; в) с незначительным нарушением функций;	НГИ НГМ НГМ	НГИ НГМ НГМ	НГИ НГМ, ГНС — ИНД ГОСС — ИНД

Окончание табл. 3

Статья расписания болезней	Наименования болезней, степень нарушения функций	Категория годности к военной службе		
		графа I	графа II	графа III
	г) при наличии объективных данных без нарушения функций	ГО	ГО	Г, ССО — ИНД

Категория годности к военной службе определяется по последствиям перенесенных заболеваний, увечий (ранений, травм, контузий) в зависимости от степени нарушения функций органов и систем органов на момент медицинского освидетельствования при определенном врачебно-экспертном исходе.

По результатам медицинского освидетельствования гражданина заключение о категории годности к военной службе по состоянию здоровья выносится в следующих формулировках:

- годен к военной службе — «Г»;
- годен к военной службе с незначительными ограничениями — «ГО»;
- годен к службе вне строя в мирное время — «ГНС»;
- временно негоден к военной службе — «ВН»;
- негоден к военной службе в мирное время, ограниченно годен к военной службе в военное время — «НГМ»;
- негоден к военной службе с исключением с воинского учета — «НГИ».
- силы специальных операций — ССО;
- индивидуальный подход — ИНД.

## ПРОФИЛАКТИКА

Первичная профилактика — предупреждение болезни, вторичная — предупреждение обострений, рецидивов хронического процесса.

Перечислить основные меры первичной профилактики конкретного заболевания в общем и у курируемого пациента в частности. Описать меры вторичной профилактики.

### **ДНЕВНИКИ КУРАЦИИ**

Дневник истории болезни заполняется в дни курации и отражает динамику состояния пациента за истекшее время и эффективность назначаемых лечебных мероприятий. Необходимо выбирать те дни курации (3), которые наиболее ярко отражают динамику жалоб и состояния пациента, подходы к лечению, например, при поступлении в больницу, на высоте обострения заболевания, перед выпиской. Дневник можно заполнить в виде таблицы. Нужно внимательно отнестись к выбору дней курации и заполнению таблицы, так как она будет отражать приобретенные навыки, анализировать ход обследования и лечения. Дневник должен отражать динамику лечения, а при ее отсутствии — диагностический поиск, коррекцию назначений и др.

### **ТЕМПЕРАТУРНЫЙ ЛИСТ**

Температурный лист отражает динамику температуры и массы тела, артериального давления, объем выпитой, введенной внутривенно и выделенной из организма жидкости за все время пребывания пациента в больнице.

### **ЭПИКРИЗ**

История болезни завершается эпикризом, в котором кратко описываются основные жалобы пациента и история его заболевания, объективные данные, основные лабораторные и инструментальные исследования, диагностическое резюме, течение заболевания, во время наблюдения проведенное лечение и его результаты, дальнейшие рекомендации в отношении режима, лечения и трудоустройства.

В зависимости от исхода заболевания, от последующей тактики ведения пациента эпикриз может быть выписной (выписка из стационара), переводной (перевод в другое отделение), этапный (1 раз в 10 дней при длительном пребывании в стационаре), посмертный (в случае летального исхода).

Он включает в себя следующие разделы:

1. Фамилия, имя, отчество пациента, дата поступления и выписки (при необходимости — время поступления и выписки (или смерти)).
2. Заключительный диагноз.
3. Основные жалобы при поступлении (кратко).
4. Основные анамнестические данные (кратко), дающие представление о давности, характере и особенностях течения заболевания и его осложнений, а также сведения о перенесенных других заболеваниях.
5. Описание настоящего ухудшения и цель госпитализации.
6. Обоснование диагноза с учетом данных осмотра, лабораторных и инструментальных методов исследования: приводятся основные изменения клинических анализов крови, мочи, кала, мокроты, ЭКГ, результаты рентгенологического и других исследований, а также заключения специалистов-консультантов.
7. Проведенное в стационаре лечение: режим, диета, медикаментозные средства (их дозировка и длительность приема), физические методы лечения, операции и т. д.
8. Оценка результатов лечения в стационаре с конкретным перечислением динамики основных клинических проявлений, данных лабораторных тестов, ЭКГ, рентгенологической картины и т. д.
9. Заключение: пациента выписывают на работу или службу (режим труда или службы, ограничения), амбулаторное лечение, переводят в другой стационар, направляют для медицинской реабилитации в санаторий, дают заключение военно-врачебной комиссии.
10. Рекомендации в отношении режима, диеты, условий работы и образа жизни, вторичной профилактики, медикаментозного лечения (название препарата, дозы, способы приема, длительность лечения).
11. Рекомендации по диспансерному наблюдению с указанием периодичности наблюдения, необходимого перечня анализов, нуждаемости в консультации узких врачей-специалистов.

## ОФОРМЛЕНИЕ СПИСКА ЛИТЕРАТУРЫ

Литература (не менее 5 источников, рекомендованных кафедрой, без ссылки на лекции), используемая при написании истории болезни (учебники, руководства, справочные издания, статьи из журнала, монографии), приводится по следующим правилам:

1. *Фамилия, И. О.* Название статьи / *И. О. Фамилия* // Название журнала. Год издания. Номер выпуска. Страницы, на которых расположена статья.

2. *Фамилия, И. О.* Название издания : вид издания (учеб., учеб. пособие, монография и др.) / И. О. Фамилия. Город : издательство, год издания. Количество страниц.

3. *Фамилия, И. О.* Название статьи [Электронный ресурс] / И. О. Фамилия // Название сайта. Город, год. Режим доступа. Дата доступа.

Желательно использовать литературу, которая была издана за последние 5–10 лет.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Абаев, Ю. К.* Диагностическое мышление врача и законы логики / Ю. К. Абаев // Военная медицина. 2008. № 2. С. 66–69.

2. *Ивашкин, В. Т.* Пропедевтика внутренних болезней : учеб. пособие к практическим занятиям для студентов медицинских вузов / В. Т. Ивашкин, В. И. Султанов. Санкт-Петербург : Питер, 2000. 384 с.

3. *Милькаманович, В. К.* Атлас клинического исследования : учеб. пособие / В. К. Милькаманович. Минск : Вышэйшая школа, 2006. 285 с.

4. *Об утверждении* форм первичной медицинской документации в организациях здравоохранения, оказывающих стационарную помощь : приказ Министерства здравоохранения Респ. Беларусь от 01.10.2007 г. № 792.

5. *Основы семиотики заболеваний внутренних органов* / А. В. Струтынский [и др.]. 10-е изд. Москва : МЕДпресс-информ, 2015. 304 с.

6. *Султанов, В. К.* Исследование объективного статуса больного : учеб. пособие / В. К. Султанов. Санкт-Петербург : СПГУПМ, 1995. 235 с.

7. *Тишендорф, Франк В.* Диагноз по внешним признакам : атлас-справочник по клинической и дифференциальной диагностике / Франк В. Тишендорф. Москва : Медицинская литература, 2008. 312 с.

8. *Федоров, Н. Е.* Пропедевтика внутренних болезней (основы диагностики и частной патологии внутренних органов) : лекционный курс / Н. Е. Федоров. Витебск : ВГМУ, 2007. 428 с.

9. *Чучалин, А. Г.* Клиническая диагностика : руководство для практикующих врачей / А. Г. Чучалин, Е. В. Бобков. Москва : Литера, 2006. 308 с.

*Приложение*

**СХЕМА ОФОРМЛЕНИЯ ТИТУЛЬНОГО ЛИСТА  
УЧЕБНОЙ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ**

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ  
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ  
ВОЕННО-МЕДИЦИНСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ  
КАФЕДРА ВОЕННО-ПОЛЕВОЙ ТЕРАПИИ

Начальник кафедры, доктор  
медицинских наук, профессор,  
полковник м/с Рудой А. С.

**ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ**

Фамилия, имя, отчество пациента  
Клинический диагноз заболевания:  
основной, сопутствующий, осложнения

Курсант: \_\_\_\_\_  
(в/звание, фамилия, имя, отчество)

№ группы \_\_\_\_\_

Преподаватель: \_\_\_\_\_  
(в/звание, фамилия, имя, отчество, должность)

Время курации \_\_\_\_\_  
(начало и окончание)

**Краткая схема учебной истории болезни**  
**ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ**

**медицинская карта стационарного больного № \_\_\_\_\_**

Дата и время поступления « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. \_\_\_\_ часов \_\_\_\_ минут.

Дата и время выписки « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. \_\_\_\_ часов \_\_\_\_ минут.

Отделение \_\_\_\_\_, палата № \_\_\_\_\_

Группа крови \_\_\_\_\_ резус-принадлежность \_\_\_\_\_

Побочное действие лекарств (переносимость) \_\_\_\_\_  
(название препарата,  
характер побочного действия)

1. Фамилия, имя, отчество пациента \_\_\_\_\_

2. Пол: мужской, женский (нужное подчеркнуть).

3. Дата рождения « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.

4. Домашний адрес (место пребывания) \_\_\_\_\_

(вписать адрес, указать для приезжих область, район, населенный пункт)

5. Воинское звание \_\_\_\_\_

6. Профессия до призыва в армию, военная профессия \_\_\_\_\_

7. Дата призыва на военную службу \_\_\_\_\_

а. Диагноз клинический \_\_\_\_\_ Дата установления  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 г.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

в. Диагноз заключительный клинический:

основной \_\_\_\_\_ Код по МКБ–10 \_\_\_\_\_

осложнения основного \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

сопутствующий \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

с. Госпитализирован в данном году по поводу данного заболевания:  
впервые, повторно (нужное подчеркнуть), всего \_\_\_\_\_ раз.

8. Исход заболевания \_\_\_\_\_

## ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение .....	3
Жалобы пациента.....	5
История заболевания (anamnesis morbi) .....	9
История жизни (anamnesis vitae).....	10
Объективное исследование пациента (status praesens) .....	11
Обоснование предварительного диагноза.....	47
План дополнительных обследований .....	49
Дифференциальный диагноз .....	50
Клинический диагноз и его обоснование.....	51
Этиология и патогенез.....	53
Лечение и его обоснование.....	54
Прогноз и военно-врачебная экспертиза.....	55
Профилактика.....	57
Дневники курации .....	58
Температурный лист.....	58



Эпикриз .....	58
Оформление списка литературы .....	59
Список использованной литературы .....	60
Приложение .....	61

Учет ание

**Рудой** Андрей Семёнович  
**Бова** Александр Андреевич  
**Криушев** Павел Владимирович

## **СХЕМА НАПИСАНИЯ УЧЕБНОЙ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ**

Методические рекомендации

Ответственный за выпуск А. С. Рудой  
Корректор А. В. Лесив  
Компьютерная вёрстка С. Г. Михейчик

Подписано в печать 30.07.18. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Снегурочка».  
Ризография. Гарнитура «Times».  
Усл. печ. л. 3,72. Уч.-изд. л. 3,6. Тираж 60 экз. Заказ 577.

Издатель и полиграфическое исполнение: учреждение образования  
«Белорусский государственный медицинский университет».  
Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,  
распространителя печатных изданий № 1/187 от 18.02.2014.  
Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.