

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ПРОПЕДЕВТИКИ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ

В. П. ЦАРЕВ, С. А. КАЗАКОВ

**ОБСЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНОГО
С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ
ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ: РАССПРОС,
ТЕРМОМЕТРИЯ**

Методические рекомендации



Минск БГМУ 2010

УДК 614.253–071.1 (075.8)
ББК 51.1(2) я 73
Ц 18

Рекомендовано Научно-методическим советом университета в качестве
методических рекомендаций 28.10.2009 г., протокол № 2

Р е ц е н з е н т ы: зав. каф. терапии Белорусской медицинской академии последипломного образования д-р мед. наук, проф. М. С. Пристром; канд. мед. наук, доц. 1-й каф. внутренних болезней Белорусского государственного медицинского университета Н. А. Мартусевич

Царев, В. П.
Ц 18 Обследование больного с заболеваниями органов дыхания : расспрос, термометрия : метод рекомендации / В. П. Царев, С. А. Казаков. – Минск : БГМУ, 2010. – 19 с.

ISBN 978–985–528–144–4.

Данная методическая разработка поможет студентам преодолеть сложности в установлении контакта с пациентом, проведении первичного врачебного осмотра, интерпретации полученных данных. Представленные клинические алгоритмы профессионального поведения врача помогут учащимся быстрее овладеть специальностью. Рассматриваются материалы, касающиеся врачебной деонтологии и работы с больными при первичном врачебном осмотре, осмотре больных с заболеваниями органов дыхания, проведении термометрии.

Предназначено для студентов 3-го курса всех факультетов.

УДК 614.253–071.1 (075.8)
ББК 51.1(2) я 73

ISBN 978–985–528–144–4

© Оформление. Белорусский государственный
медицинский университет, 2010

Мотивационная характеристика темы

Количество учебных часов: 3 академических часа.

Учебные и воспитательные цели:

1. Ознакомить студентов с методикой клинического обследования больных с заболеваниями внутренних органов.
2. Раскрыть значение использования медицинской деонтологии, врачебной тайны, профессиональной этики в практической деятельности врача.
3. Ознакомить студентов со схемой истории болезни, разработанной на кафедре.
4. Ознакомить студентов с понятием анамнеза и его разделами — анамнезом болезни и анамнезом жизни.
5. Раскрыть значение анамнеза в распознавании болезни и постановке диагноза.
6. Ознакомить студентов с методикой расспроса больного согласно схеме истории болезни, которая включает выяснение паспортных данных (знакомство с больным), жалоб (основных и дополнительных), анамнеза болезни и жизни пациента с заболеваниями органов дыхания.
7. Ознакомить студентов с методикой определения температуры тела больного, ее референтными значениями, температурным листом.
8. Ознакомить студентов с понятием лихорадки, ее стадиями, типами, графическими кривыми на температурном листе.

Материальное оснащение: 1) схема учебной истории болезни и карта стационарного больного; 2) температурные кривые, термометр медицинский.

Решение частных целевых задач:

1. В начале занятия преподаватель формулирует конкретные учебные цели.
2. Преподаватель акцентирует внимание студентов на том, что больной — не объект для исследования, а страдающий человек, который ждет помощи. Вопросы, задаваемые пациенту, должны быть ясными и понятными ему, беседовать с ним нужно просто и неформально.
3. Далее студенты самостоятельно, согласно схеме учебной истории болезни, ведут расспрос больных с заболеваниями органов дыхания под наблюдением преподавателя.
4. Затем студенты оформляют на бумаге фрагменты учебной истории болезни, докладывают учащимся группы результаты расспроса, анализируют полученные данные. При необходимости преподаватель корректирует результаты работы студентов.

Распределение учебного времени приводится в таблице.

Таблица

Распределение учебного времени

Перечень учебных вопросов	Время, мин
1. Ознакомить студентов с клиникой пропедевтической терапии, условиями поведения и требованиями к одежде	20
2. Демонстрирование преподавателем расспроса пациента с заболеванием органов дыхания	20
3. Представление преподавателем различных типов температурных кривых на примере пациентов с заболеваниями органов дыхания, истории болезни	20
4. Демонстрирование методики термометрии у постели больного	20
5. Самостоятельный расспрос студентами больных с заболеваниями органов дыхания	20
6. Обсуждение с преподавателем полученных данных, коррекция ошибок	30
7. Заключение	5

Оснащение занятия: таблицы, слайды.

Контрольные вопросы:

1. Что такое врачебная деонтология?
2. Что такое этика расспроса?
3. В какой последовательности проводится расспрос?
4. Какие жалобы больного считаются основными?
5. Для чего необходима детализация жалоб?
6. Какие жалобы предъявляют больные с заболеваниями органов дыхания?
7. В какой последовательности выясняется история развития заболевания?
8. Каково значение истории развития заболевания для диагностики?
9. С какой целью выясняют историю жизни больного?
10. Все ли вопросы, касающиеся перенесенного заболевания, а также личной жизни, можно задавать больному в присутствии других лиц?
11. Что такое лихорадка?
12. Какие существуют типы кривых при лихорадке?
13. Как правильно хранить медицинские термометры?
14. Какие требования необходимо соблюдать при измерении температуры тела?
15. Что такое температурный лист и как правильно его заполнить?
16. Какие бывают типы лихорадок?
17. В чем особенности ухода за лихорадящими больными?
18. Какие бывают варианты снижения температуры тела у лихорадящих больных?
19. Каковы симптомы кризиса, и в чем состоит неотложная помощь при явлениях коллапса у больного?

Врачебная деонтология

Медицина — это деятельность, направленная на сохранение и восстановление здоровья человека, это один из видов специальных услуг. Термин «пропедевтика» означает предварительное обучение. Это самостоятельный вводный раздел, первый этап в изучении предмета «Внутренние болезни». За год обучения на кафедре пропедевтики внутренних болезней студенту 3-го курса нужно овладеть основными навыками клинической работы врача-терапевта. Это требует хорошего знания смежных вопросов из курсов биохимии, патологической и нормальной физиологии, анатомии, других дисциплин.

В современных условиях оказания помощи больным врач должен уметь работать быстро, качественно и интенсивно. При выполнении медицинских манипуляций врач использует сложные и высокотехнологические методики, многие из которых контролируются компьютерными системами. На работе врач надевает специальную одежду: халат, медицинский колпак. Должна быть сменная кожаная обувь на низком каблуке, а при необходимости — маска и перчатки.

В своей деятельности врач опирается на медицинскую деонтологию — учение о том, как правильно строить отношения с больными, их родственниками и коллегами по работе.

Отличительной особенностью медицинской деонтологии как науки является отсутствие узаконенных правил общения. Она основывается на совокупности этических норм, представлений и принципов, которые со временем могут изменяться. Но, тем не менее, основой для выполнения своих профессиональных обязанностей медицинскими работниками остается уважительное и внимательное отношение к больному, сострадание и самоотверженность, стремление систематически повышать свою квалификацию. Эта наука постигается в процессе всей трудовой деятельности, но на начальном этапе важную роль играет личность преподавателя.

В начале беседы нужно познакомиться с больным человеком. Вы представляетесь следующим образом: «Я студент 3-го курса лечебного факультета. Меня зовут Александр Петрович. А как ваша фамилия, имя и отчество?». Это позволяет настроить больного на деловое общение. Далее вопросы необходимо построить по методической разработке кафедры [3].

При расспросе о настоящем заболевании следует выделить в своей памяти основные и дополнительные жалобы, отражающие заболевание пораженной системы. Ряд пациентов, которые неоднократно госпитализируются за короткое время, могут рассказать о своем самочувствии и заболевании коротко и сжато, как это требуется для оформления медицинских документов. Отдельные пациенты не могут описать свои болезненные ощущения. Это требует внимания врача, избирательного построения на-

водящих вопросов. В последнем случае пациент сможет отвечать на них «да» или «нет». Иногда больной сообщает информацию, которая сразу же позволяет провести дифференциальную диагностику. По этой причине не нужно лишать обследуемого инициативы в рассказе.

При работе медицинского персонала существует опасность ятрогенных неблагоприятных влияний на развитие заболевания, вызванных самой методикой обследования или лечения. Больному следует сообщать информацию в доступной для него форме и только в необходимом объеме для дальнейшей совместной работы врача и пациента при обследовании и лечении [1].

Значительно помогает студентам общение с контактными людьми. После неоднократного участия в клинических занятиях такие пациенты сами подсказывают студентам, как нужно работать правильно. Способы клинического обследования студенту следует отрабатывать и без участия больных. Тогда во время занятия Вы будете чувствовать себя уверенно при самостоятельной работе. Это вызывает уважение у больных, и они охотно принимают участие в студенческих осмотрах.

Студенты могут испытывать сложности субъективного характера. Молодые по возрасту пациенты стесняются участвовать в клинических демонстрациях. Они стараются перевести разговор со своего самочувствия на другие темы. В этом случае нужно сказать: «Ответьте, пожалуйста, на следующие вопросы ...». Таким приемом можно управлять ситуацией и сразу использовать получаемую информацию для оформления медицинских документов. Надеяться на помощь других студентов в этом случае Вам не стоит. Вся работа врача строится по следующей модели: один лечащий врач – множество пациентов.

Во время обучения студентов на кафедре бывают случаи, когда пациенты относятся с пренебрежением к студенческим осмотрам. Более 1000 студентов 3-го курса за неделю неоднократно осматривают всех больных отделений клинической базы. Эта нагрузка способствует развитию неадекватных агрессивных поведенческих реакций пациентов. В случае, когда пациент резко негативен по отношению к студенческому осмотру, Вам нужно сказать об этом преподавателю. Только при изучении редких заболеваний и их клинических форм у преподавателя могут возникнуть трудности с подбором достаточного количества больных для осмотров. Большинство конфликтных ситуаций разрешается выбором другого пациента из соседней палаты. Единственный приемлемый способ избежать агрессии со стороны пациента — заинтересовать его в участии в клиническом осмотре. Хороший врач в региональной поликлинике может появиться только тогда, когда его обучали клинической работе каждое занятие с соответствующими пациентами. На это следует опираться в разговоре, когда больной ищет повод, чтобы отказаться от осмотра.

Следует помнить о возможности неадекватного поведения пациентов. Среди них достаточно распространены психические отклонения. Постоянно регистрируется рост алкоголизма и наркомании, которые нередко являются фоновыми для заболеваний внутренних органов. Шизофрения встречается у 0,82 %, а эпилепсия — 0,2–0,8 % от общей популяции. Терапевтические заболевания (артериальная гипертензия, сахарный диабет, цирроз печени) могут сопровождаться энцефалопатиями. Тем не менее, при работе с пациентами не следует давать характеристику их мнению и действиям. Это может усугубить непонимание больным Вашей позиции. При появлении конфликтных ситуаций студенту необходимо сразу же обратиться к преподавателю. Для решения специфических вопросов привлекают невропатологов, психиатров. При наличии неадекватных и болезненных форм поведения для их коррекции врачи-специалисты назначают специальные фармакологические средства [2].

Темы практических занятий лучше усваиваются, когда они отрабатываются с больными в палатах. У некоторых пациентов имеет место непонимание того, как построены занятия в клинике. В большинстве случаев в Ваших осмотрах будут участвовать люди, не связанные в своей профессиональной деятельности с медициной. По этой причине пациенты могут отказаться от клинических демонстраций: «Не хочу быть кроликом». Люди не понимают, что на животных проводятся острые эксперименты, заканчивающиеся гибелью подопытных, а от общения со студентами ничего плохого с пациентами не может произойти. Клиническая больница является базой для обучения студентов в течение многих лет. Клинические осмотры — это элемент медицинских услуг больниц такого статуса. При этом персонал отделений достаточно толерантен к формам негативного отношения со стороны пациентов.

Остановимся на сложностях клинических осмотров, вызванных объективными факторами. Среди лиц пожилого и старческого возраста широко распространено снижение слуха. После перенесенного нарушения мозгового кровообращения, а также из-за отсутствия зубов изменяется произношение слов. Встречаются пациенты, страдающие глухонемой. Во всех этих сложных случаях можно воспользоваться шариковой ручкой и бумагой для получения сведений о больном.

Редко приходится оказывать помощь иностранным гражданам. Переводчик окажет содействие в этой сложной ситуации. Может оказаться полезным общение при помощи жестов, хотя возможно двойственное толкование как Ваших вопросов, так и ответов на них. Однако в ряде случаев и это сможет Вам помочь.

Часто возникают ситуации, когда больной не хочет рассказывать о состоянии своего здоровья подробно. К этой ситуации лучше подготовиться заранее, обдумав и сформулировав вопросы для пациента. Перед

опросом следует сказать: «Пожалуйста, внимательно отнеситесь к задаваемым вопросам. Ваши ответы помогут оценить характер и тяжесть Вашего заболевания. Это поможет нам в диагностике и лечении».

Анамнез.

Расспрос больных с заболеваниями органов дыхания

Анамнез — сведения, получаемые от больного путем опроса, — включает информацию о заболевании пациента, его росте и развитии в детстве, обучении, трудовом стаже, перенесенных заболеваниях и операциях. Для последовательного, правильного получения этих первичных данных следует использовать методическую разработку кафедры, изданную ранее [3].

Для сбора анамнеза заболевания необходимо четко формулировать вопросы: 1. С какого времени считаете себя больным? 2. На что были жалобы в начале заболевания и что беспокоит сейчас? 3. Куда Вы обращались за помощью, специалист какого профиля обследовал Вас ранее? 4. Можно ли ознакомиться с результатами Вашего обследования и лечения?

После получения ответов на все пункты опросника по анамнезу жизни у Вас появится множество фактов о больном и сведений о перенесенных заболеваниях. Некоторые из сведений удобно трактовать как факторы риска при описании основного заболевания. В процессе когортных исследований подробно изучают состояние пациентов спустя несколько лет постоянных наблюдений. Эти данные позволяют определять факторы риска, которые привели к формированию исследованной патологии. Знакомство с литературными материалами о факторах риска поможет Вам правильно соотнести полученные данные и современные научные сведения.

Следующим этапом является подготовка материалов для оформления анамнеза заболевания с использованием выработанных ранее формулировок: «Считает себя больным с ..., когда впервые появились жалобы на Ухудшение связывает с появлением ... на ... день болезни. С целью обследования и лечения обратился к врачу-терапевту в ... поликлинику города Минска. В общем анализе крови обнаружены ..., на обзорной рентгенограмме органов грудной клетки определены ..., в других проведенных обследованиях отклонений не выявлено. По назначению врача принимал препараты Состояние — без заметного клинического эффекта. В связи с этим госпитализирован в стационарное отделение ... клинической больницы для продолжения обследования и лечения». Изменяя содержание нескольких строк в приведенном примере, можно оформить данные о любом заболевании в карте стационарного или амбулаторного больного.

Анамнез жизни записывается по плану, приводимому в методических разработках кафедры по оформлению учебной истории болезни. Напри-

мер: «Родился весом 3600 г в срок у молодых и здоровых родителей, рос и развивался соответственно возрасту ...». Во время обучения студентов на кафедре преподаватель уделяет внимание не только полноте описания, но и структурированию данных по разделам. При оформлении учебных историй болезни студентам необходимо отразить все материалы о больном по имеющимся в методических разработках планах.

В дальнейшем следует предложить пациенту продолжить участие в проводимом Вами клиническом осмотре: «Сейчас я Вас обследую». Больной не может знать о Ваших последующих действиях, поэтому ему нужно сообщить, что предстоит сделать и как Вы будете его обследовать. При этом пациенту нужно дать возможность подготовиться: освободиться от одежды, принять необходимое положение тела.

При дефиците веса у пациента методы объективного обследования выполняются легко. При перкуссии звук хорошо различим, аускультативные феномены легко трактуемы. У больных с ожирением результаты обследования оценивать сложнее. Однако во всех случаях методы объективного исследования следует выполнять технологически правильно. По завершении осмотра нужно поблагодарить пациента за участие, пожелать ему выздоровления.

Следующим этапом занятий на клинической кафедре являются клинические демонстрации. Этот элемент позволяет выработать навык проведения врачебных консилиумов. Достаточно трудоемко для Вас будет подготовить и представить полученные сведения в виде короткого резюме. Уже после нескольких тренировок Вы сможете рассказать о заболевании и объективных данных подробно и последовательно.

В дальнейшем в присутствии преподавателя и студентов необходимо продемонстрировать на пациенте методы объективного обследования, изученные ранее и на текущем занятии. Обследование статуса больного нужно проводить по плану методической разработки кафедры [3], докладывая присутствующим результаты своей работы: «Состояние больного удовлетворительное, сознание ясное, положение активное, поведение обычное ...».

Данная форма работы позволяет продемонстрировать результаты Вашей клинической подготовки. Успешная работа врача основана на фактическом умении получать и правильно использовать медицинскую информацию. Преподаватель и студенты могут оценить результаты проведенной работы. Клиническая демонстрация является неотъемлемой частью работы врача, условием организации консилиумов и клинических конференций.

С целью ограничения распространения медицинской информации в работе системы медицинской службы введено понятие врачебной тайны. При этом во время общения с коллегами, средним и младшим меди-

цинским персоналом сведения, касающиеся заболевания и результатов обследования, обсуждаются только исходя из интересов пациента и целесообразности совместного дальнейшего использования этой информации для оказания помощи.

К основным жалобам, характерным для заболеваний системы органов дыхания, относятся одышка (dyspnoe), кашель (tussis), кровохарканье (haemoptoe), боль (dolor) в грудной клетке. Наличие этих признаков позволяет достоверно диагностировать заболевания системы легких. В дальнейшем вы познакомитесь с технологиями формулирования предварительного диагноза по наличию нескольких симптомов, существующих у больного одновременно. Для многих заболеваний описаны характерные сочетания симптомов в виде триад.

Патогенез основных жалоб системы дыхания связан с патологическим процессом. Одышка или ощущение затрудненного дыхания, нехватки воздуха возникает от многих причин, в том числе как ответ на гипоксию дыхательного центра, вызванную расстройствами оксигенации крови в легких. При нарушении процесса дыхания на вдохе одышку называют инспираторной, при выдохе — экспираторной. Кашель представляет собой быстрый выдох через суженную голосовую щель, вызванный рефлексом со слизистой бронхо-легочной системы. Кровохарканье появляется при попадании эритроцитов из сосудов в бронхи через ткань легкого либо при разрыве сосудов слизистой оболочки. Боль может различаться по происхождению, интенсивности, локализации, характеру, продолжительности и иррадиации. К появлению этого симптома приводит патологическое раздражение нервных окончаний.

Оценка сопутствующих признаков позволяет врачу составить предварительный план обследования. Дополнительные симптомы — лихорадка, слабость, недомогание, снижение аппетита — отражают интоксикацию организма больного вследствие воспалительного процесса. Их наличие указывает на интенсивность клинического течения болезни.

Термометрия

Температура тела пациента является регистрируемым показателем, связанным с обменом веществ, мышечной работой, состоянием водного обмена, опосредованном через кожу, легкие, почки, желудочно-кишечный тракт. У новорожденных обмен веществ интенсивнее, а как следствие — и температура тела выше, чем у стариков. Существуют циклические изменения температуры тела у женщины, что используется для оценки состояния гинекологического здоровья. Традиционно в отечественной медицине температура тела регистрируется в подмышечной ямке. У здорового человека она составляет 35,5–36,6 °С. Существуют технологии из-

мерения температуры в ротовой полости, прямой кишке, в ухе пациента. Они широко распространены в зарубежной медицинской практике.

В отделении у постовой сестры имеются ртутные термометры, готовые к использованию. Пальцами правой руки (первым, вторым, третьим) его захватывают за широкую часть, где нет ртутного резервуара. Резким движением руки его встряхивают, при этом ртутный столбик термометра спускается вниз, в резервуар. Подмышечную ямку пациента протирают сухой чистой салфеткой. Следует помнить, что повышенная влажность способствует большей теплоотдаче. Термометр устанавливают ртутным резервуаром в область подмышечной ямки, а противоположная его сторона должна быть направлена в сторону лица пациента.

Пациент помещает свою руку на грудь, при этом предплечье и кисть оказываются поднятыми вверх. В течение 10 мин измеряется температура тела. Захватив рукой термометр за свободный конец, визуально определяют численное значение температуры по шкале. Следует учесть, что купание в ванне или душе изменяет кожную температуру. Это условие следует учесть при измерении кожной температуры [4].

Результаты измерения температуры тела, проводимого утром (6.00–8.00) и вечером (16.00–18.00), фиксируют в температурном листе. У лиц с гипертермией контроль температуры тела проводят по назначению врача (по показаниям). Карты динамического наблюдения в блоке интенсивной терапии имеют 24 столбца, что позволяет фиксировать температуру тела каждый час.

Следует помнить о наличии системных и случайных ошибок при регистрации температуры. Системная ошибка связана с технологическими дефектами самого термометра как прибора измерения. Это выражается в отличии регистрируемой температуры от ее истинной величины. Следует учитывать измерения температуры с точностью $\frac{1}{10}$ °С, системной ошибкой при этом следует пренебречь. При лихорадке гипертермия тела достигает 40–41 °С, что превышает обычную температуру тела на 3–4 °С. Технологические дефекты термометра могут вносить ошибку в измеряемую величину, но за диагностически значимую величину при этом принимается повышение на несколько градусов, а не на $\frac{1}{10}$ °С. Случайные ошибки регистрации температуры могут быть исключены повторными измерениями. Для снижения температуры тела до 36,6 °С требуется несколько часов и воздействие лекарственных средств. Быстрые изменения зарегистрированной температуры тела требуют повторного уточнения при динамическом наблюдении.

После измерения температуры тела прибор погружают в резервуар с раствором для дезинфекции, например, в «Полидез универсал» 1%-ной концентрации на 45 мин (приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 165 от 25.11.2002 г. «О проведении дезинфекции

и стерилизации учреждениями здравоохранения»). Затем его промывают в проточной воде, высушивают полотенцем. Хранят термометры в стакане, на дно которого укладывается вата для профилактики повреждений резервуара с ртутью. В домашних условиях термометр хранится в пластиковом чехле. В случае повреждения колбы с ртутью необходимо провести демеркуризацию мебели и помещения. Для этого может использоваться раствор 3%-ной перекиси водорода («Инструкция по порядку учета, сбора, хранения и транспортировки ртути содержащих отходов в городе Минске», 2000 г.).

Повышение температуры тела свыше 37 °С дает основание для ее дальнейшей динамической регистрации через короткие промежутки времени. Анализ температурной кривой за несколько дней позволяет определить тип лихорадки. Постоянные колебания температуры тела в пределах 37–38 °С — субфебрильная температура, 38–39 °С — фебрильная, 39–40 °С — умеренно высокая, 40–41 °С — высокая, 41–42 °С — гиперпиретическая.

В зависимости от типов колебания температуры тела в течение суток выделено шесть типов температурных кривых. Если графическое изображение отмечается колебаниями величины между цифрами 38 и 39 °С в вечернее время, то это постоянный тип лихорадки (*febris continua*). Колебания в пределах 1 °С отмечаются при долевой пневмонии.

Ремиттирующая лихорадка (*febris remittens*) характеризуется суточными колебаниями температуры тела в пределах 1–1,5 °С без снижения до нормального уровня. Это температурное проявление полисегментарной пневмонии, нагноительного заболевания, туберкулеза.

Перебегающая лихорадка (*febris intermittens*) характеризуется чередованием в течение дня периодов повышенной температуры тела с периодами нормальной или пониженной температуры. Наблюдается при малярии.

Гектическая лихорадка (*febris hectica*) выявляется при сепсисе, нагноительных заболеваниях. Она характеризуется ростом температуры тела на 2–4 °С в течение суток с падением до нормальных показателей.

Лихорадка извращенная (*febris inversa*) устанавливается по превышению утренней температуры над вечерней.

Неправильная лихорадка (*febris irregularis*) определяется отсутствием какой-либо закономерности в смене периодов повышения и снижения температуры. Данный тип обнаруживается при ревматической болезни, сепсисе, эндокардитах, туберкулезе.

Волнообразная лихорадка (*febris undulans*) — это чередование периодов повышения и снижения температуры тела на протяжении нескольких дней, что бывает при бруцеллезе, лимфогранулематозе.

По характеру снижения лихорадки выделяют быстрое снижение температуры до нормальных цифр в течение одного дня (кризис) и постепенное — до 36,6 °С за несколько суток (лизис). При продолжении лихорадки более 45 дней ее называют хронической, менее 15 дней — острой.

Во время лихорадки пациент теряет много энергии вследствие разогрева тела. Чем дольше длится лихорадочный период, тем более заметными становятся проявления энергетических затрат: больной теряет вес за счет испарения жидкости, уменьшения количества жировых отложений.

Для профилактики водных и электролитных расстройств пациенту необходимо предоставить достаточное количество жидкости в виде фруктовых соков, морса, минеральной воды, компота из сухофруктов. Для удобства ухода за больным жидкость наливается в особую емкость — поильник. В связи со снижением аппетита суточный рацион лучше разделить на 5–6 приемов пищи. Больным с выраженным интоксикационным синдромом показано проведение инфузионной терапии растворами кристаллоидов (физиологический раствор, раствор Рингера, раствор Рингера–Локка) с контролем суточного диуреза мочегонными средствами. В случае развития психических расстройств (бред, галлюцинации) пациент может быть фиксирован к кровати. При этом возникают сложности с осуществлением физиологических отправок. Для контроля этой функции организма выполняется катетеризация мочевого пузыря, регулярно используется очистительная клизма на подкладном судне. Проводится профилактика пролежней с помощью резинового круга.

Из-за избыточного потоотделения постельное и нательное белье больного надо менять не только ежедневно, но и по потребности, несколько раз за день. Для уменьшения головной боли при лихорадке на лоб больного кладут пузырь со льдом либо охлаждающий компресс.

При критическом снижении температуры тела клинически обнаруживаются признаки коллапса: конечности пациента становятся влажными от пота и холодными на ощупь. Во время объективного обследования больного, а также на экране реанимационного монитора отмечаются уменьшение значений артериального давления и рост частоты пульса, который становится нитевидным.

Для лечения больного требуется поднять ножной конец выше головного на 30 см, убрать подушку из-под головы. В условиях блоков интенсивного наблюдения восстановление величины артериального давления производится при помощи титрования дозы вводимых прессорных аминов с помощью шприцевой помпы.

Обучением персонала методам медицинского ухода за тяжелыми больными занимаются учебные медицинские заведения. Лечащий врач контролирует качество и своевременность оказания пациенту этих медицинских услуг средним и младшим медицинским персоналом.

Тестовые вопросы

1. Деятельность, направленная на сохранение и восстановление здоровья, называется
2. Область клинической медицины, изучающая этиологию, патогенез, семиотику, диагностику, лечение, прогноз, профилактику заболеваний внутренних органов, называется
3. Термин «пропедевтика внутренних болезней» означает ... в курсе внутренние болезни.
4. Наука о взаимоотношении врача и больного, совокупность этических норм и принципов поведения, которых должен придерживаться врач в процессе своей профессиональной деятельности, называется
5. Жизнь, нарушенная в своем течении повреждением структуры или функции органов под влиянием внешних или внутренних факторов, называется
6. Выберите правильное латинское название одышки:
 - а) dystrophia;
 - б) dysphagia;
 - в) dyspnoe;
 - г) dyspepsia;
 - д) dysfunction.
7. Одышка характеризуется следующими объективными признаками:
 - а) тахикардией, повышением артериального давления, изменением частоты, глубины дыхания;
 - б) нарушением фазы вдоха и выдоха, аритмией дыхания и пульса;
 - в) изменением ритма, частоты, глубины дыхания, вдоха и выдоха.
8. Какие признаки изменяются при физиологической одышке:
 - а) частота сердечных сокращений, вдоха и выдоха, тахипноэ;
 - б) аритмия дыхания, вид кожных покровов, глубина, частота дыхания;
 - в) глубина, частота дыхания, вдох и выдох?
9. Если больной предъявляет много различных жалоб, то врачу следует:
 - а) не использовать всю предоставленную информацию;
 - б) прекратить рассказ больного, сменив тему разговора;
 - в) детализировать жалобы, подразделив их на подгруппы: основные и дополнительные;
 - г) перейти к методам физического обследования пациента.

10. Укажите главную причину неудачи, если результаты расспроса пациента неудовлетворительны:

- а) шум в палате;
- б) присутствие персонала и других врачей при проведении консилиума;
- в) непонимание больным медицинской терминологии;
- г) недостаточная квалификация врача в проведении расспроса.

11. Детализировать (анализировать) необходимо следующие жалобы больного:

- а) основные; б) дополнительные;
- в) патологические; г) все.

12. Схема для анализа (детализации) жалоб больного включает:

- а) характеристику жалобы (для боли — локализацию и иррадиацию);
- б) время появления жалобы;
- в) ответ на вопрос: «Что провоцирует жалобу?»;
- г) ответ на вопрос: «Что купирует жалобу?»;
- д) все перечисленное выше;
- е) ничего из перечисленного выше.

13. Анамнез жизни включает следующее количество разделов:

- а) 3; б) 4; в) 5; г) 6; д) 7.

14. Перенесенные ранее заболевания и вредные привычки больного являются:

- а) самостоятельными разделами анамнеза заболевания;
- б) самостоятельными разделами анамнеза жизни;
- в) входят в состав первого раздела анамнеза жизни;
- г) входят в состав второго раздела анамнеза жизни;
- д) входят в состав третьего раздела анамнеза жизни.

15. К ближайшим родственникам больного относятся:

- а) отец, мать, братья и сестры, дети;
- б) отец, мать, дяди, тети, братья и сестры, дети;
- в) отец, мать, дяди и тети, братья и сестры, бабушки и дедушки, дети;
- г) отец, мать, дяди и тети, братья и сестры, двоюродные братья и сестры, бабушки и дедушки, дети.

Ответы:

1. медицина; 2. внутренние болезни; 3. введение; 4. деонтология; 5. болезнь; 6. в; 7. в; 8. в; 9. в; 10. г; 11. а; 12. д; 13. в; 14. в; 15. в.

Литература

1. *Харди, И.* Врач, сестра, больной психология работы с больными / И. Харди. 5-е изд., перераб. и доп. ; пер. с венг. М. Алекса. Budapest : Academia Kiado, 1988. 338 с.
2. *Руководство по психиатрии* : в 2 т. / под ред. Г. В. Морозова. М. : Медицина, 1988. Т. 1. 640 с.
3. *Схема учебной истории болезни по пропедевтике внутренних болезней* : метод. рекомендации / В. П. Царев [и др.]. 2-е изд., перераб. и доп. Минск : БГМУ, 2006. 19 с.
4. *Nursing procedures* / Ex. Dir. M. Cahlin [et al.]. 2nd ed. Pennsylvania : Springhouse Corporation, 1996. P. 8–11.

Оглавление

Мотивационная характеристика темы	3
Врачебная деонтология.....	5
Анамнез. Расспрос больных с заболеваниями органов дыхания	8
Термометрия	10
Тестовые вопросы.....	15
Ответы.....	16
Литература.....	17

Учебное издание

Царев Владимир Петрович
Казаков Сергей Алексеевич

**ОБСЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНОГО
С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ:
РАССПРОС, ТЕРМОМЕТРИЯ**

Методические рекомендации

Ответственный за выпуск В. П. Царев
Редактор Н. В. Тишевич
Компьютерная верстка Н. М. Федорцовой

Подписано в печать 29.10.09. Формат 60×84/16. Бумага писчая «КюмЛюкс».
Печать офсетная. Гарнитура «Times».
Усл. печ. л. 1,16. Уч.-изд. л. 0,83. Тираж 50 экз. Заказ 211.

Издатель и полиграфическое исполнение:
учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет».
ЛИ № 02330/0494330 от 16.03.2009.
ЛП № 02330/0150484 от 25.02.2009.
Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.