**Министерство здравоохранения Украины**

**Запорожский государственный медицинский университет**

**Кафедра внутренних болезней-1**

**ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ**

**Учебно-методическое пособие**

**Запорожье 2017**

**УДК 616.1/.4-071(075.8)**

**ББК 53. 4я73**

**I90**

**Рецензенты:**

Заведующий кафедрой внутренних болезней-2, д.м.н., профессор Визир В.А.

Заведующий кафедрой внутренних болезней-3, д.м.н., профессор Доценко С.Я.

Учебно-методическое пособие утверждено на заседании Центральной методического Совета Запорожского государственного медицинского университета /протокол № 3 от 02.03.2017 г./ и рекомендовано к печати.

**Авторы:** заведующий кафедрой внутренних болезней 1, д.мед.н., профессор Сиволап В.Д., д.мед.н., доцент Киселев С.М., к.мед.н., доцент Соловьюк А.О., к.мед.н., ассистент Назаренко Е.В., к.мед.н., ассистент Земляной Я.В.

Необходимость создания данного пособия обусловлена новыми требованиями по написанию учебной истории болезни в терапевтической клинике. Учебно-методическое пособие соответствует программе учебной дисциплины «Внутренняя медицина» для студентов высших учебных заведений III-IV уровней аккредитации. Специальности: 7.12010001 «Лечебное дело», 7.12010002 «Педиатрия». В пособии даны необходимые методические указания и требования для написания академической истории болезни по внутренней медицине и надлежащего усвоения практических навыков во время курации больного. Предложенные алгоритмы дифференциальной диагностики, составляющие клинического диагноза и примеры его формулировки позволят студентам не только усвоить предмет «Внутренняя медицина», но и развить клиническое мышление будущего врача.

**СОДЕРЖАНИЕ**

|  |  |
| --- | --- |
| Введение………………………………………………………….…… | 4 |
| Рекомендации и требования по оформлению истории  болезни терапевтического больного .................................................. | 5 |
| Рекомендации и требования по оформлению истории  болезни эндокринологического больного .........................……….... | 32 |
| Методика дифференциальной диагностики ...................................... | 63 |
| Примеры формулировки диагнозов в клинике  внутренних болезней ...................................................………...……. | 66 |
| Основные нормативные показатели, определенные  с помощью различных методов исследования ................................. | 78 |
| Протокол клинического разбора больного…………………………. | 95 |
| Рекомендованная литература………………………………………... | 97 |
| Приложение 1. Температурный лист……………………………….. | 99 |
| Приложения 2. Аббревиатуры, использованные в результатах лабораторных исследований в зарубежных анализаторах……….. | 101 |

**ВВЕДЕНИЕ**

Целью издания является обобщение учебно-методических материалов по написанию студентами истории болезни, в соответствии с требованиями программы учебной дисциплины «Внутренняя медицина». Учебно-методическое пособие предназначено для практических занятий и самостоятельной работы студентов при изучении дисциплины. Практические занятия, клинические обходы с профессором, доцентом или ассистентом кафедры являются главной частью учебного процесса при преподавании основ внутренней медицины на IV и V курсах (Модули 1 и 2). Участие студентов в лечебном процессе амбулаторных и стационарных пациентов под руководством преподавателя кафедры, курация тематических больных, овладения методикой дифференциальной диагностики и написания академической истории болезни являются обязательными средствами обучения, наиболее существенно влияют на усвоение студентами практических навыков и умений по дисциплине. В издании приведены учебно-методические материалы по методике дифференциальной диагностики в клинике внутренних болезней, рекомендации и требования к оформлению академической истории болезни, формулировка клинического диагноза в соответствии с требованиями стандартов и протоколов диагностики и лечения МЗ Украины и утвержденных в соответствующем порядке классификаций.

Приведенный в издании материал будет способствовать оптимизации практической подготовки студентов по методике курации больного и способствовать усвоению навыков клинического мышления, как основы лечебно-диагностического процесса.

**РЕКОМЕНДАЦИИ И ТРЕБОВАНИЯ ПО ОФОРМЛЕНИЮ**

**ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО**

История болезни - основной документ, в котором врач отражает и анализирует все события, связанные со здоровьем пациента, производит концепцию диагностического представления и лечения. Это документ, в котором вы должны самостоятельно обосновать диагноз, руководствуясь всеми полученными знаниями и информацией о больном (опрос, сопроводительное письмо врача скорой помощи, амбулаторная карта, беседа с родственниками или свидетелями), данными непосредственного (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) и лабораторно-инструментального исследования. Кроме того, в истории болезни должна содержаться информация о ходе болезни, проведенное лечение, исход болезни.

История болезни - медицинский юридический документ, отражающий работу врача, его опыт, знания, профессионализм, умение клинически мыслить. Она свидетельство правильного ведения больного врачом и / или совершенных им ошибок.

**Схема истории болезни состоит из следующих основных разделов**:

• Титульный лист

• Жалобы

• История (анамнез) настоящего заболевания

• История (анамнез) жизни больного

• Объективное состояние больного (настоящее состояние)

• Предварительный диагноз и его обоснование

• План обследования

• Данные лабораторных, инструментальных методов исследования и консультации специалистов

• Температурный лист

• Дифференциальная диагностика

• Заключительный клинический диагноз и его обоснование

• Этиология и патогенез основного заболевания

• Лечение и его обоснование

• Прогноз и экспертиза трудоспособности

• Профилактика

• Дневник

• Выписной эпикриз

• Список литературы

**Оформление титульного листа**

заведующий кафедрой

внутренних болезней-1

профессор Сыволап В.Д.

Преподаватель: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Клинический диагноз

Основное заболевание:

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

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

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

Осложнения основного заболевания:

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

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

Сопутствующее заболевание:

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

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

Куратор: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

студент IV курсу \_\_\_ группы,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ факультета

Начало курации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Окончание курации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Оформление паспортной части

**Паспортные данные**

ФИО больного \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Пол\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Возраст\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Поступления плановое или экстренное \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Поступление в стационар (год, месяц, дата, час) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Профиль отделения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата выписки \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ЖАЛОБЫ**

В этом разделе собраны жалобы, которые приводит **больной при поступлении в клинику**. Необходимо провести их детализацию (характер, степень выраженности, причины их вызывающие, продолжительность и т.д.), если есть приступообразное течение заболевания, следует подробно описать начало возникновения приступа, его течение, продолжительность, какие факторы или медикаментозные средства облегчают или прекращают приступ. Нередко студент получает для курации больного, который провел в клинике 5-6 дней и более. Терапия, проводимая за это время, вероятно изменила как субъективные, так и объективные проявления болезни. При беседе с куратором больной жалоб не приводит. В таких случаях в истории надо выражать те субъективные проявления, которые были в момент поступления. В такой ситуации в истории болезни куратор констатирует «На момент обследования жалоб не предъявляет» и приводит жалобы на время госпитализации.

Полное представление о жалобах студент (врач) получает во время целенаправленного опроса больного согласно нижеприведенной схемы. Следует отметить, что **опрос по системам в отдельный раздел учебной истории болезни не выносится, а проводится с целью уточнения и детализации жалоб**. В историю болезни жалобы больного заносятся в отредактированном виде, в первую очередь отмечают жалобы, которые имеют отношение к основному заболеванию, а потом и все остальные.

### Схема целенаправленного опроса больного по системам

### Система органов дыхания

**Кашель:**

• сухой или с мокротой;

• когда появляется: утром, вечером, ночью,

• постоянный или периодический;

• характер кашля: громкий, сильный, безголосый, лающий;

• условия появления кашля: в связи с определенным положением тела (каким именно), после еды и т.п.

**Мокрота**:

• суточное количество;

• как откашливается: легко, с трудом, в каком положении лучше;

• характер и цвет мокроты;

• запах мокроты;

• консистенция;

• количество слоев и их характеристика.

**Кровохарканье:**

• интенсивность - прожилки или чистая кровь;

• цвет крови: красная, черная;

• частота.

**Боль в груди:**

• характер боли: тупая, острая, ноющая, колющая,

• связь с дыханием;

• что облегчает боль

• во время надавливания на грудную клетку, во время наклонов туловища в разные стороны.

**Одышка:**

### • постоянная, в покое, во время физической нагрузки, ходьбы, в зависимости от положения в постели, во время разговора;

### • инспираторная, экспираторная, смешанная.

**Сердечно-сосудистая система**

**Боль в области сердца**:

• постоянная или пароксизмальная;

• локализация (за грудиной, в области сердца, в области верхушечного толчка и т.п.);

• иррадиация;

• характер: ноющие, колющие, сжимающие, тупые;

• чем сопровождаются - ощущением тревоги и страха, слабостью, холодным потом, головокружением и т.п.;

• интенсивность;

• продолжительность;

• частота болевых приступов

• причины и обстоятельства появления боли (во время физической нагрузки, волнения, во время сна и т.п.);

• поведение больного во время приступа боли;

• что дает терапевтический эффект.

**Ощущение перебоев в работе сердца**.

**Сердцебиение:**

### • характер сердцебиения: постоянное, приступами (интенсивность, продолжительность, частота)

### • условия появления: во время физической нагрузки, в покое, при изменении положения тела, при волнении и т.п.;

### • чем сопровождаются (удушьем, болями в сердце и т.п.), от чего проходит.

### • отеки на ногах и других местах, время их появления (утром, вечером)

### • ощущение пульсации: в каких частях тела, чем обусловлены, от чего проходят.

### • признаки спазма периферических сосудов: интермиттирующая хромота, ощущение «мертвого пальца»; чем они вызываются, от чего проходят.

### Система органов пищеварения

• аппетит: хороший, снижен, повышен, извращенный, отвращение к пище;

• насыщенность: нормальная, быстрая, постоянное чувство голода;

• жажда: сколько выпивает жидкости в сутки, сухость во рту;

• вкус во рту: кислый, горький, металлический, сладковатый, притупление или потеря вкусовых ощущений;

• запах изо рта: неприятный (гнилостный), сладковатый, аммиачный, кисловатый, каловый, запах гнилых яблок и др.;

• глотание и прохождение пищи: болезненное, затрудненное, какая пища не проходит?

• слюнотечение.

• срыгивание: чем, время появления, выразительность, громкость.

• изжога: связь с пищей, что облегчает изжогу?

• тошнота: зависимость от пищи и ее характера.

**Рвота:**

• натощак, после или во время еды (сразу или через определенный промежуток времени); какие ощущения предшествуют рвоте, облегчает ли она самочувствие больного;

• характер рвоты: съеденной пищей, желчью, цвета кофейной гущи, с примесями свежей крови и т.п.; запах рвотных масс (гнилостный, кислый и др.), без запаха.

**Боль в животе:**

• локализация и иррадиация боли;

• когда и при каких обстоятельствах возникает, до еды, после еды (через какое время), ночная боль. Уменьшается ли боль сразу после еды? Другие факторы, облегчающие боль (рвота, прием медикаментов, тепло и т.п.);

• зависимость от характера пищи (грубой, жирной, острой и т.п.) или ее количества;

• характер боли: острая, тупая, ноющая, в виде приступа или постепенно нарастающая;

• продолжительность боли;

• чем сопровождается;

• не появляется ли желтуха, потемнение мочи, обесцвеченный стул после приступа боли?

• распирание и тяжесть в животе;

• вздутие живота, отхождение газов, урчание в животе.

**Стул:**

• регулярно, нерегулярно, самостоятельно или после клизмы, слабительных лекарств;

• запоры, несколько суток;

• поносы: с чем связаны, сколько раз в сутки;

• бывают тенезмы;

• характер каловых масс (жидкие водянистые, кашицеобразной, типа рисового отвара и др.); цвета и запах кала; примеси: кровь, гной, остатки непереваренной пищи, глисты;

### • выделение крови (перед дефекацией, во время или в конце ее);

### • изжога, зуд, боль в области заднего прохода;

### • выпадение прямой кишки.

**Мочевыводящая система**

**Боли в области поясницы:** характер (тупые, острые, приступообразные), иррадиация, продолжительность, от чего появляются или усиливаются, чем сопровождаются, что облегчает боль.

**Мочеиспускание:**

• свободное, с трудом, обычной струей, тонкой, прерывистой;

• рези, жжение, боль при мочеиспускании;

• частота мочеиспусканий, особенно ночью;

• количество мочи в сутки;

• цвет мочи: нормальный, темный, цвета "мясных помоев", пива и т.п.;

• наличие крови при мочеиспускании: в начале, во всех порциях, в конце;

• наличие неконтролируемого мочеиспускания.

**Опорно-двигательный аппарат**

• Боль в конечностях, суставах. Характер болей, летучесть, связь с переменой погоды, с нагрузкой, с волнением; появление болей в покое, ночью.

• Припухлость суставов, их покраснение (каких именно).

• Затруднение при движении (в которых суставах), скованность по утрам, ее продолжительность.

• Боль и затруднение при движении в позвоночнике (в каких отделах), иррадиация болей.

**Эндокринная система**

• Нарушение роста и конституция.

• Изменение веса (ожирение, похудение).

• Изменения кожи (чрезмерная потливость или сухость, огрубление ее, появление багровых кожных расхождений, изменения цвета).

• Нарушение первичных и вторичных половых признаков; дисменорея и бесплодие у женщин; импотенция у мужчин.

• Нарушение волосяного покрова (чрезмерное развитие, появление его нанесвойственных данному полу местах, выпадение волос).

### Нервная система, органы чувств

• Ночной отдых (сон глубокий, поверхностный, с частыми пробуждениями, без сновидений, со сновидениями, цветные сны и т.п.).

• После сна (бодрость, улучшение самочувствия, слабость, «разбитость»).

• Память (отличная, хорошая, обычная, снижена, очень плохая).

• Настроение - утром, в первую, во вторую половину дня (отличное, хорошее, удовлетворительное, плохое, очень плохое).

• Внимание (отличное, хорошее, удовлетворительное, плохое, очень плохое).

• Головная боль (локализация, характер, с чем связано его возникновение, периодичность, продолжительность, сопутствующие симптомы: шум в ушах, головокружение).

• Нарушение походки, дрожание конечностей, судороги, нарушение кожной чувствительности.

• Лихорадка.

• Повышение температуры и ее колебания в течение суток (характер кривой).

• Скорость повышения температуры и продолжительность лихорадки. Что снижает температуру?

• Предшествуют ли озноб повышению температуры, появляется потливость после ее снижения, интенсивность потоотделения, ночные поты.

**Жалобы, полученные при внимательном расспросе, помогают формированию предварительного представления о диагнозе.**

Пример 1. Больной Н., 45 лет впервые почувствовал боль давящего характера за грудиной, появилась она в покое, отдавала в IV и V пальцы левой руки и шею, продолжалась около получаса, после приема нитроглицерина боль прошла в течение 10 минут. Вероятный диагноз: «стенокардия».

Пример 2. Больной М., 56 лет, заболел остро с внезапной лихорадки до 38,5, не проходит от приема жаропонижающих, с ознобом, кашлем с гнойной мокротой, спустя два дня - присоединились боли в правой половине грудной клетки, усиливающиеся на вдохе, одышка при разговоре. Последнее стало поводом для вызова участкового врача. Вероятный диагноз «пневмония, внегоспитальная».

# ИСТОРИЯ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

# (ANAMNESIS MORBI)

В этом разделе отображается начало заболевания и его динамика к моменту поступления в клинику (стационар).

В процессе расспроса необходимо получить ответы на следующие вопросы:

• Когда, где и при каких обстоятельствах заболел.

• Как началось заболевание (остро, постепенно).

• Каковы причины заболевания (по мнению больного). Устанавливается возможное влияние на возникновение и течение заболевания условий внешнего окружения (профессиональных, бытовых, климато-погодных факторов), физического или психоэмоционального перенапряжения, интоксикаций, погрешности в диете. инфекционных заболеваний (аденовирусной инфекции, гриппа, ангины).

• Какие первые признаки болезни.

• Когда и какая оказана первая медицинская помощь, ее эффективность. Изменения в состоянии больного произошли с момента начала заболевания до сих пор (динамика жалоб больного).

• В случае хронического течения заболевания в хронологической последовательности отразить рецидивы болезни и их проявления, также периоды ремиссии, их продолжительность.

• Какие исследования проводились больному, их результаты. При возможности используется амбулаторная карта, выписки из истории болезни, рентгенограммы, спирограммы, ЭКГ и другие документы.

• Какое применялось лечение на разных этапах заболевания, его эффективность.

• Что явилось причиной настоящего ухудшения, подробно описать основные симптомы его проявления.

• Как изменилось состояние больного за время пребывания в стационаре до момента курации больного (конкретно по выраженности и характеристике симптомов).

**ИСТОРИЯ ЖИЗНИ БОЛЬНОГО (ANAMNESIS VITAE)**

• Краткие биографические данные (место рождения, которым по счету ребенком родился, как рос и развивался, обучение, специальность, бракосочетание, беременность, роды).

• Трудовой анамнез (начало трудовой деятельности, профессия, ее изменения, условия труда, производственные вредности, использование отпуска, служба в рядах вооруженных сил, участие в войне).

• Жилищно-бытовые условия в разные периоды жизни больного, состав семьи.

• Употребление пищи (режим, регулярность, характер пищи - ее разнообразие, калорийность).

• Перенесенные заболевания, травмы, операции, контузии, ранения, туберкулез, венерические заболевания: указывают тяжесть и продолжительность болезни, осложнения, лечебные мероприятия; парентеральные вмешательства (подкожные, внутримышечные, внутривенные, переливание крови, лечение и удаление зубов), контакт с больными, перенесшими вирусный гепатит "В" и "С".

• Эпидемиологический анамнез, контакт с инфекционными больными.

• Вредные привычки: курение, с какого возраста курящей количество в сутки алкоголь, с какого возраста, в каком количестве, как часто; Другие вредные привычки (наркотики, крепкий кофе или чай).

• Семейный анамнез и наследственность (родители, братья, сестры, дети - их здоровье, причины смерти), наследственные заболевания (врожденные аномалии развития, психические заболевания, сифилис, болезни обмена и др.), Отягощенность анамнеза (алкоголизм, злокачественные новообразования, эндокринные и психические заболевания).

• Анамнез: наличие аллергических заболеваний у больного, его родных и детей; реакции на переливание крови, введение сывороток, вакцин и прием медикаментов (каких и когда) реакции на различные пищевые продукты, напитки (пищевая аллергия), косметических средств, запахов, а также пыльцы различных растений. Выяснить реакцию на контакт с различными животными, одеждой, шерстью, домашней пылью, постельным бельем.

• Влияние на течение заболеваний, условий труда, профессиональных факторов, различных факторов (охлаждение, перегрев, инсоляция).

• Метеолабильность и сезонность. Установить влияние на течение заболевания климатически-погодных условий, магнитных возмущений. Описать сезонность обострений, их причину (инфекция, атопия, погода и др.).

• Работоспособность: количество суток нетрудоспособности в течение года, наличие группы инвалидности.

**По данным анамнеза жизни Вам скорее всего удалось выяснить этиологические факторы данной патологии, определить ведущую нозологическую форму, или круг синдромов. Со всей полученной информации надо выбрать ту, которая свидетельствует о связи с основной патологией.**

# ОБЪЕКТИВНОЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНОГО

**(STATUS PRAESENS)**

* Общее состояние больного: удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое.
* Сознание: ясное, угнетенное, ступор, сопор, кома, возбуждение, эйфория, бред, галлюцинации.
* Поза больного: активная, пассивная, вынужденная.
* Выражение лица: спокойное, возбужденное, неловкое, страдальческое, маскообразное.
* Походка: свободная, скованная, бодрая, утиная, специфическая (гемипарез, паркинсонизм и т.п.).
* Телосложение: правильное, неправильное.
* Конституционный тип (нормостенический, астенический, гиперстенический), рост, вес. Индекс Кетле (кг / м2).
* Кожа и видимые слизистые оболочки: цвет (бледная, бледно-розовая, красная, синюшная, желтушная, землистая, пигментация, депигментация) сыпь (эритема, розеола, папула, пустула, везикула, булла, петехии, струп, синяки, эрозии, трещины, язвы, расчесы) рубцы, сосудистые звездочки, ксантомы, ксантелазмы; влажность кожи; тургор кожи; тип оволосения.

• Подкожно-жировая клетчатка: развитая слабо, умеренно, чрезмерно; места наибольшего отложения жира; наличие пастозности, характеристика отеков по локализации и распространенности (общие, местные) цвет кожи в области отеков (бледность, синюшность, гиперемия), характеричстики (подвижные, мягкие и т.п.).

• Лимфатические узлы: подчелюстные, шейные, супра- и субклавикулярные, локтевые, паховые. Определение их размера, консистенции, болезненности, подвижности, сращений между собой и с кожей; миндалины, их размер, окраску, наличие гнойных пробок в лакунах.

• Мышцы: степень развития (нормальная, избыточная, слабая, атрофия мышц - общий или местный), тонус (повышенный, пониженный, нормальный) болезненность при пальпации и движениях; дрожь или тремор отдельных мышц; парезы, параличи конечностей.

• Кости: исследуют кости черепа, грудной клетки, таза и конечностей с целью выявления деформации, периостита, искривление, акромегалии, изменения концевых фаланг пальцев рук и стоп, барабанные пальцы, болезненность при пальпации.

• Суставы: конфигурация (нормальная, припухлость, деформация) гиперемия кожи и местное повышение температуры в области сустава; объем активных, пассивных движений (свободный или ограниченный) болезненность при пальпации и при движении; хруст, флуктуация, контрактуры, анкилоз.

**Система органов дыхания**

• Осмотр (inspectio) (при наличии одышки - ее характер, тип дыхания, число дыханий в 1 минуту), форма грудной клетки, западение или выбухание супра- и субклавикулярних ямок)

• пальпация (palpatio) (резистентность, болезненность грудной клетки, голосовое дрожание)

• перкуссия: сравнительная перкуссия легких, определение зон притупления, тимпанита и т.п. с указанием их размера и точной локализации, определения характера звука при перкуссии (ясный легочный звук, притупление, тупость, коробочный). Топографическая перкуссия - определение высоты стояния верхушек легких спереди и сзади, нижних границ, экскурсии краев легких в см;

• аускультация: характер дыхания (везикулярное, бронхиальное, жесткое и т.п.), хрипы (сухие и влажные, крупно-, средне- и мелкопузырчатые, звучные, крепитация, шум трения плевры, их точная локализация), бронхофония.

# Сердечно-сосудистая система

• Осмотр (видимая пульсация сосудов, "пляска каротид", сердечный горб, верхушечный и сердечный толчок).

• Пальпация (верхушечный и сердечный толчок, его локализация, систолическое и диастолическое дрожание).

• Перкуссия (границы сердца - относительная и абсолютная тупость, конфигурация сердца, ширина сосудистого пучка в см).

• Аускультация (тоны сердца - ясные, глухие; шумы, их характеристика, шум трения перикарда).

• Исследование сосудов: осмотр (наглядная пульсация) и пальпация доступных артерий, извитость и плотность сосудистых стенок височной, лучковой и плечевой артерий, прослушивания каротид, бедренных артерий, феномен Траубе-Виноградова-Дюрозье, прослушивания шейных вен (шум волчка).

• Пульс: частота, наполнение, напряжение, ритм, форма; наличие асимметрии пульса, при аритмии одновременно (с подсчетом пульсовых ударов) прослушивание сердца (определение так называемого дефицита пульса) капиллярный пульс.

• Артериальное давление на обеих руках: при артериальной гипертензии - АД на нижних конечностях.

# Система органов пищеварения

• Осмотр: полость рта, слизистые, язык, его налет, состояние сосочков, трещины, язвы, десны, зубы;

• Живот (форма, участие в акте дыхания, расширение подкожных вен), видимая перистальтика желудка и кишечника;

• Пальпация - поверхностная (напряжение брюшной стенки, симптом Щеткина-Блюмберга, болезненность, ее локализация, расхождения прямых мышц живота); глубокая (по Образцову-Стражеско). Выявление асцита перкуторно и путем определения флуктуации.

• Стул: регулярность и характер;

• Печень: перкуторно определения размера печени по ориентировочным данным (размеры по Курловым). Если печень доступна пальпации, то есть выступает из-под края реберной дуги, - размер, болезненность, поверхность (гладкая, бугристая), край (острый, закругленный), консистенция (плотная, мягкая). Специальное исследование желчного пузыря.

• Поджелудочная железа. Пальпация по Гроту.

• Селезенка: пальпация в различных положениях больного (на спине, на правом боку), ее размер, форма, консистенция и состояние поверхности; перкуссия селезенки - размеры в см (длина и сечение).

# Мочевыводящая система

# • Осмотр области поясницы;

# • Пальпация почек (размер, форма, консистенция, локализация). Симптом Пастернацкого. Мочеиспускание (свободное, мучительное и т.п.).

# Нервно-эндокринная система

Настроение больного, сон, память, зрачковые рефлексы, симптом Ромберга, характер дермографизма, экзофтальм (одно- или двусторонний), наличие глазных симптомов, осмотр и пальпация щитовидной железы. Зрение. Слух.

# ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ

Предварительный диагноз ставится на основании жалоб, анамнеза и объективных данных, непосредственно подтверждающих наличие данного заболевания (используются только те признаки, которые характерны для болезни), учитывается и эффективность проводимой терапии. По возможности в диагнозе отражаются и обосновываются форма, фаза, стадия, течение заболевания и т.п. Обоснование основного, сопутствующих (терапевтических) заболеваний и осложнений проводятся раздельно.

Необходимо выделить субъективные и объективные симптомы, сформулировать синдромы и установить нозологический диагноз. **Диагноз должен содержать:**

**• Основное заболевание, которое стало причиной госпитализации;**

**• Осложнения, которое обусловлено основным заболеванием;**

**• Функциональный диагноз основного заболевания, который должен отражать состояние функции пораженного органа: компенсацию или декомпенсации, степень тяжести.**

**• Сопутствующее заболевание, которое патогенетически не связано с основным;**

**• Осложнения, обусловленные сопутствующим заболеванием;**

**• Функциональный диагноз сопутствующего заболевания.**

Обоснование предварительного диагноза нужно написать на основании анализа жалоб, данных анамнеза заболевания и жизни, данных объективного осмотра по следующим пунктам:

• перечислить жалобы, позволяющие сделать вывод о преимущественном поражении того или иного органа или системы (например, типичный болевой синдром, наличие лихорадки, одышки и т.д.)

• перечислить данные анамнеза заболевания, по которым можно сделать вывод 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.)

• перечислить данные анамнеза жизни, позволяющие предположить факторы данного заболевания (например, отягощенный семейный анамнез, наличие профессиональных воздействий, вредных привычек - злоупотребление алкоголем и т.д.)

• перечислить данные объективного исследования, выявленные отклонения от нормы в физикальном статусе, или какие-либо симптомы (например, наличие ожирения, кардиомегалии, хрипов в легких, цианоз и т.д.), позволяющие предположить данное заболевание

• кроме формулировки диагноза основной нозологической формы необходимо привести данные, по которым можно конкретизировать диагноз с указанием стадии и формы течения болезни, фазы, степени активности, степени функциональных нарушений и т.д.

• перечислить данные, свидетельствующие о наличии осложнений данного заболевания

• сформулировать диагноз сопутствующей патологии, которая может оказывать влияние на имеющееся основное заболевание

**Пример формулировки данного раздела можно представить следующим образом:**

• На основании жалоб на длительный дискомфорт в правом подреберье, периоды одновременного обесцвечивание стула и потемнение мочи, эпизодический кожный зуд, иктеричность кожи и слизистых оболочек, сонливость днем и бессонница по ночам.

• На основании данных анамнеза заболевания: известный больному факт (со слов врачей) увеличения печени, указаний на перенесенную операцию холецистэктомии 10 лет назад, предшествующую госпитализацию по поводу гастродуоденального кровотечения.

• На основании данных анамнеза жизни: злоупотребление алкоголем, неудовлетворительное питание и социальные условия жизни

• На основании данных осмотра: асцит, периферические отеки, спленомегалия, расширение подкожных вен на животе «голова медузы», иктеричность кожи и склер, наличие сосудистых звездочек и пальмарная эритема.

• Можно сформулировать предварительный диагноз: цирроз печени алкогольной этиологии.

• Данные, свидетельствующие о портальной гипертензии: асцит, спленомегалия, «голова медузы», указание на кровотечение.

• Данные, свидетельствующие о желтухе: кожный зуд, иктеричность кожи и склер, обесцвечивание стула и потемнение мочи.

• Данные, свидетельствующие о печеночной энцефалопатии: бессонница, неадекватное отношение к своему заболеванию.

• Данные, свидетельствующие о печеночной недостаточности: наличие пальмарной эритемы, сосудистых звездочек.

• Сопутствующая патология: состояние после холецистэктомии, хронический панкреатит.

# ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО

Исходя из предварительного диагноза, студент создает индивидуальный план наблюдения за больным и его обследования, консультаций других специалистов.

Дополнительные методы исследования должны нацеливаться на решение вопросов диагностики, функционального состояния органов и систем, вовлеченных в патологический процесс, степени активности и тяжесть заболевания.

План лабораторных и инструментальных методов исследования должен включать:

• Клинический анализ крови каждые 7-10 суток

• Общий анализ мочи каждые 7-10 суток

• Кал на яйца гельминтов;

• Исследование крови на СПИД, сифилис

• Определение группы крови и резус-фактора;

• Сахар крови

• Рентгенография органов грудной клетки (если в течение последнего года не проводилась)

• Электрокардиограмма;

• Взвешивание больных каждые 10 суток.

• Перечень специальных лабораторных и инструментальных исследований, которые необходимо провести при выявлении у больного патологии (указать какой).

## ДАННЫЕ ЛАБОРАТОРНЫХ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ, КОНСУЛЬТАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ

В данном разделе приводятся результаты обязательных и дополнительных исследований, выводы консультантов. Целесообразно привести нормальные параметры и единицы измерения в дополнительной графе лабораторных и инструментальных исследований. Проводится интерпретация полученных данных.

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

Также анализ ЭКГ больного инфарктом миокарда не должен быть формальным. Он будет обоснованным, если вы приведете динамику зубцов и сегментов в информативных отведениях (наличие патологического зубца Q, подъема сегмента ST и т.д.).

Так вы сможете подтвердить свои предположения, выдвинутые, как концепцию диагностического заключения в предыдущем разделе.

**ТЕМПЕРАТУРНЫЙ ЛИСТ**

Температурный лист: кривая температуры, частоты пульса, числа дыханий, график АД, масса тела, объемы выпитой, введенной внутривенно и выделенной из организма жидкости.

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА**

Дифференциальная диагностика проводится путем сравнения наиболее важных симптомов основного заболевания у больного с похожими признаками других заболеваний.

Этот раздел начинается с обоснования выбора заболевания, с которым будет проводиться дифференциация. Сначала описываются общие проявления болезни курируемого больного с похожим заболеванием. Далее проводится сравнение каждого симптома у данного больного с подобным симптомом другого заболевания с отражением особенностей (различий) их проявлений.

Необходимо учитывать отсутствие тех симптомов у курируемого больного, характерных для другого заболевания, и наоборот, наличие тех симптомов, которые не характерны для другого заболевания.

Дифференциальная диагностика проводится в том же порядке, в котором проводилось обследование больного: сначала сравниваются жалобы, далее данные анамнеза заболевания и жизни, результаты объективного обследования и, наконец, дополнительных методов исследования, подтверждающие данное заболевание.

Примечание: используют только те симптомы и результаты дополнительных методов исследования, которые имеются у данного больного.

**Пример:** Хронический: гломерулонефрит, гипертонический вариант, фаза обострения. Неосложненный. Без нарушения функции почек. Мочевой синдром является ведущим синдромом при хроническом гломерулонефрите, без которого мы не имеем возможности подтвердить данное заболевание.

Специфическими признаками мочевого синдрома для этого заболевания являются: значительная суточная протеинурия в сочетании с микрогематурией и цилиндрурией. Такие признаки бывают при вторичном амилоидозе, васкулитах (синдром Гудпасчера), узелковом периартериите. При хроническом гломерулонефрите повреждается гломерулярный аппарат, развиваются экстраренальные синдромы - почечная симптоматическая артериальная гипертония, соответствующая компенсаторная реакция организма на повреждение паренхимы почек (клубочкового аппарата). Артериальная гипертония не характерна для амилоидоза и синдрома Гудпасчера. При синдроме Гудпасчера является поражение сосудов легких (пульмонит). Поскольку в данном случае поражения легких нет при давности заболевания более 3-х лет, этот процесс менее вероятен. Для окончательного исключения пульмонита необходима рентгенография легких и исследование мокроты на сидерофаги. При вторичном амилоидозе при подобном мочевом синдроме должен быть нефротический синдром, в анамнезе хронический гнойный процесс, туберкулез.

Поскольку они не отмечаются, то и данное заболевание исключается. Итак, если находим типичный мочевой синдром, начинаем активно искать признаки сходства или полного несоответствия по основным синдромам с заболеваниями, включенным в дифференциальный ряд. Отсутствие прямых критериев по основным синдромам, характерных для этих заболеваний, позволяет их исключить. Тогда в дифференциальную диагностику включают другие, не ведущие, патогенетически связанные, имеющиеся у больного синдромы. Наиболее вероятный процесс формулируется как предполагаемый диагноз. Если обнаруживаются черты сходства, то для исключения одного-двух заболеваний, обосновывается план обследования (лабораторно-инструментальных исследований) для верификации основного диагноза или в дифференциальном плане. Затем проводится поиск синдрома, симптома, или признака, которые не могут быть объяснены, исходя из знаний патогенеза и клиники основного заболевания, то есть патогенетически не связанные с предполагаемым диагнозом. Врачом высказывается предположение о сопутствующем, конкурирующем или фоновом процессе. Выделяя специфические симптомы сопутствующих заболеваний, обосновывается предполагаемый диагноз сопутствующего заболевания.

# ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ

# И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ

В данном разделе диагностическая версия должна быть по возможности полно раскрыта и подтверждена, поскольку от правильно установленного диагноза будет зависеть и выбранное лечение.

Укажите, какие именно данные обследования подтвердили ваш предварительный диагноз, которые уточнили форму, фазу, степень активности и осложнения. Вполне возможно, что диагностическое представление после дообследования придется пересмотреть в пользу другого диагноза. Это не противоречит принципам врачебного мышления и не уменьшает ваших способностей 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 эпикриз и т.д.

Краткое изложение вашего представления должно выглядеть следующим образом:

Обоснование окончательного диагноза нужно написать, повторив анализ жалоб, данных анамнеза заболевания и жизни, данных объективного осмотра, и дополнив тем данным обследования, которые его подтвердили. Во время обоснования клинического диагноза приводится ссылка на предыдущий диагноз и дифференциальную диагностику; далее используется данные дополнительных методов исследования, которые подтверждают это заболевание. Необходимо отдельно проводит обоснование основного, сопутствующих заболеваний и осложнений, обосновывая каждое положение диагноза.

Развернутый клинический диагноз формулируется в соответствии с требованиями классификации, утвержденными МЗ Украины или съездами врачей. В диагнозе отражают следующие разделы:

• Этиологию (если она известна)

• Клинический (клинико-морфологический) вариант болезни;

• Фазу (ремиссия или обострение)

• Стадию течения;

• Отдельные наиболее выразительные синдромы (результат включения в патологический процесс различных органов и систем);

• Осложнения.

**Пример формулировки данного раздела можно представить следующим образом:**

**•** На основании жалоб больного на постоянную одышку при ходьбе, отделения слизисто-гнойной мокроты утром на протяжении последних 3 лет;

• На основании данных анамнеза: указание на наличие в течение 15-ти лет хронического обструктивного бронхита с обострениями до 3-4 раз в год;

• На основании наличия таких проявлений: обнаруженные при осмотре горизонтальное положение в постели, диффузный теплый цианоз, пульсация шейных вен, надчревная пульсация, акцент II тона над легочной артерией, синдрома правожелудочковой недостаточности - тахикардии, одышки, положительного симптома Плеша, гепатомегалии, периферических отеков.

• На основании данных обследования: эритроцитоз в периферической крови, данных рентгенологического исследования: в прямой проекции по левому контуру увеличение II дуги сердечной тени, в правом боковом положении – conus pulmonalis; учитывая признаки гипертрофии правого желудочка по ЭКГ и данные ЭХО КС: гипертрофия правых отделов сердца; показатели функции внешнего дыхания (ОФВ1 = 28%).

**Можно сделать вывод о наличии у больного:**

ХОЗЛ IV стадии, преимущественно бронхитичний тип, обострение средней степени тяжести

Осложнения: дыхательная недостаточность III ст., хроническое легочное сердце, декомпенсация, IV ФК по NYHA

**ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ ОСНОВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ**

Информация для этого раздела должна быть получена на основе анализа современной литературы. Взгляды на этиологию заболевания приводятся в сжатой форме. Опишите принятые в настоящее время схемы патогенеза данного заболевания и наиболее вероятные патогенетические механизмы, которые имели место у пациента. Кратко объясните механизмы клинических симптомов и синдромов, выявленных у него. Можно пользоваться схемами, таблицами, графиками и рисунками.

# ЛЕЧЕНИЕ

Указывают современные принципы лечения основного заболевания по следующему плану:

• Режим;

• Диета;

• Психотерапия;

• Медикаментозное лечение;

• Физиотерапия;

• Лечебная физкультура и массаж;

• Санаторно-курортное лечение;

• Оперативное лечение (показания);

• Диспансерное наблюдение и противорецидивная терапия.

**В этом разделе необходимо отразить основные группы лекарственных препаратов, применяемые при лечении данного заболевания, показания и противопоказания к их назначению. Описать механизм действия лекарственных препаратов, рекомендованных больному, их разовые и суточные дозы, длительность курса лечения.**

**Обосновать индивидуальное лечение курируемого больного, выписать рецепты.**

**ПРОФИЛАКТИКА**

Первичная - предупреждение болезни, вторичная - предупреждение обострений, рецидивов хронического процесса.

**ПРОГНОЗ И ЭКСПЕРТИЗА ТРУДОСПОСОБНОСТИ**

Прогноз обосновывается в отношении заболевания, жизни и трудоспособности. Прогноз может быть благоприятным, сомнительным и неблагоприятным.

Прогноз в отношении заболевания считается благоприятным, если есть уверенность, что у курируемого больного наступит выздоровление; сомнительным – если нет уверенности в полном выздоровлении и неблагоприятным – если заболевание неизлечимо и имеет хроническое прогрессирующее течение.

Прогноз в отношении жизни может быть благоприятным в том случае, если больному не угрожают осложнения, опасные для жизни; сомнительным - если при определенных обстоятельствах у больного (с учетом его возраста, течения заболевания, прогрессирование, осложнений, эффективности лечения и т.п.) может наступить летальный исход, и неблагоприятным – если у больного летальный исход неизбежен.

## Прогноз в отношении трудоспособности решается в плане временной или стойкой утрате ее (группа инвалидности) с учетом степени функциональных нарушений и профессии больного.

## ДНЕВНИК

**Оформление дневника:**

Дата Состояние больного Назначение

В разделе "Состояние больного" дается оценка общего состояния больного, описываются жалобы, объективные данные с акцентом на патологические изменения в органах; в последующие дни отображается динамика течения болезни.

В разделе "Назначение" указывают режим, диету, лечение, изменения в проводимой терапии, необходимые дополнительные исследования.

**ВЫПИСНОЙ ЭПИКРИЗ**

Эпикриз - заключительная часть истории болезни. Это сокращенные выводы врача о сущности заболевания, его причинах, течении болезни и результатах лечения, состояние больного к моменту составления эпикриза, выводы относительно прогноза заболевания, работоспособности, о дальнейшем режиме, лечении и профилактики рецидивов заболевания.

В эпикризе кратко излагается паспортная часть, жалобы больного и их характеристика, история развития заболевания, история жизни больного (факты, имеющие отношение к текущему заболеванию), клинические признаки болезни, основные данные лабораторных и инструментальных исследований, которые подтверждают диагноз. Затем выставляется диагноз и проводившееся лечение (разовые и суточные дозы применяемых препаратов), результаты лечения, изменения в состоянии больного за время лечения. Исход заболевания (полное выздоровление, неполное выздоровление, незначительное ухудшение, состояние без изменений, переход от острого заболевания к хроническому, ухудшение состояния, смерть).

При выписке больного необходимо оценить прогноз в отношении выздоровления, подать оценку работоспособности с учетом его профессии и места работы (работоспособный, ограниченно работоспособный, показан перевод на более легкую работу, необходим перевод на инвалидность, группа инвалидности), рекомендации в отношении дальнейшего диспансерного наблюдения, лечение и профилактика рецидивов болезни, санаторно-курортного лечения.

**ЛИТЕРАТУРА**

В этом разделе указывают литературные источники, которые использовались при написании истории болезни в соответствии с общепринятой библиографической формой (с указанием фамилии и инициалов авторов в алфавитном порядке, название работы, источник, год и место издания, страницы).

Подпись студента Дата

**РЕКОМЕНДАЦИИ И ТРЕБОВАНИЯ ПО ОФОРМЛЕНИЮ**

**ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ ЭНДОКРИННОГО БОЛЬНОГО**

**Оформление титульного листа**

Заведующий кафедрой

внутренних болезней-1

профессор Сиволап В.Д.

Преподаватель: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**№ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ**

Клинический диагноз

Основное заболевание:

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

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

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

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

Осложнение основного заболевания:

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

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

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

Сопутствующее заболевание:

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

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

Куратор: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

студент IV курса \_\_\_ группы,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ факультета

Начало курации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Окончание курации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Паспортные данные

Инициалы больного \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Пол \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Возраст \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Образование \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Место работы, обучение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Домашний адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Поступление плановое или ургентное \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Время поступления в стационар (год, месяц, дата, час) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Профиль отделения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата выписки \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО**

В этом разделе собираются жалобы, которые предъявляет больной во время госпитализации в клинику. Необходимо провести детализацию их (характер, степень выраженности, вызывающие их причины, продолжительность и т.д.), если есть приступообразное течение заболевания, нужно детально описать начало возникновения приступа, его характер, продолжительность, факторы или медикаментозные средства, которые облегчают или прекращают приступ. Нередко студент получает для курации больного, который провел в клинике 5-6 дней и более. Терапия, которая проводилась за это время, целиком изменила как субъективные, так и объективные проявления болезни. Например, за это время у больного сахарным диабетом исчезли жажда, частое мочеиспускание, слабость и другие проявления декомпенсации. При беседе с куратором больной жалоб не предъявляет. В таких случаях в истории надо указывать те субъективные проявления, которые были на момент поступления. В такой ситуации в истории болезни куратор констатирует "На момент обследования жалоб не предъявляет. Однако пять дней тому назад во время госпитализации указывал на слабость, сухость во рту, жажду, частые мочеиспускания".

После выяснения основных субъективных ощущений и их предварительного анализа проводится опрос по системам органов. Целесообразно начать обследование с той системы, которая, судя по жалобам, страдает в первую очередь. Это даст возможность получить более общее представление о характере заболевания, нередко определяет ход дальнейшего клинической мысли, позволит не формально, а целеустремленно провести опрос по системам, подтвердить сначала предварительный диагноз или отвергнуть его.

Основные рекомендации по проведению опроса по органам и системам. Следует отметить, что опрос по системам в отдельный раздел учебной истории болезни не выносится, а проводится с целью уточнения и детализации жалоб.

а) Органы дыхания. Боли в области грудной клетки при дыхании, без связи с дыханием. Одышка: инспираторная, экспираторная, смешанная, временная, постоянная. Давность одышки, условия ее появления (при движениях, при волнении). Время появления одышки. Положение больного во время одышки (на боку, ортопноэ).

б) Сердечно-сосудистая система. Сердцебиение: при движении, в покое, при волнении, наступает пароксизмами. Ощущение пульсации в груди, на шее, перебоев в работе сердца и др. Боли и неприятные ощущения в области сердца в покое, при физической напряжении, при волнениях. Характер: колющие, ноющие, сжимающие и др., продолжительность. Иррадиация боли, возможные причины, чем снимается боль.

в) Органы пищеварения. Аппетит, вкус, глотание, сухость во рту, жажда. Диспепсические явления: отрыжка, изжога, тошнота, рвота, время возникновения, икота. Тяжесть и боли в животе: локализация, связь с пищей, характер боли, иррадиация, ночные боли, чем облегчаются, светлые промежутки, период обострения болей. Вздутие, урчание в животе. Стул: частота, характер кала, примеси слизи и крови. Газы, урчания. Печень: боли в правом подреберье, их характер, сила, иррадиация, связь с пищей, желтуха, повышение температуры, ознобы.

г) Мочевыделительная система. Нарушение мочеиспускания. Боли при мочеиспускании. Боли в области почек, их частота, продолжительность, иррадиация. Ощущение тяжести и боли в надлобковой области.

д) Нервная система. Головные боли, головокружения, память, настроение, раздражительность, вспыльчивость. Трудоспособность. Сон, сновидения.

е) Органы чувств (слух, зрение).

ж) Органы движения. Боли в суставах, мышцах.

з) Повышение температуры, поты, ночные поты, ознобы.

**ИСТОРИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

**(ANAMNES MORBI)**

Анамнез начинается со сведений больного о том, когда, где и при каких обстоятельствах появились первые признаки заболевания (с их характеристикой). Выясняются возможные причины, которые вызвали заболевание. Детально в хронологической последовательности описывается развитие каждого симптома, присоединение новых, их дальнейшее развитие. Описывается лечение, которое проводилось ранее, его эффективность. Отображаются рецидивы, причины их возникновения, частота, продолжительность ремиссии. Детально описывается последнее ухудшение, указываются причины последней госпитализации в клинику (ухудшение состояния, уточнение диагноза, плановое лечение и обследование).

**ИСТОРИЯ ЖИЗНИ БОЛЬНОГО**

**(ANAMNES VITAE)**

Место рождения больного. Развитие в детские и школьные годы. Проживание в эндемической по зобу местности. Начало трудовой деятельности и дальнейшая работа (профессиональный маршрут, служба в армии). Сведения об условиях работы, профвредности, специфические условия работы, быта (жилье, одежда) и питание больного в данное время.

Перенесенные заболевания в прошлом, начиная с детства. Венерические болезни, туберкулез, вирусный гепатит, нервные и душевные болезни. Вредные привычки: алкоголь, курение, соль и др.

Семейно-половой анамнез: у женщин - время появления менструаций, их регулярность, болезненность, продолжительность, количество беременностей и их результат. Климакс, время его появления и признаки. Почти при всех заболеваниях эндокринной системы у женщин выявляются нарушения менструальной функции. Получив для курации больного, студент 4-го курса, который еще не выучил акушерство и гинекологию, испытывает некоторые затруднения. В связи с этим, для оценки нарушений менструальной функции можно использовать следующие критерии:

Аменорея - отсутствие менструации на протяжении 6 мес. и более. Нужно различать аменорею первичную (менархе, то есть первых месячных не было) и вторичную (месячные были, однако прекратились и их нет на протяжении 6 мес.); опсоменорея - скудные менструации; менорагия - менструальные кровяные выделения более 7 дней; полименорея - густые менструальные кровотечения более 7 дней; метрорагия - безпорядочные кровяные выделения, дисфункциональные маточные кровотечения; олигоменорея - нерегулярные менструации с интервалами между первыми днями двух последних менструаций более 35 дней; дисменорея или альгоменорея - нерегулярные, мучительные менструации. Наследственные заболевания, конституциональные особенности (тучность, подагра, диабет) у родителей и ближайших родственников. Болезни и причины смерти родителей и близких родственников. Аллергические реакции на естественные, пищевые, лечебные вещества.

**РЕЗУЛЬТАТЫ ОБЪЕКТИВНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ**

**(STATUS PRAESENS OBJECTIVUS)**

Этот раздел традиционно начинается по оценке общего состояния больного. Общее состояние больного: удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое. Сознание: ясное, оглушенность, ступор, сопор, кома, возбужденная, эйфория, бред, галлюцинации.

Положение больного: активное, пассивное, вынужденное. Выражение лица: спокойное, возбужденное, равнодушное, страдальческое, маскоподобное. Походка: свободная, скованная, бодрая, утиная, специфическая (гемипарез, паркинсонизм и др.). Телосложение: правильное, неправильное. Конституциональный тип (нормостенический, астенический, гиперстенический), рост, вес. Индекс Кеттле.

Изменения кожи выявляются при целому ряде эндокринных заболеваний, что заставляет заподозрить ту или другую эндокринную патологию уже на начальных этапах осмотра.

|  |  |
| --- | --- |
| Кожные проявления эндокринопатий | |
| Симптом | Заболевание |
| Гиперпигментация, особенно в области лучезапястных суставов, ареол, гениталий, рубцов, слизистых оболочек, ладонных складок. | Болезнь Аддисона  Синдром Нельсона  Апудома (кортиколиберин/АКТГ-  продуцирующая опухоль) |
| "Черный акантоз" (acanthosis nigricans - симметрично расположенные ворсинчатые и бородавчатые разрастания аспидно-черного цвета, расположенные в области подмышечных впадин, промежности) | Ожирение  Синдром поликистозных яичников  Особые формы сахарного диабета (например, липоатрофический диабет Лоренса)  Hair-an-Синдром (hyperandrogenia+insulinresistance+acantosis nigricans)  Метаболический синдром (синдром X) |
| "Грязные локти" (симптом Бэра) | Гипотиреоз  Болезнь Иценко-Кушинга |
| Депигментация: генерализованная или локальная (витилиго) | Пангипопитуитаризм  Часто - при аутоиммунной Аддисоновой болезни (в сочетании с диффузной гиперпигментацией)  Диффузный токсический зоб  Гипопаратироз (аутоиммунный) |
| Грубая кожа: - сухая  - сальная, потная | Гипотиреоз  Акромегалия |
| Стрии:  -широкие, багровые, с синяками  -узкие, розовые или "перламутровые" | Болезнь (синдром) Иценко-Кушинга  Пубертатно-юношеский диспитуитаризм |
| Гирсутизм, часто в сочетании с вульгарными угрями (acne vulgaris) | Различные формы гиперандрогении (надпочечникового и яичникового генеза) |
| Алопеция | Гипотиреоз  Гипопитуитаризм  Вирильный синдром  Тиреотоксикоз  Гипопаратиреоз |
| Липоидний некробиоз, "пятнистая голень", синдром диабетической стопы | Сахарный диабет |

Гипертрофия и отечность слизистых оболочек при акромегалии приводят к нарушению проходимости носовых ходов и околоносовых синусов. Деструкция дна турецкого седла при опухолях гипофиза или некоторых формах "пустого" турецкого седла сопровождается развитием ликвореи. Потеря обоняния типична для синдрома Каллманна (особая форма гипогонадотропного гипогонадизма в сочетании с гипо- и аносмией).

Уже при первых словах, которые произносит больной, возможно указать на некоторые характерные для эндокринопатий изменения: тихий, хриплый голос при гипотиреозе из-за отложения гликозаминогликанов и отек голосовых связок, барифония - низкий тембр голоса при вирильном синдроме. При тиротоксическом кризе может быть затронуто произношение звуков, которые требуют прижатия языка к небу ("р", "л"); тембр голоса меняется при акромегалии, когда расширение околоносовых пазух прибавляет ему резонирующий оттенок. При допубертатном развитии гипогонадизма тембр голоса у мужчины остается высоким. Тихий, слабый голос типичный для аддисонического и пангипопитуитарного кризов. Пигментация слизистой оболочки ротовой полости типична для первичной хронической надпочечниковой недостаточности.

**Система органов дыхания**

Осмотр: форма грудной клетки (нормостеническая, гиперстеническая, астеническая, плоская, паралитическая, бочкообразная и т.д.).

Деформация грудной клетки и позвоночника. Состояние над- и подключичных ямок, положение лопаток. Симметричность дыхательных движений грудной клетки, их частота, тип дыхания (брюшной, грудной, смешанный, Чейн-Стокса, Биота, Куссмауля). Одышка, характер (экспираторный, инспираторный, смешанный, степень выраженности). Пальпация: резистентность, болезненность грудной клетки, голосовое дрожание.

Перкуссия: сравнительная перкуссия легких, определение зон притупления, тимпанита и др. с указанием их размеров и точной локализации, определение характера перкуторного звука (ясный легочный звук, укорочение, притупление, тупость, коробочный). Топографическая перкуссия проводится при необходимости.

Результаты аускультации: характер дыхания (везикулярное, бронхиальное, жесткое и др.), хрипы (сухие и влажные - крупно-, средне- и мелкопузырчатые, звучные, не звучные, крепитация, шум трения плевры, их точная локализация), бронхофония.

**Сердечно-сосудистая система**

Поражение сердечно-сосудистой системы наблюдается при многих эндокринопатиях. Одним из эндокринных заболеваний, в клинической картине которого патология сердечно-сосудистой системы занимает ключевое место, является синдром тиреотоксикоза. Так, постоянная синусовая тахикардия является наиболее частым симптомом тиреотоксикоза. Тенденция к увеличению пульсового давления, повышение частоты сердечных сокращений при тиреотоксикозе сопровождаются своеобразным ощущением "усиленного" сердцебиения с видимой при осмотре пульсацией сонных артерий, брюшной аорты (особенно в трудных случаях у лиц со значительным снижением массы тела). При диффузном токсическом зобе и других формах тиротоксикоза возможно развитие фибрилляции предсердий, которая иногда является единственным проявлением заболевания. Наличие этого вида аритмии - одна из самых важных признаков тяжелого тиреотоксикоза, ее развитие более вероятно при предварительном поражении миокарда (атеросклероз, пороки сердца).

Экстрасистолия наблюдается при тиреотоксикозе, но обычно встречается на фоне синусовой тахикардии. Экстрасистолия на фоне нормального ритма нетипична для тиротоксикоза. Пароксизмальная тахикардия (синусовая, наджелудочковая, с миграцией водителя ритма) характерна для феохромоцитомы - опухоль мозгового слоя надпочечных желез, которая сопровождается массивным выбросом в кровь катехоламинов. Синусовая тахикардия характерна для всех видов эндокринопатий, которые протекают с дегидратацией (декомпенсированный гипокортицизм, диабетический кетоацидоз). Тахикардию при гиперкортицизме и сахарном диабете объясняют миокардиодистрофией, а также, автономной кардиальной нейропатией с поражением блуждающего нерва.

Брадикардия характерная для гипотиреоза, но не является обязательным его признаком: как на начальных этапах заболевания (вследствие компенсаторной активации симпатоадреналовой системы, иногда с симпатоадреналовыми кризами), так и при развитии микседематозного сердца (недостаточность кровообращения) может наблюдаться даже тахикардия. Постоянная артериальная гипертензия с высоким пульсовым давлением типична для тиротоксикоза, преимущественно диастолическая гипертензия - для гиперальдостеронизма, синдрома Кушинга. Пароксизмальная артериальная гипертензия характерна для феохромоцитомы.

Артериальная гипертензия развивается вследствие поражения почек при сахарном диабете и гиперпаратиреозе. Артериальная гипертензия, ровно как и гипотензия, может наблюдаться при первичном гипотериозе. Сочетание гиперлипидемии и артериальной гипертензии содействует развитию атеросклероза, инфаркта миокарду, инсульта (ожирение, первичный гипотироз, сахарный диабет, синдром Кушинга).

Нужно подчеркнуть, что при первичном гипотериозе и синдроме Кушинга реальная частота инфарктов значительно ниже, чем могла бы быть, если исходить из данных о гиперлипидемии и гипертензии. Уменьшение размеров сердца может быть выявлено при Аддисоновой болезни, гипопитуитаризме, его увеличение - при гипотериозе, а также при всех эндокринопатиях, которые протекают с артериальной гипертензией. Увеличение размеров сердца при первичном гипотериозе связано не только с дилатацией полостей, но и с накоплением в полости перикарда жидкости, богатой на белки и гликозаминогликаны.

**Система пищеварения**

Значительное снижение аппетита отмечается при гиперпаратиреозе, гипопитуитаризме, кетоацидозе, менее выраженное - при гипотериозе. Одним из самых важных симптомов гипокортицизма является снижение аппетита в сочетании с пристрастием к соленой пище. Тошнота и рвота характерны для диабетического кетоацидоза, а также выраженной декомпенсации гипокортицизма, гиперпаратиреоза. Повышенный аппетит может быть при тиреотоксикозе, сахарном диабете, синдроме Кушинга, инсулиноме. Более сложные расстройства пищевого поведения происходят при неврогенной анорексии. Затруднение глотания, преимущественно твердой пищи, может быть связано с диабетическим кетоацидозом, особенно у детей, или у больных с аддисоническим, реже - тиреотоксическим кризом. Большой зоб также может быть причиной дисфагии. Разлитые, небольшой интенсивности постоянные боли в животе весьма характерны для гипокортицизма, гиперпаратиреоза.

Пептические рецидивирующие язвы с соответствующей клинической симптоматикой характерны для гиперпаратиреоза, синдрома Золлингера-Эллисона и могут осложняться желудочно-кишечным кровотечением. При эндогенном синдроме Кушинга, вопреки распространенному убеждению, язвенная болезнь встречается не чаще, чем в популяции, хотя при приеме глюкокортикоидов в больших дозах могут возникать стероидные язвы. Запор - симптом, который встречается при многих эндокринных заболеваниях, таких как гипотиреоз, гиперпаратиреоз, гиперальдостеронизм, синдром Кушинга. Ночная диарея может развиться при гастроинтестинальной форме диабетической автономной нейропатии. Постоянная диарея характерна для карциноидных опухолей и медуллярной карциномы щитовидной железы, значительно реже - при синдроме Золингера-Эллисона. При тиреотоксикозе может наблюдаться частый, плохооформленный стул (гипердефекация), но не истинная диарея. Значительные нарушения функции печени отмечаются при крайне тяжелом тиреотоксикозе. Жировая дистрофия печени типична для длительного, декомпенсованного сахарного диабета, экзогенно- конституционального ожирения. Уровень ферментов печени (аланинаминотрансферазы, аспартатаминотрансферазы, гамма-глутамилтранспептидазы) повышается при тиреотоксикозе, гипотиреозе, синдроме Кушинга.

**Мочевыводящая система**

Полиурия и никтурия часто наблюдаются у больных сахарным и несахарным диабетом, а также при гиперпаратиреозе, первичном гиперальдостеронизме. При диабетической автономной нейропатии возникают поллакиурия, недержание мочи или ее задержка, связанные с поражением нервов, которые иннервируют мочевыводящие пути. Недержание мочи и никтурия типичны для постменопаузальных урогенитальных расстройств. Пиелонефрит чрезвычайно распространен у больных сахарным диабетом, и его обострения могут сопровождаться такими тяжелыми осложнениями, как формирование папиллярного некроза почек или карбункула почки.

Одним из наиболее частых поздних осложнений сахарного диабета является диабетическая нефропатия. Врожденные аномалии мочевыводящих путей типичны для синдрома Шерешевского-Тернера и других генетических синдромов, которые сопровождаются поражением эндокринной системы. Нефролитиаз и нефрокальциноз осложняют первичный гиперпаратиреоз, синдром Кушинга. Реже камни мочевых путей встречается у больных с акромегалией, тиреотоксикозом.

**Репродуктивная система**

Половые расстройства (нарушение либидо, эректильная дисфункция) является основанием для эндокринологического осмотра, но лишь у небольшого числа больных с подобными отклонениями оказывается реальная эндокринная патология.

Эректильная дисфункция типична для длительно существующего и декомпенсированного сахарного диабета, осложненного развитием автономной нейропатии и микроангиопатии, а также является нередким симптомом у больных гипокортицизмом, гипопитуитаризмом.

Гиперпролактинемия любой этиологии, в т.ч. и медикаментозная, ведет к снижению либидо у лиц обоего пола, аменореи, и бесплодности у женщин, к олиго- или азооспермии, а также эректильной дисфункции у мужчин. Аменорея типична для дисгенезии яичников, синдромов рефрактерных и истощенных яичников, синдрома тестикулярной феминизации (синдрома тотальной нечувствительности к андрогенам), врожденной дисфункции коры надпочечников, гиперпролактинемии.

Аменорея может развиться и при любом эндокринном заболевании, которое не сопровождается первичным поражением гонад (синдром Кушинга, гипопитуитаризм, тиреотоксикоз и гипотиреоз), психосоматических заболеваниях, например нервной анорексии.

Метроррагии (ацикличные маточные кровотечения) типичны для гиперэстрогенных состояний (текома, гранулезно-клеточная опухоль яичников, кортикоэстрома, синдром поликистозных яичников). Те же причины, которые ведут к аменорее и олигоменорее, предопределяют и бесплодие.

Под влиянием избытка андрогенов у женщин развивается вирильный синдром, который включает, кроме комплекса описанных кожных проявлений, уменьшение молочных желез и гипертрофию клитора. Если действие андрогенов на женский организм началось во внутриутробном периоде, внешние половые органы ребенка будут сформированы по мужскому типу. Половое созревание считается преждевременным, если оно началось у девочек до 7 лет и у мальчиков до 9 лет. Оно может быть следствием гормонально-активных опухолей, воспалительных и травматических поражений главного мозга, конституциональных нарушений.

Чрезмерно большие размеры грудных желез у мужчин могут быть обусловлены истиной гинекомастией, то есть патологическим или физиологическим чрезмерным развитием железистой ткани грудной железы. Физиологическая гиперплазия типична для пубертатного периода здоровых мальчиков с умеренным избытком массы тела.

Гинекомастия считается ложной, если она обусловлена гиперплазией жировой ткани - липомастией, которая наблюдается при многих формах ожирения. Истинная гинекомастия, с которой достаточно часто приходится встречаться эндокринологу, может быть следствием эндокринных, генетических и соматических заболеваний. Ее причиной являются кортикоэстромы, реже смешанные опухоли надпочечных или чрезвычайно редко - синдром Кушинга, а также опухоли яичек или печени, цирроз печени, тиреотоксикоз. Гинекомастия типична для синдрома Рейфенштейна. Она может развиваться вследствие приема разных препаратов: эстрогенов, андрогенов, нейролептиков, хорионического гонадотропина, а также наркотических веществ.

Очень редко причиной гинекомастии или галактореи у мужнин является гиперпролактинемия. У женщин чрезмерное увеличение грудных желез - гигантомастия (мегаломастия, макромастия) практически никогда не бывает связанной с первичной эндокринной патологией, а является отражением нарушенной чувствительности к половым гормонам и, возможно, соматотропному гормону и пролактину. Описаны случаи гигантомастии при первичном гипотиреозе.

Не связанная с родами лакторея обычно вызвана повышенной (постоянной или транзиторной) секрецией пролактина, но может быть и отражением нервно-рефлекторных действий. Гиперпролактинемия с соответствующей клинической симптоматикой может наблюдаться и у больных с первичным гипотиреозом - синдром Ван-Вика-Хеннеса-Росса.

**Опорно-двигательный аппарат**

Нарушение роста у детей (резкое отставание или, наоборот, ускорение) чаще всего является серьезным признаком ряда заболеваний и требует консультации эндокринолога. Низкорослость или даже карликовость наблюдается у детей при гипофизарном нанизме, гипотиреозе, декомпенсированном сахарном диабете, пангипопитуитаризме, гиперкортицизме, синдроме Тернера. Является характерной динамика роста у детей с врожденной дисфункцией коры надпочечников: они рождаются крупными, с длиной тела на верхней границе нормы, быстро растут, опережая ровесников, до 10-12 лет, а потом в связи с закрытием зон роста их рост прекращается, и в конце концов эти больные остаются низкорослыми, с непропорционально длинным туловищем.

Высокорослость типична для гигантизма, который развился вследствие аденомы гипофиза, при условиях продукции чрезмерного количества гормона роста, а также для первичного гипогонадизма (например, для синдрома Клайнфельтера является типичной диспропорциональная высокорослость с чрезмерной длиной нижних конечностей).

Увеличение мягких тканей лица, увеличение кистей и стоп, прогнатизм характерно меняют внешность больных с акромегалией. Потеря кальция костной тканью (остеопороз, остеопения) наблюдается при многих эндокринопатиях: эндо- и экзогенном гиперкортицизме, гиперфосфатазии взрослых, гипогонадизме, дисгенезии гонад, в постменопаузальном периоде, при продолжительном тиреотоксикозе, осложненном сахарном диабете.

Укорочение IV пястных костей типично для псевдогипопаратиреоза и синдрома Тернера.

При гиперпаратиреозе нарушение структуры кости имеет широкий спектр: от выраженного фиброзно-кистозного остеита с множественными переломами к диффузному остеопорозу. При акромегалии чрезмерный рост кости с разрушением суставной поверхности ведет к артритам. Катаболизм кости в сочетании с нейропатией нижних конечностей является одной из причин формирования сустава Шарко при сахарном диабете (синдром диабетической стопы).

Миопатические синдромы и нарушения моторной функции могут наблюдаться при тиреотоксикозе, гипотиреозе, гиперкортицизме, нарушениях фосфорно-кальциевого обмена. При тиреотоксикозе особенно заметна слабость мышц тазового пояса и бедер, что сопровождается мышечной атрофией, реже атрофируются мышцы плеча и предплечий. Тиреотоксическая артропатия развивается как в результате нарушения обмена белков кости, так и, возможно, вследствие сопутствующих иммунных изменений. При гипотиреозе может быть миопатия без атрофии мышц, но может наблюдаться и гипертрофическая миопатия (синдромы Хоффмана, Дебре-Семеленя). Для миопатии при гиперкортицизме, длительно существующей акромегалии характерна слабость, преимущественно проксимальной мускулатуры. Атрофия мышц возможна и при гиперпаратиреозе, гипофосфатемическом рахите, остеомаляции. Мышечная слабость из-за дефицита половых гормонов наблюдается при разных формах гипогонадизма. Эпизодические приступы мышечной слабости наблюдаются при первичном гиперальдостеронизме, синдроме Бартера, реже - при тиреотоксикозе. Локальная атрофия мышц может наблюдаться при сахарном диабете.

Хайропатия - поражение суставов кистей - типична для сахарного диабета 1 типа.

**Центральная и периферическая нервная система**

Растущая опухоль гипофиза оказывает давление на твердую мозговую оболочку, вызывает головную боль, которая может прекратиться после разрыва последней. Сдавление растущей опухолью зрительного перекреста ведет к формированию так называемого хиазмального синдрома. Реже, при повреждении или сдавлении гипоталамуса, может появляться сонливость, гиперфагия, жажда, полиурия, гипертермия. При фронтальном росте опухоли возможно появление эпилепсии, при поражению ольфакторного тракта -аносмия, при росте опухоли в бок кавернозных синусов поражаются III-VI пары черепных нервов, что приводит к птозу, диплопии, офтальмоплегии, снижению слуха.

Остро возникающая головная боль в сочетании с хиазмальным синдромом встречается при кровоизлиянии в гипофиз. Внутричерепная гипертензия и синдром "пустого" турецкого седла сопровождаются постоянными головными болям, головокружением. Судорожный синдром наблюдается при гипопаратиреозе, гипогликемии, гипотиреозе, Аддисоновой болезни, гипопитуитаризме, синдроме неадекватной секреции АДГ. При гипопитуитаризме и гипотиреозе могут развиваться депрессии и иногда психозы с галлюцинациями, параноидным поведением, деменцией. Развитие психоза возможно при гипер- и гипокортицизме, тиреотоксикозе. Депрессия, заторможенность, эмоциональная лабильность, эйфория возможны при гиперкортицизме, заторможенность типична для гипотиреоза; выраженные ипохондрические черты приобретают больные с гипопаратиреозом. Нейропатия - одно из наиболее распространенных хронических осложнений сахарного диабета; чаще наблюдают полинейропатии. Увеличение времени расслабления мышц (замедление рефлексов) типично для гипотиреоза, Аддисоновой болезни и синдрома неадекватной секреции АДГ. Изредка быстропротекающие нейропатии наблюдают при инсулиномах. Дистальная часть срединного нерва сдавливается на уровне запястья утолщенной (при акромегалии) или отекшей (из-за излишка гликозаминогликанов при гипотиреозе) соединительной тканью, которая ведет к формированию карпального туннельного синдрома, который выражается в онемении, коликах и боли в 2\3 ладонной поверхности пальцев со стороны лучевой кости. Может формироваться нарушения отведения и сопоставления большого пальца. Самым редким осложнением тиреотоксикоза являются тиротоксические парезы и параличи.

Метаболические и сосудистые изменения в коре головного мозга в сочетании с прямым влиянием ряда гормонов на центральную нервную систему ведут к формированию энцефалопатии - тиротоксической, диабетической, стероидной.

**Изменения зрения и слуха**

Большинство эндокринных заболеваний сопровождается изменениями функции органа зрения.

|  |  |
| --- | --- |
| Изменения функции органа зрения при эндокринопатиях | |
| Симптом | Заболевание (состояние) |
| Боль в глазных яблоках | Эндокринная офтальмопатия  Глаукома\иридоциклит при СД,  Гиперкортицизм |
| Острая миопия | Гипергликемия |
| Гиперметропия (острая, преходящая) | СД в начале сахароснижающей терапии |
| Стойкое снижение зрения вследствие: |  |
| * диабетической пролиферативной ретинопатии | Продолжительно существующий, декомпенсированный СД |
| * пигментной атрофии зрительных нервов | Синдром Лоренса — Муна — Барде — Бидля |
| * атрофия зрительного нерва от сдавления | опухоли гипофиза с супраселлярным ростом;  супраселлярные внегипофизарные опухоли;  тяжелая эндокринная офтальмопатия |
| Битемпоральная гемианопсия, асимметричные нарушения полей зрения | Опухоли с супраселлярным ростом |
| Гемералопия (сумеречное зрение) | Гипотиреоз |
| Катаракта, помутнение хрусталика | Сахарный диабет  Гипопаратиреоз  Гипотиреоз |
| Кровоизлияние в стекловидное тело | Сахарный диабет |
| Периорбитальный отек мягких тканей | Эндокринная офтальмопатия  Гипотиреоз  Акромегалия |
| Хемоз конъюнктивы, припухлость век | Эндокринная офтальмопатия |
| Увеличение слезных желез | Акромегалия |
| Выпадание волос в области латеральных участков бровей | Гипотиреоз  Гипопаратиреоз |
| Тотальное выпадание бровей | Гипопаратиреоз |
| Офтальмоплегия, диплопия | Гипопаратиреоз  Опухоли гипофиза, которые растут в кавернозные синусы  Эндокринная офтальмопатия  Злокачественная миастения  Диабетическая офтальмоплегия с поражением ІІІ и IV пар черепных нервов  Инсулинома |
| Резкое выпячивание глазного яблока (экзофтальм) | Эндокринная офтальмопатия |
| Кератит, кератоконъюнктивит | Эндокринная офтальмопатия  Сахарный диабет  Гиперпаратиреоз |
| Кальцинаты в тканях век и в бульбарной конъюнктиве | Гиперпаратиреоз |
| Ангиопатия | Акромегалия  Первичный гиперальдостеронизм  Синдром Кушинга |
|  | Феохромоцитома  Сахарный диабет |
| Отек диска зрительного нерва | Эндокринная офтальмопатия  Гипопаратироз  Синдром "пустого" турецкого седла  Феохромоцитома |
| Глаукома | Сахарный диабет  Эндокринная офтальмопатия (редко)  Йод-дефицитное состояние  Постменопауза (вследствие кохлеарного неврита) |

Одна из редчайших прирожденных форм энзимопатий - зоб Пендера - характеризуется сочетанием гипотиреоза и тугоухости. Снижение слуха также типично для детей, внутриутробное развитие которых проходило в условиях выраженного йодного дефицита.

**Эндокринная система**

**Гипоталамус. Гипофиз**

Курация и оформление истории болезни пациента с заболеванием гипоталамо-гипофизарной системы имеют свои особенности. В отличие от щитовидной железы и яичек, гипофиз и гипоталамус не доступны пальпаторно-визуальному исследованию. Однако нарушение деятельности этих желез приводят к возникновению яркой и разной симптоматики, а выявление изменений величины и формы достигаются с помощью современных инструментальных и лабораторных исследований (компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, определение уровня тропных гормонов и др.).

Влияние разных патогенных факторов на гипоталамус, гипофиз приводит к изменению их инкреторной и регулирующей функции, а эти нарушения вызывают дисфункцию периферических эндокринных желез (щитовидная железа, надпочечники, гонады). При этом возникают клинические синдромы (симптомокомплексы) гипо- или гиперфункции периферических желез. Особенности заболеваний гипоталамо-гипофизарной системы заключаются в том, что может выпадать или снизиться функция одной железы (гипопитуитаризм) или нескольких желез (пангипопитуитаризм).

При курации больного с подозрением на заболевание гипоталамо-гипофизарной системы студент проводит целенаправленный поиск по выявлению эндокринной недостаточности или гиперфункции периферических желез.

**Щитовидная железа**

При заболеваниях железы она может увеличиваться (зоб) или уменьшаться (гипоплазия) в размерах. Пальпация применяется в первую очередь для исследования щитовидной железы. После ориентировочной пальпации, которая дает представление о плотности органа, характер его поверхности, наличие узлов, переходят к специальному пальпаторному исследованию. Исследующий помещает четыре согнутых пальца обеих рук глубоко за задние края грудинно-ключично-сосцевидной мышцы, а большой палец - за передние края этих мышц. Во время пальпации железы больному предлагают вырабатывать глотательные движения, при которых щитовидная железа двигается вместе с гортанью и перемещается между пальцами исследующего. Этот метод пальпации позволяет найти даже небольшие изменения в размерах щитовидной железы, которые не улавливаются при обычном ощупывании, а также определить подвижность железы при глотании и механическом сдвиге, наличие и отсутствие пульсации, болезненности. Облегчить пальпацию одной боковой части возможно путем нажатия на щитовидный хрящ с противоположной стороны. Перешеек щитовидной железы исследуют с помощью скользящих движений пальцев по ее поверхности в направлении сверху вниз, к рукоятке грудины. Если узлы, определяемые на поверхности щитообразной железы лежат за верхним отделом рукоятки грудины, необходимо ввести пальцы исследующей руки за juguli sternum и при сдвиге щитообразной железы во время глотания попробовать определить верхний полюс узла, его форму и консистенцию. Для динамического наблюдения за увеличенной щитообразной железой имеют значение ее размеры. Определяется ее поперечный размер, окружность шеи и величина отдельных узлов. При измерении окружности шеи один из концов сантиметровой ленты фиксируют на остистом отростке VII шейного позвонка, а впереди ленту помещают на наиболее выступающую часть железы. При измерении поперечного размера передненаружной поверхности щитовидной железы измерительную ленту помещают за внешними задними краями грудинно-ключично-сосцевидной мышцы и располагают ее над передней поверхностью щитовидной железы.

При аускультации у больных тиреотоксикозом можно выслушать над увеличенной щитовидной железой тоны и шумы, обусловленные ускоренным потоком крови и усиленным кровоснабжением железы.

При описании свойств щитовидной железы необходимо отметить ее консистенцию (мягкая, эластичная, плотная, деревянной плотности), характер поверхности (ровная, неровная, бугристая, с узловыми образованиями), болезненность или ее отсутствие. Весьма важно в диагностическом отношении описание подвижности узлов, спаянность с окружающими тканями. Указывается наличие лимфоузлов шеи, состояние кожи над щитовидной железой, особенно при ее болезненности (покраснение, отек, горячая при касании и др.).

Выявление экзофтальма требует описания его выраженности, характера (одно-, двусторонний), наличия отечности, подвижности глазных яблок, ограничение их подвижности.

**Паращитовидные железы.**

Физикальное исследование больных с нарушением функции паращитовидных желез требует отдельного рассмотрения.

Осмотр и пальпация области шеи очень редко могут выявить опухоль паращитовидной железы (паратиреому). Чаще у больных с паратиреоидной патологией оказываются послеоперационные рубцы в области шеи. При осмотре обращают внимание на нарушение роста и массы тела, изменения состояния кожи, ее цвета ("землистый" цвет при псевдогипопаратиреозе), наличие деформаций скелета, изменений походки ("утиная походка" характерна для гиперпаратиреоза и остеомаляции). Низкий рост и округлое лицо характерно для псевдогипопаратиреоза. Даже при легких формах его при осмотре можно определить сокращение пястных костей или фаланг пальцев. Перкуссия по кости в области кист вызывает специфический "арбузный" звук.

Эти железы ( от 2 пар и больше) через малые размеры (диаметр до 5 мм) пальпаторно не определяются. Их локализацию, увеличенные размеры выявляют с помощью УЗИ, MРТ- и КТ-исследования паращитовидных желез. Однако о нарушении функции этих желез судят не только по уровню паратгормона, кальция и др., но и ряда общеклинических признаков. При этом определяют наличие мышечной гипотонии, гипертонуса, повышение возбудимости, нервно-мышечной возбудимости, судорожные подергивание, тонические судороги.

Трофические изменения ногтей, волос, ломкость зубов, деформация костей.

В истории болезни больного с гипопаратиреозом обязательным является определение симптомов Хвостека, Труссо, Вейса, Шлезингера, Гофмана.

**Надпочечные железы**

У больных с гиперфункцией надпочечных желез выявляется диспластическое распределение жировой клетчатки (андроидное, гиноидное). Наличие « жирового бугорка» в области 7 шейного позвонка.

Матронизм: округлое, багряно-красное, нередко с цианотичным оттенком лицо, облысение, гипертрихоз, гирсутный синдром, которые часто оказываются у больных с гиперфункцией надпочечных желез (их опухолях, болезни Иценко-Кушинга и др.).

Особенности телосложения: вирилизация, феминизация.

Гиперпигментация (меланодермия), депигментация (витилиго), характер, локализация, особенности. Пигментные пятна на слизистых оболочках рта. Мраморность, цианоз кожи; угри, кровоизлияния (локализация, распространенность). Стрии: характер (локализация, цвет, размеры).

**ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

Формулирование предварительного диагноза простое и лаконичное. Он базируется на анализе изложенных жалоб, анамнеза и ряда объективных данных, полученных при проведении общеклинических исследований, (терапии ех juvantibus).

Иногда предварительный диагноз может носить гипотетический характер и заканчиваться вопросительный знаком. По возможности в предварительном диагнозе может отмечаться (без обоснования) форма, фаза, стадия, течение заболевания и др.

Уже первое общение с больным предоставляет полное представление об анамнезе, объективном статусе, результаты обследований, изложенных в объемной амбулаторной карте и больничной истории болезни. В таком случае предварительный диагноз мало чем будет отличаться от заключительного клинического.

**ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ**

Исходя из предварительного диагноза, студент назначает индивидуальный перечень необходимых обследований больного и консультации узких специалистов.

Дополнительные методы обследования должны быть направлены на решение вопросов диагностики, функционального состояния органов и систем, вовлеченных в патологический процесс, степени активности заболевания, локализации патологического процесса, его длительности и распространенности.

В изложенном плане необходимых обследований не все могут быть проведены в силу ряды причин. Например, у больного с тиротоксической аденомой и подозрением на диффузно-узловой токсический зоб необходимо кроме определения уровня тиреоидных гормонов еще и результат УЗИ или сканирования железы. Однако к моменту окончания курации эти исследования или второй функциональный тест не проведены. В таком случае в плане обследования надо объяснить, для чего нужен тот тест и какое он имеет значение относительно диагностики, лечебной тактики или оценки эффективности лечения.

**План лабораторных и инструментальных методов исследования:**

Клинический анализ крови каждые 7-10 дней; общий анализ мочи каждые 7-10 дней; кал на яйца гельминтов; исследование крови на СПИД, сифилис; определение группы крови и резус-фактора; сахар крови; флюорография грудной клетки (если на протяжении последнего года не проводилась); электрокардиограмма; взвешивание больных каждые 10 дней).

**Перечень специальных лабораторных и инструментальных исследований, которые необходимо провести при выявленной у больного эндокринной патологии**

|  |  |
| --- | --- |
| Патология | Перечень исследований |
| Сахарный диабет | Анализ крови и мочи на глюкозу, гликемический профиль, гликозилированный гемоглобин, С-пептид, инсулин, печеночные пробы, проба Реберга, липидограмма, анализ мочи на ацетон, на микроальбуминурию, реовазография, капилляроскопия, консультация окулиста, невропатолога |
| Патология щитовидной железы | Анализ крови на тиреоидные гормоны (свободный Т3, свободный Т4), ТТГ, антитела к ТГ и ТПО, кальцитонин, электролиты крови, УЗИ щитовидной железы, при наличии показаний – тонкоигольная пункционная биопсия образований щитовидной железы, липидограмма, экскреция йода с мочой, консультация окулиста, невропатолога |
| Патология паращитовидных желез | УЗИ паращитовидных желез, кальций, фосфор крови и мочи, щелочная фосфатаза крови, паратгормон, протеинограмма, суточная протеинурия, белок Бен Джонса в моче, рентгенография кистей, трубчатых костей, денситометрия, ТАПБ новообразований. |
| Акромегалия | Уровень СТГ, ТТГ, пролактина, глюкоза крови, ЭЭГ. Рентгенография черепа, КТ, МРТ головного мозга, консультация окулиста, невропатолога, нейрохирурга. |
| Болезнь Иценко-Кушинга | Уровень кортизола, АКТГ крови, по показанием – пролактин крови, 11-ОКС, 17-ОКС, 17-КС суточной мочи, протеинограмма, липидограмма, электролиты крови, креатинин, коагулограмма, рентгенография черепа, КТ и МРТ головного мозга, УЗИ надпочечных желез. Денситометрия. Консультация окулиста, невропатолога. |
| Несахарный диабет | Анализ мочи по Зимницкому, ЭЭГ, Эхо-ЭГ, электролиты крови, коагулограмма, вазопрессин, ренин, альдостерон крови, рентгенография черепа, КТ и МРТ головного мозга. Консультация окулиста, невропатолога. |
| Болезнь Аддисона | Электролиты крови, липидограмма, мочевина, креатинин, белки крови, АКТГ, кортизол, 11-ОКС, 17-ОКС, 17-КС суточной мочи, ЭЭГ, Эхо-ЭГ. Консультация окулиста, невропатолога. |
| Пангипопитуитаризм | Анализ мочи по Зимницкому, ЭЭГ, Эхо-ЭГ, электролиты крови, протеинограмма, креатинин, мочевина, липидограмма. ТТГ, АКТГ, ЛГ, ФСГ, кортизол, свободный Т4, 11-ОКС, 17-ОКС, 17-КС суточной мочи, ЭЭГ, Эхо-ЭГ. Консультация окулиста, невропатолога. |
| Феохромоцитома | УЗИ, КТ, МРТ надпочечных желез, катехоламины суточной мочи, ванилилминдальная кислота мочи. Консультация окулиста, невропатолога, кардиолога |

**РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНЫХ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ, КОНСУЛЬТАЦИЙ СПЕЦИАЛИСТОВ**

В этом разделе приводятся результаты лабораторных, рентгенологических и других методов исследования с обязательной их оценкой при наличии их патологических изменений. Приводятся консультации других специалистов.

Если какие-то исследования проводились многократно, в историю вносят два-три исследования, которые наиболее характерно отображают динамику патологического процесса.

Данные консультации окулиста, невропатолога и др. специалистов, как и результаты УЗИ щитовидной железы, надпочечных желез и др. специальные исследования переносятся из амбулаторной карты больного с указанием даты проведения.

**ТЕМПЕРАТУРНЫЙ ЛИСТ**

В температурном листе куратор отмечает: температуру больного, пульс, АД (графики); диурез.

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА**

Дифференциальная диагностика проводится путем сравнения наиболее важных симптомов основного заболевания больного во время курации с подобными признаками при других заболеваниях.

Этот раздел начинается из обоснования выбора заболевания, с которым будет проводиться дифференциация. Сначала описываются общие проявления болезни пациента во время курации с подобным заболеванием. В дальнейшем проводятся сравнения каждого симптома у данного больного с подобным симптомом при другом заболевании с отображением особенностей (различий) их проявлений.

Необходимо учитывать отсутствие тех симптомов у больного при курации, которые являются характерными для другого заболевания, и наоборот, наличие тех симптомов, которые не характерны для другого заболевания.

Иногда наоборот, наблюдается недооценка или даже игнорирование общеклинической симптоматики, а основой обоснования диагноза становятся специальные методы исследований. Это характерно при курации больных с диффузным токсичным зобом с небольшой степенью увеличения железы и легкими проявлениями ее гиперфункции. Во время написания истории болезни в таких случаях надо обосновано и аргументированно исключить заболевание, которые имеют подобную клиническую симптоматику - ревматизм, нейроциркуляторную дистонию, тиреоидит и др. Это осуществляется на основании анализа общеклинической симптоматики, используя результаты специальных методов исследования.

Серьезное внимание нужно уделять обоснованию степени тяжести заболевания, состояния компенсации, типа диабета и других компонентов клинического диагноза.

Заканчивается этот раздел истории болезни развернутым формулированием клинического диагноза, сопутствующих заболеваний. Обоснование сопутствующих заболеваний не проводится.

Дифференциальная диагностика проводится в том же порядке, в котором проводилось обследование больного: в начале сравниваются жалобы, потом данные анамнеза болезни и жизни, результаты объективного обследования и, в конце концов, дополнительных методов исследования, которые подтверждают данное заболевание.

**Примечание**: используют только те симптомы и результаты дополнительных методов исследования, которые есть у данного больного.

**ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ**

**И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ.**

Традиционно обоснование клинического диагноза проводится на основании жалоб, анамнеза, данных объективного осмотра, клиники. Приводится посылание на предварительный диагноз и дифференциальную диагностику: в дальнейшем используются данные дополнительных методов исследования, которые подтверждают данные заболевания.

Однако, самое главное в больничной практике, это умение клинически мыслить. Обоснование клинического диагноза - это этап к формированию клинического мышления. При описании этого раздела студент констатирует факты: «на основании жалоб, объективного обследования, результатов лабораторных и инструментальных методов исследования, которые подтверждают данное заболевание», а потом выставляет заключительный диагноз. Остается непонятным, на каком основании выставленные: тяжесть заболевания, течение болезни, стадия, состояние компенсации. Поэтому студент должен постоянно задавать себе вопрос *—* почему? Например, почему сахарный диабет, почему тип 1, почему средняя тяжесть и т.д.

Необходимо обосновывать каждое положение диагноза. Кроме того, нужно раздельно проводить обоснование основного диагноза, его осложнений и сопутствующих диагнозов. Развернутый клинический диагноз формируется в соответствии с требованиями классификаций, утвержденных МОЗ Украины, ВОЗ или съездами врачей.

**ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ**

Куратор описывает основные этиологические факторы и звенья патогенеза заболевания у больного при курации.

**ЛЕЧЕНИЕ**

Излагают современные принципы лечения основного заболевания по следующему плану: режим; диета; психотерапия; медикаментозное лечение; физиотерапия; лечебная физкультура и массаж; санаторно-курортное лечение; оперативное лечение (показания); диспансерное наблюдение и противорецидивная терапия.

Описать механизм действия лекарственных препаратов, рекомендованных больному во время курации, их разовые и суточные дозы, продолжительность курса лечения.

Обосновать индивидуальное лечение больному, выписать рецепты.

**ПРОГНОЗ И ЭКСПЕРТИЗА ТРУДОСПОСОБНОСТИ**

Прогноз обосновывается по отношению к заболеванию, жизни или трудоспособности. Прогноз может быть благоприятным, сомнительным и неблагоприятным.

Прогноз по отношению к заболеванию считается благоприятным, если есть уверенность, что у больного наступит выздоровление; сомнительный - если нет уверенности в полном выздоровлении и неблагоприятным - если заболевание неизлечимое и имеет хроническое прогрессирующее течение.

Прогноз по отношению к жизни может быть благоприятным в том случае, если больному не грозятся осложнения, опасные для жизни; сомнительным – если при определенных условиях у больного (с учетом его возраста, течения заболевания, прогрессирования, осложнений, эффективности лечения и др.) может наступить летальный исход и неблагоприятный - если у больного летальный исход неминуем.

Прогноз по отношению к трудоспособности решается в плане временной и стойкой ее потери (определение группы инвалидности) с учетом степени функциональных нарушений и профессии больного.

**ДНЕВНИК**

**Оформление дневника:**

Дата Состояние больного Назначения

В разделе "Состояние больного" предоставляется оценка общего состояния больного, описываются жалобы, объективные дани с акцентом на патологические изменения в органах; в дальнейшие дни отображается динамика течения болезни.

В разделе "Назначения" указывается режим, диета, проведенное лечение, изменения в терапии, необходимые дополнительные исследования.

**ВЫПИСНОЙ ЭПИКРИЗ**

Эпикриз - заключительная часть истории болезни. Это короткий вывод врача о сути заболевания, его причинах, течении болезни и результатах лечения, состояния больного на момент составления эпикриза, вывода относительно прогноза заболевания, трудоспособности, дальнейшего режима, лечения и профилактики рецидивов заболевания.

В эпикризе сжато высказывается паспортная часть, жалобы больного и их характеристика, история развития заболевания, история жизни больного (факты, которые имеют отношение к данному заболеванию), клинические признаки болезни, основные данные лабораторных и инструментальных исследований, которые подтверждают диагноз. Потом ставится диагноз и приводится лечение (разовые и суточные дозы принимаемых препаратов), результаты терапии, изменения в состоянии больного за время лечения. Результаты заболевания (полное выздоровление, неполное выздоровление, незначительное ухудшение, состояние без перемен, переход из острого заболевания в хроническое, ухудшение состояния, смерть).

При выписке больного необходимо определить прогноз относительно выздоровления, дать оценку трудоспособности с учетом его профессии и места работы (трудоспособный, ограниченно трудоспособный, показан перевод на более легкую работу, необходим перевод на инвалидность, группа инвалидности), рекомендации относительно дальнейшего диспансерного наблюдения, лечение и профилактики рецидивов болезни, санаторно-курортного лечения.

**ПЕРЕЧЕНЬ ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

В этом разделе указываются литературные источники, использованные при написании истории болезни согласно общепринятым библиографическим стандартам ( с указанием фамилии и инициалов авторов в алфавитном порядке, названия работы, источника, года и места издания, страниц).

Подпись студента Дата

**МЕТОДИКА ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ**

Дифференциальный диагноз - это процесс сравнения данного клинического случая с различными нозологическими формами с целью исключения других возможных заболеваний у конкретного больного.

Дифференциальная диагностика - это метод установления диагноза. Она начинается с первого взгляда на больного и продолжается, пока больной находится под наблюдением врача. Диагностические рабочие гипотезы в ходе исследования больного должны сменять друг друга до тех пор, пока последняя из них не станет обоснованным диагнозом. Основой дифференциальной диагностики является выделение ведущего синдрома или симптома. Ведущим симптомом или синдромом следует считать те патологические проявления, которые выступают на первый план в клинической картине, определяя ее тяжесть, опасность для жизни и, как правило, патогенетически связанные с сутью заболевания. Для выделения доминирующего синдрома необходимы знания основных признаков и закономерностей течения многих болезней. При обнаружении у больного нескольких важных синдромов или симптомов каждый из них может стать основанием для самостоятельного диагностического анализа.

Ведущими синдромами могут быть: кардиалгии, артериальная гипертензия, бронхообструктивный, нефротический, анемический, лихорадочный, суставной, геморрагический, отечный синдромы, желтуха, застойная сердечная, острая или хроническая почечная недостаточность, аритмия, шумы в сердце, боль в животе и другие.

**После выделения ведущего синдрома врач включает в диагностический процесс все заболевания, имеющие сходную клиническую картину.** Прежде всего, должны быть взяты заболевания наиболее вероятные по частоте, затем все возможные, включая редчайшие. В учебной истории болезни делают следующую запись (в качестве примера): "У курируемого больного ведущим синдромом является полиартрит, который может быть при следующих заболеваниях: ревматизм, ревматоидный артрит, системная красная волчанка и так далее".

**Ответственным моментом в дифференциальной диагностике является сравнение изучаемого случая с каждым из возможных заболеваний.**

Исключение синдромоподобного заболевания происходит при нахождении различий или противоречий на основании одного из следующих принципов дифференциальной диагностики:

• принцип существенного отличия в связи с отсутствием у курируемого больного симптомов и признаков, характерных для сравниваемого заболевания;

• принцип существенного отличия в связи с наличием у курируемого больного симптомов и признаков, которых нет при сопоставимом заболевании;

• принцип исключения противоположностей. Наблюдаемый случай не является заболеванием, с которым мы проводим сравнение, так как для этой патологии характерным является симптом, прямо противоположный данному случаю;

• принцип исключения из-за несовпадения характера симптомов, несовпадения (количественного или качественного) признаков.

Эти четыре основных принципа должны применяться в процессе проведения дифференциальной диагностики и исключения различных заболеваний путем сравнения их с клинической картиной, которая имеет место у курируемого больного.

**Следующий этап диагностического процесса -** установление клинического диагноза на основании синтеза результатов проведенного клинического обследования и дифференциального диагноза. При формировании клинического диагноза нужно соблюдать нозологический принцип диагностики.

**Нозологическая болезнь -** это структурно-функциональное повреждение, имеющее определенные этиологию, патогенез и характерную клинико-анатомическую картину, создает угрозу работоспособности и жизни, требует лечения, и выделяется в самостоятельную статистическую рубрику на данном этапе развития медицины и здравоохранения в целях изучения заболеваемости, смертности и повышения эффективности профилактики и лечения.

**Клинический диагноз -** это полноценный, полученный в ходе дифференциального диагноза субъективный вывод, о сути заболевания и состоянии больного.

Клинический диагноз должен быть поставлен в сроки, не превышающие 3 суток пребывания больного в стационаре, выносится на титульный лист с указанием даты его постановки и подписи врача, поставившего диагноз. Дата постановки клинического диагноза и дата его обоснования в истории болезни должны совпадать.

Если диагноз не вызывает сомнения уже при первичном обследовании больного (особенно в случаях частой госпитализации больного в данное отделение), то клинический диагноз можно обосновать и сформулировать в день поступления больного в стационар. Обоснование должно проводиться соответственно каждому фрагменту сформулированного диагноза.

**Основным считается заболевание**, которое само по себе или из-за развития осложнений послужило поводом для обращения за медицинской помощью, стало причиной госпитализации и (или) смерти. В качестве основного заболевания должна фигурировать определенная нозологическая единица.

К **осложнениям** относятся те патологические процессы, которые патогенетически непосредственно связаны с основным заболеванием, хотя в ряде случаев могут иметь другую этиологию (например, перитонит при перфоративной язве желудка).

**"Сопутствующие заболевания"** не связаны непосредственно с основным заболеванием и не влияют на его развитие и течение.

**ПРИМЕРЫ ФОРМУЛИРОВКИ ДИАГНОЗА**

**В КЛИНИКЕ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ**

**ПУЛЬМОНОЛОГИЯ**

* Бронхиальная астма, аллергическая (аллергия на домашнюю пыль), интермиттирующее течение, легкая степень обострения. ЛН І ст.
* Бронхиальная астма, смешанная форма с преобладанием аллергического компонента (сенсибилизация к домашней пыли), персистирующее легкое течение, обострение средней тяжести. ЛН II ст.
* Бронхиальная астма, неаллергическая, тяжелое персистирующее течение, Обострение средней тяжести. Эмфизема легких. ЛН II ст.
* Бронхоэктатическая болезнь: цилиндрические бронхоэктазы в средней доле правого легкого, SIV (латеральный сегмент), течение средней тяжести, фаза обострения. Хроническое обструктивное заболевание легких, II стадия, стадия ремиссии. ЛН II ст.
* Экссудативный, серозно - фибринозный, диафрагмальный плеврит (туберкулезный), подострое течение
* Негоспитальная аспирационная пневмония (стафилококковая) в нижней доле правого легкого с абсцедированием, IV группа, тяжелое течение, ДН III ст. Сахарный диабет, 1 тип, тяжелое течение, стадия декомпенсации. Диабетическая нефропатия IV ст.
* Негоспитальная пневмококковая пневмония в нижней доле правого легкого (бронхопневмония) I группа, легкое течение ДН I ст.
* Негоспитальная пневмококковая пневмония в нижней доле правого легкого (бронхопневмония) II группа, легкое течение, ДН I ст. ИБС: стенокардия напряжения, II ФК. СН I ст.
* Негоспитальная пневмококковая пневмония нижней доли правого легкого (крупозная), III группа, тяжелое течение, ДН III ст. ИБС: постинфарктный кардиосклероз (1997), СН IIА ст., ФК III.
* Негоспитальная пневмококковая пневмония нижней доли правого легкого (крупозная), IV группа, тяжелое течение. Правосторонний экссудативный плеврит, ДН IIIст.
* Нозокомиальная (стафилококковая) пневмония в нижней доле правого легкого, поздняя, тяжелое течение (18.09), ДН IIIст. ИБС: острый передний Q инфаркт миокарда (12.09). Острая сердечная недостаточность (14.09) (Killip II).
* Нозокомиальная аспирационная пневмония в нижней доле левого легкого, ранняя, средней тяжести течение.
* ХОЗЛ, III стадия, стадия обострения, диффузный пневмосклероз, эмфизема легких. ЛН II ст.
* ХОЗЛ, IV стадия, фаза обострения, диффузный пневмосклероз, эмфизема легких. Хроническое легочное сердце, стадия субкомпенсации. ЛН II степени, НК IIА стадии.
* ХОЗЛ, II стадия, фаза ремиссии, ЛН I степени
* Хронический гнойный (стрептококковый) необструктивный бронхит, фаза обострения, ДН I ст.
* Хронический катаральный необструктивный бронхит, фаза ремиссии,

ДН 0 ст.

**КАРДИОЛОГИЯ**

* •Аденома правого надпочечника, первичный гиперальдостеронизм (синдром Конна). Вторичная (симптоматическая) артериальная гипертензия 3ст, III ст. Остаточные явления ишемического нарушения мозгового кровообращения в бассейне левой сонной артерии (январь, 1999). Правосторонний гемипарез. СН I ст., ФК III ст.
* Гипертоническая болезнь 1ст, I ст.
* Гипертоническая болезнь 2ст., II ст. Гипертоническая ангиопатия сетчатки (генерализованное сужение артерий)
* Гипертоническая болезнь 2ст., II ст. Гипертензивное сердце (гипертрофия левого желудочка). СН IIА ст., ФК II.
* Гипертоническая болезнь 2ст., II ст., гипертензивная нефропатия
* Гипертоническая болезнь 2ст., II ст. ИБС: стенокардия напряжения, II ФК. СН I ст.
* Гипертоническая болезнь 2ст., III ст. Гипертоническая ретинопатия (кровоизлияния на глазном дне).
* Гипертоническая болезнь 2ст., III ст. Гипертензивное сердце, СН IIБ ст. с систолической дисфункцией (ФВ 38% от 12.06.16), ФК III.
* Гипертоническая болезнь 2ст., III ст. Остаточные явления ишемического инсульта в бассейне правой средней мозговой артерии (13.11.13).
* Гипертоническая болезнь 3ст., III ст. ИБС: постинфарктный кардиосклероз (15.12.11). СН IIА ст., ФК III.
* Гипертоническая болезнь 3ст., III ст. ХБП IV ст. Гипертонический нефросклероз.
* Гипертоническая болезнь 3ст., III ст. Транзиторная ишемическая атака в бассейне левой вертебро-базилярной артерии (08.09.16)
* Гипертоническая болезнь 2ст., III ст. Дисциркуляторная гипертензивная энцефалопатия III ст.
* Гипертоническая болезнь 3ст., III ст., злокачественное течение. Гипертоническая ретинопатия (отек диска зрительного нерва, кровоизлияния на глазном дне)
* Острая ревматическая лихорадка, активность III ст. Кардит, полиартрит, анулярная эритема, СН II A ст. ФК II.
* Острое нарушение мозгового кровообращения (указать сосудистый бассейн, вид инсульта). Гипертоническая болезнь 2ст., III ст.
* Острый вирусный (гриппозный) диффузный миокардит, экстрасистолическая аритмия, СН IIA ст.
* Острый стрептококковый экссудативный (серозно-фибринозный) перикардит, средняя степень тяжести (УЗИ от 18.10), СН IIA ст.
* Дилатационная кардиомиопатия. Фибрилляция предсердий, постоянная форма. СН IIБ ст., ФК IV.
* Закрытая травма головы. Сотрясение головного мозга (15.08.2015). Вторичная (симптоматическая) артериальная гипертензия 2ст., Iст. Неосложненный гипертонический криз (20.08.15).
* ИБС: острый передне-боковой Q-инфаркт миокарда (11.01.16). Чрескожная коронарная ангиопластика ПМЖА: проходимость TIMI 3 (11.01.16). СН IIA ст.
* ИБС: острый нижний Q-инфаркт миокарда (20.11.16). Острая сердечная недостаточность (Killip II) (21.11.16). СН IIA ст., ФК III.
* ИБС: передний Q-инфаркт миокарда (10.11.16). Острая сердечная недостаточность (Killip III) (11.11). Ранняя постинфарктная стенокардия (18.11). Постинфарктный кардиосклероз (12.06.98). СН IIA ст., ФК III.
* ИБС: прогрессирующая стенокардия (21.10). СН IIA ст., ФК III.
* ИБС: стенокардия напряжения II ФК, СН I ст.
* ИБС: впервые возникшая стенокардия. СН0.
* Нейроциркуляторная дистония по гипертензивному типу, средней степени тяжести.
* НЦД, дисгормональная, средней тяжести, с гипертензивным, тахикардиальным, депрессивным синдромами. Панические атаки.
* НЦД, средней тяжести, с кардиалгическим, респираторным и невротическим синдромами.
* Первичный стафилококковый эндокардит, III ст. активности; поражение аортального (недостаточность клапана), митрального (недостаточность клапана); СН IIБ ст. Системный васкулит, нефрит с изолированным мочевым синдромом, спленомегалия.
* Врожденный порок сердца: дефект межпредсердной перегородки. Вторичный инфекционный (грибы) эндокардит, III ст. активности, поражение аортального клапана (недостаточность клапана), СН IIA ст.
* Мочекаменная болезнь. Вторичный хронический пиелонефрит, ст. ремиссии. Ренопарнхиматозная артериальная гипертензия 3ст, II ст. Гипертензивное сердце. СН IIА ст. с сохраненной систолической функцией, ФК II.
* Стеноз правой почечной артерии. Состояние после баллонной ангиопластики (январь 2015). Ренопаренхиматозная артериальная гипертензия 2ст, II ст. Гипертензивное сердце, гипертрофия ЛЖ. Желудочковая экстрасистолия, III класс Lown. СН IIА ст., ФК II.
* Феохромоцитома правого надпочечника. Симптоматическая артериальная гипертензия 3ст, II ст. Гипертензивное сердце. Неосложненный гипертонический криз (09.08.2016). СН IIА ст., ФК II.
* Хроническая ревматическая болезнь сердца: митральный порок с преобладанием стеноза, II ст. СН IIА ст., ФК III.
* Хронический (идиопатический) констриктивный перикардит. СН IIБ ст., ФК III.
* Хронический посттуберкулезный адгезивный перикардит. СН I ст., ФК II.

**РЕВМАТОЛОГИЯ**

* Анкилозирующий спондилоартрит (болезнь Бехтерева), центральная форма, II стадия, активность II ст., двусторонний сакроилеит III ст., спондилит поясничного отдела позвоночника II ст., ФНС II ст.
* Вторичный моноостеоартроз левого коленного сустава, синовиит, II рентгенологическая стадия, ФНС I ст.
* Узелковый периартериит, почечно-полиневротический вариант, рецидивирующее течение, активная фаза; полинейромиозит, полиартралгия, нефропатия, артериальная гипертензия 3ст., II ст.
* Узелковый периартериит, кожно - тромбангитический вариант, медленно прогрессирующее течение, активная фаза; подкожные узелки, геморрагическая пурпура, миалгия.
* Геморрагический васкулит (болезнь Шенлейна-Геноха) с поражением кожи, суставов (голеностопного - ступенчатый артрит), почек (гломерулонефрит), острое течение, умеренная активность.
* Острый подагрический артрит большого пальца левой стопы, рентгенологическая стадия 2, ФНС III ст. Нефролитиаз.
* Дерматомиозит, хроническое течение, II степень активности с поражением кожи, мышц туловища и конечностей, миокарда, ФН-II.
* Идиопатический дерматомиозит, подострое течение, манифестный период, III ст. активности; эритема кожи, параорбитальный отек, мышечная тетраплегия, поражение мышц глотки, гортани, пищевода, диафрагмы. Дисфагия. Нозокомиальная аспирационная пневмония нижней доли левого легкого II группа, умеренная степень тяжести, ДН 2 ст.
* Остеоартроз с поражением левого тазобедренного сустава, III рентгенологическая стадия, обоих коленных суставов, II рентгенологическая стадия, синовиит правого коленного сустава, ФНС I ст.
* Полиостеоартроз с поражением проксимальных и дистальных межфаланговых суставов кистей, III рентгенологическая стадия, пястно-запястного сустава I пальца левой кисти с синовиитом, плюсне-фалангового сустава I пальца правой стопы с синовиитом, правого тазобедренного сустава, IV рентгенологическая стадия, ФНС IIст.
* Полимиозит, хроническое течение, II степень активности.
* Псориатический артрит, обычная форма, дистальный вариант, без системных проявлений, ограниченный вульгарный псориаз, стационарная стадия, активность II ст., III рентгенологическая стадия, ФНС I ст.
* Псориатический артрит, тяжелая форма, полиартритический вариант с системными проявлениями - амилоидоз почек, терминальная почечная недостаточность, распространенный вульгарный псориаз, прогрессирующая стадия, III ст. активности, III рентгенологическая стадия, ФНС II ст.
* Псориатический артрит, тяжелая форма, спондило-артритический вариант с системными проявлениями - аортит, левосторонний передний увеит, ладонно-подошвенный пустулезный псориаз, прогрессирующая стадия, III ст. активности, II рентгенологическая стадия, двусторонний сакроилеит, IV рентгенологическая стадия, множественный синдесмофитоз, ФНС III ст.
* Ревматоидный артрит, полиартрит, серопозитивный вариант, активная фаза, активность III степени с преимущественным поражением суставов кистей, лучезапястных, плечевых, коленных суставов, синдром Рейно, III рентгенологическая стадия, ФНС II-III стадии.
* Ревматоидный артрит, серонегативный вариант, полиартрит с преимущественным поражением коленных суставов, кистей и стоп, активная фаза, активность II степени, II рентгенологическая стадия, ФНС I стадии.
* Ревматоидный артрит, серопозитивный вариант, полиартрит с преимущественным поражением челюстных суставов, кистей и коленных суставов; ревматоидная болезнь легких (альвеолит), полинейропатия, активная фаза, III степень, II рентгенологическая стадия, ФНС II стадии.
* Реактивный артрит, урогенитальный (хламидиозный) с преимущественным поражением коленных и голеностопных суставов, односторонний сакроилеит, активная фаза, активность III, II рентгенологическая стадия, ФНС II ст.
* Системная склеродермия, подострое течение, активность III степени, II стадия. Базальный двусторонний пневмосклероз. Субкомпенсированное легочное сердце, ЛН 2 степени. Эзофагит, синдром Рейно.
* Системная склеродермия, хроническое течение, активность I степени, III стадия, синдром Рейно, склеродактилия, полиартрит, диффузный пневмосклероз, ЛН II ст.
* Системная красная волчанка, острое течение, активность III ст., дерматит, полиартрит мелких суставов кисти, миокардит, СН IIA ст., ФК III.
* Системная красная волчанка, подострое течение, активность III ст., с поражением сердца (миокардит) и почек (гломерулонефрит, нефротическая форма), правосторонний экссудативный плеврит. СН IIA ст., ФК III.
* Болезнь Рейтера, урогенитальная форма, иммуно-патологическая стадия, затяжное течение. Полиартрит голеностопных суставов. Уретрит, конъюнктивит. Умеренная степень активности. ФНС II ст.
* Хронический подагрический артрит, полиартрит, стадия обострения, с преимущественным поражением суставов стопы, коленных суставов с наличием периферических тофусов в области ушных раковин, II рентгенологическая стадия, ФНС II ст.
* Ювенильный ревматоидный артрит, полиартрит, серонегативный вариант, быстропрогрессирующий течение, активная фаза, активность III, II рентгенологическая стадия, ФНС II стадии.

**ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ**

* Язвенная болезнь, малая язва на передней стенке луковицы 12-перстной кишки (0,4 см), Нр-ассоциированная, активная стадия, легкое течение. Поверхностный антральный гастрит с кишечной метаплазией. Повышенная кислотообразующая функция желудка.
* Язвенная болезнь, язва пилорического отдела желудка (1,5 см), Нр-отрицательная, активная стадия, средней тяжести течение. Атрофический гастрит тела желудка с дисплазией III ст. и кишечной метаплазией. Повышенная кислотообразующая функция желудка.
* Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, эрозивная форма, ст. обосрения, класс С Los-Angeles.
* Хронический вирусный гепатит В, Metavir, степень 2/4 и стадия 2/4 (септальный фиброз).
* Поствирусный (вирус гепатита В) цирроз печени, макронодулярный, стадия декомпенсации, класс В по Чайлд-Пью. Синдром портальной гипертензии. Асцит.
* Первичная дискинезия желчевыводящих путей, дисфункция желчного пузыря, гипермоторная форма.
* Синдром раздраженной кишки, смешанный вариант, фаза обострения.
* Хронический дуоденит, ст. обострение, повышенная кислотообразующая функция желудка.
* Хронический атрофический пангастрит с кишечной метаплазией в области тела желудка, пониженная кислотообразующая функция желудка.
* Хронический энтерит (постинфекционный), еюнит, легкая степень, фаза обострения, с выраженными воспалительными изменениями слизистой оболочки без атрофии и без нарушений всасывающей способности.
* Хронический алкогольный кальцифицирующий панкреатит, фаза обострения, гиперферментная форма, средней тяжести течение.
* Хронически неязвенный колит, постдизентерийный, проктосигмоидит, среднее тяжелая форма, фаза обострения.
* Неспецифический язвенный колит, проктосигмоидит, редко рецидивирующая форма, средней тяжести течение, ст. обострения. Железодефицитная анемия, легкой степени.
* Хронический бескаменный холецистит, фаза обострения, тяжелое течение. Флегмона желчного пузыря.
* Хронический бескаменный холецистит, фаза обострения, легкая степень тяжести. Вторичная гипотоническая дискинезия желчного пузыря.
* Хронический поверхностный гастрит (H.pilory-ассоциированный), ст. обострения, средней тяжести, повышенная секреторная функция желудка.
* Хронический радиационный тотальный энтерит, тяжелая форма, фаза обострения. Синдром мальабсорбции.
* Хронический билиарный фиброзно-инфильтративный панкреатит, фаза обострения, гипоферментная форма, тяжелое течение, внешнесекреторная недостаточность средней тяжести.
* Желчнокаменная болезнь. Хронический калькулезный холецистит, фаза обострения, тяжелое течение. Механическая желтуха.

**НЕФРОЛОГИЯ**

* Вторичный амилоидоз, ХБП III стадии: нефротический синдром, анемия.
* Геморрагический васкулит, ХБП III стадии: псевдомембранозно-пролиферативний тип (класс VI), вторичная анемия средней тяжести.
* ХБП III стадии: гипертензивная нефропатия.
* Острый гломерулонефрит, нефротический синдром.
* Острый неосложненный двусторонний пиелонефрит.
* Острый тубулоинтерстициальный нефрит
* ХБП IV ст.: поликистоз обеих почек. Ренопаренхиматозная артериальная гипертензия 3 ст, IIст.
* ХБП II стадии: гломерулонефрит, нефротический синдром. Ренопаренхиматозная артериальная гипертензия 2 ст, IIст.
* ХБП III стадии: хронический пиелонефрит левой почки, ст. обострения.
* ХБП III стадии: тубулоинтерстициальный нефрит. Анемия хронического заболевания, средней тяжести.
* Сахарный диабет 1 типа, средней тяжести, ст. субкомпенсации. Диабетическая нефропатия, IIIст.

**БОЛЕЗНИ СИСТЕМЫ КРОВИ**

* Аутоиммунная гемолитическая анемия, острая форма, гемолитический криз
* В-12 дефицитная анемия, средней тяжести.
* В-клеточный хронический лимфолейкоз; С (IV) стадия. Вторичная анемия, тромбоцитопения.
* Острый миелоидный лейкоз, МО (с минимальной дифференциацией).
* Острый эритролейкоз, М6.
* Острый лимфобластный лейкоз, вариант LЗ.
* Железодефицитная анемия, легкая форма.
* Железодефицитная анемия, средней тяжести.
* Лимфогранулематоз, IIБ стадия, смешанноклеточный вариант, активная фаза.
* Целиакия. Синдром мальабсорбии. В12-фолиево-дефицитная анемия, средней тяжести.
* Миелодиспластический синдром: хронический миеломоноцитарный лейкоз, рефрактерная анемия, гипопластический вариант.
* Анемия Миньковского-Шоффара, гемолитический криз.
* Истинная полицитемия, II стадия, фаза А.
* Истинная полицитемия, III стадия (терминальная), трансформация в острый лейкоз.
* Болезнь Маркиафавы-Микели, гемолитический криз.
* Хронический лимфолейкоз, начальная стадия.
* Хронический лимфолейкоз, Т-форма, терминальная стадия (бластный криз).
* Хронический миелолейкоз, стадия развернутых клинико-гематологичних проявлений (II стадия).
* Хронический миелолейкоз, терминальная стадия, бластный криз.
* Хронический миелолейкоз, фаза акселерации. Вторичная анемия, средней степени тяжести. Вторичная тромбоцитопения, легкой степени.
* Центробластно-центроцитарная неходжкинская лимфома низкой степени злокачественности, 4А стадии.

**ЭНДОКРИНОЛОГИЯ**

* Аутоиммунный тиреоидит, атрофический форма, гипотиреоз средней тяжести, декомпенсация.
* Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма, эутиреоз.
* Адрено-генитальный синдром. Вирильная форма.
* Адренокарцинома бронхов. Эктопический АКТГ-синдром. Гиперкортицизм.
* Анапластический рак щитовидной железы с метастазами в регионарные лимфатические узлы шеи с обеих сторон и легкие, T4N2M1.
* Вторичный тиреотоксикоз, амиодарон-ассоиированный, средней тяжести, ст. декомпенсации.
* Острый гнойный тиреоидит. Абсцесс правой доли щитовидной железы.
* Диффузный эндемический зоб IIст. Эутиреоз.
* Диффузный токсический зоб. Тиреотоксикоз, средней тяжести, ст. декомпенсации. Тиреотоксическое сердце. СН IIАст., ФК III.
* Диффузный токсический зоб. Тиреотоксикоз, тяжелая форма, ст. декомпенсации. Фибрилляция предсердий, персистирующая форма. СН IIАст., ФК III. Тиреотоксическая офтальмопатия IIIст.
* Нейрогенный несахарный диабет, стадия компенсации.
* Первичный гиперпаратироз. Аденома паращитовидных желез.
* Подострый тиреоидит, ранняя тиреотоксическая стадия.
* Послеоперационный гипотиреоз, средней тяжести, ст. декомпенсации.
* Послеоперационный гипотиреоз, средней тяжести, ст. медикаментозной компенсации.
* Пострадиационный гипотиреоз, средней тяжести, ст. декомпенсации.
* Узловой зоб, узел правой доли щитовидной железы. Эутиреоз.
* Синдром Клайнфельтера. Гипергонадотропный гипогонадизм.
* Синдром Шерешевского-Тернера. Первичная аменорея.
* Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма. Субклинический гипотиреоз.
* Феохромоцитома, аденома левого надпочечников, пароксизмальная форма, легкое течение.
* Феохромоцитома аденома правого надпочечника, постоянная форма. Симтоматическая артериальная гипертензия, 3 ст, II ст.
* Хроническая надпочечниковая недостаточность (первичная), средней тяжести, ст. декомпенсации.
* Сахарный диабет, 1тип, тяжелая форма, ст. декомпенсации. Диабетическая периферическая дистальная сенсорно-моторная полинейропатия нижних конечностей.
* Сахарный диабет, 1 тип, тяжелая форма, ст. субкомпенсации. Диабетическая непролиферативная ретинопатия. Диабетическая нефропатия IV ст. Ренопаренхиматозная артериальная гипертензия, 3 ст, II ст.
* Сахарный диабет, 2тип, вторично-инсулинзависимый, тяжелая форма, ст. декомпенсации. Диабетическая периферическая дистальная сенсорно-моторная полинейропатия нижних конечностей. Диабетическая ангиопатия нижних конечностей, IV ст. Трофическая язва II пальца правой стопы. Диабетическая нефропатия III ст.
* Сахарный диабет, 2 тип, средней тяжести, ст. субкомпенсации. Диабетическая периферическая дистальная полинейропатия нижних конечностей, сенсорная форма. Диабетическая ангиопатия нижних конечностей II ст. Ожирение I ст. алиментарно-конституционального генеза.
* Сахарный диабет, 1 тип, средней тяжести, ст. декомпенсации. Кетоацидотическое состояние II ст.
* Ятрогенная хроническая недостаточность надпочечников, легкая форма, ст. компенсации.

**ОСНОВНЫЕ НОРМАТИВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ,**

**ОПРЕДЕЛЕННЫЕ С ПОМОЩЬЮ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ**

**І. Общеклинические и экскреторные показатели**

**Показатели общего анализа крови**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Показатель** | **Мужчины** | **Женщины** |
| Гемоглобин, г/л | 130-160 | 120-140 |
| Эритроциты, 1012/л | 4,0-5,0 | 3,7-4,7 |
| Гематокрит, % | 40-48 | 36-42 |
| СОЭ, мм/год | 1-10 | 2-15 |
| Цветовой показатель | 0,85-1,05 | |
| Ретикулоциты, % | 2-12 | |
| Лейкоциты, 109/л | 4-9 | |
| **Лейкоцитарная формула, % (109/л)** | | |
| Нейтрофилы палочкоядерные | 1-4 (0,04-0,3) | |
| Нейтрофилы сегментоядерные | 45-70 (2,0-5,5) | |
| Эозинофилы | 0-4 (0,02-0,3) | |
| Базофилы | 0-1 (0,0-0,065) | |
| Лимфоциты | 25-35 (1,2-3,0) | |
| Моноциты | 3-8 (0,09-0,6) | |
| Тромбоциты, 109/л | 180-320 | |

**Показатели общего анализа мочи**

|  |  |
| --- | --- |
| **Показатель** | **Нормальные величины** |
| Объем мочи, мл/сутки | 800-1800 |
| рН мочи, ОД | 4,5-8,0 |
| Бактерии, в 1 мл | до 1000 |
| Белок, г/сутки | до 0,075 |
| Относительная плотность мочи при пробе Зимницкого, ЕД | до 1020 |
| Эритроциты в поле зрения | 0-2 |
| Лейкоциты в поле зрения | 0-3 |
| Ураты | В кислой моче |
| Фосфаты | В кислой моче |

**Показатели секреторной функции желудка**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Показатель** | **Вид секреции** | | |
| **базальная** | **субмаксимальная** | **максимальная** |
| Объем сока, мл | 50-100 | 100-140 | 180-200 |
| Общая кислотность, ЕД | 40-60 | 80-100 | 100-120 |
| Свободная соляная кислота, ЕД | 20-40 | 65-85 | 90-110 |
| Связанная соляная кислота, ЕД | 10-15 | 10-15 | 10-15 |
| Общая кислотная продукция / Дебит-час соляной кислоты, ммоль/мг | 1,5-5,5  55-200 | 8-14  300-500 | 18-26  650-950 |
| Пепсин за Туголуковым, концентрация, мг/л | 200-400 | 500-650 | 500-750 |
| Дебит-час пепсина, мг | 10-40 | 50-90 | 90-100 |

**Пограничные параметры функциональных интервалов (ФИ)**

**кислотообразующей функции желудка во время топографической**

**микрозондовой внутрижелудочной рН-метрии**

**[Чорнобровый В.М., 1988**]

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **рН** | **Функциональные**  **интервалы** | **Состояние**  **кислотообразования** |
| 0,9-1,2 | 5 | Выраженная гиперацидность |
| 1,3-1,5 | 4 | Умеренная гиперацидность |
| 1,6-2,2 | 3 | Нормоацидность |
| 2,3-3,5 | 2 | Умеренная гипоацидность |
| 3,6-6,9 | 1 | Выраженная гипоацидность |
| 7,0-7,5 | 0 | Анацидность |

**Показатели внешнесекреторной функции**

**поджелудочной железы**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Показатель** | **В крови** | **В моче** |
| Амилаза по Вольгемуту, ЕД | 16-32 | 16-64 |
| Амилаза по Smit-Rose, ЕД | 80-120 | До 400 |
| Липаза по Comfort, ЕД | 0,2-1,5 | 200-500 |

**Копрологическое исследование**

|  |  |
| --- | --- |
| **Показатель** | **Результат** |
| Синдромы | Отсутствуют |
| Реакция | Слабощелочная или нейтральная |
| Мышечные волокна | ± (изменены) |
| Нейтральный жир | Отсутствует |
| Жирные кислоты і мыла | ± |
| Крахмал | Отсутствует |
| Переваренная клетчатка (растительная) | ± |
| Соединительная ткань | Отсутствует |
| Слизь | Отсутствует |
| Оксалаты | Отсутствуют |
| Стеркобилин, мг | 40-280 |
| Билирубин | Отсутствует |

**Бактериологическое исследование кала**

|  |  |
| --- | --- |
| **Микрофлора** | **Количество**  **микробов** |
| Патогенные микробы семейства кишечных | 107-108 |
| Общее количество Е. coli | До 10 |
| Е. coli со слабо выраженными ферментативными свойствами, % | До 5 |
| Лактозонегативные энтеробактерии, % | 0 |
| Е. coli гемолизирующая, % | До 25 |
| Кокковые формы в общей сумме микробов, % | 0 |
| Гемолитический стафилококк, % от всех кишечных форм | 109 и выше |
| Бифидобактерии | 0-103 |
| Микробы рода Proteus | 0-104 |
| Грибы рода Candida | 0 |
| Е. coli М17 у лиц, которые лечились колибактерином, бификолом, % | 0 |

**Проба Нечипоренко**

Эритроциты до 1000/мл

Лейкоциты до 4000/мл

**Основные биохимические показатели желчи**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Показатель** | **Пузырная** | **Печеночная** |
| Билирубин, мкмоль/л | 225-702 | 37-154 |
| Холестерин, мкмоль/л | 3,5-8,0 | 1,0-5,0 |
| Желчные кислоты суммарные, г/л | 20,3-63,3 | 5,2-13,5 |
| Белок, г/л | 5,9-6,9 | 2,5-2,9 |
| Липопротеиновый комплекс, г/л | 12,5-17,5 | 1,9-29 |
| ДФА реакция, ОД опт. плотн. | 0,05-0,10 | 0,070-0,073 |
| Халато-холестериновый коэффициент | 6-8 | – |

**Показатели многофракционного дуоденального зондирования**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Фаза** | **Длительность** | **Количество**  **желчи** | **Скорость**  **выделения** |
| І – холедоховая | 10-20 мин | 15-20 мл | 1-2 мл/мин |
| ІІ – закрытого сфинктера Одди (вводят в зонд 40 мл 33% р-ра сернокислой магнезии) | 2-6 мин | – | – |
| ІІІ – открытого сфинктера Одди (пузырного протока, порция А) | 3-6 мин | 3-5 мл | 1 мл/мин |
| ІV – открытого сфинктера Люткенса-Мартынова (пузырная, порция В) | 20-30 мин | 30-50 мл | 2,5 мл/мин |
| V – открытого сфинктера Марицци (печеночная, порция В) | 20-30 мин | > порции В | 1-1,5 мл/мин |

**ІІ. Биохимические показатели**

**Показатели белкового обмена (сыворотка крови)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Показатель** | **Единицы СИ** | |
| Общий белок, г/л | 70-90 | |
| Белковые фракции | г/л | % |
| Альбумины | 32-55 | 56-66,5 |
| α1-глобулины | 1-4 | 2,5-5 |
| α2-глобулины | 5-9 | 5-9 |
| β-глобулины | 6-10 | 8-12 |
| γ-глобулины | 8-18 | 12,8-19 |
| А/Г коэффициент | 1,3-2,0 | |

**Диагностические критерии транссудата и экссудата**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Показатель** | **Транссудат** | **Экссудат** |
| Относительная плотность | 1,005-1,015 | Выше 1,016 |
| Белок, г/л | 5-25 | Выше 30 |
| Альбумины/глобулины | 2,5-4,0 | 0,5-2,0 |
| Проба Ривальта | – | + |
| Лейкоциты | До 15 | Выше 15 |
| ЛДГ плевральной жидкости | 0,6 | 0,6 |

**Показатели липидного обмена (сыворотка крови)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Показатель** | **Единицы СИ** |
| Холестерин, ммоль/л | <5,2 |
| Триглицериды, ммоль/л | 0,5-2,1 |
| Коэффициент атерогенности | До 3,0 ЕД |
| Общие липиды, г/л | 4-8 |
| β-липопротеины, опт. ед. | 35-55 |
| Липопротеины высокой плотности, ммоль/л | 0,9-1,9 |
| Липопротеины низкой плотности, ммоль/л | <2,2 |
| НЭЖК, мкмоль/л | 400-800 |

**Содержание билирубина в сыворотке крови**

|  |  |
| --- | --- |
| **Показатель** | **Единицы СИ** |
| Билирубин общий по Иендрашику, ммоль/л | 8,5-20,5 |
| Билирубин коньюгированный (прямой), ммоль/л | 0-5,1 |
| Билирубин неконьюгированный (непрямой), ммоль/л | 8,5-15,4 |

**Показатели азотистых веществ в сыворотке крови**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Показатель** | **Единицы СИ** | |
| Азот остаточный, ммоль/л | 14,3-25,0 | |
| Мочевина, ммоль/л | 4,2-8,32 | |
| Креатинин, мкмоль/л | 50-115 | |
|  | мужчины | женщины |
| Мочевая кислота | 0,21-0,46 | 0,15-0,40 |

**Показатели ферментативного обмена в сыворотке крови**

|  |  |
| --- | --- |
| **Показатель** | **Единицы СИ** |
| Аланинаминотрансфераза, мкмоль/(ч/л) | 0,1-0,8 |
| Аспартатаминотрансфераза, мкмоль/(ч/л) | 0,1-0,45 |
| Лактатаминотрансфераза по Савельо, мкмоль/(ч/л) | 0,9-4,0 |
| ЛДГ-5, мкмоль/(ч/л) | 0,16-0,82 |
| Кислая фосфатаза, мкмоль/(ч/л) | 5,0-6,7 |
| Щелочная фосфатаза, мкмоль/(ч/л) | 0,7-2,3 |
| Церулоплазмин, мкмоль/л | 1,2-2,45 |

**Показатели перекисного окисления липидов и**

**антиоксидантной системы защиты в сыворотке крови**

|  |  |
| --- | --- |
| **Показатель** | **Единицы СИ** |
| Молоновый диальдегид в крови, мкмоль/л | 0,48-1,16 |
| Молоновый диальдегид в мембранах эритроцитов, мкмоль/л | 5,7-10,9 |
| Каталаза, мг | 14,0-19,0 |
| Пероксидаза, мг/(мин/л) | 257-305 |

**Показатель углеводного обмена в сыворотке крови**

|  |  |
| --- | --- |
| **Показатель** | **Единицы СИ** |
| Глюкоза, ортотолуидиновый метод, ммоль/л | 3,5-5,5 |
| Глюкоза, метод Хагедорна-Енсена, ммоль/л | 4,4-6,6 |
| Пировиноградная кислота, ммоль/л | 0,04-0,14 |
| Молочная кислота, ммоль/л | 0,99-1,75 |

**Содержание электролитов и микроэлементов в плазме крови**

|  |  |
| --- | --- |
| **Показатель** | **Единицы СИ** |
| Калий, ммоль/л | 3,8-5,2 |
| Натрий, ммоль/л | 138-148 |
| Кальций, ммоль/ л | 2,25-2,75 |
| Магний, ммоль/л | 0,75-1,25 |
| Фосфор неорганический, ммоль/л | 0,8-1,5 |
| Железо сывороточное, ммоль/л | 11,6-30,0 |
| Хлор, ммоль/л | 95-110 |

**Показатели активности воспалительного процесса**

|  |  |
| --- | --- |
| **Показатель** | **Нормативные величины** |
| С-реактивный белок | Негативный |
| Сиаловые кислоты, ЕД | 0,18-0,2 |
| Церулоплазмин, г/л | 0,23-0,5 |
| Антистрептолизин (АСЛ)-О | 1:250 |
| Антистрептогиалуронидаза | 1:250 |
| Миоглобин сыворотки крови | 1:2 – 1:64 |

**Показатели коагулограммы**

|  |  |
| --- | --- |
| **Показатель** | **Нормативные величины** |
| Протромбиновый индекс, % | 80-105 |
| Протромбиновое время, с | 15-20 |
| Тромбиновое время, г/л | 15-18 |
| Фибриноген, г/л | 2-4 |
| Фибриноген В | Негативный |
| Время оседания крови | 5-10 |
| Длительность кровотечения (по Дюке), мин. | До 4 |

**ІІІ. Иммунологические показатели**

|  |  |
| --- | --- |
| **Показатель** | **Нормативные величины** |
| **Неспецифическая резистентность** | |
| Фагоцитарная активность лейкоцитов, % | 50-70 |
| Бактериальная активность сыворотки, % | 50-80 |
| Титр комплемента, % | 0,02-0,08 |
| **Клеточный иммунитет** | |
| Т-лимфоциты, % | 40-60 |
| Т-хелперы, % | 30-40 |
| Т-супрессоры, % | 15-20 |
| Тх:Тс, ЕД | 1,-2,5 |
| **Гуморальный иммунитет** | |
| В-лимфоциты, % | 15-30 |
| Ig A, г/л |  |
| Ig G, г/л |  |
| Ig M, г/л |  |

**IV. Инструментальные показатели**

**Показатели электрокардиограммы**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Зубцы и интервалы** | **Длительность, с** | **Высота (глубина), направленность** |
| Зубец Р | 0,06-0,1 | 0,5-0,25 (не больше 1/6-1/8 зубца R у стандартных отведениях, позитивный) |
| Интервал P-Q | 0,12-0,2 | Изоэлектрический |
| Зубец Q | 0,02-0,03 | 0-3 мм (не больше 25% следующего зубца R в стандартных отведениях, негативный) |
| Зубец R | 0,03-0,04 | В классических отведениях не превышает 20 мм, в грудных – 25мм |
| Зубец S | 0,03 | <8 мм (у І, ІІ отведениях), <8 мм (у V1) |
| Комплекс QRS | 0,06-0,1 |  |
| Сегмент ST | 0,02-0,12 | Изоэлектрический, может быть смещенный не больше чем на 2 мм V1-2 и на 0,5 мм в классических отведениях |
| Зубец Т | 0,1-0,25 | 3-5 мм (не больше 1/3-1/4 следующего зубца R в стандартных отведениях, позитивный) |
| Зубец U | 0,06-0,16 | 2-3 мм, позитивный |

**Некоторые показатели холтеровского мониторирования ЭКГ**

|  |  |
| --- | --- |
| **Показатель** | **Нормативные величины** |
| ЧСС в покое, уд / мин | 60-90 |
| ЧСС днем, уд / мин | 90-160 |
| ЧСС ночью, уд / мин | 35-78 |
| Косонисходящее смещение сегмента ST от изолинии в зависимости от ЧСС, мм | До 2 |
| Суправентрикулярные и желудочковые одиночные экстрасистолы в молодом и зрелом возрасте за сутки | До 100 |
| Ночная брадикардия | 30-40 |
| Наджелудочковая тахикардия более 60 лет | Иногда |
| Полиморфные и спаренные желудочковые экстрасистолы более 60 лет | Иногда |
| Желудочковая тахикардия | Никогда |
| Экстрасистолы более 60 лет | 100-500 |

**Показатели эхокардиографии (ЭхоКГ)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Показатель** | **Нормативные величины** |
| Конечно-систолический размер (КСР), см | 2,3-3,8 |
| Конечно-диастолический размер (КДР), см | 3,5-5,5 |
| Конечно-систолический объем (КСО), мл | 20-60 |
| Конечно-диастолический объем (КДО), мл | 50-160 |
| Толщина межжелудочковой перегородки (ТМЖПд), см | 0,6-1,1 |
| Толщина задней стенки ЛЖ в диастолу (ТЗСЛЖд), см | 0,6-1,1 |
| Размер левого предсердия (ЛП), см | 3,0-4,0 |
| Фракция выброса (ФВ), % | 50-70 |
| Степень укорочения передне-заднего размера (%ΔS) | 30-40 |
| Скорость циркулярного укорочения волокон миокарда в систолу, окр/с | 0,9-1,45 |

**Показатели центральной гемодинамики**

|  |  |
| --- | --- |
| **Показатель** | **Нормативные величины** |
| Частота сердечных сокращений, / мин | 60-90 |
| Систолический АД, мм рт.ст. | <120 |
| Диастолический АД, мм рт.ст. | <80 |
| Ударный объем, мл | 60-80 |
| Минутный объем кровообращения, л/мин | 4-6 |
| Сердечный индекс (СИ), од | 3,2±0,3 |

**Ориентировочные нормативы показателей**

**вариабельности сердечного ритма**

|  |  |
| --- | --- |
| **Параметры** | **Значения**  **M±m** |
| SDNN, мс – стандартное отклонение среднего всех интервалов R-R | 141±39 |
| SDANN, мс – стандартное отклонение средних продолжительностей интервалов R-R в течение 5 мин интервалов | 127±35 |
| RMSSD, мс – корень квадратный из суммы квадратов разниц последовательных пар интервалов R-R | 27±12 |
| LF, мс2 – низкочастотный компонент спектра | 1170±416 |
| HF, мс2 – высокочастотный компонент спектра | 975±203 |
| LF/HF, ед – баланс активности симпатической и парасимпатической нервной системы | 1,5-2,0 |

**Спирографические показатели, которые используются для**

**определения типа вентиляционной недостаточности**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Показатель** | **Нормальна**  **величина** | **В % к должной величине** |
| Жизненная емкость легких (ЖЕЛ), л | 3-5 | Ч-81 Ж-78 |
| Объем форсированного выдоха з 1 с |  | Ч-88 Ж-86 |
| ОФВ1/ЖЕЛ (индекс Тиффно) |  | Ч-90 Ж-91 |
| Максимальная вентиляция легких, л | 50-180 | ±15-20 |

Примечание: Ч – мужчины; Ж – женщины

**Показатели УЗИ печени**

|  |  |
| --- | --- |
| **Показатель** | **Нормативные величины** |
| Передне-задний размер правой доли по средне-ключичной линии | 8,1-10,6 см |
| Толщина левой доли по средней линии | 5,6-8,2 см |
| Краниокаудальный размер: |  |
| Правой доли | 10,5±1,5 см (мах=12 см) |
| левой доли | 8,3±1,6 см (мах=10,9 см) |
| Размер печени в поперечной плоскости | 17,0±0,23 (14-19 см) |
| Размер правой доли | 13,8±0,17 (11-15 см) |
| Угол, сформированный передней и вентральной поверхностями: |  |
| левой доли печени | не >45° |
| правой доли печени | не >75° |

**Показатели УЗИ желчевыводящих протоков**

|  |  |
| --- | --- |
| **Показатель** | **Нормативные величины** |
| Сегментарные и субсегментарные протоки (не больше 40% диаметра соответствующего протока) | до 1 мм |
| Правый и левый долевые протоки | 2-3 мм (мах=4-5 мм) |
| Главный желчный проток: |  |
| норма | до 5 мм |
| возможное расширение | 6-7 мм |
| патологическое расширение | >7 мм |
| после приему желчегонных препаратов | уменьшение на 2-3 мм |

**Показатели УЗИ желчного пузыря**

|  |  |
| --- | --- |
| **Показатель** | **Нормативные величины** |
| Толщина стенки | 1-2 мм |
| при сокращении пузыря | от 2 до 5 мм |
| Толщина стенки в области шейки | 4-5 мм |
| Патологическое утолщение стенки | >4-5 мм |
| Толщина в норме | от 7 до 10 см |
| Ширина | от 3 до 5 см |
| Объем желчного пузыря | от 8 до 42 мл |
| как исключение | 100-160 мл |
| Площадь пузыря | 8-12 см2 |

**Показатели УЗИ поджелудочной железы и вирсунгова протока**

|  |  |
| --- | --- |
| **Показатель** | **Нормативные величины** |
| **Поджелудочная железа** | |
| Расположение поджелудочной железы | На 5-6 см ниже мечевидного отростка |
| Расстояние от передней брюшной стенки |  |
| у нормостеников | 3,7±0,72 см (2,6-5,3 см) |
| у астеников | 2,6 см |
| у гиперстеников | до 9,5 см |
| Передне-задний размер головки | до 2,0-2,5 см |
| Толщина шейки | от 0,7 до 1,2 см |
| Толщина тела | от 0,7 до 1,2 см |
| Краниокаудальный размер тела в сагиттальной плоскости | 3,0±0,6 см |
| Передне-задний размер хвоста | от 1,5 до 2,0 см |
| Краниокаудальный размер хвоста | 3,6±1,2 см |

|  |  |
| --- | --- |
| **Вирсунгов проток** | |
| Визуализация вирсунгова протока у здоровых лиц | 50-86% |
| Передне-задний размер протока | от 0,8 до 2,0 мм |
| Диаметр протоки: |  |
| в области хвоста | 1,0-1,7 мм |
| в области тела | 2,4-2,6 мм |
| в области головки | 2,6-3,3 |

**Показатели УЗИ почек**

|  |  |
| --- | --- |
| **Показатель** | **Нормативные величины** |
| Продольный размер | 7,5-12 см |
| Разница по длине между обеими почками не должна превышать | 1,5-2,0 см |
| Ширина | 4,5-6,5 см |
| Толщина | 3,5-5,0 см |
| Капсула | 0,9-1,5 см |
| Диаметр пирамид | 0,5-0,9 см |
| Соотношение паренхимы почки до чашечно-лоханочной системы | 2:1 (у детей несколько больше, у лиц пожилого возраста – несколько меньше) |
| Внутренний диаметр чашек | 0,5 см |
| Размеры лоханки | 1,0-2,5 см |

**Показатели УЗИ селезенки**

|  |  |
| --- | --- |
| **Показатель** | **Нормативные величины** |
| Продольный размер | 1-2 мм |
| Поперечный размер | от 2 до 5 мм |
| Расстояние от верхнего полюса до внешнего края | 4-5 мм |
| Толщина | >4-5 мм |
| Расстояние от верхнего полюса до нижнего | от 7 до 10 см |
| Селезеночный индекс (продольный размер х поперечный) | от 3 до 5 см |

**Показатели УЗИ надпочечников**

|  |  |
| --- | --- |
| **Показатель** | **Нормативные величины** |
| Длина правого | 1,8-2,8 см |
| Длина левого | 1,8-2,3 см |
| Толщина | 1,1-1,6 см |
| Возможности визуализации |  |
| правого | 89% |
| левого | 76% |

**ПРОТОКОЛ КЛИНИЧЕСКОГО РАЗБОРА БОЛЬНОГО**

**Ф.И.О. больного \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Возраст \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **профессия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Жалобы больного:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Anamnesis morbi:**

Считает себя больным с\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

когда впервые появились\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Последнее обострение с\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Anamnesis vitae:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Результаты физикального обследования больного:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Предварительный диагноз**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

**План обследования**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

**Результаты дополнительных методов исследования**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**Обоснование клинического диагноза**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**Клинический диагноз:**

Основное заболевание \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Сопутствующие заболевания\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Осложнения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**Лечение:**

1. Режим\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Диета\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**РЕКОМЕНДОВАНАЯ ЛИТЕРАТУРА**

**БАЗОВАЯ**

1. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів. Невідкладні стани в терапії : довід.-посіб. / Вінниц. нац. мед. ун-т ім. М. І. Пирогова ; за ред. Ю. М. Мостового. - 18-е вид., допов. і переробл. - К. : Центр ДЗК, 2015. - 680 с.
2. Эндокринология. Учебник: П.Н. Боднар, Г.П.Михальчишин, Ю.И.Комиссаренко и др. под ред.: проф. П.Н. Боднара. – Винница. Нова Книга, 2015. – 496 с.
3. Внутрішня медицина: Порадник лікарю загальної практики: навчальний посібник. / А.С. Свінціцький, О.О. Абрагамович, П.М. Боднар та ін.; За ред. проф. А.С. Свінціцького. – ВСВ «Медицина», 2014. – 1272 с. + 16с. кольоров. вкл.
4. Внутрішня медицина: Терапія: Підручник. / Н.М. Середюк, В81 І. П. Вакалюк, О.С. Стасимин та інші. – 4-е вид. виправ. – К.: Медицина, 2013 - 688 с.
5. Сиволап В.Д., Каленський В.Х. Фізіотерапія. Підручник. 2014, 198 с. Електронне видання.
6. Передерій В.Г., Ткач С.М. Основи внутрішньої медицини. Підручник у 3-х томах. Вінниця, «Нова книга», 2009.
7. Внутрішня медицина: підручник у 3-х т. / К.М.Амосова, О. Я.Бабак, В.М.Зайцева [таін.]; ред. К.М.Амосової. – К.: Медицина, 2008.
8. Пропедевтика внутрішньої медицини: підруч. для студ. вищ. мед. закл. освіти III-IV рівнів акредитації. Доп. МОЗ України / Ю. І. Децик [та ін.]; за ред. проф. О. Г. Яворського. - К. : Медицина, 2013. - 552.
9. Передерій В. Г. Практична гастроентерологія: сучасна тактика й алгоритми ведення хворих з основними гастроентерологічними захворюваннями і синдромами /В. Г. Передерій, С. М. Ткач. – 2012.
10. Практикум з внутрішньої медицини: навч. пос. / К.М. Амосова, Л.Ф. Конопльова, Л.Л. Сидорова, Г.В. Мостбауер та ін. – К.: Український медичний вісник, 2012 р. – 416 с.
11. Рациональная диагностика и фармакотерапия заболеваний органов пищеварения/ О. Я. Бабак [и др.] ; ред.: О. Я. Бабак, Н. В. Харченко. – 2012.

**ВСПОМОГАТЕЛЬНАЯ**

1. Внутрішня медицина: Порадник лікарю загальної практики: навчальний посібник. / А.С. Свінціцький, О.О. Абрагамович, П.М. Боднар та ін.; За ред. проф. А.С. Свінціцького. – ВСВ «Медицина», 2014. – 1272 с. + 16с. кольоров. вкл.
2. М.С. Регеда, М.М. Регеда, Л.О. Фурдичко, М.А. Колішецька, С.І. Мироненко. Бронхіальна астма. Монографія. Видання п’яте, доповнене та перероблене. – Львів, 2012. – С.147.
3. Тодоріко Л.Д., Бойко А.В. Основні синдроми й методи обстеження в пульмонології та фтизіатрії: Навчальний посібник для самостійної роботи студентів старших курсів вищих медичних навчальних закладів ІІІ-ІV рівнів акредитації. – Київ: Медкнига, 2013. – 432 с.
4. Ендокринологія: підручник (П.М. Боднар, Г.П. Михальчишин, Ю.І. Комісаренко та ін.) За ред. професора П.М. Боднара, - Вид. 3, перероб. та доп. – Вінниця. Нова Книга, 2013. – 480 с.
5. Невідкладні стани в ендокринології: навч. – метод. посіб. (М.В. Власенко, А.В. Паламарчук, В.С. Вернигородський та ін..) – К.: РВХ «ФЕРЗЬ», 2010. – 104с.
6. Стуклов Н. Анемии. Клиника, диагностика и лечение. / Н. Стуклов, В. Альпидовский, П. Огурцов. – МИА. 2013. - 264 с.
7. Лекції з гематології / П.М. Перехрестенко, Л.М. Ісакова, Н.М. Третяк, Д.А. Лисенко, С.В. Бондарчук. – К.: Нора-прінт, 2005. – 128 с.
8. Третяк Н.М. Гематологія: Навч. Посібник. – К.: Зовнішня торгівля, 2005.- С.240.
9. Леонова Є. В. Чантурія А. В. Вісмонт Ф. І.. Патологічна фізіологія системи крові, 2009.
10. Диференціальна діагностика основних синдромів при захворюваннях органів дихання та додаткові матеріали з фтизіатрії: Навчальний посібник / За ред. проф. Л.Д. Тодоріко– БДМУ Чернівці: Медуніверситет, 2011. – 320 с.

**ИНФОРМАЦИОННЫЕ РЕСУРСЫ**

www.moz.gov.ua

www.testcentr.org.ua

www.cardiolog.org

www.zsmu.zp.ua

www.cardiosila.ru

www.booksmed.com

Приложение 1

###### ТЕМПЕРАТУРНЫЙ ЛИСТ

Ф.И.О. больного \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Отделение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Палата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |
| День заболевания | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |
| **День пребывания в стационаре** | | | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | | 6 | | 7 | | 8 | | 9 | | 10 | | 11 | | |
| **PS** | **АД** | **Т** | у | в | у | в | у | в | у | в | у | в | у | в | у | в | у | в | у | в | у | в | у | в |
|  |  | **39** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | **38** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | **37** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | **36** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | **35** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Артериальное давление | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Масса тела | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Стол | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Суточное количество мочи | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Дыхание | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |
| Стул | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |
|  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |

Приложение 2

**Аббревиатуры, использованные в результатах лабораторных исследований в зарубежных анализаторах**

**Общий анализ крови:**

WBC - White Blood Cells - количество лейкоцитов

GRA-Granulocytes - гранулоциты

LYM - Lymphocytes - лимфоциты

MON - Monocytes - моноциты;

RBC - эритроциты;

HGB - Hemoglobin - гемоглобин;

HCT - Hematocrit - гематокрит;

MCV - Mean Cell Volume - средний объем клеток;

MCH - Mean Corpuscular Hemoglobin - среднее содержание гемоглобина в 1 эритроците;

MCHC - Mean Corpuscular Hemoglobin Concentration - средняя концентрация гемоглобина в эритроцитах;

RDW - Red Distribution With - ширина распределения эритроцитов по объему;

PLT - Platelets - тромбоциты;

MPV-Mean Platelets Volume - средний объем тромбоцитов;

PCT-Plateletcrit - тромбокрит;

PDW - Platelet Distribution Width - ширина распределения тромбоцитов по объему.

**Биохимические показатели:**

TBIL – общий билирубин;

DBIL - прямой билирубин;

TP - общий белок;

ALB - альбумин;

URE - мочевина;

CRE - креатинин;

ALTR - аланиновая трансаминаза

ASTR - аспарагиновая трансаминаза;

GLU - глюкоза;

CHOL - холестерин;

TG-B - триглицериды;

HDLD - ЛПВП;

DLDL - ЛПНП;

LDH - лактатдегидрогеназа;

URIC - мочевая кислота;

LIPA - липаза;

AMIL - амилаза;

ALP - щелочная фосфатаза;

GGT гамма-глутаматтранспептидаза;

CK (MB) - креатинкиназа

FE - железо

Ferritin - феритин

Folate - фолаты

TRF - трансферин

IBCT-ОЖСС

CRP - С-реактивный белок;

RF - ревматоидный фактор;

ASO - антистрептолизин-О;

HBA1c – гликозилированный гемоглобин;

MAU - микроальбуминурия;

BNP - натрийуретический пептид;

AMM - аммиак;

PSA - простатспецифический антиген;

AFP - альфа-фетопротеин;

CEA - раково-эмбриональный антиген;

Ostase - костная фракция щелочной фосфатазы;

INR - международное нормализованное отношение;

APTT - активированное частичное тромбопластиновое время;

TSH - тиреостимулирующий гормон;

T4 - тироксин общий;

T3 - трийодтиронин общий;

Fr T4 - тироксин свободный;

AN TG - антитела к тиреоглобулину.

**Кислотно-щелочное состояние (КЩС)**

рН-вододородный показатель

рСО2 - напряжение двуокиси углерода

рО2 - напряжение кислорода

SO2 - сатурация артериальной крови

Lac - лактаты

BUN - мочевина

Расчетные результаты КЩС:

BE-ECF - базовый остаток экстраклеточной жидкости

BE-B - базовый остаток крови

SBC - стандартная бикарбонатная концентрация

HCO3 - бикарбонатный уровень

TCO2 - общий диоксид углерода

O2Ct - содержание кислорода

AaDO2 - наклон напряжения артериального альвеолярного кислорода

**Спирометрия**

VC IN - жизненная емкость легких

ERV-резервный объем выдоха

IRV-резервный объем вдоха

TV-дыхательный объем

FVC - ФЖЕЛ

FEV1 - ОФВ1

FEV1% VC IN – проба Тиффно

FEV1% FVC - проба Генслера

PEF - пиковая (наибольшая скорость)

**ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ**

Учебно-методическое пособие

|  |
| --- |
|  |

Сдано в набор \_\_.\_\_.2017 Подписано к печати \_\_.\_\_.2017

Бумага офсетная. Печать - ризограф

Тираж 300. Заказ № ­­­­­­

Издательство ЗГМУ

69035. м. Запорожье, ул. Маяковского, 26