

Содержание

Список сокращений и условных обозначений	5
Введение	7
Раздел 1. Схема обследования больного	14
1.1. Методическое обследование пациента в соответствии с унифицированной схемой истории болезни с описанием основных клинических симптомов и синдромов	14
1.2. Особенности клинического обследования онкологического больного	72
1.3. Сигналы тревоги при различных локализациях злокачественного процесса	103
Раздел 2. Методические указания по оформлению академической истории болезни с примерами клинических описаний результатов обследования	109
Раздел 3. Речевые модули как способ разрешения конфликта в медицинской практике	149
Раздел 4. Диагностика коронавирусной инфекции — алгоритм обследования пациента с подозрением на COVID-19	157
Приложение 1. Основные нормативные показатели лабораторно-инструментальных методов исследования	177

Приложение 2. Примерный перечень методов обследования больных при некоторых заболеваниях внутренних органов в соответствии с действующими стандартами диагностики и лечения в РФ	199
Список литературы	204

Раздел 1

СХЕМА ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО

1.1. Методическое обследование пациента в соответствии с унифицированной схемой истории болезни с описанием основных клинических симптомов и синдромов

Одна из важнейших задач в решении проблемы онконастороженности — полное клиническое обследование пациента — неразрывно связана с овладением врачом методикой оформления полных данных в виде истории болезни в медицинской карте больного.

История болезни (в старину называемая «скорбными листами») — один из важнейших медицинских документов карта стационарного/амбулаторного больного — далее история болезни, который оформляется на каждого пациента. Кроме того, история болезни является одновременно юридическим, страховым, финансовым и социальным документом. Это обязывает врача при написании истории болезни к получению полной информации о пациенте, точности и достоверности сведений. Поэтому значение истории болезни не ограничивается сугубо медицинской ролью.

Непременным условием полноты изложения информации является плановость, методичность и систематичность исследования, т.е. строгое выполнение рекомендаций унифицированной схемы истории болезни (утв. Министерством здравоохранения РФ).

В соответствии с основными принципами оформления истории болезни, которые были разработаны корифеями отечественной медицины М.Я. Мудровым, Г.А. Захарьиным, С.П. Боткиным, В.П. Образцовым, она составляется в следующей последовательности.

Вначале вносят общие паспортные сведения о пациенте, затем выясняют основные жалобы и проводят опрос по системам и органам; изучают историю заболевания и жизни и только затем приступают к объективному обследованию пациента (оценивают *status praesens*), применяя последовательно такие методы объективного исследования, как осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация.

Распрос жалоб пациента позволяет достаточно точно установить заинтересованность определенной системы органов и ее функциональное состояние (система дыхания, кровообращения, пищеварительная и т.д.).

Очень важно уметь детализировать жалобы; это дает неоценимую информацию о характере патологического процесса (воспаление, дистрофия, опухоль), его этиологии, патогенезе, фазе течения заболевания. Безусловно, все это возможно выполнять при условии глубокого знания патофизиологических основ каждой жалобы.

История настоящего заболевания также очень важный фрагмент расспроса. При сборе анамнеза заболевания необходимо получить исчерпывающий ответ на каждый вопрос этого раздела в соответствии со схемой опроса. Наиболее частая ошибка врача — это поверхностное представление о первых признаках заболевания, их динамике на начальных этапах течения болезни, особенностях последующих обострений, причинах и клинических проявлениях заболевания перед госпитализацией, мотивах госпитализации и, последнее, отсутствие представления о динамике симптомов от момента госпитализации до начала курации. Не следует излишне описывать хождение пациента по лечебным учреждениям, важно знать и отразить в истории болезни результаты выполненных исследований, диагностические суждения врача, характер и эффективность проводимого лечения.

В анамнезе жизни — постараться выявить факторы, способствовавшие развитию настоящего заболевания.

Методы клинического (физикального) исследования: осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация — дают врачу возможность объективно оценить физическое, а через него и функциональное состояние органов и систем, выявить симптомы, характерные для определенных патологических процессов. Здесь также важны последовательность и полнота обследования.

Проведя расспрос и физикальное обследование пациента, необходимо глубоко осмыслить полученные данные, определить диагностические гипотезы, изучить литературу (руководства для врачей, монографии), наметить план обследования пациента, указав конкретно методы исследования и их целесообразность.

После предварительного заключения о сущности заболевания, т.е. сформулировав предварительный диагноз, намечают план лабораторно-диагностического, инструментального исследования и лечения пациента. В дальнейшем в историю болезни заносятся все сведения о пациенте в динамике вплоть до выписки его из клиники.

Лабораторно-инструментальное обследование курируемого пациента идет в соответствии с планом лечащего врача. Важно представить имеющиеся данные в динамике.

Такой порядок обследования пациента и написания истории болезни позволяет избежать упущений и ошибок в постановке диагноза и лечении пациента, но в некоторых случаях (бессознательное состояние пациента, удушье, большое кровотечение и другие экстремальные ситуации, угрожающие здоровью и жизни пациента) план обследования может быть изменен. В частности, при бессознательном состоянии необходимо сразу же приступить к объективному исследованию и оказанию неотложной помощи; при удушье, кровотечениях — сократить объем субъективного исследования, выяснив при этом только наиболее существенные данные. Однако во всех случаях,

там, где это возможно, необходимо придерживаться установленной последовательности обследования пациента и написания истории болезни.

При составлении истории болезни необходимо стремиться к наибольшей полноте сведений о пациенте при одновременном наличии четкости и краткости изложения, а также сохранению индивидуальных особенностей языкового стиля.

Необходимо помнить, что в процессе обследования пациента не все данные могут быть получены от него в той строгой последовательности, которую необходимо соблюдать при написании истории болезни. Это связано прежде всего с тем, что не все пациенты могут последовательно изложить жалобы и динамику своего заболевания. Поэтому рекомендуется предварительно записать полученные данные на отдельном листе бумаги, а затем оформить их в необходимой последовательности в истории болезни.

Процесс постановки диагноза часто идет параллельно обследованию пациента. Формирование диагностической концепции нередко начинается уже со сбора паспортных данных.

Известно, что в молодом возрасте преобладают воспалительные заболевания; в зрелом и старческом возрасте — сердечно-сосудистые заболевания, болезни органов бронхолегочной системы, нарушения обмена веществ.

Для каждого пола также характерны определенные виды патологии. Женщины чаще страдают ревматическими болезнями, желчнокаменной болезнью, анемией; мужчины — обструктивными заболеваниями органов дыхания, ишемической болезнью сердца, язвенной болезнью.

Информация о профессии пациента, месте его работы может быть чрезвычайно полезной в диагностике ряда профессиональных заболеваний (силикоз, пылевой бронхит, вибрационная болезнь, интоксикация нефтепродуктами). Особенности условий труда могут способствовать развитию так называемых профессионально обусловленных заболеваний (например, гипертоническая болезнь у телеграфистов, операторов).

Сведения о месте проживания пациентов иногда могут помочь в диагностике некоторых заболеваний, имеющих наибольшее распространение в определенных регионах (описторхоз, эндемический зоб, малярия).

Завершающим и исключительно ответственным этапом написания истории болезни является раздел оформления синдромального диагноза и его обоснования.

Процесс возникновения различных диагностических гипотез, как правило, начинается уже с расспроса. При объективном и лабораторно-инструментальном обследовании с накоплением фактов они могут подтверждаться или исключаться. При этом могут возникать новые диагностические предположения, требующие обоснования.

Нередко при обследовании пациента можно выявить особые симптомы, которые служат ключом к диагнозу (например, «поза просителя» при болезни Бехтерева, «мелодия митрального стеноза» при аускультации сердца при митральном пороке сердца, выявление в мокроте ВК(+) при туберкулезе легких). Однако чаще всего постановка диагноза — это сложный поэтапный процесс, требующий глубоких знаний анатомии, физиологии, патологической физиологии, биохимии, патологической анатомии, определенных навыков, а также знаний общей методологии диагноза (методика аналогии, индуктивный метод, синтетический метод диагностики). Завершающим этапом начальной фазы синтеза является формирование синдрома — промежуточной ступени нозологического диагноза. Синдромный этап — ведущий диагностический период в дифференциальной диагностике онкологических заболеваний.

При оформлении в истории болезни раздела «Диагноз и его обоснование» врач может пользоваться любым из имеющихся методов диагностики, но предпочтение следует отдать синтетическому, основанному на рациональном собирании симптомов, глубоком их анализе, группировке и т.д.

Раздел «Обоснование диагноза» врач может излагать свободным стилем. Желательно, чтобы в нем была отражена глубина и последовательность анализа симптомов, логичность формиро-

вания малых и больших синдромов, перечислены по возможности все нозологические формы, которые могли обусловить имеющийся синдром, в том числе онкологический.

При составлении истории болезни чрезвычайно важно соблюдать деонтологические принципы, уметь внести в атмосферу общения с пациентом дух доверия, уважения и доброжелательности. Формальное отношение к процессу обследования, неосторожно сказанное слово, бестактность и неделикатность в обращении с пациентом, особенно в вопросах, касающихся интимных сторон его жизни, онкологического анамнеза, могут разрушить доверительный фон беседы, помешать расспросу пациента и даже вызвать у него ятрогенные заболевания.

ПОМНИТЕ! Несмотря на то что история болезни — это прежде всего документ о пациенте, в нем, как в зеркале, отражается личность врача, его профессиональный и общеобразовательный уровень, масштаб его клинического мышления.

СХЕМА ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ

- 1. Паспортная часть:** фамилия, имя, отчество пациента, возраст, образование, место работы, профессия, занимаемая должность, адрес прописки/регистрации, адрес проживания (*закодировать* для выполнения требований конфиденциальности данных о пациенте), контактный телефон, дата и время поступления, вид госпитализации (экстренная, плановая), вид транспортировки (самостоятельно, на кресле, на каталке), диагноз направившего учреждения, страховой анамнез.
- 2. Жалобы:** опрос по всем системам и органам.
- 3. История заболевания** (*anamnesis morbi*).
- 4. История жизни** (*anamnesis vitae*).
- 5. Данные объективного обследования пациента** (*status praesens*).