

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие к изданию на русском языке.....	7
Предисловие к изданию на английском языке	8
Участники издания.....	11
Благодарности.....	13
Посвящение	13
Список сокращений и условных обозначений.....	14
<hr/>	
Раздел 1. Основы	17
Глава 1. Бригада первичной медико-санитарной помощи: настоящее и будущее физической терапии	17
<i>Дэвид Дж. Грейтхауз</i>	
<i>Нэнси Д. Харада</i>	
<i>Алан С. Ли</i>	
<i>Брайан А. Янг</i>	
Глава 2. Доказательная медицина при диагностике и прогнозировании результатов.....	30
<i>Дэвид А. Скальцитти</i>	
Глава 3. Здоровье и благополучие с точки зрения первичной помощи	42
<i>Жанет Р. Безнер</i>	
Глава 4. Опрос пациента: научная основа искусства умелой коммуникации	60
<i>Мэтью Б. Гарбер</i>	
<i>Уильям Дж. Буассонно</i>	
<hr/>	
Раздел 2. Обследование/оценка	73
Пролог	73
<i>Уильям Дж. Буассонно</i>	
Глава 5. Изучение симптомов: часть I. Основная жалоба и ее локализация	75
<i>Джозеф Годджес</i>	
<i>Майкл С. Вонг</i>	
<i>Уильям Дж. Буассонно</i>	
Глава 6. Изучение симптомов: часть II. Основная жалоба, исходя из симптомов	101
<i>Уильям Р. ВанУай</i>	
<i>Уильям Дж. Буассонно</i>	
Глава 7. Изучение симптомов: часть III. Анамнез травмы	123
<i>Уильям Дж. Буассонно</i>	
<i>Уильям Р. ВанУай</i>	
Глава 8. Анамнез жизни пациента, включая выявление факторов риска для здоровья	137
<i>Уильям Дж. Буассонно</i>	
Глава 9. Обзор систем	148
<i>Уильям Дж. Буассонно</i>	
Глава 10. Опрос пациента: начало медицинского осмотра	167
<i>Уильям Дж. Буассонно</i>	

Глава 11. Системный обзор сердечно-сосудистой и легочной систем	179
<i>Уильям Р. ВанУай</i>	
Глава 12. Скрининговое обследование верхней части тела	193
<i>Уильям Дж. Буассонно</i>	
<i>Уильям Р. ВанУай</i>	
Глава 13. Скрининговое обследование нижней части тела	210
<i>Уильям Дж. Буассонно</i>	
<i>Уильям Р. ВанУай</i>	
Глава 14. Практика диагностической визуализации в физической терапии	223
<i>Чарльз Р. Хэзл-мл.</i>	
<i>Мохини Рават</i>	
Глава 15. Лабораторные тесты и их интерпретация	249
<i>Конни Дж. Киттлсон</i>	
<i>Сандра Дж. Баатц</i>	
Глава 16. Электрофизиологическое тестирование: исследования нервной проводимости и электромиография	297
<i>Дэвид Дж. Грейтхаус</i>	
<i>Грег Эрнст</i>	
<i>Джон С. Халле</i>	
<i>Скотт Уильям Шаффер</i>	
<hr/>	
Раздел 3. Жизненный цикл/особые группы населения	333
Глава 17. Подростковая популяция	333
<i>Кристина Оде</i>	
<i>Бринн Нахлик</i>	
Глава 18. Физическая терапия в акушерской практике	415
<i>Джилл Шифф Буассонно</i>	
<i>Ребекка Г. Стефенсон</i>	
Глава 19. Гериатрическая популяция	454
<i>Сьюзен Венкер</i>	
Глава 20. Девять состояний, которые нельзя упустить	478
<i>Уильям Дж. Буассонно</i>	
Предметный указатель	490

Предисловие к изданию на русском языке

Уважаемые коллеги!

Перед вами первое издание перевода руководства по организации работы врачей физической и реабилитационной медицины, созданной под руководством всемирно известных ученых — У.Дж. Буассонно и У.Р. ВанУая.

В руководстве на примере Вооруженных сил США подробно рассмотрена история становления службы физиотерапевтов в рамках создания системы оказания первичной медицинской помощи, описаны основные цели и задачи работы таких специалистов. Их задачей является проведение диагностики и применение методов лечения для коррекции или предотвращения соматических нарушений в результате травм, болезней или предшествующих проблем. Физиотерапевты также должны дополнять роль врачей при оказании первичной помощи пациентам с заболеваниями опорно-двигательного аппарата. При наличии больших количеств пострадавших военные физиотерапевты помогают врачам в лечении пациентов, которые определены в группы «не нуждающихся в немедленной помощи» или «нуждающихся в малом объеме помощи», и дополняют ортопедические отделения в военных больницах и клиниках.

С использованием методов доказательной медицины участие физиотерапевтов в практическом здравоохранении призвано сформировать пациент-ориентированную модель здравоохранения на основе умелой коммуникации.

В руководстве приводятся особенности проведения опросов пациентов с жалобами на заболевания и травмы опорно-двигательного аппарата, включая осмотр, сбор анамнеза и скрининговые обследования.

Отдельное внимание уделено особенностям обследования специфических групп пациентов, таких как дети и пациенты старшего возраста.

Надеемся, что данное руководство будет востребовано врачебным сообществом и полезно при обучении студентов медицинских вузов и колледжей.

А.С. Самойлов,
доктор медицинских наук, профессор,
член-корреспондент РАН,
генеральный директор ФГБУ «Государственный
научный центр Российской Федерации —
Федеральный медицинский биофизический
центр им. А.И. Бурназяна» ФМБА России

Предисловие к изданию на английском языке

Первые две редакции издания «Физическая и реабилитационная медицина в системе первичной помощи. Практикум для врача» были написаны в духе Американской ассоциации ФТ в соответствии с видением развития физической терапии на 2020 г. (НОД 06-00-24-35):

«К 2020 г. услуги по физической терапии будут оказываться специалистами, имеющими медицинское образование в области физической терапии, получившими признание среди пациентов, а также другими медицинскими работниками, в зависимости от предпочтений потребителей и от наличия у специалистов прямого доступа для диагностики, вмешательства и предотвращения нарушений, функциональных ограничений и инвалидности, связанных с движением, нормальным функционированием и здоровьем».

С момента публикации второго издания в 2011 г. профессиональное образование ФТ изменилось таким образом, что всем выпускникам присуждается степень доктора физической терапии, а все государственные регламентирующие акты по практике физической терапии (включая Вашингтон, округ Колумбия) теперь написаны простым языком, благодаря чему можно проводить обследование пациентов в сопровождении с назначением лечения разного уровня. Однако, несмотря на эти большие достижения, предстоит еще много работы. Менее половины государственных документов, регулирующих практическую работу, допускают неограниченный и неконтролируемый прямой доступ пациентов к услугам ФТ, и данные свидетельствуют о том, что ФТ не являются специалистами выбора у большинства пациентов. Продолжение демонстрации важности физической терапии посредством исследований и качественной клинической практики будет иметь ключевое значение для устранения всех препятствий на пути пациентов к услугам физиотерапии. На мой взгляд, первичная медицинская помощь — это оптимальная модель для работы ФТ в целях демонстрации максимальной ценности этой работы и опыта здоровой и полноценной трудовой жизни и одновременно способствование реализации усилий, направленных на достижение четырехцелевой программы.

Повышение качества обслуживания пациентов, улучшение здоровья населения и снижение затрат на здравоохранение на душу населения — вот основные принципы первоначальной трехцелевой программы, парадигмы, разработанной для оптимизации работы системы здравоохранения [1]. Авторы Боденхаймер и Сински [2] инициировали

добавление четвертой цели, которая представляет улучшение условий труда медицинских работников как важный элемент, который, если его не учитывать, угрожает вероятности достижения целей трехцелевой программы. База знаний и набор навыков, которыми обладают ФТ, являются критически важными для работы любой команды в системе первичной медицинской помощи, стремящейся улучшить качество обслуживания пациентов, улучшить здоровье населения и снизить затраты системы здравоохранения. Работа в системе оказания медицинской помощи, которая способствует максимальному использованию базы знаний и навыков ФТ, требует реформирования правового поля, которое должно позволять практиковать в соответствии с полным перечнем навыков, предусмотренных лицензией.

Цель этой книги состоит в том, чтобы продемонстрировать роль, которую ФТ играют в модели первичной медицинской помощи, обследовании пациентов и их маршрутизации. Свой вклад в подготовку этого издания внесла выдающаяся группа опытных клиницистов и педагогов, многие из которых имеют большой опыт работы в модели оказания первичной медицинской помощи. Я благодарен им за их общую страсть к практике физиотерапевта и оказанию услуг первичной медицинской помощи. Ранее существовавшие главы были обновлены и расширены, а также добавлены новые главы (глава 7 «Изучение симптомов: часть III. Анамнез травмы» и глава 16 «Электрофизиологическое тестирование: исследования нервной проводимости и электромиография»). Эти изменения отражают новые данные и эволюцию практики ФТ в сфере первичной медицинской помощи.

Настоящее издание практикума разделено на три раздела: (1) «Основы», (2) «Обследование/оценка» и (3) «Жизненный цикл/особые группы населения». В первом разделе описываются существующие модели первичной помощи, в которых ФТ являются отправной точкой для отдельных групп пациентов (глава 1 «Бригада первичной медико-санитарной помощи: настоящее и будущее физической терапии»). Цели этих глав по работе с пациентами включают: 1) принятие решения о том, оправданны ли определенные скрининговые и диагностические тесты (диагностическая визуализация, лабораторные тесты и электродиагностические тесты); 2) принятие решения о необходимости консультации врача; 3) определение того, является ли оправданным направление к сертифицированному клиническому специали-

сту — ФТ; 4) реализация плана лечения ФТ, когда это уместно. Глава 2 «Доказательная медицина при диагностике и прогнозировании результатов» обеспечивает ФТ инструментами, необходимыми для практики в среде, основанной на фактических данных, с акцентом на процессах скрининга и диагностики. В главе 3 «Здоровье и благополучие с точки зрения первичной помощи» представлены важные соображения, относящиеся ко всем возрастным группам, нуждающимся в профилактических мероприятиях. Наконец, в главе 4 «Опрос пациента: научная основа искусства умелой коммуникации» подробно рассказывается об искусстве общения и науке, лежащих в основе эффективного общения между пациентом/семьей и терапевтом — важнейшего навыка, связанного с оказанием высококачественной помощи пациенту.

Второй раздел «Обследование/оценка» (главы 5–16) посвящен осмотру врачом физической и реабилитационной медицины и навыкам маршрутизации, которые жизненно важны для модели оказания первичной медицинской помощи. Центральное место в этих навыках занимает процесс оценки данных, который учитывается при проведении дифференциальной диагностики и в разработке соответствующего плана лечения. Важной частью маршрутизации является выявление тех пациентов, которых необходимо направить к другим членам команды специалистов первичной медицинской помощи, а также определение того, каких пациентов должен осмотреть сертифицированный клинический специалист (врач по физической и реабилитационной медицине).

В целях способствования эффективной и ответственной практике этот раздел организован так, чтобы ФТ мог последовательно проводить осмотр пациента, начиная с обследования и изучения главных жалоб. В главах 5, 6 и 7 (изучение симптомов, части I, II и III) представлен подход к дифференциальной диагностике общих главных жалоб (например, боль в спине, боль в суставах, головокружение, «я упал и повредил запястье»). Состояния, по поводу которых обращаются к ФТ, сравниваются и противопоставляются расстройствам, которые требуют участия врача. Далее, в главе 8 «Анамнез жизни пациента, включая выявление факторов риска для здоровья», обсуждается важная информация, касающаяся анамнеза заболевания пациента (например, фоновые заболевания, лекарства, употребление психоактивных веществ и семейный анамнез). Кроме того, представлены эффективные и ответственные инструменты для сбора необходимых данных о пациентах наряду с важными последующими вопросами и тестами, чтобы помочь выявить проблемы со здоровьем и благополучием пациента. Глава 9 «Обзор систем» и глава 10 «Опрос пациента: начало медицинского осмотра»

служат основой для подробного обзора систем скрининга проблем со здоровьем, помимо главного, т.е. сфокусированы не только на главной жалобе. В главе 10 приводятся доводы в пользу того, что физикальное обследование должно начинаться, как только терапевт приступает к взаимодействию с пациентом. В главе 11 «Системный обзор сердечно-сосудистой и легочной систем», в главе 12 «Скрининговое обследование верхней части туловища» и в главе 13 «Скрининговое обследование нижней части туловища» представлены методы физикального обследования, включая основные показатели жизнедеятельности и схемы скрининга верхней и нижней частей туловища. Эти важные элементы помогут установить исходный уровень общего состояния здоровья и указать, когда необходимо провести более подробное обследование. Глава 14 «Практика диагностической визуализации и физической терапии», глава 15 «Лабораторные тесты и их интерпретация», а также глава 16 «Электрофизиологическое тестирование: исследования нервной проводимости и электромиография» служат основой для того, чтобы ФТ играли активную роль в отношении назначения диагностической визуализации, лабораторных анализов и электродиагностических тестов, которые являются важным дополнением к сбору анамнеза и физикальному обследованию. Информация в этом разделе должна привести терапевтов к разработке соответствующего плана лечения для каждого отдельного пациента/клиента.

В разделе 3 описываются группы пациентов (включая подростков в главе 17 «Подростковая популяция», пациентов акушерского профиля в главе 18 «Физическая терапия в акушерской практике» и пожилых пациентов в главе 19 «Гериатрическая популяция»), которые обычно обслуживаются ФТ, также представлены уникальные характеристики и идеи. Понимание отличительных анатомических, физиологических, психосоциальных и патологических факторов, связанных с каждой группой, позволит ФТ быстро разработать точный и эффективный план помощи. Эксперты в данной области представляют рекомендуемые модификации обследования для указанных выше групп с обзором заболеваний и расстройств, обычно отмечаемых в этих группах населения. Наконец, глава 20 «Девять состояний, которые нельзя упустить» содержит важную информацию по скринингу состояний, отмеченных как следствия отсутствующей диагностики.

Как указано выше, это третье издание частично посвящено будущим поколениям ФТ. Добавление доктора Уильяма Р. ВанУая в качестве соредатора этого издания отражает это мнение, поскольку он представляет молодое поколение лидеров, которые проложат путь к большей интеграции ФТ в модели оказания первичной медицинской

помощи. Стремление к четырехцелевой программе — амбициозная задача, важная для будущего профессии врача по физической и реабилитационной медицине, а межпрофессиональная среда первичной медицинской помощи — это среда, которая выиграет от полного участия ФТ.

Уильям Дж. Буассонно, PT, DPT, DHSc,
FAAOMPT, FAPTA

Список литературы

1. Berwick D.M., Nolan T.W., Whittington J. The Triple Aim: care, health and cost. *Health Aff.* 2008;27:759–769.
2. Bodenheimer T., Sinsky C. From Triple to Quadruple Aim: care of the patient requires care of the provider. *Ann Fam Med.* 2014;12:573–576.

Анамнез жизни пациента, включая выявление факторов риска для здоровья

Уильям Дж. Буассонно

Цели

Прочитав эту главу, читатель сможет:

1. Определить категории информации об истории болезни пациента, которую необходимо собрать во время первого визита.
2. Объяснить актуальность информации об истории болезни пациента для принятия клинических решений ФТ в области медицинского скрининга и дифференциальной диагностики.
3. Объяснить, как информация об анамнезе пациента в сочетании с расследованием основной жалобы (жалоб) и обзором систем поможет эффективно проводить скрининг пациентов на депрессию, насилие в семье и химическую зависимость.
4. Эффективно и действенно собирать информацию об истории болезни пациента во время первого визита пациента.

В рамках комплексного обследования ФТ регулярно собирают информацию об истории болезни пациента в стационарных и амбулаторных условиях [2]. Хотя эта информация может быть связана или не связана с тем, почему было обращение к ФТ, она часто имеет решающее значение для выявления риска. Кроме того, эта информация имеет решающее значение для разработки безопасных и эффективных планов лечения пациентов. Следующие примеры — это лишь некоторые из сценариев, с которыми может столкнуться ФТ в условиях первичной медицинской помощи.

На ранних и средних стадиях многие заболевания проявляются очень похоже на состояния, поддающиеся физиотерапевтическому вмешательству (см. главы 5 и 6). Рак позвоночника обычно вначале проявляется болью в спине; средний промежуток времени между началом этой боли и постановкой диагноза рака составляет 9 мес [38]. Симптом, который является наиболее прогностическим признаком наличия основной опухоли, вызывающей боль в спине, — это предыдущая история рака у пациента [13]. В другом сценарии пациент с недавней историей инфекции предьявляет жалобы на озноб, усталость и субфебрилитет. Озноб, утомляемость и субфебрилитет могут быть связаны с «доброкачественным» вирусом, который самоограничивается и не вызывает серьезного беспокойства, но с недавней инфекцией в анамнезе.

У пациента с болью в средней части грудной клетки и сопутствующей патологией, связанной с потерей плотности костной ткани (например, хронической почечной недостаточностью), ФТ может оценить суставную подвижность грудного отдела позвоночника с помощью метода, отличного от применения заднепереднего давления на грудные остистые отростки при положении больного на животе (лежа). Этот тип техники с пациентом, лежащим на животе, может вызвать «искривление» ребер с повышенным риском перелома. Информация о суставной подвижности должна быть собрана, но был бы разумным выбор техники, которая оказывает меньшую механическую нагрузку на костную часть грудной клетки.

В другом примере пациент принимает бета-блокаторы от гипертонии, и ФТ должен контролировать общее самочувствие пациента во время различных активностей. Из-за физиологического воздействия бета-блокаторов на сердечно-сосудистую систему следует оценивать что-то иное, чем частота сердечных сокращений пациента. В этой главе представлен обзор важной информации, которую необходимо собрать во время первого визита пациента, и рекомендации о том, как лучше всего собрать эту информацию. Кроме того, в главе приводятся примеры дополнительных вопросов для пациентов, когда они дают утвердительный ответ о наличии болезни в анамнезе и приеме лекарств, помогая ФТ в определении клинической значимости таких утвердительных ответов пациентов.

Данные истории болезни пациента

Следующие категории информации об истории болезни важны для принятия ФТ клинического решения о том, следует ли лечить, лечить и направлять или только направлять.

- Демографические данные пациента (возраст, пол, раса, семейное положение и уровень образования).
- Социальная история (культурные и религиозные обычаи и верования, род занятий и статус работы, условия жизни, семейная и социальная поддержка).
- Текущий и прошлый личный медицинский анамнез (болезни, аллергии, операции, травмы и прием лекарств).

- Социальные привычки (участие в физической активности, употребление психоактивных веществ (употребление табака, употребление алкоголя и кофеина).
- Семейный анамнез.

Демография пациентов

Определенные заболевания чаще связаны с определенными возрастными диапазонами и определенным полом. Например, начальный эпизод анкилозирующего спондилита редко возникает у лиц старше 50 лет [34], а риск компрессионного перелома позвонков значительно возрастает у женщин в возрасте 70 лет и старше [21]. В то время как взрослые старше 50 лет подвергаются наибольшему риску развития рака [36], другие заболевания чаще встречаются в более молодом возрасте. Пиковый возраст начала заболеваний щитовидной железы, ревматоидного артрита и депрессии обычно приходится на возраст от 20 до 40 лет. Раса также может predispose группы к более высокой частоте определенных расстройств. Рак предстательной железы и серповидно-клеточная анемия чаще встречаются у афроамериканцев, тогда как рак кожи чаще встречается у белых. Эти примеры показывают, что не все пациенты подвержены одинаковому риску заболеваний.

Социальная история пациента

Профессия пациента, досуг, обычаи и убеждения — все это подвергает пациента различным рискам для здоровья. Кроме того, эта информация может выявить потенциальные проблемы, которые необходимо решить для успешного исхода реабилитации. Профессия, которая требует повторяющихся действий или длительных статических поз или положений тела, или деятельность в свободное время, которая предъявляет аналогичные требования к телу, несут повышенный риск развития повторяющихся состояний чрезмерной нагрузки, таких как стрессовые переломы или тендинит. Если рабочие требования не могут быть изменены или пациент не желает изменять досуг, выздоровление будет более трудным. Смена рода занятий или интенсивности досуга может быть причиной появления или ухудшения симптомов.

Обычаи, убеждения и системы ценностей могут значительно различаться у разных людей и могут диктовать, как человек реагирует на запросы или инструкции ФТ. Культурная компетентность имеет решающее значение для успеха усилий по реабилитации. Наконец, изучение домашней/жилой среды пациента, а также семьи и сети социальной поддержки может выявить проблемы в оказании помощи. Жилая среда может создавать препятствия для мобильности пациентов, и многие пациенты зависят от других в удовлетворении потребностей во время болезни или восстановления после опе-

рации. Наличие или отсутствие этих систем поддержки важно установить во время первого визита пациента, и, если они отсутствуют, ФТ может быть предложено инициировать консультацию или направление в различные социальные службы.

Персональный медицинский анамнез

БОЛЕЗНИ. Обзор историй болезни пациентов включает в себя изучение болезней, операций, травм и приема лекарств. Что касается изучения истории болезни пациента, вопросы не должны быть сосредоточены исключительно на заболеваниях, от которых они в настоящее время лечатся. Например, существует риск инфекции, вызывающей боль в пояснице, связанной с текущей или недавней инфекцией в анамнезе [13]. Пациент может не сообщить об инфекции мочевыводящих путей или бактериальной пневмонии 3 мес назад, если его спросят: «Вы в настоящее время лечитесь от инфекции?» При многих заболеваниях (например, тромбозе глубоких вен [ТГВ] [23]) наличие предыдущего эпизода у пациента сопряжено с повышенным риском развития другого, поэтому разумным является изучение анамнеза жизни пациента, при этом основное внимание при первом посещении пациента уделяется текущим проблемам и недавней истории болезней.

Тот факт, что пациент признает наличие болезни, не заканчивает этот разговор, а скорее представляет собой начало разговора. Если пациент признает, что у него проблемы с сердцем, ФТ должен уточнить: «Какой тип проблемы с сердцем? Лечитесь ли вы в настоящее время от нее?» Состояние может быть сердечной аритмией, пролапсом митрального клапана или ишемической болезнью сердца, все они связаны с различными мерами предосторожности или опасениями. Пациент может сообщить о стенокардии, но не следует предполагать, что стенокардия означает боль в груди. У автора была пациентка, которая, когда ее спросили, где ее стенокардия, указала на свое горло и челюсть — она никогда не испытывала левосторонней боли в груди (см. главы 5 и 20 о характере боли, связанных с болезнью сердца).

Описание обычных симптомов пациента, связанных с существующим заболеванием сердца, дает исходную информацию для ФТ, которую можно использовать для сравнения с новыми и, возможно, связанными жалобами. Обострение ишемической болезни сердца может привести к новым или другим симптомам, или пациент теперь может жаловаться на симптомы, возникающие в покое, по сравнению с тем, что ранее было связано только с физической нагрузкой. Обычные последующие вопросы, связанные с заболеваниями, должны включать следующее.

- Можете ли вы описать свое состояние (например, что это за проблема с сердцем)?
- Получаете ли вы в настоящее время помощь в связи с болезнью или состоянием, или это

что-то из прошлого, которое полностью разрешилось?

- Как в настоящее время проводится лечение этого состояния (например, диета, физические упражнения, лекарства) и кем?
- Если заболевание является текущим, какие симптомы или предупреждающие знаки у вас обычно наблюдаются? Вы испытываете какие-то ограничения?
- Изменились ли симптомы в последнее время (например, интенсивность, частота) каким-либо образом?

ХИРУРГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ. Изучение историй болезни пациентов также дает важную информацию для ФТ. Отчет пациента о недавней операции должен предупредить терапевта о потенциальном риске инфекции или ТГВ. Знание возможных симптомов (см. главы 6 и 20), связанных с этими состояниями, имеет первостепенное значение для раннего подозрения и сообщения о проблемах врачу. Изучение операций, проведенных давно, может сосредоточиться на том, ограничен ли пациент каким-либо образом из-за операции или причины операции. Например, многие взрослые пациенты сообщают, что им в очень молодом возрасте делали операции на глазах и ушах. Суть, с точки зрения ФТ, заключается в следующем: «Пациент, у вас есть какие-либо проблемы со зрением и слухом, связанные с проблемами глаз и ушей, которые у вас были много лет назад?» Если пациент перенес процедуру ротаторной манжеты плеча 10 лет назад, то для сегодняшнего визита наиболее важно, ограничен ли пациент в настоящее время в использовании руки. Это событие может повлиять на способность пациента лежать на данном боку или потребовать изменения предписанной программы упражнений.

ЛЕКАРСТВА. С точки зрения медицинского скрининга текущее лечение (например, медикаментозное лечение) состояния может иметь такое же значение, как и само состояние. Изучение не только того, какие лекарства назначаются врачом и какие пациент «самостоятельно назначает», но также и дозировок и схем приема, может дать ценную информацию. Пациенты, обращающиеся за услугами к ФТ, принимают различные лекарства [5, 7], некоторые из которых могут потребовать от ФТ изменить обычные схемы обследования или вмешательства, а в некоторых ситуациях лекарство может объяснить тревожные симптомы, обнаруженные во время обследования [9]. Например, у пациентов, принимающих бета-блокаторы, во время физической активности физиотерапевты должны контролировать не только частоту сердечных сокращений, поскольку эти препараты ослабляют реакцию частоты сердечных сокращений на физическую нагрузку. Следует помнить, что длительное применение глюкокортикоидов увеличивает риск переломов, поэтому незначительные травмы в анамнезе (например, кашель или чихание, поскользывание без падения) следует

считать значимыми у этого пациента и в этом случае следует всегда исключать данную травму [21].

Многие лекарства сопряжены со значительным риском побочных эффектов; ФТ могут проводить скрининг этих рисков, используя обзор системных контрольных списков, представленных в главе 9 [8]. Понимание физиологических событий, связанных с лекарствами, и их общих побочных эффектов может помочь ФТ определить симптомы и признаки, за которыми следует наблюдать. Буассонно и Мик [8] описали пример того, как употребление безрецептурных лекарств может вызвать подозрения о потенциальных осложнениях, связанных с лекарствами. Из 1817 обследованных пациентов, принимавших нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), 28% также принимали безрецептурные антациды, а еще 10% принимали антагонисты гистамина (H_2) [например, циметидин (Тагамет[®]), ранитидин (Зантак[®])]. Эти препараты принимают при таких симптомах, как расстройство желудка и изжога, которые могут быть связаны с язвами желудочно-кишечного тракта, вызванными приемом НПВП. Если пациенты сообщают о необходимости увеличить дозу лекарственного средства (что не лечит язву желудочно-кишечного тракта) для получения той же степени облегчения, что и в прошлом, это может быть сигналом того, что серьезное желудочно-кишечное заболевание ухудшается.

В Приложении 8.1 представлены краткие сведения о лекарственных препаратах и потенциальных нежелательных явлениях для каждой из систем организма. Важные последующие вопросы об использовании лекарств включают следующие.

- По какой причине вы принимаете лекарство?
- Как вы думаете, лекарство помогает вам?
- Какова доза и график приема препарата? Соблюдаете ли вы график дозирования?
- Кто прописал лекарство?
- Замечали ли вы какие-либо побочные эффекты от приема препарата?

Если начать с вопроса о том, почему принимается лекарство, это может дать важную информацию о болезни, которая может быть неизвестна ранее в анамнезе. Самый распространенный пример, с которым столкнулся автор, — это пациент, отрицающий наличие в анамнезе какого-либо заболевания, но принимающий диуретики или бета-блокаторы. На вопрос, почему он принимает лекарство, пациент отвечает: «Для моего кровяного давления». С точки зрения некоторых пациентов, у них нет проблем с кровяным давлением, пока они принимают лекарства!

Для пациентов, принимающих безрецептурные препараты (лекарства, не назначенные врачом), важными дополнительными вопросами являются следующие.

- Знает ли ваш врач, что вы принимаете это лекарство?

- Приходилось ли вам в последнее время принимать больше лекарства, чем обычно?

Препараты на травах также должны быть учтены при работе с пациентами. Многие пациенты не считают растительные лекарственные средства

лекарствами и поэтому не сообщают о таком использовании, когда их спрашивают, какие лекарства они принимают. См. в табл. 8.1 список распространенных травяных препаратов, показаний к применению и их потенциальных побочных эффектов.

Таблица 8.1

Обычно используемые растительные препараты и возможные побочные эффекты

Препарат, основанный на травах	Также известен как	Показания к применению	Побочные эффекты
Чеснок	Лук посевной	Инфекция, гипертония, колики и рак	Контактный дерматит, тошнота, рвота; взаимодействует с антитромбоцитарными и антикоагулянтными препаратами
Гинкго	Гинкго билоба	Болезнь Альцгеймера, заболевания периферических сосудов	Взаимодействует с антитромбоцитарными препаратами
Эхинацея	Эхинацея пурпурная. Эхинацея узколистная	Лечение симптомов простуды и гриппа	Аллергические реакции
Со пальметто	Сереноа ползучая	Доброкачественная гиперплазия предстательной железы	Относительно безопасна
Женьшень	Женьшень	Респираторные заболевания, желудочно-кишечные расстройства, импотенция, стресс и усталость	Гипертония, нервозность, проблемы со сном, утренняя диарея, взаимодействует с варфарином (кумадин [®])
Зверобой	Зверобой продырявленный	Депрессия	Фоточувствительность, взаимодействует с препаратами, метаболизируемыми CYP3A4
Клопогон кистевидный	Цимицифуга кистевидная	Предменструальный синдром, перименопаузальные симптомы, артрит и легкие седативные средства	Относительно безопасен
Валериана	Валериана лекарственная	Беспокойство и помощь в нормализации сна	Взаимодействует с седативно-снотворными препаратами
Кава-кава	<i>Piper methysticum</i>	Снотворное, стресс и мышечный релаксант	Атаксия, выпадение волос, потеря аппетита, поражение печени
Соя	Глицин макс	Симптомы при менопаузе	Содержит изофлавоны; не изучен эффект по поводу развития рака молочной железы с высоким уровнем изофлавонов

Источник: Boissonnault W. Primary care for the physical therapist. 2nd ed. St. Louis: Sanders, 2011.

Наконец, ФТ должны выявлять пациентов, которым требуется консультация врача или фармацевта по правильному использованию лекарств. Поощрение пациентов информировать своего лечащего врача о любых лекарствах, растительных лекарственных средствах или добавках, которые они используют, и покупать лекарства в той же аптеке или аптечной сети способствует более правильному использованию лекарств.

Социальные привычки

КОФЕИН. Исследование социальных привычек включает вопросы о потреблении кофеина, алкоголя и табака. Эта исходная информация о паци-

енте не только определяет факторы риска заболевания, но также может влиять на прогноз пациента и предупреждать ФТ об этиологии симптомов. Кофеиновая интоксикация может возникнуть при приеме внутрь 250 мг кофеина в сутки и быть отмечена несколькими проявлениями. Диагностические критерии интоксикации кофеином, описанные в Диагностическом и статистическом руководстве по психическим расстройствам [3], могут использоваться ФТ в качестве инструмента скрининга и включают следующее.

- Недавнее потребление кофеина, обычно более 250 мг (эквивалентно двум-трем чашкам кофе или более).

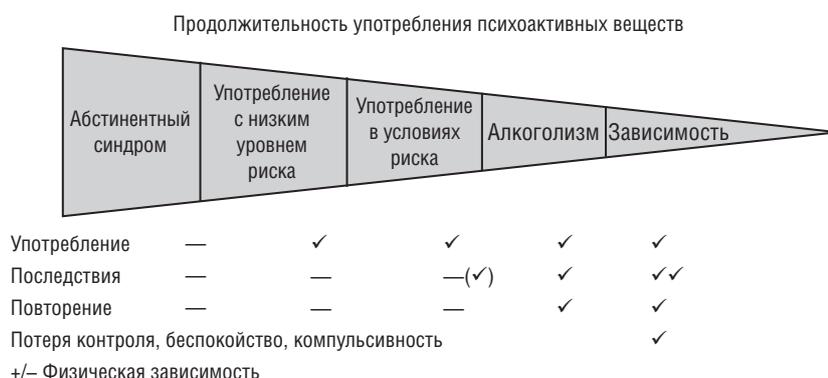


Рис. 8.1. Категории употребления алкоголя. *Источник:* Brown R.L. Module 3: screening and assessment. In: Pfeifer J., editor. Project Mainstream syllabus. Providence, RI: Association for Medical Education and Research in Substance Abuse, 2005

- Во время или вскоре после употребления кофеина развиваются пять или более из следующих симптомов: беспокойство, нервозность, возбуждение, бессонница, покраснение лица, диурез, желудочно-кишечные расстройства, мышечные подергивания, бессвязный поток мыслей или речи, тахикардия или сердечная аритмия, периоды истощения, психомоторные расстройства, волнение.
- Вышеупомянутые эффекты вызывают клинически значимый дистресс или нарушения в социальной, профессиональной, реабилитационной, школьной или других сферах.
- Вышеупомянутые проявления не связаны с общим состоянием здоровья.

ФТ также должны быть осведомлены о проявлениях отмены кофеина, включая головную боль, вялость, утомляемость, мышечную боль и скованность, а также дисфорические изменения настроения. Исследования показали, что эти симптомы могут возникать у людей, которые выпивают 2,5 чашки (или эквивалент 235 мг кофеина) кофе в день [37]. Исследования показали, что послеоперационные головные боли у пациентов могут быть связаны с отказом от кофеина [16].

УПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ. Приблизительно от 2 до 3 из 10 взрослых жителей США употребляют алкоголь в количествах, которые сопряжены с повышенным риском для физического, психического здоровья и риском социальных проблем [28]. Само по себе количество потребляемого алкоголя, хотя это важно документировать, не является ключевым фактором при определении того, является ли человек зависимым от алкоголя. Рис. 8.1 иллюстрирует непрерывность употребления алкоголя и его определения. Пациенты из категорий риска употребления, злоупотребления и зависимости являются кандидатами на вмешательство. Последствия, связанные с употреблением, отличают эту категорию от категории с низким уровнем риска. Что касается зависимости, то масштаб последствий и нейробиологических изменений отличает эту категорию от других.

ФТ также могут использовать следующие рекомендации, опубликованные Национальным институтом по злоупотреблению алкоголем и алкоголизму (NIAAA) [29], для выявления рискованного употребления алкоголя.

- Мужчины: >14 порций в неделю или >4 порций/раз.
- Женщины: >7 порций в неделю или >3 порций/раз.
- Пожилые люди (старше 65 лет, здоровые, не принимающие лекарства), мужчины и женщины: >7 доз в неделю или >3 порций/раз. Если в анамнезе есть проблемы со здоровьем и употребление лекарств, рекомендуется меньше пить или вообще не пить.
- Один напиток — 12 унций пива, от 5 до 6 унций вина или от 1 до 1,5 унций крепких напитков.

Критерии риска употребления алкоголя от NIAAA соответствуют категории опасного употребления Всемирной организации здравоохранения [35]. Потенциальные риски для здоровья, связанные с описанными уровнями потребления алкоголя, включают следующее [20, 32].

- Гипертония.
- Гепатит.
- Цирроз печени.
- Гастрит.
- Нарушения сна.
- Тяжелая депрессия.
- Геморрагический инсульт.
- Панкреатит.
- Импотенция/потеря либидо.
- Кардиомиопатия.

Помимо рекомендаций по употреблению алкоголя в группах риска, злоупотребление алкоголем определяется Американской психиатрической ассоциацией в Диагностическом и статистическом руководстве по психическим расстройствам [3] как неадекватная модель употребления алкоголя, приводящая к клинически значимому нарушению или дистрессу, проявляющемуся в течение 12-месячного периода одним из следующих симптомов.

- Невыполнение ролевых обязанностей на работе, в школе или дома (или реабилитация).
- Периодическое использование алкоголя в опасных ситуациях.
- Юридические проблемы, связанные с алкоголем.
- Продолжающееся употребление, несмотря на связанные с алкоголем социальные или межличностные проблемы.

В целом злоупотребление алкоголем характеризуется повторяющимися последствиями, связанными с его употреблением. Если ФТ отмечают потенциальную проблему, связанную с употреблением алкоголя, — допустимый уровень употребления или наличие состояний, которые могут быть связаны с алкоголем, — можно использовать дополнительные инструменты скрининга. Приложение 8.2 содержит три вопроса, связанных с употреблением алкоголя: сколько дней запоя в прошлом году; сколько дней в неделю человек пьет; сколько человек выпивает в те дни. Если человек превышает вышеупомянутые уровни употребления алкоголя, относящиеся к группе риска, или превысил порог употребления алкоголя в больших количествах (пять или более порций для мужчин, четыре или более порций для женщин), следует рассмотреть вопрос о консультации для принятия мер вмешательства [28].

Существуют и другие инструменты проверки. Инструмент SAGE является одним из примеров, помогающих определить необходимость консультации, он состоит из следующих четырех вопросов.

- Вы когда-нибудь чувствовали, что должны сократить употребление алкоголя?
- Раздражали ли вас люди, критикующие ваше пьянство?
- Вы когда-нибудь чувствовали себя плохо или виноватым из-за того, что пьете?
- Вы когда-нибудь выпивали первым делом с утра, чтобы успокоить нервы или избавиться от похмелья (открыть глаза)?

Чувствительность вопросов SAGE для выявления проблем с алкоголем у пациентов в течение жизни колеблется от 60 до 95%, а специфичность колеблется от 40 до 95%, когда пороговое значение установлено на уровне двух или более положительных ответов [12, 17, 27].

В дополнение к вышеупомянутым особенностям ФТ могут отмечать повторяющиеся опоздания пациентов или отсутствие назначений, ненадлежащее поведение по отношению к сотрудникам или ненадлежащее взаимодействие с ними, вспышки гнева или перепады настроения, а также чрезмерную защиту, когда их спрашивают об употреблении алкоголя (или наркотиков) [4]. Ключевым моментом, который следует учитывать при изучении этого аспекта истории болезни пациента, является избегание использования собственного уровня употребления (или неупотребления) в качестве точки отсчета для «оценки» уровня употребления пациентом. Если ФТ

не употребляет алкоголь, он или она может подумать, что употребление одной или двух порций алкоголя в день в большинство дней связано с риском употребления алкоголя. Вместе с тем ФТ, который выпивает от четырех до пяти порций 5 дней в неделю, может подумать, что употребление меньшего количества алкоголя не является проблемой, когда длительное употребление более семи порций в неделю (для женщин) считается употреблением алкоголя с риском.

ТАБАК. Употребление табака связано с повышенным риском многочисленных заболеваний, включая сердечно-сосудистые и легочные заболевания, а также рак почек и мочевого пузыря. Употребление табака также может препятствовать выздоровлению пациентов после травмы или хирургического вмешательства, поскольку сообщалось о задержке заживления костей и мягких тканей у курильщиков [11, 26]. ФТ наблюдают многих пациентов после травмы или хирургического вмешательства и используют множество факторов для установления первоначального прогноза выздоровления. Употребление табака этими пациентами не препятствует выздоровлению от травмы, но пациент может не восстанавливаться с ожидаемой скоростью; эта тенденция может побудить ФТ изменить цели при разработке плана лечения.

Семейный анамнез

Сбор семейного анамнеза при первом посещении, особенно о родственниках первой степени родства (родителях, братьях и сестрах), важен для выявления потенциальных рисков для здоровья пациента. Выявление пациентов со значительным семейным анамнезом, чьи родители были диагностированы в возрасте 40 лет с болезнью сердца, может побудить ФТ помочь пациентам установить отношения с врачами семейной практики. Хотя положительный семейный анамнез сам по себе редко является основанием для направления пациента к врачу, уместно задавать подробные последующие вопросы, когда у ФТ есть серьезные опасения по поводу текущего состояния здоровья пациента. На этапе первоначального визита решение связаться с врачом по поводу проблем со здоровьем, по сути, уже было принято, поэтому важно собрать соответствующую информацию, подтверждающую направление.

- У кого в вашей семье есть сердечно-сосудистые заболевания?
- Какой тип болезни сердца у них?
- В каком возрасте ему поставили диагноз?
- Каково его или ее текущее состояние здоровья? Если человек умер, то была ли это проблема с сердцем и в каком возрасте?

Возраст постановки диагноза является важным фактором риска для пациента. Риск развития болезни сердца увеличивается при более молодом возрасте начала заболевания у родителей (например, диагноз поставлен в 40 лет по сравнению с 75 годами).

Знание состояния здоровья члена семьи также дает информацию о системе поддержки пациента или может выявить требования, с которыми пациент сталкивается при оказании помощи членам семьи.

Методы, используемые для сбора информации об истории болезни пациента

Проблема для всех клиницистов заключается в эффективном и действенном сборе необходимой информации. Хотя электронные медицинские карты в настоящее время являются нормой, данные истории болезни пациента можно собрать из многих источников и с помощью различных методов. В стационарных условиях медицинские карты пациентов должны содержать текущие истории болезни; в амбулаторных условиях доступ к компьютеризированным медицинским картам, включая отчеты врачей, может обеспечить получение такой информации. Однако ФТ должен учитывать, является ли информация, содержащаяся в этих источниках, точной и актуальной.

В амбулаторных условиях можно сэкономить время, если пациенты заполняют анкеты истории болезни до начала приема. Форма может быть заполнена пациентом до фактического времени начала запланированного приема, и ФТ может просмотреть анкету до начала приема. Эта практика позволяет выявить проблемы со здоровьем, которые могут быть связаны или не связаны с основной причиной визита к физиотерапевту. Знание таких вопросов до изучения основной жалобы (см. главы 5—7) позволяет клиницисту скорректировать формат интервью, чтобы обеспечить время для адекватного решения потенциальных проблем со здоровьем.

Самоотчеты пациентов уже давно рекомендуются для использования в амбулаторных медицинских учреждениях [10, 19, 22, 33]; самоотчеты показывают надежность и достоверность в большинстве случаев и позволяют сэкономить время за счет повышения эффективности сбора данных [1, 18, 24, 25, 31]. Однако при разработке вопросника необходимо соблюдать осторожность, поскольку открытые вопросы и вопросы, связанные с лекарственными препаратами, могут привести к субоптимальной точности ответов пациентов. Буассонно и Бадке [6] сообщили, что из 98 пунктов анкеты истории болезни (болезни, операции, использование лекарств и демографические данные), заполненных амбулаторными пациентами с ортопедическими заболеваниями, 11 показали точность от плохой до удовлетворительной (статистика по каппа). Из этих 11 пунктов анкеты 5 были открытыми вопросами (перечислите «другие болезни») и 5 касались конкретных лекарств [например, парацетамол (Тайленол[®]), «да» или «нет»]. Чтобы избежать таких открытых пунктов вопросника, клиницист должен был бы добавить всеобъемлющий список элементов, таких как болезни, в результате

чего вопросник получился бы нереально длинным. Общие данные о заболеваемости/распространенности заболеваний в США и обзорные исследования, описывающие профиль истории болезни взрослых амбулаторных пациентов (преимущественно с ортопедическими заболеваниями), обращающихся за услугами физиотерапии [5, 7], могут служить основой для включения вопросов в анкету истории болезни. Настоятельно рекомендуется обсудить содержание формы с сотрудниками, а также с коллегами-врачами и фармацевтами, после чего провести пилотный опрос и получить отзывы от пациентов.

Как описано ранее, анкета, представленная в Приложении 8.2, позволяет собирать информацию помимо истории болезни пациента, поскольку она также включает элементы скрининга таких проблем, как депрессия и насилие в семье. В верхней части второго столбца Приложения 8.2 находятся четыре вопроса, которые относятся к категории обзора систем лечения депрессии и домашнего насилия. Всем пациентам следует задавать вопросы об этих конкретных проблемах — распространенности и значимости для общего самочувствия пациентов, заболеваемости и смертности. В клинике автора многие пациентки находятся в детородном возрасте, что требует вопроса: «Беременны ли вы в настоящее время?» как части, формы. Было показано, что два вопроса о депрессии («депрессивное настроение или апатия») являются полезным инструментом для скрининга депрессии [39]. Было обнаружено, что эти вопросы имеют чувствительность 96% и специфичность 57% для диагностики депрессии; отрицательный ответ на оба вопроса делает наличие депрессии очень маловероятным, но положительный ответ на один или оба вопроса требует дальнейшего скрининга (см. главу 20). Большая клиническая депрессия имеет распространенность в течение жизни от 10 до 25% для женщин и от 5 до 12% для мужчин; кроме того, 15% пациентов с большой клинической депрессией могут совершить самоубийство [3]. Скрининг на это состояние гарантирует приоритет в любой анкете, и скрининговые вопросы по этому вопросу включают следующее.

- Находитесь ли вы в настоящее время под наблюдением психиатра/психолога?
- У вас когда-нибудь диагностировали депрессию?
- Инструмент для выявления случаев, состоящий из двух вопросов: испытывали ли вы депрессивное настроение или апатию?
- Есть ли семейная история психических заболеваний?
- Отмечали ли вы в последнее время утомляемость, проблемы со сном или изменение веса? Все это может быть связано с большой депрессией (см. главу 20).

Оставшиеся вопросы, состоящие из двух частей («Вы когда-нибудь чувствовали себя небезопасно дома?») и «Бил ли вас кто-нибудь дома или пытал-

ся причинить вам вред каким-либо образом?»), позволяют выявить насилие в семье. Это чрезвычайно распространенная проблема со здоровьем (более 90% случаев связаны с насилием над женщинами со стороны мужчин), о чем свидетельствуют следующие статистические данные.

- Каждая четвертая женщина, обращающаяся за помощью в отделение неотложной помощи, является жертвой домашнего насилия.
- Каждая шестая беременная женщина подвергается насилию во время беременности.
- Каждая четвертая женщина, наблюдаемая в учреждениях первичной медико-санитарной помощи, в какой-то момент своей жизни подвергалась насилию.

Состоящий из двух частей скрининговый вопрос о домашнем насилии имеет чувствительность 71% и специфичность 85% при выявлении домашнего насилия [14, 15]. В большинстве случаев жертва вряд ли добровольно ответит «да» на этот вопрос кому-то (ФТ) во время первой встречи, но, по крайней мере, тема была поднята, и у жертвы есть окно возможностей. Даже при ответе «нет» ФТ может подтвердить ответ пациента; заявить, что, если пациент когда-либо окажется в угрожающей ситуации, у него есть доступные ресурсы; а затем кратко описать ресурсы. Если пациент отвечает «да» на любой из этих вопросов, ФТ должен исследовать следующее:

- характер злоупотребления;
- даты и время оскорбительных событий;
- обстоятельства событий;
- любые предыдущие нападения и полученные травмы;
- подробную документацию любых синяков, рваных ран или других признаков.

Во всех медицинских учреждениях должны быть предусмотрены специальные процедуры для таких ситуаций. Веб-сайт Американской ассоциации физиотерапии (www.apta.org) является хорошим ресурсом для получения дополнительной информации по этой теме.

В приложениях к этой главе представлены примеры анкет для самообследования пациентов, предназначенные для сбора информации об истории их здоровья. В Приложении 8.2. представлена анкета, используемая автором более 15 лет во взрослой амбулаторной ортопедической клинике. Опыт показывает, что пациентам требуется от 6 до 8 мин для заполнения формы. Эта форма позволяет ФТ не только собирать информацию о состоянии здоровья, но также позволяет ему начать проверку систем (см. главу 9). Перечень симптомов в конце

анкеты обеспечивает общий скрининг всех систем организма и системных заболеваний — ключевые симптомы, позволяющие идентифицировать новые, необычные или нетипичные для пациента. В Приложении 8.3 представлена форма, предназначенная для педиатрических пациентов.

Обзор истории болезни во время опроса пациента

Как отмечалось ранее, в идеале ФТ может ознакомиться с историей болезни пациента до начала осмотра, но сам осмотр должно начинаться с обсуждения того, что послужило толчком к проведению ФТ обследования (см. раздел 2, Пролог). Обсуждение основной жалобы пациента и основных целей дает ФТ важные ориентиры для оставшейся части обследования. После этого обсуждения можно рассмотреть соответствующие элементы истории болезни пациента.

Заключение

Разработка эффективного и действенного метода сбора информации об истории болезни пациента должна быть приоритетом всех практикующих врачей. Возможность доступа к медицинским записям пациентов или заметкам врачей позволяет получить ценную информацию, но эти источники могут не содержать всех доступных отчетов, а состояние здоровья пациента могло измениться с тех пор, как пациент в последний раз посещал врача. ФТ, работающие в любых условиях, должны сами собирать информацию об истории болезни пациента при первом посещении. Одним из результатов такого подробного сбора информации является то, что ФТ часто может добавлять новую важную информацию в постоянную медицинскую карту пациента. Признание наличия или отсутствия заболеваний, приема лекарств и т.д. является началом разговора с пациентом и/или членом семьи. Последующие вопросы определяют эффект, если таковой имеется.

Список литературы



Приложение 8.1. Обзор систем: побочные эффекты лекарств/субъективные жалобы*

1. Симптомы со стороны желудочно-кишечного тракта (диспепсия, изжога, тошнота, рвота, боль в животе, запор, диарея, кровотечение).
2. Симптомы со стороны легочной системы (бронхоспазм, одышка, угнетение дыхания).
3. Центральная нервная система (головокружение, сонливость, бессонница, головные боли, галлюцинации, спутанность сознания, тревога, депрессия, мышечная слабость).
4. Симптомы со стороны покровной системы (кожная сыпь, зуд, гиперемия лица).
5. Опорно-двигательный аппарат (слабость, утомляемость, судороги, артрит, снижение толерантности к физической нагрузке, остеопороз).
6. Симптомы со стороны сердечно-сосудистой системы (брадикардия, желудочковая возбуди-

- мость, атриовентрикулярная блокада, преждевременные сокращения желудочков, желудочковая тахикардия).
7. Изменения со стороны сосудов (хромота, гипотензия, периферические отеки, похолодание конечностей).
 8. Мочеполовая система (сексуальная дисфункция, задержка мочи, недержание мочи).
 9. Голова, глаза, уши, нос и горло (звон в ушах, потеря вкуса, головная боль, предобморочное состояние, головокружение).

* Приведено в порядке наиболее частого возникновения. *Источник:* Boissonnault W. Examination in physical therapy practice: screening for medical disease. 2nd ed. New York: Churchill Livingstone, 1995.

Приложение 8.2

Чтобы убедиться, что вы получите полную и тщательную оценку, пожалуйста, предоставьте нам важную справочную информацию в следующей форме. Если вы не понимаете вопрос, оставьте это поле пустым, и ваш терапевт поможет вам. Благодарю вас!

Имя: _____

Досуг: _____

Профессия: _____

Аллергии: Перечислите лекарства, на которые у вас аллергия: _____

Вы чувствительны к латексу? ДА НЕТ

Перечислите любые другие аллергии, о которых нам следует знать: _____

Пожалуйста, отметьте (✓) любого из специалистов, у которого вы наблюдаетесь:

___ Терапевт (MD) ___ Психиатр/Психолог Другой ___

___ Остеопат ___ Физиотерапевт

___ Дантист ___ Костоправ

Дата последнего медицинского осмотра:

Если вы наблюдали что-либо из вышеперечисленного в течение последних 3 мес, пожалуйста, опишите, по какой причине (например, болезнь, состояние здоровья, физическое состояние): _____

У вас КОГДА-ЛИБО диагностировали какое-либо из следующих состояний?

ДА НЕТ Рак. Если да, то какой: _____

ДА НЕТ Проблемы с сердцем. Если да, то какие: _____

ДА НЕТ Высокое кровяное давление

ДА НЕТ Проблемы с кровообращением

ДА НЕТ Астма

ДА НЕТ Язва желудка

ДА НЕТ Химическая зависимость (например, алкоголизм)

ДА НЕТ Проблемы со щитовидной железой

ДА	НЕТ	Диабет
ДА	НЕТ	Рассеянный склероз
ДА	НЕТ	Ревматоидный артрит
ДА	НЕТ	Другие артритные состояния
ДА	НЕТ	Депрессия
ДА	НЕТ	Гепатит
ДА	НЕТ	Туберкулез
ДА	НЕТ	Инсульт
ДА	НЕТ	Болезни почек. Если да, то какие: _____
ДА	НЕТ	Образование тромбов
ДА	НЕТ	Остеопороз
ДА	НЕТ	Другое: _____

В течение последнего месяца вы чувствовали себя подавленным, депрессивным или безнадёжным? ДА НЕТ

В течение последнего месяца вас беспокоило отсутствие интереса или удовольствия от того, что вы делаете? ДА НЕТ

Вы когда-нибудь чувствовали себя небезопасно дома, или кто-нибудь бил вас или пытался причинить вам какую-либо травму? ДА НЕТ

Вам когда-нибудь угрожал, причинял боль или заставлял чувствовать страх или унижение ваш партнер или кто-то из ваших близких? ДА НЕТ

Пожалуйста, перечислите любые операции или другие состояния, по поводу которых вы были госпитализированы, включая приблизительную дату и причину операции или госпитализации:

ОПЕРАЦИИ/ГОСПИТАЛИЗАЦИИ (УКАЖИТЕ ДАТУ И ПРИЧИНУ)

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

Пожалуйста, опишите любые серьезные травмы, по поводу которых вы лечились (включая переломы, вывихи или растяжения), и приблизительную дату травмы:

ДАТА	ТРАВМА	ДАТА	ТРАВМА
_____	_____	_____	_____

Кто-нибудь из ваших ближайших родственников (родители, братья, сестры) когда-либо лечился от какого-либо из следующих заболеваний?

ДА	НЕТ	Диабет
ДА	НЕТ	Сердечное заболевание
ДА	НЕТ	Высокое кровяное давление
ДА	НЕТ	Инсульт
ДА	НЕТ	Воспалительный артрит (ревматоидный, анкилозирующий)
ДА	НЕТ	Рак
ДА	НЕТ	Алкоголизм (химическая зависимость)
ДА	НЕТ	Депрессия
ДА	НЕТ	Болезнь почек

Какие из следующих лекарств вы принимали на прошлой неделе?

	Прописано врачом	Не прописано врачом
Ацетилсалициловая кислота (Аспирин*)	ДА НЕТ	ДА НЕТ
Парацетамол (Тайленол*)	ДА НЕТ	ДА НЕТ
Противовоспалительные средства [ибупрофен (Адвил*, Ибупрофен*) напроксен (Мотрин*)]	ДА НЕТ	ДА НЕТ
Лекарства от язвы желудка	ДА НЕТ	ДА НЕТ
Витамины/минеральные добавки	ДА НЕТ	ДА НЕТ
Лекарственное средство из растений	ДА НЕТ	ДА НЕТ

Другие, не назначенные врачом: _____

Пожалуйста, перечислите любые другие назначенные врачом лекарства, которые вы принимаете в настоящее время (включая таблетки, инъекции или кожные пластыри):

1. _____ 2. _____ 3. _____
4. _____ 5. _____ 6. _____

Сколько кофе с кофеином или других напитков, содержащих кофеин, вы выпиваете в день? _____

Употребление табака: сколько пачек вы выкуриваете в день _____? Сколько лет? _____ Если бросили, то когда? _____

Сколько дней в неделю вы употребляете алкоголь? _____

Если 1 порция равна 1 пиву или бокалу вина, сколько вы выпиваете в среднем за один присест?

Сколько раз за последний год вы выпивали: для мужчин 5 и более доз в день: _____; для женщин 4 и более напитков в день _____

Пожалуйста, обведите кружочком любое из следующего, что является для вас **НОВЫМ**, **НЕОБЫЧНЫМ** или **НЕТИПИЧНЫМ**.

ДА	НЕТ	Потеря/прибавка в весе
ДА	НЕТ	Тошнота/рвота
ДА	НЕТ	Головокружение/дурнота
ДА	НЕТ	Усталость
ДА	НЕТ	Слабость
ДА	НЕТ	Онемение или покалывание
ДА	НЕТ	Тремор
ДА	НЕТ	Судороги
ДА	НЕТ	Двойное зрение
ДА	НЕТ	Потеря зрения
ДА	НЕТ	Покраснение глаз
ДА	НЕТ	Кожная сыпь
ДА	НЕТ	Проблемы со сном
ДА	НЕТ	Сексуальные трудности
ДА	НЕТ	Ночные поты
ДА	НЕТ	Проблемы со слухом
ДА	НЕТ	Недавно упал
ДА	НЕТ	Отек суставов/мышц
ДА	НЕТ	Легкие синяки
ДА	НЕТ	Чрезмерное кровотечение
ДА	НЕТ	Затрудненное дыхание
ДА	НЕТ	Регулярный кашель
ДА	НЕТ	Отек рук/ног
ДА	НЕТ	Сердце колотится в груди
ДА	НЕТ	Затруднение глотания
ДА	НЕТ	Изжога/диспепсия
ДА	НЕТ	Запор/диарея
ДА	НЕТ	Кровь в стуле
ДА	НЕТ	Постменопауза
ДА	НЕТ	Проблемы с мочеиспусканием (например, затрудненное начало мочеиспускания, болезненное мочеиспускание)
ДА	НЕТ	Недержание мочи
ДА	НЕТ	Кровь в моче
ДА	НЕТ	Беременны или думаете, что можете быть беременны
ДА	НЕТ	Стресс дома или на работе
ДА	НЕТ	Проблемы с балансом

Подпись терапевта _____ Дата _____

Подпись пациента _____ Дата _____

Приложение 8.3. Образовательный консорциум Гибсона–Пайка–Уоррика — форма оценки общего состояния здоровья

Чтобы ваш ребенок получил полное и тщательное обследование, предоставьте нам важную справочную информацию в следующей форме. Если

Вы не понимаете вопрос, ваш терапевт поможет вам. Спасибо.

Имя ребенка: _____

Дата рождения: _____

Школа: _____

Учитель: _____

Родитель/опекун: _____

Домашний телефон: _____

Адрес: _____

Рабочий телефон: _____

Проходил ли ваш ребенок за последние 3 мес
следующих специалистов? Если да, то каких?

ДА	НЕТ	Терапевт
ДА	НЕТ	Психиатр/психолог
ДА	НЕТ	Ортопед
ДА	НЕТ	Глазной врач
ДА	НЕТ	Остеопат
ДА	НЕТ	Физиотерапевт
ДА	НЕТ	Дантист
ДА	НЕТ	Костоправ

Пожалуйста, отметьте нужное, по которой ребенок посетил вышеуказанного поставщика услуг (болезнь, лечение, операция):

По какой проблеме ребенка оценивает терапевт?

У ребенка КОГДА-ЛИБО диагностировали что-либо из следующего?

ДА	НЕТ	Рак
ДА	НЕТ	Проблемы с сердцем
ДА	НЕТ	Высокое кровяное давление
ДА	НЕТ	Астма/проблемы с дыханием
ДА	НЕТ	Проблемы с щитовидной железой
ДА	НЕТ	Диабет
ДА	НЕТ	Артрит
ДА	НЕТ	Депрессия
ДА	НЕТ	Гепатит
ДА	НЕТ	Туберкулез
ДА	НЕТ	Инсульт
ДА	НЕТ	Болезнь почек
ДА	НЕТ	Анемия
ДА	НЕТ	Эпилепсия
ДА	НЕТ	Судороги
ДА	НЕТ	Детский церебральный паралич (ДЦП)
ДА	НЕТ	Мышечная дистрофия
ДА	НЕТ	<i>Spina bifida</i> /миеломенингоцеле
ДА	НЕТ	Синдром дефицита внимания/синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВ/СДВГ)
ДА	НЕТ	Другое

Пожалуйста, перечислите любые операции или другие состояния, по поводу которых ребенок находился в больнице:

Дата _____ Травма _____

Дата _____ Травма _____

Кто-нибудь из ближайших родственников ребенка (родители, братья, сестры) когда-либо лечился от следующего?

ДА	НЕТ	Диабет
ДА	НЕТ	Туберкулез
ДА	НЕТ	Сердечное заболевание
ДА	НЕТ	Высокое кровяное давление
ДА	НЕТ	Инсульт
ДА	НЕТ	Болезнь почек
ДА	НЕТ	Рак
ДА	НЕТ	Артрит
ДА	НЕТ	Анемия
ДА	НЕТ	Головные боли
ДА	НЕТ	Эпилепсия
ДА	НЕТ	Психическое заболевание
ДА	НЕТ	Алкоголизм или химическая зависимость

Пожалуйста, перечислите все лекарства, отпускаемые по рецепту, и дозировку, которую ребенок принимает в настоящее время (включая таблетки, инъекции, лечебные кремы и/или кожные пластыри):

Перечислите любые безрецептурные лекарства, которые ребенок часто принимает (включая таблетки, инъекции, лечебные кремы и/или кожные пластыри):

Сколько напитков, содержащих кофеин, ежедневно выпивает ребенок?

Есть ли у ребенка аллергия?

Есть ли у ребенка специальное оборудование? Какое?

Какие функциональные проблемы у ребенка дома?

Испытывал ли недавно ребенок что-либо из перечисленного ниже?

ДА	НЕТ	Потеря или увеличение веса
ДА	НЕТ	Тошнота/рвота
ДА	НЕТ	Усталость
ДА	НЕТ	Необычная слабость
ДА	НЕТ	Лихорадка/озноб/потливость

Лицо, заполняющее форму: _____

Дата _____

Форма рассмотрена терапевтом с родителем/опекуном? Да Нет

Дата _____
(Терапевт)

Дата _____