

Оглавление

Предисловие к изданию на русском языке	12
Предисловие к изданию на английском языке	13
Ответственные редакторы	15
Авторы	16
Соавторы	17
Список сокращений и условных обозначений	18
Глава 1. Сбор анамнеза и осмотр пациента	19
Сбор анамнеза	20
Общение с пациентом	22
Общие рекомендации	22
Речевая коммуникация	24
Сбор и анализ клинических данных	26
Методика сбора анамнеза	28
Жалобы и история настоящего заболевания	29
Опрос по системам организма	30
Перенесенные заболевания	31
Индивидуальный и социальный анамнез	31
Семейный и лекарственный анамнез	32
План физического обследования	33
Схема проведения стандартного медицинского осмотра	34
Общий осмотр	34
Верхние конечности	34
Голова и шея	35
Область сердца и грудная клетка	35
Живот	36
Нижние конечности	36
Нервная система	36
Постановка диагноза	37
Запись полученных данных	38
Составление списка проблем пациента	38
Отметки о течении болезни	39
Обсуждение полученных данных с коллегами	39
Составление плана обследования	40

Основные практические навыки	42
Венепункция.....	44
Установка внутривенного катетера	44
Внутривенная инфузия	45
Глава 2. Сердечно-сосудистая система	46
Сердце	47
Прикладная анатомия и физиология сердца.....	47
Диагностика заболеваний сердечно-сосудистой системы.....	48
Сбор анамнеза.....	48
Физическое обследование	52
Основные симптомы	70
Основные инструментальные обследования	73
Артериальная система	80
Прикладная анатомия и физиология артериальной системы.....	81
Аневризмы.....	82
Хронические облитерирующие заболевания периферических артерий.....	85
Острая ишемия конечностей.....	92
Варикозное расширение вен и венозная недостаточность	93
Прикладная анатомия и физиология венозной системы нижней конечности	93
Диагностика варикозного расширения вен.....	95
Сбор анамнеза.....	95
Физическое обследование	97
Ведение пациентов с варикозным расширением вен.....	98
Диагностика хронической венозной недостаточности.....	98
Сбор анамнеза.....	98
Физическое обследование	99
Глава 3. Дыхательная система	100
Нос	100
Прикладная анатомия и физиология	100
Диагностика	101
Сбор анамнеза.....	101
Обследование полости носа	102
Легкие	102
Прикладная анатомия и физиология	102
Диагностика заболеваний дыхательной системы.....	104
Сбор анамнеза.....	104
Физическое обследование	110
Основные симптомы	124
Практические аспекты	128

Глава 4. Пищеварительная и мочевыделительная системы	134
Прикладная анатомия и физиология желудочно-кишечного тракта	134
Прикладная анатомия и физиология мочевыводящих путей	136
Диагностика	137
Сбор анамнеза	137
Жалобы пациентов с патологией желудочно-кишечного тракта	138
Жалобы пациентов с заболеваниями мочевыводящих путей	141
Перенесенные заболевания	142
Анамнез жизни	142
Семейный анамнез	143
Лекарственный анамнез	143
Физическое обследование	144
Общий осмотр	144
Оценка нутритивного статуса	146
Язык и полость рта	148
Осмотр	149
Пальпация	149
Аускультация	155
Ректальное исследование	155
Иллюстрации	156
Практические аспекты	157
Лабораторные исследования	157
Общий анализ мочи и микроскопическое исследование	158
Исследование функции почек	159
Количественная оценка протеинурии	159
Глава 5. Опорно-двигательный аппарат	163
Прикладная анатомия и физиология суставов	163
Диагностика заболеваний суставов	164
Сбор анамнеза	165
Жалобы и симптомы	165
Анамнез заболевания	168
Социальный анамнез	168
Семейный анамнез и проводимое лечение	169
Физическое обследование	170
Общий осмотр	170
Обследование суставов	172
Основные симптомы	178

Практические аспекты	180
Лабораторные исследования.....	180
Глава 6. Нервная система	184
Прикладная анатомия и физиология	184
Двигательная сфера.....	184
Координация движений.....	186
Чувствительная сфера.....	186
Кровоснабжение	188
Диагностика	189
Сбор анамнеза.....	189
Жалобы	189
Опрос по остальным системам организма	193
Обследование нервной системы	193
Оценка психического статуса, личности и интеллекта пациента	195
Обследование черепных нервов	197
I. Обонятельный нерв	197
II. Зрительный нерв.....	197
III, IV и VI. Глазодвигательный, блоковый и отводящий нервы (движение глаз)	202
V. Тройничный нерв.....	204
VII. Лицевой нерв	205
VIII. Слуховой нерв	205
IX и X. Языкоглоточный и блуждающий нервы.....	206
XI. Добавочный нерв.....	207
XII. Подъязычный нерв	207
Двигательная и чувствительная сферы.....	208
Обследование двигательной сферы.....	208
Проверка координации.....	217
Обследование чувствительной сферы.....	218
Смежные структуры	221
Отдельные симптомы.....	222
Симптомы поражения зрительного (II) нерва	222
Симптомы поражения III, IV и VI пар черепных нервов	222
Симптомы поражения тройничного (V) нерва	227
Симптомы поражения лицевого (VII) нерва	227
Симптомы поражения преддверно-улиткового (VIII) нерва.....	227
Симптомы поражения IX–XII пар черепных нервов.....	228
Симптомы двигательных расстройств	229
Основные практические навыки.....	230
Лабораторные исследования.....	230

Глава 7. Женская репродуктивная система	236
Акушерство и гинекология	236
Прикладная анатомия и физиология	236
Диагностика акушерской и гинекологической патологии	237
Сбор анамнеза	237
Физическое обследование	243
Основные практические навыки	250
Молочные железы	252
Прикладная анатомия молочной железы и подмышечной впадины	252
Диагностика заболеваний молочной железы	254
Сбор анамнеза	254
Физическое обследование	257
Основные подходы к ведению пациентов с заболеваниями молочных желез	258
Глава 8. Мужская репродуктивная система и грыжи	261
Мужские наружные половые органы	261
Прикладная анатомия и физиология	262
Диагностика	263
Сбор анамнеза	263
Физическое обследование	267
Основные практические навыки	269
Грыжи (у мужчин и женщин)	270
Разновидности грыж брюшной стенки	270
Диагностика грыж	273
Сбор анамнеза	273
Физическое обследование	274
Основные симптомы	277
Ведение пациентов с грыжей	278
Глава 9. Эндокринная система	279
Прикладная анатомия и физиология эндокринной системы	279
Щитовидная железа	280
Прикладная анатомия и физиология щитовидной железы	280
Диагностика заболеваний эндокринной системы	280
Сбор анамнеза	280
Физическое обследование	282
Общий осмотр	282
Щитовидная железа и окружающие структуры	282
Другие методы обследования эндокринной системы	284
Основные симптомы распространенных эндокринологических заболеваний	287

Глава 10. Кожа	291
Прикладная анатомия кожи	291
Диагностика	291
Сбор анамнеза	291
Жалобы и симптомы	291
Перенесенные заболевания	292
Социальный анамнез	292
Семейный анамнез	293
Лекарственный анамнез	293
Физическое обследование	293
Основные проявления заболеваний кожи	293
Глава 11. Введение в общеврачебную практику	303
Функции врача общей практики	303
Консультация в общеврачебной практике	304
Структура консультации	305
Поддержание контакта с пациентом	306
Система «красных флагов»	308
Обследование пациента в общеврачебной практике	313
Регистрация жизненно важных показателей: объективные различия между нормой и патологией	313
Исследования: показания, интерпретация и применение	313
Биомаркеры заболеваний и их использование в общеврачебной практике	314
Структура и содержание направления к специалисту	318
Безопасность рекомендаций врача общей практики	320
Рекомендуемая литература	321
Глава 12. Обследование пациента с психическим расстройством	322
Сбор анамнеза	325
Опрос пациента с симптомами психического заболевания	325
Психиатрический анамнез	327
Перенесенные заболевания	327
Анамнез жизни	328
Судебно-медицинский анамнез	331
Оценка психического статуса	334
Внешний вид и поведение	335
Речь	336
Настроение (аффект)	337

Мышление	340
Когнитивная функция.....	343
Физическое обследование	345
Лабораторные и инструментальные исследования	345
Глава 13. Сбор анамнеза и обследование детей.....	348
Особенности проведения консультации	348
Сбор анамнеза.....	349
Жалобы и симптомы.....	350
Перенесенные заболевания.....	353
Семейный анамнез	355
Социальный анамнез	355
Анамнез развития.....	355
Физическое обследование ребенка	356
Измерение основных параметров	357
Осмотр по системам	360
Жестокое обращение с детьми.....	367
Заключение	368
Предметный указатель.....	369

СБОР АНАМНЕЗА И ОСМОТР ПАЦИЕНТА

Для врача и пациента цели и итоги медицинской консультации различны. Пациенту, как правило, требуется или постановка диагноза, или подтверждение, что он физически и психически здоров. Задача врача — изучить жалобы пациента, узнать, есть ли у него скрытые проблемы, выдвинуть диагностическую гипотезу и предложить план лечения или профилактики.

Если врач сразу определит характер заболевания пациента, то поставить диагноз можно будет быстро и без затруднений. В более сложных случаях врачу необходимо собрать дополнительные анамнестические сведения для подтверждения или отклонения диагностических гипотез. В большинстве случаев в процессе сбора анамнеза диагноз становится очевидным.

Каждый пациент должен быть осмотрен и обследован. В некоторых случаях диагноз ставится только по клиническим признакам и/или результатам рутинных лабораторных или инструментальных исследований. Обследуя пациента, врач выдвигает диагностическую гипотезу, которую затем подтверждает или опровергает.

Ниже приведены три источника информации для оценки состояния пациента и выдвижения диагностической гипотезы.

- Анамнез — данные о заболевании пациента, его жалобы и собственно причины посещения врача.
- Клинические признаки — симптомы и отклонения, обнаруженные при физическом обследовании пациента.
- Результаты лабораторных и инструментальных исследований, к которым относятся биохимические, гематологические и прочие, а также исследования, позволяющие визуализировать состояние внутренних органов.

В справочнике регулярно даются отсылки к этим трем важным источникам информации о состоянии здоровья пациента. У большинства посетителей медицинских учреждений процесс постановки диагноза будет представлять собой последовательность «анамнез → клинические признаки → исследования», но не во всех случаях. У некоторых пациентов сбор анамнеза затруднен или даже невозможен (например, при инсульте). В таких обстоятельствах целесообразно сразу приступить к осмотру, хотя можно попытаться получить данные анамнеза от лиц, которые доставили пациента в больницу, — родственников, сопровождающих или сотрудника скорой помощи.

Ряд процедур выполняется при обследовании всех без исключения пациентов, а некоторые проводятся только при наличии показаний — они будут описаны в соответствующих главах справочника. Так, при сборе анамнеза врач каждому пациенту задает вопрос о перенесенных заболеваниях, а вопросы, связанные с текущим заболеванием, будут разными в зависимости от ситуации. Аналогичным образом различаются действия во время клинического обследования: например, измерять артериальное давление (АД) следует каждому пациенту, тогда как ректальное исследование выполняется только тогда, когда для этого есть показания. Со временем врач, основываясь на своем опыте, использует «подсказки» в ходе сбора анамнеза, проведения осмотра и интерпретации полученных результатов.

Оценка собранных данных, составление диагностических гипотез и их опровержение должны проводиться во время обследования точно и быстро. Это позволит определить, какие системы организма у пациента требуют более тщательного обследования. В реальных клинических условиях приобретаются более прочные знания, так как обучение происходит на личном опыте, поэтому при освоении методов клинического обследования не следует торопиться.

Методики сбора анамнеза (рис. 1.1) и проведения осмотра у разных врачей могут различаться. Это дает возможность молодому врачу наблюдать на практике применение нескольких методов, сравнивать их и выбирать наиболее подходящие для себя.

Основы клинической медицины формировались в течение нескольких веков. К настоящему времени накоплен богатый опыт в этой сфере, но теоретическая база, связанная с использованием клинических навыков, остается ограниченной.

Врачу необходимо помнить: медицина — это не только наука, но и искусство. Можно наблюдать, как опытные медики за считанные минуты оценивают состояние пациента. Это возможно только после накопления огромного клинического опыта.

СБОР АНАМНЕЗА

Во время сбора анамнеза в сознании врача должно происходить несколько параллельных процессов. Наиболее очевидным из них является формирование диагностической гипотезы, или впечатления о пациенте и его заболевании.

Собирая анамнез, проводите каждую мысль последовательно; задавайте прямые, а не наводящие вопросы; не предлагайте варианты ответа. При формулировке сути медицинской проблемы используйте слова и выражения пациента.

CLINICAL RECORD

CONTINUATION SHEET

Surname	S - - - - -
Forename	J - - - - -
Hosp No	017652
PLEASE ATTACH LABEL HERE	

DATE	CONSULTANT'S NAME & DEPARTMENT
Nov 18 th	<p>9^{pm} Emergency admission via casualty Mr JS Aged 75, Retired bus conductor from Hackney</p> <p>% Chest Pain</p> <p><u>HPC</u> Started whilst watching a football match on TV. Severe crushing pain - radiating to neck and jaw Never had it before - - - - - felt sweaty and dizzy - - - Lasted 2 hours then lessened - - - - - Had angina diagnosed 1 year ago - - - - - - - - - - pain is still present now.</p> <p><u>ROS</u> CVS - No palpitations No chest pain - - - - -</p> <p><u>PMH</u> Jaundice as a teenager Appendix aged 31 - - - - -</p> <p><u>PH/SH</u> Smokes 20/day for >20 years. 21u alcohol/week. Widowed for 5yrs. Lives alone. copes well.</p> <p><u>FH</u> Father † MI aged 69 Mother † Old age 96 Siblings still alive</p> <p><u>Treatment Hx</u> GTN only - - - - -</p> <p><u>Summary</u> A 75 retired man with a 4 hour history of Chest pain - - - - -</p>

Рис. 1.1. Записанный от руки анамнез пациента с жалобами на боль в груди

МОДУЛЬ 1.1. НАВЫКИ СБОРА АНАМНЕЗА

- Беседа с пациентом.
- Сбор, систематизация и обработка данных.
- Следование принятой схеме опроса.
- Постановка диагноза и разработка плана лечения.
- Запись полученных данных.
- Обсуждение истории болезни с коллегами.

ОБЩЕНИЕ С ПАЦИЕНТОМ

Во время консультации врач выстраивает отношения с пациентом, устанавливая с ним прочный контакт и заручаясь доверием. Отвечая на вопросы, пациент должен чувствовать себя комфортно, и в этом ему также помогает врач. Для этого необходимо правильно выстроить общение: точно сформулированные вопросы и проявления эмпатии позволяют пациенту расслабиться и изложить всю необходимую информацию, а четкие, понятные объяснения способствуют доверию со стороны пациента к советам и решениям врача.

Перед обследованием пациента необходимо тщательно вымыть руки с мылом в теплой воде, а при отсутствии раковины — обработать их антисептиком. Обследование пациента противоположного пола целесообразно проводить в присутствии еще одного коллеги.

Общие рекомендации

Представьтесь пациенту — назовите свое полное имя и должность. Пациента тоже лучше называть полным именем, если он не потребует иного.

Старайтесь быть вежливым — не начинайте разговор с пациентом, не представившись и не получив разрешения на осмотр. Объясните пациенту, почему беседа необходима. Общаясь со студентами, пациенты часто чувствуют себя неловко, потому что им это кажется бесполезным. Однако, если пациентам названа цель встречи, они редко возражают и даже проявляют интерес.

Имейте в виду, что представления большинства пациентов о внешности людей, относящихся к определенным профессиям, стереотипны. Убедитесь, что вы выглядите так, как того ожидает пациент, то есть аккуратно, чисто и без излишеств. Слишком модная или дорогая одежда может восприни-

маться пациентом как неуместная. Если пациент устал, завершите разговор; длительные беседы исключены также во время приема пищи или прихода посетителей. Выберите время, когда пациент освободится, и тогда вернитесь к нему. Вы соберете больше данных, если пациент не будет занят другими делами.

Врачу нужно уметь выбирать наиболее удобное время для проведения опроса перед обследованием и делать это в манере, наиболее приятной и комфортной для пациента.

Важно помнить о невербальных сигналах человеческого тела. Хороший зрительный контакт с пациентом (то есть взгляд, направленный на него во время разговора), соответствующая состоянию пациента дистанция между ним и врачом, «отзеркаливание» последним позы собеседника могут способствовать раскрытию пациента в беседе и установлению доверительных отношений с врачом. При открытых позах (рис. 1.2) пациент ощущает себя комфортнее и разговаривает охотнее.



Рис. 1.2. Открытая поза

Пациенту должно быть очевидно, что его слушают (рис. 1.3). Чтобы продемонстрировать ему это, можно периодически наклоняться вперед и опираться подбородком на руку. Сидеть надо на одном уровне с пациентом: обычно люди испытывают неприятное ощущение страха, когда они лежат в постели, а над ними возвышается врач. Человеку удобнее всего беседовать на расстоянии вытянутой руки. При этом врач может использовать прикосновения, степень комфортности которых для себя и пациента он определяет сам, это могут быть рукопожатия, а можно просто положить руку пациенту на плечо (рис. 1.4). Врач должен понимать, когда пациент из культурных соображений считает рукопожатие для себя неприемлемым. В таких случаях можно просто дотронуться до его руки или локтя, так как

этот жест менее подавляющий. При опросе нужно регулярно поддерживать зрительный контакт — не просто смотреть вниз на свои заметки, а общаться с пациентом, улыбаясь или демонстрируя сочувствие, если обсуждается что-то грустное.



Рис. 1.3. Поза слушателя



Рис. 1.4. Тактильный контакт

Речевая коммуникация

Говорить надо отчетливо и понятно, не используя специальные медицинские или двусмысленные формулировки и стараясь помочь пациенту рассказать о своих проблемах. Лучше всего задавать как можно больше общих, открытых вопросов, особенно в начале беседы, чтобы пациент своими словами рассказывал о том, что его беспокоит. Это повышает доверие к врачу и уве-

ренность в том, что его слушают и, следовательно, относятся к нему серьезно. Вопросы, предполагающие однозначный ответ, тоже необходимы, чтобы направлять беседу в нужное русло и при случае фиксировать отклонения от нормы. И все же сразу после этого нужно снова задавать уточняющий вопрос. Например:

«Возможно, у вас возникло чувство, что это вызвано чем-то конкретным?» (*Предполагается однозначный ответ.*)

«Не могли бы вы рассказать мне об этом подробнее?» (*Открытый, уточняющий вопрос.*)

Вопрос, в ответ на который ожидается однозначный ответ, должен использоваться только для уточнения неопределенного ответа, например: «У вас сейчас плохой аппетит?» или «Вы за последнее время похудели?».

Консультацию лучше начинать с открытого вопроса общего характера (табл. 1.1), например: «Что именно привело вас в больницу / в клинику / на операцию?». Важно убедиться в том, что пациент описывает свои симптомы или неприятные ощущения, а не называет возможный диагноз, например стенокардию или бронхит.

Таблица 1.1. Фразы, полезные при формулировке открытых вопросов

Чем я могу вам помочь?	Можете ли вы это описать?
Что я могу для вас сделать?	Откуда...?
Почему вы...?	На что это похоже?
Расскажите мне о...	Когда...?

В этом контексте полезно использовать вопросительные слова — «как?», «почему?» и т.п. — например, в вопросах «Чем я могу вам помочь?» или «Как это влияет на вас?». В этом случае у пациента не получится дать односложный ответ, и он должен будет описать возникшую проблему. Если вы будете использовать фразы вроде «Вы ощущаете боль в груди?», пациент может просто ответить утвердительно и больше ничего не сообщить.

Постарайтесь не перебивать пациента в самом начале диалога. Можно периодически кивать головой, произносить: «понимаю» или повторять последнее утверждение пациента в измененном виде. Если пациент заговорил, его следует слушать, следить за развитием его рассказа о своей болезни и анализировать его. Это позволит избрать правильную тактику и в нужное время задавать нужные вопросы — общие или конкретные, наводящие или односложные. Вначале следует выяснить, насколько правильно вы понимаете слова пациента — например, путем повторения сказанных им фраз: «Вы говорите, что боль опоясывающая — а в какой области?». Затем, чтобы полу-

читать конкретную информацию, можно переходить к более однозначным вопросам: «Появились ли еще где-нибудь болевые ощущения?», «Где именно?», «Вас от боли бросало в пот?». Врач должен стараться проявлять уважение к пациенту и безоценочно относиться к тому, что он говорит, быть внимательным и не переставать слушать.

СБОР И АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКИХ ДАННЫХ

При сборе и изучении анамнеза важно очень внимательно слушать пациента и помнить о том, что на протяжении всей встречи вы собираете информацию. Анамнестические данные могут дополняться тем, что врач замечает во время разговора, а также данными физического обследования пациента, после которого может потребоваться возвращение к анамнезу и повторный анализ определенной его части.

Диагностическая ценность анамнеза различна и, как правило, зависит от того, с какими жалобами пациент обращается к врачу. Жалобы на боль в груди наводят врача на конкретные вопросы о возможных причинах этого состояния, тогда как жалобы на усталость более размыты и вызывают большее количество вопросов. Некоторые пациенты, являясь хорошими рассказчиками, охотно делятся информацией, в то время как другим может быть трудно говорить о своих проблемах.

Врачу необходимо понимать, что некоторые пациенты непреднамеренно выбирают такие данные, которые, по их мнению, будут наиболее полезны для постановки диагноза, и, таким образом, предоставляют врачу искаженную информацию.

МОДУЛЬ 1.2. ПРОЯВЛЕНИЕ ЭМПАТИИ В ВЫСКАЗЫВАНИЯХ

Эмпатические высказывания показывают пациенту, что врач понимает его состояние. Такие высказывания помогают стеснительному собеседнику рассказывать то, что обычно ему трудно обсудить открыто.

«Я понимаю, что вам может быть трудно об этом говорить, но...» (перед тем, как задать вопрос).

«Неудивительно, что вас это беспокоит».

«Вижу, что у вас сильный стресс».

Уточнения

«Мне не совсем понятно, что вы подразумеваете под...»

«Не могли бы вы поподробнее рассказать о...»

Фиксация поведенческих реакций

Во время беседы такие высказывания могут помочь выявить важные факты или разрядить сложную ситуацию.

«У вас был очень грустный/сердитый/расстроенный вид, когда вы говорили о...»

Поощрение пациента к высказываниям

«Человек испытывает странные чувства и переживания при сильном стрессе, и это совершенно нормально. С вами случилось что-нибудь подобное?». Затем пациента можно попросить рассказать об этом подробнее.

Управление ситуацией

Подобные высказывания можно применять, воспользовавшись естественной паузой или мягко прервав пациента, когда это необходимо.

«Простите, что перебиваю, но не могли бы вы рассказать подробнее о...»

«Если позволите, я бы хотел перейти к...»

«Простите, но мне нужно узнать об этом некоторые детали.»

Молчание

Короткие, правильно расставленные паузы могут позволить пациенту собраться с мыслями и лучше сосредоточиться на болезненной теме, тогда как долгое, неловкое молчание этому не способствует. Если пациент уходит от проблемы в сторону, можно прервать его, чтобы рассказ шел в нужном направлении. Только привыкнув к этому стилю беседы и почувствовав уверенность в использовании определенной последовательности вопросов, можно перейти к дальнейшему совершенствованию навыков общения с пациентом

Равным образом и врач может не обратить внимание на некоторые высказывания пациента и не задать вопросы, необходимые для правильной постановки диагноза. Во время разговора с пациентом полезно обобщать его слова и задавать уточняющие вопросы:

«Я правильно понимаю, что вы ощущали боль на протяжении примерно двух часов?».

Такие вопросы позволяют врачу проверить себя на точность и полноту понимания всего услышанного. Когда вы впервые собираете анамнез, важно понимать, что в случае упущения какого-то важного момента придется повторно встречаться с пациентом, чтобы дополнить или уточнить собранные данные. Во время сбора анамнеза лучше воздерживаться от поспешных выводов и избегать искусственных построений, подводя их под конкретный диагноз, который кажется верным. Необходимо рассмотреть все возможные варианты диагноза — ведь даже в простом на первый взгляд анамнезе могут быть подводные камни. Именно поэтому полезно составлять список конкретных симптомов после сбора анамнеза и осмотра пациента.

Для сбора анамнеза нужно всегда находить время, причем независимо от того, студент вы или врач, проходящий курс повышения квалификации. Полученные данные необходимо стараться фиксировать с максимально возможной полнотой. Без достаточных оснований лучше не пропускать отдельные этапы процесса, как это делают более опытные врачи. Это оправданно только при наличии обширного клинического опыта; не обладая им, следовать этому примеру неразумно. Только со временем можно научиться быстро и без потери качества собирать полный анамнез (см. главу 11).

Методика сбора анамнеза

Умение собирать полный и точный анамнез приходит только с опытом. В табл. 1.2 содержатся общие рекомендации, позволяющие не упустить ничего важного и зафиксировать все необходимые данные. При записи истории болезни необходимо придерживаться именно этого плана, даже если информация от пациента поступает в другой последовательности¹.

Таблица 1.2. Методика сбора анамнеза

- Имя, возраст и т.д.
- Жалобы пациента.
- История текущего заболевания.
- Заболевания в прошлом и общая история жизни.
- Системный опрос.
- Индивидуальный и социальный анамнез.
- Семейный анамнез и применявшиеся ранее методы лечения

Бывают случаи, когда во время первого посещения пациента нецелесообразно собирать исчерпывающий анамнез — например, если у пациента кардиогенный шок или прободная язва желудка, необходимо срочное лечение. Для того чтобы определить, когда важно собрать подробный анамнез, а когда достаточно кратких вопросов о текущем состоянии пациента, необходимы прочные медицинские знания.

¹ Предложенная авторами этого справочника последовательность, имея определенные преимущества, не должна восприниматься как догма. Например, сбор анамнеза жизни прежде анамнеза настоящего заболевания, безусловно, способствует лучшему пониманию течения болезни в каждом конкретном случае, то есть способствует более индивидуальному (персонифицированному) подходу к диагностике и лечению. Какова бы ни была принятая врачом схема сбора анамнеза, самым важным на практике является твердое ей следование, поскольку именно эта методичность поможет не упустить важные детали. (*Прим. научн. ред.*).