

Б. С. Шкляр

**Диагностика внутренних
болезней**

**Москва
«Книга по Требованию»**

УДК 61
ББК 58
Б11

Б11 **Б. С. Шкляр**
Диагностика внутренних болезней / Б. С. Шкляр – М.: Книга по Требованию, 2013. – 515 с.

ISBN 978-5-458-38160-4

Классическая и одна из лучших книг по пропедевтике внутренних болезней. Несмотря на почтенный возраст издания, книга актуальна и полезна по сей день. Работа представляет собой пятое, исправленное и дополненное издание учебника по диагностике внутренних болезней для студентов медицинских институтов. Материал представлен в соответствии с ныне действующей программой, дополнен новыми данными по инструментальной и лабораторной диагностике. Учебник предназначен для студентов медицинских институтов, а также рекомендуется практическим врачам.

ISBN 978-5-458-38160-4

© Издание на русском языке, оформление
«YOYO Media», 2013

© Издание на русском языке, оцифровка,
«Книга по Требованию», 2013

Эта книга является репринтом оригинала, который мы создали специально для Вас, используя запатентованные технологии производства репринтных книг и печати по требованию.

Сначала мы отсканировали каждую страницу оригинала этой редкой книги на профессиональном оборудовании. Затем с помощью специально разработанных программ мы произвели очистку изображения от пятен, клякс, перегибов и попытались отбелить и выровнять каждую страницу книги. К сожалению, некоторые страницы нельзя вернуть в изначальное состояние, и если их было трудно читать в оригинале, то даже при цифровой реставрации их невозможно улучшить.

Разумеется, автоматизированная программная обработка репринтных книг – не самое лучшее решение для восстановления текста в его первозданном виде, однако, наша цель – вернуть читателю точную копию книги, которой может быть несколько веков.

Поэтому мы предупреждаем о возможных погрешностях восстановленного репринтного издания. В издании могут отсутствовать одна или несколько страниц текста, могут встретиться невыводимые пятна и кляксы, надписи на полях или подчеркивания в тексте, нечитаемые фрагменты текста или загибы страниц. Покупать или не покупать подобные издания – решать Вам, мы же делаем все возможное, чтобы редкие и ценные книги, еще недавно утраченные и несправедливо забытые, вновь стали доступными для всех читателей.



Серия Книжный Ренессанс

www.samizday.ru/reprint

ла к разделу, становясь более сложным по мере перехода от первых разделов к последующим.

В учебнике приводятся лишь те данные, которые являются строго установленными. Вместе с тем во многих разделах помещены новейшие данные по затрагиваемым в них вопросам. Сюда относятся данные о баллистокардиографии, фонокардиографии, новейшие данные о факторах, участвующих в процессе свертывания крови. В учебнике также изложены методы исследования функционального состояния эндокринных желез, определения групп крови и др.

Основным стремлением автора было представить диагностические правила и семиотические данные не в виде сухих догматов, которые студент должен принимать на веру, но подробно объяснить все изложенное на основании данных дисциплин, изучавшихся им на предыдущих курсах, т. е. анатомии, физиологии, биохимии, физики, химии. При этом материал расположен так, чтобы учащийся находил ответ на любой возникающий у него вопрос как раз в тот момент, когда можно предвидеть возникновение у него этого вопроса. Таким образом, ни одно положение не оставлено без подробного объяснения. Насколько автору удалось выполнение этой нелёгкой задачи — покажет будущее. За всякое замечание, направленное к наилучшему достижению этой цели и к исправлению допущенных в учебнике ошибок, автор заранее приносит читателям свою искреннюю благодарность.

Б. Шкляр

ОТ РЕДАКТОРА

Учебник «Диагностика внутренних болезней» написан видным терапевтом доктором медицинских наук профессором Б. С. Шкляром, заведывавшим кафедрой пропедевтической, а затем факультетской терапии Винницкого медицинского института им. Н. И. Пирогова.

Со времени предыдущего издания учебника прошло более 10 лет. Учебник пользуется заслуженной популярностью среди студентов медицинских институтов и практических врачей.

Непрерывный прогресс медицинских знаний и расширение учебной программы вызвали необходимость в пересмотре материала некоторых разделов учебника и дополнении его новыми данными. Преждевременная смерть профессора Б. С. Шкляра в 1961 г. лишила возможности автора самому внести необходимые дополнения.

Настоящее издание учебника подвергнуто существенным изменениям. Учебник несколько сокращен за счет устаревшего и менее важного для изучения студентами материала и вместе с тем дополнен новыми трактовками и новыми данными по инструментальной и лабораторной диагностике, которых не было в предыдущем издании. Полностью переработан раздел «Электрокардиография» и включены новые разделы.

Соответствующие изменения и дополнения внесены согласно учебной программе по пропедевтике внутренних болезней для студентов 3-го курса медицинских институтов. Расположение материала и характер его изложения остались неизменными.

Надеемся, что студенты и практические врачи почерпнут из учебника необходимые сведения по диагностике внутренних болезней с учетом новых достижений в этой области медицинских знаний.

За все замечания и предложения, направленные к улучшению и исправлению изложенного в данном руководстве материала, заранее приносим свою искреннюю благодарность.

М. Б. Шкляр

ВВЕДЕНИЕ

Великий русский врач С. П. Боткин следующими словами охарактеризовал задачи практической медицины: «Главнейшие и существенные задачи практической медицины — предупреждение болезни, лечение болезни развившейся и, наконец, облегчение страданий больного человека».

Решение этих высоких задач, которые гениальный клиницист ставил перед медициной во второй половине XIX в., стало возможным лишь в нашем социалистическом государстве после Великой Октябрьской социалистической революции, открывшей широкий простор для плодотворной деятельности на ниве народного здравоохранения.

Охрана здоровья советского народа является неотъемлемой частью деятельности Коммунистической партии и Советского правительства. Проявляя ленинскую заботу о здоровье трудящихся, ЦК КПСС и Совет Министров Союза ССР в 1968 г. приняли постановление «О мерах по дальнейшему улучшению здравоохранения и развитию медицинской науки в стране». Обобщение огромного опыта деятельности Советского государства в области здравоохранения нашло свое воплощение в утвержденных в конце 1969 г. VII сессией Верховного Совета СССР «Основах законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении». Принятые документы обязывают студентов медицинских институтов еще более совершенствовать свои знания с тем, чтобы, влившись в многотысячную армию советских врачей, плодотворно работать над решением тех важных задач, которые поставлены перед работниками здравоохранения партией и правительством.

Главнейшей задачей практического врача у постели больного является лечение его, возвращение ему хорошего самочувствия, восстановление его трудоспособности. Однако этому должно предшествовать выполнение другой не менее важной задачи — распознавание болезни. Прежде чем составить рациональный план лечения, врач должен сделать заключение о том, какие у больного возникли органические или функциональные изменения, какими причинами вызваны эти нарушения, в какой последовательности они возникли, в какой степени эти нарушения понизили трудоспособность больного. Процесс собирания необходимых для этого заключения данных, оценки их значения и формулирования заключения и есть распознавание, или диагностирование, болезни, а само заключение, выраженное в виде краткого и четкого определения, называется **д и а г н о з о м з а б о л е в а н и я**. Только правильно распознав болезнь, можно успешно лечить больного. Еще в древние времена врачи говорили: «*Qui bene diagnoscit, bene curat*» («кто хорошо распознаст, — хорошо лечит»). Один из основоположников нашей отечественной медицины М. Я. Мудров еще в начале XIX в. говорил: «Первое надобно познать болезнь, ибо познание болезни есть уже половина лечения».

Вот почему, приступая к изучению клинической медицины, студенты медицинских институтов прежде всего изучают ту отрасль ее, которая называется диагностикой внутренних болезней. **Диагностика** может быть определена как наука о распознавании болезней. В приложении к внутренним болезням она и является тем разделом клинической медицины, который составляет содержание настоящего учебника.

Диагностика внутренних болезней изучается в пропедевтической терапевтической клинике.

Пропедевтика — вводный курс в изучаемую клиническую дисциплину, дающий основы тех знаний, которые используют для дальнейшего детального изучения предмета. Знания, полученные студентами на 3-м курсе в клинике пропедевтической терапии, необходимы для дальнейшего углубленного изучения клиники внутренних болезней, их предупреждения (профилактики) и лечения.

Внутренние болезни объединяют группу заболеваний, характеризующихся двумя признаками: локализацией поражения и методом лечения. В отношении первого признака эта группа включает заболевания внутренних органов — сердца, легких, желудка, кишечника, печени, почек и т. д. Что касается второго признака, то к группе внутренних болезней относятся те, которые лечатся так называемыми консервативными, нехирургическими, методами, т. е. методами, не сопряженными со значительным нарушением целостности тканей, например, введением в организм различных лекарств, назначением специального режима питания и т. д.

Следует, однако, указать, что эти признаки не позволяют все же строго отграничить внутренние болезни от других групп заболеваний. Так, например, при таком заболевании, как язва желудка или камни желчного пузыря, нередко применяется лечение при помощи оперативного вмешательства. С другой стороны, такое несомненно хирургическое заболевание, как перелом кости, лечится консервативным методом так же, как и кожные, ряд гинекологических, глазных и других заболеваний. Вот почему существует целый ряд так называемых пограничных заболеваний, которые с равным правом можно отнести и к группе внутренних, и к группе хирургических или других болезней.

Эта нечеткость границ группы внутренних болезней становится понятной, если вспомнить, что вообще не существует изолированного поражения одного какого-либо органа. Организм представляет собой единое целое, в котором деятельность отдельных частей взаимосвязана и взаимообусловлена, благодаря координирующей и регулирующей роли центральной нервной системы. Поэтому нарушение функции одного какого-либо органа или системы неизбежно сказывается на функции других органов и систем. С другой стороны, разделение практической медицины на различные отрасли вызвано не столько глубокими принципиальными различиями в причинах, характере и лечении заболеваний, сколько практическими потребностями, явившимися следствием чрезвычайного развития медицинской науки, в результате которого для одного человека стало совершенно невозможным охватить все накопленные ею фактические данные.

Однако среди всех отраслей клинической медицины раздел внутренних болезней по праву занимает центральное место. В своем историческом прошлом клиническая медицина разделялась лишь на общую, или внутреннюю, медицину и хирургию, и только позднее, по мере дальнейшего развития и углубления внутренней медицины, от нее ответвились такие новые отрасли, как детские, нервные, кожные, инфекционные и другие болезни. Предмет внутренней медицины составляют заболевания таких важнейших органов, как сердце, легкие, печень, почки, эндокринные железы, нарушения деятельности которых глубоко отражаются на функции всех без исключения

остальных систем и органов. Наконец, методы исследования, которые используются для распознавания внутренних заболеваний, имеют универсальное значение и находят свое применение и при распознавании хирургических, гинекологических и других заболеваний. Вот почему ни один врач, в какой бы области практической медицины он ни специализировался, не может обходиться без достаточного знания внутренней медицины и без знакомства с применяемыми при распознавании внутренних заболеваний методами исследования.

Было бы, однако, ошибочным полагать, что, изучив курс диагностики, можно стать хорошим диагностом. Диагностика лишь знакомит учащегося с существующими методами исследования больного, техникой применения этих методов, она, наконец, знакомит его с диагностическим значением получаемых при исследовании больного данных. Для распознавания заболевания этого, однако, недостаточно. Требуется еще умение суммировать полученные при исследовании больного данные, группировать их по общности причин, определять их взаимную связь и на основании всего этого делать тот вывод, который и называется диагнозом. Цель этих логических операций и составляет сущность так называемого медицинского мышления, для осуществления которого требуются большой запас знаний, хорошая память, тонкая наблюдательность и большой, осознанный и тщательно проработанный опыт.

Таким образом, в основе распознавания болезни лежит тщательное и всестороннее исследование больного.

При исследовании больного врач, подобно всякому естествоиспытателю, пользуется своими органами чувств, а также показаниями различных приборов, применяемых для изучения функций организма.

На протяжении длительного периода исторического развития медицины арсенал диагностических методов обогатился и продолжает обогащаться новыми средствами, основанными на современных достижениях математики, физики, химии и биологии.

Всякое новое техническое открытие, нередко сделанное в области, казалось бы, далекой от медицины, немедленно подхватывается последней и используется ею для совершенствования методов исследования. Достаточно вспомнить о том повороте, который в свое время произвело в технике исследования больного изобретение микроскопа или открытие рентгеновских лучей. Подчас новые методы исследования являются настолько сложными и требуют для своего применения столь длительной подготовки и опыта, что они становятся достоянием отдельных специалистов.

В последние годы все более широко внедряется в медицину электронная и вычислительная техника.

Все большее количество данных, полученных с использованием новейших методов исследования, требует совершенствования сбора информации, ее обработки и синтетического изучения. С этой целью в область медицины начинает внедряться кибернетика — наука, рассматривающая общие закономерности управления и связи в живых объектах и механизмах.

Известны примеры плодотворного использования кибернетических электронно-вычислительных машин в диагностических целях. Использование «машинной диагностики» сыграет безусловно прогрессивную роль в будущем. В настоящее время электронно-вычислительные машины доступны лишь крупным научно-исследовательским институтам. Однако было бы наивным полагать, что электронные машины смогут заменить врача-диагноста. Они могут лишь быть подспорьем в диагностическом мышлении врача. Врач сегодняшнего дня и врач будущего немыслим без хорошей подготовки в области клинической медицины.

Кроме методов, сближающих врача в его исследовательской деятельности с представителями других областей естествознания, в его распоряжении имеется еще один метод, которым не обладает ни один естествоиспытатель. Дело заключается в том, что врач исследует не предмет мертвой природы, не животное или растение, а живого человека. Поэтому врач может исследовать больного не только как объект, но и как субъект, от которого можно получить важные для распознавания заболевания сведения о его самочувствии, неприятных ощущениях, ходе развития болезни, прежних заболеваниях и т. д.

Поэтому исследование больного разделяют на две части: 1) опрос, при котором больной предоставляет в распоряжение врача различные сведения, используемые последним в диагностических целях, и 2) объективное исследование с применением основных физических и дополнительных (лабораторных, инструментальных) методов исследования.

Все проявления болезни, о которых врач узнает либо из жалоб больного, либо при помощи объективного исследования его, составляют *п р и з н а к и*, или *с и м п т о м ы* заболевания.

Изучение при помощи методов врачебного исследования симптомов заболевания, их диагностического значения, механизмов возникновения, а также их сочетания является разделом практической медицины, называемым *с е м и о т и к о й*. Оценивая диагностическое значение каждого симптома, группируя их по общности обуславливающей причины, сопоставляя взаимную связь и последовательность их появления, врач формулирует свое заключение в виде *д и а г н о з а* *з а б о л е в а н и я*.

В ходе исследования больного врач систематически по определенному плану исследует каждый орган и организм в целом. Следует, однако, помнить, что конечной целью каждого врача является лечение больного человека, а не больного органа. Поэтому он должен ставить своей задачей не только диагностирование поражения отдельных органов, а распознавание заболевания всего организма человека.

В основу исследования больного с целью распознавания его заболевания должно лечь учение И. П. Павлова о целостности организма. Это означает, что врач должен исследовать не только те органы больного, о нарушениях функций которых можно судить по его жалобам, а всего больного, с головы до ног. Следует твердо помнить, что организм представляет собой единое функциональное целое, в котором функции каждого органа, каждой системы неразрывно связаны друг с другом и взаимно друг друга обуславливают. Поэтому всестороннее обследование всего организма больного составляет важнейшую задачу врача, желающего распознать заболевание и оказать больному максимальную помощь.

Идеи нервизма, лежащие в основе нашей клинической медицины, безгранично расширяют кругозор советского врача. Они побуждают его при диагностике заболеваний не ограничиваться исследованием органических поражений и функциональных нарушений отдельных органов и не искать причины заболевания обязательно в том органе, функция которого оказывается нарушенной. Они учат тому, что причина ненормальной функции органа часто лежит далеко от этого органа и нередко даже вне организма больного, влияя на орган через посредство нервной системы, что тяжелые функциональные нарушения со стороны органа не всегда сочетаются с органическими его изменениями. Это значит, что при исследовании больного не нужно ограничиваться констатированием грубых органических изменений в органах — увеличения или уменьшения их размеров, изменения их консистенции и т. д., а следует стремиться обнаруживать и тонкие нарушения их функции. Нельзя, следовательно, ограничиваться только так называемым анатомическим диагнозом, а необходимо в первую очередь стремиться к постановке функционального диагноза. Этой заменой отжившего свой век чисто ана-

томического мышления в медицине передовым функциональным мышлением мы обязаны трудам наших великих ученых и мыслителей И. М. Сеченова, И. П. Павлова, С. П. Боткина, А. А. Остроумова и др.

Это означает, далее, что, констатируя нарушения функции какого-либо органа, мы не должны в каждом случае объяснять их лишь анатомическими изменениями в этом органе. Чаше всего причина лежит в разладе нервно-гуморальной регуляции деятельности органа, исходный пункт которого может находиться в отдаленных областях организма или в неблагоприятных воздействиях со стороны окружающей среды.

Исходя из положения учения И. П. Павлова о неразрывной связи организма с окружающей его средой, нельзя изучать процессы, происходящие внутри организма человека как в физиологических, так и в патологических условиях, в отрыве от окружающих его внешних условий. Воспринимаемые экстерорецепторами воздействия внешней среды оказывают через кору головного мозга влияние на функции внутренних органов и могут в известных условиях стать факторами их нарушений. Из этого следует, что для наиболее полного распознавания болезни врачу нельзя ограничиться исследованием лишь больного, а необходимо самым тщательным образом ознакомиться и с окружающей его обстановкой, с условиями его труда и быта, с режимом питания, отдыха и т. д. Только знакомство со всей окружающей больного обстановкой может дать врачу необходимые предпосылки для правильного распознавания его болезни и, следовательно, для правильного лечения.

Согласно определению С. П. Боткина, «болезнь не есть нечто особенное, самостоятельное, она представляет обычные явления жизни при условиях, невыгодных организму». Являясь, таким образом, одной из форм жизни, болезнь так же текуча, так же изменчива, как и сама жизнь. Как и жизнь, болезнь имеет свою историю, свое прошлое, настоящее и будущее. Поэтому врач только тогда составит себе ясное представление о болезни исследуемого им больного, когда он подробно ознакомится со всей его жизнью от раннего детства до момента последнего заболевания.

Отсюда вытекает необходимость при исследовании больного самого детального опроса, выясняющего, как протекали его детство и юность, какие были перемены в образе жизни, какими он занимался профессиями, какие перенес заболевания и т. д. При этом исследующий врач не может обойти вопрос о значении наследственных факторов для возникновения того или другого заболевания.

Поведение больного, его ощущения, психические реакции в значительной степени определяются импульсами, идущими в кору головного мозга из ненормально функционирующих внутренних органов.

Этим самым стирается резкая грань между так называемыми субъективными симптомами, выявляющимися при опросе больного, и объективными симптомами, обнаруживаемыми при объективном исследовании его. В действительности жалобы больного, его ощущения представляют собой отражение в его сознании объективных процессов, происходящих в организме. От знаний и опыта врача зависит умение разгадать за словесными жалобами больного эти объективные процессы.

Отсюда следует, что разделение исследования больного на субъективное и объективное является по существу искусственным и сохраняется лишь вследствие прочно установившейся традиции. На самом деле, ощущения больного столь же объективны, как и физические свойства его органов или химический состав его тканей.

ОБЩЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНОГО

ОПРОС

В начале исследования больному задается ряд вопросов. Полученный на каждый вопрос ответ есть данное, используемое для постановки диагноза. Каждое такое данное называется а н а м н е с т и ч е с к и м (от греческого слова *anamnesis* — воспоминание), а совокупность всех полученных при опросе анамнестических данных называется а н а м н е з о м больного. Отсюда процесс собирания этих данных называется собиранием анамнеза.

Анамнез больного имеет огромное значение для распознавания заболевания. Сведения, получаемые исследующим, об ощущениях больного, являются исходным пунктом для дальнейшего объективного исследования. Непринужденный рассказ больного о его страданиях, внимательно и терпеливо выслушанный врачом, является незаменимым условием для создания той атмосферы доверия между ними, которая необходима для успешного хода лечения. В некоторых случаях анамнез сможет сразу выявить истинную природу заболевания.

Особенно важное значение имеет правильно собранный анамнез для распознавания заболевания в самых ранних стадиях его, когда в пораженных органах еще не отмечается грубых органических изменений, доступных объективному исследованию.

Анамнез необходимо собирать по определенному плану. Само собой разумеется, что для правильной постановки необходимых вопросов в должном порядке требуется врачебный опыт. Однако общие принципы собирания анамнеза, т. е. общий план опроса, могут быть успешно усвоены и начинающими.

В некоторых случаях приходится опрашивать родных больного или его окружающих. Это может понадобиться, если больной находится в бессознательном состоянии или если он глухонемой и почему-либо не может дать письменных ответов, или если он потерял способность речи и письма в результате поражения головного мозга, а также при исследовании маленьких детей.

План собирания анамнеза. Первый вопрос, который задается больному, направлен на выяснение его жалоб. Если, например, больной жалуется на боли в животе и рвоты, то врач задает ряд следующих вопросов, составляющих в своей совокупности вторую часть плана собирания анамнеза — детализацию полученных жалоб.

Так, для детализации жалоб, предъявленных в вышеупомянутом примере, задается ряд дополнительных вопросов: а) по поводу болей в животе — какова локализация болей, каков характер их (острые, тупые, жгучие и т. д.), куда они проводятся из места своего возникновения, связаны ли они с приемом пищи и т. д., б) по поводу рвот — наступают ли они после приема пищи или независимо от него, из чего состоят рвотные массы, имеется ли в них примесь крови, слизи, желчи и т. д.

Понятно, чем опытнее исследующий, чем больше он знаком с картиной различных заболеваний, тем легче ему будет подобрать те вопросы, которые необходимы для детализации предъявленных жалоб.

Уже из полученных ответов исследующий может составить себе приблизительное (хотя и не всегда правильное) представление о той системе организма, нарушение функции которой лежит в основе заболевания. Так, в нашем примере можно с известной долей вероятности предположить заболевание органов пищеварительного тракта. Однако при заболевании как этой системы, так и иных систем могут наблюдаться и другие важные для постановки диагноза признаки, о которых больной по той или другой причине не упомянул при изложении своих жалоб. Поэтому в дальнейшем больному задается ряд вопросов, составляющих третью часть плана собирания анамнеза, которую можно озаглавить так: дальнейший опрос относительно той системы, на вероятное заболевание которой указывают жалобы больного.

Придерживаясь нашего примера, следует выяснить: каков аппетит у больного, бывают ли отрыжки, изжоги, тошноты, вздутия живота, поносы, запоры, замечал ли больной примесь крови в кале и т. д.

Так как ввиду функционального единства всех систем организма нарушение функции одной из них неизбежно влечет за собой то или иное расстройство функций других органов и систем, для более полного представления о состоянии больного необходимо при дальнейшем опросе задать больному ряд вопросов, касающихся состояния остальных систем организма. Поэтому следующую часть плана собирания анамнеза можно назвать дальнейшим опросом по остальным системам организма.

Сначала задается ряд вопросов по поводу сердечно-сосудистой системы (нет ли болей в области сердца, сердцебиений, одышки при ходьбе и т. д.), затем — по системе органов дыхания (нет ли болей в груди, не бывает ли кашля, если да, то сухой он или сопровождается выделением мокроты, нет ли в ней примеси крови и т. д.). По мочеполовой системе больному задают вопросы о том, нет ли учащения мочеиспускания, рези при нем, не замечал ли больной каких-либо ненормальных примесей в моче, нет ли нарушений менструаций у больной, белей и т. д. Далее больному задаются вопросы по поводу состояния его нервной системы и органов чувств, например, не страдает ли он головными болями, бессонницей, не бывает ли головокружений, не отмечает ли у себя раздражительности, ослабления памяти, нет ли нарушений зрения, слуха, обоняния и т. д.

Полученные ответы дают исследующему представление о различных нарушениях в организме больного на тот день, в который производится исследование больного. Однако для правильного диагностирования болезни врачу необходимо знать, как развивалась болезнь от момента ее возникновения до момента исследования больного. Врачебный опыт учит, что многие заболевания отличаются характерными, им одним свойственными, началом, последовательностью развития признаков, сменой периодов улучшения и ухудшения и т. д. Поэтому выяснение хода болезни от начала ее может во многом помочь врачу в постановке диагноза. Таким образом, в плане собирания анамнеза за предыдущими пунктами следует дальнейший пункт — выяснение динамики заболевания.

Для этого больному задаются такие вопросы: с чего началось заболевание; не предшествовали ли ему какое-либо другое заболевание, простуда, переутомление, прием недоброкачественной пищи; в какой последовательности развивались различные признаки болезни; если последняя сопровождается повышенной температурой, то как она нарастала; не сменялись ли периоды улучшения периодами ухудшения, с чем больной связывает эти ухудшения; какое применялось лечение и каков был его эффект и т. д.

Все заданные до сих пор вопросы касались лишь настоящего заболевания, по поводу которого больной обратился к врачу. Поэтому совокупность полученных сведений составляет лишь часть анамнеза и называется анамнезом болезни (*anamnesis morbi*). Однако этим не ограничивается опрос

больного. Дело в том, что нередко корни настоящего заболевания уходят в прошлое. Нынешнее страдание может быть последствием другого, давно перенесенного заболевания, иногда относящегося к раннему детству больного. Так, например, хроническое воспаление почек может быть последствием перенесенной в детстве скарлатины; порок сердца развивается в результате перенесенного много лет тому назад ревматического эндокардита (воспаления внутренней оболочки сердца), абсцесс легкого иногда является осложнением очагового воспаления легкого, которое в свою очередь бывает осложнением перенесенного гриппа. Далее, на развитие данного заболевания, а также на исход его могут оказать влияние другие предшествовавшие болезни, условия труда и быта больного, обстановка, в которой он рос и развивался, различные привычки, нередко вредные для здоровья, например, злоупотребление курением, алкоголем, наркотиками, длительные нервно-психические травмы и т. п. В отношении больных, у которых предполагается заболевание туберкулезом, чрезвычайно важно выяснить, не имели ли они контакта с туберкулезными больными в семье, на месте работы и т. д. Совокупность сведений, полученных от больного в отношении всех этих моментов, составляет вторую часть анамнеза, которая называется анамнезом жизни (*anamnesis vitae*).

Таким образом, схематический план собирания анамнеза может быть представлен в следующем виде:

I. Anamnesis morbi

1. Выяснение жалоб больного.
2. Детализация полученных жалоб.
3. Дальнейший опрос по той системе, на вероятное заболевание которой указывают полученные жалобы.
4. Дальнейший опрос по остальным системам организма.
5. Выяснение динамики заболевания.

II. Anamnesis vitae

1. Условия, в которых рос и развивался больной.
2. Условия труда и быта в прошлом и в настоящее время.
3. Предшествующие заболевания.
4. Семейное положение, здоровье жены (мужа) и детей.
5. Данные о здоровье остальных членов семьи, контакте с заразными больными и т. д.
6. Вредные привычки.

Все данные, полученные при собирании анамнеза, записываются в историю болезни, которая заводится на каждого посещающего амбулаторию или поступающего в стационар больного. В историю болезни вносятся также результаты объективного исследования больного и дневник дальнейшего течения заболевания. На первой странице истории болезни отмечаются общие данные о больном: 1) фамилия, имя и отчество, 2) пол, 3) возраст, 4) место жительства и домашний адрес, 5) профессия, 6) социальное положение. Эти общие данные составляют так называемую паспортную часть истории болезни. Паспортная часть заполняется в регистратуре амбулатории или в пропускнике стационара еще до поступления больного под наблюдение врача.

Некоторые из данных паспортной части могут иметь диагностическое значение. Диагностическое значение возраста больного заключается в том, что некоторые болезни появляются чаще в определенном возрасте. Так, например, злокачественные опухоли или атеросклероз чаще всего наблюдаются в пожилом возрасте. Если больной выглядит старше своих лет, то это