**Теоретический материал**

|  |
| --- |
| **Тема№1: Введение в специальность. Клинические методы обследования больных. Схема истории болезни. Расспрос и общий осмотр больного** |

**Цель лекции:** Изучение методов обследования больного, а также диагностического значения отдельных клинических проявлений болезни и механизмов их возникновения. Ознакомиться с планом обследования больного, схемой истории болезни.

**Основными задачами дисциплины является обучение студентов**:

1)   методике клинического обследования больных;

2)   симптоматологии болезней;

3)   основам лабораторного и инструментального диагностических исследований при заболеваниях внутренних органов;

4)   ознакомление студентов с основными нозологическими единицами (болезнями) и синдромами в плане обучения умению приложить полученные при обследовании больного данные к диагностике конкретных заболеваний.

**План лекции:**

1. Определение понятий «здоровье» и «болезнь».

2. Общие сведения о диагностике заболеваний.

3. Понятия о клинических и дополнительных методах обследования больных.

4.Специальные методы исследования.

5.Понятия об истории болезни.

**Тезисы лекции**

Деятельность медицинского работника – это прежде всего общение с больным человеком, умение выявлять болезнь и стремление его ликвидировать. В этой связи одной из основных задач пропедевтики клинических дисциплин в системе высшего медицинского образования считается освоение методов диагностики заболеваний.

Пропедевтика внутренних болезней является первым этапом изучения студентами клинической медицины.

Пропедевтика (греч. propaideuo предварительно обучать) – вводный курс в клиническую дисциплину, предполагающий обучение методам клинического обследования больного, семиотике болезней, относящихся к данной дисциплине и воспитание профессиональных черт личности медицинского работника на основе медицинской деонтологии

Внутренние болезни - область клинической медицины, изучающая этиологию, патогенез и клинические проявления болезней внутренних органов и разрабатывающая методы их диагностики, лечения и профилактики. Наука о внутренних болезнях (терапия) представляет собой важнейший раздел практической медицины.

**1.Определение понятий «здоровье» и «болезнь».**

Здоровье и болезнь - различные, но взаимосвязанные формы жизнедеятельности организма в окружающей его среде - физической и социальной. *Болезнь* – это нарушение структур и функций организма из-за недостаточной его сопротивляемости постоянно изменяющимся условиям внешней и внутренней среды. Этиология- это наука о причинах и условиях развития болезни. Патогенез-

*Здоровье — это состояние* полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие симптомов болезни и физических дефектов (ВОЗ).

*Для здоровья характерны:* а) анатомическая и функциональная целостность организма, т. е. отсутствие повреждений; б) достаточная приспособляемость живого существа к окружающей среде; в этом отношении важны количественные показатели: так же как отмечают тяжесть заболевания, так же оценивают и слабое или крепкое здоровье, которое измеряется величиной морфофункциональных резервов органов и систем, точностью регуляций функций, состоянием гомеостаза и др.; взаимообусловленность организма и среды является основой их единства; в) хорошее самочувствие (однако нужно помнить, что такой субъективный признак, как эйфория, не исключает наличия болезни). *Болезнь* – это нарушение структур и функций организма из-за недостаточной его сопротивляемости постоянно изменяющимся условиям внешней и внутренней среды. *Этиология*- это наука о причинах и условиях развития болезни. *Патогенез-* это наука о механизмах развития болезни.

**2.Общие сведения о диагностике заболеваний.**

Учение о методах распознавания болезней носит название *диагностики*. Диагностика (от греч. diagnostics - способный распознавать) - раздел медицинской науки, излагающий методы и ход процесса исследования больного, наблюдения и рассуждения врача для распознавания болезни и оценки состояния больного с целью назначения необходимого лечения и профилактических мер. Диагностика как наука изучает анатомо-физиологические особенности человека и связи его с окружающей средой.

Диагностика как научная дисциплина состоит из трех основных разделов: 1) изучение методов наблюдения и исследования больного - *врачебная диагностическая техник*а; 2) изучение диагностического значения симптомов болезней - *симптоматология*, или семиология; 3) изучение особенностей мышления при распознавании заболевания - *методика диагноза*.

*Диагноз* (от греч. diagnosis - распознавание) - краткое врачебное заключение о сущности заболевания и состоянии больного, выраженное в терминах современной медицинской науки; различают diagnosis morbi - обозначение болезни по принятой классификации и diagnosis aegroti - определение индивидуальных особенностей организма больного. Распознавание болезни основывается на исследовании больного и изучении проявлений, или *симптомов*, заболевания. Итогом диагностического исследования является определение *диагноза болезни*, который формируется по определенной структуре. Выделяют следующие виды заболеваний:

*Основное заболевание* – это то заболевание, которое заставило больного обратиться за медицинской помощью, послужило поводом для его госпитализации или заболевание, угрожающее жизни больного, способное самостоятельно или через осложнения привести его к смерти или инвалидизации.

*Осложнения основного заболевания* – это заболевания другого характера и этиологии, чем основное, но патогенетически с ним связанные.

*Сопутствующие заболевания* – это заболевания, обнаруживаемые у больного одновременно с основным, но с ним не взаимосвязанные.

Здоровый человек не испытывает неприятных ощущений. Боли или тошнота, рвота, повышение температуры тела, увеличение селезенки появляются при той или иной болезни и считаются ее проявлениями, или *симптомами* (от греч. symptoma - совпадение). Одни симптомы свидетельствуют об изменении, происшедшем во всем организме (например, повышение температуры тела), другие (например, понос) указывают на нарушение функции того или иного органа, третьи (например, увеличенная плотная печень) обнаруживают изменения строения органа.

По степени информативной значимости симптомы подразделяются на:

*Диагностические* (патогномоничные) симптомы – свойственны только одному заболеванию.

*Специфические симптомы* – характерны для группы заболеваний одного органа или органов одной системы

*Неспецифические симпто*мы – характерны для очень многих заболеваний различных органов и систем органов

По методу их выявления выделяют *субъективные сим*птомы – это симптомы, выявление которых основано на описании больным своих ощущений, возникающих в ходе развития болезни. Они выявляются путем расспроса больных, т.е. субъективным методом исследования и *объективные симптомы*- это симптомы, которые выявлены методами объективного исследования больного: осмотром, пальпацией, перкуссией, аускультацией и лабораторно-инструментальными способами. По времени их возникновении симптомы бывают *ранними* (начальными) – возникающие на ранних, начальных стадиях развития болезни и *поздними* – возникающие в период разгара заболевания или в период выздоровления. По прогностическому значению симптомы бывают *благоприятные*, указывающие на легкое или обычное течение заболевания, а также на его разрешение и *неблагоприятные* (угрожающие), свидетельствующие о тяжелой форме болезни, о возможности ее неблагоприятного исхода. Совокупность симптомов, объединенных общем патогенезом называется *синдромом* заболевания. Проведение клинического обследование больного необходимо проводить с соблюдением правил *медицинской деонтологии*, определяющей как совокупность этических норм выполнения медицинскими работниками своих профессиональных обязанностей.

**3.Понятия о клинических и дополнительных методах обследования больных**

Все методы исследования делятся на 2 большие группы:

*1.Основные (клинические) методы исследования* – обследование непосредственно у постели больного:

* Субъективные – расспрос больного;
* Объективные - осмотр («inspection»); ощупывание («palpatio»); выстукивание («percussion»); выслушивание («auscultation»).

*2.Дополнительные* (параклинические):

* Обязательные (клинический минимум) – ОАК, ОАМ, кал на яйца глистов, кровь на RW, рентгенография органов грудной клетки;
* Специальные - все остальные методы.

**Основные клинические методы**

Основными эти методы являются потому, что только после их применения врач может решить, какой ещё из многих дополнительных методов (лабораторных, инструментальных и др.) следует применить для распознавания или уточнения болезни.

Расспрос (interrogatio) больного:

* Паспортная часть;
* Расспрос о жалобах больного, его ощущениях и переживаниях;
* Расспрос о настоящем заболевание – *анамнез заболевания* (anamnesis morbi);

Расспрос о предшествующей жизни больного – *анамнез жизни* (anamnesis vite).

Расспрос больного не ограничивается только этими основными вопросами. Для того чтобы не пропустить каких-либо симптомов и выяснить состояние функций всех органов, больного расспрашивают по *определенной системе* (status functionalis). Выясняют изменения общего состояния (нет ли похудания, лихорадки, слабости, отеков, головной боли), состояния дыхательной системы (сердцебиения, одышки, болей в области сердца, отеков на ногах), желудочно-кишечного тракта (расспрашивая об аппетите, глотании, выясняют, нет ли рвоты, болей в подложечной области и т. д.)

**Анамнез болезни**

При расспросе о развитии самой болезни (anamnesis morbi) нужно получить точные ответы на следующие вопросы: 1) когда началось заболевание; 2) как оно началось; 3) как оно протекало; 4) какие проводились исследования, их результаты; 5) какое проводилось лечение и какова его эффективность. В процессе такого подробного расспроса нередко уже вырисовывается общее представление о болезни.

История настоящего заболевания должна отражать развитие болезни от ее начала до настоящего момента. Сначала необходимо выяснить общее состояние здоровья перед возникновением болезни и постараться установить причины, ее вызвавшие. Подробно расспрашивают о первых признаках болезни, а затем в хронологической последовательности выясняют ее динамику, наличие рецидивов или обострений, периодов ремиссии, их длительность. Если в период обострения больной подвергался обследованию, нужно выяснить его результаты. При этом не следует побуждать больного к подробным описаниям посещений им различных лечебных учреждений, а выяснить лишь основные методы и результаты проведенных ранее исследований. Необходимо выяснить, чем лечили ранее больного (терапия сердечными гликозидами, сосудорасширяющими, мочегонными, антибиотиками, гормонами и др.) и каковы результаты лечения. Наконец, нужно установить мотивы настоящей госпитализации (обострение болезни, уточнение диагноза и др.) или обращения к врачу.

**Анамнез жизни**

Сведения о жизни больного часто имеют большое значение для выяснения характера настоящего заболевания и установления причин и условий его возникновения. Анамнез жизни (anamnesis vitae) представляет собой медицинскую биографию больного по основным периодам его жизни (младенчество, детство, юношество, зрелый возраст).

Начинают собирать анамнез жизни с *общебиографических* сведений. Имеют значение такие данные, как могло рождения, ибо известно, что некоторые болезни (например, эндемический зоб) больше распространены в одних местностях и редко встречаются в других.

При выяснении истории жизни больного начинают с выяснения как протекали детство, младенчество и юность. Уточняют место рождения больного и возраст его родителей при рождении ребёнка. Интересуются характером вскармливания больного в грудном возрасте (естественное грудное или искусственное). Узнают возраст, когда больной начал говорить, ходить, учиться в школе. Обращают внимание на материальный достаток семьи, характер питания больного, отставание больного от сверстников в физическом и психическом развитии. Выясняют жилищные условия, характер питания. При сборе трудового анамнеза особое внимание необходимо обратить те только на вид профессии на протяжении жизни больного, но и на характер труда и условия на рабочем месте.

Выясняя вредные привычки, имеющиеся у больного, необходимо узнать с какого возраста и какое количество табачных изделий выкуривает больной в день, а также виды употребляемых табачных изделий (папиросы, сигареты, трубку и т.д.). Выясняют время наступления половой зрелости, ее влияние на общее состояние. У женщин нужно узнать число беременностей, родов, их течение, наличие абортов и их осложнений. Затем уже выясняют, какими заболеваниями ранее страдал больной. Детально интересуются аллергологическим анамнезом. Аллергические реакции могут быть крайне разнообразными - от вазомоторного ринита, крапивницы, отека Квинке до анафилактического шока. Заканчивают расспрос больного выяснением семейного анамнеза, наследственность больного.

**Объективное исследование больного (status praesens)**

Объективное исследование больного (status praesens) позволяет судить об общем состоянии организма и состоянии отдельных внутренних органов и систем. Для того чтобы объективное исследование больного было полным и систематическим, его проводят по определенному плану:

* Включает общий осмотр;
* Подробное изучение отдельных органов и систем, начиная с органов дыхания, ССС, органов пищеварения, органов мочевыделения, эндокринной системы, нервной системы.

**Исследование органов и систем включает:**

* Осмотр (inspectio);
* Ощупывание (palpatio);
* Выстукивание (percussio);
* Выслушивание (auscultatio).

*Общий осмотр больного* (inspectio) как диагностический метод сохранил свое значение для врача любой специальности, несмотря на все увеличивающееся количество инструментальных и лабораторных методов исследования. С помощью осмотра можно не только составить общее представление о состоянии организма больного в целом, но и поставить правильный диагноз «с первого взгляда» (акромегалия, тиреотоксический зоб и др.). Патологические признаки, обнаруженные при осмотре пациента, оказывают существенную по­мощь в собирании анамнеза и проведении дальнейших исследований.

*Правила осмотра*.Для того чтобы полностью использовать все возможности осмотра, необходимо соблюдать определенные правила. Они касаются освещения, при котором он осуществляется, его техники и плана.

*Освещение.* Осмотр лучше всего производить при дневном освещении либо при лампах дневного света, так как при обычном электрическом освещении невозможно обнаружить желтушное окрашивание кожи и склер. Помимо прямого освещения, выявляющего весь контур тела и составные его части, следует применять и боковое освещение, которое позволяет обнаружить различные пульсации на поверхности тела (верхушечный толчок сердца), дыхательные движения грудной клетки, перистальтику желудка и кишечника.

*Техника осмотра*.Последовательно обнажая тело больного, производят осмотр его при прямом и боковом освещении. Осмотр туловища и грудной клетки лучше проводить в вертикальном положении обследуемого; живот следует осматривать в вертикальном и горизонтальном положении. Осмотр должен быть систематичным. При несоблюдении плана осмотра можно пропустить важнейшие признаки, дающие ключ к диагностике, - «печеночную ладонь», сосудистые «звездочки» при циррозе печени и др.

Вначале производят общий осмотр, позволяющий выявить симптомы общего значения, а затем - участков тела по областям: голова, лицо, шея, туловище, конечности, кожа, кости, суставы, слизистые оболочки, волосяной покров. Общее состояние характеризуют следующие признаки: состояние сознания и психический облик больного, его положение и телосложение.

**Общее состояние больного:**

* *Удовлетворительное* – хорошее самочувствие больного и компенсированная работа всех систем организма;
* *Средней степени тяжести* – когда есть выраженные жалобы и субъкомпенсация работы отдельных систем организма;
* *Тяжелое состояни*е – наличие декомпенсации одной или нескольких систем организма;
* *Крайне тяжелое состояние* – есть непосредственная угроза больного.

**Положение больного:**

* *Активное* – больной может свободно передвигаться, принимать удобное положение, обслуживать себя при этом его самочувствие не ухудшается;
* *Вынужденное* – это положение, которое больной принимает для облегчения своего самочувствия:
* положение на больном боку – заболевания плевральных листков;
* положение на здоровом боку – перелом бедер и миозиты;
* положение ортопное – это возвышенное положение в постели с опущенными ногами – характерно для больных с сердечной недостаточностью;
* положение с фиксированными плечевым поясом – человек сидит или стоит, упираясь руками в край кровати, подоконника и т.д. – при приступе бронхиальной астмы);
* *Пассивное* – это положение при котором больные не могут двигаться самостоятельно (больные в коме, с инсультом).

**Сознание:**

* *Ясное* – это способность человека ориентироваться в пространстве, времени, собственной личности и способность четко отвечать на поставленные вопросы;
* *Нарушенное*:
* Оглушенность – человек заторможен, двигается медленно, на поставленные вопросы отвечает с задержкой;
* Ступор – больные чаще спят или дремлют, но если их растормошить могут односложно ответить на вопросы;
* Сопор – «спячка» - больные спят, на вопросы не отвечают, но рефлексы сохранены.
* Отсутствие сознания (кома) – человек спит, на раздражить не реагирует, рефлексы отсутствуют.

**Общий вид:**

*Выражение лица* – в норме спокойное, доброжелательно. Возможно возбужденное, агрессивное.

* «Лицо Гиппократа» – заостренные черты лица, кожа сухая, собирается в складках, эластичность кожи слабая, глаза впалые.
* Лицо лихорадящего больного – черты заострены, кожа горячая на ощупь, блеск глаз.
* Лицо Корнизара – лицо с бледно-желтушным оттенком, цианоз (синюшность) носа, губ, носогубного треугольника, мочек ушей, рот приоткрыт;

**Тип конституции** (нормостенический, астенический, гиперстенический) – это совокупность особенностей строения организма и функции внутренних органов, заложенная от природы и генетически обусловленная:

* *Нормостенический* – овальная голова, умеренно выраженная шея, шея-плечевой угол умеренно тупой, грудной отдел пропорционален брюшному, конечности пропорциональны туловищу;
* *Астенический тип* – голова вытянута, шея тонкая длинная, шея-плечевой угол близок к развернутому, грудной отдел туловища преобладает над брюшным, конечности длинные. Такие люди обычно имеют высокий рост, частые головокружения, склонность к поносам;
* *Гиперстенический тип* – голова круглая, шея короткая не выражена, шея-плечевой угол прямой, брюшной преобладает над грудным, конечности короткие, как правило, имеют низкий рост, склонны к запорам, в более раннем возрасте развивается облысение.
* Телосложение (правильное, неправильное, с указанием характера) – это пропорциональность всех частей тела человека:
* *Правильное* – тело должно состоять из всех частей, симметричное, рост и вес должны быть пропорциональными, осанка прямая, походка твердая умеренная, росто весовой показатель должны соответствовать норме (индекс Кетле, индекс массы тела и высчитывается по формуле вес/кг делят на рост в метрах в квадрате; в норме равен 18,5-25; 30-34 – ожирение 1 степени, выше 40 – ожирение 3 степени). Другой индекс – индекс Прока (вес/кг / на рост в см – 100) \* 100 – норма 90-105%.

**Походка, осанка.**

**Кожные покровы:**

* Цвет – в норме от бледно-розового до черно-синего, в зависимости от расовой принадлежности. При патологии возможна желтушность, цианоз, бледность. Цвет также зависит от глубины залегания сосудов и их кровенаполнения, а также от пигментации.
* Целостность – наличие ран, травм, гипер или депигментации, указывается локализация изменений;
* Влажность – гипергидроз, сухость кожных покровов и нормальное;
* Эластичность – может быть снижена;
* Высыпания;
* Рубцы, их локализацию, размер и т.д.;
* Волосы. Выраженность волосяного покрова, цвет, целостность, блеск;
* Ногти. Оценивается цвет ногтевого ложа, цвет ногтевой пластинки, блеск в этой области, целостность, исчерченность. В норме локтевое ложе бледно-розового цвета, ногтевая пластинка прозрачная, целая, блестящая.
* Слизистые оболочки (глаз, наружные половые органы, ротовой полости):
* Цвет (бледно-розовые);
* Влажность (умеренно влажные);
* Высыпания.

**Подкожная клетчатка:**

* Степень развития;
* Равномерность распределения (оценивается толщина складки во 2 м/р по среднеключичной линии и на уровне пупка кнаружи от края прямой мышцы живота – в норме 1-2 см).

**Лимфатические узлы** (последовательность пальпации). В норме не пальпируются. При наличии пальпируемых узлов оценивают характер изменений, которые могут быть доброкачественными и злокачественными. При доброкачественных изменениях кожные покровы над лимфоузлами не изменены, лимфоузлы подвижны, не спаяны с окружающими тканями и между собой. Возможна болезненность лимфоузлов. Злокачественные изменения – бугристость, болезненность, спаяны между собой и с окружающими тканями, неподвижны, возможно изменение цвета кожи над лимфоузлом.

**Периферические отеки и пастозность тканей**. При осмотре обращаем внимание на контуры лица, тела и конечностей. Отеки могут быть местные и общие. Отеки в области лица чаще имеют тестовидную консистенцию, при надавливании не оставляют ямочек, преимущественное появляются в утренние часы, характерны для заболеваний почек. Отеки на нижних конечностях бледные, плотные, возможна пигментация, при пальпации холодные, при надавливании остаются ямки, характерны для заболеваний ССС, правожелудочковой сердечной недостаточности.

**Мышцы** оцениваем сверху вниз (лицо, туловище, конечностей):

* Степень развития;
* Симметричность;
* Сила, тонус;
* Болезненность;
* Наличие уплотнений.

**Кости:**

* Пропорциональность;
* Деформация;
* Болезненность при пальпации и поколачивании(чаще проводят по эпифизам и диафизам трубчатых костей и по плоским костям);
* Костная крепитация.
* Суставы (также смотрят в зависимости от сложности сустава):
* Форма;
* Деформация;
* Отечность;
* Цвет кожи;
* Температура кожи;
* Болезненность при пальпации;
* Объем активных и пассивных движений;
* Наличие хруста при движениях.

**4. Специальные методы исследования.**

Проводить специальные или дополнительные исследования нужно строго по показаниям. Они необходимы для уточнения диагноза, прогноза заболевания. В ясных случаях у крепких субъектов проводят лишь клинический минимум дополнительных исследований.

**Роль медсестры в подготовке к исследованиям:**

* убедиться, что согласие пациента получено;
* рассказать пациенту о правилах подготовки к исследованию и проконтролировать готовность;
* оформить бланк направления;
* транспортировать пациента в кабинет и обратно;
* наблюдать за состоянием пациента после обследования в течение суток, об ухудшении состояния доложить врачу.

Для уточнения диагноза, выяснения состояния органов и систем организма используют *клинические и биохимические исследования крови*: определение соотношения форменных элементов крови, количества гемоглобина, скорости оседания эритроцитов (СОЭ); определение соотношения форменных элементов и плазмы (гематокритное число), состояния свёртывающей и антисвёртывающей систем крови, уровня белка и белковых фракций, глюкозы, ферментов, билирубина, мочевины, креатинина; исследование объёма циркулирующей крови (ОЦК) и его компонентов (глобулярный объём, объём циркулирующей плазмы).

*Исследование мочи* - относительная плотность, цвет, реакция, наличие белка, сахара, цилиндров, клеточных элементов.

*Иммунологические исследова*ния: исследования клеточных факторов иммунитета – количества лимфоцитов, Т- и В-лимфоцитов, уровень иммуноглобулинов (А, М, G), уровень лизоцима, комплемента и других факторов.

*Микробиологические исследования* – выделение микроорганизмов из экссудата, гноя, крови, мочи, мокроты; определение вида микроорганизма, его патогенных свойств и чувствительности к антибактериальным препаратам.

*Цитологические и гистологические исследования* особенно важны для уточнения диагноза онкологических заболеваний. Материалом для исследования служат пунктаты; кусочки тканей, взятых при операции, эндоскопическом исследовании; мазки с поверхности опухоли; осадок жидкости, полученной из плевральной, брюшной полостей.

*Функциональные исследования* используют для оценки физиологического состояния органов. С этой целью производят электрокардиографию, электроэнцефалографию, реографию, осциллографию, спирометрию и др.

*Рентгенологические исследования*занимают важное место в обследовании больного с терапевтическими заболеваниями. Производят рентгеноскопию, рентгенографию, томографию, ангиографию.

*Эндоскопические методы*. Использование гибких фиброэндоскопов дает большую информацию для установления диагноза как за счет возможного осмотра внутренней поверхности органов- желудка (гастроскопия.), кишечника (колоноскопия), плевральной (торакоскопия) и брюшной (лапароскопия) полостей, бронхов (бронхоскопия), средостения (медиастиноскопия), мочевого пузыря (цистоскопия) и др., так и за счет получения материала для цитологического или гистологического исследования путем аспирационной биопсии, взятия мазков или кусочка ткани со слизистой оболочки, из язвы или опухоли. Широкое распространение сейчас получают лапароскопические методы, как перспективное самостоятельное направление в хирургии, преследуя и диагностическую и лечебную цели.

*Ультразвуковые методы исследования*- ультразвуковое сканирование, эхолокация, доплерография –позволяют обнаружить камни в желчном пузыре и почках, опухоли, кисты, абсцессы внутренних органов и мозга, внутричерепные гематомы, определить состояние выводных протоков, внутренних органов, наличие воспалительных инфильтратов и т. д.

*Радиоизотопные методы исследования*основаны на принципе избирательного поглощения и распределения в органе тех или иных веществ с радиоактивной меткой. Применяют такие радиоактивные изотопы, как 131 I, 87 Sr, 32 P, 99 mTc и др. Используемые изотопы обладают коротким периодом полураспада и не оказывают вредного влияния на организм. Распределение в организме радиоактивного фармпрепарата фиксируется с помощью специального индикатора- аппарат дает изображение накопления препарата.

*Компьютерная томография*. Метод основан на выявлении и компьютерном построении изображения, степени поглощения рентгеновских лучей в органах при наличии в них анатомических изменений (опухоли, кисты, очаги деструкции, абсцессы, камни, воспалительные инфильтраты). Метод позволяет четко определить локализацию патологического процесса во всех внутренних органах, мозге, костях, установить активность процесса и выбрать наиболее рациональный хирургический доступ при необходимости оперативного лечения.

*Ядерно-магнитно-резонансная томография (ЯМР-томография).* В основе ее - выявление резонансного магнитного излучения, возникшего в органе под действием направленного мощного электромагнитного излучения. Информация фиксируется и обрабатывается на компьютере. Метод позволяет определить форму, размеры, топографию органов, наличие образований (опухолей, кист, гнойников) с изображением поперечного или сагиттального среза тела.

Обобщенная информация, полученная при общеклиническом обследовании больного с использованием специальных лабораторных, функциональных, инструментальных исследований, позволяет поставить клинический диагноз и определить план лечения.

**5.Понятия об истории болезни.**

История болезни – это документ, составляемый на каждого больного в стационаре и предназначенный для регистрации сведений о диагнозе, течении и исходе болезни, а также о лечебно-профилактических мероприятиях, проведенных за время пребывания больного в стационаре; отражающий работу врача, его опыт, знания, профессионализм, умение клинически мыслить; это свидетельство правильного ведения больного врачом или совершенных им ошибок.

*Назначение истории болезни:*

* Медицинский документ;
* Научный (статистический) - по истории болезни можно проанализировать заболеваемость, частоту проявлений заболеваний, особенности клинического течения и эффективность различных методов лечения;
* Юридический документ.

*Схема обследования больного:*

* Преследует основную цель обеспечить планово-последовательное изучение субъективных и объективных проявлений болезни.
* Тщательное обследование больного позволяет избежать диагностических ошибок;
* Грамотно оформленная история болезни служит критерием хорошего качества работы врача. Оценивается экспертами страховых компаний и это является основанием для заработной платы.