

ПЛАН ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ ПРИ ОПИСАНИИ БОЛЬНЫХ С ЛИМФАТИЧЕСКИМИ ОПУХОЛЯМИ

1. Жалобы. Только после того, как терпеливо, не перебивая, врач выслушает ответ больного на вопрос: «что Вас беспокоит?», «на что Вы жалуетесь?», можно приступать к активному расспросу об интересующих врача специфических для данного заболевания жалобах.

В историю болезни заносится мысленно отредактированный врачом рассказ больного о беспокоящих его ощущениях.

Описание жалоб больного – самая трудная для врача часть истории болезни, т.к. с одной стороны, бессмысленно цитировать рассказ больного, с другой, – нельзя в процессе редактирования утратить фактическую базу жалоб, заменив их трафаретом.

Например, жалобы на потливость, повышение температуры при невысоком лейкоцитозе, увеличенных тестоватой консистенции лимфоузлах без признаков инфекции – бывают при лимфоме из клеток мантийной зоны и не бывают при хроническом лимфолейкозе в начале болезни. Диссоциацию жалоб и объективной картины может обнаружить лишь надежный расспрос.

2. История заболевания также требует активного расспроса с уточнением тех признаков, которые и сам больной может не замечать. Обязательно уточнить дату или время последнего анализа крови (его надо найти при необходимости), попытаться уточнить цифры, сведения о тромбоцитах, ретикулоцитах. Уточнить дату последнего осмотра врача, что он заметил, с какого времени увеличены лимфоузлы, селезенка, печень. Повышение температуры необходимо увязать (или отвергнуть связь) с катаральными явлениями. Описать самые первые признаки, связанные с увеличением лимфоузлов, селезенки или печени, объемного образования на коже. Были ли при этом признаки инфекции, укусы насекомых, прививки. Увеличение и болезненность лимфоузлов шеи нередко осложняют катаральные заболевания, с исчезновением которых лимфоузлы утрачивают болезненность, становятся меньше – почти (!) нормальных размеров. Это «почти» и есть признак начала болезни, т.к. увеличение значительное, часто симметричное лимфоузлов в ответ на инфекцию, их сокращение под влиянием антибактериальной терапии, но не нор-

мализация размеров представляет собой характерный признак лимфаденита опухолевых узлов. Такие остаточные после инфекции лимфоузлы можно биопсировать только при исчезновении всех клинических признаков воспаления. На высоте воспаления полученная гистологическая и цитологическая картины будут недостоверны.

После исчезновения клинических признаков инфекции желательно подождать 1–2 недели, после этого биопсировать лимфоузел.

3. История жизни. Нет сведений о связи возникновения лимфатических опухолей с какими-либо внешними обстоятельствами, за исключением роли ионизирующей радиации в развитии острых лейкозов, лимфосарком, миеломной болезни.

А. Тем не менее, возможные мутагенные контакты в «истории жизни» должны быть активно выявляемы.

Б. Мощным провокатором обострения лимфатических опухолей является инсоляция, точнее действие ультрафиолетовых лучей.

В. Лимфопролиферативные заболевания тесно связаны с этнической принадлежностью. Поэтому очень важно отмечать более детально (по возможности, но не оскорбляя пациента внедрением врача в иногда закрытый мир) национальную принадлежность больного. Здесь надо напомнить, что представители некоторых малых народов хуже переносят массивную химиотерапию.

Г. Местное высокое излучение земли или стен может быть источником большого числа злокачественных опухолей в квартире, доме.

Д. С историей жизни теснейшим образом связана

4. Наследственность, которую надо выяснить, проявляя максимум такта (во избежание ненужных ассоциаций своей судьбы с предками, родственниками). Обязательно надо выяснить названия всех опухолей у всех родственников (кровных и по жене-мужу), которые больному известны. Иногда анамнез можно дособрать не при первом разговоре с больным, а позже, когда контакт больного с врачом станет теснее. Наряду со стандартными вопросами о психических заболеваниях у кровных родственников, о туберкулезе в семье следует выявить за-

болевания, связанные с иммунокомпетентной системой (у кровных родственников): ревматоидный артрит, системная красная волчанка, псориаз, экзема.

5. Объективное состояние больного (status praesens). Телосложение, рост, вес, подкожный жировой слой – обязательно надо отразить. По соотношению рост/вес будут рассчитываться дозы препаратов. Их надо пересчитывать при значительном похудании (или – редко – наоборот, поправке) больного. Необходимо обратить внимание на жировой покров: тучных больше среди больных хроническим лимфолейкозом. Обязательно проверить: нет ли соединительно-тканной дисплазии – гипермобильность суставов, ладонями достает пол при согнутых коленях и т.п. Нами отмечено сочетание соединительно-тканной дисплазии по крайней мере с лимфогранулематозом. Кроме того, больные с описанной аномалией могут страдать часто и тромбоцитопатией со склонностью к кровоточивости.

Кожа – осматривается вся, без «немых», неосматриваемых зон, т.к. в любом месте возможны лейкемические инфильтраты – лейкемиды. Если они есть, детально описываются: их цвет, форма, размеры, спаянность с подкожной клетчаткой, ощущения больного в области инфильтрата.

Сыпь, в том числе при васкулите типа Шекляйн-Геноха, описывается подробно: размер элементов, цвет, исчезновение при давлении, приподнятость над поверхностью, симметричность, одинаковость или полиморфизм.

Необходимо отмечать дополнительные соски молочных желез.

Костно-мышечный аппарат. Объем движений в суставах, оссалгии и болезненность периоста – описываются. При миеломе – всегда делать R-граммы всего позвоночника, черепа и таза. Появление радикулярного синдрома при любой лимфоме требует производства R-граммы позвоночника.

Лимфатическая система – лимфоузлы, селезенка. Большие – до 2–3 см, болезненные при нажатии подчелюстные лимфоузлы у угла нижней челюсти в изолированном виде практически не бывают опухолевой природы, за исключением лимфомы из клеток мантийной зоны, но и тогда наряду с этими увеличены и другие группы лимфоузлов. В сомнительных случаях вопрос о биопсии ставится после проведения антибактериальной терапии (ни в коем случае не давать стероидных гормонов, не прогревать, не допускать физиотерапии!!!).

При воспалении смешанных подчелюстных лимфоузлов (в составе которых есть и секреторная часть, и лимфатическая ткань), расположенных под серединой нижней челюсти и под подбородком, железы могут быть и болезненными, и безболезненными. Увеличиваются они обычно сразу – в один день. Характерная особенность этого лимфаденита – каменистая плотность, увеличение одной (обычно) железы. Может повышаться температура. Каменистая плотность железы при этом обусловлена закупоркой слюнного протока – с одной стороны, и наличием плотной капсулы, препятствующей дальнейшему увеличению железы, – с другой. Кстати, опухолевое изолированное поражение этих желез практически не встречается. Описываемый лимфаденит исчезает в течение 1–3 недель.

Изолированное опухолевое поражение глоточных, язычной желез (крайне) редко, но помнить о такой локализации лимфосаркомы необходимо. Миндалины могут быть поражены с одной стороны и симметрично. Поражаются глоточные миндалины и при лимфоцитоме, и при лимфосаркоме.

Наиболее частое поражение лимфоузлов – над ключицей позади грудино-ключично-сосковой мышцы. Слева чаще, чем справа, каменистой плотности иногда при ничтожных размерах – до 0,5 см, характерно для метастазов рака: желудка (обычно слева), легкого. При лимфосаркоме, лимфогранулематозе обычно консистенция – эластичная. Опухолевые узлы характеризует асимметричность преимущественного поражения, даже при двустороннем поражении одни узлы существенно больше других, «бессмысленность» – отсутствие воспалительного очага, который мог бы объяснить место увеличения узла. Надключичные узлы не регионарны к ротоглотке. Реактивные лимфоузлы увеличиваются равномерно, сохраняя в какой-то мере исходную бобовидную или чечевицеобразную форму. Опухолевые узлы часто бесформенны. Несвязанность с инфекцией, «бессмысленность» места, бесформенность, асимметричность – очень важные аргументы в пользу биопсии.

Большие трудности возникают при анализе подмышечных лимфоузлов. Они могут быть труднодоступны для прощупывания в глубине, могут сливаться с клетчаткой, сосудами. Для лучшей прощупываемости этих узлов надо попросить больного свободно опустить соответствующую руку на плечо или предплечье противоположной руки врача. Иногда надо помогать себе и контрпальпацией другой руки.

Особенно трудно прощупывать лимфоузлы под грудной мышцей – важная и прогностически отягощающая локализация опухолевых узлов и при лимфосаркоме, и при лимфогранулематозе. При хроническом лимфолейкозе, лимфоцитоме эти лимфоузлы не увеличены. Об увеличении лимфоузлов под грудными мышцами (большой, малой) может свидетельствовать появившаяся (но не просто существующая, что бывает особенно у лиц с короткой шеей, без увеличения лимфоузлов) венозная сеть из подкрыльцовой ямки на переднюю грудную стенку.

Во всех случаях увеличения труднодоступных для пальпации лимфоузлов подмышечной области, глубоких шейных необходимо зафиксировать их исходные размеры, обычно вместе с внутригрудными лимфоузлами с помощью компьютерной томографии. Именно эти размеры будут показывать эффективность предстоящей терапии.

То же самое относится к лимфоузлам брюшной полости, глубоким в пахово-подвздошной области.

Опухолевое увеличение лимфоузлов локтевой и подколенной ямок, по ходу плечевого и бедренного сосудистого пучка, лимфоузлов пояснично-крестцовой области – явление очень редкое. Но появление опухолевых узлов этих областей обычно свидетельствует о «продвинутости» опухоли, о поздних этапах прогрессии.

Характеризуя размеры узлов, их консистенцию, необходимо пользоваться определенным стандартом выражений. Размеры пишутся в сантиметрах: либо диаметр, либо указываются два измерения – длинник и поперечник. Плодоовощные сравнения («слива», «вишня») недопустимы. Размеры опухолевых образований являются важнейшим критерием эффективности лечения.

Консистенция определяется несколькими стандартными выражениями. Тестоватая (хронический лимфолейкоз – прогрессирующая форма, лимфома из клеток мантийной зоны) – границы явно увеличенных узлов четко отделить от окружающей клетчатки трудно, лимфоузлы мягкие. Эластичная консистенция присуща нормальным узлам, увеличенным узлам при вирусном и иммунобластном лимфаденитах, при сифилисе, других воспалениях. Эластичные узлы бывают и при лимфоцитоме, и при доброкачественной форме хронического лимфолейкоза. Надо иметь в виду, что паховые лимфоузлы обычно плотнее остальных. Очень плотны – деревянной плотности – лимфоузлы на сосцевидном отростке головы (редкое расположение при лимфогранулематозе, иногда – «маргинальные»

узлы после облучения шеи, т.е. опухолевый рост в узлах, оказавшихся за пределами зоны облучения).

Деревянная плотность присуща опухолевым поражениям (кроме подчелюстных смешанных – реактивных – см. выше). Особенно плотными – каменной плотности – бывают узлы при метастазах рака, но могут быть при этом и эластичные узлы. Казеозный туберкулезный лимфаденит дает деревянную плотность.

Отличить по плотности узлов их поражение при саркоидозе Бека, лимфогранулематозе, синдроме Лейла – десквамативный тотальный лекарственный дерматит, лимфосаркоме – невозможно. При синдроме Лейла узлы могут быть очень большими не совсем с симметричными размерами. Их биопсия на высоте дерматита, как правило, сопровождалась ошибочным диагнозом фолликулярной лимфосаркомы; в отпечатке были десятки процентов иммунобластов. Диагноз опухоли снимал опытный морфолог, сопоставлявший клинику с гистологической и цитологической картиной.

Пальпация селезенки – важнейшее условие при осмотре больного. Необходимо оговорить несколько положений. Большая селезенка легко пальпируется в положении больного на спине (лучше – при полусогнутой в коленном суставе левой ноге). Слегка увеличенную селезенку надо пальпировать в положении больного на правом боку со слегка согнутыми ногами. Лучше, если больной положит свои кисти рук под правую щеку; расслабление всей мускулатуры, в том числе и брюшной стенки, при таком положении достигается лучше. При небольших размерах увеличенной селезенки возможен феномен С.П. Боткина: сокращение селезенки после первой пальпации, а потом некоторое время её пальпировать не удастся (источник расхождений в оценке селезенки двумя врачами, осматривающими последовательно).

Размеры селезенки определяют по Курлову. Эти размеры могут не совпадать (довольно часто) ни с размерами УЗИ, ни с компьютерной томографией, хотя все три метода объективны и должны быть учитываемы.

Консистенция селезенки тестоватой не бывает – либо эластичная, либо плотная. Край может быть с вырезками (тогда перед нами селезенка наверняка) либо без них. Болезненность, остроту края надо описывать.

Диагностической ценности ни форма селезенки, ни ее консистенция, ни ее размеры не имеют, но очень важны в оценке эффекта лечения.

При инфаркте селезенки, над ее поверхностью может выслушиваться шум трения висцеральной брюшины.

Сердечно-сосудистая система. До начала терапии должны быть получены сведения: а) нет ли стенокардии, б) нет ли кардиалгии (решительно не допускать халтурных выражений типа «жалобы на боль в области сердца»), в) бывают ли нарушения ритма.

Далее следует характеристика: а) перкуторных размеров сердца, б) тонов, шумов (о лимфосаркомной инфильтрации на первых порах будет говорить увеличение перкуторных размеров сердца, глухость тонов), в) предстоящая терапия с участием антрациклинов требует ультразвукового исследования сердца, определения размеров полостей, фракции выброса, г) ЭКГ (внезапная смерть в палате на фоне терапии антрациклинами у пожилых людей часто бывает следствием невыявленной гипокалиемии при некротической энтеропатии, ведущей к тяжелым нарушениям ритма).

В дневнике ежедневно отмечается частота пульса, все остальное – в зависимости от динамики конкретного признака, но фраза «состояние удовлетворительное (тяжелое)» без расшифровки – халтура.

Лимфатическая система – лимфоузлы, селезенка.

Осмотр и ощупывание лимфоузлов могут иметь решающее значение в диагностике. Нормальные лимфоузлы имеют мягкую или эластичную консистенцию на шее, в подмышечной впадине (до 1–1,5 см в диаметре); эластичную или плотноватую над и под пупартовой связкой, где их размер у мужчин может достигать в норме 1,5x4 см.

Увеличение лимфоузлов – болезненных эластичной консистенции – очень частый признак хронических тонзиллогенных и иных интоксикаций у детей. Чаще при этом увеличены преимущественно подчелюстные лимфоузлы, в меньшей степени – шейные, подмышечные. Такие реактивные лимфадениты – в основном удел детей до 10–12 лет. Важнейший признак реактивности (но не острого воспаления) – одинаковость консистенции и размеров (при норме до 1 см они могут быть 2–3 см).

Островозникающие воспалительные лимфадениты небактериальной природы сопутствуют краснухе, ветрянке, другим вирусным инфекциям. Увеличение узлов при этом симметрично, преимущественно увеличены заднешейные и затылочные узлы. Они могут быть и болезненными, особенно при инфекционном мононукле-

озе. Впрочем, при инфекционном мононуклеозе может оказаться увеличенной и болезненной какая-то одна группа узлов – с одной стороны на шее, в брюшной полости. Вопрос о биопсии лимфоузла в этом случае решается после нормализации картины крови, исчезновения реактивных мононуклеаров. Биопсия на высоте инфекции затухающего воспаления может дать ложный результат – чаще ошибочный диагноз лимфосаркомы или даже лимфогранулематоза.

Система органов дыхания. Большинство больных с теми или иными опухолями лимфатической системы из-за выраженного иммунодефицита переносит воспаление легких – безо всяких поводов, или чаще – на фоне цитостатической терапии. Кроме того, эта группа больных склонна давать вспышку ранее перенесенного туберкулеза. В связи с этим, собирая анамнез, необходимо фиксировать прошлые воспалительные заболевания, частоту бронхитов, кашель, всегда фиксировать курение, не забывая при этом добиваться немедленного его прекращения (присутствие в коллективе курящего врача нежелательно). Обязательно остановиться на туберкулезе в семье.

При осмотре следует обратить внимание на перкуторный легочный звук, на перкуторно определяемую подвижность легочного края (эти сведения будут очень нужны при нередком осложнении опухолевого процесса экссудативным плевритом). Аускультация фиксирует везикулярное дыхание, бронхиальное (когда отчетливо слышен выдох), жесткое (когда выдох прослушивается, но он слабее вдоха).

Приступая к лечению больных с патологией системы крови, очень важно, не стесняясь, заглянуть в учебник пропедевтики и повторить аускультативную характеристику дыхания и хрипов. В диагностике воспаления легких в обычной патологии врача выручают дублирующие друг друга признаки: озноб, одышка и влажный кашель, перкуторное притупление и затемнение на рентгенограмме, да еще и влажные звучные хрипы соответственно месту затемнения на фоне бронхиального дыхания. В области патологии системы крови ничего подобного нет. Из-за обычной гранулоцитопении воспалительная инфильтрация в легких выражена плохо. В связи с этим на рентгенограмме сплошь и рядом не видно воспалительной тени, а аускультативно бронхиальное дыхание над очагом воспаления слышно, так как отек ткани есть. Появившиеся влажные звучные хрипы на фоне бронхиального дыхания – надежный признак

воспаления легких. Влажные незвучные хрипы, особенно в нижних отделах, – обычный признак застоя в легких. Застой часто сопровождается появлением хорошо слышного выдоха, больше в нижних отделах (дыхание с бронхиальным оттенком). Важным признаком воспаления легких наряду с появившейся одышкой является цианоз. Нет отчетливой связи объема воспалительного очага с выраженностью одышки и цианоза, которые вызваны, по-видимому, открытием артериовенозных шунтов легочного кровотока на фоне воспаления, а не исключением дыхательной поверхности. К патологии дыхания нередко имеет отношение, особенно у описываемой группы больных, потливость. Она постоянный признак воспаления легких, клинически скрытой вспышки туберкулеза. Потливость может быть единственным признаком недолеченной пневмонии, требующей возобновления антибиотической терапии; ее исчезновение или резкое ослабление будет служить указанием к отмене антибиотиков.

Повышенная инфекциозность разбираемой группы больных в значительной мере связана с недолеченными, хронически текущими воспалительными легочными заболеваниями и, в основном, с хронической пневмонией (сейчас это название подвергается сомнению, но в легких хронический воспалительный процесс бывает, как и во всех остальных органах, захватывая бронхи, перибронхиальную и альвеолярную ткань).

Все сказанное делает необходимым фиксацию в каждой дневниковой записи состояния легких: минимум – аускультации, даже если признаков воспаления нет.

Органы пищеварения. Поскольку многим больным предстоит тяжелая цитостатическая терапия, связанные с ней язвенный стоматит, кишечные проявления некротической энтеропатии, детальный сбор сведений о предшествующих заболеваниях желудочно-кишечного тракта необходим. Надо уточнить, не страдает ли больной запором, поносом, с какой пищей, возможно, связано то и другое. О геморрое, проктите, парапроктите, даже перенесенных в связи с ними операциях больные часто без дополнительных конкретизирующих вопросов не говорят; поэтому анальное отверстие лечащий врач должен осмотреть сам.

Каждый больной при поступлении должен быть осмотрен стоматологом, по показаниям делается рентгенограмма челюстей (лучше ее делать всем больным). При наличии патологии про-

изводится санация полости рта. При пальпации кишечника необходимо обратить внимание на илеоцекальную область. Именно там при появлении признаков некротической энтеропатии в качестве начальных симптомов будут определяться плеск и урчание, потом болезненность. При осмотре печени необходимо фиксировать ее консистенцию (в норме – эластичная), размеры – по Курлову (их заменить нечем, размеры печени по УЗИ, КТ и перкуторно-пальпаторные не совпадают). Обязательно надо обратить внимание на область желчного пузыря: болезненность местная, на высоте вдоха, боль и напряжение прямой мышцы справа при поколачивании области пузыря на высоте задержанного вдоха (симптом Евгения Алексеевича Федорова), xuphoideus phenomen (болезненность под мечевидным отростком и под реберной дугой справа) – признаки возможного хронического холецистита, регионарного лимфангоита и лимфаденита; их выявление требует детального исследования.

В дневниках необходимо отражать наличие аппетита, стула (его характер, если есть отклонения от нормы), любые новости в состоянии желудочно-кишечного тракта.

Мочевая система. В прежние годы мочевой системе уделялось мало внимания в анализе осложнений, связанных с гемобластомами. Почки – сравнительно редкий объект метастазирования. Но использование нефротоксических антибиотиков, особенно на фоне септического шока, стало совсем не редкой причиной тяжелых почечных поражений, вплоть до их остановки и последующего гемодиализа. Расспрашивая больного, необходимо выяснить, встает ли он ночью мочиться, так как никтурия – первый симптом скрытой почечной недостаточности. Если предполагаемая терапия может быть связана с нефротоксичностью, необходима проба Зимницкого – она раньше выявит почечную недостаточность, чем уровень креатинина. Ряд цитостатических средств вызывает цистит – циклофосфан, препараты платины. Важно знать о циститах у больного в прошлом. Следует помнить, что скрыто развивающийся нефросклероз, помимо гломерулонефритов, пиелонефритов, вызывает ревматизм, ревматоидный артрит, иммунокомплексные васкулиты.

Половая система. В связи с цитостатической терапией в организме происходят тяжелые нарушения, как в гормональной сфере, так и в детородной функции.

У мужчин детородного возраста необходимо консервировать сперму до начала химиотерапии, облечения области яичек.

На фоне цитостатической терапии женщин следует защищать гормонами, прекращая овуляцию.

Сами по себе опухоли системы крови могут и не сказываться ни на половом влечении, ни на его реализации. Однако могут быть отклонения и в сторону импотенции, и в сторону своеобразной гиперсексуальности (иногда – у женщин при лимфогранулематозе).

Психическая сфера. Следует иметь в виду, что не так уж редко цитостатическая терапия сопровождается появлением грубых психических нарушений: приступ шизофрении, внезапное появление маниакального статуса или депрессии, эпилептические припадки. Как правило, все эти явления (они могут быть спровоцированы не только цитостатиками, но и стероидными гормонами) возникают у лиц, или ранее страдавших этими заболеваниями или имевших скрытые, клинически не очерченные признаки депрессии или маниакального синдрома, шизоидные черты характера. В связи с этим нужен тщательный расспрос больных о психических заболеваниях в семье (в некоторых случаях эти болезни наследуются по доминантному типу), о самоубийствах в семье. Такой расспрос должен быть предельно осторожным и тактичным. Слова «шизофрения», «самоубийства» врачу произносить не следует. Все можно узнать, расспрашивая о родителях, братьях и сестрах (в том числе двоюродных), о характере сна (при мании сон – короткий, вставание – быстрое, работоспособность – высокая, при депрессии – наоборот).

В неврологическом статусе, конечно, необходимо проверять рефлексы при поступлении и на фоне цитостатической терапии, памятуя о том, что у этой категории больных часто встречается винкристиновый и иной полиневриты. При ежедневном осмотре надо внимательнейшим образом следить за состоянием психики, отмечая в дневнике ее нарушения. Первым признаком нейрорлейкемии, бактериального, вирусного менингитов может быть и головная боль, и просто потеря аппетита или, наоборот, – резкое его возрастание, жажда, неразговорчивость ранее контактного человека, легкая загруженность.

6. Дневник истории болезни. Дневниковая запись не должна быть длинной – 5–6 строк достаточно для отражения текущих перемен. Нет смысла перечислять то, что не отклоняется от нормы. Но пульс (на температурной кривой), артериальное давление (на высоте гипертермии – несколько раз в день) отмечать надо. Наличие

стула отмечается. Всегда отмечаются результаты пальпации живота на фоне агранулоцитоза. Независимо ни от чего надо описывать аускультацию легких, а при их патологии – характеризовать динамику процесса. При агранулоцитозе следует описывать состояние кожи, слизистой рта, ректально-вагинальной области (если нет патологии – описание это не нужно в каждом дневнике). Очень важно в дневнике обосновывать смену назначений, если они не продиктованы протоколом цитостатической терапии.

7. Этапный эпикриз. Формально каждые 10 дней в истории болезни необходимо подводить итоги терапии – писать этапный эпикриз. При лечении опухолей это следует делать соответственно этапам протокола, давая оценку проведенному курсу, не ориентируясь на календарные сроки. В этапном эпикризе, который редко занимает более 10–12 строк, следует отмечать изменения размеров органов, лимфоузлов, если они были увеличены, динамику воспалительных процессов, динамику крови, других показателей, если они являются определяющими в патологическом процессе. Переписывание анализов лишено смысла.

Очень важно обосновывать как диагностику – фактами, а не ссылками на заключения других специалистов, так и терапевтические мероприятия.

8. Эпикриз. Завершает историю болезни заключение врача о диагнозе – о фактах, его обосновывающих, о выбранной программе лечения, о результатах, о возникших осложнениях. Эпикриз представляет собой подведение итога проделанной диагностической и лечебной работы. В нем не нужны анализы, кроме определяющих показателей, нет смысла переписывать статус, кроме тех отклонений, которые были предметом наблюдения и терапии. Разумный врач обычно пишет эпикриз, не выходя за пределы половины страницы. Все детали, которые потребуются читающему историю болезни, он в ней и найдет. Ни в коем случае не следует путать эпикриз с выпиской из истории болезни.

9. Выписка из истории болезни. Этот документ представляет собой своеобразный резко сокращенный вариант истории болезни, с которым пациент может обратиться и в другое лечебное учреждение, где на основании изложенных фактов будет продолжено наблюдение, продолжена терапия. В «Выписке из истории болезни» прежде всего приводится обоснование диагноза, но не со ссылками на чьи-то заключения, а сами факты (клеточный полиморфизм и

атипизм, бластное строение ядра – при лимфосаркоме и т.п.). В некоторых случаях – изменении места терапии – разумно больному давать на руки (или пересылать с кем-то) гистологические, цитологические препараты, имеющие определяющую диагностическую ценность. В «Выписке» обосновывается терапия, приводятся ее результаты. Все важнейшие особенности статуса больного должны быть отражены. Обязательно приводится предполагаемый про-

токол дальнейшей терапии, рекомендации по трудоустройству, режиму питания и т.п. Обязательны в «Выписке» анализы, но не все, а нужные для дальнейшего наблюдения, сравнения. «Выписка из истории болезни» не повторяет эпикриз – это другой документ. Обычно она существенно длиннее эпикриза, но не более чем в 2–3 раза. Как правило, выписки-копии истории болезни протяженностью в несколько страниц нечитабельны.