

Ю.М. Амбалов

**Как ставить диагноз и как назначать
лечение**

2020

УДК 616.9 - 07 - 08 (075.8) А 61

Амбалов Ю.М. Как ставить диагноз и как назначать лечение. - Ростов-на-Дону, 2020. -18с.

В этой, сравнительно небольшой по объему монографии даются методически обоснованные рекомендации по диагностике и экстренному лечению заболеваний инфекционной и неинфекционной природы. Предназначена в основном для студентов медицинских ВУЗов.

Автор: Амбалов Юрий Михайлович - доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой инфекционных болезней Ростовского государственного медицинского университета.

Рецензенты:

- Ткачев Александр Васильевич - доктор медицинских наук, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней Ростовского государственного медицинского университета;
- Кириченко Юрий Георгиевич - кандидат медицинских наук, заведующий Ростовским филиалом патологоанатомического бюро при Министерстве здравоохранения Ростовской области.

Умение правильно ставить диагноз относится к числу важнейших качеств врача - клинициста [-5,6]. известное с древности выражение "**Кто хорошо диагностирует, тот и хорошо лечит**" бесспорно актуально и в наше время. По современным представлениям, **диагноз** (от греч. diagnosis - распознавание, определение) - это **врачебное заключение об имеющемся у человека заболевании, выраженное в терминах предусмотренных принятыми международными и отечественными классификациями и номенклатурой болезней.** Диагноз формулируется в виде официально принятого названия конкретной нозологической единицы и не должен подменяться наименованиями симптомов, а в большинстве случаев и синдромов [-4].

Окончательный диагноз оформляется по определенным правилам, согласно которым указываются сначала **основное заболевание**, затем - его **осложнения** и наконец - сопутствующие болезни и состояния [-4,5].

Основным называется заболевание, которое само по себе или посредством своего осложнения является причиной: 1) обращения больного за врачебной помощью, либо 2) его госпитализации, либо 3) летального исхода [3,7,8,9,12].

Основное заболевание может быть представлено либо одной нозологической единицей, либо двумя и более. В последнем случае говорят о так называемом **комбинированном основном заболевании**, в рамках которого, в свою очередь, выделяют:

- 1) **конкурирующие** болезни (такие, которые независимо друг от друга создают или могут создать угрозу для жизни пациента);
- 2) **сочетанные** болезни (такие, которые только в сочетании друг с другом создают или могут создать угрозу для жизни больного);
- 3) **фоновое** заболевание (такое, которое, не угрожая само по себе жизни больного, может негативно сказаться на течении основного заболевания, усугубляя его тяжесть или способствуя развитию осложнений).

Осложнением основного заболевания называют появление таких клинических, лабораторных или инструментальных признаков, которые свидетельствуют о неблагоприятном, угрожаемом жизни больного его течении.

Сопутствующими заболеваниями называются такие имеющиеся у пациента нозологические единицы, которые ни этиологически и ни патогенетически не связаны с основным заболеванием и не сказываются сколько-нибудь существенно на его течении.

В качестве иллюстрации приведем несколько примеров.

Больной А., 22 года.

Основное заболевание: Острый гепатит В (желтушная форма, тяжелое течение).

Осложнение основного заболевания: Печеночная энцефалопатия (стадия кома I).

Сопутствующее заболевание: Хронический тонзиллит (вне обострения).

Больной Б., 46 лет.

Основное комбинированное заболевание (конкурирующие болезни):

- острый гепатит В (желтушная форма, тяжелое течение);
- цирроз печени алкогольной этиологии (стадия декомпенсации).

Осложнение основного комбинированного заболевания: печеночная энцефалопатия (стадия прекома II). Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода.

Сопутствующее заболевание: хронический правосторонний гайморит(вне обострения).

Больная В., 62 года.

Основное комбинированное заболевание (сочетанные болезни):

- первичная рожа правой голени (эритематозно-геморрагическая форма, среднетяжелое течение);
- сахарный диабет 2-го типа (субкомпенсированный).

Осложнения: сепсис. Токсико-инфекционный шок.

Сопутствующее заболевание: Ожирение.

Больной Г., 56 лет.

Основное комбинированное заболевание (**основное и фоновое**):

- хронический гепатит С (фаза реактивации, умеренная степень активности);

- жировой гепатоз алкогольной этиологии.

Диагностика - это процесс, или процедура, или действия врача, приводящие к постановке диагноза [3,4] .

Для того, чтобы поставить диагноз, врачу необходимо:

- 1) **знать симптомы и другие клинические проявления распознаваемых заболеваний;**
- 2) **уметь их выявлять у больного человека;**
- 3) **уметь Использовать необходимый способ диагностики.**

Первые два параметра, в той или иной мере, являются предметом изучения на различных клинических кафедрах медицинских ВУЗов. Тем не менее, на некоторых моментах необходимо все же остановиться. Речь идет о том, что все **симптомы болезней (а это, кстати, те клинические признаки, которые выявляются исключительно лечащим врачом с помощью имеющихся у него, как у каждого нормального человека, органов чувств)** можно разделить на две неравноценные в количественном отношении группы, а именно: **специфические (патогномичные, маркерные)**, то есть свойственные только одному заболеванию, и **неспецифические**, встречающиеся более чем при одной болезни [3,10,12].

В зависимости от того, какой симптом, будет обнаружен у больного человека, врач и выберет для постановки диагноза соответствующий **способ диагностики**. В принципе таковых может быть только два. Это **маркерный** или **дифференциальная диагностика** [3].

Первый способ основан на выявлении и использовании патогномичных (маркерных) симптомов заболевания. Скажем, у больного К. были обнаружены пятна Филатова-Коплика, Являются, как известно, патогномичным клиническим признаком кори. Следовательно у этого пациента можно сразу поставить окончательный диагноз: "Корь".

Кажется просто, не правда ли? И да, и нет. Для этого, чтобы так ставить диагноз, врач должен, во-первых, знать, при каких заболеваниях встречаются патогномичные симптомы, а во-вторых, уметь их выявлять у конкретных больных. Тем не менее, именно из-за простоты и точности маркерная диагностика является весьма привлекательной для любого врача-клинициста. К сожалению, при абсолютном большинстве известных на сегодняшний день заболеваний патогномичные симптомы просто-напросто отсутствуют. Если говорить об инфекционной патологии то можно сослаться лишь на несколько болезней при которых, может встречаться рода клинический признак. Помимо упомянутой выше **кори**, это, конечно же,

менингококковая инфекция, при одной из клинических форм которой - менингококцемии - патогномоничным симптомом является геморрагическое, звездчатого характера сыпь с центральным некрозом, появляющаяся не позже первых суток заболевания; трехдневная и четырехдневная виды малярии, специфичными для которых считаются лихорадочные приступы с интервалами между их началом соответственно 48 и 72 часа; иерсиниозы (кишечный иерсиниоз, псевдотуберкулез), в клинической картине которых в ряде случаев отмечаются своеобразная сыпь в области головы и конечностей, имеющая патогномоничный характер (симптомы "капюшона", и "перчаток" и "носков"); бешенство, характеризующееся такими специфическими признаками как гидрофобия и аэрофобия.

Помимо этого, что маркерная диагностика может быть использована в клинической практике достаточно редко, есть еще одно, не очень приятное обстоятельство, которое должен учитывать врач-диагност. Дело в том, что ни при одном заболевании свойственные им патогномоничные признаки не встречаются в 100% случаев. Например, при кори пятна Филатова-Коплика выявляются лишь у 70-75 % больных, при иерсиниозах симптомы "капюшона", "перчаток" и "носков" - не более чем у 20 % и т.д. Из этого следует, что выявление врачом патогномоничного симптома позволяет ему сразу и однозначно диагностировать у пациента соответствующее этому патогномоничному признаку заболевание, отсутствие же такого - не дает возможность от него отказаться.

Еще одним (вторым по счету, но не по значимости, и, кстати последним) способом постановки диагноза является так называемая **дифференциальная диагностика**. Кстати, допускаемое многими клиницистами выражение "дифференциальный диагноз" в корне неверно и потому не должно использоваться как синоним "дифференциальной диагностики". Последняя базируется на последовательном или алгоритмическом исключении врачом заболеваний, сходных по какому-либо неспецифическому признаку [5,12]. Поскольку такого рода симптомы и синдромы свойственны абсолютному большинству болезней, что их распознавание возможно только с помощью именно этого способа диагностики. Приходится, однако, признать, что, к сожалению, методикой проведения дифференциальной диагностики владеют, мягко говоря, далеко не все клиницисты. Что уж тут говорить о студентах. Поэтому, этот важнейший раздел работы врача будем разбирать детально, как говорится, "по косточкам". В этом, надеюсь, поможет разработанная нами "Инструкция по проведению дифференциальной диагностики заболеваний" (табл. 1).

Инструкция по проведению дифференциальной диагностики
заболеваний

№/№	Конкретное действие диагноста
1.	Проведите предварительный сбор клинических данных (жалобы, анамнез болезни, анамнез жизни, клиническое обследование).
2.	Выделите в клинической картине заболевания один симптом , в наличии которого Вы не сомневаетесь (лучше очевидный).
3.	Создайте на основе этого симптома очевидный синдром .
4.	Найдите перечень заболеваний , при которых может регистрироваться очевидный симптом или очевидный синдром.
5.	Проведите предварительное исключение максимально возможного числа заболеваний, используя только противоречия клинического плана (1-го, а в ряде случаев - и 2-го типа).
6.	Отберите не исключенные заболевания и расшифруйте их, поставив вначале наиболее распространенные и опасные в эпидемиологическом или клиническом отношении , их перечень и составить предварительный диагноз .
7.	Составьте план дополнительных (клинических, лабораторных, инструментальных) исследований , результаты которых позволили бы Вам подтвердить или исключить оставшиеся не исключенными заболевания .
8.	Запланируйте больному лечебные мероприятия с учетом всех не исключенных , а следовательно возможных у него заболеваний .
9.	По мере получения результатов дополнительных исследований проведите заключительную дифференциальную диагностику , направленную на исключение или подтверждение фигурирующих в предварительном диагнозе заболеваний .
10.	Оставшиеся после этого заболевания и составят окончательный диагноз , который может быть точным или неточным .

Постараюсь дать пояснения по каждому из пунктов инструкции.

И так, сначала, необходимо провести **предварительный сбор клинических данных**, опираясь на стандартную схему обследования больного (жалобы, анамнез болезни, анамнез жизни, объективный статус и т.д.), причем в объеме, необходимом лишь для выполнения условий второго пункта. Другими словами, вы должны "работать" с пациентом столько времени, пока не выявите у него хотя бы один **клинический признак, в наличии которого вы не будете сомневаться**. Таковыми для абсолютного большинства как опытных, так и, самое главное, малоопытных диагностов, являются симптомы, выявленные с помощью глаза. Именно этому органу зрения доверяем больше всего, поскольку с его помощью можно получить, выражаясь научным языком, максимально точную информацию. Вполне логично называть такие симптомы **очевидными** [3]. Информативность клинических данных, полученных с помощью других органов чувств, в целом значительно ниже. Отсюда - довольно большой процент ложноположительных и ложноотрицательных результатов исследований, проводимых с участием органов слуха и осязания - соответственно аускультации, перкуссии и пальпации. Даже опытные специалисты нередко сомневаются в наличии выявленных ими таким образом симптомов. Что касается обоняния и вкуса, то использование этих органов чувств в современной медицинской практике фактически сведено к нулю.

Таким образом, чтобы не допустить серьезной методической ошибки, уже на этом этапе диагностического поиска, лучше использовать для проведения дифференциальной диагностики какой-либо **очевидный симптом**. Конечно если таковой Вам удастся выявить. В противном случае вам придется воспользоваться тем клиническим признаком, который будет обнаружен у пациента. Постарайтесь, однако, убедиться в реальности найденного вами клинического симптома, обратившись в случае необходимости за помощью к более опытным коллегам.

В качестве клинического признака для проведения дифференциальной диагностики может быть выбран и **очевидный синдром**. Последний как известно, конструируется врачом из тех выявленных у больного симптомов, которые в комплексе могут характеризовать нарушение деятельности какого-либо конкретного органа или системы [4,19]. Например, таковыми являются диспепсический, абдоминальный, менингеальный, желтушный и ряд других синдромов. Последние могут быть использованы в дифференциальной диагностике, однако, чтобы свести к минимуму возможность последующих диагностических ошибок, необходимо, чтобы в состав синдрома был

включен хотя бы один **очевидный симптом**. Тогда этот **синдром** может рассматриваться как **очевидный**.

На следующем этапе вам необходимо обратиться к **перечню заболеваний**, при которых может встречаться выявленный вами очевидный симптом или синдром. Такого рода перечни можете найти в ряде методических рекомендаций по дифференциальной диагностике, в том числе подготовленных не нашей кафедрой [1,6,7,8,13,14,16].

Третий пункт инструкции представляется стратегически важным для успешного проведения дифференциальной диагностики. Использование именно **полного перечня возможных заболеваний**, являющегося отражением клинического опыта не одного, а многих тысяч врачей разных поколений, и является залогом успеха. Опираясь при постановке диагноза на свой личный опыт, на свой «список» заболеваний, даже опытный врач обрекает себя на постоянные неудачи. В конечном итоге, это отражается не только на его имидже, но и, главное, на состоянии здоровья наблюдаемых ими пациентов.

Имея перечень возможных у обследуемого больного возможных заболеваний, вам необходимо **сократить его до минимума**, исключая неподходящие, как бы лишние болезни (в идеале – все кроме одной!). Такая процедура и лежит в основе **дифференциальной диагностики**.

В практике врача-клинициста ее осуществляют в два этапа. Первый из них, обозначаемый как **предварительная дифференциальная диагностика**, базируется на исключении возможных заболеваний только клинических данных. Для этого врачу необходимо продолжить временно прерванный сбор клинических данных. Однако, как вы понимаете цель такого клинического обследования больного уже будет иной, нежели на первом этапе проведения дифференциальной диагностики. Теперь главное для врача – получить свидетельства «за» и «против» большинства дифференцируемых заболеваний.

Каким же образом можно подтвердить наличие болезни? Только одним способом – найти патогномичный симптом. Правда, если последний был обнаружен на начальном этапе клинического обследования больного, то диагноз был бы поставлен сразу же с помощью маркерной диагностики. Когда же, врач в силу тех или иных обстоятельств проглядел имеющийся у пациента патогномичный симптом, он его все равно в последующем может выявить, поскольку будет вынужден целенаправленно искать подтверждающие симптомы по каждому из возможных в данном случае заболеваний.

Предположим, у больного с начальными проявлениями кори клиницист не заметил пятен Филатова-Коплика и поэтому не диагностировал сразу это заболевание. Однако выявив и взяв за основу для поведения дифференциальной диагностики, скажем, катаральный синдром, он должен будет обратиться к перечню заболеваний, при которых возможны такие клинические проявления. Среди этих болезней, безусловно, будет фигурировать и корь, что вынудит врача целенаправленно искать патогномоничный для нее признак, то есть пятна Филатова-Коплика. Если найдет – поставит диагноз: «Корь», если нет – исключить это заболевание не сможет. К сожалению, вынужден повториться, верифицировать болезни с помощью патогномоничных симптомов в том числе и на этапе предварительной дифференциальной диагностики, удается достоверно редко. Причины, эти, как вы помните, подробно излагались ранее.

Что касается **исключения заболеваний**, то инструментом для его проведения является так называемые **противоречия**[5]. Что обозначает этот термин?

Противоречие – это такой клинический признак болезни, который для нее несвойственен. В принципе **противоречия** могут быть двух типов.

Противоречие 1–го типа – отсутствие обязательного для данного заболевания клинического признака. Иными словами: «Нет того, что должно быть» [-(+)]. Например, при брюшном тифе всегда отмечаются повышение температуры тела. У больного Б. лихорадка с начала болезни отсутствует. Следовательно, у него нет брюшного тифа. Заболевание исключено по наличию к нему противоречия 1–го типа.

Основной недостаток противоречий 1–го типа обусловлен тем, что заболеваний, при которых те или иные клинические проявления регистрируются в 100% случаев, не очень много. Отсюда – сравнительно редкое использование такого рода противоречий для исключения заболеваний.

Противоречие 2-го типа – наличие признака, не встречающегося при данном заболевании. Иными словами: «Есть то, чего не должно быть» [+(-)].

Например, при гриппе никогда не развивается желтушное окрашивание кожи и склер. У больного К. помимо лихорадки и катаральных явлений была выявлена и желтуха. Следовательно, у него нет гриппа.

Положительной стороной противоречий 2–го типа является возможность их частого использования. Однако есть существенный недостаток – их могут «симулировать» симптомы других заболеваний, имеющих у больного (сопутствующие, фоновые и т.п.).

Приведем два примера, так, у больного М. в период эпидемического подъема заболеваемости гриппом поднялась температура и появились симптомы интоксикации. При клиническом обследовании были выявлены увеличенные в размерах, мягкой консистенции печень и селезенка, что не бывает при гриппе. Это дало основание врачу, используя выявленное противоречие 2–го типа, исключить грипп. И действительно, спустя некоторое время у больного подтвердился диагноз: «Острый гепатит А».

А вот еще одна история, у больного С, в семье которого были случаи гриппа, отмечено повышение температуры тела, появление симптомов интоксикации и катаральных явлений. При клиническом обследовании обнаружены увеличенная, плотной консистенции печень и селезенка, то есть то, чего не должно быть при гриппе. И в данном случае врач, используя противоречие 2–го типа, исключил у больного грипп, но, как выяснилось впоследствии, ошибся. Грипп у больного все же был, только он протекал на фоне не диагностированного ранее цирроза печени. Почему же была допущена диагностическая ошибка? Врач просто – на просто не учтя возможности у больного сопутствующих болезней. Между тем, это постоянно надо иметь в виду, если для исключения того или иного заболевания применяются противоречия 2–го типа.

После завершения предварительной дифференциальной диагностики необходимо отобрать оставшиеся не исключенными вами заболевания и ранжировать их, поставив на первые места те из них, которые распространены в данном регионе, но, главное, предоставляют с точки зрения эпидемиологии и клиники максимальную опасность. Полученный перечень и является предварительным диагнозом (таб.2). Иными словами, он как бы предвещает дополнительное обследование больного.

Классификация диагноза

I.	По этапам исследования.
1.1.	Предварительный (выставляется после первичного клинического обследования больного и проведения предварительной дифференциальной диагностики).
1.2.	Этапный или промежуточный (выставляется на разных этапах дополнительного обследования больного).
1.3.	Окончательный (выставляется после завершения дополнительного обследования больного).
II.	По точности.
2.1.	Неточный (предположительный, недостоверный, неverifiedированный, неоднозначный, вероятностный, гипотетический, неподтвержденный и др.).
2.2.	Точный (достоверный, однозначный, verifiedированный, подтвержденный и др.).
III.	По профессиональному применению.
3.1.	Клинический (прижизненный).
3.2.	Патологоанатомический.
3.3.	Судебно-медицинский.
3.4.	Эпидемиологический.

Предварительный диагноз не может быть точным, то есть, представленным только одним основным заболеванием. В противном случае он сразу же становится **окончательным**, поскольку в этом случае проведение не требуется, **предварительный диагноз** должен состоять как минимум из двух возможных заболеваний.

Следующим этапом дифференциальной диагностики является проведение дополнительных исследований, причем ориентированных и на подтверждение, и на исключение заболеваний, фигурирующих в **предварительном диагнозе**. Здесь могут быть использованы лабораторные, инструментальные, а также – вновь открывшиеся клинические данные.

В момент постановки предварительного диагноза вам необходимо наметить проведение неотложных и экстренных мероприятий, причем с учетом всех не исключенных, а следовательно возможных, у данного пациента заболеваний. Иногда реализовать это условие бывает весьма затруднительно и даже невозможно. В этих случаях вы должны ориентироваться, в первую очередь, на наиболее опасные и угрожающие жизни больного заболевания. Например, у больного К., 25 лет, заболевшего несколько часов назад, было отмечено появление болей в животе, лихорадки, интоксикации и диспепсических явлений в виде рвоты и поноса. При клиническом обследовании были выявлены положительные симптомы Щеткина-Блюмберга и Воскресенского. Установлен предварительный диагноз: «Сальмонеллез, дизентерия, острый аппендицит», что свидетельствовало о том, что ни инфекционист, ни хирурги могли исключить «свои» заболевания. Проанализировав ситуацию, указанные врачи сошлись во мнении, что больной нуждается в проведении лечебных мероприятий применительно наиболее угрожаемому из возможных трех заболеваний: диагностическая лапароскопия, а затем и оперативное вмешательство подтвердило правильность принятого решения – у больного был диагностирован острый аппендицит.

Время, затраченное на выполнение различных дополнительных исследований, как известно, может колебаться от нескольких минут до нескольких дней [6]. Поэтому, лишь по мере получения результатов этих исследований вы можете приступить к проведению **заключительной дифференциальной диагностики**. Целью последней является подтверждение или исключение тех заболеваний, которые фигурировали в предварительном диагнозе.

Проводя заключительную дифференциальную диагностику, вам необходимо иметь в виду, что лабораторные и инструментальные исследования могут давать ложноположительные результаты [18]. Чтобы максимально уменьшить возникающие в связи с этим диагностические ошибки, целесообразно хотя бы наиболее значимые исследования проводить параллельно в 2-3 лабораториях [5]. Нельзя забывать и о том, что отрицательные результаты ряда дополнительных исследований далеко не всегда свидетельствуют об отсутствии заболевания как такового [3,10,11].

Завершив все запланированные исследования и проведя **заключительную дифференциальную диагностику**, вы обязаны поставить **окончательный диагноз** (см. табл. 2). Он может быть как точным, то есть, представленным только одним заболеванием, а может так и остаться **неточным, предположительным**. В значительной мере, это будет зависеть от квалификации врача, от оснащения лечебного учреждения современной аппаратурой и внедрения в работу высокоинформативных методов дополнительного обследования больных [12-21].

Представьте себе, что несколько врачей, отличающихся своей медицинской специальностью, опытом и местом работы, обследуют одного и того же больного и ставят ему, не сговариваясь, один и тот же предварительный диагноз. Кажется, невероятно, однако такое возможно, но при одном условии – безупречном проведении этими врачами предварительной дифференциальной диагностики. Что касается окончательного диагноза, то у всех указанных специалистов он окажется, скорее всего, разным, поскольку его точность будет зависеть, в значительной мере, не только от профессионализма врача, но и от лабораторного и инструментального обеспечения того лечебного учреждения, где этот врач работает.

Перечень лечебных мероприятий, проводимых больному на этапе установления предварительного диагноза, по мере подтверждения и исключения ряда заболеваний будет в большинстве случаев уменьшаться и конкретизироваться.

В заключение приведем несколько примеров оформления резюме 1 и резюме 2, отражающих в лаконичной форме диагностические и лечебные действия врача и их обоснование.

Пример 1. Больной М., 34 лет.

Резюме 1.

Предварительный диагноз: острые вирусные гепатиты, хронические вирусные гепатиты; заболевания, протекающие с синдромом гемолитической желтухи; желчекаменная болезнь, осложненная обтурацией общего желчного протока и вторичным холангитом; новообразования гепатобилиарной зоны; пигментные гепатозы и другие, менее вероятные заболевания.

Обоснование предварительного диагноза. Проведение предварительной дифференциальной диагностики заболеваний, при которых встречается желтуха, не позволило исключить вышеназванные нозологические единицы. В отношении остальных были найдены клинические противоречия, а именно:

- для лептоспироза -
- для генерализованной формы иерсиниозов -
- для сепсиса -

План дополнительных исследований:

.....
.....

План лечения:

.....
.....

Пример 2. Больной В., 17 лет.

Резюме 1-2

Окончательный диагноз: корь (среднетяжелая форма).

Обоснование окончательного диагноза. Заболевание подтверждено выявлением у больного патогномичного для кори симптома – пятна Филатова–Коплика.

План лечения:

.....
.....

Пример 3. Больной Р., 44 лет.

Предварительный диагноз: острые вирусные гепатиты; лептоспироз; иерсиниозы; острый бруцеллез; сепсис; брюшной тиф и паратифы А и В; эпидемический вшивый тиф; геморрагические лихорадки; трехдневная, четырехдневная и тропическая малярия; туляремия и другие, менее вероятные заболевания.

Резюме 2

Окончательный диагноз: брюшной тиф (тяжелая форма) и другие, менее вероятные заболевания.

Обоснования окончательного диагноза. Проведение заключительной дифференциальной диагностики позволило подтвердить у больного брюшной тиф путем выявления патогномоничного признака – наличие в крови брюшнотифозной палочки.

Пример 4. Больной К., 39 лет.

Предварительный диагноз: лептоспироз; сепсис; иерсиниозы; брюшной тиф и паратифы А и В; эпидемический вшивый (сыпной) тиф; туляремия и другие, менее вероятные заболевания.

Резюме 2.

Окончательный диагноз: лептоспироз; сепсис; иерсиниозы; брюшной тиф и паратифы А и В; эпидемический вшивый (сыпной) тиф; туляремия и другие, менее вероятные заболевания.

Обоснование окончательного диагноза. Проведение заключительной дифференциальной диагностики не позволило исключить у больного ни одно из фигурирующих в предварительном диагнозе заболеваний. тем не менее, на титульный лист истории болезни выносится и кодируется одна

нозологическая единица: «Лептоспироз» - как наиболее вероятная в данном конкретном случае.

Литература

1. Амбалов Ю.М. Клинические модели некоторых инфекционных и неинфекционных заболеваний. Перечни болезней, протекающих с разными клиническими синдромами: методические рекомендации для студентов медицинских ВУЗов.- Ростов-на-Дону, 2020.- 23 с.
2. Амбалов Ю.М. Клинические классификации некоторых инфекционных и неинфекционных заболеваний: учебное пособие для студентов 4-6 курсов. – Ростов н/Д, 2020 – 33 с.
3. Амбалов Ю.М., Пройдаков М.А. Терминология диагноза: справочное пособие. – Ростов –н/Д, 2015. – 12 с.
4. Большая медицинская энциклопедия / Гл. ред. Б.В. Петровский. Изд. 3-е (в 30 т.). – М.: Советская энциклопедия, 1977. – Т. 7. – 548 с.
5. Василенко В.Х. Введение в клинику внутренних болезней. – М.: Медицина, 1985. – 256 с.
6. Дифференциальная диагностика инфекционных болезней: руководство для врачей / Казанцев А.П. и др. – М.: ООО «МИА», 1999. – 482 с.
7. Дифференциально–диагностический справочник терапевта / Андрущенко Е.В. – Киев: Здоровье, 1985. – 296 с.
8. Кротков Е.А., Царегородцев Е. Содержание и диагностические функции некоторых категорий медицины // Терап.архив. – 1986. - № 3. – С. 6-12.
9. Копнин П.В. Основные вопросы теории диагноза. – Изд. 2 – е, доп. и испр. – Томск: Изд – во Томского университета, 1962. – 189 с.
10. Попов А.С., Кондратьев В. Г. Очерки методологии клинического мышления. – Л.: Медицина, 1972. – 183 с.
11. Пропедевтика внутренних болезней / Под ред. В.Х. Василенко и др. – М.: Медицина, 1995 – 592 с.
12. Синдромная диагностика внутренних болезней / М.П. Ильин и др.; под ред. Г. Б. Федосеева. – СПб., 1996. – Т. 3. – 440 с.
13. Синдромная диагностика внутренних болезней / М.П. Ильин и др.; под ред. Г. Б. Федосеева. – СПб., 1996. – Т. 4. – 432 с.
14. Справочник врача общей практики: В 2 томах / Под ред. В.С. Казакова. – Минск: Высш. шк., 1995. – 624 с.
15. Справочник по дифференциальной диагностике внутренних болезней / Под ред. Г.П.Матвейкова. – Минск: Беларусь, 1990. – 607 с.

16. Справочник по инфекционным болезням / Под ред. Ю.В. Лобзина и А. П. Казанцева. – СПб.: Комета; Ростов – н/Д: Феникс, 1997. – 734 с.
17. Шлоссберг Г.Д., Шульман И.А. Дифференциальная диагностика инфекционных болезней: практическое руководство для врачей и студентов // Пер. с англ. – М. – СПб.: Изд-во БИНОМ; Невский диалект, 1999. – 318 с.
18. Шувалова Е.П. Ошибки в диагностике инфекционных болезней. – Изд. 2 – е. Л.: Медицина, 1985. -264 с.
19. Тарасов К. Е., Великов В. К., Фролова А. И. Логика и семиотика диагноза (методологические проблемы). – М.: Медицина, 1989. – 272 с.
20. Тейлор Р.Б. Трудный диагноз. В 2 т., Т. 1: пер. с англ. – 2-е изд., стереотип. – М.: Медицина, 1992. – 640 с.
21. Тейлор Р.Б. Трудный диагноз. В 2 т., Т. 2: пер. с англ. – 2-е изд., стереотип. – М.: Медицина, 1992. – 592 с.