

**По поручению пациентов НИИ кардиологии МЗ РФ,
Ю.В.ШУБИК**

ИЗБРАННОЕ

(цитаты из дневников суточного мониторирования ЭКГ)



ИНКАРТ

Санкт-Петербург 2000 г.

Книги можно ориентировочно разделить на две группы: общедоступные и для специалистов. Данная монография, безусловно, относится ко второй категории, но не потому, что она недоступна для понимания читателя, не имеющего медицинского образования, а в связи с тем, что неспециалистом она может быть неверно истолкована.

Автор книги – известный врач-аритмолог, спасший жизни многим больным с нарушениями ритма сердца. Именно это дает ему право комментировать записи своих пациентов с юмором «на грани фола». Публикуя дневниковые записи больных, сделанные во время Холтеровского мониторирования, Ю.В.Шубик не грешит против этики, так как этот вид дневников изначально предназначен для прочтения медицинскими работниками, в том числе и Вами, уважаемые читатели.

Нельзя не отметить, что подтрунивание над авторами дневниковых записей не является самоцелью для автора монографии. Не исключено, что по мере накопления материала – сопоставления забавных для медика описаний разнообразных ощущений больных с данными динамической ЭКГ и их систематизации – Ю.В.Шубик сможет сделать новый шаг по пути развития метода Холтеровского мониторирования, дальнейшего повышения его чувствительности и специфичности.

Заведующий лабораторией неотложной кардиологии
НИИ кардиологии МЗ РФ д.м.н., профессор Н.Б.Перепеч

Издательство АОЗТ Институт кардиологической техники.

Лицензия на осуществление издательской деятельности ЛР № 065572
выдана Комитетом Российской Федерации по печати 16.12.97 г.

Адрес издательства: 194156 г. Санкт-Петербург, пр Пархоменко, д. 15,
АОЗТ “ИНКАРТ” Тираж 1000 экз.

ВВЕДЕНИЕ

Этим скромным трудом мы бы хотели продолжить традиции российской литературы. Вспомните, какое достойное место еще недавно, в 19 веке, отводилось эпистолярному жанру, а также публикациям дневниковых записей всяких интересных обществу людей. Но мы решили пойти дальше. Ведь самый большой интерес всегда вызывали те страницы дневников, в которых авторы описывали наиболее значимые для них события. Именно эмоциональный накал, яркость восприятия и делали эти строки интересными читателю.

Каждый, кто хотя бы раз в жизни отдавал себя в руки специалистов по Холтеровскому мониторингованию, знает, какими незабываемыми могут оказаться сутки общения с этим умным прибором. Вот мы и решили собрать наиболее яркие, образные фразы, которыми пациенты описывали то, что с ними происходило во время мониторингования.

Если кто-то не в курсе: суточное мониторингование ЭКГ – очень серьезное исследование. Для того, чтобы разобраться с неприятными ощущениями в области сердца и аритмиями, ничего еще лучше не придумали.

В течение суток больные ходят со специальным прибором на поясе. Он через электроды, которые крепятся на грудной клетке, записывает ЭКГ себе в память. Потом эти данные вводятся для анализа в компьютер. Для того, чтобы сопоставить изменения ЭКГ с ощущениями больных, а также разнообразными нагрузками, пациенты ведут специальный дневник, в котором по часам и минутам фиксируют все, что делают в то или иное время суток и что при этом чувствуют. Вот эти-то дневники и стали предметом нашего тщательного изучения. Как Вы сейчас увидите, это страшно интересно. Поверьте, мы не изменили ни единого слова, более того, ни единой буквы. Все, что мы себе позволили, это маленький комментарий.

Понятно, что больные заполняют дневник в полном соответствии со своим характером. Люди лихие, легко относящиеся к своему здоровью (или просто здоровые) не пишут ничего или почти ничего. У многих информация исчерпывается перечислением:

9.00.	Ходил
11.30.	Сидел
13.20.	Лежал
13.40.	Ел
14.20.	Спал

Вот пример дневника малоэмоционального человека:

Другие действия в течение суток	Время	Ощущения
Гуляла	12.40–13.00	Норма
Гуляла	13.30–14.00	Норма
Сидела	14.00–15.30	Норма
Гуляла	15.30–16.10	Норма
Лежала	16.10–17.00	Норма
Гуляла	17.00–18.20	Норма
Гуляла	18.20–20.00	Норма
Сидела	20.00–21.35	Норма
Гуляла	21.35–22.30	Норма

Другие относятся к записям более серьезно, например, выделяют наиболее, по их мнению, существенное. Ну, например:

13.10. Обед. Каша гречневая, суп-рассольник и компот.

Или такой вот вариант:

10.00.-11.20. Активный отдых.

12.00.-13.30. Пассивный отдых.

14.10.-15.00. Отдых лежа.

16.15.-18.30. Просто отдыхал.

Обычно весьма подробно живописуют свой быт люди пожилые. Особый тип больных – те, которые дополнительно расчерчивают дневник мониторингового наблюдения, чтобы записать туда побольше. Некоторым и этого маловато: приходится мелким почерком писать о том, что с ними происходило, на обороте, да еще включать в повествование графики и рисунки. Да что там писать, взгляните на третью и четвертую страницу облржки.

Даже просто перелистывать эти записи страшно интересно. Вот тут-то начинаешь понимать, насколько романтичен труд архивных работников. Между этими страницами можно обнаружить, например, засохший листок или травинку, мумию таракана... Дневники покрыты пятнами от еды, следами посуды, телефонными номерами, кулинарными рецептами, названиями лекарств, адресами аптек и других учреждений, фамилиями врачей, комментариями (не всегда приличными) к телевизионным программам... Можно встретить на обороте расчерченную пулю для преферанса, записи шахматных партий, подсчет очков при игре в нарды и домино.

Иногда дневник напоминает репортаж с места события: нахожусь в палате, иду по коридору, ем, читаю газету... Есть больные, которые как бы приказывают себе выполнить ту или иную работу: идти умываться, ходить по коридору, лежать в кровати, отдыхать...

При чтении дневников необходимо постоянно помнить, что люди носят специальный прибор. Иначе не всегда понятно, к кому (чему) относятся некоторые записи.

Днем пикал самопроизвольно (у нас институт кардиологии или ...?).

В 16.30 выпал из футляра (может быть, дневник писал известный персонаж А.П.Чехова?).

Оторвался проводок, вставила обратно (это больше напоминает дневник неумелого террориста).

Однако к делу! В полном соответствии с традициями написания научных трудов за введением должны следовать разделы, освещающие взаимоотношения пациентов с мониторами. Обозначим первый из них. Пусть он будет называться

1. МИР ОЩУЩЕНИЙ

Этот раздел монографии посвящен ощущениям пациентов. Он состоит из подразделов, касающихся ощущений, разных по локализации. Конечно, важнее всего для доктора то, как больной описывает свои ощущения в области сердца. Остановимся для начала на неприятностях с сердечным ритмом. Согласитесь, что жалобы на перебои в работе сердца, сердцебиение и тому подобное – это банальность, не стоящая упоминания. Великий и могучий русский язык позволяет нашим пациентам высказываться с куда большим, просто удивительным разнообразием.

Вот так, например, опытные пациенты описывают экстрасистолию:

1.1. Экстрасистолия

Аритмия высокой градации.

Слабая экстрасистола.

Электросистола.

Систолия.

Систола 1 шт.

Неретмичная бегемения.

И доктору сразу все понятно, не возникает даже необходимости смотреть соответствующий фрагмент ЭКГ: можно формулировать диагноз. Жалобы больных-дилетантов, конечно, не столь научны, зато более образны:

Беребон.

Глубокий перебой.

Постоянное вздрагивание в сердце.

Потливость с трепыханиями.

Перебои в сердцебиении.

Бултыхание сердца.

Такими комментариями, конечно, диагноз не пополнишь, зато как расширяет кругозор! А иногда обстоятельства появления аритмии позволяют сразу определить лечебную тактику. Например такая запись:

Перебои во время стирки трусов.

Вместо таблеток в такой сложной ситуации можно рекомендовать приобрести стиральную машину. Еще более образно больные описывают сердцебиение. Не знаю, как у Вас, а у меня такие жалобы будят море ассоциаций (облегчающих, безусловно, диагностический поиск).

1.2. Сердцебиение

Сердцебиение большой амплитуды (сразу перед глазами возникает маятник Фуко).

Очень частый ритм в правом ухе (дифференциальный диагноз между тахикардией и отитом).

Неимоверное сердцебиение (необходимо уточнить, нет ли у больного Акта из военкомата).

Периодические мерцания (Ваша ассоциация с мерцательной аритмией банальна и абсолютно несостоятельна).

Бурление в сердце (а вот это как раз мерцательная аритмия и есть).

Вот не менее красочные описания фибрилляции предсердий:

Срыв сердцебиения.

Мелкое сердцебиение.

Сердцебиение с подергиваниями.

Биеение (человек, так емко охарактеризовавший свои ощущения, или занимается фундаментальной наукой, или имеет 2 класса образования).

Дребезжание сердца (и не думайте даже о фибрилляции желудочков, на ЭКГ в это время синусовый ритм).

Сильные толчки сердца в виски (чисто топографически, конечно, далековато, но представить себе можно).

Было бы ужасно скучно, если бы наши пациенты описывали стенокардию как сжимающие боли за грудиной с иррадиацией в левое плечо, а кардиалгию – как ноющие или колющие боли в области сердца. Жизнь гораздо богаче и разнообразнее. Ну вот, например:

1.3. Боли в области сердца

Нытье рук.

Резь в за грудиной (и то, и другое наверно стенокардия, но как образно!).

С правой стороны в сердце тупая круглая боль (оставим комментарий для психоаналитика).

Небольшая раздражающая боль в сердце (Петербург – город контрастов!).

Уколы из подмышки к сердцу (лечащий доктор таких уколов не назначал).
Была на сердце тяжесть и холодно в груди (ясно, что пациент не чужд высокой поэзии, знает Александра Городницкого. Наверно, ходил с монитором к Эрмитажу).

Многие больные описывают то, как болит, а где – очень приблизительно (или не пишут вовсе). Доктор и сам не дурак, догадается. И ведь правы:

Один слабый покол.

Чуть больно и сразу уходит.

Давящие ощущения.

Слышен стук сердца, колики в груди.

Слабо ноющая боль в районе слева.

Колющая боль сзади.

Незначительная тупая мерцательная боль.

Левая боль.

Другие, напротив, пишут где болит (иногда с изысканной точностью), но не пишут, как:

Боль по вертикали.

Боль в левом желудочке.

Если Вы думаете, что нельзя описать боли еще менее конкретно, то ошибаетесь:

Немного больно в 2-х местах (например, в парикмахерской и в бане).

Боли предыдущие (не подумайте, что они были описаны раньше).

А иногда это не боль, а какие-то другие ощущения:

Мурашки по левому плечу и лопатке (а мы их дихлофосом!).

Боли в сердце не было, кроме испарины (а если чешется пятка, то это, надо полагать, инфаркт).

Ощущение тревожного сердца (думаю, это комсомольское прошлое, помноженное на атеросклероз мозговых сосудов. Помните: «...меня-а-а-а мое сердце в тревожную даль зове-е-е-т»).

*Напоминаем: кроме сердца, у человека имеются другие системы и органы. Не последней из них является дыхательная система. Наши пациенты это учли. Самая популярная жалоба в рейтинге – на **отдышку**. Именно такое написание предпочитает почти половина больных.*

1.4. Одышка

Одышка после второго пролета (можно подумать, что одышка появилась после повторной неудачи, хотя на самом деле это всего лишь лестничный пролет).

Значительная одышка и перебои вследствие чувства вины за нарушение режима (чувства юмора не лишены даже пациенты).

Задержка дыхания (возможно, у больного есть сопутствующая патология – аденома предстательной железы).

Маленькое удушье (явно написано терпеливым человеком).

Затруднено дыхание, но аппетит нормальный (правильно, всегда надо помнить о главном!).

Напряжение дыхательной системы и тяжесть организма (можно внести рационализаторское предложение: оценивать жалобы в вольтах и килограммах).

Спазмы нехватки воздуха (помните анекдот про Вовочку, бабушку и кислородную подушку?).

Следующий раздел имеет непосредственное отношение даже к здоровым людям нашей страны. Что уж там говорить о больных...

1.5. Проблемы с головой

Тяжесть в области головы (кирпич?).

Ощущения: тяжелые мысли, но их удалось отогнать с помощью таблетки валидола (человек сам не понимает, как он счастлив: если бы все так могли...).

Легкое сдавливание с боков головы (напоминает описание одной из любимых пыток Святой Инквизиции).

Сначала кружилась голова, потом головокружение (причем именно в этом порядке, не перепутайте!).

Пульс в голове (вот тут не могу стопроцентно ручаться за точность. У больного плохой почерк, в первом слове последняя буква – то ли «с», то ли «я». Но поскольку на этой записи дневник не обрывается, видимо, выбрано правильно).

Плохо с головой (не понимаю, зачем в дневнике суточного мониторинга указывать врожденную патологию).

Чувство опупения в голове (а вот это явно благоприобретенное, причину додумайте сами. Подсказка: больной – мужчина 36 лет, по специальности – грузчик, поступил с диагнозом «интоксикационная миокардиодистрофия»).

Боль в затылке головы (очень конкретно, чтобы глупый доктор не перепутал затылок головы с каким-нибудь другим).

Беседовал в кругу друзей: неприятные ощущения в голове (выбирать надо друзей-то).

Мерзнет затылок (если бы все проблемы можно было решить так просто: одел шапку – и порядок).

Приливы к голове с позывами к мочеиспусканию (такому яркому симптомокомплексу так и хочется придумать какое-нибудь звучное название, например: синдром Жириновского).

Ну а заключительный раздел этой главы стоит назвать «Самые разнообразные ощущения».

1.6. Самые разнообразные ощущения

Часто они просты и безыскусны:

Терпимо.

Все хорошо.

Ощущения положительные.

Ощущения отрицательные.

Особых ощущений не ощущала.

Насморк, слабость.

Немного страха.

Зевота без причины.

Туман в глазах.

Без ощущений (видимо, новая методика: монитор под наркозом).

Порой это более сложные ощущения:

Иногда кашель в левом боку (ну как не вспомнить детскую песенку Сергея Никитина: ... ёжик резиновый шел и посвистывал дырочкой в правом боку... Ну вот, а левым боком он кашлял).

Легкие признаки начала предобморочного состояния (вот это и называется сверхделикатностью).

Ощущения: никаких, кроме паршивого настроения (все претензии к Правительству Российской Федерации).

Чувство раздражения от ваших датчиков (Вы для нас тоже не подарок, но ничего, терпим).

Без отрицательных особенностей (то есть все плохо, но как обычно).

Появилась вена на шее, нажал красную кнопку (поздно!!!).

Нервный срыв, некупирующиеся слезы (а чем пыталась купировать?).

Подозрительно хорошее самочувствие (не надо расстраиваться, это скоро пройдет).

Кратковременное спазматическое состояние (а бедному доктору придется думать, в каком месте и что именно спазмировалось).

Встреча с А.Н.Котиним – хирургом. Ощущения – радость (остается только поздравить несущего радость А.Н.Котина).

Ну и заключительная оптимистическая запись:

Пришел доктор, состояние улучшилось.

2. ОСНОВЫ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ

В этом разделе пациенты описывают свой быт: то, чем они занимаются в течение суток. Начнем с обязательной программы, то есть с физических нагрузок. Итак,

2.1. Физические нагрузки

Для наших больных это в основном подъем по лестнице. Причем за единицу измерения нагрузки рекомендуется принимать лестничный пролет. Ну а кроме этого, пациенты просто ходят по коридорам института и по окрестной территории. Кстати, написание слова «коридор», оказывается, чрезвычайно разнообразно:

каредор; каридор; колидор; калидор; карридор.

Но не будем придираться, ведь мы уже договорились, что орфографии не касаемся. С коридора и начнем. Чаще всего записи малоэмоциональны, например,

Хождение по коридору.

Иногда можно встретить запись отчаянного пациента:

Гульба по коридору.

У некоторых такие нагрузки, видимо, рождают нестандартные (тюремные?) ассоциации:

Коридорная прогулка.

Другие, очевидно, раньше занимались спортом (фигурным катанием?):

Один сеанс – 3 оборота (а всего-то имеются в виду 3 полных круга по коридорам нашего учреждения).

Ходила по коридору с заходом в туалет (специальная программа физических нагрузок?).

Некоторые больные не пишут, где они ходят, зато пишут, КАК они это делают, например:

Просто ходила.

Разные мелкие передвижения (в смысле, Броуновское движение).

Бродил (к счастью, уголовная статья за бродяжничество, кажется, отменена).

Прогулка средним шагом (а прогулку мелким шагом Вы себе представляете?).

Пассивное хождение (я думаю, это когда не Вы ходите, а по Вас ходят).

Сходил в медленном темпе (не имеет отношения к естественным отправлениям).

Отдыхал пешком (как в известном фильме: спасибо, я пешком постою).

Пошел на выполнение задания (думаю, это профессиональный жаргон).

Ходьба 500 м. Средняя скорость V_{ср}960 м/час (представляете себе пациента, который на ходу вычисляет скорость своего движения?).

Прыгала на скакалке (а 70-летнюю даму, которая прыгает вокруг института на скакалке представляете?).

Есть и такие, которые точно указывают координаты.

11.00–15.00 – ходьба по палате (соседа по палате, который 4 часа подряд ходит, убил бы).

Гуляю по территории, разговариваю (нет, серьезно, очень похоже на «психушку»: одни плачут самопроизвольно, другие на скакалке прыгают, третьи сами с собой разговаривают...).

От Энгельса пешком (к Марксу или Ленину?).

Переходим, наконец, к ходьбе по лестнице.

17.20–17.35 – 10 пролетов (представьте себе человека, который выполняет какую-то важную работу. И никак у него не получается).

Мог бы еще подниматься, но это уже чердак (не развернуться человеку!).

Нажал кнопку после 2-х пролетов (как при прыжке с парашютом: отсчитал положенное время и дернул за кольцо).

Три сталинских пролета (к разоблачению Культа личности отношения не имеет).

Контрольный подъем (возможно, это сотрудник ОБХСС: привык к контрольным закупкам).

В 10.00 решил нагрузиться (в период антиалкогольной кампании могли бы и выписать за нарушение режима).

Спускалась и поднималась (на лифте, видимо, каталась).

А вот как больные описывают связанные с физическими нагрузками ощущения.

Ходьба после еды с положительным эффектом (надеюсь, это не диаррея...).

Легкие загрузинные боли на 4-м круге и в конце дистанции (очерки Большого Спорта).

Прошел 300 м, в конце тупая боль (можно я не буду это комментировать?).

При ходьбе экстрасистолы на поворотах (ну так и шел бы прямо...).

Во всех двигательных движениях удушье (наверно оно проходит во время успокоительного покоя).

Два хода по коридору с перебоями (это, видимо, то же, что бег с препятствиями).

Все время хождения по кругу меня сопровождал профузный пот (...и рассказывал смешные истории).

Во время ходьбы по улице резко участилось мочеиспускание (2 раза за 20 м) (интересно: метров или минут?)

4 пролета спокойно (хочется вспомнить Байконур и мужественный голос Руководителя полетов: 30 секунд – полет нормальный!).

Неудобство в тазобедренном составе (в другом составе удобнее не станет!).
Легкая тяжесть в ногах (наверно, противоположными по смыслу были бы жалобы на «тяжелую легкость»).

Нагрузка есть нагрузка, поэтому многие пациенты устают, частично или полностью:

Усталость левой ноги.

Усталость в плечах.

Очень устала.

Ощущения: конец лестницы. Вариант: **кончилась лестница** (хочется спросить: какой части тела касаются эти ощущения?).

Ощущение напора в дыхательной и кровеносной системе (это явно писал водопроводчик).

Сошло метра 2 пота (можно предложить варианты: 100 мл чемоданов, 3 кг чайников). Некоторые формулируют по-другому, более коротко и емко: **вспотевание.**

Вялость в ноге (а нечего было ей шевелить!).

Наверно, еще больше времени, чем нагрузки, занимает сон. Мы и представить себе не могли, что во сне происходит столько интересного.

2.2. Сон

До 1 ч. не мог уснуть (мрачные мысли о тупости человечества в целом как сообщества) (чего переживать-то, все равно не поправить).

Снился сон об ужине и жене (интересно, это идиллия или кошмар?).

Сердцебиение при каждом повороте с одного бока на другой (значит надо лежать тихонечко на животе).

Вздрагивал во сне (со слов соседей?).

Проснулась от холодных ног (остается только надеяться, что от своих собственных).

Проснулась от чувства печали (значит чувство радости должно обладать снотворным эффектом).

Проснулась от сильного удара, выпила фенезепам (надо полагать, не повезло с соседями по палате).

Проснулась от резкого запрыгивания на меня кошки (какой экзотический способ пробуждения).

Во время сна резко вскочила с кровати (всего одна фраза, но именно она позволяет мгновенно установить правильный диагноз: лунатизм!).

Разбудили – недоспал (представьте себе, что это либо первая, либо последняя строфа печального стихотворения!).

Ночь прошла относительно (явно поклонник Эйнштейна).

Последующие разделы, может быть, не столь значимы. Ну вот, например, прием пищи.

2.3. Еда

Очевидно, что некоторые пациенты сильно сомневаются в умственных способностях доктора. Поэтому стараются характеризовать свои действия как можно более точно:

Обед (прием пищи).

Принимал пищу через рот (попробуйте предложить другие варианты).

Ожидание обеда (одна из двух записей в дневнике. Диагноз не вызывает сомнений: булемия).

Нагибание у холодильника (это пишет тот же больной, что подтверждает диагноз).

Обед: невкусно (но это никак не отразилось на результатах мониторингования).

Обед. Ощущения: легкое чувство голода (если бы больной знал, на какую сумму его кормят, это ощущение его бы не удивило).

Обед: ощущение сытости (из дома, наверно, приносят).

Одышка при еде первого блюда (значит суп противопоказан).

Выпил 250 гр. Ощущения хорошие (проба с нагрузкой, надо полагать).

После ужина качало (это писал совсем другой больной).

Ужин. Ощущения: особенно хороши были котлеты больного Ш. из 19-й палаты (интересно, что сказал бы по этому поводу больной Ш.).

Еще один небольшой подраздел –

2.4. Естественные надобности

В 7.00 туалет (мал) (очень трогательно!).

Просыпался в туалет (ударение именно на третьем слоге, не на втором).

Проснулся в туалет (гениальная фраза! Одновременно указывает на то, что сделал и зачем).

Часто просыпался из-за мочевого пузыря (стоило ли просыпаться из-за такой малости?).

17.30-18.30. Прогулка в туалет (явный недостаток информации. Судя по времени, либо аденома, либо запор, либо ноги отказали).

Насильно помочился (это пишет тот же больной, следовательно диагностические проблемы решены).

Помочился (свободно) (да здравствует свобода!).

Вставал несколько раз за ночь (некоторые записи лучше не комментировать).

2.5. Позиционные изменения ЭКГ

Дело в том, что некоторые изменения ЭКГ могут носить так называемый позиционный характер, то есть зависят от положения тела. Для того, чтобы отличить эти изменения от ишемических, несчастных пациентов заставляют лежать поочередно на левом и правом боку, на спине и животе. При этом они должны фиксировать время, когда это делают. Соответствующие записи в дневниках иногда весьма двусмысленны, иногда просто забавны.

Лежание в четырех позах.

В начале принятия каждой из поз нажимал красную кнопку.

Позиционное поворачивание лежа.

Сон на правом боку, на спине, на левом боку, на животе.

2.6. Разное

Именно такую (единственную) запись, напоминающую пункт повестки партийного собрания, сделал один из пациентов в своем дневнике. Так и назовем заключительный подраздел нашего трактата.

Смешанный режим (строгий знаю, усиленный знаю, общий знаю. А это незнакомый какой-то).

Сию читаю, лежу разговариваю (возможно это тоже какой-нибудь синдром).

Осматривалась врачом (видимо, пропущено слово «по сторонам»).

Сдача крови из пальца (видимо, новый способ забора донорской крови).

Сидя на работе все время дремала где-то до 12 часов дня (такую запись хочется потихонечку отослать начальнику пациентки. Он и полечит).

Подготовка к уходу (видно, завещание писал...).

Употребление курения (а также уколов, процедур и доктора).

Жизнь в палате и коридоре (ну в палате понятно, а в коридоре-то как?).

Смотрела программу «Время». Хохотали всей палатой (может быть, это симптом какого-то некардиологического заболевания?).

Самообслуживание (согласитесь, что в столовой или супмаркете это будет выглядеть более привычно).

Сию вяжу (а вот и стихи).

Встал и упал (и это тоже).

Активный отдых в постели (закройте на минуту глаза и попытайтесь представить себе: палата на 5 человек. Один из больных активно отдыхает в постели...).

Пассивная деятельность (весьма откровенная запись).

Принял вечернюю дозу (Вы уверены, что это таблетки?).

Отдых за телевизором (в общем, это нетрудно себе представить. Просто худенький пациент невысокого роста выбрал не совсем обычное место для отдыха).

9/15/97 -10⁰⁰ в 7 каб.

ДНЕВНИК мониторингового наблюдения N 9144 монитор N 4117

Фамилия Б Имя Ирина Отчество Игорьевна
Дата начала анализа 21.35 Окончание 11.35 дата рождения 5/08/21
Отд. 4 палата 9 дом. телефон 710014 вес 92

заполняется лечащим врачом Яковлев О.В.
1. Особенности стандартной ЭКГ (вписать или подчеркнуть)
ритм синусовый ПЭКС (режим) _____
рубцы (зона) не выявлены ишемию ишемическую ишемию ишемию
аневризма ЛЖ, блокада ножек тип УБПВРАПП
феномен WPW, изменения при ГБ, ДКМП
другие _____

2. Мониторирование первичное, повторное (указать N или дату) _____
Во время мониторинга оценить (подчеркнуть)
ЧСС ритма, смену ритмов, аритмии, ишемические изменения,
работу ПЭКС, контроль терапии (для повторных наблюдений)
другие пожелания (вписать): _____
3. Терапия в день мониторинга (подчеркнуть)
отмена, антиангинальная, антиаритмическая,
антигипертензивная, седативная _____
4. Физические нагрузки в день мониторинга (подчеркнуть)
ходьба по коридору, по лестнице, до улицы,
нагрузки запрещены.

рег. по монитор.

ДНЕВНИК ПАЦИЕНТА

Время ночного сна 24.00 2.00
ПОДЪЕМ ПО ЛЕСТНИЦЕ

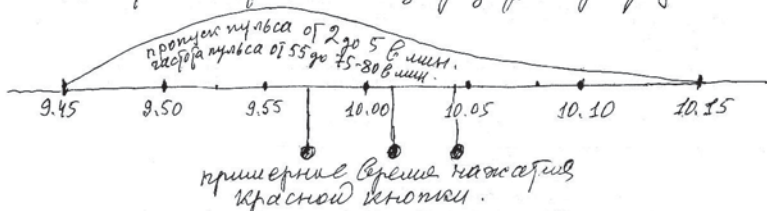
N	число пролетов	Время начала подъема	Время подъема	Ощущения
1	<u>без остановки</u> <u>4 по 4 этаж</u>	<u>13.15</u> <u>6 июня</u>	<u>13.16</u> <u>6 июня</u>	<u>Улучшение самочувствия, отдаленные</u> <u>системные проявления, незначительная</u> <u>в ногах, ощущение жара, но без</u> <u>жара</u>
2	<u>остановка</u> <u>на 1 этаж на</u> <u>каждом из них</u>	<u>18.20</u> <u>6 июня</u>	<u>15 сек. на</u> <u>1 этаже</u> <u>конеч 18.25</u>	<u>Наличие в ногах покалывания, легкое</u> <u>жжение и слабость в ногах, в</u> <u>пояснице, в спине с</u> <u>крупными судорогами 1-3 раза за</u> <u>1 мин. под</u> <u>напряжением</u>
		<u>15 сек на</u> <u>каждом из</u> <u>этажей 20.10</u>		<u>позитивные изменения (по 2 мин)</u> <u>стало легче под</u> <u>напряжением</u>
		время		время
	лежа на спине	<u>17-17.05</u>	лежа на животе	<u>21.25-21.30</u>
	лежа на правом боку	<u>17.05-17.10</u>	лежа на левом боку	<u>21.20-21.25</u>

- ① Другие действия в течение суток
Физические нагрузки, прогулки, подъем
обезжиренного молока (каши), шашлык
нормальной температуры и не
ускоренный. В конце прогулки
подъезды на 3 этаже с видеонаблюдением
на 3 этаже на площадке каждого
марша лестницы.
- ② После окончания
15 мин. прогулки прогулки
нормальной температуры и не
ускоренный на 3 этаже с видеонаблюдением
на 3 этаже на площадке каждого
марша лестницы (лих 4).

Время	Ощущения
<u>14.50-15.20</u> <u>(30 мин)</u> <u>бшоп</u>	<u>В то же ощущение и особенно</u> <u>при подъеме на 6 этаже</u> <u>ощущение покалывания в</u> <u>сердечной области и в</u> <u>левом плече, ощущение</u> <u>жара в ногах, при</u> <u>подъеме иногда проявляются</u> <u>незначительные судороги</u> <u>в ногах и в спине</u>
<u>19.50-20.05</u> <u>6 июня</u>	<u>Во время прогулки ощущение</u> <u>облегчения с уменьшением</u> <u>ощущения покалывания в</u> <u>сердечной области и в</u> <u>левом плече, ощущение</u> <u>жара в ногах и в спине</u>

③ В субботу 7 июня утром, вскоре после завтрака, когда я лежал на кровати и читал книгу, нагались, ^{кварк} прыжки пульса, стало ощущаться сдержанное, но вышнее чувство настороженности и тревоги.

Это продолжалось полчаса: с 9.45 до 10.15. Сигналы, наблюдались от 2 до 5 прыжков в минуту с пиковой частотой прыжков в 9.50-9.55, порой пошло на 75-80 ударов в мин., порой пошло на удары и вернулись к исходной. Болевых ощущений не было. Когда частота сигналов возросла до максимума в трижды нажимал на красную кнопку, стараясь нагались сбить с лодки ~~перед~~ ^{перед} пульса (кваркания). Схематически это можно изобразить след. образом:



Триггерами возникновения перебоев пульса на мой взгляд могли бы быть (субъективно):

1. Сильный завтрак и выпитые 1,5 пачки чая, что возможно при лежании надавлило на диафрагму и подтолкнуло сердце. (так иногда бывало в прошлом) в том числе много кофе назад).
2. Переживания, связанные с чтением одного из лучших национальных моментов английской эпохи, лежа в кровати, книги исторический роман с описанием битвы русских войска с армией Фридриха Великого ^{в начале} ~~в~~ середине 18 века).
3. Состояние Ваи ^{все это Ваи} ~~Ваи~~ ^{показывая} ~~показывая~~ ^{несерьезный} ~~несерьезный~~ ^{на фоне} ~~на фоне~~ ^{собна. до. 1300} ~~собна. до. 1300~~ ^{возникшего} ~~возникшего~~ ^{причина - в другом,} ~~причина - в другом,~~ ^{с увлечением} ~~с увлечением~~

Ну, вот пока и все. Не исключено, что этот труд будет продолжен. У автора есть подозрение, что сборник может вызвать несколько больший интерес, чем все его научные публикации. Возможно, некоторые меня осудят, усмотрев в комментариях некоторую долю цинизма. Что поделать, сказываются годы работы в кардиореанимации. Хотелось бы выразить глубокую признательность всем докторам, которые занимаются Холтеровским мониторированием, лично господину «Инкарту», а более всего – нашим больным, которым наконец удалось высказаться.