

А.В. Сагалов

**АМБУЛАТОРНО-
ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ
АНДРОЛОГИЯ**

2-е издание



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2017

ВЕДЕНИЕ ДОКУМЕНТАЦИИ

Ведение документации является одной из самых нелюбимых работ, которые должен выполнять врач как на амбулаторно-поликлиническом приеме, так и в стационаре.

Как правило, врач предпочитает больше времени уделять **КЛИНИЧЕСКОЙ РАБОТЕ** с пациентом в ущерб **ВЕДЕНИЮ ДОКУМЕНТАЦИИ**.

Медицинская документация используется в целях:

- *хранения, обработки и передачи информации* о состоянии здоровья пациента. Этот аспект является важным с **ПРАКТИЧЕСКОЙ** точки зрения и может оказать существенное влияние на его здоровье;
- *контроля за деятельностью практического врача* со стороны проверяющих и контролирурующих лиц и организаций. Поскольку реальной целью практически любой проверки является не улучшение качества оказания медицинской помощи, а поиск дефектов, то и положительное влияние проверки документации на качество медицинского обслуживания минимально.

При проведении экспертизы качества работы лечащего врача проверяющий практически никогда не ориентируется на **РЕАЛЬНОЕ** состояние пациента. Проверяется только **МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ**, которая никогда не будет полностью и качественно отражать реальную клиническую картину. Проверяющему проще прочитать несколько бумажек, чем попытаться объективно оценить ситуацию.

Необходимо также добавить, что **СТАНДАРТИЗОВАННЫЕ** записи никогда не смогут полноценно описать реальную картину состояния здоровья больного, а подробные, расширенные **НЕФОРМАЛЬНЫЕ** записи занимают слишком много времени и, следовательно, ограничивают длительность клинической работы врача с пациентом (что ухудшает качество оказания медицинской помощи). **Мы** вынуждены так подробно останавливаться на этих аспектах использования медицинской документации в силу следующего обстоятельства.

Большая часть написанного врачом служит не для пользы больного, а для **ОБЛЕГЧЕНИЯ ЖИЗНИ ПРОВЕРЯЮЩЕМУ**.

На сегодняшний день существуют два основных варианта ведения медицинской документации — **БУМАЖНЫЙ И КОМПЬЮТЕРНЫЙ**. В каждом из этих вариантов для уменьшения объема вводимой информации в большей или меньшей степени используется **АББРЕВИАТУРА**.

БУМАЖНЫЙ ВАРИАНТ ВЕДЕНИЯ ДОКУМЕНТАЦИИ

Этот вариант ведения документации существовал в течение столетий, на богатейшем практическом опыте отработаны нормы, стандарты и объем вносимой информации, существует громадное количество приказов, постановлений и распоряжений, регламентирующих ее оформление. Главное достоинство ведения документации на бумаге — эта СИСТЕМА УЖЕ СУЩЕСТВУЕТ И ФУНКЦИОНИРУЕТ.

Недостатками ее являются:

- медленное введение информации;
- многократное введение одной и той же информации (Ф.И.О. и т.п.);
- дублирование информации (амбулаторная карта, журнал диспансеризации и т.п.);
- ручное копирование информации (выписки, дубликаты анализов и т.п.);
- прогрессивное увеличение объемов и разнообразия вариантов ведения бумажной документации в связи с появлением новых приказов и распоряжений;
- наличие большого количества не имеющей практического значения информации, которая маскирует, «разжижает» и затрудняет поиск разделов, действительно важных для работы врача с пациентом.

Виды документации, которые должен вести врач на амбулаторно-поликлиническом андрологическом приеме, во многом зависят от объема требований, предъявляемых администрацией лечебного учреждения и проверяющими организациями. АМБУЛАТОРНАЯ КАРТА — это основной медицинский документ, содержащий информацию о состоянии здоровья пациента.

Вся информация о состоянии здоровья является **СОБСТВЕННОСТЬЮ ПАЦИЕНТА** и может храниться в медицинском учреждении только с его согласия.

С этой точки зрения и амбулаторная карта — это собственность пациента, и он имеет полное право делать с ней, что захочет (оставить в поликлинике, забрать домой, уничтожить и т.д.). С другой стороны, принципиально важным всегда является вопрос: «КТО ПЛАТИТ ЗА ПРИЕМ?» Если платит не сам пациент, а ГОСУДАРСТВО, то оно имеет полное право потребовать от исполнителя доказательства оказанной услуги. В этом случае основной формой отчета медицинского учреждения перед государством является амбулаторная карта (история болезни). Но даже в этом случае пациент имеет право **НАПИСАТЬ ЗАЯВЛЕНИЕ** и забрать свою собственность. Его право на амбулаторную карту является **ПРИОРИТЕТНЫМ**.

При ведении андрологического приема врач принимает на себя обязательство неразглашения интимной информации, доверенной ему пациентом. В этом случае записи в амбулаторной карте могут быть использованы только для работы с пациентом — хозяином этой информации.

АНДРОЛОГИЧЕСКАЯ, а тем более СЕКСОЛОГИЧЕСКАЯ информация является **ИНТИМНОЙ**. Врач имеет право передавать эту информацию постороннему лицу только в двух случаях: **ПО ПРОСЬБЕ САМОГО ПАЦИЕНТА** и **ПО ПИСЬМЕННОМУ ТРЕБОВАНИЮ ОРГАНОВ ПРАВОПОРЯДКА** (запросу прокурора, постановлению суда и т.п.).

Информация, заносимая в карту, должна быть **ЛЕГКО ДОСТУПНА ДЛЯ ПРОЧТЕНИЯ** другим лечащим врачом (разборчивый почерк, отсутствие ненужной информации, стандартная аббревиатура). Подчеркнутая, выделенная цветом информация заострит внимание читающего на ключевых моментах записей. Использование стандартной аббревиатуры концентрирует информацию, облегчает ее введение и прочтение. Как правило, при прочтении амбулаторной карты в первую очередь обращают внимание на **ДИАГНОЗЫ, НАЗНАЧЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ И РЕЗУЛЬТАТЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ**. Анамнез и осмотр в большинстве случаев читают только проверяющие.

Дальше идет бесконечный список документов, которые необходимо иметь и вести в структуре государственного (существенно меньше — негосударственного) здравоохранения. Подавляющее большинство этих видов документации не имеют практического значения и **НИКАК НЕ ВЛИЯЮТ НА КАЧЕСТВО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**. Нам встречалась информация (за достоверность которой **мы** ответственности не несем), что в системах государственного здравоохранения и образования количество документации увеличилось в сравнении с временами СССР более чем в 20 раз.

КОМПЬЮТЕРНЫЙ ВАРИАНТ ВЕДЕНИЯ ДОКУМЕНТАЦИИ

То, что во многих развитых странах давно стало общеупотребительной нормой, с громадным трудом пробивает себе дорогу в российском здравоохранении. Достоинствами компьютерного варианта ведения медицинской документации являются:

- удобство внесения, хранения и поиска информации;
- отсутствие необходимости дублирования вводимой информации, простота ее размножения и переноса;
- информация легко читается (по сравнению с рукописным текстом);
- простота проверки, выборки, анализа информации;
- простота перевода электронной информации в печатную;
- длительное хранение информации в архивах, легкий доступ к архивам и поиск в них;
- возможность обеспечить защиту информации (пароли, ограниченный доступ и т.п.);
- возможность удаленного доступа к сетевой информации через интернет.

К недостаткам следует отнести:

- необходимость достаточно высокого материального (компьютерного) обеспечения;
- потребность в специалистах, которые будут поддерживать систему в рабочем состоянии;
- необходимость оформления информации в печатном виде для передачи в другие лечебные учреждения, не имеющие аналогичных компьютерных систем;
- плохое владение основами компьютерной грамотности и навыками печати у части медицинского персонала (особенно находящегося в преклонном возрасте);
- зависимость системы от электропитания, наличия достаточного количества компьютеров, принтеров, серверов и т.п.;
- нежелание и неумение многих проверяющих лиц (относящихся, как правило, к среднему и преклонному возрасту) использовать электронную

информацию при проверке, а также отсутствие стандартов проверки медицинской документации именно в электронном виде (без оформления ее на бумажных носителях).

Степень компьютеризации медицинской помощи следующая:

- индивидуальная (компьютеризирован прием только на данном рабочем месте);
- поликлиническая или больничная сеть с выходом или без выхода в интернет, охватывающая одну или несколько служб (включая немедицинские — администрацию, бухгалтерию и т.д.);
- компьютерная сеть, охватывающая определенную территорию (город, область, регион, страну).

Компьютеризация **ИНДИВИДУАЛЬНОГО** врачебного приема законодательно не регламентирована в принципе. Инициатива, как правило, исходит непосредственно от лечащего врача, и обеспечение (материальное, программное, техническое обслуживание) ложится нередко именно на его плечи. В большинстве случаев компьютер с принтером используются как пишущая машинка с формированием текстовых заготовок, позволяющих уменьшить количество информации, вводимой вручную. Полноценное ведение приема в компьютере с формированием индивидуального рабочего места врача — это, как правило, удел коммерческих приемов. Несмотря на явную полезность этих начинаний, подобные инициативы вызывают настороженное, а чаще негативное отношение у администраторов и проверяющих. Попытки заставить врача вернуться к менее эффективной, но законодательно одобренной стандартной бумажной документации иногда носят скрытый, а чаще жестко запретительный характер. Довольно редко администратор готов взять на себя ответственность за подобное отклонение от стандарта. Компьютеры, имеющиеся в службах практического здравоохранения, нередко или малоэффективно пылятся у администраторов, или используются как печатные машинки, что, безусловно, улучшает и облегчает ведение документации, но отнюдь не является наиболее **ЭФФЕКТИВНЫМ** вариантом их использования.

Компьютерные сети во всех медицинских учреждениях уже существуют. Они, как правило, связывают бухгалтерию, экономический отдел и администрацию. В настоящее время все более активно используются стандартные учетные, бухгалтерские программы, программы для кабинетов статистики. Все это позволяет обеспечить работу с информацией в стандартных форматах между пользователями внутри медицинского учреждения. Практически вся статистическая и бухгалтерская отчетность в настоящее время передается наверх в электронном виде. Формирование отчетов медицинских учреждений все больше переводится из бумажного в компьютерный. В последние годы повсеместно вводится компьютеризация очередного элемента — регистратуры. В результате в сочетании с практически полностью компьютеризированными бухгалтерией, статистикой и администрацией оказывается полностью сформирована система количественного учета поликлинической деятельности медицинских учреждений. Все это **ЗАКРЕПЛЯЕТСЯ ЗАКОНОДАТЕЛЬНО** и **ВВОДИТСЯ ПОВСЕМЕСТНО**. При этом практически вся информация **ДУБЛИРУЕТСЯ НА БУМАЖНЫХ НОСИТЕЛЯХ**. Во многих поликлиниках началось введение компьютеризации отдельных рабочих мест на амбулаторно-поликлиническом приеме, однако до полного перехода с бумажного на электронный вариант

работы врача с пациентом еще, к несчастью, очень далеко. Именно поэтому вся компьютеризация приема врача заканчивается вклеиванием распечаток в амбулаторную карту пациента.

Существует большое количество коммерческих организаций, предлагающих к продаже программное обеспечение для медицинских учреждений. Стандартная компоновка таких сетей — блочная («Администрация», «Бухгалтерия», «Поликлиника», «Стационар» и т.д.), блоки приобретают раздельно и синхронизируют с формированием системы, «заточенной» под особенности данного медицинского учреждения. В дальнейшем фирма-продавец с большим удовольствием (за достаточно большие деньги) обеспечивает сопровождение работы данной сети (ее отладку, коррекцию, изменение, развитие), что, собственно, и формирует значительную часть ПОСТОЯННОГО дохода от установки этого программного обеспечения. Суммарная стоимость длительного сопровождения может быть значительно больше стоимости самой программы.

Не существует ни одной ЗАКОНОДАТЕЛЬНО УТВЕРЖДЕННОЙ СТАНДАРТНОЙ КОМПЛЕКСНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ПРОГРАММЫ для ведения амбулаторно-поликлинического приема и работы стационара.

В последние годы компьютеризация оказания медицинской помощи достигла наконец-то стандарта формирования полноценных комплексных ВНУТРИ-БОЛЬНИЧНЫХ СЕТЕЙ. На очереди, будем надеяться, формирование глобальной ЕДИНОЙ СЕТИ, охватывающей всю территорию РФ. Особенностью компьютеризации медицинских учреждений в настоящее время является следующее: КАЖДАЯ БОЛЬНИЦА САМА СЕБЕ ЗАКАЗЫВАЕТ КОМПЬЮТЕРНУЮ СЕТЬ У РАЗНЫХ ПРОИЗВОДИТЕЛЕЙ. Стандартизация их написания и формирования оказывается МИНИМАЛЬНОЙ. Единственными стандартными элементами являются утвержденные Министерством здравоохранения ФОРМЫ ДОКУМЕНТАЦИИ (например, лицевая часть амбулаторной карты, стандартные графы талона на прием и т.д.). Стоимость написания и отладки каждой подобной сети, мягко говоря, ЗНАЧИТЕЛЬНАЯ. На деньги, потраченные медицинскими учреждениями на покупку и сопровождение этого программного обеспечения, можно было бы раз десять сформировать в Министерстве здравоохранения РФ ЕДИНУЮ СТАНДАРТНУЮ ПРОГРАММУ оказания медицинской помощи, да еще и ежемесячно выпускать к ней дополнения, изменения и расширения. А уж как это бы изменило подходы к статистике и контролю! Как это бы уменьшило количество бумажно-административных проблем в здравоохранении! А насколько это бы уменьшило административно-бумажно-чиновничий аппарат, нависающий над практическими врачами!

ОТСУТСТВИЕ ЕДИНОЙ СТАНДАРТНОЙ ПРОГРАММЫ, разработанной и внедренной в каждое медицинское учреждение Министерством здравоохранения РФ, — явление, совершенно непонятное с точки зрения здравого смысла и выглядящее как СОЗНАТЕЛЬНАЯ БЛОКИРОВКА АДМИНИСТРАТИВНО-ЧИНОВНИЧЬИМ АППАРАТОМ действий, которые негативно повлияют на благополучие этих чиновников от медицины.

В качестве примера **мы** приводим компьютеризацию рабочего места амбулаторного приема врача-андролога. Написанная **нами** в 1997 г. база данных (на основе *Microsoft Access*) после отладки к 1999 г. позволила вести амбулаторный

андрологический прием ТОЛЬКО в электронном виде с распечаткой при необходимости всей имеющейся информации в различных вариантах (для пациентов, проверяющих и т.д.). За прошедшие 17 лет громадное количество изменений и дополнений, внесенных в базу данных, позволяло постоянно адаптировать ее к изменяющимся условиям, делать ее МОБИЛЬНОЙ и СОВРЕМЕННОЙ. Если бы **нам** пришлось платить за каждый элемент коррекции, суммарная стоимость, наверное, раз в 100 превысила бы цену написания самой базы данных. И, конечно, ни о какой мобильности речь бы уже не шла. А ведь в данном случае речь шла о компьютеризации только ОДНОГО РАБОЧЕГО МЕСТА ВРАЧА.

АББРЕВИАТУРА ДЛЯ ВЕДЕНИЯ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО АНДРОЛОГИЧЕСКОГО ПРИЕМА

Использование аббревиатуры при ведении документации позволяет частично выполнить важные задачи:

- СОКРАТИТЬ до минимума объем многократно вносимых стандартных общепотребительных текстовых (информационных) блоков;
- КОНЦЕНТРИРОВАТЬ информацию без ущерба для ее качества, что значительно облегчает просмотр и усвоение;
- внести СТАНДАРТИЗАЦИЮ в список параметров оценки, а также вариантов оценки каждого параметра.

В каждой специальности, кроме общепотребительных аббревиатур [АД (артериальное давление), ЧСС (частота сердечных сокращений) и т.п.], используются свои варианты сокращений часто встречаемых стандартных текстовых блоков. С этой точки зрения интересно расшифровывать диагнозы у тяжелых хронических больных пульмонологического или кардиологического профиля (наполовину состоящих из набора букв и цифр). То, что является очевидным для соответствующего специалиста, нередко ставит в тупик других врачей. В андрологической практике на сегодняшний день не существует общепринятых стандартных обозначений. **Мы** предлагаем Вашему вниманию список аббревиатур, используемых **нами** как при ведении бумажной документации, так и в компьютерном варианте (базе данных). Безусловно, некоторые пункты списка могут вызывать сомнения, некоторые стандартные диагностические и лечебные блоки мы **не** представили в виде аббревиатур, и в целом список нуждается в доработке, однако **МЫ ИСПОЛЬЗОВАЛИ ДАННЫЕ АББРЕВИАТУРЫ ПРИ РАБОТЕ БОЛЕЕ ЧЕМ С 10 000 ПАЦИЕНТАМИ** в компьютерной базе данных с 1999 г. по настоящее время. Это позволяет **нам** предложить Вашему вниманию аббревиатуры, УДОБНЫЕ В ПРАКТИЧЕСКОМ ИСПОЛЬЗОВАНИИ (табл. 3).

Таблица 3

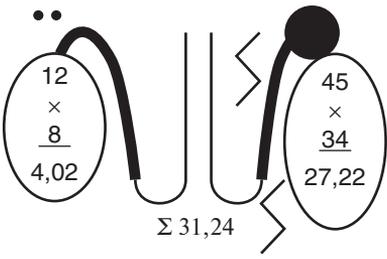
Список аббревиатур амбулаторно-поликлинического андрологического приема

Аббревиатура	Расшифровка
<i>Причина обращения</i>	
Б2	Бесплодный брак в течение 2 лет
Н	Невынашивание беременности в браке

Продолжение табл. 3

Аббревиатура	Расшифровка
С (или НПФ)	Сексологические нарушения (нарушение половой функции)
В	Воспалительные процессы в половых органах
<i>Анамнез</i>	
Эр(1)12	Адекватные эрекции впервые с 12 лет
Эяк(1)14(П), (М, ПЖ)	Эякуляция впервые с 14 лет, связанная с поллюцией (или мастурбацией, или половой жизнью)
П14–18 1/30	Поллюции с 14 до 18 лет 1 раз в 30 дней
М14–17 1/7	Мастурбация с 14 до 17 лет 1 раз в 7 дней
ПЖ17–18 № 3	Половая жизнь с 17 до 18 лет 3 контакта
РПЖ 27–НВ(33) 1/3	Регулярная (в юридическом или гражданском браке) половая жизнь с 27 до настоящего времени (33 года) 1 раз в 3 дня
Макс. эксц. № 6	Максимальное количество семяизвержений (эксцессов) за сутки — 6
Макс. абст. до 4 мес	Максимальная абстиненция (то есть полное отсутствие семяизвержений) до 4 мес
ФБС № 25 до 30'	Фрустрационно-болевого синдром 25 случаев длительностью до 30 мин
ФОБС (–)	Фрустрационно-отечно-болевого синдром отсутствует
Т: 16 удар боль слева 2 сут отек лев. яичка 7 сут	Травмы половых органов — в 16 лет после удара боль в области левого яичка до 2 сут и отек левого яичка в течение 7 сут
О: 24 аппенд.	Оперативное лечение в нижней части живота, паховых областях и мошонке — в 24 года аппендэктомия
И: 21ГН-КВД	Воспалительные заболевания урогенитального тракта — в 21 год острая гонорея, лечился в КВД
Бр (1) (–) до, вне (18 аборт)	Брак первый, в браке беременностей не было, беременности до брака и вне брака — в 18 лет аборт
Жена бр. (1) (–) до, вне (–)	У жены брак первый, в браке беременностей не было, беременностей до брака и вне брака не было
Кур.: 14-нв (32) № 17	Курение с 14 лет до настоящего времени (32 года) 17 сигарет в день
Алк.: 20–26 1/4 водка 200 г	Алкоголь с 20 до 26 лет 1 раз в 2 нед до 200 г водки
Дет.: корь, 10 л свинка	Детские инфекции: в раннем детстве — корь, в 10 лет — эпидемический паротит
Заб.: 17 б-нь Боткина	Заболевания в течение жизни — в 17 лет болезнь Боткина

Продолжение табл. 3

Аббревиатура	Расшифровка
Аллергия: топол. пух, ринит	Аллергия на тополиный пух, проявляющаяся ринитом
Вредн.: 22–26 угольн. пыль	Вредные для здоровья факторы в течение жизни — с 22 до 26 лет угольная пыль
<i>Осмотр</i>	
Р: 182	Рост 182 см
В: 74	Масса тела 74 кг
Р/В:	Росто-весовое соотношение
ВН: 98	Высота ноги 98 см
ТИ: 5	Трохантерный индекс 5 баллов по шкале Васильченко
ШП: 39	Ширина плеч 39 см
ШТ: 32	Ширина таза 32 см
ОВЛ: 6	Оволосение лобка 6 баллов по шкале Васильченко
	Состояние органов мошонки — лимфатические узлы в правой паховой области, гипотрофия правого яичка, утолщение правого придатка, округлое образование в области головки левого придатка, варикозное расширение вен в области тела и хвоста левого яичка II степени. Размеры яичек 12×8 и 45×34 мм, объем яичек 4,02 и 27,22 см ³ . Суммарный объем яичек — 31,24 см ³
<i>Заключение, рекомендации</i>	
ОЗС 2	Олигозооспермия II степени
ОАЗС 1	Олигоастенозооспермия I степени
АЗС	Астенозооспермия
СГ	Сперматогенез
Стим. СГ	Стимуляция сперматогенеза
ИСМ	Инсеминация спермой мужа
ИСД	Инсеминация спермой донора
тКСЦС	Тест контакта спермы с цервикальной слизью

Окончание табл. 3

Аббревиатура	Расшифровка
<i>Лечение</i>	
→	Планируется что-либо (лечение, диагностическое исследование, другое)
01.01.11 «	Лечение назначено 01.01.11
« » по 15.01.11	Лечение назначено и закончено 15.01.11
	Назначено лечение мужу и жене
<p>При назначении СТАНДАРТНОГО лечебного блока, как правило, нет необходимости подробно расписывать назначение каждого препарата. Достаточно лишь записать общий список назначенных ЛС или даже только название этого лечебного блока</p>	
<i>Лабораторные исследования</i>	
У	Мазок из уретры
П	Пальцевое исследование предстательной железы с микроскопией секрета простаты
Э	Исследование эякулята
Б/П	Бактериальный посев

ОБРАЗЕЦ БАЗЫ ДАННЫХ

В качестве примера мы приводим базу данных для ведения амбулаторно-поликлинического андрологического приема с использованием аббревиатуры (рис. 1–5).

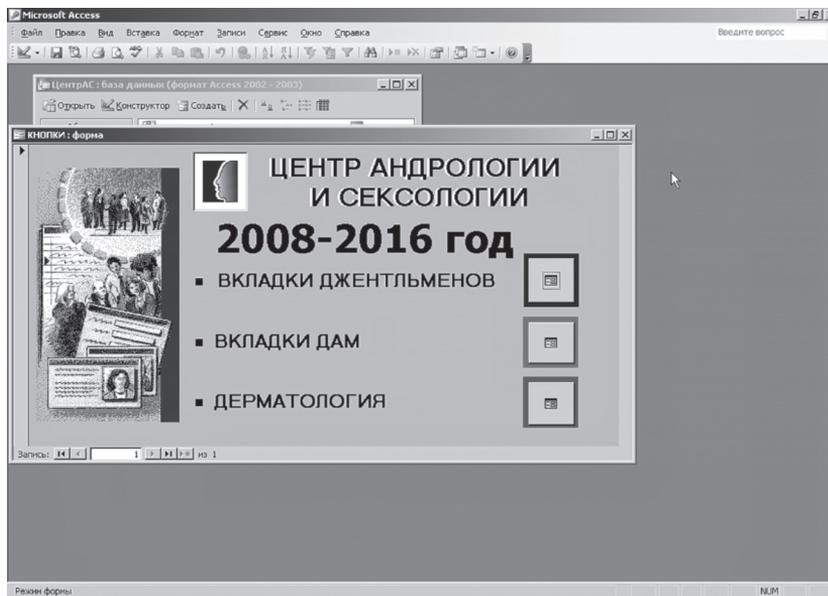


Рис. 1. Форма «Кнопки»

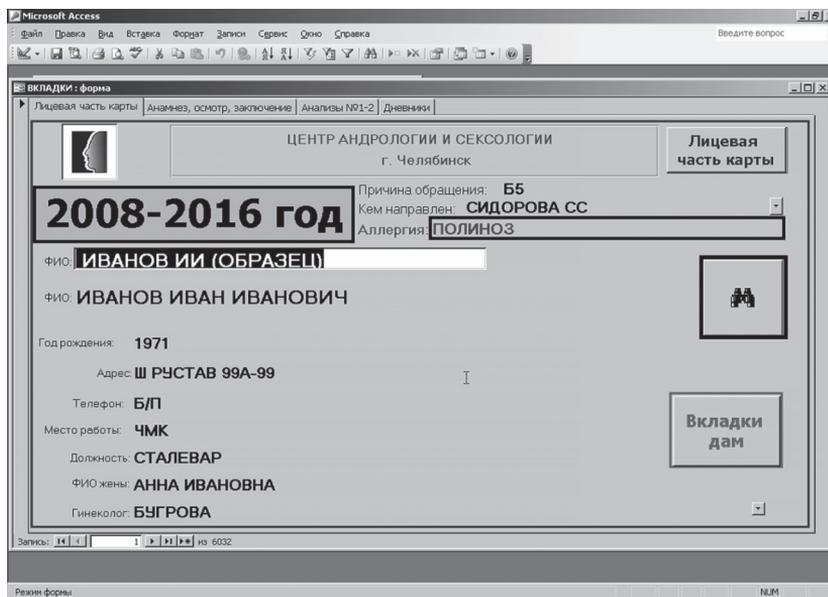


Рис. 2. Вкладка «Лицевая часть карты»

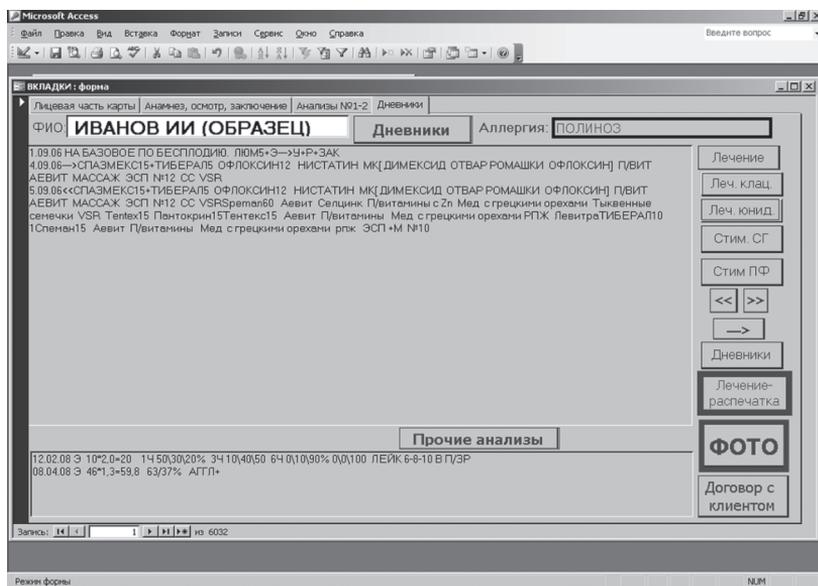


Рис. 5. Вкладка «Дневники»

В связи с использованием фотографирования лабораторных исследований и фиксации этих снимков в базе данных (с прикреплением их к соответствующему анализу пациента) в структуру программы входят вкладки фотофиксации лабораторных исследований. Эти фотографии могут быть также распечатаны и добавлены к выдаваемым на руки пациенту анализам (рис. 6–7).

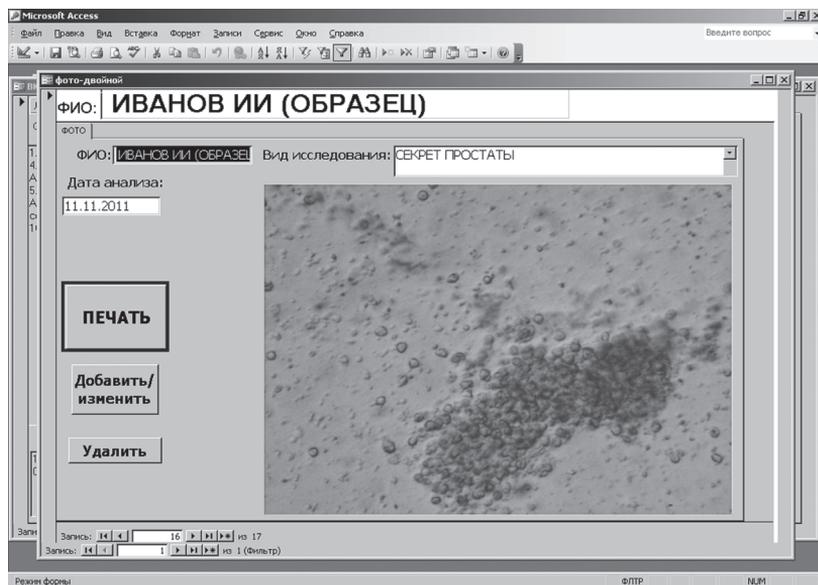


Рис. 6. Вкладка «Фото»

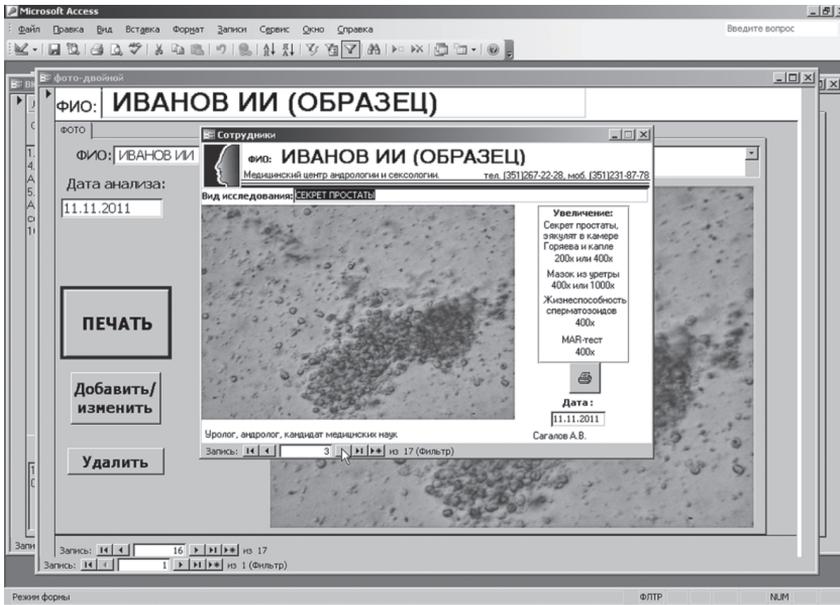


Рис. 7. Вкладка «Фото для печати»

При назначении лечения проводят его фиксацию в аббревиатурном варианте в поле «Дневники» и формируют развернутую запись в отдельной вкладке. Из нее же делают распечатку, выдаваемую на руки пациенту.

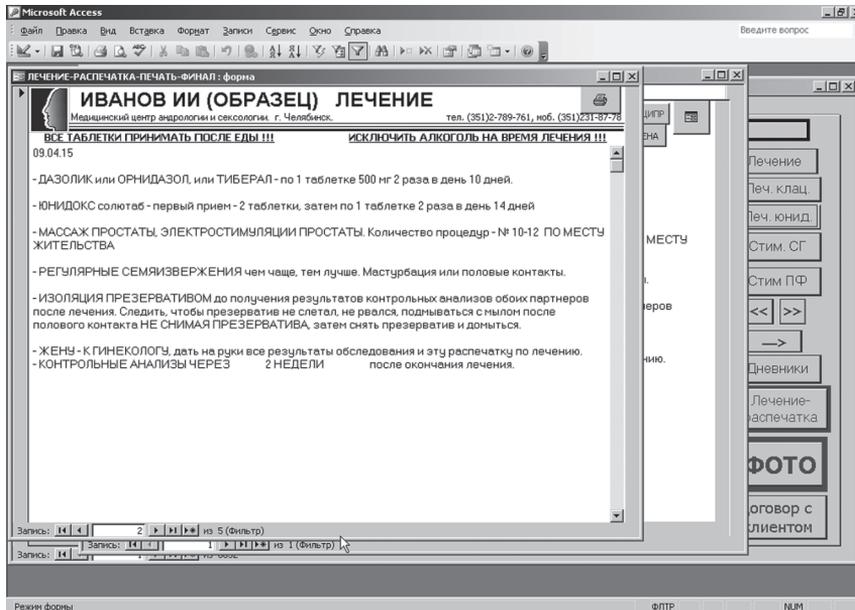


Рис. 8. Вкладка «Лечение для печати»

Вся информация по пациентам из базы данных может быть распечатана (развернутый вариант без использования аббревиатуры) для выдачи пациенту на руки или в другие лечебные учреждения (рис. 9–12).



АНАМНЕЗ, ОСМОТР

Медицинский центр андрологии и сексологии. г. Челябинск.

тел. (351)2-789-761, моб. (351)231-87-78

ФИО **ИВАНОВ ИВАН ИВАНОВИЧ**

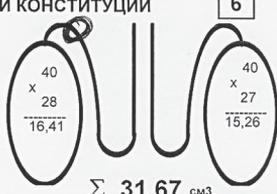
Год рождения **1971** Адрес **Ш РУСТАВ 99А-99**
 Место работы **ЧМК** Должность **СТАЛЕВАР**
 ФИО жены **АННА ИВАНОВНА**
 Причина обращения (Б-Бесплодие, Н-невывнашивание - ...лет) **Б5**

Жалобы: **НЕТ**

Адекватные эрекции впервые в **13 лет** **БАЛЛОВ ПОЛОВОЙ КОНСТИТУЦИИ** 5
 Эякуляция впервые в **14 лет** **БАЛЛОВ ПОЛОВОЙ КОНСТИТУЦИИ** 5
 Первая эякуляция связана с (П-поллюцией, М-мастурбацией, ПЖ-половой жизнью) **П**
 Поллюции (с... - по... лет .../раз в ...дней) **14-17 1/180 20-21 1/90**
 Мастурбация (с... - по... лет .../раз в ...дней) **14 №1 18-19 №5 24-25 1/7**
 Половая жизнь (с... - по... лет .../раз в ...дней) **17-19 1/10 РПЖ 21-24 1/3 ВСР 25-НВ (34) 1/3**
 Максимальный эксцесс **2** **БАЛЛОВ ПОЛОВОЙ КОНСТИТУЦИИ** 2
 Максимальная абстиненция (мес.) **2 МЕС**
 Фрустрационно-болевого и фрустрационно-отечно-болевого синдром **Нет**
 Травмы половых органов **Нет**
 Операции н/живота, пол. органов **Нет**
 Инфекции пол. органов **29 ЛЕТ КАМЕНЬ В ЛЕВОЙ ПОЧКЕ - ДЛТ, СЕЙЧАС - В НОРМЕ. 32 ХР ПРОСТАТИТ-САНАЦИЯ**
 Брак по счету **2** Беременности в браке - возраст (А-аборт Р-роды В-выкидыш) **Нет**
 Беременности вне брака - возраст (А-аборт Р-роды В-выкидыш) **18А, 21Р**
 Беременности жены в браке - возраст (А-аборт Р-роды В-выкидыш) **Нет**
 Беременности жены вне брака - возраст (А-аборт Р-роды В-выкидыш) **Нет**
 Курение более 20 сигарет в сутки **Нет** Алкоголь более 100 гр. водки 1 раз в неделю **Нет**
 Эпидемический паротит (свинка) **Нет**
 Заболевания в течение жизни **14 ЗЧМТ БЕЗ ОСЛОЖНЕНИЙ**
 Вредные условия жизни, работы, службы в армии **27-32 ГОРЯЧИЙ СТАЖ (ПЫЛЬ, ГАЗ, ВЫСОКАЯ ТЕМПЕРАТУРА)**
 Аллергия ПОЛИНОЗ

РОСТ **176** ВЕС **89** РОСТ/ВЕС **27,14** % ВЫСОТА НОГИ (см) **89**
 ТРОХАНТЕРНЫЙ ИНДЕКС **1,98** **БАЛЛОВ ПОЛОВОЙ КОНСТИТУЦИИ** 7
 ШИРИНА ПЛЕЧ(см) **38** ШИРИНА ТАЗА(см) **32**
 ОВОЛОСЕНИЕ ЛОБКА **6** **БАЛЛОВ ПОЛОВОЙ КОНСТИТУЦИИ** 6
 ДЛИНА ПРАВОГО ЯИЧКА(мм) **40** ШИРИНА ПРАВОГО ЯИЧКА (мм) **28**
 ДЛИНА ЛЕВОГО ЯИЧКА(мм) **40** ШИРИНА ЛЕВОГО ЯИЧКА(мм) **27**
 ОБЪЕМ ПРАВОГО ЯИЧКА (см3) **16,41** ОБЪЕМ ЛЕВОГО ЯИЧКА(см3) **15,26**

ОБЪЕМ ЯИЧЕК (см3) **31,67**



Σ **31,67** см3

АНАТОМИЧЕСКИЕ ДЕФЕКТЫ **КИСТА ГОЛОВКИ ПРАВ. ПРИДАТКА 0,5x0,5 СМ, ОЖИРЕНИЕ 0-1 СТЕПЕНИ**
ПОЛОВАЯ КОНСТИТУЦИЯ по Васильченко (1-3 - низкая 4-6 - средняя 7-9 - высокая) 5
 Дата: **04.09.2006**

Рис. 9. Анамнез, осмотр

ИССЛЕДОВАНИЕ ЭЯКУЛЯТА		
 Медицинский центр андрологии и сексологии. г. Челябинск.		тел. (351)2-789-761, моб. (351)231-87-78
ФИО	ИВАНОВ ИИ (ОБРАЗЕЦ)	Дата исследования 11.11.2011
Параметры		Воздержание 2,5 сут. Обнаружено
ДЕФЕКТ ПОЛУЧЕНИЯ	НЕТ	НЕТ
Цвет	Серовато-белый	Серовато-белый
Мутность	Специфический мутный	Специфический мутный
Запах	Специфический	Специфический
pH		7,2 и более
Количество сперматозоидов в 1 мл	54 млн./мл	15 млн./мл и более
Объем эякулята	3,8 мл	1,5 - 6 мл
Общее количество сперматозоидов	205,2 млн.	39 млн. и более
Количество сперматозоидов на 1 см ³ яичка в сутки	2,592 млн./см ³ *сут.	Не менее 0,5 млн./см ³ *сут.
Кинезиграмма через 1 час после получения эякулята (термостатирование при t 36,6oC)		
Прогрессивно подвижные (PR)	29 %	32%
Непрогрессивно подвижные (NP)	7 %	8%
Неподвижные (IM)	64 %	60%
Скоростные параметры (высокие - (+++) - более 6,0 мм/мин, средние - (++) - 3,0-6,0 мм/мин, низкие - (+) - менее 3,0 мм/мин)	++/+	+++ / ++
Вязкость	0 см.	0 - 0,5 см
Агглютинация, агрегация ((+) - низкая, (++) - умеренная, (+++) - высокая)	++	Нет
Жизнеспособность	76 %	58%
Кинезиграмма через 3 часа после получения эякулята (термостатирование при t 36,6oC)		
Прогрессивно подвижные (PR)	19 %	15%
Непрогрессивно подвижные (NP)	9 %	15%
Неподвижные (IM)	72 %	70%
Скоростные параметры	++	++
Вязкость	0 см.	0 - 0,5 см
Агглютинация, агрегация	++	Нет
Кинезиграмма через 6 часов после получения эякулята (термостатирование при t 36,6oC)		
Прогрессивно подвижные (PR)	7 %	5%
Непрогрессивно подвижные (NP)	6 %	5%
Неподвижные (IM)	87 %	90%
Скоростные параметры	+++ / ++	+
Вязкость	0 см.	0 - 0,5 см
Агглютинация, агрегация	+	Нет
Кинезиграмма через 24 часа после получения эякулята (термостатирование при t 36,6oC)		
Прогрессивно подвижные (PR)	0 %	0-1% в капле
Непрогрессивно подвижные (NP)	0 %	0-1% в капле
Неподвижные (IM)	100 %	99-100%
Скоростные параметры		+
Вязкость	0 см.	0 - 0,5 см
Агглютинация, агрегация	Нет	Нет
Жизнеспособность	32 %	20%
Цитологическое исследование эякулята		
Клетки сперматогенеза:	Ед. в п/зр.	До 1 млн/мл
Спермиофаги	Нет	Нет
Эпителиальные клетки	Ед. в п/зр.	Ед. в п/зрения
Гиалиновые шары (амилоидные тельца)	Нет	Нет
Лецитиновые зерна (липидные тельца)	Умеренное кол-во	Умеренное кол-во
Кристаллы Беттхера	Нет	Нет
Лейкоциты	2,1 МЛН/МЛ	До 1 млн/мл
Эритроциты	Нет	Нет
Слизь	Нет	Нет

Рис. 10. Исследование эякулята, стр. 1

		Морфология сперматозоидов		
Патологические формы		21	%	30% или 96% по строгим критериям Крюгера
Патология головки		3	%	
		0	%	
		0	%	
Патология шейки		7	%	
Патология хвоста		11	%	
		0	%	
Юные формы		6	%	
Бактериоскопическое исследование эякулята				
Gn				Нет
Trichomonas vaginalis				Нет
Флора				Нет
Бактериологическое исследование эякулята				
St. epidermidis, St. saprophiticus				До 10 ³ КОЕ/мл
Другая аэробная флора				До 10 ⁴ КОЕ/мл
Анаэробная флора				Нет
MAR - тест (Ig G)		1	%	До 50%
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	<p>КОЛИЧЕСТВЕННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЭЯКУЛЯТА:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ОБЩЕЕ КОЛИЧЕСТВО СПЕРМАТОЗОИДОВ В НОРМЕ. - КОНЦЕНТРАЦИЯ СПЕРМАТОЗОИДОВ В НОРМЕ. <p>КАЧЕСТВЕННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЭЯКУЛЯТА:</p> <ul style="list-style-type: none"> - КАЧЕСТВЕННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ [ПОДВИЖНОСТЬ, ЖИЗНЕСПОСОБНОСТЬ, СКОРОСТНЫЕ ПАРАМЕТРЫ] СПЕРМАТОЗОИДОВ ЧЕРЕЗ 1 ЧАС ПОСЛЕ ПОЛУЧЕНИЯ ЭЯКУЛЯТА СЛЕГКА СНИЖЕНЫ. - КАЧЕСТВЕННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ СПЕРМАТОЗОИДОВ ЧЕРЕЗ 3 И 6 ЧАСОВ ПОСЛЕ ПОЛУЧЕНИЯ ЭЯКУЛЯТА СЛЕГКА СНИЖЕНЫ. - ПОКАЗАТЕЛИ ЧЕРЕЗ 24 ЧАСА В ПРЕДЕЛАХ НОРМЫ. <p>ЛЕЙКОСПЕРМИЯ. ВЫРАЖЕННАЯ АГГЛЮТИНАЦИЯ СПЕРМАТОЗОИДОВ.</p> <p>ЗАКЛЮЧЕНИЕ: АСТЕНОЗОСПЕРМИЯ 1 СТЕПЕНИ. КАЧЕСТВЕННЫЕ ПАРАМЕТРЫ СПЕРМАТОЗОИДОВ ПРИ ДИНАМИЧЕСКОМ НАБЛЮДЕНИИ СЛЕГКА СНИЖЕНЫ. ЛЕЙКОСПЕРМИЯ. ВЫРАЖЕННАЯ АГГЛЮТИНАЦИЯ СПЕРМАТОЗОИДОВ.</p>			
Уролог, андролог, кандидат медицинских наук		/САГАЛОВ А.В./		

Рис. 10. Исследование эякулята, стр. 2

	МАЗОК ИЗ УРЕТРЫ	
	Медицинский центр андрологии и сексологии. г. Челябинск.	тел. (351)2-789-761, моб. (351)231-87-78
ФИО ИВАНОВ ИИ (ОБРАЗЕЦ)		
Лейкоциты:	40-60 ДИФФУЗНО В П/ЗРЕНИЯ	
Гонококки:	НЕТ	
Трихомонады:	НЕТ	
Флора:	СКУДНО КОККИ	
Заключение:	КАРТИНА ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ АКТИВНОСТИ.	
Дата: 11.11.2011		
Уролог, андролог, кандидат медицинских наук		Сагалов А.В.

Рис. 11. Мазок из уретры, стр. 1

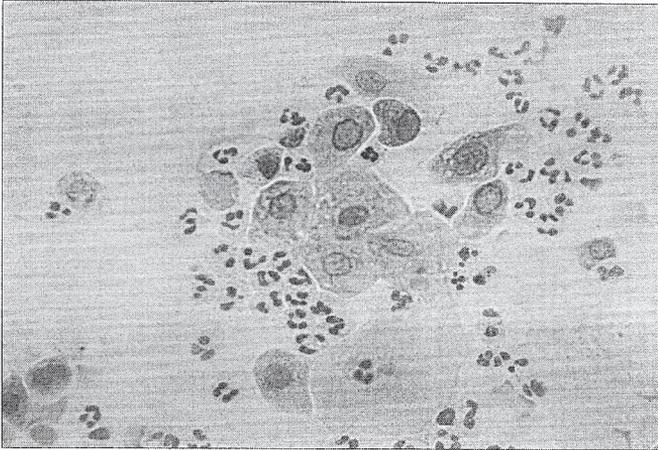
	ФИО: ИВАНОВ ИИ (ОБРАЗЕЦ)	
	Медицинский центр андрологии и сексологии.	тел. (351)267-22-28, моб. (351)231-87-78
Вид исследования: МАЗОК ИЗ УРЕТРЫ		
	Увеличение: Секрет простаты, эякулят в камере Горяева и капле 200x или 400x Мазок из уретры 400x или 1000x Жизнеспособность сперматозоидов 400x MAR-тест 400x	
	Дата : 11.11.2011	
Уролог, андролог, кандидат медицинских наук		Сагалов А.В.

Рис. 11. Мазок из уретры, стр. 2

	СЕКРЕТ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	
	Медицинский центр андрологии и сексологии. г. Челябинск.	тел. (351)2-789-761, моб. (351)231-87-78
ФИО ИВАНОВ ИИ (ОБРАЗЕЦ)		
Состояние железы:	<input type="text"/>	
МИКРОСКОПИЯ СЕКРЕТА ПРОСТАТЫ		
Соотношение элементов: 0 - нет, 1 - небольшое кол-во, 2 - умеренное кол-во, 3 - большое кол-во, 4 - очень большое кол-во		
Количество секрета:	3 (БОЛЬШОЕ КОЛ-ВО)	
Лейкоциты:	2 (УМЕРЕННОЕ КОЛ-ВО) ДИФФУЗНО В П/ЗРЕНИЯ И В СЛЕПКАХ	
Слепки:	2-3 (БОЛЬШОЕ КОЛ-ВО) ИЗ ЛЕЦ. ЗЕРЕН, ЭПИТЕЛИЯ И ЛЕЙКОЦИТОВ	
Лецитиновые зерна:	2 (УМЕРЕННОЕ КОЛ-ВО)	
Эпителий:	0-1 (ЕД. В П/ЗРЕНИЯ)	
Гиалиновые и лецитиновые шары:	0 (НЕТ)	
Слизь:	0 (НЕТ)	
Заключение:	КАРТИНА ХР. ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ АКТИВНОСТИ. СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ ЗАСТОЙНЫЕ ЯВЛЕНИЯ В ЖЕЛЕЗЕ.	
Дата:	11.11.2011	
Уролог, андролог, кандидат медицинских наук	Сагалов А.В.	

Рис. 12. Секрет простаты, стр. 1

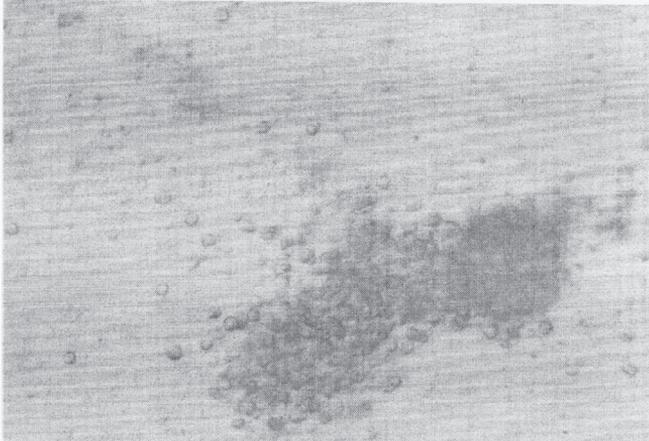
	ФИО: ИВАНОВ ИИ (ОБРАЗЕЦ)	
	Медицинский центр андрологии и сексологии.	тел. (351)267-22-28, моб. (351)231-87-78
Вид исследования:	СЕКРЕТ ПРОСТАТЫ	
	Увеличение:	
	Секрет простаты, эякулят в камере Горяева и капле 200x или 400x Мазок из уретры 400x или 1000x Жизнеспособность сперматозоидов 400x MAR-тест 400x	
Уролог, андролог, кандидат медицинских наук	Дата : 11.11.2011 Сагалов А.В.	

Рис. 12. Секрет простаты, стр. 2

После комплексного обследования по поводу планируемой беременности в браке формируется финальное заключение (рис. 13).

	ЗАКЛЮЧЕНИЕ
Медицинский центр андрологии и сексологии. г. Челябинск.	тел. (351)2-789-761, моб. (351)231-87-78
ФИО: ИВАНОВ ИИ (ОБРАЗЕЦ)	
Количественные показатели эякулята: В НОРМЕ, ЛЕЙКОСПЕРМИЯ	
Качественные показатели эякулята через 1 час: АСТЕНОЗОСПЕРМИЯ 1 СТЕПЕНИ	
Качественные показатели эякулята при динамическом наблюдении (через 3.6.24 часа): СЛЕГКА СНИЖЕНЫ	
Половая конституция: СРЕДНЯЯ	Баллов половой конституции: 4,8
Воспалительные процессы и инфекции урогенитального тракта: ХР. КОНГЕСТИВНЫЙ СЛАБОАКТИВНЫЙ УРЕТРОПРОСТАТИТ	
МИКОПЛАЗМОЗ	
Бактериальное носительство:	
Прочие заболевания УГТ: КИСТА ГОЛОВКИ ПРАВОГО ПРИДАТКА	
Нарушения развития и образа жизни: ОЖИРЕНИЕ 0-1 СТЕПЕНИ	
В ПЛАНЕ 1: САНАЦИЯ	
2:	
3:	
Дата заключения: 04.09.2006	
Уролог, андролог, кандидат медицинских наук	Сагалов А.В.

Рис. 13. Заключение



В заключение хочется отметить, что **мы** не считаем написанную и используемую **нами** базу данных истиной в последней инстанции. С точки зрения технического исполнения, любой специалист по написанию аналогичных программ найдет массу дефектов и недочетов. **Мы** просто привели пример **ПРАКТИЧЕСКОГО** использования компьютеризации работы врача с пациентом. И именно поэтому патент, полученный **нами** на созданную базу данных, **мы** считаем, если можно так выразиться, честно заработанным (рис. 14).

Рис. 14. Патент на базу данных «Амбулаторная карта андрологического больного»