



---

**Кемеровская государственная  
медицинская академия**

---

**КРАТКОЕ РУКОВОДСТВО  
К ПРАКТИЧЕСКИМ ЗАНЯТИЯМ  
ПО ПРОПЕДЕВТИКЕ  
ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ**

**I**

**Кемерово – 2006**

ГОУ ВПО КЕМЕРОВСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ  
ФЕДЕРАЛЬНОГО АГЕНТСТВА ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ И СОЦИАЛЬНОМУ РАЗВИТИЮ

# **КРАТКОЕ РУКОВОДСТВО К ПРАКТИЧЕСКИМ ЗАНЯТИЯМ ПО ПРОПЕДЕВТИКЕ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ (часть 1)**

**издание второе, исправленное**

Рекомендуется Учебно-методическим объединением по медицинскому и фармацевтическому образованию вузов России в качестве учебного пособия для студентов, обучающихся по специальностям 040100 - Лечебное дело, 040200 - Педиатрия, 040300 - Медико-профилактическое дело, 040400 - Стоматология

**Кемерово - 2006**

**Краткое руководство к практическим занятиям по пропедевтике внутренних болезней (часть 1).** Под ред. Протасовой Т.В. Издание второе, исправленное. Кемерово, 2006. - 183 с.

**СОСТАВИТЕЛИ:**

д.м.н., доц., зав. кафедрой Раскина Т.А., к.м.н., доц. Протасова Т.В., к.м.н., доц. Шелихов В.Г., к.м.н., асс. Плотникова Е.Ю., к.м.н., асс. Булаев В.М., асс. Малышенко О.С., асс. Сафиулина Р.З., асс. Лебедева Н.И.

Под редакцией к.м.н., доц. Протасовой Т. В.

**РЕЦЕНЗЕНТЫ:**

- Зав. кафедрой терапии ФУВа Сибирского государственного медицинского университета, д.м.н., профессор Э.И. Белобородова
- Зав. кафедрой внутренних и профессиональных болезней Новосибирской медицинской академии, д.м.н., профессор Л. А. Шпагина

Авторы выражают признательность за труд по ознакомлению и ценные замечания при подготовке данного учебного пособия

к.м.н. Побережной Т.Э.,  
к.м.н., доц. Зинчук Л.И.,  
к.м.н., доц. Востриковой Е.А.,  
к.м.н., доц. Тачковой О.А.,  
к.м.н., доц. Рубис И.Р.

© Кемеровская государственная медицинская академия, 2006

## 1. ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие	4
1 Схема обследования больного. Расспрос больного, диагностическое значение. История болезни	5
2 Наружное исследование	11
3 Семиотика заболеваний системы дыхания. Исследование верхних дыхательных путей. Осмотр и пальпация грудной клетки	19
4 Сравнительная и топографическая перкуссия легких	27
5 Аускультация легких	31
6 Лабораторные и функциональные методы исследования в пульмонологии	39
7 Основные клинические синдромы в пульмонологии	42
8 Хронические обструктивные болезни легких	54
9 Пневмонии. Абсцесс легкого	66
10 Плевриты. Рак легких	76
11 Семиотика заболеваний сердечно-сосудистой системы. Исследование периферических сосудов. Измерение АД	81
12 Осмотр, пальпация, перкуссия области сердца	90
13 Аускультация сердца	96
14 Электрокардиография. Нормальная ЭКГ. Признаки гипертрофии отделов сердца	109
15 Электрокардиография. Нарушения ритма и проводимости	119
16 Электрокардиограмма при ИБС	137
17 Основные синдромы при заболеваниях сердечно-сосудистой системы	142
18 Гипертоническая болезнь. Симптоматические артериальные гипертензии	153
19 Атеросклероз. ИБС. Стенокардия. Инфаркт миокарда	163
20 Расспрос и осмотр больных с пороками сердца	172

## ПРЕДИСЛОВИЕ

Qui bene diagnoscit, bene curat.  
(Кто хорошо диагностирует, хорошо лечит)

Пропедевтика внутренних болезней – это основы клинической диагностики внутренних болезней, первый предмет, вводящий студента в клинику. Термин «пропедевтика» происходит от греч. *propaideuō* (обучаю предварительно). Целью дисциплины является формирование основы знаний по диагностике внутренних болезней. В рамках этой цели решаются следующие задачи:

1. овладение основными физическими методами исследования больного;
2. изучение основных симптомов и синдромов, встречающихся в клинике внутренних болезней;
3. изучение наиболее часто встречающихся болезней внутренних органов (классическое течение).

Распознать болезнь можно только по ее признакам (симптомам). Умение выделить, проанализировать и правильно оценить симптом дает врачу возможность распознать синдром или симптомокомплекс, целенаправленно продвигаясь к нозологическому диагнозу. Нередко в практической деятельности приходится длительное время основываться на синдромологическом диагнозе, который служит обоснованием выбора тактики ведения больного. Поэтому молодому врачу важно выработать принципы клинического мышления.

В предлагаемом учебном пособии излагаются основные сведения о семиотике, этиопатогенезе и диагностике заболеваний, представлены основные современные классификации заболеваний внутренних органов. Основной задачей предлагаемого учебного пособия является конспективное изложение теоретического материала с синдромным подходом к диагностике заболеваний.

К каждой теме даны тестовые задания, позволяющие контролировать усвоение основных теоретических сведений.

Предлагаемое пособие не подменяет современных руководств по внутренним болезням и не может заменить глубокое и систематическое изучение учебников по курсу пропедевтики внутренних болезней, а является дополнительным материалом, помогающим будущим врачам на начальном этапе клинической подготовки овладеть клиническим мышлением.

Авторы будут благодарны всем студентам и преподавателям за все замечания, направленные на улучшение содержания и формы данного учебного пособия.

## 1. СХЕМА ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО. РАССПРОС БОЛЬНОГО, ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ. ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ.

**ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ:** познакомиться со схемой обследования больного и написания академической истории болезни, значением истории болезни как научно-медицинского и юридического документа, овладеть методикой расспроса больного.

**СТУДЕНТ ДОЛЖЕН ЗНАТЬ:**

1. схему обследования больного;
2. последовательность проведения субъективного исследования больного;
3. последовательность заполнения паспортной части, диагностическое значение общих сведений о больном;
4. правила сбора жалоб, их значение и детализацию;
5. последовательность описания истории настоящего заболевания, значение;
6. последовательность описания истории жизни больного, значение;
7. значение истории болезни как научно-медицинского и юридического документа.

**СТУДЕНТ ДОЛЖЕН УМЕТЬ:**

1. заполнить паспортную часть истории болезни;
2. правильно собрать жалобы;
3. последовательно собрать историю заболевания;
4. последовательно собрать историю жизни больного.

**СТУДЕНТ ДОЛЖЕН ОВЛАДЕТЬ ПРАКТИЧЕСКИМИ НАВЫКАМИ:**

1. расспроса больного;
2. записи данных расспроса в историю болезни.

### 1. ВОПРОСЫ ТЕРМИНОЛОГИИ

Трудности овладения расспросом начинаются с разночтения некоторых терминов, поэтому целесообразно начать с определения основных понятий.

**Расспрос** – метод клинического обследования путем вербального контакта между врачом и пациентом, а также с лицами, которые могут располагать информацией, имеющей практическое значение для диагностики.

**Жалобы** – сведения, сообщаемые больным о неприятных или необычных ощущениях, отмечаемых им в момент общения с врачом или ставших поводом для его обращения за медицинской помощью.

**История настоящего заболевания** (анамнез болезни, *anamnesis morbi*) – сведения о развитии заболевания от момента появления первых симптомов до момента обследования.

**История жизни** (анамнез жизни, *anamnesis vitae*) – сведения о жизни больного от рождения до настоящего момента, имеющие значение для диагностики, лечения пациента и определения прогноза. Историю жизни называют «медицинской биографией пациента».

### 2. ЦЕЛИ РАССПРОСА

Успех любой деятельности невозможен без ясного понимания ее цели. Как и любой метод обследования, расспрос имеет своей целью получение следующей информации:

- данных, необходимых для диагностики;
- сведений, без которых невозможна адекватная терапия (например, сведения о пищевой и медикаментозной аллергии, диагностированных ранее хронических заболеваниях);
- информации, обеспечивающей адекватность поведения врача в конкретной ситуации (например, уточнить мотивы обращения за медицинской помощью).

## 4. СРАВНИТЕЛЬНАЯ И ТОПОГРАФИЧЕСКАЯ ПЕРКУССИЯ ЛЕГКИХ

**ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ:** освоить методику и технику сравнительной и топографической перкуссии легких; интерпретировать симптомы, выявляемые при перкуссии легких.

**СТУДЕНТ ДОЛЖЕН ЗНАТЬ:**

1. клиническую топографию грудной клетки;
2. сущность перкуссии как метода исследования пациента;
3. классификацию перкуссии по способам выполнения, цели, силе перкуторного звука, глубине;
4. технику и правила перкуссии;
5. особенности сравнительной перкуссии легких;
6. порядок выполнения сравнительной перкуссии;
7. методику топографической перкуссии легких – определение:
  - высоты стояния верхушек легких;
  - ширины полей Кренига;
  - ширины корней легких;
  - нижних границ легких;
  - подвижности нижнего легочного края справа и слева;
8. виды перкуторного звука в норме;
9. физические свойства перкуторных звуков;
10. данные топографической перкуссии в норме;
11. механизм возникновения и диагностическое значение появления над легкими притупленного, притупленно-тимпанического, тупого, коробочного, тимпанического, металлического перкуторного звука;
12. механизм и диагностическое значение изменений данных топографической перкуссии.

**СТУДЕНТ ДОЛЖЕН УМЕТЬ:**

1. правильно выполнять перкуторный удар;
2. различать виды перкуторного звука;
3. интерпретировать симптомы, полученные при сравнительной и топографической перкуссии.

**СТУДЕНТ ДОЛЖЕН ОВЛАДЕТЬ ПРАКТИЧЕСКИМИ НАВЫКАМИ:**

1. сравнительной перкуссии легких и оформления заключения;
2. топографической перкуссии легких и оформления заключения;
3. обследования пациента с патологией органов дыхания.

### 1. ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ О ПЕРКУССИИ

**Перкуссия** (от лат. *percussio* - постукивание) основана на постукивании по поверхности тела обследуемого с оценкой характера возникающих при этом звуков.

При постукивании в подлежащих тканях и органах возникают колебания, которые передаются окружающему воздуху и воспринимаются ухом как звук.

#### 1.1. Классификация перкуссии

- I. По способам выполнения:
  1. опосредованная (по плессиметру);
  2. непосредственная (непосредственно по поверхности тела).
- II. По целям:
  1. сравнительная (сравнивают звук на симметричных участках грудной клетки);
  2. топографическая (определение границ органов, их величины и формы).

- жизненную емкость легких (**ЖЕЛ**) – максимальный объем выдоха вслед за максимальным вдохом (3200 – 4800 мл, снижается при рестриктивной и обструктивной ДН).
2. Динамические объемы:
- форсированная жизненная емкость легких (**ФЖЕЛ**) – максимальный объем выдоха с максимально возможной силой и скоростью после максимального вдоха (снижается при обструктивной ДН);
  - объем форсированного выдоха за 1сек (**ОФВ<sub>1</sub>**) – объем воздуха, который может быть изгнан с максимальным усилием в течение первой секунды после глубокого вдоха, выражается в процентах от ЖЕЛ (в норме – 75%, снижается при обструктивной ДН);
  - отношение ОФВ<sub>1</sub> / ФЖЕЛ (**индекс Тиффно**) выражают в % (в норме – не менее 70%, снижается при обструктивной ДН, увеличивается при рестриктивной ДН).
3. Интенсивность легочной вентиляции:
- минутный объем дыхания (**МОД** = ЧО × ЧД, в норме – около 5 л);
  - максимальная вентиляция легких (**МВЛ**) – объем воздуха в минуту, вентилируемый при максимальном напряжении дыхания; в норме 80 – 200 л/мин).

#### 4.2. Пневмотахометрия и пневмотахография

##### Регистрируют:

1. объемную скорость форсированного вдоха и выдоха (в норме 5–7 л/сек);
2. объемную скорость вдоха и выдоха при спокойном дыхании (в норме 300–500 мл /сек).  
Скоростные показатели снижаются при бронхиальной обструкции.

#### 4.3. Пикфлоуметрия

Регистрируют пиковую скорость выдоха.

Нормативные показатели зависят от возраста, пола, роста пациента и от модели используемого пикфлоуметра.

## 7. ОСНОВНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ В ПУЛЬМОНОЛОГИИ

**ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ:** научить выявлять основные синдромы при заболеваниях системы дыхания.

**СТУДЕНТ ДОЛЖЕН ЗНАТЬ:**

1. Жалобы больных, данные наружного исследования, осмотра и пальпации грудной клетки, перкуссии и аускультации легких, характерные для синдромов:
  - бронхиального раздражения;
  - нарушения бронхиальной проходимости (в том числе синдрома бронхоспазма);
  - обтурационного ателектаза (полного и неполного);
  - уплотнения легочной ткани ( долевого и очагового);
  - повышенной воздушности легочной ткани (эмфиземы легких);
  - полости в легком (заполненной, частично заполненной, пустой);
  - скопления воздуха в плевральной полости (пневмоторакса);
  - скопления жидкости в плевральной полости (гидроторакса);
  - компрессионного ателектаза;
  - раздражения плевры;
  - фиброторакса;
  - недостаточности функции внешнего дыхания.

## 10. ПЛЕВРИТЫ. РАК ЛЕГКИХ

**ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ:** Научить студентов клиническому обследованию больных с плевритами и раком легкого, закрепить знания по диагностике этих заболеваний.

**СТУДЕНТ ДОЛЖЕН ЗНАТЬ:**

1. определение понятия «плеврит» и «рак легкого», основные представления об их этиопатогенезе;
2. классификацию плевритов;
3. синдромы, составляющие клиническую картину сухого и экссудативного плевритов;
4. механизм возникновения симптомов при сухом и экссудативном плевритах;
5. клиническую картину плевритов;
6. наиболее информативные лабораторные и инструментальные методы исследования при плевритах;
7. классификацию рака легких;
8. синдромы, составляющие клиническую картину рака легкого;
9. механизм возникновения симптомов при раке легкого;
10. клиническую картину рака легкого;
11. наиболее информативные лабораторные и инструментальные методы исследования при раке легкого;
12. современные принципы лечения плевритов и рака легкого.

**СТУДЕНТ ДОЛЖЕН УМЕТЬ:**

1. проводить физическое исследование больных с плевритами и раком легкого;
2. выделять основные клинические синдромы при плевритах и раке легкого (центральном и периферическом);
3. составлять план дополнительных наиболее информативных исследований при указанных заболеваниях;
4. правильно интерпретировать результаты дополнительных методов исследований (анализ мокроты, плевральной жидкости, данные спирографии, ПТМ, рентгенографии органов грудной клетки);
5. на основании выделенных синдромов сформулировать диагноз;
6. правильно оформлять историю болезни.

**СТУДЕНТ ДОЛЖЕН ОВЛАДЕТЬ ПРАКТИЧЕСКИМИ НАВЫКАМИ:**

1. обследования пациента с плевритами и раком легкого и оформления заключения;
2. назначения информативных дополнительных методов исследования при указанных заболеваниях.

### 1. ПЛЕВРИТЫ

**Плеврит (pleuritis)** — воспаление плевральных листков, проявляющееся двумя основными клиническими вариантами: образованием на их поверхности фибриновых наложений — сухой, фибриновый плеврит (pleuritis sicca), или скоплением в плевральной полости экссудата — выпотной, экссудативный плеврит (pleuritis exsudativa).

#### 1.1. Этиопатогенез

**Этиология.** Плеврит как самостоятельное заболевание встречается редко (мезотелиома плевры, туберкулезный плеврит без поражения легочной ткани); как правило, он служит проявлением или осложнением других заболеваний (массивная пневмония, гнойные заболевания легких, легочный туберкулез, злокачественные новообразования органов грудной клетки, ревматизм и другие системные заболевания соединительной ткани, травма грудной клетки, постинфарктный синдром Дресслера и др.).

Изменения границ сердца		Причины	Заболевания и синдромы
Абсолютная сердечная тупость	Расширение	Дилатация ПЖ	Митральный стеноз Легочное сердце Недостаточность трикуспидального клапана
		Экстракардиальные причины	Высокое стояние диафрагмы Сморщивание краев легких Гидроперикард Опухоль заднего средостения, (приближает сердце к передней грудной стенке)
	Уменьшение	Экстракардиальные причины	Эмфизема легких Левосторонний или правосторонний пневмоторакс Низкое стояние диафрагмы (у астеников)

### 13. АУСКУЛЬТАЦИЯ СЕРДЦА

**ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ:** освоить методику и технику аускультации сердца; правильно интерпретировать симптомы, выявляемые при аускультации сердца.

**СТУДЕНТ ДОЛЖЕН ЗНАТЬ:**

1. клиническую топографию грудной клетки;
2. структуру сердечного цикла;
3. места проекции клапанов сердца на переднюю грудную стенку;
4. точки выслушивания клапанов сердца;
5. правила аускультации сердца;
6. происхождение тонов сердца;
7. характеристику нормальных тонов сердца;
8. изменения тонов сердца, их механизм и диагностическое значение;
9. ритм галопа (пресистолический, протодиастолический, суммационный, систолический), ритм перепела;
10. происхождение шумов сердца;
11. классификацию сердечных шумов;
12. характеристику шумов;
13. особенности аускультации при выслушивании шумов;
14. диагностическое значение шумов;
15. свойства функциональных и органических шумов сердца;
16. экстракардиальные шумы: происхождение, характеристика, диагностическое значение.

**СТУДЕНТ ДОЛЖЕН УМЕТЬ:**

1. проводить расспрос, наружное исследование, исследование системы дыхания, исследование сосудов, осмотр, пальпацию, перкуссию сердца;
2. различить тоны сердца по громкости;
3. интерпретировать симптомы, полученные при аускультации сердца.

**СТУДЕНТ ДОЛЖЕН ОВЛАДЕТЬ ПРАКТИЧЕСКИМИ НАВЫКАМИ:**

1. аускультации сердца и оформления заключения;
2. дифференцирования тонов и шумов сердца.

левой ножки расщепляется потому, что правый желудочек сокращается раньше левого, и легочные клапаны замыкаются раньше аортальных – в противовес нормальным соотношениям. Расщепление сильнее выражено во время выдоха и исчезает или уменьшается во время вдоха, когда смыкание легочных клапанов физиологически задерживается, и в таком случае легочный и аортальный компоненты II тона приближаются друг к другу.

## 16. ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММА ПРИ ИБС

**ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ:** научить расшифровке и оценке данных ЭКГ при инфаркте миокарда (ИМ), аневризме сердца, приступе стенокардии и хронической ИБС.

**СТУДЕНТ ДОЛЖЕН ЗНАТЬ:**

1. ЭКГ- признаки ишемии, повреждения и некроза миокарда;
2. классификацию ИМ;
3. ЭКГ при ИМ без зубца Q и при Q-образующем ИМ;
4. ЭКГ по стадиям ИМ;
5. ЭКГ при ИМ различной локализации;
6. ЭКГ при аневризме сердца;
7. ЭКГ при приступе стенокардии;
8. ЭКГ при хронической ИБС.

**СТУДЕНТ ДОЛЖЕН УМЕТЬ:**

1. определить локализацию, глубину и стадию ИМ;
2. определить вероятность формирования аневризмы сердца;
3. оценить изменения ЭКГ во время приступа стенокардии;
4. определить изменения ЭКГ при хронической ИБС.

**СТУДЕНТ ДОЛЖЕН ОВЛАДЕТЬ ПРАКТИЧЕСКИМИ НАВЫКАМИ:**

1. расшифровки ЭКГ при Q-образующем ИМ и оформления заключения;
2. расшифровки ЭКГ при ИМ без зубца Q и оформления заключения.

### 1. ЭКГ-ПРИЗНАКИ ИШЕМИИ, ПОВРЕЖДЕНИЯ И НЕКРОЗА МИОКАРДА

#### 1.1. Ишемия миокарда

Характеризуется кратковременным уменьшением кровоснабжения и преходящими нарушениями метаболизма миокарда. Это приводит к изменениям полярности, амплитуды и формы з. Т. Типичным является формирование **коронарного зубца Т** (высокоамплитудный, симметричный, широкий, иногда с заостренной вершиной).

**Основные ЭКГ- признаки:**

1. высокий з. Т в грудных отведениях – субэндокардиальная ишемия передней стенки или субэпикардиальная, трансмуральная, или интрамуральная ишемия задней стенки ЛЖ (но в норме у молодых людей часто регистрируется высокий положительный з. Т в грудных отведениях);
2. отрицательный коронарный з. Т в  $V_1—V_6$  – субэпикардиальная, трансмуральная или интрамуральная ишемия передней стенки ЛЖ;
3. двухфазные (+— или —+) з. Т обычно выявляются на границе ишемической зоны и интактного миокарда.

#### 8.4. Принципы лекарственной терапии

При наличии установленных показаний в качестве первой линии терапии можно использовать препараты из всех основных современных классов антигипертензивных препаратов:

- 1) диуретики;
- 2)  $\beta$ -адреноблокаторы;
- 3) ингибиторы АПФ;
- 4) антагонисты кальция;
- 5)  $\alpha$ -адреноблокаторы;
- 6) антагонисты рецепторов к ангиотензину II;
- 7) агонисты имидазолиновых рецепторов.

На выбор препарата оказывают влияния многие факторы, среди которых наиболее важными являются следующие:

- 1) наличие факторов риска у данного больного;
- 2) наличие поражений «органов-мишеней»;
- 3) наличие сопутствующих заболеваний;
- 4) индивидуальные реакции больных на препараты различных классов;
- 5) вероятность взаимодействия с препаратами;
- 6) социально-экономический фактор, включая стоимость лечения.

### 19. АТЕРОСКЛЕРОЗ. ИБС. СТЕНОКАРДИЯ. ИНФАРКТ МИОКАРДА

**ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ:** научить студентов клиническому обследованию больных с ИБС (стенокардия, инфаркт миокарда), диагностике этих заболеваний и принципам лечения.

**СТУДЕНТ ДОЛЖЕН ЗНАТЬ:**

1. определение понятия «атеросклероз», «ИБС», «стенокардия», «инфаркт миокарда»;
2. классификацию гиперлипотеидемий, ИБС, стенокардии, инфаркта миокарда;
3. синдромы, составляющие клиническую картину ИБС;
4. клиническую картину стенокардии;
5. данные инструментальных методов исследования при стенокардии;
6. клиническую картину инфаркта миокарда;
7. изменения ЭКГ при инфаркте миокарда;
8. изменения Эхо-КГ при инфаркте миокарда;
9. лабораторные показатели при ишемической болезни сердца;
10. лабораторные показатели при инфаркте миокарда;
11. принципы лечения стенокардии;
12. принципы лечения инфаркта миокарда.

**СТУДЕНТ ДОЛЖЕН УМЕТЬ:**

1. проводить расспрос и физическое исследование больных с указанными заболеваниями;
2. выделять основные клинические синдромы при ИБС, стенокардии, инфаркте миокарда;
3. интерпретировать результаты ЭКГ, Эхо-КГ при инфаркте миокарда;
4. интерпретировать результаты лабораторных методов исследования при стенокардии, инфаркте миокарда.

**СТУДЕНТ ДОЛЖЕН ОВЛАДЕТЬ ПРАКТИЧЕСКИМИ НАВЫКАМИ:**

1. расспроса и физического исследования больных с ИБС;
2. интерпретации параклинических методов исследования при ИБС.

Отпечатано редакционно-издательским отделом  
ГОУ ВПО КемГМА Росздрава

650029, Кемерово,  
ул. Ворошилова, 22а.  
Тел./факс. +7(3842)734856;  
epd@kemsma.ru



Подписано в печать 17.05.2006.  
Гарнитура таймс. Тираж 500 экз.  
Формат 21×30½ У.п.л. 10,7.

Требования к авторам см. на <http://www.kemsma.ru/rio/forauth.shtml>  
Лицензия ЛР №21244 от 22 сентября 1997 г.