



Міністерство освіти і науки України
Сумський державний університет
Медичний інститут

4490 **Методичні вказівки**
до практичних занять із курсу «**Загальна хірургія**»
на тему «**Схема написання історії хвороби**
хірургічного хворого»
для студентів медичних ЗВО
денної форми навчання



Суми
Сумський державний університет
2019

Методичні вказівки до практичних занять із курсу «Загальна хірургія» на тему «Схема написання історії хвороби хірургічного хворого» / укладачі: О. В. Кравець, В. П. Шевченко, Г. І. П'ятикоп.
– Суми : Сумський державний університет, 2019. – 58 с.

Кафедра загальної хірургії, радіаційної медицини
та фтизіатрії Медичного інституту

ЗМІСТ

	С.
Передмова	4
1 Титульна сторінка та паспортна частина	6
2 Скарги хворого	8
3 Історія захворювання (anamnesis morbi)	12
4 Історія життя (anamnesis vitae)	12
5 Об'єктивне обстеження (status praesens objectivus) ...	13
6 Місце захворювання (status localis)	21
7 Попередній діагноз	22
8 План обстеження	22
9 Клінічний діагноз	26
10 Етіологія та патогенез захворювання	27
11 Лікування	27
12 Передопераційний епікриз	29
13 Протокол операції	30
14 Післяопераційний період	32
15 Щоденники	33
16 Профілактика захворювання	35
17 Прогноз	35
18 Наслідки захворювання	35
19 Виписний епікриз	35
20 Приклад оформлення списку літератури	38
Додатки	39
Список літератури	56

ПЕРЕДМОВА

Медична карта стаціонарного хворого («Історія хвороби») є документом, що має важливе клінічне та юридичне значення. Вона є джерелом інформації про хворого, що забезпечує спадкоємність та послідовність його лікування. Цей документ повинен бути оформлений акуратно, грамотно і послідовно. Обов'язковим є заповнення усіх розділів історії хвороби, дані, що вносяться, повинні бути достовірними.

Необхідно розмежовувати клінічну й академічну історії хвороби, написання яких має різну мету.

Медичну карту стаціонарного хворого (клінічна історія хвороби) веде лікар, починаючи з моменту госпіталізації хворого до стаціонару. У неї заносять основні дані клінічних, лабораторних та інструментальних обстежень, консультації лікарів-фахівців. Із урахуванням Міжнародної класифікації хвороб встановлюють діагноз, згідно якого призначається лікування. Впродовж лікування у щоденниках фіксують зміни, що стосуються стану хворого та лікування. Після одужання хворого – його виписують, заповнюючи виписний епікриз.

При написанні *академічної історії хвороби* студент повинен продемонструвати всі набуті ним практичні навички і теоретичні знання. Академічна історія хвороби повинна бути завершальним етапом та підсумком роботи студента з предмета «Загальна хірургія».

Академічна історія хвороби записується за чітким планом. Її написанню передує бесіда з хворим, під час якої куратор повинен одержати вичерпну інформацію, яку повинен використати під час написання роботи.

У методичних вказівках зазначено, на що необхідно звернути увагу при огляді хворого, як правильно скласти план обстеження, сформулювати діагноз та призначити адекватне лікування.

В історії хвороби необхідно не лише послідовно викласти

відомості, одержані у процесі обстеження, а й ретельно їх проаналізувати. Студент повинен продемонструвати володіння основами клінічного мислення (вміння розв'язувати конкретну лікувально-діагностичну задачу).

Робота над академічною історією хвороби є серйозним етапом навчання та відіграє важливу роль у формуванні майбутнього лікаря. Написання академічної історії хвороби – шлях до оволодіння навичками ведення клінічної історії хвороби.

1 ТИТУЛЬНА СТОРІНКА ТА ПАСПОРТНА ЧАСТИНА

Сумський державний університет
Медичний інститут
Кафедра загальної хірургії, радіаційної медицини та фтизіатрії

ІСТОРІЯ ХВОРОБИ СТАЦІОНАРНОГО ХВОРОГО

Прізвище, ім'я, по батькові хворого _____

Клінічний діагноз
Основне захворювання _____

Ускладнення основного захворювання _____

Супутне захворювання _____

Куратор-студент _____ курсу _____ групи

Початок курації _____
(дата)

Закінчення курації _____
(дата)

Історія хвороби захищена _____
(дата)

Оцінка _____

Викладач _____
(науковий ступінь, вчене звання, П. І. П/б)

Паспортна частина

- 1 Дата і час госпіталізації _____
- 2 Стать _____
- 3 Прізвище, ім'я, по батькові хворого _____
- 4 Дата народження _____
- 5 Громадянство _____
- 6 Місце постійного проживання (адреса) _____
- 7 Місце роботи, посада _____
- 8 Ким направлений хворий _____
- 9 Діагноз при госпіталізації _____
- 10 Відділення при госпіталізації _____
- 11 Госпіталізація: ургентна, планова _____
- 12 Обстеження на ВІЛ-інфекцію _____
- 13 Група крові; резус-належність _____
- 14 Реакція Вассермана _____
- 15 Алергічні реакції, гіперчутливість чи непереносимість лікарського засобу _____
- 16 Госпіталізація з приводу цього захворювання у цьому році: вперше, повторно _____
- 17 Дата виписки _____
- 18 Проведено ліжко-днів _____

2 СКАРГИ ХВОРОГО

У розділі зазначаються скарги хворого, з якими він звернувся до лікаря. Спочатку необхідно перелічити скарги, зумовлені захворюванням, з приводу якого особа була госпіталізована у хірургічне відділення. Необхідно активно виявляти скарги, які можуть бути при цьому захворюванні, але хворий їх не зазначив. Потім вивчають скарги хворого, які характерні супутнім захворюванням. Скарги деталізують та викладають у логічній послідовності.

У випадках, коли хворий знаходиться у несвідомому стані, збирають анамнез у родичів або осіб, які його супроводжують.

Розпитування проводять посистемно, у тому самому порядку, як буде проводитися об'єктивне дослідження.

Під час написання розділу зазначити скарги хворого на момент госпіталізації у клініку.

Схема опитування хворого за системами органів

Дихальна система

Дихання: через ніс вільне, утруднене, неможливе (дихає через рот). Відчуття сухості в носі.

Виділення з носа: кількість, характер (густі, рідкі, прозорі, гнійні, кров'яністі, із запахом та ін.).

Носові кровотечі: причина, тривалість, об'єм.

Гортань: біль при розмові, голос (звучний, тихий, охриплий, афонія).

Біль у ділянці грудної клітки: немає, постійний, періодичний, гострий, тупий, іррадіація та ін.

Задишка: постійна, при фізичному навантаженні, її вираженість, тривалість.

Кашель: незначний, значний, сильний, постійний, нападаподібний.

Харкотиння: кількість, час виділення, характер (слизове, гнійне, слизисто-гнійне), запах.

Кровохаркання: час появи, інтенсивність (значна кількість крові, прожилки крові в харкотинні), колір крові

(яскраво-червоний, темно-червоний).

Серцево-судинна система

Серцебиття: постійне, нападаподібне; залежність від фізичного навантаження. Перебої в роботі серця. Відчуття пульсації.

Біль у ділянці серця: сила, тривалість, залежність від фізичного навантаження, іррадіація.

Набряки: локалізація, виразність, час появи.

Органи травлення

Апетит: добрий, задовільний, поганий, булімія, відраза до їжі.

Присмак у роті: відсутній, гіркий, кислий, «металевий».

Сухість у роті, спрага, слинотеча. Біль при пережовуванні їжі, втома при цьому.

Ковтання: вільне, утруднене, неможливе, болюче.

Відригування: частота, причина та час виникнення, характер (повітрям, вжитою їжею, шлунковим вмістом), смак (гіркий, кислий), запах (без запаху, каловий та ін.)

Печія, нудота: інтенсивність, тривалість, після якої їжі.

Блювота: без причини, натще, після прийнятої їжі. Через який проміжок часу? Кількість блювотних мас, смак (спожитої їжі, кислий, гіркий), запах (без запаху, тухлих яєць, каловий), колір (жовтий, чиста кров, темно-бурий, за типом «кавової гущі»).

Біль у животі: локалізація (епігастральна ділянка, підребер'я, область пупка, здухвинні ділянки, над лоном).

Іррадіація болю: в грудну клітку, спину, попереk, оперізувальний, тощо.

Характер болю: постійний, переймоподібний, раптовий, поступово наростаючий, гострий, ріжучий, колючий, стріляючий, «кинжальний», тощо.

Із чим пов'язаний біль: вживання їжі, положення тіла. Засоби, що заспокоюють біль.

Відходження газів: вільне, у великій кількості, затримка.

Акт дефекації: самостійно, кількість разів на день; із клізмою чи послаблюючими препаратами, вплив уживаної їжі.

Випорожнення: оформлені, тверді, рідкі, «овечий» кал. Колір випорожнень: жовтий, коричневий, сірий, глинистий, чорний (мелена). Домішки: кров, слиз, гній. Хибні відчуття: тенезми та імперативні позиви, нетримання калу. Біль у ділянці анального проходу при акті дефекації. Випадіння гемороїдальних вузлів, слизової оболонки, прямої кишки.

Сечовидільна система

Біль у попереку: постійний, переймоподібний, його тривалість та інтенсивність, іррадіація. Біль над лобком: характер, причини, які його викликають, підсилюють чи зменшують.

Сечовипускання: вільне, утруднене, болюче, нетримання сечі, постійне виділення краплями у чоловіків, характер струменя сечі.

Біль у ділянці яєчок: поява його, інтенсивність, іррадіація.

Ендокринна система

Щитовидна залоза: дратівливість, тремтіння кінцівок, серцебиття, схуднення, втомлюваність, млявість, ожиріння, мерзлякуватість, підвищення температури тіла.

Гіпофіз: головний біль, сухість шкіри, випадіння волосся, біль у кістках, спрага, поліурія.

Паращитовидні залози: судоми, ламкість кісток, млявість.

Наднирники: стомлюваність, слабкість, втрата апетиту, нудота, блювота, пронос, пігментація шкіри, схуднення, парестезії, серцебиття, розлади менструального циклу, потенції.

Підшлункова залоза: ознаки гіпер- або гіпоглікемії.

Статеві залози: вторинні статеві ознаки, статевий потяг, статевий акт, безпліддя, менструальний цикл.

Нервова система

Сон хворого: нормальний, безсоння, тривожний, сновидіння, кошмари, сонливість вдень.

Настрій: спокійний, пригнічений, підвищена дратівливість, запальність.

Наявність головного болю: локалізація, характер, інтенсивність, тривалість, чим супроводжується, причини.

Запаморочення: час та обставини виникнення, тривалість,

інтенсивність.

Органи відчуття

Зір: нормальний, знижений, короткозорість, далекозорість, миготіння «мушок» перед очима.

Слух: нормальний, знижений, ступінь зниження, шум у вухах, виділення з вух.

Нюх: нормальний, знижений, загострений, відсутній.

Смак: нормальний, відсутній, спотворення смаку.

Опорно-руховий апарат

Біль у кістках або м'язах: локалізація, час і умови виникнення (постійний, періодичний, виникає у спокої або за якихось певних навантажень, зв'язок із погодними умовами), характер (переходить із одного суглобу на інший або локальний), чим полегшується (вимушеним положенням або препаратами).

Скарги на набряклість, зміну кольору шкірних покривів над ураженим суглобом, деформацію суглобів або кісток, обмеження обсягу рухів, відчуття скутості (уточнити час появи, тривалість існування цього симптому).

Зміни загального стану хворого

Самопочуття: задовільне, погане, час погіршення, з чим пов'язане погіршення стану.

Загальна слабкість: немає, є, ступінь вираженості.

Стомлюваність: немає, є, ступінь вираженості, як швидко настає.

Працездатність: збережена, знижена, втрачена.

Вага тіла: схуднення або збільшення ваги (коли почалося і якою мірою виражене).

Пітливість: час появи, інтенсивність, чим супроводжується.

Підвищення температури тіла: коли з'явилося, постійне або періодичне, чи супроводжується ознобом і потом, якими препаратами знімається і на який час.

Свербіж шкіри: локальний, поширений, час появи, причина появи.

3 ІСТОРИЯ ЗАХВОРЮВАННЯ (ANAMNESIS MORBI)

У розділі необхідно послідовно викласти перебіг захворювання від його початку до дня курації. Потрібно детально зупинитися на обставинах виникнення хвороби, зазначити дату, а у разі наявності гострого захворювання – час його виникнення. Описують послідовність розвитку та ступінь вираженості кожного симптому, відзначають їх тривалість, наростання або стихання. Звертають увагу на те, чим і коли почав лікуватися хворий, ефект від лікування (зменшення симптоматики, повне зникнення симптомів, тимчасове полегшення і т. п.). Не варто зупинятися на деталях, які не мають прямого відношення до перебігу захворювання. Час перебування хворого у відділенні й динаміка хвороби до дня курації також відносять до *anamnesis morbi*.

Якщо хворий раніше обстежувався і лікувався з приводу цього захворювання, то відомості про його перебіг та проведені обстеження вносять у цей розділ із посиланням на джерело інформації (зі слів хворого, родичів, виписного епікризу, амбулаторної картки).

4 ІСТОРИЯ ЖИТТЯ (ANAMNESIS VITAE)

Історія життя хворого дозволяє з'ясувати індивідуальні особливості хворого (спадкові та набуті), умови праці й побуту, наявність шкідливих звичок, перенесені захворювання і т. п.

Спочатку з'ясовують *особливості фізичного та психологічного розвитку* у дитячі й юнацькі роки, побутові умови, характер харчування.

Необхідно детально відобразити *трудовий анамнез*: професію, початок трудової діяльності, умови праці. Особливу увагу звертають на роботу із шкідливими умовами праці (хімічні фактори, перегрівання або переохолодження, вібрація, запиленість та ін.).

У хронологічному порядку викладають *перенесені захворювання*, травми, операції, їх наслідки. З'ясовують чи хворіла особа на туберкульоз, вірусний гепатит, малярію, інші інфекційні захворювання.

У жінок звертають увагу на регулярність **менструального циклу**, кількість пологів, уточняють, як протікала вагітність, початок менопаузи.

Шкідливі звички: куріння (тривалість, кількість цигарок за день), вживання алкоголю (кількість, частота, тривалість), вживання наркотичних речовин (які, кількість, тривалість).

Спадковий анамнез включає стан здоров'я (зокрема спадкові захворювання) найближчих родичів.

Алергологічний анамнез: відмічають непереносимість лікарських засобів, продуктів харчування. Зазначають характерні прояви алергічної реакції, чим знімаються симптоми.

5 ОБ'ЄКТИВНЕ ОБСТЕЖЕННЯ (STATUS PRAESENS OBJECTIVUS)

У розділі необхідно висвітлити загальний стан хворого, дані об'єктивного дослідження з використанням фізичних методів (огляд, пальпація, перкусія, аускультация). Описання проводиться за системами органів у певній послідовності.

Загальний стан хворого: задовільний, середньої тяжкості, тяжкий.

Свідомість: ясна, сплутана, ступор, сопор, кома, марення, галюцинації.

Положення хворого: активне, пасивне, вимушене (вказати яке).

Статура: конституційний тип (нормостенічний, гіперстенічний, астенічний), зріст, маса тіла. Постава (пряма, згорблена), хода (швидка, повільна, атаксична).

Температура тіла: знижена, нормальна, субфебрильна, фебрильна, піретична, гіперпіретична; характер температурної кривої: febris continua, febris remittens, febris intermittens, febris hectica, febris recurrens, febris undulans.

Вираз обличчя: спокійний, байдужий, маскоподібний, тужливий, страждальний, стомлений, facies Hippocratica та ін.

Шкірні покриви, видимі слизові оболонки, нігті: колір шкіри: блідий, блідо-рожевий, ціанотичний, жовтушний, землистий, гіперемія. Пігментація та депігментація, їх

локалізація. Висипка: форма (розеола, папула, пустула, везикула, еритема, пляма, герпетична висипка), локалізація, поодинокі або множинні (зливні) висипання. Судинні зміни: телеангіоектазії, їх локалізація й кількість. Крововиливи, синці: локалізація, кількість розмір, форма, колір. Рубці: локалізація, колір, розміри, рухливість, болючість. Трофічні зміни: виразки, пролежні, їх локалізація, розмір, характер поверхні і т. п. Вологість шкіри, тургор. Тип оволосіння.

Видимі пухлини: папілома, ліпома, атерома та ін., їх локалізація та розміри.

Нігті: захворювання (оніхомікоз, врослий ніготь та ін.), форма («годинникові скельця», койлоніхії та ін.), колір (рожевий, синюшний, блідий), поперечна або поздовжня смугастість, ламкість нігтів.

Видимі слизові оболонки: колір (рожевий, блідий, ціанотичний, жовтушний, гіперемія), висипання на слизових (енантема), їх локалізація і вираженість, стан слизових (сухі, вологі).

Підшкірно-жирова клітковина: розвиток (помірний, слабкий, надмірний), місця найбільшого відкладення жиру (живіт, плечі, стегна). Набряки: локалізація (обличчя, кінцівки, живіт), поширеність (місцеві, анасарка), вираженість (пастозність, помірні або різко виражені), консистенція набряків, їх симетричність. Болючість при пальпації підшкірно-жирової клітковини, наявність крепітації (при повітряній емфіземі, газовій гангрені).

Лімфатичні вузли: розміри, форма, консистенція, характер поверхні, болючість, рухливість, спаяність між собою та навколишніми тканинами, стан шкіри над лімфовузлами.

Зів (м'яке піднебіння, корінь язика, піднебінні дужки, задня стінка глотки): забарвлення, набряк, наліт. Мигдалики: розміри, забарвлення, набряк, наліт.

М'язи: ступінь розвитку (задовільний, слабкий, атрофія, гіпертрофія м'язів). Тонус: збережений, знижений, підвищений (ригідність м'язів), симетричність. Сила, болючість, ущільнення при пальпації.

Кістки: форма, наявність деформацій, болючість при пальпації, перкусії, вигляд кінцевих фаланг пальців (симптом «барабанних пальців»).

Суглоби: конфігурація, набряк, болючість при пальпації, температура шкіри над суглобами. Рухи в суглобах: болючість, хрускіт, обсяг активних і пасивних рухів.

Система органів дихання

Відзначають зміну носового дихання (вільне, утруднене), голосу (гучний, тихий, хрипкий, афонія). Зовнішній вигляд носа: зміна форми, набряк, почервоніння, виразки, Herpes zoster. Локальна болючість при натисканні, пальпації, постукуванні в ділянці придаткових пазух носа.

За об'єктивного обстеження органів дихання проводять огляд грудної клітки, її пальпацію, перкусію та аускультацию.

Огляд грудної клітки. Форма (рахітична, конічна, бочкоподібна, циліндрична, лійкоподібна), симетричність. Положення ключиць, лопаток (прилягають до грудної клітки, відстають). Ширина міжреберних проміжків, їх стан при диханні (втягування, випинання). Тип дихання (грудне, черевне, змішане). Участь обох частин грудної клітки у акті дихання. Ритм дихання, частота на 1 хвилину, глибина. Вид патологічного дихання (Чейн – Стокса, Куссмауля, Біота). У разі задишки зазначається її тип (інспіраторна, експіраторна, змішана).

Пальпація. Визначається локальна болючість, еластичність (резистентність) грудної клітки, досліджують голосове тремтіння (звичайне, посилене, ослаблене).

Порівняльна перкусія грудної клітки. Досліджують характер перкуторного звуку (ясний, легеневий, тимпанічний, коробковий, притуплений, тупий) з точним визначенням меж кожного звуку за ребрами і топографічними лініями.

Топографічна перкусія. З обох боків визначають висоту стояння верхівок легень (спереду, позаду) та їх ширину (поля Креніга); рухливість нижнього краю легень (по середньо-ключичній, середній пахвовій та лопатковій лінії); розміщення нижніх меж легень.

Таблиця 1 – Розміщення нижніх меж легень

Лінії перкусії	Нижня межа правої легені	Нижня межа лівої легені
Серединно-ключична		
Передня пахвова		
Середня пахвова		
Задня пахвова		
Лопаткова		
Паравертебральна		

Аускультация. Дослідження проводять над симетричними ділянками грудної клітки. Спочатку визначають характер дихання (везикулярне, ослаблене, посилене, жорстке, бронхіальне, амфоричне, відсутність дихальних шумів), потім зазначають додаткові дихальні шуми: хрипи (сухі або вологі), крепітація, шум тертя плеври, їх локалізація й характеристика. Методом аускультатії також визначається бронхофонія над симетричними ділянками (однакова з обох сторін, посилена або ослаблена з одного боку).

Вимірювання окружності грудної клітки.

Молочні залози

Огляд: симетричність, розміри, деформація, набряк, гіперемія, деформація ареоли, зміна положення соска, втягнення в різних відділах залоз, місцева гіпертермія, наявність виділень із соска та їх характер.

Пальпація. Болючість, наявність ущільнень, новоутворень. Пальпація регіонарних лімфовузлів.

Серцево-судинна система

Огляд. Випинання області серця. Видимі пульсації (верхівковий поштовх, серцевий поштовх, епігастральна пульсація, атипична пульсація в області серця), їх характеристика (локалізація, поширеність, сила, відношення до фаз серцевої діяльності).

Пальпація. Верхівковий поштовх: його локалізація

(зазначити межребер'я і відношення до лівої серединно-ключичної лінії), сила (ослаблений, посилений), площа (обмежений, поширений), амплітуда (високо- або низькоамплітудний), резистентність. Епігастральна пульсація: її характер (зв'язок із пульсацією черевної аорти, серця), поширеність (обмежена або поширена). Тремтіння в області серця: його локалізація, відношення до фаз серцевої діяльності. Визначення пальпаторної болючості, зон гіперестезії.

Перкусія. Межі відносної тупості серця (права, ліва, верхня). Ширина судинного пучка (у см.). Межі абсолютної тупості серця (права, ліва, верхня).

Аускультация. Тони: ритм серцевих скорочень (ритмічний або аритмічний), число серцевих скорочень, гучність тонів (ослаблені, посилені, грюкання). Шум тертя перикарда: місце найкращого прослуховування, характер шуму (грубий, гучний, тихий, ніжний).

Дослідження судин

Дослідження артерій: огляд і пальпація скроневих, сонних, променевих, стегнових, підколінних, задньогомілкових, артерій тилу стопи, вираженість пульсації, еластичність, характеристика поверхні артеріальної стінки, звивистість артерій. Визначення пульсації аорти в яремній ямці. Прослуховування сонних і стегнових артерій. Пульс на променевих артеріях: порівняння пульсу на обох руках, частота, ритм, наповнення, напруження, величина, швидкість. Вимірювання артеріального тиску за методом Короткова (систоличний та діастолічний).

Дослідження вен: огляд і пальпація зовнішніх яремних вен: набухання, видима пульсація. Наявність розширень вен грудної клітки, черевної стінки, кінцівок із зазначенням локалізації та ступеня розширення. Ущільнення й болючість вен.

Травна система та органи черевної порожнини

Огляд. Язик: колір, вологість, стан сосочків, наявність нальоту, тріщин, виразок. Стан зубів, ясен, піднебіння:

забарвлення, нальоти, геморагії, виразки. Наявність запаху з рота. Живіт: форма, симетричність, участь в акті дихання, видима перистальтика шлунка та кишечника, наявність, локалізація та вираженість венозних колатералей на передній черевній стінці. Видимі новоутворення.

Перкусія. Характер перкуторного звуку. Наявність ознак вільної або осумкованої рідини у черевній порожнині. Визначення положення нижньої межі шлунка методом перкусії (шум плескоту) або аускультативної перкусії.

Пальпація. Поверхнева пальпація: визначення болючих ділянок; напруження м'язів черевної стінки; розходження прямих м'язів живота, наявність гриж; перитонеальні симптоми; наявність поверхнево розміщених пухлиноподібних утворень.

Глибока пальпація: дані пальпації сигмоподібної, сліпої, ободової кишок, великої кривини шлунка. У разі, якщо ці відділи шлунково-кишкового тракту пальпуються, то необхідно дати їх характеристику за локалізацією, болючістю, розмірами, формою, консистенцією, характером поверхні, рухливістю і наявністю бурчання.

За наявності пухлинних утворень описуються їх розміри, локалізація й можливий зв'язок із тим чи іншим органом черевної порожнини, консистенція, болючість, рухливість.

Аускультация. Характер кишкових шумів (відсутні, симптом «падаючої краплі», ослаблені, не змінені, посилені).

Печінка і жовчний міхур

Огляд. Наявність обмеженого випинання у правому підребер'ї, обмеження екскурсії черевної стінки у цій ділянці.

Перкусія. Межі печінки за М. Г. Курловим.

1-й розмір – по правій серединно-ключичній лінії: __ см.

2-й розмір – по передній середній лінії: __ см.

3-й розмір – по лівій реберній дузі: __ см.

Симптом постукування (симптом Ортнера) – поява болючості при легкому постукуванні ребром долоні по правій реберній дузі.

Пальпація. Стан нижнього краю печінки: локалізація;

форма (гостра, закруглена); консистенція (м'яка, щільна, кам'яниста; наявність нерівності, горбистості краю); болючість.

При пальпації жовчного міхура визначають його болючість, збільшення. Симптом Кера – болючість при вдиху під час пальпації правого підребер'я, симптом Курвуазьє – під час пальпації в правому підребер'ї визначається збільшений безболісний жовчний міхур.

Селезінка

Огляд. Наявність обмеженого випинання у лівому підребер'ї, обмеження екскурсії черевної стінки у цій ділянці.

Перкусія. Визначення поздовжнього і поперечного розмірів селезінки.

Пальпація. У разі коли селезінка пальпується – характеристика її нижнього краю (гострий або заокруглений, щільний або еластичний, болючий або безболісний) і поверхні (гладка або горбиста).

Підшлункова залоза

Пальпація. Проводиться в області проекції підшлункової залози на передню черевну стінку. Визначають наявність болючості, збільшення та ущільнення підшлункової залози, передавальну пульсацію черевного відділу аорти.

Дослідження прямої кишки (дослідження per rectum)

Ректальне дослідження завершує об'єктивне дослідження органів травлення. Пальцеве ректальне обстеження дає змогу оцінити функціональний стан м'язів заднього проходу, виявити захворювання, патологічні зміни анального каналу та прямої кишки (тріщини, нориці, геморої, рубцеві зміни та звуження просвіту кишки, доброякісні та злоякісні новоутворення, сторонні тіла); запальні інфільтрати, кістозні та пухлинні утворення параректальної клітковини, крижа і куприка; зміни передміхурової залози у чоловіків і внутрішніх статевих органів у жінок; стан тазової очеревини. Закінчуючи дослідження прямої кишки, необхідно оцінити вміст прямої кишки, що залишився на

рукавичці: кров, гній, слиз, колір і консистенцію калових мас.

Сечовидільна система

Огляд. Поперекова ділянка: наявність гіперемії та набряку, згладжування контурів. Надлобкова ділянка: наявність обмеженого випинання.

Перкусія. Поперекова ділянка: симптом Пастернацького – болючість при постукуванні ребром долоні по руці, що лежить на поперековій ділянці в проекції XII ребра праворуч або ліворуч. Надлобкова ділянка: характер перкуторного звуку. При збільшенні сечового міхура – визначення висоти розміщення його дна.

Пальпація. Оцінюють локалізацію нирок, болючість, розміри, форму, рухливість, характер поверхні. При пальпації сечового міхура виявляють рівень розміщення дна, болючість.

Нервова система

Стан психіки: свідомість, орієнтування в місці, часі та ситуації.

Інтелект: відповідає чи не відповідає рівню розвитку. Ослаблення інтелектуальних функцій (ослаблення уваги, зниження пам'яті, порушення критики, звуження кола інтересів). Поведінка хворого у клініці, врівноваженість, метушливість, рухове занепокоєння.

Дослідження черепно-мозкових нервів: гострота зору, двоїння в очах, птоз, рухи очних яблук, реакція зіниць на світло, симетричність носогубних складок при оскалі зубів, розлади ковтання, дистонія, положення язика при висовуванні.

Менінгеальні симптоми: ригідність потиличних м'язів, симптоми Керніга та Брудзинського.

Рухова сфера: характер ходи з відкритими й закритими очима (звичайна, атаксична, паретична, інші). Стійкість при стоянні з відкритими й закритими очима (проба Ромберга). Пальценосова і колінно-п'яткова проби.

Судами: клонічні, тонічні, фібрилярні посмикування, тремор та інші мимовільні рухи. Обсяг рухів і сила в кінцівках.

Чутлива сфера: болючість при пальпації за ходом нервових стовбурів і корінців. Обсяг рухів і сила в кінцівках.

Рефлекси: рогівковий, глотковий, колінний, ахіловий та ін.

Патологічні рефлекси: симптоми Бабинського, Россолімо.

Мова: афазія, дизартрія.

Вегетативна нервова система: очні симптоми: ширина очної щілини, ширина зіниці, екзофтальм, енофтальм. Шкіра: вид дермографізму, температурні асиметрії, гіпертрихоз, облісіння, трофічні виразки, порушення потовиділення.

Ендокринна система

Огляд. Порушення росту, статури й пропорційності окремих частин тіла. Ожиріння: ступінь вираженості, локалізація жирових відкладень. Схуднення, кахексія. Стан шкірних покривів: вологість, стоншення або огрубіння, гіперпігментація, наявність стрий, атипового оволосіння, місяцеподібне обличчя. Збільшення розмірів язика, носа, щелеп, вушних раковин, кистей, стоп.

Пальпація щитоподібної залози: локалізація, величина і консистенція, болючість, рухливість.

6 МІСЦЕ ЗАХВОРЮВАННЯ (STATUS LOCALIS)

Status localis описують за наявності у хворого локалізованих зовнішніх утворень (новоутворення шкіри, запальні інфільтрати, рани і виразки, рубці, крововиливи, синці, грижі та ін.) або за необхідності докладного описання уражених частин тіла (нижні кінцівки за варикозної хвороби, артеріальної недостатності, травми). Зазначаються: топографо-анатомічна локалізація патологічного вогнища, його характеристики (форма, величина, консистенція, рухливість, відношення до тканин, болючість та ін.), стан шкірних покривів над ним, регіонарних лімфатичних вузлів, суглобів, артеріальних і венозних судин у цій зоні.

Приклад

Status localis: у правій пахвинній ділянці визначається грижове випинання розмірами 5,0×4,0 см, м'якої консистенції, безболісне, вільно вправляється у черевну порожнину. Позитивний симптом кашльового поштовху.

7 ПОПЕРЕДНІЙ ДІАГНОЗ

Попередній діагнозу формулюють на основі скарг, даних анамнезу та об'єктивного обстеження хворого. Крім цього необхідно зазначити характер захворювання (гостре, загострення хронічного, рецидиви). Для обґрунтування діагнозу необхідно використовувати характерні для конкретного захворювання симптоми та ознаки.

Попередній діагноз складається з таких частин:

- а) основне захворювання;
- б) ускладнення основного захворювання;
- в) супутнє захворювання.

Приклад

На основі скарг хворого (біль, гіперемія, набряк у ділянці лівого стегна, підвищення температури тіла до 38–38,5 °С, загальна слабкість), результатів об'єктивного обстеження (у верхній третині лівого стегна на латеральній поверхні наявний обмежений інфільтрат розміром 8×7 см, шкіра в ділянці інфільтрату гіперемійована, набрякла, у центрі визначається болючість, флюктуація; температура тіла підвищена до 38,2 °С), даних анамнезу життя (хворіє на цукровий діабет II типу) можна поставити попередній діагноз:

Основний: абсцес лівого стегна

Ускладнення:

Супутнє захворювання: цукровий діабет, тип II.

Звертаємо увагу, що у цьому разі ускладнень немає.

8 ПЛАН ОБСТЕЖЕННЯ

Після встановлення попереднього діагнозу, для його підтвердження необхідно провести дообстеження хворого із

застосуванням сучасних методів лабораторної та інструментальної діагностики. Спеціальні методи обстеження потрібно призначати з урахуванням попереднього діагнозу.

Потрібно пам'ятати, що до процесу обстеження хірургічного хворого за потреби залучаються суміжні спеціалісти (терапевт, кардіолог, невропатолог та інші), висновок і рекомендації яких заносяться до історії хвороби і враховуються при формулюванні діагнозу та лікуванні хворого.

Необхідно відмітити, що план обстеження є індивідуальним для кожного хворого.

Обстеження потрібно починати з обов'язкової програми, що містить:

- 1) клінічний аналіз крові;
- 2) клінічний аналіз сечі;
- 3) аналіз крові на цукор;
- 4) група крові та резус-належність;
- 5) аналіз калу на яйця глистів;
- 6) реакція Вассермана;
- 7) флюорографія.

Додатково застосовуються

Рентгенологічні дослідження (рентгенографія грудної клітки в двох проекціях, бронхографія, оглядова рентгенографія черевної порожнини, контрастна рентгенографія шлунка та дванадцятипалої кишки, іригографія, дослідження пасажу контрасту по кишечнику, холецистохолангіографія, урографія, цистографія, ангіографія, фістулографія, комп'ютерна томографія, тощо).

Ендоскопічні та інструментальні методи (езофагогастродуоденоскопія, торакоскопія, ректороманоскопія, фіброколоноскопія, цистоскопія, бронхоскопія, лапароскопія, ендоскопічна біопсія, лапароцентез та ін.).

Ультразвукове дослідження (щитоподібної залози, серця, органів черевної порожнини, заочеревинного простору, малого таза).

Функціональні дослідження (електрокардіографія,

дослідження зовнішнього дихання, бронхоспірометрія, капіляроскопія, енцефалографія, реовазографія, визначення регіонарного кровотоку, визначення об'єму циркулюючої крові).

Лабораторні дослідження

- біохімічний аналіз крові (загальний білок, альбуміни, глобуліни, глюкоза, білірубін загальний, білірубін прямий, білірубін непрямої, АсАТ, АлАТ, гама-ГТ, фосфатаза лужна, креатинін, сечовина, електроліти та ін.);
- дослідження згортання крові (протромбіновий індекс, активований частковий тромбопластиновий час, міжнародне нормалізоване відношення, фібриноген, тромбіновий час, активований час рекальцифікації плазми, кальцій крові, час кровотечі, час згортання, фібринолітична активність та ін.);
- цитологічне та гістологічне дослідження;
- бактеріологічне, серологічне та імунологічне дослідження

Після плану обстеження записують результати досліджень курованого хворого з обов'язковою їх динамікою (*результати повторних аналізів і обстежень*) та інтерпретацією.

Приклад.

План обстеження хворого на перфоративну виразку дванадцятипалої кишки

- 1 *Клінічний аналіз крові.*
- 2 *Клінічний аналіз сечі.*
- 3 *Аналіз крові на цукор.*
- 4 *Група крові та резус-належність.*
- 5 *Аналіз калу на яйця глистів.*
- 6 *Реакція Вассермана.*
- 7 *Біохімічний аналіз крові.*
- 8 *Коагулограма.*
- 9 *Флюорографія або рентгенографія органів грудної клітки.*
- 10 *Оглядова рентгенографія органів черевної порожнини.*
- 11 *Езофагогастродуоденоскопія.*
- 12 *УЗД органів черевної порожнини (за потреби).*

13 *Електрокардіографія.*

14 *Огляд терапевта (кардіолога), анестезіолога (враховуючи необхідність оперативного втручання).*

Приклади оформлення результатів додаткових методів обстеження

Загальний аналіз крові від 13.05.18: еритроцити – $4,1 \times 10^{12}/л$; гемоглобін – 126 г/л; кольоровий показник – 0,8; лейкоцити – $12,9 \times 10^9/л$; еозинофіли – 4 %, нейтрофіли: паличкоядерні – 5 %, сегментоядерні – 75 %, лімфоцити – 13 %, моноцити – 6 %; ШОЕ – 27 мм/год.

Висновок: підвищення рівня лейкоцитів, прискорена ШОЕ.

Біохімічний аналіз крові від 09.07.18: загальний білок – 58 ммоль/л, цукор крові – 4,2 ммоль/л, білірубін загальний – 135,6 мкмоль/л, білірубін прямий – 114,1 мкмоль/л, білірубін непрямий – 21,5 мкмоль/л, сечовина – 6,2 ммоль/л, креатинін – 77 мкмоль/л, АсАТ – 31 мкмоль/л, АлАТ – 38 мкмоль/л, амілаза – 10 мкмоль/л.

Висновок: зниження рівня білка, підвищений рівень білірубину.

Загальний аналіз сечі від 27.07.16: кількість – 90,0 мл, колір – світло-жовта, реакція – слабкокисла, питома вага – 1017, прозорість – прозора, білок – немає, цукор – немає, епітеліальні клітини – одиниці у полі зору, лейкоцити 1–2 у полі зору, еритроцити – немає.

Висновок: норма.

УЗД органів черевної порожнини від 17.03.17: розміри печінки: права частка – 15,1 см, ліва частка – 8,2 см, паренхіма дифузно неоднорідна. Ворітна вена – 1,0 см. Загальна жовчна протока – 0,5 см. Підшлункова залоза: розміри 3,1×2,5×2,1 см, структура неоднорідна, гіперехогенна. Жовчний міхур: розміри 6,8×3,1 см; форма – перегин в області шийки; стінка – 0,6 см,

ущільнена; просвіт на 1/3 заповнений конкрементами (6–8мм).

Висновок: ЖКХ. Гострий калькульозний холецистит. Дифузні зміни паренхіми печінки та підшлункової залози.

Електрокардіографія від 15.04.17: синусова тахікардія, горизонтальне положення електричної осі серця. Помірні зміни в міокарді.

Езофагогастродуоденоскопія від 21.09.18: стравохід вільно проходить, слизова блідо-рожева. Шлунок звичайних розмірів, містить незначну кількість слизу. Складки шлунка рівні, слизова помірно гіперемійована. Воротар вільно проходиться. Цибулина дванадцятипалої кишки деформована, на передній стінці наявна глибока виразка у діаметрі 0,8 см з рівними краями та запальним валом.

Висновок: виразка передньої стінки цибулини дванадцятипалої кишки (d = 0,9 см), гастрит.

Консультація уролога від 14.11.16: аденома передміхурової залози II стадії. Хронічний правосторонній піелонефрит у фазі загострення.

9 КЛІНІЧНИЙ ДІАГНОЗ

Клінічний діагноз формулюють згідно Міжнародної класифікації хвороб на основі попереднього діагнозу та одержаних додаткових методів обстеження. До нього вносять ускладнення та супутні захворювання, що виявлені у хворого.

Складові частини клінічного діагнозу:

- а) основне захворювання;
- б) ускладнення основного захворювання;
- в) супутнє захворювання.

Приклад

На підставі скарг (інтенсивний біль у правому підребер'ї, нудота, блювота, підвищення температури тіла до 37,5 °С, субіктеричність шкірних покривів), даних анамнезу (5 років хворіє на ЖКХ. Хронічний калькульозний холецистит.

Періодично відмічаються загострення хвороби. Три доби тому після вживання смаженої жирної їжі з'явився біль у правому підребер'ї, який наростав, відмічалась блювота із домішками жовчі, підвищилась до 37,6 °С температура тіла, з'явилося субіктеричне забарвлення шкірних покривів), об'єктивного дослідження (шкірні покриви субіктеричні, відмічається болючість при пальпації у правому підребер'ї, позитивні симптоми Мерфі, Кера, Ортнера), даних лабораторних та інструментальних обстежень (лейкоцити – $15,2 \times 10^9$ /л, ШОЕ – 25 мм/год, білірубін загальний – 51,6 мкмоль/л, білірубін прямий – 43,2 мкмоль/л; УЗД органів черевної порожнини: жовчний міхур – 9,3×4,8 см; стінка ущільнена – 0,7 см, у шийці міхура конкремент – 25 мм, загальна жовчна протока – 0,9 см, у просвіті конкремент діаметром 0,7 см; езофагогастродуоденоскопія – ерозивний гастрит) можна встановити клінічний діагноз:

Основне захворювання: ЖКХ. Хронічний калькульозний холецистит у стадії загострення. Холедохолітаз.

Ускладнення основного захворювання: механічна жовтяниця.

Супутнє захворювання: ерозивний гастрит.

10 ЕТІОЛОГІЯ ТА ПАТОГЕНЕЗ ЗАХВОРЮВАННЯ

У розділі висвітлюють сучасні погляди на причини виникнення та механізми розвитку хвороби та її окремих проявів. Крім того, необхідно описати конкретні етіологічні чинники, що призвели до розвитку хвороби у цього хворого. У всіх випадках доцільно встановити також й інші можливі провокуючі фактори, що сприяють виникненню або загостренню цього захворювання, зокрема так звані фактори ризику. Викладаючи патогенез, необхідно навести теорії розвитку цього захворювання і його ускладнень, а також описати найбільш імовірні патогенетичні механізми, що є у хворого.

11 ЛІКУВАННЯ

У розділі коротко висвітлюють сучасні підходи до лікування цього захворювання. Потім необхідно призначити

лікування курованому хворому.

У разі, коли хворому призначається лише **консервативна терапія**, вона викладається у вигляді схеми з написанням рецептів препаратів, які, на думку куратора, необхідно застосувати у лікуванні його пацієнта.

Приклад

Режим: постільний.

Дієта: голод.

1 *Rp.: Sol. Glucosae 5 %-400 ml*

D.t.d. N10 in flac.

*S. Внутрішньовенно крапельно по 400 мл 2 р/д
упродовж 7 діб.*

2 *Rp.: Sol. Natrii chloridi 0,9 %-400 ml*

D.t.d. N10 in flac.

*S. Внутрішньовенно крапельно по 400 мл 2 р/д
упродовж 7 діб.*

3 *Rp.: Sol. No-spa 2 %-2,0 ml*

D.t.d. N10 in amp.

S. Внутрішньом'язово по 2,0 мл 3 р/д упродовж 7 діб.

4 *Rp.: Ceftriaxon 1,0*

D.t.d. N10 in amp.

S. Внутрішньом'язово по 1,0 2 р/д упродовж 7 діб.

5

6

Інгаляції

У тому разі, коли хворий потребує **оперативного втручання**, останнє проводиться без передопераційної підготовки (зазвичай планові операції або ургентні операції, які її

не потребують) або з передопераційною підготовкою (у важких, декомпенсованих випадках).

Тривалість і об'єм лікувальних заходів у передопераційному періоді залежать від стану органів і систем, характеру захворювання та виду оперативного втручання.

Передопераційна підготовка містить корекцію наявних порушень водно-електролітного та білкового обміну, кислотно-лужної рівноваги, а також стимуляцію захисних сил організму (харчування, вітамінотерапія, імуномодулятори та ін).

Належну увагу куратор повинен приділити лікуванню супутніх захворювань, які у післяопераційному періоді можуть спричинити різноманітні ускладнення.

У разі проведення передопераційної підготовки, вона викладається студентом-куратором у вигляді схеми із написанням рецептів, як при консервативному лікуванні (*див. вище*).

12 ПЕРЕДОПЕРАЦІЙНИЙ ЕПІКРИЗ

Передопераційний епікриз – один із найважливіших розділів історії хвороби у хірургії. Він повинен бути викладений чітко та послідовно. У цій частині історії хвороби відображаються показання до операції, обґрунтовується необхідність її виконання, оптимальність вибору виду операції та способу знеболення, описується проведена передопераційна підготовка. Обов'язково необхідно одержати згоду хворого на оперативне втручання. У випадках, коли свідомість хворого втрачена або різко пригнічена, згоду на необхідне термінове оперативне втручання можуть давати найближчі родичі.

Якщо хворий доставляється в стаціонар без свідомості, а йому необхідна термінова операція – дозвіл на неї оформлюється консиліумом.

Приклад

12.07.2018.

Передопераційний епікриз

У хворого Семенченка Петра Даниловича, 1978 р. н., встановлено діагноз гострий апендицит. Хворому показане оперативне лікування в ургентному порядку. Операція буде виконана під внутрішньовенним наркозом. Із можливими ускладненнями хворий та родичі ознайомлені. Згоду хворого на операцію одержано.

Зав. відділенням _____

Лікар _____

13 ПРОТОКОЛ ОПЕРАЦІЇ

У протоколі операції куратор повинен зазначити дату та час виконання операції, її назву, тривалість, вид знеболення, а також прізвище, ім'я, по батькові хірурга, асистентів, анестезіолога та операційної сестри.

Якщо операцію проводять під місцевим знеболенням, необхідно зазначити концентрацію та кількість використаного розчину анестетика.

У протоколі операції необхідно детально описати всі етапи оперативного втручання:

- 1 Методику обробки операційного поля.
- 2 Операційний доступ (область, форма, довжина).
- 3 Дані ревізії органів і тканин та виявлені патологічні зміни.
- 4 Обґрунтування та послідовність різних етапів операції.
- 5 Ускладнення, що виникли під час операції.
- 6 Особливості операції (кровоточивість тканин, виражений злуковий процес та ін).
- 7 Метод закриття післяопераційної рани: зашивання наглухо, дронування та ін.
- 8 Описання макропрепарату (описуються видалені тканини, органи або їх частини).

Приклад

Протокол операції

*Операція: Лапароскопічна холецистектомія.
Дренування черевної порожнини.*

Дата операції: 21.08.2017 р.

Початок операції: 10.30.

Закінчення операції: 11.10.

Діагноз до операції: ЖКХ. Хронічний калькульозний холецистит.

Діагноз після операції: ЖКХ. Хронічний калькульозний холецистит.

Хірург: _____

Асистенти: _____

Анестезіолог: _____

Операційна сестра: _____

Операційне поле оброблено розчином С4. Під ендотрахеальним наркозом над пупком за допомогою голки Вереша накладено пневмоперитонеум. Над пупком у черевну порожнину введений 10 мм троакар, через який введений лапароскоп. Ревізія черевної порожнини. При огляді печінки, шлунка, кишечнику, органів малого таза патології не виявлено. Жовчний міхур розмірами 8×3×2 см, помірно напружений, без ознак запалення. Встановлено два додаткові 5 мм порти. Виділені міхурові протока та артерія, окремо кліповані, пересічені. Виконана холецистектомія. Гемостаз ложа жовчного міхура. Жовчний міхур видалений через розріз над пупком. Під печінку та діафрагму заведені трубчасті дренажі. Рани пошарово ушиті. Асептичні пов'язки.

Макропрепарат: Жовчний міхур розмірами 8×3×2 см. Стінка міхура товщиною 0,5 см. У просвіті міхура помірна

кількість світлої жовчі, значна кількість конкрементів, розмірами 0,4–0,7 см у діаметрі. Міхур відправлений на гістологічне дослідження.

14 ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИЙ ПЕРІОД

Післяопераційне лікування повинне бути комплексним і складатися з режиму, дієтичного харчування, медикаментозного, фізіотерапевтичного та інших видів лікування. Призначені препарати куратор повинен записати в історію хвороби у вигляді рецептів. При виникненні післяопераційних ускладнень необхідно призначити додаткові лікувальні заходи. Одними з обов'язкових умов раціонального післяопераційного ведення хворого є перевязки, профілактика пролежнів у важких хворих. **Схема лікування є індивідуальною для кожного хворого.**

Приклад

Режим: палатний.

Дієта: голод.

1 *Rp.: Sol. Glucosae 5 %-400 ml*

D.t.d. N10 in flac.

*S. Внутрішньовенно крапельно по 400 мл 2 р/д
упродовж 7 діб.*

2 *Rp.: Trisol 200 ml*

D.t.d. N10 in flac.

*S. Внутрішньовенно крапельно по 400 мл 2 р/д
упродовж 5 діб.*

3 *Rp.: Sol. Analgini 50 %-2,0 ml*

D.t.d. N10 in amp.

S. Внутрішньом'язево по 2,0 мл 3 р/д упродовж 7 діб.

4 *Rp.: Sol. Dimedroli 1 %-1,0 ml*

D.t.d. N10 in amp.

S. Внутрішньом'язево по 1,0 мл 3 р/д упродовж 7 діб.

5 *Rp.: Ceftriaxon 1,0*

D.t.d. N10 in amp.

S. Внутрішньом'язево по 1,0 2 р/д упродовж 7 діб.

6

7

8

УВЧ – терапія. Дихальна гімнастика.

Перев'язки, профілактика пролежнів.

15 ЩОДЕННИКИ

Перебіг післяопераційного періоду відображається у щоденниках. У них куратор послідовно викладає динаміку суб'єктивного стану хворого та дані об'єктивних досліджень. У щоденнику викладають загальний стан хворого, його сон, апетит, переносимість і ефективність лікувальних заходів, рівень АТ, частоту пульсу і дихання, дані огляду, пальпації, аускультативні органи грудної і черевної порожнини. Одним із найважливіших розділів щоденника є описання локального статусу: характер післяопераційної рани, утворення інфільтрату, набряку, почервоніння, кількість та характер виділень із рани, наявність некротичних тканин, грануляцій, характер загоєння післяопераційної рани. Необхідно докладно описувати стан пов'язки, час видалення дренажів, мікроіригаторів, застосування антисептичних розчинів під час перев'язок.

Важким хворим щоденник пишеться кожен день (інколи декілька на день із зазначенням часу огляду), хворим із задовільним станом та станом середньої тяжкості достатньо написання щоденників через день. У навчальній історії хвороби потрібна наявність щонайменше 3 щоденників.

Графічне зображення температурної кривої, пульсу, артеріального тиску додається на окремому аркуші.

Схема щоденника

<p>ЧСС АТ ЧД Т, °С</p>	<p>Скарги хворого. Загальний стан хворого. Вигляд шкірних покривів. Стан серцево-судинної, дихальної, травної та інших систем. Фізіологічні відправлення.</p> <p>Перев'язка: стан пов'язки, кількість та характер виділень із рани. Вигляд рани (наявність некротичних тканин, грануляція тощо). Дії під час перев'язки: видалення чи встановлення дренажів, промивання ран антисептиками, накладання мазевих пов'язок та ін.</p> <p>Режим. Дієта. Призначення. Зміни у призначеннях. Фізіотерапевтичне лікування.</p> <p>Додаткові обстеження та ін. (на день написання щоденника)</p>
------------------------------------	---

Приклад

<p>22.01.2015 ЧСС – 82' АТ – 120/80 мм.рт.ст. ЧД – 16' Т – 37,5 °С</p>	<p><i>Скарги на біль в області післяопераційної рани, слабкість, підвищення температури тіла. Стан середнього ступеня тяжкості. Шкіра бліда, чиста. Дихання везикулярне, незначно ослаблене у нижніх відділах. Тони серця ослаблені, ритмічні. Живіт звичайної форми, бере участь у акті дихання. При пальпації живіт м'який, болючий в області післяопераційної рани. Печінка на рівні реберної дуги. Сечовипускання вільне, безболісне. Діурез 1 200 мл. Випорожнення було вранці оформлене, коричневого кольору. Пов'язка незначно промочена серозними виділеннями. Перев'язка. Лікування за листком призначень. Відмінити гентаміцин. Призначити цiproфлoксацин 500 мг 2 рази на добу в/венно. Повторити клінічні аналізи крові та сечі, УЗД органів черевної порожнини</i></p>
--	---

16 ПРОФІЛАКТИКА ЗАХВОРЮВАННЯ

Проводять заходи щодо попередження розвитку захворювання.

17 ПРОГНОЗ

Прогноз обґрунтовують даними, одержаними при дослідженні хворого під час курації.

Він містить:

- а) прогноз для здоров'я (можливе одужання або погіршення при хронічному захворюванні та за яких умов);
- б) прогноз для життя (чи загрожує захворювання життю хворого);
- в) прогноз відносно працездатності (ступінь обмеження працездатності, інвалідність – тимчасова або постійна).

18 НАСЛІДКИ ЗАХВОРЮВАННЯ

Результатом захворювання може бути: одужання, поліпшення, без змін, смерть.

19 ВИПИСНИЙ ЕПІКРИЗ

Виписний епікриз є завершальним розділом історії хвороби, в якому повинні бути коротко подані основні клінічні дані з оцінюванням індивідуальних особливостей перебігу хвороби, результатів обстежень, проведеного лікування та подальших рекомендацій.

В епікризі необхідно відобразити такі дані:

- 1 Прізвище, ім'я, по-батькові хворого, дата народження, професія, місце проживання.
- 2 Дату госпіталізації до відділення, вид госпіталізації: екстренно чи планово.
- 3 Основні скарги на момент госпіталізації.
- 4 Детально вписують результати всіх лабораторних та інструментальних методів обстеження, вносять висновок і рекомендації усіх лікарів-консультантів.
- 5 Повний клінічний діагноз.

- 6 Лікування, яке проводилося у відділенні: режим, дієта, операція, перев'язки, зазначити препарати, їх дози та шляхи введення, види фізіотерапевтичних процедур, інші види лікування.
- 7 Необхідно відобразити динаміку перебігу захворювання: стан хворого покращився, залишився без змін або погіршився.
- 8 Хворий виписується зі стаціонару або передається для подальшої курації (дата) з наступними рекомендаціями. Детально надати рекомендації щодо режиму фізичної активності, дієти, приймання ліків із назвами конкретних препаратів і їх доз, подальшого лікування в умовах стаціонару, поліклініки або лікарнями загальної практики.
- 9 Для осіб, які працюють, вносять дані лікарняного листка.

Приклад

Виписний епікриз з історії хвороби № 342687

П. І. П/б хворого: Павленко Іван Петрович.

Дата народження: 21.10.1947 р.

Домашня адреса: м. Білопілля, вул. Заливна, 72.

Місце роботи та рід занять: пенсіонер.

Госпіталізований в ургентному порядку до хірургічного відділення СОКЛ 17.12.2018 р. зі скаргами на розпираючий, постійний біль, наявність набряку, гіперемії у ділянці тильної поверхні лівої стопи, підвищення температури тіла до 38,5 °С, озноб, загальну слабкість. Хворів 5 днів. При огляді: на тильній поверхні лівої стопи наявний болючий інфільтрат без чітких меж розміром 10×7 см, шкіра в ділянці інфільтрату гіперемійована, набрякла.

Клінічний діагноз: флегмона лівої стопи.

17.12.2018 р. операція: розкриття та дренивання флегмони лівої стопи.

У післяопераційному періоді отримував лікування: Metronidasol 500 mg в/в 2 р/д, Sol. Vit C 5 % – 2,0 ml в/в 2 р/д, Sol. Dimedroli 1 % – 1,0 ml в/м 3 р/д, Sol. Analgini 50 % – 2,0 ml в/м

3 р/д, Ceftriaxon 1,0 в/м 2 р/д, Dipyridamol 2,0 ml в/м 2 р/д, перев'язки, УВЧ.

Проведені обстеження:

Група крові: 0(I); Rh(-) негат.

RW від 17.12.2018: негативна.

17.12.2018. Загальний аналіз крові: еритроцити – $3,5 \times 10^{12}/л$; гемоглобін – 131 г/л; кольоровий показник – 0,9; лейкоцити – $12,6 \times 10^9/л$; еозинофіли – 3 %, нейтрофіли: паличкоядерні – 10 %, сегментоядерні – 73 %, лімфоцити – 15 %, моноцити – 6 %; ШОЕ – 19 мм/год.

17.12.2018. Цукор крові – 5,8 ммоль/л.

17.12.2018. Загальний аналіз сечі: кількість – 110,0 мл, колір – світло-жовта, реакція – слабко-кисла, питома вага – 1016, прозорість – прозора, білок – 0,012 г/л, цукор – немає, епітеліальні клітини – незначна кількість, лейкоцити – 1–2 у полі зору, еритроцити – немаєю

17.12.2018. Біохімічний аналіз крові: загальний білок – 62 ммоль/л, білірубін загальний – 14,1 мкмоль/л, сечовина – 8,7 ммоль/л, креатинін – 93 мкмоль/л, АсАТ – 31 мкмоль/л, АлАТ – 33 мкмоль/л, амілаза – 14 мкмоль/л.

17.12.2018. Коагулограма: фібриноген – 4,8 г/л, толерантність плазми до гепарину – 9 хв, тромботест – підвищений, рекальцифікація плазми – 96 с.

17.12.2018. Кал на яйця глистів: не виявлено

17.12.2018. Електрокардіограма: синусова тахікардія, горизонтальне положення електричної осі серця. Помірні дистрофічні зміни в міокарді.

17.12.2018. Рентгенографія ОГК № 153464: дифузний пневмофіброз.

17.12.2018. Терапевт: ІХС. Дифузний кардіосклероз. СН I. ФК I.

Післяопераційний період протікав без ускладнень. 29.12.2018 р. хворий виписаний у задовільному стані на амбулаторне лікування.

Лікарняний листок: не потребує.

Рекомендації: перев'язки у хірурга поліклініки за місцем проживання.

Зав. відділенням _____

Лікар _____

20 ПРИКЛАД ОФОРМЛЕННЯ СПИСКУ ЛІТЕРАТУРИ

Наводиться список літератури, використаної у процесі написання історії хвороби, кількістю не менше ніж три одиниці.

Приклад

1. Дужий І. Д. *Хірургія туберкульозу легень та плеври* / І. Д. Дужий. – Київ : Здоров'я, 2008. – 360 с.
2. Ермолов А. С. *Травма печени* / А. С. Ермолов, М. М. Абакумов, Е. С. Владимірова. – Москва: Медицина, 2003. – 192 с.
3. Трутяк І. Р. *Damage control у хірургії ушкоджень органів черевної порожнини* / І. Р. Трутяк // *Хірургія України*. – 2008. – № 4. – С. 77–81.

Дата _____

Підпис куратора _____

Продовження додатка А

Продовження форми № 003/о

22. Діагноз заключний клінічний (у випадку травми - вказати її вид: виробнича - 1; невиробнича - 2 <input type="checkbox"/>)										
		Назва діагнозу								Код за МКХ - 10
Основний										
<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>										

Додаткові діагнози: ускладнення основного діагнозу - 1; супутнє захворювання - 2

22. 1. Категорія резистентності: відсутня -1; чутливий ТБ - 2; монорезистентний ТБ - 3;

полірезистентний ТБ - 4; мультирезистентний ТБ - 5; туберкульоз із розширеною резистентністю - 6

22.2. П. І. Б. лікаря _____ підпис _____ реєстраційний номер _____

Дата
(число, місяць, рік)

23. Медичні процедури та хірургічні операції

Дата (число, місяць, рік)	Час (година, хвилини)	Код процедури/ хірургічної операції	Назва процедури/ хірургічної операції	Суміжний спеціаліст (прізвище, ім'я, по- батькові, реєстраційний номер)	Вид анестезії* (реєстраційний номер лікаря- анестезіолога)	Ускладнення (код згідно з МКХ - 10)
1	2	3	4	5	6	7

24. Інші види лікування _____
(зазначити які)

для хворих на злоякісні новоутворення:

1) спеціальне лікування: хірургічне; променеве (дистанційна гамма-терапія, рентгенотерапія, швидкі електрони, контактна і дистанційна гамма-терапія, контактна гамма-терапія і глибока рентгенотерапія); комбіноване (хірургічне і гамма-терапія, хірургічне і рентгенотерапія, хірургічне і комбіноване лікування); хімічними засобами; гормональними засобами

2) паліативне лікування

3) симптоматичне лікування

25. Відмітки щодо видачі листків непрацездатності

№ _____ з _____ по _____

№ _____ з _____ по _____

26. Працездатність: відновлена повністю - 1; знижена - 2; тимчасово втрачена - 3; стійко втрачена - 4 (у зв'язку із захворюванням, з інших причин - підкреслити)

27. Висновок для тих, хто поступає на експертизу _____

28. Результат лікування: виписаний (а) з : одужанням - 1; поліпшенням - 2; погіршенням - 3;

без змін - 4; помер(ла) - 5; переведений(а) до іншого закладу охорони здоров'я - 6; здоровий(а) - 7

29. Спеціальні відмітки

онкологічний профілактичний огляд:
(число, місяць, рік)

обстеження органів грудної порожнини
(число, місяць, рік)

30. Застрахований(а): так [1]; ні [2] _____

31. П. І. Б. лікаря _____ підпис _____ реєстраційний номер _____

32. П. І. Б. завідувача відділення _____ підпис _____ реєстраційний номер _____

*Відсутня - 1; місцева - 2; загальна - 3; інша - 4.

Продовження додатка А

41. СКАРГИ ПАЦІЄНТА, АНАМНЕЗ ХВОРОБИ, АНАМНЕЗ ЖИТТЯ

Об'єктивний стан хворого, попередній діагноз, план обстеження, план медичного лікування

Локально:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ДІАГНОЗ:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

План обстеження:

1. Група крові та Rh-фактор
2. Клінічний аналіз крові
3. Аналіз крові на цукор
4. Аналіз крові на RW
5. Біохімічний аналіз крові
6. Коагулограма крові
7. Клінічний аналіз сечі
8. Аналіз сечі на цукор
9. Аналіз калу на я/глистів
10. ЕКГ
11. Рентгенографія ОГК
12. ЕФГДС
13. УЗД ОЧП

Призначення:

режим – палатний, ліжковий
дієта – голод, нормотрофія, гіпотрофія

Група крові визначена за допомогою поліклонів:

Тест-реагент анти А, серія 15A02.17, придатний до 02.2019 року

Тест-реагент анти В, серія 18B02.17, придатний до 02.2019 року

Продовження додатка А

Виписка з протоколу (карти) патологоанатомічного обстеження № _____

58. Найменування закладу охорони здоров'я, який склав протокол _____

59. Дата розтину | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ |
(число, місяць, рік)

Патологоанатомічний діагноз

60. Основний (код за МКХ-10): _____

61. Ускладнення основного (код за МКХ-10): _____

62. Супутні захворювання (код за МКХ-10): _____

63. Збіг клінічного і патологоанатомічного діагнозів:

повний збіг діагнозів - 0;

розбіжність діагнозів: основного - 1; супутнього - 2; ускладнень - 3; повна розбіжність - 4

64. Причини розбіжності:

об'єктивні труднощі діагностики - 1; короткочасне перебування в закладі охорони здоров'я - 2;

недообстеження хворого - 3; переоцінка даних обстеження - 4; рідкісне захворювання - 5;

неправильне оформлення діагнозу - 6

65. Причини смерті (з пункту 11 лікарського свідоцтва про смерть № _____)

Код за МКХ - 10:

I. а) _____
(безпосередня причина смерті)
б) _____
в) _____
г) _____

приблизний час між початком захворювання і смерті

(б, в, г - захворювання та патологічні стани, що зумовили безпосередню причину смерті; основна причина смерті вказується в останньому заповненому рядку)

II. Інші суттєві стани (конкуруючі, поєднані, фонові (підкреслити)), які сприяли смерті, але не пов'язані із захворюванням чи його ускладненням, яке безпосередньо є причиною смерті:

У разі смерті жінок під час вагітності або після пологів у період до одного року зазначити тиждень вагітності _____, день післяпологового періоду _____, тиждень після пологів _____

66. П. І. Б. лікаря _____ підпис _____ реєстраційний номер _____

67. П. І. Б. завідувача відділення _____ підпис _____ реєстраційний номер _____

Додаток Б (обов'язковий) Температурний листок

Код форми за ЗКУД _____
 Код закладу за ЗКПО _____
МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ
ФОРМА 004/о
 Затверджена наказом МОЗ України
 26.07.99 р. № 184

МОЗ України
 найменування закладу
 СОКЛ
 лікувальне відділення

ТЕМПЕРАТУРНИЙ ЛИСТОК

Карта № _____ Прізвище, ім'я, по батькові _____ Палата№ _____
 Дата _____
 День хвороби _____

П	Т		Д														
	АТ	Т	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
140	200	41															
120	175	40.															
100	150	39															
90	125	38															
80	100	37															
70	75	36															
60	50	35															
Дихання																	
Біла																	
Випито рідини																	
Дієва кількість сніч																	
Випорожнення																	
Ванна																	

Продовження додатка Б

День перебування в стаціонарі		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
		П	В	Р	В	Р	В	Р	В	Р	В	Р	В	Р	В	Р	В	Р
П	АТ	Т																
140	200	41																
120	175	40																
100	150	39																
90	125	38																
80	100	37																
70	75	36																
60	50	35																
Діагноза																		
Вага																		
Випито рідини																		
Добова кількість сечі																		
Випорожнення																		
Ванна																		

Додаток В (обов'язковий)

Протокол переливання крові та її компонентів

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони здоров'я України
29 травня 2013 року № 435

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я Найменування та місцезнаходження (пошта поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма Код за ЄДРПОУ		МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ Форма первинної облікової документації № 003-5/0 ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ МОЗ України		МІСЦЕ ПЕРЕЛИВАННЯ Номер медичної карти стаціонарного хворого	
Протокол переливання крові та її компонентів					
Проведення переливання (чотири)					
<input type="checkbox"/> перанічне <input type="checkbox"/> повторне					
Прізвище, ім'я, по батькові хворого:					
I. ПЕРЕДТРАНСФУЗИЙНИЙ ЕПІКРИЗ					
ГЕМОТРАНСФУЗИЙНИЙ АНАМНЕЗ		АКУШЕРСЬКИЙ АНАМНЕЗ (жінки)		ОБ'ЄКТИВНІ ДАНІ	
ПЕРЕЛІВАННЯ <input type="checkbox"/> крові <input type="checkbox"/> плазми <input type="checkbox"/> компонентів крові, плазми	рік з висхідною температурою з анемією з анемією та лейкоцитозом з анемією та лейкоцитозом та тромбоцитозом	кількість вагітностей з висхідною температурою абортів пологів	тону серця <input type="checkbox"/> луцні <input type="checkbox"/> пруглушні <input type="checkbox"/> глухі <input type="checkbox"/> ритмічні <input type="checkbox"/> екстракардіальні	загальний стан <input type="checkbox"/> задовільний <input type="checkbox"/> середньої тяжкості <input type="checkbox"/> тяжкий <input type="checkbox"/> агональний	температура тіла мм рт. ст. частота пульсу ударів за 1 хв.
РЕАКЦІЯ: <input type="checkbox"/> підвищення температури <input type="checkbox"/> озудла <input type="checkbox"/> кропивниця <input type="checkbox"/> анафілактичний шок		ПЕРЕБІГ ВАГІТНОСТІ: <input type="checkbox"/> нормальний <input type="checkbox"/> токсичоз <input type="checkbox"/> еклампсія		АТ мм рт. ст. температура тіла °С	
				*ДВЗ – дисципліноване внутрішнє зорганне.	

Продовження додатка В

Після проведеної макроскопічної оцінки крові та її компонентів (відсутність гемолізу, бактеріального зараження згустків тощо) у донора (привіще, ім'я, по батькові)		ампула номер		заготовлена (де)		число		місяць		рік		визнава			
Після контрольної перевірки двох серій стандартних сироваток															
		кров хворого				мас грудку		резу-прин алеж-ність		На сумісність		несу-місна			
O I		V III IV				мас грудку		резу-прин алеж-ність		група крові		O O			
Під час переливання використовувався проба на біологічну сумісність (струменем, трічі по 15 мл з інтервалом в 3-5 хвилин перелито 45 мл крові) реакція була: <input type="checkbox"/> неспокій <input type="checkbox"/> прискорення пульсу <input type="checkbox"/> важкість дихання <input type="checkbox"/> О білі в потереці <input type="checkbox"/> О почерволіле чи біліє обличчя															
ВРАХУВАННЯ БІОЛОГІЧНОЇ ПРОБИ															
II. П Е Р Е Л И В А Н Н Я															
ПОЧАТОК		В яку сулину (внутрішньою)		МЕТА		МЕТОД		ШЛЯХ		ВИД					
		в кількості		<input type="checkbox"/> заміса <input type="checkbox"/> непрямої <input type="checkbox"/> гемолітична <input type="checkbox"/> непрямий <input type="checkbox"/> обмінний <input type="checkbox"/> гемостатична		<input type="checkbox"/> О внутрішньосерцевий <input type="checkbox"/> О внутрішньовенний <input type="checkbox"/> О внутрішньоперитонеальний <input type="checkbox"/> О внутрішньоартеріальний <input type="checkbox"/> О внутрішньостричковий		<input type="checkbox"/> О внутрішньосерцевий <input type="checkbox"/> О внутрішньовенний <input type="checkbox"/> О внутрішньоперитонеальний <input type="checkbox"/> О внутрішньоартеріальний <input type="checkbox"/> О внутрішньостричковий							
III. П І С Л Я Т Р А Н С Ф У З І Й Н И Й Н А Г Л Я Д															
Час вагладу після переливання															
РЕАК-ЦІЯ:		під час пере-лівання		1 година		2 година		3 година		4 година		5 годлин		6 годлин	
не-було		O													
кропи в-ниці		O													
остуда		O													
лафті-най шок		O													
		Термометрія (°С)		Пульс (уд. за 1 хв.)											
IV. У С К Л А Д Е Н Н Я															
				1 – інфекційно-токсичний шок		2 – септич гемостазуфії		3 – тромбоцитопенія		4 – повгітна емболія		5 – гостра серцево-судинна недостатність		6 – група несумісність	
Привіще, ім'я, по батькові лікаря (повністю)															
Привіще, ім'я, по батькові медсестри (повністю)															
місце для наклеювання марок (стикеток)															
ВІДРИВНИЙ ТАЛОН															
Після переливання передається для автоматизованого обліку		Після переливання		МАРКА (стикета) №		Дата переливання		Код відділення		Код лікаря		Код ускладнення			
						число місяць рік									

Додаток Д
(обов'язковий)
Карта пацієнта, який вибув із стаціонару

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони здоров'я
України
14.02.2012 № 110
(у редакції наказу
Міністерства охорони здоров'я України
21.01.2016 № 29)

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого (якої) належить заклад охорони здоров'я Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма Код за ЄДРПОУ <input style="width: 100px;" type="text"/>	МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ Форма первинної облікової документації № 066/о ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ МОЗ України № <input style="width: 40px;" type="text"/>																								
КАРТА ПАЦІЄНТА, ЯКИЙ ВИБУВ ІЗ СТАЦІОНАРУ, № _____																									
Номер відповідної форми стаціонарного хворого (003/о, 003-1/о, 096/о, 097/о (підкреслити)) _____																									
1. Дата госпіталізації <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> (число, місяць, рік) <input style="width: 40px;" type="text"/> (година) <input style="width: 40px;" type="text"/> (хвилини)																									
2. Прізвище, ім'я, по батькові пацієнта _____																									
3. Стать: чоловіча – 1; <input type="checkbox"/> 4. Дата народження <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> (число, місяць, рік) 5. Вік _____ 6. Громадянство _____ (кількість повних років) (код країни) жіноча – 2 <input type="checkbox"/>																									
7. Документ, що посвідчує особу <input style="width: 40px;" type="text"/> 7.1. Номер документа, що посвідчує особу <input style="width: 40px;" type="text"/>																									
8. Постійне місце проживання/перебування: місто – 1; село – 2 <input type="checkbox"/> (область, район, населений пункт, вулиця, будинок, квартира)																									
9. Поштовий індекс _____																									
10. Місце роботи, посада _____ (для дітей, учнів, студентів – найменування навчального закладу)																									
11. Ким направлений пацієнт _____ (найменування та код закладу охорони здоров'я) <input style="width: 40px;" type="text"/> (код за ЄДРПОУ)																									
12. Діагноз при госпіталізації _____ (код за МКХ-10)																									
13. Відділення госпіталізації <input style="width: 40px;" type="text"/> (код) _____ 14. Відділення виписки <input style="width: 40px;" type="text"/> (код) _____ (профіль ліжок) (профіль ліжок)																									
15. Госпіталізація: ургентна – 1; планова – 2 <input type="checkbox"/>																									
16. Строк госпіталізації (до 6 годин – 1; 7 – 24 години – 2; більше 24 годин – 3) <input type="checkbox"/>																									
17. Госпіталізація з приводу цього захворювання в цьому році: вперше – 1; повторно – 2 <input type="checkbox"/>																									
17.1. Повторна госпіталізація з приводу цього захворювання до 30 днів: так – 1; ні – 2 <input type="checkbox"/>																									
18. Результат лікування: виписаний(а) з одужанням – 1; поліпшенням – 2; погіршенням – 3; без змін – 4; помер(ла) – 5; переведений(а) до іншого закладу охорони здоров'я – 6; здоровий(а) – 7 <input type="checkbox"/>																									
19. Дата виписки/смерті <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> (число, місяць, рік) <input style="width: 40px;" type="text"/> (година) 20. Проведено ліжко-днів _____																									
21. Діагноз заключний клінічний (у випадку травми – вказати її вид; виробнича – 1; невиробнича – 2) <input type="checkbox"/>																									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;"></th> <th style="width: 50%;">Назва діагнозу</th> <th style="width: 30%;">Код за МКХ-10</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">Основний</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			Назва діагнозу	Код за МКХ-10	Основний			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		
	Назва діагнозу	Код за МКХ-10																							
Основний																									
<input type="checkbox"/>																									
<input type="checkbox"/>																									
<input type="checkbox"/>																									
<input type="checkbox"/>																									
<input type="checkbox"/>																									
<input type="checkbox"/>																									

Продовження додатка Д

2

Продовження форми № 066/о

Додаткові діагнози: ускладнення основного діагнозу – 1; супутнє захворювання – 2 <input type="checkbox"/>							
21.1. Категорія резистентності: відсутня – 1; чутливий ТБ – 2; монорезистентний ТБ – 3; полірезистентний ТБ – 4; мультирезистентний ТБ – 5; туберкульоз із розширеною резистентністю – 6 <input type="checkbox"/>							
22. У випадку смерті хворого: 22.1. Патологоанатомічний діагноз							
Основний	Код за МКХ-10	Ускладнення основного діагнозу	Супутні захворювання				
22.2. Із пункту 11 лікарського свідоцтва про смерть № _____ Код за МКХ-10:							
<input type="checkbox"/> I. а) _____ (безпосередня причина смерті)	приблизний час між початком захворювання і смертю						
<input type="checkbox"/> б) _____							
<input type="checkbox"/> в) _____							
<input type="checkbox"/> г) _____							
(б, в, г – захворювання та патологічні стани, що зумовили безпосередню причину смерті; основна причина смерті зазначається в останньому заповненому рядку)							
II. Інші суттєві стани (конкуруючі, поєднані, фонові (підкреслити)), які сприяли смерті, але не пов'язані із захворюванням чи його ускладненням, яке безпосередньо є причиною смерті:							
У разі смерті жінок під час вагітності або після пологів у період до одного року зазначити тиждень вагітності _____, день післяпологового періоду _____, тиждень після пологів _____							
23. Медичні процедури та хірургічні операції							
Дата (число, місяць, рік)	Час (години, хвилини)	Код процедури/хірургічної операції	Назва процедури/хірургічної операції	Спеціаліст (прізвище, ім'я, по батькові, реєстраційний номер)	Вид анестезії*	Анестезіолог (прізвище, ім'я, по батькові, реєстраційний номер)	Ускладнення (код за МКХ-10)
24. Обстеження на RW <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 25. Онкологічний профілактичний медичний огляд <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>							
(число, місяць, рік)				(число, місяць, рік)			
26. Обстеження на ВІЛ-інфекцію <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 27. Обстеження органів грудної порожнини <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>							
(число, місяць, рік)				(число, місяць, рік)			
28. Інвалід війни – 1; учасник війни – 2; учасник бойових дій – 3; особа, яка постраждала внаслідок Чорнобильської катастрофи – 4; інша пільгова категорія _____ – 5 <input type="checkbox"/>							
(категорія _____; посвідчення: серія _____ № _____)				(вказати яка)			
Лікуючий лікар _____ (прізвище, ім'я, по батькові, підпис)				_____ (реєстраційний номер)			
Дата « _____ » _____ 20 ____ року							
*Анестезія: відсутня – 1; місцева – 2; загальна – 3; інша – 4.							

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Академическая история болезни: Методические рекомендации для самостоятельной работы студентов IV курса лечебного факультета / А. Е. Новосельцев, Р. Н. Чирков, А. О. Ледин и др. – Тверь : ТГМА, 2015. – 21 с.
2. Байдо В. П. Пропедевтика хирургических болезней / В. П. Байдо. – В. Новгород. Издательство: Новгор. гос. ун-т, 2006. – 139 с.
3. Гребенев А. Л. Пропедевтика внутренних болезней / А. Л. Гребенев. – Москва : Медицина, 2001. – 592 с.
4. Загальна хірургія / за ред. М. Д. Желіби, С. Д. Хіміча. – Київ : ВСВ «Медицина», 2016. – 448 с.
5. Казущик В. Л. Схема написания истории болезни пациента с хирургическим заболеванием : метод. рекомендации / В. Л. Казущик, А. Д. Карман. – Минск : БГМУ, 2012. – 16 с.
6. Ляпіс М. О. Методика обстеження хірургічного хворого / М. О. Ляпіс. – Тернопіль : Укрмедкнига, 2000. – 168 с.
7. Методичні рекомендації до написання історії хвороби хірургічного хворого / І. Д. Дужий, М. Г. Кононенко, Г. І. П'ятикоп, Л. Г. Кашенко та ін. – Суми : Сумський державний університет, 2002. – 27 с.
8. Наказ МОЗ України 14.02.2012 № 110 (у редакції наказу Міністерства охорони здоров'я України 21.01.2016 № 29) «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування».
9. Наказ МОЗ України від 02.04.2010 № 297 «Про затвердження стандартів та клінічних протоколів надання медичної допомоги зі спеціальності "Хірургія"».
10. Основи обстеження хворого та схема історії хвороби: навчальний посібник. – Дніпропетровськ ; МОЗ України, ДДМА, 2002. – 68 с.

11. Пропедевтика хирургии (избранные лекции). Учебное пособие / под ред. В. К. Гостищева, А. И. Ковалева. – Москва : Медицина, 2007. – 904 с.
12. Хегглин Юрг Хирургическое обследование / Хегглин Юрг ; пер. с нем. Г. В. Говорунова. – Москва : Медицина, 1980. – 414 с.
13. http://intranet.tdmu.edu.ua/data/kafedra/internal/surgery2/classes_stud/uk/stomat/ptn/htm.
14. <http://meduniv.lviv.ua/uploads/repository/gensurg/index.php>.

Навчальне видання

Методичні вказівки
до практичних занять із курсу «Загальна хірургія»
на тему «*Схема написання історії хвороби*
хірургічного хворого»
для студентів медичних ЗВО
денної форми навчання

Відповідальний за випуск І. Д. Дужий
Редактор Н. М. Мажуга
Комп'ютерне верстання О. В. Кравець

Підписано до друку 03.01.2019, поз. 6.
Формат 60×84/16. Ум. друк. арк. 3,49. Обл.-вид. арк. 2,98. Тираж 5 пр. Зам. №
Собівартість видання грн к.

Видавець і виготовлювач
Сумський державний університет,
вул. Римського-Корсакова, 2, м. Суми, 40007
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 3062 від 17.12.2007.