

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Методичні вказівки
для обстеження і лікування хворих
у хірургічній клініці та написання
історії хвороби студентами IV-V курсів

для студентів спеціальності 222 «Медицина»,
денної форми навчання

Суми Вид-во СумДУ 2022

НАВЧАЛЬНЕ ВИДАННЯ

Методичні вказівки
для обстеження і лікування хворих
у хірургічній клініці та написання
історії хвороби студентами IV-V курсів
для студентів спеціальності 222 «Медицина»
денної форми навчання

Укладачі:

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
НАУКОВО-НАВЧАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ ІНСТИТУТ

Оцінка
за курацію хворих _____

Кафедра хірургії,
травматології, ортопедії та
фтизіатрії
Завуч кафедри

за захист історії хвороби _____

д.м.н., проф. І.Д.Дужий

підпис викладача

Керівник групи

ІСТОРІЯ ХВОРОБИ

прізвище, ім'я, по батькові хворого

Клінічний діагноз:

Основне захворювання _____

Супутні захворювання _____

Ускладнення _____

Куратор _____

Курс _____ група _____

**Загальні відомості про хворого
(паспортна частина)**

Прізвище, ім'я, по батькові _____

_____ Стать _____ Вік _____

Національність _____ Сімейний стан _____

Місце роботи _____ Посада _____

Адреса хворого _____

Дата і час прийняття у клініку _____

Через скільки годин госпіталізований(а) з початку хвороби
(травми) _____

у плановому/ургентному порядку(підкреслити)

Діагноз направлення _____

Діагноз під час прийняття у клініку _____

Клінічний діагноз під час виписування зі стаціонару:

Основне захворювання _____

Ускладнення _____

Дата і назва операції _____

Ускладнення після операції _____

Вид знеболення _____

Побічна дія ліків _____

Дата виписування зі стаціонару _____

Результат захворювання: видужання, покращення стану, без змін,
погіршення стану, смерть (підкреслити).

СХЕМА ІСТОРІЇ ХВОРОБИ

1 Обстеження суб'єктивного стану:

1.1 скарги хворого(на час обстеження);

1.2 анамнез даного захворювання;

1.3 анамнез життя;

2 Об'єктивне обстеження стану хворого:

2.1 зовнішній огляд: загальний стан, свідомість, положення хворого, шкіра і слизові оболонки, підшкірна клітковина, лімфатичні вузли, молочні залози, ротова порожнина;

2.2 обстеження органів дихання;

2.3 обстеження органів кровообігу;

2.4 обстеження органів черевної порожнини;

2.5 обстеження органів сечостатевої системи;

2.6 обстеження нервової системи;

2.7 обстеження ендокринної системи;

2.8 обстеження кістково-м'язової системи;

3 Локальний статус.

4 Попередній діагноз.

5 План обстеження хворого з обґрунтуванням необхідності додаткових методів діагностики і консультацій інших фахівців.

6 Результати додаткових методів обстеження (лабораторних, інструментальних, рентгенологічних тощо), їх інтерпретація, висновки консультацій фахівців.

7.Диференціальна діагностика з описом спільних симптомів, характеристикою відмінностей захворювань і висновком.

8 Клінічний діагноз: основне захворювання, ускладнення, супутні захворювання.

9 Етіологія, патогенез і патоморфологія.

10 Лікування хворого: консервативне, оперативне, симптоматичне, санаторно-курортне та ін., з урахуванням патогенетичних особливостей основного та причин супровідних захворювань.

Курація хворого з відображенням динаміки стану пацієнта і лікувальних заходів у щоденниках спостереження.

11 Епікриз.

12 Прогноз захворювання щодо життя, видужання і працездатності.

6

13 Профілактика захворювання, його рецидиву у даного хворого і ускладнень.

14 Список основної та додаткової літератури.

15 Рецепти медичних препаратів, які застосовані у лікуванні даного хворого.

1. Суб'єктивне обстеження стану пацієнта

1.1. Скарги хворого

Зайшовши до палати, ввічливо привітайтеся з пацієнтом. Сядьте праворуч біля нього на стілець. Зберіть дані паспортної частини. Дайте можливість хворому повністю викласти свої скарги, а в кінці цього не забудьте запитати про ще можливі відчуття, які турбують його на даний час. Не ставте прямих запитань, бо хворий з метою пришвидшення його обстеження Вами чи через низький інтелект, може відповідати не об'єктивно, чим заплутає відомості про дійсний стан.

У подальшому цілеспрямовано уточніть основні та другорядні скарги, з'ясуйте в якій послідовності вони виникали, яка причина і зв'язок між ними. При наявності болю зверніть увагу на його локалізацію, іррадіацію, характер, інтенсивність і тривалість. З'ясуйте зв'язок виникнення чи посилення болю з прийманням їжі, сечовипусканням, актом дефекації, рухами, а також з іншими причинами (переохолодженням, переміною погоди, тощо). Коли хворий у тяжкому стані, формулюйте запитання так, щоб він міг відповісти одним словом: «так» чи «ні».

Після уточнення і деталізації скарг проведіть систематичне опитування хворого для виявлення порушень основних функцій організму за заданою схемою. Особливу увагу зверніть на ті скарги, що можуть мати відношення до основного захворювання.

1.1.1. Дихальна система

З'ясуйте характер дихання: вільне, утруднене; дихання через ніс, через рот, виділення із носа, їх кількість, консистенція, колір, запах. За наявності кровотеч із носа необхідно з'ясувати їх причину, частоту,

тривалість і кількість. Якщо кровохаркання, то важливо знати час його прояву, частоту, інтенсивність (домішки крові у харкотинні, наявність

7

кров'яних згортків, перехід у профузну кровотечу). Деталізуючи біль у грудній клітці, необхідно уточнити його інтенсивність, локалізацію, іррадіацію, періодичність і причину виникнення. Якщо у хворого кашель, то треба знати час доби, коли він виникає, можливу причину, як довго триває, характер (поверхневий, глибокий, «гавкаючий»), кількість і наявність харкотиння, його характер (слизове, гнійне, слизово-гнійне, вказати колір).

Важливо знати, чи виникають скарги і які (задишка, швидка втома, кашель, біль) під час фізичного навантаження.

1.1.2. Серцево-судинна система

Біль у ділянці серця може виникати періодами або постійно, різної інтенсивності та іррадіації. Важливо визначити його причину (у спокої, під час фізичного навантаження, психоемоційного збудження, тощо). За наявності скарг на серцебиття потрібно знати його характер, частоту, тривалість, фактори, що їх спричиняють (збудження, перевтома, робота у нічний час).

Значення мають набряки кінцівок, їх симетричність, локалізація, забарвлення шкіри та їх відтінок, тривалість набряку (поява у другій половині дня чи зранку, зникає чи постійний). Деталізуючи скарги хворого на біль у нижніх кінцівках, куратор визначає причину і час його появи. Біль може виникати періодично, пов'язаний із фізичним навантаженням у вигляді переміжної кульгавості, парестезій, оніміння кінцівок і відчуття постійного холоду в ділянці ступні.

1.1.3. Органи травлення і черевної порожнини

Звертають увагу на апетит хворого (добрий, задовільний, поганий, «вовчий»), відраза до певних продуктів чи навпаки бажання кислої, гострої, солоної, молочної та ін. їжі.

Важливо знати про кількість рідини, що випиває пацієнт за добу, чи немає спраги, слинотечі, присмаку в роті (гіркий, кислий, металевий, неприємний).

Значну діагностичну цінність мають суб'єктивні дані: а) кашель під час їди (особливо під час вживання рідкої їжі); б) вільне,

8

утруднене чи болісне проходження їжі по стравоходу; в) характер відрижки (повітрям, щойно вжитою чи давнішньою їжею, шлунковим вмістом) та її запах(без запаху ,тухлих яєць, кислий, каловий); г) диспепсичні явища (печія, нудота, блювання), їх інтенсивність і тривалість із зазначенням причинних факторів . Куратор повинен уявити собі логічну послідовність виявлених порушень, цілеспрямовано сконцентрувати скарги хворого і дати їм певну оцінку.

Надзвичайно важливі інформативні дані про блювання (коли з'явилося, чи пов'язане воно з прийманням їжі, його кількість, запах, колір тощо). Детально опишіть біль у животі , його локалізацію: епігастральна ділянка, підребер'я, пупкова, здухвинна або пахвинна ділянка, за ходом товстої кишки, характер (постійний, нападopodobний, гострий, тупий), іррадіацію (у шию, хребет, яку ділянку грудної клітки ,під лопатку, оперізуючий), зв'язок з прийманням їжі. Врахуйте особливість фізіологічних відправлень: відходження газів (відсутнє, вільне, надмірне), акт дефекації (самостійний, з клізмою, часті позиви, консистенція ,колір), наявність домішок крові, слизу, гною, дьогтеподібні калові маси.

1.1.4. Сечовидільна система

Наявний біль у поперековій ділянці (нападopodobний, постійний, іррадіює у живіт, зовнішні статеві органи), характер сечовипускання (вільне, утруднене, болюче, постійне виділення сечі краплями, неповне випорожнення сечового міхура, чи утримується хворий від сечовипускання), кількість сечі за добу (в який час переважає частота сечовиділення), її колір, домішки крові, слизу.

1.1.5. Кістково-м'язова система

Якщо хворий скаржиться на біль у м'язах, кістках, суглобах, потрібно деталізувати його характер (постійний, гострий, тупий), зв'язок з порами року, метеорологічними факторами, з фізичними навантаженнями. Обов'язково визначте, чи виникають судоми і в який час доби.

1.1.6. Нервова система

Необхідно визначити настрої хворого (оптимістичний, бадьорий, пригнічений, тривожний), адекватність реакцій на різні подразники, сон, орієнтацію у просторі. Розпитайте хворого про органи відчуття (зір, слух, нюх), погіршення пам'яті, головокружіння, біль голови, шум у вухах, чутливість різних ділянок тіла .

Після закінчення обстеження суб'єктивного стану хворого його скарги детально і послідовно запишіть в історію хвороби, керуючись такою схемою:

1. Насамперед опишіть скарги хворого, зумовлені основним захворюванням і його ускладненнями, а потім – супутніми.

2. Отримані суб'єктивні дані згрупуйте у скарги загального характеру та місцеві, а також скарги, що стосуються інших органів та систем.

2. Анамнез захворювання

Під час запису анамнезу необхідно чітко викласти початок захворювання і послідовність його клінічних проявів, особливо у догоспітальному періоді. Зазначте, коли виникло захворювання, а в ургентних хірургічних станах – скільки годин тому. Розпитайте, як розвивалося захворювання: поступово чи раптово, які лікувальні заходи проводилися на догоспітальному етапі та їх ефективність, Особливу увагу приділяйте встановленню причин, що, можливо, викликали хворобу. Викладіть динаміку захворювання, починаючи з перших симптомів і до прийняття пацієнта у стаціонар, а також індивідуальні особливості перебігу у нього патологічного процесу. Внесіть в історію хвороби результати лабораторних, біохімічних, інструментальних, функціональних методів про обстеження, а також висновки лікувальних закладів, де лікувався чи обстежувався пацієнт до теперішньої госпіталізації у клініку. Якщо хворий тривалий час лікувався з приводу хронічної хвороби, вкажіть особливості її перебігу, препарати, які він приймав і результати лікування.

Записуючи анамнез даного захворювання, керуйтеся такою схемою:

1. Визначте початок захворювання: раптовий, поступовий.

10

2. Опишіть послідовність виникнення ознак захворювання та їх зв'язок між собою.

3. Викладіть найбільш ймовірну із зазначених хворим причин виникнення захворювання.

4. Детально опишіть розвиток і перебіг захворювання до прийняття у стаціонар та під час перебування у клініці до початку курації.

5. Вкажіть, якщо це можливо, препарати, якими хворий лікувався з самого початку і до сьогоднішнього дня, їх дози, ефективність.

3. Анамнез життя

Коротко опишіть біографічні дані пацієнта: місце народження, соціальний стан батьківської сім'ї, як зростав і розвивався у дитинстві порівняно з ровесниками, як навчався, позашкільне навчання, освіта, хто за фахом. Зверніть увагу на дитячий та юнацький періоди фізичного формування особистості хворого.

Трудовий анамнез: початок трудової діяльності; професія, її зміни; умови праці, шкідливі виробничі фактори: висока чи низька температура приміщення, протяг, сирість, недостатнє освітлення, запиленість, безпосередній контакт зі шкідливими речовинами: кислоти, луги, вдихання диму, робота з гербіцидами, знаходження у зоні аварії на ЧАЕС тощо.

Характер військової служби, якщо не був, то з якої причини, участь у воєнних конфліктах, який термін.

Статевий та сімейний анамнез: початок статевого життя, у якому віці одружений(а), повторні шлюби, кількість дітей, їх вік і стан здоров'я; у жінок – час появи менструацій, період їх становлення, присутність болю, циклічність, кількість вагітностей, пологів, викиднів, клімакс.

Побутовий анамнез: життєві та санітарно-гігієнічні умови, склад і бюджет сім'ї, харчування (дома чи у їдальні, режим,

регулярність, характер їжі, її різноманітність, калорійність, надмірне вживання).

Алергологічний анамнез: непереносимість лікарських засобів, харчових продуктів, вакцин, сироваток, побутової хімії, домашнього

11

пилу, шерсті тварин, пилку квітів, пуху тополі, як ці явища проходять, чим лікуються.

Епідеміологічний анамнез: з'ясуйте, чи був контакт з інфекційними хворими або тими у яких тривалий час тримається підвищена температура. Зазначте, чи є домашні тварини і які, чи вживав термічно не оброблені продукти тваринного походження, можливо були укуси тварин, кліщів, комарів, чи перебував пацієнт в епідеміологічно несприятливих районах, яких саме, коли. Запишіть (бажано з амбулаторної карти) проведені щеплення із зазначенням назви, дози і дати.

Хронічні інтоксикації: паління (з якого віку, в якій кількості, натщесерце, вночі); вживання алкоголю (з якого віку, як часто, в якій кількості); інші інтоксикації (вживання наркотиків, звичка пити міцну каву, чай, тощо).

У хронологічному порядку, викладіть перенесені хвороби і травми (як перебігали, зазначте їх ускладнення) перенесені операції: (в якому віці, тяжкість, тривалість і особливості післяопераційної реабілітації, їх результати).

Потрібно вказати на застосування у лікуванні антибіотиків, протизапальних, жарознижувальних препаратів, антикоагулянтів, гормонів, переливання крові, їх ефективність, можливі ускладнення і появи останніх.

Для встановлення спадковості зберіть анамнез про найближчих родичів, чим хворіли сестри, брати, батьки та їх найближчі родичі (аномалії розвитку, психічні розлади, алкоголізм, хвороби обміну, сифіліс, туберкульоз, злоякісні пухлини, ендокринні захворювання).

До уваги куратора!

Якщо хворий непритомний, суб'єктивні данні, з'ясуйте у родичів, медичних працівників або випадкових людей, які супроводжували його до медичного закладу.

4. Об'єктивне обстеження стану хворого

4.1 Зовнішній огляд хворого

Насамперед опишіть стан хворого (задовільний, середньої важкості, важкий, дуже важкий, агонія), його свідомість (ясна, сплутана, пацієнт марить, непритомний) і положення у ліжку (активне, пасивне, вимушене). Обов'язково зверніть увагу на вираз обличчя (спокійний, збуджений, байдужий, маскоподібний), конституцію (нормостенічна, астенична, гіперстенічна), зафіксуйте зріст, вагу і температуру тіла. Опишіть колір шкіри (тілесний, блідий, червоний, жовтий і його відтінки, ціанотичний, землистий, бронзовий), тургор і еластичність, а також ділянки депігментації, рубці, висипання, новоутворення, крововиливи; особливості росту волосся (за чоловічим або жіночим типом). Під час огляду слизових оболонок кон'юктиви, носа, губ і порожнини рота зверніть увагу на колір (блідий, блідо-рожевий, рожевий, червоний), наявність висипання, ерозії, виразки, лейкоплакії. Язик може бути вологим, помірно сухим, сухим, обкладеним білим, сірим або коричневим нашаруванням (серединою, краями, на корені), можливі відбитки зубів, виразки, ерозії, новоутвори; опишіть стан вуздечки.

Описуючи зів, мигдалики, піднебіння, слизову щік, потрібно визначити колір, поверхню, розмір; дати характеристику формули зубів, стану ясен.

Вкажіть на розвиток підшкірної клітковини (слабкорозвинута, задовільно, помірно, надмірно), наявність пастозності або набряків.

Огляньте, пропальуйте і опишіть лімфатичні вузли (підщелепні, шийні, над- і підключичні, пахвинні, клубові, пахвові, заочеревинні), визначте чи спаяні вони між собою, з підшкірною клітковиною, прилеглими анатомічними структурами, а також консистенцію, розміри, біль, рухливість.

Проведіть обстеження молочних залоз і зазначте розміри, форму, симетричність, деформації, виділення із соска (молочні, серозні, геморагічні, гнійні). Пропальпуйте залози у вертикальному і горизонтальному положенні хворої, що дозволить визначити стан паренхіми органу, ущільнення і пухлиноподібні утвори.

13

До уваги куратора!

Якщо Ви, обстежуючи хворого під час загального огляду за вищезгаданою схемою знаходите патологічні зміни, які стосуються основного захворювання або його ускладнення, то у даному розділі відобразіть їх коротко і в загальних рисах, а детально опишіть у розділі «Локальний статус».

4.2 Обстеження органів дихання

Оглядаючи грудну клітку, опишіть її форму (циліндрична, конусоподібна, бочкоподібна, деформована: вузька, плеската, "груди шевця" тощо.), участь обох половин у диханні, стан міжреберних проміжків при глибокому вдиху та видиху. Пальпаторно визначте голосове дрижання (ослаблене, посилене, не змінене), болючі місця, набряки, ущільнення, крепітацію, патологічну рухливість. Методом порівняльної перкусії визначте характер звуку (чіткий легеневий, притуплений, тимпанічний, коробковий), методом топографічної перкусії знайдіть межі легень, висоту стояння верхівок, поля Креніга, екскурсію легень.

Аускультацию необхідно проводити на симетричних ділянках, починаючи з підключичних ямок. Визначте характер дихальних шумів (дихання везикулярне, жорстке, бронхіальне, амфоричне, змішане), кількість, звучність, локалізація хрипів (сухі, вологі, дрібно- і крупноміхурцеві) і шум тертя плеври.

4.3 Обстеження органів кровообігу

Визначте пульсацію на артеріях (променевих, плечових, підключичних, скроневих, сонних, тильних ступні, задніх великогомілкових, підколінних, стегнових), частоту, наповнення і напруження пульсу. Зверніть увагу на наявність розширених вен у ділянці живота, грудної клітки, кінцівок, а також на ущільнення і біль

по ходу вен, набряк кінцівок, його симетричність. Виміряйте артеріальний тиск (максимальний, мінімальний, пульсовий) на симетричних кінцівках.

Перкуторно визначте межі відносно серцевого притуплення. При аускультатії зверніть увагу на тони серця (чіткі, глухі, акцент,

14

розщеплення тону), їх частоту, ритм і відношення до фаз серцевої діяльності (систоли чи діастоли).

4.4. Обстеження органів черевної порожнини

При огляді живота опишіть форму (кругла, втягнута, асиметрична), участь в акті дихання передньої черевної стінки, наявність видимої перистальтики, видимої пульсації, діастазу м'язів передньої черевної стінки, гризових випинань при напруженні і кашлі.

Аускультатія

Пальпаторно визначте стан стінки живота, її резистентність, напруження м'язів, біль при пальпації та його локалізацію, зони гіпертензії шкіри і больові точки, наявність симптомів подразнення очеревини. Визначте стан пупкового і паховинного кілець Під час глибокої методичної ковзної пальпації за Образцовим і Стражеско послідовно визначте розміщення, стан і можливий біль сигмоподібної, низхідної, поперечної, висхідної і сліпої кишок, особливо у точках Мак-Бурнея, Ланца. Опишіть симптоми, що визначені вами під час обстеження. Пропальпуйте шлунок, визначте біль (локальний, розлитий) окремих його ділянок, зокрема пілородуоденальної. Встановіть нижню межу, шум плескоту, інфільтрати, пухлини, їх консистенцію і рухливість. Досліджуючи печінку, почніть з огляду нижньої частини грудної клітки і правого підребер'я. Пальпаторно з'ясуйте особливості краю печінки (гострий, тупий, м'який, щільний), на скільки сантиметрів виступає з-під реберної дуги. При збільшеній печінці дайте характеристику її поверхні. Перкуторно визначте межі за Курловим, можливі симптоми пневмоперитонеуму. Якщо пальпується жовчний міхур, то зазначте його величину, поверхню, рухливість, біль (особливо у точці Кера), зони гіперестезії. Пальпаторно встановіть форму, величину і консистенцію підшлункової залози. Зверніть увагу на напруження і чутливість передньої черевної стінки у проекції

інфільтрату або пухлини. Пальпаторно у положенні Гротта і перкуторно встановить межі селезінки, її консистенцію (м'яка, еластична, щільна), поверхню (гладка, горбиста) і біль. Оглядаючи ділянку заднього проходу, слід звернути увагу на наявність збільшених зовнішніх гемороїдальних вузлів, випадіння слизової прямої кишки,

15

наявність тріщин та кондилом. При пальцевому обстеженні визначте тонус сфінктера, наявність внутрішніх гемороїдальних вузлів, інфільтратів, поліпів, пухлин у прямій кишці та порожнині малого таза. Для цього використовують найбільш інформативну методику бімануального ректального (вагінального) пальцевого обстеження: у положенні хворої для гінекологічного обстеження палець однієї руки вводять у пряму кишку (або у піхву), а другою рукою натискають на черевну стінку в нижніх відділах у напрямку до малого таза. Важливим діагностичним тестом є визначення патологічних виділень із прямої кишки (кров, особливо несвіжа, головним чином на початку акту дефекацій, гній, велика кількість слизу).

4.5 Обстеження органів сечостатевої системи

Після огляду поперекової та пахвинної ділянок пальпаторно визначте нижній полюс правої та лівої нирок у положенні хворого лежачи на спині, на боці, стоячи та нахилившись вперед. Зверніть увагу на розташування нирок, розміри, рухливість, біль, характер поверхні (гладка, горбиста), визначте симптом Пастернацького, можливий біль у ниркових точках. Визначте наявність ячюк, їх розміри, симетричність, стан придатків і сім'яного канатика. Опишіть стан крайньої плоті та головки статевого члена, її оголення (повне, часткове), виділення з уретри. У жінок опишіть стан статевих губ, клітора, вульви. Обстежуючи ділянку гіпогастрію, визначте можливе положення сечового міхура, матки та придатків. Пальпаторно і перкуторно з'ясуйте їх межі, характер поверхні, біль, рухливість, наявність інфільтрату чи пухлини. Пальцевим обстеженням через пряму кишку з'ясуйте стан передміхурової залози (розміри, консистенція, форма, характер поверхні, флуктуація, біль тощо).

4.6 Обстеження нервової системи

На початку обстеження куратор повинен звернути увагу на настрої хворого (бадьорий, пригнічений, тривожний), бажання спілкуватися, орієнтацію у навколишньому середовищі.

Потрібно визначати рефлекси (кон'юнктивальний рогівковий, сухожильні), біль по ходу нервових стволів, ригідність м'язів, можливі

16

менінгеальні симптоми, чутливість шкіри (больова, тактильна, температурна), парези, паралічі, гіперестезії, дермографізм, його характер (червоний, білий) і тривалість.

4.7 Обстеження ендокринної системи

Після огляду передньої ділянки шиї пальпаторно встановить межі щитовидної залози, її форму, консистенцію, характер поверхні, рухливість під час ковтання, зрощення з сусідніми органами і тканинами, біль. Зафіксуйте в історії хвороби можливі ожиріння і його ступінь, гігантизм, карликовість, пігментації, виснаження тощо.

4.8 Обстеження кістково-м'язової системи

Після огляду і пальпації опишіть загальний стан м'язової системи, її тонус, симетричність половин тіла, форму і розміщення ключиць, лопаток, тазових кісток, хребта (кіфоз, лордоз, сколіоз), наявність інфільтратів, пухлин, ділянок атрофії чи гіпертрофії.

Визначте об'єм активних і пасивних рухів у суглобах, біль під час рухів і при осьовому навантаженні, деформації кісток, їх вирости тощо.

5 Локальний статус

Описуючи локальний статус (локалізацію захворювання). ретельно проведіть обстеження у такій послідовності: огляд, аускультация, пальпація, перкусія. Наприклад, при записуванні хворих із патологією органів черевної порожнини необхідно починати з характеристики язика, зовнішнього огляду живота, забарвлення шкіри, зокрема черевної стінки тощо.

Після цього опишіть основні та другорядні симптоми хвороби. У хворих із запальними процесами шкіри, підшкірної клітковини (фурункул, гідраденіт, абсцес, флегмона, лімфаденіт, бешиха тощо), клітковинних просторів (паранефрит, заочеревинна флегмона,

парапроктит, мастит); кісток, суглобів, пальців; з виразками, ділянками некрозу, гангренами необхідно детально описати місцеві симптоми запалення: краї, стінки, дно дефекту, характер виділень тощо. Потрібно пам'ятати, що рани на тілі пацієнта – об'єкт зацікавленості судової

17

медицини. Тому необхідно детально описувати їх локалізацію, форму, розміри, стан стінок, дна, характер кровотечі, можливі інші виділення.

Якщо хворого приймають з накладеним джгутом, пов'язкою чи транспортною шиною, опишіть вид пов'язки та іммобілізації (у якому положенні), зовнішній їх вигляд, ефективність.

6. Попередній діагноз

На основі скарг хворого (назвіть основні скарги), даних анамнезу (перелічені ті аспекти, що мають відношення до діагнозу) і об'єктивного обстеження (опишіть основні та другорядні симптоми) можна встановити попередній основний діагноз, зазначити його ускладнення та діагнози супровідних захворювань.

Для встановлення клінічного діагнозу хворий потребує дообстеження.

7. План обстеження хворого

Призначають:

1. Клінічні аналізи:

- а) аналіз крові, в тому числі на кількість тромбоцитів;
- б) аналіз сечі.

2. Аналіз сечі (добовий) на цукор, аналіз сечі на діастазу.

3. Біохімічні аналізи:

- а) залишковий азот, сечовина, креатинін крові;
- б) вміст натрію, кальцію, калію, хлоридів у сироватці крові;
- в) основні показники кислотно-лужної рівноваги,
- г) загальний білок крові та його фракції;
- г) розгорнута коагулограма;
- д) визначення групи крові та резус-фактора;
- е) вміст білірубину у крові (загальний, прямий, непрямий);
- є) аміаза;

- ж) глюкоза крові (цукор крові);
- з) трансамінази.
- 4. Визначення основного обміну, гормонів щитовидної залози.
- 5. Аналіз шлункового соку з визначенням максимального гістамінового тесту.

18

- 6. Сканування
- 7. ЕКГ.
- 8. Дуоденальне зондування.
- 9. Загальноприйняті та спеціальні методики дослідження :
 - а) рентгенографія;
 - б) рентгеноскопія;
 - в) УЗД;
 - г) комп'ютерна томографія;
 - г) холецистохолангіографія;
 - д) ФЕГДС;
 - е) ЕРХПГ;
 - є) ректороманоскопія;
 - ж) колоноскопія;
 - з) хромоцистоскопія;
 - и) бронхоскопія;
 - і) торакоскопія;
 - ї) лапароскопія тощо.
- 10 Консультації суміжних фахівців.

Призначаючи ці та інші методи обстеження дайте кожному з них обґрунтування.

8. Результати додаткових методів обстеження і висновки суміжних фахівців

Подайте результати обстеження хворого за час перебування у клініці, інтерпретуйте дані кожного відхилення від норми, поясніть патофізіологічні та біохімічні особливості цих відхилень. Запишіть висновки з оглядів суміжних фахівців-консультантів.

9. Диференціальна діагностика

Куратор спочатку називає хворобу, з якою потрібно диференціювати основне захворювання, потім зазначте можливі спільні їх риси у скаргах, анамнезі, ідентичні дані об'єктивного обстеження, звертаючи увагу на основні характерні симптоми. Назвіть спільне у результатах додаткових методів обстеження.

19

Тепер у розповідній формі вкажіть на відмінності основного захворювання

пацієнта від хвороби, з якою проводите диференційну діагностику. Зробіть висновок.

10. Клінічний діагноз

На основі попереднього діагнозу, результатів додаткових методів обстеження (наведіть усі дані патологічних змін за результатами спеціальних інструментальних і лабораторних методів обстеження та висновки суміжних фахівців), а також проведеної диференційної діагностики з..... (перелічить усі захворювання, з якими проводили диференційну діагностику) встановлюю клінічний діагноз:

- основне захворювання;
- супровідні захворювання;
- ускладнення.

11. Етіологія, патогенез, патоморфологія

Куратор описує всі виявлені та ймовірні причини, що викликали основне захворювання та його ускладнення у пацієнта, і обґрунтовує їх.

Опишіть патогенез основного захворювання та патологоанатомічні зміни у хворого, які виявлені в результаті проведення основних і додаткових методів обстеження.

12. Лікування пацієнта

Після встановлення діагнозу та виявлення ускладнень куратор розробляє план комплексного лікування, зокрема визначає хірургічну тактику.

Терапевтичні заходи записують у такій послідовності: режим хворого, дієта харчування, медикаментозне лікування: насамперед для знімання больового та іншого нападу; відновлення ОЦК; нормалізації водного, електролітного, кислотно-основного обміну; дезінтоксикації, потім зазначають інші медикаменти.

20

До комплексу лікування потрібно внести вітамінотерапію, фізіопроцедури, замісну і симптоматичну терапію, ЛФК тощо.

Одним із важливих етапів лікування є раціональна передопераційна підготовка пацієнта і вчасно проведене оперативне втручання.

12.1. Передопераційна підготовка

Тривалість і зміст лікувальних заходів у передопераційному періоді визначаються основними показниками функціонального стану життєво важливих органів і систем, а також об'ємом передбачуваного оперативного втручання.

Передопераційна підготовка полягає у корекції виявлених змін водно-електролітного і білкового обміну, кислотно-лужної рівноваги, а також у стимуляції захисних сил організму (переливання компонентів і препаратів крові, імуномодулятори, вітамінотерапія, дієтичне харчування тощо). Велику увагу куратор повинен приділяти лікуванню супровідних захворювань, які у післяопераційному періоді можуть викликати різні ускладнення. З цією метою потрібно провести санацію вогнища хронічної гнійної інфекції (тонзиліт, отит, карієс, піодермія, місцеві гнійні процеси), для чого запрошують для консультації суміжних фахівців.

У кожного хворого визначають функції того органу, на якому планується оперативне втручання, проводячи лабораторні та інструментальні методи обстеження. Додаткові методи обстеження перед операцією дозволяють вибрати найбільш раціональну методику втручання (резекція органу, органозберігаюча чи паліативна операція тощо).

Цей розділ історії хвороби закінчується передопераційним епікризом, у якому куратор описує основне захворювання, його ускладнення і супровідні хвороби, обґрунтовує показання до оперативного лікування. Потрібно перелічити показники основних лабораторних та інструментальних методів обстежень, що стосуються органу, на якому проводитиметься хірургічне втручання. Обґрунтовують вибір положення хворого на операційному столі,

21

хірургічний доступ, форму розтину, а також ймовірний метод втручання.

Після ознайомлення хворого з можливими ускладненнями операції необхідно повідомити про його згоду на операцію (якщо хворий непритомний, непрацездатний через психічний стан або неповнолітній, дозвіл на операцію дають найближчі родичі, а якщо неможливо – вирішує консилиум трьох лікарів). Обґрунтуйте вид знеболення (з урахуванням консультації анестезіолога) та призначте премедикацію.

12.2. Протокол операції

У протоколі куратор чітко формулює післяопераційний клінічний діагноз, записує назву, дату і тривалість операції, вид знеболення, а також прізвище та ініціали хірурга, асистентів, операційної медсестри та анестезіолога.

Наприклад:

Протокол операції №

Дата: 08.01.2022р. 9:45-11:30

Діагноз: ЖКХ. Гострий флегмонозний калькульозний холецистит.

Назва операції: верхня серединня лапаротомія, антеградна холецистектомія, дренивання загальної жовчної протоки за Еббе-Піковським; дренивання підпечінкового простору.

Хірург: прізвище, ім'я, по-батькові.; асистенти: прізвище, ім'я, по батькові; операційна медсестра: прізвище, ім'я, по-батькові.

Знеболення: ендотрахеальний наркоз.

Анестезіолог: прізвище, ім'я, по-батькові.

Якщо операція проводилася під місцевим або потенційованим знеболенням, зазначте концентрацію і кількість використаного новокаїну (чи іншого анестетика). При внутрішньовенному наркозі і нейролептаналгезії дані про назву і кількість використаних наркотичних засобів і стан хворого повинні бути детально зафіксовані у наркозній карті.

Хід операції слід записувати поетапно, а саме:

а) положення на операційному столі;

22

б) вид знеболення;

в) обробка операційного поля (зазначте метод і назву антисептика);

г) особливості операційного доступу і пошарово до органу чи місця патологічного процесу;

г) розріз шкіри (форма, довжина);

д) дані огляду і ревізії органів черевної і грудної порожнини та інших ділянок;

е) виявлені органічні зміни (патологоанатомічне описання поширеності запального чи пухлинного процесу; стан суміжних органів та тканин);

ж) діагноз (в результаті субопераційної ревізії);

з) вибрана методика операції та її обґрунтування;

и) послідовно описати техніку етапів операції;

і) необхідно зазначити об'єм видалених органів чи структур;

ї) ускладнення, що виникли під час операції (кровотеча, поранення органу, виділення вмісту порожнинного органу або патологічного утвору, гематома тощо);

й) опишіть орган або ділянку після їх реконструкцій (герметичність кукси, прохідність анастомозу, взаєморозміщення структур пахинного каналу тощо);

к) макроскопічна оцінка макропрепарату (розміри тканин органу або його частин; ступінь радикальності; стан лімфатичних вузлів та інше);

л) особливості операції (підвищена кровоточивість, виражений спайковий процес, варіант анатомії);

м) особливості закривання операційної рани (пошарове зашивання, тампонада, лапаростома, дренажування тощо).

12.3 Післяопераційний період

Залежно від важкості стану і складності проведеної операції хворий перебуває 2-3 доби у відділенні інтенсивної терапії. З метою запобігання і своєчасного виявлення ускладнень (внутрішня кровотеча, перитоніт, пневмонія, тромбоемболія тощо) куратор щоденно проводить спостереження за хворим. Потрібно фіксувати в історії хвороби рівень АТ, частоту пульсу і дихання, стан органів грудної і черевної порожнини, фізіологічні випорожнення. Для з'ясування стану водно-електролітного, білкового обмінів, кислотно-лужної рівноваги,

23

коагуляційних властивостей крові, функцій серцево-судинної, дихальної, травної та інших систем проводять лабораторні, а за необхідності рентгенологічні та інструментальні методи обстеження.

Післяопераційне лікування повинно бути багатокомпонентним, патогенетичним, симптоматичним і передбачати дієтичне харчування, фізіотерапевтичні процедури та інші. Якщо виникли післяопераційні ускладнення, потрібно детально описати особливості їх клінічних проявів, обґрунтувати додаткові лікувальні заходи. Однією з важливих умов адекватного післяопераційного ведення хворих є лікувальна фізкультура. Цей вид профілактики ускладнень і лікування повинен бути відображений у післяопераційних призначеннях.

12.4 Щоденники спостережень за хворими

Динаміку захворювання з перших хвилин перебування хворого у стаціонарі потрібно відображати у щоденниках спостереження, послідовно описуючи суб'єктивний стан, дані об'єктивного обстеження і патологічні відхилення лабораторних показників. Потрібно характеризувати загальний стан хворого, його сон, апетит, реакцію на ліки і ефективність лікувальних заходів, рівень АТ, частоту пульсу і дихання, дані огляду, пальпації, перкусії, аускультатії органів грудної клітки і черевної порожнини. Одним із важливих розділів щоденника є динамічне спостереження і детальне описання локалізації захворювання (стан пов'язки, кількість і характер виділень із рани, наявність некротичних тканин, грануляцій, інфільтратів). Необхідно записати дату та час видалення дренажних трубок і мікроіригаторів, застосування пов'язок з антисептичними розчинами, мазями, динаміку і характер загоювання післяопераційної рани.

У щоденниках обов'язково зазначайте динаміку лікування (відміну і призначення нових лікарських засобів і процедур), згоду чи незгоду на інвазійні методи діагностики та на запропоноване оперативне втручання.

13 Епікриз

Цей розділ являє собою детальний витяг з історії хвороби: прізвище, ім'я та по-батькові хворого, вік, дата прийняття, діагноз,

24

проведені обстеження та їх результати, лікувальні заходи (назви препаратів і маніпуляцій). Опишіть операцію: повну її назву, якщо вона не типова, то її особливості, перебіг післяопераційного періоду, характер загоювання рани. Зазначте дату виписування хворого, остаточний діагноз і кінець захворювання, рекомендації щодо дотримання дієти, режиму праці та відпочинку, як себе поводити у побуті, працевлаштування (зокрема лист непрацездатності), необхідність повторних консультацій, лікування та диспансерного спостереження у лікаря загальної практики за місцем проживання.

14 Прогноз захворювання

В цьому розділі історії хвороби куратор робить прогноз щодо життя, видужування і працездатності хворого, дає рекомендації про способи трудової та медичної реабілітації.

15 Профілактика захворювання

Куратор розробляє заходи щодо профілактики основного захворювання, його рецидиву і ускладнень у даного хворого: характер харчування, режим, умови праці та проживання, регулярне диспансерне спостереження, періодичні повторні курси лікування, регулярні заняття фізичною культурою і спортом (у тому числі спеціальні фізичні вправи).

16 Список основної та додаткової літератури

Куратор подає спочатку список основної, а потім додаткової літератури, що використовувалась під час написання даної історії

хвороби із зазначенням автора, назви джерела, назви міста, видавництва, дати і сторінок, звідки взята інформація.

17 Рецепти медичних препаратів

Випишіть рецепти препаратів, що використовувались для лікування даного пацієнта, запишіть їх за групами та за розгорнутою схемою.