

**Курація хірургічних хворих
(друге заняття).
Написання історії хвороби**

*Методичні вказівки
до практичних занять та самостійної роботи
студентів 3-го курсу II та IV медичних факультетів
з дисципліни "Загальна хірургія"*

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
Харківський національний медичний університет

**Курація хірургічних хворих
(друге заняття).
Написання історії хвороби**

***Методичні вказівки
до практичних занять та самостійної роботи
студентів 3-го курсу II та IV медичних факультетів
з дисципліни "Загальна хірургія"***

Затверджено Вченою радою ХНМУ.
Протокол № 3 від 20.05.2020.

**Харків
ХНМУ
2020**

Курація хірургічних хворих (друге заняття). Написання історії хвороби : метод. вказ. до практ. занять та самост. роботи студентів 3-го курсу II та IV мед. фак-тів з дисципліни "Загальна хірургія" / упоряд. В. О. Сипливий, Г. Д. Петренко, В. В. Доценко та ін. – Харків : ХНМУ, 2020. – 20 с.

Упорядники В. О. Сипливий
 Г. Д. Петренко
 В. В. Доценко
 А. Г. Гузь
 О. Г. Петюнін
 С. В. Грінченко
 В. І. Робак
 Д. В. Євтушенко
 В. О. Курбатов
 О. В. Євтушенко

Кількість годин – 2.

ОБҐРУНТУВАННЯ ТЕМИ

Знання правил курації хірургічних хворих має велике практичне та юридичне значення у послідовному, правильному, грамотному викладенні даних обстеження хворих в історії хвороби, формуванні діагнозу, визначенні плану обстеження, лікування, проведення динамічного нагляду, виписці хворого зі стаціонару, надання адекватних рекомендацій на період реабілітації. Необхідність систематизації отриманих знань та вміння відповідним чином формулювати основні положення історії хвороби є запорукою формування у студента клінічного мислення.

МЕТА ЗАНЯТТЯ

Оволодіння методами обстеження хворих та навчитись працювати із історіями хвороби пацієнтів що знаходяться на стаціонарному лікуванні у хірургічному відділенні.

Знати теоретичні питання:

1. Структура історії хвороби.
2. Особливості збору скарг, анамнезу життя і хвороби у хворих із хірургічною патологією.
3. Правильна демонстрація послідовності основних методів суб'єктивного та об'єктивного обстеження хірургічних хворих.
4. Трамбування основних суб'єктивних та об'єктивних симптомів, результатів лабораторних, інструментальних досліджень.
5. Формулювання діагнозу згідно з його градацією: основний, ускладнення основного, супутній.
6. Складання плану обстеження.
7. Складання плану лікування.
8. Демонстрація вміння оформляти історію хвороби за результатами обстеження хворих.

Вміти:

1. Продемонструвати основні методи об'єктивного обстеження хірургічних хворих.
2. Трамбувати основні симптоми.
3. Інтерпретувати дані додаткових методів обстеження хворих.
4. Складати план лікування.
5. Вміти оформлювати історію хвороби за результатами обстеження хворого.

Володіти практичними навичками:

1. Техніка пальпації при визначенні меж враження тканин, органів.
2. Робота з хворими.
3. Збирання скарг, анамнезу хвороби і життя.

4. Об'єктивне обстеження хворого.
5. Занесення даних досліджень в історію хвороби.
6. Остаточне оформлення історії хвороби.

Матеріальне та методичне забезпечення заняття: навчальні таблиці; схема написання історії хвороби; історія хвороби хворого, що перебуває у хірургічному відділенні на лікуванні.

ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ВИХІДНОГО РІВНЯ ЗНАТЬ-УМІНЬ

Дисципліна	Знати	Вміти
Анатомічна (нормальна, топографічна)	Будову шкіри, підшкірної основи та глибоких тканинних структур. Анатомічні особливості ділянок тіла, де локалізується патологічний процес	
Патологічна анатомія	Ознаки запалення на різних стадіях розвитку патологічного процесу	Володіти вмінням інтерпретувати симптоми запалення. Діагностувати ускладнення ран
Фармакологія	Основні групи Антибактеріальних, протизапальних та місцевих препаратів, їх фармакокінетику та фармадинаміку	Вміти призначити фармакологічні препарати
Хірургічні хвороби	Збирати анамнез, проводити огляд, володіти технікою пальпації, перкусії, аускультатії та застосовувати їх на практиці	Обстежити, діагностувати, призначити лікування. Оформлювати історію хвороби

ЗМІСТ ТЕМИ

Пропонована схема історії хвороби призначена для студентів медичних виш, які вивчають загальну хірургію, і спрямована для полегшення і формування правильних навичок об'єктивного обстеження хірургічного хворого, з'ясування ними анамнезу захворювання, правильного трактування отриманих даних і оформлення першої студентської хірургічної історії хвороби. Студентська історія хвороби повинна відповідати основним вимогам, що пред'являються до первинної медичної документації – медичній карті стаціонарного хворого.

Історія хвороби стаціонарного хворого є основним медичним документом, який складається на кожного надійшовшого хворого і містить всі необхідні відомості, характеризують стан хворого протягом усього часу перебування в стаціонарі, організацію його лікування, дані об'єктивних досліджень і призначення.

Даний документ складається з паспортної частини, діагнозу установи, що направила хворого, діагнозу при надходженні до стаціонара, коротких даних анамнезу, скарг хворого, стану хворого на момент надходження, даних обстеження хворого в приймальному відділенні. У подальшому лікуючий лікар визначає план обстеження хворого, призначає ліку-

вання і щодня фіксує в історії хвороби відомості про стан хворого, оцінює ефективність проведеного лікування. При виписці хворого лікуючий лікар складає епікриз, в якому коротко резюмує дані про стан хворого при знаходженні та вибутті, обґрунтовує діагноз, вказує лікувальні заходи та їх ефективність, дає рекомендації щодо подальшого лікування і режиму хворого.

В процесі курації викладач контролює виконання студентами правил деонтології, зберігання лікарської таємниці, по можливості допомагає їм ознайомитись на перев'язках у оперованих хворих зі станом та динамікою післяопераційної рани (локальним статусом захворювання), відповідає на питання, які виникають у студентів в процесі курації.

У призначений термін студенти здають оформлені начисто історії хвороби для перевірки.

Орієнтована карта роботи студентів

У хірургічному відділенні студенти під керівництвом викладача оглядають хворих та ознайомлюються з правилами заповнення історії хвороби. На цьому занятті проводиться захист написаної історії хвороби згідно зі схемою.

МЕТОДИКА ПРОВЕДЕННЯ ЗАНЯТТЯ ТА ОРГАНІЗАЦІЙНА СТРУКТУРА ЗАНЯТТЯ

ГРАФОЛОГІЧНА СТРУКТУРА ТЕМИ



Технологічна карта заняття

№	Етап заняття	Навчальний час, хв	Навчальні посібники		Місце проведення заняття
			Засоби навчання	Оснащення	
1	Визначення початкового рівня знань Постановка навчальних цілей та мотивація	15	Індивідуальне опитування, вирішення ситуаційних завдань	Таблиці, схема навчальної історії хвороби, ситуаційні завдання	Навчальна кімната
2	Вирішення навчальних завдань теми: • Захист студентами написаних історій хвороби. • Контроль та корекція рівня професійних вмінь у формулюванні діагнозу та консервативному і оперативному лікуванні хворого	65	Практичний тренінг	Тексти написаних історій хвороби. Методичні вказівки до роботи на практичному занятті	Навчальна кімната
3	Підведення підсумків. Домашнє завдання (основна і додаткова література за темою)	10			Навчальна кімната

СХЕМА ІСТОРІЇ ХВОРОБИ ХВОРОГО,
ЯКИЙ ПЕРЕБУВАЄ НА ЛІКУВАННІ У ХІРУРГІЧНОМУ ВІДДІЛЕННІ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Кафедра загальної хірургії № 2
Завідувач кафедри – д.м.н. проф. **В.О. Сипливий**
Викладач – (посада, науковий ступінь, прізвище, ім'я, по батькові)

ІСТОРІЯ ХВОРОБИ

хворого (прізвище, ім'я, по батькові)

Куратор студент(ка) III курсу
2-го (4-го) медичного факультету
Група №
Прізвище, ім'я, по батькові

I. ЗАГАЛЬНІ ВІДОМОСТІ ПРО ХВОРОГО (паспортна частина)

1. Прізвище, ім'я, по батькові.
2. Вік.
3. Стать.
4. Освіта.
5. Професія і місце роботи.
6. Місце постійного проживання (адреса).
7. Сімейний стан.
8. Дата і час прибуття до стаціонару.
9. Причини поступлення до стаціонару: за невідкладним хірургічним захворюванням чи для планового оперативного втручання.
10. Час після початку захворювання, травми.
11. Діагноз лікувальної установи, яка направила хворого.
12. Діагноз при госпіталізації хворого.
13. Розгорнутий клінічний діагноз:
 - нозологічна форма (назва хвороби): компоненти діагнозу (етіологічний, патогенетичний, морфологічний, функціональний);
 - ускладнення основного захворювання;
 - супутні захворювання.
14. Діагноз при виписуванні (аналогічно).
15. Дата виписки.
16. Закінчення захворювання (одужанням, покращанням, погіршенням стану, залишилося без змін, хворий помер, переведений в іншу лікувальну установу).

II. СУБ'ЄКТИВНЕ ОБСТЕЖЕННЯ

1. Скарги хворого

Симптомы – это ощущения, которые важнее для больного, чем вся окружающая его действительность. Жалобы больного – это нечто гораздо более важное, чем просто вопрос жизни или смерти.

Alden H., Harken M. D.

Студент розпитує, що турбує хворого, чому він звернувся по допомогу до лікаря. При тяжкому стані ставте запитання таким чином, щоб можна було відповісти одним словом чи знаком. Якщо хворий без свідомості, слід з'ясувати ці відомості у тих, хто його супроводжує (родичі, знайомі).

Виділяють основні та другорядні скарги і уточнюють, коли і в якій послідовності вони виникли.

При болях з'ясовують локалізацію та іррадацію їх, інтенсивність, стійкість, характер (постійні, ніочі, колючі, різучі, переймоподібні, стріляючі, "кинджальні", запаморочливі та ін.), їх зв'язок зі зміною положення тіла, рухами, прийманням їжі, актами сечовипускання та дефекації, фізичним, психічним напруженням, зміною пори року та погоди. Що полегшує стан хворого?

2. Опитування про дане захворювання (Anamnesis morbi)

З'ясовують, коли виникло захворювання (скільки годин тому – при гострих патологічних процесах) і як воно розвивалося (поступово, раптово). Що послужило причиною захворювання? Етапи та методи лікування в медичних закладах. Результати лікування, особливо при хронічному перебігу хвороби.

При наявності у хворого лабораторних, інструментальних, рентгенологічних та інших результатів досліджень з ними необхідно ознайомитися. Якщо хворий в несвідомому стані або це дитина, про перебіг захворювання запитують тих, хто їх супроводжує до лікарні.

III. АНАМНЕЗ ЖИТТЯ

(Anamnesis vitae)

Коротка медична біографія, яку з'ясовують у хронологічному порядку у хворого чи його близьких.

1. У якій місцевості народився, де жив, як розвивався, вчився.
2. Поява менструацій, їх циклічність, кількість вагітностей, абортів.
3. Гігієнічні умови життя, відпочинок, прогулянки, фізкультура, купання, одяг (теплий, легкий), взуття (тепле, просторе, тісне), життєві умови, харчування (регулярність, якість їжі).
4. Трудова діяльність (коли почав працювати, умови праці раніше і тепер – санітарна характеристика та ін.).
5. Сімейний стан.
6. Перенесені хвороби, травми, операції в хронологічному порядку. Обов'язково з'ясувати і вказати рік перенесеного туберкульозу, малярії, тифу, жовтяниці, венеричних хвороб.
7. Застосування при лікуванні гемотрансфузії, антибіотиків, гормонів. Ускладнення при цьому.
8. Спадковість. Вік та здоров'я батьків, дідів, бабусь, дядьків, тіток, братів, сестер: як вони живуть чи жили, на що хворіли, коли померли, від якої хвороби (злаякісна пухлина, порушення обміну речовин, психічні порушення).
Перенесені хворим чи родичами венеричні захворювання, туберкульоз.
Шкідливі звички (куріння, зловживання алкоголем, наркотичними препаратами і токсичними сполуками).

IV. ЗАГАЛЬНИЙ АНАМНЕЗ (Anamnesis communis)

Дихальна система.

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

Виділення з носу: кількість (незначна, помірна, велика), характер (густе, рідке, прозоре, гнійне, кров'янисте з запахом).

Носові кровотечі. Причини виникнення, як часто, тривалість, кількість крові. Методи зупинки кровотечі.

Гортань. Болі при розмові. Голос – звучний, тихий, захриплий, афонія (тривалість).

Болі в ділянці грудної клітки: немає, постійно відчуває, виникають періодично, підсилюються при рухах, диханні, кашлі; мають гострий, тупий, колючий, стріляючий характер; іррадіюють.

Задишка: інспіраторна, експіраторна, змішана, постійна при фізичному навантаженні, при підніманні вгору, ходінні; вираженість її та тривалість, залежність від положення голови (повороти вліво, вправо, догори).

Кашель: немає, є незначний, значний, сильний постійний, нападаючий.

Харкотиння: кількість, залежність від часу виділення та положення тіла хворого; характер (слизове, гнійне, слизово-гнійне), запах.

Кровохаркання: час появи, інтенсивність (кровотеча, прожилки крові в харкотинні, колір крові (червоний, темний)).

Серцево-судинна система.

Серцебиття – нападами, постійно; залежність його від збудження, фізичного напруження, положення тіла. Перебої. Відчуття пульсації в різних частинах тіла.

Болі в ділянці серця, за грудниною – їх іррадіація, сила, тривалість, залежність від рухів, фізичного навантаження, збудження.

Набряки (локалізація, закономірність їх появи).

Органи травлення. Апетит – добрий, задовільний, поганий, "вовчий" голод. Відраза до тієї чи іншої їжі.

Сухість в роті – спрага, слинотеча. Кількість випитої рідини.

Пережовування їжі, болі при цьому, втома.

Ковтання твердої та рідкої їжі, попадання її в трахею.

Проходження твердої та рідкої їжі по стравоходу (вільне, ускладнене, неможливе, болюче).

Диспептичні явища. Відригування – частота, причина та час виникнення; характер (повітрям, прийнятою їжею, шлунковим вмістом); смак (гіркий, солодкий, кислий), запах (без запаху, тухлих яєць, "каловий").

Печія, нудота (інтенсивність, скільки продовжується, після якої їжі).

Блювання – без причини, натще, після прийняття їжі. Якої? Через який проміжок часу? Давно прийнятою їжею? Кількість блювотних мас, смак (прийнятої їжі, кислий, гіркий), запах (без запаху, тухлих яєць, "каловий"), колір (жовтий, чиста кров, темно-бурий), блювання калом (при наявності попереочноободово-шлункової фістули).

Болі в животі, їх локалізація (епігастральна ділянка, підреберна – справа, в ділянці пупка; пахвинних ділянках, по ходу тонкого, товстого кишечника, над лобком).

Іррадіація болів (у грудну клітку, спину, поперек, оперізування та ін.), їх характер (постійні, переймоподібні, раптові, наростають поступово, гострі, ріжучі, колочі, стріляючі, "кинджальні" та ін.). Пов'язані з прийманням їжі? Якої? Через який час після цього? Залежність від положення тіла. Засоби, які заспокоюють біль. Нічні болі.

Відходження газів – вільне, у великій кількості, не відходять (тривалість), здуття живота.

Акт дефекації (самостійно, кожного дня, кілька разів на день; після клізми чи послаблюючих речовин, вплив прийому їжі). Тенезми і імперативні потяги, нетримання калу. Біль в ділянці анального проходу при акті дефекації. Вихід вузлів, слизової оболонки, прямої кишки.

Кал оформлений, твердий, рідкий, "овечий". Колір – звичайний, глиноподібний, дьогтеподібний (мелена), з домішками крові (на поверхні, всередині), слизу (в малій, великій кількості), наявність глистів. Гнійне виділення. Кров виділяється краплями, струмком, після акту дефекації.

Сечовидільна система. Болі в попереку – постійні, нападами; їх тривалість та інтенсивність їх, після чого посилюються, іррадіація (в спину, здухвинні ділянки, стегно, зовнішні статеві органи). Болі над лобком, їх характер та причини виникнення, посилення та послаблення. Сечопускання – вільне, ускладнене, неболюче, болюче (на початку, в кінці), вночі (кілька раз), нетримання сечі, постійне виділення краплями, характер струменя сечі у чоловіків.

Кількість сечі, її колір, наявність гною (на початку сечовипускання, в кінці), слизу, крові, піску та ін.

Болі в ділянці яєчок, їх поява, інтенсивність, іррадіація; у жінок – болі в ділянці статевих органів, виділення з піхви.

Опорно-руховий апарат. Болі в м'язах, перемижна кульговість. Болі в суглобах, кістках, хребті (в стані спокою, вдень, вночі, при рухах).

Нервова система та органи чуття. Характер (спокійний, урівноважений, роздратований). Відношення до оточуючих (в сім'ї, побуті, на роботі).

Пам'ять (добра, слабка, втрачена). Сон (глибокий, спокійний, тривожний). Безсоння.

V. АЛЕРГІЧНИЙ АНАМНЕЗ

У хронологічній послідовності, починаючи з дитинства, з'ясовують наявність алергічних захворювань і алергічних реакцій.

Ускладнення і реакції на медикаменти. Коли і як проявлялись?

VI. СТРАХОВИЙ АНАМНЕЗ

При наявності у хворого полісу виясняють, у якій страховій компанії застрахований, і відмічають номер страхового поліса. Також відмічають дати тимчасової втрати працездатності з наданням лікарняного протягом останнього року.

ОБ'ЄКТИВНЕ ОБСТЕЖЕННЯ

VII. СТАН ХВОРОГО НА МОМЕНТ ОБСТЕЖЕННЯ

(Status praesens)

Загальний стан хворого (добрий, задовільний, середньої тяжкості, тяжкий, дуже тяжкий, агонія).

Свідомість (ясна, сплутана, затьмарена, без свідомості). Положення в ліжку (активне, пасивне, вимушене). Вираз обличчя (звичайний, маскоподібний, характеризує страждання, нудьгу, страх, гнів; мікседематозний; як при базедовій хворобі; Гіппократа, Корвізара). Очі: колір, склер, ністагм, косоокість; звуження, розширення зіниць, птоз повік.

Сідлоподібний ніс. Дихальні рухи крил носа.

Будова тіла (конституційні типи): нормостенік, астеник, гіперстенік.

Антропометричні вимірювання: зріст, обсяг грудної клітки, маса тіла.

Температура тіла: постійна, ремітуюча – добові коливання до 2°C і більше, інтермітуюча – раптове підвищення до 39–40° і зниження до норми.

VIII. ОБСТЕЖЕННЯ ХВОРОГО ЗА СИСТЕМАМИ

Шкіра. Колір (блідорозовий, синюшний – ціаноз, землистий, жовтуватий, жовтий, бронзовий, хлоазми). Наявність шрамів, їх локалізація, розміри: висипань, новоутворень, крововиливів, вроджених плям, еритоми, розеол, петехій. Еластичність шкіри. Рани, виразки, їх локалізація, характеристика.

Потовиділення (звичайне, знижене, підсилене). Ділянки шкіряних покривів із підсиленою пітливістю.

Волосяний покрив (розвинений за чоловічим, жіночим типом, гіпертрихоз). Випадання волосся поширене, обмежене, ламкість волосся.

Нігті (вигляд, еластичність).

Стан ясен (колір, щільність, кровоточивість).

Язик – вологий, сухий, набряклий, обкладений білим, сірим, землистим нальотом; колір – рожевий, малиновий; вид – лаковий, наявність тріщин, виразок. Зуби. Мигдалини – величина, колір, набряк. Високе і розщеплене піднебіння.

Запах з рота (немає, гнилений, пахне сечею, ацетоном).

Підшкірна клітковина: товщина жирового шару (шкірна складка), характер розподілу його. Наявність набряків, їх локалізація.

Молочні залози. Симетричність, розміри, форма, стан шкіри. Сосок та навколососковий кружок. У вертикальному та горизонтальному положенні. У хворой при пальпації молочної залози визначається розвиток жирової клітковини, характер залозових часточок, наявність ущільнень та набряків, їх розміри, локалізація по квадрантах, рухливість, зрощення з оточуючими тканинами, болючість. Виділення із соска (серозне, геморагічне, слизове та ін.).

Лімфатичні вузли: підборідні, підшелепні, защелепні по ходу кивального м'язу, надключичні та підключичні, пахові, по зовнішньому краю молочної залози, ліктьові, пахові, стегові. Величина вузлів, щільність, зрощення між собою та оточуючими тканинами, рухливість, болючість.

М'язи. Загальний розвиток (добрий, задовільний, незадовільний), тонус (звичайний, знижений, підвищений). При пальпації – болючість, наявність ущільнень, набряків, атрофій, гіпертрофій.

Щитоподібна залоза. Величина. Форма збільшення (дифузна, вузлова, змішана). Консистенція, поверхня, болючість при пальпації, зміщення при ковтанні, зрощення з оточуючими тканинами. Наявність шумів при аускультатії.

Кістки. Симетричність кісток кінцівок (вади розвитку, внаслідок травми). Болючість при пальпації, перкусії та навантаженні по осі.

Пальці – у вигляді барабанних паличок, симптом "мертвого пальця" (бліді, холодні, знижена чутливість). Тремтіння, мимовільні рухи.

Суглоби. Зміна конфігурації (потовщення, набряк, наявність випинань, флюктуація). Активність в суглобах: активна, пасивна (звичайна, обмежена, надмірна). Болючість при рухах, пальпації.

Органи дихання. Форми грудної клітки (конічна, бочкоподібна, циліндрична, ліycopодібна, "куряча" та ін.). Положення лопаток (прилягають до грудної клітки, відстають).

Тип дихання (грудний, черевний, змішаний). Участь обох половин грудної клітки в акті дихання. Ритм дихання, частота за 1 хв. Дихання Чейн-Стокса, Кусмауля, Біота.

Стан міжреберних проміжків при глибокому диханні (втягування, випинання).

Пальпація грудної клітки (болючі місця, набряк, ущільнення). Голосове тремтіння (не змінене, ослаблене, підсилене).

Порівняльна перкусія. Звук (легеневий, коробкоподібний, тимпанічний). Топографічна перкусія. Висота стояння верхівок спереду над ключицею.

Нижня межа легень по всіх лініях з обох сторін. Рухливість легеневого краю (по якій лінії?).

Порівняльна аускультация. Дихання везикулярне, бронхіальне, амфоричне й ін. Хрипи сухі, вологі, їх локалізація. Шум тертя плеври, його характер.

Органи кровообігу. Визначити пульс порівняльно з двох сторін на таких артеріях: променевих, скроневих, сонних, плечових, стегнових, підколінних, задніх гомілкових; тилу ступні. Характеристика пульсу (частота за 1 хв, ритм, величина, швидкість, напруження), характеристика артеріальних стовбурів (щільність стінок, наявність розширень, видима пульсація).

Артеріальний тиск (мінімальний, максимальний, пульсовий). Венозний тиск. Наявність розширених вен на грудній клітці, передній черевній стінці – "голова медузи". Розширення поверхових вен на нижніх кінцівках. Ущільнення і болючість по ходу вен. Пульсація зовнішніх яремних вен.

Огляд ділянки серця. Серцевий горб. Верхівковий, серцевий поштовх, його сила, локалізація.

При пальпації ділянки серця визначають місце верхівкового серцевого поштовху і його силу (не підсилений, піднімаючий, струшуючий грудну клітку).

Перкуторно визначають межі відносної й абсолютної серцевої тупості (права, ліва, верхня).

Аускультация. Тони серця (ясні, глухі, акцентовані, розщеплені, роздвоєні), випадання. Ритм галопа. Шуми.

Шлунково-кишковий тракт. Наявність шрамів на шкірі передньої черевної стінки (форма, розміри). Форма живота (округла, втягнута, рівномірне здуття, випинання окремих ділянок). Участь передньої черевної стінки в акті дихання; болі при цьому чи при кашлю.

Поверхнева порівняльна пальпація. М'язовий захист місцевий при пальпації чи загальний ("дошкоподібний живіт"), болючість, наявність симптому Щоткіна–Блюмберга, наявність ущільнень, пухлин у черевній стінці та черевній порожнині.

Стан пупкового, пахових та стегнових кілець. Розходження прямих м'язів живота.

Глибока методична ковзна пальпація за методами В. П. Образцова, М. О. Стражеско.

Сигмоподібна кишка (розміщення), форма, консистенція, рухливість, болючість, бурчання. Сліпа кишка – ті ж дані.

Висхідна, нисхідна та поперечно-ободова кишки (болючість, рухливість, консистенція, бурчання). Наявність пухлин.

Шлунок. Нижня межа (пальпаторно, перкуторно, перкуторно-аускультативно, за шумом плескання). Болючість (обмежена, розлита), видима перистальтика при пальпації.

Печінка. Особливості краю печінки (гострий, тупий, закруглений, твердий, м'який, горбистий, гладкий).

Жовчний міхур – при пальпації не визначається. Болючість у точці Кера. Жовчний міхур пальпується – локалізація, розміри, рухливість, консистенція, болючість. Симптом Курвуаз'є. Наявність інфільтрату.

Підшлункова залоза (болючість, інфільтрат).

Селезінка. Величина, межі, консистенція (м'яка, щільна), поверхня (гладка, горбиста), болючість. Визначення меж перкуторно.

Визначення рідини в черевній порожнині при постукуванні. Перкусія – визначення притуплення переборного звуку при наявності набряку, рідини, газу в черевній порожнині, у роздутих петлях кишок.

Аускультация (наявність кишкових шумів (кількість, локалізація, інтенсивність).

Задній прохід та пряма кишка. При огляді відмічається наявність зовнішніх вузлів, випадіння слизової оболонки, кондиллом, фістул, тріщин. Пальцеве дослідження (тонус сфінктера, наявність тромбованих геморoidalних вузлів, інфільтрату, пухлин, скупчення калових мас).

Зовнішні статеві органи. Форма та розмір калитки, еластичність шкіри, набряк, наявність ячок, їх величина, щільність, болючість. Придатки ячок, їх величина, болючість при пальпації, зв'язок з оточуючими тканинами. Сім'яний канатик. Наявність розширених вен, відношення до зовнішнього пахового кільця, пальцеве обстеження його.

Сечовидільна система. Нирки. Пальпація в лежачому і стоячому положенні хворого – величина, локалізація, рухливість, поверхня (гладка, горбиста), болючість. Симптом Пастернацького.

Сечовий міхур. Видиме випинання над лобком. Пальпація пухлиноподібного утворення (розміри, болючість); поверхня – гладка, горбиста, перкуторно – тупість.

Чутливість (больова, тактильна, температурна). Гіпостезії, гіперстезії. Парези, паралічі, гіперкінези.

ІХ. МІСЦЕ ЗАХВОРЮВАННЯ (Locus morbi)

При проведенні детального обстеження місця основного хірургічного захворювання (ділянка шиї, обличчя, грудної клітки, черевної порожнини, кінцівок) необхідно дотримуватися такої ж послідовності, як і при обстеженні хворого: огляд, пальпація, перкусія, аускультация. Детально описують, наприклад, місцезнаходження рани, її розміри, стан оточуючих тканин, країв, дна рани, характер та кількість виділень. Оцінюють ступінь функціональних порушень (амплітуда та біль при активних і пасивних рухах), чутливість та ін.

Х. ПОПЕРЕДНІЙ ДІАГНОЗ

Базується на скаргах хворого і симптомах захворювання, отриманих при огляді, пальпації, перкусії, аускультацияі.

XI. ЛАБОРАТОРНІ АНАЛІЗИ

Група крові за системою антигенів ABO і резус-належність. Загальноклінічний аналіз крові (кількість еритроцитів, гемоглобіну, кольоровий показник, гематокрит, кількість лейкоцитів, тромбоцитів, ШОЕ) та на RW і СНІД.

Біохімічні аналізи крові [цукор, білірубін, коагулограма, білки крові, залишковий азот і сечовина, креатинін, електроліти (натрій, калій, кальцій), діастаза та ін. Показники кислотно-лужової рівноваги, ОЦП, ОЦК, ГО, ДЦК, ДЦП.

Аналіз шлункового соку. Дуоденальне зондування.

Аналіз сечі (кількість, колір, питома вага, реакція, наявність білка, цукру, лейкоцитів, еритроцитів, солі, бактерій та ін.). Кількість сечі за добу.

Аналіз калу, харкотиння та ін.

XII. РЕНТГЕНОЛОГІЧНЕ ОБСТЕЖЕННЯ

Рентгеноскопія і рентгенографія легень, шлунка, стравоходу, кишечника, холецистографія, внутрішньовенна та висхідна урографія, фістулографія, ретропневмоперитонеографія, пневмомедіастинографія, ангіографія та ін.

XIII. УЛЬТРАЗВУКОВЕ ДОСЛІДЖЕННЯ (УЗД)

XIV. МУЛЬТИДЕТЕКТОРНА КОМП'ЮТЕРНА ТОМОГРАФІЯ (МДКТ)

XV. ІНСТРУМЕНТАЛЬНЕ ОБСТЕЖЕННЯ

Бронхоскопія, езофагоскопія, фіброгастроскопія, лапароскопія, хромоцистоскопія, ректоскопія, ретророманоскопія, колоноскопія, електрокардіографія та ін.

XVI. КЛІНІЧНИЙ ДІАГНОЗ

Його обґрунтування проводять з урахуванням клінічних даних (попередній діагноз) та результатів лабораторних і інструментальних даних.

XVII. ІНФОРМОВАНА ДОБРОВІЛЬНА ЗГОДА ПАЦІЄНТА НА ПРОВЕДЕННЯ ДІАГНОСТИКИ, ЛІКУВАННЯ, НА ПРОВЕДЕННЯ ОПЕРАЦІЙ ТА ЗНЕБОЛЕННЯ

(Форма затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України 14 лютого 2017 року № 110. Форма первинної облікової документації № 003 – 6/0).

XVIII. ЛІКУВАННЯ

1. Консервативне (патогенетичне, симптоматичне).
2. Оперативне: його обґрунтування, підготовка до операції, ступінь операційного ризику, вибір знеболювання. Обов'язково зазначається, що хворому роз'яснено характер операційного ризику, можливий план опе-

рації та можливі наслідки оперативного втручання. Повинен бути запис про згоду хворого на операцію. Протокол операції.

3. Протокол переливання крові: показання, група крові, резус-фактор хворого, донора; метод переливання, проба на індивідуальну та резус-сумісність, вимірювання температури, аналіз сечі.

XIX. ЩОДЕННИК

1. Дата. Загальний стан хворого (сон, апетит, стан серцево-судинної, дихальної систем та органів шлунково-кишкового тракту). Фізіологічні випорожнення.
2. Перев'язка, стан пов'язки, кількість та характер виділень. Вигляд рани (наявність некротичних тканин, грануляцій та ін.). Під час перев'язки проведено: видалення чи введення дренажів, тампонів з антисептичними препаратами, гіпертонічним розчином, мазю та ін.

XX. ЛИСТОК ПРИЗНАЧЕНЬ

1. Режим.
2. Харчування (стіл № ____).
3. Призначення медикаментозних препаратів (рецепти).
4. Введення кровозамінників, дезінтоксикаційних препаратів.
5. Фізіотерапевтичні процедури.
6. Додаткові обстеження та ін.

Підпис лікаря (студента)

XXI. ЗАГАЛЬНОКЛІНІЧНИЙ ДІАГНОЗ

- A. Основний _____
- B. Ускладнення основного _____
- C. Супровідний _____

Приклад заключного клінічного діагнозу:

- A. Основний: кістковий панарицій I пальця правої руки.
- B. Ускладнення основного: лімфангіт, лімфаденіт.
- C. Супровідний: гіпертонічна хвороба II Б ст.

XXI. ПРОФІЛАКТИКА ЗАХВОРЮВАННЯ

XXII. ЕПІКРИЗ

Вказують основні дані з історії хвороби: прізвище, ім'я та по батькові хворого, вік, дату госпіталізації до стаціонару, планово чи через невідкладні хірургічні захворювання (в цьому випадку вказують, скільки часу пройшло від початку хвороби), хто направив хворого і з яким діагнозом, у зв'язку з яким захворюванням хворий лікувався в хірургічному відділенні.

Результати лабораторного та клінічного обстеження хворого. Перебіг захворювання. Консервативне та оперативне лікування, його результати. Рекомендації відносно подальшого життя (дієта, медикаментозна, фізіотерапевтичне та інші методи лікування, фізичне навантаження і працевлаштування.)

СИСТЕМА НАВЧАЛЬНИХ ЗАВДАНЬ

На останньому занятті проводять розбір і захист написаних історій хвороб з кожним студентом індивідуально.

Викладач знайомить студента із помилками при написанні історії хвороби.

Паралельно опитує за методикою суб'єктивного обстеження: характеристика та деталізація основних скарг, динаміка їх розвитку (анамнез захворювання), їх вагоме значення у постановці основного діагнозу, повнота збору скарг за додатковими системами, анамнез життя, значення цих даних у формуванні супутнього діагнозу, визначення показань та проти-показань до хірургічного лікування.

Викладач вивчає знання студента у послідовності проведення об'єктивного обстеження: огляд, пальпація, перкусія, аускультация, значення змін показників лабораторних даних, заключні інструментальні дослідження, акцентує увагу на сучасних методах обстеження: ФГДС, УЗД, комп'ютерній томографії, доплерографії тощо.

Після формування попереднього діагнозу необхідно, щоб студент обґрунтував план додаткових обстежень, провів зведення їх результатів у формуванні клінічного діагнозу з градацією на основний, ускладнення основного, супутній.

При оцінці плану лікування хірургічного хворого звертають увагу на правильне оформлення передопераційного епікризу, протоколу операції з відміткою дати, часу проведення операції, післяопераційний діагноз, доцільність призначення лікарських засобів, їх дозування, правила виписування рецептів, повноту післяопераційного нагляду за хворим у вигляді щоденників.

В кінці розбору і захисту історії хвороби викладач кожному студенту ставить загальну оцінку за написання історії хвороби.

Ситуаційні задачі для закріплення отриманих знань

Тестовий контроль

1. Пальпацію слід починати з ділянок:

А. Найбільшої концентрації болю.

Б. Прикордонних з ураженими ділянками.

В. Ймовірного патологічного вогнища після знеболювання.

Г. Не має значення.

Д. Печінки.

2. Для діагностики гемоперитонеума після закритої травми живота найбільш інформативно:
- А. Рентгеноскопія черевної порожнини. Д. Фіброгастродуоденоскопія.*
В. Лапароскопія. Е. Іригоскопія.
С. Цистоскопія.
3. При пальпації можна визначити:
- А. Симптом флюктуації. Д. Центральний венозний тиск.*
В. Наявність гідроторакса. Е. Гемоперикардіум.
С. Ступінь крововтрати.
4. Основний метод діагностики виразкової хвороби шлунка:
- А. УЗД. Д. Оглядова рентгенографія*
В. Фіброгастроскопія. органів черевної порожнини.
С. Клінічний аналіз крові. Е. Комп'ютерна томографія.
5. Для дослідження товстої кишки I її відділів використовується:
- А. Фіброгастродуоденоскопія. Д. Гістероскопія.*
В. УЗД. Е. Лапароцентез.
С. Фіброколоноскопія.
6. Пальцеве обстеження прямої кишки НЕ дозволяє виявити:
- А. Пухлина прямої кишки. Д. Стан дугласова простору.*
В. Абсцес нирки. Е. Наявність мелени.
С. Підслизовий парапроктит.
7. Вкажіть, що описується в локальному статусі:
- А. Всі органи і системи.*
Б. Локальні скарги пацієнта.
В. Вражений орган або система органів.
Г. Стан хворого в справжній момент часу.
Д. Призначене місцеве лікування.
8. Для дослідження яких органів використовується глибока пальпація?
- А. Молочної залози. Д. Щитоподібної залози.*
В. Периферичних артерій. Е. М'язів, суглобів.
С. Печінки.
9. Головними збудниками внутрішньолікарняної інфекції є:
- А. Стрептококк, протей, стафілококи.***
В. Синьогнійна паличка, пневмокок.
С. Протей, стафілокок, синьогнійна паличка.
Д. Синьогнійна паличка, клебсієла, кишкова паличка.
Е. Диплокок, фузобактерії.
10. Мелена – це:
- А. Дьогтьоподібне випорожнення.***
В. Випорожнення с прожилками крові.
С. Випорожнення з великими згустками крові.

Перелік теоретичних питань

1. Структура історії хвороби.
2. Особливості збору скарг, анамнезу життя і хвороби у хворих із хірургічною патологією.
3. Правильна демонстрація послідовності основних методів суб'єктивного та об'єктивного обстеження хірургічних хворих.
4. Трагування основних суб'єктивних та об'єктивних симптомів, результатів лабораторних, інструментальних досліджень.
5. Формулювання діагнозу згідно з його градацією: основний, ускладнення основного, супутній.

ЛІТЕРАТУРА

1. Загальна хірургія: підручник / С. Д. Хіміч, М. Д. Желіба, І. Д. Герич та ін. ; за ред. С. Д. Хіміча, М. Д. Желіби. – 3-є вид., перероб. і доп. – Київ : ВСВ "Медицина", 2018. – 608 с.
2. Загальна хірургія: підручник / за ред. Я. С. Березницького, М. П. Захараша, В. Г. Мішалова, В. О. Шідловського. – Вінниця : Нова Книга, 2018. – 344 с.
3. Курс лекцій з загальної хірургії : навч.-метод. посібник / О. І. Дронов, В. О. Сипливий, І. О. Ковальська та ін. – 2-е вид., допов. – Київ : МВЦ "Медіаформ", 2011. – 487 с.
4. Оцінка важкості стану хірургічного хворого / В. О. Сипливий, О. І. Дронов, К. В. Конь, Д. В. Євтушенко. – Київ : Майстерня книги, 2009. – 128 с.
5. Сборник тестов по общей хирургии: учеб. пособие / В. А. Сипливый, Г. Д. Петренко, А. Г. Гузь и др. – Харьков: ХНМУ, 2014. – 156 с.
6. Антибиотики и антибактериальная терапия в хирургии / В. А. Сипливый, А. И. Дронов, Е. В. Конь, Д. В. Евтушенко. – Киев, 2006. – 100 с.
7. Загальна хірургія / за ред. М. Д. Желіби, С. Д. Хіміча. – Київ : Медицина, 2016. – 488 с.
8. Наказ МОЗ України від 14.02.2012 №110 "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. Гостищев В. К. Общая хирургия: учебник [Электронный ресурс] / В. К. Гостищев. – 5-е изд., перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 728 с.– Режим доступа: www.studentlibrary.ru (ЭБС «Консультант студента»).
10. Стандарти організації та професійно орієнтовані протоколи надання невідкладної допомоги хворим з невідкладною хірургічною патологією органів живота: наук.-мед. вид. / за ред. Я. С. Березницького, П. Д. Фоміна. – Київ : ТОВ "Доктор-Медиа", 2010. — 470 с.
11. Роздольський І. В. Невідкладні стани в хірургії: підручник / І. В. Роздольський. – Київ : Медицина, 2009. – 144 с.
12. Шегедин М. Б. Медсестринство в хірургії : навч. посібник / М. Б. Шегедин, С. Ф. Шустакевич. – Київ : Медицина, 2008. – 120 с.
13. Догляд за хворими хірургічного профілю / В. П. Польовий, О. Й. Хомко, С. П. Польова та ін. – Чернівці: Медуніверситет, 2012. – 380 с.

Навчальне видання

**Курація хірургічних хворих
(друге заняття).
Написання історії хвороби**

**Методичні вказівки
до практичних занять та самостійної роботи
студентів 3-го курсу II та IV медичних факультетів
з дисципліни "Загальна хірургія"**

Упорядники Сипливий Василь Олексійович
Петренко Григорій Дмитрович
Доценко Володимир Васильович
Гузь Анатолій Гаврилович
Петюнін Олексій Геннадійович
Грінченко Сергій Володимирович
Робак Всеволод Ігорович
Євтушенко Дмитро Васильович
Курбатов Вадим Олексійович
Євтушенко Олександр Васильович

Відповідальний за випуск

В. О. Сипливий



Редактор Е. Є. Дєпрінда

Коректор Є. В. Рубцова

Комп'ютерна верстка О. Ю. Лавриненко

Формат А5. Ум. друк. арк. 1,3. Зам. № 20-33948.

**Редакційно-видавничий відділ
ХНМУ, пр. Науки, 4, м. Харків, 61022
izdatknmurio@gmail.com**

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до Державного реєстру видавництв, виготівників і розповсюджувачів видавничої продукції серії ДК № 3242 від 18.07.2008 р.