

Міністерство охорони здоров'я України
Запорізький державний медичний університет
Кафедра травматології та ортопедії

МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ
ПО НАПИСАННЮ ІСТОРІЇ ХВОРОБИ
ПРИ КУРАЦІЇ ХВОРИХ
З УШКОДЖЕННЯМИ ТА ЗАХВОРЮВАННЯМИ
СИСТЕМИ ОПОРИ ТА РУХУ

для студентів 5 курсу медичного факультету

м. Запоріжжя, 2016 р.

Методичні вказівки підготовлені співробітниками кафедри травматології та ортопедії ЗДМУ:

д.мед.н., професором	Головаха М.Л.
д.мед.н., професором	Івченко Д.В.
к.мед.н., доцентом	Кудієвським А.В.
к.мед.н., доцентом	Москальковим О.П.
к.мед.н., доцентом	Чорним В.М.
к.мед.н., асистентом	Красноп'яровим С.М.
асистентом	Кожем'якою М.О.

Методичні вказівки по написанню історії хвороби при курації хворих з ушкодженнями та захворюваннями системи опори та руху розглянуті й затверджені на засіданні Центральної методологічної ради ЗДМУ.

Протокол № _____ від _____

ОСНОВНІ МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ
ПО ОБСТЕЖЕННЮ
ОРТОПЕДО-ТРАВМАТОЛОГІЧНОГО ХВОРОГО
ТА НАПИСАННЮ ІСТОРІЇ ХВОРОБИ

Однією з головних вимог до сучасного лікаря є високий професіоналізм. Він складається не лише зі знань з своєї спеціальності, але й з уміння орієнтуватися в суміжних спеціальностях, володіння новими перспективними методами діагностики й лікування. Тому бути добре орієнтованим у питаннях профілактики і організації боротьби з травматизмом та ортопедичними захворюваннями, вміти поставити діагноз і надати першу лікарську допомогу при травмах, обов'язок кожного лікаря, незалежно від спеціальності.

Курація хворого з захворюваннями або ушкодженнями системи опори та руху передбачена програмою по травматології та ортопедії, ставить за мету засвоєння студентом особливостей обстеження ортопедо-травматологічних хворих, постановку діагнозу, основних принципів консервативного та хірургічного лікування. Кожен куратор зобов'язаний самостійно під контролем викладача, провести обстеження хворого, використовуючи не лише загально клінічні прийоми, а й методи, застосовані в травматології та ортопедії (визначення довжини кінцівки та окремих її сегментів, окружності, обсягу рухів у суглобах і хребті та ін.), освоїти основи гіпсової техніки, метод постійного витягнення, прийоми вправлення типових вивихів та переломів, одержати уявлення про типові оперативні втручання та т.п.

Починаючи курацію, студент повинен детально ознайомитися із захворюванням хворого, що курирується, групою суміжних захворювань за рекомендованими викладачем джерелами літератури, проводить диференційну діагностику, обґрунтовує остаточний діагноз. На прикладі хворого, що курирується, студент вивчає принципи лікування хворих з даною патологією та конкретно намічає план лікування хворого, що курирується. Якщо в процесі курації хворий підлягає оперативному лікуванню, куратор бере участь в операції як асистент із попереднім глибоким вивченням техніки операційного втручання.

Обстеження ортопедо-травматологічного хворого передбачає використання класичної схеми дослідження хворого: докладне вивчення скарг, анамнезу хвороби та життя, ретельного огляду всього хворого,

використання методів перкусії, аускультатії, пальпації, додаткових лабораторних і спеціальних методів дослідження.

Підлягають вивченню стан і функція всіх органів і систем. Ці розділи повинні знайти досить повне відображення в історії хвороби, особливо у хворих, що мають патологічні зміни внутрішніх органів.

При курації дитини, розділ анамнезтичних відомостей куратор одержує у рідних або осіб, що доглядають за дитиною. Особливо докладно ці відомості необхідні при курації дітей з уродженими захворюваннями.

Починаючи курацію, пам'ятайте: ви – помічник лікаря. Хворий повинен перейнятися довірою до вас і повагою. Поводьтеся із хворим гідно, розмовляйте рівним і серйозним тоном, неквапливо й чемно. Перше враження у хворого про вас – найстійкіше. Збираючи анамнез, не вступайте із хворим в обговорення його захворювання й не обговорюйте в присутності хворого отримані вами відомості. Анамнез збирайте активно, але не переривайте хворого. Форму взаємовідносин із хворим визначайте індивідуально, з огляду на освіту, виховання, професію і вік. Пам'ятайте, що слово лікує, але може завдати важкої, часом непоправної шкоди.

При обстеженні хворих необхідно мати при собі кутомір і сантиметрову стрічку. Історія хвороби повинна бути здана викладачу на рецензію за три заняття до кінця циклу. Під час перевірки історії хвороби звертається увага на загальну та медичну грамотність, акуратність оформлення.

На останньому занятті, «Підсумковий модульний контроль», проводиться «Захист історії хвороби». Захист чергування на травмпункті ті рішення ситуаційних задач домашнього завдання, читання рентгенограм. Оцінка, отримана з курації та написанні історії хвороби істотно впливає на загальну оцінку успішності по дисципліні.

ТИТУЛЬНИЙ АРКУШ

Запорізький державний

медичний університет

Кафедра травматології та ортопедії.

Завідувач – професор Головаха М.Л.

Керівник групи:

(наукове звання, науковий ступінь,

ініціали та прізвище)

ІСТОРІЯ ХВОРОБИ

Хворий _____

(прізвище, ім'я, по батькові)

Клінічний діагноз _____

(без скорочень)

Дні курації:

з «____» _____ 201 р.

по «____» _____ 201 р.

Куратор – студент _____

(ініціали, прізвище)

(група, курс)

ПАСПОРТНА ЧАСТИНА

Прізвище, ім'я, по батькові _____

Вік _____

Стать _____

Домашня адреса _____

Місце роботи й посада _____

Дата й час надходження в клініку

«___» _____ 201 р. _____ година.

Дата виписки «___» _____ 201 р.

Діагноз: а) попередній _____

б) клінічний (основний) _____

в) супутні захворювання _____

г) ускладнення _____

ОПЕРАЦІЯ _____

(дата й назва операції)

СКАРГИ ХВОРОГО

Докладно описуються скарги хворого в день початку курації, пов'язані безпосередньо з травмою або ортопедичним захворюванням, функціональними або органічними розладами системи опори та руху вродженого або придбаного походження, а також скарги, не відзначені хворим, але виявлені при його обстеженні. Кожну скаргу хворого необхідно деталізувати.

АНАМНЕЗ НАЯВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ

У цьому розділі необхідно відобразити обставини травми й з'ясувати механізм ушкодження, що часто, при невідомих інших даних, може полегшити розпізнання характеру ушкодження. При вогнепальних пораненнях необхідно з'ясувати характер ушкодження, вид й особливості зброї, що ранить. Важливо з'ясувати характер травмуючих зусиль. Обов'язком є визначення виду травми: виробнича, побутова, спортивна, вулична, транспортна, на шляху прямування на роботу та з роботи, і також з'ясувати, під час якого виробничого процесу, при роботі з яким механізмом відбулася травма (якщо травма виробнича). Зазначається точний час травми, скарги хворого безпосередньо після травми, де ким, у який час й у якому обсязі було надано першу допомогу, характер транспортної іммобілізації і її якість, надане лікування в лікувальних установах до надходження в клініку. Якщо студент курає хворого, що перебуває в клініці тривалий час, то в анамнезі хвороби повинні знайти відбиття відомості про симптоми ушкодження, виявлені при надходженні хворого в лікувальну установу, а також всі зміни стану хворого й застосоване лікування до початку курації. При курації хворого з ортопедичним захворюванням в анамнезі хвороби відзначається розвиток і перебіг захворювання від моменту його появи до початку курації.

АНАМНЕЗ ЖИТТЯ

У хворих з травмами уточнюються умови життя й роботи, перенесені в минулому захворювання, у тому числі й травми, переломи, з'ясовуються відомості про своєчасність їхнього зрощення. Збираючи анамнез у хворих з уродженими й придбаними ортопедичними захворюваннями, необхідно чітко вказати місце народження та розвиток, початок і характер самостійного трудового життя. При вроджених деформаціях необхідно довідатися, чи не було аналогічних або яких інших уроджених захворювань у близьких і далеких родичів. Важливо з'ясувати перенесені матір'ю ненормальності або захворювання в період вагітності. Під час бесіди з матір'ю необхідно запитати про захворювання жіночої полові сфери, про попередні аборти і їхні наслідки, своєчасно або передчасно народилася дитина, кількість навколоплідних вод, характер пологів і передлежання дитини, у випадку патологічних пологів – у чому складалася родопоміч і чи не народилася дитина в асфіксії. Важливо поетапно з'ясувати розвиток самої деформації, вік, коли почала

ходити дитина, характер її ходи. У дорослих хворих цікавляться сімейним анамнезом і спадковістю.

ОПИТУВАННЯ ПО ОРГАНАХ І СИСТЕМАХ

Активно з'ясувати скарги й суб'єктивно відзначені порушення функцій різних органів і систем.

ОБ'ЄКТИВНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ХВОРОГО

Загальний стан хворого (задовільний, середньої тяжкості, важкий, у край важкий). Положення хворого: активне (вільне або змушене), пасивне. Уточнюється свідомість хворого, вираз обличчя, фізичний розвиток, статура, зріст, вага. Визначається температура тіла. Досліджується шкіра, її зафарбування, пігментація, еластичність, висипи, розчиси, рубці. Визначається розвиток підшкірно-жирової клітковини, атрофічні ознаки, досліджуються лімфатичні регіональні вузли.

При дослідженні стану внутрішніх органів в історії хвороби докладно відбиваються лише ті зміни, які носять патологічний характер, в іншому випадку коротко дається їхня характеристика.

СИСТЕМА ДИХАННЯ

Характер і частота дихання, біль у грудях, задуха, тип дихання, глибина й ритм дихання, відокремлювання з носа. Форма грудної клітки, симетричність її, деформації, окружність на вдиху й видиху. Перкусія легенів порівняльна й топографічна, верхні й нижні границі легенів, рухливість нижнього краю по відомих лініях. Аускультация: характеристика дихання, хрипи, шум, тертя плеври, бронхофонія, інші аускультативні феномени.

СЕРЦЕВО-СУДИННА СИСТЕМА

Форма грудної клітки в області серця, випинання й пульсація в області серця й великих судин. Серцевий верхівковий поштовх, локалізація його й характер. Надчеревна пульсація, пульсація печінки. Границі серця, поперечник серцевої тупості, конфігурація її. Дані аускультативні серця й великих судин, тони, шуми. Пульс на променевій артерії, його властивості. Артеріальний кров'яний тиск.

СИСТЕМА ТРАВЛЕННЯ

Диспептичні розлади, біль під час вживання їжі. Діяльність кишечника. Губи, ясна, зів, мигдалини, глотка. Живіт (форма, видима перистальтика, тонус черевних

м'язів, округлість живота, асцит). Дані пальпації печінки, селезінки, шлунка, кишківника.

СЕЧОСТАТОВА СИСТЕМА

Сечовипускання вдень, уночі, дизуричні явища, діурез, біль. Мошонка, яєчка, передміхурова залоза. Симптом Пастернацького. Для жінок: менструації, їх час, дані гінекологічного дослідження (при необхідності).

НЕРВОВА СИСТЕМА

Свідомість (ясна, сонливість, коматозна, збудження). Настрій. Нав'язливі ідеї, маревні думки і їхній характер. Сон (нормальний, порушений, його характер). Головні болі, галюцинації. Загально мозкові явища. Менінгіальні симптоми. Стан черепно-мозкових нервів. Рухові функції кінцівок і тулуба. Рефлекси – глибокі (сухожильні, надкісткові), поверхневі (черевні, кремастерний, підошовний), зі слизуватих оболонок. Патологічні рефлекси (Бабинського, Бехтерева, Шеффера й ін.). Чутливість. Вегетативна нервова система (симптом Горнера, колір шкіри, потовиділення, трофічні розлади шкіри). Функція тазових органів. Перераховані симптоми варто викладати залежно від характеру патології.

ОБСТЕЖЕННЯ СИСТЕМИ ОПОРИ ТА РУХУ

ОГЛЯД бажано робити при достатньому освітленні і повному оголенні хворого. Обов'язково порівнюються симетричні частини тіла. Визначаються деформації, змушені пози (іноді типові) і патологічні установки, що втримують кінцівки в змушеному положенні, зміна осі кінцівки при різних викривленнях, в області суглобів верхньої й нижньої кінцівок і протягом сегментів – valgus, varus, rescurvasio, antecurvasio та ін. Відзначається порушення взаємного розташування суглобних кінців.

ПАЛЬПАЦІЄЮ визначаються зміни місцевої температури, місцева болючість, стан шкірних покривів, їхня рухливість над ураженою ділянкою, товщина шкірної складки, набряклість, стовщення підшкірної жирової клітковини, флуктація, наявність, вільної рідини в суглобах та інш. Аналізуючи дані симетричної пальпації, варто визначити характер і ступінь відхилень від норми. По зсуву окремих кісткових виступів або суглобних кінців куратор визначає наявність і характер зсуву кісток, не виявлених при огляді. Проводиться визначення допоміжних ліній, на які нормально проєктуються досліджуванні глибокі відділи (лінія Розер-Нелятона, Шемакера, біспинальна, черетрехантерна й ін.) і топографічні побудови (трикутники Бріана, Гютера та ін.) Пальпацією визначаються стовщення капсули суглоба, випіт у заворотах, наявність внутрішньо суглобових і поза суглобових сторонніх тіл. Значно чіткіші дані студент куратор отримує

виконуючи пальпацію не лише в спокої, а й під час руху в суглобі. Так, цим методом можна одержати уявлення про лопатковий хрускіт, клацаючи кульшовий суглоб, крепитируючий і стенозирующий тендовагініт, лігаменит та інш. Пальпацією визначаються різні зрощення, спаяння, невроми, остеофіти, деякі види пухлин.

АУСКУЛЬТАЦІЯ в комплексі об'єктивних, дослідження хворих із травматичними та ортопедичними захворюваннями може бути застосоване самостійно або в комбінації з перкусією. Аускультация суглоба відбувається під час пасивних рухів (при хондроматозі колінного суглоба – рівномірний тривалий скрип, що підсилюється й слабшає залежно від положення суглоба). Розрив меніска дає звуковий феномен приглушеного удару в крайніх положеннях колінного суглоба та інш. Вислуховування при діафізарних переломах дозволяє визначити звукову (перкусія) провідність із одного фрагмента зламаної кістки на інший і контролювати зрощення (по інтенсивності провідності звуку судять про наявність і ступінь зрощення). Відсутність провідності з одного фрагмента в іншій свідчить про відсутність зрощення або перелом. Важливим є вислуховування пухлин кісткової тканини. Кісткові пухлини беззвучні (за винятком артеріальної гемангіоми й бурхливо зростаючої остеогенної саркоми, що дають пульсуючі шуми).

ВИЗНАЧЕННЯ ОБСЯГУ РУХІВ У СУГЛОБАХ починають із активних рухів симетричних суглобів у напрямках, що допускаються структурою досліджуваного суглоба. Потім установлюють границі пасивної рухливості та уточнюють характер перешкод, що гальмують подальший рух в суглобі. Дані, отримані в результаті дослідження активних і пасивних рухів у суглобах за допомогою кутоміра, порівнюються з відомими границями норми. Якщо у хворого виникає болоче відчуття при тому або іншому виді руху в суглобі, то даний об'єкт пасивного або активного руху вважається межею можливого руху. Чітко позначаються напрямки рухів: у сагітальній площині – згинання й розгинання (флексія й екстензія), у фронтальній площині – відведення й приведення (абдукція й аддукція), внутрішня й зовнішня ротація (супінація та пронація). Відзначається вихідне положення суглоба, види обмежень рухливості в суглобах: анкілози, контрактури, ригідність. Слід зазначити зміну характеру рухів: пасивні пружні рухи, надлишкові рухи, розхитаність, патологічна рухливість діафіза трубчастої кістки (хибний суглоб).

ВИМІРИ проводяться обов'язково симетрично, порівняльно. Для визначення довжини сегмента кінцівки або всієї кінцівки використовуються симетричні кісткові виступи (верхня кінцівка вимірюється від верхівки акроміального відростка лопатки до шиловидного відростка ліктьової або верхівки великого горбка плеча до того ж шиловидного відростка. Плече – від верхівки акроміального відростка до верхівки ліктьового відростка ліктьової кістки або верхівки великого горбка до тієї ж верхівки ліктьового відростка. Передпліччя вимірюється від верхівки ліктьового відростка ліктьової або променевої кістки. Нижня кінцівка вимірюється від попередньої – верхньої ості підвздошної кістки до однієї із щиколоток, медіальної або латеральної, або від верхівки великого вертіла до тієї ж щиколотки. Стегно – від передньої-верхньої ості або від верхівки вертіла до верхнього краю наколінника.

Гомілка вимірюється від верхнього краю надколінка або суглобової щілини до однієї із щиколоток). Після виміру варто зробити висновок про наявність того або іншого виду укорочення: абсолютне, відносне, гадане (проекційне). При декількох видах укорочення вказується й сумарне. Величина зсуву крил таза при комбінованих або мальгенієвських перелом визначається від мечоподібного відростка грудини до передньо-верхніх остей таза попереду й від остистих відростків одного із хребців до задньо-верхніх остей таза (при вивихах підвздошної кістки в хребцевопідвздошному зчленуванні або параартикульних ушкодженнях підвздошної кістки або хребця).

При визначенні окружності кінцівки й суглоба для правильного вибору симетричних рівнів відміряються рівні відстані від таких кісткових виступів, які легко визначити (ості, виростки, горбки). Наводяться дані м'язової сили, обумовленої суб'єктивно за п'ятибальною системою і за допомогою динамометрів. Дослідження хребта повинні визначити кіфотичні й сколіотичні деформації, їхню величину та рівень. Бічні скривлення можуть стосуватися тільки одного якого-небудь відділу хребта або поширюватися на кілька відділів. Розрізняють S-подібний і С-подібний сколіози. При патології хребта важливі дані дослідження його рухливості. Куратор освоює спрощену методику Седина (з використанням звичайної сантиметрової стрічки та кутоміра). Методика дозволяє визначити згинально–розгинальні, бічні й ротаційні рухи у всіх відділах хребта.

СТАТИКА. Її дослідження визначає можливість хворого стояти самостійно, зі сторонньою допомогою, за допомогою палички або милиць.

ДИНАМИКА ХОДИ передбачає дослідження ходи (вільна, не утруднена хода, бережлива хода, кульгавість, качина хода, хода з нахилом тулуба вперед, хода з комбінацією зовнішньої ротації й нахилу, хода із зовнішньою ротацією й виведенням кінцівки, підстрибуюча хода, паретична, спастична й атоксична хода).

СТАН ХВОРОБЛИВОГО МІСЦЯ (Status localis)

Стан хворобливого місця описується на день початку курації хворого отримані дані обстеження системи опори та руху надають можливість оцінити стан місця хвороби (Status localis). При цьому при ушкодженнях сегментів верхніх або нижніх кінцівок в Status localis виноситься порівняльний опис відповідно обох верхніх або нижніх кінцівок. При ушкодженнях таза, грудної клітки, хребта описуються відповідні сегменти. Якщо хворий перебуває в гіпсовій пов'язці або для лікування застосовані постійні витягнення, компресійно–дистракційний шини, необхідно докладно описати вид пов'язки, її стан, систему постійного витягнення, вид і конструкцію апарата, лікувальної шини та перевести дані про ушкоджену кінцівку на доступних для дослідження ділянках.

ЛАБОРАТОРНІ Й ДОДАТКОВІ ДОСЛІДЖЕННЯ

Для проведення диференціальної діагностики та постановки остаточного діагнозу студент за допомогою викладача намічає й обґрунтовує необхідний обсяг лабораторних і спеціальних досліджень (клінічних, біохімічних, бактеріальних, рентгенологічних, електрофізіологічних та інш.), а також необхідність консультації фахівців інших профілів. Із вказівкою дат приводяться дані необхідних лабораторних і додаткових досліджень. Обов'язково наводять схеми рентгенограм та аналіз динаміки рентгенограм (в стандартних проекціях). При цьому можливо скористатися ендоскопічним методом. Приводяться дані спеціальних інструментальних досліджень, копія температурного аркуша хворого, на якому відмічаються дані температури, пульсу, дихання, артеріального кров'яного тиску й інших показників, важливих для відображення динаміки травми чи захворювання.

ОБґРУНТУВАННЯ ДІАГНОЗУ З ЕЛЕМЕНТАМИ ДИФЕРЕНЦІАЛЬНОЇ ДІАГНОСТИКИ

На підставі скарг хворого, даних анамнезу й клінічного обстеження, куратор виставляє попередній діагноз. При цьому, якщо в момент курації відсутні або неможливо визначити симптоми, що мали місце безпосередньо після травми, необхідно скористатися цими відомостями з розділу «Анамнез наявного захворювання».

Далі обґрунтовується вибір групи захворювань для диференціального діагнозу. Для цього необхідно визначити, при яких патологічних станах є загальні симптоми й перебіг захворювання, подібні з такими у хворого, що курується. Й перерахувати їх (провести докладний самостійний розбір). Основна вимога до проведення диференціального діагнозу полягає в тому, щоб диференціація проводилася не між попереднім діагнозом і групою захворювань, виділених для диференціальної діагностики, а між цими захворюваннями (ушкодженнями) і симптомокомплексом, виявленим у хворого, що курується. Методологічно така побудова диференціальної діагностики є виправданою, що виключає штучність міркувань та зіставлень симптомів.

На основі попереднього діагнозу, даних додаткових досліджень і диференціального діагнозу виставляється розгорнутий клінічний діагноз. Вказуються супутні захворювання й ускладнення.

ЛІКУВАННЯ

Цей розділ історії хвороби куратор представляє двома підрозділами:

а) коротких викладом існуючих сучасних методів лікування даної патології;

б) докладним обґрунтуванням і планом лікування хворого, що курирується.

Знаходить висвітлення режим, на тілі якого проводиться консервативне або хірургічне лікування, медикаментозне, фізіофункціональне лікування та інш. План лікування складається на період до виписки хворого зі стаціонару.

ПЕРЕБІГ ЗАХВОРЮВАННЯ, ЩОДЕННИК СПОСТЕРЕЖЕННЯ

У щоденнику спостереження куратор повинен відобразити перебіг захворювання і його лікування, динаміку стану хворого. Крім запису про загальний стан, сон, апетит, фізіологічні відправлення, скарги, у щоденнику повинна бути відображена динаміка основного захворювання, не лише зі слів хворого, але як результат об'єктивних обстежень, проведених куратором (при кістковому витягненні – усунення зсуву, при лікуванні клишоногості коригуючими пов'язками, – ступінь отриманої корекції та інш.). У щоденнику відзначаються всі здійснені маніпуляції й отриманий результат, стан гіпсової пов'язки й функція дистальних відділів кінцівки, що перебуває в гіпсовій пов'язці. Докладно описуються функціональні вміння при застосуванні лікувальної гімнастики та фізіотерапевтичному лікуванні. У лівій графі щоденника записується пульс, число вдихів, у графі «Призначення» – всі дієтичні, медикаментозні, фізіотерапевтичні та інші призначення. Якщо хворий у період курації оперований – у щоденнику повинні знайти відбиття передопераційний епікриз і протокол операції.

ЕПІКРИЗ

У стислій формі даються загальні відомості про хворого, коротке обґрунтування діагнозу, характеристика й особливості перебігу захворювання у хворого, що курирується, застосоване лікування і його результати, характеризується стан хворого при виписці. Вказуються подальші лікувально-профілактичні рекомендації: режим праці та відпочинку, дієта, медикаментозне, фізіотерапевтичне, функціональне, санаторно-курортне лікування та інш. Наприкінці епікриза необхідно виділити в окремий підрозділ «ПРОГНОЗ», що визначається відносно життя, відновлення втрачених функцій і працездатності. При встановленні прогнозу працездатності вказати можливість і строки повернення до колишньої професії, необхідність тимчасового переведення на полегшену працю, або переведення на інвалідність.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ОСНОВНОЇ ТА ДОДАТКОВОЇ ЛІТЕРАТУРИ

Наводяться прізвище, ініціали автора (або авторів). Повна й точна назва роботи. Видавництво, рік видання, номер журналу (випуск, серія) і сторінки. Автори перераховуються за абеткою, потім по роках. Під останніми рядками історії хвороби куратор розписується й ставить дату закінчення оформлення історії хвороби.