

МІНІСТЭРСТВА АХОВЫ ЗДАРОЎЯ РЭСПУБЛІКІ БЕЛАРУСЬ
БЕЛАРУСКІ ДЗЯРЖАЎНЫ МЕДЫЦЫНСКІ УНІВЕРСІТЭТ
КАФЕДРА АГУЛЬнай ХІРУРГІІ

Р. П. Рычагоў, М. Е. Нікалаеў, Г. У. Мядзведзь

СХЕМА ГІСТОРЫІ ХВАРОБЫ ХІРУРГІЧНАГА ХВОРАГА

Метадычныя рэкамендацыі



Мінск 2007

УДК 617-089 (091) (075.8)
ББК 54.5 я 73
Р 95

Зацверджана Навукова-метадычным саветам універсітэта ў якасці
метадычных рэкамендацый 27.12.2006 г., пратакол № 4

Рэцэнзенты: д-р мед. навук, праф. Ю. М. Гаін; канд. мед. навук, дац.
І. Л. Бібік

Рычагоў, Р. П.

Р 95 Схема гісторыі хваробы хірургічнага хворага : метадычныя рэкамендацыі /
Р. П. Рычагоў, М. Е. Нікалаеў, Г. У. Мядзведзь. – Мінск: БДМУ, 2007. – 11 с.

Выкладзены схема, прынцыпы і паслядоўнасць абследавання хірургічнага хворага.
Прызначаны для студэнтаў 3–4-га курсаў усіх факультэтаў медуніверсітэта.

УДК 617-089 (091) (075.8)
ББК 54.5 я 73

© Афармленне. Беларускі дзяржаўны
медыцынскі універсітэт, 2007

КАФЕДРА АГУЛЬНАЙ ХІРУРГІІ
БЕЛАРУСКАГА ДЗЯРЖАЎНАГА МЕДЫЦЫНСКАГА УНІВЕРСІТЭТА

Загадчык кафедры: доктар медыцынскіх навук, прафесар Р. П. Рычагоў

Гісторыя хваробы №

Прозвішча, імя, імя па бацьку хворага

Клінічны дыягназ

Куратар: факультэт, курс, група, прозвішча,
імя, імя па бацьку

Выкладчык: асістэнт (дацэнт, прафесар) —
прозвішча, імя, імя па бацьку

На кожнай старонцы злева павінны быць палі, загалюкі раздзелаў гісторыі хваробы падкрэсліць каляровым алоўкам. Катэгарычна забараняюцца скарачэнні слоў, апрача агульнапрынятых.

На першай старонцы гісторыі:

Пашпартныя даныя

1. Прозвішча, імя, імя па бацьку хворага.
2. Пол.
3. Узрост.
4. Месца працы (назва ўстановы, прадпрыемства, завода, фірмы і г. д.).
5. Пасада ці выконваемая праца.
6. Хатні адрас, тэлефон.
7. Адрас і тэлефон найбліжэйшых сваякоў; зазначыць ступень сваяцтва, прозвішча, імя, імя па бацьку сваякоў. Адрас можа быць той жа ці іншы — зазначыць які.
8. Кім ці якой медыцынскай установай накіраваны ў стацыянар (урач хуткай дапамогі, паліклінікі №, медсанчасткі завода і г. д.).
9. Час паступлення (дзень, месяц, год, для тэрміновых хворых — гадзіны і хвіліны).
10. Дыягназ накіравання.
11. Дыягназ пры паступленні.
12. Клінічны дыягназ.
13. Ускладненні асноўнай хваробы (калі ёсць).
14. Спадарожныя хваробы (калі ёсць).
15. Час і назва аперацыі.

На чарговых старонках гісторыі хваробы:

Скаргі

У навучальную гісторыю хваробы заносзяцца скаргі на момант паступлення. Павінны быць пералічаны асноўныя скаргі: боль (лакалізацыя, характар), азноб, павышэнне тэмпературы, абцяжаранае дыханне, абмежаванне рухаў і г. д. Скаргі пісаць праз коскі, не трэба пачынаць новых сказаў (з новага радка).

Гісторыя цяперашняй хваробы (*anamnesis morbi*)

З якога часу лічыць сябе хворым: месяц, год; пры вострай хваробе — дата, гадзіны, хвіліны. У выпадку траўмы абавязкова адзначаецца месца атрымання траўмы, час, абставіны і падрабязны механізм траўмы (упаў дагары, трапіў пад колы аўтамабіля, атрымаў удар нажом у жывот і г. д.). Пры запаленчых працэсах (панарыцый, фурункул, мастыт і г. д.) адзначыць, што папярэднічала захворванню (мікратраўма — ці праводзілася яе апрацоўка, у чым заключалася; ці хварэе на цукровы дыябет — на працягу якога часу; ці былі роды — калі), г. зн. з чым хворы звязвае сваё захворванне. Адзначаюцца першыя прыкметы захворвання, характар болю (пастаянны, прыступпадобны, ныючы, схваткападобны і г. д.). Пры наяўнасці ірадыяцый болю — адзначыць куды. Азноб, працягласць і час з'яўлення яго, патлівасць, павышэнне тэмпературы (указаць у градусах). Абцяжаранае дыханне. Парушэнне функцыі, напрыклад, канечнасці — у чым канкрэтна заключаецца (не можа ўстаць на нагу, сагнуць палец кісці і г. д.). Дынаміка першых прыкмет захворвання: якія з іх нарастаюць ці, наадварот, знікаюць. Ці звяртаўся па медыцынскую дапамогу (назваць лячэбную ўстанову, спецыялізацыю ўрача, у чым канкрэтна гэтая дапамога заключалася). Пры траўме: хто, калі (гадзіны, хвіліны) аказаў першую дапамогу, у чым яна заключалася. Абавязкова адзначыць вынікі медыцынскай дапамогі ці праведзенага лячэння, пазбягаючы агульных фраз (хвораму стала горш, хвораму стала лепш). Трэба зазначыць, якія сімптомы адступілі ці зніклі, якія прагрэсавалі ці з'явіліся зноў. Адкуль і кім хворы накіраваны ў стацыянар (назваць лячэбную ўстанову, спецыялізацыю ўрача), калі, з якім дыягназам, ці кім дастаўлены ў стацыянар (урач хуткай дапамогі), з якім дыягназам. Якім транспартам дастаўлены ці прыйшоў сам. Час паступлення (дата, гадзіны, хвіліны). Калі дастаўлены прыватным транспартам, неабходна указаць марку і нумар машыны, прозвішча шафёра, хатні адрас.

Анамнез жыцця (*anamnesis vitae*)

Дзе і калі нарадзіўся. Прафесія бацькоў. Як рос і развіваўся. Пералічыць захворванні ў дзіцячым узросце. Калі пачаў навучанне ў

школе, як характарызуе сваё фізічнае і разумовае развіццё ў параўнанні з аднагодкамі ў дзяцінстве. Якія навучальныя ўстановы скончыў пасля школы. Калі і дзе пачаў працаваць, у якасці каго. Змены месца жыхарства і працы. Характар працы ў цяперашні час. Матэрыяльна-бытавыя ўмовы жыцця. Перанесеныя хваробы, траўмы, аперацыі. У жанчын: у якім узросце пачаліся менструацыі, як усталяваліся, як працякаюць, калі былі ў апошні раз. Колькі цяжарнасцей было, колькі родаў, выкідышаў. Ці была паталогія цяжарнасці, у чым заключалася.

Ці няма ў дадзены момант спадарожных хвароб — якіх, чым яны выяўляюцца. Асобна адзначыць: венерычныя хваробы, СНІД, вірусны гепатыт, туберкулёз. Пры адсутнасці іх у анамнезе — напісаць, што хворы адмаўляе іх.

Шкодныя звычкі: курэнне, ужыванне алкагольных напояў, наркатыкаў — як часта, у якіх дозах, як пераносіць.

Гематрансфузійны анамнез

У некаторых мужчын можа быць напісаны каратка: пералівання крыві ў мінулым не было. Калі кроў пералівалася, неабходна адзначыць — калі, колькі разоў, прыблізна ў якіх колькасцях, ці былі ўскладненні, калі былі — якія.

У жанчын: колькасць цяжарнасцей, нармальных родаў, выкідышаў, датэрміновых родаў, наяўнасць у анамнезе мёртванароджаных ці нованароджаных дзяцей з жаўтухай. Ці праводзіліся гематрансфузіі ў мінулым, калі, у якіх колькасцях. Ці былі ўскладненні, якія.

Цяперашні стан (status praesens)

Рост, вага, целасклад, харчаванне, канстытуцыя. Агульны стан. Становішча (актыўнае, пасіўнае). Колер скурных покрываў і даступных агляду слізистых абалонак. Тургар і эластычнасць скуры, наяўнасць на ёй высыпаў, прыроджаных плям і іншых утварэнняў. Стан валасоў і пазногцяў. Стан развіцця падскураной клятчаткі (таўшчыня скурнай складкі), наяўнасць у ёй утварэнняў. Стан перыферычных лімфавузлоў: шыйных, падсківічных, падбародачных, падпахавых, кубітальных, пахвінных, сцегнавых — адзначыць іх велічыню, кансістэнцыю, рухомасць. Ступень развіцця мышцаў, іх тонус і моц. Канфігурацыя шкілета (наяўнасць дэфармацый), рухі ў суставах (у поўным аб'ёме, абмежаваныя, адсутнічаюць).

Галава: канфігурацыя чэрапа, наяўнасць дэфармацый. Шыя: канфігурацыя, рухі, пульсацыя сасудаў, стан шчытападобнай залозы (памеры, кансістэнцыя).

Органы дыхання

Грудная клетка: канфігурацыя, удзел у дыханні. Тып дыхання (грудны, брушны, змешаны).

Частата дыхання за 1 хвіліну, рытм, глыбіня. Данья тапаграфічнай перкусіі: вызначыць палі Крэніга, межы лёгкіх з абодвух бакоў (на глыбокім удыху і выдыху). Данья параўнальнай перкусіі. Галасавое дрыжанне. Данья аўскультацыі лёгкіх. Праба Штанге.

Сардэчна-сасудзістая сістэма

Частата пульса і ягоная характарыстыка. Артэрыяльны ціск. Межы адносная і абсалютнай тупасці сэрца па ўсіх лініях.

Данья аўскультацыі. Стан перыферычных сасудаў (артэрыі, вены).

Органы стрававання

Стан слізнёвых абалонак ротавай поласці, языка, велічыня і афарбоўка нёбных міндалін. Глытанне (вольнае, балючае, абцяжаранае). Канфігурацыя жывата (надуты, уцягнены, асіметрычны, правільнай канфігурацыі). Наяўнасць выгінанняў у эпігастрыі, у вобласці пупка, пахвінных абласцях. Удзел жывата ў акце дыхання (удзельнічае раўнамерна, адстае, адна з палоў не ўдзельнічае). Перкусія жывата (тымпаніт, тупасць, сімптом ундуляцыі пры астыце). Данья пальпацыі: живот мяккі, небалючы ці напружаны і балючы (у якіх аддзелах). Наяўнасць новаўтварэнняў у пярэдняй брушной сценцы ці брушной поласці, што вызначаецца пальпаторна. Сімптом Шчоткіна–Блюмберга: адмоўны ці станоўчы (у апошнім выпадку — у якіх аддзелах). Аўскультацыя жывата: перыстальтыка кішэчніка (выслухоўваецца ці не, узмоцненая ці паслабленая).

Перкусія печані (верхняя і ніжняя межы). Пальпацыя ніжняга краю печані (пальпуецца, не пальпуецца (у першым выпадку зазначыць, на якім узроўні)), яго кансістэнцыя, форма, паверхня.

Селязёнка: яе межы ў перкусіі, пальпуецца ці не. Акт дэфекацыі (частата, свабодны ці абцяжараны, небалючы ці балючы).

Мочапалавая сістэма

Мочавыдзяленне: частата, балючасць.

Дыурэз. Ныркi: пальпуюцца, не пальпуюцца. Наяўнасць балючасці па ходзе мачаточнікаў, паяснічнай вобласці справа і злева. Мачавы пузыр: перкуторна і пальпаторна вызначаецца над лонам або не, на якім узроўні. Апісанне вонкавых палавых органаў у мужчын: развітыя, неразвітыя, велічыня і кансістэнцыя ячак, прыдаткаў, стан элементаў семянных канацікаў, наяўнасць або адсутнасць вадзянкі яечка або семяннага канаціка. Палавая сфера ў жанчын апісваецца гінеколагам.

Нервовая сістэма

Свядомасць: захаваная, зацямно́ная, адсутнічае, узбуджаная. На кантакт ідзе свабодна, з цяжкасцю, не ідзе. У часе арыентуецца, не арыентуецца. Апісанне настрою хворага. Сон: спакойны, неспакойны, Колькі гадзін на суткі. Зрэнкі: нармальнай велічыні з абодвух бакоў, шырокія, кропкавыя, на святло рэагуюць ці не. Наяўнасць або адсутнасць зраўнаванасці насагубных складак. Вызначэнне сухажылавых і перыастальных рэфлексаў (аднолькавыя з абодвух бакоў, асіметрыя). Наяўнасць паталагічных рэфлексаў.

Мясцовыя праявы хваробы (*status localis*)

Неабходна памятаць, што пры наяўнасці раны заўжды адзначаюцца лакалізацыя, памеры, а таксама апісваюцца краі раны і характар аддзяляльнага: кроў, гной, мача, кал і г. д. Дакладна гэтак жа адзначаюцца лакалізацыя, велічыня, кансістэнцыя, характар паверхні, рухомасць, межы, выяўленых новаўтварэнняў (пухліна, інфільтрат і г. д.), наяўнасць або адсутнасць балючасці пры націсканні на яго.

Мясцовыя праявы хваробы раіцца апісваць у наступным парадку:

- 1) што вызначаецца візуальна;
- 2) што выяўляецца пры праверцы актыўных рухаў;
- 3) вынікі пальпацыі;
- 4) вынікі перкусіі;
- 5) дадзеныя аўскультацыі;
- 6) апісанне іншых сімптомаў (калі яны ёсць), уласцівых гэтай хваробе.

Прыклады

1. Вызначаецца дэфармацыя 6-й рабрыны злева па сярэдняй падпахавай лініі. Левая палова грудной клеткі адстае ў акце дыхання. Пры націсканні на вобласць дэфармацыі адзначаецца лакальная балючасць. Маецца прытуПЛЕННЕ перкуторнага гуку ў задне-ніжніх аддзелах левага лёгкага. Дыханне ў гэтых аддзелах не праводзіцца.

Пры такім апісанні мясцовых праяў хваробы і наяўнасці траўмы не выклікае ваганняў выснова аб тым, што ў хворага схаваны пералом 6-й рабрыны па сярэднепадпахавай лініі, а таксама левабаковы гематоракс.

2. У паяснічнай вобласці злева візуальна вызначаецца ўтварэнне круглаватай формы велічынёю з галаву нованароджанага дзіцяці. Пры зменах становішча тулава (згінанне, выпростванне) памеры і форма ўтварэння не змяняюцца. Паверхня яго гладкая, кансістэнцыя эластычная, абрысы выразныя. Балючасці пры пальпацыі не вызначаецца. Утварэнне добра зрушаецца, скура над ім лёгка бярэцца ў складку. Гэта ліпома.

3. Жывот правільнай канфігурацыі. Правая палова адстае ў акце дыхання. Пры пальпацыі ў правай падуздышной вобласці вызначаецца

мышачнае напружанне і мясцовая балючасць. Вызначаецца прытупленне перкуторнага гуку ў спадзістых месцах жывата справа. Перыстальтыка кішэчніку не выслухоўваецца. Сімptom Шчоткіна–Блюмберга станоўчы ў правай палове жывата.

Малюнак уласцівы для вострага апендыцыту і пачатковага перытаніту. У жанчын, апрача таго, можна падазраваць запаленчы працэс прыдаткаў маткі, а таксама пазаматачную цяжарнасць.

Данія даследаванняў

1. Лабараторныя данія (агульны аналіз крыві і мачы, біяхімічны аналіз крыві).
2. Рэнтгенаўскія даследаванні.
3. Данія эндаскапіі, КТ, УГД.

Кансультацыі спецыялістаў

Указаць спецыяльнасць кансультанта і яго заключэнне.

Абгрунтаванне дыягназу

Пералічыць скаргі, сімптомы падставовага дыягназу (анамнэз хваробы, аб'ектыўныя даследаванні, лабараторныя, рэнтгеналагічныя і іншыя данія), на аснове якіх выстаўляецца клінічны дыягназ, а таксама сімптомы, праз якія выстаўляецца дыягназ ускладненняў асноўнай хваробы і спадарожных захворванняў (калі ёсць).

Лячэнне

Указаць, якое лячэнне праведзена ці якое належыць правесці, час і назву аперацыі.

Тэмпературны ліст

Належыць намаляваць у вучнёўскім сшытку. Друкарскіх тэмпературных лістоў не выкарыстоўваць.

У лісце адзначаецца прозвішча і ініцыялы хворага, нумар гісторыі хваробы. Штодзённа графічна павінны быць адлюстраваныя: пульс, частата дыхання і артэрыяльны ціск. Галоўныя лячэбныя мерапрыемствы (пачатак антыбіётыкатэрапіі, аперацыя і інш.) павінны быць адлюстраваныя ў тэмпературным лісце ў адпаведнасці з датай іх правядзення.

Дзённік

Дата (для тэрміновых хворых — гадзіны і хвіліны)	Змест дзённіка	Прызначэнні

У дзённіку даецца адзнака агульнаму стану хворага (добрае, задавальняльнае, сярэдняй цяжкасці, цяжкае, гранічна цяжкае). Скаргі. Пульс. Перкусія і аўскультацыя лёгкіх. Аўскультацыя сэрца. Стан органаў стрававання. Фізіялагічныя адпраўлені (дэфекацыя, мочаспусканне). Змены мясцовых праяў хваробы.

У дзённіку трэба адлюстроўваць дынаміку хваробы.

Дзённік пішацца штодзённа, пры гэтым выключаюцца скарачэнні тыпу ун/м, ун/в, замест іх належыць пісаць унутрымышачна, унутрывенна.

Пад кожным дзённікам павінен быць подпіс студэнта.

Прагноз

- а) наконт жыцця: спрыяльны, неспрыяльны;
- б) наконт працаздольнасці: часовае страта працаздольнасці, здольны прыступіць да працы, мае патрэбу ў пераводзе на інваліднасць і г. д.

Эпікрыз

Прозвішча, імя, імя па бацьку хворага, узрост, калі паступіў у клініку агульнай хірургіі (дата, а пры тэрміновай паталогіі — гадзіны і хвіліны), з якімі скаргамі. З якога часу лічыць сябе хворым (у тэрміновых выпадках адзначаюцца гадзіны і хвіліны). Пералічваюцца сімптомы, а таксама лабараторныя, рэнтгеналагічныя і іншыя даныя, на падставе якіх выстаўлены клінічны дыягназ (даецца фармулёўка дыягназу). Адзначаюцца ўскладненні падставовай хваробы, а таксама спадарожныя хваробы (калі ёсць). Скарочана апавядаецца пра праведзенае лячэнне, адзначаюцца вынікі лячэння. Указаць час і назву аперацыі.

У якім стане і калі хворы выпісаны з клінікі, якія парады яму дадзены (напрыклад: амбулаторнае лячэнне ў хірурга). Альбо апісваецца стан хворага на дзень курацыі, калі ён застаўся ў клініцы для працягу лячэння.

Неабходна памятаць, што пасля выпіскі хворага копія эпікрызу накіроўваецца ў паліклініку, таму ў эпікрызе трэба адзначыць усе даследаванні, што праводзіліся хвораму ў бальніцы.

Пад эпікрызам подпіс студэнта-куратара.

Вучэбнае выданне

Рычагоў Рыгор Пятровіч
Нікалаеў Мікалай Емельянавіч
Мядзведзь Галіна Уладзіміраўна

СХЕМА ГІСТОРЫІ ХВАРОБЫ ХІРУРГІЧНАГА ХВОРАГА

Метадычныя рэкамендацыі

Адказы за выпуск М. Е. Нікалаеў
Камп'ютэрны набор Н. Л. Марчук
Камп'ютэрная вёрстка Н. М. Федарцовай
Карэктар Ю. В. Кісялёва

Падпісана ў друк 28.12.06. Фармат 60×84/16. Папера пісчая «Кюм Люкс».

Друк афсетны. Гарнітура «Times».

Ум.-друк. арк. 0,7. Вуч.-выд. арк. 0,39. Тыраж 100 экз. Заказ 81.

Выдавец і паліграфічнае выкананне –

Беларускі дзяржаўны медыцынскі ўніверсітэт.

ЛВ № 02330/0133420 ад 14.10.2004; ЛП № 02330/0131503 ад 27.08.2004.

220030, г. Мінск, вул. Ленінградская, 6.

