



ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО

(Схема с пояснениями)
Учебно-методическое пособие

Тула 2020

**МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО
ОБРАЗОВАНИЯ
«ТУЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»**

Медицинский институт

Кафедра «Хирургические болезни»

**ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ
ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО**

(Схема с пояснениями)

Учебно-методическое пособие

Тула
Издательство ТулГУ
2020

УДК 615.47

ББК 410.12

ИЗ 37

История болезни травматологического больного (схема с пояснениями): учеб.-метод. пособие / составитель В.Л.Потапов. Тула: Изд-во ТулГУ, 2020. 33 с.

Изложена схема оформления академической истории болезни травматологического больного, которой необходимо следовать при изучении курса «Травматология и ортопедия» в травматологическом стационаре. Приведены методические рекомендации по контролю самостоятельной работы студентов во время курации пациента с повреждением или заболеванием опорно-двигательного аппарата.

Учебно-методическое пособие предназначено для студентов 5-х, 6-х курсов Медицинского института ТулГУ, изучающих дисциплину «Травматология и ортопедия», а также для ординаторов, проходящих обучение в клинической ординатуре по специальности «Травматология и ортопедия».

© Составитель: В.Л.Потапов, 2020

© Издательство ТулГУ, 2020

Оглавление.

Оглавление.....	3
Список сокращений:.....	4
Введение.....	5
Исходный уровень подготовки обучаемого.....	7
Цели и задачи.....	7
Перечень планируемых результатов написания академической истории болезни.....	8
Практическая и самостоятельная работа.....	8
Содержание и структура академической истории болезни у пациента с повреждениями и заболеваниями опорно-двигательного аппарата.....	10
Титульный лист академической истории болезни.....	10
Разделы академической истории болезни травматологического больного.....	11
I. Жалобы больного при поступлении в клинику или на момент осмотра.....	11
II. История настоящего заболевания (Anamnesis morbi).....	11
III. История жизни больного (Anamnesis vitae).....	12
IV. Настоящее состояние (Status praesens communis).....	13
V. Локальный статус (Status localis).....	22
VI. Предварительный клинический диагноз.....	27
VII. План обследования и лечения.....	27
VIII. Дневники наблюдений за больным.....	28
IX. Лист наблюдений и лист назначений.....	29
X. Заключительный клинический диагноз (в соответствии с классификацией по МКБ 10).....	29
XI. Этапный эпикриз.....	29
XII. Выписной эпикриз.....	30
Литература и законодательные акты.....	31

Список сокращений:

РКТ – рентген-компьютерная томография;

ЯМР – ядерно-магнитный резонанс;

УЗИ – ультразвуковое исследование;

КЭК – консультативно-экспертная комиссия;

СМП – скорая медицинская помощь;

Введение

В настоящем учебно-методическом пособии подробно изложена схема оформления истории болезни, которой необходимо придерживаться при клиническом ведении больного с острой травмой, с заболеваниями опорно-двигательного аппарата. Отражены особенности написания всех классических разделов истории болезни с интерпретацией на больного травматологического (ортопедического) отделения, особо выделены особенности сбора анамнеза, назначение инструментальных методов исследований, постановка клинического диагноза больному с острой травмой и хроническими заболеваниями опорно-двигательного аппарата.

История болезни должна быть составлена ясно и последовательно, написана в форме изложения, причем сокращения слов не допускаются.

После того как собран анамнез, необходимо провести обследование больного клиническими методами, применив с этой целью для изучения каждой системы органов в строгой последовательности осмотр, пальпацию, перкуссию и аускультацию.

Локальный осмотр, кроме клинических методов должен включать в себя специальные измерения (длина конечностей и объем движений в суставе), а так же обоснование для направления на специальные инструментальные исследования: рентгенологического, рентген-компьютерной томографии (РКТ), ядерно-магнитного резонанса (ЯМР), артроскопии, ультразвукового исследования (УЗИ). Большое внимание при написании истории болезни больного с травмой имеет четкость описания всех обнаруженных изменений и нарушений в костно-мышечной системе, а так же нарушений в других органах и системах.

Основной клинический диагноз должен быть обоснован. При обосновании диагноза в первую очередь нужно основываться на клинических симптомах, данных анамнеза, физических методов обследования и данных специальных методов исследования.

В академическую историю болезни, в отличие от клинической, входят дополнительные разделы и пояснения: обучаемый, представляет преподавателю историю болезни с обоснованием диагноза, эпикриз истории болезни должен содержать кроме

данных о конкретном клиническом случае предположительный прогноз и возможные варианты течения заболевания, сроки начала и длительность периода реабилитации, сроки и возможность полного восстановления трудоспособности. При постановке клинического диагноза необходимо отразить два-три наиболее близких заболевания и провести с ними дифференциальный диагноз, обосновав, таким образом, свои выводы по конкретному больному.

Написание дневников в академической истории болезни должно происходить ежедневно, для курации больного выделяется специальное время. В конце истории болезни пишется выписной (если больной выписывается или планируется на выписку) или этапный эпикриз в котором должен отразиться весь процесс лечения: исходная травма, консервативное и оперативное лечение перелома, медикаментозная терапия, послеоперационное течение заболевания, реабилитация и прогноз на отдаленный период.

Написание истории болезни предполагает не только значительный объем самостоятельной работы обучаемым, но и тщательный разбор каждой истории с обоснованием и защитой своих выводов по конкретному больному и поставленному диагнозу, обоснование и проведение дифференциального диагноза (при необходимости), прогноз, реабилитация и возможные исходы лечения у конкретного пациента. Т.к. ведением больного и написанием истории болезни студент занимается на протяжении нескольких занятий и представляет результаты своего труда в конце цикла, в учебно-методическом пособии пошагово изложены все разделы истории болезни применительно к травматологическому больному.

Исходный уровень подготовки обучаемого.

Учебно-методическое пособие рассчитано на студентов 5 и 6-го курсов, а так же ординаторов прошедших и успешно освоивших курсы анатомии, топографической анатомии, фармакологии, пропедевтики, факультетской терапии и хирургии. Обучаемый должен владеть, в достаточной степени, приемами общего осмотра больного, перкуссией, аускультацией. Знать основные признаки повреждения внутренних органов и основные симптомы внутреннего кровотечения.

Цели и задачи

Целями самостоятельной работы с учебно-методическим пособием является освоение студентами методов обследования больных с повреждениями и заболеваниями опорно-двигательного аппарата, формирование клинического мышления в патологии опорно-двигательного аппарата, освоение клинических принципов работы с больными с повреждениями и заболеваниями опорно-двигательного аппарата.

Задачи самостоятельной работы с учебно-методическим пособием:

- научить обучаемого правильно заполнять историю болезни травматологического больного;
- научить особенностям сбора анамнеза заболевания и анамнеза жизни у пациента с травмой;
- закрепить общеклинические навыки осмотра и обследования больного, освоить особенности осмотра больного с травмой;
- научить обосновывать необходимость специальных методов обследования, правильно выписать направление на специальные методы обследования;
- сформировать у студентов представления о методах анализа результатов клинических лабораторных исследований, рентгенологических и других методов инструментального исследования, их интерпретации и постановки предварительного клинического диагноза;
- сформировать у студентов навыки самостоятельной аналитической и научно-исследовательской работы;

– изучение основных принципов диагностики, лечения (консервативного и оперативного), профилактики и реабилитации больных с травмами и заболеваниями опорно-двигательного аппарата;

– обосновывать и правильно формулировать клинический и окончательный диагнозы у больного с травмой.

Перечень планируемых результатов написания академической истории болезни

В процессе написания академической истории болезни у обучаемого формируется общепрофессиональная компетенция (ПК-5):

способность и готовность проводить и интерпретировать опрос, физикальный осмотр, клиническое обследование, результаты современных лабораторно-инструментальных исследований, морфологического анализа биопсийного, операционного и секционного материала, написать медицинскую карту амбулаторного и стационарного больного.

Практическая и самостоятельная работа

В программе обучения по курсу «Травматология и ортопедия» для работы с академической историей болезни выделено 4 часа в 10 семестре и 6 часов в 11 семестре.

После прохождения вводной части при изучении дисциплины «Травматология и ортопедия», рекомендуется выделить один академический час на четвертом занятии для первичного осмотра и сбора анамнеза у курируемого больного. После первичной курации (сбор анамнеза, осмотр), обучаемый представляет преподавателю предварительный диагноз, план обследования (для подтверждения или опровержения диагноза). Обучаемому представляются данные лабораторных и инструментальных исследований по истории болезни, при необходимости (если диагноз лечащего врача и предварительный диагноз студента не совпадает) проводится разбор причин этого. Так же проверяется правильность назначенного студентом дополнительного обследования – на все ли вопросы, обозначенный объем обследования, дает исчерпывающие ответы или необходимо расширить объем инструментальных обследований пациента. Так же в процессе обсуждения выявляются симптомы и вопросы, которые студент при первичном опросе мог

упустить из вида.

Во время следующих четырех занятий необходимо выделять обучающимся не менее 20-30 минут для продолжения ведения больного и сбора информации для написания дневников. Во время самостоятельной работы студент заполняет все разделы истории болезни, оформляет академическую историю в виде реферата. Во время последнего занятия происходит защита истории болезни.

Во втором учебном семестре (XI) все успешно защитившие академическую историю допускаются до курации и написания истории болезни по темам второго семестра. Время для первичной курации выделяется во время первого занятия, затем по 20 минут на каждом занятии для сбора информации и написания дневников. Обсуждение предварительного диагноза и необходимых дополнительных исследований обычно занимает меньше времени, чем во время первого семестра. Тем не менее, сложные случаи сочетанных и комбинированных травм, хронических заболеваний опорно-двигательного аппарата, требуют всестороннего обсуждения при участии всей группы (брифинг). Особенно большое внимание надо уделять сопутствующим травмам и проведению дифференциального диагноза, дополнительным инструментальным исследованиям. В конце цикла история болезни оформляется в виде реферата и обучаемый защищает свои выводы и диагноз (дебрифинг).

Содержание и структура академической истории болезни у пациента с повреждениями и заболеваниями опорно-двигательного аппарата.

Титульный лист академической истории болезни

1. Наименование учебного заведения и клинической базы:
ТулГУ, Медицинский институт, кафедра «Хирургические болезни», наименование лечебного учреждения и отделения.
2. Кем направлен больной (название ЛПУ, бригада СМП, самообращение).
3. Дата и время поступления больного в приемное отделение ЛПУ.
4. Фамилия, имя, отчество больного в зашифрованном виде, напр. только первые буквы.
5. Возраст (полных лет).
6. Пол.
7. Образование.
8. Место работы (для учащихся — место учебы, для инвалидов — род и группа инвалидности).
9. Профессия.
10. Диагноз, с которым был направлен в ЛПУ.
11. Окончательный клинический диагноз:
 - а) основное заболевание;
 - б) сопутствующие заболевания;
 - в) осложнения.
10. Ф.И.О. обучающегося, № группы, даты курации больного.
11. Ф.И.О. куратора, должность, научное звание.

Разделы академической истории болезни травматологического больного.

I. Жалобы больного при поступлении в клинику или на момент осмотра

Дата и время первичного осмотра. Для осмотра травматологического больного это может иметь принципиальное значение, т.к. развитие травм и их осложнений имеют периодичность, могут наступать в течение первых часов и суток после травмы, могут развиваться спустя дни и недели (напр. контрактуры). Кроме основных жалоб обязательно необходимо указать сопутствующие: наличие тошноты, рвоты, головокружения, ограничение функции конечности или ее сегмента и т.д. Например, о болях необходимо выяснить следующее: основную локализацию, иррадиацию болей, локализацию боли при осевой нагрузке на конечность или сегмент тела. Для нарушения функции четко указывается связь с физической нагрузкой, подвижность в суставах, ограничение объема активных и пассивных движений в суставе.

Затем коротко перечислить общие и сопутствующие жалобы (если есть).

О нормальном состоянии органов и систем упоминать не следует.

II. История настоящего заболевания (Anamnesis morbi)

Со слов больного и по документам, насколько возможно точно фиксируется время и обстоятельства травмы. Обязательно делается акцент на возможные механизмы травмы, кратко указываются обстоятельства травмы и возможные приложения действующих на пострадавшего сил.

Кроме этого описывается все, что происходило с больным с момента получения травмы и до поступления в стационар: какая помощь оказывалась, в каком состоянии был пострадавший, предполагаемый объем медицинской помощи на месте происшествия, каким транспортом была осуществлена доставка, было ли медицинское сопровождение и транспортная иммобилизация.

Затем указываются сроки пребывания в стационаре, отражается

информация о переводах и о проведенном лечении. Если проводились операции, манипуляции – указывается объем, локализация и полученный результат.

В заключение отражаются жалобы на момент осмотра, общее состояние, особенности проводимых лечебных мероприятий: фиксированные сегменты тела, скелетное вытяжение и т.д.

Анамнез трудоспособности: наличие больничного листа, его продолжительность, перерывы, если были, сведения о прохождении КЭК (консультативно-экспертной комиссии).

III. История жизни больного (Anamnesis vitae)

1) Младенчество: рождение в срок, преждевременно. Вскармливание грудью матери или искусственно. Когда начал ходить, говорить. Когда прорезались зубы.

2) Детство: условия жизни в детстве, местность, жилищные условия, питание. Развитие: не отставал ли от сверстников.

3) Школьные и юношеские годы: условия быта, питание; выполняемая работа, как учился, развитие, легко или трудно было учиться.

4) Условия труда в зрелом возрасте. Условия труда: кем, где, сколько времени работал, в каких условиях (не было ли профессиональных вредностей). Детализировать бытовые условия: квартира теплая, холодная, какой уборной пользуется (теплой, холодной). Какое питание, сколько раз в день принимает пищу, в горячем или холодном виде, употребляет ли сырые овощи и фрукты.

5) Вредные привычки: курение (с каких лет курит и сколько сигарет в день), употребление спиртных напитков (частота, количество), морфинизм, кокаинизм и др.

6) Перенесенные заболевания: перечислить в хронологическом порядке, начиная с детства. Обратить особое внимание на туберкулез, дизентерию, септические заболевания, на отравления, ранения, нервные и душевные заболевания, простудные заболевания, грипп, скарлатину, тифы, сделанные прививки, венерические заболевания, гепатиты, ВИЧ, наличие хронических заболеваний сердца, легких, ЖКТ, желез внутренней секреции, ХПН и др. заболеваний могущих повлиять на исход течения травмы и результаты лечения.

7) Производились ли гемотрансфузии, когда и какие препараты крови переливались, были ли осложнения. Посещение кабинета

стоматолога – частота, наличие кариозных зубов.

8) Активно выявлять наличие аллергических реакций на пищевые продукты и лекарственные препараты.

9) Семейно-половой анамнез: женат, замужем, с каких лет. Для женщин начало менструаций, характер и цикл их, беременность, роды – в срок или преждевременные. Есть ли живые дети. Не было ли мертворожденных (у жены). Смертность детей в первые дни и месяцы жизни. Аборты. Когда был последний осмотр гинеколога.

10) Родословная. Здоровье отца, матери и ближайших родственников (сестер, братьев, детей). Особое внимание надо обратить на заболевание туберкулезом, сифилисом, нервно-психическими заболеваниями, на новообразования, алкоголизм, атеросклероз, грудную жабу, болезни обмена веществ, гемофилию и др. хронические заболевания.

IV. Настоящее состояние (Status praesens communis)

Общий осмотр, общий вид больного (оценка тяжести состояния).

Состояние сознания: ясное, помраченное, ступорозное, сопорозное, коматозное. Возможность контакта с больным.

Положение больного: активное, пассивное, вынужденное.

Телосложение, конституция: астеник, нормостеник, гиперстеник.

Степень общего питания: хорошее, чрезмерное, пониженное, кахексия.

Рост. Вес. Если нет возможности измерить рост/вес в истории отмечают данные со слов больного либо примерные.

Покровы тела. Цвет кожных покровов и слизистых: бледно-розовая (обычная окраска), красная, бледная, цианотичная (указать места наибольшего цианоза), желтушная (оттенок красноватый, зеленоватый, истинно желтый цвет). Патологические пигментации. Сыпи, кровоизлияния, расчесы, шелушения, наличие «сосудистых звездочек», ангиом, рубцов. Энантемы. Влажность кожных покровов: умеренная (в норме), выраженная сухость, выраженная потливость. Эластичность кожных покровов (кожа эластичная, когда кожная складка быстро расправляется; тургор понижен, если кожная складка медленно расправляется; тургор утерян, если кожная складка не расправляется). Развитие волосяного покрова на голове, лице, в подмышечной области, на лобке. Ногти, их форма, цвет, ломкость.

Состояние подкожно-жировой клетчатки: умеренное развитие (толщина складки, взятой двумя пальцами в эпигастральной области не превышает 2 см), слабая, чрезмерная. Наличие отеков и гематом в подкожной клетчатке: распространенность, степень выраженности (значительная пастозность, слизистые отеки, тестоватые).

Лимфатические узлы: шейные, затылочные, подчелюстные, подмышечные, локтевые, паховые. Их размеры, форма, консистенция, болезненность, подвижность (не спаяны ли с кожей, между собой, с подлежащими тканями, нет ли изъязвлений).

Мышечная система. Определение степени развития мышечной системы: хорошее, умеренное, слабое. Наличие болезненности мышц при ощупывании (каких именно), мышечная сила, тонус, дрожание. Динамометрия. Подкожные вены малозаметны, видны, наличие подкожных опухолей.

Осмотр по органам и системам.

Голова: форма и размеры, наличие рубцов на голове. Непроизвольное дрожание.

Лицо. Выражение лица: живое, беспокойное, изумленное, страдальческое, возбужденное, вялое, тупое, угрюмое, тоскливое, безразличное.

Глаза. Глазная щель форма и размер, расширение, сужение, веки окраска, отечность, птоз.

Конъюнктивы розовой окраски, гладкая, без кровоизлияний.

Форма зрачков округлая, величина адекватна степени освещенности, реакция на свет содружественная, аккомодация и конвергенция. Косоглазие и дрожание глаз.

Губы. Углы губ симметричны, цвет, цианотичны, наличие герпетической сыпи, трещин в углах рта, сухость.

Шея. На шее пульсация сонных артерий, набухание и пульсация наружных яремных вен.

Щитовидная железа. Консистенция, форма и размеры.

Опорно-двигательный аппарат. Костная система, суставы. Наличие деформаций и искривление костей вне травмированной зоны. Наличие «барабанных пальцев». Состояние суставов: форма, активная и пассивная подвижность, болезненность при движении, крепитация (хруст), цвет кожных покровов в области суставов, кожная температура над ними, опухание их. Походка устойчивая, нормальная, неустойчивая. Простейшие бытовые действия руками (умыться, причесаться, застегивать пуговицы, писать) выполняет.

Наличие болезненности при активных и пассивных движениях.

Система органов дыхания¹.

Нос: форма и размеры, деформация мягких тканей носа. Покраснения, изъязвления у наружного края ноздрей, герпетическая сыпь. Состояния слизистой носа.

Осмотр грудной клетки: определение ее формы (нормальная, коническая, бочкообразная, эмфизематозная, паралитическая, цилиндрическая, рахитическая, воронкообразная, куриная, грудь сапожника). Деформация грудной клетки вследствие искривления позвоночника. Наличие асимметрии: выпячивание, западания одной стороны грудной клетки. Равномерность экскурсии обеих сторон грудной клетки при дыхании. Типы дыхания: верхнереберный (грудной), нижнереберный, (брюшной), смешанный. Частота дыхательных движений в одну минуту. Ритм дыхания: правильный, не правильный, наличие патологического дыхательного ритма (Чейн-Стокса, Биота, Куссмауля и т.д.). Глубина дыхательных движений (глубокое, поверхностное). Одышка, степень ее выраженности и характер (экспираторная, инспираторная). Наличие дистанционных хрипов.

Пальпация грудной клетки: наличие ригидности или вялость мышц грудной клетки. Местная болезненность, отечность и размер ее. Пальпация голосового дрожания (усиление, ослабление), указать точно в каких местах. Ощущение трения плевры при пальпации.

Измерение окружности груди при спокойном дыхании, при глубоком вдохе и выдохе (измерять на уровне сосков). Экскурсия грудной клетки в сантиметрах.

Перкуссия: сравнительная — качество перкуторного звука над легкими (ясный легочный, тупой, притупленный, тимпанический, коробочный, металлический, звук треснувшего горшка), указать точно границы изменений звука.

Топографическая перкуссия: определение высоты стояния верхушек легких спереди над ключицей (в сантиметрах), сзади справа и слева на уровне остистого отростка VII шейного позвонка.

¹ При исследовании легких, грудной клетки, органов брюшной полости и забрюшинного пространства физическими методами (пальпация, перкуссия, аускультация) необходимо помнить, что пострадавшие с травмами часто находятся в вынужденном положении. Часть обследований (напр. перкуссия границ легких сзади у пациента с травмой позвоночника или таза) провести невозможно. Недостающие данные желательнее восполнить другими методами обследования, напр. аускультацией, рентгенографией, томографией и др.

Определение нижних границ легких по всем опознавательным линиям грудной клетки, причем отдельно указывать границы правого и левого легкого (можно отмечать эти данные в ниже приведенной таблице 1):

Таблица 1.

Нижняя граница		
<i>Линии</i>	<i>Правое легкое</i>	<i>Левое легкое</i>
Парастернальная		
Медиоклавикулярная		
Передняя аксилярная		
Средняя аксилярная		
Задняя аксилярная		
Лопаточная		
Паравертебральная		

Активная подвижность легких по средне-ключичным, средне-подмышечным, лопаточным линиям. Указать места ограничения или отсутствия подвижности легочных краев (Таблица 2):

Таблица 2

Подвижность нижнего края легких		
<i>Линии</i>	<i>Правое легкое</i>	<i>Левое легкое</i>
Медиоклавикулярная		
Средняя аксилярная		
Лопаточная		

Аускультация. Сравнительная аускультация легких. Характер дыхательных шумов: везикулярное дыхание (ослабленное, усиленное, с затянутым выдохом, саккодированно), жесткое дыхание, бронхиальное дыхание (амфорическое, металлическое, метаморфозированное), смешанное. Сила дыхательных шумов и точная топография, обязательно указать для каждого вида дыхания. Выслушивание побочных дыхательных шумов-хрипов. Сухие хрипы: свистящие, жужжащие. Влажные хрипы: мелко, средне, крупнопузырчатые. Крепитация. Шум трения плевры. Сравнительная аускультация голоса – бронхофония.

Система органов кровообращения

Осмотр сердечной области. Наличие выпячивания грудной клетки в области сердца (сердечный горб). Сердечный толчок. Верхушечный толчок: локализация, сила, ритм, ограниченность или распространенность (разлитой толчок). Ограниченное выпячивание грудной клетки и пульсация в этих местах (аневризма аорты). Надчревная пульсация, пульсация крупных сосудов на шее, набухание вен и их пульсация, положительный венный пульс, кратковременная пульсация яремных шейных вен (при тромбах). Пляска каротид; пульсация аортальных стволов и других сосудов (височные, плечевые и прочие артерии), извилистость артерии.

Пальпация. Определение свойств верхушечного толчка (сильный, слабый, ограниченный, разлитой) локализация его (в каком межреберье и по какой линии). Наличие «кошачьего мурлыканья». Ретростернальная пульсация аорты (погрузить пальцы за грудину в области яремной вырезки).

Перкуссия. Определение границ относительной сердечной тупости (верхней, правой, левой) с указанием по каким линиям определены границы или на сколько сантиметров в сторону от них они проходят: верхняя (сосудистый пучок) — в III межреберье на 1 см кнаружи от левого края грудины; правая — над границей печеночной тупости на 0,5-1,5 см кнаружи от правого края грудины; левая — в V межреберье на 1-2 см кнутри от медио-клавикулярной линии. Границы относительной сердечной тупости по отношению к передней срединной линии тела располагаются в среднем следующим образом: правая граница сердца в I, II и III межреберьях — на расстоянии 3 см, в IV межреберье — 4, левая граница в I и II межреберьях — 3, в III межреберье — 4, в IV и V

межреберьях — 9 см.

Определение границ абсолютной тупости (верхней и правой): *верхняя* — в IV межреберье на 1 см кнаружи от левого края грудины; *правая* — по левому краю грудины от нижнего края IV реберного хряща вниз; *левая* — в V межреберье по медиоклавикулярной линии у верхушечного толчка.

Измерение сосудистого пучка (во II межреберье, ширина сосудистого пучка 6 см).

Длинник сердца, поперечник; их размеры по Курлову: длинник (N = XX см) поперечник (N = XX см).

Аускультация: а) на верхушке; б) у основания мечевидного отростка справа от срединной линии; в) во II межреберье справа у грудины; г) во II межреберье слева у грудины; д) аускультация в точке Боткина. Выслушивание проводить посредственное и непосредственное (по Образцову). Количество выслушанных тонов, их сила (ослабление, усиление, хлопающий первый тон, на верхушке). Имеется ли акцент второго тона на аорте или на легочной артерии. Какой оттенок тонов сердца: металлический, бархатный, дребезжащий; раздвоение и расщепление тонов, где и какого, постоянно ли? Ритм галопа (систолический, пресистолический, протодиастолический, мезодиастолический). Имеется ли маятниковообразный или другие ритмы.

Выслушивание шумов: эндокардиальные и экстракардиальные шумы, проводные шумы, их иррадиация. Определение фазности эндокардиального шума (систолический, пресистолический мезодиастолический и протодиастолический). Сила и характер шумов (резкий, слабый, мягкий, грубый), место их максимальной слышимости, усиление или ослабление их при физической нагрузке, при перемене положения больного (лежа, стоя). Имеется ли усиление систолического шума на аортальных клапанах или на грудине на уровне III-го ребра (в точке Боткина), при поднятии рук больным вверх (симптом Сиротинина-Кукковерова).

Экстракардиальные шумы: шум трения перикарда, плевро-перикардиальный шум трения, систолическое дыхание.

Аускультация сосудов: наличие тонов на локтевой артерии — симптом Образцова, наличие двойного тона Траубе, двойного шума Виноградова—Дюразье на бедренных артериях, шум волчка на шейных зонах.

Пульс: количество ударов в одну минуту, ритм, наполнение,

напряжение, форма, величина, равномерность, дифференцированность, дефицит пульса. На обеих руках, ногах. Состояние пальпируемых артерий (плотность, извилистость). Артериальное давление: максимальное и минимальное кровяное давление.

Частота сердечных сокращений: ударов в минуту.

Артериальное давление в миллиметрах ртутного столба (мм рт.ст.).

Система органов пищеварения.

Исследование полости рта: запах изо рта – кислый, гнилостный, каловый, ацетоновый (мочой при уремии, ацетоном при диабете), зловонный, алкоголя и др., Слизистая полости рта и твердого неба – цвет розовый, бледный, желтушный, влажный. Наличие высыпаний, изъязвлений, лейкоплакии, молочница и пр. Десны бледные, разрыхленные, кровоточивые. Серая кайма на деснах при профессиональных отравлениях.

Зубы: есть ли кариозные, шатающиеся, указать, какие зубы отсутствуют. Вставные зубы.

Язык: величина, нет ли отпечатков зубов по краям. Цвет языка – малиновый, лакированный, влажный, сухой, чистый, обложенный, трещины, прикусы, язвы, рубцы.

Зев: нормальной окраски, припухлость слизистой оболочки, сухость, налеты, миндалины нормальной величины, покраснение, припухлость, налеты, разрыхленность, наличие гнойных пробок.

Глотка: состояние и цвет слизистой (покраснение или побледнение, отечность, наличие пленочных наложений, дефекты, изъязвления, рубцы).

Осмотр живота: форма его, общее выпячивание, вздутие, лягушачий живот, втянутый или запавший живот. Окружность живота стоя ___ см, лежа ___ см. Участие живота в акте дыхания. Наличие местных втяжений и выпячиваний (форма и в каких областях). Наличие перистальтических движений, видимых через брюшные покровы (желудочная, кишечная перистальтика), наличие эпигастральной пульсации. Развитие на животе подкожных венозных анастомозов (голова медузы). Рубцы послеоперационные, стрии. Наличие грыж (белой линии живота, паховых, бедренных).

Перкуссия живота: для определения наличия свободной жидкости, перкуссия производится при изменениях положения больного (стоя, лежа на спине, лежа на боках).

Определение с помощью перкуссии наполненного мочевого пузыря.

Выявление местных ограниченных участков притупления перкуторного звука при хронических продуктивных перитонитах, опухолях, кистах и пр.

Аускультация: определение аускультативно-пальпаторным методом нижней границы желудка (шум плеска по Образцову).

Выслушивание шумов трения над печенью и селезенкой.

Пальпация живота: производится в стоячем и лежащем положении больного: а) поверхностная - ориентировочная пальпация. Выявление местной или разлитой болезненности, болевых точек, общего или местного напряжения мышц. Определение наличия асцита методом флюктуации (ундуляции). Выявление расширения паховых и бедренных колец, диастаз мышц. Пальпаторное определение небольших грыж; б) глубокая, скользящая, методическая, топографическая пальпация по Образцову. Ощупывание сигмовидной, слепой кишки, терминального отрезка тонкого кишечника, поперечно-ободочной кишки, большой и малой кривизны желудка, привратника, их диаметр, консистенция, смещаемость, урчание. Пальпация восходящего и нисходящего отделов толстого кишечника в правом и левом фланке. В норме нижняя граница желудка на 5 см выше пупочного кольца.

Пилорантральный отдел желудка не пальпируется. Аппендикулярные точки, болевые: Мак-Бурнея, Ланца, симптомы Щеткина—Блюмберга, Губергрица—Ситковского, Ровзинга.

Пальпация прямой кишки указательным пальцем, введенным в анальное отверстие, прощупывание через прямую кишку предстательной железы.

Пальпация печени по Образцову. Определение характера ее края, консистенция органа, наличие бугристости, пупкообразного вдавления. Болезненность печени.

Пальпация желчного пузыря. Болевые симптомы, указывающие на патологию желчных путей – Симптом Георгиевского-Мюсси, симптом Кера, симптом Захарьина, симптом Василенко, симптом Образцова-Мерфи, симптом Менделя, Ортнера.

Перкуссия верхней и нижней границ печени. Три размера печени (по средне-ключичной, срединной линии, по левой реберной дуге) по Курлову.

Поджелудочная железа пальпация по Гротту, в месте проекции наличие болезненности.

Пальпация селезенки: в положении больного на спине и в диагональном положении по Сали (на правом боку). Болезненность, консистенция (мягкая, плотная, хрящевая). Поверхность ровная, гладкая, бугристая; пальпация вырезок селезенки.

Перкуссия селезенки: верхняя граница определяется глубокой пальпаторной перкуссией по средне-подмышечной линии, нижняя граница определяется глубокой перкуссией (плессиметр ставится под XII ребро, у свободного его края, наклонно передвигается плессиметр косо-кверху, к середине подмышечной линии). Задне-верхняя граница определяется глубокой пальпаторной перкуссией (плессиметр ставится параллельно позвоночнику под линией - перпендикуляром, восстановленным от верхней границы к позвоночнику), передняя граница селезенки определяется минимальной перкуссией (плессиметр ставят перпендикулярно под линией, соединяющей пупок с верхней границей селезенки и перкутируют от пупка в направлении к подмышечным линиям). Измерить длинник селезенки (между задне-верхней границей и передней), измерить ширину селезенки (расстояние между верхней границей селезеночной тупости и нижней границей) по Курлову.

Пальпация почек: в стоячем положении по Боткину, в лежачем положении (бимануально). Пальпация по ходу мочеточников для выявления болезненности. Симптом Пастернацкого (выявление болезненности при поколачивании поясничной области справа и слева).

При обследовании внутренних органов внимание должно быть сосредоточено на двух основных моментах: во-первых, поиск возможной травмы внутренних органов и осложнений, связанных с этим, во-вторых, поиск сопутствующей хронической патологии. В истории болезни должны быть отмечены все органы и системы, их целостность, степень нарушения функции, действия, предпринятые врачом по выявлению нарушений в работе внутренних органов, указаны мероприятия по лечению выявленных осложнений.

V. Локальный статус (Status localis).

Внешний осмотр. Последовательно описываются все видимые повреждения кожных покровов и подлежащих тканей: наличие отеков, гематом, ссадин, ран, ассиметрия суставов, видимые деформации сегментов конечностей.

Пальпация. Результаты пальпации поврежденных зон. Места наибольшей болезненности. Результаты проведения осевых нагрузок на сегменты конечностей, грудную клетку, выступы тазовых костей. Наличие характерных повреждений мягких тканей головы.

Позвоночник. Подвижность во всех отделах позвоночника ограничена или нет. Ригидность затылочных мышц. Сгибание туловища вперед в положении «сидя»: ограничено или нет. Наличие/отсутствие болезненности при пальпации. Выполнение объема движений. Боль в области позвоночника. Боль при движении в конечностях и/или головой. Боль при давлении на остистые отростки позвонков (локализация). Нарушение функции позвоночника – сгибание, разгибание, наклоны. Наличие специфических симптомов повреждения позвоночного столба: «гусиная шея», стремление максимально распрямить позвоночник, поза Томпсона. Признаки повреждения спинного мозга и спинального шока: парезы, параличи, нарушение чувствительности ниже места перелома, бледность кожных покровов, теплые конечности, артериальная гипотензия, брадикардия, брадипное, параличи.

Измерения.

Измерение конечностей: длина окружности симметричных сегментов верхних и нижних конечностей (одинаковая, разная, числовое значение), таблица 3 и 4.

Измерение абсолютных и относительных длин верхних конечностей:

Таблица 3.

Сегмент	Относительная длина		Абсолютная длина	
	Справа	Слева	Справа	Слева
Плечо				
Предплечье				
Вся конечность				

Измерение абсолютных и относительных длин нижних конечностей

Таблица 4.

Сегмент	Относительная длина		Абсолютная длина	
	Справа	Слева	Справа	Слева
Бедро				
Голень				
Вся конечность				

Вид и объем активных/пассивных движений в суставах конечностей (в градусах), в истории болезни отмечают парные суставы с разным объемом движений. Характер движений отмечен в Таблице 5.

Таблица 5.

Сустав	Травмированные суставы			Суставы вне зоны травмы		
	Сгибание	Разгибание	Другие виды движения	Сгибание	Разгибание	Другие виды движения
Первый палец						
Межфаланговый						
Пястно-фаланговый						
Запястно-пястный	-	-	Отведение	-	-	Отведение
Второй-пятый пальцы кисти						
Дистальный межфаланговый						
Проксимальный межфаланговый						
Пястно-фаланговый						

Лучезапястный				Отведение в локтевом суставе		Отведение в локтевом суставе
Приведение в лучевом						
Локтевой				Суринация и пронация		Суринация и пронация
Плече-лопаточный	-	-	-	Ротация внутрь и	-	Ротация внутрь и наружу, отведение
Плечевой пояс				Отведение		Отведение
Тазобедренный (в положении на спине)				Отведение, приведение		Отведение, приведение
Коленный						
Голеностопный						
Подтаранный	-	-	-	Приведение	-	Приведение
Суринация						

Назначение R-логического обследования: Цель – постановка диагноза, исключение осложнений. В направлении четко и однозначно обозначаются **сегменты тела или конечности(-тей) в проекции** необходимые для постановки клинического диагноза и определения тактики лечения.

Все повреждения обнаруженные при R-логическом обследовании заносятся в историю болезни.

Для назначения дополнительного инструментального обследования необходимо отразить в истории болезни четкое обоснование необходимости данного исследования, какие цели и задачи ставятся перед исследованием, какие параметры поврежденного сегмента необходимо уточнить.

VI. Предварительный клинический диагноз.

Отражает характер травмы (комбинированная, политравма, сочетанная, изолированная), характер повреждений (перелом, вывих, множественные переломы). Осложнения (шок, гемопневмоторакс, гемоперитонеум, повреждение полого органа и т.д.).

Со ссылкой на рентгенограммы (и дополнительные инструментальные исследования) четко отражается место и вид перелома, вид вывиха, степень повреждения опорно-двигательного аппарата согласно действующим классификациям.

VII. План обследования и лечения.

В данном разделе должны быть отражены не только данные по плану клинического обследования пациента, но и предварительный план лечения.

Лечение травматологического пациента складывается из двух разделов: мероприятия неотложной медицинской помощи и мероприятия плановой и экстренной, специализированной медицинской помощи. Мероприятия неотложной медицинской помощи, как правило, начинаются на месте травмы и продолжаются до выхода пациента из критического состояния. Складываются из доврачебной, врачебной и экстренной специализированной медицинской помощи. Этап экстренной специализированной медицинской помощи начинается в приемном отделении травматологического стационара и продолжается вплоть до стабилизации состояния больного. Все виды экстренной

медицинской помощи направлены на стабилизацию состояния больного и включают в себя борьбу с шоком, ПХО, репозицию отломков и вывихов, наложение скелетного вытяжения, гипсовых лонгет, проведение остеосинтеза (по показаниям), а так же мероприятия по профилактики осложнений.

Мероприятия плановой специализированной травматологической помощи включают оперативное или консервативное лечение переломов, восстановление поврежденных сухожилий, связок, кожных покровов. Комплекс мероприятий по реабилитации больного и социальной адаптации.

Окончательное решение о возможности того или иного вида оперативного лечения врач принимает после сбора всех данных обследования больного. Как правило, у каждого больного производится:

1. Общий анализ крови.
2. Биохимический анализ крови.
3. Общий анализ мочи.
4. Анализ крови на RW, ВИЧ, гепатиты.
5. Электрокардиография.

Дополнительные лабораторные и инструментальные исследования проводятся по показаниям (УЗИ органов брюшной полости и почек, ЭФГДС, анализ мокроты, анализ желудочного содержимого и др.), с четким обоснованием и записью в истории болезни. В направлении на специальные инструментальные методы исследования в истории болезни должно четко прописано: границы исследуемой зоны конкретного сегмента тела или конечности, полость или обследуемый орган. Направительный диагноз. Если речь идет о изолированном переломе, желательно обозначить точку фокусировки рентгеновских лучей. Если речь идет о множественной травме, то обозначить этот факт в направительном диагнозе.

VIII. Дневники наблюдений за больным.

Дневник наблюдения пишется ежедневно. Отражает жалобы больного, динамику состояния внутренних органов, показатели основных жизненно-важных органов и систем, данные термометрии, физиологические отправления, наличие реакций и осложнений на основное заболевание и на терапию.

В локальном статусе отражаются все визуальные данные, полученные во время смены повязок, обработки спиц и металлоконструкций, изменения, произошедшие с момента последней перевязки.

Если во время курации больному производятся манипуляции, операции, трансфузии препаратов крови, то это должно отмечаться в дневниках, примерная схема изложения:

- показание для процедуры, манипуляции, операции;
- обозначение целей, которые планируется достигнуть данной процедурой;
- информированное согласие пациента;
- описание процедуры, манипуляции, операции (может включать схемы операций, манипуляций, данные предварительной разметки, результаты определения групповой принадлежности крови и резус-фактора, результаты биологических проб и т.д.);
- наличие/отсутствие осложнений, состояние пациента после проведенной процедуры, данные динамического наблюдения за состоянием больного.

IX. Лист наблюдений и лист назначений.

Записи в виде таблицы, посуточно отражают объективные данные наблюдений за больным (температуру утром и вечером, диурез, пульс, давление и др.). Диету, режим, медикаментозные назначения.

X. Заключительный клинический диагноз (в соответствии с классификацией по МКБ 10)

1. Основной диагноз
2. Сопутствующие заболевания
3. Осложнения основного и сопутствующих заболеваний

При составлении диагноза необходимо учитывать причинно-следственные связи и пользоваться номенклатурой по МКБ 10.

XI. Этапный эпикриз

Записывается раз в 10 дней во время пребывания в больнице или при изменении диагноза или тактики лечения. Коротко описывается состояние пациента на настоящее время, планы по дальнейшему лечению данного конкретного случая.

XII. Выписной эпикриз

Подробная выписка из истории болезни включает следующие разделы:

1. паспортную часть;
2. жалобы на момент осмотра;
3. история заболевания;
4. состояние при поступлении;
5. локальный статус при поступлении и при выписке;
6. проведенное лечение, включая медикаментозную терапию, операции, манипуляции, инфузионно-трансфузионную терапию;
7. анализы и контрольные исследования перед выпиской (или в динамике при необходимости);
8. заключительный клинический диагноз;
9. рекомендации по амбулаторному лечению и реабилитации.

Дата, подпись куратора

Дополнительная литература и законодательные акты

1. Единое окно доступа к образовательным ресурсам. Профессиональное образование / Медицинское и фармацевтическое образование.- Режим доступа: http://window.edu.ru/window/catalog_p_rubr=2.2.81
2. Котельников, Г.П. Травматология. Национальное руководство / Г.П. Котельников. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 915с.
3. Международная классификация болезней (МКБ-10), официальный сайт mkb-10.com
4. Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова.- Режим доступа: <http://www.mma.ru/>
5. Правила ведения медицинской документации: Медицинская карта стационарного пациента (история болезни) форма №003/у-80.
6. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 24 декабря 2012 г. N 1384н "Об утверждении стандарта скорой медицинской помощи при травме конечностей и (или) таза".
7. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 7 ноября 2012 г. N 635н "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при внутрочерепной травме".
8. Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 01.12.2010 № 230 "Об утверждении порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию" (зарегистрировано в Минюсте России 28.01.2011 № 19614).
9. Российский государственный медицинский университет им. Н. И. Пирогова.- Режим доступа: <http://tsmu.ru/>
10. Руководство по скорой медицинской помощи / гл. ред. С.Ф. Багненко [и др.] .- М. : ГЭОТАР - Медиа, 2014 .- 816с. + 1опт.диск(CD ROM).
11. Смирнова, Л. А. Практические занятия по травматологии и ортопедии / Л.А. Смирнова, И.В. Шумада. - М.: Вища

- школа, 2018. - 344 с.
12. Соколов В.А. Множественные и сочетанные травмы : практическое руководство для врачей-травматологов .– М. : ГЭОТАР-Медиа, 2006 .– 512с.
 13. Тарифное соглашение на оплату медицинской помощи по ОМС на территории Тульской области от 30.12.2015г.
 14. Травматология и ортопедия: учебник / [Н. В. Корнилов]; под ред. Н. В. Корнилова. - 3-е изд., доп. и перераб. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 592 с.: ил. (<http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970430859.html>);

Учебное издание

**ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ
ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО**

(Схема с пояснениями)

Учебно-методическое пособие

Составитель: Вячеслав Леонидович Потапов,
канд. мед. наук, доц. кафедры «Хирургические болезни»
Медицинского института ТулГУ

Авторское редактирование

Изд. лиц. ЛР № 020300 от 12.02.97. Подписано в печать 05.01.20.

Формат бумаги 70×100 ¹/₁₆. Бумага офсетная.

Усл. печ. л. 2,6.

Тираж 100 экз. Заказ 009.

Тульский государственный университет
300012, г. Тула, просп. Ленина, 92

Отпечатано в Издательстве ТулГУ
300012, г. Тула, просп. Ленина, 95