

ПЕНЗЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

**КАФЕДРА ТРАВМАТОЛОГИИ, ОРТОПЕДИИ
И ВОЕННО-ЭКСТРЕМАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ**

**АКАДЕМИЧЕСКАЯ
ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ
ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОГО
БОЛЬНОГО**

Учебно-методическое пособие

ПЕНЗА 2007

УДК 616-098; 617.5
А38

Составитель:

Профессор кафедры «Травматология, ортопедия и военно-экстремальная хирургия», доктор медицинских наук
С.В. Сиваконь

А 38 Академическая история болезни травматологического больного: Учебно-методическое пособие / Сост.: С.В. Сиваконь. – Пенза: Информационно-издательский центр ПГУ, 2007. – 15 с.

Учебно-методическое пособие предназначено для студентов 5-го курса Медицинского института с целью создания методической базы для оформления курсовой работы «Академическая история болезни», предусмотренной учебным планом и рабочей программой дисциплины «Травматология и ортопедия».

Учебно-методическое пособие утверждено и рекомендовано к печати методической комиссией Медицинского института Пензенского государственного университета.

Рецензенты: Заведующий кафедрой «Травматология и ортопедия» ГОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей Росздрава», доктор медицинских наук
В.А. Моисеенко

Профессор кафедры «Хирургия» ГОУ ВПО «Пензенский государственный университет», доктор медицинских наук
В.И. Никольский

© Составитель: С.В. Сиваконь, 2007

© Информационно-издательский центр ПГУ, 2007

Введение

История болезни – систематизированное изложение субъективных и объективных фактов, имеющих отношение к состоянию здоровья пациента как в прошлом и настоящем, так и в будущем. Различают два вида историй болезни – академическая и клиническая.

Академическая история болезни – письменное выражение клинического мышления студента и отличается от клинической глубиной и наличием дополнительных разделов. Учитывая, что студент не имеет еще полных знаний и клинического опыта, написание академической истории болезни следует начинать с изучения литературы по тематике больного и написания реферата. Это необходимо для формирования у студента целостной картины развития патологических процессов в организме больного при травме и их клинического выражения.

Опрос больного получившего травму отличается измененной последовательностью. В начале выясняют механизм травмы: «Что с вами случилось?», а затем уже жалобы: «Что вас беспокоит?».

Как правило, студенты получают на курацию больных не в остром периоде травмы, а находящихся на этапе лечения, многие из них уже оперированы. Студент описывает ряд разделов (жалобы, an. morbi, st. localis) не на момент курации, а соответствующие первым суткам с момента получения травмы, поэтому особое внимание следует уделить кропотливому сбору анамнеза.

Получение травмы – факт однозначный и в отличие от хирургических заболеваний не требует дифференциальной диагностики. Окончательный диагноз ставится у постели больного и такие разделы, как предварительный и дифференциальный диагнозы отсутствуют.

Из дополнительных методов исследования в травматологии наиболее часто применяется рентгенография, поэтому в истории болезни должны быть скиаграммы (рисованные копии) рентгенограмм и их подробное описание.

Правильно сформулированный диагноз – залог правильного выбора лечения. Учитывая современные требования к качеству жизни пациентов, оперативное лечение, имеющее целью раннюю активизацию больных, на сегодняшний день является методом выбора. Показания к методу оперативного лечения должны быть тщательно обоснованы и сформулированы.

Операция – не конец, а начало длительного лечения, основу которого составляет правильная реабилитация. Реабилитация травматологических больных проводится амбулаторно, т.е. после выписки больного. Поэтому студент должен дать подробные

рекомендации по ведению послеоперационного периода и реабилитации.

Написание академической истории болезни формирует у студента правильную последовательность действий: кропотливый сбор анамнеза, изучение литературы, консультации с преподавателем. На основе проделанной работы студент должен представлять себе механизм травмы, особенности течения посттравматического и послеоперационного периода, последовательность реабилитации и ее исход.

Оформление академической истории болезни больного с травмой имеет ряд отличий. Студенты 5 курса уже имеют опыт написания классической истории болезни, полученный ими на цикле «Общая хирургия». Поэтому ряд разделов истории болезни, такие как «дневники наблюдения», «данные лабораторных анализов» и др. в силу их малой информативности у травматологических больных, необязательны.

Основные разделы академической истории болезни травматологического больного:

1. Титульный лист
2. Паспортная часть
3. Жалобы
4. Анамнез заболевания
5. Анамнез жизни
6. Объективный статус
7. Локальный статус
8. Дополнительные методы обследования
9. Клинический диагноз
10. План лечения и показания к операции
11. Операция
12. Рекомендации по ведению послеоперационного периода
13. Реферат

1. Титульный лист

должен содержать:

1. Название ВУЗа и кафедры
2. ФИО заведующего кафедрой и преподавателя
3. ФИО больного и развернутый клинический диагноз
4. ФИО студента и номер группы

2. Паспортная часть

Эта часть академической истории стандартна и включает следующие данные:

1. Фамилия, имя, отчество больного
2. Пол и возраст
3. Место жительства
4. Дата поступления
5. Клинический диагноз
6. Дата курации

3. Жалобы

Во время беседы с больным студент выясняет его жалобы на момент осмотра (которые чаще всего отсутствуют, т.к. больной находится на этапе лечения и зачастую уже оперирован) и на момент получения травмы. В академической истории болезни должны быть отражены жалобы, отмечавшиеся у больного в первые сутки после получения травмы.

Для травматологических больных характерны жалобы на боли, жалобы связанные с нарушением функции травмированного сегмента опорно-двигательной системы и жалобы общего характера.

Жалобы на боли являются ведущим и постоянным признаком травмы. Студент должен уточнить:

- локализацию боли (точечная или разлитая)
- иррадиацию (место отражения боли)
- длительность (постоянная, периодическая, приступообразная)
- интенсивность (сильная, слабая, мешает или не мешает сну, работе)
- характер (ноющая, колющая, тупая, острая, пульсирующая и т.п.)
- причину вызывающую боль (определенное положение тела, движение, дыхание и т.п.)
- сопутствующие боли явления (сердцебиение, тошнота, рвота, чувство нехватки воздуха и т.д.)

Все перечисленные параметры крайне важны, т.к. позволяют выявить сопутствующие переломам костей повреждения анатомически важных образований (сосудов и нервов, органов грудной и брюшной полости и т.д.) и развитие грозных осложнений (сдавления сосудисто-нервных пучков, перитонита и т.п.)

Жалобы, связанные с нарушением функции сегмента в основном это нарушение опороспособности поврежденных нижних конечностей, нарушение функции кисти и верхней конечности, нарушение подвижности суставов.

Жалобы общего характера могут быть на:

- слабость
- недомогание
- плохой сон
- и т.п.

Выяснение жалоб общего характера позволяет оценить общее состояние пациента и выявить наличие сопутствующей патологии. Как правило, эти жалобы отступают на второй план и для их выяснения необходим целенаправленный дополнительный опрос по системам органов.

4. Анамнез заболевания

В этом разделе описываются механизм травмы, течение посттравматического периода и характер медицинской помощи на этапах эвакуации.

Механизм травмы описывается наиболее подробно. Существуют типичные механизмы травмы (падение с высоты,

падение с высоты роста, автодорожная и т.п.), для которых характерны типичные повреждения скелета.

Выяснив у больного типичный механизм (например: автодорожная травма, удар бампером автомобиля по нижним конечностям), приступают к выяснению деталей механизма конкретной травмы.

Уточняют в каком положении находилось тело больного в пространстве:

- в вертикальном (стоял, шел по дороге, падал вниз ногами, падал вниз головой, падал из положения стоя лицом вперед, назад, вбок и т.п.)
- в горизонтальном (лежал, падал плашмя и т.д.)
- в согнутом (сидел в автомобиле, падал согнувшись и т.п.)

Выясняют характер, точку приложения и направление воздействия травмирующей силы:

- удар бампером автомобиля, палкой и т.п.; удар о землю, предметы; повреждение частями станков и механизмов и др.
- удар по ногам (бедро, колено, голень, стопа), по рукам (надплечье, плечо, локоть, предплечье, кисть, пальцы), по туловищу (грудная клетка, поясница, таз), по голове и шее
- удар сзади, спереди, сбоку

Описывают результат воздействия силы:

- упав с высоты на ноги, дополнительно упал на ягодицы и т.п.
- от удара машиной или предметом упал лицом вперед, назад, вбок с дополнительными ударами о поверхность и т.д.
- почувствовал хруст, боль, потерял сознание и др.
- конечность деформировалась, перестала двигаться в суставах, перестала слушаться и т.п.

Изложив механизм травмы приступают к подробному описанию развития посттравматического периода – последовательность возникновения и развития отдельных симптомов (кровотечения – объем, продолжительность; отека, гематомы – площадь распространения, степень нарастания и объем и т.п.) и мероприятий медицинской помощи, оказанной на этапах эвакуации.

5. Анамнез жизни

Учитывая, что предшествующая жизнь практически никак не влияет на механизм травмы и ее последующее течение, в академической истории болезни этот раздел описывается лаконично. Указываются только сведения о прививках от столбняка, аллергологический статус и сопутствующие заболевания, могущие оказать влияние на течение посттравматического и послеоперационного периода и характер анестезиологического пособия.

6. Объективный статус

Учитывая, что представляемые на курацию больные – люди трудоспособного возраста и относительно соматически здоровы, объективный статус описывается в сжатом виде по органам и системам.

7. Локальный статус

Травма сегментов опорно-двигательной системы характеризуется наиболее яркими локальными проявлениями. Оценка локального статуса, наряду с выяснением механизма травмы крайне важна для установки правильного диагноза. Поэтому этот раздел в учебной истории болезни должен быть описан наиболее подробно.

7.1 Осмотр

Осмотр больного один из самых простых, но в то же время достаточно информативный метод исследования. Иногда диагноз можно поставить при одном взгляде на больного.

При осмотре обращают внимание на положение больного и травмированного сегмента. Оно может быть *активным* (когда больной передвигается обычным способом и пользуется конечностью без каких либо затруднений, например при незначительных ушибах), *пассивным* (когда больной лежит в постели или предпочитает не пользоваться конечностью, щадя ее из-за возникающей боли, вследствие паралича мышц или др.) или *вынужденным* (когда больной принимает в постели определенную позу или придерживает конечность в определенном положении, максимально уменьшающим болевой синдром, и старается не менять этого положения без особой необходимости или вообще не может изменить это положение, например при вывихе в суставе). Общее положение больного и положение травмированного сегмента в академической истории описываются отдельно.

Далее при осмотре определяют состояние кожного покрова и слизистых оболочек травмированного сегмента. Описывают *цвет кожи*, она может быть обычной окраски, бледной, гиперемированной, цианотичной и т.п. Описывают форму и размеры *кровоизлияний* (если они имеются), при этом следует различать гематомы (полость заполненная жидкой кровью) и кровоподтеки (ткани имbibированные кровью). Часто на коже при отеке наблюдаются *эпидермальные пузыри* (фликтены). Необходимо описать размеры фликтен и характер их содержимого (серозное, геморрагическое, гнойное). Особое внимание уделяют описанию *нарушения целостности кожного покрова* (ссадин и ран), если таковые имеются. Указывается их локализация, размеры и характер (резаная, рваная, ушибленная и т.п.).

Описывается так же глубина ран (на глубину кожи, фасции, мышц), характер краев и что является дном (фасции, мышцы, кость и др.). Необходимо описать вид и количество отделяемого из раны (серозное, геморрагическое, гнойное), при наличии наружного кровотечения. Определяют его интенсивность и характер (например: незначительное капиллярное кровотечение или выраженное струйное артериальное кровотечение)

При осмотре так же определяют изменение конфигурации сегмента конечности. Может наблюдаться *изменение объема сегмента* увеличение за счет отека, или уменьшение за счет атрофии мышц. Оно должно быть подтверждено сравнительным измерением объема конечности. Может наблюдаться *изменение длины сегмента* (удлинение или чаще укорочение), необходимо определить его характер (истинное, относительное или функциональное) посредством посегментного сравнительного измерения длины конечности. Наконец может наблюдаться *изменение формы сегмента* за счет грубого смещения костных отломков.

7.2 Пальпация

Пальпация один из наиболее важных и информативных методов физикального обследования травматологического больного. До открытия рентгеновских лучей и рентгенографии он являлся основным при установлении диагноза переломов костей и вывихов суставов. Пальпация позволяет установить наличие болезненности в области травмы, изменение температуры кожи, изменение тургора тканей, наличие патологических образований, патологическую подвижность сегмента конечности, степень подвижности суставов и наличие контрактур.

Температура кожи определяется поверхностной пальпацией сегмента путем легкого одновременного прикосновения к травмированному и неповрежденному сегментам конечностей.

Определение болезненности начинают при поверхностной пальпации. Она может быть локализованной и разлитой. Степень болезненности определяется от незначительной до выраженной. Если при поверхностной пальпации болезненность не выявлена, приступают к глубокой пальпации тканей. При глубокой пальпации так же определяется болезненность и состояние тургора тканей.

Причин изменения тургора тканей может быть несколько. Чаще наблюдается увеличение тургора – уплотнение тканей. По площади оно может быть разлитым, локализованным и ограниченным (то есть имеющим четкие границы). По интенсивности уплотнение тканей можно характеризовать от незначительного до выраженного (последняя степень «плотности костной ткани»). Уплотнение тканей может сопровождаться увеличением их объема или без такового. Повышение тургора тканей может быть обусловлено наличием отека, кровоизлияния, гематомы и т.п. Снижение тургора тканей

наблюдается, например, при мышечной атрофии связанной с нарушениями иннервации.

Глубокой пальпацией определяется наличие патологических образований, описываются их локализация, размеры, консистенция и проч.

Наличие патологической подвижности – важный симптом перелома кости. Однако подвижность костных отломков, как правило, сопровождается выраженными болевыми ощущениями, поэтому при обследовании больного выявить этот симптом, во что бы то ни стало, не следует. Патологическая подвижность определяется опосредованно, например, при переключивании больного или с его слов.

При пальпации выявляется ряд других важных симптомов, характерных для той или иной патологии, которые следует описать в истории болезни и дать им интерпретацию.

Заканчивают пальпацию определением степени подвижности в суставах конечности. Следует заметить, что в ряде случаев выполнить эту часть обследования невозможно, а иногда и недопустимо из-за выраженного болевого синдрома и возможности дополнительных смещений костных отломков. Измерение движений в суставах выполняют с помощью угломера и записывают в истории болезни через ноль-проходящую по Марксу, например для кистевого сустава: сгибание – разгибание (в сагиттальной плоскости) $85^{\circ} - 0 - 75^{\circ}$, отведение – приведение (во фронтальной плоскости) $35^{\circ} - 0 - 45^{\circ}$. Нарушение движений в суставе называется контрактурой. Контрактуры по причине возникновения могут быть артрогенными, тендогенными, дерматогенными и др., по нарушению движений – сгибательными (когда ограничено разгибание), разгибательными (ограничено сгибание) и др.

7.3 Перкуссия, Аускультация

Перкуссия и аускультация при обследовании травматологического больного имеют второстепенное значение и используются в основном при сочетанных повреждениях для выявления повреждений органов грудной и брюшной полости.

8. Дополнительные методы обследования

Ведущим дополнительным методом обследования травматологического больного является рентгенография. Она выполняется на заключительном этапе первичного обследования пострадавшего для уточнения предварительного диагноза, складывающегося при физикальном обследовании больного. Первичные рентгенограммы сегмента выполняются в 2-х стандартных проекциях (фасной и профильной) с захватом двух смежных суставов.

В учебной истории болезни, сразу после описания локального статуса больно должны быть вклеены скиаграммы (светокопии) первичных рентгенограмм больного в 2-х проекциях (фронтальной и сагиттальной) и их описание. Описание рентгенограмм строится по определенному плану:

- сегмент (бедро, голень ...)
- зона повреждения (средняя треть, метафиз, эпифиз ...)
- характер линии перелома (поперечный, косой ...)
- костные отломки (размеры, форма, количество ...)
- смещения (по длине, по ширине ..., в каких плоскостях)

Описание рентгенограмм в учебной истории болезни не должно заканчиваться заключением.

9. Клинический диагноз

После сбора анамнеза, физикального обследования и интерпритации данных дополнительных методов обследования студент должен поставить клинический диагноз. Для его установления и обоснования необходим тщательный анализ информации полученной при обследовании больного.

Клинический диагноз должен соответствовать Международной анатомической классификации и Международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ 10).

Клинический диагноз строится по определенному плану: вначале указывается наличие открытых повреждений, потом перечисляются костные и мягкотканые повреждения, затем описываются смещения костных отломков. Далее перечисляются наступившие осложнения в порядке убывания их опасности для жизни и нарушения функции. В заключении указывается сопутствующая патология, имеющаяся у больного.

пример: Обширная рваная рана передней поверхности голеностопного сустава. Открытый поперечный перелом внутренней лодыжки, закрытый косой перелом нижней трети малоберцовой кости, перелом заднего края суставной поверхности большеберцовой кости, полный разрыв межберцового синдесмоза. Наружный, пронационный, эверзионный, задний подвывих стопы. Неклостридиальная анаэробная флегмона стопы и нижней трети голени.

Клинический диагноз должен быть обоснован данными анамнеза, физикального обследования и дополнительных методов исследования.

10. План лечения и показания к операции

Все предлагаемые на курацию травматологические больные подлежат оперативному лечению. Однако не всегда операцию возможно выполнить при поступлении больного в стационар. В ряде случаев оперативное лечение откладывается вследствие тяжелого общего состояния больного (шок, некомпенсированная кровопотеря и др.) или из-за неудовлетворительного состояния мягких тканей в зоне оперативного вмешательства (выраженный отек, эпидермальные пузыри, нагноение ран и проч.). В таких случаях применяются методы консервативного лечения (гипсовая иммобилизация, скелетное вытяжение) в качестве мер предоперационной подготовки. В этом разделе необходимо указать последовательность и виды предоперационных мероприятий показанных данному больному.

Студент на основе клинического диагноза и литературных данных должен выбрать наиболее рациональный метод оперативного лечения для данного конкретного больного и обосновать его в *показаниях к операции*. Необходимо конкретизировать показания к операции (жизненные, абсолютные, относительные), обозначить цель вмешательства (диагностическая, лечебная), уточнить характер операции (радикальная, паллиативная), указать объем вмешательства. Кроме того, в показаниях к операции должен быть указан вид планируемого обезболивания и риск анестезии. Показания к операции заканчиваются словами «согласие больного на операцию получено» и подписью больного (подпись больного в учебной истории болезни не требуется).

11. Операция

Этот раздел академической истории болезни пишется студентом на основании литературных источников и должен включать:

- положение больного на операционном столе,
- вид обезболивания
- хирургический доступ (в какой области сделан разрез и послышная анатомия до кости),
- способ выделения костных отломков,
- металлофиксатор и способ его имплантации,
- ушивание раны, дренаж, вид иммобилизации.

12. Рекомендации по ведению послеоперационного периода

Операция – не конец, а начало длительного лечения, основу которого составляет правильная реабилитация. Реабилитация травматологических больных проводится амбулаторно, т.е. после выписки больного. Поэтому студент должен дать подробные рекомендации по ведению послеоперационного периода и

реабилитации. Они должны включать перечень послеоперационных мероприятий на стационарном этапе (продолжительность дренирования, частота перевязок и т.п.) и последовательность реабилитационных мероприятий. В частности должен быть расписан режим нагрузок на оперированную конечность (продолжительность постельного режима, хождения на костылях без опоры на конечность, на костылях с частичной опорой на конечность, с тростью с опорой на конечность и т.д.). Кроме того, необходимо указать ориентировочные сроки консолидации данного перелома и сроки удаления металлофиксаторов.

13. Реферат

Для выполнения этого раздела необходимо проработать не менее 3 – 5 монографий и статей по теме курируемого больного.

В реферате необходимо изложить статистические данные по травме данного сегмента конечности, механизмы травмы и ее патогенез, описать методы диагностики повреждений и принципы их лечения. Реферат должен заканчиваться списком использованной литературы.

Оценивается творческая работа студента со специальной литературой, «перекаченные» из интернета необработанные данные не рассматриваются и не оцениваются. Объем реферата не регламентируется (в разумных пределах).

ЛИТЕРАТУРА

1. Академическая история болезни хирургического больного: Учебно-методическое пособие / Сост.: А.Н. Митрошин, П.В. Иванов, А.В. Нестеров. – Пенза: Информационно-издательский центр ПГУ, 2004. –28 с.
2. Кашигина Е.А., Панфилов В.Н., Никифорова Е.А. Учебно-методическое пособие по травматологии и ортопедии / Под ред. Проф. А.В. Скороглядова. – М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2002. – 562 с.
3. Травматология и ортопедия: Учебник / Х.А. Мусалатов, Г.С. Юмашев, Л.Л. Силин и др.; Под ред. Х.А. Мусалатова, Г.С. Юмашева. – 4-е изд., перераб. И доп. – М.: Медицина, 1995. – 560 с.
4. Юрг Хеглин. Хирургическое обследование / Пер. с нем. – М.: Медицина, 1980. – 416 с.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	3
Основные разделы академической истории болезни	5
1. Титульный лист	5
2. Паспортная часть	5
3. Жалобы	5
4. Анамнез заболевания	6
5. Анамнез жизни	7
6. Объективный статус	8
7. Локальный статус	8
7.1 Осмотр	8
7.2 Пальпация	9
7.3 Перкуссия, Аускультация	10
8. Дополнительные методы обследования	10
9. Клинический диагноз	11
10. План лечения и показания к операции	11
11. Операция	12
12. Рекомендации по ведению послеоперационного периода	12
13. Реферат	13
Литература	14