

ОФОРМЛЕННЯ НАВЧАЛЬНОЇ ІСТОРІЇ ХВОРОБИ ХІРУРГІЧНОГО ХВОРОГО ЯК ВАЖЛИВИЙ ЕЛЕМЕНТ НАВЧАННЯ СТУДЕНТІВ V КУРСУ

*О. С. Никоненко, В. О. Губка, М. Г. Головка, С. О. Вільховой, Г. І. Охріменко, Д. О. Іващук,
О. М. Волошин, І. В. Перцов*

Запорізький державний медичний університет

EDUCATIONAL MEDICAL SURGICAL PATIENTS HISTORY FILLING AS AN IMPORTANT ELEMENT OF TEACHING V COURSE STUDENTS

*A. S. Nikonenko, V. O. Gubka, N. G. Golovko, S. O. Vilkhovoy, G. I. Okhrimenko, D. A. Ivashchuk,
A. N. Voloshin, I. V. Pertsov*

Zaporozhye State Medical University

В статті представлені дані, які обґрунтовують важливість такого елементу навчання, як написання історії хвороби на кафедрі хірургії студентами V курсу медичного факультету. Акцентована увага на головних питаннях кожного розділу учбової історії хвороби. Наведена необхідність курації хворих, написання історії хвороби та її захисту, оскільки це дисциплінує студентів та примушує їх відповідально відноситися до практичної та самостійної частин навчального процесу.

The article presents the data that base the importance of the learning element how to write case (medical) history at the Department of Surgery by the students of the V medical faculty course. The attention is focused on the main issues of each section of educational case history. Necessity for patients curation, filling of case history and its defence are represented because this discipline students and makes them responsible for approaching to practical and independent part of the learning process.

Вступ. Головним завданням вищої медичної школи є навчити студента-медика клінічно мислити, видокремлювати головне, узагальнювати, виявляти розбіжності, синтезувати й аналізувати інформацію, отриману від хворого [1]. Робота студента з написання історії хвороби один з важливих видів дослідницької та практичної діяльності в системі вищих медичних навчальних закладів. Задачі професійної діяльності лікаря загальної практики визначають основні вимоги обсягу знань та практичних навичок для випускника вищого навчального закладу III-IV рівня акредитації: цілеспрямована методична послідовність дій з опитування хворого, виконання фізикального обстеження, обґрунтування попереднього діагнозу, визначення алгоритму допоміжних методів обстеження з аналізом отриманих результатів, проведення диференційної діагностики, формування клінічного діагнозу, побудови програми лікування та її здійснення [2]. Самостійна робота студента з хворим та написання історії хвороби формує особистість майбутнього лікаря, розвиває вміння вирішувати актуальні медичні завдання, орієнтуватися в науковій медичній літературі, успішно використовувати на практиці теоретичні знання.

Основна частина. Написання історії хвороби передбачено навчальним планом та обов'язково для кожного студента.

На кафедрі госпітальної хірургії Запорізького державного медичного університету згідно робочої програми «Хірургія» при вивчанні змістового модулю №4 студентами виконується курація хворих, написання історії хвороби, захист історії хвороби при проведенні модульного контролю. Важливо, що під час виконання цієї роботи студент має можливість не тільки спілкування з хворим, а й ознайомитись з правилами ведення медичної документації (амбулаторна карта, медична карта стаціонарного хворого, форма якої затверджена наказом МОЗ України, листок лікарських призначень).

Згідно тематиці модулю №4 «Торакальна, серцево-судинна та ендокринна хірургія» студенти проводять курацію хворих з тематичною хірургічною патологією у відді-

леннях хірургії, судинної хірургії, кардіохірургії, трансплантації з ліжками ендокринної хірургії КУ «ЗОКЛ» ЗОР.

Для запобігання певних труднощів при написанні історії хвороби студенти користуються виданими на кафедрі «Методичними рекомендаціями з оформлення історії хвороби хірургічного хворого для студентів V курсу медичного факультету».

Робота над історією хвороби виконується за традиційними розділами: паспортні дані, скарги хворого, анамнез захворювання, анамнез життя хворого, данні об'єктивного обстеження, локальні зміни, попередній діагноз основного захворювання, план досліджень, данні досліджень, диференційний діагноз, клінічний діагноз, етіологія і патогенез захворювання, вибір та обґрунтування методів лікування хворого, протокол операції, епікриз, експертиза працездатності, рекомендації лікаря при виписці, літературні джерела, набуті куратором практичні навички.

Скарги хворого детально відображаються при госпіталізації хворого та під час курації, детально відмічаються скарги, які патогномічні даному захворюванню. Для кожної скарги уточнюється її характер, інтенсивність, локалізація та ін.

При збиранні анамнезу захворювання акцентується увага на характер початку захворювання, появу перших симптомів, умови та обставини, при яких вони з'явилися. Детально описується перебіг захворювання, вказується послідовність виникнення та розвитку симптомів, їх тривалість, умови, які погіршували чи покращували стан хворого. Вказується раніше проведене лікування та його результати.

Збір анамнезу життя включає наступні питання: місце народження, особливості розвитку у дитячому та підлітковому віці, епідемічна та ендемічна характеристика місцевості, характер та регулярність харчування, наявність шкідливих звичок, професійні шкідливості, спадкові захворювання, перенесені захворювання та операції, кількість вагітностей, пологів, абортів.

Під час об'єктивного обстеження пацієнта студент використовує раніше набуті навички на кафедрах пропедев-

тики (огляд, перкусія, аускультация, пальпація), визначаючи стан органів та систем організму хворого – температура, стан кожних покровів, кісток, суглобів; стан та функції дихальної, серцево-судинної, травної, нервової, сечостатевої, ендокринної систем, але обов'язково акцентує увагу на змінах, виявлених при обстеженні, які характерні для основного захворювання, з приводу якого пацієнт перебуває на стаціонарному лікуванні.

При описанні місцевого статусу необхідно детально охарактеризувати локальні зміни, зміни органа чи системи в цілому, використовуючи данні огляду, аускультативні, пальпації, перкусії.

Попередній діагноз встановлюється на основі врахування скарг хворого, даних анамнезу та об'єктивних досліджень.

План подальших досліджень повинен включати до себе лабораторні аналізи (клініко-біохімічні, імунологічні, гормональні), електрокардіографічні, ехокардіоскопічні, рентгенографічні, ендоскопічні, ультразвукові, ангиографічні, томографічні та інші види інструментальних досліджень, які допоможуть у постановці клінічного діагнозу. Необхідно враховувати висновки консультантів інших спеціальностей.

При аналізі отриманих даних досліджень необхідно кожному спеціальному методу дати стислу характеристику про методику та мету його проведення. При оцінці даних кожного дослідження куратор повинен вказати на наявність або відсутність відхилень від норми.

Диференційну діагностику студент-куратор проводить зі східними за клінічною картиною та перебігом захворювання патологічними станами і хворобами шляхом зрівняння основних патогномонічних симптомів, які характерні для цих захворювань з урахуванням даних анамнезу та результатів додаткових досліджень. Перелік захворювань, з якими необхідно проводити диференційну діагностику, студент при необхідності узгоджує з викладачем.

Клінічний діагноз за схемою:

- основний
- ускладнення
- супутні захворювання

– встановлюється при аналізі скарг хворого, анамнезу захворювання, даних додаткових методів дослідження та результатів проведеної диференціальної діагностики.

У наступному розділі історії хвороби, використовуючи літературні джерела, студент описує сучасне бачення питань етіології і патогенезу основного захворювання, яке є у хворого.

На наш погляд дуже важливий розділ – вибір та обґрунтування методів лікування хворого, тому що при цьому куратор призначає лікарські препарати та визначає показання до хірургічного лікування. Обґрунтовується призначення лікарських препаратів у відповідних дозах з зазначенням схем лікування (обґрунтовується призначення препарату з урахуванням його фармакологічних властивостей з поглядом дії на етіологію, патогенез захворювання та дію на основні його синдроми). Призначення лікарських препаратів повинно бути представлено у вигляді рецептів. Необхідно також визначити показання до призначення різних видів фізіотерапевтичного лікування. Хворим, яким необхідно оперативне лікування, визначаються показання до операції та обґрунтовується той чи інший вид оперативного втручання.

Якщо оперативне втручання виконано під час курації хворого, то необхідно описати основні етапи операції зі

схематичною ілюстрацією ходу операції. Якщо оперативне лікування з приводу основної патології було виконано раніше, необхідно описати суть оперативного втручання. У хворих, яким тільки планується хірургічне лікування, необхідно його описати (назва операції).

Написання щоденників спостереження (не менш трьох). У лівій колонці відмічається дата, пульс, температура, частота дихання, частота серцевих скорочень, АД, добовий діурез. Основна частина щоденнику: загальний стан хворого, скарги, стан дихальної, серцево-судинної, травної, сечо-вивідної систем. Локальний статус: опис стану післяопераційної рани. Рекомендації до лікування (зміни у призначеннях).

Епікриз включає стисле відображення історії хвороби, а саме – скарги, анамнези хвороби та життя, клінічний розгорнутий діагноз, данні обстежень, результати проведеного лікування, стан хворого по закінченню курації, прогноз стосовно подальшого життя та відновлення здоров'я.

При опису прогнозованої працездатності необхідно оцінити стан загальної та професійної працездатності хворого.

Поради лікаря при виписці включають до себе лікувально-профілактичні рекомендації – режим, дієта, лікування.

При переліку літературних джерел необхідно вказати автора, назву роботи, рік видання та сторінки. Обов'язковим є використання монографій (не менш трьох джерел).

Набуті куратором практичні навички описуються у вільній формі. Студент вказує, з якими спеціальними методами дослідження був ознайомлений, чи приймав участь під час їх проведення. Вказує участь в оперативних втручаннях, перев'язках, виконанні лікарських маніпуляцій. Описує проведену роботу з медичною документацією.

Захист історії хвороби здійснюється під час проведення модульного контролю. Окрім результатів комп'ютерного тестування, рішення ситуаційних задач, враховуємо і оцінюємо рівень знань та вмінь студента, який він отримав завдяки роботі над написанням учбової історії хвороби та демонструє їх під час опитування. По будь-якому розділу історії хвороби, під час її захисту, студент може отримати запитання і повинен дати відповідь, яка оцінюється викладачем та враховується в бали модулю. Тому, така важлива складова навчання, як написання історії хвороби, дисциплінує студентів та примушує їх відповідально відноситися до практичної та самостійної частин навчального процесу.

Висновки. 1. Написання студентом історії хвороби один з важливих видів дослідницької та практичної діяльності. 2. Самостійна робота студента з хворим, медичною документацією, та написання історії хвороби формує особистість майбутнього лікаря. 3. Написання історії хвороби та її захист дисциплінує студентів та примушує їх відповідально відноситися до практичної та самостійної частин навчального процесу.

Література

1. Хірургія. Підручник. Бондарев В.І., Бондарев Р.В., Васильєв О.О. та ін.; за ред. проф. Кондратенка П.Г. – К.: Медицина, 2009. – 968 с.
2. Симптомы и синдромы при хирургических заболеваниях. Учебно-методическое пособие. Березницкий Я.С., Кабак Г.Г., Сулима В.П. – Днепропетровск, 2004.