

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ  
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ**

**КАФЕДРА ТРАВМАТОЛОГИИ И ОРТОПЕДИИ**  
Заведующий кафедрой – профессор, д.м.н. М.А.Герасименко

**УЧЕБНАЯ ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ**

**Ф.И.О. пациента** \_\_\_\_\_

**Диагноз:** \_\_\_\_\_

**Куратор:**

Студент (ка) \_\_\_ курса, \_\_\_\_\_ группы,  
\_\_\_\_\_ факультета

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

**Преподаватель:** \_\_\_\_\_

Время курации: с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_

## Паспортная часть

ФИО пациента:

Возраст:

Адрес:

Место работы:

Доставлен (кем?). в приемное отделение через \_\_\_\_\_ часов после травмы.

Диагноз при направлении:

Диагноз приемного отделения: Клинический  
диагноз:

**Жалобы** пациента в день курации: боль, деформация поврежденного сегмента конечности, нарушение функции, нарушение опороспособности и т.д.

**Жалобы** пациента при поступлении: (только если они отличаются от жалоб в день курации).

### История заболевания (*Anamnesis morbi*)

Время получения травмы, отношение к производству, механизм травмы. При прямом механизме описать, что явилось внешним травмирующим насильем и дать ему полную характеристику.

При непрямом механизме описать положение поврежденной конечности или сегмента во время травмы. Помощь до госпитализации.

### История жизни (*Anamnesis vitae*)

Описать по общепринятой схеме для взрослых

### Объективное состояние пациента (по органам и системам):

Если у пациента нет сопутствующей патологии со стороны внутренних органов и систем – то писать кратко о каждой системе (не более 2стр. этого формата).

Если у пациента есть сопутствующая патология со стороны внутренних органов и систем – то писать полно, как в клинике внутренних болезней.

### Местное проявление болезни (*Status localis*)

**Общий осмотр:** положение пациента и поврежденной конечности (активное, пассивное, вынужденное)

**Пример №1:** Положение пациента вынужденное – лежа на спине. Правая нога лежит на шине Беллера в положении сгибания в тазобедренном и коленном суставе под углом 40° и отведения в тазобедренном - 20°. Спица Киршнера, проведенная через \_\_\_\_\_ закреплена в скобе. Через систему блоков установлен груз по оси бедра \_\_\_\_\_ кг. На голени – клеевое вытяжение с

грузом \_\_\_\_\_ кг. Стопа удерживается в 0°-положении под стопником с грузом \_\_\_\_\_ кг. Кожа у спиц спокойна, без признаков воспаления и отделяемого.

**Пример №2:** Положение пациента активное. Ходит самостоятельно. Положение правой руки – вынужденное: она фиксирована циркулярной торакобрахиальной гипсовой повязкой в положении отведения 20°, сгибания в плечевом суставе 35°, сгибания в локтевом суставе 90°. Предплечье занимает положение среднее между пронацией и супинацией. Лучезапястный сустав фиксирован в 0°-положении. Пальцы кисти обычного цвета. Теплые, чувствительность не нарушена. Движения в межфаланговых суставах в полном объеме, безболезненные.

### Детальный осмотр: Оси конечностей

Конечность	Правая	Левая
<b>Верхняя конечность.</b> Ось проходит через середину головки плеча, головку луча и в положении супинации предплечья выходит на III палец кисти	Ось не нарушена и представляет собой прямую ровную линию	Предплечье отклонено кнаружи на 12° (cubitus valgus), размер деформации в допустимых пределах.
<b>Нижняя конечность.</b> Ось проходит от переднее-верхней ости таза через середину надколенника (ли внутреннй край надколенника и I-й межпальцевой промежуток стопы	Ось не нарушена и представляет собой прямую ровную линию.	Выявлено отклонение голени кнутри на 5°. Т.к. пациент – мужчина, то такая варусная деформация допустима.

Дальше описываются (если они есть) признаки воздействия внешнего насилия: ссадины, раны, кровоподтеки, гематомы сглаженность контуров сустава или увеличение его в объеме по сравнению со здоровым суставом и т.д.

**Пальпация:** болевые точки, симптом патологической подвижности, крепитация, гемартроз, при необходимости - линии Маркса, Гютера, треугольник Бриана (линии и геометрические фигуры описываются только у тех пациентов, где это необходимо для установления диагноза или дифференциальной диагностики) и т.д.

### Измерение длины конечности

Конечность или сегмент	левая (см.)	правая (см.)
<b>Верхняя конечность:</b> от верхушки акромиального отростка лопатки до верхушки III пальца кисти		
<b>Плечо:</b> от верхушки акромиального отростка лопатки до верхушки наружного надмыщелка плеча		
<b>Предплечье:</b> от верхушки локтевого отростка до верхушки шиловидного отростка локтевой кости		
<b>Нижняя конечность:</b> от передне-верхней ости таза до верхушки внутренней (наружной) лодыжки		
<b>Бедро:</b> от вершины большого вертела до щели коленного сустава		
<b>Голень:</b> от щели коленного сустава до верхушки внутренней (наружной) лодыжки		

**Резюме:** Выявлено анатомическое (относительное, проекционное) укорочение левой руки за счет плеча на \_\_\_\_\_ см.

### Объем активных (пассивных) движений

Сустав и вид движений	Правый (или больной)	Левый (или здоровый)
<b>Плечевой:</b> Разг./сгиб. Отв./прив. Рот.нар./рот.вн.		60°/0°/180° 180°/0°/0° 90°/0°/90°
<b>Локтевой:</b> Разг./сгиб.		5°/0°/150°
<b>Лучезапястный:</b> Разг./сгиб. Луч./локт.отв.		70°/0°/80° 20°/0°/50°
<b>Тазобедренный:</b> Разг./сгиб. Отв./прив. Рот.нар./рот.вн.		15°/0°/130° 50°/0°/20° 40°/0°/40°
<b>Коленный:</b> Разг./сгиб.		5°/0°/140°
<b>Голеностопный:</b> Подошв./тыльн.сгибан		30°/0°/30°

Запись результатов состоит из 3 цифр: угол крайней позиции / нейтральная позиция (0°) / угол конечной позиции противоположного размаха движения.

**Резюме:** Выявлена контрактура (анкилоз, ригидность) в \_\_\_\_\_ суставе.

## Мышечная сила

Мышечная сила правой руки снижена и составляет 4 балла.

(За норму принимается сила здоровой конечности - 5 баллов. Снижение силы - 4 балла, резкое снижение силы – 3 балла. Напряжение отдельных групп мышц, без движения в суставе - 2 балла. Полный паралич мышц – 1 балл.)

## Функция

Ходит с помощью костылей без нагрузки больной ноги. (Ходит самостоятельно со шадящей хромотой на левую ногу. Функция нижних конечностей не нарушена). (Функция правой руки временно утрачена из-за травмы и гипсовой повязки).

**Предварительный диагноз:** (без расшифровки).

## Дополнительные методы исследования.

1. Лабораторные (по 1 анализу, если нет патологии и без динамики) с заключениями;
2. Заключение специалистов (не травматологов, если они нужны);
3. Рентгенологический метод исследования (подробное описание) .



Пример: на рентгенограмме левого предплечья и кисти в боковой проекции **определяется** нарушение целостности обеих костей предплечья в средней трети в поперечном направлении, на одном уровне. Выявляется смещение отломков локтевой кости по длине, с захождением отломков на 1 см., по ширине – полное, под углом, открытым в тыльную сторону. Лучевой кости: нарушение целостности

в поперечном направлении с выколом кортикального фрагмента по тыльной поверхности, размером 1,5×0,5 см. со смещением по ширине на толщину кортикального слоя и под углом, открытым к тылу.

**Заключение:** Поперечный (оскольчатый лучевой кости) перелом средней трети диафизов обеих костей левого предплечья со смещением отломков.

**При описании рентгенограммы** указывают вид линии перелома; смещение отломков (по длине, по ширине, под углом, ротационное смещение, если оно есть) и их величину. В заключении вид смещений не указывается. К истории болезни приложить копии рентгенограмм либо скиаграммы.

4. Результаты других инструментальных методов исследования (если есть).

### **Дифференциальный диагноз**

Пишется в форме логического размышлением над патологией курируемого пациента. В начале дают симптомы, которыми повреждение курируемого пациента похоже на другие повреждения этой локализации, а затем – что разного у них и чем они не похожи друг на друга и т. д. «на основании вышеизложенного можно установить диагноз...»

### **Лечение**

Необходимо указать показания к тому методу лечения, который, на Ваш взгляд, самый рациональный в данном конкретном случае.

Если пациента оперировали, то в этом разделе дают протокол оперативного вмешательства.

### **Дневник наблюдений**

Количество дневников не должно превышать количество дней, в течение которых Вы встречались с пациентом. Дневник должен содержать динамику ортопедического статуса, если она есть (если ее нет, то достаточно одного дневника).

### **Эпикриз**

Тезисное содержание истории болезни, отражающее основные этапы диагностики и лечения. В заключении этого раздела необходимо указать: средние сроки лечения и восстановления трудоспособности, длительность внешней иммобилизации, общие подходы к восстановлению функции, рекомендации по лекарственной терапии и двигательному режиму.