

**ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ  
“БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ”**

*Кафедра онкології та радіології*

# **І С Т О Р І Я   Х В О Р О Б И**

## **З РАДІАЦІЙНОЇ МЕДИЦИНИ**

**(навчальна)**

Куратор-студент(ка) \_\_\_\_\_

Курс, факультет, група \_\_\_\_\_

Час курації з \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_

Оцінка \_\_\_\_\_

Чернівці, 2017

УДК

ББК

I-

## **АВТОРСЬКИЙ КОЛЕКТИВ**

**Іващук Олександр Іванович** – проректор з наукової роботи та міжнародних зв'язків Вищого державного навчального закладу України “Буковинський державний медичний університет”, професор кафедри онкології та радіології, доктор медичних наук, професор.

**Бодяка Володимир Юрійович** – завідувач кафедри онкології та радіології, доктор медичних наук.

**Гушул Іван Ярославович** – асистент кафедри онкології та радіології, кандидат медичних наук.

**Рецензенти:** Директор ДУ Інститут медичної радіології ім. С.П. Григор'єва НАМН України,  
д.мед.н., професор М.Ф. Красносельський

Завідувач кафедри онкології та радіології ФДПО Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького,  
д.мед.н., професор Т.Г. Фецич

I 90

**Іващук О.І., Бодяка В.Ю., Гушул. І.Я. Історія хвороби з радіаційної медицини (навчальна) :** навч.-метод. посібник. / Іващук О.І., Бодяка В.Ю., Гушул. І.Я. – Чернівці : БДМУ, 2017. – 48 с.

Рекомендовано до друку вченою радою Вищого державного навчального закладу України “Буковинський державний медичний університет” 23 лютого 2017 року (протокол № 8), як схема навчальної «Історії хвороби з радіаційної медицини» для студентів медичних вузів III-IV рівня акредитації.

© Іващук О.І., Бодяка В.Ю.,  
Гушул. І.Я., 2017  
© БДМУ, 2017

## ПАСПОРТНА ЧАСТИНА

Назва лікувального закладу \_\_\_\_\_

Медична карта стаціонарного хворого № \_\_\_\_\_

Дата та час поступлення \_\_\_\_\_

Дата та час виписки \_\_\_\_\_

Відділення \_\_\_\_\_

В поточному році з приводу даної хвороби госпіталізований вперше, повторно (*підкреслити*), всього \_\_\_ раз

Проведено ліжко-днів \_\_\_\_\_

Група крові та резус-належність (число, місяць рік) \_\_\_\_\_

Побічна дія ліків (непереносимість) (вказати назву препарату, характер побічної дії) \_\_\_\_\_

Прізвище, ім'я, по-батькові \_\_\_\_\_

Стать \_\_\_\_\_

Вік: (число, місяць, рік, повних років) \_\_\_\_\_

Постійне місце проживання: місто, село (вказати адресу: область, район, населений пункт, номер телефону) \_\_\_\_\_

Місце роботи, спеціальність, посада (для учнів, студентів – місце навчання, для інвалідів – група інвалідності) \_\_\_\_\_

Ким направлений хворий (найменування лікувального закладу) \_\_\_\_\_

Госпіталізований (а) в стаціонар: за терміновими показами, через \_\_\_\_\_ годин, після початку захворювання, в плановому порядку (*підкреслити*)

Діагноз при госпіталізації \_\_\_\_\_

Діагноз клінічний \_\_\_\_\_

Діагноз заключний клінічний

а) основний (променева реакція чи ускладнення, що виникло внаслідок променевого опромінення) \_\_\_\_\_

б) ускладнення основного \_\_\_\_\_

в) супутній (онкологічний діагноз внаслідок якого пацієнт зазнав променевої терапії + хронічна супровідна патологія неонкологічна) \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

Працездатність відновлена повністю, знижена, тимчасово втрачена, стійко втрачена (*підкреслити*)

Результат лікування: виписаний (а), з одужанням, поліпшенням, погіршенням, без змін, помер, переведений (а) в інший лікувальний заклад, переведений (а) в інше відділення, здоровий (*підкреслити*)

# КАРТА ПЕРВИННОГО ОГЛЯДУ ХВОРОГО

## СКАРГИ

Необхідно вказати основні скарги пацієнта, які виникли під час або після проведення променевої терапії, а також ті, які зумовлені основним захворюванням. Запис зі слів пацієнта не повинен бути буквальний, а осмислений, включати інформацію, одержану шляхом опитування.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## АНАМНЕЗ ЗАХВОРЮВАННЯ (anamnesis morbid)

У цій графі історії хвороби слід висвітлити наступні питання: коли і як (гостро чи повільно) почалось захворювання внаслідок променевої терапії. Необхідно вказати терміни, вид та схему (разова і сумарна вогнищеві дози опромінення) променевої терапії, ділянку тіла яка опромінювалася.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



## ДАНІ ОБ'ЄКТИВНОГО ОБСТЕЖЕННЯ

(вказується дані на момент проведення курації)

**1. Загальний стан пацієнта:** задовільний, середньої тяжкості, тяжкий, вкрай тяжкий (*підкреслити*).

*Загальний стан пацієнта визначається суб'єктивно. Лікарі орієнтуються на ознаки, які представлені нижче.*

*У пацієнтів із задовільним загальним станом відмічаються незначні відхилення від норми життєвих показників. Загальний стан середньої тяжкості мають пацієнти у яких спостерігаються значні відхилення від задовільного стану, але до критичних ще не наближаються, легко стабілізуються та піддаються корекції. Тяжкий загальний стан встановлюється, коли життєві показники наближаються до критичних, важко стабілізуються, погано піддаються корекції. Вкрай тяжкий стан має місце, коли у пацієнта критичний хоч один життєвий показник, який майже не піддається корекції або результат корекції нестабільний.*

**2. Свідомість:** ясна, ступор, сопор, кома (*підкреслити*).

**3. Положення в ліжку:** активне, пасивне, вимушене (*підкреслити*).

**4. Тілобудова:** нормостенічна, астенична, гіперстенічна (*підкреслити*).

**5. Вага** \_\_\_ кг, **зріст** \_\_\_ см.

**6. Температура тіла:** \_\_\_\_\_ °С.

**7. Шкіра та зовнішні слизові оболонки.**

Забарвлення шкіри: блідо-рожева, бліда, ціанотична, жовтушна, землиста тощо (*підкреслити*).

Наявність, локалізація пігментацій / плям на шкірі: \_\_\_\_\_

Еластичність шкіри, її тургор, сухість / пітливість: \_\_\_\_\_

Наявність, локалізація та характеристика патологічних утворів (рубці, бородавки, висипання, подряпини, новотвори): \_\_\_\_\_

Наявність облісіння, деформації нігтів, атрофії вторинних елементів шкіри: \_\_\_\_\_

Слизові оболонки: колір, сухість, наявність та локалізація виразок, рубців, висипань тощо: \_\_\_\_\_

---

### **8. Підшкірна клітковина.**

Розвинута (помірно, недостатньо, надмірно) (*підкреслити*).

Набряки: локалізація, розповсюдженість, вираженість, умови виникнення і зникнення. Крепітація. \_\_\_\_\_

---

### **9. Периферичні лімфатичні вузли.**

Обстеження периферичних лімфатичних вузлів виконується у певній послідовності: підборідні, підщелепні, привушні, потиличні, задньошийні, надключичні, пахвові, ліктюві, пахвинні, підколінні.

Визначають щільність, розміри, форму, консистенцію, рухомість лімфатичних вузлів, наявність болючості, зрощення між собою та з оточуючими тканинами. Візуально констатують наявність змін шкіри над вузлами: гіперемію, виразки, нориці.

Пальпація підщелепних, шийних, над- та підключичних, пахвових, ліктювих, пахвинних лімфатичних вузлів: болючість, величина, форма, консистенція, фіксація між собою (конгломерат), або до оточуючих тканин.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



## 10. Серцево-судинна система.

Артеріальний тиск (mmHg): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ мм рт.ст.

Пульс: \_\_\_\_\_ за 1 хвилину. Характеристики пульсу: ритмічний / аритмічний, напруження (задовільний, твердий, м'який), наповнення (задовільне, слабке, ниткоподібний) (*підкреслити*).

Пульсація стегнової, підколінної, великогомілкової та тильної артерії ступні на обох кінцівках: \_\_\_\_\_

Пальпація ділянки серця. Локалізація та властивості верхівкового поштовху: локалізація, площа, сила, резистентність, зміщуваність при зміні положення тіла): \_\_\_\_\_

---

---

---

Перкусія серця: межі відносної й абсолютної серцевої тупості.

Межа	Відносна	Абсолютна
Права		
Верхня		
Ліва		

Вимірювання поперечника серця: \_\_\_\_\_ см.

Аускультация серця: тони серця (чисті, приглушені, глухі), наявність серцевих шумів, шум тертя перикарду: \_\_\_\_\_

---

---

Вени: наявність варикозних вен, ущільнення та болочість; ознаки тромбофлебіту / флеботромбозу, трофічних розладів, їх локалізація: \_\_\_\_\_

---

---

## 11. Дихальна система.

Вказати ритм, глибину, частоту за 1 хвилину, тип дихання (грудний, діафрагмальний, змішаний): \_\_\_\_\_

Наявність патологічних типів дихання (Чейн-Стокса, Кусмауля, Біота): \_\_\_\_\_

Наявність задишки (експіраторна, інспіраторна, змішана) (*підкреслити*), її вираженість, в спокої чи при навантаженні: \_\_\_\_\_

Форма грудної клітки, (циліндрична, конічна, бочкоподібна, астенична, емфізематозна) (*підкреслити*), її деформації; над- і підключичні ямки, міжреберні проміжки: \_\_\_\_\_

Перкусія: порівняльна перкусія нижньої межі легень (вказати у вигляді таблиці).

Лінія	Права легеня	Ліва легеня
l. parasternalis		
l. medioclavicularis		
l. axillaris anterior		
l. axillaris media		
l. axillaris posterior		
l. scapularis		
l. paravertebralis		

Характер перкуторного звуку (ясний легеневий, коробковий, металічний, шум “тріснутого горшка”) (*підкреслити*), вказати зони притуплення / тупості, тимпаніту: \_\_\_\_\_

---

Аускультация: характер дихання (везикулярне, бронхіальне, амфоричне, ослаблене, відсутність) (*підкреслити*), наявність хрипів (сухих, вологих дрібно-середньо- та крупноміхурцевих) (*підкреслити*), крепітації, шуму тертя плеври:

---

---

Пальпація грудної клітки (болючі місця, набряк, ущільнення):

---

---

## **12. Травна система.**

Стан порожнини рота, губ, слизової оболонки ротової порожнини, ясен (колір, пігментації, виразкування, рубці, нашарування, висипання та інші патологічні утвори): \_\_\_\_\_

---

---

---

Язик: колір (звичайний, малиновий тощо), вологий чи сухий, чистий чи обкладений (локалізація та колір нашарувань), наявність тріщин і виразок:

---

---

---

Зів і мигдалики: колір, стан слизової оболонки, розміри та форма мигдаликів, нашарування, припухлість: \_\_\_\_\_

---

---

Живіт: форма, симетричність, вип'ячування окремих ділянок, видима перистальтика, симптом Валя, пупок (плоский, вип'ячений, запалий), здуття



Глибока пальпація: вказати болючість живота, залежно від його ділянки, позитивні симптоми (наприклад Блюмберга-Щоткіна тощо).

*Приклад. Живіт при пальпації помірно резистентний, болючий по лівому фланку. В лівій боковій ділянці пальпується пухлиноподібне утворення, болюче, щільної консистенції, нерухоме. Симптоми подразнення очеревини негативні.*

---

---

---

---

---

---

---

---

Печінка. *Пальпація печінки.* Печінка пальпується, не пальпується, збільшена на \_\_ см. Болючість (болюча, неболюча), край (заокруглений, гострий, горбистий). Поверхня (гладка, горбкувата). Консистенція (м'яка, тверда, еластична) *(підкреслити)*

Перкусія печінки. Розміри печінки по Курлову.

Межі	
По l. medioclavicularis dextra	
По l. mediana anterior	
По лівій реберній дузі	

Жовчний міхур. Пальпація жовчного міхура. Пальпується, не пальпується (якщо пальпується, то вказати величину \_\_\_\_ см). Рухомість (рухомий, нерухомий). Болючість (болючий, неболючий) (*підкреслити*).

Пальпація підшлункової залози. Підшлункова залоза пальпується, не пальпується. Болючість (болюча, неболюча) (*підкреслити*).

Пальпація селезінки. Селезінка пальпується, не пальпується, якщо пальпується, то вказати величину \_\_\_\_ см. Болючість (болюча, неболюча). Селезінка збільшена, не збільшена. Край заокруглений, гострий, горбистий. Поверхня гладка, горбкувата. Консистенція еластична, м'яка, тверда (*підкреслити*).

Огляд ділянки заднього проходу. *Стан гемороїдальних вузлів.* Гемороїдальні вузли відсутні, наявні зовнішні гемороїдальні вузли, які кровоточать, не кровоточать (*підкреслити*). Внутрішні гемороїдальні вузли, комбіновані, їх локалізація за годинниковою стрілкою: \_\_\_\_\_

---

Пальцеве обстеження прямої кишки (Per rectum). Тонус сфінктеру: збережений, підвищений, знижений. Стан стінки прямої кишки: нависання передньої стінки прямої кишки, болючість передньої стінки кишки стінка (*підкреслити*).

Стан ампули прямої кишки. Ампула прямої кишки: пуста, розширена, заповнена калом. Пухлина: є, немає, нижній край пухлини на відстані \_\_\_\_ см від ануса. Верхній край \_\_\_\_\_ см, недосяжний, займає передню, задню, праву, ліву стінки. Пухлина рухома, нерухома, обмежено рухома (*підкреслити*).

Характер слідів калу на рукавичці (звичайний, з домішками крові, мелена) (*підкреслити*).

### **13. Сечовидільна система.**

Огляд поперекової ділянки. Симптом Пастернацького. Пальпація нирок у вертикальному / горизонтальному положенні тіла (доступність пальпації, болючість, величина, зміщення, рухомість): \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

#### **14. Статева система.**

Зовнішні статеві органи у чоловіків, гінекологічне дослідження у жінок.

Вторинні статеві ознаки: \_\_\_\_\_

---

---

---

#### Обстеження молочної залози

Умовно молочна залоза вертикальними та горизонтальними лініями, які йдуть через сосок, поділяється на чотири квадранти: верхньо-зовнішній, верхньо-внутрішній, нижньо-зовнішній, нижньо-внутрішній.

Оглядають, порівнюючи обидві молочні залози, констатують їх форму, величину, симетричність, наявність деформацій, втягнення соска, зміни забарвлення шкіри, виникнення нориці. Обов'язково слід попросити пацієнта підвести руки, оскільки при цьому більш рельєфно можуть контуруватися пухлини та пахова ямка із збільшеними лімфовузлами. Необхідно звернути увагу на форму соска та його контури. Втягнення соска та деформація перiareолярної зони притаманні злоякісним новоутворенням.

Пальпацію молочної залози виконують, як у вертикальному так і у горизонтальному положенні жінки. Долонними поверхнями пальців тканина молочної залози притискається до грудної стінки або пальпується між двома долонями. Констатують шкірну температуру, еластичність, консистенцію та характер поверхні молочної залози. При наявності патологічних утворів визначаються їх розміри, рухомість, зрощення з оточуючими тканинами, болючість. Обстежують регіонарні лімфатичні вузли із чіткою їх характеристикою. \_\_\_\_\_

---





Рефлекси: (сухожилковий, коліний і ахілесів). \_\_\_\_\_

---

## **17. Ендокринна система**

Пальпація щитоподібної залози: (збільшення дифузне чи вузлувате), екз-чи енофтальм (*підкреслити*).

Ожиріння: (вказати ступінь): \_\_\_\_\_

Тип оволосіння: та інші ознаки: \_\_\_\_\_

---

## **МІСЦЕВИЙ СТАТУС (status localis)**

Детальний опис ділянки тіла, яка зазнала опромінення. Необхідно описати характер патології, стан шкіри навколо вогнища (не змінена, мацерована, набрякла, гіперемійована, інфільтрована, наявність саден та ін.), зміни м'яких тканин навколо вогнища (крововиливи, ущільнення та ін.), вказати, які тканини уражені; якщо є - описати грануляційну тканину (колір, поверхня, кількість, характер, кровоточивість, нашарування та плівки), наявність некротизованих тканин та сторонніх тіл. Вказати розміри та форму патологічного вогнища (не порівнювати з предметами та ін.). Наявність, кількість та характер виділень. Дані пальпації: болючість, рухомість, зміщування, консистенція, розм'якшення, флюктуація, крепітація. Описати регіонарні лімфатичні вузли. Якщо проводилася пункція, описати отриманий ексудат.

Для опису ран – характер рани, частини (краї, стінки, дно) і ознаки рани (зіяння, кровотеча).

Для опису виразок – особливу увагу приділити стану країв (нерівні, підриті та ін.) і грануляційної тканини.

Для опису запальних процесів – відмітити характер меж з неураженою шкірою (чіткі, гіперемія поступово переходить у шкіру нормального забарвлення).

Для опису опіків – відзначити чи опікова поверхня займає всю анатомічну зону чи тільки її частину; якщо нема іншої можливості, то площу опіку





## ПЛАН ОБСТЕЖЕННЯ

В даному розділі потрібно вказати обстеження, які необхідно виконати пацієнту для встановлення клінічного діагнозу. Клінічно-лабораторні та спеціальні методи дослідження слід призначати з урахуванням попереднього діагнозу, шляхом прямого дослідження органа чи системи або методом виключення (діагностичний пошук).

### Лабораторні методи дослідження

(з 1-го по 5-й обов'язкові для всіх хворих, які поступили у стаціонар)

1. Загальний аналіз крові (ЗАК): еритроцити (Er), гемоглобін (Hb), лейкоцити (L), швидкість осідання еритроцитів (ШОЕ), тромбоцити, гематокрит (Ht), лейкоцитарна формула мазка крові.

2. Загальний аналіз сечі (ЗАС): (кількість, колір, питома вага, прозорість, реакція, білок, цукор, білірубін, діастаза, кетонові тіла; мікроскопія осаду: епітелій, еритроцити, лейкоцити, циліндри, солі).

3. Глюкоза крові.

4. Прискорена реакція на сифіліс (ПРС).

5. Аналіз калу на яйця гельмінтів та приховану кров.

6. Група кров та резус належність.

7. Біохімічний аналіз крові: (загальний білок, білірубін та його фракції, печінкові проби (тимолова, АЛТ, АСТ), лужна фосфатаза,  $\alpha$ -амілаза, сечовина, креатинін).

8. Коагулограма: (протромбіновий індекс, час рекальцифікації плазми, тромботест, фібриноген, фібриноген В, толерантність плазми до гепарину, час зсідання крові за Лі-Уайтом, тривалість кровотечі за Дюком, ретракція кров'яного згустку).

9. Іонограма крові (натрій, калій, хлор).

### Інструментальні та функціональні методи дослідження

1. Біопсія (вказати ділянку органу), патогістологічне дослідження, мікробіологічне дослідження.

2. Езофагогастродуоденофіброскопія (ЕГДФС), ультразвукове



## ОБҐРУНТУВАННЯ ДИФЕРЕНЦІЙНОГО ДІАГНОЗУ

В даному розділі, у вигляді таблиці відмінних ознак, наводиться диференційна діагностика з найбільш подібними за клінічними проявами, перебігом та топічною локалізацією захворюваннями.

Ознаки захворювання	Захворювання	
	Гострий радіодерматит	Опікова хвороба. Термічний опік шкіри ділянки передньої черевної стінки III A стадія

**РЕЗУЛЬТАТИ КЛІНІЧНО-ЛАБОРАТОРНИХ,  
ІНСТРУМЕНТАЛЬНИХ, ПРОМЕНЕВИХ МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕННЯ  
ТА КОНСУЛЬТАЦІЇ СУМІЖНИХ СПЕЦІАЛІСТІВ**

*В даному розділі необхідно вказати результати аналізів при надходженні пацієнта до стаціонару, під час лікування та на момент виписки з лікарні. Пояснювати результати аналізів непотрібно, проте вони повинні відповідати динаміці захворювання.*

<b>Загальний аналіз крові</b>			
<b>Показники / Дата / № аналізу</b>			
ШОЕ (за 1 год)			
Гемоглобін (г/л)			
Еритроцити (*10 <sup>12</sup> /л)			
Лейкоцити (*10 <sup>9</sup> /л)			
Кольоровий коеф.			
Гематокрит (%)			
Базофіли (%)			
Еозинофіли (%)			
Нейтрофіли юні (%)			
Нейтр. паличкаюд. (%)			
Нейтр. сегмент. (%)			
Лімфоцити (%)			
Моноцити (%)			
Інше			

<b>Час згортання крові</b>			
<b>Показник / Дата / № аналізу</b>			
Початок			
Кінець			

<b>Загальний аналіз сечі</b>			
<b>Показники / Дата / № аналізу</b>			
Колір			
Прозорість			
Питома вага			
Реакція			
Білок (г/л)			
Кетонові тіла			
Еритроцити (в п/з)			

Лейкоцити (в п/з)			
Епітелій (в п/з)			
Солі			
Діастаза			

<b>Глюкоза крові</b>			
<b>Показник / Дата / № аналізу</b>			
Глюкоза (ммоль/л)			

<p><b>Серологічне дослідження крові на сифіліс № __</b></p> <p>Дата:</p> <p>Реакція мікропреципітації (позитивна, негативна) <i>потрібно підкреслити</i></p>
--

<p><b>Аналіз калу на яйця гельмінтів № __</b></p> <p>Дата:</p> <p>Яйця гельмінтів (виявлено, не виявлено) <i>потрібно підкреслити</i></p> <p><i>Якщо виявлено то потрібно вказати!</i></p>
--

<b>Біохімічні показники крові</b>			
<b>Показники / Дата / № аналізу</b>			
Загальний білок (г/л)			
Заг. білірубін (мкмоль/л)			
Прямий (мкмоль/л)			
Непрямий (мкмоль/л)			
АлАТ (Од/л)			
АсАТ (Од/л)			
Сечовина (ммоль/л)			
Креатинін (мкмоль/л)			
Амілаза (Од)			
Інше			

<b>Електроліти крові</b>			
<b>Показники / Дата / № аналізу</b>			
Калій (ммоль/л)			
Натрій (ммоль/л)			
Хлор (ммоль/л)			

<b>Коагулограма</b>			
<b>Показники / дата / № аналізу</b>			
Ступінь тромботеста по Костовщикової (ст.)			
АЧТЧ (с)			
Толерантність до гепарину по Марбет			



Протромбіновий індекс по Леману (%)			
Фібриноген то Рутберг (мг/л)			

<b>Група крові та резус фактор</b>	
П.І.П. пацієнта _____	Дата: _____
Група крові _____	Резус-приналежність _____

<b>Рентгеноскопія органів грудної клітки № _____</b>
Дата: _____
Опис: _____
_____
Заключення: _____
_____

<b>Ультразвукове дослідження органів черевної порожнини № _____</b>
Дата: _____
Опис: _____
_____
Заклучення: _____
_____
_____

<b>ЕГДФС № _____</b>
Дата: _____
Опис: _____
_____
Заклучення: _____
_____

<b>ЕКГ № _____</b>
Дата: _____
Опис: _____
_____
Заклучення: _____
_____

<b>Патоморфологічне заключення № _____ (дата: _____)</b>
_____
_____
_____

**Консультація кардіолога**

Дата: \_\_\_\_\_

Опис: \_\_\_\_\_

Заключення: \_\_\_\_\_

Рекомендації \_\_\_\_\_

**Консультація ендокринолога**

Дата: \_\_\_\_\_

Опис: \_\_\_\_\_

Заключення: \_\_\_\_\_

Рекомендації \_\_\_\_\_

**Консультація гастроентеролога**

Дата: \_\_\_\_\_

Опис: \_\_\_\_\_

Заключення: \_\_\_\_\_

Рекомендації \_\_\_\_\_

## ОБҐРУНТУВАННЯ КЛІНІЧНОГО ДІАГНОЗУ

Клінічний діагноз необхідно викласти чітко, коротко та переконливо, на ґрунті синтезу всіх отриманих даних, тобто на основі попереднього діагнозу, включаючи додаткові методи обстеження. Тут же виставляють супутні захворювання, які виявлені у даного пацієнта та підтверджені консультацією суміжних фахівців.

<b>Місцеві променеві реакції та променеві пошкодження.</b>	
L58	<i>Променевий дерматит</i>
L58.0	Гострий радіодерматит
L58.1	Хронічний радіодерматит
L58.9	Радіодерматит, не уточнений
L59	<i>Інші ураження шкіри та підшкірної клітковини, пов'язані з опроміненням</i>
L59.0	Еритема інфрачервона (дерматит інфрачервоний)
L59.8	Інші визначені ураження шкіри та підшкірної клітковини, пов'язані з опроміненням
L59.9	Ураження шкіри та підшкірної клітковини, пов'язані з опроміненням, не уточнене
<b>Загальні променеві реакції та променеві пошкодження.</b>	
N30.4	Променевий цистит.
K52.0	Радіаційний гастроентерит та коліт.
J70.0	Радіаційний пневмоніт.

Основним захворюванням буде променева реакція.

Ускладнення основного захворювання – ускладнення променевих реакцій або променевих пошкоджень (опікова хвороба, лімфангоїт, некроз шкіри, лімфаденіт, порушення з боку центральної нервової системи, системи кровотворення, травного каналу).

Супутній діагноз – це переважно онкологічний діагноз з приводу якого пацієнт отримував променево терапію, а також інша супровідна патологія з боку серцево-судинної, дихальної систем тощо.



---

---

---

Діагноз заключний клінічний

а) основний: \_\_\_\_\_

---

---

---

б) ускладнення основного: \_\_\_\_\_

---

---

---

в) супутній: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

### **ОБГРУНТУВАННЯ ПЛАНУ ЛІКУВАННЯ**

Обґрунтовуються основні принципи комплексного лікування даного пацієнта з урахуванням ускладнень та супутньої патології (режим, дієта, медикаментозне лікування, хіміотерапія, променева терапія, місцеве лікування, реабілітаційне лікування), заповнюються листки лікарських призначень.

Лікування супутніх захворювань призначається згідно рекомендацій суміжних фахівців.

Види терапії:

1. Антибактеріальна терапія (ампіцилін, еритроміцин, доксициклін, кларитроміцин, роксид, тебріс, ністатин, амоксиклав, амікацин, цефазолін, цефтриаксон, тіенам, абактал, ципрофлоксацин, метрогіл).

2. Протизапальна терапія (моваліс, діклофенак натрію, наклофен).
3. Спазмолітична терапія (спазмалгон, баралгін, баралгетас, но-шпа, папаверін, платифілін).
4. Знеболююча терапія (морфін, омнопон, промедол, кетанов, кетанал, дексалгін, трамадол, анальгін).
5. Антигістамінна терапія (дімедрол, фенкарол, кетотифен, піполфен, телфаст, лоратодін, лорізан).
6. Антикоагулянтна терапія (трентал, гепарин, фраксипарин, клексан, сінкумар, фінілін, аспірин).
7. Гемостатична терапія (етамзилат натрія, діцинон, вікасол, ε - амінокапронова кислота).
8. Інфузійна терапія (фіз. розчин, р-н глюкози, р-н Рінгера, реополіглюкін, ацесоль, трисоль, сорбілакт, реосорбілакт, рефортан, стабізол, ГІК (глюкоза 5% - 400 мл, КСІ 7,5% - 30 мл, інсулін - 4 Од).
9. Симптоматична терапія (метоклопрамід, нормаза, фуросемід, ацелізін, дофамін, дибазол, клофелін).
10. Замісна терапія (переливання препаратів крові, креон, пангрол, фестал, препарати заліза, панангін).
11. Кислотознижуюча терапія (ранітідін, квамател, омепразол (омез), альмагель А, альмагель Нео).
12. Антиферментна терапія (контрикал, апротин, гордокс, октрестатин, сандостатін).
13. Перев'язки та місцеве лікування (аплікації 10% розчином димексиду, мазі «Левосин», «Іруксол», «Олазол»).

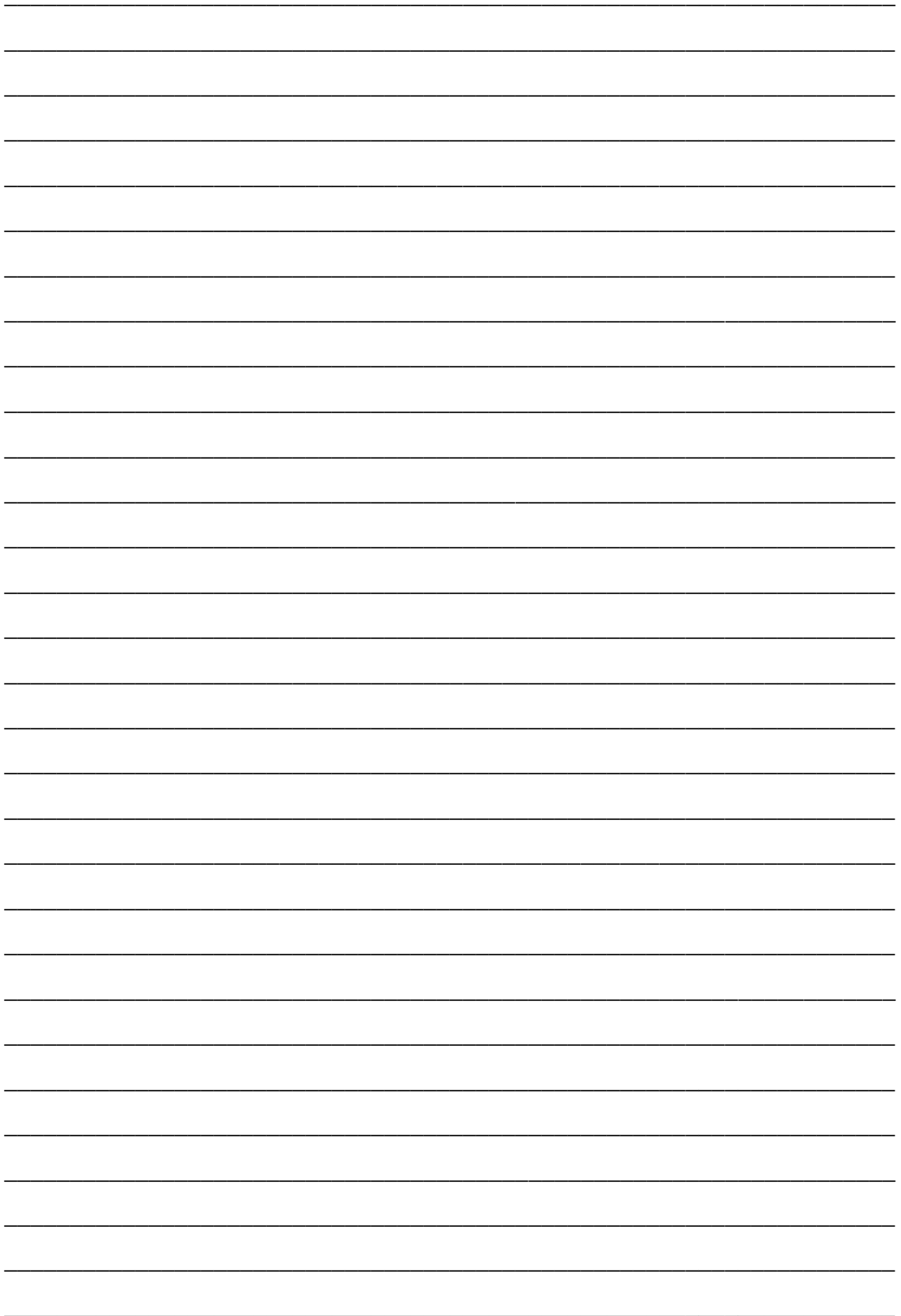
---

---

---

---

---



## СХЕМА НАПИСАННЯ ЩОДЕННИКА

Впродовж курації необхідно відобразити перебіг ускладнень, які виникли внаслідок променевої терапії (динаміку скарг, об'єктивних даних, місцевих проявів, ефект лікування) у вигляді трьох щоденників. Перший щоденник студент пише на момент курації (в перші дні перебування хворого у стаціонарі), а останній при виписці пацієнта із стаціонару.

В щоденнику необхідно написати скарги пацієнта, коротко об'єктивно описати загальний його стан, що йому виконано, призначення тощо. В останньому щоденнику – це огляд завідуючого відділення, стан пацієнта повинен бути задовільним, скарги відсутні. Вкінці – рекомендовано виписати хворого із стаціонару для подальшого лікування в умовах поліклініки або нагляду онколога поліклініки.

Приклад:

**Огляд лікуючого лікаря (студента-куратора)**

*Дата, години.*

*Скарги на гіперемію та набряк шкіри передньої черевної стінки в гіпогастрії, періодичну нудоту, загальну слабкість.*

*Об'єктивно: Загальний стан хворого близький до задовільного. Свідомість ясна. Температура тіла – 36,8 ° С. Шкіра та видимі слизові блідо-рожевого кольору. Легені – дихання везикулярне ослаблене у нижніх відділах. Серце – тони ритмічні, приглушені. АТ – 130/80 ммHg. Пульс 78 ударів за хвилину, ритмічний, задовільного наповнення. Язик – вологий, вкритий білим нашаруванням. Живіт при огляді симетричний, приймає участь в акті дихання. При пальпації м'який, не болючий. Перитонеальні симптоми негативні. Перистальтика звичайна. Гази відходять. Стілець – без особливостей. Діурез – 1800 мл за добу. Сеча звичайного кольору.*

*Місцевий статус: В ділянці гіпогастрію відбувається гіперемія та набряк шкіри, розмірами 15x20 см, з незначною серозною ексудацією.*

*Виконано зміну перев'язки. Хворий продовжує лікування згідно призначень.*

*Підпис лікуючого лікаря (студента-куратора)*

---

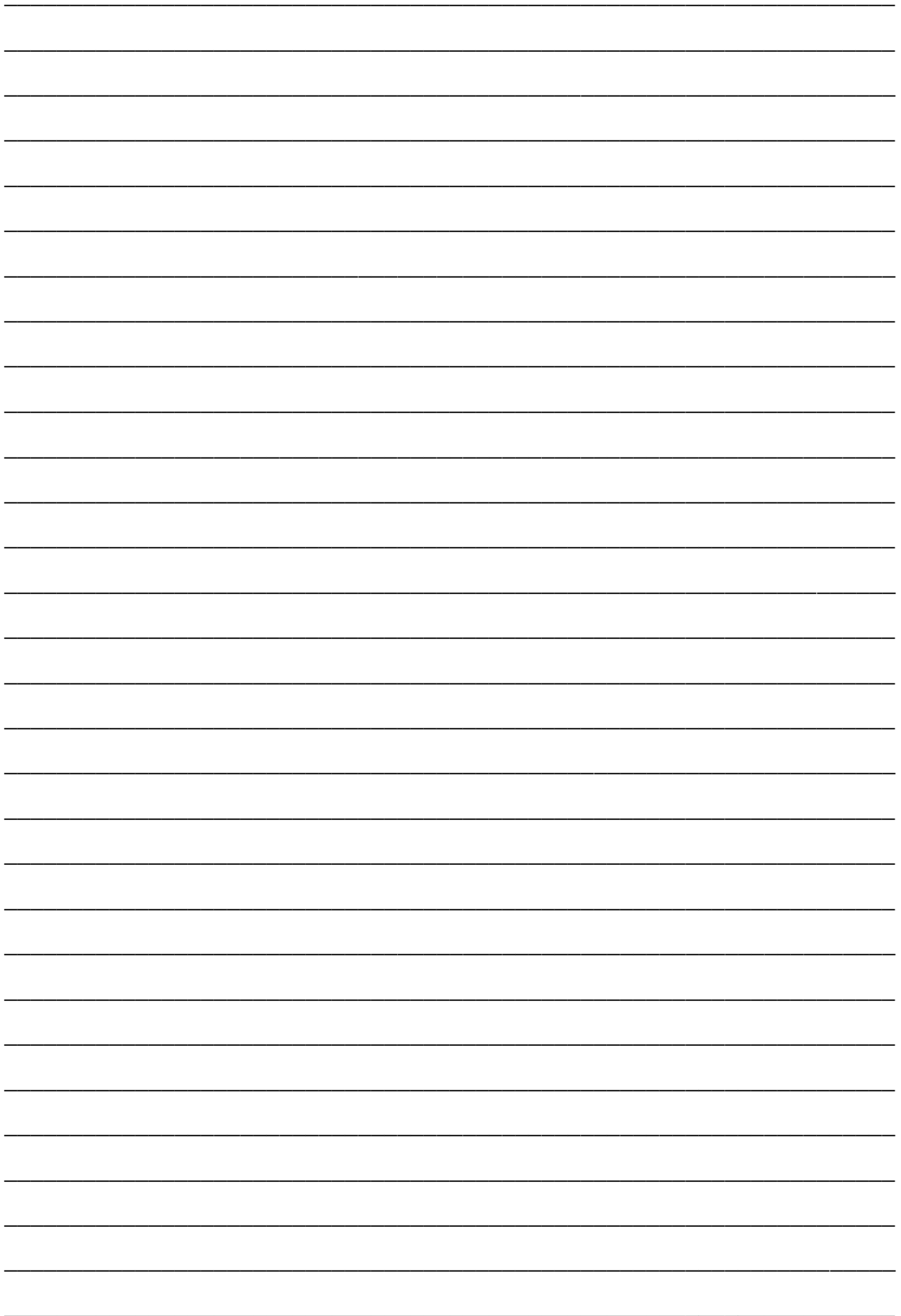
---

---

---

---







## ТЕМПЕРАТУРНИЙ ЛИСТ

Історія № \_\_\_\_\_

Палата № \_\_\_\_\_

Прізвище, ім'я, по-батькові хворого \_\_\_\_\_

Дата			1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11			
День хвороби																										
День перебування в стаціонарі			1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11			
П	АТ	Т	р	в	р	в	р	в	р	в	р	в	р	в	р	в	р	в	р	в	р	в	р	в	р	в
140	20	41																								
120	175	40																								
100	150	39																								
90	125	38																								
80	100	37																								
70	75	36																								
60	50	35																								
Дихання																										
Вага																										
Випито рідини																										
Добова кількість сечі																										
Стул																										
Вана																										

### Примітка!

Якщо хворому були призначені наркотичні знеболюючі (обов'язково після оперативного втручання), то заповнюється листок наркотичних засобів.

Якщо хворому були призначено переливання компонентів крові, то заповнюється передтрансфузійний епікриз, а на наступний день призначається ЗАК, ЗАС.

Об'єм циркулюючої крові (ОЦК) вираховується по формулі Мура.

ОЦК (мл) =  $P \times q \times ((\text{Еритроцити (пацієнта)} - \text{Еритроцити в нормі (чол. - 4,1; жін. - 3,8)} / \text{Еритроцити (пацієнта)})$

$P$  – маса пацієнта (кг)

$q$  – емпіричне число, яке відображає кількість крові в кл маси (чол. – 70; жін. – 65)

## ЛИСТОК

Призначень лікарями наркотичних і психотропних лікарських засобів та виконання цих призначень

Історія хвороби № \_\_\_\_\_

Хворий(а) \_\_\_\_\_  
Прізвище, ім'я, по-батькові

Хворий(а) прийнятий(а) " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 2017 р.

Діагноз \_\_\_\_\_

Дата призначення	Найменування призначеного наркотичного чи психотропного лікарського засобу	Підпис лікаря (розбірливо)	Час і доза введення	Підпис м/с, яка виконала призначення

### ПЕРЕДТРАНСФУЗІЙНИЙ ЕПКРИЗ

Пацієнт \_\_\_\_\_ рік народження \_\_\_\_\_ Історії хвороби № \_\_\_\_\_

Група крові хворого (ї) \_\_\_\_\_ Резус фактор \_\_\_\_\_

Ріст \_\_\_\_\_ см. Маса \_\_\_\_\_ ОЦК \_\_\_\_\_ л.

У хворого (ї) гостра масивна крововтрата, геморагічний шок (вказати причину анемії) \_\_\_\_\_

Об'єм крововтрати \_\_\_\_\_ Дефіцит ОЦК \_\_\_\_\_

Загальний стан: середньої тяжкості, тяжкий, вкрай тяжкий.

Температури тіла - \_\_\_\_\_ °С.

Шкірні покриви: блідо-рожеві, бліді, жовтушні, геморагічна висипка.

Гемоциркуляторні порушення: АТ - \_\_\_\_\_ mmHg, Ps - \_\_\_\_\_ уд в хвилину.

Показники крові. В ЗАК від (дата) Ер - \_\_\_\_\_ x 10<sup>12</sup>/л, Нт - \_\_\_\_\_ г/л, Нт - \_\_\_\_\_ %.

В коагулограмі від (дата) Про тромб.індекс - \_\_\_\_\_ %, АЧТЧ - \_\_\_\_\_ с, Фібриноген - \_\_\_\_\_ мг/л.

Клінічний діагноз \_\_\_\_\_

Хворому (й) з метою \_\_\_\_\_

показано переливання компонентів крові (вказати які та в якій кількості) \_\_\_\_\_

Лікар (ППП) \_\_\_\_\_ (підпис) \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

## ПРОГНОЗ

На підставі заключного клінічного діагнозу, а також беручі до уваги дані спостережень за хворим під час курації, можна встановити прогноз:

Прогноз відносно видужання (сприятливий, сумнівний, несприятливий): \_\_\_\_\_

Прогноз відносно життя (сприятливий, сумнівний, несприятливий): \_\_\_\_\_

Прогноз відносно працездатності (відновлена, тимчасово втрачена, стійко втрачена): \_\_\_\_\_

## ЕПІКРИЗ

Це короткий переказ історії хвороби з акцентуванням на особливостях перебігу захворювання у конкретного пацієнта. Результати лабораторних і додаткових методів обстеження. Застосоване лікування і його ефективність. Причини виникнення ускладнень. Стан на момент виписки/закінчення курації. Подальше лікування. Рекомендації.

Хворий (прізвище, ім'я, по-батькові), (вказати рік народження), який проживає (вказати адресу), знаходився на лікуванні у відділенні \_\_\_\_\_ з “ \_\_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 201\_\_ по “ \_\_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 201\_\_ із діагнозом – (вказати заключний клінічний діагноз).

Хворий отримував загальне лікування: *(перерахувати всі препарати, дози, які у листі призначення та інфузійному листі) та місцеве лікування (обробка пошкодженої поверхні, перев'язки тощо).*

Пацієнту виконано обстеження (перерахувати результати всіх останніх аналізів, додаткових методів дослідження, консультацій суміжних фахівців)

Результати лікування (коротко вказуються зміни, що наступили в загальному стані хворого і в місцевих проявах хвороби). *В процесі лікування стан хворого поліпшився \_\_\_\_\_ . Пацієнта у задовільному стані виписано з лікарні).*



