

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«Национальный исследовательский ядерный университет «МИФИ»

Обнинский институт атомной энергетики –

филиал федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования
«Национальный исследовательский ядерный университет «МИФИ»

(ИАТЭ НИЯУ МИФИ)

Одобрено на заседании

Ученого совета ИАТЭ НИЯУ МИФИ

Протокол от 24.04.2023 № 4-4/2023

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
к самостоятельной работе ординатора
по написанию итоговой письменной работы
по учебной дисциплине
«Академическая история болезни»**

Эндокринные заболевания у детей

Шифр, название дисциплины

для ординаторов специальности

31.08.19 Педиатрия

Шифр, название специальности/направления подготовки

специализации/профиля

Шифр, название специализации/профиля

Форма обучения: **очная**

г. Обнинск 2023 г.

НАПИСАНИЕ АКАДЕМИЧЕСКОЙ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ КУРИРУЕМОГО БОЛЬНОГО.

Основной самостоятельной работой по дисциплине «Эндокринология» является написание академической истории болезни курируемого больного.

Общие положения

Высшая медицинская школа ориентирует свое развитие на модель выпускника, который должен в современных условиях рыночной экономики быть подготовлен к самостоятельной профессиональной деятельности, требующей аналитического подхода, в том числе и в нестандартных ситуациях. Поэтому особое внимание уделяется организации самостоятельной творческой работы студентов, развитию навыков самостоятельного клинического. Важной формой развития навыков самостоятельной научной работы является написание академической истории болезни. Подготовка и защита академической истории болезни должны являться завершающим этапом изучения дисциплины «Эндокринология».

Цель подготовки и защиты академической истории болезни – углубить и конкретизировать знания студента по изучаемой дисциплине, полученные им в ходе теоретических и практических занятий, привить ему навыки самостоятельного подбора, осмысления и обобщения клинической информации и специальной литературы. История болезни позволяет студенту расширить круг дополнительно привлекаемой информации по выбранной теме, а также изучить те разделы курса, которые в ходе занятий могут рассматриваться в ознакомительном порядке.

История болезни предусматривается учебным планом и программой изучения дисциплины «Травматология и ортопедия». Требования к структуре и содержанию академической истории болезни определяются кафедрой на основе типовой истории болезни и методических указаний по написанию истории болезни, утверждаемой центральным методическим советом факультета. Нозологические формы, отражаемые в истории болезни, определяются учебным и учебно-тематическим планом по дисциплине. Конкретная тематика академических историй болезни определяется преподавателем, ведущим практические занятия и под контролем которого проводится написание академической истории болезни.

Общие требования

Академическая история болезни должна быть написана на основе тщательно проработанного собранного и обработанного материала по результатам курации больного.

Академическая история болезни представляет собой самостоятельный труд по итогам курации больного по тематике, изучаемой на клинических занятиях. История болезни должна отличаться логическим изложением основных положений, базироваться на сведениях, полученных из литературных источников, посвященных изучаемым нозологическим единицам. Материал, используемый из литературных источников, должен быть переработан, органически увязан с избранной студентом темой; изложение темы должно быть конкретным, насыщенным фактическими данными, логически обоснованным. Академическая история болезни включает следующие разделы: паспортную часть, жалобы больного (при поступлении или на момент курации, анамнез развития заболевания и анамнез жизни больного, объективный статус с изложением по системам, предварительный диагноз, план обследования, клинический диагноз с обоснованием, план лечения с указанием лекарственных препаратов в форме рецептов и их обоснованием, предоперационным эпикризом (с обоснованием), рекомендациями, прогнозом заболевания и указанием списка использованных источников.

Выбор тематики академической истории болезни

Профиль тематики историй болезни по блоку изучаемых тем дисциплины обсуждается и утверждается на заседании кафедры в начале учебного года. Преподавателем, ведущим практические занятия, на первом занятии цикла предоставляется студентам перечень нозологических форм и список курируемых больных. Студенту предоставляется право выбора больного для курации по изучаемым нозологическим формам.

Написание академической истории болезни

1. Работа с научным руководителем начинается сразу же после выбора больного для курации по избранной теме. Научный руководитель рекомендует студенту основную базовую литературу, являющуюся обязательной при разработке данной темы: монографии, учебные пособия, методические рекомендации, фундаментальные научные статьи.

2. Следующим этапом работы студента с научным руководителем является составление рабочего плана написания истории болезни.

3. После составления рабочего плана и получения задания от научного руководителя студент приступает к курации больного, а также к изучению основной и дополнительной литературы по тематике работы. Подбор литературы – это самостоятельная работа студента, успех которой зависит от его инициативности и умения пользоваться каталогами, библиографическими справочниками и т.п.

4. Одним из наиболее ответственных и трудных этапов при подготовке академической истории болезни является сбор и обработка фактического материала. Этот этап работы выполняется студентом самостоятельно в соответствии с индивидуальным заданием научного руководителя и отражает специфику разрабатываемой темы истории болезни.

Общие требования к содержанию академической истории болезни.

Клиническая история болезни включает следующие разделы: паспортные данные, жалобы, анамнез заболевания, анамнез жизни и состояние пациента по системам. Схема предполагает подробное описание местного травматологического статуса, а также предусматривает анализ результатов лабораторного и инструментального методов исследования, дифференциальный диагноз, обоснование клинического диагноза и лечебной тактики и дневники наблюдения за больным. История болезни заканчивается оформлением эпикриза и указанием использованной литературы.

Содержание работы должно быть конкретным и целиком опираться на данные, полученные при курации больного. Следует обратить внимание на стилистику, язык работы, её оформление. Все разделы работы должны быть связаны между собой. Поэтому особое внимание нужно обращать на логические переходы от одного параграфа к другому и связь между ними.

Все содержание истории болезни должно иметь как бы единый стержень, все ее части должны быть связаны между собой, должны дополнять и углублять одна другую. После заключения студент должен поставить дату окончания работы и свою подпись, а также привести список использованной литературы.

Оформление академической истории болезни проводится в соответствии с утвержденной схемой написания истории болезни.

Материал в работе располагается в следующей последовательности:

1. Титульный лист (заполняется по одной форме, его форма приведена ниже).
2. Текстовое изложение истории болезни (по разделам).
3. Список использованных источников.

Работа выполняется на одной стороне листа формата А4, в рукописном или машинописном варианте. Все листы академической истории болезни должны быть пронумерованы. Каждый раздел в тексте должен иметь заголовок в точном соответствии с наименованием в схеме. Новый раздел (подраздел) можно начинать на той же странице,

на которой кончился предыдущий, если на этой странице кроме заголовка поместится несколько строк текста. В работе можно использовать только общепринятые сокращения и условные обозначения.

Студент несет ответственность за точность приносимых данных, а также за объективность изложения мыслей других авторов. Общий объем работы не может ограничиваться определенным числом страниц. Список использованной литературы и других источников составляется в следующей последовательности:

Последним этапом выполнения работы является ее внешнее оформление, она должна быть подписана студентом.

Оценка академической истории болезни

Описание шкалы оценивания: 4х балльная: отлично, хорошо, удовлетворительно, неудовлетворительно.

Высшая оценка **«отлично»** ставится за всестороннее полное обследование больного, постановку точного диагноза, определения полной схемы лабораторного и инструментального обследования, правильного обоснования клинического диагноза, проведения полного дифференциального диагноза, определения и обоснования лечебной тактики, прогноза заболеваний, установления правильных и точных рекомендаций для последующего этапа лечения и объективного оформления (этапного или выписного) эпикриза. Работа хорошо оформлена в четком соответствии со схемой обследования больного.

Оценка **«хорошо»** ставится при нарушении одного из вышеизложенных требований, но при условии глубокой и самостоятельной проработки темы, а также соблюдении всех других требований.

Оценка **«удовлетворительно»** ставится за работу, содержание которой свидетельствуют о том, что студент добросовестно провел курацию больного, оформил историю болезни в соответствии с требованиями, однако допустил ошибки в различных разделах (диагнозе, сопоставлении физикальных данных и данных инструментального (лабораторного) обследования, плане обследования или лечения и др.).

Работа, которую преподаватель признал неудовлетворительной, возвращается для переработки с учетом высказанных в отзыве замечаний. История болезни должна быть написана в сроки, устанавливаемые кафедрой (как правило, за три дня до окончания цикла занятий).

При несвоевременном представлении истории болезни на кафедру снижается оценка на 1 балл, а непредставление ее к началу сессии приравнивается к неявке на экзамен. Поэтому студент, *не сдавший без уважительных причин историю болезни, получает неудовлетворительную оценку по истории болезни, считается не прошедшим промежуточную аттестацию по дисциплине и не допускается к сдаче зачета по данной дисциплине.*

По решению кафедры отлично написанные академической истории болезни могут быть защищены и в виде доклад с мультимедийной презентацией на заседании научного студенческого общества и представлены на внутривузовский и иные конкурсы студенческих научных работ.

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ К НАПИСАНИЮ АКАДЕМИЧЕСКОЙ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ КУРИРУЕМОГО БОЛЬНОГО.

Схема написания академической истории болезни

Пример оформления титульного листа

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«Национальный исследовательский ядерный университет «МИФИ»

Обнинский институт атомной энергетики –

филиал федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования
«Национальный исследовательский ядерный университет «МИФИ»

(ИАТЭ НИЯУ МИФИ)

**Медицинский факультет
Кафедра внутренних болезней**

**Дисциплина
«Эндокринология»**

АКАДЕМИЧЕСКАЯ ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

Больного _____

Клинический диагноз: _____

Дата начала курации: _____

Дата окончания курации: _____

Куратор _____

Преподаватель _____

Обнинск 20__ г.

I. ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ О БОЛЬНОМ

1. Фамилия, имя, отчество
2. Дата и время поступления в стационар
3. Дата выписки
4. Возраст
5. Пол
6. Профессия и место работы
7. Постоянное место жительства
8. Кем направлен и как доставлен (в плановом или экстренном порядке)
9. Диагноз при поступлении
10. Клинический диагноз
11. Заключительный диагноз
12. Исход болезни (выздоровление, улучшение, без перемен, ухудшение, смерть)
13. Начало курации

II. ЖАЛОБЫ

В данном разделе описываются жалобы пациента, обусловленные основным заболеванием, по поводу которого он госпитализирован в травматологическую клинику. Следует дать детальную характеристику жалоб и изложить их в логической последовательности. При беседе с больным необходимо выявлять те жалобы, которые характерны для данной патологии.

А. Жалобы при поступлении.

Б. Жалобы, на момент курации.

III. ИСТОРИЯ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ (ANAMNEZIS MORBI)

Отражаются следующие сведения:

- ☐ Общее состояние больного перед манифестацией заболевания и
 - причины его развития (по мнению больного)
 - Сроки начала заболевания
 - Первые признаки заболевания и основные этапы верификации диагноза
 - Динамика развития заболевания по симптомам
 - Лечение заболевания с указанием лекарственных препаратов и их дозировок
 - Отношение больного к рекомендованному лечению и режиму
 - (регулярность приема препаратов, в том числе по времени, соблюдение режима питания, физических нагрузок)
 - Причины данной госпитализации (уточнение диагноза, декомпенсация, коррекция лечения)

IV. ИСТОРИЯ ЖИЗНИ (ANAMNESIS VITAE)

Данный раздел схемы истории болезни включает следующие сведения.

Развитие больного: течение и срок беременности матери, вскармливание (материнским молоком или искусственное), развитие в раннем детстве, школьном и юношеском периоде.

Трудовой анамнез: начало трудовой деятельности, профессия, условия труда и наличие производственной вредности.

Бытовой анамнез: условия жизни, санитарно-гигиенические условия, материальное

положение, занятия физкультурой и спортом, наличие выходных и дополнительных дней отдыха.

Половой и семейный анамнез: возраст, в котором вступил в брак, здоровье супруга(ги), у женщин – начало менструаций, их регулярность, продолжительность, болезненность, количество беременностей и родов, их течение, дата последней менструации, время начала климакса.

Наследственность: заболевания, которыми страдали родственники.

Перенесенные заболевания: перечислить заболевания в хронологическом порядке (заболевания в детстве и взрослом возрасте), кратко описать течение сопутствующих заболеваний; отметить наличие в прошлом травм, ранений, оперативных вмешательств; отдельно уточняются перенесенные инфекционные (вирусный гепатит, туберкулез, ВИЧ-инфекция и др.) и венерические заболевания.

Иммунологический и трансфузиологический анамнез: непереносимость определенных лекарственных препаратов, пищевые аллергии. Переливалась ли кровь и ее компоненты, когда, были ли осложнения и какие. При травмах и повреждениях с нарушением целостности кожных покровов обязательно выясняется момент противостолбнячной вакцинации (когда проводилась, как перенесена, были ли осложнения).

Привычные интоксикации: злоупотребление алкоголем, табакокурение, наркомания и др.

Инвалидность: по какому заболеванию, травме, врожденному пороку, группа инвалидности и время ее получения.

V. НАСТОЯЩЕЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНОГО (STATUSPRAESENS)

1. ОБЩЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Оценка общего состояния больного (удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое, крайне тяжелое).

Сознание (ясное, спутанное, сопор, ступор, кома).

Конституция (гиперстеническая, астеническая, нормостеническая).

Кожные покровы и видимые слизистые, их окраска, влажность. Наличие сыпи, расчесов, рубцов, шелушения и т. д., эластичность кожи и тургор (тургор может быть повышен или понижен). Состояние ногтей. Волосы (возможны преждевременное диффузное или очаговое облысение либо избыточный рост волос).

Состояние питания: подкожно-жировая клетчатка, ее развитие, и равномерность, распределение, величина кожной складки (на уровне VII — VIII ребра слева между среднеключичной и переднеподмышечной линиями), наличие опухолевидных образований, подкожной эмфиземы.

Состояние лимфатических узлов (подключичных, шейных, надключичных, локтевых, паховых, подколенных), их характеристика (консистенция, величина, болезненность, подвижность по отношению друг к другу и подлежащим тканям).

2. СИСТЕМА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Дыхание: через нос, свободное, затрудненное, его частота.

Осмотр грудной клетки: форма, симметричность, окружность, деформация, участие в акте дыхания.

Пальпация: выявление болезненных областей, определение голосового дрожания.

Перкуссия: определение границы легких, характера перкуторного звука (легочный, тимпанический, коробочный), наличие мест притупления в легочных полях и синусах.

Аускультация: определение характера дыхания (везикулярное, бронхиальное, амфорическое), хрипов (сухие, влажные), крепитации, шума трения плевры.

Функциональные пробы Штанге — Генча.

3. СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА

Осмотр: выявление сердечного «горба», наличие верхушечного толчка, его местоположение и характер.

Пальпация: определение верхушечного и сердечного толчков, их характеристика.

Перкуссия: определение границ сердца (правая и левая границы абсолютной тупости), его конфигурации, размеров поперечника сосудистого пучка.

Аускультация: выслушивание тонов сердца (громкие, глухие), наличие шумов и их характеристика, нарушения ритма (тахикардия, брадикардия, экстрасистолия, мерцательная аритмия), частота сердечных сокращений.

Определение состояния кровеносных сосудов: пульсация лучевых артерий (синхронность, частота, ритм, напряжение, дефицит пульса), артериальное давление. Исследование пульсации сосудов нижних конечностей, состояния вен нижних конечностей (расширены, не расширены).

4. СИСТЕМА ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

Осмотр полости рта: окраска языка, налет, сухость, влажность, состояние зубов (наличие кариеса, вставных зубов, вставной челюсти), описание небных миндалин.

Осмотр живота: форма, величина, асимметрия, участие в акте дыхания.

Пальпация: поверхностная (определение места болезненности, напряжения мышц), глубокая (определение опухолей, края печени, состояния селезенки и толстого кишечника).

Перкуссия: определение свободной жидкости и свободного газа в брюшной полости, наличия печеночной тупости, выявление границ печени и селезенки.

Аускультация: определение перистальтики кишечника, шума плеска в желудке или кишечнике.

5. СИСТЕМА ОРГАНОВ МОЧЕВЫДЕЛЕНИЯ

Осмотр поясничной области: выявление припухлости, гиперемии.

Пальпация: Определение краев почек, их подвижности, увеличения и опущения; пальпация мочевого пузыря.

Поколачивание: определение симптома Пастернацкого.

Мочеиспускание: свободное, затрудненное, безболезненное, болезненное, частота, суточный объем диуреза.

6. ЭНДОКРИННАЯ СИСТЕМА

- При проведении общего осмотра проводится оценка состояния кожных покровов, подкожно-жировой клетчатки (тип отложения), слизистых, волосяного покрова, костей и суставов.
- Далее проводится осмотр по органам и системам в общепринятом в терапевтической клинике порядке.
- При описании больного с эндокринной патологией необходимо обратить внимание:
 - на конституцию пациента, соотношение роста и веса (индекс массы тела)
 - особенности волосяного покрова (например, гирсутизм или гипертрихоз у женщин или отсутствие (недостаточность) облигатного оволосения у мужчин), состояния кожи и её придатков (черный акантоз, гиперпигментация и т.д.)
 - особенности строения и выражения лица (укрупнение черт лица, экзофтальм, мимика, нарушения глазодвигательной функции, состояние бровей и т.д.)
- осмотр шеи и указанием результатов пальпации щитовидной железы и

- региональных лимфатических узлов (степень увеличения,
- болезненность, плотность, подвижность, наличие в ней очаговых образований)
- наличие отеков, их локализацию и выраженность
- деформации костей и суставов
- осмотр грудных желез (развитие, отделяемое из сосков, гинекомастия у мужчин)
- осмотр нижних конечностей (при сахарном диабете) с описанием состояния трофики, периферической сосудистой пульсации, микозов, чувствительности)

VII. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Предварительный диагноз формулируется на основании жалоб больного, анамнеза, объективного исследования. Предварительный диагноз вытекает из первичного представления о больном. В нем указываются: основное заболевание, его осложнение, сопутствующие заболевания, их осложнения.

Здесь же необходимо высказать предположение о наиболее вероятных заболеваниях (травмах), имеющих сходные клинические проявления с патологией данного больного, и определить дифференциально-диагностический ряд (как минимум с тремя нозологическими формами).

VIII. ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ

План обследования больного приводится с обоснованием дополнительных методов исследования и указанием их цели.

IX. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНЫХ И СПЕЦИАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ, ИХ ОЦЕНКА

В историю болезни вписываются полностью все результаты лабораторно-инструментальных исследований данного больного за время пребывания его в стационаре.

Если результаты исследования не укладываются в физиологическую норму, следует дать заключение или интерпретацию выявленных изменений.

X. КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ

Для обоснования диагноза основных заболеваний и их осложнений должны быть использованы жалобы больного, данные анамнеза, объективного исследования, а также результаты лабораторных, рентгенологических и инструментальных методов диагностики. Если какой-либо из симптомов, обнаруженных у больного, не укладывается в классическую картину, нужно объяснить его происхождение, последовательно и четко назвать не только диагноз травмы (заболевания), но и стадию процесса и имеющиеся осложнения.

В заключение формулируется окончательный клинический диагноз и перечисляются сопутствующие заболевания (без специального обоснования).

XI. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

За основу дифференциального диагноза следует брать клинические проявления травмы (заболевания), которые наблюдаются у курируемого больного, перечислить нозологические формы, имеющие сходную клиническую картину, затем в результате последовательного сопоставления и сравнения клинических симптомов выявить дифференциально-диагностические признаки, которые позволят исключить травмы и заболевания со сходными симптомами.

XII. ЛЕЧЕНИЕ

В этом разделе следует осветить современные принципы лечения данного заболевания, составить его план и указать консервативные и оперативные методы. При необходимости хирургического вмешательства целесообразно обосновать показания к операции (экстренная, срочная, отсроченная, плановая), ее объем и вид предполагаемого обезболивания. При экстренной или срочной операции нужно описать полную адекватную предоперационную подготовку и этапы послеоперационного периода, назвать медикаментозные средства, указать дозу, ритм и число введений.

XIII. ДНЕВНИК НАБЛЮДЕНИЯ ЗА БОЛЬНЫМ

В течение периода курации до момента сдачи истории болезни преподавателю студент-куратор должен ежедневно описывать в дневнике течение заболевания, эффективность лечения и т. д. Запись производится по схеме, приведенной ниже.

Приводятся жалобы больного, результаты объективного исследования основных систем и пораженных органов, назначения (режим, стол, лекарственные препараты, анализы). Если в период курации больному произведена операция, куратор должен описать ее на основании клинической истории болезни. Накануне операции в дневнике записывается предоперационный эпикриз. В нем должны быть приведены показания к операции, эффективность и адекватность предоперационной подготовки, оценка возможности выполнения вмешательства (функциональный диагноз, операбельность, степень риска). Определяются вид обезболивания, положение больного на операционном столе, оперативный доступ, объем операции, ее возможные варианты, фиксируется согласие больного. В тех случаях, когда диагноз неясен и медлить с операцией нельзя, необходимость ее выполнения определяется врачебным консилиумом.

XIV. ЭПИКРИЗ

Эпикриз — это краткое содержание истории болезни. В нем должны быть отражены жалобы больного, анамнез, данные объективного и специальных методов исследования, окончательный диагноз, анализ проведенного лечения, его эффективность, состояние больного к моменту окончания курации.

Рекомендации при выписке: продление больничного листа, выписка на работу, перевод на амбулаторное лечение, направление на МСЭК. В заключение определяется прогноз основного заболевания, жизни и трудоспособности пациента.

В случае продолжения лечения в клинике даются этапный эпикриз и рекомендации по дальнейшей лечебной тактике.

XV. ЛИТЕРАТУРА

В список включаются все учебники, монографии и журнальные статьи, которыми пользовался куратор при написании истории болезни, с указанием фамилии и инициалов автора, названия произведения, места и года издания, выпуска, номера тома и страниц.

Дата _____ Подпись куратора _____

Оценка _____ Подпись преподавателя _____