

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)

Утверждено на заседании

УМС ИАТЭ НИЯУ МИФИ

протокол от 24.04.2023 № 4-4/2023

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

Урология

название дисциплины

для ординаторов специальности

31.08.68 – Урология

Шифр, название специальности/направления подготовки

специализации/профиля

Шифр, название специализации/профиля

Форма обучения: **очная**

г. Обнинск 2023 г.

Основной самостоятельной работой по дисциплине «Урология» 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 «Урология».

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

Каждая история болезни с учетом ее содержания оценивается по пятибалльной системе.

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 экзамена 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.

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)

**Дисциплина
«Урология»**

**АКАДЕМИЧЕСКАЯ
ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ**

Больного _____

Клинический диагноз: _____

Дата начала курации: _____

Дата окончания курации: _____

Куратор _____

Преподаватель _____

Обнинск 201__ г.

I. Паспортные данные

1. Фамилия, имя, отчество больного.
2. Возраст.
3. Национальность.
4. Место рождения.
5. Место жительства.
6. Профессия.
7. Место работы.
8. Семейное положение.
9. Дата поступления в стационар.
10. Дата курации.
11. Диагноз при направлении.
12. Диагноз при поступлении.
13. Диагноз клинический.
14. Диагноз заключительный:
 - а) . основной;
 - б) . осложнение основного;
 - в) . сопутствующий.
15. Исход заболевания (выздоровление, улучшение, продолжение лечения, смерть).

II. Жалобы больного

В ходе беседы с больным выясняются жалобы, обусловленные основным заболеванием, по поводу которого он госпитализирован в стационар. Изложить их надо в логической и хронологической последовательности.

При описании жалоб необходимо их разделить на две группы:

1. жалобы больного **при поступлении** в стационар;
2. жалобы, предъявляемые **на день курации**.

Часть жалоб может быть обусловлена сопутствующими заболеваниями, в связи с чем, опрос проводится по системам (дыхательная, сердечно-сосудистая, пищеварительная, нейropsychическая сфера и т.д.).

Симптомы урологических заболеваний чрезвычайно разнообразны. Условно их можно разделить на шесть групп: 1) боль; 2) общие (системные) проявления; 3) изменения наружных половых органов мужчины; 4) расстройства мочеиспускания; 5) изменения мочи; 6) патологические выделения из мочеиспускательного канала и изменения спермы.

Боль. Уточняется характер болевых ощущений, их локализация, иррадиация и условия возникновения, поведение больного во время приступа по

чечной колики. Боль в поясничной области (острая или тупая) чаще возникает при заболеваниях почки, иррадиация ее в пах - при патологическом процессе в мочеточнике, боль в надлобковой области более характерна для болезней мочевого пузыря, в промежность - для заболеваний предстательной железы, семенных пузырьков.

Наиболее характерным симптомом урологических заболеваний является почечная колика, возникающая при нарушении оттока мочи из верхних мочевых путей вследствие их окклюзии. Повышение внутрилоханочного давления, воспринимаемое барорецепторами лоханки, передается в соответствующий сегмент спинного мозга, а затем в кору головного мозга, где трансформируется как боль. Сосудистый компонент (спазм артерий почки), отек паренхимы почки, растяжение фиброзной капсулы увеличивают поток раздражений и усиливают болевую импульсацию.

Общие проявления. К системным проявлениям относят лихорадку - повышение температуры тела, потерю массы тела и гинекомастию у мужчин. Высокая температура (до 39 - 40° С) с потрясающим ознобом характерна для острого пиелонефрита (и его гнойных осложнений). Лихорадка может быть проявлением острого воспаления яичка

и/или его придатка. Различают "уретральную" лихорадку после уретральных, цистоскопических манипуляциях.

Потеря массы тела наблюдается при прогрессирующей хронической почечной недостаточности. У детей позволяет заподозрить хроническую инфекцию мочевых путей.

Гинекомастия, как следствие эстрогенотерапии у больных раком простаты, служит контролем лечения наряду с определением простатического специфического антигена. Гинекомастия может быть симптомом опухоли клеток Сертоли яичка или проявлением синдрома Клайнфелтера.

Изменения наружных половых органов у мужчин. Тщательно собираются жалобы на боли в области промежности, полового члена и мошонки. Осматривают цвет кожи, искривление полового члена в покое и эрекции. Уточняют размеры полового члена. Увеличение полового члена может быть острым и хроническим. Врожденный микропенис (до 9 см) рассматривается как фетальный дефицит тестостерона. Мегалопенис является симптомом гиперактивности коры надпочечников в сочетании с опухолью интерстициальных клеток яичка. Напряжение, увеличение, отсутствие боли при пальпации являются симптомами приапизма. Кожа при этом не изменена, головка не напряжена. При разрыве белочной оболочки половой член искривлен в противоположную сторону, увеличен в размерах, отечен, багрового цвета, пальпация его болезненна. Для болезни Пейрони характерны уплотнения продольных участков кавернозных тел вне эрекции.

Отмечают размеры, цвет, пигментацию, гроздьевидное выбухание кожи (при варикозном расширении вен семенного канатика), увеличение одной или обеих половин мошонки, наличие или отсутствие яичек, состояние придатка, семявыносящего канатика. Увеличение мошонки может быть одно-, и двухсторонним. Болезненное увеличение указывает на вероятность воспалительного процесса (воспалившееся гидроцеле, острый эпидидимит, орхит). Безболезненное увеличение надо дифференцировать с гидроцеле, неспецифическим или туберкулезным орхоэпидидимитом, опухолью яичка. Увеличение мошонки часто наблюдается при сердечно-сосудистой недостаточности в стадии декомпенсации. Общее увеличение полового члена и мошонки с отечностью наблюдается при слоновости половых органов.

Расстройства мочеиспускания. Следует акцентировать внимание на таких жалобах как поллакиурия, олигакиурия, никтурия (ночная поллакиурия), странгурия, недержание мочи (истинное и ложное), недержание мочи, энурез, затруднение мочеиспускания, задержка мочеиспускания (острая и хроническая).

Изменения мочи. Количественные (полиурия, опсурия, олигурия, анурия: преренальная, секреторная и экскреторная) и качественные (гипо- и гипер-стенурия, изогипостенурия, цвет, прозрачность и pH мочи, протеинурия, пиурия, гематурия, миоглобинурия, цилиндрурия, бактериурия, пневматурия, ли-пурия, хилурия, гидатурия). Акцент сделать на наличие в моче солей - уратов, карбонатов, оксалатов, фосфатов и др.

Патологические выделения из мочеиспускательного канала (в виде гнойных выделений, сперматореи, простатореи) и **изменения спермы** (аспер-матизм, олигозооспермия, азооспермия, некроспермия, гемоспермия).

III. История настоящего заболевания (Anamnesismorbi)

Необходимо в хронологической последовательности описать начало, течение и развитие заболевания от первых признаков до дня настоящей курации. Отмечается характер болей (острые, приступообразные, тупые, ноющие, постепенно нарастающие, возникающие внезапно, исподволь, в покое или при физической нагрузке, одно- либо двухсторонние), течение заболевания (прогрессирующее, регрессирующее, с ремиссиями, латентное).

Желательно выявить факторы, влияющие на этиологию и патогенез заболевания (предшествующие инфекции, операции, травмы, интоксикации, переохлаждения, профессиональные вредности, место жительства) и показать динамику клинических симптомов, появление осложнений. Уточнить жалобы, не замеченные самим больным.

Какие методы исследования проводились до поступления в стационар, объем первой медицинской и врачебной помощи, эффективность от лечения.

Информация о больном должна иметь критическую оценку и интерпретацию. История болезни пишется с учетом современного понимания механизма развития и динамики развития заболевания.

IV. История жизни пациента (Anamnesis vitae)

Записываются сведения о здоровье матери, течении беременности, родах, развитии пациента от рождения до поступления в клинику. Учеба, начало и продолжение трудовой деятельности, служба в вооруженных силах. Условия труда и быта.

У женщин: менструации, замужество, особенности беременности (токсикоз, пиелонефрит, гипертония, выкидыши, аборты).

Наследственность. Перенесенные заболевания, травмы, операции. Инфузионно-трансфузионный (конкретизировать когда, с какой целью вводились ранее кровь, эритроцитная масса, плазма, препараты крови и кровезаменители, их кратность и конкретные реакции организма) и аллергологический анамнез (когда, по поводу чего, на какой препарат была аллергическая реакция, уточнить вид реакции). Вредные привычки.

V. Настоящее состояние больного (Status praesens)

Куратор определяет общее состояние больного (удовлетворительное, средней степени тяжести, тяжелое, терминальное), сознание, адекватность поведения, ориентированность в пространстве и времени. Положение больного (активное, пассивное, вынужденное). Телосложение (тип конституции, рост, масса). Питание (пониженное, удовлетворительное, повышенное, ожирение разной степени выраженности). Кожа и видимые слизистые (окраска, эластичность, влажность, пигментация, следы расчесов, рубцы, геморрагии, высыпания), периферических лимфатических узлов (пальпация, их увеличение, подвижность, изменения окружающих тканей). Состояние костно-суставной и мышечной систем.

Осмотр по системам

При наличии у больного сопутствующей патологии внутренних органов описывается более детально пораженный орган (см. схему истории болезни по пропедевтике).

Система органов дыхания. Дыхание (свободное, затрудненное, его тип, ритм, глубина и частота). Данные пальпации, перкуссии и аускультации.

Сердечно-сосудистая система. Осмотр области сердца. Пальпация, перкуссия, аускультация сердца. Пульс (синхронность, частота, ритм, напряжение, наполнение). Артериальное давление.

Пищеварительная система. Осмотр полости рта (состояние зубов, десен, миндалин, неба), языка (влажность, обложенность, наличие налета, трещин, язв). Осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация живота. Физикальное исследование печени, желчного пузыря, селезенки. Ректальный осмотр (тонус сфинктера, пальпация стенок прямой кишки, предстательной железы), оценка следов кала на перчатке.

Нейропсихическая сфера. Сознание (ясное, спутанное, сопор, кома). Настроение (спокойное, подавленное, тревожное, эйфоричное). Психические нарушения (бред, галлюцинации и т.д.). Реакция зрачков на свет. Симптомы поражения черепно-мозговых нервов (параличи, парезы и др.).

Эндокринная система. Проводится осмотр, пальпация щитовидной железы.

Исключается (подтверждается) ожирение, кахексия, аномалии развития вторичных половых признаков.

VI. Местный статус (Status localis urologicus)

Последовательно и подробно описываются данные осмотра поясничной области: наличие сколиоза, припухлости, гиперемии, следов травм. При осмотре живота можно обнаружить его ассиметрию, выбухание в надлобковой области, а также влажность, температуру, отечность кожи.

Описываются степень напряжения мышц передней брюшной стенки, данные пальпации почек в положении лежа на спине, на боку, стоя. Уточняются расположение органа, его увеличение, патологическая подвижность.

Определяется верхняя граница мочевого пузыря (при задержке мочи и тотчас после мочеиспускания или катетеризации). Бимануальная пальпация (per vaginam и per rectum) позволяет оценить состояние органов и клетчатки малого таза.

Обращается внимание на цвет кожи, искривление полового члена в покое и эрекции, а также увеличение одной или обеих половин мошонки, гроздьевидное выбухание кожи мошонки, отсутствие яичек в мошонке. При пальпации полового члена исследуются консистенция кавернозных тел и мочеиспускательного канала, возможность обнажения головки. Отмечается состояние семенного канатика, яичек и придатков. При подозрении на крипторхизм яичко следует искать в паховом канале в вертикальном и горизонтальном положении.

Оценивается состояние регионарных лимфатических узлов в паховых областях и в проекции скальпозного треугольника.

Ректальное исследование предстательной железы дает представление о размерах, консистенции, границах, наличии срединной междолевой бороздки, о смещаемости слизистой прямой кишки над предстательной железой, о наличии очагов уплотнения, размягчения, флюктуации или крепитации. Пальпаторно определяется (при увеличении) плотность, равномерность, консистенция, величина, болезненность семенных пузырьков и куперовых желез.

Перкуторно может быть притупление звука при новообразованиях за-брюшинной локализации. Обязательно определяется симптом поколачивания по поясничной области (симптом Пастернацкого) в реберно-мышечном углу с каждой стороны. Следует помнить, что отсутствие симптома не исключает заболевания почки.

Аускультативно в верхних квадрантах живота и сзади в области костовертebrальных углов может выслушиваться легкий систолический шум (при стенозе почечной артерии), грубый систолический шум (при атероматозном поражении брюшной аорты), высокочастотный шум с поздним систолическим усилением (при фиброзном и фибромускулярном стенозе почечной артерии).

VII. Предварительный диагноз

На основании: **жалоб** (характерные для основного и сопутствующего заболевания), **анамнеза развития заболевания** (кратко в хронологической последовательности указать этапы болезни, диагностические и лечебные мероприятия), **истории жизни больного** (отразить информацию, влияющую на этиопатогенез данной нозологической единицы), **объективного исследования по системам** (симптомы сопутствующих заболеваний) и **местных признаков болезни** (конкретизировать патномоничные симптомы) выставляется **предварительный диагноз:** "Название болезни"

Для подтверждения (или исключения) диагноза составляется план обследования больного.

VIII. План обследования больного

Куратор планирует диспансерный минимум обследования и комплекс **лабораторных, функциональных, инструментальных** (инвазивные и неинвазивные) методов исследования, позволяющих выставить клинический диагноз.

Общеклинические анализы. Анализ крови: количество эритроцитов, гемоглобина, тромбоцитов, протромбина, лейкоцитов и лейкоцитарной формулы, СОЭ. Электролиты (калий, натрий, кальций, хлор, фосфор, магний и др.). Показатели кислотно-основного состояния.

Анализ мочи: количество, цвет, прозрачность, относительная плотность, осмолярность, наличие белка, сахара, ацетона, клеток эпителия, лейкоцитов, эритроцитов, цилиндров, кристаллов солей, бактерий, электролитов.

Специальные исследования. Пробы: 3-х - стаканная, Зимницкого, Ам-бурже, Каковского - Аддиса, Нечипоренко, преднизолоновая, пирогеналовая. Выявление активных лейкоцитов, клеток Штернгеймера - Мальбина. Посев на различные питательные среды с целью определения характера микрофлоры и ее чувствительности к антибиотикам. Бактериоскопия мочи на туберкулез методом флотации ее осадка. Цитологическое исследование мочи для выявления атипичных клеток.

Исследование выделений из мочеиспускательного канала, сока предстательной железы, мазков из ладьевидной ямки на ЗППП.

Инструментальные методы. Катетеризация мочевого пузыря, мочеточника и лоханки, бужирование мочеиспускательного канала, пункционная биопсия, цистоманометрия, урофлоуметрия, урокимография, урокинематография.

Эндоскопические методы. Уретроскопия, цистоскопия, хромоцистоскопия, уретеро- и пиелоскопия.

Рентгенологические методы. Обзорная урограмма, экскреторная урография и ее модификации (ортостатическая, компрессионная, инфузионная), ретроградная уретропиелография, антеградная пиелоуретрография. Уротомография, компьютерная томография. Пневморен, пресакральный пневмоперитонеум, пневмоперитоцистография. Почечная ангиография (вазография, артериография, венокаваграфия, почечная венография, тазовая артерио- и венография, лимфаденоангиография. Цистография (с жидким, газообразным рентгеноконтрастным веществом, с комбинированным контрастированием, осадочная), уретрография, генитография (вазо-, эпидидимо-, везикулография), простатография.

Ультразвуковые методы. Эхография (одномерная, двухмерная). **Радиоизотопные методы.** Непрямая радиоизотопная реноангиография, радиоизотопная ренография (I и II вариант), динамическая почечная сцинтиграфия, статическая почечная сцинтиграфия (сканирование почек), радиоизотопная урофлоуметрия, радиоизотопная диагностика метастазов опухолей мочеполовых органов (непрямая лимфосцинтиграфия, радиоизотопная нижняя венокаваграфия), радиоиммунологические методы.

На этом этапе при необходимости назначается консервативная терапия, направленная на коррекцию основного заболевания и сопутствующих расстройств.

IX. Результаты лабораторных и инструментальных методов исследования, их оценка

В этот раздел заносятся данные анализов крови, мочи, кала, результаты лабораторных, функциональных, инструментальных, эндоскопических, рентгенологических, ультразвуковых, радиоизотопных методов обследования.

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

X. Клинический диагноз и его обоснование

Этот раздел не должен состоять из простого перечисления симптомов, характерных для данного заболевания и результатов лабораторных и специальных методов диагностики.

Желательно отразить ход клинического мышления над больным. В случае, если какой-либо из симптомов, обнаруженных у больного, не укладывается в клиническую картину данного заболевания, не следует его игнорировать, напротив, необходимо объяснить его происхождение. Наряду с точным диагнозом заболевания, определяется стадия процесса, имеющиеся осложнения и сопутствующие патологические процессы в других органах и тканях.

Формулировка полного клинического диагноза и его обоснования следующая.

На основании:

1. **жалоб** (характерные для основного и сопутствующего заболевания),
 2. **анамнеза развития заболевания** (кратко в хронологической последовательности указать этапы болезни, диагностические и лечебные мероприятия),
 3. **истории жизни больного** (отразить информацию, влияющую на этиологию и патогенез данной нозологической единицы),
 4. **объективного исследования по системам** (симптомы сопутствующих заболеваний),
 5. **местных признаков болезни** (конкретизировать патогномоничные симптомы),
 6. **специальных лабораторных, функциональных, инструментальных методов исследования**
- выставляется окончательный **клинический диагноз**: "Название нозологической единицы: основной диагноз, его осложнения, сопутствующая патология".

XI. Этиология и патогенез заболевания

Студент на основе отечественных и зарубежных литературных источников анализирует научные теоретические положения и современные теории относительно этиологии и патогенеза описываемого заболевания и его осложнений.

Желательно, используя полученную информацию из истории болезни, выделить основные этиологические и патогенетические факторы заболевания, ставшие причиной страдания вашего пациента и позволяющие выработать адекватную лечебно-профилактическую тактику.

XII. Дифференциальный диагноз

Структура дифференциального диагноза строится на клинических проявлениях заболевания. На втором месте стоят данные лабораторного и инструментального исследования.

Куратор перечисляет нозологические формы (топографо-анатомические, функциональные, клинические, лабораторно-инструментальные особенности), имеющие сходную клиническую картину. Интерпретация информации осуществляется в результате последовательного сопоставления и сравнения клинических симптомов, выявления дифференциально-диагностических признаков, позволяющих исключить у курируемого больного каждое из перечисленных выше заболеваний.

Следует сделать акцент на характерных (патогномоничных) дифференциально-диагностических признаках. За основу дифференциальной диагностики берется конкретная клиническая картина заболевания, имеющаяся у курируемого больного.

XIII. Окончательный диагноз

Окончательный диагноз ставится после проведения дифференциальной диагностики. Окончательный диагноз включает основное заболевание, его осложнения и сопутствующую патологию.

XIV. Лечение

В данном разделе следует выделить **консервативный** и **оперативный** методы лечения, перечислить показания и противопоказания к каждому из них, осветить современные принципы лечения данного заболевания.

Консервативное лечение нужно разделить на два пункта:

1. получаемое в стационаре;
2. должное, с вашей точки зрения.

Последовательно, хронологически выдержанно, аргументированно излагается вся медикаментозная терапия (предпочтительна полная рецептура).

Оперативное лечение описывается в следующем порядке: показания к операции (экстренная, срочная, отсроченная, плановая), ее объем, предоперационная подготовка, премедикация, вид анестезиологического пособия, само хирургическое вмешательство (радикальная и паллиативная операция), послеоперационный период, ближайшие и отдаленные осложнения.

Протокол операции пишется из клинической истории болезни. Определяется дальнейшая тактика и комплекс лечебных мероприятий в данном конкретном случае.

XV. Дневники наблюдения за больным

За период прохождения цикла по урологии студент ежедневно посещает больного, делает записи о пациенте в истории болезни, отражая в каждом дневнике динамику заболевания (обязательно указывается местный урологический статус, течение раневого процесса в послеоперационном периоде), эффективность консервативной терапии, коррекцию проводимого обследования и лечения.

В истории болезни должно быть не менее трех дневниковых записей, где фиксируется общее состояние больного, жалобы на день курации, кожные покровы, температура, пульс, артериальное давление, органы дыхания, пищеварения и мочеполовая система.

У оперированных больных, после обязательного присутствия студента на перевязке, уточняется динамика послеоперационного шва, состояние кожных покровов вокруг раны, отделяемое из дренажей, лечебно-диагностические манипуляции и наложение повязки.

Обязательно конкретизируются назначаемые врачом режим, стол, изменение лечения, общеклинические и биохимические анализы, инструментальные методы исследования.

XVI. Эпикриз

Эпикриз - краткое содержание истории болезни, в котором хронологически последовательно отражаются жалобы больного, анамнез заболевания, данные объективного и специального методов исследования, окончательный диагноз, выполненная операция, течение послеоперационного периода, проведенное консервативное лечение, его эффективность, состояние больного к моменту окончания курации или выписки.

В заключение даются рекомендации по амбулаторному лечению и диспансерному наблюдению за пациентом (образ жизни, трудоустройство, диета, периодичность поликлинического и стационарного обследования, санаторно-курортное лечение).

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

XVII. Прогноз основного заболевания

XVIII. Библиографический список

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

Дата _____ Подпись куратора _____

Оценка _____ Подпись преподавателя _____

Методические рекомендации составили:

С.Г. Анашкин – заведующий кафедрой хирургических болезней, доктор медицинских наук, доцент

И.Д. Корнилецкий – доцент кафедры хирургических болезней, кандидат медицинских наук

Рецензент:

А.А. Котляров – декан медицинского факультета, доктор медицинских наук, профессор

ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ

Методические рекомендации рассмотрены на заседании кафедры хирургических болезней медицинского факультета ИАТЭ НИЯУ МИФИ (протокол № ____ от « ____ » _____ 20 ____ г.)	Заведующий кафедрой хирургических болезней медицинского факультета отделения биотехнологий ИАТЭ НИЯУ МИФИ « ____ » _____ 20 ____ г. _____ С.Г. Анашкин Начальник отделения биотехнологий ИАТЭ НИЯУ МИФИ « ____ » _____ 20 ____ г. _____ А.А. Котляров
---	---