

Методические указания

по выполнению и оформлению Итоговой аттестационной работы
для специалистов с высшим медицинским образованием
(кроме специалистов в системе управления здравоохранением)

Введение

Подготовка итоговой аттестационной работы является завершающим этапом обучения и формой итоговой аттестации специалистов в рамках прохождения обучения по дополнительной профессиональной образовательной программе профессиональной переподготовки.

Цель настоящих методических указаний – оказание обучающимся помощи в определении содержания итоговой аттестационной работы, ознакомление с требованиями по её написанию и защите.

1. Цели и задачи итоговой аттестационной работы

Отличительной особенностью итоговой аттестационной работы является ее практическая направленность. Основной целью итоговой аттестационной работы является заполнение Истории болезни, отражающее практическую работу врача, его знания и умения в данной предметной области, профессиональные компетенции, умение клинически мыслить.

История болезни является свидетельством правильного ведения больного врачом и/или совершенных им ошибок.

История болезни – это документ на больного, на основе которого можно судить о причинах болезни и ее развитии, о течении заболевания, о необходимости диагностических и лечебно-профилактических мероприятий, включая экспертизу нетрудоспособности и профессиональной пригодности.

Схема обследования больного преследует основную цель - обеспечить планомерно-последовательное изучение субъективных и объективных проявлений болезни.

Тщательное обследование больного позволяет избежать диагностических ошибок.

Грамотно оформленная (написанная) история болезни служит критерием овладения врачом практических навыков и умений для выполнения им нового вида профессиональной деятельности.

2. Выбор темы итоговой аттестационной работы

По завершению обучения по дополнительной профессиональной образовательной программе профессиональной переподготовки слушателю предлагается из 10 установленных клинических диагнозов выбрать один для заполнения истории болезни на больного по предложенной ниже схеме.

3. Схема истории болезни

3.1 Паспортная часть

Содержит следующие сведения о больном: фамилия имя отчество, возраст, место жительства, место работы, должность.

Дата поступления, дата курации, дата выписки (смерти).

Диагнозы направившего учреждения, при поступлении, клинический, окончательный: основной, сопутствующий, осложнения.

Даты постановки диагноза.

3.2 Жалобы больного

Жалобы отражаются в истории болезни после их анализа профессиональным языком, т.е. то, что логическим клиническим мышлением выявил врач и уточнил при активном опросе. При этом записываются в начале ведущие жалобы, посиндромно относящиеся к основному заболеванию, а затем остальные, не укладывающиеся в его клинику.

Пример: Жалобы на ноющую боль в грудной клетке справа, усиливающиеся при глубоком дыхании и повороте туловища; одышку смешанного характера, возникающую при обычной ходьбе; кашель со слизисто гнойной мокротой до 100 мл. равномерно в течение суток; повышение температуры до 39 °С; потливость; выраженную слабость.

В вышеуказанном примере жалобы изложены в порядке от более тяжелых и специфичных к более легким и общим.

3.3 Анамнез заболевания

История развития настоящего заболевания, т.е. хронологическая последовательность появления и группирования симптомов. Следует иметь в виду, что развитие острого заболевания происходит быстро, поэтому детали анамнеза необходимо выяснять с учетом дней болезни, а часто даже часов с начала заболевания.

При этом выясняется дата заболевания и начало (постепенно, остро, внезапно), при каких обстоятельствах (на фоне полного здоровья или болезненного процесса, какого). Уточняются начальные симптомы болезни,

особенности их проявления, наличие продромального периода. Отслеживается развитие каждого симптома в хронологическом порядке, от его возникновения до дня осмотра больного.

Указывают динамику развития симптомов, частоту осложнений, рецидивов (если они имели место). Прием лекарственных препаратов (дозы и кратность приема) и других методов лечения, их влияние на дальнейшее течение болезни. Были ли периоды улучшения, ухудшения. Уточняется время первичного обращения к врачу, предполагаемый диагноз, проводимые методы исследования, их результаты, характер догоспитальной терапии, её влияние на динамику болезни.

Указывается: откуда доставлен больной, каким видом транспорта, уточняется характер возможных реанимационных мероприятий во время транспортировки.

При переводе из другого ЛПУ следует уточнить сведения о консультанте - инфекционисте, хирурге, гинекологе давшего санкцию на перевод. Особое внимание уделяется переводному эпикризу.

Пример: Пациент около 15 лет страдает артериальной гипертензией, выявленной случайно при прохождении медицинского осмотра. Выставлялся диагноз гипертоническая болезнь. Регулярно лечение не принимал, только эпизодически. АД рабочим считает 160 и 90 мм.рт. В 2006 г. отмечает стационарное лечение в неврологическом отделении БСМП по поводу гипертонического криза и транзиторного нарушения мозгового кровообращения. Выписан с улучшением: дизартрия и гемипарезия слева исчезли, АД при выписке 130 и 80 мм. рт. ст. Далее принимал Энап 5 мг 2 раза в день нерегулярно.

Высокое АД не чувствует и самостоятельно не контролирует. В феврале 2016 г. стал отмечать появление давящих болей за грудиной при интенсивной физической нагрузке. За помощью не обращался. Боли купировались в покое. 15 июля 2016 г. на фоне обычных нагрузок возникли

сильные раздирающие боли за грудиной сопровождавшиеся одышкой смешанного характера и страхом смерти.

Бригадой скорой медицинской помощи доставлен в приёмный покой ГК БСМП и госпитализирован в отделение кардиореанимации с диагнозом ИБС кардиогенный шок крупноочаговый инфаркт миокарда.

В вышеуказанном примере повествование ведется с момента первого вовлечения сердечно сосудистой системы.

3.4 Анамнез жизни

Заполняется кратко. Указываются данные, необходимые для постановки предварительного диагноза. Например, указываются вредные привычки, перенесенные ранее заболевания, аллергологический, парентеральный анамнез, эпидемиологический анамнез и т.д.

3.5 STATUS PRAESENS OBJECTIVUS (объективный осмотр)

Общее состояние больного: удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое, крайне тяжелое, состояние клинической смерти.

Состояние сознания: ясное, спутанное - ступор, сопор, кома, бред, галлюцинации.

Положение больного: активное, пассивное, вынужденное (указать, какое).

Телосложение: правильное, неправильное.

Конституция: нормостеническая, гиперстеническая, астеническая.

Питание: кахексия, пониженное, умеренное, повышенное, избыточное.

Рост, вес, температура тела.

Состояние кожи, подкожной клетчатки, видимых слизистых, лимфатических узлов, состояние щитовидной железы, осмотр на чесотку, педикулез; состояние костно-мышечной системы; у женщин состояние молочных желез.

Осмотр лица, осмотр головы и шеи.

Состояние органов дыхания. Обязательное описание данных, полученных при осмотре, пальпации, сравнительной и топографической перкуссии, аускультации.

Форма грудной клетки. Выраженность над-и подключичной ямок, ширина межреберных промежутков, величина эпигастрального угла, положение лопаток и ключиц, соотношение переднее заднего и бокового размеров грудной клетки, симметричность грудной клетки.

Искривления позвоночника. Тип дыхания. Симметричность дыхательных движений. Участие в дыхании вспомогательной мускулатуры. Число дыханий в минуту. Глубина дыхания. Ритм дыхания.

Пальпация грудной клетки

Определение болезненных участков, их локализация. Определение резистентности. Определение голосового дрожания на симметричных участках.

Перкуссия легких

Сравнительная перкуссия с точным определением границ каждого звука по ребрам и топографическим линиям.

Топографическая перкуссия (при необходимости в зависимости от клинического диагноза).

Аускультация

Основные дыхательные шумы. Характер основных дыхательных шумов на симметричных участках грудной клетки (везикулярное, ослабленное, усиленное, жесткое, бронхиальное, отсутствие дыхательного шума). Побочные дыхательные шумы: Хрипы (сухие или влажные), крепитация, шум трения плевры, плевроперикардальный шум, их локализация и характеристика. Бронхофония: определение бронхофонии над симметричными участками грудной клетки (одинаковая с обеих сторон, усилена или ослаблена с одной стороны, точная локализация).

Состояние сердечно-сосудистой системы.

Описание данных осмотра, пальпации, перкуссии и аускультации. Констатация пульса и описание его свойств: частота, ритм, наполнение, напряжение. Артериальное давление.

Исследование сосудов (при необходимости в зависимости от клинического диагноза).

Состояние органов желудочно-кишечного тракта.

Осмотр и описание состояния губ, слизистой зева.

Осмотр живота.

Пальпация живота: поверхностная и глубокая.

Перкуссия живота (состояние печеночной тупости, тимпанит, наличие выпота).

Перистальтика кишечника: состояние сигмовидной, слепой, поперечно-ободочной, подвздошной кишки.

Аускультация (при необходимости в зависимости от клинического диагноза).

Печень: верхняя и нижняя границы печени, перкуторно размеры печени по Курлову.

Пальпация печени. Пальпация желчного пузыря. Пальпация поджелудочной железы.

Селезенка: границы перкуторно, пальпаторные данные.

Состояние мочеполовой системы.

Состояние нервно-психической сферы.

Адекватность поведения, доступность контакту, менингеальные симптомы, состояние

ЧМН. Состояние органов зрения, наличие бульбарных расстройств.

При необходимости - локальный статус.

3.6 Предварительный диагноз

На этапах опроса и осмотра больного врач, используя знания причин, механизма развития заболевания и его осложнений, указывает симптомы (субъективные) и признаки (объективные). Затем объединяет их в синдромы

при наличии патологической взаимосвязи. Из всех выделяет (указывает в данном разделе) ведущий синдром, определяющий постановку рабочего (предварительного) диагноза (диагнозов), в соответствии с классификацией, принятой в стране и ВОЗ.

В данном разделе истории болезни формулируются основные гипотезы природы болезни пациента.

Пример. Предположим, что при сборе жалоб, анамнезов данных осмотра, выявлен синдром легочного инфильтрата. Предварительный диагноз будет выглядеть следующим образом:

- 1. Внебольничная пневмония нижней доли справа ДН2*
- 2. Инфильтративный туберкулез нижней доли справа ДН2*
- 3. Suspicio blastoma pulmonis dextra ДН2*

В этом примере построен дифференциально-диагностический ряд по одному синдрому.

Не смотря на то, что обучающемуся предложены уже установленные клинические диагнозы, ему необходимо провести возможную дифференциальную диагностику основного заболевания.

3.7 План обследования

Включает в себя назначения общеклинических, биохимических и специальных исследований (иммунологических, инструментальных), обеспечивающих диагностику предполагаемого заболевания и дифференциальную диагностику по вышеуказанному в примере ряду заболеваний.

3.8 План лечения

При поступлении больного в крайне тяжелом состоянии на первый план выступает оказание неотложной помощи. Лечение планируется и обосновывается по основному и сопутствующему заболеваниям.

Лечение должно быть комплексным, полным, при этом следует избегать полипрагмазии.

Плановое лечение должно быть комплексным, включающим диетотерапию, организацию лечебно-охранительного режима, этиотропную, патогенетическую, симптоматическую терапию с индивидуальным подходом (назначаемые медикаментозные средства выписываются по общепринятым методикам на латинском языке, с указанием дозы и сигнатуры).

История болезни должна содержать цель госпитализации, планируемый результат, сроки пребывания, запись о добровольной информативности о госпитализации, медицинских вмешательствах или об отказе.

В конце ставится разборчиво фамилия врача.

Перед проведением любой манипуляции обосновывается ее необходимость; описывается состояние больного перед процедурой; вид проводимого исследования, степень риска, возможные осложнения, а также письменное соглашение больного (или родственников) на проведение.

Например: на проведение диагностической лапароскопии согласен.

3.9 Результаты лабораторных данных и дополнительных методов исследования

Указываются результаты всех дополнительных и обязательных лабораторных и инструментальных методов исследования. Интерпретация результатов. Фиксируются в хронологической последовательности.

3.10 Клинический диагноз и его обоснование

Формулировка клинического диагноза должна быть в соответствии с классификацией, принятой в стране и ВОЗ.

1. Указывается клинический диагноз (один из предложенных для заполнения истории болезни).

2. Далее проводится краткое обоснование диагноза по следующему примерному плану:

1) анализируя основные жалобы больного, вначале целесообразно сделать заключение о преимущественном поражении того или иного органа или системы;

2) анализируя все имеющиеся клинические симптомы (жалобы, анамнез, физикальные и лабораторно-инструментальные данные), необходимо выделить основные патологические симптомы и синдромы и дать их подробную характеристику;

3) анализируя патогенетическую взаимосвязь отдельных патологических симптомов и синдромов, сделать заключение об их возможном единстве и принадлежности к тому или иному заболеванию (т.е. привести доказательства нозологического диагноза).

Пример: Диагноз – ХОБЛ хронический обструктивный бронхит с частыми обострениями, фаза обострения ДН2. Диффузно выраженные эмфизема, пневмосклероз. Хроническое декомпенсированное легочное сердце, Н2Б.

Доказательством наличия бронхита у больного является ведущий синдром - бронхитический (кашель). За хронический бронхит, согласно определению ВОЗ – наличие постоянного кашля продолжительностью до 3 месяцев на протяжении двух последних лет.

Бронхообструктивный синдром может быть (дифференциальный ряд) при ХОБ, бронхиальной астме и ряде заболеваний с левожелудочковой сердечной недостаточностью (гипертоническая болезнь, митральный аортальный стеноз), хроническом нефрите и др.

За обструктивный вариант течения бронхита свидетельствует курение больного на протяжении более 30 лет, а также имеющийся клинико-морфологический синдром диффузной эмфиземы. Признаками эмфиземы являются бочкообразная форма грудной клетки, коробочный звук по всем легочным полям, смещение нижней границы легких до 12 ребра, ограничение подвижности нижнего легочного края по лопаточной линии до 3-4 см, ослабленное везикулярное дыхание с удлиненным выдохом.

Отсутствие обратимых, спорадических приступов удушья, выраженные признаки эмфиземы, возраст больного старше 50 лет и

давность заболевания до 2 х лет исключают диагноз бронхиальной астмы. Как и исключается кардиологическая патология, т.к. в анамнезе и при осмотре нет повышения АД, гипертрофии левого желудочка физикальных данных за порок сердца.

В анализах мочи по амбулаторной карте не обнаружено патологических изменений - нет и хронического нефрита.

Хроническое легочное сердце, его декомпенсация доказывается признаками недостаточности кровообращения по правожелудочковому типу (увеличенная болезненная печень, периферические отеки).

Одышка в покое, цианоз, тахикардия, увеличенная болезненная печень и периферические отеки подтверждают недостаточность кровообращения Н2Б по классификации Василенко-Стражеско.

Фармакопробы с сальбутамолом и атровентом – отрицательны, что говорит о необратимой обструкции. Это более характерно для ХОБЛ.

3.11 Эпикриз

Заполняется кратко.

Выписной эпикриз.

В нем указывается Ф.И.О., возраст больного, дата поступления, по какой день болезни, с каким диагнозом, проведенные лабораторные и инструментальные обследования, заключительного диагноза.

Указываются терапевтические мероприятия с указанием курсовой дозы препаратов, советы больному.

Посмертный эпикриз.

В случае смерти больного в эпикризе указывается фамилия, имя, отчество больного, возраст, даты и часы поступления больного в стационар, наступления смерти, диагноз при поступлении и окончательный клинический.

Указывается полный объем проведенного исследования и лечения.

Излагается клинический диагноз: основного заболевания, которое явилось причиной смерти больного; осложнения.

4. Оформление итоговой аттестационной работы

Размер шрифта Times New Roman – 14,

Междустрочный интервал – полуторный (1,5).

Размеры полей: левое – 30 мм, верхнее и нижнее – 20 мм, правое – 15 мм.

Выравнивание текста: по ширине.

Объем работы определяется слушателем самостоятельно.

5. Защита итоговой аттестационной работы

Защита итоговой аттестационной работы проводится на собеседовании, назначенном Институтом. Время проведения собеседования согласуется с обучающимся за неделю до его проведения.

На защите обучающийся в пределах 8-10 минут излагает основные положения своей итоговой работы в том порядке, в котором она выполнена.

Пример: Мною был выбран для проведения обследования больной с заключительным диагнозом «Острый катаральный аппендицит».

Диагноз при поступлении: Острый аппендицит

Диагноз клинический: Острый катаральный аппендицит

Диагноз заключительный: Острый катаральный аппендицит

Операция: экстренная аппендэктомия.

Жалобы при поступлении в больницу:

Больной предъявлял жалобы на острые, режущие боли в эпигастральной области, которые через некоторое время переместились в правую подвздошную область. Отмечал тошноту, общую слабость,

недомогание, небольшое повышение температуры (до 37.5). Боли носили постоянный характер, не иррадиировали.

Анамнез заболевания:

15.05.2016 (08 ч.10 мин) внезапно появились не очень интенсивные боли в эпигастральной области, которые в дальнейшем переместились в правую подвздошную область. Боли усиливались, носили постоянно нарастающий характер, усиливались при мочеиспускании. Наблюдалось небольшое повышение температуры (до 37.7⁰C), общая слабость, недомогание, тошнота и озноб. Подобные явления в прошлом не наблюдались.

15.05.2016 вечером боли стали более интенсивными, носили постоянный характер. В связи с этим была вызвана скорая помощь, и больной был госпитализирован в хирургическое отделение ГКБ №1.

Был произведен осмотр хирургом: язык обложенный, влажный; температура тела 37.5; при пальпации определялась болезненность в правой подвздошной области живота и напряжение мышц живота; симптомы Ровзинга, Ситковского, Образцова Воскресенского, Бартомье-Михельсона - положительные; симптом Щеткина-Блюмберга - отрицательный, и поставлен диагноз: острый аппендицит.

В экстренном порядке произведено оперативное вмешательство - экстренная аппендэктомия. На основе гистологического исследования был поставлен клинический диагноз - острый катаральный аппендицит.

Ход операции:

Название операции - экстренная аппендэктомия

Описание операции:

Положение больного на спине.

Доступ из разреза Волковича-Дьяконова.

Произведен косой разрез длиной 10 см в правой подвздошной области (середина разреза проходит на границе средней и наружной третьей линии, соединяющей переднюю верхнюю ость подвздошной

кости с пупком). Пересечены и перевязаны ветви *a. epigastrica superficialis*. Произведен разрез апоневроза наружной косой мышцы живота. Введенными под апоневроз куперовскими ножницами он был отслоен от подлежащих мышц и рассечен на всем протяжении кожного разреза. Далее, сомкнутыми браншами ножниц тупо были раздвинуты волокна косой и поперечных мышц, а также поперечная фасция.

Края раны были разведены тупыми крючками. Далее была рассечена брюшина.

Со стороны правого бокового канала была найдена слепая кишка, купол ее вместе с червеобразным отростком был выведен из операционной раны. Червеобразный отросток отечен, напряжен, слепая кишка в районе отростка плотная, терминальная часть подвздошной кишки гиперемирована.

На свободный край брыжейки у верхушки червеобразного отростка был наложен кровоостанавливающий зажим, в брыжейку было введено 15 мл 0,25% раствора новокаина, после чего на нее был наложен кровоостанавливающий зажим и она была отсечена.

Червеобразный отросток у основания был пережат кровоостанавливающим зажимом, перевязан кетгутом по основанию. Вокруг основания отростка был наложен серозно-мышечный кисетный шов. Выше лигатуры, лежащей на основании отростка, был наложен кровоостанавливающий зажим, затем между ним и лигатурой отросток был отсечен и направлен на гистологическое исследование.

Культия отростка была смазана спиртовым раствором йода и погружена в ранее наложенный кисетный шов, после чего он был затянут. Кисетный шов был завязан двумя узлами, поверх него был наложен Z-образный шов. Брюшная полость была обследована на наличие выпота (в правой подвздошной области выпота нет). Брюшина была зашита непрерывным кетгутовым швом. На мышечную рану были наложены узловыe кетгутовые швы до сближения краев мышцы, на

апоневроз наружной косой мышцы - шелковые швы, далее были ушиты подкожная клетчатка и кожа. Наложена асептическая повязка.

Макроскопия: аппендикс 6-7 см, слизистая оболочка гиперемирована, наблюдается умеренная отечность отростка, инъеция сосудов.

Послеоперационный диагноз: Острый катаральный аппендицит.

Назначение:

- 1. стол 0*
- 2. режим палатный*
- 3. холод на область послеоперационной раны*
- 4. Sol. Oxacillini 2,0 *4 раза в день в/в*
- 5. Sol. Ketoroli 1,0 ml в/в*
- 6. УВЧ на рану*

Хирургический статус:

Состояние больного после операции удовлетворительное, сознание ясное. При осмотре живота: живот мягкий в области послеоперационной раны наблюдается небольшое напряжение. В правой подвздошной области наблюдается послеоперационный рубец, длиной 6-7 см, количество швов - 6, края раны прилегают плотно, отека, красноты, кровоподтеков не наблюдается; прорезывание швов и отделяемого нет. При пальпации вокруг раны больной отмечает болевые ощущения. Аппендикулярного инфильтрата не определяется.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Больной получал консервативное лечение, физиолечение (УВЧ) на область послеоперационной раны. В настоящее время состояние больного удовлетворительное. Швы сняты на 6 сутки. Рана заживает первичным натяжением.

Больной выписывается домой в удовлетворительном состоянии под наблюдением врача - хирурга по месту жительства.

Анализ крови и мочи в пределах нормы.

*Рекомендовано: наблюдение у хирурга по месту жительства,
ограничение тяжелой физической нагрузки на 1-2 месяца.*

Прогноз для жизни и трудоспособности благоприятный.