ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ КАК ВАЖНЕЙШАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА

Алхимчикова Ирина Даниловна,

преподаватель,

Государственное автономное

профессиональное образовательное

учреждение Мурманской области

«Мурманский медицинский колледж»

Свидетельства о существовании истории болезни и ее аналогов относятся еще к временам Гиппократа. Как научный документ, получивший свое развитие с начала XIX века, история болезни в известной мере отражает историю развития медицинских идей и прогресс клинической диагностики.

Впервые историю болезни составил выдающийся отечественный клиницист Мудров М.Я. (1776-1831), который требовал от врачей подробного ее заполнения для «взыскания причин возникновения болезни». Медицинским работникам полезно помнить наставление Мудрова М.Я.: «История болезни должна иметь достоинство точного повествования о случившемся, следственно, должна быть справедлива... Историю болезни должно писать рачительно, подобно живописцу, малейшие черты и тени изображающему на лице человека… Я имею истории болезни всех моих больных. Все написаны моею рукою, написаны не дома, но при самих постелях больных. Сие сокровище для меня дороже моей библиотеки. Печатные книги везде найти можно, а истории болезней нигде».

Позже крупнейший деятель отечественной медицины Г.А. Захарьин (1829-1897) значительно углубил и усовершенствовал методику составления истории болезни, особенно в части анамнеза. В истории болезни его клиники впервые нашло отражение стремление к синтезу клиники, физиологии, патологии и патологической анатомии при построении клинического диагноза.

В настоящее время история болезни - это профессиональный дневник, школа выражения мысли, формулирования наблюдений и впечатлений, следования определенным правилам. Это зеркало воспитания медицинского работника, его грамотности и трудолюбия, источник его профессиональной памяти. Кроме того, история болезни как клинический документ является основой документации стационара. Качество составления многих других медицинских документов зависит от качества заполнения истории болезни. При необходимости она служит материалом для судебно-медицинского следствия, как самостоятельный юридический документ. Поэтому заполнение и ведение историй болезни является непростым делом и требует большой эрудиции в специальности среднего медицинского персонала.

Успешная подготовка фельдшеров в средних профессиональных образовательных организациях связана с поиском новых, более эффективных форм обучения, а также с активным использованием апробированных методов. Одним из таких известных методов и является составление студентами учебной истории болезни.

Результатом освоения основной профессиональной образовательной программы 31.02.01 «Лечебное дело» является овладение студентами профессиональных компетенций, в том числе:

ПК 2.1. Определять программу лечения пациентов различных возрастных групп.

ПК 2.2. Определять тактику ведения пациента.

ПК 2.4. Проводить контроль эффективности лечения.

ПК 2.5. Осуществлять контроль состояния пациента.

ПК 2.8. Оформлять медицинскую документацию.

В результате обучения студент должен иметь практический опыт:

* обследования пациента;
* интерпретации результатов обследования лабораторных и инструментальных методов диагностики, постановки предварительного диагноза;
* заполнения истории болезни, амбулаторной карты пациента.

Контрольно-оценочные средства, к которым в полной мере можно отнести и историю болезни, сопровождающие реализацию каждой основной профессиональной образовательной программы, разработаны для проверки качества формирования компетенций и являются действенным средством не только обучения, но и оценки. Они стимулируют у студентов стремление к систематической самостоятельной работе по изучению междисциплинарных курсов или профессионального модуля.

История болезни - важнейшая составляющая любого учебного процесса. Правильное и аккуратное ведение истории болезни, своевременность и полнота записей в ней прививают студентам клиническое мышление и повышают уровень ответственности за результаты лечебного процесса. Но оформление учебной истории болезни всегда вызывает определенные трудности у студентов. Учебная история болезни, в отличие от врачебной, должна содержать результаты максимально полного обследования пациента по всем разделам (субъективного и объективного обследования). Наиболее полная информация о пациенте позволяет правильно диагностировать заболевание и, следовательно, эффективно планировать комплексное лечение и профилактику

Схема истории болезни имеет несколько разделов, которые располагают в строго определенном порядке:

* паспортные данные;
* субъективное обследование (жалобы, анамнез заболевания, анамнез жизни);
* объективное обследование (по органам и системам), предварительный диагноз;
* план обследования, результаты обследования;
* клинический диагноз;
* обоснование диагноза;
* принципы лечения, дневник курации;
* эпикриз;
* прогноз.

Данный медицинский документ, который составляется на каждого больного, находящегося в стационаре медицинской организации, имеет лечебное, научно-практическое, юридическое и педагогическое значение:

* лечебное, так как по записям в истории болезни выполняются диагностические и лечебные мероприятия;
* научно-практическое, так как служит исходным материалом для изучения причин и особен­ностей течения заболевания, а следовательно, для разработки и проведения профилактических мероприятий;
* юридическое, так как дает возможность судить о полноте, правильности и своевременности диагностических и лечебных мероприятий и может служить источником доказательств при возможном разборе действий медицинского работника контролирующими или судебными органами, поэтому является основным определяющим документом в решении спорных пра­вовых вопросов, касающихся юридической ответственности фельдшера;
* педагогическое, так как написание ее воспитывает у студента определенное клиническое мышление, учит правильно и методично исследовать больного, анализировать полученные сведения, ставить диагноз, уточнять его, составлять план лечения.

При составлении подобной медицинской документации студент работает в условиях, максимально приближенных к самостоятельной работе, поэтому он должен зарегистрировать полученные данные, осмыслить их, правильно сформулировать предварительный диагноз, провести дифференциальную диагностику, что позволяет лучше ознакомиться с определенными нозологическими формами, составить наиболее рациональный план обследо­вания, лечения больного в конкретной клинической ситуации.

Первый этап написания - самостоятельный: студент собирает жалобы, анамнез, проводит объективное обследование больного, составляет план обследования, выделяет синдромы, выбирает среди них основной, устанавливает предварительный диагноз, а также составляет план лечения пациента. Одновременно студент знакомится с врачебной историей болезни, имеющимися в ней данными всех методов обследования и лечения больного.

Следующий этап предполагает совместную работу студента и преподавателя. Студент докладывает все сведения о пациенте, обсуждая все разделы истории болезни: жалобы, симптомы, синдромы с объяснением механизмов их развития, предварительный диагноз, план обследования и его соответствие стандартам медицинской помощи, дифференциальный диагноз с учетом основного синдрома, обсуждение назначенного лечения в соответствии с современными стандартами медицинской помощи, прогноз и дальнейшие рекомендации больному при выписке.

Написание учебной истории болезни требует от студента активного изучения литературы, касающейся данного заболевания, умения составить краткий, но четкий реферат об этиологии, патогенезе и методах лечения, обобщить свои наблюдения над больным в форме эпикриза. При этом студент закрепляет свои навыки по всестороннему исследованию больного, системному, логическому изложению всех полученных данных. Все это учит в дальнейшем будущего молодого специалиста правильно заполнять амбулаторную карту, карту вызова, которые являются, по сути, сокращенным вариантом истории болезни и где нужно уметь кратко, но вместе с тем максимально полно изложить данные обследования и лечения больного.

Текст истории болезни должен быть написан аккуратным, четким и разборчивым почерком, без сокращения слов. При оформлении истории болезни должны быть соблюдены следующие требования:

* строгое следование принятой в учебном заведении форме истории болезни;
* точность и логичность изложения;
* исчерпывающая полнота необходимых сведений;
* ясность изложения;
* все подзаголовки разделов истории болезни должны быть выделены;
* обязательно должны быть широкие поля для замечаний преподавателя.

Соблюдение этих требований не пустая формальность, а проявление высокой сознательности и культуры студента — будущего специалиста среднего звена, правильного понимания им служебного долга.

Защита истории болезни - заключительный этап освоения профессионального модуля. Поэтому можно рассматривать учебную историю болезни как своеобразную дипломную работу, итоговый документ, который характеризует уровень знаний студентов, окончивших соответствующий курс.

Требования к уровню знаний и умений студента, предъявляемые к защите истории болезни.

Студент должен знать:

* основные клинические классификации, используемые для постановки диагноза у данного больного;
* определение понятий: «Клинический диагноз», «Основной диагноз», «Осложнения», «Со­путствующие заболевания»;
* принцип формирования клинического диагноза; клинические проявления заболеваний внутренних органов;
* современные стандарты обследования и лечения основного заболевания.

Студент должен уметь:

* проводить полное физическое обследование больного;
* объяснить механизмы найденных симптомов и синдромов;
* уметь составить план обследования с учетом основного диагноза и сопутствующей патологии у данного больного;
* дать оценку проводимой терапии, объяснить механизмы
* действия используемых лекарственных средств и их возможные побочные эффекты; определить прогноз и дальнейшие рекомендации больному при выписке из стационара; правильно оформить учебную историю болезни в соответствии с образцом.

Защита истории болезни проводится в соответствии с расписанием для данной группы, в последний день производственной практики по междисциплинарному курсу. Возможна досрочная защита истории при согласовании даты с ведущим преподавателем. При собеседовании на защите студент имеет право пользоваться данными, представленными в учебной истории болезни. В конце защиты экзаменатор выставляет оценку прописью на титульном листе, затем дату и ставит свою подпись. Знания студентов оцениваются на «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

Критерии оценки знаний и умений студентов:

Заслуживает «отлично» студент:

* оформивший учебную историю болезни в назначенный срок и в полном соответствии с требуемым образцом, без исправлений, грамматических и стилистических ошибок;
* показавший всестороннее и глубокое знание внутренних болезней (основных классификаций, диагностических критериев заболеваний) по представленному клиническому случаю;
* показавший умение проводить дифференциальную диагности­ку с учетом основного синдрома у конкретного больного;
* умеющий составлять план обследования и лечения по основной и сопутствующей патологии у представленного больного;
* усвоивший современную основную литературу и знакомый с дополнительной, рекомендованной программой;
* проявивший творческие способности в понимании, изложении и применении учебного материала в конкретном клиническом случае;
* не имеющий существенных замечаний по написанию и оформлению истории болезни.

Заслуживает «хорошо» студент:

* оформивший учебную историю болезни в положенный срок и в. полном соответствии с требуемым образцом, без исправлений по тексту, грамматических и стилистических ошибок;
* показавший полное знание внутренних болезней (основных классификаций, диагностических критериев заболеваний) по представленному клиническому случаю;
* показавший умение проводить дифференциальную диагностику с учетом основного синдрома у конкретного больного;
* умеющий составлять план обследования и лечения по основной патологии у представленного больного;
* усвоивший современную основную литературу;
* имеющий отдельные непринципиальные замечания по написанию и оформлению истории болезни.

Заслуживает «удовлетворительно» студент:

* оформивший учебную историю, не полностью соответствующую необходимому образцу, с исправлениями и ошибками;
* показавший неполные знания основных разделов внутренних болезней (классификаций, диагностических критериев заболеваний) по представленному клиническому случаю;
* показавший неполное умение проводить дифференциальную диагностику с учетом основного синдрома у конкретного больного;
* умеющий составлять план об­следования и лечения по основной патологии у представленного больного;
* знакомый с основной литературой;
* имеющий существенные принципиальные замечания по написанию и оформлению исто­рии болезни.

Заслуживает «неудовлетворительно» студент:

* оформивший историю болезни, несоответствующую образцу;
* допустивший принципиальные ошибки в постановке и оформлении клинического диагноза;
* показавший очень слабые, поверхностные знания внутренних болезней по представленному больному;
* не умеющий проводить дифференциальную диагностику по основному синдрому у конкретного больного;
* не владеющий умением составлять план обследования и лечения;
* не знающий группы препаратов, используемых у данного больного и механизмы их действия;
* использовавший устаревшую основную литературу или не указавший ее вовсе;
* имеющий много принципиальных существенных замечаний по написанию и оформлению истории болезни.

Студент, получивший оценку «неудовлетворительно», в течение недели должен подготовиться к повторной защите, которая проводится после предварительной проверки истории болезни и в установленный срок, согласованный с преподавателем. Защита истории болезни позволяет оценить теоретические знания студентов в практическом применении, способность к нетрадиционному мышлению.

Составление учебной истории болезни способствует реализации основной задачи обучения - повышению качества подготовки специалиста среднего медицинского персонала.