

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»**

Педиатрия

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.

I. 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. К подготовке и написанию академической истории болезни в медицинском вузе придается такое же значение, как курсовому проектированию в технических ВУЗах.

Подготовка и защита академической истории болезни должны являться завершающим этапом изучения дисциплины «Педиатрия».

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 «Педиатрия» и выполняется в III семестре. Требования к структуре и содержанию курсовых работ определяются кафедрой на основе типовой истории болезни. Нозологические формы, отражаемые в истории болезни, определяются учебно-тематическим планом по дисциплине и соответствуют, как правило, нозологическим формам изучаемым в данном семестре. Конкретная тематика академических историй болезни определяется преподавателем, ведущим практические занятия и под контролем которого проводится написание академической истории болезни.

II. Общие требования к курсовым работам

Курсовая работа (академическая история болезни) должна быть написана на основе тщательно проработанного собранного и обработанного материала по результатам курации больного.

Курсовая работа представляет собой самостоятельный труд по итогам курации больного по тематике, изучаемой на практических клинических занятиях. История болезни должна отличаться логическим изложением основных положений методических указаний по написанию академической истории болезни, 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 курациями, 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.

III. 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 III семестра

предоставляется студентам перечень нозологических форм и список курируемых больных. Студенту предоставляется право выбора больного для курации по изучаемым нозологическим формам.

Рекомендуемый перечень заболеваний для написания истории болезни:

Острая пневмония, железодефицитная анемия, острый бронхит, дистрофия, atopический дерматит, пиелонефрит.

IV. Выполнение курсовой работы

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 курсовой работы 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.

V. Общие требования к содержанию курсовой работы.

Клиническая история болезни включает следующие разделы: паспортные данные, жалобы, анамнез заболевания, анамнез жизни и состояние пациента по системам. Схема предполагает подробное описание местного 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 курсовой работы 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 либо машинописном варианте. Все листы курсовой работы 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 страницы 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.

VI. Оценка курсовой работы

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 курсовые работы могут быть защищены и в виде доклада на заседании научного студенческого общества и представлены на внутривузовский и иные конкурсы студенческих научных работ.

Основополагающей целью преподавания травматологии и ортопедии является обучение студентов современным положениям теоретических и практических разделов этой отрасли медицины. Одним из основных видов оценки успеваемости по изучаемой клинической дисциплине является написание курсовой работы – академической истории болезни. Используя данное учебное пособие в качестве основы, студенты будут иметь возможность подготовиться и правильно написать требуемую курсовую работу по дисциплине «Педиатрия».

VII. Схема написания академической истории болезни

Пример оформления титульного листа

**МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ**
Федеральное государственное автономное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Национальный исследовательский ядерный университет «МИФИ»
Обнинский институт атомной энергетики

Дисциплина
«Педиатрия»

АКАДЕМИЧЕСКАЯ ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

Больного _____
Клинический диагноз: _____
Дата начала курации: _____
Дата окончания курации: _____

Куратор

Преподаватель

Обнинск 201__ г.

Общие сведения:

Фамилия, имя ребенка

Возраст

Дата рождения

Домашний адрес

Место рождения ребенка

Время поступления в клинику

Диагноз:

При направлении

Предварительный

Окончательный (основной)

Сопутствующие заболевания

Осложнения

1. Анамнез болезни

Жалобы при поступлении: ведущие, общего характера, местные, по системам и органам.

Жалобы на момент курации. Начало и развитие настоящего заболевания. Когда заболел, характеристика начала заболевания, его причины. Провоцирующие факторы (переохлаждение, физическая нагрузка, утомление, контакт с инфекцией и т.д.). Последовательность проявления отдельных симптомов болезни.

2. Анамнез жизни

. Антенатальный период. Состояние здоровья матери во время беременности. Токсикоз в 1-й и 2-й половинах беременности. Заболевания беременной, их лечение. Условия жизни, труда, питание во время беременности. Роды, их характер, продолжительность.

2. Характеристика новорожденного. Доношенность или недоношенность (указать причину недоношенности). Масса и длина тела при рождении. Крик (слабый, громкий), на который день отпал пуповинный остаток, заживление пупочной ранки. Кожа (наблюдались ли сыпь, опрелость, гнойничковые элементы). Желтуха (ее выраженность, продолжительность). Время первого прикладывания к груди.

3. Вид вскармливания. Вскармливание материнской грудью, режим кормления, время отнятия от груди. Смешанное вскармливание. Искусственное вскармливание (его причина, с какого возраста). Введение в рацион ребенка соков (каких, систематическое их применение или нет, с какого возраста). Прикорм (с какого возраста, какие виды прикорма) Профилактика или лечение рахита (витамин Д). Характеристика питания в данный момент. Аппетит. Стул.

4. Нервно-психологическое развитие ребенка. С какого месяца держит голову, улыбается, гулит, фиксирует глазами яркие предметы, реагирует на звук, переворачивается со спины на живот, держит игрушки, сидит, ползает, ходит, говорит отдельные слова, фразы? Прорезывание зубов. Заключение по оценке нервно-психического развития ребенка (соответствует возрасту или нет).

5. Перенесенные заболевания. Краткая характеристика перенесенных заболеваний (длительность, тяжесть, осложнения, эффект от лечения) с указанием возраста. Особое внимание необходимо уделить профилактическим прививкам (против оспы, полиомиелита, кори, туберкулеза – БЦЖ, дифтерии, коклюша и столбняка – АКДС). Указать точный срок сделанных прививок и ответную реакцию. Реакция организма на лекарственные препараты, пищевые продукты.

6. Семейный анамнез. Возраст матери и отца. Состояние здоровья родителей: наличие хронических, инфекционных, наследственных, аллергических и профессиональных

заболеваний. Количество детей в семье, их возраст, состояние здоровья (были ли умершие дети, какого возраста, причина их смерти).

7. Бытовые условия и уход. Материально-бытовые условия семьи, число ее членов. Бюджет, характеристика квартиры. Наличие больных в окружении больного ребенка. Домашний уход. Посещение детского коллектива (ясли, детский сад, школа). Режим дня. Контакты с инфекционными больными за последние 3 недели.

3. Данные объективного исследования.

Статус на день курации. Общее состояние ребенка. Температура.

Нервная система. Сознание, реакция на окружающее. Характеристика поведения ребенка. Физиологические рефлексы.

Физическое развитие. Масса, рост, окружность груди, окружность головы. Оценка физического развития по индексам, по центильной системе. Заключение по физическому развитию ребенка.

Кожа (цвет, влажность, сухость, эластичность, рубцы, сыпь, пигментация и депигментация, кровоизлияния и т. д.).

Подкожно-жировая клетчатка. Состояние питания. Развитие подкожно-жирового слоя, равномерность распределения подкожно-жировой клетчатки, пастозность, отеки, их локализация, степень плотности. Тургор тканей.

Лимфатические узлы, доступные пальпации, их количество, величина, форма, консистенция, подвижность, спаянность с кожей и окружающими тканями, болезненность.

Мышцы. Степень развития, тонус (нормальный, повышенный, пониженный), сила мышц.

Костная система. Форма головы, состояние швов, родничков, деформация костей, количество зубов.

Суставы. Конфигурация. Движения активные и пассивные (в полном объеме, ограниченные, степень ограничения). Болезненность при пальпации, при активных и пассивных движениях, отечность, флюктуация.

Система дыхания. Форма грудной клетки, наличие деформаций, асимметрия, искривление грудной части позвоночника, западение над- и подключичной ямок, эпигастральный угол. Гаррисонова борозда.

Дыхание. Носовое, ротовое. Типы дыхания (грудной, брюшной, смешанный). Частота, глубина, ритм дыхания, участие в акте дыхания обеих половин грудной клетки. Одышка (инспираторная, экспираторная, смешанная). Пальпация, податливость грудной клетки, болезненность, ее локализация, межреберные промежутки (расширены, сужены), ребра (реберные «четки»). Голосовое дрожание. Сравнительная перкуссия. Аускультация: характер дыхания (пуэрильное, везикулярное, бронхиальное и т. д.), хрипы сухие (свистящие, жужжащие), влажные (мелко-, средне-, крупнопузырчатые), звучные, незвучные, крепитация.

Система кровообращения. Осмотр сердечной области. Пульсация. Пальпация: сердечный и верхушечный толчки, локализация, ширина, высота, сила верхушечного толчка, «кошачье мурлыканье». Перкуссия. Границы относительной сердечной тупости. Аускультация: ритм, звучность или глухость сердечных тонов, акценты, раздвоения, шумы, их характер (продолжительность, тембр, интенсивность), отношение к фазам сердечной деятельности (систолические, диастолические), локализация. Наибольшая интенсивность, проводимость, изменчивость, шум трения перикарда, его характер (нежный, грубый, продолжительность, локализация). Пульсация сосудов шеи. Пульс на лучевой артерии, частота, ритмичность (ритмичный, аритмичный, какая аритмия), величина (средний, высокий, малый нитевидный, одинаковый или разный на обеих руках). Напряжение (твердый, мягкий, средний). Отношение частоты дыхания к частоте пульса. Артериальное давление.

Система пищеварения и органы брюшной полости. Губы (цвет, влажность, высыпания, изъязвления, трещины). Рот (запах, цвет слизистых, кровоизлияния, язвочки, энантема). Язык (цвет, влажность или сухость, рисунок, налет, состояние сосочков - гипертрофия, атрофия). Десны (цвет, набухлость, разрыхленность, кровоточивость, язвы). Зев (цвет слизистой, состояние миндалин и дужек, язычка, налеты, их форма, величина, локализация, цвет, снимаются ли шпателем). Живот (форма, симметричность, вздутие, выпячивание, западение, видимая пульсация, расширение вен стенки живота, участие живота в акте дыхания, перистальтика). Печень и желчный пузырь (осмотр, видимое увеличение печени, ее размеры). Селезенка (видимое увеличение, верхняя и нижняя границы). Мочеполовые органы. Развитие половых органов.

4. Обоснование предварительного диагноза

Диагноз выставляется на основании данных анамнеза, истории и течения настоящего заболевания, данных объективного исследования. Перечислить заболевания для проведения дифференциальной диагностики.

5. План обследования

6. Результаты лабораторных, инструментальных и других специальных исследований

Результаты анализов должны оцениваться с точки зрения возрастной нормы и учитываться в постановке диагноза. В конце дается заключение по дополнительным методам исследования.

7. Дневник

Примерная форма дневника:

Дата

Температура

Пульс

Дыхание

Самочувствие ребенка, его сон. Состояние кожи и слизистых оболочек. Динамика изменения по органам. Функционирование желудочно-кишечного тракта (аппетит, количество и разнообразие употребляемой пищи, как сосет грудь, срыгивание, рвота, частота стула). Частота мочеиспусканий.

8. Обоснование окончательного клинического диагноза

Диагноз обосновывается данными анамнеза, историей и течением настоящего заболевания, объективным исследованием, результатами лабораторных, инструментальных и других исследований.

9. Этиология и патогенез заболевания

Проанализированные этиологические факторы основного заболевания следует сопоставить с изложенными в литературе. В таком же сравнении проводится патогенетическое обоснование заболевания с объяснением механизма, генеза отдельных симптомов. В заключении дается характеристика особенностей данного случая.

10. Лечение и профилактика

Основные принципы лечения данного больного обосновываются ведущими клиническими симптомами. Среди лечебных средств выделяются сначала главные, требующие первоочередного применения, затем остальные. Обоснование терапии необходимо начать с момента курации. Намечается план дальнейшего лечения больного. Назначается диетическое питание с анализом и коррекцией пищевых ингредиентов. Точно указывается режим кормления. При назначении медикаментозной терапии наряду с обоснованием необходимо указать точную методику и длительность применения (особенно гормонов и антибиотиков), дозировку препаратов с учетом массы и возраста ребенка. Необходимо выписать рецепты назначенных лекарств.

11. Эпикриз

Составляется кратко, без повторений. Анамнез, данные объективного исследования полностью не переписываются, используются только основные моменты этих разделов, подтверждающие характеристику заболевания. Указывается проведенное лечение. К концу курации или к выписке больного из клиники определяется эффективность проведенного лечения. Даются советы при выписке.

12. Использованная литература.

Подпись куратора.

ПОРЯДОК ЗАЩИТЫ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ.

В течение цикла детских болезней студент представляет историю болезни преподавателю для рецензии. Преподаватель проверяет ее, отмечает все ошибки, погрешности в оформлении. В конце цикла детских болезней студент защищает историю болезни, кратко докладывая больного и давая обоснование выставленного клинического диагноза, отвечает на все замечания преподавателя, отстаивает свои позиции. После этого преподаватель выставляет оценку за историю болезни.

Критерии оценивания компетенций (результатов) :

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.

Описание шкалы оценивания: 4х балльная: отлично, хорошо, удовлетворительно, неудовлетворительно. Пересчет шкалы в 100 балльную осуществляется в соответствии соответствует п. 3.4.2. СМК-ПЛ-7.5-06 «Положения о кредитно-модульной системе НИЯУ МИФИ».

Методические рекомендации составили:

М.В. Нежданова – заведующая кафедрой акушерства и гинекологии, доктор медицинских наук, доцент

Рецензент:

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