федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Оренбургский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ**

**ПО САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ ОБУЧАЮЩИХСЯ**

**ФАКУЛЬТЕТСКАЯ ТЕРАПИЯ**

по специальности

31.05.02 «Педиатрия»

Является частью основной профессиональной образовательной программы высшего образования по специальности 31.05.02 «Педиатрия»

утвержденной ученым советом ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России

протокол № 3 от 23» октября 2015 г.

Оренбург

**1.Пояснительная записка**

Самостоятельная работа — форма организации образовательного процесса, стимулирующая активность, самостоятельность, познавательный интерес обучающихся.

Самостоятельная работа обучающихся является обязательным компонентом образовательного процесса, так как она обеспечивает закрепление получаемых знаний путем приобретения навыков осмысления и расширения их содержания, решения актуальных проблем формирования общекультурных (универсальных), общепрофессиональных и профессиональных компетенций, научно-исследовательской деятельности, подготовку к занятиям и прохождение промежуточной аттестации.

Самостоятельная работа обучающихся представляет собой совокупность аудиторных и внеаудиторных занятий и работ, обеспечивающих успешное освоение образовательной программы высшего образования в соответствии с требованиями ФГОС. Выбор формы организации самостоятельной работы обучающихся определяется содержанием учебной дисциплины и формой организации обучения (лекция, семинар, практическое занятие, др.).

Целью самостоятельной работы является углубление, расширение, систематизация и закрепление полученных теоретических знаний и практических умений студентов; формированиепрофессиональныхврачебныхумений и навыков по диагностике и дифференциальной диагностике основных синдромов и заболеваний внутренних органов у взрослых, по выбору индивидуальной лечебной тактики, по анализу применения конкретных лекарственных средств при лечении основных патологических синдромов, заболеваний и неотложных состояний в терапевтической практике; развитие клинического мышления, познавательных способностей, активности и исследовательских умений студента;формирование умений использовать справочную документацию и специальную литературу для решения профессиональныхзадач.

**2. Содержание самостоятельной работы обучающихся.**

Содержание заданий для самостоятельной работы обучающихся по дисциплине представлено ***в фонде оценочных средств для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации по дисциплине***, который прикрепленк рабочей программе дисциплины, раздел 6 «Учебно- методическое обеспечение по дисциплине (модулю)», в информационной системе Университета.

Перечень учебной, учебно-методической, научной литературы и информационных ресурсов для самостоятельной работы представлен в рабочей программе дисциплины, раздел 8 « Перечень основной и дополнительной учебной литературы, необходимой для освоения дисциплины (модуля)».

**Цель самостоятельной работы:**

в результате выполнения самостоятельной работы по дисциплине обучающийся должен:

1. Овладеть:

а) знаниями обэтиологии, основных патогенетических механизмах, клинических и лабораторно-инструментальных проявлениях различных патологических процессов при наиболее распространенных заболеваниях внутренних органов, принципах их лечения, методах профилактики;

б) знаниями оклинических проявлениях, лабораторно-инструментальных признаках неотложных состояний при наиболее распространенных заболеваниях внутренних органов, принципах оказания при них первой врачебной медико-санитарной помощи на догоспитальном этапе.

2. Сформировать умения:

а) оценить этиологию, основные патогенетические механизмы, клинические и лабораторно-инструментальные проявления патологических процессов при наиболее распространенных заболеваниях внутренних органов, проводить их профилактику;

б) диагностировать неотложные состояния при наиболее распространенных заболеваниях внутренних органов, оказывать при них первую врачебную медико-санитарную помощь на догоспитальном этапе.

**Формы самостоятельной работы:**

а) работа с конспектом лекции; б) чтение текста (учебника, первоисточника, дополнительной литературы, ресурсов Интернет); составление плана и тезисов ответа; конспектирование текста; использование аудио- и видеозаписей, компьютерной техники, написание учебной истории болезни.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Тема самостоятельной работы  | Форма самостоятельной работы1 | Форма контроля самостоятельной работы *(в соответствии с разделом 4 РП)*  | Форма контактной работы при проведении текущего контроля2 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| *Самостоятельная работа в рамках модуля 4* |
| 1 | Модуль «Клинико-диагностический модуль» | Написание учебной историиболезни | Проверка учебной истории болезни | внеаудиторная – КСР, на базе практической подготовки |
| 2 | Модули «Пульмонология», «Кардиология» и. т.д. | Работа с конспектом лекции; работа над учебным материалом (учебника, первоисточника, дополнительной литературы); чтение текста (учебника, первоисточника, дополнительной литературы, ресурсов Интернет); составление плана и тезисов ответа; конспектирование текста; использование аудио- и видеозаписей, компьютерной техники; решение ситуационных задач. | Устный опрос, письменный опрос, тестирование,  | Аудиторная – на практических занятиях |

***Самостоятельная работа в рамках практических занятий***

|  |
| --- |
| **Модуль 2. «Кардиология»** |
| 1 | Тема **«Гипертоническая болезнь»** | 1.Подготовка к клиническим практическим занятиям: работа с конспектом лекции; работа над учебным материалом (учебника, первоисточника, дополнительной литературы); подготовка ответов на контрольные вопросы.2. Практическая подготовка на клинической базе: самостоятельная работа студента с курируемым больным в палате. Проведение анализа данных клинического обследования, лабораторных и инструментальных методов исследования курируемого больного для обоснования диагноза и проведения дифференциального диагноза. Назначение лечения.2.Написание учебной истории болезни курируемого больного | Устный опрос, письменный опрос, тестирование, проверка навыков работы с больным. | аудиторная – на практических занятиях;внеаудиторная – КСР, на базе практической подготовки |
| 2 | Тема **«Ишемическая болезнь сердца (ИБС). Стенокардия»** | 1.Подготовка к клиническим практическим занятиям: работа с конспектом лекции; работа над учебным материалом (учебника, первоисточника, дополнительной литературы); подготовка ответов на контрольные вопросы.2. Практическая подготовка на клинической базе: самостоятельная работа студента с курируемым больным в палате. Проведение анализа данных клинического обследования, лабораторных и инструментальных методов исследования курируемого больного для обоснования диагноза и проведения дифференциального диагноза. Назначение лечения.2.Написание учебной истории болезни курируемого больного | Устный опрос, письменный опрос, тестирование, проверка навыков работы с больным. | аудиторная – на практических занятиях;внеаудиторная – КСР, на базе практической подготовки |
| 3 | Тема **«Инфаркт миокарда»** | 1.Подготовка к клиническим практическим занятиям: работа с конспектом лекции; работа над учебным материалом (учебника, первоисточника, дополнительной литературы); подготовка ответов на контрольные вопросы.2. Практическая подготовка на клинической базе: самостоятельная работа студента с курируемым больным в палате. Проведение анализа данных клинического обследования, лабораторных и инструментальных методов исследования курируемого больного для обоснования диагноза и проведения дифференциального диагноза. Назначение лечения.2.Написание учебной истории болезни курируемого больного | Устный опрос, письменный опрос, тестирование, проверка навыков работы с больным. | аудиторная – на практических занятиях;внеаудиторная – КСР, на базе практической подготовки |
| 4 | Тема **«Хроническая сердечная недостаточность (ХСН)»** | 1.Подготовка к клиническим практическим занятиям: работа с конспектом лекции; работа над учебным материалом (учебника, первоисточника, дополнительной литературы); подготовка ответов на контрольные вопросы.2. Практическая подготовка на клинической базе: самостоятельная работа студента с курируемым больным в палате. Проведение анализа данных клинического обследования, лабораторных и инструментальных методов исследования курируемого больного для обоснования диагноза и проведения дифференциального диагноза. Назначение лечения.2.Написание учебной истории болезни курируемого больного | Устный опрос, письменный опрос, тестирование, проверка навыков работы с больным. | аудиторная – на практических занятиях;внеаудиторная – КСР, на базе практической подготовки |
| **Модуль 3. «Ревматология»** |
| 1 | Тема **«Ревматоидный артрит»** | 1.Подготовка к клиническим практическим занятиям: работа с конспектом лекции; работа над учебным материалом (учебника, первоисточника, дополнительной литературы); подготовка ответов на контрольные вопросы.2. Практическая подготовка на клинической базе: самостоятельная работа студента с курируемым больным в палате. Проведение анализа данных клинического обследования, лабораторных и инструментальных методов исследования курируемого больного для обоснования диагноза и проведения дифференциального диагноза. Назначение лечения.2.Написание учебной истории болезни курируемого больного | Устный опрос, письменный опрос, тестирование, проверка навыков работы с больным. | аудиторная – на практических занятиях;внеаудиторная – КСР, на базе практической подготовки |
| 2 | Тема **«Остеоартроз»** | 1.Подготовка к клиническим практическим занятиям: работа с конспектом лекции; работа над учебным материалом (учебника, первоисточника, дополнительной литературы); подготовка ответов на контрольные вопросы.2. Практическая подготовка на клинической базе: самостоятельная работа студента с курируемым больным в палате. Проведение анализа данных клинического обследования, лабораторных и инструментальных методов исследования курируемого больного для обоснования диагноза и проведения дифференциального диагноза. Назначение лечения.2.Написание учебной истории болезни курируемого больного | Устный опрос, письменный опрос, тестирование, проверка навыков работы с больным. | аудиторная – на практических занятиях;внеаудиторная – КСР, на базе практической подготовки |
| **Модуль 4. «Пульмонология»** |
| 1 | Тема **«Хроническая обструктивная болезнь легких»** | 1.Подготовка к клиническим практическим занятиям: работа с конспектом лекции; работа над учебным материалом (учебника, первоисточника, дополнительной литературы); подготовка ответов на контрольные вопросы.2. Практическая подготовка на клинической базе: самостоятельная работа студента с курируемым больным в палате. Проведение анализа данных клинического обследования, лабораторных и инструментальных методов исследования курируемого больного для обоснования диагноза и проведения дифференциального диагноза. Назначение лечения.2.Написание учебной истории болезни курируемого больного | Устный опрос, письменный опрос, тестирование, проверка навыков работы с больным. | аудиторная – на практических занятиях;внеаудиторная – КСР, на базе практической подготовки |
| 2 | Тема **«Бронхиальная астма»** | 1.Подготовка к клиническим практическим занятиям: работа с конспектом лекции; работа над учебным материалом (учебника, первоисточника, дополнительной литературы); подготовка ответов на контрольные вопросы.2. Практическая подготовка на клинической базе: самостоятельная работа студента с курируемым больным в палате. Проведение анализа данных клинического обследования, лабораторных и инструментальных методов исследования курируемого больного для обоснования диагноза и проведения дифференциального диагноза. Назначение лечения.2.Написание учебной истории болезни курируемого больного | Устный опрос, письменный опрос, тестирование, проверка навыков работы с больным. | аудиторная – на практических занятиях;внеаудиторная – КСР, на базе практической подготовки |
| **Модуль 5. «Гематология»** |
| 1 | Тема **«Острые и хронические лейкозы»** | 1.Подготовка к клиническим практическим занятиям: работа с конспектом лекции; работа над учебным материалом (учебника, первоисточника, дополнительной литературы); подготовка ответов на контрольные вопросы.2. Практическая подготовка на клинической базе: самостоятельная работа студента с курируемым больным в палате. Проведение анализа данных клинического обследования, лабораторных и инструментальных методов исследования курируемого больного для обоснования диагноза и проведения дифференциального диагноза. Назначение лечения.2.Написание учебной истории болезни курируемого больного | Устный опрос, письменный опрос, тестирование, проверка навыков работы с больным. | аудиторная – на практических занятиях;внеаудиторная – КСР, на базе практической подготовки |
| **Модуль 6. «Гастроэнтерология»** |
| 1 | Тема **«Хронические гепатиты и циррозы печени»** | 1.Подготовка к клиническим практическим занятиям: работа с конспектом лекции; работа над учебным материалом (учебника, первоисточника, дополнительной литературы); подготовка ответов на контрольные вопросы.2. Практическая подготовка на клинической базе: самостоятельная работа студента с курируемым больным в палате. Проведение анализа данных клинического обследования, лабораторных и инструментальных методов исследования курируемого больного для обоснования диагноза и проведения дифференциального диагноза. Назначение лечения.2.Написание учебной истории болезни курируемого больного | Устный опрос, письменный опрос, тестирование, проверка навыков работы с больным. | аудиторная – на практических занятиях;внеаудиторная – КСР, на базе практической подготовки |
| **Модуль 7. «Нефрология»** |
| 2 | Тема **«Хронический пиелонефрит»** | 1.Подготовка к клиническим практическим занятиям: работа с конспектом лекции; работа над учебным материалом (учебника, первоисточника, дополнительной литературы); подготовка ответов на контрольные вопросы.2. Практическая подготовка на клинической базе: самостоятельная работа студента с курируемым больным в палате. Проведение анализа данных клинического обследования, лабораторных и инструментальных методов исследования курируемого больного для обоснования диагноза и проведения дифференциального диагноза. Назначение лечения.2.Написание учебной истории болезни курируемого больного | Устный опрос, письменный опрос, тестирование, проверка навыков работы с больным. | аудиторная – на практических занятиях;внеаудиторная – КСР, на базе практической подготовки |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**3. Методические указания по выполнению заданий для самостоятельной работы по дисциплине**

**Методические указания обучающимся**

**по формированию навыков конспектирования лекционного материала**

1. Основой качественного усвоения лекционного материала служит конспект, но конспект не столько приспособление для фиксации содержания лекции, сколько инструмент для его усвоения в будущем. Поэтому продумайте, каким должен быть ваш конспект, чтобы можно было быстрее и успешнее решать следующие задачи:

а) дорабатывать записи в будущем (уточнять, вводить новую информацию);

б) работать над содержанием записей – сопоставлять отдельные части, выделять основные идеи, делать выводы;

в) сокращать время на нахождение нужного материала в конспекте;

г) сокращать время, необходимое на повторение изучаемого и пройденного материала, и повышать скорость и точность запоминания.

Чтобы выполнить пункты «в» и «г», в ходе работы над конспектом целесообразно делать пометки также карандашом:

Пример 1

/ - прочитать еще раз;

// законспектировать первоисточник;

? – непонятно, требует уточнения;

! – смело;

S – слишком сложно.

Пример 2

= - это важно;

[ - сделать выписки;

[ ] – выписки сделаны;

! – очень важно;

? – надо посмотреть, не совсем понятно;

 - основные определения;

 - не представляет интереса.

2. При конспектировании лучше использовать тетради большого формата – для удобства и свободы в рациональном размещении записей на листе, а также отдельные, разлинованные в клетку листы, которые можно легко и быстро соединить и разъединить.

3. Запись на одной стороне листа позволит при проработке материала разложить на столе нужные листы и, меняя их порядок, сближать во времени и пространстве различные части курса, что дает возможность легче сравнивать, устанавливать связи, обобщать материал.

4. При любом способе конспектирования целесообразно оставлять на листе свободную площадь для последующих добавлений и заметок. Это либо широкие поля, либо чистые страницы.

5. Запись лекций ведется на правой странице каждого листа в разворот, левая остается чистой. Если этого не делать, то при подготовке к экзаменам дополнительную, поясняющую и прочую информацию придется вписывать между строк, и конспект превратится в малопригодный для чтения и усвоения текст.

6. При конспектировании действует принцип дистантного конспектирования, который позволяет отдельные блоки информации при записи разделять и по горизонтали, и по вертикали: отдельные части текста отделяются отчетливыми пробелами – это вертикальное членение; по горизонтали материал делится на зоны полями: I – конспектируемый текст, II – собственные заметки, вопросы, условные знаки, III – последующие дополнения, сведения из других источников.

7. Огромную помощь в понимании логики излагаемого материала оказывает рубрикация, т.е. нумерование или обозначение всех его разделов, подразделов и более мелких структур. При этом одновременно с конспектированием как бы составляется план текста. Важно, чтобы каждая новая мысль, аспект или часть лекции были обозначены своим знаком (цифрой, буквой) и отделены от других.

8. Основной принцип конспектирования – писать не все, но так, чтобы сохранить все действительно важное и логику изложения материала, что при необходимости позволит полностью «развернуть» конспект в исходный текст по формуле «конспект+память=исходный текст».

9. В любом тексте имеются слова-ориентиры, например, помогающие осознать более важную информацию («в итоге», «в результате», «таким образом», «резюме», «вывод», «обобщая все вышеизложенное» и т.д.) или сигналы отличия, т.е. слова, указывающие на особенность, специфику объекта рассмотрения («особенность», «характерная черта», «специфика», «главное отличие» и т.д.). Вслед за этими словами обычно идет очень важная информация. Обращайте на них внимание.

10. Если в ходе лекции предлагается графическое моделирование, то опорную схему записывают крупно, свободно, так как скученность и мелкий шрифт затрудняют её понимание.

11. Обычно в лекции есть несколько основных идей, вокруг которых группируется весь остальной материал. Очень важно выделить и четко зафиксировать эти идеи.

12. В лекции наиболее подробно записываются план, источники, понятия, определения, основные формулы, схемы, принципы, методы, законы, гипотезы, оценки, выводы.

13. У каждого слушателя имеется своя система скорописи, которая основывается на следующих приемах: слова, наиболее часто встречающиеся в данной области, сокращаются наиболее сильно; есть общепринятые сокращения и аббревиатуры: «т.к.», «т.д.», «ТСО» и др.; применяются математические знаки: «+», «-», «=», «>». «<» и др.; окончания прилагательных и причастия часто опускаются; слова, начинающиеся с корня, пишут без окончания («соц.», «кап.», «рев.» и т.д.) или без середины («кол-во», «в-во» и т.д.).

14. Пониманию материала и быстрому нахождению нужного помогает система акцентировок и обозначений. Во время лекции на парте должно лежать 2-3 цветных карандаша или фломастера, которыми стрелками, волнистыми линиями, рамками, условными значками на вспомогательном поле обводят, подчеркивают или обозначают ключевые аспекты лекций.

Например, прямая линия обозначает важную мысль, волнистая – непонятную мысль, вертикальная черта на полях – особо важную мысль. Основной тезис подчеркивается красным, формулировки – синим или черным, зеленым – фактический иллюстративный материал.

15. Качество усвоения материала зависит от активного его слушания, поэтому проявляйте внешне свое отношение к тем или иным его аспектам: согласие, несогласие, недоумение, вопрос и т.д. – это позволит лектору лучше приспособить излагаемый материал к аудитории.

16. Показателем внимания к учебной информации служат вопросы к лектору. По ходе лекции пытайтесь находить и отмечать те аспекты лекции, которые могут стать «зацепкой» для вопроса, а затем на следующих лекциях учитесь формулировать вопросы, не отвлекаясь от восприятия содержания.

**Методические указания обучающимся по подготовке**

 **к практическим занятиям**

Практическое занятие *–* форма организации учебного процесса, направленная на повышение обучающимися практических умений и навыков посредством группового обсуждения темы, учебной проблемы под руководством преподавателя.

*При разработке устного ответа на практическом занятии можно использовать* *классическую схему ораторского искусства. В основе этой схемы лежит 5 этапов*:

1. Подбор необходимого материала содержания предстоящего выступления.

2. Составление плана, расчленение собранного материала в необходимой логической последовательности.

3. «Словесное выражение», литературная обработка речи, насыщение её содержания.

4. Заучивание, запоминание текста речи или её отдельных аспектов (при необходимости).

5. Произнесение речи с соответствующей интонацией, мимикой, жестами.

*Рекомендации по построению композиции устного ответа:*

1. Во введение следует:

- привлечь внимание, вызвать интерес слушателей к проблеме, предмету ответа;

- объяснить, почему ваши суждения о предмете (проблеме) являются авторитетными, значимыми;

- установить контакт со слушателями путем указания на общие взгляды, прежний опыт.

2. В предуведомлении следует:

- раскрыть историю возникновения проблемы (предмета) выступления;

- показать её социальную, научную или практическую значимость;

- раскрыть известные ранее попытки её решения.

3. В процессе аргументации необходимо:

- сформулировать главный тезис и дать, если это необходимо для его разъяснения, дополнительную информацию;

- сформулировать дополнительный тезис, при необходимости сопроводив его дополнительной информацией;

- сформулировать заключение в общем виде;

- указать на недостатки альтернативных позиций и на преимущества вашей позиции.

4. В заключении целесообразно:

- обобщить вашу позицию по обсуждаемой проблеме, ваш окончательный вывод и решение;

- обосновать, каковы последствия в случае отказа от вашего подхода к решению проблемы.

*Рекомендации по составлению развернутого плана-ответа*

*к теоретическим вопросам практического занятия*

1. Читая изучаемый материал в первый раз, подразделяйте его на основные смысловые части, выделяйте главные мысли, выводы.

2. При составлении развернутого плана-конспекта формулируйте его пункты, подпункты, определяйте, что именно следует включить в план-конспект для раскрытия каждого из них.

3. Наиболее существенные аспекты изучаемого материала (тезисы) последовательно и кратко излагайте своими словами или приводите в виде цитат.

4. В конспект включайте как основные положения, так и конкретные факты, и примеры, но без их подробного описания.

5. Отдельные слова и целые предложения пишите сокращенно, выписывайте только ключевые слова, вместо цитирования делайте лишь ссылки на страницы цитируемой работы, применяйте условные обозначения.

6. Располагайте абзацы ступеньками, применяйте цветные карандаши, маркеры, фломастеры для выделения значимых мест.

**Методические указания по подготовке и оформлению учебной истории болезни**

В настоящее время история болезни - это профессиональный дневник, школа выражения мысли, формулирования наблюдений и впечатлений, следования определенным правилам. 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 требует большой эрудиции

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 врача;
* 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.

 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.

Далее подробно излагаются план и схема истории болезни,которые предлагаются студенту в качестве образца при написании учебной истории болезни.

**СХЕМА УЧЕБНОЙ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ.**

1. Паспортные данные.

Инициалы.

Возраст.

Пол.

Национальность.

Образование.

Профессия.

Занимаемая должность (если пенсионер или инвалид, то должность в прошлом).

Дата поступления больного.

Диагноз, с которым больной направлен в клинику.

Диагноз при поступлении в клинику.

Клинический диагноз (должен отражать анатомическое и функциональное состояние пораженного органа или системы и этиологию):

 а) основное заболевание;

 б) осложнения;

 в) сопутствующие (ее) заболевания (е).

2. Жалобы.

Жалобы пациента описываются подробно, с детализацией их характера. Необходимо выяснить их не только на момент поступления больного в клинику, но и те, которые наблюдались у больного за весь период его болезни. Расспросить больного о функции всех органов и систем в настоящий момент и в прошлом.

А. Жалобы на момент курации.

Б. Жалобы при поступлении в клинику.

1. История настоящего заболевания (Anamnesis morbi) - логический рассказ о течении болезни. Должна содержать следующее:

1. Начало заболевания.

Следует искать проявления заболевания задолго до того «начала», о котором говорит больной. Обратить внимание на хронологическую последовательность возникновения симптомов болезни, дать им подробную характеристику, включая описание их характера, условия возникновения, от каких средств они уменьшаются или проходят. Наиболее частям проявлением болезни служат боли. Следует выявить полную характеристику: характер (острые, тупые, ноющие, колющие, режущие, сжимающие, жгучие и др.), приступообразные или постоянные, интенсивность, длительность, иррадиация, связь с физическим напряжением, волнением, охлаждением, приемом пищи и ее характером, кашлем, глубоким дыханием, движением, повышением температуры, какие средства снимают боли.

1. При выявлении динамики заболевания не следует слепо верить диагнозам, которые выставлялись больному ранее. Каждый из предшествовавших диагнозов должен быть вновь пересмотрен путем ретроспективного уточнения (выявления) тех симптомов, которые были у больного в тот период, когда ставился тот или иной диагноз.
2. Анамнез заболевания должен, в первую очередь, отражать подробную характеристику симптомов и их постепенное развитие.
3. Обратить внимание на характер предшествовавшего лечения и особенно на приемы в прошлом средств, которые сами по себе могут вызвать заболевание: (антибиотики, сульфаниламиды, кортикостероидные гормоны, цитостатики, транквилизаторы, сердечные гликозиды, наркотики и др.).
4. Выявлять аллергическую настроенность организма, начиная с раннего детства.
5. При выявлении симптомов болезни стараться определить не только анатомическое, но и функциональное состояние пораженных органов и систем. Оценить трудоспособность.
6. Более подробно описать последнее обострение (ухудшение) заболеваний, которое послужило основанием для данного обращения к врачу.

4. История жизни больного (Anamnesis vitae)

Место рождения, семейная обстановка. Детские и школьные годы.

Характер жилища и питания.

Трудовой анамнез.

Вредные привычки: курение (с каких лет начал, количество выкуриваемых сигарет в день, когда прекратил курение), алкогольные напитки (с какого возраста начал употреблять, сколько мог выпить будучи здоровым, как часто это повторялось), наркотики, крепкий чай, кофе. Перенесенные заболевания: туберкулез, желтуха (болел сам или имел контакт), малярия, тиф, воспаление легких, дизентерия, ангина, кариес, травмы, глистная инвазия, венерические заболевания.

Обратить особое внимание на проявление аллергии (отек Квинке, крапивница, кожный зуд, частое чихание, надсадный сухой приступообразный кашель, водянистые, внезапно появляющиеся выделения из носа, спорадические поносы, непереносимость запахов, некоторых пищевых веществ, лекарств).

Семейно-половой анамнез. Для женщин: характер менструации, беременности [не было ли отеков, изменений в моче, повышенного давления, нефропатии во время беременности, аборты, выкидыши (I или II половины беременности), климакс (в каком возрасте и как протекал) ].

Для мужчин - потенция.

Родословная: здоровье родителей, детей, ближайших родственников с указанием причин смерти родственников.

5. Настоящее состояние больного (Status praesens).

Оценка тяжести состояния: удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое.

Сознание: ясное, помрачнение, ступорозное, сопорозное, коматозное.

Положение больного (активное, пассивное, вынужденное).

Выражение лица, характер походки, движений.

Телосложение.

Рост. Вес.

Покровы тела: цвет, пигментация, отсутствие пигмента, сыпи, кровоизлияния, расчесы, шелушения, ангиомы, рубцы и пр.

Влажность кожных покровов. Развитие волосяного покрова. Ногти. Подкожно-жировая клетчатка.

Отеки. Кожно-мышечная система: степень развития мышц, наличие «барабанных пальцев», деформация позвоночника, наличие локальной болезненности при поколачивании остистых отростков позвоночника. Состояние суставов (форма, окраска кожи над ними, объем движения).

Температура тела.

СИСТЕМА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ.

Нос, гортань, шея.

*Осмотр*. Форма грудной клетки: нормальная, с увеличенным передне-задним размером, бочкообразная, «куриная», «грудь сапожника», искривление позвоночника. Экскурсия легких при дыхании. Частота дыхания в минуту. Ритм дыхания: правильный, Чейн-Стокса, Биота, Куссмауля. Глубина дыхательных движений (глубокое, поверхностное). Одышка, степень ее выраженности и характер (экспираторная, инспираторная, смешанная). Ощупывание грудной клетки: ригидность.

Голосовое дрожание (усиление, ослабление), крепитация.

*Перкуссия.* Сравнительная: качество звука - ясный (легочный), тупой, притупленный, тимпанический, коробочный. Топографическая перкуссия: определение нижних границ легких по всем линиям.

*Аускультация.* Сравнительная аускультация легких: характер дыхательных

шумов - везикулярное дыхание (ослабленное, усиленное, с удлиненным выдохом), жесткое дыхание.

Выслушивание побочных дыхательных шумов: сухие хрипы, тональность их, влажные хрипы (мелко-, средне-, крупнопузырчатые, крепитация). Шум трения плевры. Бронхофония.

СИСТЕМА ОРГАНОВ КРОВООБРАЩЕНИЯ.

*Осмотр* области сердца и сосудов. Наличие выпячивания грудной клетки в области сердца - «сердечный горб». Сердечный и верхушечный толчок, их локализация, сила, ритм, распространенность (разлитой, ограниченный). Ограниченное выпячивание грудной клетки и пульсация в этих местах (аневризма аорты). Надчревная пульсация.

*Пальпация.* Определение свойств верхушечного толчка (сильный, слабый, ограниченный, разлитой), локализация его (в каком межреберье и по какой линии). Определение систолического и диастолического дрожания («кошачьего мурлыканья»).

*Перкуссия.* Определение границ относительной и абсолютной тупости сердца. Конфигурация сердца, сердечная талия.

*Аускультация.* Тоны сердца, их характеристика (ослабление, усиление, хлопающий первый тон на верхушке). Частота сердечных сокращений (тахикардия, брадикардия), ритм (правильный, неправильный, трехчленный, ритм галопа, ритм «перепела», маятникообразный ритм, наличие раздвоения и расщепления тонов, акценты). Шумы сердца: систолический, диастолический. Сила и характер шумов (резкий, слабый, мягкий, грубый), место их максимальной слышимости, проводимость шумов.

*Исследование сосудов.* Осмотр сосудов («пляска каротид», состояние вен, пульсация вен).

*Пульс*. Количество ударов в минуту, ритм, наполнение, напряжение, форма, величина, равномерность, дефицит пульса.

*Артериальное давление* систолическое и диастолическое на верхних конечностях.

СИСТЕМА ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ.

*Полость рта*: запах изо рта (кислый, гнилостный, каловый, ацетоновый, алкоголя, мочевины и пр.).

*Губы*: цвет, сухость, трещины, герпетическая сыпь. Слизистая оболочка внутренней поверхности губ и щек, твердого и мягкого неба, их цвет, пигментация, изъявления, молочница и пр.

*Десны*: бледные, разрыхленные, кровоточивые.

*Зубы*: есть ли кариозные, указать какие зубы отсутствуют, вставные зубы.

*Язык*: величина, цвет, «лакированный», «бархатный», влажный, сухой, чистый, обложенный, трещины, язвы, рубцы.

*Зев*: окраска, припухлость слизистой оболочки, сухость, налеты.

*Глотка*: цвет слизистой, сухость, отечность, налеты, изъявления, рубцы.

*Осмотр живота*: величина, форма («лягушачий живот», втянутый, запавший), вздутие. Участие живота в акте дыхания, симметричность. Развитие на животе подкожных венозных анастомозов («голова медузы»). Рубцы послеоперационные, пигментация после грелок. Наличие грыжи (белой линии живота, паховые, бедренные).

Поверхностная (ориентировочная) пальпация - выявляется местная или разлитая болезненность, болевые точки, напряжение мышц брюшной стенки, определяется наличие асцита.

Исследование печени: пальпаторно определяется характер края, болезненность печени при пальпации. Перкуссия верхней и нижней границ печени, размеры печени по Курлову.

Пальпация желчного пузыря. Болевые симптомы, указывающие на патологию желчных путей (симптомы Георгиевского-Мюсси, симптом Ортнера).

МОЧЕПОЛОВАЯ СИСТЕМА.

Развитие вторичных половых признаков. Инфантилизм. Половые расстройства. Выпячивание над лобком и в области почек. Болезненность в области почек при пальпации и поколачивании, пальпация почек в положении больного лежа на спине, на боку, стоя. Характеристика величины, подвижности, болезненности и формы почек. Болезненность при пальпации по ходу мочеточника. Характер диуреза.

КРОВЕТВОРНАЯ СИСТЕМА.

Кровоизлияния, геморрагическая сыпь на коже. Кровотечения, цвет кожи и слизистых оболочек. Болезненность при постукивании по грудине и трубчатым костям. Состояние лимфатического аппарата (подчелюстная, затылочная, шейная, надключичная, подключичная, подмышечная, кубитальная, паховая, подколенная зоны).

При пальпации лимфоузлов указать их величину, консистентность, подвижность, болезненность.

Исследование селезенки: пальпация (определение края селезенки, ее консистенция, болезненность, подвижность), границы селезенки (верхняя, нижняя, задняя, передняя), определить длинник и поперечник селезенки по Курлову.

ЭНДОКРИННАЯ СИСТЕМА.

Состояние волос и волосяного покрова, пигментация кожи и слизистых оболочек. Соответствие общего развития возрасту. Форма и цвет лица. Развитие подкожной клетчатки. Стрии и их локализация. Отеки. Размеры щитовидной железы. Тремор рук, ног, языка, дрожь в теле.

НЕРВНАЯ СИСТЕМА.

Походка. Дермографизм. Наличие или отсутствие парезов, параличей. Речь. Внимание. Интеллект. Сон. Характер нервных процессов (адекватно ли относится к своему заболеванию, легко ли вступает в контакт, возбудим или инертен, плаксив, раздражителен).

6. Лабораторные и инструментальные исследования.

Все лабораторные и инструментальные исследования курируемых больных проводятся в клинических лабораториях, результаты их выписываются студентом из клинической истории болезни в хронологическом порядке. Студент должен оценить результаты лабораторного обследования.

7. Лист консультаций.

В листе консультаций записываются консультации окулиста, отоларинголога, хирурга, гинеколога и др. специалистов, которые были проведены пациенту.

8. План дальнейшего обследования. Указать, какие еще лабораторные и инструментальные исследования необходимо провести пациенту.

9. Клинический диагноз. Формулируется согласно современной классификации на основе полученных сведений при расспросе, физикальном обследовании, лабораторно-инструментальном обследовании.

10. Обоснование диагноза.

Должно быть обосновано каждое положение клинического диагноза в отдельности с использованием данных, полученных при расспросе, физикальном обследовании, лабораторно-инструментальном обследовании. При этом обоснование должно быть максимально конкретизировано с использованием, прежде всего, типичных, патогномоничных признаков, выявленных у пациента.

11. Лечение.

Лечение курируемого больного выписывается студентом из листа назначений:

а) режим;

б) диета;

в) лекарственные назначения - пропись рецепта, краткое описание механизма действия;

г) физиотерапевтическое лечение.

12. Прогноз.

Прогноз дается ближайший и отдаленный.

а) ближайший: учитываются неотложные состояния и ближайшие часы, сутки; возможность отека легких, коллапса, шока, кровотечения и намечаются меры предупреждения осложнений.

б) отдаленный: т.е. определяется дальнейшее состояние здоровья, необходимость постоянной поддерживающей терапии, диспансерного наблюдения и реабилитации.

13. Профилактика рецидивов (обострений), быстрого прогрессирования заболевания; осложнений. Назначение длительной поддерживающей терапии (если она необходима) с указанием диеты, режима физической активности, лекарственных препаратов.

1. Указать использованную литературу (фамилия, инициалы автора, название работы, год и место издания, прочитанные страницы; интернет-ресурсы).

15. Дата сдачи истории болезни и подпись куратора.

## **Примеры обоснования диагноза**

**Клинический диагноз:** Бронхиальная астма. Некотролируемая. Средней тяжести. Пневмосклероз, эмфизема легких. Дыхательная недостаточность II степени.

**Обоснование диагноза**

Жалобы на приступы удушья с затрудненным выдохом, сухим надсадным кашлем и свистящими хрипами в груди заставляют заподозрить у больного бронхиальную астму. В пользу этого диагноза говорит и то, что приступы возникают, как правило, по ночам или от резких запахов (духи, бензин, запах горелого масла), от воздействия холодного воздуха (при выходе на улицу). Во время приступа больной вынужден садиться в постели, опираясь руками о края кровати или о спинку стула. Дыхание у него затруднено, особенно выдох, слышны свистящие хрипы. Приступы купируются инъекциями бронхолитических препаратов (эуфиллин, эфедрин). После приступа выделяется вязкая слизистая мокрота. Этим заболеванием больной страдает на протяжении 5 лет. Первые приступы удушья возникли вскоре после перенесенной пневмонии. Сначала они были редкими, длились несколько минут и проходили самостоятельно (без лекарств). Летом чувствовал себя практически здоровым. Последний год приступы участились, стали более длительными и проходили только после приема теофедрина или вдыханий астмопента. В последние две недели приступы ежедневные, а иногда и несколько раз за ночь, купируются только инъекциями эфедрина или эуфиллина. При обследовании больного грудная клетка эмфизематозная, перкуторно определяется коробочный тон по всем легочным полям, аускультативно - обильные сухие хрипы, преимущественно высокой и средней тональности. При исследовании крови найдены эозинофилия (8%), в мокроте - эозинофилы, кристаллы Шарко-Лейдена, спирали Куршмана. Таким образом, наличие типичных для бронхиальной астмы приступов удушья, купирующихся бронхолитическими препаратами, признаки бронхоспазма при осмотре, характерные для бронхиальной астмы изменения в мокроте дают основание поставить диагноз: бронхиальная астма. В связи с тем, что в последние две недели приступы у больного возникают ежедневно, снимаются только инъекциями бронхолитических препаратов, можно считать, что течение заболевания средней тяжести.

При рентгеноскопии легких обнаружено усиление и деформация легочного рисунка по мелко и средне ячеистому типу с обеих сторон в нижних отделах легких. Это подтверждает наличие у больного диффузного пневмосклероза.

Увеличение передне-заднего размера грудной клетки, расширение межре-берных промежутков, горизонтальный ход ребер, ограничение экскурсии грудной клетки при дыхании и нижнего края легких при перкуссии (3см с обеих сторон), коробочный звук при перкуссии, опущение нижнего края легких на 2см, повышение прозрачности легких при рентгенологическом исследовании дают основания для диагностики эмфиземы легких.

Жалобы на одышку при ходьбе и небольшой физической нагрузке, на-личие диффузного цианоза, снижение ЖЕЛ до 70% должной, МВЛ до 52%, проб с задержкой дыхания на вдохе и выдохе соответственно 25 и 15 сек свидетельствуют о легочной недостаточности II степени.

**Клинический диагноз:** Внебольничная пневмония средней доли справа.

**Обоснование диагноза**

Учитывая жалобы на кашель с небольшим количеством слизистой мокроты, боли в правой половине грудной клетки, усиливающиеся при дыхании и кашле, повышение температуры до 38,30, а также принимая во внимание острое начало заболевания и связь его с переохлаждением можно предполо-жить у больного острую пневмонию. Обнаружение при объективном исследовании повышения температуры до 380, отставание правой половины грудной клетки при дыхании, усиления голосового дрожания справа, притупления легочного перкуторного тона в правой подмышечной впадине на уровне 4-6 межреберий, бронхиального дыхания при аускультации, крепитации и шума трения плевры там же позволяет считать, что у больного крупозная пневмония средней доли правого легкого. Подтверждает поставленный диагноз данные лабораторных и инструментальных исследований. При исследовании крови лейкоцитов 14 000, со сдвигом влево - 12% палочкоядерных нейтрофилов. При рентгенологическом исследовании выявляется справа в области средней доли интенсивное затемнение легочной ткани пневмонического характера, расширение правого корня, утолщение междолевой плевры.

**4. Критерии оценивания результатов выполнения заданий по самостоятельной работе обучающихся.**

Критерии оценивания выполненных заданий представлены***в фонде оценочных средств для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации по дисциплине***, который прикрепленк рабочей программе дисциплины, раздел 6 «Учебно- методическое обеспечение по дисциплине (модулю)», в информационной системе Университета.