



**ОБЛАСТНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«ИВАНОВСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»**

**МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА
ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ СО СТУДЕНТАМИ
МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА**

Тема: Методика обследования системы органов кровообращения

ПМ.01 Диагностическая деятельность

МДК 01.01. Пропедевтика клинических дисциплин. Пропедевтика и диагностика внутренних болезней

СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 31.02.01 Лечебное дело

Подготовила преподаватель

Темрук С.А.

Иваново, 2023

Методическая разработка предназначена в помощь преподавателям при подготовке и проведении практического занятия по теме: Методика обследования системы органов пищеварения по МДК 01.01.Пропедевтика клинических дисциплин. Пропедевтика и диагностика внутренних болезней ПМ.01 Диагностическая деятельность Специальность 31.02.01 Лечебное дело.

В результате изучения данной темы обучающийся должен:

иметь практический опыт:

обследования пациента;

интерпретации результатов обследования лабораторных и инструментальных методов диагностики, постановки предварительного диагноза;

заполнения истории болезни, амбулаторной карты пациента;

уметь:

планировать обследование пациента;

осуществлять сбор анамнеза;

применять различные методы обследования пациента;

формулировать предварительный диагноз в соответствии с современными классификациями;

интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных методов диагностики;

оформлять медицинскую документацию;

знать:

топографию органов и систем организма в различные возрастные периоды;

определение заболеваний;

общие принципы классификации заболеваний;

этиологию заболеваний;

патогенез и патологическую анатомию заболеваний;

клиническую картину заболеваний, особенности течения, осложнения у различных возрастных групп;

методы клинического, лабораторного, инструментального обследования.

освоить профессиональные компетенции ОК 1-5, 9,10, а также:

ПК 1.1. Планировать обследование пациентов различных возрастных групп.

ПК 1.2. Проводить диагностические исследования.

ПК 1.3. Проводить диагностику острых и хронических заболеваний.

ПК 1.7. Оформлять медицинскую документацию.

Пособие включает таблицу со структурой занятия, перечень практических навыков, входной и заключительный тестовый контроль, ситуационные задачи с эталонами ответов, алгоритмы манипуляций, схема учебной истории болезни.

Тема: Методика обследования системы органов кровообращения

Цели:

Обучающая- обучить студентов истории развития пропедевтики, основной терминологии; правилам деонтологии и медицинской этики при обследовании пациента; изучить со студентами методику субъективного и объективного обследования пациентов.

Воспитательная - воспитывать у студентов аккуратность, добросовестное отношение к работе, прививать деонтологические принципы поведения.

Развивающая - развивать у студентов интерес к познавательной деятельности, логическое мышление, прививать навыки самостоятельной работы, формировать навыки правильной организации учебной работы.

Тип занятия: занятие комплексного применения знаний и умений

Оснащение:

1. Тесты с эталонами ответов.
2. Ситуационные задачи с эталонами ответов.
3. Схема учебной истории болезни.
4. Истории болезней курируемых пациентов.
5. Алгоритмы манипуляций.
6. Таблицы: «Анатомия системы органов пищеварения», «Симптомы при патологии печени и ЖВП».

Мотивация: Одной из приоритетных задач подготовки студентов медицинского колледжа по терапии является качественное преподавание такого важного раздела, как пропедевтика внутренних болезней. Несмотря на значительный прогресс, достигнутый в развитии методов лабораторной и инструментальной диагностики, способность фельдшера выявлять признаки заболевания при непосредственном обследовании больного путем расспроса, осмотра, пальпации, перкуссии и аускультации продолжает оставаться фундаментом практической деятельности. Распознать болезнь можно, зная ее проявления, умея найти только ей присущие изменения в организме. Для обнаружения и изучения разнообразных проявлений болезни применяют различные способы исследования. Наибольшее число диагностических ошибок происходит вследствие недостаточного, неполного обследования больного, поэтому первым правилом диагностики является как можно более полное и систематическое изучение больного.

Актуализация опорных знаний:

ОП.03 Анатомия и физиология человека

Тема: Анатомо-физиологические особенности органов пищеварительного канала.

Тема: Анатомо-физиологические особенности пищеварительных желез.

Тема: Физиология пищеварения.

МДК 07.01 Теория и практика сестринского дела.

Тема: Потребности пациента в нормальном питании и питье.

Тема: Потребности пациента в физиологических отправлениях.

Структура занятия:

№ п/п	Наименование структурного элемента	Время	Методическое обоснование, примечания
1.	Теоретическая часть занятия.		
1.1	Организационный момент.	5 минут	Проверка готовности группы к занятию, сообщение целей, плана занятия.
1.2	Мотивация.	2 минуты	Обоснование важности изучаемой темы и подготовка студентов к восприятию материала.
1.3	Актуализация опорных знаний.	3 минуты	Проведение межпредметных связей, облегчающих восприятие темы.
1.4	Входной тестовый контроль.	15 минут	С целью определения уровня знаний, необходимых для изучения новой темы, активизации внимания (см. приложение №2 «Входной тестовый контроль»).
1.5	Контроль теоретической подготовки студентов.	40 минут	Фронтальный опрос с целью определения уровня подготовленности студентов к занятию, активизации внимания, развития логического мышления (см. приложение №1 «Вопросы к теоретической части занятия»).
1.6	Заключительный тестовый контроль.	15 минут	С целью проверки уровня усвоения знаний по теме (см. приложение №3 «Заключительный тестовый контроль»).
2.	Практическая часть занятия.		
2.1	Указания для выполнения практической работы.	5 минут	Сообщение плана практической работы студентов.
2.2	Демонстрация преподавателем выполнения манипуляций.	20 минут	Демонстрация выполнения практических навыков (см. приложение №5 «Перечень практических навыков к занятию и алгоритмы манипуляций»).
2.3	Отработка практических навыков студентами.	50 минут	Студенты под контролем преподавателя, затем самостоятельно малыми группами отрабатывают практические навыки (см. сборник алгоритмов по пропедевтике).
2.4	Демонстрация студентами практических навыков.	25 минут	Студенты демонстрируют освоенные навыки.

2.5	Решение ситуационных задач.	20 минут	Студенты решают ситуационные задачи по изучаемой теме (см. приложение №4).
2.6	Курация пациентов.	40 минут	
2.7	Оформление учебной документации.	20 минут	Демонстрация проведения объективного обследования пациента. Студенты курируют пациентов, работают с историями болезней и листами назначений с целью закрепления на практике теоретических знаний и практических навыков (см. приложение №6 «Схема учебной истории болезни»).
2.8	Заключение по занятию.	5 минут	С целью анализа студентами результатов своей работы, систематизации результатов.
2.9	Домашнее задание.	5 минут	С целью обобщения результатов работы, развития познавательного интереса к предмету у студентов.
	Итого:	270 минут	

ПРИЛОЖЕНИЕ 1. Вопросы к теоретической части занятия

1. Основные жалобы при патологии системы органов пищеварения
2. Осмотр системы органов пищеварения
3. Поверхностная пальпация живота
4. Глубокая пальпация живота
5. Границы печени по Курлову
6. Пальпация печени
7. Симптом Ортнера
8. Определение признаков асцита

ПРИЛОЖЕНИЕ 2. Входной тестовый контроль

I Вариант.

Укажите один или несколько правильных ответов:

1 Вариант.

1. Зубная формула постоянных зубов:

1. 3 2 1 2
2. 2 1 0 2
3. 2 1 2 2
4. 2 1 2 3

2. В составе зуба выделяют части:

1. коронка, шейка
2. коронка, шейка, корень
3. головка, шейка, корень
4. коронка, корень

3. В полость рта под языком открывается выводной проток слюнной железы :

1. подъязычной
2. поднижнечелюстной
3. околоушной
4. небных

4. Внутренним слоем стенки органов пищеварительного тракта является:

1. серозная оболочка
2. мышечная оболочка
3. подслизистая основа
4. слизистая оболочка

5. Выводной проток поджелудочной железы открывается в:

1. желудок
2. двенадцатиперстную кишку
3. тощую кишку
4. подвздошную кишку

6. Червеобразный отросток является отростком кишки:

1. двенадцатиперстной
2. тощей
3. слепой
4. сигмовидной

7. Бактерицидным действием обладают компоненты слюны:

1. муцин
2. лизоцим
3. амилаза
4. мальтаза

8. Механизм регуляции выделения пищеварительного сока на вид пищи:

1. гуморальный
2. нейро-гуморальный
3. безусловно-рефлекторный
4. условно-рефлекторный

9. Окончательное расщепление всех питательных веществ и их всасывание происходит в:

1. полости рта
2. желудке
3. тонкой кишке
4. толстой кишке

10. Установите соответствие:

Положение органа по отношению к брюшине

- а) глотка
 - б) грудной отдел пищевода
 - в) желудок
 - г) двенадцатиперстная кишка
 - д) тощая кишка
 - е) восходящая ободочная кишка
 - ж) нисходящая ободочная кишка
1. интраперитонеально
 2. мезоперитонеально
 3. экстраперитонеально
 4. брюшиной не покрыт

2 Вариант

1. Зубная формула молочных зубов:

1. 3 2 1 2
2. 2 1 0 2
3. 2 1 2 2
4. 2 1 2 3

2. В преддверие полости рта на уровне второго моляра открывается выводной проток слюнной железы:

1. подъязычной
2. поднижнечелюстной
3. околоушной
4. небных

3. Внутренним слоем стенки органов пищеварительного тракта является:

1. серозная оболочка
2. мышечная оболочка
3. подслизистая основа
4. слизистая оболочка

4. Ворсинки имеет слизистая оболочка:

1. пищевода
2. желудка
3. тонкой кишки
4. толстой кишки

5. Под влиянием ферментов слюны расщепляются:

1. клетчатка
2. крахмал
3. лактоза
4. сахароза

6. В состав слюны входят ферменты:

1. пепсин
2. трипсин
3. амилаза
4. мальтаза

7. Механизм регуляции выделения пищеварительного сока на вид пищи:

1. гуморальный
2. нейро-гуморальный
3. безусловно-рефлекторный

4. условно-рефлекторный

8. Механизм регуляции выделения пищеварительного сока под влиянием химических веществ, растворенных в крови:

1. гуморальный
2. нейро-гуморальный
3. безусловно-рефлекторный
4. условно-рефлекторный

9. Расщепление клетчатки происходит в:

1. полости рта
2. желудке
3. тонкой кишке
4. толстой кишке

10. Установите соответствие:

Положение органа по отношению к брюшине

- | | |
|------------------------|-------------------------------|
| | а) глотка |
| 1. интраперитонеально | б) грудной отдел пищевода |
| 2. мезоперитонеально | в) желудок |
| 3. экстраперитонеально | г) двенадцатиперстная кишка |
| 4. брюшиной не покрыт | д) тощая кишка |
| | е) восходящая ободочная кишка |
| | ж) нисходящая ободочная кишка |

ПРИЛОЖЕНИЕ 3 Заключительный тестовый контроль

Укажите один или несколько правильных ответов:

1. «Поздние» боли в эпигастральной области появляются после приема пищи через:

1. 15 минут
2. 30 – 40 минут
3. 1,5 – 2 часа
4. ночью

2. Тенезмы – это:

1. болезненная дефекация
2. болезненные позывы к дефекации
3. повышенное газообразование в кишечнике
4. повышенная перистальтика кишечника

3. При попадании в желудок дуоденального содержимого с примесью желчи наблюдается отрыжка:

1. кислым
2. прогорклым маслом
3. горьким
4. тухлым

4. Запор – это задержка стула более:

1. 12 часов
2. 24 часов
3. 36 часов
4. 48 часов

5. Цели поверхностной пальпации:

1. определение размера пальпируемого органа
2. определение болезненности мышц передней брюшной стенки
3. выявление грыжевых ворот
4. определение консистенции пальпируемого органа

6. Поверхностную пальпацию при отсутствии болевого синдрома начинают с области:

1. правой подвздошной
2. левой подвздошной
3. околопупочной
4. эпигастральной

7. При глубокой пальпации чаще пальпируется отдел толстого кишечника:

1. поперечный ободочный
2. восходящий
3. сигмовидная кишка
4. слепая кишка

8. Поперечная ободочная кишка находится в норме:

1. ниже нижней границы желудка на 5 – 7 см.
2. ниже нижней границы желудка на 2 – 3 см.
3. выше нижней границы желудка на 2 – 3 см.
4. ниже папка на 5 – 7 см.

9. Глубокая скользящая пальпация кишечника проводится по методу:

1. Боткина
2. Образцова-Стражеско
3. Мудрова
4. Пирогова

10. Правила пальпации живота:

1. положение фельдшера слева от пациента
2. положение фельдшера справа от пациента
3. положение пациента с приподнятым головным концом
4. ноги пациента согнуты в коленях

ПРИЛОЖЕНИЕ 4 Ситуационные задачи

Задача № 1.

Больной А., 36 лет, обратился к фельдшеру с жалобами на острые боли в животе, возникающие через 30 мин. после приема пищи, рвоту на высоте боли, приносящую облегчение. Иногда больной сам вызывает рвоту после еды для уменьшения боли. Appetit сохранен, но из-за появления болей после еды, больной ограничивает прием пищи. Болен несколько лет, ухудшение состояния отмечается в осенне-весенний период,

обострения провоцируются эмоциональными перегрузками. Больной курит в течение 20 лет по 1 пачке сигарет в день.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные, подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно. Легкие и сердце без патологии. Язык обложен беловатым налетом. При пальпации живота отмечается болезненность в эпигастральной области. Печень и селезенка не пальпируются.

Задания:

1. Как называются боли в зависимости от времени появления?
2. Патологию какого органа можно предположить?
3. Какие данные анамнеза жизни следует уточнить?
4. Какое дополнительное исследование необходимо?

Задача № 2.

Больной О., 20 лет, обратился к фельдшеру с жалобами на сильные боли в животе, возникающие через 3 - 4 часа после еды, натощак, нередко ночью, боли проходят после приема молока. Отмечается склонность к запорам, похудание. Аппетит сохранен. Больным считает себя в течение года. Месяц назад был стул черного цвета. Из анамнеза жизни выяснилось, что больной много курит, злоупотребляет алкоголем.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, кожные покровы бледные, подкожно-жировая клетчатка развита удовлетворительно. Со стороны легких и сердечно-сосудистой системы патологии нет. Язык обложен бело-желтым налетом. При пальпации живота отмечается резкая болезненность справа от средней линии выше пупка. Печень и селезенка не пальпируются.

Задания:

1. Как называются боли в зависимости от времени появления?
2. Патологию какого органа можно предположить?
3. Объясните причину изменения цвета кала, как называется такой кал?
4. Какое дополнительное исследование необходимо?

Задача № 3.

К фельдшеру обратилась женщина 21 года с жалобами на появление боли в эпигастральной области после еды, отрыжку кислым, изжогу. Режим питания не соблюдает. Боли беспокоят 2 года.

Объективно: температура 36,6⁰С. Состояние удовлетворительное. Кожа чистая. Язык обложен беловатым налетом. Живот при пальпации мягкий, отмечается слабая болезненность в эпигастральной области. Со стороны других органов патологии нет.

Задания:

1. Как называются боли в зависимости от времени появления?
2. Патологию какого органа можно предположить?
3. Предположите кислотность желудочного сока?
4. Какие дополнительные методы исследования необходимы?

Задача № 4.

К фельдшеру обратилась женщина, 27 лет, с жалобами на тупые, распирающие боли вокруг пупка, возникающие через 3 - 4 часа после еды, вздутие живота, сильное урчание в животе, обильный жидкий стул 2 - 3 раза в день, слабость, быструю утомляемость,

похудание. Отмечается непереносимость молока. Эти симптомы беспокоят в течение 2-х лет, ухудшение состояния провоцируется приемом острой пищи.

Объективно: температура 36,9⁰С. Состояние удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые оболочки чистые, бледные, сухие. В углах рта определяются «заеды». Подкожно-жировой слой развит недостаточно. Со стороны легких и сердца патологии нет. Язык влажный, обложен беловатым налетом. Живот мягкий, умеренно болезненный в околопупочной области.

Задания:

1. Патологию какого отдела ЖКТ можно предположить?
2. Объясните причину возникновения «заед».
3. Объясните причину недостаточного развития подкожно-жировой клетчатки, бледности и сухости кожи.
4. Какие дополнительные методы исследования необходимы?

Задача № 5.

К фельдшеру обратился мужчина 42 лет с жалобами на боли внизу живота и в левой половине, чередование поносов (стул в небольшом количестве, жидкий) и запоров, болезненные позывы к дефекации, вздутие живота. Беспокоит слабость, повышенная утомляемость. Болен в течение нескольких лет.

Объективно: температура тела 37,1⁰С. Состояние удовлетворительное. Кожа чистая. Подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно. Со стороны легких и сердца изменений нет. Язык влажный, обложен беловатым налетом. Живот мягкий, умеренно болезненный по ходу толстого кишечника.

Задания:

1. Патологию какого отдела ЖКТ можно предположить?
2. Как называются болезненные позывы к дефекации?
3. Что такое запор?
4. Какие дополнительные методы исследования необходимы?

ПРИЛОЖЕНИЕ 5 Перечень практических навыков к занятию и алгоритмы манипуляций.

Перечень практических навыков к занятию:

1. Поверхностная пальпация живота.
2. Глубокая пальпация живота.
3. Границы печени по Курлову.
4. Пальпация печени.
5. Симптом Ортнера.
6. Определение признаков асцита.

Алгоритмы выполнения практических навыков.

Поверхностная пальпация живота.

Практический аспект	Этико-деонтологический аспект
Цель: диагностическая - определить напряжение и болезненность мышц брюшной стенки, наличие грыжевых ворот, расхождение мышц брюшного	

<p>пресса.</p> <p>Показания:</p> <p>- исследование системы органов пищеварения.</p> <p>Противопоказания: нет.</p> <p>Подготовить: гигиеническая обработка рук, руки согреть.</p> <p>Подготовка пациента:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. положение лежа на спине, ноги согнуты в коленях. 2. обнажить живот. <p>Техника выполнения:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Начинать пальпацию с левой подвздошной области, если там нет болей. 2. Руку положить на живот плашмя и, слегка нажимая, получить впечатление, имеется ли в этой области болезненность и напряжение брюшного пресса. 3. Продолжать поверхностную пальпацию на симметричных местах (левая и правая подвздошные области, левый и правый боковые отделы живота, левое и правое подреберье, эпигастральная, околопупочная, надлобковая области), сравнивая полученные данные. 4. Определить расхождение белой линии живота (поставить ребро ладони вдоль срединной линии и попросить пациента подбородком достать грудину). 5. Определить пальпаторно наличие пупочного и паховых грыжевых ворот. <p>Возможные осложнения: нет.</p> <p>Последующий уход: не требуется</p> <p>Примечание: В норме у здорового человека живот мягкий, безболезненный, грыжевых ворот нет, расхождения белой линии живота нет.</p>	<p>Установить доброжелательные отношения с пациентом.</p> <p>Объяснить пациенту, что исследование необходимо для более точной диагностики и контроля за эффективностью лечения.</p> <p>Спросить пациента, нет ли у него болей в животе.</p> <p>Во время исследования следить за выражением лица пациента.</p> <p>Спросить пациента, не чувствует ли он болезненности или других неприятных ощущений во время исследования.</p>
---	--

Глубокая пальпация живота.

Практический аспект	Этико-деонтологический аспект
----------------------------	--------------------------------------

Цель: диагностическая.

Показания:

- исследование системы органов пищеварения.

Противопоказания: нет.

Подготовить: гигиеническая обработка рук, руки согреть.

Подготовка пациента:

1. положение лежа на спине, ноги согнуты в коленях.
2. обнажить живот.

Техника выполнения:

Пальпация сигмовидной кишки.

1. Установить слегка полусогнутые пальцы правой руки параллельно сигмовидной кишке на границе средней и наружной третьей линии, соединяющей пупок с передней верхней левой остью подвздошной кости.
2. Сместить кожную складку на вдохе к пупку.
3. На выдохе погрузить пальцы в брюшную полость, (пальцы «перекатываются» через сигмовидную кишку), скользить по ее поверхности кнаружи.

Пальпация слепой кишки.

1. Установить слегка полусогнутые пальцы правой руки параллельно слепой кишке на границе средней и наружной третьей линии, соединяющей пупок с передней верхней правой остью подвздошной кости.
2. Сместить кожную складку на вдохе к пупку.
3. На выдохе погрузить пальцы в брюшную полость, (пальцы «перекатываются» через слепую кишку), скользить по ее поверхности кнаружи.

Пальпация восходящего и нисходящего отделов толстой кишки. (По методу В. Х. Василенко).

1. Левую руку положить под поясничную область.
2. Правой рукой производить пальпацию: установить полусогнутые пальцы правой

Установить доброжелательные отношения с пациентом.

Объяснить пациенту, что исследование необходимо для более точной диагностики и контроля за эффективностью лечения.

Спросить пациента, нет ли у него болей в животе.

Попросить пациента дышать животом.

Во время исследования следить за выражением лица пациента.

Спросить пациента, не чувствует ли он болезненности или других неприятных ощущений во время

<p>руки параллельно восходящей и нисходящей кишке, сдвигать кожу по направлению к пупку.</p> <p>3. Во время выдоха погрузить пальцы до задней стенки брюшной полости и скользить по ней кнаружи.</p> <p>Пальпация поперечной ободочной кишки.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Определить нижнюю границу желудка аускультативным методом. 2. Установить полусогнутые пальцы рук на 2 – 3 см. ниже этой границы по краям прямых мышц живота. 3. Сместить кожную складку на вдохе вверх. 4. На выдохе погрузить пальцы в брюшную полость до задней ее стенки, делать скользящие движения сверху вниз. <p>Возможные осложнения: нет.</p> <p>Последующий уход: не требуется.</p> <p>Примечание: У здорового человека отделы кишечника пальпируются в виде гладких, плотных, безболезненных смещаемых цилиндров.</p>	<p>исследования каждого из отделов кишечника.</p>
--	---

Пальпация печени.

Практический аспект	Этико-деонтологический аспект
<p>Цель: диагностическая.</p> <p>Показания:</p> <p>- исследование системы органов пищеварения.</p> <p>Противопоказания: нет.</p> <p>Подготовить: гигиеническая обработка рук, руки согреть.</p> <p>Подготовка пациента:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. положение лежа на спине. 2. обнажить живот. <p>Техника выполнения:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Определить перкуторно нижнюю границу 	<p>Установить доброжелательные отношения с пациентом.</p> <p>Объяснить пациенту, что исследование необходимо для более точной диагностики и контроля за эффективностью лечения.</p>

<p>печени по срединно-ключичной линии.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Положить ладонь и четыре пальца левой руки на правую поясничную область, большим пальцем левой руки сдавить реберную дугу спереди. 3. Ладонь правой руки положить плашмя на живот пациента, слегка согнув пальцы, ниже реберной дуги по срединно-ключичной линии. 4. Сместить кожу несколько вниз, во время выдоха больного постепенно погрузить пальцы в правое подреберье. 5. Предложить пациенту сделать глубокий вдох. (При этом печень, опускаясь, выскальзывает из-под пальцев.) 6. Определить физические свойства края печени. (Определить консистенцию, характер поверхности, наличие болезненности). <p>Возможные осложнения: нет.</p> <p>Последующий уход: не требуется.</p> <p>Примечание: В норме край печени не выступает из-под реберной дуги, край печени мягкий, острый, безболезненный.</p>	<p>Во время исследования следить за выражением лица пациента.</p> <p>Попросить пациента «дышать животом», объяснить ему, как это делать.</p> <p>Спросить пациента, не чувствует ли он болезненности или других неприятных ощущений во время исследования.</p>
---	---

Определение размеров печени по Курлову.

Практический аспект	Этико-деонтологический аспект
<p>Цель: диагностическая.</p> <p>Показания:</p> <p style="padding-left: 20px;">- исследование системы органов пищеварения.</p> <p>Противопоказания: нет.</p> <p>Подготовить:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. гигиеническая обработка рук, руки согреть. 2. дермограф. 3. линейка. <p>Подготовка пациента:</p>	

<p>1. положение лежа на спине. 2. обнажить живот.</p> <p>Техника выполнения:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Определить по срединно-ключичной линии верхнюю границу, (перкутировать сверху вниз до притупления звука, границу отметить по верхнему краю пальца). 2. Определить по срединно-ключичной линии нижнюю границу, (перкутировать снизу вверх до притупления звука, границу отметить по нижнему краю пальца). Расстояние между верхней и нижней границами соответствует первому размеру. 3. Опустить из верхней границы перпендикуляр на срединную линию. 4. Определить по срединной линии нижнюю границу, (перкутировать от пупка вверх до притупления звука, границу отметить по нижнему краю пальца). Расстояние между перпендикуляром и нижней границей соответствует второму размеру. 5. Перкутировать по левой реберной дуге по направлению к опущенному на срединную линию перпендикуляру до притупления звука, (палец-плексиметр поставить перпендикулярно левой реберной дуге, границу отметить по наружному краю пальца). 6. Расстояние между перпендикуляром и границей на левой реберной дуге соответствует третьему размеру. <p>Возможные осложнения: нет.</p> <p>Последующий уход: не требуется.</p> <p>Примечание: В норме размеры печени по Курлову 9-8-7 см. (плюс, минус 2 см.).</p>	<p>Установить доброжелательные отношения с пациентом.</p> <p>Объяснить пациенту, что исследование необходимо для более точной диагностики и контроля за эффективностью лечения.</p>
--	---

Определение симптома Ортнера.

Практический аспект	Этико-деонтологический аспект
---------------------	-------------------------------

<p>Цель: диагностическая.</p> <p>Показания:</p> <p style="padding-left: 40px;">- исследование системы органов пищеварения.</p> <p>Противопоказания: нет.</p> <p>Подготовить: гигиеническая обработка рук, руки согреть.</p> <p>Подготовка пациента: положение лежа на спине или стоя.</p> <p>Техника выполнения:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Проводить поочередно с обеих сторон. 2. Ребром ладони поколачивать по реберным дугам с одинаковой силой. 3. Ощущение пациентом болезненности в правом подреберье свидетельствует о положительном симптоме Ортнера. <p>Возможные осложнения: нет.</p> <p>Последующий уход: не требуется.</p> <p>Примечание: В норме у здорового человека симптом Ортнера отрицательный.</p>	<p>Установить доброжелательные отношения с пациентом.</p> <p>Объяснить пациенту, что исследование необходимо для более точной диагностики и контроля за эффективностью лечения.</p> <p>Во время исследования следить за выражением лица пациента.</p> <p>Спросить пациента, не чувствует ли он болезненности или других неприятных ощущений во время исследования.</p>
---	--

Определение признаков асцита.

Практический аспект	Этико-деонтологический аспект
<p>Цель: диагностическая.</p> <p>Показания:</p> <p style="padding-left: 40px;">- подозрение на скопление жидкости в брюшной полости.</p> <p>Противопоказания: нет.</p> <p>Подготовить: гигиеническая обработка рук, руки согреть.</p> <p>Подготовка пациента:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. обнажить живот. 2. положение лежа на спине. 	<p>Установить доброжелательные</p>

<p>Техника выполнения:</p> <p>Метод перкуссии.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Палец-плексиметр поставить продольно по передней срединной линии живота. 2. Перкутировать к фланкам живота. (При наличии жидкости в боковых отделах отмечается тупой перкуторный звук). 3. Попросить повернуться пациента на противоположный бок, не отнимая пальца-плексиметра перкутировать к пупку. (При наличии асцита жидкость перемещается в область пупка, где отмечается тупой перкуторный звук). <p>Метод флюктуации.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Положить левую ладонь на правый фланк живота пациента. 2. Сомкнутыми пальцами правой руки наносить толчкообразные движения по левому фланку живота. (При наличии в брюшной полости свободной жидкости левая рука ощущает колебания жидкости в виде волн). 3. Попросить ассистента ребром ладони надавить вдоль срединной линии в области пупка для исключения передачи колебаний через брюшную стенку. (Если ощущение колебаний сохранилось, значит, в брюшной полости есть жидкость). <p>Возможные осложнения: нет.</p> <p>Последующий уход: не требуется.</p> <p>Примечания: В норме у здорового человека свободной жидкости в брюшной полости нет.</p>	<p>отношения с пациентом.</p> <p>Объяснить пациенту, что исследование необходимо для более точной диагностики и контроля за эффективностью лечения.</p>
---	---

ПРИЛОЖЕНИЕ 6 Схема учебной истории болезни

Разделы истории болезни терапевтического больного:

1. Паспортная часть
2. Жалобы на момент курации (поступления)
3. История возникновения и развития заболевания
4. История жизни

5. Настоящее состояние больного:
 - а) общий осмотр
 - б) осмотр по системам:
 - система органов дыхания
 - система органов кровообращения
 - система органов пищеварения
 - система органов мочеотделения
 - система органов кроветворения
 - эндокринная система
 - нервная система и органы чувств
6. Предположительный диагноз (предварительный диагноз)
7. Дополнительные методы исследования
8. Дифференциальный диагноз
9. Клинический диагноз и его обоснование
10. Лечение
11. Дневник наблюдений
12. Эпикриз.

Схема клинического обследования больного.

1. Паспортная часть

1. Ф.И.О.
2. Возраст / дата рождения
3. Национальность
4. Образование
5. Место работы
6. Занимаемая должность
7. Домашний адрес
8. Дата поступления в клинику (для неотложных и экстренных больных – часы, минуты)

2. Жалобы больного на момент курации. Вначале выясняют главные (основные) жалобы, детально устанавливают их характер. Затем выясняют второстепенные жалобы, их детализируют. См. приложение №2 «Детализация жалоб».

3. Анамнез болезни (anamnesismorbi). История настоящего заболевания

Воспоминания о болезни; возникновение и течение; развитие симптомов заболевания от момента первых его проявлений до настоящего времени.

1. Когда и где, при каких обстоятельствах заболел впервые.

2. Причина, вызвавшая заболевание (по мнению больного). Предшествующее началу болезни условие (переохлаждение, физическое и умственное переутомление, недостаточный сон, психическая травма интоксикация).
3. Начало заболевания (острое или постепенное). Первые его признаки.
4. Подробно в хронологической последовательности описание начальных симптомов заболевания, их динамика. Дальнейшее развитие всех признаков болезни до момента настоящего обследования больного, отражаются рецидивы и периоды ремиссии, их продолжительность.
5. Обращение за медицинской помощью, проводимые методы обследования и лечения, эффект от проводимого лечения.
6. Трудоспособность за период настоящего заболевания.
7. Мотивы госпитализации в клинику (ухудшение болезни, уточнение диагноза). Жалобы при поступлении в стационар. Течение заболевания после госпитализации и самочувствие больного до дня курации.

4. История жизни больного (anamnesis vitae).

1. Развитие и чем болел в детском возрасте.
2. Трудовой анамнез: с какого возраста начал работать, где и в каких условиях. В хронологической последовательности описывается трудовая деятельность с указанием профессий и условий работы: на открытом воздухе, в помещении, наличие сырости, сквозняков, характер освещения, запыленность, контакт с вредными вещами, наличие ночных смен.
3. Бытовые условия: теплая или холодная квартира, светлая или темная, наличие или отсутствие сырости.
4. Условия питания: регулярность, предпочтения в еде.
5. Пребывание на воздухе. Занятие спортом, физкультурой.
6. Состав семьи, с кем проживает.
7. Семейно-половой анамнез:
 - Для женщин начало менструации и их характер. Нарушение менструального цикла, климакс, его течение.
 - Семейное положение.
 - Количество беременностей у пациентки, были ли выкидыши, аборт, количество родов, их течение, количество детей.
8. Перенесенные травмы, заболевания, операции: описание в хронологической последовательности, начиная с раннего детства до поступления в клинику (с указанием возраста больного). Описывается длительность, тяжесть каждого заболевания, его осложнение и лечение. Отдельно описываются венерические заболевания и туберкулез, вирусный гепатит, переливания крови.
9. Аллергологический анамнез. Непереносимость лекарственных средств, продуктов питания, бытовых и химических аллергенов. В чем проявляется реакция?
10. Болезни ближайших родственников. Состояние здоровья (наличие заболеваний) или причина смерти (в каком возрасте) родителей и близких родственников.
11. Вредные привычки:
 - Курение (с какого возраста, что курит, количество сигарет в день).
 - Употребление спиртных напитков (как часто, в каком количестве).

- Применение наркотиков.

5. Настоящее состояние больного (status praesens).

Общий осмотр.

1. Общее состояние: удовлетворительное, ср. тяжести, тяжелое, крайне тяжелое.
2. Сознание: ясное, помраченное: ступор, сопор, кома.
3. Положение больного: активное, пассивное, вынужденное.
4. Телосложение: правильное, неправильное.
5. Конституция: нормостеник, астеник, гиперстеник.
6. Вес, рост, ИМТ, температура тела.
7. Кожные покровы:
 - цвет: обычный, смуглый, бледный, багровый, цианоз, желтушный, темно-коричневый, депигментация;
 - наличие патологических элементов, рубцов;
 - влажность кожных покровов: обычная, повышенная, сухость кожи, шелушение;
 - эластичность кожи: сохранена, повышена, понижена;
 - состояние придатков кожи: волос (выпадение, ломкость и т.д.) и ногтей (исчерченность, ломкость, в виде часовых стекол и т.д.);
8. Видимые слизистые (губ, полости рта, носа, глаз):
 - цвет: бледно-розовый (обычный), бледный, цианотичный, желтушный, красный;
 - высыпания на слизистых: локализация, характер высыпания;
 - влажность.
9. Подкожная клетчатка:
 - развитие подкожно-жирового слоя: умеренное, слабое, чрезмерное (толщина складки на уровне пупка в см.);
 - распределение подкожно-жирового слоя: равномерное, неравномерное, места наибольшего отложения жира (на животе, бедрах, верхняя часть туловища), толщина складки подкожно-жировой клетчатки на уровне пупка;
 - отёки: их локализация, консистенция (плотные, рыхлые); см. алгоритм «Определение отеков».
10. Лимфатические узлы: см. алгоритм «Пальпация периферических лимфатических узлов.
11. Мышечная система: степень развития, сила мышц (сопротивление, попросить сжать руку), болезненность, атрофия.
12. Костно-суставная система: конфигурация, ограниченность и болезненность при активных и пассивных движениях, отечность, гиперемия и гипертермия близлежащих тканей.

Система органов дыхания.

1. Состояние верхних дыхательных путей: дыхание через нос свободное, затруднено, полная невозможность, выделения из носа и их характер.
2. Осмотр грудной клетки:
 - форма грудной клетки: нормальная (нормостеническая, гиперстеническая, астеническая), патологическая (эмфизематозная, рахитическая, воронкообразная, и т.д.);
 - симметричность грудной клетки (выпячивание, западание и т.д.);

- движение грудной клетки при дыхании: равномерное, отставание той или иной половины гр. клетки;
 - тип дыхания (брюшной, грудной, смешанный);
 - число дыхательных движений в минуту;
 - глубина и ритм дыхания: поверхностное, глубокое, ритмичное, аритмичное (дыхание Чейна – Стокса, Биота и т.д.);
 - участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания.
3. Пальпация грудной клетки: болезненность, эластичность, голосовое дрожание; см. алгоритм «Пальпация грудной клетки».
 4. Перкуссия грудной клетки:
 - сравнительная перкуссия легких, см. алгоритм «Сравнительная перкуссия легких»;
 - топографическая перкуссия легких, см. алгоритм «Топографическая перкуссия легких»;
 5. Аускультация легких:
 - см. алгоритм «Аускультация легких».

Система органов кровообращения.

1. Артериальное давление (на левой и правой плечевых артериях).
2. Артериальный пульс, см. алгоритм «Определение пульса».
 - симметричность на обеих руках,
 - ритмичность,
 - частота,
 - наполнение,
 - напряжение.
3. Осмотр и пальпация области сердца: выпячивание в области сердца, видимая пульсация, дрожание в области сердца.
4. Верхушечный толчок, см. алгоритм «Определение верхушечного толчка».
 - локализация,
 - площадь,
 - высота (высокий, низкий).
5. Перкуссия сердца, см. алгоритм «Определение границ относительной тупости сердца».
6. Аускультация сердца, см. алгоритм «Аускультация сердца».

Система органов пищеварения

1. Осмотр полости рта:
 - язык (влажность, наличие налета, язв, трещин);
 - зубы (зубная формула, наличие кариозных изменений);
 - миндалины (величина);
2. Осмотр живота:
 - конфигурация (обычная), выпячивание (равномерное, неравномерное); симметричность участие брюшной стенки в акте дыхания;
3. Поверхностная пальпация живота, см. алгоритм «Поверхностная пальпация живота».
4. Глубокая пальпация живота, см. алгоритм «Глубокая пальпация живота».
5. Пальпация печени, см. алгоритм «Пальпация печени».
6. Симптом Ортнера.

7. Определение размеров печени по Курлову, см. алгоритм «Определение размеров печени по Курлову».
8. Стул (регулярность, характер).

Система органов мочевого выделения.

1. Симптом Пастернацкого, см. алгоритм «Определение симптома Пастернацкого».
2. Мочеиспускание (частота, болезненность).

Система органов кроветворения.

Пальпация селезенки, см. алгоритм «Пальпация селезенки».

Эндокринная система.

Осмотр и пальпация щитовидной железы, см. алгоритм «Пальпация щитовидной железы».

Нервная система и органы чувств.

1. Логичность мышления;
2. Обоняние и вкус;
3. Орган зрения (величина и форма зрачков, реакция на свет, аккомодация и конвергенция);
4. Слух;
5. Речь и её расстройства;
6. Координация движений.

6. Предварительный диагноз.

По данным субъективного и объективного обследований ставится предварительный диагноз.

7. Дополнительные методы исследования.

Данные лабораторных и инструментальных методов исследований переписываются с указанием дат, по данным даются заключения (интерпретация).

Консультации специалистов (при необходимости) проводятся для исключения, либо подтверждения тех или иных диагностических предположений.

8. Дифференциальный диагноз.

Дифференциальный диагноз – это исключение всех предположительных диагнозов, имеющих сходство с данным заболеванием по отдельным симптомам. Выбираются заболевания со сходными симптомами и синдромами, проводится анализ сходств и различий. Проводя анализ полученной информации, определяем, какому из дифференцируемых заболеваний наша информация соответствует в наибольшей степени.

Предполагаемая у пациента патология сравнивается с не менее двумя заболеваниями.

Сравнение признаков болезни (жалоб, данных анамнезов заболевания и жизни, данных объективного обследования, данных дополнительных методов обследования) оформляется в виде таблицы. См. приложение № 3 «Дифференциальный диагноз».

9. Клинический диагноз и его обоснование.

В клиническом диагнозе указывается основное заболевание, осложнения основного заболевания, сопутствующая патология.

В обосновании диагноза указываются данные, на основании которых ставится диагноз: жалобы, данные анамнеза заболевания, анамнеза жизни, данные осмотра, данные лабораторных и инструментальных методов исследований.

10. Лечение.

1. Режим (общий, полупостельный, постельный, строгий постельный);
2. Диета (ее краткая характеристика);
3. Медикаментозное лечение: указываются препараты в рецептурной форме, фармакологическая группа, механизм действия;
4. Немедикаментозное лечение.

11. Дневник наблюдений.

Дневник наблюдения ведется в течение 3 – 5 дней. Дневник курации содержит следующие положения: дата; жалобы больного; данные объективного обследования (необходимо отразить особенности статуса больного на момент наблюдения, наличие (отсутствие) динамики и в чем она выражается, отмечается частота дыхания, пульса, величина артериального давления); подпись куратора.

12. Эпикриз.

Обобщение всех данных в период пребывания больного в стационаре. В эпикризе кратко отображаются жалобы, анамнез, физические и лабораторно-инструментальные данные и их динамика в процессе лечения, даются рекомендации. Схема написания эпикриза представлена в приложении № 4.

Приложение № 1

Титульный лист истории болезни.

Примечание: в учебной истории болезни в фамилии, имени, отчестве пациента указываются начальные буквы.

ОГБ ПОУ «ИМК»

История болезни

(ФИО пациента)

Клинический диагноз:

Куратор:

Преподаватель:

Приложение № 2 «Детализация жалоб».

Кашель:

- постоянный, периодический, приступообразный
- ритм, тембр
- время и условия появления
- характер кашля (сухой или с мокротой)

Мокрота:

- количество
- консистенция
- характер и цвет
- запах
- количество слоев и их характеристика

Кровохарканье:

- количество (прожилки или чистая кровь)
- цвет крови (алая, темная, ржавая, малиновая)
- частота кровохарканья и условия появления

Боль в грудной клетке:

- локализация
- характер боли
- связь с дыхательными движениями, кашлем, физической нагрузкой (при какой

интенсивности нагрузке)

- иррадиация боли

Одышка:

- характер
- степень выраженности
- условия появления (при физической нагрузке [при какой интенсивности нагрузке], в зависимости от положения больного, при разговоре, в покое)

Приступы удушья:

- время появления
- продолжительность
- частота приступов, их сопутствующие симптомы
- условия, при которых наступает облегчение

Боль в области сердца:

- локализация (за грудиной, над областью сердца, в области верхушечного толчка)
- условия возникновения (при физической нагрузке [при какой интенсивности нагрузке], волнении, в покое)
- постоянные или приступообразные (частота и продолжительность болевых приступов)
- интенсивность
- характер боли (сжимающие, колющие, ноющие и др.)
- иррадиация
- сопутствующие симптомы (ощущение тоски, страха, слабость, холодный пот, головокружение)
- факторы, облегчающие боль

Ощущение перебоев в сердце, сердцебиение:

- постоянно или приступообразно
- длительность
- условия появления (при физической нагрузке [при какой интенсивности нагрузке], волнении, при смене положения, в покое)
- частота приступов сердцебиения

Отеки:

- локализация
- выраженность (пастозность, анасарка)
- время появления (к вечеру, утром)
- плотность

Нарушения аппетита:

- сохранен, понижен, повышен, полностью отсутствует
- извращен, отвращение к пище (мясной, жирной)

Насыщаемость:

- обычная, быстрая, постоянное чувство голода

Жажда:

- кол-во выпитой жидкости в сутки, сухость во рту

Вкус во рту:

- кислый, горький, металлический, сладковатый

Глотание и прохождение пищи по пищеводу:

- болезненность
- затруднение

Отрыжка:

- время проявления
- характер (воздухом, пищей, прогорклым маслом, кислым, с гнилостным запахом)

Изжога:

- связь с приемом пищи и ее видами
- чем купируется

Тошнота:

- зависимость от приема пищи и ее характера

Рвота:

- время появления (натощак, через какое-то время после еды или независимо от нее)
- кол-во и характер рвотных масс (съеденной пищей, желчью, цвета кофейной гущи, с примесью свежей крови и т.д.)
- запах (гнилостный, кислый, без запаха)
- предшествует ли тошнота
- наступает ли облегчение после приема пищи

Боли в животе:

- локализация
- условия возникновения (после еды, физической нагрузки)
- зависимость от времени приема пищи (сразу после еды, через несколько часов, голодные и ночные боли), от характера пищи (жирной, острой и т.д.)
- характер боли (острая, тупая, ноющая, приступообразная или постоянно нарастающая)
- длительность боли
- иррадиация
- сопутствующие явления
- факторы, облегчающие боли (рвота, прием пищи, медикаментов, тепла, холода)

Характер стула:

- регулярный, нерегулярный, самостоятельный или после каких-либо мер
- запоры (сколько дней бывает задержка стула)
- поносы (с чем связаны, частота стула в день)
- характер каловых масс (жидкий, водянистый, кашицеобразный, типа рисового отвара, овечьего стула и пр.), цвет, запах кала, примеси (слизь, кровь, гной, остатки непереваренной пищи), гельминты
- выделение крови во время или в конце дефекации

Боли в поясничной области:

- характер болей (тупые, острые)
- постоянные или приступообразные
- иррадиация
- длительность

- факторы, способствующие появлению, усилению или стиханию болей

Боли в мышцах, костях, суставах:

- характер болей, летучесть, связь с переменной погоды
- припухлость суставов (каких именно)

Изменение веса:

- на сколько килограммов и за какой период времени изменился вес (ожирение, истощение)

Сон:

- глубина
- продолжительность
- бессонница и ее характер

Головная боль:

- локализация
- интенсивность
- периодичность
- сопутствующие симптомы
- что купирует боль

Характер повышения температуры:

- быстрый подъем или постепенный
- с предшествующим ознобом или без него
- пределы ее колебания в течение суток
- длительность лихорадочного периода
- что снижает температуру

Потливость

- интенсивность
- время проявления (в период снижения температуры, в течение всех суток, ночные поты)

Общее состояние больного:

- недомогание
- слабость
- быстрая утомляемость
- снижение работоспособности

Приложение № 3 «Дифференциальный диагноз».

Заболевания	заболевание у курируемого пациента	заболевание со сходными симптомами и синдромами	заболевание со сходными симптомами и синдромами
Признаки Заболевания			

1.			
2.			
3.			
4. и т.д.			

Вывод: в результате сравнения признаков заболеваний больше данных за предполагаемый у пациента диагноз.

Приложение № 4 «Эпикриз».

ЭПИКРИЗ

Больной (Ф.И.О.) _____ лет, находился

в _____

В клинике с _____ по _____ 20 г.

Клинический
диагноз _____

Поступил с
жалобами _____
Анамнестические
данные _____

При физическом исследовании
больного _____

Данные лабораторных и инструментальных
исследований _____

В период пребывания больного в стационаре проведены консультации
специалистов _____

Больному проводилось следующее лечение _____

В результате проведенного лечения отмечалась следующая динамика _____

Больной выписывается со следующими рекомендациями (режим, диета) прием медикаментов (указывается точная доза и кратность приема) _____

Рекомендовано наблюдение врача по месту жительства (повторная госпитализация) _____

Подпись куратора _____

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Основные источники (ОИ)

1. Нечаев В.М. Пропедевтика клинических дисциплин. - М.:ГЭОТАР-Медиа,2018
2. Смолева Э.В., Аподиакос Е.Л. Терапия с курсом первичной медико-санитарной помощи: учебное пособие.-Изд.2-е.- Ростов н/Д: Феникс,2019

Дополнительные источники (ДИ)

1. Смолева Э. Терапия с курсом ПМСП.-Р/Д,: Феникс, 2009

Интернет-ресурсы (И-Р)

1. Медицина: Лекции для студентов 2к.: Электронный ресурс.-М.,2019