

Алгоритм дій студента до сценарію №1

Комунікативні навички. Опитування хворого з **правосторонньою плевропневмонією**. Збір анамнезу

1. Привітатися та представити себе.
2. Пояснити пацієнту мету та хід обстеження
3. Отримати згоду у пацієнта на проведення обстеження.
4. Зібрати паспортні дані (вік, де і ким працює)
5. Зібрати основні скарги та провів їх деталізацію :
 - запитати про біль в грудній клітці (локалізація та характер болі, зв'язок з диханням та зміною положення тіла),
 - запитати про наявність кашлю (постійний чи періодичний - більше зранку, вночі, ввечері чи на протязі всього дня, чи супроводжується кашель виділенням мокроті);
 - запитати про кількість мокроті, колір , запах, та консистенцію;
 - запитати про температуру тіла (який показник температури, чи змінювалась вона протягом доби);
 - запитати про задишку (в спокої , при навантаженні, важче вдихнути чи видихнути).
6. Зібрати супутні симптоми (слабкість, прискорене серцебиття).
7. Провести опитування по системам органів :
 - нервова система (наявність в минулому втрати свідомості, головокружіння, запаморочень, порушень зору, слуху, мови)
 - серцево-судинна система (чи не було в минулому підвищення артеріального тиску, серцебиття та перебоїв в роботі серця, болей в ділянці серця)
 - шлунково-кишковий тракт (чи відмічав в минулому нудоту, блювоту, порушення стулу чи болі в ділянці живота)
 - сечовидільна система (чи не відмічав в минулому порушення сечовиділення, чи болей при сичовиділенні).
8. Анамнез захворювання:
 - коли з'явилися перші симптоми,
 - динаміка симптомів,
 - чим лікувався.
9. Анамнез життя:
 - умови проживання,
 - професійний анамнез,
 - епіданамнез (контакт з іншими хворими),

- шкідливі звички (куріння та вживання алкоголю),
- алергологічний анамнез,
- наявність супутніх хвороб (цукровий діабет, ожиріння, хвороби нирок, печінки)

10. Закінчити проводити опитування хворого (озвучити діагностичну гіпотезу)

11. Рекомендувати пацієнту пройти дальше обстеження (фізикальний огляд та допоміжні методи обстеження).

Алгоритм дій студента до сценарію №2

Комунікативні навички. Опитування хворого з **сухим плевритом**. Збір анамнезу

1. Привітатися та представити себе.
2. Пояснити пацієнту мету та хід обстеження
3. Отримати згоду у пацієнта на проведення обстеження.
4. Зібрати паспортні дані (вік, де і ким працює)
5. Зібрати основні скарги та провести їх деталізацію :
 - запитати про біль в грудній клітці (локалізація болі, зв'язок з диханням),
 - запитати про наявність кашлю (більше зранку, вночі, ввечері чи на протязі всього дня, чи супроводжується кашель виділенням мокроти)
 - запитати про кількість мокроти, колір , запах, та консистенцію
 - запитати про температуру тіла (який показник температури, чи змінювалась вона протягом доби),
 - запитати про задишку (в спокої , при навантаженні, важче вдихнути чи видихнути)
6. Зібрати супутні симптоми (слабкість, прискорене серцебиття).
7. Провести опитування за системами органів :
 - нервова система (наявність в минулому головокружіння, запаморочень, порушень зору, слуху, мови)
 - серцево-судинна система (чи не було в минулому підвищення артеріального тиску, серцебиття та перебоїв в роботі серця, болі в ділянці серця)
 - шлунково-кишковий тракт (чи відмічав в минулому нудоту, блювоту, порушення стулу чи болі в ділянці живота)
 - сечовидільна система (чи не відмічав в минулому порушення сечовиділення, чи болі).
8. Анамнез захворювання :

-коли з'явилися перші симптоми

-динаміка симптомів

-чим лікувався

9. Анамнез життя :

-умови проживання,

-професійний анамнез,

-епіданамнез (контакт з іншими хворими)

-шкідливі звички (куріння та вживання алкоголю)

-алергологічний анамнез,

-наявність супутніх хвороб (цукровий діабет, хвороби нирок, печінки)

10.Закінчити проводити опитування хворого (озвучити діагностичну гіпотезу), подякувати пацієнтові

11. Рекомендувати пацієнту пройти далі обстеження (фізикальний огляд та допоміжні методи обстеження).

Алгоритм дій студента до сценарію №3

Комунікативні навички. Опитування хворого з **бронхіальною астмою**. Збір анамнезу

1. Студент привітався, представився, пояснив, що буде робити, запитав дозволу пацієнта провести обстеження
 2. Зібрав паспортні дані (ПІБ, вік, стать, адрес, місце роботи, професія, должность)
- Збір основних скарг
3. Запитав про задишку/ядуху, характер задишки/ядухи (експіраторна, інспіраторна, змішана)
 4. Запитав про фактори, що провокують задишку (фізичне навантаження, інгаляційні фактори, їжа, хімічні речовини, ліки), тривалість та частоту приступів ядухи, зв'язок з часом суток (денні, нічні), ступень обмеження фізичної активності
 5. Запитав про фактори, що зменшують або купують задишку (елімінація провокуючого фактору, стан спокою, положення у просторі)
 6. Запитав про кашель (сухий, вологий, постійний, приступовий)
 7. Запитав про умови появи кашлю (приступ ядухи, фізичне навантаження, інгаляційні фактори, хімічні речовини, ліки)
 8. Запитав про характер мокроти (кількість, колір, консистенція, термін появи, кровохаркання)

9. Запитав про біль у грудній клітці, її зв'язок з актом дихання, кашлем, положенням тіла; лихоманку та її характер (рівень (субфебрильна, помірна, висока, надмірна), тип температури (правильна, неправильна; постійна, ремітуюча, інтермітуюча, гектична, хвилеподібна, поворотна, спотворена); слабкість
10. Провів опитування по системам органів: нервова система (головокружіння, втрата свідомості, порушення зору, слуху та мови) серцево-судинна система (серцебиття та перебої в роботі серця, підвищення арт. тиску, болі в ділянці серця) -система органів травлення (наявність нудоти, блювоти, печії, діарея, запор, зміни стулу, болі в ділянці живота); сечовидільна система (болі при сечовиділенні, болі у попереку, порушення діурезу, дізурія);

Анамнез захворювання.

11. Запитав про початок захворювання (термін початку, з якими факторами пов'язує); симптоми на початку захворювання (задишка/ядуха, кашель, мокрота, закладеність у грудях, хрипи, що чути на відстані, їх зв'язок з провокуючими факторами)
12. Запитав про розвиток симптомів, їх динаміку, появу нових симптомів, динаміку важкості симптомів, зв'язка з часом суток (денні, нічні), ступеню обмеження фізичної активності, самопочуття у стані поза межами приступу
13. Запитав про попереднє лікування та його ефективність (які препарати, тривалість застосування, їх вплив на симптоми, частоту та тривалість загострення та термін ремісії), сезонність загострень
14. Запитав про лікування у стаціонарі з приводу даного захворювання (кількість у році, тривалість)

Анамнез життя.

15. Виявив фактори ризику хвороби (спадкові, екологічні, побутові та професійні)
16. Спитав про шкідливі звички (паління, зловживання алкоголем, наркозалежність)
17. Зібрав епіданамнез (контакт з хворими інфекційними хворобами, хворими з лихоманкою, знаходження за кордоном у термін 3 місяця, користування підприємствами суспільного харчування)
18. Зібрав алергологічний анамнез, алергічні захворювання (кон'юнктивіт, алергічний риніт, шкірні прояви алергії)
19. Визначив наявність супутніх захворювань (зокрема хронічних захворювань органів дихання), що можуть впливати на основне захворювання

Оцінка результатів обстеження
Сформулював вірогідний діагноз (нозологічний або синдромальний), обґрунтований отриманими даними (Приступи експираторної задишки з малопродуктивним кашлем з в'язкою мокротою, дистанційними сухими хрипами, вимушеним положенням тіла сидячи чи стоячи з фіксацією плечового поясу, участю допоміжних дихальних м'язів. Відсутність симптомів та задовільне самопочуття поза приступом. Наявність преморбідного стану – алергічний риніт.).

Алгоритм дій студента до сценарію №4

**Комунікативні навички. Опитування хворого з гіпертонічною хворобою.
Збір анамнезу**

1. Привітатися і представитися.
2. Пояснити пацієнту мету та хід обстеження.
3. Отримати згоду пацієнта на проведення обстеження.
4. Уточнити паспортні дані (ім'я, прізвище, вік, професія, місце роботи, соціальний статус).
5. З'ясувати основні скарги та провести їх деталізацію:
 - уточнити рівні підвищення артеріального тиску, в який час доби частіше підвищується, що провокує підйоми артеріального тиску, дії пацієнта для зниження артеріального тиску;
 - уточнити, якими симптомами супроводжується підвищення артеріального тиску (головний біль, болі в області серця, запаморочення)
 - уточнити наявність болі в області серця, їх характер;
 - уточнити характеристику головних болів;
 - з'ясувати наявність периферичних набряків і їх характер.
6. З'ясувати додаткові скарги (порушення зору, структури сечовипускання, слабкість, нудота, блювота, зниження працездатності).
7. Провести розпит по системам органів:
 - нервовий система (наявність в минулому запаморочень, втрат свідомості, порушень зору, слуху, мови)
 - дихальна система (кашель, задишка, біль у грудній клітці, зв'язок з диханням)
 - шлунково-кишковий тракт (нудота, блювота, порушення дефікації або болю в області живота)
 - сечовидільна система (не відзначав чи в минулому порушення сечовипускання або болі).
8. Анамнез захворювання:
 - коли з'явилися перші симптоми,

- з чим пацієнт пов'язує початок захворювання,
- динаміка симптомів,
- наявність гіпертензивних кризів, їх частота і характер,
- чи звертався раніше до лікарів з приводу даного захворювання,
- чим лікувався, ефективність лікування,
- що послужило підставою для звернення до лікаря в даний момент.

9. Анамнез життя:

- дитячі захворювання, особливості розвитку в дитинстві
- наявність факторів ризику гіпертонічної хвороби (куріння, ожиріння, надмірне вживання жирної та солоної їжі, дисліпідемія)
- професійний анамнез (шкідливості та обтяжливі обставини),
- шкідливі звички (куріння, вживання алкоголю, наркотиків, енергетиків)
- наявність серцево-судинних захворювань в сім'ї;
- наявність інших хронічних захворювань (цукровий діабет, захворювання щитовидної залози, надниркових залоз, хронічних захворювань нирок і ЦНС)

10. Проінформувати пацієнта про завершення опитування. Подякувати.
Озвучити попередній діагноз.

Алгоритм дій студента до сценарію №5

Комунікативні навички. Опитування хворого **ІХС: стенокардією** . Збір анамнезу

1. Привітатися і уявити себе.
2. Пояснити пацієнту мету та хід обстеження.
3. Отримати згоду у пацієнта на проведення обстеження.
4. Зібрати паспортні дані (вік, де і ким працює).
5. Зібрати основні скарги і провести їх деталізацію:
 - запитати про локалізацію болю;
 - попросити пацієнта вказати локалізацію болю;
 - уточнити про інтенсивність болю;
 - запитати про тривалість болю;
 - запитати про характер болю;
 - уточнити про іррадіацію болю
 - запитати, що провокує і усуває біль
 - уточнити зв'язок болю з фізичним навантаженням, деталізувати інтенсивного фізичного навантаження (ходьба по рівній поверхні в метрах, підйом по сходах).

6. Зібрати супутні симптоми.

7. Анамнез захворювання:

- визначити тривалість захворювання і його перебіг;
- уточнити попереднє лікування;
- виявити ускладнення і серцево-судинні події в анамнезі;

8. Анамнез життя

- оцінити шкідливі звички і фактори ризику (куріння, алкоголь, стрес та ін.);
- оцінка наявності гіподинамії;
- спадковий анамнез (захворювання і смерть родичів в молодому віці від серцево-судинних захворювань)
- виявлення супутніх захворювань, які можуть впливати на розвиток і перебіг (хронічна хвороба нирок, цукровий діабет та ін.)

9. Проінформувати пацієнта про завершення опитування.

10. Рекомендувати пацієнту пройти подальше обстеження (фізикальне обстеження і допоміжні методи обстеження).

Алгоритм дій студента до сценарію №6

Комунікативні навички. Опитування хворого **ІХС: інфарктом міокарду**.
Збір анамнезу

1. Привітатися та представити себе.
2. Пояснити пацієнту мету та хід обстеження
3. Отримати згоду у пацієнта на проведення обстеження.
4. Зібрати паспортні дані (вік, де і ким працює)
5. Зібрати основні скарги та провести їх деталізацію :
 - запитати про біль в грудній клітці (локалізацію, характер, тривалість, ірадіацію болю, час його виникнення, динаміку, зв'язок із зовнішніми факторами, застосування лікувальних засобів та їх ефективність);
6. Зібрати супутні симптоми (слабкість, холодний піт, задишка).
7. Провести опитування по системам органів :
 - нервова система (наявність в минулому втрати свідомості, головокружіння, запаморочень, порушень зору, слуху, мови)

- дихальна система (чи не було в минулому кашлю сухого чи з харкотинням, задишки, болю в грудній клітці)
- шлунково-кишковий тракт (чи відмічав в минулому нудоту, блювоту, порушення стулу чи болі в ділянці живота)
- сечовидільна система (чи не відмічав в минулому порушення сечовиділення, чи болей при сечовиділенні).

8. Анамнез захворювання :

- коли з'явилися перші симптоми,
- динаміка симптомів,
- чим лікувався, з яким ефектом.

9. Анамнез життя:

- умови проживання,
- професійний анамнез,
- епіданамнез (контакт з іншими хворими),
- шкідливі звички (куріння та вживання алкоголю наркотичних засобів),
- алергологічний анамнез,
- наявність хвороб серцево-судинної системи та судинних катастроф, цукрового діабету, хвороб нирок, печінки у хворого та кровних родичів

10. Закінчити проводити опитування хворого (озвучити діагностичну гіпотезу).

11. Рекомендувати пацієнту пройти далі обстеження (фізикальний огляд та допоміжні методи обстеження).

Алгоритм дій студента до сценарію №7

Комунікативні навички. Опитування хворого з **виразковою хворобою**. Збір анамнезу

1. Привітатися та представити себе.
2. Пояснити пацієнту мету та хід обстеження
3. Отримати згоду у пацієнта на проведення обстеження.
4. Зібрати паспортні дані (ім'я, вік, де і ким працює)
5. Зібрати основні скарги та провести їх деталізацію :
 - запитати про біль у животі (інтенсивність, характер, локалізація болі, зв'язок з харчуванням),

- запитати про іррадіацію болі,
- запитати про наявність епізодів випорожнень чорного кольору,
- запитати про зменшення ваги за період хвороби,
- запитати про наявність тошноти, блювоти;

6. Зібрати супутні симптоми.

7. Анамнез захворювання:

- коли з'явилися перші симптоми,
- з чим пов'язує початок захворювання,
- динаміка симптомів,
- наявність сезонних загострень захворювання,
- чи звертався з цим захворюванням раніше до лікарів,
- чим лікувався,
- що безпосередньо привело пацієнта зараз до лікаря, як змінились симптоми.

8. Анамнез життя:

- особливості харчування (регулярність, кратність, вживання гострої їжі, спецій, харчування всухом'ятку),
- професійний анамнез (шкідливості та обтяжливі чинники),
- шкідливі звички (паління та вживання алкоголю)
- наявність сімейного анамнезу за захворюваннями шлунково-кишкового тракту.

9. Сповістити хворого про закінчення опитування.

10. Рекомендувати пацієнту пройти подальше обстеження (фізикальний огляд та допоміжні методи обстеження).

Алгоритм дій студента до сценарію №8

Комунікативні навички. Опитування хворого **анемією**. Збір анамнезу

1. Встановити контакт з пацієнтом: привітатися, дозволити зайняти зручне положення на стільці або кушетці, позначити свою роль.
2. Попросити пацієнта представитися, зібрати паспортні дані (вік, де і ким працює).
3. Пояснити хід і мету процедури.

4. Переконатися в наявності у пацієнта добровільного інформованої згоди на обстеження.

5. Розпитати основні скарги з їх деталізацією:

- запитати про загальні слабкість і втому
- запитати про запаморочення (що провокує, зв'язок з положенням тіла, часом доби, артеріальним тиском, прийомом їжі)
- запитати про задишку (в спокої, при навантаженні, важче вдихнути чи видихнути)
- запитати про серцебиття (зв'язок з диханням, фізичним навантаженням, артеріальним тиском, прийомом їжі)

6. Розпитати про супутні симптоми (сухість шкіри, ламкість нігтів, койлоніхії, випадіння волосся, астенізація, ангулярний стоматит, глосит, дисфагія, відчуття швидкого насичення, тяжкості в епігастрії після їжі, мелена)

7. Опитування по системам органів:

- нервова система (чи відмічав в минулому втрату свідомості, головний біль, дзвін у вухах, порушення смаку)
- органи дихання (чи відмічав в минулому кашель з кров'ю)
- кишкового-шлунковий тракт (чи відмічав в минулому блювоту з кров'ю, болі в ділянці живота, зміну кольору кала – чорний стул, незмінену кров'ю у випорожненнях, спотворений смак (схильність до споживання неїстівних предметів), спотворене бажання вживати лід
- сечостатева система (чи не відмічав в минулому порушення сечовиділення, чи біль при сечовипусканні, красний колір сечі), у жінок спитати про маткові кровотечі, рясні і затяжні менструації)

8. Анамнез захворювання:

- уточнити початок захворювання
- коли з'явилися перші симптоми
- динаміка симптомів
- чим лікувався

9. Анамнез життя:

- фактори ризику захворювання (донорство – більше 2 щорічних донацій крові для жінок та більше 3 щорічних донацій крові для чоловіків); у жінок уточнюються інформація про характер менструацій (циклічність, тривалість, перебіг) та історію вагітностей (вагітні та матері віком до 18 років, жінки, які народжували 3 і більше разів або з інтервалом між пологами <1 року)

- сімейний анамнез (наявність випадків, пов'язаних із порушенням згортання крові та раком товстого кишечника)
- умови проживання (низький соціально-економічний статус), стиль життя, заняття спортом, харчування (вегетаріанство)
- наявність перенесених в минулому операцій на шлунку та кишечнику, процедури гемодіалізу
- медикаментозний анамнез з'ясовується інформація щодо лікарських препаратів, які отримує пацієнт (антацидні препарати, блокатори H₂-рецепторів, інгібітори протонної помпи, тривале застосування нестероїдних протизапальних препаратів, тривалий прийом препаратів ацетилсаліцилової кислоти, прийом препаратів цинку чи магнію)
- шкідливі звички (куріння та вживання алкоголю та інш.)
- професійний анамнез
- наявність в минулому і в теперішньому запальних хвороб кишечника (ерозивний гастрит, пептична виразка, інфікування *Helicobacter pylori*, хвороба Уїлла, целіакії, глистяні інвазії), онкологічних захворювань рак товстого кишечника, колоректальна аденома), хронічних захворювань нирок (ниркова недостатність)

10. Закінчити проводити опитування хворого (сповістити)

11. Висловити можливий діагноз.

12. Рекомендувати пацієнту пройти дальше обстеження (фізикальний огляд та допоміжні методи обстеження).

13. Попрощатися з пацієнтом

Алгоритм дій студента до сценарію №9

Комунікативні навички. Опитування хворого гломерулонефритом. Збір анамнезу

1. Привітатися і представити себе.
2. Пояснити пацієнту мету та хід обстеження
3. Отримати згоду у пацієнта на проведення обстеження.
4. Зібрати паспортні дані (вік, де і ким працює)
5. Зібрати основні скарги і провести деталізацію:
 - сечовипускання (частота, особливо вночі, болі при цьому, характер, вказівки на зміст крові і каламуті в сечі)
 - наявність набряків, особливо на обличчі

-головні болі

-болі в області попереку

6. Зібрати супутні скарги (слабкість, відсутність апетиту, лихоманка).

7. Провести опитування по системам органів:

- нервова система - (наявність запаморочень, порушень зору, слуху, мови, смаку, порушень сну, перенесені стреси, травми)

- дихальна система - (наявність задишки, ядухи, болю в грудній клітці, кашлю)

- серцево-судинна система - (наявність підвищення артеріального тиску, серцебиття і перебоїв в роботі серця, болів в області серця, задишки, набряків, напади задухи)

- шлунково-кишковий тракт - (наявність зміни апетиту, нудоти, блювоти, болю в області живота, запорів, проносів)

- органи руху - (болі в кінцівках, суглобах, хребті, зміна форми суглобів)

8. Анамнез захворювання:

-коли з'явилися перші симптоми

-динаміка симптомів

-чем, де і коли лікувалася, які результати

9. Анамнез життя:

-умови проживання

-спадковість

-перенесення в дитинстві хвороби

-професійний анамнез

-епіданамнез (контакт з іншими хворими, перебування за кордоном)

-вредні звички (куріння, вживання алкоголю, переїдання)

-менструальна функція, менопауза, вагітність, пологи

-алергологічний анамнез,

-наявність супутніх хвороб (ожиріння, хвороби нирок, печінки, підшлункової залози)

10. Закончіть проводити опитування хворого (озвучити діагностичну гіпотезу)

11. Рекомендовать пацієнту пройти подальше обстеження (огляд, пальпація, перкусія, аускультация, інструментальні та лабораторні методи обстеження).

Алгоритм дій студента до сценарію №10

Комунікативні навички. Опитування хворого з цукровим діабетом. Збір анамнезу

1. Привітатися і представитись.

2. Пояснити пацієнту мету та хід обстеження

3. Отримати згоду у пацієнта на проведення обстеження.
4. Зібрати паспортні дані (вік, де і ким працює, адреса)
5. Зібрати основні скарги і провести їх деталізацію:
 - запитати про відчуття спраги (коли виникає, як проявляється)
 - запитати про кількість випивається води (приблизно) протягом доби
 - запитати про кількість сечі, що виділяється за добу (приблизно)
 - запитати про переваги в їжі (чи любить солодке, борошняне)
 - запитати про динаміку змін апетиту і ваги тіла за рік
 - запитати про сухість шкіри, наявності та локалізації свербіжів
6. Зібрати супутні скарги (слабкість, болі, задишка, прискорене серцебиття, підвищення тиску тощо).
7. Провести опитування по системам органів:
 - нервова система - (наявність запаморочень, порушень зору, слуху, мови, смаку, порушень сну, перенесені стреси, травми)
 - дихальна система - (наявність задишки, ядухи, болю в грудній клітці, кашлю)
 - серцево-судинна система - (наявність підвищення артеріального тиску, серцебиття і перебоїв в роботі серця, болів в області серця, задишки, набряків)
 - шлунково-кишковий тракт - (наявність зміни апетиту, нудоти, блювоти, болю в області живота, запорів, проносів)
 - сечовидільна система - (наявність порушень сечовипускання, болю в попереку).
8. Анамнез захворювання:
 - коли з'явилися перші симптоми, динаміка симптомів
 - як, де і коли лікувалася, які результати
9. Анамнез життя:
 - умови проживання
 - спадковість
 - перенесені в дитинстві хвороби
 - професійний анамнез
 - епіданамнез (контакт з іншими хворими, перебування за кордоном)
 - шкідливі звички (куріння, вживання алкоголю, переїдання)
 - менструальна функція, менопауза, вагітність, пологи
 - алергологічний анамнез
 - наявність супутніх хвороб (ожиріння, хвороби нирок, печінки, підшлункової залози)
10. Закінчити опитування хворого (озвучити діагностичну гіпотезу)
11. Рекомендувати пацієнту пройти подальше обстеження (огляд, пальпація, перкусія, аускультация, інструментальні та лабораторні методи обстеження).