

Алгоритм действий студента к сценарию №1
Коммуникативные навыки. Опрос больного с правосторонней
плеввропневмонией. Сбор анамнеза

1. Поздороваться и представить себя.
2. Объяснить пациенту цель и ход обследования.
3. Получить согласие у пациента на проведение обследования.
4. Собрать паспортные данные (возраст, где и кем работает)
5. Собрать основные жалобы и провести их детализацию:
 - спросить о боли в грудной клетке (локализация и характере боли, её связь с дыханием и сменой положения тела),
 - спросить о наличии кашля (постоянный либо периодический, больше утром, ночью, вечером или на протяжении всего дня, сопровождается ли кашель выделениям мокроты);
 - спросить о количестве мокроты, цвете, запахе и консистенции;
 - спросить о температуре тела (какой показатель температуры, изменялась ли она в течение суток);
 - спросить об одышке (в спокойном состоянии или при нагрузке, тяжелее вдохнуть или выдохнуть).
6. Собрать сопутствующие симптомы (слабость, ускоренное сердцебиение).
7. Провести опрос по системам органов:
 - нервная система (наличие в прошлом потерь сознания, головокружения, нарушений зрения, слуха, речи),
 - сердечно-сосудистая система (не было ли в прошлом повышения артериального давления, сердцебиения либо перебоев в работе сердца, болей в области сердца),
 - желудочно-кишечный тракт (отмечал ли в прошлом тошноту, рвоту, нарушение стула или болей в области живота),
 - мочевыделительная система (не отмечал ли в прошлом нарушения мочеотделения, или болей при мочеиспускании).
8. Анамнез заболевания: - когда появились первые симптомы заболевания,
 - динамика симптомов,
 - чем лечился.
9. Анамнез жизни:
 - условия проживания, - профессиональный анамнез,
 - эпиданамнез (контакт с другими больными),
 - вредные привычки (курение либо употребление алкоголя),
 - аллергологический анамнез,

- наличие сопутствующих болезней (сахарный диабет, ожирение болезни почек, печени).

10. Закончить проведение опроса опрос пациента (озвучить диагностическую гипотезу).

11. Рекомендовать пациенту пройти дальнейшее обследование (физикальный осмотр, дополнительные методы исследования).

Алгоритм действий студента к сценарию №2

Коммуникативные навыки. Опрос больного с **сухим плевритом**. Сбор анамнеза

1. Поздороваться и представить себя.
2. Объяснить пациенту цель и ход обследования
3. Получить согласие у пациента на проведение обследования.
4. Собрать паспортные данные (возраст, где и кем работает)
5. Собрать основные жалобы и провести их детализацию:
 - спросить о боли в грудной клетке (локализация боли, связь с дыханием),
 - спросить о наличии кашля (более утром, ночью, вечером или в течение всего дня, сопровождается кашель выделением мокроты)
 - спросить о количестве мокроты, цвет, запах, и консистенцию
 - спросить о температуре тела (какой показатель температуры, или менялась она в течение суток),
 - спросить об одышке (в покое, при нагрузке, труднее вдохнуть или выдохнуть)
6. Собрать сопутствующие симптомы (слабость, учащенное сердцебиение).
7. Провести опрос по системам органов:
 - нервная система (наличие в прошлом головокружений, потерь сознания, нарушений зрения, слуха, речи)
 - сердечно-сосудистая система (не было в прошлом повышений артериального давления, сердцебиений и перебоев в работе сердца, болей в области сердца)
 - желудочно-кишечный тракт (или отмечал в прошлом тошноту, рвоту, нарушение стула или боли в области живота)
 - мочевыделительная система (не отмечал в прошлом нарушения мочеиспускания, или болей).
8. Анамнез заболевания:
 - когда возникли первые симптомы
 - динамика симптомов
 - чем лечился
9. Анамнез жизни:

- условия проживания,
 - профессиональный анамнез,
 - эпиданамнез (контакт с другими больными)
 - вредные привычки (курение и употребление алкоголя)
 - аллергологический анамнез,
 - наличие сопутствующих болезней (сахарный диабет, болезни почек, печени)
10. Завершить проведение опроса больного (озвучить диагностическую гипотезу), поблагодарить пациента.
11. Рекомендовать пациенту пройти дальнейшее обследование (физикальный осмотр и вспомогательные методы обследования).

Алгоритм действий студента к сценарию №3

Коммуникативные навыки. Опрос больного с **бронхиальной астмой**. Сбор анамнеза.

1. Студент поздоровался, представился, пояснив, что будет делать, спросил разрешения пациента провести обследование
 2. Собрал паспортные данные (ФИО, возраст, пол, адрес, место работы, профессия, должность)
- Сбор основных жалоб
3. Спросил об одышке/удушьи, характер одышки/удушья (экспираторная, инспираторная, смешанная)
 4. Спросил о факторах, которые провоцируют одышку (физическая нагрузка, ингаляционные факторы, продукты питания, химические вещества, лекарства); длительность и частоту приступов удушья; связь со временем суток (дневные, ночные); степень ограничения физической активности
 5. Спросил о факторах, которые провоцируют одышку уменьшают или купируют одышку (элиминация провоцирующего фактора, прекращение нагрузки, изменение положения)
 6. Спросил о кашле (сухой, с мокротой, постоянный, приступообразный)
 7. Спросил об условиях появления кашля (приступ удушья, физическая нагрузка, ингаляционные факторы, химические вещества, лекарства)
 8. Спросил о характере мокроты (количество, цвет, консистенция, время появления, кровохаркание)
 9. Спросил о боли в грудной клетке: локализация, связь с дыханием, кашлем, положением тела; лихорадку и ее характер (уровень (субфебрильная, умеренно повышенная, высокая, чрезмерно высокая),

тип температуры (правильная, неправильная; постоянная, ремитирующая, интермитирующая, гектичная, волнообразная, возвратная, извращенная); слабкість

10.Провел опрос по системам органов:

- нервная система (головокружения, потеря сознания, нарушения зрения, слуха и речи);
- сердечно-сосудистая система (сердцебиения и перебои в работе сердца, повышение артериального давления, боли в области сердца);
- система органов пищеварения (тошнота, рвота, изжога, боль в животе, диарея, запор, изменения стула);
- мочевыделительная система (боль при мочеиспускании, боль в пояснице, нарушение диуреза и дизурия)

Анамнез заболевания.

- 11.Спросил о начале заболевания (время начала, с какими факторами связывает); симптомы в начале заболевания (одышка/удушье, кашель, мокрота, тяжесть в груди, хрипы, слышные на расстоянии; их связь с провоцирующими факторами)
- 12.Спросил о развитии симптомов, их динамику, появление новых симптомов, динамику тяжести симптомов, связь со временем суток (дневные, ночные), степень ограничения физической активности, самочувствие в межприступный период
- 13.Спросил о предшествующем лечении, его эффективности (какие препараты, длительность их применения, влияние на симптомы, частоту и длительность обострений и ремиссии), сезонность обострений
- 14.Спросил о лечении в стационаре по поводу данного заболевания (количество в году, длительность)

Анамнез жизни.

- 15.Выявил факторы риска болезни (наследственные, экологические, бытовые и профессиональные)
- 16.Спросил о вредных привычках (курение, злоупотребление алкоголем, наркозависимость)
- 17.Собрал эпиданамнез (контакт с больными инфекционными болезнями, больными с лихорадкой, нахождение за границей в течение 3 последних месяцев, пользование услугами предприятий общественного питания)
- 18.Собрал аллергологический анамнез: аллергические заболевания (конъюнктивит, аллергический ринит, кожные проявления аллергии)

19. Определил наличие сопутствующих заболеваний (в частности – хронических заболеваний органов дыхания), которые могут влиять на основное заболевание

Оценка результатов обследования

20. Сформулировал вероятный диагноз (нозологический или синдромальный), обоснованный полученными данными (Приступы экспираторного удушья с малопродуктивным кашлем и вязкой мокротой, дистанционными сухими хрипами, вынужденным положением тела сидя или стоя с фиксацией плечевого пояса, участием дополнительной дыхательной мускулатуры. Отсутствие симптомов и удовлетворительное самочувствие вне приступа. Наличие преморбидного состояния – аллергический ринит.).

Алгоритм действий студента к сценарию №4

Коммуникативные навыки. Расспрос больного с гипертонической болезнью. Сбор анамнеза

1. Поздороваться и представиться.
2. Объяснить пациенту цели и ход обследования.
3. Получить согласие пациента на проведение обследования.
4. Уточнить паспортные данные (имя, фамилия, возраст, профессия, место работы, социальный статус).
5. Выяснить основные жалобы и провести их детализацию:
 - уточнить уровни повышения АД, в какое время суток чаще повышается, что провоцирует подъемы АД, действия пациента для снижения АД;
 - уточнить, какими симптомами сопровождается повышение АД (головные боли, боли в области сердца, головокружение)
 - уточнить наличие болей в области сердца, их характер;
 - уточнить характеристику головных болей;
 - выяснить наличие периферических отеков и их характер.
6. Выяснить дополнительные жалобы (нарушение зрения, структуры мочеиспускания, слабость, тошнота, рвота, снижение работоспособности).
7. Провести опрос по системам органов:
 - нервная система (наличие в прошлом головокружений, потерь сознания, нарушений зрения, слуха, речи)
 - дыхательная система (кашель, одышка, боли в грудной клетке, связь с дыханием)

- желудочно-кишечный тракт (тошнота, рвота, нарушение стула или боли в области живота)
- мочевыделительная система (не отмечал ли в прошлом нарушения мочеиспускания, или болей).

8. Анамнез заболевания:

- когда появились первые симптомы,
- с чем пациент связывает начало заболевания,
- динамика симптомов,
- наличие гипертензивных кризов, их частота и характер,
- обращался ли ранее к врачам по поводу данного заболевания,
- чем лечился, эффективность лечения,
- что послужило поводом обращения к врачу в данный момент.

9. Анамнез жизни:

- детские заболевания, особенности развития в детстве
- наличие факторов риска гипертонической болезни (курение, ожирение, избыточное употребление жирной и солёной пищи, дислипидемия)
- профессиональный анамнез (вредности и отягощающие обстоятельства),
- вредные привычки (курение, употребление алкоголя, наркотиков, энергетиков)
- наличие сердечно-сосудистых заболеваний в семье;
- наличие других хронических заболеваний (сахарный диабет, заболевания щитовидной железы, надпочечников, хронических заболеваний почек и ЦНС)

10. Проинформировать пациента о завершении опроса. Поблагодарить.

Озвучить предварительный диагноз.

11. Предложить план дальнейшего обследования (физикальное обследование и вспомогательные методы обследования).

Алгоритм действий студента к сценарию №5

Коммуникативные навыки. Расспрос больного со **стенокардией**. Сбор анамнеза

1. Поздороваться и представить себя.
2. Объяснить пациенту цель и ход обследования.
3. Получить согласие у пациента на проведение обследования.
4. Собрать паспортные данные (возраст, где и кем работает).
5. Собрать основные жалобы и провести их детализацию:
 - спросить о локализации боли;

- попросить пациента указать локализацию боли;
- уточнить об интенсивности боли;
- спросить о продолжительности боли;
- спросить о характере боли;
- уточнить о иррадиацию боли
- спросить, что провоцирует и устраняет боль
- уточнить связь боли с физической нагрузкой, детализировать интенсивной физической нагрузки (ходьба по ровной поверхности в метрах, подъем по лестнице).

6. Собрать сопутствующие симптомы.

7. Анамнез заболевания:

- определить продолжительность заболевания и его течение;
- уточнить предыдущее лечение;
- выявить осложнения и сердечно-сосудистые события в анамнезе;

8. Анамнез жизни

- оценить вредные привычки и факторы риска (курение, алкоголь, стресс и др.);
- оценка наличия гиподинамии;
- наследственный анамнез (заболевание и смерть родственников в молодом возрасте от сердечно-сосудистых заболеваний)
- выявление сопутствующих заболеваний, которые могут влиять на развитие и течение (хроническая болезнь почек, сахарный диабет и др.)

9. Проинформировать пациента о завершении опроса.

10. Рекомендовать пациенту пройти дальнейшее обследование (физикальное обследование и вспомогательные методы обследования).

Алгоритм действий студента к сценарию №6

Коммуникативные навыки. Опрос больного с **инфарктом миокарда**. Сбор анамнеза»

1. Поздороваться и представить себя.
2. Объяснить пациенту цель и ход обследования.
3. Получить согласие у пациента на проведение обследования.
4. Собрать паспортные данные (возраст, где и кем работает)
5. Собрать основные жалобы и провести их детализацию:

- спросить о боли в грудной клетке (локализация, характер, длительность, иррадиация боли, время ее возникновения, динамика, связь с внешними факторами, применение лекарственных средств и их эффективность);

6. Собрать сопутствующие симптомы (слабость, холодный пот, одышка).

7. Провести опрос по системам органов:

- нервная система (наличие в прошлом потерь сознания, головокружения, нарушений зрения, слуха, речи),
- дыхательная система (не было ли в прошлом кашля сухого или с мокротой, одышки, болей в грудной клетке),
- желудочно-кишечный тракт (отмечал ли в прошлом тошноту, рвоту, нарушение стула или болей в области живота),
- мочевыделительная система (не отмечал ли в прошлом нарушения мочеотделения, или болей при мочеиспускании).

8. Анамнез заболевания:

- когда появились первые симптомы заболевания,
- динамика симптомов,
- чем лечился, с каким эффектом.

9. Анамнез жизни:

- условия проживания, - профессиональный анамнез,
- эпиданамнез (контакт с другими больными),
- вредные привычки (курение либо употребление алкоголя, наркотиков),
- аллергологический анамнез,
- наличие болезней сердечно-сосудистой системы и сосудистых катастроф, сахарного диабета, болезни почек, печени у пациента и его кровных родственников).

10. Закончить проведение опроса опрос пациента (озвучить диагностическую гипотезу).

11. Рекомендовать пациенту пройти дальнейшее обследование (физикальный осмотр, дополнительные методы исследования).

Алгоритм действий студента к сценарию №7

Коммуникативные навыки. Расспрос больного с **язвенной болезнью**. Сбор анамнеза

1. Поздороваться и представиться.
2. Объяснить пациенту цели и ход обследования.
3. Получить согласие пациента на проведение обследования.

4. Собрать паспортные данные (имя, возраст, где и кем работает).
5. Собрать основные жалобы и провести их детализацию:
 - расспросить о боли в животе (интенсивность, характер, локализация боли, связь с приемом пищи),
 - спросить об иррадиации боли,
 - уточнить наличие эпизодов черного стула,
 - спросить о возможном снижении веса за период болезни,
 - спросить о тошноте, рвоте;
6. Собрать сопутствующие симптомы.
7. Анамнез заболевания:
 - когда появились первые симптомы,
 - с чем пациент связывает начало заболевания,
 - динамика симптомов,
 - наличие сезонных обострений заболевания,
 - обращался ли ранее к врачам по поводу данного заболевания,
 - чем лечился,
 - что непосредственно привело пациента сейчас к врачу, как изменились симптомы.
8. Анамнез жизни:
 - особенности питания (регулярность, кратность, употребление острой пищи, специй, питание всухомятку),
 - профессиональный анамнез (вредности и отягощающие обстоятельства),
 - вредные привычки (курение и употребление алкоголя)
 - наличие семейного анамнеза по заболеваниям желудочно-кишечного тракта.
9. Проинформировать пациента о завершении опроса (озвучить диагностическую гипотезу)
10. Рекомендовать пациенту пройти дальнейшее обследование (физикальное обследование и вспомогательные методы обследования).

Алгоритм действий студента к сценарию №8

Коммуникативные навыки. Расспрос больного с **анемией**. Сбор анамнеза

1. Установить контакт с пациентом: поздороваться, позволить занять удобное положение на стуле или кушетке, обозначить свою роль.
2. Попросить пациента представиться, собрать паспортные данные.
3. Объяснить ход и цель процедуры.

4. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на обследование.

5. Опросить основные жалобы и их детализация:

- спросить об общей слабости и об утомляемости
- спросить о головокружении (что провоцирует, связь с положением тела, время добиартериальным давлением, приемом пищи)
- спросить об одышке (в покое, при нагрузке, труднее вдохнуть или выдохнуть)
- спросить о сердцебиении (связь с дыханием, физической нагрузкой, артериальным давлением, приемом пищи)

6. Расспросить о сопутствующих симптомах (сухость кожи, ломкость ногтей, койлонихии, выпадение волос, астенизация, ангулярный стоматит, глоссит, дисфагия, ощущение быстрого насыщения, тяжести в эпигастрии после еды, мелена)

7. Опрос по системам органов:

- нервная система (отмечал ли в прошлом потерю сознания, головная боль, звон в ушах, нарушение вкуса)
- органы дыхания (отмечал ли в прошлом кашель с кровью)
- желудочно-кишечный тракт (отмечал ли в прошлом рвоту с кровью, боли в животе, изменение цвета кала-черный стул, неизменной крови в кале, искаженный вкус (склонность к потреблению несъедобных предметов), искаженное желание употреблять лед))
- мочеполовая система (отмечал ли в прошлом нарушения мочеиспускания, или боли при мочеиспускании, красный цвет мочи), у женщин – о маточных кровотечениях, обильных и затяжных менструациях.

8. Анамнез болезни:

- уточнить начало заболевания;
- когда появились первые симптомы;
- динамика симптомов;
- чем лечился

9. Анамнез жизни:

- факторы риска заболевания (донорство – более 2 ежегодных донаций крови для женщин и более 3 ежегодных донаций крови для мужчин; у женщин уточняются информация о характере менструаций (цикличность, продолжительность, течение) и историю беременностей (беременные и матери в возрасте до 18 лет, женщины, рожавшие 3 и более раз или с интервалом между родами <1 года))
- семейный анамнез (наличие случаев, связанных с нарушением свертываемости крови и раком толстого кишечника)
- условия проживания (низкий социально-экономический статус), стиль жизни, занятия спортом, питание (вегетарианство)
- наличие перенесенных в прошлом операций на желудке и кишечнике, процедуры гемодиализа
- медикаментозный анамнез: выясняется информация по лекарственным препаратам, которые получает пациент (антацидные препараты, блокаторы H₂-рецепторов, ингибиторы протонной помпы, длительное применение нестероидных противовоспалительных препаратов, длительный прием препаратов ацетилсалициловой кислоты, прием препаратов цинка или магния)
- вредные привычки (курение, употребление алкоголя и др.)
- профессиональный анамнез
- наличие в прошлом и в настоящем воспалительных заболеваний кишечника (эрозивный гастрит, язва, инфицирование *Helicobacter pylori*, болезнь Уиппла, целиакии, глистные инвазии), онкологических заболеваний рак толстого кишечника, колоректальный аденома), хронических заболеваний почек (почечная недостаточность)

10. Закончить проведение опроса пациента (оповестить его об этом).

11. Высказать предположительный диагноз.

12. Рекомендовать пациенту пройти дальнейшее обследование (физикальное и дополнительные исследования).

13. Попрощаться с пациентом.

Алгоритм действий студента по сценарию №9

Коммуникативные навыки. Опрос больного с гломерулонефритом. Сбор анамнеза

1. Поздороваться и представить себя.
2. Объяснить пациенту цель и ход обследования
3. Получить согласие у пациента на проведение обследования.
4. Собрать паспортные данные (возраст, где и кем работает)
5. Собрать основные жалобы и провести детализацию:
 - мочеиспускание (частота, особенно ночью , боли при этом, характер, указания на содержание крови и мути в моче)
 - наличие отеков, особенно на лице
 - головные боли
 - боли в области поясницы
6. Собрать сопутствующие жалобы (слабость, отсутствие аппетита, лихорадка).
7. Провести опрос по системам органов:
 - нервная система - (наличие головокружений, нарушений зрения, слуха, речи, вкуса, нарушений сна, перенесенные стрессы, травмы)
 - дыхательная система – (наличие одышки, удушья, болей в грудной клетке, кашля)
 - сердечно-сосудистая система - (наличие повышения артериального давления, сердцебиений и перебоев в работе сердца, болей в области сердца, одышки, отеков, приступы удушья)
 - желудочно-кишечный тракт - (наличие изменения аппетита, тошноты, рвоты, болей в области живота, запоров, поносов)
 - органы движения – (боли в конечностях, суставах, позвоночнике, изменение формы суставов)
8. Анамнез заболевания:
 - когда появились первые симптомы
 - динамика симптомов
 - чем, где и когда лечилась, какие результаты
9. Анамнез жизни:
 - условия проживания
 - наследственность
 - перенесенные в детстве болезни
 - профессиональный анамнез
 - эпиданамнез (контакт с другими больными, пребывание за границей)
 - вредные привычки (курение, употребление алкоголя, переедание)
 - менструальная функция, менопауза, беременность, роды
 - аллергологический анамнез,

-наличие сопутствующих болезней (ожирение, болезни почек, печени, поджелудочной железы)

10. Закончить проводить опрос больного (озвучить диагностическую гипотезу)

11. Рекомендовать пациенту пройти дальнейшее обследования (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация, инструментальные и лабораторные методы обследования).

Алгоритм действий студента по сценарию №10

Коммуникативные навыки. Опрос больного с сахарным диабетом. Сбор анамнеза

1. Поздороваться и представить себя.

2. Объяснить пациенту цель и ход обследования

3. Получить согласие у пациента на проведение обследования.

4. Собрать паспортные данные (возраст, где и кем работает)

5. Собрать основные жалобы и провести детализацию:

- спросить о чувстве жажды (когда возникает, как проявляется)
- спросить о количестве выпиваемой воды (примерно) в течение суток
- спросить о количестве выделяемой мочи за сутки (приблизительно)
- спросить о предпочтениях в еде (любит ли сладкое, мучное)
- спросить о динамике изменений аппетита и веса тела за год
- спросить о сухости кожи, наличии и локализации зуда

6. Собрать сопутствующие жалобы (слабость, боли, одышка, учащенное сердцебиение, повышение давления).

7. Провести опрос по системам органов:

- нервная система - (наличие головокружений, нарушений зрения, слуха, речи, вкуса, нарушений сна, перенесенные стрессы, травмы)
- дыхательная система – (наличие одышки, удушья, болей в грудной клетке, кашля)
- сердечнососудистая система - (наличие повышения артериального давления, сердцебиений и перебоев в работе сердца, болей в области сердца, одышки, отеков)
- желудочно-кишечный тракт - (наличие изменения аппетита, тошноты, рвоты, болей в области живота, запоров, поносов)
- мочевыделительная система - (не отмечала ли в прошлом нарушений мочеиспускания, болей).

8. Анамнез заболевания:

- когда появились первые симптомы
- динамика симптомов
- чем, где и когда лечилась, какие результаты

9. Анамнез жизни:

- условия проживания

- наследственность
- перенесенные в детстве болезни
- профессиональный анамнез
- эпиданамнез (контакт с другими больными, пребывание за границей)
- вредные привычки (курение, употребление алкоголя, переедание)
- менструальная функция, менопауза, беременность, роды
- аллергологический анамнез,
- наличие сопутствующих болезней (ожирение, болезни почек, печени, поджелудочной железы)

10. Закончить проводить опрос больного (озвучить диагностическую гипотезу)

11. Рекомендовать пациенту пройти дальнейшее обследования (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация, инструментальные и лабораторные методы обследования).