

Институт клинической медицины

Кафедра филологических дисциплин

УТВЕРЖДЕНО:

Проректор по учебно-методической
работе

Василькова Т.Н.

17 мая 2023 г.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

ФТД.11 РУССКИЙ ЯЗЫК В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ СФЕРЕ

Специальность: 31.05.01 Лечебное дело

Формы обучения: очная

Квалификация (степень) выпускника: Врач-лечебник

Год набора: 2023

Срок получения образования: 6 лет

Объем: в зачетных единицах: 4 з.е.
в академических часах: 144 ак.ч.

Курс: 4

Семестры: 7, 8

Разделы (модули): 4

Зачет: 8 семестр

Практические занятия: 96 ч.

Самостоятельная работа: 48 ч.

Разработчики:

Доцент кафедры филологических дисциплин , кандидат филологических наук Петрухина А.В.

Рабочая программа дисциплины (модуля) составлена в соответствии с требованиями ФГОС ВО по специальности 31.05.01 Лечебное дело, утвержденного приказом Минобрнауки России от 12.08.2020 №988, с учетом трудовых функций профессиональных стандартов: "Врач-лечебник (врач-терапевт участковый)", утвержден приказом Минтруда России от 21.03.2017 № 293н.

Согласование и утверждение

№	Подразделение или коллегиальный орган	Ответственное лицо	ФИО	Виза	Дата, протокол (при наличии)
1	Кафедра филологических дисциплин	Заведующий кафедрой, руководитель подразделения, реализующего ОП	Хвоц Р.Н.	Рассмотрено	23.03.2023, № 6
2	Методический совет по специальности 31.05.01 Лечебное дело	Председатель методического совета	Елфимов Д.А.	Согласовано	26.04.2023, № 4
3	Институт клинической медицины	Директор	Зотов П.Б.	Согласовано	17.05.2023
4	Центральный координационный методический совет	Председатель ЦКМС	Василькова Т.Н.	Согласовано	17.05.2023, № 9

1. Цель и задачи освоения дисциплины (модуля)

Цель освоения дисциплины - формирование у иностранных студентов-медиков навыков устной и письменной профессиональной речи, речевого поведения в профессиональных ситуациях, ведения профессионального диалога со стационарным больным, понимания и языковой реакции на разговорную речь больного.

Задачи изучения дисциплины:

- развитие устной диалогической, устной и письменной формы монологической профессиональной речи у иностранных студентов-медиков;
- формирование умения понимать на слух информацию, содержащуюся в монологическом высказывании и диалоге;
- отработка навыков ведения профессионального диалога с больным и оформления записи в медицинской карте стационарного больного.

2. Планируемые результаты обучения по дисциплине (модулю), соотнесенные с планируемыми результатами освоения образовательной программы

Компетенции, индикаторы и результаты обучения

УК-4 Способен применять современные коммуникативные технологии, в том числе на иностранном(ых) языке(ах), для академического и профессионального взаимодействия

УК-4.1 Устанавливает и развивает профессиональные контакты в соответствии с потребностями совместной деятельности, включая обмен информацией и выработку единой стратегии взаимодействия

Знать:

УК-4.1/Зн1 теоретические основы современных коммуникативных технологий

Уметь:

УК-4.1/Ум1 устанавливать профессиональные контакты в соответствии с потребностями совместной деятельности, включая обмен информацией и выработку единой стратегии взаимодействия

Владеть:

УК-4.1/Нв1 навыками развития профессиональных контактов в соответствии с потребностями совместной деятельности

УК-4.2 Составляет, переводит с иностранного языка на государственный язык РФ и с государственного языка РФ на иностранный, а также редактирует различные академические тексты (рефераты, эссе, обзоры, статьи и т.д.), в том числе на иностранном языке

Знать:

УК-4.2/Зн1 правила перевода текста с иностранного языка на государственный язык РФ и с государственного языка РФ на иностранный

Уметь:

УК-4.2/Ум1 составлять и переводить с иностранного языка на государственный язык РФ и с государственного языка РФ на иностранный

Владеть:

УК-4.2/Нв1 навыками редактирования различных академических текстов (рефератов, эссе, обзоров, статей и т.д.), в том числе на иностранном языке

УК-4.3 Представляет результаты академической и профессиональной деятельности на различных публичных мероприятиях, включая международные, выбирая наиболее подходящий формат

Знать:

УК-4.3/Зн1 требования к представлению результатов академической и профессиональной деятельности на различных публичных мероприятиях

Уметь:

УК-4.3/Ум1 представлять результаты академической и профессиональной деятельности на различных публичных мероприятиях, включая международные, выбирая наиболее подходящий формат

Владеть:

УК-4.3/Нв1 навыками представления результатов академической и профессиональной деятельности на различных публичных мероприятиях, включая международные, выбирая наиболее подходящий формат

УК-4.4 Аргументированно и конструктивно отстаивает свои позиции и идеи в академических и профессиональных дискуссиях на государственном языке РФ и иностранном языке

Знать:

УК-4.4/Зн1 нормы культурного и межкультурного взаимодействия при проведении академических и профессиональных дискуссий на государственном языке РФ и иностранном языке

Уметь:

УК-4.4/Ум1 конструктивно отстаивать свои позиции и идеи в академических и профессиональных дискуссиях на государственном языке РФ и иностранном языке

Владеть:

УК-4.4/Нв1 навыками аргументирования своих позиций и идей в академических и профессиональных дискуссиях на государственном языке РФ и иностранном языке

УК-4.5 Выбирает стиль общения на государственном языке РФ и иностранном языке в зависимости от цели и условий партнерства; адаптирует речь, стиль общения и язык жестов к ситуациям

Знать:

УК-4.5/Зн1 виды стилей общения на государственном языке РФ и иностранном языке в различных ситуациях

Уметь:

УК-4.5/Ум1 выбирать стиль общения на государственном языке РФ и иностранном языке в зависимости от цели и условий партнерства

Владеть:

УК-4.5/Нв1 навыками адаптации речи, стиля общения и языка жестов к ситуациям академического и профессионального взаимодействия

3. Место дисциплины в структуре ОП

Дисциплина (модуль) ФТД.11 «Русский язык в профессиональной сфере» относится к обязательной части образовательной программы и изучается в семестре(ах): 7, 8.

В процессе изучения дисциплины студент готовится к видам профессиональной деятельности и решению профессиональных задач, предусмотренных ФГОС ВО и образовательной программой.

4. Объем дисциплины и виды учебной работы

Период	доемкость сы)	доемкость ЭТ)	ая работа всего)	ие занятия сы)	ьная работа сы)	ая аттестация сы)
--------	------------------	------------------	---------------------	-------------------	--------------------	----------------------

обучения	Общая гру (ча (ча	Общая гру (ЗІ (ЗІ	Контактн (часы, (часы,	Практичест (ча (ча	Самостоятел. (ча (ча	Промежуточн (ча (ча
Седьмой семестр	72	2	48	48	24	
Восьмой семестр	72	2	48	48	24	Зачет
Всего	144	4	96	96	48	

5. Содержание дисциплины

5.1. Разделы, темы дисциплины и виды занятий

Наименование раздела, темы	Всего	Практические занятия	в.т.ч. Аудиторная контактная работа	Самостоятельная работа	Планируемые результаты обучения, соответствующие результатам освоения программы
Раздел 1. Модульная единица	36	24	24	12	УК-4.1 УК-4.2 УК-4.3
1.1. Языковые модели профессиональной речи.					УК-4.4 УК-4.5
Тема 1.1. Язык науки. Язык медицины. Функциональные особенности научного стиля речи.	3	3	3		
Тема 1.2. Субъектно-объектные отношения: активные и пассивные модели научной речи.	3	3	3		
Тема 1.3. Регистрация больных в лечебных учреждениях. Паспортные данные больного	7	3	3	4	
Тема 1.4. Систематизация терминологической лексики. Выражение определительных отношений	3	3	3		
Тема 1.5. Выражение причинно-следственных отношений. Временная характеристика боли	7	3	3	4	
Тема 1.6. Модели классификации предметов. Употребление кратких причастий в роли предиката	3	3	3		

Тема 1.7. Повелительное наклонение глагола. Выражение цели в сложном предложении. Описание состава предмета	7	3	3	4	
Тема 1.8. Характеристика предмета: модели с атрибутивными конструкциями.	3	3	3		
Раздел 2. Модульная единица 1.2. Оформление истории болезни.	36	24	24	12	УК-4.1 УК-4.2 УК-4.3 УК-4.4 УК-4.5
Тема 2.1. Субъективное и объективное исследование пациента.	3	3	3		
Тема 2.2. Субъективное исследование больного. История настоящего заболевания	7	3	3	4	
Тема 2.3. Субъективное исследование больного. Анамнез жизни	3	3	3		
Тема 2.4. Субъективное исследование больного. Анамнез жизни (продолжение)	7	3	3	4	
Тема 2.5. Расспрос больного. Основные жалобы	3	3	3		
Тема 2.6. Расспрос больного. Анамнез болезни	3	3	3		
Тема 2.7. Физические методы исследования	7	3	3	4	
Тема 2.8. Заболевания дыхательной системы. Острый бронхит	3	3	3		
Раздел 3. Модульная единица 2.1. Моделирование профессионального диалога.	36	24	24	12	УК-4.1 УК-4.2 УК-4.3 УК-4.4 УК-4.5
Тема 3.1. Диалог врача с больным при заболеваниях органов дыхания.	7	3	3	4	
Тема 3.2. Заболевания сердечно-сосудистой системы. Сердечная недостаточность	3	3	3		
Тема 3.3. Диалог врача с больным при заболеваниях органов кровообращения (стенокардия)	3	3	3		
Тема 3.4. Диалог врача с больным при заболеваниях органов кровообращения (гипертоническая болезнь)	7	3	3	4	
Тема 3.5. Пищевод	3	3	3		
Тема 3.6. Желудок	3	3	3		
Тема 3.7. Заболевания пищеварительной системы. Гастрит	7	3	3	4	

Тема 3.8. Диалог врача с больным при заболеваниях органов пищеварения.	3	3	3		
Раздел 4. Модульная единица 2.2. Моделирование профессионального диалога (продолжение).	36	24	24	12	УК-4.1 УК-4.2 УК-4.3 УК-4.4 УК-4.5
Тема 4.1. Острый энтероколит	7	3	3	4	
Тема 4.2. Заболевания поджелудочной железы	3	3	3		
Тема 4.3. Панкреатит	3	3	3		
Тема 4.4. Заболевания печени и желчных путей	3	3	3		
Тема 4.5. Диалог врача с больным, имеющим желчнокаменную болезнь	7	3	3	4	
Тема 4.6. Заболевания мочевыделительной системы	3	3	3		
Тема 4.7. Диалог врача с больным при хроническом пиелонефрите	8	4	4	4	
Тема 4.8. Зачёт.	2	2	2		
Итого	144	96	96	48	

5.2. Содержание разделов, тем дисциплин и формы текущего контроля

Раздел 1. Модульная единица 1.1. Языковые модели профессиональной речи.
(Практические занятия - 24ч.; Самостоятельная работа - 12ч.)

Тема 1.1. Язык науки. Язык медицины. Функциональные особенности научного стиля речи.
(Практические занятия - 3ч.)

Научный стиль – это функциональный стиль языка, который представляет научную сферу общения и речевой деятельности, связанную с реализацией науки как формы общественного сознания; отражает теоретическое мышление, выступающее в понятийно-логической форме.

Черты научного стиля:

- 1) отвлеченность, обобщенность;
- 2) подчеркнутая логичность;
- 3) точность, однозначность;
- 4) некатегоричность изложения;
- 5) диалогичность.

Фонетические признаки стиля:

- 1) строгое соблюдение норм акцентологии и орфоэпии;
- 2) умеренный темп речи, отсутствие резких интонационных изломов;
- 3) нейтральная интонация, четкая артикуляция согласных.

Лексические признаки стиля:

- 1) активное использование научной терминологии;
- 2) использование общенаучной лексики;
- 3) употребление нейтральной лексики и слов с книжной окраской;
- 4) употребление слов в прямых значениях;
- 5) использование специфической научной фразеологии.

Словообразовательные признаки стиля:

- 1) способ аббревиации;
- 2) способ сложения и сращения;
- 3) не используются слова с суффиксами субъективной оценки.

Морфологические признаки стиля:

- 1) неличный характер речи;
- 2) именной характер речи;
- 3) преобладание отвлеченных существительных над конкретными;
- 4) преобладание форм настоящего времени глагола;
- 5) преобладание аналитических форм сравнительной степени прилагательного над простыми;
- 6) активное использование числительных;
- 7) активное использование производных предлогов;
- 8) активное использование причастий и деепричастий;
- 9) частотность употребления наречий со значением меры и степени;
- 10) активное употребление существительных среднего рода;
- 11) активное использование субстантивированных прилагательных и причастий;
- 12) употребление вещественных существительных в форме множественного числа;
- 13) активное использование возвратных глаголов;
- 14) использование причастий и прилагательных в функции указательных местоимений тот и этот.

Синтаксические признаки стиля:

- 1) большой объем предложений в письменной речи;
- 2) преобладание сложных предложений над простыми в письменной речи;
- 3) активность сложноподчиненных предложений с придаточными определительными, изъяснительными, условия, причины, следствия, цели, уступки;
- 4) частотность уточняющих определений;
- 5) использование пассивных конструкций;
- 6) использование вставных конструкций;
- 7) использование уточняющих конструкций;
- 8) использование вводных слов и конструкций в качестве средств связи;
- 9) активное использование сказуемых всех возможных типов;
- 10) активное использование безличных конструкций;
- 11) использование развернутых, часто пересекающихся рядов однородных членов;
- 12) расщепление сказуемого.

Текущий контроль

Вид (форма) контроля, оценочные материалы
Тестирование

*Тема 1.2. Субъектно-объектные отношения: активные и пассивные модели научной речи.
(Практические занятия - 3ч.)*

Активные и пассивные модели научной речи.

Активная модель	Хирург проводит операцию. S + P (глагол НСВ) + О4	Хирург провёл операцию S + P (глагол СВ) + О4
Пассивная модель	S + P (глагол + -ся) + О5 Операция проводится хирургом.	S + P (short passive participle) + О5 Операция проведена хирургом.

ЗАПОМНИТЕ!

FORMATION OF SHORT PASSIVE PARTICIPLES

выполнить (СВ) – выполнен (-а, -о, -ы)
 получить (СВ) – получен (-а, -о, -ы)
 написать (СВ) – написан (-а, -о, -ы)
 сдать (СВ) – сдан (-а, -о, -ы)
 построить (СВ) – построен (-а, -о, -ы)
 провести (СВ) – проведен (-а, -о, -ы)
 сделать (СВ) – сделан (-а, -о, -ы)

Текущий контроль

Вид (форма) контроля, оценочные материалы
Тестирование
Выполнение индивидуального задания

*Тема 1.3. Регистрация больных в лечебных учреждениях. Паспортные данные больного
(Практические занятия - 3ч.; Самостоятельная работа - 4ч.)*

ОБРАЗОВАНИЕ РУССКИХ ФАМИЛИЙ

Мужские фамилии	Женские фамилии
1. -ов Дьяков, Глотов, Ермаков	-ова Дьякова, Глотова, Ермакова
2. -ев (-ёв) Андреев, Бондарев, Горбачёв	-ева (-ёва) Андреева, Бондарева, Горбачёва
3. -ин (-ын) Путин, Кузьмин, Сеницын	-ина (-ына) Путина, Кузьмина, Сеницына
4. -ский (-цкий) Вишневский, Юрковский, Макавецкий	-ская (-цкая) Вишневская, Юрковская, Макавецкая
5. -ук (-юк) Иванчук, Стаднюк, Гнатюк	
6. -ко Макаренко, Василенко, Грищенко	
7. -ович (-евич) Максимович, Сенкевич, Гуревич	
8. -ых (-их) Савиных, Черных, Медведевских	

Текущий контроль

Вид (форма) контроля, оценочные материалы
Тестирование

Выполнение индивидуального задания
Практическое задание

Тема 1.4. Систематизация терминологической лексики. Выражение определительных отношений

(Практические занятия - 3ч.)

СПОСОБЫ ОБРАЗОВАНИЯ АКТИВНЫХ ПРИЧАСТИЙ НАСТОЯЩЕГО ВРЕМЕНИ
PRESENT ACTIVE PARTICIPLES

Verb (1-st group) Infinitive Какие?	The present tense stem Что (они) делают?	Suffixes	Present Active Participles Какой? Какая? Какое?
читать	(они) чита-(ют)	-ЮЩ-	чита+ющ- -ий -ая -ее -ие
писать	(они) пиш-(ут)	-УЩ-	пиш+ущ- -ий -ая -ее -ие
танцевать	(они) танцу-(ют)	-ЮЩ-	танцу+ющ- -ий -ая -ее -ие

Verb (2-st group) Participles Infinitive Какое? Какие?	The present tense stem Что (они) делают?	Suffixes	Present Active Какой? Какая?
говорить -ий	(они) говор-ят	-ЯЩ-	говор+ящ- -ая -ее -ие
смотреть -ий	(они) смотр-ят	-ЯЩ-	смотр+ящ- -ая -ее -ие
лежать	(они) леж-ат	-АЩ-	леж+ащ- -ий -ая -ее -ие

Текущий контроль

Вид (форма) контроля, оценочные материалы
Тестирование
Выполнение индивидуального задания

Тема 1.5. Выражение причинно-следственных отношений. Временная характеристика боли
(Практические занятия - 3ч.; Самостоятельная работа - 4ч.)

Сложноподчиненные предложения с придаточным причины

В сложном предложении отношения причины могут передаваться с помощью специальных союзов: потому что, так как, поскольку, ибо, оттого что и конструкции с союзами: тем более что; ввиду того, что; вследствие того, что; в результате того, что; из-за того, что; благодаря тому, что; в связи с тем, что; по мере того как. Рассмотрим наиболее употребительные из них более подробно.

Сложные предложения с придаточными причины

1. Использование союзов потому что, оттого что, так как, поскольку, ибо в структуре СПП с придаточным предложением причины

Союз потому что может употребляться в различных стилях речи. Придаточное предложение с этим союзом обозначает причину и всегда стоит после главного предложения.

Например: На Земле происходит регулярная смена дня и ночи (главное предложение) (почему?), потому что Земля вращается вокруг своей оси. (придаточное предложение)

Союз потому что синонимичен союзу так как, который широко употребляется в научном стиле речи.

Например: Нейтрон обладает огромной проникающей способностью (главное предложение) (почему?), так как при движении в веществе не испытывает потерь энергии.

Придаточное предложение с союзом так как может стоять как после, так и перед главным предложением. В этом случае следует обратить внимание на то, что при наличии общего субъекта в главном и придаточном предложении в придаточном предложении причины он всегда выражен именем существительным (нейтрон), в то время как в главном предложении его заменяет местоимение (он).

Например: Так как при движении в веществе нейтрон не испытывает потерь энергии (придаточное предложение), он обладает огромной проникающей способностью (главное предложение).

2. Использование союзов вследствие того, что; в силу того, что; ввиду того, что; в связи с тем, что; в результате того, что; благодаря тому, что; из-за того, что в структуре СПП с придаточным предложением причины.

Для выражения причины в научной и публицистической речи употребляются сложные союзы: вследствие того, что; в силу того, что; ввиду того, что; в связи с тем, что; в результате того, что; синонимичные союзу так как, а также союзы благодаря тому, что; из-за того, что. Союз благодаря тому, что обозначает причину желательного действия (явления), помогающую действию. Союз из-за того, что обозначает причину нежелательного действия (явления), мешающую действию: вследствие того что, в результате того что (причина – следствие); в силу того что, ввиду того (причина – основание); в связи с тем что, под влиянием того что (причина – обусловленность).

3. Использование союзов поэтому, так что, отчего, ввиду чего, вследствие чего, в результате чего, в силу чего, в связи с чем, из-за чего, благодаря чему в структуре СПП с придаточным предложением следствия.

Особую группу в структуре СПП предложений составляют предложения для выражения следствия. С этой целью для присоединения придаточных предложений к главному имеется ряд союзов: поэтому, так что, отчего, ввиду чего, вследствие чего, в результате чего, в силу чего, в связи с чем, из-за чего, благодаря чему, по мере чего. Рассмотрим наиболее употребительные из данных союзов.

Придаточное предложение с союзом поэтому обозначает результат или следствие, такое предложение всегда стоит после главного предложения, выражающего причину.

Например: (Так как) Только природные источники получения лекарственных веществ не могут полностью удовлетворить потребность современной медицины (главное предложение), поэтому возникла необходимость в разработке методов синтеза лекарственных препаратов (придаточное предложение).

Союзы вследствие чего, благодаря чему, в результате чего употребляются в официально-деловой и научной сферах общения. Большинство союзов следствия соотносятся с союзами причины сложного предложения:

Причина Следствие

благодаря тому, что; благодаря чему (этому)

вследствие того, что вследствие чего (этого)

в результате того, что; в результате чего (этого)

Текущий контроль

Вид (форма) контроля, оценочные материалы
Реферат/Эссе/Презентация
Тестирование
Выполнение индивидуального задания

Тема 1.6. Модели классификации предметов. Употребление кратких причастий в роли предиката

(Практические занятия - 3ч.)

МОДЕЛИ НАУЧНОГО СТИЛЯ РЕЧИ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ДЛЯ ОБОЗНАЧЕНИЯ КЛАССИФИКАЦИИ ПРЕДМЕТОВ

Модели

1) Различают
гнойную мокроту.
+ O4

Выделяют
различают что
выделяют что

they differentiate what
they distinguish what

Примеры
Различают слизистую и

2) РазличаютСЯ
+ S
ВыделяютСЯ

различается что what is differentiated
(различаются) слизистая и гнойная мокрота.
выделяется что what is distinguished

Выделяются

3) Различают
(различаются) типы
СЛЕДУЮЩИЕ чего: какой (кашель)
следующие типы мокроты: слизистая и гнойная.
Выделяют виды какая (мокрота)
следующие виды кашля: сухой и влажный.
(выделяются)

Различают

Выделяются

Following types (varieties) of what are ...

4) S + бывает + adjective (O5)
что бывает каким
слизистой и гнойной.

what can be what

Мокрота бывает

СПОСОБЫ ОБРАЗОВАНИЯ ПОЛНОЙ И КРАТКОЙ ФОРМЫ ПАССИВНЫХ ПРИЧАСТИЙ ПРОШЕДШЕГО ВРЕМЕНИ

I. Verb (CB)	The past tense stem	Suffixes	Past Passive Participles
Short-form Passive Participle			
Infinitive	Что (он) сделал?		Какой? Какая? Какое? Какие?
заложиТЬ	заложи-л	-ЕНН-	залож+енн- -ый
заложен			-ая
заложенА			-ое
заложенО			-ые
заложенЫ			
II. Verb (CB)	The past tense stem	Suffixes	Past Passive Participles
Short-form Passive Participle			
Infinitive	Что (он) сделал?		Какой? Какая? Какое? Какие?
перенесТИ	перенёс	-ЁНН-	перенес+ённ- -ый
перенесён			-ая
перенесенА			-ое
перенесенО			

Текущий контроль

Вид (форма) контроля, оценочные материалы
Тестирование
Выполнение индивидуального задания

Тема 1.7. Повелительное наклонение глагола. Выражение цели в сложном предложении.

Описание состава предмета

(Практические занятия - 3ч.; Самостоятельная работа - 4ч.)

СПОСОБЫ ОБРАЗОВАНИЯ ПОВЕЛИТЕЛЬНОГО НАКЛОНЕНИЯ ГЛАГОЛОВ

The present tense

(simple future tense)

читаЮ

гуляЮ

поЮ

-Й.

Stem

If the last letter of the verb without ending is vowel, add

Imperative

Читай(те)! -Й(ТЕ)

Гуляй(те)!

Пой(те)!

-Й.

говорят (говорЮ)

-И(ТЕ)

Check the stress in 1st person singular!

Говори(те)!

Основа заканчивается на согласный, ударение падает на окончание.

пишут (пишУ)

найдут (найдУ)

спросят (спрошУ)

встанут (встанУ)

Пиши(те)!

Найди(те)!

Спроси(те)!

Check the stress in 1st person singular!

Основа заканчивается на согласный, ударение падает на основу.

Встань(те)! -Ь(ТЕ)

сядут (сядУ)

проверят (проверЮ)

Сядь(те)!

Проверь(те)!

ЗАПОМНИТЕ!

есть (to eat) – Ешь(те)!

ехать (to go by transport) – Поезжай(те)!

сесть (to sit) – Сядь(те)!

лечь (to lie) – Ляг(те)

При употреблении отрицания НЕ императив образуется от глаголов НСВ.

При употреблении императива в значении просьбы (request) следует говорить:

«ПОЖАЛУЙСТА» или «БУДЬТЕ ДОБРЫ».

МОДЕЛИ НАУЧНОГО СТИЛЯ РЕЧИ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ДЛЯ ОБОЗНАЧЕНИЯ СОСТАВА ПРЕДМЕТА

Модели

Примеры

От целого к части

1) S + состоит из + O2

что состоит из чего

what consists of what Пищеварительная система состоит из

ротовой полости, пищевода, желудка, кишечника и печени.

2) S + включает в себя + O4

что включает в себя что

what includes what Пищеварительный канал включает в себя

ротовую полость, глотку, пищевод, желудок и кишечник.

От части к целому

1) S – часть + O2

что – часть чего

what is part of what

Желудок – часть системы

пищеварения.

2) S + является частью + O2

что является частью чего

what is part of what

Кишечник является частью

системы пищеварения.

3) S + входит в состав + O2

что входит в состав чего

what forms part of what

Печень входит в состав

пищеварительной системы.

Текущий контроль

Вид (форма) контроля, оценочные материалы
Реферат/Эссе/Презентация
Тестирование
Выполнение индивидуального задания

*Тема 1.8. Характеристика предмета: модели с атрибутивными конструкциями.
(Практические занятия - 3ч.)*

**МОДЕЛИ НАУЧНОГО СТИЛЯ РЕЧИ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ
ДЛЯ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПРЕДМЕТА**

Модели

Примеры

1) цвет предмета color of an object У пациента тёмная моча.

Форма предмета form of an object Сердце – конусообразный орган.

Материал, из которого сделан предмет the staff of which an object is made Скальпель – это металлический инструмент.

Принадлежность предмета и др. belonging of an object

Adjective + Noun Врачи изучают печёночные ферменты.

2) Цвет предмета color of an object У пациента моча тёмного цвета.

Форма предмета form of an object Печень – орган несимметричной формы.

Размер предмета size of an object Печень – железа большого размера.

Отношение к другому предмету relation to another object

Noun+Noun (O2) Пациент лежит в отделении гастроэнтерологии.

3) Размер предмета:

длина

ширина

масса и т.п. size of an object (length, width, mass and so on)

Noun + Noun (O5) Печень – это орган массой 1500 граммов.

4) Наличие или отсутствие признака presence or absence
of a feature

Noun + с + Noun (O5)

Noun + без + Noun (O2) Рвотные массы с примесью жёлчи.

Иногда гепатит протекает без высокой температуры.

Текущий контроль

Вид (форма) контроля, оценочные материалы
Тестирование
Выполнение индивидуального задания

**Раздел 2. Модульная единица 1.2. Оформление истории болезни.
(Практические занятия - 24ч.; Самостоятельная работа - 12ч.)**

*Тема 2.1. Субъективное и объективное исследование пациента.
(Практические занятия - 3ч.)*

МЕТОДЫ КЛИНИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО СУБЪЕКТИВНОЕ И ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Клиническое исследование больного делится на 2 части:

1. Субъективное исследование

Это расспрос больного. Сначала выясняют жалобы больного. Ощущения боли или тошноты, которые испытывает больной, относятся к субъективным симптомам.

Затем необходимо собрать анамнез болезни, т.е. подробные сведения о том, когда возникло заболевание, какими симптомами оно проявлялось и как протекало до момента исследования. После этого собирают сведения о жизни больного, перенесённых им заболеваниях. Эти сведения называют анамнезом жизни.

2. Объективное исследование больного в настоящий момент.

Это исследование, проводимое при помощи различных диагностических способов (осмотр, измерение температуры тела, выстукивание, выслушивание, ощупывание, лабораторные, рентгенологические исследования и др.). Оно позволяет обнаружить изменения в организме, отклонения в строении и функции органов, о которых больной мог и не знать.

В течение заболевания больной обычно находится под наблюдением медицинского персонала и подвергается повторному исследованию, при котором отмечают изменения в субъективном и объективном состоянии больного, определяется направление развития болезни, проверяется эффект лечения. Это данные о течении болезни.

Все данные расспроса и объективного исследования больного, сведения о течении болезни (дневник), а также назначаемое лечение записываются, что и составляет историю болезни. На главном листе её ставят полный диагноз: основная болезнь, сопутствующая и осложнения (если таковые имеются). В конце истории болезни, по окончании наблюдения за больным, пишут заключение, или эпикриз, где отмечают особенности заболевания и результаты проведённого лечения.

Текущий контроль

Вид (форма) контроля, оценочные материалы
Тестирование

*Тема 2.2. Субъективное исследование больного. История настоящего заболевания
(Практические занятия - 3ч.; Самостоятельная работа - 4ч.)*

СУБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНОГО

Сначала выясняют общие сведения о больном – фамилию, имя, отчество, возраст, место рождения, профессию.

Далее приступают к систематическому и возможно полному расспросу больного, задавая вопросы в определённом порядке.

1) Жалобы больного и их детализация (локализация, характер, интенсивность и т.д.).

Вначале детально выясняют главные жалобы. Например, при наличии болей за грудиной уточняют их локализацию, характер и интенсивность, время появления и влияние различных причин на их возникновение (физическое напряжение, кашель, приём пищи, разный её характер и др.), выясняют, чем снимаются боли. Так же проводят детальный анализ всех других жалоб.

Затем выясняют и анализируют общие жалобы. Например, при воспалении лёгких больной обычно жалуется на кашель, слабость, высокую температуру, боли в боку, отмечает, что заболевание началось несколько дней назад внезапным ознобом, покалыванием в боку при глубоком дыхании.

Изучение основных жалоб часто позволяет сделать заключение об общем характере заболевания: например, высокая температура чаще всего говорит об инфекционном заболевании, кашель и мокрота указывают на возможность заболевания лёгких. Установление начала заболевания позволяет судить о его характере – остром или хроническом.

Расспрос больного не ограничивается этими основными вопросами. Для того чтобы не пропустить каких-либо симптомов и выяснить состояние больного, функций всех его органов, больного расспрашивают по определённой системе. Выясняют изменения общего состояния (похудание, лихорадка, слабость, отёки, головная боль), состояния дыхательной системы (кашель, мокрота, кровохарканье, боли в грудной клетке, в горле). Дальше узнают, нет ли жалоб со стороны сердечно-сосудистой системы (сердцебиение, одышка, боли в области сердца, отёки на ногах), желудочно-кишечного тракта (расспрашивая об аппетите, выясняют, нет ли рвоты, болей в подложечной области и т.д.).

Путём расспроса выясняют состояние нервной системы больного в настоящее время: общее самочувствие, хороший или плохой сон, раздражительность или безразличное отношение к окружающей обстановке, слабость, возбуждение, головная боль, состояние сознания.

2) История настоящего заболевания.

При расспросе о развитии самой болезни нужно получить точные ответы на следующие вопросы: 1) когда началось заболевание; 2) как оно началось; 3) как оно протекало; 4) какие проводились исследования, их результаты; 5) какое проводилось лечение, его эффективность.

История настоящего заболевания должна отражать его развитие от начала до настоящего времени. Сначала необходимо выяснить общее состояние здоровья перед возникновением настоящего заболевания и постараться установить причины, его вызвавшие. Подробно ведётся расспрос о первых признаках болезни, а затем выясняют её динамику, наличие рецидивов или обострений, периодов ремиссии, их длительность. Если во время обострения больной подвергался обследованию, нужно выяснить результаты проведённых исследований, основные методы лечения, их результаты.

Наконец, нужно установить мотивы госпитализации в клинику (обострение болезни, уточнение диагноза и др.) или посещения врача.

Текущий контроль

Вид (форма) контроля, оценочные материалы
Тестирование
Практическое задание

*Тема 2.3. Субъективное исследование больного. Анамнез жизни
(Практические занятия - 3ч.)*

АНАМНЕЗ ЖИЗНИ

Сведения о предыдущей жизни больного часто имеют большое значение для выяснения характера настоящего заболевания, установления причины и условий его возникновения. Анамнез жизни представляет собой медицинскую биографию больного по основным периодам его жизни (младенчество, детство, юношество, зрелый возраст).

а) Начинают собирать анамнез жизни с общепрографических сведений. Имеют значение данные о месте рождения, так как известно, что некоторые болезни (например, эндемический зоб) больше распространены в одних местностях и редко встречаются в других. Далее выясняют возраст родителей больного при его рождении, родился ли он в срок, вскармливался грудью или искусственно, когда начал ходить, говорить. Эти сведения позволяют оценить состояние здоровья больного при рождении и в младенческом возрасте. Далее расспрашивают об условиях его жизни в детстве и юности, общем состоянии здоровья больного в эти периоды, не отставал ли он от сверстников в физическом или умственном развитии, как учился. Выясняют время наступления половой зрелости. У женщин нужно узнать число беременностей, родов, их течение.

б) Большое значение для состояния здоровья имеют жилищно-бытовые условия в различные периоды жизни больного. Важно знать жилищные условия (отдельная квартира или общежитие, деревенский дом, наличие сырости, освещение, санитарные условия и т.д.). Нужно установить семейное положение больного, узнать, сколько человек живёт вместе с ним, их состояние здоровья, какова материальная обеспеченность семьи. Важную роль в возникновении некоторых заболеваний играет неправильное питание, поэтому нужно выяснить режим питания больного, достаточно ли оно, употребляет ли больной свежие овощи и фрукты и т.д.

Большое внимание следует также уделить режиму нерабочего времени больного, достаточно ли времени отводится для сна и отдыха, пребывания на свежем воздухе, занятий физической культурой и спортом.

в) Неблагоприятные условия труда и производственные вредности, например, некоторые виды производственной пыли, могут способствовать возникновению бронхиальной астмы, хронических заболеваний бронхов и лёгких. Сильный шум, вибрация, высокая температура в помещении или, наоборот, сквозняки и холод (при работе на улице) также могут быть причиной заболеваний. В ряде случаев возможны промышленная интоксикация (ртутная, свинцовая, окисью углерода), а также лучевые поражения (при погрешностях в технике безопасности). Имеет значение и режим работы. Выяснение неблагоприятной роли определённых производственных факторов позволяет выработать конкретные трудовые рекомендации для больного с учётом характера его заболевания.

Текущий контроль

Вид (форма) контроля, оценочные материалы
Тестирование

*Тема 2.4. Субъективное исследование больного. Анамнез жизни (продолжение)
(Практические занятия - 3ч.; Самостоятельная работа - 4ч.)*

АНАМНЕЗ ЖИЗНИ

Кроме общепрофильных сведений, жилищно-бытовых условий и условий труда больного, врача интересует также:

г) какие болезни перенёс больной до последнего заболевания. После некоторых инфекционных заболеваний (например, корь, скарлатина) больной приобретает иммунитет к данной инфекции; после других инфекционных болезней (например, рожа, ревматизм) остаётся склонность к их повторению. После ревматизма, дифтерии часто наблюдается поражение сердца; осложнением скарлатины иногда бывает воспаление почек; после эндокардита остаётся порок клапанов сердца.

Следует учитывать, что больной может не знать о некоторых заболеваниях, перенесённых раньше. Поэтому, если такое подозрение у врача имеется, следует расспросить больного, не было ли у него тех или иных симптомов, которыми эти заболевания проявляются (например, длительные лихорадочные состояния, опухание и болезненность суставов, характерные для ревматизма, общие отёки тела, наблюдающиеся при некоторых заболеваниях почек, сильные приступообразные боли в правом подреберье, подозрительные на заболевание желчного пузыря, и т.п.). Необходимо выяснить, не было ли более или менее тесного контакта с больными инфекционными заболеваниями, особенно при наличии эпидемии (например гриппа).

д) Семейный анамнез. Выяснение состояния здоровья родственников (родителей, братьев, сестёр) нередко помогает распознаванию заболевания у данного больного. Если кто-нибудь в семье страдает туберкулёзом лёгких, то возможно, вследствие заражения, заболевание туберкулёзом и у других членов семьи; сифилис может передаваться внутриутробно от родителей детям. Сопоставляя заболевание обследуемого больного с болезнями родственников, можно сделать заключение о роли наследственности в развитии или происхождении болезни.

Жизнь организма неразрывно связана с окружающей средой, и возникновение болезней всегда зависит от её воздействия. Вредные внешние факторы иногда могут отразиться и на потомстве больного, т.е. создавать у детей наследственное предрасположение к болезням.

е) Аллергологический анамнез.

Учитывая, что у больных (и даже среди практически здоровых лиц) нередко встречается патологически повышенная реакция иммунной системы (аллергия), а в патогенезе ряда заболеваний внутренних органов это играет существенную роль, обязательно следует собрать аллергологический анамнез. Узнают, не было ли в прошлом у больного (а также у родственников) аллергических реакций на пищевые продукты (чаще всего они возникают на клубнику, яйца, крабы и т.д.), некоторые лекарственные препараты, парфюмерные изделия, цветочную пыльцу и т.п. Аллергические реакции могут быть крайне разнообразными – от вазомоторного ринита, крапивницы до анафилактического шока.

Текущий контроль

Вид (форма) контроля, оценочные материалы
Тестирование
Практическое задание

*Тема 2.5. Расспрос больного. Основные жалобы
(Практические занятия - 3ч.)*

ОСНОВНЫЕ ЖАЛОБЫ

Заболевания: бронхиты, бронхиальная астма, острые пневмонии, абсцесс легких, плевриты, хроническая пневмония, бронхоэктатическая болезнь, эмфизема легких.

ЖАЛОБЫ. К основным жалобам, характерным для заболеваний органов дыхания, относятся одышка, кашель, кровохарканье, боли в грудной клетке. Нередко также наблюдаются лихорадка, слабость, недомогание, понижение аппетита.

Одышка - ощущение больным затруднения дыхания. Различают три вида одышки:

- 1) при затруднении вдоха - инспираторная;
- 2) при затруднении выдоха - экспираторная;
- 3) при одновременном затруднении вдоха и выдоха - смешанная одышка.

Одышка может быть физиологической (при повышенной физической нагрузке) и патологической (при заболевании органов дыхания, сердечно-сосудистой и кроветворной систем, при отравлении некоторыми ядами).

У больного дыхание становится шумным, слышимым на расстоянии (стридорозное дыхание) или поверхностное и болезненное.

Удушье - сильная болезненная одышка, нередко сопровождающаяся асфиксией (перекрытие дыхательных путей). Больной в этот момент занимает вынужденное, иногда сидячее положение. Такая сильная одышка появляется при остром отеке легких и других тяжелых заболеваний.

Удушье, возникающее в виде внезапного приступа, называется астмой. Различают бронхиальную астму и сердечную астму.

Кашель - сложный рефлекторный акт, который возникает как защитная реакция при скоплении в гортани, трахее и бронхах слизи или при попадании в них инородного тела.

По своему характеру кашель может быть сухим, без выделения мокроты, и влажным, с выделением мокроты.

Если больной жалуется на кашель с мокротой, нужно выяснить количество отделяемой у него мокроты одномоментно и в течение суток, в какое время суток (утреннее, вечернее, ночное) и в каком положении (лежа на спине, на животе, на левом, правом боку) больного она больше отходит,

характер мокроты, ее цвет и запах (гнойная, кровянистая). В зависимости от тяжести воспалительного процесса количество мокроты может колебаться от 10-15 мл до 2 л.

Кашель различают и по его продолжительности - постоянный и периодический. По громкости и тембру различают громкий, "лающий" кашель (при коклюше), тихий кашель, или покашливание, и беззвучный.

Кровохарканье - выделение крови с мокротой во время кашля. При появлении кровохарканья необходимо выяснить у больного, с чем он его связывает, количество выделяемой с мокротой крови и ее характер.

Количество выделяемой с мокротой крови при большинстве заболеваний бывает незначительным, в виде прожилок крови или диффузного окрашивания ею мокроты, которая может при этом иметь или желеобразный, или пенистый вид. При туберкулезных кавернах, инфаркте легкого, бронхоэктазах может наблюдаться и легочное кровотечение, которое сопровождается сильным кашлем.

Кровь, выделяемая при кашле с мокротой, может быть свежей, алой или измененной (ржавого цвета).

Боли в груди. Боли в грудной стенке ("поверхностные" боли) чаще бывают локализованные, ноющего или колющего характера, нередко интенсивные продолжительные, усиливаются при глубоком дыхании, кашле, лежании на больной стороне, при резких движениях туловища.

Текущий контроль

Вид (форма) контроля, оценочные материалы
Тестирование

*Тема 2.6. Расспрос больного. Анамнез болезни
(Практические занятия - 3ч.)*

АНАМНЕЗ

При расспросе больных надо выяснить, как началось заболевание. Острое начало наблюдается при острых пневмониях, особенно крупозной. Плеврит начинается более постепенно. Незаметное начало и длительное прогрессирующее течение болезни характерно для рака легких и туберкулеза. Начало многих острых заболеваний легких (бронхит, пневмония, плеврит) может быть связано с переохлаждением.

Большое значение для установления причины заболевания имеет выяснение эпидемиологических условий в это время: так, в период эпидемии гриппа нередко гриппозные пневмонии. Имеет значение также выявление контакта с больными туберкулезом. Затем выясняют особенности течения заболевания, вид проводимого ранее лечения и его эффективность.

При собирании анамнеза жизни следует обратить внимание на условия труда и быта: проживание или работа в сыром, плохо вентилируемом и отапливаемом помещении, так же как и труд под открытым небом (строительные рабочие, шоферы, колхозники и др.), могут приводить к возникновению острых воспалительных заболеваний легких и более частому переходу их в хроническую форму. Некоторые виды пыли способствуют возникновению бронхиальной астмы, каменноугольная пыль - развитию хронического заболевания легких (антракоз), систематическое вдыхание пыли, содержащей двуокись кремния (цементные, фарфоровые предприятия и т.д.), ведет к профессиональному фиброзу легких - силикозу. Необходимо тщательно расспросить больного о перенесенных заболеваниях легких и плевры, что в ряде случаев позволяет связать настоящую болезнь с перенесенной в прошлом.

Текущий контроль

Вид (форма) контроля, оценочные материалы
Тестирование

Тема 2.7. Физические методы исследования

(Практические занятия - 3ч.; Самостоятельная работа - 4ч.)

ФИЗИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

I. ОСМОТР

Осмотр грудной клетки, как и расспрос, всегда необходимо производить в строгой последовательности:

1. Сначала нужно дать оценку формы грудной клетки, расположения ключиц, надключичных и подключичных ямок, лопаток;
2. Затем охарактеризовать тип дыхания, его ритм и частоту.

Осмотр лучше проводить в положении больного стоя или сидя с обнаженным до пояса туловищем.

I. Грудная клетка по своей форме бывает нормальной или патологической.

1) Нормальная грудная клетка наблюдается у здоровых лиц правильного телосложения. Правая и левая ее половина симметричны, ключицы и лопатки находятся на одном уровне, надключичные ямки одинаковы с обеих сторон.

Нормальная грудная клетка имеет разную форму, свойственную своему конституционному типу.

Нормостеническая (коническая) грудная клетка по форме напоминает усеченный конус.

Гиперстеническая грудная клетка имеет форму цилиндра.

Астеническая грудная клетка удлиненная, узкая, плоская. Мышцы плечевого пояса развиты слабо, плечи опущены, грудной отдел больше брюшного.

2) Патологические формы грудной клетки:

Эмфизематозная (бочкообразная). У больного часто наблюдается одышка.

Паралитическая грудная клетка по своим признакам напоминает астеническую. Она встречается у сильно истощенных людей, при тяжелых хронических заболеваниях. Расположение ключиц ассиметричное, не на одном уровне расположены лопатки.

Рахитическая (килевидная, киль лодки, куриная) грудная клетка. Грудина выступает вперед.

Воронкообразная грудная клетка.

Ладьевидная грудная клетка по своей форме сходна с углублением лодки. Такую деформацию можно наблюдать при различных искривлениях позвоночника.

II. 1. ТИПЫ ДЫХАНИЯ

Тип дыхания может быть грудным, брюшным или смешанным.

Грудной тип дыхания называют еще реберным. Он встречается преимущественно у женщин.

Брюшной тип дыхания. Дыхательные движения осуществляются главным образом диафрагмой. Этот тип дыхания называют еще диафрагмальным. Он чаще встречается у мужчин.

Смешанный тип дыхания. Наблюдается у лиц пожилого возраста или при некоторых патологических состояниях дыхательного аппарата (при сильных болях в грудной клетке, плевритах и др.)

2. ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ (число дыханий в минуту).

У взрослого здорового человека в покое число дыхательных движений составляет от 16 до 20 в минуту; у новорожденного - 40-45. Во сне дыхание урежается до 12-14 в минуту, а при физической нагрузке, эмоциональном возбуждении, после обильного приема пищи учащается. При некоторых заболеваниях наблюдается патологическое учащение дыхания (поверхностное дыхание) или патологическое урежение дыхания.

3. ГЛУБИНА ДЫХАНИЯ

У взрослых людей объем дыхательного воздуха колеблется от 300 до 900 мл, составляя в среднем 500 мл.

В зависимости от изменения глубины дыхание может быть глубоким или поверхностным.

Поверхностное дыхание чаще бывает при патологическом учащении дыхания.

Глубокое дыхание, наоборот, в большинстве случаев сочетается с патологическим урежением дыхания.

4. РИТМ ДЫХАНИЯ

Дыхание здорового человека ритмичное, с одинаковой глубиной и продолжительностью вдоха и выдоха.

При патологических состояниях ритм дыхания может нарушаться: например, при одышке наступает заметное на глаз (до 1 минуты) удлинение дыхательной паузы или кратковременная задержка дыхания. Такое дыхание называется периодическим.

Текущий контроль

Вид (форма) контроля, оценочные материалы
Реферат/Эссе/Презентация
Тестирование

Тема 2.8. Заболевания дыхательной системы. Острый бронхит

(Практические занятия - 3ч.)

ОСТРЫЙ БРОНХИТ

Этиология и патогенез. Острый бронхит может возникать:

1. при острых инфекционных заболеваниях (грипп, коклюш, корь и др.);
2. при охлаждении, понижающем общую сопротивляемость организма.

Предрасполагающими к возникновению острого бронхита факторами могут быть механические и химические раздражители (пыль – угольная, цементная, известковая и др., вдыхание паров формалина, кислот, ацетона и пр.), истощение организма, особенно после перенесённых тяжёлых заболеваний, хронический гайморит, ринит, синусит.

Клиническая картина. В начале заболевания появляются ощущение саднения в горле и за грудиной, кашель, охриплость, слабость, потливость. Кашель вначале бывает сухой или со скудным выделением вязкой, трудноотделяемой мокроты; он может быть грубым, звучным, нередко «лающим» и возникать в виде мучительных приступов. На 2-3 день болезни начинает откашливаться мокрота, сначала слизисто-гнойная, иногда с прожилками алой крови, а затем гнойная; кашель постепенно уменьшается и становится мягким.

Температура тела при очаговом бронхите бывает нормальной или субфебрильной, а при тяжёлом диффузном бронхите может повышаться до 38-39 градусов С. Частота дыхания увеличена незначительно; лишь при диффузном поражении мелких бронхов и бронхиол число дыханий может достигать 30-40 в минуту. Появляются одышка, тахикардия.

При перкуссии грудной клетки над лёгкими перкуторный звук обычно не изменён. При выслушивании определяются жёсткое дыхание и сухие жужжащие и свистящие хрипы. В период разрешения воспалительного процесса в бронхах и разжижения мокроты наряду с сухими хрипами могут прослушиваться и влажные незвучные хрипы. Рентгенологическое исследование при остром бронхите изменений не выявляет. В крови может быть увеличено количество лейкоцитов (до 9000 – 11000 в 1 мкл) и отмечаться небольшое повышение СОЭ. Мокрота имеет слизистый или слизисто-гнойный характер, иногда с прожилками крови.

Течение. Обычно через 2-3 недели наступает полное выздоровление. Иногда при длительном воздействии вредных факторов (курение, охлаждение и др.) или отсутствии своевременного лечения заболевание может принять затяжное течение или осложниться бронхопневмонией.

Лечение. Назначают антибиотики и сульфаниламиды, бронхолитики (эфедрин, ауспиран и др.) в сочетании с отхаркивающими средствами (настой травы термопсиса 1,0-200,0 по 1 столовой ложке 3 раза в день), щелочные ингаляции и др. Антибиотики и бронхолитические препараты иногда лучше принимать в виде аэрозолей.

Кроме того, рекомендуется отвлекающая терапия - банки, горчичники, компрессы на грудную клетку, ножные ванны.

Профилактика. Закаливание организма (водные процедуры: прохладный душ, купание и др.); устранение раздражителей верхних дыхательных путей (курение, производственные вредности и др.); лечение и профилактика хронических заболеваний носа и глотки.

Текущий контроль

Вид (форма) контроля, оценочные материалы
Тестирование

Раздел 3. Модульная единица 2.1. Моделирование профессионального диалога.

(Практические занятия - 24ч.; Самостоятельная работа - 12ч.)

Тема 3.1. Диалог врача с больным при заболеваниях органов дыхания.

(Практические занятия - 3ч.; Самостоятельная работа - 4ч.)

ОСТРЫЙ БРОНХИТ

Этиология и патогенез. Острый бронхит может возникать:

1. при острых инфекционных заболеваниях (грипп, коклюш, корь и др.);
2. при охлаждении, понижающем общую сопротивляемость организма.

Предрасполагающими к возникновению острого бронхита факторами могут быть механические и химические раздражители (пыль – угольная, цементная, известковая и др., вдыхание паров формалина, кислот, ацетона и пр.), истощение организма, особенно после перенесённых тяжёлых заболеваний, хронический гайморит, ринит, синусит.

Клиническая картина. В начале заболевания появляются ощущение саднения в горле и за грудиной, кашель, охриплость, слабость, потливость. Кашель вначале бывает сухой или со скудным выделением вязкой, трудноотделяемой мокроты; он может быть грубым, звучным, нередко «лающим» и возникать в виде мучительных приступов. На 2-3 день болезни начинает откашливаться мокрота, сначала слизисто-гнойная, иногда с прожилками алой крови, а затем гнойная; кашель постепенно уменьшается и становится мягким.

Температура тела при очаговом бронхите бывает нормальной или субфебрильной, а при тяжёлом диффузном бронхите может повышаться до 38-39 градусов С. Частота дыхания увеличена незначительно; лишь при диффузном поражении мелких бронхов и бронхиол число дыханий может достигать 30-40 в минуту. Появляются одышка, тахикардия.

При перкуссии грудной клетки над лёгкими перкуторный звук обычно не изменён. При выслушивании определяются жёсткое дыхание и сухие жужжащие и свистящие хрипы. В период разрешения воспалительного процесса в бронхах и разжижения мокроты наряду с сухими хрипами могут прослушиваться и влажные незвучные хрипы. Рентгенологическое исследование при остром бронхите изменений не выявляет. В крови может быть увеличено количество лейкоцитов (до 9000 – 11000 в 1 мкл) и отмечаться небольшое повышение СОЭ. Мокрота имеет слизистый или слизисто-гнойный характер, иногда с прожилками крови.

Течение. Обычно через 2-3 недели наступает полное выздоровление. Иногда при длительном воздействии вредных факторов (курение, охлаждение и др.) или отсутствии своевременного лечения заболевание может принять затяжное течение или осложниться бронхопневмонией.

Лечение. Назначают антибиотики и сульфаниламиды, бронхолитики (эфедрин, ауспиран и др.) в сочетании с отхаркивающими средствами (настой травы термопсиса 1,0-200,0 по 1 столовой ложке 3 раза в день), щелочные ингаляции и др. Антибиотики и бронхолитические препараты иногда лучше принимать в виде аэрозолей.

Кроме того, рекомендуется отвлекающая терапия - банки, горчичники, компрессы на грудную клетку, ножные ванны.

Профилактика. Закаливание организма (водные процедуры: прохладный душ, купание и др.); устранение раздражителей верхних дыхательных путей (курение, производственные вредности и др.); лечение и профилактика хронических заболеваний носа и глотки.

Текущий контроль

Вид (форма) контроля, оценочные материалы
Тестирование
Практическое задание

Тема 3.2. Заболевания сердечно-сосудистой системы. Сердечная недостаточность (Практические занятия - 3ч.)

ОСНОВНЫЕ ЖАЛОБЫ

Заболевания сердечно-сосудистой системы занимают одно из первых мест среди болезней внутренних органов. Они нередко являются причиной ранней потери трудоспособности и преждевременной смерти больных.

Наиболее часто встречаются ишемическая болезнь сердца, ревматизм и ревматические пороки сердца, эндокардиты, миокардиты, гипертоническая болезнь.

Одной из частых жалоб лиц, страдающих заболеванием сердца, является одышка, т.е. тягостное ощущение нехватки воздуха. Возникновение одышки служит признаком развития недостаточности кровообращения.

При расспросе больного необходимо выяснить, при каких обстоятельствах она появляется. Так, в начальных стадиях сердечной недостаточности одышка возникает лишь при физическом напряжении, подъёме по лестнице или в гору, при быстрой ходьбе. В дальнейшем она возникает уже при незначительном увеличении физической активности, при разговоре, после еды, во время ходьбы.

При далеко зашедшей сердечной недостаточности одышка постоянно наблюдается даже в покое.

От одышки отличаются приступы удушья, которые носят название сердечной астмы. Приступ удушья развивается обычно внезапно в состоянии покоя или через некоторое время после физического или эмоционального напряжения, нередко ночью, во время сна. Иногда он возникает на фоне существующей одышки. При возникновении приступа сердечной астмы больной жалуется на острую нехватку воздуха, появляются клокочущее дыхание, пенная мокрота с примесью крови.

Больные также нередко жалуются на сердцебиение. При этом они ощущают усиленные и учащённые сокращения сердца.

Иногда больные жалуются на ощущение «перебоев в сердце», которые обусловлены нарушением сердечного ритма. Перебои сопровождаются чувством замирания, остановки сердца. При расспросе больного выясняют, при каких обстоятельствах они появляются: при физическом напряжении или в покое, в каком положении усиливаются и т.д.

Одной из важных жалоб являются боли в области сердца. При различных заболеваниях сердца характер болей бывает различным. Расспрашивая больных, необходимо выяснить точную локализацию болей, причину и условия их возникновения (физическое напряжение, эмоциональное перенапряжение, ходьба или появление их в покое, во время сна), их характер (острые, ноющие, давящие боли, чувство тяжести или сжатия за грудиной или небольшие ноющие боли в области верхушки), продолжительность, иррадиацию, от чего они происходят. Часто боли возникают вследствие острой недостаточности коронарного кровообращения, приводящей к ишемии миокарда. Этот болевой синдром называется стенокардией, или грудной жабой. При стенокардии боли локализуются обычно за грудиной или несколько влево от нее и иррадиируют чаще всего под левую лопатку, в шею и левую руку. Они связаны обычно с физической работой, волнением и облегчаются после приёма нитроглицерина.

Боли при инфаркте миокарда бывают необычайно интенсивными и в отличие от стенокардии более продолжительными, длятся несколько часов, а иногда и дней, не проходят после приёма сосудорасширяющих средств.

При миокардите боли непостоянные, обычно давящего характера, слабые и глухие, иногда усиливаются при физической нагрузке.

При перикардите боли локализуются посредине грудины или по всей области сердца, носят колющий или стреляющий характер, усиливаются при движении, кашле. Колющие боли у верхушки сердца, возникающие при волнении или переутомлении, наблюдаются при кардионеврозах.

Нередко лиц, страдающих заболеваниями сердца, беспокоит кашель, причиной которого является застой крови в малом круге кровообращения. Кашель при этом обычно сухой; иногда выделяется небольшое количество мокроты.

При тяжёлых заболеваниях сердца отмечается кровохарканье (примесь крови в мокроте).

Больные также жалуются на отёки, которые вначале появляются лишь к вечеру и за ночь исчезают. Локализуются отёки прежде всего в области лодыжек и на тыльной стороне стопы, затем на голени. В более тяжелых случаях, при скоплении жидкости в брюшной полости (асцит), больные жалуются на тяжесть в животе и увеличение его размеров. Особенно часто наблюдается тяжесть в области правого подреберья в результате застойных явлений в печени

Текущий контроль

Вид (форма) контроля, оценочные материалы
Тестирование
Клиническая задача/Ситуационная задача

*Тема 3.3. Диалог врача с больным при заболеваниях органов кровообращения (стенокардия)
(Практические занятия - 3ч.)*

Стенокардия (грудная жаба) — это заболевание сердечно-сосудистой системы. Вследствие спазма коронарных артерий и недостаточности кровоснабжения появляются боли в области сердца. Больные жалуются на боли, которые локализуются за грудиной. Боли иррадиируют обычно влево, часто в плечо и в предплечье, в шею, в мочку уха, нижнюю челюсть, зубы, спину, под лопатку. Это боли приступообразного характера. Они внезапно появляются и быстро прекращаются. Иногда больные стонут и кричат, у них появляется страх смерти. Интенсивность болевых приступов различна. В сутки бывает до 50 болевых приступов, от сравнительно небольших до очень резких, заставляющих больных стонать и кричать. Во время болевого приступа больной неподвижен, скован, лицо бледное, с синеватым оттенком у больного лицо красное, дыхание частое, артериальное давление повышается. В тяжёлых случаях регистрируется расстройство ритма пульса. Во время болевого приступа артериальное давление нередко повышается. При сильном болевом синдроме оно может снижаться.

Возникновению стенокардии могут способствовать и погодные условия. У многих больных болевые приступы чаще возникают зимой, в сырую ветреную и холодную погоду, реже летом. Грудная жаба также может возникать рефлекторно при заболевании других органов. Рефлекторный характер болей в сердце встречается при заболеваниях желчного пузыря и других поражениях брюшной полости.

Приступы стенокардии могут возникать у больных ревматизмом, сифилисом и другими заболеваниями.

Текущий контроль

Вид (форма) контроля, оценочные материалы
Тестирование
Клиническая задача/Ситуационная задача

*Тема 3.4. Диалог врача с больным при заболеваниях органов кровообращения
(гипертоническая болезнь)
(Практические занятия - 3ч.; Самостоятельная работа - 4ч.)*

НЕДОСТАТОЧНОСТЬ КРОВООБРАЩЕНИЯ

Недостаточностью кровообращения называется такое патологическое состояние, когда сердечно-сосудистая система неспособна доставлять органам и тканям необходимое для их нормальной функции количество крови. Это может обуславливаться поражением только сердца или только сосудов либо возникает в результате нарушения деятельности всей сердечно-сосудистой системы в целом. В клинике преобладает недостаточность кровообращения, связанная с недостаточностью сердца.

I. СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

Клинические проявления сердечной недостаточности. Наиболее ранним и характерным симптомом недостаточности кровообращения является одышка. Она выражается в учащении и усилении дыхания при незначительной физической нагрузке, в покое. При физической нагрузке одышка резко возрастает, увеличивается она и после еды, в лежачем положении больного. Иногда тяжёлая одышка возникает приступообразно. Эти приступы называются сердечной астмой.

Сердечная недостаточность часто сопровождается появлением цианоза (синюшная окраска кожи и слизистых оболочек).

Важным симптомом недостаточности кровообращения являются отёки. Сердечные отёки вначале могут быть скрытыми. Задержка жидкости в организме (иногда до 5 литров и более) не сразу проявляется видимыми отёками, а выражается в быстром увеличении массы тела больных и уменьшении выделения мочи. Видимые отёки проявляются в первую очередь на тех частях тела, которые расположены ниже: на нижних конечностях, если больной сидит или стоит, в области крестца, если больной соблюдает постельный режим. При прогрессировании недостаточности кровообращения отёки увеличиваются, присоединяется водянка полостей. Жидкость может скапливаться в брюшной полости (асцит), в плевральных полостях (гидроторакс), в полости перикарда (гидроперикард). Появлению асцита может способствовать длительный венозный застой в печени, сопровождающийся развитием фиброза печени.

При сердечной недостаточности развиваются изменения практически во всех органах. Изменения в лёгких связаны с длительным застоем крови в малом кругу кровообращения. Развивается так называемый застойный бронхит. У больных появляется кашель, сухой или с незначительным количеством слизистой мокроты, при аускультации над лёгкими выслушивается жёсткое дыхание, отмечаются сухие хрипы, а затем и влажные хрипы. Переполнение кровью мелких сосудов лёгких может сопровождаться их разрывом и появлением примеси крови в мокроте.

Увеличивается печень, больные жалуются на боли в области правого подреберья, ощущают тяжесть в подложечной области и в правом подреберье.

Страдает функция желудочно-кишечного тракта. Развивается застойный гастрит, нарушается функция кишечника. Больные жалуются на потерю аппетита, тошноту, рвоту, у них отмечается метеоризм, склонность к запорам. В результате диспепсических расстройств и обменных нарушений страдает питание, наступает тяжёлое истощение больных.

Венозный застой в почках приводит к уменьшению суточного количества мочи.

При недостаточности кровообращения рано нарушается функциональное состояние нервной системы. Характерны быстрая утомляемость, понижение физической и умственной работоспособности, повышенная раздражительность, расстройство сна, иногда наблюдается депрессивное состояние.

Клинические проявления сердечной недостаточности и изменения со стороны различных органов зависят от степени сердечной недостаточности, её продолжительности и от того, какая половина сердца, правая или левая, поражены.

Выделяются следующие формы недостаточности кровообращения:

1) Острая недостаточность кровообращения.

2) Хроническая недостаточность кровообращения. В её развитии выделяют три стадии.

Первая стадия (начальная) - скрытая недостаточность кровообращения проявляется только при физической нагрузке, в покое гемодинамика и функции органов не нарушены.

Вторая стадия - выраженная длительная недостаточность кровообращения, расстройство функций органов выражены и в покое, трудоспособность больных резко ограничена.

Третья стадия - конечная, дистрофическая стадия недостаточности кровообращения.

Возникают необратимые изменения в органах и стойкие нарушения обмена веществ,

Текущий контроль

Вид (форма) контроля, оценочные материалы
Тестирование
Клиническая задача/Ситуационная задача
Практическое задание

Тема 3.5. Пищевод

(Практические занятия - 3ч.)

ПИЩЕВОД

РАССПРОС БОЛЬНОГО

ЖАЛОБЫ

Дисфагия (нарушение прохождения пищи по пищеводу) является наиболее частым симптомом при заболевании пищевода. Больной ощущает задержку комка пищи, чаще плотной, иногда остановку комка и даже боль и распирание. Причиной, вызывающей дисфагию, может быть органическое или функциональное сужение пищевода. При попадании в пищевод инородного тела либо при ожоге пищевода дисфагия появляется сразу.

Боли наблюдаются при острых воспалениях слизистой оболочки пищевода, ожогах; обычно боли ощущаются на всём протяжении пищевода как во время акта глотания, так и вне его, могут иррадиировать в межлопаточную область.

Пищеводная рвота наблюдается при значительном сужении пищевода. От рвоты желудочного происхождения пищеводная рвота отличается рядом признаков: она наступает без тошноты, ей предшествует ощущение задержки пищи за грудиной. Рвотные массы состоят из непереваренной, неизменённой пищи, имеют гнилостный запах.

Срыгивание - возвращение части принятой пищи обратно в полость рта - происходит из-за невозможности полного прохождения пищи через суженное место в пищеводе.

Слюнотечение бывает при острых воспалениях слизистой оболочки пищевода, рубцовых сужениях пищевода или при раковом стенозе в результате пищеводно-слюнного рефлекса.

Гнилостный запах изо рта обусловлен раковой опухолью пищевода либо застоем и разложением пищевых масс при ахалазии кардии.

Изжога - своеобразное болезненное ощущение за грудиной, связанное с забрасыванием желудочного содержимого в нижний отдел пищевода, которое вызывает так называемый рефлекс - эзофагит.

Кровотечение может быть обусловлено язвой пищевода, повреждением пищевода инородным телом, распадом опухоли, кровотечением из расширенных вен пищевода.

ИСТОРИЯ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

АНАМНЕЗ ЖИЗНИ

При органических поражениях пищевода заболевание имеет прогрессирующее течение. Для функциональных заболеваний (ахалазия кардии) типичны обострения, связанные с психогенными факторами, сменяющиеся периодами ремиссии. Из анамнеза жизни больного можно установить имевшиеся ожоги пищевода (щёлочью, кислотой), которые бывают причиной развития рубцовых изменений в нём. Из перенесённых заболеваний имеет значение сифилис, так как жалобы больного на дисфагию иногда могут быть связаны с сифилитическим аортитом (со сдавлением расширенной аортой пищевода). Возникновение тракционных дивертикулов пищевода может быть связано с перенесённым в прошлом бронхоаденитом, в том числе и туберкулёзным. Пульсионные дивертикулы возникают вследствие эзофагоспазма.

Текущий контроль

Вид (форма) контроля, оценочные материалы
Тестирование
Клиническая задача/Ситуационная задача

Тема 3.6. Желудок

(Практические занятия - 3ч.)

ЖЕЛУДОК РАССПРОС БОЛЬНОГО ЖАЛОБЫ

Больные, страдающие заболеваниями желудка, жалуются на нарушение аппетита, извращение вкуса, отрыжку, изжогу, тошноту, рвоту, боли в подложечной области, кровотечение. Отрыжка, изжога, тошнота, рвота, чувство сильного переполнения желудка после еды объединяются в группу диспепсических жалоб (диспепсия – расстройство пищеварения).

Нарушение аппетита (повышение и понижение) встречается при инфекционных болезнях, расстройствах обмена веществ и др. При заболеваниях желудка понижение аппетита вплоть до полной его потери (анорексия) чаще всего наблюдается при раке желудка: этот симптом нередко является одним из ранних признаков заболевания.

Извращение вкуса сводится к неприятному вкусу во рту и притуплению вкусовых ощущений. Под отрыжкой обычно понимают два явления: внезапное и иногда звучное выхождение через рот воздуха, скопившегося в желудке или пищеводе, - отрыжка воздухом; поступление в рот небольшой части желудочного содержимого - отрыжка пищей. Различают также кислую отрыжку, отрыжку горького вкуса.

Изжога – ощущение жжения в эпигастральной области и за грудиной. Она возникает чаще всего при повышенной кислотности желудочного сока. Изжога у здоровых людей может быть проявлением повышенной чувствительности к определённым пищевым веществам.

Тошнота – рефлекторный акт, проявляющийся тягостным чувством давления в подложечной области. Нередко тошнота сопровождается побледнением кожных покровов, общей слабостью, головокружением, потоотделением, снижением артериального давления, похолоданием конечностей, иногда полуобморочным состоянием. Тошнота часто предшествует рвоте, но может быть и без неё. Отличительной особенностью тошноты при заболеваниях желудка является возникновение её чаще после еды и особенно после приёма пищи.

Рвота – сложный рефлекторный акт, во время которого происходит произвольное выбрасывание содержимого желудка через пищевод, глотку, рот, а иногда и через носовые ходы. Рвота может быть обусловлена приёмом недоброкачественной пищи.

При наличии рвоты необходимо осведомиться о времени наступления её, связи с приёмом пищи, болью, о количестве и характере рвотных масс и примесях к ним. Рвота, возникающая утром натощак с выделением большого количества слизи, наблюдается при хроническом гастрите.

Из примесей, встречающихся в рвотных массах, диагностическое значение имеет кровь, слизь (при хроническом гастрите) и желчь в больших количествах (при сужении двенадцатиперстной кишки), фекальные массы. Рвота может сопутствовать следующим заболеваниям желудка: острому гастриту, обострению хронического гастрита, неврозу желудка, язвенной болезни, спазму и органическому стенозу привратника, раку желудка.

Боль среди симптомов заболеваний желудка, несомненно, занимает ведущее место. Следует помнить, что подложечная область является “местом встречи всех болей”. Для точного определения места возникновения болей следует тщательно расспросить больного:

- о месте локализации болей (попросить больного указать рукой место болевых ощущений);
- о характере болей – приступообразные, периодические (в определённые часы), постоянные, сезонные (весной или осенью);
- о связи болей с приёмом пищи, её качеством, консистенцией;
- об иррадиации болей (в спину, лопатку, за грудиной, подреберье);
- об уменьшении болей после рвоты, приёма пищи или щелочей (сода), применения тепла и спазмолитических средств;
- о связи болей с физическими напряжениями (толчки, подъём тяжести, тряска во время езды), с волнениями.
- известное значение имеют интенсивность и характер болей (коликообразные, тупые, режущие), при спазме желудка (спазматические боли) и др.

В зависимости от времени появления приступообразных болей после приёма пищи их разделяют на ранние, возникающие через 30 – 40 мин.; поздние, появляющиеся через 1,5 - 2 ч.; ночные и голодные, успокаивающиеся после приёма пищи. Сезонность болей, т.е. появление периодических болей весной и осенью, типична для язвенной болезни.

Желудочное кровотечение всегда является серьёзным симптомом. Оно может проявляться в

Текущий контроль

Вид (форма) контроля, оценочные материалы
Тестирование
Клиническая задача/Ситуационная задача

*Тема 3.7. Заболевания пищеварительной системы. Гастрит
(Практические занятия - 3ч.; Самостоятельная работа - 4ч.)*

ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛУДКА

Наиболее распространенными заболеваниями желудка являются гастрит, язвенная болезнь, рак.

ГАСТРИТ

Гастрит – воспаление слизистой оболочки желудка. Гастриты делятся на острые и хронические.

Острый гастрит. Острый гастрит - весьма распространенное заболевание. Различают простой, коррозивный и флегмонозный острый гастрит.

Этиология и патогенез.

Пищевой фактор имеет ведущее значение среди причин, вызывающих гастрит. Это прием недоброкачественной, грубой, жирной, трудноперевариваемой, слишком холодной или слишком горячей пищи, крепких алкогольных напитков. К раздражению слизистой оболочки желудка могут привести длительное применение или большие дозы некоторых лекарственных веществ (салицилаты, сульфаниламиды). Иногда имеет значение аллергическая реакция на некоторые пищевые продукты (яйца, рыба). Различные острые инфекционные заболевания (грипп, корь, скарлатина) могут сопровождаться острым гастритом. Он служит также одним из основных проявлений пищевой токсикоинфекции.

Клиническая картина.

Проявления острого гастрита весьма разнообразны: от бессимптомно протекающих воспалений слизистой оболочки до резко выраженных тяжелых местных и общих явлений. Воспалительный процесс начинается через 2 – 3 ч после попадания раздражителя, а клиническая картина развивается через 6 - 8 ч. Симптомами острого гастрита являются потеря аппетита, плохой вкус во рту, тошнота, рвота сначала пищей, а затем желчью. Больные жалуются на чувство давления, распираания и боли в подложечной области. Температура тела может быть повышена. Иногда повышению температуры предшествует озноб. Больной бледен, пульс учащен, язык обложен грязным налетом, изо рта неприятный запах. При пальпации живота больной ощущает боль в подложечной области и усиление тошноты. Количество мочи уменьшается.

При гастроскопии видны гиперемированная слизистая оболочка, покрытая толстым слоем стекловидной слизи, иногда кровоизлияния, эрозии. Морфологическое восстановление слизистой оболочки заканчивается к концу 2 – й недели. Клиническое выздоровление наступает через 3-4 дня. При рентгенологическом исследовании рельеф слизистой оболочки не изменен.

Течение. В большинстве случаев наступает выздоровление. Возможен переход в хроническую форму при отсутствии лечения или если действие раздражающих факторов (алкоголь, переизбыток) повторяется.

Особые формы острого гастрита – коррозивный гастрит и флегмонозный гастрит. Первый возникает при попадании на слизистую оболочку желудка кислот и щелочей, второй является редким заболеванием и характеризуется гнойным воспалением части или всей желудочной стенки.

Клиническое течение обеих форм тяжелое. Возможно возникновение перфорации. В большинстве случаев прогноз неблагоприятный.

Лечение. Больному в первые 2 –3 дня разрешают только питье с постепенным расширением диетического режима к концу 2-й недели. В первые дни заболевания показаны постельный режим, вяжущие и антацидные лекарственные средства. При коррозивном гастрите следует как можно раньше провести промывание желудка. При флегмонозном гастрите назначают антибиотики.

Текущий контроль

Вид (форма) контроля, оценочные материалы
Тестирование
Теоретические вопросы/Собеседование

*Тема 3.8. Диалог врача с больным при заболеваниях органов пищеварения.
(Практические занятия - 3ч.)*

КИШЕЧНИК

РАССПРОС БОЛЬНОГО

ЖАЛОБЫ

Основными жалобами при заболеваниях кишечника являются боли, метеоризм (вздутие живота), двигательные расстройства кишечника (запор или понос), кишечные кровотечения. Боли. При жалобах больного на боли в животе следует установить их локализацию, иррадиацию, интенсивность, характер, длительность и условия, которые приводят к ослаблению болей. Общими признаками кишечных болезней, позволяющими отличить их от желудочных, служат:

- 1) отсутствие строгой зависимости их от времени приёма пищи;
- 2) тесная связь болей с актом дефекации; они могут возникнуть до, во время и редко после опорожнения кишечника;
- 3) уменьшение болей после дефекации или отхождения газов.

По характеру кишечные боли могут быть ноющими и схваткообразными (кишечная колика). Коликообразные боли характеризуются короткими повторными приступами, которые начинаются и кончаются внезапно. Боли могут очень быстро менять свое место, причём все же в основном локализуются вокруг пупка. Иногда они могут строго локализоваться в другой области живота. Ноющие боли иногда носят стойкий характер, усиливаются при напряжении от кашля.

Весьма важно возможно точнее установить локализацию болей. Боли в правой подвздошной области возникают при аппендиците, туберкулёзе, раке, воспалении слепой кишки. Острые боли в левой нижней части живота появляются при непроходимости кишок, воспалении сигмовидной кишки. Боли в области пупка наблюдаются при воспалении тонкой кишки, воспалении и раке ободочной кишки.

Боли в промежности, особенно в момент дефекации, в сочетании с наличием крови в кале характерны для заболевания прямой кишки (проктит, рак). Боли при поражении кишечника могут иррадиировать в грудную клетку, при поражении в области селезеночного угла толстой кишки нисходящего её отдела – в левую половину грудной клетки (ошибочно их принимают за приступы стенокардии), при аппендикулярной колике – в правую ногу. При остром поражении левых отделов толстой кишки (дизентерия) боли иррадиируют в крестцовую область. Применение тепла, спазмолитических средств, отхождение газов, освобождение кишечника могут способствовать уменьшению или прекращению болей.

В основе кишечных болей лежат нарушение проходимости кишок и расстройство их двигательной функции. Большей частью кишечные боли зависят либо от спазма кишок – судорожное сокращение их гладкой мускулатуры (спастические боли), либо от растяжения газами.

При аппендикулярной колике боли вначале локализуются вокруг пупка и в подложечной области, а затем, через несколько часов или даже на следующий день, спускаются в правую подвздошную область, постепенно здесь нарастая. Иногда боли сразу возникают в правой подвздошной области.

Наконец, может возникнуть прямокишечная колика, или так называемые тенезмы. Они проявляются частыми и болезненными позывами на низ с чувством судорожного сокращения кишки и сфинктера. Дефекации не происходит; иногда выделяются комочки слизи. Тенезмы встречаются при дизентерии и других воспалительных или язвенных заболеваниях, раке прямой кишки. Боли при дефекации зависят от ряда причин. Появление болей перед дефекацией связано с заболеванием нисходящей или сигмовидной кишки, во время дефекации – с геморроем, трещинами заднего прохода, раком.

Метеоризм. Больные ощущают пучение, вздутие, тягостное распирающее живота. Причинами его могут явиться: усиление газообразования в кишечнике, обусловленное употреблением с пищей растительной клетчатки, легко подвергающейся процессам брожения (горох, бобы, капуста и др.); нарушение двигательной функции кишечника; непроходимость кишечника и др.

При расспросе следует выяснить характер питания больного, установить локализацию вздутия – всего живота или ограниченного участка, и в последнем случае узнать, всегда ли вздутие наблюдается на одном и том же участке. При непроходимости кишечника больной, помимо ограниченного вздутия живота, ощущает урчание, переливание, усиленные

Текущий контроль

Вид (форма) контроля, оценочные материалы
Тестирование
Клиническая задача/Ситуационная задача

Раздел 4. Модульная единица 2.2. Моделирование профессионального диалога (продолжение).

(Практические занятия - 24ч.; Самостоятельная работа - 12ч.)

Тема 4.1. Острый энтероколит

(Практические занятия - 3ч.; Самостоятельная работа - 4ч.)

ЭНТЕРОКОЛИТ

К наиболее частым заболеваниям кишечника относятся дискинезия, воспалительные (энтерит, колит, энтероколит) и опухолевые его поражения (обычно рак толстой кишки).

По клиническому течению воспаления тонкой кишки – энтерит и толстой кишки – колит могут носить острый или хронический характер.

ОСТРЫЙ ЭНТЕРОКОЛИТ

Острое заболевание кишечника (тонкой и толстой кишки) обычно сочетается с поражением слизистой оболочки желудка и возникает после употребления в пищу недоброкачественных продуктов, инфицированных микроорганизмами, или после употребления большого количества трудноперевариваемых либо несовместимых пищевых продуктов – гастроэнтероколит.

Клиническая картина. Клиника острого энтероколита весьма вариабельна: от легкой формы до случаев со смертельным исходом. Заболевание начинается внезапно через 3 – 4 ч после приема недоброкачественной пищи диспепсическими симптомами, поносом. Температура тела может повыситься до субфебрильной и выше. Язык сухой, живот вздут, определяется разлитая болезненность. Острые явления стихают через 8 – 12 ч, через несколько дней общее самочувствие улучшается. При тяжелых формах заболевания в результате интоксикации может наступить коллапс.

Лечение. Промывание желудка с последующим назначением солевых слабительных средств. Назначают сульфаниламиды, диету. При значительном обезвоживании организма – подкожное введение раствора хлорида натрия.

Профилактика. Соблюдение диеты, гигиены питания, тщательный надзор за местами приготовления и хранения пищевых продуктов и готовой пищи, особенно в летнее время.

ХРОНИЧЕСКИЙ КОЛИТ

Этиология и патогенез. Наиболее частыми причинами развития хронического колита являются инфекция (дизентерия, сальмонеллез, туберкулез и др.), паразиты (глисты, простейшие и пр.), токсические воздействия (отравления мышьяком, фосфором, ртутью и другими ядами). Обусловить развитие хронического колита могут также нерегулярное питание, переедание, хронические запоры.

Клиническая картина. Жалобы больных хроническим колитом могут быть местного и общего характера. К первым относят жалобы на боли в нижней части живота или подвздошных областях, вздутие живота, тенезмы, ложные позывы, поносы или запоры. К жалобам общего характера относят жалобы на раздражительность, плохой сон, головные боли, подавленное настроение. Аппетит снижен, бывает тошнота, иногда рвота. При объективном исследовании питание не нарушено. При исследовании брюшной полости определяются болезненность по ходу толстой кишки, урчание.

При рентгенологическом исследовании могут быть установлены спазм, атония отдельных участков толстой кишки, изменение рельефа слизистой.

По клиническому течению различают легкие, средней тяжести и тяжелые формы хронического колита. К легким формам относят случаи заболевания, когда симптоматика выражена слабо, проявляется периодическими поносами или запорами, общее состояние больных страдает мало.

При хронических колитах средней тяжести объективные признаки заболевания ярко выражены. При тяжелых случаях отмечаются лихорадка, головные боли, упадок сил, потеря трудоспособности, вовлечение в процесс других органов, присоединение осложнений (кровотечение, перфорация).

Лечение. Для назначения правильного лечения необходимо выявить причину, вызвавшую возникновение хронического колита. Далее при проведении лечения учитывают изменения в других органах пищеварительной системы и наличие осложнений. Помимо этого, назначают соответствующую диету и симптоматическую терапию (спазмолитики, анальгетики и др.).

Текущий контроль

Вид (форма) контроля, оценочные материалы
Теоретические вопросы/Собеседование
Практическое задание

*Тема 4.2. Заболевания поджелудочной железы
(Практические занятия - 3ч.)*

ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА РАССПРОС БОЛЬНОГО ЖАЛОБЫ

К основным жалобам больных с различными заболеваниями поджелудочной железы относятся боли, диспепсические явления, желтуха, общая слабость и похудание.

Боли по характеру и продолжительности могут быть разнообразными. Приступообразные боли типа желчной колики, возникающие через 3-4 часа после приема пищи (особенно жирной), характерны для калькулезного панкреатита. Боли, как правило, локализуются в эпигастральной области или в левом подреберье, иррадиируют в спину. Нередко боли настолько интенсивны, что снимаются лишь после применения спазмолитических препаратов и даже наркотиков.

Особенно острые боли отмечаются при остром панкреатите. Возникают они внезапно и продолжаются от нескольких часов до нескольких дней и даже недель. Локализуются они в верхней половине живота и нередко носят опоясывающий характер.

Очень интенсивные и продолжительные боли наблюдаются также при опухолях поджелудочной железы. При поражении ее головки боли локализуются в правом подреберье, иррадиируют в спину; если опухолевый процесс распространяется на тело и хвост поджелудочной железы, боли охватывают всю подложечную область, левое подреберье и могут иметь опоясывающий характер. Они усиливаются при положении больного на спине вследствие давления опухоли на солнечное сплетение. Вот почему больные, чтобы ослабить боль, нередко занимают вынужденное полусогнутое положение. Ноющего характера боли наблюдаются при хроническом панкреатите, но иногда они могут быть более интенсивными.

Тошнота и рвота чаще сопутствуют острому панкреатиту и носят рефлекторный характер. Больные хроническим панкреатитом часто жалуются на потерю аппетита, отвращение к жирной пище, тошноту, метеоризм, поносы с обильными жидкими блестящими (“жировой стул”) и зловонными испражнениями. Нарушение кишечного пищеварения приводит к быстрому похуданию больного и сопровождается выраженной общей слабостью.

Желтуха механического типа, прогрессирующая, темно - бурой, зеленоватой окраски, сопровождающаяся резким кожным зудом и геморрагиями, характерна для рака головки поджелудочной железы, так как опухоль сдавливает проходящий в ней конечный отрезок общего желчного протока, препятствуя оттоку желчи.

Желтуха может появиться также при склерозе головки поджелудочной железы как следствие хронического панкреатита.

АНАМНЕЗ

Необходимо обратить внимание на ряд факторов, способствующих возникновению воспалительных заболеваний поджелудочной железы. К ним относятся злоупотребление алкоголем и жирной пищей, а также длительно протекающий холецистит.

ОСМОТР

Общий осмотр позволяет обнаружить при раке поджелудочной железы общее истощение больного, наличие желтухи со следами расчесов и геморрагий на коже. При остром панкреатите может наблюдаться бледность кожных покровов с участками цианоза, развившихся вследствие тяжелой интоксикации. При длительном течении хронического панкреатита в связи с пищеварительными расстройствами могут наблюдаться похудание больных, сухость кожи и снижение ее тургора. Во время осмотра живота редко можно отметить выбухание в верхней его половине - при кистах поджелудочной железы. Острый панкреатит может сопровождаться вздутием живота.

Перкуссия над областью поджелудочной железы может выявить притупленно-тимпанический или тупой звук в случаях значительного увеличения поджелудочной железы при кистах или опухолях.

При поверхностной пальпации живота больного острым панкреатитом отмечаются болезненность и напряжение мышц брюшного пресса в подложечной области, иногда в области левого подреберья или в месте проекции поджелудочной железы (симптом Керте).

Прощупывать поджелудочную железу нужно утром натощак после приема слабительного и при пустом желудке.

Текущий контроль

Вид (форма) контроля, оценочные материалы

Практическое задание

*Тема 4.3. Панкреатит
(Практические занятия - 3ч.)*

ПАНКРЕАТИТ

Панкреатит - воспаление поджелудочной железы. Различают острый и хронический панкреатит.

Острый панкреатит. Наиболее часто отмечается связь острого панкреатита с воспалительными заболеваниями желчных путей и особенно с желчекаменной болезнью. Имеет значение также нарушение оттока панкреатического сока при закупорке протока камнем, отеке его слизистой оболочки и др.

К другим этиологическим факторам относят алкоголизм, отравления различными химическими веществами (свинец, кобальт, фосфор, мышьяк и др.) и алиментарные нарушения (переедание или неполноценное питание), местные расстройства кровообращения в поджелудочной железе в связи со спазмом сосудов, эмболиями и тромбозами, возникшими на почве общих изменений в сосудистой системе.

Клиническая картина. Острый панкреатит наблюдается чаще у женщин с нарушенным жировым обменом в возрасте от 30 до 60 лет. Заболевание, как правило, начинается внезапно болями в верхней половине живота, возникающими после приема обильной жирной пищи или злоупотребления алкоголем. В легких случаях заболевания боли несильные, чаще локализуются в подложечной области или носят опоясывающий характер, иррадируют обычно в поясницу, в область левой лопатки, а иногда и за грудину. Тяжелые случаи заболевания (острый некроз поджелудочной железы) проявляются жесточайшими болями, приводящими к коллапсу, шоку. Боли сопровождаются тошнотой, мучительной рвотой, слюнотечением, задержкой стула, реже - поносами.

При общем осмотре отмечается бледность, а иногда и желтушность кожи и слизистых оболочек, обусловленная затруднением оттока желчи из общего желчного протока. В тяжелых случаях заболевания возможен общий цианоз или местный - на отдельных участках передней брюшной стенки в боковых частях живота, связанный с резко выраженной интоксикацией.

Живот часто вздут. При поверхностной пальпации в начале заболевания живот мягкий и болезненный, больше слева; позднее, когда присоединяются явления перитонита, отмечаются напряжение мышц и симптомы раздражения брюшины. При остром геморрагическом панкреатите может определяться асцит. Поджелудочную железу прощупать обычно не удается. Часто отмечаются зоны кожной гиперестезии в левом верхнем квадрате живота, соответственно сегментам VII - XII.

Температура субфебрильная, при некротическом или гнойном панкреатите высокая, а при коллапсе субнормальная.

Течение. Острый панкреатит длится несколько недель и может закончиться полным выздоровлением или перейти в хронический рецидивирующий панкреатит. При тяжелой форме панкреатита смертельный исход может наступить в начальном периоде болезни при развитии коллапса и шока, а позднее - от присоединившихся тяжелых осложнений (развитие кист и абсцессов в поджелудочной железе и др.).

Лечение. Обязательна госпитализация больного. Консервативная терапия предусматривает:

- 1) борьбу с шоком (внутривенное капельное вливание 2-3 л 5% раствора глюкозы, переливание крови или плазмы);
- 2) создание физиологического покоя поджелудочной железы назначением голода на 2-4 дня;
- 3) применение антиферментных препаратов (трасилол и др.) для инактивации протеолитических ферментов;
- 4) подавление панкреатической секреции и снятие болей (назначение атропина сульфата, промедола, новокаиновой блокады);
- 5) предупреждение вторичной инфекции (назначение антибиотиков).

При перитоните, нагноении поджелудочной железы, геморрагическом панкреонекрозе прибегают к хирургическому лечению.

ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ

Хронический панкреатит в большинстве случаев встречается у женщин в возрасте от 30 до 70 лет. Он может развиваться после перенесенного острого панкреатита или непосредственно как хронический вследствие тех же этиологических факторов, что и острый. У мужчин чаще является следствием хронического алкоголизма.

Клиническая картина. Больные хроническим панкреатитом жалуются на боли приступообразного или постоянного характера. Чаще они возникают в верхней половине живота или в подложечной области и иррадируют влево, в левое плечо, лопатку, шею или

Текущий контроль

Вид (форма) контроля, оценочные материалы

Практическое задание

*Тема 4.4. Заболевания печени и желчных путей
(Практические занятия - 3ч.)*

ПЕЧЕНЬ И ЖЕЛЧНЫЕ ПУТИ РАССПРОС БОЛЬНОГО ЖАЛОБЫ

При заболеваниях печени и желчных путей наиболее часто наблюдаются боли в животе, диспепсические расстройства, кожный зуд, желтуха, увеличение размеров живота, лихорадка. Боли локализуются в области правого подреберья, иногда в подложечной области и в зависимости от вызывающих их причин имеют различный характер. В одних случаях это длительные, тупые боли, в других - очень сильные, приступообразные. Длительные боли чаще ноющие или носят характер тяжести, давления, распирающего в области правого подреберья. Они могут иррадиировать в правое плечо, лопатку и межлопаточное пространство (при хроническом холецистите, перигепатите и перихолецистите).

Боли обычно усиливаются при глубоком дыхании, а при наличии спаек между печенью или желчным пузырем с соседними органами - при перемене положения больного, иногда при ходьбе.

Приступообразные боли (желчная или печеночная колика) возникают внезапно и быстро приобретают чрезвычайно резкий, невыносимый характер. Вначале они ограничены областью правого подреберья, но постепенно распространяются по всему животу, иррадиируют вверх, вправо и кзади. Длительность приступа от нескольких часов до нескольких дней, в течение которых боли то прекращаются, то усиливаются; заканчивается он так же внезапно, как и начинается, или постепенно. Приступообразные боли чаще всего наблюдаются при желчекаменной болезни (провоцируются тряской ездой, жирной пищей).

Тепло на область печени (если приступ не сопровождается значительной лихорадкой), введение холино- и миоспазмолитиков (атропина сульфат, папаверина гидрохлорид и др.) купируют болевые приступы, что является

характерным для колики. Приступ печеночной колики может сопровождаться субфебрильной температурой ("лихорадка приходит и уходит с приступом болей"), а затем кратковременной легкой субиктеричностью склер или выраженной желтухой при закупорке общего желчного протока камнем.

Диспепсические жалобы - понижение аппетита, плохой, часто горький вкус во рту, отрыжка, тошнота и рвота, вздутие и урчание в животе, запоры или поносы. Эти жалобы являются характерными для заболеваний не только печени и желчных путей, но и других отделов пищеварительной системы. Причины указанных явлений при заболеваниях печени и желчных путей объясняются расстройствами секреции желчи (и, следовательно, переваривания жиров в кишечнике) и нарушениями обезвреживающей функции печени.

Лихорадка наблюдается при остром воспалительном процессе в желчном пузыре и путях, при абсцессе и раке печени, гепатите, активном циррозе.

Кожный зуд чаще сопутствует печеночной или подпеченочной желтухе, но иногда может встречаться и без нее, в отдельных случаях являясь ранним предвестником заболевания печени. Зуд обычно носит упорный характер и сильно беспокоит больных ночью, лишая их сна. Сильный зуд может приводить к расчесам кожи с последующим их инфицированием.

Желтушное окрашивание кожи и видимых слизистых оболочек обусловлено накоплением желчных пигментов в крови и тканях. В некоторых случаях желтуха развивается незаметно для больного, и только окружающие обращают его внимание на желтушность склер, а затем и кожи. В других случаях желтуха развивается внезапно, вслед за приступом печеночной колики (при закупорке общего желчного протока камнем или желчекаменной болезнью). Желтуха может быть постоянной на протяжении многих месяцев или даже лет, лишь несколько меняясь в своей интенсивности (хронические гепатиты и циррозы печени).

Увеличение размеров живота (иногда очень быстрое).

Многие хронические заболевания сопровождаются общей слабостью, немотивированной утомляемостью, снижением работоспособности.

ИСТОРИЯ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

При собирании анамнеза необходимо выяснить, не было ли у больного в прошлом желтухи или острых заболеваний печени и желчного пузыря (болезнь Боткина, острый холецистит).

ИСТОРИЯ ЖИЗНИ БОЛЬНОГО

При расспросе больных нужно пытаться выяснить факторы, которые могли играть роль в этиологии данного заболевания печени или желчных путей: пристрастие к жирной мясной пище, химические, лекарственные и растительные яды, алкоголь, отравления ядовитыми

Текущий контроль

Вид (форма) контроля, оценочные материалы
Практическое задание

*Тема 4.5. Диалог врача с больным, имеющим желчнокаменную болезнь
(Практические занятия - 3ч.; Самостоятельная работа - 4ч.)*

Желчекаменная болезнь

Желчекаменная болезнь (ЖКБ) — это обменное заболевание гепато-билиарной системы, сопровождающееся образованием желчных камней в желчных протоках (внутрипеченочный холестаз), в общем желчном протоке (холедохолитиаз) или в желчном пузыре (холецистолитиаз). Камни бывают холестериновые, холестериново-пигментно-известковые и пигментные (билирубиновые).

Этиология

Этиология определяется факторами, которые способствуют изменению физико-химических свойств желчи (липсогенность):

- 1) генетическая предрасположенность;
- 2) неправильное питание;
- 3) нарушение основного обмена веществ в организме;
- 4) гормональная дисфункция;
- 5) воспалительные заболевания печени, желчных путей и желчного пузыря.

Классификация

Первая стадия — физико-химическая; вторая — латентная, бессимптомная, камненосительство. Третья — клинических проявлений (калькулезный холецистит, ЖКБ с хроническим холециститом в фазе обострения, неполной ремиссии и ремиссии).

Клинически проявляется болевым синдромом в третьей стадии в виде печеночной колики. Внезапная острая боль в правом подреберье, чаще возникает ночью с иррадиацией под правую лопатку, ключицу, верхнюю челюсть, в эпигастральную область; одновременно с коликами появляется тошнота, рвота, не приносящая облегчения. При пальпации дефанс мышц брюшной стенки, положительный симптом Ортнера, Кера, Мерфи.

Диагностика

В первой стадии — фракционное дуоденальное зондирование с микроскопией порции В, что приводит к увеличению кристаллов холестерина, билирубина; во второй стадии — холецистография выявляет камни любого происхождения и УЗИ желчного пузыря выявляет камни холестериновой природы; в третьей стадии — термография, ретроградная холангиография, лапароскопия.

Дифференциальный диагноз

Дифференциальный диагноз проводят с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, гастродуоденитом, панкреатитом и аденитом, правосторонним пиелонефритом.

Лечение

Лечение заключается в назначении в первой и второй стадиях диеты № 5 с исключением излишеств в еде, жирной, жареной, копченой пищи. Включаются в рацион продукты с добавлением отрубей, клетчатки. Необходимо назначение препаратов для синтеза и секреции желчных кислот (фенобарбитал). Подавление синтеза и секреции холестерина (уредезоксихолевая кислота, лиопин). Ударно-волновая литотрипсия (подвергаются камни до 3-х см, состоящие из холестерина). В третьей стадии — радикальное хирургическое лечение (холецистэктомия).

Текущий контроль

Вид (форма) контроля, оценочные материалы
Выполнение индивидуального задания
Практическое задание

*Тема 4.6. Заболевания мочевыделительной системы
(Практические занятия - 3ч.)*

ОСТРАЯ ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

Острая почечная недостаточность — внезапно возникающее нарушение функции почек с задержкой выведения из организма продуктов азотистого обмена и расстройством водного и электролитного, осмотического обмена и кислотно-основного состояния.

Этиология

Этиология следующая:

- 1) преренальная острая почечная недостаточность обусловлена шоком, обструкцией почечных сосудов, расстройством обмена электролитов;
- 2) ренальная — обусловлена отсутствием почки, острым тубулярным или интерстициальным некрозом, внутрисосудистым гемолизом;
- 3) постренальная — обусловлена мочекаменной болезнью, опухолями и др.

Клиника

Начальная стадия (продолжительность 1—3 дня) характеризуется преобладанием клиники основного заболевания, приводящего к острой почечной недостаточности; регистрируются снижение диуреза, низкая относительная плотность мочи.

Олигоанурическая стадия (продолжительность 2—2,5 недели) характеризуется ухудшением состояния больного, олигурией или анурией, развитием азотемической комы, гиперкалиемией.

Полиурическая стадия (восстановление диуреза, продолжительность 1—6 недель) характеризуется полиурией, гипо- и изостенурией, гипосалией (снижение натрия, калия, магния, кальция в сыворотке крови), прогрессированием анемии; одновременно наслаивается инфекция, что является одной из основных причин появления этой стадии.

Стадия выздоровления (длительность — до 2-х лет). Признаками выздоровления являются: нормализация концентрационной функции почек, ликвидация анемии.

Лечение

Принципы лечения:

- 1) в начальный период: уменьшение воздействия этиологического фактора; формирование диуреза осмодиуретиками, водной нагрузкой, фуросемидом; преднизолон, гепарин;
- 2) олигоанурическая стадия: ограничение белка и жидкости; антибактериальная терапия; гепарин; гемодиализ (при гиперволемии, стойкой гиперкалиемии, нарастании уровня мочевины крови более 25 ммоль/л за сутки);
- 3) полиурическая стадия: ограничение белка; диету обогащают солями калия, кальция, магния, натрия, жидкость не ограничивают; внутривенно альбумин, инсулиноглюкозотерапия; гемодиализ (при сохраняющейся азотемии);
- 4) периоды выздоровления: ограничение фармакотерапии; фитотерапия.

Текущий контроль

Вид (форма) контроля, оценочные материалы
Практическое задание

*Тема 4.7. Диалог врача с больным при хроническом пиелонефрите
(Практические занятия - 4ч.; Самостоятельная работа - 4ч.)*

ПИЕЛОНЕФРИТ

Пиелонефрит — это микробно-воспалительное заболевание тубулоинтерстициальной ткани почек.

Этиология

Заболевание вызывается кишечной палочкой, вульгарным протеем, синегнойной палочкой.

Классификация

Классификация следующая.

I. Форма (по патогенезу):

- 1) первичный;
- 2) вторичный:
 - а) обструктивный;
 - б) при дисэмбриогенезе почек;
 - в) необструктивный — дисметаболический, чаще при тубулопатиях.

II. Течение:

- 1) острый;
- 2) хронический (манифестная и латентная формы).

III. Период:

- 1) обострение (активный);
- 2) обратное развитие симптомов (частичная ремиссия);
- 3) ремиссия (клинико-лабораторная ремиссия).

IV. Функция почек:

- 1) без нарушения функции почек;
- 2) с нарушением функции почек;
- 3) хроническая почечная недостаточность.

Клиника

Пиелонефрит характеризуется общей слабостью, головной болью, снижением аппетита, болями в пояснице постоянного, ноющего характера (часто односторонними), болью в животе, болезненным учащенным мочеиспусканием, гипертермией, ознобом, кожа бледная, слизистые бледные, лицо пастозное, симптом Пастернацкого, чаще с одной стороны, артериальное давление повышается.

Диагностика

В общем анализе мочи щелочная реакция, плотность снижена, моча мутная, умеренная протеинурия, выраженная лейкоцитурия, бактериурия, цилиндрурия. Проба Нечипоренко характеризуется преобладанием лейкоцитурии над эритроцитурией. Проба Зимницкого: снижение плотности в течение суток.

В общем анализе крови: анемия, нейтрофильный лейкоцитоз, увеличение СОЭ. Биохимическое исследование крови: увеличение содержания сиаловых кислот, α 2- и β -глобулинов, креатинина, мочевины, появление С-реактивного белка.

Обзорная рентгенография почек: увеличение почек и гипотония мочеточников (при остром процессе — уменьшение толщины паренхимы, ее неоднородность).

Экскреторная пиелография: изменение чашечно-лоханочной системы.

Ультразвуковое исследование почек: асимметрия размеров почек, деформация чашечно-лоханочной системы, неоднородность почечной паренхимы.

Микционная цистоуретрография: выявление анатомических и функциональных особенностей, наличие рефлюксов.

Дифференциальный диагноз

Дифференциальный диагноз проводится с циститом, туберкулезом почки, опухолью почки, мочекаменной болезнью, диффузным гломерулонефритом.

Лечение

Принципы лечения следующие.

1. Антибактериальные, нитрофурановые препараты, сульфаниламиды.
2. Антиспастическая терапия (но-шпа, папаверин, баралгин).
3. Фитотерапия (мочегонные, метолитики, антисептики).

Текущий контроль

Вид (форма) контроля, оценочные материалы

Реферат/Эссе/Презентация
Практическое задание

Тема 4.8. Зачёт.

(Практические занятия - 2ч.)

Итоговое тестирование

Текущий контроль

Вид (форма) контроля, оценочные материалы
Контрольная работа

6. Рекомендуемые образовательные технологии

В процессе освоения дисциплины преимущественно используется традиционный метод организации учебного процесса - лекция и практическое занятие. Для реализации компетентного подхода предусмотрено широкое использование в учебном процессе активных и интерактивных форм проведения занятий с целью формирования и развития профессиональных навыков обучающихся: метод кейсов, ролевые и деловые игры, ситуационные задачи, групповые дискуссии и групповые проблемные работы.

Рекомендуются следующие формы самостоятельной работы с использованием информационных технологий:

- поиск необходимой информации в Интернете;
- подготовка к практическим занятиям, выполнение домашних заданий;
- подготовка к тестированию, контрольной работе;
- написание докладов, статей;
- подготовка презентаций для выступления на практических занятиях.

Контроль освоения учебного материала осуществляется преподавателем в виде: тестов, кейс-задач, в том числе с использованием системы Moodle. Реализация проектной деятельности включает:

- поиск и обзор литературы и электронных источников информации по индивидуально заданной теме;
- решение ситуационных задач, решение тестовых заданий;
- разработку мультимедийных презентаций;
- изготовление наглядных пособий, муляжей;
- написание рефератов (эссе), анализ статистических и фактических материалов по заданной теме, аналитический разбор научной литературы.

Для реализации образовательных программ в рамках метода e-learning открыт доступ к учебно-методическим материалам в электронной системе поддержки дистанционного обучения EOS. Студенты имеют доступ к учебно-методическим материалам кафедр. Для выполнения контрольных заданий, подготовки к практическим и семинарским занятиям, поиска необходимой информации широко используются возможности глобальной сети Интернет.

7. Материально-техническое и учебно-методическое обеспечение дисциплины

7.1. Перечень основной и дополнительной учебной литературы

Основная литература

1. Дьякова, В. Н. Диалог врача с больным: пособие по развитию речи для иностранных студентов-медиков / В. Н. Дьякова. - Санкт-Петербург: Златоуст, 2020. - 228 - 9785865477594. - Текст: непосредственный.

2. Дьякова, В. Н. Подготовка к клинической практике: пособие по развитию речи для иностранных студентов-медиков / В. Н. Дьякова. - 9-е изд. - Санкт-Петербург: Златоуст, 2020. - 308 - 9785865477914. - Текст: непосредственный.

Дополнительная литература

1. Лукьянова, Л.В. Русский язык для иностранных студентов-медиков: учебное пособие / Л.В. Лукьянова. - 7-е изд. - Санкт-Петербург: Златоуст, 2015. - 120 - 978-5-86547-761-7. - Текст: непосредственный.

2. Линник, Л. А. Русский язык как иностранный для студентов-медиков = Russian as a Foreign Language for Medical Students: учебное пособие / Л. А. Линник, М. М. Петросян, А. С. Леонова. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 160 - 9785970461112. - Текст: непосредственный.

7.2. Профессиональные базы данных и ресурсы «Интернет», к которым обеспечивается доступ обучающихся

Профессиональные базы данных

1. <https://www.studentlibrary.ru/> - ЭБС "КОНСУЛЬТАНТ СТУДЕНТА"

2. <https://www.rosmedlib.ru/> - ЭБС "Консультант врача"

Ресурсы «Интернет»

1. <https://www.elibrary.ru/> - Научная электронная библиотека eLIBRARY.RU

7.3. Программное обеспечение и информационно-справочные системы, используемые при осуществлении образовательного процесса по дисциплине

Для реализации образовательных программ открыт доступ к учебно-методическим материалам в системе поддержки дистанционного обучения – ЭОС Moodle. Студенты имеют доступ к учебно-методическим материалам кафедр. Для выполнения контрольных заданий, подготовки к практическим и семинарским занятиям, поиска необходимой информации широко используются возможности глобальной сети Интернет.

Студенты обучаются с использованием электронных репозиторий: преподаватели демонстрируют студентам обучающие и демонстрационные видеофильмы, предоставляют ссылки на информационный материал в сети Интернет, демонстрируют результаты своих научных разработок, научных конференций.

Перечень программного обеспечения

(обновление производится по мере появления новых версий программы)

1. Электронная информационно-образовательная среда (построена на основе системы управления обучением Moodle);

2. Антиплагиат;

3. Антивирусное программное обеспечение Kaspersky Endpoint Security для бизнеса;

4. Программный продукт «1С: Университет ПРОФ»;

5. MS Office Professional Plus, Версия 2010,;

6. MS Office Standard, Версия 2013;

7. MS Windows Professional, Версия XP;

8. MS Windows Professional, Версия 7;

9. MS Windows Professional, Версия 8;

10. MS Windows Professional, Версия 10;

11. Программный продукт «1С: Управление учебным центром»;

12. MS Office Professional Plus, Версия 2013,;

13. MS Windows Remote Desktop Services - Device CAL, Версия 2012;

14. MS Windows Server - Device CAL, Версия 2012;

15. MS Windows Server Standard, Версия 2012;

16. MS Exchange Server Standard, Версия 2013;

17. MS Exchange Server Standard CAL - Device CAL, Версия 2013;
18. Kaspersky Security для виртуальных сред, Server Russian Edition;
19. MS Windows Server Standard - Device CAL, Версия 2013 R2;
20. MS SQL Server Standard Core, Версия 2016;
21. System Center Configuration Manager Client ML, Версия 16.06;
22. Программа для ЭВМ Statistica Ultimate Academic 13 сетевая на 5 пользователей ;
23. СЭД Docsvision 5.5;

*Перечень информационно-справочных систем
(обновление выполняется еженедельно)*

1. Система «КонсультантПлюс»;

7.4. Специальные помещения, лаборатории и лабораторное оборудование

Университет располагает на праве собственности и ином законном основании материально-технической базой для обеспечения образовательной деятельности (помещения и оборудование) для реализации ОПОП ВО специалитета/направления подготовки по Блоку 1 «Дисциплины (модули)», Блоку 2 «Практики» (в части учебных практик) и Блоку 3 «Государственная итоговая аттестация» в соответствии с учебным планом.

Материально-техническая база соответствует действующим противопожарным правилам и нормам, обеспечивает проведение всех видов учебных занятий, практической и научно-исследовательской работ обучающихся, предусмотренных рабочим учебным планом.

Учебные аудитории

Учебная аудитория №10 (УчК№1-2-27)

Доска аудиторная - 1 шт.

доска на треноги флипчарт - 2 шт.

ЖК -Панель - 1 шт.

компьютер персональный - 1 шт.

Парта - 16 шт.

Проектор - 1 шт.

Стол преподавателя - 1 шт.

Стул преподавателя - 1 шт.

Стул ученический - 32 шт.

экран - 1 шт.