

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Игнатенко Григорий Анатольевич
Должность: Ректор
Дата подписания: 25.03.2025 12:06:02
Уникальный программный ключ:
c255aa436a6dccbd528274f148780fe5b9ab4264

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ДОНЕЦКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ
М. ГОРЬКОГО»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра пропедевтики внутренних болезней с лабораторией адаптационной медицины

«Утверждено»
на заседании кафедры
«30» августа 2024 г.
протокол № 1
заведующий кафедрой
д.мед.н., проф. Г.А. Игнатенко

Фонд оценочных средств по дисциплине

ПРОПЕДЕВТИКА ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ

Специальность

31.05.02 Педиатрия

Донецк 2024

ЛИСТ АКТУАЛИЗАЦИИ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДИСЦИПЛИНЫ

№	Дата и номер протокола утверждения	Раздел ФОС	Основание актуализации	Должность, ФИО, подпись, ответственного за актуализацию

Паспорт фонда оценочных средств по дисциплине

ПРОПЕДЕВТИКА ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ

Код и наименование компетенции	Код контролируемого индикатора достижения компетенции	Задания	
Общепрофессиональные компетенции (ОПК)			
<p>ОПК 1 Способен реализовать моральные и правовые нормы, этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности</p>	<p>ОПК-1.1.1. Знает основы медицинской этики и деонтологии.</p>	<p>T1 ОПК 1.1.1. T2 ОПК 1.1.1.</p>	<p>C1 ОПК 1.1.1.</p>
	<p>ОПК-1.2.1. Умеет применять этические нормы и принципы поведения медицинского работника при выполнении своих профессиональных обязанностей.</p>	<p>T3 ОПК 1.2.1. T4 ОПК 1.2.1.</p>	<p>C2 ОПК 1.2.1.</p>
	<p>ОПК-1.3.2. Владеет способами решения стандартных задач профессиональной деятельности на основе этических норм, деонтологических принципов и правовых основ при взаимодействии с коллегами и пациентами (их законными представителями).</p>	<p>T5 ОПК 1.3.2. T6 ОПК 1.3.2.</p>	<p>C3 ОПК 1.3.2.</p>
<p>ОПК 4 Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза.</p>	<p>ОПК-4.1.1. Знает принципы работы и показания для применения медицинских изделий, предусмотренных порядком оказания медицинской помощи</p>	<p>T7 ОПК-4.1.1. T8 ОПК-4.1.1.</p>	<p>C4 ОПК-4.1.1.</p>

	ОПК-4.2.2. Умеет определять объем основных и дополнительных методов исследования.	T9 ОПК-4.2.2. T10 ОПК-4.2.2.	C5 ОПК-4.2.2.
	ОПК-4.2.4. Умеет интерпретировать результаты сбора жалоб и анамнеза, лабораторного и инструментального обследования, формулировать предварительный диагноз	T11 ОПК-4.2.4. T12 ОПК-4.2.4.	C6 ОПК-4.2.4.
	ОПК-4.3.1. Владеет проведением обследования пациента с целью установления диагноза	T13 ОПК-4.3.1. T14 ОПК-4.3.1.	C7 ОПК-4.3.1.
	ОПК-4.3.2. Владеет назначением и применением медицинских изделий, предусмотренных порядком оказания медицинской помощи	T15 ОПК-4.3.2. T16 ОПК-4.3.2.	C8 ОПК-4.3.2.
ОПК-5. Способен оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека для решения профессиональных задач.	ОПК-5.1.13. Знает причины возникновения основных патологических процессов в организме и механизмы развития.	T17 ОПК-5.1.13. T18 ОПК-5.1.13.	C9 ОПК-5.1.13.
	ОПК-5.1.14. Знает основные клинические симптомы и синдромы заболеваний внутренних органов, механизмы возникновения.	T19 ОПК-5.1.14. T20 ОПК-5.1.14.	C10 ОПК-5.1.14.
	ОПК-5.1.15. Знает основные лабораторные симптомы и синдромы при заболеваниях внутренних органов и механизмы их возникновения	T21 ОПК-5.1.15. T22 ОПК-5.1.15.	C11 ОПК-5.1.15.
	ОПК-5.1.16. Знает клиническую картину болезней и состояний, требующих направления на лабораторное и инструментальное обследование, с учетом действующих	T23 ОПК-5.1.16. T24 ОПК-5.1.16.	C12 ОПК-5.1.16.

	клинических рекомендаций (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи		
	ОПК-5.2.1. Умеет оценивать состояние и самочувствие взрослого человека, ребенка подростка, осматривать и оценивать кожные покровы, выраженность подкожно-жировой клетчатки, ногти, волосы, видимые слизистые, лимфатические узлы, органы и системы организма, оценивать соответствие паспортному возрасту физического и психомоторного развития детей; определять массу тела и рост, индекс массы тела взрослого человека, детей и подростков, оценивать физическое и психомоторное развитие детей и подростков	T25 ОПК-5.2.1. T26 ОПК-5.2.1.	C13 ОПК-5.2.1.
	ОПК-5.2.4. Умеет обосновывать необходимость и объем лабораторного обследования	T27 ОПК-5.2.4. T28 ОПК-5.2.4.	C14 ОПК-5.2.4.
	ОПК-5.2.6. Умеет обосновывать необходимость и объем инструментального обследования	T29 ОПК-5.2.6. T30 ОПК-5.2.6.	C15 ОПК-5.2.6.
	ОПК-5.3.1. Владеет оцениванием состояния и самочувствия взрослого человека, ребенка, подростка	T31 ОПК-5.3.1. T32 ОПК-5.3.1.	C16 ОПК-5.3.1.
	ОПК-5.3.4. Владеет интерпретированием результатов лабораторного и инструментального обследования пациентов по возрастно-половым группам.	T33 ОПК-5.3.4. T34 ОПК-5.3.4.	C17 ОПК-5.3.4.
Профессиональных компетенций (ПК)			
ПК 1 Способен к проведению обследования детей с целью установления диагноза	ПК-1.1.4. Знает методику оценки данных объективного обследования ребенка	T35 ПК-1.1.4. T36 ПК-1.1.4.	C18 ПК-1.1.4.
	ПК-1.1.7. Знает клиническую картину заболеваний и состояний, требующих направления детей на лабораторное и инструментальное обследование к врачам специалистам с учетом действующих клинических рекомендаций (протоколов лечения), порядками оказания	T37 ПК-1.1.7. T38 ПК-1.1.7.	C19 ПК-1.1.7.

	медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи		
	ПК-1.2.4. Умеет получать информацию об анамнезе жизни ребенка, о поствакцинальных осложнениях, результатах реакции Манту и диаскин-теста, об анамнезе заболевания	T39 ПК-1.2.4. T40 ПК-1.2.4.	C20 ПК-1.2.4.
	ПК-1.2.5. Умеет получать информацию об анамнезе заболевания	T41 ПК-1.2.5. T42 ПК-1.2.5.	C21 ПК-1.2.5.
	ПК-1.2.6. Умеет оценивать данные объективного обследования ребенка	T43 ПК-1.2.6. T44 ПК-1.2.6.	C22 ПК-1.2.6.
	ПК-1.2.8. Умеет обосновывать необходимость и объем лабораторных и инструментальных обследований	T45 ПК-1.2.8. T46 ПК-1.2.8.	C23 ПК-1.2.8.
	ПК-1.3.2. Владеет сбором анамнеза жизни ребенка, информации о профилактических прививках	T47 ПК-1.3.2. T48 ПК-1.3.4.	C24 ПК-1.3.4.
	ПК-1.3.3. Владеет сбором анамнеза заболевания	T49 ПК-1.3.3. T50 ПК-1.3.3.	C25 ПК-1.3.3.
	ПК-1.3.4. Владеет оценкой состояния и самочувствия ребенка	T51 ПК-1.3.4. T52 ПК-1.3.4.	C26 ПК-1.3.4.
	ПК-1.3.5. Владеет направлением детей на лабораторное и инструментальное обследование, на консультацию к врачам-специалистам, на госпитализацию в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи.	T53 ПК-1.3.5. T54 ПК-1.3.5.	C27 ПК-1.3.5.

Оценивание результатов текущей успеваемости, ИМК, экзамена и выставление оценок за дисциплину проводится в соответствии с действующим Положением об оценивании учебной деятельности студентов ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России

Образцы оценочных средств

Тестовые задания

Т1 ОПК-1.1.1. ПРАВИЛО ПРАВДИВОСТИ ВО ВЗАИМООТНОШЕНИИ «ВРАЧ – ПАЦИЕНТ» ЭТО НЕОБХОДИМОСТЬ СООБЩАТЬ

- А. *Пациенту лишь сведения, соответствующие действительности
- Б. Запрет говорить правду пациенту
- В. Пациенту лишь сведения, которые он хочет услышать
- Г. Сведения каждому человеку, поинтересовавшемуся о состоянии пациента, его диагнозе и лечении

Т2 ОПК-1.1.1. ОСНОВНОЙ ПРИНЦИП МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ В «ГИППОКРАТОВОЙ МОДЕЛИ»

- А. *Не навредить пациенту
- Б. Пациент должен знать всю правду о своем состоянии, последствиях терапии, возможных исходах
- В. К пациенту нужно относиться как к механизму, который необходимо починить
- Г. В первую очередь врачеватель должен беспокоиться о своем гонораре

Т3 ОПК-1.2.1. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНАЯ ФОРМА ПРОВЕДЕНИЯ КОНСУЛЬТАЦИИ

- А. *Диалог врача и пациента
- Б. Анкетирование пациента с последующим предоставлением письменного заключения врача
- В. Монолог врача
- Г. Монолог пациента

Т4 ОПК-1.2.1 ПРИСТУПАЯ К ОСМОТРУ БОЛЬНОГО, СТУДЕНТ ДОЛЖЕН

- А. *Представиться, перед осмотром получить устное согласие пациента на его проведение
- Б. Сразу приступить к осмотру, не выражая при этом никаких эмоций
- В. Скрыть статус студента, чтобы избежать недоверия, провести осмотр
- Г. Представиться, заставить пациента сразу полностью раздеться

Т5 ОПК-1.3.2 ЛЕЧАЩИЙ ВРАЧ МОЖЕТ СОГЛАСОВЫВАТЬ ОБОСНОВАНИЕ И ФОРМУЛИРОВКУ ДИАГНОЗА С

- А. *Заведующим отделением и/или другими врачами
- Б. Родственниками пациента
- В. Пациентом
- Г. Средним медицинским персоналом

Т6 ОПК-1.3.2 НАВЫКИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБЩЕНИЯ ВРАЧА – ЭТО

- А. *Коммуникативные действия, которые помогают врачу решать профессиональные задачи
- Б. Алгоритм ведения наиболее типичных консультаций
- В. Набор вежливых фраз
- Г. Проявление его личного стиля общения

Т7 ОПК-4.1.1. ТЕМПЕРАТУРУ В ПОДМЫШЕЧНОЙ ВПАДИНЕ ИЗМЕРЯЮТ

- А. *5-10 минут
- Б. 20 минут

- В. 1-2 минуты
- Г. 15 минут

T8 ОПК-4.1.1. ИНСТРУМЕНТ ДЛЯ ВЫСЛУШИВАНИЯ ПАЦИЕНТА, УСИЛИВАЮЩИЙ ЗВУК ЗА СЧЕТ МЕМБРАНЫ И РЕЗОНИРУЮЩЕЙ КАМЕРЫ НАЗЫВАЕТСЯ

- А. *Стетофонендоскоп
- Б. Твёрдый стетоскоп
- В. Гибкий стетоскоп
- Г. Плессиметр

T9 ОПК-4.2.2. СИСТОЛИЧЕСКИМ ДАВЛЕНИЕМ НАЗЫВАЕТСЯ

- А. *Артериальное давление, возникающее в момент максимального подъема пульсовой волны после сокращения желудочков сердца
- Б. Давление, поддерживаемое в артериях благодаря их тону во время расслабления желудочков сердца
- В. Разница между систолическим и диастолическим давлением
- Г. Сумма систолического и диастолического давления

T10 ОПК-4.2.2. ПРИ ИЗМЕРЕНИИ АД ДИАСТОЛИЧЕСКОЕ ДАВЛЕНИЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КАК

- А. *Величина, соответствующая полному исчезновению звуков (тонов Короткова)
- Б. Показатель шкалы манометра при появлении первых звуков (тонов Короткова)
- В. Сумма пульсового и систолического давления
- Г. Разница систолического и пульсового давления

T11 ОПК 4.2.4. ПРИ РЕГИСТРАЦИИ ОДНОКАНАЛЬНЫМ АППАРАТОМ ЭКГ НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА (ЭКСТРАСИСТОЛИЯ) НЕОБХОДИМА ЗАПИСЬ

- А. *ЭКГ с 15-20 сердечными циклами в отведении II
- Б. В одном из дополнительных отведений (например, по Небу)
- В. В отведении III на высоте вдоха
- Г. В отведении, в котором было обнаружено нарушение ритма, и повторить в нем запись

T12 ОПК 4.2.4. ЗАПИСЬ ЭКГ В ОТВЕДЕНИИ III ПРОИЗВОДИТСЯ ПРИ ОБЫЧНОМ ДЫХАНИИ И ЗАДЕРЖКЕ ДЫХАНИЯ НА ВЫСОТЕ ВДОХА (НА ЛЕНТЕ МАРКИРУЕТСЯ КАК III ВДОХ) ПРИ НАЛИЧИИ В III ОТВЕДЕНИИ

- А. *Патологического Q
- Б. Внутрижелудочковой блокады
- В. Высокого зубца R
- Г. Отрицательного R

T13 ОПК-4.3.1. УКАЖИТЕ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАЛИ, КОТОРЫЕ НУЖНЫ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА

- А. *Рост (см) и вес (кг)
- Б. Окружность головы
- В. Окружность груди
- Г. Рост (m^2) и вес (кг)

T14 ОПК-4.3.1. УКАЖИТЕ МЕДИЦИНСКИЕ ИЗДЕЛИЯ, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ РОСТА ПАЦИЕНТА

- А. *Вертикальный ростомер
- Б. Горизонтальный ростомер
- В. Длинная деревянная линейка
- Г. Сантиметровая лента

T15 ОПК-4.3.2. КРАСНЫЙ ЭЛЕКТРОД ПРИ РЕГИСТРАЦИИ ЭКГ РАСПОЛОЖЕН НА

- А. *Правой руке
- Б. Правой ноге
- В.левой руке
- Г.левой ноге

T16 ОПК-4.3.2. ДЛЯ РЕГИСТРАЦИИ ОТВЕДЕНИЯ AVR ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ЭЛЕКТРОД

- А. *Красный
- Б. Желтый
- В. Зеленый
- Г. Черный

T17 ОПК-5.1.1. ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ III ТОН ЛУЧШЕ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ НА

- А. *Верхушке сердца
- Б. Аорте
- В. Легочной артерии
- Г. 5 точке

T18 ОПК-5.1.1. К ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИВОДИТ

- А. *Инфаркт миокарда
- Б. Вегетососудистая дистония
- В. Сухой перикардит
- Г. Протрузия митрального клапана

T19 ОПК-5.1.14 ЧУВСТВО СЛАБОСТИ, ГОЛОВОКРУЖЕНИЯ, ТЯЖЕСТИ В ОБЛАСТИ СЕРДЦА, ВОЗНИКАЮЩЕЕ НА ФОНЕ УЧАЩЕННОГО СЕРДЦЕБИЕНИЯ, ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- А. *Тахисистолической формы фибрилляции предсердий
- Б. Трепетание желудочков
- В. Экстрасистолии
- Г. Синусовой аритмии

T20 ОПК-5.1.14 У БОЛЬНОГО С СИНДРОМОМ ПОЛНОГО ОБТУРАЦИОННОГО АТЕЛЕКТАЗА ЛЕГКОГО МОЖНО ВЫЯВИТЬ _____ ПЕРКУТОРНЫЙ ЗВУК

- А. *Тупой
- Б. Притупленный
- В. Тимпанический (коробочный)
- Г. Притупленно-тимпанический

T21 ОПК-5.1.15. ЛАБОРАТОРНЫМ ПРИЗНАКОМ ХОЛЕСТАЗА ЯВЛЯЕТСЯ ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ

- А. *Щелочной фосфатазы

- Б. АСТ
- В. АЛТ
- Г. ЛДГ

T22 ОПК-5.1.15. АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ, ВОЗНИКАЮЩАЯ ПРИ ФЕОХРОМОЦИТОМЕ, ОБУСЛОВЛЕНА ИЗБЫТОЧНЫМ ВЫДЕЛЕНИЕМ В КРОВЬ

- А. *Катехоламинов
- Б. Адренкортикотропного гормона
- В. Тиреотропного гормона
- Г. Альдостерона

T23 ОПК-5.1.16. АБСЦЕСС ПОЧКИ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫЯВЛЕН ПРИ ПОМОЩИ

- А. *КТ почек
- Б. Ренографии
- В. Определения клиренса креатинина
- Г. Пробы Нечипоренко

T24 ОПК-5.1.16. ФАКТОРОМ, ВЛИЯЮЩИЙ НА АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- А. *Величина сердечного выброса
- Б. Парциальное давление O_2 в крови
- В. Объем внутриклеточной жидкости
- Г. Количество лейкоцитов в периферической крови

T25 ОПК-5.2.1. ПЕРКУТОРНАЯ ГРАНИЦА НИЖНЕГО КРАЯ ЛЕГКОГО НИЖЕ НОРМЫ С ДВУХ СТОРОН ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРИ

- А. *Выраженная эмфизема легких
- Б. Выраженная гепатоспленомегалия
- В. Двухсторонний гидроторакс
- Г. Двухсторонняя релаксация диафрагмы

А. **T26 ОПК-5.2.1.** ВЕРХУШЕЧНЫЙ ТОЛЧОК МОЖЕТ НЕ ОПРЕДЕЛЯТЬСЯ ПРИ

- Б. *Левостороннем гидротораксе
- В. Левостороннем сухом плеврите
- Г. Дилатации сердца
- Д. Нормальной воздушности левого легкого

T27 ОПК-5.2.4. НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНО АОРТАЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ МОЖЕТ БЫТЬ ДИАГНОСТИРОВАНА С ПОМОЩЬЮ

- А. *ЭхоКГ
- Б. Суточного мониторирования ЭКГ по Холтеру
- В. Рентгенографии ОГК
- Г. ЭКГ

T28 ОПК-5.2.4. В КЛИНИЧЕСКОМ АНАЛИЗЕ КРОВИ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ПИКВИКА ВЫЯВЛЯЕТСЯ

- А. *Высокий уровень гемоглобина
- Б. Гиперхромная анемия
- В. Нормохромная анемия
- Г. Увеличение СОЭ

Т29 ОПК-5.2.6. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СПИРОГРАФИИ ПОКАЗАТЕЛЬ ОФВ1 СОСТАВИЛ 62% ОТ ДОЛЖНОЙ ВЕЛИЧИНЫ, ЧТО СООТВЕТСТВУЕТ

- А. *1 степени бронхиальной обструкции
- Б. Норме
- В. 2 степени бронхиальной обструкции
- Г. 3 степени бронхиальной обструкции

Т30 ОПК-5.2.6. ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ФЕОХРОМАЦИТОМЫ НУЖНО ПРОВЕСТИ СОНОГРАФИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

- А. *Надпочечников
- Б. Почечных артерий
- В. Щитовидной железы
- Г. Сосудов шеи

Т31 ОПК-5.3.1. СИМПТОМ ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ ГИПОТИРЕОЗА

- А. *Сухость кожи
- Б. Тахикардия
- В. Тремор пальцев
- Г. Увеличение аппетита

Т32 ОПК-5.3.1. ВЫРАЖЕННАЯ ГИПОГЛИКЕМИЯ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- А. *Чувством голода, дрожью в теле
- Б. Сонливостью, гиподинамией
- В. Жаждой, сухостью во рту
- Г. Тошнотой, рвотой

Т33 ОПК-5.3.4. ПЛЕВРАЛЬНАЯ ЖИДКОСТЬ СЧИТАЕТСЯ ТРАНССУДАТОМ ЕСЛИ ОТНОСИТЕЛЬНАЯ ПЛОТНОСТЬ

- А. *1,010
- Б. 1,032
- В. 1,017
- Г. 1,020

Т34 ОПК-5.3.4. НА ПРЕДСТАВЛЕННОЙ ЭКГ МОЖНО ВЫЯВИТЬ ПРИЗНАКИ



- А. *Синусового ритма
- Б. Ритма АВ соединения с предшествующим возбуждением предсердий
- В. Ритма АВ соединения с предшествующим возбуждением желудочков
- Г. Ритма АВ соединения с одновременным возбуждением желудочков и предсердий

Т35 ПК-1.1.4. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДВУХ РУК ПРИ ГЛУБОКОЙ ПАЛЬПАЦИИ, КОГДА ОБЕ ЯВЛЯЮТСЯ ПАЛЬПИРУЮЩИМИ (БИМАНУАЛЬНАЯ ПАЛЬПАЦИЯ) НЕОБХОДИМО ПРИ ПАЛЬПАЦИИ _____ КИШКИ

- А. *Поперечно-ободочной
- Б. Слепой
- В. Сигмовидной
- Г. Восходящей

T36 ПК-1.1.4. ОПРЕДЕЛЕНИЕ АБСОЛЮТНОЙ ТУПОСТИ СЕРДЦА ПРЕДПОЛАГАЕТ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ _____ ПЕРКУССИИ

- А. *Тихой
- Б. Средней
- В. Громкой
- Г. Очень громкой

T37 ПК- 1.1.7. АБСЦЕСС ПОЧКИ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫЯВЛЕН ПРИ ПОМОЩИ

- Д. *Ультразвукового исследования почек
- Е. Ренографии
- Ж. Определения клиренса креатинина
- З. Пробы Нечипоренко

T38 ПК-1.1.7. СПИРОГРАФИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПОЗВОЛЯЕТ ОЦЕНИТЬ ВЫРАЖЕННОСТЬ

- А. *Бронхиальной обструкции
- Б. Пневмоторакса
- В. Гидроторакса
- Г. Недостаточности внешнего дыхания

T39 ПК-1.2.4. РАЗДЕЛ «АНАМНЕЗ ЖИЗНИ» ВКЛЮЧАЕТ

- А. *Перенесенные венерические заболевания
- Б. Жалобы на последнее время (часы, дни)
- В. Причины нынешнего обращения к врачу
- Г. Время первого обращения к врачу

T40 ПК-1.2.4. ВРЕМЯ И МЕСТО РОЖДЕНИЯ ПАЦИЕНТА СЛЕДУЕТ ОПИСЫВАТЬ В РАЗДЕЛЕ

- А. *Анамнез жизни
- Б. Анамнез заболевания
- В. Общий анамнез
- Г. Жалобы больного

T41 ПК-1.2.5. РАЗДЕЛ «АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ» ВКЛЮЧАЕТ

- А. *Время начала заболевания
- Б. Жалобы на последнее время
- В. Перенесенные операции
- Г. Перенесенные заболевания

T42 ПК-1.2.5. ПРОВОДИМОЕ РАНЕЕ ЛЕЧЕНИЕ ПО ПОВОДУ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ СЛЕДУЕТ ОПИСЫВАТЬ В РАЗДЕЛЕ

- А. *Анамнез заболевания
- Б. Анамнез жизни
- В. Жалобы больного
- Г. Общий анамнез

T43 ПК-1.2.6. УЗЕЛКИ ГЕБЕРДЕНА ЛОКАЛИЗУЮТСЯ В ОБЛАСТИ _____ СУСТАВОВ

- А. *Дистальных межфаланговых
- Б. Лучезапястных
- В. Проксимальных межфаланговых

Г. Плюснефаланговых

T44 ПК-1.2.6. ВЕРХУШЕЧНЫЙ ТОЛЧОК МОЖЕТ ИСЧЕЗНУТЬ ПРИ

- А. *Выраженной эмфиземе легких
- Б. Левостороннем сухом плеврите
- В. Левосторонней верхнедолевой пневмонии
- Г. Сморщивании левого легкого

T45 ПК-1.2.8. ЛАБОРАТОРНЫМИ ПРИЗНАКАМИ МАЛЬАБСОРБЦИИ ЯВЛЯЮТСЯ

- А. *Гипоальбуминемия
- Б. Лейкоцитоз
- В. Эритроцитоз
- Г. Гиперпротеинемия

T46 ПК-1.2.8. ПОКАЗАТЕЛЬ, ОЦЕНИВАЮЩИЙ УРОВЕНЬ ГЛЮКОЗЫ В КРОВИ В ТЕЧЕНИЕ 2-3 МЕСЯЦЕВ

- А. *Гликированный гемоглобин
- Б. Глюкоза натощак
- В. С-пептид
- Г. Соотношение уровня глюкозы в крови и моче

T47 ПК-1.3.2. ВРЕМЯ И МЕСТО РОЖДЕНИЯ ПАЦИЕНТА СЛЕДУЕТ ОПИСЫВАТЬ В РАЗДЕЛЕ

- А. *Анамнез жизни
- Б. Анамнез заболевания
- В. Общий анамнез
- Г. Жалобы больного

T48 ПК-1.3.2. ПЕРЕНЕСЕННЫЕ БОЛЬНЫМ ОПЕРАЦИИ СЛЕДУЕТ ОПИСЫВАТЬ В РАЗДЕЛЕ

- А. *Анамнез жизни
- Б. Анамнез заболевания
- В. Общий анамнез
- Г. Жалобы больного

T49 ПК-1.3.3. ИНТЕНСИВНАЯ БОЛЬ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ, УСИЛИВАЮЩАЯСЯ ПРИ ВДОХЕ, КАШЛЕ, ЧИХАНИИ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ

- А. *Плевры
- Б. Сердца
- В. Пищевода
- Г. Перикарда

T50 ПК-1.3.3. ЧУВСТВО ПЕРИОДИЧЕСКОГО «ЗАМИРАНИЯ» ИЛИ «ОСТАНОВКИ» СЕРДЦА С ПОСЛЕДУЮЩИМ СИЛЬНЫМ ТОЛЧКОМ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- А. *Экстрасистолии
- Б. Пароксизмальной тахикардии
- В. Фибрилляции желудочков
- Г. Фибрилляции предсердий

T51 ПК-1.3.4. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ НАИЛУЧШИМ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ СИНДРОМА

- А. *Уплотнения легочной ткани
- Б. Бронхиальной обструкции
- В. Умеренной эмфиземы легких
- Г. Дыхательной недостаточности

T52 ПК-1.3.4. ПРИЧИНОЙ, ПРИВОДЯЩЕЙ К ПОДПЕЧЕНОЧНОЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- А. *Тромбоз воротной вены
- Б. Тромбоз нижней полой вены
- В. Окклюзия внутривенных вен
- Г. Трикуспидальные пороки сердца

T53 ПК-1.3.5. ДЛЯ ВЫРАЖЕННОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ ХАРАКТЕРНО ВЫНУЖДЕННОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ТЕЛА

- А. *Стоя или сидя с упором на руки
- Б. Лежа на правом боку
- В. Лежа на левом боку
- Г. Полусидя с ногами, опущенными вниз

T54 ПК-1.3.5. ДЛЯ ВЫРАЖЕННОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ХАРАКТЕРНЫ ИЗМЕНЕНИЯ АУСКУЛЬТАЦИИ СЕРДЦА

- А. *Усиление и раздвоение II тона над легочной артерией
- Б. Ослабление I тона на верхушке сердца
- В. Усиление I тона на верхушке сердца
- Г. Ослабление I тона на трикуспидальном клапане

Во всех тестовых заданиях правильный ответ отмечен звездочкой (*)

Ситуационные задания

S1 ОПК-1.1.1. Мужчина 28 лет, обратился с жалобой к заведующему хирургического отделения, где на лечении находилась её мама. Женщине провели операцию, после которой категорически запрещается прием пищи в течение 2 дней, не предупредив её об этом. Врач был в операционной, а медсестра нагрубила, сказав, что она не обязана за этим следить.

Вопросы:

1. Почему эффект от оперативного вмешательства не был отчетливым?
2. Какова роль медсестры в ведении послеоперационных больных?
3. Кто должен был предупредить пациентку о голодании?

Эталоны ответов:

1. Эффективность лечения после хирургической операции определяется не только успешностью оперативного вмешательства, но и качеством последующего сестринского ухода.
2. Это как раз входит в прямые обязанности медицинской сестры, которые она не выполняет.
3. О голодании в течение 2 дней должен был предупредить и врач, и медсестра.

S2 ОПК-1.2.1. Пациент М., 47 лет был госпитализирован в стационар по поводу пневмонии, ассоциированной с Covid-19. Аллергии на лекарственные препараты до этого

случая не было, что он и указал врачу. Однако на назначение антибиотика развилась аллергическая реакция в виде крапивницы. Пациент начал возмущаться из-за аллергической реакции и предъявлять претензии прежде всего к медсестре («не так ввела»)

Вопросы:

1. Прав ли пациент в данном случае?
2. Оправданы ли претензии пациента к медсестре?

Эталоны ответов:

1. Пациент не прав, т.к. ни он, ни врач не знали о возможной аллергической реакции на антибиотик, т.к. он вводился пациенту впервые в жизни.
2. Техника введения препарата никак не связана с аллергической реакцией.

С3 ОПК-1.3.2. В приёмное отделение поступил больной Т., 80 лет с ишемическим инсультом и сразу же второй пациент М., 49 лет также с ишемическим инсультом. Состояние пациента тяжелое, находится в глубоком сопоре. Но в госпитализации в реанимационное отделение пожилому было отказано. Родственники больного были сильно возмущены и потребовали объяснения дежурного врача. Своё решение он мотивировал тем, что он не хочет тратить своё время напрасно, так как пациент пожилой и прогноз его заболевания плохой, а в любой момент может поступить еще один более молодой пациент, у которого больше вероятность благоприятного исхода, а в отделении реанимации осталось только одно место.

Вопросы:

1. Может ли врач отказать в госпитализации по указанной причине?
2. Назовите верные действия врача в такой ситуации.

Эталоны ответов:

1. Отказ врача в госпитализации больного не может быть мотивирован предпочтением одного пациента другому на основании какого-либо признака (национальность, возраст, прогноз заболевания и т.п.), что нарушает базовые этические и деонтологические правила в медицине.
2. Он обязан был оказать неотложную медицинскую помощь как можно быстрее, рассмотрев возможность применения тромболитической терапии.

С4 ОПК 4.1.1. Больная М., 46 лет госпитализирована в отделение с жалобами на быструю утомляемость, снижение работоспособности, сонливость. Пациентка заторможена, речь медленная, голос низкий; снижен интерес к окружающему, отмечается увеличение массы тела, ломкость ногтей, сухость кожи. Объективно: Состояние пациентки средней тяжести. Температура 35,6° С. Кожа сухая, подкожно-жировой слой выражен избыточно. Лицо бледное, одутловатое. Тоны сердца приглушены, АД 100/70 мм рт. ст., пульс 56 уд/мин., ритмичный, ЧДД 16 в мин.

Вопросы:

1. Опишите технику исследования пульса.
2. Опишите технику измерения АД.

Эталоны ответов:

1. Установить руки исследователя на области лучевые артерии обеих рук пациента так, чтобы 1 палец находился на тыле кисти, а 2, 3, 4 пальцы на ладонной стороне, у большого пальца пациента. Прижать 2, 3, 4 пальцами лучевые артерии на обеих руках пациента и почувствовать пульсацию. Сравнить одинаковость и одновременность пульсовых волн на обеих руках – синхронность пульса. Выбрать одну руку пациента для

дальнейшего исследования пульса (любую, либо ту, где пульсовые волны выражены лучше). Далее исследовать свойства пульса в следующей последовательности: определить ритм пульса. Если пульсовая волна следует одна за другой через равные промежутки времени, то пульс ритмичный, если нет – аритмичный. Определить частоту пульса – с помощью часов или секундомера подсчитать количество пульсовых волн в 1 минуту. Если пульс ритмичный частоту можно исследовать в течение 30 секунд и показатели умножить на два. Если пульс неритмичный – определять частоту в течение 1 минуты. Определить напряжение пульса, сдавив лучевую артерию до исчезновения пульса. Определить наполнение пульса: последовательно сдавливают артерию по току крови сначала 4, затем 2 пальцем, до прекращения пульсации, 3 палец используется в качестве арбитра. Приподнимают 4 палец, не отпуская 2. Пульсовая волна, ударяя во 2 палец, приподнимает 3 палец. По степени колебания 3 пальца определяют степень наполнения пульса.

2. Артериальное давление следует измерять: на плечевой артерии обеих рук не раньше, чем через 5-10 минут после пребывания в положении покоя; через 1 час после сна, употребления еды, кофе, выкуренной сигареты, выпитого алкогольного напитка, физической нагрузки, принятия горячей ванны, душа.

- Наложить манжету прибора для измерения артериального давления (механического тонометра) на плечо пациента

- Проверить, что между манжетой и поверхностью плеча помещается два пальца

- Убедиться, что нижний край манжеты располагается на 2,5 см выше локтевой ямки. Расположить два пальца левой руки на предплечье в области лучезапястного сустава в месте определения пульса

- Закрывать вентиль груши прибора для измерения артериального давления (механического тонометра) другой рукой

- Зафиксировать показания прибора для измерения артериального давления (механического тонометра) в момент исчезновения пульса в области лучезапястного сустава

- Спустить воздух из манжеты прибора для измерения артериального давления (механического тонометра)

- Поместить мембрану стетофонендоскопа у нижнего края манжеты над проекцией локтевой артерии в области локтевой впадины, слегка прижав

- Повторно накачать манжету прибора для измерения артериального давления (механического тонометра) до уровня, превышающего полученный результат при пальцевом измерении по пульсу на 30 мм рт.ст.

- Спустить воздух из манжеты медленно, сохраняя положение стетофонендоскопа

- Фиксировать по шкале прибора для измерения артериального давления (механического тонометра) появление первого тона – это значение систолического давления

- Фиксировать по шкале прибора для измерения артериального давления (механического тонометра) прекращение громкого последнего тона – это значение диастолического давления

- Продолжать аускультацию до снижения давления в манжете на 15-20 мм рт.ст. относительно последнего тона, для контроля полного исчезновения тонов

- Выпустить воздух из манжеты

- Снять манжету прибора для измерения артериального давления (механического тонометра) с руки пациента

C5 ОПК 4-2.2. Пациент при росте 158 см весит 84 кг, эпигастральный угол 90°.

Вопросы:

1. Определите конституциональный тип пациента.
2. Определите ИМТ, какие медицинские изделия для этого понадобятся?
3. Оцените степень питания пациента.
4. Назовите степени ожирения согласно ИМТ.

Эталоны ответов:

1. Нормостенический.
2. ИМТ у пациента равен 33,7 кг/м². Он рассчитывается как отношение веса (в килограммах) к росту человека (в метрах) в квадрате и измеряется в единицах кг/м². Для определения ИМТ нужны весы и ростомер.
Ожирение I степени.
3. I степень – ИМТ 30-34,9 кг/м², II степень – ИМТ 35-39,9 кг/м², III степень – 40 кг/м² и выше

С6 ОПК-4.2.4. Медсестра в поликлинике записала ЭКГ, но не промаркировала отведения. Пациент ушел.

Вопросы:

1. Как анализировать такую ЭКГ и можно ли ее анализировать?
2. Как врачу выйти из такого положения?

Эталоны ответов:

1. Врач может анализировать такую ЭКГ, т.к. последовательность регистрации отведений стандартная во всех выпускаемых аппаратах.
2. Необходимо сделать замечание медсестре, чтобы была более внимательна.

С7 ОПК-4.3.1. Пациент направлен кардиологом в клинику для проведения ЭхоКГ. Перед исследованием проведено антропометрическое обследование: рост 176 см, вес 88 кг.

Вопросы:

1. Рассчитайте индекс массы тела.
2. Интерпретируйте полученные результаты ИМТ.
- 3.

Эталоны ответов:

1. ИМТ – это отношение веса (в килограммах) к росту человека (в метрах) в квадрате. ИМТ пациента – 28 кг/м².
2. Такой ИМТ можно трактовать как избыточная масса тела (от 25 до 30). Пациенту с сердечно-сосудистой патологией необходимо объяснить, что это является фактором риска для возникновения АГ, ИБС.

С8 ОПК 4.3.2. При регистрации ЭКГ отмечается малая амплитуда всех элементов ЭКГ (максимальная амплитуда QRS 4 мм).

Вопросы:

1. Как изменить запись ЭКГ, чтобы можно было точнее оценить амплитуду, например, з. Q.

Эталоны ответов:

Можно увеличить стандартную амплитуду с 0,1 мВ, который равен 10 мм, в увеличенную амплитуду, когда 0,1 мВ = 20 мм.

С9 ОПК 5.1.1 При осмотре больной 72 лет сидит с опущенными ногами, выражение лица страдальческое, при разговоре одышка, кожные покровы цианотичные, стопы и голени отечные. В анамнезе – хроническое заболевание сердца.

Вопросы:

1. Оцените общее состояние больного, положение больного, в чем патофизиологическая особенность облегчения состояния в этом положении.
2. Какой вид цианоза характерен для патологии сердечно-сосудистой системы, опишите его особенности

Эталоны ответов:

1. Общее состояние тяжелое, положение ортопноэ. Причина этого положения — выраженный застой крови в сосудах (в лёгочных венах и капиллярах) малого круга кровообращения при тяжёлой левожелудочковой недостаточности. В положении сидя с опущенными вниз ногами часть крови депонируется в венах нижних конечностей, и малый круг немного разгружается, что уменьшает одышку.
2. Для сердечно-сосудистой системы характерен периферический цианоз - акроцианоз, при котором возникает синюшная окраска участков тела, наиболее отдаленных от сердца, находящихся на периферии, - цианоз пальцев кистей и стоп, цианоз мочек уха, губ, кончика носа. Связан он с нарушением кровообращения, прежде всего периферического и нарушением оттока венозной крови.

С10 ОПК-5.1.14. Женщина 27 лет жалуется на боли ноющего характера в поясничной области, частые мочеиспускания, повышение температуры до 39°C, сопровождающееся ознобом, слабостью. Из анамнеза: 5 месяцев назад после переохлаждения появились боли внизу живота, частые болезненные мочеиспускания, боли в поясничной области справа, повышение температуры, самостоятельно принимала антибиотики, парацетамол в течение 5 дней, после самолечения к врачу не обращалась. Неделю назад после перенесенной ОРВИ, появились боли в области поясницы, частые мочеиспускания, повысилась температура, по поводу чего обратилась в поликлинику по месту жительства, где было проведено обследование: ОАК: Нв-118 г/л, эр-3.2*10¹²/л: лейкоц-10,6*10⁹/л, СОЭ-32 мм/ч. ОАМ: уд.вес 1016, белок 0.3 г/л., лейкоц-все п/зр, цилиндры гиалиновые 0-1, эр-1-2 в п/зр, БАК: креатинин 96 мкмоль/л. Больная направлена на стационарное лечение в отделение нефрологии. При осмотре: состояние средней тяжести. Кожные покровы несколько бледные, температура 38,2°C. Над легкими перкуторно ясный легочной звук, аускультативно везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧДД 18 в мин. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 96 в мин, АД 130/80мм.рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон.

Вопросы:

1. Перечислите синдромы, которые выявляются у данного больного. Выделите и обоснуйте ведущий синдром.
2. Составьте и обоснуйте план дополнительного исследования.

Эталоны ответов:

1. У пациентки мочевого синдром (ОАМ - белок 0.3 г/л., лейкоц-все п/зр, цилиндры гиалиновые 0-1). Дизурический синдром - боли ноющего характера в поясничной области, частые мочеиспускания. Основной синдром – тубулоинтерстициальный (обострение пиелонефрита) установлен на основании жалоб пациентки: на боли в поясничной области, ноющего характера, повышение температуры. Из анамнеза: 5 месяцев назад после переохлаждения отмечала боли внизу живота, боли в области поясницы, частые болезненные мочеиспускания. При обследовании в поликлинике: о/а крови: Нв 118г/л, СОЭ 32мм/ч. О/а мочи: уд. вес-1016, лейкоц. все п/зр, цилиндры гиалиновые.

2. Пациентке рекомендовано: проведение анализа мочи по Нечипоренко, по Зимницкому, БАК: креатинин, мочевины, общий белок, глюкоза, подсчет СКФ; обзорная урография, УЗ исследование почек для уточнения поражения, посев мочи на флору и чувствительность к антибиотикам, с целью назначения эффективной антибактериальной терапии и исключения антибиотикорезистентности.

C11 ОПК-5.1.15. У пациента выявлена желтуха. Билирубин: общий 228 ммоль/л; конъюгированный – 210 ммоль/л; неконъюгированный – 18 ммоль/л.

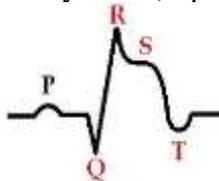
Вопросы:

1. Укажите тип желтухи.
2. Какие изменения ожидаем в моче (билирубин, уробилин).
3. Какие изменения ожидаем в кале (стеркобилин).
4. Инструментальный (один) метод, который принципиально необходим в такой ситуации.

1. Эталонные ответы:

2. Желтуха механическая.
3. В моче: БК (+++), Ур (-);
4. В кале: стеркобилин (-);
5. УЗИ ОБП для выявления причины и локализации обструкции.

C12 ОПК-5.1.16. У пациента В. 52 лет, находящегося на лечении в кардиологическом отделении с диагнозом - ИБС: инфаркт миокарда с з.К передней стенки левого желудочка, при аускультации сердца выявляется ослабление I тона.



Вопросы:

1. Какой компонент I тона ослаблен и почему.
2. Каковы признаки патологического зубца Q, клиническая интерпретация.

Эталонные ответы:

1. Ослаблен мышечный компонент I тона из-за того, что произошел некроз обширного участка миокарда и сократительная способность миокарда значительно снижена.
2. Патологический зубец Q по амплитуде $> 1/4$ соответствующего ему зубца R и по ширине более 0,03 сек, часто зазубрен.

C13 ОПК 5.2.1 В отделение поступил больной с выраженными отеками по всему телу.

Вопросы:

1. Как называется такое состояние?
2. Как называется скопление жидкости в брюшной полости?
3. Как называется скопление жидкости в плевральной полости?
4. Как определить наличие отеков на поверхности тела?
- 5.

Эталонные ответы:

1. Анасарка.
2. Асцит.

3. Гидроторакс.
4. Отек выявляется путем надавливания пальцем на кожу, покрывающие костные образования (наружная поверхность голени, лодыжки, поясницы) – при наличии отека после отнятия пальца остается ямка.

С14 ОПК-5.2.4. Пациент Я., 69 лет. Отмечает периодические носовые кровотечения. В последнее время заметил появление красно-синюшной окраски кожи лица, инъецированность сосудов склер, потливость. Перенес инфаркт и инсульт. АД постоянно повышено до 160/100. Сатурация 95%.

Вопросы:

1. Какую патологию можно предположить у этого пациента (назовите синдромы)? Обоснуйте свой ответ.
2. Укажите предполагаемые конкретные значения для следующих показателей общего анализа крови: эритроциты, тромбоциты, цветовой показатель, лейкоциты (с лейкоцитарной формулой), ретикулоциты, СОЭ, гематокрит.

Эталоны ответов:

1. Истинная полицитемия. Болезнь Вакеза (появление красно-синюшной окраски кожи лица, инъецированность **сосудов склер**, нормальная сатурация, инфаркт и инсульт в анамнезе).

Вторичная симптоматическая артериальная гипертензия (периодические носовые кровотечения, повышение АД до 160/100).

2. Эритроциты, тромбоциты, лейкоциты, гемоглобин выше нормы, ретикулоциты - более 2%, лейкоцитарная формула – со сдвигом влево, базофилия, моноцитоз; СОЭ – 1 мм/час, гематокрит – более 50%, цветовой показатель – менее 0,85.

С15 ПК-2.2.9. У пациента после автомобильной аварии жалобы на одышку. При осмотре: выбухание межреберных промежутков справа и отставание этой половины грудной клетки в акте дыхания. Перкуторно до уровня III ребра тимпанический звук. Аускультативно отсутствие везикулярного дыхания справа и дыхательных шумов.

Вопросы:

1. Выделите и обоснуйте ведущий синдром на основании данных физикального исследования.
2. Назовите дополнительный метод исследования для подтверждения данных физикального обследования. Дайте краткое описание ожидаемого результата по выбранному методу диагностики.

Эталоны ответов:

1. Данные осмотра - выбухание межреберных промежутков справа и отставание правой половины грудной клетки при дыхании, тимпанический звук при перкуссии и отсутствие дыхательных шумов – признаки синдрома наличия воздуха в плевральной полости (пневмоторакс).

2. Для подтверждения диагноза необходимо рентгенологическое исследование органов грудной клетки (зона просветления с отсутствием легочного рисунка на периферии и отделенная четкой границей от спавшегося легкого; спадение легкого к корню легкого; смещение средостения в противоположную сторону, опущение диафрагмы).

С16 ОПК-5.3.1. Больная И., 32 года, доставлена в стационар скорой помощью с жалобами на боли в грудной клетке при глубоком дыхании и кашле. Кашель со ржавой мокротой. Одышка в покое. Повышение температуры тела до 41°C, озноб. Объективно:

состояние тяжелое, сознание спутанное, цианоз губ, ЧДД 28 в мин, правая половина грудной клетки увеличена, отстаёт в акте дыхания. Ниже 5-го ребра справа притупление перкуторного звука, дыхание над местом притупления бронхиальное.

Вопросы:

1. О какой патологии органов дыхания идет речь? Обоснуйте ответ.
2. Как изменится голосовое дрожание и бронхофония справа?
3. Какие условия необходимы для возникновения патологического бронхиального дыхания?

Эталоны ответов:

1. Синдром воспалительный инфильтрации легкого (повышение температуры тела, кашель с ржавой мокротой, боль в грудной клетке, притупление перкуторного звука и бронхиальное дыхание над местом притупления)
2. Голосовое дрожание и бронхофония справа будут усилены, так как есть инфильтрация легочной ткани
3. Для возникновения патологического бронхиального дыхания необходима свободная проходимость бронха достаточного диаметра, уплотнения легочной ткани в этой зоне или наличие полости, сообщающейся с бронхом.

С17 ОПК-5.3.4. Больной Д., 58 лет, доставлен в приемное отделение больницы с жалобами на частое неритмичное сердцебиение, сопровождавшееся одышкой, общей слабостью, дискомфортом в области сердца, возникшее 2 часа назад во время работы на дачном участке. Анамнез: ощущение сердцебиения, чаще во время нагрузки, отмечает в течение последнего года. Данные эпизоды были кратковременными и проходили самостоятельно в состоянии покоя. Объективно: состояние средней степени тяжести, гиперстенический тип телосложения. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 19 в минуту. АД - 150/100 мм рт. ст. Пульс на лучевых артериях - частый, аритмичный, частота - 102 в 1 минуту. Дефицит пульса 10 в 1 мин. Тоны сердца на верхушке имеют непостоянную звучность, аритмичны, ЧСС - 112 в 1 минуту.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный синдром.
2. Составьте план дообследования больного для уточнения синдрома.

Эталоны ответов:

1. Синдром нарушения ритма по типу пароксизмальной формы фибрилляции предсердий (тахисистолический вариант).
2. План дообследования: ЭКГ, суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру, ОАК, ОАМ, глюкоза крови, липидограмма, коагулограмма, УЗИ сердца, консультация окулиста, консультация эндокринолога.

С18 ПК 1.1.4. Больная К., 52 лет предъявляет жалобы на учащенное сердцебиение, одышку при физической нагрузке, отеки на ногах. При осмотре выявлен симптом Мюссе, пульсация сонных артерий, симптом Квинке (капиллярный пульс). Аускультативно: I тон ослаблен на верхушке, ослабление II тона на аорте, протодиастолический шум с эпицентром в точке Боткина - Эрба.

Вопросы:

1. Какую клапанную патологию можно предположить у больной? Почему I тон на верхушке ослаблен? Кратко укажите механизм.
2. Укажите порядок выслушивания клапанов сердца. Перечислите дополнительные точки аускультации сердца и что над ними выслушивают.

3. Чем обусловлено образование физиологического III тона? У кого можно выслушать III тон в норме? При какой патологии выслушивается данный тон?

Эталоны ответов:

1. Недостаточность аортального клапана. Обусловлено более плавным нарастанием давления в левом желудочке во время систолы, а значит более плавным (следовательно, тихим) закрытием створок митрального клапана.

2. Сначала выслушивают митральный клапан у верхушки сердца (1 точка аускультации); затем трикуспидальный клапан у мечевидного отростка (2 точка аускультации); потом аортальный клапан во 2 межреберье справа от грудины (3 точка аускультации); потом клапан легочного ствола во втором межреберье слева у края грудины (4 точка аускультации); последняя точка аускультации – точка Боткина-Эрба, которая расположена в 3-4 межреберье у левого края грудины (5 точка аускультации) и используется для выслушивания протодиастолического шума при аортальной недостаточности.

Дополнительные точки:

- во III межреберье слева от грудины – для выслушивания аортального клапана;
- по верхнему краю 3-го ребра слева от грудины для выслушивания митрального клапана;
- на мечевидном отростке или под ним для аускультации трехстворчатого клапана;
- в IV межреберье по левой парастеральной линии для выслушивания хордальных шумов;
- в V межреберье по левой передней подмышечной линии (нулевая точка) – звуковая картина митрального стеноза;
- в межлопаточной области слева от позвоночника – систолический шум при коарктации аорты.
- в области яремной ямки – выслушивается систолический шум при сужении аортального отверстия.

3. III тон возникает при пассивном растяжении желудочков в момент их быстрого наполнения. В норме может выслушиваться у детей, подростков и худощавых молодых людей, также у людей без поражения сердца, без пороков, но с повышенным симпатическим тонусом и у женщин в 3 триместре беременности. В патологии может выслушиваться у больных с инфарктом миокарда, диффузным миокардитом, дилатационной кардиомиопатией.

C19 ПК-1.1.7. Больной Е., 29 лет, отмечает вздутие живота, неустойчивый стул – поносы (3-4 раза в день) чередуются запорами 1 раз в 2-3 дня). Постоянно беспокоят тянущие, ноющие боли в животе (больше в околопупочной области). В последние недели начала отмечать нарушение сна, снижение аппетита. Появление симптомов отмечает в течение последних 3-4 месяцев. Полгода назад лечилась по поводу двухсторонней пневмонии. Масса тела стабильна в течение последних 3-4 лет.

Вопросы:

1. Опишите план лабораторного обследования, чтобы подтвердить предполагаемые синдромы (какой метод – что ожидаете получить).
2. Опишите план инструментального обследования, чтобы подтвердить предполагаемые синдромы (какой метод – что ожидаете получить).

Эталоны ответов:

1. Лабораторные исследования: общий анализ крови, мочи; БАК — без отклонений от нормы. Копрологический анализ без существенных патологических признаков, довольно часто обнаруживается большое количество слизи. Исследование кала на дисбактериоз.

2. Инструментальное исследование: рентгенологическое исследование толстого кишечника — обнаруживаются признаки дискинезии, неравномерное заполнение и опорожнение, чередование спастически сокращенных и расширенных участков кишки. Ректороманоскопия и колоноскопия, как правило, не выявляют каких либо существенных патологических изменений, но часто обнаруживаются скопления слизи и склонность к спазмам кишечника. УЗИ органов брюшной полости – без существенных патологических изменений. ЭФГДС – без существенных патологических изменений.

Синдром раздраженного кишечника – это функциональное расстройство, синдром исключения, который мы можем выставить при исключении органической патологии при вышеперечисленных методах исследования.

С20 ОПК-1.2.4. Больной 48 лет, фермер, жалуется на приступы удушья по ночам. Вне приступов чувствует себя здоровым. Считает, что заболел год назад, когда впервые ночью внезапно испытал чувство нехватки воздуха. В дальнейшем приступы стали повторяться чаще. Обратил внимание, что приступы, бывают, когда спит на пуховой перине. При перемене места сна становится легче.

Из анамнеза жизни: рос и развивался нормально. Заболеваний в детстве не помнит. Травм, операций не было. С 28 лет занимается сельским хозяйством. Условия быта хорошие. Вредные привычки отрицает. Мать больного страдает бронхиальной астмой. Аллергологический анамнез: аллергия на мед, укусы пчел (зуд, ощущение жара, слабость, недомогание, чиханье, заложенность и обильное водянистое отделяемое из носа, затруднение дыхания, особенно при работе в поле).

Вопросы:

1. Какие данные анамнеза жизни могут помочь в выявлении синдрома?
2. Какие важные сведения аллергологического анамнеза, кроме приведенных в условии задачи, необходимо выяснить у больного?

Эталоны ответов:

1. Заболевание, предположительно, аллергической природы, так как у больного неблагоприятный аллергологический анамнез - больной отмечает появление симптомов заболевания при контакте с определенными агентами (мед, укусы пчел), отягощенная по аллергии наследственность – мать страдает бронхиальной астмой. А также, он может иметь вредные условия на своей основной работе (пыль и пыльца растений при работе в поле, контакт с удобрениями).

2. Сведения об аллергической реакции на лекарственные препараты.

С21 ПК- 1.2.5. Пациент на данный момент является пенсионером. Более 30 лет работал проходчиком в шахте.

Вопросы:

1. В какой раздел истории болезни необходимо внести информацию о работе - в «анамнез заболевания» или «анамнез жизни» и почему?
2. Может ли быть причиной заболевания предыдущая трудовая деятельность?
3. Почему детализация жалоб в разделе «анамнез заболевания» также важна, как и при сборе жалоб в разделе «жалобы».

Эталоны ответов:

1. Информация о бывшей работе должна быть внесена в раздел «анамнеза жизни». Если пациент обратился по поводу заболевания, напрямую связанного с его бывшей работой (хроническое обструктивное заболевание легких), то место его работы может быть указано и в анамнезе заболевания.

2. Предыдущая трудовая деятельность может играть основную роль в возникновении заболевания пациента. В данном случае подземный стаж это причина возникновения хронического обструктивного заболевания легких.

3. Анамнез заболевания — важная часть общения с пациентом. В ряде случаев анамнез заболевания становится важнее, чем жалобы на данный момент, т.к. в этом разделе представлена динамика проявлений заболевания во времени. Детализация жалоб нужна для получения полной информации о развитии болезни. Врач опрашивает пациента для получения следующей информации:

- когда началось заболевание;
- с каких симптомов началось заболевание;
- что, по мнению больного, спровоцировало это заболевание;
- какова была динамика симптомов (какие симптомы исчезали, какие появлялись, какие усиливались, какие ослабевали);
- какие обследования были проведены ранее (результаты обследования берутся из амбулаторной карты);
- какой диагноз был выставлен;
- какое лечение назначалось (названия препаратов и, если необходимо, их дозы);
- с каким эффектом;
- какова причина нынешнего обращения к врачу.

C22 ПК-1.2.6. Больная В., 46 лет длительное время отмечает повышение АД, максимальные цифры – 170/90 мм.рт.ст. Регулярно АД не контролирует, гипотензивную терапию принимает эпизодически. При обследовании во время обращения к терапевту по поводу повышения АД на ЭКГ выявлена экстрасистолическая аритмия.

Вопросы:

Какие Вы ожидаете получить данные при:

- Сборе жалоб;
- Осмотре;
- Перкуссии;
- Пальпации;
- Аускультации.

Эталоны ответов:

Экстрасистолическая аритмия – это нарушение в сердечном ритме, связанные с возникновением одиночного или парного преждевременного сокращения сердца, и вызываемое возбуждением в миокарде с последующей постэкстрасистолической паузой.

Жалобы: чувство перебоев в работе сердца, его замираний; ощущение удара сердца о грудную клетку; чувство комка или распирания в шее; тревога, нехватка воздуха; слабость, снижение работоспособности;

Осмотр: бледность с гиперемией лица, потливость, чувство жара.

Перкуссия: изменение границ относительной сердечной тупости будет зависеть от основного заболевания, в нашем случае, смещение левой границы относительной тупости влево.

Пальпация: при исследовании пульса экстрасистолическое сокращение сердца ощущается как пульсовая волна слабой силы. За этим сокращением возникает более сильное, которое воспринимается как удар высокой амплитуды. При наличии нескольких последовательных сокращений сердца может определяться брадиаритмия, так как экстрасистолические удары не ощущаются исследователем на периферии.

Аускультация: при аускультации выслушиваются все сокращения сердца (в том числе и преждевременное сокращение), при котором I тон усилен с последующей удлиненной (компенсаторной) паузой. Аритмия при аускультации сердца или при пальпации пульса, но выявление экстрасистолии аускультативно гораздо более надежный способ, чем палпаторная оценка пульса.

С23 ПК-1.2.8. В общем клиническом анализе крови больной М., 29 лет выявлено: эритроциты – $2,6 \cdot 10^{12}/л$, гемоглобин – 78 г/л, цветовой показатель – ???, лейкоциты – $4,2 \cdot 10^9/л$, эозинофилы – 1%, базофилы – 0%, палочкоядерные – 6%, сегментоядерные – 61%, лимфоциты – 24%, моноциты – 8%, ретикулоциты – 1,6%, тромбоциты – $190 \cdot 10^9/л$, СОЭ – 30 мм/час.

Вопросы:

1. Расчитайте цветовой показатель;
2. Интерпретируйте полученные данные;
3. Какой синдром можно предположить по анализу.
4. Укажите лабораторные и инструментальные методы, которые необходимы в такой ситуации.

Эталоны ответов:

1. ЦП равен $78 \cdot 3 / 260 = 0,9$.
2. Нормохромия
3. Можно предположить нормохромную, регенераторную анемию, средней степени тяжести.
4. Для диагностики причины анемии необходимо продолжить лабораторную диагностику: железо, ферритин, ОЖСС, трансферрин, ОАК в динамике, витамин В12 и фолиевую кислоту, билирубин крови и его фракции, гормоны ЩЖ- ТТГ, Т4св. Выполнить ЭФГДС, УЗИ ОБП и почек, щитовидной железы, органов малого таза (для женщин), колоноскопию.

С24 ПК-1.3.2. Больной М., 52 лет, жалуется на приступы сжимающих болей за грудиной с иррадиацией в левое плечо, возникающие при ходьбе на расстояние более 250 м и проходящие в покое, общую слабость, утомляемость, периодическую головную боль. Приступы сжимающих болей за грудиной при значительных нагрузках (быстрая ходьба на расстояния более 3 км) стали беспокоить около 5 лет назад, самостоятельно купировались в покое. Не обследовался и не лечился. Два месяца назад стали беспокоить нечастые перебои в работе сердца. Боли за грудиной стали возникать 3-5 раз в день при значительно меньших нагрузках, чем ранее. Госпитализирован после очередного болевого эпизода, сопровождавшегося развитием общей слабости. Аллергологический анамнез без особенностей. Наследственность: мать умерла от рака желудка в возрасте 72 лет. Вредные привычки: курит 10 сигарет в сутки на протяжении 28 лет.

Вопросы:

1. Перечислите «ведущие» (главные) и второстепенные жалобы.
2. Перечислите основные этапы анамнеза заболевания в правильной очередности.
3. Что входит в раздел «вредные привычки»? Почему эта информация в ряде случаев имеет большое значение?
- 4.

Эталоны ответов:

1. Главная жалоба - сжимающие боли за грудиной с иррадиацией в левое плечо, возникающие при ходьбе на расстояние более 250 м и проходящие в покое; перебои в работе сердца. Второстепенные - общая слабость, утомляемость, периодическая головная боль.

2. Впервые боли за грудиной появились 5 лет назад при значительной нагрузке, однако пациент не обратился за медицинской помощью. Два месяца назад присоединились перебои в работе сердца, пациент вновь не обратился в больницу. В итоге, у пациента резко снизилась переносимость физических нагрузок, боли за грудиной стали возникать чаще, при значительно меньшей активности. Госпитализирован в отделение на фоне очередного болевого приступа.

3. Информация о вредных привычках входит в раздел анамнеза жизни. У пациента следует уточнить сведения о курении - с какого возраста, в каком количестве (пачки/лет); употребление алкоголя, с какого возраста, в каком количестве; употребление наркотиков.

Табакокурение – это один из ведущих предотвратимых факторов риска, обуславливающих 87% смертности населения в России. Курение – вторая, после повышенного систолического АД (САД), причина преждевременной смертности и инвалидности во всем мире. Ожидаемая продолжительность жизни курильщиков на 20 лет меньше, чем у некурящих. Пассивное курение, а также использование бездымных табачных систем также связано с повышенным риском сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). Взаимосвязь курения и ССЗ обусловлена развитием окислительного стресса, воспаления, эндотелиальной дисфункции, тромбоза и гиперлипидемии, способствующих повышению жесткости артериальной стенки и образованию атеросклеротических бляшек. Курение табака может способствовать раннему развитию атеросклероза у молодых людей, повышенному риску острого ИМ, инсульта, аневризмы аорты и внезапной смерти.

С25 ПК-1.3.3. Мужчина 50 лет обратился с жалобами на постоянные боли в эпигастрии, усиливающиеся после приема пищи, тошноту, вздутие живота, похудание на 5 кг, общую слабость, быструю утомляемость. Боли в эпигастрии беспокоят в течение 3 месяцев, резко усиливаются после еды, что послужило причиной отказа от приема пищи на высоте боли и прогрессирующего похудания. Дополнительно установлено, что в течение 12 лет принимает алкоголь практически ежедневно в количестве 200 - 250 мл крепких спиртных напитков, выкуривает 1 - 2 пачки сигарет в сутки.

Вопросы:

1. Какие жалобы в данном случае являются «ведущими» (главными), а какие – второстепенными? Что нужно еще уточнить для детализации жалоб?

2. Какие данные в условии относятся к анамнезу заболевания?

3. Какие данные необходимо уточнить для раздела анамнез жизни, кроме «вредных привычек»? Почему эта информация в ряде случаев имеет большое значение?

Эталоны ответов:

1. Главные жалобы – это основные жалобы, которые беспокоят пациента и по поводу которых он прежде всего обратился за медицинской помощью. В данном случае это - постоянные боли в эпигастрии, усиливающиеся после приема пищи, тошнота, вздутие живота, похудание на 5 кг. Второстепенные - общая слабость, быстрая утомляемость. Нужно уточнить интенсивность боли, какая именно пища вызывает появление боли, через какое время после приема пищи появляется боль, есть ли иррадиация у боли, как долго она длится, что может купировать эту боль? Тошнота, вздутие живота всегда ли сопровождают эту боль? С приемом какой пищи связывает пациент появление этих симптомов.

2. Анамнез заболевания: «боли в эпигастрии беспокоят в течение 3 месяцев, резко усиливаются после еды, что послужило причиной отказа от приема пищи на высоте боли и прогрессирующего похудения». В данном случае, возможно, и прием алкоголя, может быть одним из основных факторов, которые необходимо указать в анамнезе заболевания. Для этого нужно проследить связь жалоб с приемом алкоголя.

3. В анамнезе жизни нужно уточнить наследственный анамнез, непереносимость лекарственных препаратов и тип аллергической реакции, если таковая была. Аллергологический анамнез; перенесенные заболевания, операции, все хронические заболевания, которые есть у больного.

С26 ПК-1.3.4. Больная жалуется на повышение температуры до 40°C, озноб, тяжесть в правой половине грудной клетки, одышку. При топографической перкуссии нижняя граница правого легкого проходит по линии Эллиса-Дамуазо-Соколова. Ниже линии дыхание не выслушивается.

Вопросы:

1. О каком патологическом состоянии (синдроме) идет речь? Обоснуйте ответ.
2. Что выслушает врач выше линии Эллиса-Дамуазо-Соколова? Почему?
3. Что такое треугольник Гарленда, чем он образован?

Эталоны ответов:

1. Экссудативный плеврит (воспалительная жидкость в плевральной полости). Об этом свидетельствует наличие повышенной температуры тела, озноб, тяжесть в правой половине грудной клетки, одышка, характерна линия при топографической перкуссии, отсутствие дыхания ниже этой линии.

2. В зоне компрессионного ателектаза выслушивается бронхиальное дыхание (легочная ткань уплотнена, бронхиальная проходимость сохранена, если жидкость не сдавливает бронхи).

3. Треугольник Гарленда - пространство, которое соответствует поджатою экссудатом легкому. Расположен между позвоночником и восходящей частью линии Дамуазо. Образуется при наличии 1,5 и более литров жидкости в плевральной полости.

С27 ПК-1.3.5. Больная О., 32 года поступила в отделение с жалобами на повышение температуры до 39,5°, одышку смешанного характера, кашель с мокротой «ржавого» цвета, боль в грудной клетке при дыхании в правой половине грудной клетки, выраженную общую слабость. Заболела около недели назад. Связывает с переохлаждением («сидела под кондиционером»). При объективном осмотре ЧД = 25 в мин, отставание в акте дыхания правой половины грудной клетки, усиление голосового дрожания там же, перкуторно легочной звук, справа в передненижних и боковых отделах ниже 4 ребра тупой звук, аускультативно слева везикулярное дыхание, справа жесткое везикулярное, участки бронхиального дыхания по передней и средней подмышечной линии, влажные среднепузырчатые хрипы.

Вопросы:

1. Какие Вы ожидаете получить данные при:
 - Сборе жалоб;
 - Осмотре;
 - Перкуссии;
 - Пальпации;
 - Аускультации;
2. Какие инструментальные методы исследования необходимо провести и какие Вы ожидаете получить изменения? Лабораторные изменения?

Эталоны ответов:

1. При проведении физикального исследования можно получить следующие данные:

- жалобы на одышку, чаще инспираторного характера; кашель; может быть боль в грудной клетке при присоединении плеврита.
- осмотр: при долевого пневмонии пораженная сторона увеличена, межреберья сглажены.
- перкуссия: тупой перкуторного звука в месте уплотнения легкого во вторую стадию крупозной пневмонии, притупленно-тимпанический звук в начальной и конечной стадии уплотнения (пневмония 1 и 3 стадия).
- пальпация: при сохраненной проходимости бронхов голосовое дрожание усилено.
- аускультативно ослабленное везикулярное дыхание в 1 и 3 стадию крупозной пневмонии и крепитация; дыхание бронхиальное во 2 стадию с влажными мелкопузырчатыми звучными хрипами. Бронхофония усилена.

2. Рентгеновское исследование грудной клетки или компьютерная томография («затемнение» зоны уплотнения легочной ткани).

Лабораторно – признаки воспаления в ОАК - повышение СОЭ, лейкоцитоз, повышение палочкоядерных клеток, умеренный сдвиг влево при бактериальном воспалении.