

Документ подписан простой электронной подписью  
Информация о владельце:  
ФИО: Игнатенко Григорий Анатольевич  
Должность: Ректор  
Дата подписания: 25.03.2025 12:06:30  
Уникальный программный ключ:  
c255aa436a6dccbd528274f148f80fe5b9ab4264

**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

31.05.03 Стоматология

Донецк 2024

**ЛИСТ АКТУАЛИЗАЦИИ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДИСЦИПЛИНЫ**

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

**Паспорт фонда оценочных средств по дисциплине**

**ПРОПЕДЕВТИКА ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ**

Код и наименование компетенции	Код контролируемого индикатора достижения компетенции	Задания	
		Тестовые задания	Ситуационные задания
<b>Общепрофессиональные компетенции (ОПК)</b>			
<b>ОПК 1</b> Способен реализовать моральные и правовые нормы, этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности	<b>ОПК-1.1.1.</b> Знает основы медицинской этики и деонтологии.	<b>T1</b> ОПК-1.1.1. <b>T2</b> ОПК-1.1.1.	<b>C1</b> ОПК-1.1.1.
	<b>ОПК-1.2.1.</b> Умеет применять этические нормы и принципы поведения медицинского работника при выполнении своих профессиональных обязанностей.	<b>T3</b> ОПК-1.2.1. <b>T4</b> ОПК-1.2.1.	<b>C2</b> ОПК-1.2.1.
	<b>ОПК-1.3.2.</b> 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).	<b>T5</b> ОПК-1.3.2. <b>T6</b> ОПК-1.3.2.	<b>C3</b> ОПК-1.3.2.
<b>ОПК-5.</b> Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза при решении профессиональных задач. Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза при решении	<b>ОПК-5.1.2.</b> Знает методику сбора анамнеза жизни и заболеваний, жалоб у детей и взрослых (их законных представителей); методику осмотра и физикального обследования; методы лабораторных и инструментальных исследований для оценки состояния здоровья, медицинские показания к проведению исследований, правила интерпретации их результатов.	<b>T7</b> ОПК-5.1.2. <b>T8</b> ОПК-5.1.2.	<b>C4</b> ОПК-5.1.2.

профессиональных задач.			
	<b>ОПК-5.2.1.</b> Умеет осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания у детей и взрослых (их законных представителей), выявлять факторы риска и причин развития заболеваний; применять методы осмотра и физикального обследования детей и взрослых; проводить онкоскрининг.	<b>T9</b> ОПК-5.2.1. <b>T10</b> ОПК-5.2.1.	<b>C5</b> ОПК-5.2.1.
	<b>ОПК-5.2.2.</b> Умеет интерпретировать результаты осмотра и физикального обследования детей и взрослых; формулировать предварительный диагноз, составлять план проведения лабораторных, инструментальных и дополнительных исследований у детей и взрослых в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи.	<b>T11</b> ОПК-5.2.2. <b>T12</b> ОПК-5.2.2.	<b>C6</b> ОПК-5.2.2.
	<b>ОПК-5.3.1.</b> Владеет практическим опытом сбора жалоб, анамнеза жизни и заболевания у детей и взрослых, (их законных представителей), выявления факторов риска и причин развития заболеваний; осмотра и физикального обследования детей и взрослых; диагностики наиболее распространенных заболеваний у детей и взрослых; выявления факторов риска основных онкологических заболеваний	<b>T13</b> ОПК-5.3.1. <b>T14</b> ОПК-5.3.1.	<b>C7</b> ОПК-5.3.1.
	<b>ОПК-5.3.2.</b> Владеет практическим опытом формулирования предварительного диагноза, составления плана проведения инструментальных, лабораторных, дополнительных исследований, консультаций врачей-специалистов; направления пациентов на инструментальные, лабораторные, дополнительные исследования, консультации врачей-специалистов в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи; интерпретации	<b>T15</b> ОПК-5.3.2. <b>T16</b> ОПК-5.3.2.	<b>C8</b> ОПК-5.3.2.

	данных дополнительных (лабораторных и инструментальных) обследований пациентов; постановки предварительного диагноза в соответствии с международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ).		
<b>ОПК-9</b> Способен оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека для решения профессиональных задач.	<b>ОПК-9.2.1.</b> Умеет оценить основные морфофункциональные данные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека	<b>T17</b> ОПК-9.2.1. <b>T18</b> ОПК-9.2.1.	<b>C9</b> ОПК-9.2.1.
	<b>ОПК-9.3.1.</b> Владеет практическим опытом оценки основных морфофункциональных данных, физиологических состояний и патологических процессов в организме человека при решении профессиональных задач.	<b>T19</b> ОПК-9.3.1. <b>T20</b> ОПК-9.3.1.	<b>C10</b> ОПК-9.3.1.
<b>Профессиональных компетенций (ПК)</b>			
<b>ПК 2</b> Способен к проведению диагностики у детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями, установлению диагноза путем сбора и анализа жалоб, данных анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных и	<b>ПК-1.1.3.</b> Знает методы клинического обследования пациентов с заболеваниями челюстно-лицевой области, принципы постановки клинического диагноза;	<b>T21</b> ПК-1.1.3. <b>T22</b> ПК-1.1.3.	<b>C11</b> ПК-1.1.3.

<p>иных исследований с целью установления факта наличия или отсутствия стоматологического заболевания и неотложных состояний в соответствии с Международной статистической классификацией болезней.</p>			
	<p><b>ПК-1.2.1.</b> Умеет интерпретировать результаты сбора жалоб и анамнеза, определять объем основных и дополнительных методов исследования, формулировать предварительный диагноз.</p>	<p><b>T23</b> ПК-1.2.1. <b>T24</b> ПК-1.2.1.</p>	<p><b>C12</b> ПК-1.2.1.</p>
	<p><b>ПК-1.3.1.</b> Владеет практическим опытом опроса и клинического осмотра пациентов, интерпретации данных клинических и дополнительных исследований.</p>	<p><b>T25</b> ПК-1.3.1. <b>T26</b> ПК-1.3.1.</p>	<p><b>C13</b> ПК-1.3.1.</p>

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-5.1.2. РАЗДЕЛ «АНАМНЕЗ ЖИЗНИ» ВКЛЮЧАЕТ**

- А. \*Вредные привычки
- Б. Детализацию жалоб

- В. Причины нынешнего обращения к врачу
- Г. Время первого обращения к врачу

**T8 ОПК-5.1.2.** 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

**T9 ОПК-5.2.1.** БОЛЬ ПРИ ПОРАЖЕНИИ ЛЕГКИХ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- А. \*Спонтанного пневмоторакса
- Б. Эмфиземы легких
- В. Истинной кисты легких
- Г. Пневмосклероза

**T10 ОПК-5.2.1.** РАЗДЕЛ «АНАМНЕЗ ЖИЗНИ» ВКЛЮЧАЕТ

- А. \*Аллергологический анамнез
- Б. Домашний адрес больного
- В. Дату поступления в клинику
- Г. Детализацию жалоб

**T11 ОПК-5.2.2.** ПОДАГРИЧЕСКИЕ ТОФУСЫ ПРЕДСТАВЛЯЮТ СОБОЙ

- А. \*Узелки содержащие ураты
- Б. Твердые узелки, формирующиеся за счет остеофитов
- В. Плотные округлые соединительно-тканые образования
- Г. Скопление жидкости в подколенной бурсе

**T12 ОПК-5.2.2.** ВЕРХУШЕЧНЫЙ ТОЛЧОК СТАНОВИТСЯ РАЗЛИТЫМ (БОЛЕЕ 2 СМ В ДИАМЕТРЕ) ПРИ

- А. \*Увеличении левого желудочка
- Б. Отечности подкожной клетчатки
- В. Ожирении
- Г. Эмфиземе легких

**T13 ОПК-5.3.1.** ИНТЕНСИВНАЯ БОЛЬ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ, УСИЛИВАЮЩАЯСЯ ПРИ ВДОХЕ, КАШЛЕ, ЧИХАНИИ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ

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

**T14 ОПК-5.3.1.** ЧУВСТВО ПЕРИОДИЧЕСКОГО «ЗАМИРАНИЯ» ИЛИ «ОСТАНОВКИ» СЕРДЦА С ПОСЛЕДУЮЩИМ СИЛЬНЫМ ТОЛЧКОМ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

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

**T15 ОПК-5.3.2. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ НАИЛУЧШИМ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ СИНДРОМА**

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

**T16 ОПК-5.3.2. ПОВЫШЕННЫЙ АППЕТИТ, ПОТЛИВОСТЬ, ПОТЕРЯ ВЕСА ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ**

- А. \*Гипертиреоза
- Б. Гипогликемии
- В. Гипергликемии
- Г. Гипотиреоза

**T17 ОПК-9.2.1. ПЕРКУТОРНАЯ ГРАНИЦА НИЖНЕГО КРАЯ ЛЕГКОГО НИЖЕ НОРМЫ С ДВУХ СТОРОН ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРИ**

- А. \*Выраженной эмфиземе легких
- Б. Выраженной гепатоспленомегалии
- В. Двухстороннем гидротораксе
- Г. Двухсторонней релаксации диафрагмы

**T18 ОПК-9.2.1. ВЕРХУШЕЧНЫЙ ТОЛЧОК МОЖЕТ НЕ ОПРЕДЕЛЯТЬСЯ ПРИ**

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

**T19 ОПК-5.3.1. СИМПТОМОМ ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ГИПОТИРЕОЗА ЯВЛЯЕТСЯ**

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

**T20 ОПК-5.3.1. ВЫРАЖЕННАЯ ГИПОГЛИКЕМИЯ ПРОЯВЛЯЕТСЯ**

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

**T21 ПК-1.1.3. ПОВЕРХНОСТНАЯ ПАЛЬПАЦИЯ ЖИВОТА ПОЗВОЛЯЕТ ОПРЕДЕЛИТЬ**

- А. \*Болезненность брюшной стенки
- Б. Размеры и плотность печени
- В. Размеры и плотность селезенки
- Г. Подвижность сигмовидной кишки

**T22 ПК-1.1.3. ОПРЕДЕЛЕНИЕ АБСОЛЮТНОЙ ТУПОСТИ СЕРДЦА ПРЕДПОЛАГАЕТ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ \_\_\_\_\_ ПЕРКУССИИ**

- А. \*Тихой
- Б. Средней
- В. Громкой

Г. Очень громкой

**T23 ПК-1.2.1. СПАСТИЧЕСКИЕ БОЛИ В ЖИВОТЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ**

- А. \*Калькулезного холецистита
- Б. Метеоризма
- В. Прободения язвы желудка
- Г. Тромбоза мезентериальных сосудов

**T24 ПК-1.2.1. КРОВОХАРКАНИЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ СТЕНОЗА \_\_\_\_\_ КЛАПАНА**

- А. \*Митрального
- Б. Пульмонального
- В. Аортального
- Г. Трикуспидального

**T25 ПК-1.3.1. ОДЫШКА С УДЛИНЁННЫМ ВЫДОХОМ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ**

- А. \*Хронического обструктивного бронхита
- Б. Крупозной пневмонии
- В. Экссудативного плеврита
- Г. Адгезивного плеврита

**T26 ПК-1.3.1. ПРИ ОСМОТРЕ БОЛЬНОГО С ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ ОТМЕЧАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В РОТОВОЙ ПОЛОСТИ**

- А. \*Листовидные сосочки языка контурированы и гиперемированы
- Б. Географический язык
- В. Атрофированный сосочковый слой языка
- Г. Нитевидные сосочки языка контурированы и гиперемированы

**Во всех тестовых заданиях правильный ответ отмечен звездочкой (\*)**

**Ситуационные задания**

**С1 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 нагрубилась, 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. О голодании в течение 2 дней должен был предупредить и врач, и медсестра.

**С2 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.

**С1 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. О голодании в течение 2 дней должен был предупредить и врач, и медсестра.

**С2 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 5.1.2.** 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.

**С5 ОПК- 5.2.1.** 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?

#### **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.

**С6 ОПК-5.2.2.** Больная М., 67 лет. Жалобы на прогрессирующую слабость, сонливость, снижение температуры тела (обычно 35,2 – 35,7°C), сухость кожи. В последние полгода появилась аритмия с частотой ритма 50-55 в минуту, повышение АД до 170/100 мм

рт.ст. Объективно: параорбитальная отечность, язык с отпечатками зубов, неправильный ритм сердца с частотой 52-58 в минуту, выраженная сухость кожи. Периферический отеков нет.

#### **Вопросы:**

1. Укажите синдромы, которые можно выделить по этой клинической картине (отдельно выделите ведущий синдром).
2. Укажите наиболее важный метод инструментальной диагностики для выявления основного синдрома.
3. Укажите наиболее важный метод лабораторной диагностики для выявления основного синдрома.

#### **Эталоны ответов:**

1. Гипотиреоз (основной синдром). Другие синдромы: 2) гипотермия; 3) нарушение ритма сердца (брадикардия); 4) артериальная гипертензия; 5) отечный синдром.
2. УЗИ щитовидной железы.
3. Гормоны щитовидной железы (ТТГ, свободные Т4 и Т3).

**С7 ОПК-5.3.1.** 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?
- 4.

#### **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 похудания». 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.

**С8 ОПК-5.3.2.** 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 какой патологии (синдроме) идет речь? Обоснуйте ответ.
2. Что выслушает врач выше линии Эллиса-Дамуазо-Соколова? Почему?
3. Что такое треугольник Гарленда, чем он образован?
- 4.

**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 поджатому экссудатом легкому. Расположен между позвоночником и восходящей частью линии Дамуазо. Образуется при наличии 1,5 и более литров жидкости в плевральной полости.

**С9 ОПК 9.2.1** 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?

**Эталоны ответов:**

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.

**С10 ОПК-9.3.1.** 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.

**С11 ПК-1.1.3.** Пациентка Я., 35 лет предъявляет жалобы на слабость около 5 лет, к врачу не обращалась. Анамнез: гиперполименоррея с 15 лет. Объективно: кожные покровы бледные, сухие. Ногти с поперечной исчерченностью, расслаиваются. ЧСС – 98 удара в минуту. АД - 100/70 мм рт. ст. На верхушке выслушивается систолический шум.

### 1. Вопросы:

2. Какую патологию можно предположить у этого пациента (назовите синдром)? Обоснуйте свой ответ.
3. Опишите симптомы, которые можно получить при осмотре полости рта пациентки.
4. Укажите предполагаемые конкретные значения для следующих показателей общего анализа крови: гемоглобин, эритроциты, цветовой показатель, тромбоциты, лейкоциты (с лейкоцитарной формулой), СОЭ, гематокрит, ретикулоциты.

### Эталоны ответов:

1. Хроническая железодефицитная анемия (постгеморрагическая) (жалобы на слабость, гиперполименоррея в анамнезе, бледные и сухие кожные покровы, ногти с поперечной исчерченностью, тахикардия, систолический шум на верхушке)
2. Трофические изменения, связанные с дефицитом железа - изменения зубов: потеря естественного блеска эмали, хрупкость, повышенная стертость зубов, кариес; жжение и боль в языке, слизистой рта, сухость во рту. Язык увеличен в размерах, сосочки резко атрофированы, спинка языка ярко-красная, трещины в углах рта, извращение вкуса. Нередко можно увидеть “заеды” и трещины в углах рта.
3. Эритроциты, гемоглобин – снижены, цветовой показатель – менее 0,86, ретикулоциты - более 2%, лейкоцитарная формула – без особенностей; СОЭ – более 15 мм/час, тромбоциты – норма.

**С12 ПК-1.2.1.** Больная Л., 38 лет, поступила с жалобами на одышку при малейшей физической нагрузке, отеки голеней, стоп, тяжесть в правом подреберье, увеличение в объеме живота. В детстве – частые ангины, в 12 лет диагностирован митральный порок сердца. С 16 лет беспокоит одышка, с 32 лет – появились отеки ног к вечеру, тяжесть в правом подреберье. Неоднократно лечилась в стационаре. В течение последних 4 месяцев отмечает усиление одышки, отеков, появление болей тупого характера в правом подреберье, увеличение в объеме живота. При осмотре: состояние тяжелое. Положение ортопноэ. Акроцианоз, митральный румянец, набухание и пульсация вен шеи, отеки стоп, голеней. ЧДД – 26 в мин. В нижних отделах легких выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы. При аускультации сердца – на верхушке I тон громкий, хлопающий, выслушивается тон открытия митрального клапана с последующим диастолическим шумом, акцент II тона на легочной артерии, систолический шум у основания мечевидного отростка, усиливающийся на вдохе (симптом Риверо-Корвалло). Живот увеличен в объеме, определяются увеличенная печень, асцит.

### Вопросы:

1. Какие синдромы можно выделить у больной?
2. Какие изменения в полости рта можно обнаружить у пациентки?

### Эталоны ответов:

1. У пациентки тотальная сердечная недостаточность, ХСН 2Б стадии по Василенко-Стражеско. Синдром левожелудочковой недостаточности (одышка, ортопноэ, влажные хрипы в легких). Синдром правожелудочковой недостаточности (акроцианоз, набухание и пульсация вен шеи, отеки, гепатомегалия, асцит).
2. В полости рта у больных с хронической сердечной недостаточностью можно выявить признаки нарушения микроциркуляции: слизистая оболочка полости рта и красной каймы губ отечна, цианотична. Отмечается сухость и жжение в полости рта, а нередко и боли при еде. Слизистая оболочка легко ранима, часто даже при незначительных повреждениях присоединяется вторичная инфекция, что приводит к образованию длительно не заживающих трофических язв; появляется неприятный запах изо рта.

**С13 ПК-1.3.1.** 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?

### 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 долевой 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).