

Документ подписан простой электронной подписью  
Информация о владельце:  
ФИО: Игнатенко Григорий Анатольевич  
Должность: Ректор  
Дата подписания: 25.03.2025 12:05:22  
Уникальный программный ключ:  
c255aa436a6dccbd528274f148f86fe509ab4264

**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

31.05.01 Лечебное дело

**ЛИСТ АКТУАЛИЗАЦИИ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДИСЦИПЛИНЫ**

	<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 4</b> Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза.	<b>ОПК-4.1.2.</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-4.1.2. <b>T8</b> ОПК-4.1.2.	<b>C4</b> ОПК-4.1.2.

	<b>ОПК-4.2.1.</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-4.2.1. <b>T10</b> ОПК-4.2.1.	<b>C5</b> ОПК-4.2.1.
	<b>ОПК-4.2.2.</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; применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской.	<b>T11</b> ОПК-4.2.2. <b>T12</b> ОПК-4.2.2.	<b>C6</b> ОПК-4.2.2.
	<b>ОПК-4.3.1.</b> Владеет навыком: 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-4.3.1. <b>T14</b> ОПК-4.3.1.	<b>C7</b> ОПК-4.3.1.
<b>ОПК-5.</b> Способен оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека для решения профессиональных задач.	<b>ОПК-5.1.1.</b> Знает общебиологические закономерности, основы наследственности и изменчивости, анатомию, гистологию, эмбриологию, топографическую анатомию, физиологию, патологическую анатомию и физиологию органов и систем человека.	<b>T15</b> ОПК-5.1.1. <b>T16</b> ОПК-5.1.1.	<b>C8</b> ОПК-5.1.1.

	<b>ОПК-5.2.1.</b> Умеет оценить основные морфофункциональные данные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека.	<b>T17</b> ОПК-5.2.1. <b>T18</b> ОПК-5.2.1.	<b>C9</b> ОПК-5.2.1.
	<b>ОПК-5.3.1.</b> Владеет навыком оценивания основных морфофункциональных данных, физиологических состояний и патологических процессов в организме человека при решении профессиональных задач.	<b>T19</b> ОПК-5.3.1. <b>T20</b> ОПК-5.3.1.	<b>C10</b> ОПК-5.3.1.
<b>Профессиональных компетенций (ПК)</b>			
<b>ПК 2</b> Способен проводить обследование пациента при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи	<b>ПК-2.1.6.</b> Знает методы лабораторных и инструментальных исследований для оценки состояния здоровья, медицинские показания к проведению исследований, правила интерпретации их результатов.	<b>T21</b> ПК-2.1.6. <b>T22</b> ПК-2.1.6.	<b>C11</b> ПК-2.1.6.
	<b>ПК-2.1.8.</b> Знает методику сбора жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента.	<b>T23</b> ПК-2.1.8. <b>T24</b> ПК-2.1.8.	<b>C12</b> ПК-2.1.8.
	<b>ПК-2.1.9.</b> Знает методику полного физикального исследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) и МКБ.	<b>T25</b> ПК-2.1.9. <b>T26</b> ПК-2.1.9.	<b>C13</b> ПК-2.1.9.
	<b>ПК-2.2.1.</b> Умеет осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента и анализировать полученную информацию.	<b>T27</b> ПК-2.2.1. <b>T28</b> ПК-2.2.1.	<b>C14</b> ПК-2.2.1.

	<b>ПК-2.2.2.</b> Умеет проводить полное физикальное обследование пациента (осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию) и интерпретировать его результаты.	<b>T29</b> ПК-2.2.2. <b>T30</b> ПК-2.2.2.	<b>C15</b> ПК-2.2.2.
	<b>ПК-2.2.6.</b> Умеет анализировать полученные результаты обследования пациента, при необходимости обосновывать и планировать объем дополнительных исследований.	<b>T31</b> ПК-2.2.6. <b>T32</b> ПК-2.2.6.	<b>C16</b> ПК-2.2.6.
	<b>ПК-2.2.7.</b> Умеет интерпретировать результаты сбора информации о заболевании пациента.	<b>T33</b> ПК-2.2.7. <b>T34</b> ПК-2.2.7.	<b>C17</b> ПК-2.2.7.
	<b>ПК-2.2.8.</b> Умеет интерпретировать данные, полученные при лабораторном обследовании пациента.	<b>T35</b> ПК-2.2.8. <b>T36</b> ПК-2.2.8.	<b>C18</b> ПК-2.2.8.
	<b>ПК-2.2.9.</b> Умеет интерпретировать данные, полученные при инструментальном обследовании пациента.	<b>T37</b> ПК-2.2.9. <b>T38</b> ПК-2.2.9.	<b>C19</b> ПК-2.2.9.
	<b>ПК-2.3.1.</b> Владеет навыком сбора жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента.	<b>T39</b> ПК-2.3.1. <b>T40</b> ПК-2.3.1.	<b>C20</b> ПК-2.3.1.
	<b>ПК-2.3.2.</b> Владеет навыком проведения полного физикального обследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация).	<b>T41</b> ПК-2.3.2. <b>T42</b> ПК-2.3.2.	<b>C21</b> ПК-2.3.2.
	<b>ПК-2.3.3.</b> Владеет навыком формулирования предварительного диагноза и составление плана лабораторных и инструментальных обследований пациента.	<b>T43</b> ПК-2.3.3. <b>T44</b> ПК-2.3.3.	<b>C22</b> ПК-2.3.3.

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-4.1.2. ТЕМПЕРАТУРУ В ПОДМЫШЕЧНОЙ ВПАДИНЕ ИЗМЕРЯЮТ**

- А. \*5-10 минут

- Б. 20 минут
- В. 1-2 минуты
- Г. 15 минут

**T8 ОПК-4.1.2.** 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-4.2.1.** СИСТОЛИЧЕСКИМ ДАВЛЕНИЕМ НАЗЫВАЕТСЯ

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

**T10 ОПК-4.2.1.** 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 4.2.2.** 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 4.2.2.** 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.** КРАСНЫЙ ЭЛЕКТРОД ПРИ РЕГИСТРАЦИИ ЭКГ РАСПОЛОЖЕН НА

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

**T14 ОПК-4.3.1.** ДЛЯ РЕГИСТРАЦИИ ОТВЕДЕНИЯ AVR ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ЭЛЕКТРОД



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

**T15 ОПК-5.1.1. ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ Ш ТОН ЛУЧШЕ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ НА**

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

**T16 ОПК-5.1.1. К ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИВОДИТ**

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

**T17 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

**T18 ОПК-5.2.1. 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. СИМПТОМ ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ ГИПОТИРЕОЗА**

- 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- 2.1.6. АБСЦЕСС ПОЧКИ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫЯВЛЕН ПРИ ПОМОЩИ**

- А. \*Ультразвукового исследования почек
- Б. Ренографии
- В. Определения клиренса креатинина
- Г. Пробы Нечипоренко

**T22 ПК-2.1.6. СПИРОГРАФИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПОЗВОЛЯЕТ ОЦЕНИТЬ ВЫРАЖЕННОСТЬ**

- А. \*Бронхиальной обструкции
- Б. Пневмоторакса

- В. Гидроторакса
- Г. Недостаточности внешнего дыхания

**T23 ПК-2.1.8. РАЗДЕЛ «АНАМНЕЗ ЖИЗНИ» ВКЛЮЧАЕТ**

- А. \*Вредные привычки
- Б. Детализацию жалоб
- В. Причины нынешнего обращения к врачу
- Г. Время первого обращения к врачу

**T24 ПК-2.1.8. К ПАСПОРТНОЙ ЧАСТИ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ СТАЦИОНАРНОГО БОЛЬНОГО ОТНОСИТСЯ**

- А. \*Место жительства
- Б. С чем связано заболевание
- В. Условия проживания
- Г. Аллергические реакции

**T25 ПК-2.1.9. 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

**T26 ПК-2.1.9. ОПРЕДЕЛЕНИЕ АБСОЛЮТНОЙ ТУПОСТИ СЕРДЦА ПРЕДПОЛАГАЕТ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ \_\_\_\_\_ ПЕРКУССИИ**

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

**T27 ПК-2.2.1. ГОРЕЧЬ ВО РТУ, ЧУВСТВО ТЯЖЕСТИ В ПРАВОМ ПОДРЕБЕРЬЕ ХАРАКТЕРНЫЕ СИМПТОМЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

- А. \*Печени
- Б. Желудка
- В. Кишечника
- Г. Поджелудочной железы

**T28 ПК-2.2.1. БОЛЬ ПРИ ПОРАЖЕНИИ ЛЕГКИХ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ**

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

**T29 ПК-2.2.2. УЗЕЛКИ ГЕБЕРДЕНА ЛОКАЛИЗУЮТСЯ В ОБЛАСТИ \_\_\_\_\_ СУСТАВОВ**

- А. \*Дистальных межфаланговых
- Б. Лучезапястных
- В. Проксимальных межфаланговых
- Г. Плюснефаланговых

**Т30 ПК-2.2.2. ВЕРХУШЕЧНЫЙ ТОЛЧОК МОЖЕТ ИСЧЕЗНУТЬ ПРИ**

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

**Т31 ПК-2.2.6. 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

**Т32 ПК-2.2.6. ВЕРХУШЕЧНЫЙ ТОЛЧОК СТАНОВИТСЯ РАЗЛИТЫМ (БОЛЕЕ 2 СМ В ДИАМЕТРЕ) ПРИ**

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

**Т33 ПК-2.2.7. ПРИ ФИБРИНОЗНОМ (СУХОМ) ПЛЕВРИТЕ БОЛЬ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ ОБЫЧНО ПЕРИОДИЧЕСКАЯ, НО УСИЛИВАЕТСЯ ПРИ**

- А. \*Кашле
- Б. Физической нагрузке
- В. Наклоне вперед
- Г. После еды

**Т34 ПК-2.2.7. ОДЫШКА С УДЛИНЁННЫМ ВЫДОХОМ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ**

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

**Т35 ПК-2.2.8. ЛАБОРАТОРНЫМИ ПРИЗНАКАМИ МАЛЬАБСОРБЦИИ ЯВЛЯЮТСЯ**

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

**Т36 ПК-2.2.8. 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

**Т37 ПК-2.2.9. 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

**Т38 ПК-2.2.9.** ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ФЕОХРОМАЦИТОМЫ НУЖНО ПРОВЕСТИ СОНОГРАФИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

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

**Т39 ПК-2.3.1.** ИНТЕНСИВНАЯ БОЛЬ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ, УСИЛИВАЮЩАЯСЯ ПРИ ВДОХЕ, КАШЛЕ, ЧИХАНИИ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ

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

**Т40 ПК-2.3.1.** ЧУВСТВО ПЕРИОДИЧЕСКОГО «ЗАМИРАНИЯ» ИЛИ «ОСТАНОВКИ» СЕРДЦА С ПОСЛЕДУЮЩИМ СИЛЬНЫМ ТОЛЧКОМ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

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

**Т41 ПК-2.3.2.** 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

**Т42 ПК-2.3.2.** 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

**Т43 ПК-2.3.3.** РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ НАИЛУЧШИМ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ СИНДРОМА

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

**Т44 ПК-2.3.3.** ПРИЧИНОЙ, ПРИВОДЯЩЕЙ К ПОДПЕЧЕНОЧНОЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ, ЯВЛЯЕТСЯ

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

**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 нагрубилла, 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 4.1.2** 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

- Закрыть 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

**С5 ОПК 4-2.1.** 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/м<sup>2</sup>. Он рассчитывается как отношение веса (в килограммах) к росту человека (в метрах) в квадрате и измеряется в единицах кг/м<sup>2</sup>. Для определения ИМТ нужны весы и ростомер.
3. Ожирение I степени.
4. I степень – ИМТ 30-34,9 кг/м<sup>2</sup>, II степень – ИМТ 35-39,9 кг/м<sup>2</sup>, III степень – 40 кг/м<sup>2</sup> и выше

**С6 ОПК-4.2.2.** 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.** 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.

**С8 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.

**С9 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?

**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-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, отстает 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-2.1.6.** 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.

**С12 ПК- 2.1.8.** 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.

**С13 ПК 2.1.9.** 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.

**С14 ПК-2.2.1.** 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.

**С15 ПК-2.2.2.** 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.

**С16 ПК-2.2.6.** 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).

**С17 ПК-2.2.7.** Больной Е., 33 лет, отмечает тяжесть в правом подреберье, слабость, отсутствие аппетита, субфебрильную температуру тела. В день визита к врачу обратил внимание на коричневатый цвет мочи и появление незначительного зуда кожи. Вышеперечисленные симптомы появились 3-4 дня назад. При объективном обследовании: явная желтушность склер, в меньшей степени кожи. Пальпаторно: печень на 4-5 см выступает из-под края реберной дуги, болезненна.

#### **Вопросы:**

1. Какой синдром можно предположить в этом случае?
2. На основании каких симптомов сделаны эти предположения? Почему потемнела моча? Почему появился зуд кожи?
3. Укажите наиболее важные методы лабораторной и инструментальной диагностики для выявления основного синдрома.

#### **Эталоны ответов:**

1. Синдром желтухи (наиболее вероятен ее паренхиматозный вариант).
2. Потемнение мочи, желтушность склер и кожи указывают на желтуху. Моча потемнела из-за наличия в ней билирубина (что встречается при механической и паренхиматозной вариантах желтухи). Зуд кожи появляется при попадании в кровь желчных кислот, что характерно для механического и паренхиматозного варианта желтухи.
3. Лабораторная диагностика должна быть направлена на выявление: 1) типа желтухи (общий билирубин и его фракции), для паренхиматозного типа желтухи характерно повышение и неконъюгированного билирубина, и конъюгированного; 2) возможного выявления цитолиза гепатоцитов (значительное увеличение уровня АЛТ и АСТ). Инструментальная диагностика будет направлена на выявление увеличенной печени (УЗИ), отсутствие конкрементов в протоках, которые характерны для механической желтухи.

**С18 ПК-2.2.8.** 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.

**С19 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).

**С20 ПК-2.3.1.** 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 похудения. 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

**С21 ПК-2.3.2.** 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).

**С22 ПК-2.3.3.** 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 патологии (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 поджатому экссудатом легкому. Расположен между позвоночником и восходящей частью линии Дамуазо. Образуется при наличии 1,5 и более литров жидкости в плевральной полости.