

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:
c255aa436a6dccbd528274f148780fe589ab4264

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 производственной практике

ПРАКТИКА ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Специальность

31.05.01 Лечебное дело

Донецк 2024

**ЛИСТ АКТУАЛИЗАЦИИ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ**

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

Паспорт фонда оценочных средств по производственной практике

ПРАКТИКА ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Код и наименование компетенции	Код контролируемого индикатора достижения компетенции	Задания
		Ситуационные задания
Общепрофессиональные компетенции (ОПК)		
ОПК 1 Способен реализовать моральные и правовые нормы, этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности	ОПК-1.1.1. Знает основы медицинской этики и деонтологии.	С1 ОПК 1.1.1.
	ОПК-1.2.1. Умеет применять этические нормы и принципы поведения медицинского работника при выполнении своих профессиональных обязанностей.	С2 ОПК 1.2.1.
	ОПК-1.3.1. Владеет методами всестороннего вербального и невербального общения; навыками общения с пациентами и их родственниками (законными представителями) при лечении и профилактике заболеваний;	С3 ОПК 1.3.1.
	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).	С4 ОПК 1.3.2.
ОПК 4 Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза.	ОПК-4.1.2. 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	С5 ОПК-4.1.2.

	исследований, правила интерпретации их результатов.	
	ОПК-4.2.1. 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.	С6 ОПК-4.2.1.
	ОПК-4.3.1. 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.	С7 ОПК-4.3.1.
Профессиональных компетенций (ПК)		
ПК 2 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	ПК-2.1.8. Знает методику сбора жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента.	С8 ПК-2.1.8.
	ПК-2.1.9. Знает методику полного физикального исследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) и МКБ.	С9 ПК-2.1.9.
	ПК-2.2.1. Умеет осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента и анализировать полученную информацию.	С10 ПК-2.2.1.
	ПК-2.2.2. Умеет проводить полное физикальное обследование пациента (осмотр, пальпацию,	С11 ПК-2.2.2.

	перкуссия, аускультацию) и интерпретировать его результаты.	
	ПК-2.2.7. Умеет интерпретировать результаты сбора информации о заболевании пациента.	С12 ПК-2.2.7.
	ПК-2.2.15. Умеет применять медицинские изделия в соответствии с действующими порядками оказания медицинской, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, помощи с учетом стандартов медицинской помощи.	С13 ПК-2.2.15.
	ПК-2.3.1. Владеет навыком сбора жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента.	С14 ПК-2.3.1.
	ПК-2.3.2. Владеет навыком проведения полного физикального обследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация).	С15 ПК-2.3.2.

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

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 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.

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-1.3.1. Пациент перегружает свой рассказ подробным перечислением дат и сроков пребывания в различных больницах, а молодая медсестра торопливо, не разгибая спины, записывает в блокнот каждое слово, не глядя на него.

Вопросы:

1. Является ли общение медсестры и пациента терапевтическим и продуктивным?
2. Охарактеризуйте свою стратегию общения с таким пациентом?

Эталоны ответов:

1. Данное общение не продуктивно. Медицинская сестра не участвует в диалоге, не смотрит на пациента и не проявляет интереса к рассказу пациента.
2. Медицинский работник должен расспрашивать пациента о его самочувствии, участвовать в диалоге.

С4 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.

С5 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 область лучевых артерий 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.
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

С6 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/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.
3. Ожирение I степени.
4. I степень – ИМТ 30-34,9 кг/м², II степень – ИМТ 35-39,9 кг/м², III степень – 40 кг/м² и выше

С7 ОПК-4.3.1. 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?

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 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.

С9 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 ребра слева от грудины для выслушивания митрального клапана;
- на мечевидном отростке или под ним для аускультации трехстворчатого клапана;
- в IV межреберье по левой парастернальной 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.

С10 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.

С11 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 распираания 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 пальпаторная оценка пульса.

С12 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.

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.

С13 ПК-2.2.15. 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.

С14 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 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 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.

С15 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.
3. Рентгеновское исследование грудной клетки или компьютерная томография («затемнение» зоны уплотнения легочной ткани).