



Министерство здравоохранения Российской Федерации

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Рязанский государственный медицинский университет  
имени академика И.П. Павлова»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

Утверждено решением ученого совета  
Протокол № 1 от 01.09.2023 г.

Фонд оценочных средств по дисциплине	«Основы профессиональной коммуникации с русскоговорящими пациентами»
Образовательная программа	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования – программа специалитета по специальности 31.05.01 Лечебное дело
Квалификация	Врач-лечебник
Форма обучения	очная

Разработчик (и): факультетской терапии имени профессора В.Я. Гармаша

ИОФ	Ученая степень, ученое звание	Место работы (организация)	Должность
О.М. Урясьев	Доктор медицинских наук, профессор	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	Заведующий кафедрой факультетской терапии имени профессора В.Я. Гармаша
А.В. Соловьева	Доктор медицинских наук, доцент	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	Доцент кафедры факультетской терапии имени профессора В.Я. Гармаша
Ю.А. Панфилов	Кандидат медицинских наук, доцент	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	Доцент кафедры факультетской терапии имени профессора В.Я. Гармаша

Рецензент (ы):

ИОФ	Ученая степень, ученое звание	Место работы (организация)	Должность
В.С. Петров	Доктор медицинских наук, доцент	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	Профессор кафедры госпитальной терапии с курсом медико- социальной экспертизы
Е.И. Меркулова	-	ГБУ РО «ГК БСМП»	Заведующий кабинетом клинико-экспертной работы

Одобрено учебно-методической комиссией по специальности Лечебное дело  
Протокол № 11 от 26.06.2023г.

Одобрено учебно-методическим советом.  
Протокол № 10 от 27\_\_ .06 \_\_.2023г.

**Фонды оценочных средств  
для проверки уровня сформированности компетенций (части компетенций)  
по итогам освоения дисциплины**

**1. Оценочные средства для текущего контроля успеваемости**

**Примеры вопросов для устного опроса**

1. Что нужно сделать, чтобы выявить жалобы?
2. С чего начинается обследование пациента?
3. Из скольких этапов состоит алгоритм сбора жалоб?
4. На какие группы следует разделить все полученные жалобы?
5. Что входит в понятие «детализация ведущих специфических жалоб»?

Критерии оценки при собеседовании:

- Оценка "отлично" выставляется студенту, если он глубоко и прочно усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет тесно увязывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, причем не затрудняется с ответом при видоизменении заданий, использует в ответе материал монографической литературы, правильно обосновывает принятое решение, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических задач.
- Оценка "хорошо" выставляется студенту, если он твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения.
- Оценка "удовлетворительно" выставляется студенту, если он имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических работ.
- Оценка "неудовлетворительно" выставляется студенту, который не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями выполняет практические работы. Как правило, оценка "неудовлетворительно" ставится студентам, которые не могут продолжить обучение без дополнительных занятий по соответствующей дисциплине.

**Примеры заданий для текущего контроля успеваемости**

1. \_\_\_\_\_? Меня беспокоит кашель и боль в грудной клетке.
2. \_\_\_\_\_? Кашель возникает периодически, больше утром.
3. \_\_\_\_\_? Становится легче после того, как попью горячего чая.
4. \_\_\_\_\_? Кашель с мокротой.
5. \_\_\_\_\_? Крови в мокроте нет.
6. \_\_\_\_\_? Мокрота жидкая и светлая.
7. \_\_\_\_\_? Мокроты мало.
8. \_\_\_\_\_? Отхождение мокроты от положения тела не зависит.
9. \_\_\_\_\_? Боль в правой половине грудной клетки.
10. \_\_\_\_\_? Боль острая.
11. \_\_\_\_\_? Боль связана с дыханием и кашлем.
12. \_\_\_\_\_? Боль никуда не распространяется.

**Пример ситуационной задачи:**

### **Разыграйте ролевую игру «Врач — пациент» на основе информации текста.**

1. Больная М., 65 лет, пришла на приём к участковому терапевту с жалобами на боли в левой половине грудной клетки, возникающие при движении, одышку с затруднённым вдохом и слабость. Боли в левой половине грудной клетки интенсивные, давящие, распространяются в левое плечо и нижнюю челюсть, проходят самостоятельно в покое. Возникли впервые, давность не более 7 дней.

### **Прочитайте пример оформления анамнеза заболевания при хроническом заболевании и разыграйте ролевую игру «Врач-пациент» на основе данной информации.**

Анамнез заболевания больного Д., 24 года, находящегося на лечении в стационаре в течение 7 дней по поводу обострения язвенной болезни 12-перстной кишки. Считает себя больным с 12 лет, когда впервые был диагностирован хронический гастродуоденит. В 17 лет при ФЭГДС была выявлена язва 12-п. кишки. Обострения заболевания 2 р/год: осенью и весной. Лечится амбулаторно. Принимает омез, но-шпу, антибиотики (название не помнит) с положительным эффектом. В прошлом году лечился в хирургическом отделении по поводу кишечного кровотечения. Последнее обострение началось 2 недели назад, связывает со стрессами на работе. Появились ноющие боли в эпигастрии в ночное время. Самостоятельно не лечился. Через неделю обратился в поликлинику к врачу. Была выполнена ФЭГДС: выявлена язва луковицы 12-перстной кишки на фоне дуоденита. Направлен на госпитализацию. 12 марта был госпитализирован в терапевтическое отделение 7-й городской больницы с жалобами на голодные и ночные боли в эпигастрии. Проведено обследование: общий анализ крови, общий анализ мочи, копрологическое исследование, ЭКГ. Проводится лечение: омез 1 т н/ночь, амоксициллин 0,5 3 р/д, метронидазол 1 т3 р/д, но-шпа в/м, солкосерил в/в. На фоне лечения отмечает исчезновение болей в животе.

### **ЗАДАЧА**

Паспортная часть – пациент Н., 65 лет, инвалид 2 группы. По образованию – тренер.

Жалобы – на одышку смешанного характера при незначительной нагрузке (ходьба по дому), на приступы удушья ночью, сухой кашель по ночам.

Анамнез заболевания - В анамнезе артериальная гипертензия в течение последних 20 лет с максимальными цифрами артериального давления 180/100 мм рт.ст. Регулярно лекарственные препараты принимает -лизиноприл 20 мг 2 раза в день, бисопролол 5 мг/сут, торасемид 5 мг утром до еды постоянно, аспирин 100 мг/сут и аторвастатин 20 мг/сут. 5 лет назад перенес инфаркт миокарда передней стенки левого желудочка, в течение последних 3 лет беспокоит одышка при ходьбе. В течение 3 месяцев отмечает усиление одышки, в течение недели появился ночной кашель и приступы удушья. Обратился к терапевту по месту жительства.

Анамнез жизни – Женат, проживает в отдельном доме с женой. Вредные привычки отрицает, аллергологический анамнез без особенностей. Перенесенные заболевания: сахарный диабет 2 типа. Наследственность – у матери гипертоническая болезнь, у сестры – инфаркт миокарда в возрасте 54 года.

Настоящее состояние больной – Общее состояние средней тяжести. Кожные обычной окраски. Отеки стоп и голеней. Рост 172 см, вес 95 кг. В легких перкуторный звук лёгочный, дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 20 в минуту. Тоны сердца ослаблены, ритм правильный, АД – 150/80 мм рт. ст., ЧСС – 94 в мин. Живот мягкий, безболезненный, размеры печени увеличены при перкуссии. Стул ежедневно, мочеиспускание учащено, до трёх раз ночью.

**Сформулируйте клинический диагноз (основное заболевание, осложнения основного заболевания, сопутствующий)**

**Составьте план лабораторно-инструментального обследования пациента.**

Критерии оценки решения ситуационной задачи:

- Оценка «отлично» выставляется, если задача решена грамотно, ответы на вопросы сформулированы четко. Эталонный ответ полностью соответствует решению студента, которое хорошо обосновано теоретически.
- Оценка «хорошо» выставляется, если задача решена, ответы на вопросы сформулированы недостаточно четко. Решение студента в целом соответствует эталонному ответу, но недостаточно хорошо обосновано теоретически.
- Оценка «удовлетворительно» выставляется, если задача решена не полностью, ответы не содержат всех необходимых обоснований решения.
- Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если задача не решена или имеет грубые теоретические ошибки в ответе на поставленные вопросы

**Примеры результатов лабораторных и инструментальных методов диагностики.**

### Общий анализ крови

Гр. Иванов И.И., 69 лет, муж.

Учреждение: ГБУ РО ОКБ

Эритроциты, *10 <sup>12</sup> /л	Гемоглобин, г/л	ЦП	Ретикулоциты, ‰	Тромбоциты, *10 <sup>9</sup> /л
2,0	66	0,99	4	44

Лейкоциты, *10 <sup>9</sup> /л	Базо- филы, %	Эозино- филы, %	Нейтрофилы, %				Лимфо- циты, %	Моноциты, %
			м	ю	п	с		
5,4	0	0	1	2	3	52	35	5

СОЭ: 52 мм/ч. Анизозито +++. Пойкилоцитоз +++.  
Базофильная зернистость эритроцитов.

Критерии оценки интерпретации лабораторных анализов и инструментальных методов диагностики:

- Оценка «отлично» выставляется, если интерпретация проведена грамотно, ответы на вопросы сформулированы четко. Эталонный ответ полностью соответствует решению студента, которое хорошо обосновано теоретически.
- Оценка «хорошо» выставляется, если интерпретация выполнена, ответы на вопросы сформулированы недостаточно четко. Решение студента в целом соответствует эталонному ответу, но недостаточно хорошо обосновано теоретически.
- Оценка «удовлетворительно» выставляется, если результаты интерпретированы не полностью, ответы не содержат всех необходимых обоснований решения.
- Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если интерпретация не выполнена или имеет грубые теоретические ошибки в ответе на поставленные вопросы

## **2. Оценочные средства для промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплины**

**Форма промежуточной аттестации в 7 семестре – зачет.**

**Порядок проведения промежуточной аттестации**

Зачет по дисциплине *«Основы профессиональной коммуникации с русскоговорящими пациентами»* проводится в форме письменного опроса. Студенту предоставляется вариант билета путем собственного случайного выбора и отводится 20 минут на подготовку. Билет содержит ситуационную задачу.

Критерии сдачи зачета:

– «Зачтено» - выставляется при условии, если студент показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса; владеет основными терминами и понятиями изученного курса; показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт.

– «Не зачтено» - выставляется при наличии серьезных упущений в процессе изложения учебного материала; в случае отсутствия знаний основных понятий и определений курса или присутствии большого количества ошибок при интерпретации основных определений.

### **Фонды оценочных средств для проверки уровня сформированности компетенций (части компетенций) для промежуточной аттестации**

**ОПК-2.** Готовностью к коммуникации в устной и письменной формах на русском и иностранном языках для решения задач профессиональной деятельности

**ПК-5.** Готовность к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания

Оценивание результатов сформированности компетенций **ОПК-2, ПК-5**, на уровнях «Знать», «Уметь» и «Владеть» производится по общим типовым заданиям, представленным далее.

**1) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Знать» (воспроизводить и объяснять учебный материал с требуемой степенью научной точности и полноты):**

**Ответьте на вопросы.**

1. Что нужно сделать, чтобы выявить жалобы?
2. С чего начинается обследование пациента?
3. Из скольких этапов состоит алгоритм сбора жалоб?
4. На какие группы следует разделить все полученные жалобы?
5. Что входит в понятие «детализация ведущих специфических жалоб»?

**2) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Уметь» (решать типичные задачи на основе воспроизведения стандартных алгоритмов решения):**

**Напишите вопросы к репликам-ответам.**

1. \_\_\_\_\_? Повышенное артериальное давление около 10 лет.
2. \_\_\_\_\_? Перенесла инсульт 2 года назад.
3. \_\_\_\_\_? Последнее время принимаю эналаприл и индапамид.
4. \_\_\_\_\_? Неделю назад появились сильные головные боли с головокружением и тошнотой.
5. \_\_\_\_\_? Возможно, понервничала на работе.
6. \_\_\_\_\_? Обратилась к терапевту в поликлинику.
7. \_\_\_\_\_? Увеличили дозу препаратов.
8. \_\_\_\_\_? Тошнота прекратилась, но головные боли сохранялись, и давление было 160/100 мм рт ст.
9. \_\_\_\_\_? При поступлении болела голова и давление было 170/100 мм рт ст.
10. \_\_\_\_\_? Взяли кровь и мочу на анализ.
11. \_\_\_\_\_? Делают внутривенные инъекции, какие — не знаю.
12. \_\_\_\_\_? Головная боль уменьшилась.

**3) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Владеть»** (решать усложненные задачи на основе приобретенных знаний, умений и навыков, с их применением в нетипичных ситуациях, формируется в процессе практической деятельности):

### ЗАДАЧА 1

Паспортная часть – пациент А., 52 года, водитель автобуса, проживает г.Рязань

Жалобы - на сжимающие боли за грудиной и в области сердца, длящиеся около 5 минут, иррадиирующие в левое плечо, возникающие при ходьбе через 500 метров, купирующиеся приемом 1-2 таблеток нитроглицерина через 1 минуту, одышку, учащенное сердцебиение при незначительной физической нагрузке, отеки стоп.

Анамнез заболевания - Боли за грудиной впервые появились около 5 лет назад. Принимает Нитроглицерин для купирования болей. Так же в течение 10 лет отмечает периодически повышение артериального давления до 150/100 мм рт.ст. максимально. Эпизодически при повышении давления принимает каптоприл. За последние полгода снизилась переносимость физической нагрузки. В течение месяца стал отмечать отеки стоп, одышку при ходьбе.

Анамнез жизни - Больной курит около 20 лет, по 1 пачке в день, алкоголем не злоупотребляет. Наследственность: отец умер в возрасте 42 лет от инфаркта миокарда, у матери – сахарный диабет 2 типа. Аллергологический анамнез отрицает. Перенесенные заболевания – аппендэктомия 30 лет назад, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (последнее обострение 2 года назад), перелом лучевой кости в январе 2020 года. Женат, проживает с женой и двумя детьми в трехкомнатной квартире.

Настоящее состояние больного - Общее состояние удовлетворительное. Гиперстенической конституции. Рост 176 см, вес 99 кг. Отеки стоп. ЧДД - 18 в минуту, в легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца при перкуссии: правая - правый край грудины IV межреберье, верхняя – III межреберье, левая – на 1,0 см снаружи от левой среднеключичной линии V межреберье. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, акцент II тона над аортой. ЧСС – 92 удара в мин. АД - 145/95 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Стул ежедневно,

кал обычного цвета. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

**Сформулируйте клинический диагноз (основное заболевание, осложнения основного заболевания, сопутствующий)**

**Составьте план лабораторно-инструментального обследования пациента.**

## **ЗАДАЧА 2**

Паспортная часть – пациент Н., 65 лет, инвалид 2 группы. По образованию – тренер.

Жалобы – на одышку смешанного характера при значительной нагрузке (ходьба по дому), на приступы удушья ночью, сухой кашель по ночам.

Анамнез заболевания - В анамнезе артериальная гипертензия в течение последних 20 лет с максимальными цифрами артериального давления 180/100 мм рт.ст. Регулярно лекарственные препараты принимает -лизиноприл 20 мг 2 раза в день, бисопролол 5 мг/сут, торасемид 5 мг утром до еды постоянно, аспирин 100 мг/сут и аторвастатин 20 мг/сут. 5 лет назад перенес инфаркт миокарда передней стенки левого желудочка, в течение последних 3 лет беспокоит одышка при ходьбе. В течение 3 месяцев отмечает усиление одышки, в течение недели появился ночной кашель и приступы удушья. Обратился к терапевту по месту жительства.

Анамнез жизни – Женат, проживает в отдельном доме с женой. Вредные привычки отрицает, аллергологический анамнез без особенностей. Перенесенные заболевания: сахарный диабет 2 типа. Наследственность – у матери гипертоническая болезнь, у сестры – инфаркт миокарда в возрасте 54 года.

Настоящее состояние больной – Общее состояние средней тяжести. Кожные обычной окраски. Отеки стоп и голеней. Рост 172 см, вес 95 кг. В легких перкуторный звук лёгочный, дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 20 в минуту. Тоны сердца ослаблены, ритм правильный, АД – 150/80 мм рт. ст., ЧСС – 94 в мин. Живот мягкий, безболезненный, размеры печени увеличены при перкуссии. Стул ежедневно, мочеиспускание учащено, до трёх раз ночью.

**Сформулируйте клинический диагноз (основное заболевание, осложнения основного заболевания, сопутствующий)**

**Составьте план лабораторно-инструментального обследования пациента.**

## **ЗАДАЧА 3**

Паспортная часть – пациент Б 49 лет, военнослужащий, проживает в Рязанской области.

Жалобы – на давящие боли за грудиной с иррадиацией в нижнюю челюсть слева и левую верхнюю конечность, появившиеся при быстрой ходьбе, не купирующиеся приемом нитроглицерина и не исчезнувшие при остановке.

Анамнез заболевания - в течение последних 10 лет у пациента повышается артериальное давление, максимально до 170/90 мм рт. ст. В течение месяца впервые отметил появление загрудинных болей после интенсивной физической нагрузки и проходящих в покое. Не обследовался, лечение не получал. Настоящее ухудшение сегодня около 14.00, когда пациент шёл в быстрым темпе по улице, появились загрудинные боли с иррадиацией. Прекращение ходьбы не купировало боль за грудиной. Дома по совету жены пытался купировать болевой синдром Нитроглицерином - без значимого эффекта. Суммарная продолжительность болевого синдрома более 20 минут. Пациент вызвал бригаду скорой медицинской помощи.

Анамнез жизни – Женат, имеет дочь, проживает с женой в отдельной квартире с удобствами. Курит 20 сигарет в сутки в течение последних 20 лет. Алкоголем не злоупотребляет. Наследственность: мать жива, 76 лет, страдает артериальной



гипертензией, перенесла инфаркт миокарда, отец – умер в возрасте 55 лет от инфаркта миокарда. Аллергологический анамнез – анафилактический шок на новокаин. Перенесенные заболевания – аппендэктомия в детстве, посттравматический артроз правого коленного сустава (последствия спортивной травмы).

Настоящее состояние больного - состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные. Рост – 168 см, вес – 90 кг. Тоны сердца приглушены, выслушивается акцент второго тона на аорте, ритм правильный. АД – 160/90 мм рт. ст. ЧСС – 92 ударов в минуту. Дыхание везикулярное, побочных дыхательных шумов нет. ЧДД – 22 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову - 11×9×8 см. Периферических отеков нет.

На ЭКГ зарегистрирован синусовый ритм с ЧСС – 92 в минуту, элевация сегмента ST до 3 мм в I, AVL, V1-5, депрессия сегмента ST до 2 мм в II, III, AVF.

**Сформулируйте клинический диагноз (основное заболевание, осложнения основного заболевания, сопутствующий)**

**Составьте план лабораторно-инструментального обследования пациента.**

#### **ЗАДАЧА 4**

Паспортная часть – пациент 47 лет, инженер.

Жалобы – на боли жгучего характера в эпигастрии, сопровождающиеся тошнотой, слабостью, потливостью, с иррадиацией за грудину.

Анамнез заболевания – ранее подобные боли не беспокоили. Впервые указанные боли появились ночью в 23.00, попытка купировать боли в эпигастрии приемом раствора соды не уменьшила боль. Утром в 9.00 вызвал бригаду скорой помощи.

Анамнез жизни – Не женат. Курит по половине пачки в день. Алкоголь употребляет умеренно. Аллергологический анамнез – крапивница на ампициллин. Перенесенные заболевания – хронический гайморит, хронический бронхит.

Настоящее состояние больного - состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные. Рост – 160 см, вес – 90 кг. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, выслушиваются единичные экстрасистолы. АД – 110/80 мм рт. ст. ЧСС – 92 ударов в минуту. Дыхание везикулярное, побочных дыхательных шумов нет. ЧДД – 20 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Периферических отеков нет.

На ЭКГ выявлен глубокий зубец Q в III и aVF отведениях; сегмент ST в этих же отведениях приподнят над изолинией, дугообразный, переходит в отрицательный зубец T; сегмент ST в отведениях I, aVL и с V1 по V4 ниже изолинии.

**Сформулируйте клинический диагноз (основное заболевание, осложнения основного заболевания, сопутствующий)**

**Составьте план лабораторно-инструментального обследования пациента.**

#### **ЗАДАЧА 5**

Паспортная часть – пациентка П., 63 лет, пенсионерка. По образованию – учитель.

Жалобы - интенсивные давящие загрудинные боли с иррадиацией в левую руку, левую лопатку. Вышеописанная симптоматика появилась около 2 часов назад на фоне физической нагрузки. Прием 2 таблеток нитроглицерина под язык не купировал боль за грудinou.

Анамнез заболевания - В анамнезе артериальная гипертензия в течение последних 15 лет с максимальными цифрами артериального давления 200/100 мм рт.ст. Регулярно лекарственные препараты принимает -эналаприл 20 мг 2 раза в день, амлодипин 10 мг в обед, индапамид 2,5 мг утром до еды постоянно. Диету не соблюдает. Загрудинные боли появились впервые. Вызвала Скорую помощь.

Анамнез жизни – Замужем, проживает с мужем и семьёй дочери. Вредные привычки отрицает, аллергологический анамнез без особенностей. Гинекологический анамнез: 2 беременности, 2 родов, менопауза с 44 лет. Перенесенные заболевания: сахарный диабет 2 типа (принимает метформин 1000 мг/сут), язвенная болезнь желудка. Наследственность – у матери сахарный диабет, гипертоническая болезнь. У отца – бронхиальная астма.

Настоящее состояние больной – Общее состояние средней тяжести. Кожные покровы влажные. Рост 158 см, вес 95 кг. В легких перкуторный звук лёгочный, дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ослаблены, ритм правильный, АД – 160/100 мм рт. ст., ЧСС – 88 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме.

На ЭКГ зарегистрировано: синусовый ритм, подъем сегмента ST > 0,2 мВ в отведениях II, III, aVF.

**Сформулируйте клинический диагноз (основное заболевание, осложнения основного заболевания, сопутствующий)**

**Составьте план лабораторно-инструментального обследования пациента.**

## ЗАДАЧА 6

Паспортная часть – пациент К., 55 лет, водитель, проживает в Рязани

Жалобы – на сильную головную боль в лобной области, головокружение и шум в ушах.

Анамнез заболевания – считает себя больным в течение 7 лет, в течение этого времени эпизодически регистрировал повышение АД до 170/10 мм рт. ст. По этому поводу нерегулярно принимал каптоприл. Настоящее ухудшение самочувствия сегодня утром, появились вышеуказанные жалобы, вчера употреблял алкоголь, поздно лёг спать. Самостоятельно принял 1 таблетку каптоприла под язык – без эффекта. Вызвал бригаду скорой медицинской помощи.

Анамнез жизни – Разведен, проживает один. Курит в течение 35 лет по 1 пачке сигарет в день. Алкоголь употребляет регулярно, крепкие напитки 2 раза в неделю. Аллергологический анамнез без особенностей. Наследственность – у отца гипертоническая болезнь с 45 лет, у матери – сахарный диабет 2 типа. Перенесенные заболевания – сотрясение головного мозга 1 год назад, желчно-каменная болезнь.

Настоящее состояние больного - состояние удовлетворительное. Сознание ясное. ИМТ – 32 кг/м<sup>2</sup>. Окружность талии– 106 см. Лицо гиперемировано. В лёгких дыхание жёсткое, хрипов нет. ЧДД - 20 в минуту. Тоны сердца звучные, ритм правильный, акцент II тона во 2-ом межреберье слева от грудины. Левая граница сердца – на 1 см кнаружи от срединно-ключичной линии. ЧСС – 90 ударов в минуту, АД - 190/120 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень не выступает из-под рёберной дуги. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Отёков нет. Физиологические отправления не нарушены.

Заключение ЭКГ: ритм синусовый с ЧСС – 90 ударов в минуту, признаки гипертрофии левого желудочка.

**Сформулируйте клинический диагноз (основное заболевание, осложнения основного заболевания, сопутствующий)**

**Составьте план лабораторно-инструментального обследования пациента.**

## ЗАДАЧА 7

Паспортная часть – Пациент А. 45 лет, инженер, проживает г. Москва.

Жалобы - на озноб, повышение температуры тела до 39°C, одышку смешанного характера при обычной физической нагрузке, сухой кашель, боль при глубоком дыхании и кашле справа в подлопаточной области, общую слабость, утомляемость, потливость в ночное время.

Анамнез заболевания - заболел остро три дня назад после переохлаждения, когда появились вышеуказанные жалобы. Принимал жаропонижающие препараты с незначительным эффектом. Обратился к врачу-терапевту в поликлинику. В связи с тяжестью состояния направлен в приёмный покой стационара по месту жительства.

Анамнез жизни - работает 15 лет инженером на машиностроительном заводе. Не курит. Ранее у врача не наблюдался. Наследственность: отец умер в возрасте 52 лет от ХОБЛ, у матери – гипертоническая болезнь. Аллергологический анамнез отрицает. Перенесенные заболевания – перелом голени 30 лет назад. Женат, имеет двоих детей.

Настоящее состояние больного - общее состояние тяжелое. Кожные покровы повышенной влажности. Цианоз губ. Рост - 175 см, вес - 72 кг. Окружность талии - 100. Периферических отёков нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Температура 40,5°C. Грудная клетка нормостеническая. При глубоком дыхании некоторое отставание в дыхании правой половины грудной клетки. ЧДД - 30 в минуту. Справа по лопаточной линии отмечается притупление перкуторного звука. При аускультации справа ниже угла лопатки выслушивается ослабленное везикулярное дыхание, звонкие мелкопузырчатые хрипы. Ритм сердца правильный, соотношение тонов в норме, шумов нет. ЧСС – 110 ударов в минуту. АД - 100/60 мм рт. ст. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Печень по Курлову - 9×8×7 см, при пальпации нижний край гладкий, безболезненный. Стул оформленный, без примесей. Мочеиспускание свободное, безболезненное, SpO2 88%.

**Сформулируйте клинический диагноз (основное заболевание, осложнения основного заболевания, сопутствующий)**

**Составьте план лабораторно-инструментального обследования пациента.**

## **ЗАДАЧА 8**

Паспортная часть – мужчина 35 лет, врач, проживает в г. Тамбов.

Жалобы – повышение температуры до 37,6°C в течение пяти дней, кашель с желтоватой мокротой.

Анамнез заболевания – заболел остро после переохлаждения. Принимал жаропонижающие препараты без особого эффекта. Другие лекарства не принимал. За десять дней до этого лечился по поводу острого респираторного вирусного заболевания. В анамнезе частый бронхит. Постоянно лекарственные препараты не принимает.

Анамнез жизни – Женат, проживает в отдельном доме с женой. Вредные привычки отрицает, аллергологический анамнез без особенностей. Перенесенные заболевания: ожирение 2 степени. Наследственность – у матери желчно-каменная болезнь, у сестры – инфаркт миокарда в возрасте 55 лет.

Настоящее состояние больного – Состояние пациента удовлетворительное, частота дыхания – 19 в мин. Кожные покровы чистые, обычной окраски. При аускультации выслушивается умеренное количество влажных крепитирующих хрипов в нижних задних отделах грудной клетки справа, в других отделах лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 82 удара в минуту, АД - 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Дополнительные методы исследования: Рентгенография органов грудной клетки прямой и боковой проекции: справа в 9-10 сегментах нижней доли определяется инфильтрация.

**Сформулируйте клинический диагноз (основное заболевание, осложнения основного заболевания, сопутствующий).**

**Составьте план лабораторно-инструментального обследования пациента.**

### **ЗАДАЧА 9**

Паспортная часть – Больная 19 лет, доставлена бригадой «скорой помощи».

Жалобы – на затруднение дыхания (трудно сделать выдох), чувство нехватки воздуха, одышку при физической нагрузке и в покое, свист при дыхании.

Анамнез заболевания - У больной впервые в жизни возник приступ удушья. Со слов больной, до настоящего времени считала себя практически здоровым человеком. В связи с тем, что в детстве у больной отмечались аллергические реакции в виде кожной сыпи при контакте с животными – кошка, собака, лошадь и реакция в виде вазомоторного ринита на пыль, больная наблюдалась у аллерголога. 3 месяца назад больная устроилась на новую работу администратором в косметический салон. Через месяц у больной появился сухой кашель, который стал постоянным и постепенно усиливался. Накануне возникновения приступа удушья больная была в гостях, где держат собаку. Вечером после возвращения домой, усилился кашель, появилось затрудненное дыхание, одышка. В течение ночи указанные симптомы усилились, появилось чувство нехватки воздуха, чувство неполного выдоха из-за удушья. Больная вызвала «скорую помощь» и была госпитализирована.

Семейный анамнез: у отца больной – бронхиальная астма, мать здорова.

Настоящее состояние больного - При осмотре состояние средней тяжести. Температура тела 36,7 град С. Кожные покровы чистые, влажные, незначительный акроцианоз. ЧД – 26 уд/мин, При сравнительной перкуссии – ясный легочный звук с коробочным оттенком. Подвижность нижнего легочного края по средней подмышечной линии  $\pm 2,5$  см, по среднеключичной и по лопаточной линиям  $\pm 2$  см. При аускультации легких – выдох почти в 2 раза продолжительнее вдоха. Дыхание проводится во все отделы, выслушивается большое количество сухих свистящих хрипов.

Пульс – 90 уд/мин, удовлетворительного наполнения и напряжения, АД – 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный.

Рентгенография органов грудной полости: легочные поля прозрачны, повышенной воздушности, корни структурны. Очаговых и инфильтративных теней в легких нет. Диафрагма подвижна. Синусы свободны.

**Сформулируйте клинический диагноз (основное заболевание, осложнения основного заболевания, сопутствующий)**

**Составьте план лабораторно-инструментального обследования пациента.**

### **ЗАДАЧА 10**

Паспортная часть – Больной 22 лет, студент.

Жалобы – на кашель с выделением гнойно-слизистой мокроты, иногда содержащей прожилки крови, повышение температуры до 38,6 град С., познабливание, общую слабость.

Анамнез заболевания – С детства склонен к простудным заболеваниям, которые сопровождалась кашлем с выделением слизистой мокроты, иногда кровохарканье. При выздоровлении кашель прекращался. В течение последних 5 лет кашель постоянный, отделялось около 20 мл в сутки слизисто-гнойной мокроты. При обострениях заболевания количество мокроты увеличивалось до 100-150 мл в сутки, она становилась гнойно-слизистой, иногда с неприятным запахом, повышалась температура до субфебрильных и фебрильных величин.

Анамнез жизни – Не женат. Курит по половине пачки в день. Алкоголь употребляет умеренно. Аллергологический анамнез – крапивница на ампициллин. Перенесенные заболевания – хронический гайморит, хронический бронхит.

Настоящее состояние больного - Объективно: состояние удовлетворительное. Кожа бледная, ногти выпуклые, утолщения концевых фаланг пальцев рук нет. Над легкими небольшое укорочение перкуторного звука в задне-боковых отделах. Аускультативно в этой области множество мелко и среднепузырчатых влажных хрипов, количество которых несколько уменьшается при откашливании мокроты.

Рентгенограмма грудной полости: справа нижняя доля уменьшена в размерах, легочный рисунок усилен и деформирован, инфильтрации легочной ткани не определяется, реберно-диафрагмальный синус запаян.

**Сформулируйте клинический диагноз (основное заболевание, осложнения основного заболевания, сопутствующий)**

**Составьте план лабораторно-инструментального обследования пациента.**

## ЗАДАЧА 11

Паспортная часть – Больная 48 лет,

Жалобы - на одышку при небольшой физической нагрузке, сухой кашель, повышение температуры до 38,8°C, познабливание.

Анамнез заболевания - Три дня назад после переохлаждения повысилась температура тела, появился небольшой кашель, затем боль в правой половине грудной клетки при глубоком дыхании и кашле. В последующем температура повысилась до фебрильных величин, боль в грудной клетке уменьшилась, затем исчезла, но появилась и стала нарастать одышка.

Анамнез жизни – Замужем, проживает с мужем и семьей дочери. Вредные привычки отрицает, аллергологический анамнез без особенностей. Гинекологический анамнез: 2 беременности, 2 родов, менопауза с 44 лет. Перенесенные заболевания: сахарный диабет 2 типа (принимает метформин 1000 мг/сут), язвенная болезнь желудка. Наследственность – у матери сахарный диабет, гипертоническая болезнь. У отца – бронхиальная астма.

Настоящее состояние больной – Объективно: состояние удовлетворительное. Над легкими при перкуссии определяется притупление перкуторного звука справа ниже уровня 3-го ребра. В этой зоне голосовое дрожание не проводится, дыхание резко ослаблено, в нижних отделах справа не определяется. Сердце: верхушечный толчок в 5-м межреберье, смещен влево от срединно-ключичной линии, ритм правильный, тоны ясные. Пульс 92/мин, АД – 120/70 мм.рт. ст. Печень и селезенка не увеличены.

**Сформулируйте клинический диагноз (основное заболевание, осложнения основного заболевания, сопутствующий)**

**Составьте план лабораторно-инструментального обследования пациента.**

## ЗАДАЧА 12

Паспортная часть – Больной 62 лет, рабочий на заводе

Жалобы – на кашель, выделение слизисто-гнойной мокроты с примесью бурой крови, одышку, повторяющиеся ознобы, резкую общую слабость.

Анамнез заболевания – 5 дней назад повысилась температура до 39 град., появился саднящий сухой кашель, осиплость голоса. Диагностирован грипп. На 3-й день заболевания температура снизилась до субфебрильных величин, но через сутки вновь повысилась до 39,8 град., появились ознобы, резко усилился кашель, вначале сухой, затем стала отделяться слизисто-гнойная мокрота с примесью крови, появилась одышка, резкая слабость.

Анамнез жизни – Разведен, проживает один. Курит в течение 10 лет по 2 пачки сигарет в день. Алкоголь употребляет регулярно, крепкие напитки 3 раза в неделю. Аллергологический анамнез без особенностей. Наследственность – у отца инфаркт миокарда в 40 лет, у матери – гипертоническая болезнь. Перенесенные заболевания – перелом позвоночника, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы.

Настоящее состояние больного - Объективно: состояние тяжелое, кожа бледная. При перкуссии легких притупление звука в нижних отделах справа, в этой зоне ослабленное везикулярное дыхание, мелкопузырчатые влажные хрипы. Число дыханий 28 в мин. Ритм сердца правильный, тоны приглушены. Пульс 110 в мин., малого наполнения, АД 100/60 мм рт.ст.

Рентгенограмма легких: в области нижней доли справа множественные очаговые тени, местами сливные, на фоне которых имеются кольцевидные тонкостенные полости, не содержащие жидкости.

**Сформулируйте клинический диагноз (основное заболевание, осложнения основного заболевания, сопутствующий)**

**Составьте план лабораторно-инструментального обследования пациента.**