

**НОУ «МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ИНСТИТУТ
ТАДЖИКИСТАНА»**

А. Ахмедов, З.А. Мирзоева, Х. Ибодов, М. Сорбон

OSCE
**- объективный метод оценки
знаний и умений**



А. Ахмедов, З.А. Мирзоева, Х. Ибодов, М. Сорбон

**НОУ “МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ИНСТИТУТ
ТАДЖИКИСТАНА”**

OSCE

- объективный метод оценки знаний и умений

(учебно-методическое пособие)

Душанбе - 2021

OSCE – объективный метод оценки знаний и умений

(учебно-методическое пособие)
Второе издание, дополненное

Допущено в качестве учебно-методического пособия Центральным учебно-методическим советом НОУ «Медико-социальный институт Таджикистана» от 06.05.2021 г. (протокол №7).

Учебно-методическое пособие предназначено для преподавателей и студентов всех факультетов медицинского ВУЗа, интернов, клинических ординаторов, доктор философии (PhD), доктор по специальности, аспирантов и слушателей учебных заведений последипломного образования в сфере здравоохранения в деле подготовки специалистов с высокой профессиональной компетенцией, обеспечивающей высокое качество оказания медицинской помощи. Данный метод дает возможность объективно оценить знания, навыки и клиническое мышление в количественно измеряемой форме и получить реальную картину клинической компетенции студентов и слушателей, выявить просчеты процесса обучения и, следовательно, улучшить его. Изложены подробно методика и условия проведения экзамена, рекомендации по составлению ситуационных задач и оценочного экзаменатора, в конце которого анализируется полученный результат, и выставляются баллы.

ББК 55,4 (2) -5
А - 47

В подготовке заданий по второму изданию и дополненному варианту «OSCE – объективный метод оценки знаний и умений» принимала участие:

Шахобова С.А. - начальник отдела доктор философии (PhD), доктор по специальности, аспирантуры и соискательства НОУ «Медико-социальный институт Таджикистана».

Рецензенты:

Мироджов Г.К. – академик Национальной академии наук Таджикистана, д.м.н., профессор, лауреат премии Национальной академии наук Таджикистана им. Е.Н. Павловского, заслуженные деятель науки и техники Таджикистана, научный консультант ГУ «Институт гастроэнтерологии» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан.

Рахимов З.Я. – профессор кафедры кардиологии с курсом клинической фармакологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан, заслуженный работник Таджикистан», к.м.н., доцент.

ISBN 978-99947-45-31-9

СОДЕРЖАНИЕ

Список сокращений.....	5
Предисловие.....	6
Определение OSCE (Объективный структурированный клинический экзамен).....	9
Кто такой стандартизированный пациент.....	11
Структура OSCE.....	13
Оценочная шкала стандартизированным пациентам.....	14
Преимущества OSCE.....	15
День тестирования.....	16
Начало встречи со стандартизированным пациентом.....	17
Составление контрольного списка.....	18
Пять простых шагов к эффективной связи.....	23
Быстрое улучшение коммуникационных навыков.....	24
Общие коммуникационные проблемы.....	27
Оценка клинических навыков, межстанция OSCE.....	34
Станция OSCE для студентов и слушателей. Оценка клинических навыков, клинические случаи для проведения OSCE.....	35-138
Список литературы.....	139

Список сокращений

АД	– Артериальное давление
АКДС	– Адсорбированная коклюшно-дифтерийно- столбнячная вакцина
АПФ	– Ингибитор ангиотензин-превращающего фермента
ВЗОТ	– Воспалительные заболевания органов таза
ВИЧ/СПИД	– Вирус иммунодефицита человека / синдром приобретенного иммунодефицита
ГВ	– Гепатит В
ГСВ	– Группа семейных врачей
ГУ	– Государственное учреждение
ЖКТ	– Желудочно-кишечный тракт
ЗОЖ	– Здоровый образ жизни
ИПОвСЗ РТ	– Институт последиplomного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан
КФК	– Креатинфосфокиназа
Мм/рт.ст.	– Миллиметр ртутного столба
НОУ	– Негосударственное образовательное учреждение
OSCE	– Объективный структурированный клинический экзамен
ОКН	– Оценка клинических навыков
ОПВ	– Оральная полиомиелитная вакцина
ПМК	– Пролапс митрального клапана
ПМСП	– Первичная медико-санитарная помощь
СООП	– Субъективные данные, объективные данные, оценка, план
СП	– Стандартизированный пациент
ТГМУ	– Таджикский государственный медицинский университет
УЗИ	– Ультразвуковое исследование
ЧСС	– Частота сердечных сокращений
ЭКГ	– Электрокардиограмма

ПРЕДИСЛОВИЕ

Одним из основных направлений этапа реформирования здравоохранения в Республике Таджикистан является улучшение качества медицинского обслуживания, важным компонентом которого является медицинское образование. На современном этапе медицинское образование нуждается в преобразовании учебных программ в связи с тем, что ключевой фигурой первичного звена здравоохранения становится семейный врач.

Задачей медицинского ВУЗа является выпуск специалиста с высокой профессиональной компетенцией, обеспечивающей высокое качество медицинской помощи. В условиях большого потока информации, новых методов и технологий, которые должны усвоить студенты и слушатели, перед ВУЗами встала серьёзная проблема: за сравнительно короткое время учебы на курсах по переквалификации или усовершенствованию врачей успеть научить студента или слушателя большей части того, что предлагает передовая наука.

Не одно столетие проводится поиск золотого стандарта, по которому измеряется компетентность врача. С первых шагов развития медицинского образования исторически сложился и продолжает существовать метод наставничества. Старшие врачи наставляют и оценивают знания и умения своих учеников, основываясь на субъективных ощущениях. Чаще всего использовался **устный экзамен**; в середине двадцатого столетия стало применяться **письменное тестирование**, которое в настоящее время широко используют медицинские ВУЗы во всем мире. Но и этот экзамен не является достаточным для оценки компетенции и профессионализма врачей, так как, в сущности, тестирование может оценить только знания.

Понятие компетенция включает не только теоретические знания, но и умение собрать анамнез, провести физикальное обследование, коммуникативные способности,

технические навыки, способность разрешать проблемы, принятие решения, управление пациентом, мастерство, преданность к продолжительному обучению, ответственность, честь, интегрированность, уважение других.

На сегодняшний день одним из методов, оценивающих компетентность, является OSCE – инновационный метод, имеющий высокий уровень достоверности и надежности, получивший признание и одобрение в мировом масштабе. Он дает возможность объективно оценить знания, навыки и клиническое мышление в количественно измеряемой форме. Его внедрение на кафедрах института и университета позволит получить реальную картину клинической компетенции слушателей, выявить просчеты процесса обучения и, следовательно, улучшить его.

С этой целью авторским коллективом разработано учебно-методическое пособие по OSCE, в котором изложены методика и условия проведения экзамена, рекомендации по составлению ситуационных задач и оценочного листа экзаменатора, в конце которого анализируются результаты и выставляются баллы. Учебно-методическое пособие OSCE предназначено для преподавателей, студентов, интернов, клинических ординаторов, доктор философии (PhD), доктор по специальности, аспирантов и слушателей.

Представленные в данном учебно-методическом пособии клинические случаи могут быть использованы для демонстрационных OSCE на клинических кафедрах НОУ «Медико-социальный институт Таджикистана», ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан», ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино». Имея под рукой данные клинические случаи и «контрольный список» стандартизированного пациента, можно научиться избегать ненужных вопросов, излишних этапов обследования, научиться очерчивать круг наиболее важных проблем. Участвуя в таком экзамене, слушатели и студенты четче понимают необходимость

практических навыков, у них постепенно исчезает страх перед больным, появляется ответственность за свои действия, уверенность в своих знаниях. От механического заучивания они переходят к осмыслению медицинских манипуляций.

Авторы надеются, что предлагаемое учебно-методическое пособие будет востребовано при оценке знаний и умений по клиническим дисциплинам как для слушателей и студентов НОУ «Медико-социального института Таджикистана», ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан», ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино», медицинских кафедр, так и для оценки знаний и умений интернов, клинических ординаторов, докторов философии (PhD), доктор по специальности, аспирантов, соискателей и практикующих врачей.

Авторы будут весьма признательны за высказанные замечания, предложения и дополнения.

Авторы

ОПРЕДЕЛЕНИЕ OSCE

Объективный структурированный клинический экзамен

Впервые применение модели стандартизированного пациента в 1963 г. в Университете Южной Калифорнии провел доктор Говард Барроус – здоровый артист изображал парализованного пациента с рассеянным склерозом, и слушатели на цикле неврологии узнали относительно болезни от «реального» пациента вместо учебника.

Основоположником стандартизированного экзамена являются Барроус и Абраамсон (1964), они предложили использовать стандартизированных пациентов для оценки студенческой деятельности в медицинской школе. Используя «реальные» клинические случаи и «реальных» пациентов, можно было оценить, как курсанты используют свои знания и умения, когда сталкиваются с реальной клинической ситуацией и скорее, чем при попытке оценки компетентности на основе стандартизированного письменного экзамена.

Методология проведения OSCE описана HARDEN в 1975 году. OSCE проводится на нескольких «станциях» (кабинеты), где экзаменуемые выполняют ряд клинических задач по клиническим навыкам в соответствии с критериями в течение строго определенного, необходимого периода времени и демонстрируют компетенцию практических навыков или отношений (Hamaden, 1993). OSCE – многосторонний, многоцелевой оценочный инструмент. OSCE оценивает клиническую компетенцию на основе объективного тестирования через непосредственное наблюдение.

OSCE оценивает профессионалов здравоохранения, слушателей, студентов, клинических ординаторов (магистров), обучающие программы, службы здравоохранения, поставщиков услуг. На станциях OSCE используются различного рода тесты, стандартизированные или суррогатные пациенты, или манекены.

За последние тридцать лет, начиная с 1975 года, стандартизированный экзамен развился в важный инструмент для обучения и оценки медицинских слушателей, студентов и врачей, и во многих странах используется не только в медицинском обучении, но и для лицензирования. OSCE успешно интегрирован в программу обучения слушателей и клинических ординаторов (магистров) многих медицинских ВУЗов мира и применяется в медицинских школах Англии, Америки, Канады, Индии, Китая 1-2 раза в год; в ряде медицинских школ OSCE внедрен во время каждой ротации по терапии, семейной медицине, акушерству-гинекологии, педиатрии, психиатрии, реаниматологии, травматологии, нервных болезней и хирургии. В США слушатели выпускных курсов и магистры медицинских школ проходят в завершающем году мультидисциплинарный OSCE.

В Узбекистане и Кыргызстане данный метод внедрен и успешно применяется не только как текущий экзамен, но и во время проведения Государственных экзаменов на 6 курсе. Несколько клинических кафедр в Казахстане также приступили к внедрению OSCE. В Таджикистане данный метод применяется на кафедре семейной медицины ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан» и ТГМУ им. Абуали ибни Сино.

КТО ТАКОЙ СТАНДАРТИЗИРОВАННЫЙ ПАЦИЕНТ?

Экзаменуемый решает клинические задачи в ряде тестовых станций при взаимодействии с обученным пациентом, называемым **стандартизированным пациентом (СП)**. Уникальные качества обследования стандартизированного пациента сопряжены с интенсивной подготовкой. За определенное время слушатель, студент или врач должен собрать анамнез, обследовать пациента и точно сформулировать дифференциальный диагноз и план обследования и лечения. На каждой тестовой станции экзаменуемый должен продемонстрировать превосходные коммуникативные навыки и самообладание. СП претендует быть реальным пациентом с реальной болезнью. Стандартизированные пациенты – это индивидуумы, которые были обучены представлять существенные признаки и симптомы специфических состояний в необходимых тестирующих условиях. Стандартизированным пациентом может быть здоровый человек, обычно это студент младшего курса или же пациент, имеющий ту или иную стабильную симптоматику, либо медработник того же мединститута, либо актер. Приглашенных лиц на роль стандартизированного пациента обучают изобразить соответствующую клиническую проблему. Для слушателя, исполняющего роль СП, это еще и учеба – отличная возможность по выученному сценарию получить теоретические и практические знания. Важно помнить, что СП – не просто актер. Ему необходимо не только запомнить сценарий, описание клинического случая, подобно актеру, но также его главная задача состоит в критическом анализе деятельности каждого экзаменуемого.

При подборе СП учитывают интеллект, внимание, умение выделять существенное, быстро запоминать и реагировать на изменения ситуации, понимание медицинской или этической проблемы случая. Ему должна быть присуща объективность, честность (не разглашение содержания контрольного списка и любой другой конфиденциальной ин-

формации проведения OSCE) экзаменуемым студентам, клиническим ординаторам, слушателям. СП не прерывает Вас, в то время как Вы говорите или выполняете физикальное обследование и сосредоточен на деятельности экзаменуемого, а также прилагает усилия к точному изображению эмоциональных или физических признаков, требуемых для тестовой станции. Точно также, как реальный пациент, задает вопросы относительно своей проблемы. Например: «Скажите мне доктор, это подразумевает, что у меня рак?». Или «Доктор, у меня инфаркт миокарда?» И эти вопросы не должны игнорироваться. Ответ и разъяснения должны быть адресованы реальному пациенту. Если Вы не знаете ответа на вопрос СП, отвечайте, что Вы не знаете. Все приемлемое и недопустимое в поведении и диалоге сценария клинического случая запоминается СП. Маневры, необходимые для точного физикального обследования, требуемые для некоторых клинических случаев, репетируются до совершенства. Поэтому Вы должны подбирать замечательно реалистичного и, по возможности, опытного СП. В течение каждой тестовой станции СП оценивает Вас по контрольному списку (все ли пункты этого списка охвачены Вашими вопросами и действиями), Ваше невербальное и вербальное поведение критически наблюдается и оценивается. Действительно ли доктор высокомерен? Действительно ли доктор безразличен? Доктор заинтересован моей проблемой? Доктор выглядит скучающим, ему надоело? Действительно ли доктор чуткий? Доктор принимает во внимание мою стеснительность в течение физикального обследования? Имейте в виду, что главная цель СП состоит в том, чтобы оценить Вашу способность собрать сфокусированный анамнез и провести сфокусированное физикальное обследование. Экзаменуемый должен задавать соответствующие вопросы относительно болезни и провести соответствующее сфокусированное физикальное обследование в определенное количество времени. В конце заданного времени СП оценивает деятельность экзаменуемого. СП использует контрольный список проверяемых клинических умений и выставляет

балл, если был задан соответственно надлежащий вопрос и выполнен необходимый физический маневр. Умения коммуникативных связей также оцениваются и составляют важную часть контрольного списка. Чем больше количество пунктов, отмеченных в полном контрольном списке, тем выше балл.

СТРУКТУРА OSCE

OSCE состоит от 4 – 5 до 15 – 16 и более тестовых станций, оборудованных необходимыми атрибутами (стол, кушетка, муляж или больной), на каждой из которых экзаменуемый должен выполнить определенное задание. Станция может длиться 5 минут, например, для прошедших курс «Введение в клинику», где Вас просят интерпретировать электрокардиограмму или идентифицировать сердечный шум, 15 – 30 минут для клинических ординаторов (резидентов), когда требуется собрать анамнез и провести сфокусированное физикальное обследование. Некоторые станции сопровождаются межстанцией, где дается дополнительное количество времени, чтобы составить СООП (субъективные данные, объективные данные, оценка, план) или ответить на детальные вопросы «Какие анализы крови необходимо назначить?», «Каков Ваш дифференциальный диагноз?», «Что является Вашим следующим шагом в диагностике и лечении этого пациента?». Кроме того, межстанция может обеспечить Вас дополнительной информацией, например, лабораторными данными или результатами консультации, требующими дальнейшей интерпретации и оценки.

Клинические – дисциплины используют мультидисциплинарный OSCE как экзамен, чтобы измерить студенческую деятельность и ее соответствие предъявляемым квалификационным требованиям.

Во время OSCE каждый стандартизированный пациент будет оценивать Ваши практические навыки врача по следующим критериям.

ОЦЕНОЧНАЯ ШКАЛА СТАНДАРТИЗИРОВАННЫМ ПАЦИЕНТАМ (5-БАЛЛЬНАЯ ШКАЛА)

Экзаменуемый	Неудов.	Удов.	Хор.	Отл.
Пункт 1 (личные качества)				
А: встречает тепло, расположен дружелюбно				
Б: обращается с Вами, как с личностью, находящейся на том же уровне, не покровительственно, говорит не «сверху вниз»				
Пункт 2 (сбор информации)				
А: позволяет рассказать Вам свои жалобы, слушает Вас внимательно, не прерывает время Вашего разговора				
Б: бывает внимательным и заинтересованным				
В: задает ясные и открытые вопросы				
Пункт 3 (обсуждение, уважение и коммуникация)				
А: объясняет Вам, что она/он собирается делать перед или во время физического обследования				
Б: поддерживает Вашу стеснительность и комфорт, используя халат для больного и драпировку при необходимости				
В: объясняет медицинские термины простым языком, не используя медицинскую терминологию				

ПРЕИМУЩЕСТВА OSCE

- Эффективен для оценки практических навыков. Дает возможность оценить умение слушателя выполнить навык или манипуляцию в единой для всех форме.
- Позволяет оценить не только последовательность, но и качество выполнения клинических навыков.
- Является сравнительным клиническим опытом для каждого участвующего экзаменуемого.
- Часто является возможностью развития преподавателя.
- Является средством обучения новым практическим навыкам.
- Обеспечивает структурированное наблюдение преподавателем.

Шесть основных моментов OSCE

1. Навыки, которые нужно оценить.
2. Команда OSCE.
3. Клинические случаи, которые нужно развивать.
4. Подбор стандартизированного пациента.
5. Тренинг стандартизированного пациента.
6. Обеспечение экзаменационного процесса.

Навыки интервьюирования и сбора информации

- Ясность, четкость Ваших вопросов.
- Эффективность Вашей техники вопросов.
- Использование подобающей медицинской терминологии.
- Ваше подтверждение и суммирование информации с больным.
- Эффективность Вашего перехода через различные части интервью.

Навыки консультирования и получения информации

- Ясность, четкость Вашей информации пациенту.
- Эффективность и искренность Вашей консультации.
- Ясность, четкость, адекватность Вашей речи.

- Как эффективно Вы суммируете и синтезируете собранную информацию

Рапорт (связь между врачом и пациентом)

- Ваше внимание пациенту.
- Умение пользоваться языком тела.
- Уровень сочувствия и поддержки, которую Вы оказываете пациенту.

Личные качества

- Ваша чувствительность к стеснительности пациента, включая соответствующую драпировку.
- Ваша манера поведения во время проведения физикального осмотра.

ДЕНЬ ТЕСТИРОВАНИЯ

До начала экзамена необходимо дать детальную ориентацию, можно показать видеозапись, если таковая имеется, объясняя задания, как идти от станции до станции, значения и роль межстанций. Имеется достаточно времени, чтобы проходить от одной станции до другой и не читать инструкции для новой тестовой станции. Экзамен удобнее проводить в поликлинике, где кабинеты врача (офисы) расположены вдоль коридора один за другим.

СП находится в кабинете (офисе) врача или в палате стационара, называемых станцией. Студенты, слушатели или клинические ординаторы должны быть в белых халатах и иметь при себе фонендоскоп. Комнаты оборудованы перчатками и медицинскими приборами, манекенами, необходимыми для тестовой станции. СП будет соответственно подготовлен в зависимости от выполняемой роли. Тестовые станции могут быть оборудованы видеокамерами, желательно скрытыми (если имеются), чтобы не умалять эффекта реальности ситуации. В большинстве экзаменов используются зву-

ковые сигналы или устные объявления, чтобы сигнализировать начало и конец тестовой станции. Дополнительное время не выделяется, стандартизированные пациенты проинструктированы, чтобы остановить собеседование и обследование после звукового сигнала «конец станции». Используется также сигнал предупреждения – это указание, сколько минут осталось на станции, чтобы помочь сохранить темп прохождения тестовой станции самостоятельно. Если предупреждение сигналов не используется на экзамене, необходимо носить часы, чтобы Вы могли проверить темп прохождения станции. Когда остается несколько минут до окончания станции, экзаменуемый должен:

1. закончить любые остающиеся задачи в сборе анамнеза или физикального обследования;
2. начать достигать адекватного заключения со СП.

Баллы, которые экзаменуемый получает на каждой тестовой станции, основаны на контрольном списке, заполненном СП или преподавателем после того, как экзаменуемый заканчивает осмотр и межстанция оформлена письменно и представлена на рассмотрение курсантом.

НАЧАЛО ВСТРЕЧИ СО СТАНДАРТИЗИРОВАННЫМ ПАЦИЕНТОМ

Инструкция по экзамену вывешиваются на двери снаружи и внутри каждой тестовой станции и должны быть прочтены до входа. При внимательном чтении можно выявить, является ли это визит нового пациента или это его последующий визит, где находится пациент – в кабинете (офисе) на амбулаторном приеме, в палате стационара, реанимации, дома. Вывешенная инструкция также содержит необходимую информацию о возрасте, прошлых медицинских проблемах, профессии.

Представленная информация будет помогать подготовиться к выполнению тех задач, которые будут оцениваться

на тестовой станции. Инструкции будут информировать Вас о главных жалобах пациента, жизненно важных показателях, если они необходимы для станции.

После ознакомления с инструкцией Вы должны продумать навыки, которые будут тестироваться и стратегический план взаимодействия с пациентом. При входе на тестовую станцию будьте готовы показать себя конфиденциальным и произвести хорошее впечатление.

Инструкции на двери будут содержать информацию о том, что требуется на каждой станции. Например, Вам будет сказано, что необходимо собрать сфокусированный анамнез и выполнить сфокусированное физикальное обследование в течение 15 минут. В условиях задачи Вас предупреждают, что нет необходимости проводить влажалищное обследование или обследование молочной железы. Вас могут попросить обсудить дифференциальный диагноз и план обследования пациента. Ваши задачи на каждой тестовой станции четко очерчены и Вы не должны отклоняться от предъявляемых требований. Аналогичная инструкция вывешивается с внутренней стороны двери или кладется на стол, если Вы нуждаетесь в напоминании задач, жизненно-важных показателей или представленных проблем. Не смущайтесь обращаться к этой инструкции внутри тестовой станции, если что, то нужно вспомнить.

СОСТАВЛЕНИЕ КОНТРОЛЬНОГО СПИСКА

Каждая тестовая станция имеет специфические задачи, которые отражают навыки, что критически будет оценено СП. На некоторых станциях вместе со СП находятся наблюдатели (преподаватели, врачи ГСВ). В этом случае наблюдатели выполняют контрольный список, что позволяет СП полностью концентрироваться на сценарии. Если внутри тестовой станции находится только СП, то это означает, что он заполнит контрольный список после того, как Вы покинете

комнату. Контрольный список обычно состоит из 25 вопросов и ограничивается навыками, которые необходимо оценить на этой тестовой станции, может содержать вопросы анамнеза, физикального обследования, необходимые именно для этого клинического случая. Для выполнения поставленных задач Вы должны обращаться со СП, как с реальным, и помнить о том, что им будут оцениваться и коммуникативные навыки.

Подход к стандартизированному пациенту:

- прочти;
- сфокусируйся на проблеме пациента;
- мысленно составь контрольный список;
- составь контрольный список для каждого пациента;
- анамнез настоящего заболевания;
- перенесенные заболевания;
- семейный анамнез / социальный анамнез;
- физикальное обследование;
- коммуникативные навыки.

СБОР АНАМНЕЗА

Когда Вы входите в комнату (тестовую станцию), представьте себя СП. Начните интервью с открытых вопросов, например, «Как я могу помочь Вам?» или «Что привело Вас сегодня в поликлинику?». Встречайте тепло, здороваясь за руку и улыбаясь. Выстраивайте по жалобе точную логичную и систематизированную информацию. Например, самой частой жалобой СП является боль. Это может быть абдоминальная боль, боль в груди или головная боль.

Вам следует задать 7 следующих вопросов.

1. Начало боли.
2. Локализация боли
3. Характер боли.

4. Тяжесть боли.
5. Облегчающие боль факторы.
6. Усиливающие боль факторы.
7. Связанные с болью симптомы.

При необходимости экзаменуемый должен спросить у анамнеза, включая семейный или социальный, о наличии курения, употребления алкоголя, наркотиков, кофеина. Вы также должны интересоваться образом жизни больного, включая физические нагрузки, сексуальный анамнез, диету, хобби, путешествия, профессию. Проблемы личной жизни и эмоциональные стрессы должны учитываться при необходимости.

По возможности старайтесь использовать открытые вопросы и никогда не повторяете их. Демонстрируйте, что Вы слушаете внимательно, поза должна выражать внимание (наклонен вперед, находится на уровне глаз), устанавливайте хороший контакт глазами, периодически кивайте головой, чтобы СП понял, что Вы его внимательно слушаете.

Вы будете стараться получить по возможности более полную историю болезни на каждой станции, но Вам нужно обязательно собрать сфокусированный анамнез и физикальные данные. Не ставьте поспешный диагноз и не заканчивайте интервью преждевременно. Продумайте дифференциальный диагноз для каждой представленной проблемы.

Будьте уверены, что Вы ответили на следующие 4 вопроса на каждой тестовой станции.

1. С каким органом системы я имею дело?
2. Какая наиболее вероятная причина проблемы?
3. Какие факторы риска могут быть при этой проблеме?
4. Какие осложнения проблемы у этого пациента?

В конце интервью Вы должны заключить и суммировать проблемы пациента, разрешить вопросы, сомнения и обсудить план. Не забывайте сказать «спасибо» и «до свидания».

ФИЗИКАЛЬНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

На этом этапе необходимо использовать данные, полученные при сборе анамнеза, и провести сфокусированное физикальное обследование, требуемое по данной проблеме. СП критически оценивает навыки физикального обследования и констатирует, выполняете ли Вы необходимые маневры и проводите ли их достаточно технично. Например, если СП представляет боль в горле и предполагается мононуклеоз, Вы должны провести абдоминальное обследование на предмет выявления гепатоспленомегалии, а также осмотр горла.

Стандартизированный пациент может и в реальной жизни иметь шум в сердце, ритм галопа, гепатоспленомегалию или подготовлен, чтобы продемонстрировать, например, симптом Мерфи, Кернига. Некоторые физикальные данные можно симулировать макияжем (желтуха, кровоподтёк). Если физикальных данных, соответствующих данному клиническому случаю, нет у СП, он покажет Вам карточку, где записаны эти патологические изменения. Эту информацию нужно внимательно изучить.

ПЯТЬ ПРОСТЫХ ШАГОВ К ЭФФЕКТИВНОЙ СВЯЗИ – РЕКОМЕНДАЦИИ ЭКЗАМЕНУЕМОМУ

Умения связи будут оцениваться непрерывно в течение экзамена или обследования. Некоторые станции могут быть посвящены полностью коммуникативным связям. На других станциях СП будет наблюдать на протяжении всего сбора анамнеза и физикального обследования, затем отразит эффективность по полноте использования коммуникативных знаний и умений, квалификации языка. Для эффективного выполнения этих задач с пациентами необходимо следовать следующим пяти простым шагам.

1. Объясните ваши результаты. Вы должны прилагать усилия, чтобы обучить каждого пациента относительно главной жалобы, ясно объясняя особенности болезни или проблемы. Вы должны объяснить полученные данные физикального обследования и обсудить план дальнейшего обследования. Попытайтесь идентифицировать эмоциональный ответ пациента и понимание проблемы; предложите Вашу поддержку и заверение. Не ставьте пациенту преждевременный диагноз. Не давайте ложную информацию или ложное заверение.

2. Обсудите прогноз. Прогноз должен быть заявлен ясно, даже если пациент будет не в состоянии понимать этого. Заверьте пациента, когда ожидается восстановление. Вы должны обсудить доступно систему поддержки сообщества в случае серьезной или терминальной болезни. Обсудить чувства пациента относительно прогноза.

3. Выделите план. Вы должны убедить пациента о необходимой заботе. Вы должны ясно выделить шаги заботы и выяснить, будет ли пациент сотрудничать с планом. Обсудите чувства пациента относительно плана. Поясняйте пациенту, что Вы продолжите участвовать в его/её проблемах, даже когда необходима консультация.

4. Вовлекайте пациента в ваш план. Объясните, когда пациент может помогать в его/её самоконтроле, например в обучение диабетического пациента применению экспресс-методик для определения уровня глюкозы крови и мочи или обучение астматического пациента проведению и оценки пикфлоуметрии, изменению образа жизни (безопасный секс) или модификации факторов риска (прекращение курения, табака), ограничению чрезмерной инсоляции. Необходимо, чтобы пациент сам понимал и стремился к этому активно.

5. Обучите пациента. Вы должны знать принципы профилактического здравоохранения и консультирования пациента соответственно. Экзаменуемые должны демонстрировать фундаментальные знания этих мер в течение обследования стандартизированного пациента.

Во время выполнения пяти вышеназванных видов деятельности экзаменуемый должен использовать соответствующий язык и нужно избегать медицинской терминологии, а подход к пациенту должен быть организованным и систематизированным. Слушайте СП внимательно, позволяйте ему или ей закончить утверждения без прерывания. Если есть необходимость прервать пациента, так, например, в случае маниакального синдрома или чрезмерно болтливого пациента, делайте это тактично. Плохие коммуникативные связи могут повлиять на итоговую оценку экзаменуемого, так как оценка их проводится на каждой тестовой станции.

ПЯТЬ ПРОСТЫХ ШАГОВ К ЭФФЕКТИВНОЙ СВЯЗИ

Профилактические меры для обсуждения со стандартизированным пациентом

1. Алкоголь, наркотики, курение.

2. Скрининг рака.

Самообследование молочной железы, маммография, тест по Папаниколау.

Обследование яичек и простаты.

Анализ кала на скрытую кровь.

Скрининговая сигмоидоскопия.

Обследование кожи.

3. Профилактика инфекционных болезней.

- Ежегодная реакция Манту.

- Безопасный секс.

- Прививки против гриппа, гепатита «В», краснухи, свинки, кори, дифтерии, столбняка.

4. Надлежащая диета и упражнения для предупреждения коронарной болезни сердца, диабета, рака, гипертонии и остеопороза.

5. Методы уменьшения стрессов (когда необходимо).

6. Неблагоприятные факторы окружающей среды и профессии (когда имеются).

7. Профилактика травм и повреждений:

- ношение автомобильных ремней;
- использование шлемов при езде на велосипеде, мотоцикле, роликовых коньках.

БЫСТРОЕ УЛУЧШЕНИЕ КОММУНИКАТИВНЫХ НАВЫКОВ

УМЕНИЕ СОБИРАТЬ АНАМНЕЗ

- Используйте открытые вопросы: «Что Вас беспокоит?», «Что Вы можете сообщить мне относительно ваших жалоб?».

- Начинайте с общих вопросов и затем сфокусируйтесь на вопросах, связанных с проблемой.

- Задавайте наводящие вопросы.

- Используйте паузы; дайте время подумать и отреагировать.

- Никогда не прерывайте пациента, когда он/она говорит.

- Переход от одной области к другой для обсуждения должен быть гладким.

- Используйте соответственно технику проведения беседы: руки не надо держать скрещенными на груди, они должны быть выпрямлены, поза должна выражать внимание (слегка наклониться вперед) и старайтесь быть на уровне глаз и слушать, глядя в глаза пациента (хороший глазной контакт).

- Повторите последние утверждения, сделанные СП, так чтобы он/она продолжил (а) говорить.

- Используйте простой, понятный язык, избегайте употребления медицинской терминологии.

- Не спешите, позвольте пациенту ответить на вопрос прежде, чем Вы зададите следующий вопрос.

- Будьте открытыми для вопросов; никогда не избегайте, не игнорируйте вопросов.

- Демонстрируйте интерес к анамнезу пациента; никогда не показывайте, что он Вам докучает или Вам надоело.

- Эффективно суммируйте и синтезируйте собранную информацию.

ФИЗИКАЛЬНЫЕ НАВЫКИ

Мойте руки перед осмотром пациента.

Выполняйте сфокусированное обследование, основанное на жалобах пациента, симптомах, анамнезе.

- Не осматривайте пациента через платье, но используйте всегда при осмотре в максимально возможной степени халат пациента и драпировку подобающим образом, чтобы поддержать стеснительность и удобство пациента.

- Спрашивайте пациента относительно разрешения для его/ее обследования (пальпации, перкуссии, аускультации) или снятия одежды.

- Сообщите пациенту, что Вы планируете делать, опишите действия перед началом или во время выполнения.

- Объясните результаты Вашего физического обследования.

- Будьте чувствительными к боли пациента, страданиям и дискомфорту.

- Никогда не начинайте обсуждение с пациентом, частично раздетым.

- Никогда не повторяйте болезненные маневры.

- Помогайте пациенту вставать на кресло, кушетку или ехить с них.

- Не выполняйте ректальное, влагалищное/генитальное исследование или обследование груди.
- Следите за временем, которое осталось для встречи.
- Заканчивайте встречу, когда подадут сигнал «конец встречи».

КОММУНИКАТИВНЫЕ И МЕЖЛИЧНОСТНЫЕ НАВЫКИ

- Приветствуйте и представляйте себя пациенту тепло обменяйтесь рукопожатием.
 - Узнайте или подтвердите имя пациента.
 - Признавайте демонстрируемые пациентом эмоции, затем обсудите эмоции, например, «Вы кажетесь печальным, расстроенным».
 - Не давайте больше информации, чем ему/ей нужно.
 - Демонстрируйте сочувствие, когда необходимо.
 - Демонстрируйте отношение доверия, надежности, теплоты.
 - Ищите точку зрения пациента; спросите относительно любого сомнения пациента.
 - Никогда не будьте суровым или конфронтационным.
 - Устанавливайте партнерство с пациентом, т.е. «Мы будем вместе для Вас лучше».
 - Не давать пациенту ложных заверений.
 - Хвалите пациента, то есть, «Вы справляетесь очень хорошо с этим заболеванием».
 - Обеспечивайте конфиденциальность пациента.
 - Расскажите пациенту Ваши начальные впечатления и план для диагностического поиска.
- Спрашивайте и отвечайте на любые дополнительные вопросы.
- Никогда не делайте попыток общаться с пациентом более, чем как врач – пациент.

- Чувствуйте себя свободно, записывая во время встречи (бланки обеспечиваются).
- Концентрируйтесь на случае, с которым Вы работаете.
- Уведомляйте преподавателей о любых проблемах.
- Следите за временем, которое осталось для встречи.
- Заканчивайте встречу, когда подадут сигнал «конец встречи».

ОБЩИЕ КОММУНИКАЦИОННЫЕ ПРОБЛЕМЫ

OSCE применяется также и для оценки знаний и умений по биоэтике, включающей передачу плохих новостей пациенту, решение об отказе от лечения, потребность сообщения правды, трудный (не соглашающийся пациент), подвергнутый насилию пациент, проблема конфиденциальности, болтливый пациент, пациент-алкоголик, пациент-наркоман.

Экзаменуемый должен быть подготовлен, чтобы управлять, по крайней мере, одной трудной проблемой в течение обследования стандартизированного пациента, либо весь блок может быть посвящен этой проблеме, например, после прохождения модуля по психологии. Ниже приведено наиболее общие вопросы биоэтики, которые можно включить в экзамен. В целом содержание этих станций зависит от тех законов, правил, традиций, которые приняты в нашей стране, поэтому многое нужно адаптировать к местным условиям. Эти проблемы, тем не менее, актуальны и их включение в программу обучения реформированного медицинского образования необходимо.

1. Передача плохих новостей пациенту

Эта станция может требовать, чтобы экзаменуемый обсудил патологический результат маммограммы или патологический результат мазка по Папаниколау, либо сообщил пациенту, что у него/ неё рак, ВИЧ/СПИД или болезнь Альцгеймера. На них экзаменуемый должен установить хорошую связь с па-

циентом. Необходимо подвести итог проблемы и разговора относительно прогноза, но только если пациент готов к этому. Необходимо часто делать паузу и думать о дистрессе пациента. Выяснить относительно наличия поддержки пациента, о семье или близких друзьях. Предлагать помощь пациенту по сообщению близким информации относительно медицинского состояния. Сообщать шаг за шагом план и предлагать свою поддержку. Если пациент в состоянии продолжить дискуссию, то необходимо спросить о желании жить.

2. Решение об отказе от лечения

Эта тестовая станция охватывает пациентов, отказывающихся от жизненно необходимого переливания крови из-за религиозных чувств, пациентов, отказывающихся от операции, интубирования или реанимации, отказа от аппаратного дыхания или кормления через стому. На этой тестовой станции экзаменуемый должен спросить относительно эмоционального благосостояния пациента, чтобы гарантировать, что пациент не угнетен, смущен, сердит. Необходимо удостовериться, что пациент понимает болезнь и последствия решения (смерть). Спросить, знают ли члены семьи или близкие о принятом решении. Когда у пациента есть доверенное лицо, нужно удостовериться, что Вы говорите с соответствующим человеком. Предложите поддержку от психиатра или духовенства.

3. Потребность сообщения правды

Эта станция требует интервьюирования, если члены семьи просят врача не сообщать пациенту относительно заболевания. Нужно спросить относительно причины просьбы и сообщить членам семьи, что пациент имеет право знать о медицинской проблеме. Нужно сообщить семье, что если пациент спросит напрямую относительно своего здоровья, с этических позиций придется сказать правду. Если пациент спрашивает, то не следует говорить пациенту любую информацию, если есть опасение, что пациент не сможет с этим

справиться. На этой тестовой станции нельзя обещать, что Вы ничего не скажете пациенту.

4. Не соглашающийся пациент

Эти пациенты обычно дезинформированы относительно болезни и лечения. Вы должны удостовериться, что пациент понимает болезнь и почему предписано лечение. Обсудите причины несогласия пациента или несоблюдения условий лечения и переключитесь на альтернативное лечение, если имеются побочные действия лекарств. Вы должны заинтересовать пациента в его состоянии и добиться соглашения с пациентом. Планируйте последующие посещения и похвалите за прогресс пациента. Уважайте индивидуальность пациента.

5. Подвергнутый насилию пациент

Этот стандартизированный пациент может прийти в офис врача с незначительной жалобой. Несмотря на представленные жалобы, если Вы замечаете ушибы, кровоподтеки у пациента, спрашивайте напрямую относительно насилия дома (супружеское насилие, насилие над пожилым человеком или над ребенком, в зависимости от тестовой станции). Информировать, что домашнее насилие незаконно и что привлечение милиции поможет предупредить дальнейшее насилие. Поинтересуйтесь о наличии оружия в доме. В случае супружеского насилия объясните, что насилие в семье влияет на дальнейшее поведение детей. Подтвердите жене, что трудно остановить плохо обращающегося с ней мужа. Проявите беспокойство для безопасности пациента. Предложите Вашу собственную поддержку, рекомендацию и последовательное выполнение. Будьте готовы, чтобы обсудить поддержку против домашнего насилия в сообществе.

6. Проблема конфиденциальности

Хорошим примером этого является подросток, нуждающийся в контрацепции и не желающий, чтобы родители знали

... обсудить преимущества и риск
... с подростком. Если Вы чувствуете, что юный
пациент имеет компетентность и суждение взрослого, Вы мо-
жете выписать контрацептивные препараты и не говорить об
этом родителям. Если родители желают знать, почему дочь
посетила врача, Вы должны ясно сообщить родителям относи-
тельно права их дочери на конфиденциальность. Попробуйте
убедить родителей обсудить проблему непосредственно с их
дочерью. Посоветуйте семье вместе решить проблему и
тем самым улучшить отношения. Имейте в виду, что отноше-
ния «родители-врач» столь же конфиденциальны, как и отно-
шения «дочь-врач». Вы не должны разглашать информацию
относительно посещения родителей дочери.

7. Болтливый пациент

Болтливого пациента или пациента с манией очень
трудно прервать, нужно делать этого тактично. С ними часто
лучше использовать вопросы закрытого типа. СП не будет
позволять вставить слово, тем не менее, попробуйте контро-
лировать интервью. Избегайте показаться расстроенным,
сердитым и нетерпеливым. Сфокусируйтесь на получении
точного анамнеза и физикального обследования.

8. Пациент, злоупотребляющий алкоголем

Вы должны идентифицировать эту проблему в течение
обычного сбора анамнеза и физикального обследования. Па-
циент может жаловаться на тремор, бессонницу, провалы па-
мяти, частые падения, потерю в весе, половую дисфункцию,
депрессию или проблемы межличностных отношений. Паци-
ент может пахнуть перегаром во время интервью. Суп-
руг/супруга может сопровождать пациента, чтобы сообщить
врачу относительно проблемы употребления алкоголя. Вы
должны констатировать злоупотребление алкоголем в не-
осуждающей и не конфронтационной манере. Спросите от-
носительно семейного анамнеза, относительно прошлых по-

пыток прекратить пить, о стрессах в жизни пациента, кото-
рые могут способствовать злоупотреблению алкоголем и ре-
цидивам. Идентифицируете пациента в опровержении. Когда
необходимо, интегрируйте анкетный опрос (CAGE) по алко-
голизму в интервью: Пытались ли Вы когда-нибудь бросить
пить? Раздражали ли Вас люди, критикуя, что вы пьёте? Чув-
ствуете ли Вы вину, когда пьёте? Бывает ли трудно открыть
глаза при похмельном синдроме по утрам или успокоить Ва-
ши нервы? Сообщите пациенту, что Вы уверены в его/её спо-
собности прекратить пить. Спросите о желании работать над
этой проблемой, обсудить выбор специфичного лечения
(группы поддержки, госпитализация для прекращения лече-
ния, амбулаторное консультирование, лекарства). Согласуй-
те, заключите план и предложите Ваше непрерывное внима-
ние и поддержку.

9. Пациент – наркоман

В лечении наркомана, включая ищущего наркотическое
средство, Вы должны контролировать свое влияние и демон-
стрировать уважение. Старайтесь найти удобный момент,
чтобы провести беседу о вреде использования наркотиков,
если Вы заметили следы его инъекций на СП и выразите уве-
ренность в том, что пациент может прекратить их использо-
вание. Расскажите о риске для здоровья. Спросите относи-
тельно системы поддержки пациента и разработайте ясный
план лечения проблемы употребления наркотиков. Предло-
жите пациенту выбор для детоксикации (госпитализация, ам-
булаторное лечение) и определите четко то, что Вы будете
укреплять прогресс и усилия, сделанные пациентом.

10. Пациент – курильщик

Вы должны спросить относительно никотиновой зави-
симости: является ли активным или пассивным курильщиком
или использует табак с низким содержанием никотина.

Если при физикальном обследовании Вы заметили пятна никотина на кончиках пальцев СП, то проведите беседу о прекращении курения. Спросите, сколько лет пациент курит и количество сигарет в день. Спросите относительно того, как часто пациент пытался бросить курить. Просветите пациента относительно факторов риска никотина для развития коронарной болезни сердца, рака, болезни легких. Спросите пациента определенно, желает ли он/ она бросить курить. Покажите пациенту, что Вы уверены в его/её способности бросить курить («Вы должны сделать это!»). Обсудите стратегию прекращения курения (жевательная резинка, пластыри, таблетки, поведенческая модификация). Согласуйте план с пациентом и обсудите дальнейший мониторинг прогресса. Не забывайте давать установку о прекращении курения каждому пациенту, кто курит.

11. Пациент с эмоциональными проблемами

Эта категория является широкой и разнообразной, включая враждебно настроенного пациента («Я собираюсь подать на Вас в суд») и пациента с тревожным синдромом («Эта головная боль настолько плоха, что я уверен, что у меня опухоль мозга»). Такие пациенты требуют полного интервью и соответственного физикального обследования. Этот контингент нуждается в большом внимании, терпении, сочувствии и заверении, тщательном сборе анамнеза и по необходимости сфокусированном физикальном обследовании. Старайтесь выразить понимание сомнениям.

12. Пациент, нуждающийся в согласии для процедур

Вы должны получить информационное согласие, объясняя шаг за шагом, как выполняется процедура. Объясните цель процедуры и возможные осложнения. Объясните показания, противопоказания, риски и выгоды от процедуры, используя простой и краткий язык. Сообщите пациенту, что Ваш опыт проведения процедуры будет гарантирован пациенту, и что

комфорт пациента в течение процедуры будет приоритетом. Уважайте решение пациента, когда он хочет отказаться от процедуры. Вы должны быть подготовлены, чтобы получить информированное согласие для артериальной катетеризации, артроцентеза, вскрытия трупа, донорства органа, бронхоскопии, венозной катетеризации, сигмоидоскопии, биопсии печени, спинномозговой пункции, лапароцентеза, обследования на ВИЧ-инфекцию и плевральную пункцию.

**ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКИХ НАВЫКОВ (ОКН).
ПИСЬМЕННЫЙ ОТЧЕТ
ПО СТАНДАРТИЗИРОВАННОМУ ПАЦИЕНТУ.
МЕЖСТАНЦИЯ OSCE.**

После завершения встречи со СП Вы, возможно, должны будете пройти через межстанцию для составления письменного отчета. На межстанции Вы должны вспомнить, мысленно обобщить все данные, полученные в результате сбора анамнеза и физикального обследования СП, и составить краткий, совершенный и четкий отчет.

Иногда на этих межстанциях могут задать специфические вопросы относительно клинического случая (дифференциального диагноза, исследований, которые Вы назначили) или спросить об интерпретации анализов крови, результатов исследований, например, спинномозговой жидкости, плеврального пунктата, исследовании функции легких, рентгенограмм органов грудной клетки, суставов или электрокардиограмм. Цель межстанции состоит в том, чтобы измерить фонд знаний, клинические суждения и рассуждения и соответствующие навыки экзаменуемого. На каждой межстанции подкрепляйте Ваш дифференциальный диагноз, лечение и план. Защищайте ваш вероятный диагноз, описывая ключевые моменты анамнеза и результаты физикального обследования, подходящие для вашего размышления. Ваши диагностические оценки должны быть эффективными и соответствующими данному случаю. Формулируйте терапевтический план и объясните риск и преимущества лечения. Обсудите прогноз, как пациент будет включаться в процесс принятия решения относительно терапевтического выбора, будущего наблюдения по проблемам и по вопросам качества жизни.

**МЕЖСТАНЦИЯ OSCE
Будьте готовы, чтобы интерпретировать
общие диагностические тесты!**

Мазки крови. Осадок мочи. Бактериологические штаммы жидкостей организма.

Рентгенограмма органов грудной клетки. Нормальная рентгенограмма органов грудной клетки, долевая пневмония, абсцесс легкого, туберкулез, плевральный выпот, инфильтрат легочной ткани, аденопатия корней легкого, пневмоторакс, солитарное очаговое уплотнение легких, метастазы в легких, застойная сердечная недостаточность, кардиомегалия, перикардиальный выпот, новообразование в средостении, рентгенограмма пациента с мастэктомией.

Другие рентгенограммы. Боковые снимки шеи для эпиглотита, экскреторные урограммы почки – уретры – мочевого пузыря для камня в почках, панкреатические обызвествления, стеноз привратника, кишечная непроходимость, поддиафрагмальный атмосферный воздух, эзофагограмма, суставы при артрозе, ревматоидном артрите.

Электрокардиограммы. Нормальная электрокардиограмма, острый инфаркт миокарда, ишемия миокарда, отклонение электрической оси сердца влево, нормальное положение электрической оси сердца, блокада левой ножки пучка Гиса, блокада правой ножки пучка Гиса, гиперкальциемия, гипокальциемия, перикардит, тампонада перикарда (низкий вольтаж, электрическая альтернация), мерцание и трепетание предсердий, суправентрикулярная тахикардия, синдром Вольфа-Паркинсона-Уайта, синусовая тахикардия, синусовая брадикардия, атриовентрикулярные блокады I, II степени и полная атриовентрикулярная блокада сердца, экстрасистолы предсердные, желудочковые, желудочковая тахикардия.

Эхокардиограммы. Протаз митрального клапана, аортальный стеноз, митральный стеноз, перикардиальный выпот.

Маммограммы. Нормальная маммограмма, патологические кальцифицированные отложения, совместные со злокачественным развитием, кистозно-фиброзная мастопатия.

Сонограмма. Холелитиаз, внутриматочная беременность, внеутробная беременность.

Фенокардиограммы (пациент или манекен Харви). Нормальное расщепление второго тона, систолический шум при аортальном стенозе, диастолический шум при недостаточности аортального клапана, усиленный I тон, щелчок открытия митрального клапана, диастолический шум при стенозе левого атриовентрикулярного отверстия, систолический шум при недостаточности митрального клапана, ритм галопа, шум трения перикарда, мерцательная аритмия – аускультативная картина.

МЕЖСТАНЦИЯ OSCE

- Определите важные особенности анамнеза.
- Какие ключевые данные физикального обследования найдены?
- Определите, какие заболевания нужно дифференцировать.
- Интерпретируйте доступные лабораторные данные.
- Назначьте лабораторные тесты или диагностические процедуры.
- Укажите выбор лечения.
- Обсудите планы последующего наблюдения.

ОБЗОР СИСТЕМ: ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЕ И НЕГАТИВНЫЕ СТОРОНЫ

Оценка клинических навыков (ОКН) определяет способность экзаменуемого (слушателя, клинического ординатора, врача) выявить широкий спектр дифференциального диагноза через сбор анамнеза и сфокусированное обследование и сформулировать три приоритетных дифференциальных диагноза. Обзор систем – существенный компонент и должен

быть полным и уместным. Экзаменуемый должен быть способен подтвердить дифференциальный диагноз и выделить подходящие положительные и негативные стороны для каждой представленной проблемы. Экзаменуемый по ОКП должен мысленно запечатлеть полученные в результате сбора анамнеза и физикального обследования данные обзора систем и письменно изложить отчет по пациенту, используя подходящие положительные и негативные стороны.

Общие. Потеря или прибавление в массе, усталость, озноб, ночная потливость, полное общее здоровье.

Кожа. Высыпания, опухолевидные образования, зуд, сухость, изменения волос, изменения ногтей.

Голова. Головные боли.

Глаза. Диплопия, нарушения зрения, синдром красного глаза, выделения из глаз, отек глаз, светобоязнь, корректирующие зрение линзы, катаракта или глаукома в анамнезе.

Уши. Потеря слуха, звон в ушах, головокружение, отиты.

Нос. Аллергия и сенная лихорадка в анамнезе, частые простуды, заложенность носа, носовые кровотечения, синуситы.

Рот/горло. Охриплость голоса, кровянистые выделения, язвы рта, плохие зубы, язвы языка, воспаление горла, нарушение вкуса, нарушение глотания.

Шея. Лимфаденопатия или зоб.

Молочные железы. Выделения из сосков, втяжение сосков, кровянистые выделения из сосков, асимметрия молочных желез, опухолевидные образования, тяжесть молочных желез, ежемесячное самообследование молочных желез, последняя маммография.

Органы дыхания. Кашель, боль в груди, сухие хрипы, одышка, одышка при физической нагрузке, кровавая мокрота, в анамнезе туберкулез, пневмония или астма, последняя реакция Манту, последняя рентгенография органов грудной клетки.

Сердечно - сосудистая система. Боль в груди, сдавление или стеснение в груди, пароксизмальная ночная одышка, ортопноэ, одышка при физическом напряжении, синкопоз, го-

ловокружение, отеки ног, стенокардия в анамнезе, инфаркт миокарда, застойная сердечная недостаточность. Гиперлипидемия, высокий уровень холестерина.

Желудочно – кишечный тракт. Боль в животе, расстройства пищеварения, потеря аппетита, непереносимость пищевых продуктов, трудности глотания, болезненное глотание, тошнота, рвота кофейной гущей, запоры, диарея, кровь или слизь в стуле, кровь в рвотных массах, изменение моторики кишечника, желтуха, темная моча, мелена, желчно-каменная болезнь, панкреатит, язвенная болезнь, геморрой.

Мочевыделительная система. Болезненное мочеиспускание, частое мочеиспускание, мутная моча, кровь в моче, никтурия, проблемы в начале мочеиспускания или в конце, инфекция или камни мочевыводящих путей в анамнезе.

Женская половая система. Менструальный цикл, последняя менструация, количество беременностей, выкидышей, аборт, менопауза, приливы, влагалищные выделения, зуд влагалища, патологические влагалищные кровотечения, изменения менструального цикла, в анамнезе заболевания, передаваемые половым путем, болезненный коитус, последний мазок по Папаниколау.

Мужская половая система. Выделения из мочеиспускательного канала, язвы полового члена, болезненные или опухшие яички, в анамнезе грыжи, в анамнезе заболевания, передаваемые половым путем, проблемы с эрекцией, импотенция.

Ревматологические проблемы. Боль в пояснице, боль в суставах, припухшие суставы, деформация суставов, слабость мышц, в анамнезе подагра, остеоартрит или ревматоидный артрит.

Периферические сосуды. Варикозные вены, отеки ног, холодные руки и ноги, флебиты, боль в ногах при ходьбе.

Неврологический статус. Головная боль, головокружение, слабость, онемение, периоды обморока, проблемы с ходьбой или координацией, вращение комнаты (вертиго), тремор, проблемы с памятью, проблемы с контролем мочеис-

пускания (недержание мочи), эпизоды судорог, паралича или инсульта.

Психиатрический статус. Печаль, плач, раздражительность, нервозность, беспокойство, панический синдром, социальные проблемы, нарушение сна, депрессия, слуховые галлюцинации, мысли относительно самоубийства, история психического заболевания.

Гематологическая система. Кровоподтеки, бледность, в анамнезе анемия или переливание крови.

Эндокринологическая система. Полиурия, голод или жажда, тремор, изменения массы, слабость, сотрясения, усталость, чувство жара или холода все время (непереносимость температуры), в анамнезе заболевание щитовидной железы или сахарный диабет.

СТАНЦИЯ 1. ОФТАЛЬМОЛОГИЯ

Инструкции слушателю/студенту.

- 1.Посмотрите фотографии глазного дна и идентифицируйте требуемые области: А. артерия и вена; В. macula
- 2.Ваш пациент на амбулаторном приеме представлен с глазами, напоминающими фотографию 2. Как называется этот симптом, назовите одну возможную причину?
- 3.Продемонстрируйте надлежащую технику, используемую для прямой офтальмоскопии пациента.

Оценка: правильный = А, неправильный = В.

- 1.Идентифицирована артерия (более тонкая) и вена (более толстая).
- 2.Идентифицирована macula.
- 3.Идентифицирована анизокория.
- 4.Названа одна из следующих возможных причин анизокории – нормальный вариант или врожденный идиопатический, черепно-мозговая травма с внутричерепным распро-

стравающимся кровоизлиянием, применение капель в глаза (суживающих или расширяющих зрачок), амблиопия или одностороннее симпатическое или парасимпатическое повреждение нерва.

5. Затемняет комнату.
6. Просит пациента фиксировать взгляд на пункте (точке).
7. Использует правильный глаз – техника офтальмоскопии проводится эффективно.
8. Приближается достаточно близко к пациенту.
9. Регулирует яркость офтальмоскопа соответственно.
10. Регулирует диоптрии соответственно.

Специальные инструкции. Преподавателю: Пожалуйста, корректируйте апертуру и яркость офтальмоскопа после каждого курсанта. Таким образом, мы можем лучше оценивать, регулирует ли курсант это соответственно.

СТАНЦИЯ 2. ЖИЗНЕННО – ВАЖНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ.

Инструкции слушателю/студенту.

Рост, масса и температура тела пациента уже зарегистрированы. Вы должны измерить и записать остальные жизненно-важные показатели пациента (в то время, как пациент сидит).

1. Этот пациент имеет в анамнезе гипертонию, но чувствует себя прекрасно и не хочет принимать лекарство. Поговорите с пациентом и кратко объясните, почему лечение высокого артериального давления необходимо (Вы должны представляться, принимается, что Вы уже имеете превосходную связь с пациентом).

Оценка: правильный = А, неправильный = В.

1. Положение руки пациента?
2. Наложена ли манжета должным образом?

3. Спускается ли воздух из манжеты медленно?
4. Сообщил уровень АД, который является разумно близким к определенному ранее АД пациента?
5. Правильно располагает пальцы для оценки радиального пульса?
6. Определяет пульс, по крайней мере, 10 или 15 секунд.
7. Сообщает о характеристике пульса, которая является разумно близкой к тому, что определено ранее.
8. Наблюдает дыхание пациента, по крайней мере, 15 секунд.
9. Дал хотя бы одно объяснение необходимости принятия лекарства.
10. Дал 2 или больше количество причин для принятия лекарства.

Специальные инструкции. Объяснение относительно потребности в лечении, это может иметь несколько разумных ответов, включая: риск сердечного приступа или инсульта, риск поражения почек, сердца или глаз, либо объяснение «тихого» характера гипертонии.

Слушатель или студент может спрашивать пациента относительно определенной причины, почему он не хочет принимать лекарство (например, стоимость, побочные эффекты, забывает и т.д.).

СТАНЦИЯ 3: ЖИВОТ

Инструкции слушателю/студенту.

1. Демонстрируйте (и опишите) обычное исследование органов нормальной брюшной полости у пациента без жалоб (ради экономии времени, Вы не должны демонстрировать обследование на наличие грыжи).
2. Демонстрируйте и опишите физикальное обследование при осмотре пациента с перитонитом.

Оценка: правильный = А, неправильный = В.

1. Осматривает живот?
2. Выслушивает кишечные шумы?
3. Перкутирует для определения размеров печени?
4. Перкутирует в другом месте живота для определения тимпанита, границ желудка, селезеночной тупости?
5. Проводит поверхностную пальпацию (проверяет ли напряженность, наличие образований)?
6. Проводит глубокую пальпацию?
7. Пальпирует печень?
8. Пальпирует селезенку?
9. Технику исследования проводит гладко и эффективно?
10. Демонстрирует синдром раздражения брюшины (рикошета (Щеткина-Бломберга), синдром Маркла (боль возникает при поднятии правой выпрямленной ноги за пятку), истинные iliopsoas или синдром Ровзинга (боль в правом нижнем квадранте при пальпации в левом нижнем квадранте).

СТАНЦИЯ 4. КОЖА И ЛИМФАТИЧЕСКАЯ СИСТЕМА

Инструкции слушателю/студенту.

1. Посмотрите на фотографию. Это поражение на коже локализовано на локте 20-летнего пациента в течение нескольких месяцев. Опишите повреждение (с использованием соответствующих дерматологических терминов).

2. Демонстрируете и опишите преподавателю, что Вы определяете, поскольку Вы выполняете экспертизу головы лимфоузлов шеи на этом пациенте.

3. У Вашего пациента гиперемизированная отечная голень. В дополнение к возможному тромбозу глубоких вен голени или дерматиту, Вы должны рассмотреть инфекционные причины. Назовите три признака, симптома, которые могут быть найдены при целлюлите голени.

Оценка: правильный = А, неправильный = В.

1. ФОТОГРАФИЯ псориаза – использовал 1 или 2 из следующих терминов? Слушатель должен описать фотографию, используя, по крайней мере, 3 из следующих терминов: 1 – эритематозный, 2 – бляшка, 3 – чешуйки, 4 – лихенизация.

2. Слушатель использовал 3 или большее количества терминов.

3. Ощупывание лимфоузлов – слушатель/студент правильно называл и пальпировал каждые из следующих групп лимфоузлов? Затылочные узлы?

4. Переднеушные и заднеушные лимфоузлы.

5. Передние и задние шейные лимфоузлы?

6. Поднижнечелюстной, подверхнечелюстной и ретрофарингеальный лимфоузлы?

7. Подбородочный и лицевые лимфоузлы?

8. Надключичные?

9. Описание возможного целлюлита – использует 1 или 2 из следующих терминов: местное повышение температуры, нарастающая боль и напряжение, увеличенные региональные лимфоузлы, лимфангит.

10. Использует 3 или более терминов вопроса 9?

СТАНЦИЯ 5: ГРУДЬ

Инструкции слушателю/студенту.

Обращайтесь с пациентом – добровольцем, как с реальным пациентом. Он не имеет никаких жалоб. Выполните обычное исследование груди. Вымойте руки до исследования пациента. Ради экономии времени Вы должны исследовать только одну грудь, опишите Вашу экспертизу преподавателю.

Оценка: правильный = А, неправильный = В.

1. Представил себя вежливо и профессионально.

2. Вымыл руки.

СТАНЦИЯ 7: ПСИХИАТРИЯ И УМСТВЕННЫЙ СТАТУС

Инструкции слушателю/студенту.

Вы должны выполнить часть экспертизы умственного статуса на этом пациенте и задать несколько вопросов.

1. Представьте обследование умственного статуса кратко установите связь с пациентом.

2. Оцените следующие области умственного статуса: а) ориентация; б) внимание и вычисление; в) язык (проведите только одно из испытаний языка).

3. Пациент практически здоров, но грустит, унылый и угнетен. Задайте ему три вопроса, которые могут помочь диагностировать депрессию (эндогенную или большую депрессию).

4. Закончите обследование с дальнейшим фокусированием на рапорте, т.е. связи с пациентом.

5. Назовите два состояния, которые могут иметь низкий балл при структурированном мини-тесте умственного статуса по Фольштейну.

Оценка: правильный = А, неправильный = В.

1. Представил обследование хорошо.

2. Ориентация личности по времени и месту.

3. Внимание и вычисление (последовательное вычитание 7 или произносит слово наоборот).

4. Язык (одно испытание) (называет объекты, повторяет «никакие но, если», повторяет последовательно три команды или пишет предложение).

5. Кардинальные признаки депрессии – слушатель/студент назвал только 1 или 2 признака.

6. Кардинальные признаки депрессии – слушатель/студент назвал 3 (или большее количество признаков).

7. Кардинальные признаки депрессии – слушатель/студент объяснял все признаки.

8. Кардинальные признаки депрессии – законченный экзамплен при поддержании связи.

9. Причины низкого балла мини-теста Фольштейна – слушатель/студент назвал одну причину.

10. Причины низкого балла мини-теста Фольштейна – слушатель/студент назвал 2 причины.

Специальные инструкции. Вопросы 5-8: кардинальные признаки депрессии (в дополнение к угнетенному настроению) – нарушение сна, ангедония (потеря удовольствия или интереса), ощущение вины (может, имеет плачущие периоды), потеря энергии, нарушение концентрации, нарушение аппетита, психомоторное замедление или ажитация (волнение) или суицидальные мысли. Вопросы 9-10: причины низкого балла мини-теста Фольштейна включают – деменцию, галлюцинацию, депрессию, психоз, плохое образование, плохой английский (русский) язык, плохие речевые навыки, умственная отсталость, черепно-мозговое повреждение.

СТАНЦИЯ 8: ЭКГ

Инструкции слушателю/студенту.

1. Продемонстрируйте и опишите преподавателю, как вы расшифровали ЭКГ. Выделите и опишите следующее: а) число сердечных сокращений и как определили; б) ритм и как определили; в) электрическую ось и как определили.

2. Покажите, в каких отведениях, и какие изменения произошли бы, если у пациента инфаркт нижней стенки миокарда.

3. Ваш пациент – здоровая 32-летняя женщина, которая заявляет, что у нее пропал митральный клапан (МК). Что вы ожидаете найти при выслушивании ее сердца?

Ответ: правильный = А, неправильный = В

1. Число сердечных сокращений (ЧСС) – слушатель/студент считал блоки.

2. Число сердечных сокращений – слушатель/студент сообщил о ЧСС – 75/мин.

3. Ритм – слушатель/студент описал поиск зубца Р в каждом QRS комплексом.

4. Ритм – слушатель/студент сообщил, как определить «нормальный синусовый ритм».

5. Ось – слушатель/студент описал поиск вертикальных зубцов QRS в I отведении и aVF (или дал подробное описание).

6. Ось – слушатель/студент описал ось, как где-то отклонена на $+45^\circ$.

7. Идентифицировал отведение II, III и aVF, чтобы выявить изменения в нижней стенке миокарда.

8. Слушатель/студент описал один из следующих признаков, указывающих на очевидность ишемии/инфаркта: подъем сегмента ST, инверсия волны T, образование зубца rS, реципрокные изменения.

9. Слушатель/студент идентифицировал два или больше ЭКГ признака ишемии/инфаркта миокарда.

10. ПИМК – слушатель/студент сообщил об этом из следующих признаков: 1) возможный мезосистолический щелчок; 2) возможный поздний систолический шум в месте выслушивания митрального клапана (5-ое межреберье в среднеключичной линии); 3) возможно полностью нормальная аускультативная картина.

СТАНЦИЯ 9: ЖЕНСКАЯ ПОЛОВАЯ СИСТЕМА

Инструкции слушателю/студенту.

Для этой станции имеется манекен (не суррогатный пациент).

1. Вы должны описать преподавателю, как бы Вы приблизились к пациенту в терминах надлежащего расположения и драпировки.

2. На манекене продемонстрируйте надлежащую технику для генитального обследования, включая зеркала и бимануальное обследование.

3. Опишите то, что Вы делаете, как Вы осматриваете и пальпируете гениталии.

Ответ: правильный = А, неправильный = В

1. Описывает надлежащее драпирование, потребность в кооперации, технику определения чувствительности (например, сначала трогает бедро), надевает перчатки.

2. Осматривает лобок и половые губы, преддверие влагалища, промежность.

3. Пальпирует преддверие влагалища.

4. Мягко вставляет смазанное зеркало под наклонным углом.

5. Визуализирует и описывает шейку матки.

6. Удаляет зеркало мягко, исследуя влагалищные стенки при переходе.

7. Вставляет во влагалище 2-й, 3-й пальцы руки с надежными на нее смазанными перчатками, в то время как другая рука находится на середине живота.

8. Описывает пальпацию стенок влагалища, шейки матки.

9. Проверяет положение, позицию матки, размер, чувствительность и описывает.

10. Проверяет яичники и область придатков для определения размеров, формы на предмет выявления опухолевых масс, чувствительности и описывает, как это сделано.

СТАНЦИЯ 10: НЕВРОЛОГИЯ

Инструкции слушателю/студенту.

1. Демонстрируйте экспертизу и скажите, как называются следующие черепно-мозговые нервы (должны демонстрировать испытание каждого нерва 2 отдельными способами).

а) VII пара черепно-мозговых нервов; б) XII пара черепно-мозговых нервов.

2. Продемонстрируйте глубокий сухожильный рефлекс для ахиллова сухожилия и назовите, какой уровень спинного мозга им проверяется.

3. Этот пациент подозревается на наличие поврежденной чувствительной зоны коры головного мозга. Назовите и кратко опишите, как бы Вы выполнили один тест корковой сенсорной функции (вы не должны проводить этот тест).

4. Назовите, продемонстрируйте и опишите физикальное обследование для оценки возможного менингита у пациента, который жалуется на головную боль, лихорадку и боль в шее при наклоне головы вперед.

Ответ: правильный = А, неправильный = В

1. VII пара черепно-мозговых - называет лицевой нерв.

2. Проверяет моторную функцию, и просит пациента выполнить следующее: улыбнуться, показать зубы, поднять брови, зажмурить сильно глаза, вытянуть губы.

3. XII пара черепно-мозговых нервов – называет подъязычный нерв.

4. Проверяет моторную функцию и просит пациента выполнить 2 теста: высунуть язык, подвигать им вправо и влево от срединной линии, оценить силу толчка языка с внутренней стороны щеки, в то время как сам подталкивает с внешней стороны щеки.

5. Проверяет на глубокий рефлекс ахиллова сухожилия в правильном месте расположения и при использовании надлежащие техники.

6. Сообщает, что глубокий рефлекс ахиллова сухожилия проверяет L1 – L2 уровень спинного мозга.

7. Кортиковая сенсорная функция – описание приведено ниже – называет по имени автора каждый тест.

8. Описывает, как выполнить испытание.

9. Возможный менингит – называет симптомы Брудзинского или Кернига.

10. Слушатель/студент выполняет любое испытание соответственно.

Специальные инструкции. Кортиковые сенсорные испытания – все функции выполняются с закрытыми глазами, стереогнозия (идентификация знакомого объекта, например, монеты или ключа при дотрагивании); различие двух точек (дотрагивается одной или двумя точками близко друг к другу); феномен гашения (одновременно касается различных частей тела – чувствует ли пациент оба); графэстезия (рисует число или символ на руке пациента – может ли он идентифицировать). Тесты на менингит – симптом Брудзинского («непроизвольное сгибание бедер и колен при сгибании шеи»), симптом Кернига («Сгибает ногу в бедре и колене, когда пациент лежит на спине, затем пытается выпрямить ногу»). Боль в нижней части спины и сопротивление выпрямлению ноги и есть положительный симптом Кернига.

СТАНЦИЯ 11:

МУЖСКАЯ МОЧЕПОЛОВАЯ СИСТЕМА

Инструкции слушателю/студенту.

Имеется манекен (не суррогатный пациент) для этой станции.

1. Продемонстрируйте и опишите надлежащую технику для выполнения обычного мужского генитального обследования и выявления грыжи (будут иметься очевидные ограничения из-за манекена, ваше устное описание того, чтобы Вы делали, важнее, чем определенная техника в этой части станции).

2. Выполните ректальное исследование на модели, описывая ваши действия в это же самое время.

3. У пациента с острой болью яичек назовите 2 признака, которые указали бы на более вероятный диагноз эпидидимита (иной, чем боль).

Ответ: правильный = А, неправильный = В

1. Осмотр наружное генитальное и прямой обзор лобковой области, мошонки, внутренней части бедра.

2. Осматривает половой член (обнажает головку полового члена, сдвигая крайнюю плоть, когда применимо).

3. Пальпирует яички, эпидидимис, сосуды для определения опухолевых масс, напряжения.

4. Описывает надлежащую технику проверки грыжи, палец вводит в паховый канал.

5. Просит пациента кашлянуть или потужиться.

6. Ректальное обследование: вставляет указательный палец (в смазанной перчатке) медленно и мягко (можно порекомендовать пациенту, потужиться или расслабиться).

7. Описывает пальпацию простаты на предмет консистенции, контура, размера, чувствительности, узлов подвижности.

8. Описывает/демонстрирует пальпацию полностью всего пути вокруг ректальной стенки на предмет выявления опухолевых образований, неравномерностей, напряжения.

9. Эпидидимит – слушатель/ студент называет один признак.

10. Эпидидимит – слушатель/ студент называет два или больше признака.

Специальные инструкции. Вопросы 9-10: симптомы признаки, которые являются подозрительными для эпидидимита, включают: отечность мошонки и яичника и повышение кожной температуры над ними, напряжение, лихорадка, болезненную походку, выделения из мочеиспускательного канала и уменьшение боли, когда яичко поднято.

СТАНЦИЯ 12: МЫШЕЧНО-СКЕЛЕТНАЯ СИСТЕМА

Инструкции слушателю/студенту:

1. Продемонстрируйте, как бы Вы исполнили обследование шейного отдела позвоночника при определении мышечно-скелетной проблемы в позвоночнике пациента с болью в шейной области (Вы должны проверять лимфоузлы, щитовидную железу и др.).

2. Продемонстрируйте и опишите то, что Вы ищете, когда проводите тест на карпальный туннельный синдром, и назовите нерв, вовлеченный в это состояние.

3. Покажите, где Вы можете находить узлы Бушара и Гебердена у пациента и назовите состояние, при которых они могут развиваться.

Ответ: правильный = А, неправильный = В

1. Осмотр шейного отдела позвоночника: общий тщательный и внимательный осмотр шеи в течение обследования.

2. Проверяет на полное активное сгибание/разгибание.

3. Проверяет на полное активное боковое сгибание.

4. Проверяет на полное активное вращение.

5. Пальпирует для определения костной напряженности и паравертебрального напряжения мышц (может также проверить силу).

6. Проверка карпального туннельного синдрома: слушатель/студент провел один из правильных тестов?

7. Осуществляет ли слушатель/студент должным образом коммуникативные связи с пациентом, то есть, спрашивает ли пациента: «Скажите мне, если почувствуете покалывание или сообщите, если у Вас появится любое покалывание (жжение), необычное опухание?».

8. Называет «срединный нерв» как источник проблемы при карпальном туннельном синдроме.

9. Узлы Бушара и Гебердена; показывает проксимальные (Бушара) и дистальные (Гебердена) межфаланговые суставы.

10. Идентифицирует остеоартроз (остеоартрит) как причину узлов Гебердена и Бушара.

Специальные инструкции. Вопросы 6-8: проверка карпального туннельного синдрома; проба Тинела – постукивание кончиком пальца по удерживателю сгибателей, немного латеральнее от средней линии и сухожилия длинной ладонной мышцы; проба положительная, если появляется парестезия в зоне иннервации срединного нерва; проба Фалена кисти соприкасаются согнутыми максимально пальцами поверхностей. Пальцы направлены книзу и удерживаются так в течение 1 минуты. Проба считается положительной при появлении парестезии в зоне иннервации срединного нерва.

СТАНЦИЯ 13: ЛЕГКИЕ

Инструкции слушателю/студенту.

Демонстрирует обследование легких.

1. Обследование – ригидность, эластичность грудной клетки.

2. Пальпация – голосовое дрожание.

3. Перкуссия.

4. Аускультация.

5. Астма – если бы этот пациент имел астму, какие три из возможных патологических данных Вы бы обнаружили при физикальном обследовании легких (назовите три признака этого случая)?

6. Если бы у пациента была крепитация в легких с обеих сторон в нижних отделах, какой бы был наиболее вероятный диагноз?

Ответ: правильный – А, неправильный – В.

1. Ригидность, эластичность грудной клетки – ладонями пальпирует на уровне 10-ых ребер, в то время как пациент делает глубокий вдох.

2. Голосовое дрожание – локтевая или лучевая стороны кисти находится в месте бифуркации бронхов, посередине между грудиной, в то время как пациент говорит «трактор», «тридцать три».

3. Перкуссия – перкутирует симметричные участки правой и левой стороны грудной клетки, сверху вниз.

4. Выслушивание правой и левой верхней доли.

5. Выслушивание правой средней доли (правой боковой поверхности грудной клетки).

6. Выслушивает справа и слева нижние доли.

7. Обследование было гладким и эффективным?

8. Легочные признаки астмы – слушатель/студент назвал только 1 или 2 признака.

9. Легочные признаки астмы – слушатель/студент назвал 3 или больше признака.

10. Потенциальная причина двухсторонней крепитации нижних отделах – сердечная недостаточность, ателектаз, пневмония, легочный фиброз. Слушатель/студент должен назвать одну причину.

Специальные инструкции. Вопросы 8-9: легочные признаки астмы: 1) одышка; 2) диспноэ; 3) свистящие, жужжащие хрипы; 4) ослабление голосового дрожания; 5) иногда гиперрезонанс; 6) иногда ограничение подвижности легочного края; 7) удлинение выхода; 8) ослабленное везикулярное дыхание.

СТАНЦИЯ 14: ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ

Инструкции слушателю/студенту.

1. Ваш пациент – 52 летнего возраста, наблюдается Вами по поводу перенесенного 3 месяца назад инфаркта миокарда. Он/она жалуется на постепенно нарастающую усталость, и

Вы обеспокоены относительно возможной застойной сердечной недостаточности. Демонстрируйте и опишите то, что Вы делали, чтобы найти 5 других данных (из анамнеза и физического обследования), которые могут подтвердить диагноз застойной сердечной недостаточности.

2. Если Ваш пациент не имеет застойной сердечной недостаточности, Вы должны быть обеспокоены относительно других возможных причин усталости. Назовите пять других наиболее распространенных причин усталости.

Ответ: правильный = А, неправильный = В

1. Застойная сердечная недостаточность – слушатель/студент дал один правильный ответ.

2. Застойная сердечная недостаточность – слушатель/студент дал второй правильный ответ.

3. Застойная сердечная недостаточность – слушатель/студент дал третий правильный ответ.

4. Застойная сердечная недостаточность – слушатель/студент дал четвертый правильный ответ.

5. Застойная сердечная недостаточность – слушатель/студент дал пятый правильный ответ.

6. Усталость – слушатель/студент дал один правильный ответ.

7. Усталость – слушатель/студент дал второй правильный ответ.

8. Усталость – слушатель/студент дал третий правильный ответ.

9. Усталость – слушатель/студент дал четвертый правильный ответ.

10. Усталость – слушатель/студент дал пятый правильный ответ.

Специальные инструкции. Вопросы 1-5: имеется много признаков застойной сердечной недостаточности – слушатель/студенту выставляется один балл за каждый правильный

ответ, прекратить опрос слушателя/студента, если он уже дал пять правильных ответов. Возможные ответы включают – одышку; одышку при физической нагрузке; пароксизмальную ночную одышку; периферические отеки; двухсторонние влажные хрипы в базиллярных отделах легких; выслушивание третьего или четвертого тонов и ритм галопа при обследовании сердца; смещение или увеличение верхушечного толчка или приподнимающийся верхушечный толчок при пальпации. Если острая застойная сердечная недостаточность, то может быть розовая пеннистая слюна, тахикардия или diaphoresis.

Вопросы 6-9: имеется очень много распространенных причин усталости (преподаватель должен ориентироваться на свой собственный опыт и оценить ответ слушателя/студента, является ли он точным и разумным). Примеры: анемия, гипотиреоз, депрессия, побочные эффекты препаратов (наркотика), рак, хроническое обструктивное заболевание легких – слушатель/студенту ставится один балл за каждый правильный ответ; слушателя/студента останавливают, если он уже дал пять правильных ответов.

СТАНЦИЯ 15: УХО, ГОРЛО, НОС

Инструкции слушателю/студенту.

1. Ваш «пациент» в комнате – 25 летний мужчина, он здоров, но имеет вредную привычку жевать табак (насвай). Осмотрите полость его рта и опишите то, что Вы ищете или делаете преподавателю (Вы не нуждаетесь в пальпации для этой станции).

2. Осмотрите одно ухо пациента (по указанию преподавателя) – опишите то, что Вы видите.

3. Выполните обследование щитовидной железы.

Ответ: правильный = А, неправильный = В.

1. Осмотрел губы.
2. Осмотрел слизистую щек и зубы.
3. Осмотрел под языком.
4. Осмотрел заднюю стенку глотки.
5. Использовал шпатель для языка.
6. Техника была гладкой и эффективной.

7. Осмотр уха: результаты осмотра были описаны точно (важно – преподаватель должен осмотреть первым и идентифицировать любые существенные изменения, которые должны быть увидены и описаны слушателем/студентом, типа избытка ушной серы, рубец от перфораций и т.д. – тогда Вы уверены, что описание слушателя /студента соответствует тому, что Вы видели.).

8. Техника осмотра уха была гладкой и эффективной – слушатель/ студент чувствовал себя комфортно при работе с отоскопом.

9. Обследование щитовидной железы: пальпировал правильно – использует кончики пальцев обеих рук?

10. Обследование щитовидной железы: просил пациента делать глотательные движения, просил, чтобы он наклонил голову слегка вперед или назад.

СТАНЦИЯ 16: НЕРВНО-МЫШЕЧНАЯ СИСТЕМА

Инструкции слушателю/студенту.

У этого пациента был перелом и вывих правого плеча по этому поводу проведено хирургическое лечение. Он теперь должен быть обследован, чтобы убедиться, что сила и чувствительность не повреждены в правой верхней конечности. Вы должны выполнить следующее (Вы не должны проверять весь организм).

1. Продемонстрируйте, как определить, является ли поверхностная чувствительность неповрежденной

2. Продемонстрируйте, как определить, является ли вибрационная чувствительность неповрежденной в этой области.

3. Продемонстрируйте, как проверить проприоцепцию (чувство позиции) указательного пальца пациента.

4. Продемонстрируйте, как оценить силу сгибательных мышц запястья пациента.

5. Сообщите преподавателю, какую градацию Вы определите силе сгибательных мышц запястья, которую Вы проверили, если справа определялась сила против сопротивления, но эта сила меньше, по сравнению с левой стороной.

6. Сообщите преподавателю, какие нервы вовлечены в рефлекс трицепса (Вы должны это демонстрировать).

Ответы: правильный = А, неправильный = В.

1. Поверхностная чувствительность – слушатель/студент использовал кусочек ваты, чтобы слегка погладить больше, чем один дерматом соответственно.

2. Поверхностная чувствительность – слушатель/студент сравнивает стороны и выявляет соответствующую реакцию пациента.

3. Вибрационная чувствительность - слушатель/студент применил камертон к соответствующему костному выступу.

4. Вибрационная чувствительность - слушатель/студент выявлял соответствующий ответ пациента.

5. Проприоцепция - слушатель/студент проводил боковой аспект правого указательного пальца.

6. Проприоцепция - слушатель/студент выявлял соответствующий ответ «вверх» или «вниз» от пациента.

7. Сила сгибательной мускулатуры запястья – изолировал сгибатели запястья хорошо (например, удовлетворился, что пациент использовал сгибатели запястья, а не бицепс или другие мышцы, чтобы поднять.).

8. Сила сгибателей запястья - слушатель/студент сравнил мышечную силу с двух сторон.

9. Градация силы - слушатель/студент ответил 4 или 4/5.

10. Слушатель/студент идентифицировал С 6°, 7°, 8 как источник рефлекса трицепса.

Специальные инструкции. Вопрос 9: градация силы мышц – Mosby Учебник Физического Диагноза pp. 707.0 = не данных за сокращение; 1 = легкое сокращение, но нет движения; 2 = полный диапазон движения, гравитация устранена; 3 = полный диапазон движения против только гравитации; 4 = полный диапазон движения против гравитации и против некоторого сопротивления; 5 = полный диапазон движения против гравитации и против отчетливого сопротивления.

**Мой контрольный список
История настоящей болезни. Экзаменуемый:**

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____
11. _____
12. _____
13. _____
14. _____
15. _____
16. _____
17. _____

Физикальное обследование. Экзаменуемый:

18. _____
19. _____

20. _____
21. _____
22. _____

Коммуникативные навыки. Экзаменуемый:

23. _____
24. _____
25. _____
26. _____
27. _____
28. _____

**КОНТРОЛЬНЫЙ СПИСОК
СТАНДАРТИЗИРОВАННОГО ПАЦИЕНТА
ХУРШЕДА Б.**

Настоящая история болезни. Экзаменуемый:

- __1. Спросил ли относительно начала головной боли («Это началось 3 часа назад после игры в футбол»)
- __2. Спросил ли относительно характера головной боли («Стреляющая и пульсирующая»).
- __3. Спросил ли относительно прогрессии головной боли («Кажется, ухудшается и нарастает»).
- __4. Спросил ли относительно локализации головной боли («Вся левая сторона моей головы»).
- __5. Спросил ли относительно интенсивности головной боли («В шкале от 1 до 10, это - 10»).
- __6. Спросил ли относительно облегчающих факторов («Очень помогает, когда закрываю глаза»).
- __7. Спросил ли относительно ухудшающих факторов («Усиливают головную боль движения, свет, шум»).
- __8. Спросил ли относительно ассоциации с тошнотой или рвотой («У меня была рвота 1 раз и я все еще чувствую тошноту»).

__9. Спросил ли относительно неврологических расстройств, то есть, слабости, сенсорных изменений, трудности речи («Нет»).

__10. Спросил ли относительно ауры, предшествующей головной боли («Мерцание, вспышки огней высвечивались приблизительно за 20 минут до начала головной боли»).

__11. Спросил ли относительно недавней лихорадки («Лихорадки не было»).

__12. Спросил ли относительно предыдущих эпизодов головных болей («Я страдаю головными болями, но она обычно проходит через 2 часа. В течение 10 лет у меня головные боли»).

__13. Спросили ли, что вызывает головную боль («Стрессы на экзаменах или во время важных футбольных игр»).

__14. Спросил ли относительно головной боли у родственников («Моя мать и сестра страдают мигренью»).

__15. Спросил ли относительно травмы головы во время игры в футбол («Нет»).

__16. Спросил ли относительно самоназначения лекарственного средства («Нет»).

__17. Спросил ли относительно употребления алкоголя («Нет»).

Физикальное обследование. Экзаменуемый:

__18. Оценил ли зрачковую реакцию, освещая лампочкой (нормальная реакция зрачков).

__19. Осмотрел ли мои глаза офтальмоскопом (нормальное глазное дно).

__20. Оценил ли подвижность моей шеи (нет затылочной ригидности).

__21. Проверил ли рефлексы на руках и ногах (нормальные рефлексы).

__22. Проверил ли силу мышц в моих руках и ногах (нормальные рефлексы).

Коммуникативные навыки. Экзаменуемый:

__23. Обсудил ли с пациентом предварительное мнение (диагностически возможны мигрень, головная боль мышечного напряжения, кластерная головная боль).

__24. Обсудил ли с пациентом план лечения.

__25. Обсудил ли с пациентом наличие головной боли из-за футбольных тренировок.

__26. Объяснил ли, что мой семейный анамнез мигрени относит меня к риску мигренозных головных болей.

__27. Обсудил ли другие факторы, вызывающие головную боль при мигрени (употребление алкоголя, шоколад, продукты, содержащие глутамат натрия, нитраты, голод).

__28. Подтвердил ли мое расстройство и дискомфорт.

Если Вы выполнили 20 из 28 задач, то Вы прошли эту тестируемую станцию.

ОБУЧАЮЩИЕ ВОПРОСЫ ДЛЯ ХУРШЕДА Б.

Подход к пациенту с головной болью

Хуршед Б. имеет симптомы, совместимые с «классической» головной болью при мигрени. У него сильная пульсирующая левосторонняя головная боль, связанная с рвотой и усиливающаяся при ярком свете или шуме. Головной боли предшествовали 20-минутные вспышки света. Он прервал свои занятия футболом из-за усиления интенсивности головной боли. У него 10-летняя история головных болей (мигрень может начинаться во время половой зрелости) и наличие семейной истории мигрени. Он чувствует, что эта головная боль была вызвана стрессом на большой футбольной игре, запланированной на конец недели. Хуршед Б. отрицает любую недавнюю лихорадку или болезнь, которая могла бы предполагать инфекционную этиологию его головных болей (синусит или менингит). Субарахноидальное кровоизлияние должно рассматриваться в дифференциальном диагнозе для этого пациента. Пациент отрицает употребление наркотика.

Субдуральная гематома (тем более, что головная боль началась во время игры в футбол) маловероятна без истории травмы головы. Височный артериит нехарактерен для 14-летнего возраста. Головные боли мышечного напряжения обычно описываются как ощущение обруча, локализуемого в лобной части, висках иррадируют в затылок. Кластерные головные боли – кратковременные в лобной части, часто ассоциируются с раскалыванием и ринорреей.

Мигрень может вызываться диетой (сыр, шоколад, продукты, содержащими нитриты, глютамат натрия), напряжением, менструацией, недостатком сна, упражнениями, половым актом, голодом и алкогольными напитками (пациент отрицает использование этилового спирта). «Общая» мигрень (без ауры) протекает без неврологических признаков, в то время как «классическая» (с аурой) и «сложной» мигренью может проявляться с фокусными неврологическими признаками. Общая мигрень обычно встречается в пять раз чаще, чем классическая мигрень. Антагонисты серотонина и эргтамины действуют вазоконстрикторно на внутримозговые артериальные сосуды и используются при лечении острых приступов мигрени. Пациентам с частыми приступами мигрени требуется профилактическая терапия.

Сбор анамнеза. Помните, мнемоническое для мигрени **POUND**, характеризующее головные боли: P = pulsating = пульсация; O = last one day = длится один день; U = unilateral = односторонний; N = associated = связанный с тошнотой; D = disturbance in daily activities = нарушение ежедневной активности; если пациент отвечает «да» на четыре из этих вопросов, это наиболее вероятно является головной болью при мигрени.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 2

14-летняя девочка Наргиза Алиева привезена в отделение интенсивной терапии школьной медсестрой с главной жалобой на одышку.

Жизненно – важные показатели:

Температура – 36,8°C.

Артериальное давление – 100/70 мм рт. ст.

Частота дыхания – 28 в минуту.

Число сердечных сокращений – 100 ударов в минуту.

Насыщение кислородом – 99%.

Входя в комнату для обследования, Вы видите пациента с обструктивным синдромом. Она выглядит испуганной и обеспокоенной, смотрит на пикфлоуметр со страхом и озабочена.

У Вас 15 минут, чтобы собрать сфокусированную историю болезни этого пациента.

КОНТРОЛЬНЫЙ СПИСОК СТАНДАРТИЗИРОВАННОГО ПАЦИЕНТА НАРГИЗЫ АЛИЕВОЙ

История настоящей болезни, Экзаменуемый.

1. Спросил ли относительно начала одышки («Это началось 4 часа назад»).
2. Спросил ли, что пациент делал в то время, когда началась одышка («Занималась в классе гимнастики»).
3. Спросил ли относительно проблем с одышкой в связи с занятиями физкультурой прежде («Кое-что вроде этого случилось в прошлом году во время игры в футбол в лагере, но прошло самостоятельно в течение часа»).
4. Спросил ли относительно стеснения в груди («Я ощущаю, что моя грудь немного напряжена»).
5. Спросил ли относительно кашля («Нет»).
6. Спросил ли относительно любых недавних инфекций верхних дыхательных путей («Не было никаких»).
7. Спросил ли относительно такого заболевания в прошлом («Я никогда не болела прежде»).
8. Спросил ли относительно любого лечения («Только витамины»).

__9. Спросил ли относительно любой аллергии в прошлом («Никогда»).

__10. Спросил ли относительно случаев высморкания («Нет»).

__11. Спросил ли относительно семейного анамнеза астмы («Нет»).

Физикальное обследование. Экзаменуемый.

__12. Слушал ли легкие, по крайней мере, в 4 аускультативных точках (после того, как экзаменуемый выполняет задачу, СП должен дать карту с результатами: умеренные двусторонние сухие свистящие хрипы).

__13. Слушал ли сердце, по крайней мере, в 3 аускультативных точках (СП после аускультации сердца показывает карточку: нормальная аускультативная картина сердца).

Коммуникативные навыки. Экзаменуемый.

__14. Объяснил суть астмы в словах, которые 10-летний ребенок смог понять.

__15. Объяснил каждый шаг физикального обследования и технику выполнения.

__16. Объяснил относительно лечения, необходимого в отделении неотложной терапии (распылитель – небулайзер, кислород).

__17. Начал лечение затрудненного дыхания в начале станции.

__18. Объяснил цель пикфлоуметрии.

__19. Объяснил, что пациент останется в отделении неотложной терапии в течение короткого времени и затем может идти домой.

__20. Сказал мне, что моя мама на пути к отделению неотложной терапии.

__21. Объяснил, что следует научиться, как лечить астму дома ингаляторами.

__22. Снял беспокойство относительно неспособности заниматься спортом или в классе гимнастики снова.

__23. Не давал больше информации, чем пациент мог понять.

__24. Помог чувствовать себя непринужденно.

Если Вы выполнили 18 из этих 24 задач, Вы прошли эту тестовую станцию.

ОБУЧЕНИЕ ПО ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ НАРГИЗЫ АЛИЕВОЙ

Обучите ребенка относительно её болезни

Наргиза Алиева поступила в отделение интенсивной терапии с первым астматическим эпизодом. Затруднение дыхания и стеснение в груди – пугающие признаки для этого ребенка. Её мать находится на пути к отделению интенсивной терапии, чтобы успокоить и поддержать её, но в настоящее время Наргиза чувствует себя одинокой.

Врач, принимающий Наргизу, должен знать и понимать опасения ребенка и быстро пробовать помочь её чувствовать себя непринужденно. Хорошая связь между ребенком и врачом жизненно необходима для получения точной истории. Каждый шаг физикального обследования нужно объяснить ребенку, чтобы облегчить ее опасения и смущение. Все оборудование и контрольные пробы, включая цель пикфлоуметрии, нужно объяснить ребенку в терминах, которые понятны и убеждают. В течение интервью Наргиза вспоминает предыдущий эпизод одышки во время физической нагрузки, который был ее первым проявлением астмы. Существующий эпизод произошел также в связи с физическим напряжением, которое является наиболее вероятным триггером (начальный центр цепной реакции) для двух астматических приступов Наргизы (астма физического усилия).

У пациентки нет никакого семейного анамнеза астмы, она не принимает никакого лечения, которое, возможно, вызвало астму. Она не имеет в анамнезе никаких медицинских проблем, например, муковисцидоза. Аллергия и кожные высыпания отрицаются пациенткой, так его атопическая астма маловероятна. Она отрицает кашель и температуру, поэтому маловероятно, что инфекция дыхательных путей является ответственной за ее признаки.

При физикальном обследовании у пациентки выявлены двусторонние рассеянные сухие хрипы. Обследование сердца не выявило никаких изменений, сопряженных с застойной сердечной недостаточностью. Не наблюдалось участие вспомогательных мышц в дыхании и раздувания ноздрей. Пациентка способна говорить полным предложением без затруднений. У пациентки астматический эпизод умеренной степени выраженности.

После единственной ингаляции в-адренергического агониста у Наргизы исчезают симптомы, ее легкие стали чистыми при повторной аускультации. При разговоре с пациенткой и обследовании врач должен лечить острое проявление астмы (все необходимые предметы были в комнате тестового обследования, чтобы снять симптомы пациента и респираторной дистресс-синдром).

После выписки из отделения неотложной терапии пациентка будет нуждаться в инструкции относительно использования ингаляторов и пикфлоуметрии дома. Обучите Наргизы и ее семейства относительно ее болезни и триггеров (начальных центров цепной реакции), которые могут вызвать обострение, требует непрерывного образования и наблюдения в амбулаторных условиях. Ребенку нужно объяснить, чтобы она дышала через нос при физической нагрузке, чтобы увлажнить и отфильтровать воздух. Наргиза будет способна оставаться активной при использовании кромолина (ингалятора) (70% больных отвечают на этот один препарат), как профилактика перед классом гимнастики.

МЕЖСТАНЦИЯ OSCE

Будьте готовы, чтобы продемонстрировать, как использовать дозированный ингалятор. Ингалятор нужно встряхнуть перед использованием, и один вдох нужно сделать одномоментно. Ингалятор должен на расстоянии 4 см от рта, и каждый вдох ингаляции должен длиться 5 секунд. Как только лекарство ингалируют, пациент должен задержать дыхание на 10 секунд.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 3

26-летняя аспирантка обратилась к Вам с выраженной болью в нижней части живота. У нее температура 38,9°C. Остальные жизненно - важные признаки нормальны. Пожалуйста, оцените Джамилу Хаджиеву за 15 мин. Изучите историю и выполните физикальный осмотр.

КОНТРОЛЬНЫЙ СПИСОК СТАНДАРТИЗИРОВАННОГО ПАЦИЕНТА ДЖАМИЛИ ХАДЖИЕВОЙ

История настоящей болезни. Экзаменуемый.

1. Спросил ли о локализации боли («Нижняя часть брюшной полости»).
2. Спросил ли о начале боли («Это началось 3 дня назад после моего менструального периода»).
3. Спросил ли относительно характера боли («Тупая»).
4. Спросил ли относительно интенсивности боли («В шкале от 1 до 10, где 10 – самый плохой, это - 8»).
5. Спросил ли, что облегчат боль («Ничего»).
6. Спросил ли, что ухудшает боль («При ходьбе или перемещении ухудшается»).
7. Спросил ли относительно тошноты или рвоты («Не было»).

__8. Спросил ли об изменении в перистальтике кишечника («Нет»).

__9. Спросил ли о каких-либо жалобах при мочеиспускании («Нет»).

__10. Спросил ли о связи с менструальным циклом («Да, это происходит в конце моего менструального периода»).

__11. Спросил ли относительно половой жизни («У меня был только один партнер в течение последних 3 лет»).

__12. Спросил ли о любой сексуально передаваемой болезни («Ни одной»).

__13. Спросил ли относительно беременности («Нет, я всегда использовала противозачаточные таблетки»).

__14. Спросил ли относительно использования презервативов («Нет»).

Физикальное обследование. Экзаменуемый.

__15. Прослушал ли мою брюшную полость со стетоскопом (после того, как выполнено исследование, СП должен дать карту с результатами: гипоактивность звуков кишечника).

__16. Спросил ли относительно шрама аппендэктомии, ясно видимого на брюшной стенке («Я забыла сказать Вам, что у меня была аппендэктомия»).

__17. Пальпировал ли мою брюшную полость (СП будет жаловаться на выраженную боль в правой нижней части живота).

__18. Предпринял ли выявление симптома раздражения брюшины (положительный симптом раздражения брюшины выявлен в правой нижней части).

__19. Пытался ли определить чувствительность в реберно-позвоночном углу («Нет»).

__20. Спросил ли разрешения сделать тазовое обследование (после того, как предложит провести тазовое обследование, СП должен дать карту с результатами: зловонные выделения, боль при пальпации правого придатка, болезнен-

ность при пальпации со смещением шейки матки... правого придатка).

Коммуникативные навыки. Экзаменуемый.

__21. Обсудил ли предварительное мнение со мной (воспалительные заболевания органов таза или тубоовариальный абсцесс).

__22. Обсудил ли поиск решения этой проблемы (система кровообращения, антибиотики, УЗИ органов таза, госпитализация).

__23. Объяснил ли, что это может привести к бесплодию, если не лечиться.

__24. Объяснил ли, что это, возможно, была болезнь передающаяся половым путем («Мой друг предан мне; Вы думаете, что он был с кем-то еще?»).

__25. Объяснил ли, что половой партнер должен быть обследован и пролечен.

__26. Был ли внимательным.

__27. Не игнорировал ли и не избегал ли вопросов относительно неверности моего друга.

Если Вы выполнили 19 из этих 27 задач, Вы прошли эту тестовую станцию.

ОБЪЕКТИВНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ДЛЯ ХАДЖИЕВОЙ Д.

Подход к сексуально активной женщине с болями внизу живота и лихорадкой.

У госпожи Джамилы 3-дневная боль правого нижнего квадранта, которая является тупой и постоянной. Она лихорадит, ее температура 38,9°C. Она использует противозачаточные таблетки и может иметь высокий риск эктопической беременности. Пилонефрит не определен без мочевых жа-

люб и отсутствия симптома Пастернацкого. По поводу ЖКТ пациентка отрицает наличие тошноты, рвоты и диареи. Во время беседы Джамия признает, что она не использовала презервативы, потому что она имела одного полового партнера в течение 3 лет.

При обследовании живота у Джамии выявлена чувствительность правого нижнего квадранта с иррадиацией. У нее шрам после аппендэктомии (даже если стандартизированного пациента спросили относительно предыдущей операции, она забыла относительно аппендэктомии, пока шрам не был увиден в течение физического осмотра). Тазовый осмотр: при смещении шейки матки появляется болезненность правого придатка. Имеется зловонное влагалищное выделение, которое отправлено на посев врачом. Дифференциальный диагноз – наиболее вероятно воспалительное заболевание органов таза (ВЗОТ) или tuboовариальный абсцесс.

ВЗОТ обычно происходит после менструального периода. В факторы риска болезни включает множество половых партнеров и использование внутриматочных контрацептивных средств. Госпитализация требуется, если пациентка имеет высокую температуру или если имеется подозрение на tuboовариальный абсцесс. Если не лечить, ВЗОТ может привести к бесплодию.

Джамия попросит, чтобы ее половой партнер был обследован и пролечен от сексуально передаваемых болезней. Она будет обучена и проконсультирована относительно безопасной половой близости, включая использование другом презервативов. Так как пациентка очень расстроена относительно неверности ее друга, врач должен быть благосклонен и понятлив.

Межстанция OSCE: Подготовьте микроскопию, чтобы тщательно идентифицировать трихомонады (подвижные со жгутиками), *Candida albicans* (непрерывные волокна нити и споры), и *Gardnerella* (клеточные ячейки или эпителиальные клетки, охваченные множеством бактерий). Распознавайте

окраску по Грамму *Neisseria gonorrhoeae* (грамм – отрицательные диплококки внутри полиморфонуклеаров). Знайте, эта окраска по Грамму, содержащая множество многоядерных клеток без видимого микроорганизма указывает на *Chlamidia*.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 4

Госпожа Гулнора Хасанова – 20-летняя женщина, которая пришла в ваш офис с жалобами на кашель. Её жизненно-важные показатели:

Температура - 38,4°C

Артериальное давление – 120/75 мм. рт. ст.

Частота сердечных сокращений – 96 ударов в минуту.

Интенсивности дыхания – 12 в минуту.

У Вас 10 минут, чтобы оценить госпожу Г. Хасанову.

Пожалуйста, соберите соответствующий анамнез, и проведите сфокусированное физикальное обследование в определенное время.

КОНТРОЛЬНЫЙ СПИСОК СТАНДАРТИЗИРОВАННОГО ПАЦИЕНТА ДЛЯ ГОСПОЖИ ГУЛНОРЫ ХАСАНОВОЙ

История настоящего заболевания. Экзаменуемый:

1. Спросил ли о начале кашля («Начался 4 дня назад»).
2. Спросил ли о наличии мокроты («Малое количество густой зеленой мокроты; крови в мокроте нет»).
3. Спросил ли о наличии лихорадки («В течение последних 2 дней, моя температура была 38,3°C.»).
4. Спросил ли о наличии потрясающего озноба («Да, у меня был озноб вчера вечером»).
5. Спросил ли о наличии плевральной боли в груди («Не было»).

__6. Спросил ли о наличии такого заболевания в прошлом («Не было»).

__7. Спросил ли о курении («Я курила 10 сигарет в день в течение 3-х лет, но сейчас нет, так как мне посоветовали бросить курить»).

__8. Спросил ли относительно употребления алкоголя («Никогда»).

__9. Спросил ли относительно незаконного использования лекарственного средства («Нет»).

__10. Спросил ли о контакте с больными («Да; каждый на работе, кажется, имеет этот контакт, везде»).

__11. Спросил ли о профессии («Я работаю кассиром в магазине игрушек»).

__12. Спросил ли относительно домашних животных или контакта с ними («Нет»).

__13. Спросил ли о любом недавнем путешествии («Нет»).

__14. Спросил ли относительно последней реакции Манту («2 месяца назад для служащих проводили эту реакцию, и она была отрицательна»).

Физикальное обследование. Экзаменуемый:

__15. Попросил ли меня сказать «33», в то время как он/она перемещала руку из стороны в сторону по моей спине (после того, как экзаменуемый выполнит эту задачу, стандартизированный пациент должен дать карту с результатами: усиленное дрожание справа).

__16. Перкутирует ли на симметричных участках моей спины (после того, как экзаменуемый выполнит эту задачу, стандартизированный пациент должен дать карту с результатами: притупление перкуторного звука справа).

__17. Слушали ли спереди и сзади грудной клетки со стетоскопом (после того, как экзаменуемый выполнит эту задачу, стандартизированный пациент должен дать карту с результатами: звучные мелкопузырчатые хрипы справа).

Коммуникативные навыки...

__18. Объяснил ли мне результаты физ... дования (указывающие на пневмонию).

__19. Объяснил ли мне, какие возможны диагнозы (например, туберкулез, астма).

__20. Объяснил ли обследование (рентгенограмма груди).

__21. Объяснил ли лечение (антибиотики).

__22. Объяснил ли расписание следующих моих визитов.

__23. Объяснил ли прекращение курение табака со мной.

__24. Спросил ли, собираюсь я следовать этому плану.

Если Вы выполнили 17 из 24 задач, Вы прошли эту тестовую станцию.

ОБУЧАЮЩИЕ ВОПРОСЫ ГОСПОЖИ ГУЛНОРЫ ХАСАНОВОЙ

Подход к пациенту с острым кашлем.

Пневмония – общая медицинская проблема. Острые проявления этой болезни включают кашель, выделение гнойной мокроты, лихорадку и плевральные боли в груди. Пациенты обычно жалуются на инфекцию верхних дыхательных путей до начала других проявлений. Пневмококк – наиболее частая патогенная причина, вызывающая внебольничную пневмонию. Другие болезнетворные организмы, ответственные за пневмонию, включают вирусы, *Haemophilus influenzae*, микобактерии туберкулеза.

Атипичная пневмония возникает, прежде всего, благодаря *Mycoplasma pneumoniae*. Наиболее типично постепенное начало признаков, сухого кашля и внелегочного поражения. Другие причины атипичной пневмонии включают *Chlamydia pneumoniae* и *Legionella pneumophila*.

При подозрении на пневмонию врач должен спросить относительно факторов риска, которые предрасполагают ин-

дивидуума к аспирации, например, потеря сознания при употреблении алкоголя или лекарственного средства. Анамнез должен документировать любые существующие сопутствующие заболевания, такие как сахарный диабет, заболевания почек, сердца или болезни легких. Полная социальная история, включая недавнее путешествие, хобби, профессиональную историю и контакт с животными, больными индивидуумами должны быть уточнены.

Если выявляется одышка, гипотония или тахикардия при физикальном обследовании, то такие пациенты нуждаются в госпитализации. Другими показателями для госпитализации в стационар больных с внебольничной пневмонией являются возраст старше 65 лет, сопутствующие заболевания, лейкопения и гипоксемия.

Полное обследование легких должно включить оценку признаков консолидации, которое может включить усиление голосового дрожания, притупление и выслушивание крепитации или бронхиального дыхания. Бронхофония должна выполняться, когда патологические изменения определяются в любой части легкого.

Рентгенограмма груди — решающая в постановке диагноза пневмонии. Бактериальная пневмония часто проявляется долевыми инфильтратами с воздушными бронхограммами и, возможно, плевральным выпотом, в то время как вирусные и атипичные пневмонии обычно диффузные или мультидолевые и редко сопровождаются выпотом.

Врачи, проводящие лечение пациентов с внебольничной пневмонией в амбулаторных условиях, должны формировать партнерство с пациентом, что гарантирует согласие с лечением и последующие визиты для наблюдения. Любой пациент, не отвечающий соответственно на терапию пероральными антибиотиками, требует стационарного лечения.

Физикальное обследование. Знайте, как определить вероятную локализацию пневмонии при физикальном обследовании.

Межстанции OSCE. Вас будут спрашивать об интерпретации мокроты при окраске по Гамму и рентгенограммы груди. Степень инфильтрации должна быть идентифицирована долей и сегментом. Пациенты с хроническим обструктивным заболеванием легкого могут иметь результаты исследования функции легких [(снижение) FEV1/FVC (форсированный объем выдоха за 1 сек. / жизненная емкость) и нормальное значение форсированной жизненной емкости FVC характерно для обструктивного заболевания легких, в то время как FEV1/FVC нормальное и ↓(снижение) FVC — форсированной жизненной емкости — характерны для рестриктивного заболевания легких]. Газы артериальной крови требуют интерпретации. Всегда подберите соответствующий рентабельный антибиотик для лечения.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 5.

Вы осматриваете Рустама Муродова 25 лет, студента колледжа, который жалуется на боли в горле. У него температура 38,5°C. В покое его данные в норме. Войдя в смотровую. Вы видите желтушного молодого человека без признаков острого состояния.

У Вас 15 минут на осмотр Муродова Р. Соберите анамнез и проведите физикальный осмотр на свое усмотрение, которое необходимо провести этому пациенту.

КОНТРОЛЬНЫЙ СПИСОК СТАНДАРТИЗИРОВАННОГО ПАЦИЕНТА ДЛЯ РУСТАМА МУРОДОВА

История настоящей болезни. Экзаменуемый.

__1. Спросил ли относительно начала или продолжительности воспаления горла («У меня это в течение 7 дней»).

__2. Спросил ли относительно лихорадки («Да, но не больше, чем 38,5° C»).

- __3. Спросил ли относительно кашля («Нет»).
- __4. Спросил ли относительно увеличения лимфоузлов шеи («Да, я чувствую, что они увеличены»).
- __5. Спросил ли относительно желтухи («Я заметил это вчера впервые»).
- __6. Спросил ли о боли в животе («В верхнем отделе живота я чувствую вздутие, никакой боли нет»).
- __7. Спросил ли о тошноте или рвоте («Ни того, ни другого не было»).
- __8. Спросил ли об аппетите («У меня нет желания кушать»).
- __9. Спросил ли относительно газов и движений кишечника («Нет»).
- __10. Спросил ли относительно прошлого медицинского анамнеза («В анамнезе нет желтухи, гепатита, переливаний крови, прокалывания уха или татуировок»).
- __11. Спросил ли относительно ранее полученного лечения («Не получал»).
- __12. Спросил ли относительно самостоятельного использования лекарственных средств, наркотиков («Нет»).
- __13. Спросил ли относительно злоупотребления алкоголем («Не было»).
- __14. Спросил ли относительно любых факторов риска для гепатита А, употребления загрязненной воды или пищи («Нет»).
- __15. Спросил ли о контактах с больными («У моей подруги боли в горле, лихорадка, увеличенные гланды и желтушность»).
- __16. Спросил ли относительно половой жизни («Я гетеросексуал; имею одного полового партнера; всегда используем презервативы; и теперь, и прежде также использовал их с двумя предыдущими партнерами»).
- __17. Спросил ли относительно иммунизации против гепатита В («Я получил это перед началом учебы в колледже»).

Физикальное обследование. Экзаменуемый.

- __18. Осмотрел ли полость рта, чтобы исследовать горло (после того, как слушатель/студент выполняет эту задачу, СП дает фотографию, на которой показан эритематозный фарингит).
- __19. Пропальпировал ли мои лимфоузлы шеи (чувствительные рассеянные лимфоузлы ощутимы с двух сторон).
- __20. Определил ли размеры печени (после того, как слушатель/студент выполнит эту задачу, СП дает карту с результатами: размер печени – 20 на 10 см).
- __21. Пропальпировал ли брюшную полость (СП будет жаловаться на чувствительность в правой верхней стороне).
- __22. Пропальпировал ли область селезенки (после того как слушатель/студент выполнит эту задачу, СП должен дать карту с результатами: селезенка опущена на 3 см ниже края ребра слева).

Коммуникативные навыки. Экзаменуемый.

- __23. Помыл ли руки перед началом физикального обследования.
- __24. Объяснил ли результаты физикального обследования (воспаленное горло, увеличенные гланды, увеличенные печень и селезенка).
- __25. Объяснил ли возможное наличие мононуклеоза, гепатита В или С.
- __26. Объяснил ли рекомендуемые анализы крови.
- __27. Обсудил ли меры предосторожности, необходимые, чтобы не инфицировать других.
- __28. Объяснил ли, что подруга также должна быть обследована врачом.

Если Вы выполнили 20 из 28 задач, Вы прошли эту тестовую станцию.

**СЫ
МУ СЛУЧАЮ
ДАМА МУРОДОВА**

Определите факторы риска и возможную инфекцию у пациентов с впервые выявленной желтухой.

Инфекционный мононуклеоз - острое заболевание, вызываемое вирусом Epstein - Barr (вирус герпеса), который обычно развивается в возрасте от 10 до 35 лет. Симптомы этой болезни настолько непостоянны, что часто трудно сформулировать дифференциальный диагноз. Лихорадка, анорексия, боли в горле и чувствительные задние шейные лимфоузлы - общие признаки.

Рустам Муродов - молодой человек, который пришел с жалобами на лихорадку, боли в горле и чувствительные задние шейные лимфоузлы. Он отрицал кашель, так что инфекция дыхательных путей менее вероятно объясняется этими симптомами.

У пациента впервые выявлена желтуха, но он отрицает факторы риска для вирусных гепатитов, то есть наличие в прошлом переливания крови, самостоятельного использования лекарственных средства, прокалывание уха, татуировки и нетрадиционной сексуальной ориентации. Также не выявлено факторов риска для вирусного гепатита А, а против гепатита В был привит. Гепатотоксичные медикаменты не употребляет. Отрицает злоупотребление алкоголя; поэтому алкогольный гепатит маловероятен.

Вздутие живота без связи с желудочно-кишечными симптомами и гепатоспленомегалия при физикальном обследовании могут быть отмечены при многих заболеваниях, включая инфекционный мононуклеоз. Пациент может еще иметь вирусный гепатит, и определение серологических маркеров необходимо назначить для гепатита А, В, С, как только инфекционный мононуклеоз будет исключен.

У подруги пациента имеется схожая симптоматология с мононуклеозом, передающимся со слюной. Доктор порекомендовал пациенту, чтобы его подруга была обследована врачом и оценена на инфекционный мононуклеоз.

Общий анализ крови Рустама наиболее вероятно показал бы множество нетипичных лимфоцитов, а тест на LgM подтвердил бы диагноз. Даже притом, что мононуклеоз имеет легкое течение, возможны осложнения (моновеврит, энцефалит, аритмия сердца), и инфекционные предосторожности должны быть обсуждены с каждым пациентом.

Межстанция OSCE.

Вы должны быть подготовлены, чтобы интерпретировать печеночные функциональные тесты (аминотрансферазы, билирубин и уровень щелочной фосфатазы) и гепатиты А, В и С (LgM указывает на острую инфекцию), серологию. Вы должны быть способны идентифицировать атипичные лимфоциты в мазке крови. Помните, что атипичные лимфоциты могут быть видны при Epstein - Barr вирусах, цитомегаловирусах, токсоплазмозе, реакциях на лекарственные средства, вирусных гепатитах, краснухе, свинке и кори. Если специфический тест негативен, то вы должны произвести определение титров цитомегаловируса, так как мононуклеоз может быть из-за цитомегаловирусной инфекции.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 6.

Вы проинструктированы, чтобы осмотреть госпожу Дамиру Додарбекову, 50-летнего охранника. Она не осматривалась у врача в течение 5 лет. Недавно она была на профилактическом осмотре и у нее выявлено высокое артериальное давление. Это - ее первый визит к Вам.

Медсестра сообщает Вам, что артериальное давление госпожи Дамиры Додарбековой сегодня 150/95 мм рт. ст. на обеих руках, ее ЧСС - 80 ударов в минуту, пульс ритмичный.

Вы входите в экзаменационную комнату и видите ту же женщину (100 кг; рост 150 сантиметров). Других проблем нет.

У Вас 15 минут, чтобы осмотреть госпожу Дамиру. Пожалуйста, соберите анамнез и проведите сфокусированное физикальное обследование этой пациентки.

КОНТРОЛЬНЫЙ СПИСОК СТАНДАРТИЗИРОВАННОГО ПАЦИЕНТА ДЛЯ ДАМИРЫ Д.

История настоящей болезни. Экзаменуемый.

__1. Спросил ли относительно любых признаков, то есть головных болей, нарушения зрения, сердцебиения, болей в груди, головокружения («Нет»).

__2. Спросил ли об анамнезе заболевания («Не было»).

__3. Спросил ли относительно какого-либо лечения («Не было»).

__4. Спросил ли относительно диеты («Я ем много жирной пищи»).

__5. Спросил ли о курении («Я курила по две сигареты в день в течение 20 лет»).

__6. Спросил ли о приеме наркотиков («Никогда»).

__7. Спросил ли относительно зарядки («Не занимаюсь зарядкой»).

__8. Спросил ли относительно стрессов в жизни («Нет»).

__9. Спросил ли о семейном анамнезе («У моего отца был сердечный приступ в возрасте 60, моя мать перенесла удар в возрасте 65; у сестры 50 лет застойная сердечная недостаточность и диабет»).

__10. Спросил ли об уровне холестерина («На профилактическом осмотре мне сказали, что мой холестерин был 8 ммоль/л. Высокий ли этот уровень?»).

Физикальное обследование. Экзаменуемый.

__11. Проверил ли артериальное давление на обеих руках (150/95 мм рт.ст.).

__12. Проверил ли артериальное давление, сидя и стоя (150/95 мм рт.ст.).

__13. Выбрал большую манжету, чтобы измерить артериальное давление (в экзаменационной комнате была малая и большая манжета, доступную для выбора).

__14. Обследовал глаза офтальмоскопом (после того, как пациенту проведена офтальмоскопия, СП выдает записанные на карте результаты или их сообщает преподаватель. Офтальмоскопическое обследование: измерение калибра и формы сосудов, билатеральные видимые эксудаты).

__15. Слушал сердце, по крайней мере, в 3 аускультативных точках (нормальное обследование).

__16. Слушал легкие, по крайней мере, в 4 аускультативных точках (нормальное обследование).

__17. Провел аускультацию брюшной полости со стетоскопом (никаких шумов).

__18. Пальпировал брюшную полость, чтобы определить размер почек (почки не увеличены).

__19. Проверил пульсацию, по крайней мере, в двух точках, то есть, на сонной, лучевой, задней большеберцовой артериях и на тыле стопы (пальпируется нормальный пульс).

Коммуникативные навыки. Экзаменуемый

__20. Создал благоприятную атмосферу, в которой пациент чувствовал себя легко.

__21. Объяснил результаты физикального обследования (изменения глазного дна свидетельствуют о длительно существующей артериальной гипертонии).

__22. Обсудил ли все медицинские проблемы (гипертония, гиперлипидемия, ожирение, использование табака).

__23. Обсудил ли диету, как лечение гипертонии, ожирения и гиперлипидемии.

__24. Обсудил ли занятия физической культуры как лечение для гипертонии, ожирения и гиперлипидемии.

__25. Обсудил ли со мной прогноз, если не проводить лечение.

__26. Обсудил ли структурированный план обследования (анализ крови, анализ мочи, электрокардиограмму, занятия физической культурой, принципы питания, программу прекращения курения табака).

__27. Спросил ли, согласен ли пациент следовать разработанному плану обследования и лечения.

__28. Проявлял конфиденциальность и поддержку.

Если Вы исполнили 19 из этих 28 задач, то Вы прошли эту тестовую станцию.

ОБУЧАЮЩИЕ ВОПРОСЫ ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ ГОСПОЖИ ДАМИРЫ Д.

Подход к пациенту с гипертонией.

Даже притом, что пациенты с гипертонией обычно бессимптомны, врач должен спросить относительно головных болей, головокружения, нарушения зрения, сердцебиения, болей в груди и одышки. Если как причина вторичной гипертонии подозревается болезнь Кушинга (гирсутизм, плеторичность лица, абдоминальное ожирение, головная боль, акне) или феохромоцитомы (головная боль, сердцебиение, потоотделение), врач должен спросить относительно признаков, относящихся к этим болезням.

Коэффициенты риска, которые вносят вклад в гипертонию, включают данные анамнеза о гиперлипидемии или сахарного диабета и использование оральных контрацептивов. Пациента нужно спросить относительно семейного КБС или гиперлипидемии. Врач должен спросить относительно использования кокаина и табака. Образ жизни пациента может

воздействовать на кровяное давление, и врач должен спросить относительно диеты, зарядки и стрессов.

Артериальное давление должно быть измерено дважды в течение двух отдельных обследований с соответствующим размером манжеты перед постановкой диагноза гипертонии (должны измерить артериальное давление на обеих руках). Артериальное давление должно быть измерено сидя и стоя, чтобы идентифицировать пациентов с ортостатической гипотонией.

Исследование глазного дна дает информацию относительно продолжительности гипертонии. При обследовании сердца можно выявить шум, ритм галопа или смещение верхушечного толчка. Обследование легких может выявить признаки сердечной недостаточности. Абдоминальное обследование требуется для пальпации увеличенных почек, поликистоза почек и необходимо выслушивание шума над почечными артериями. Периферийный пульс должен пальпироваться для выявления ослабленной пульсации вследствие атеросклероза.

Лабораторное обследование для гипертонии включает гематокрит, уровень глюкозы, калия, креатинина, анализ мочи на содержание белка, эритроцитов, лейкоцитов, а также электрокардиограмму. Необходимо произвести скрининг по вторичной гипертонии (нужно иметь в виду, что необходимо исключить коарктацию аорты, болезнь Кушинга, гиперальдостеронизм, феохромоцитому, гипотиреоз, стеноз почечной артерии и гиперпаратиреоз).

Модификация факторов риска и согласие пациента должны быть достигнуты при осмотре пациента с гипертонией. Госпожа Дамира должна прекратить курить, увеличить занятия физической культурой, уменьшить потребление соли и прилагать усилия к похудению. Она должна быть проинформирована относительно осложнений нелеченой гипертонии и важности согласия и последовательного выполнения рекомендаций.

... Keith - Wagener - Barker

... гипертонической ретинопатии.

... 2, изменения 1 степени и артериовенозный перекрест;
степень 3, изменения 2 степени, кровоизлияния и экссудаты;
степень 4, изменения 3 степени с дополнением отека диска зрительного нерва.

Межстанция OSCE. Вы должны быть способны определить степени артериальной гипертензии. Классификация степени артериальной гипертензии (ВОЗ, 1999)

Категория АД	Систолическое АД (мм.рт.ст)	Диастолическое АД (мм.рт.ст)
Оптимальное	<120	<80
Нормальное	120 – 129	80 – 84
Высокое нормальное	130 – 139	85 – 89
Артериальная гипертензия 1-й степени (мягкая гипертония)	140 – 159	90 – 99
Артериальная гипертензия 2-й степени (умеренная гипертония)	160 – 179	100 – 110
Артериальная гипертензия 3-й степени (тяжелая гипертония)	≥ 180	≥ 110
Изолированная систолическая артериальная гипертензия (очень тяжелая гипертония)	≥ 140	< 90

86

Если систолическое и диастолическое АД соответствуют разным категориям, то степень тяжести АГ оценивают по наиболее высокой категории.

Знайте, что пациенты <25 или >45-летнего возраста с впервые обнаруженной гипертонией должны быть исследованы повторно по вторичным причинам гипертонии (феохромоцитомы, стеноз почечной артерии, гиперальдостеронизм, болезнь Кушинга, поликистоз почек, коарктация аорты, гиперпаратиреоз, болезни щитовидной железы, акромегалия), даже при том, что они ответственны меньше, чем за 5% всей гипертонии.

Вы должны быть способны дать соответствующие рекомендации ежедневной диеты для этого пациента (жир 30%, углеводы 55%, белок 15%; меньше чем 300 мг холестерина и меньше чем 10% насыщенного жира в день). Индекс массы тела (ИМТ) для этого пациента превышает 30, а идеальным является <25.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 7

На приём к семейному врачу пришел 48-летний мужчина по имени Лев Лукашов с жалобой на боль в груди. Его жизненно важные показатели следующие.

АД 140/90 мм рт.ст.

Частота дыхания 14 в минуту.

Частота сердечбиений 100 ударов в минуту.

Температура 36,7°C.

У Вас 15 минут, чтобы оценить господина Лукашова. Пожалуйста, соберите сфокусированный анамнез и проведите сфокусированное физикальное обследование этого пациента.

МОЙ КОНТРОЛЬНЫЙ ЛИСТ.

История настоящей болезни. Экзаменуемый.

1. Спросил ли о локализации болей в груди («За грудной»).

87

__2. Спросил ли о характере болей в груди («Это похоже на расстройство желудка»).

__3. Спросил ли о начале болей в груди («Началось приблизительно 1 час назад»).

__4. Спросил ли об интенсивности болей в груди («В шкале интенсивности это – 10»).

__5. Спросил ли об иррадиации боли («Иррадирует в левую руку»).

__6. Спросил ли, что ухудшает боль в груди («Ухудшает ходьба»).

__7. Спросил ли, что улучшает боль в груди («Ничего»).

__8. Спросил ли о связи боли с тошнотой или рвотой («Я чувствую тошноту сейчас»).

__9. Спросил ли относительно прошлого медицинского анамнеза («Никогда прежде не было; не обращался к докторам уже 10 лет»).

__10. Спросил ли относительно курения («Я курил по две пачки в день, в течение 15 лет»).

__11. Спросил ли относительно использования наркотиков («Нет»).

__12. Спросил ли относительно диеты («Я не соблюдаю диету»).

__13. Спросил ли относительно наследственности («Мой брат и отец умерли от инфаркта в возрасте 60 лет»).

__14. Спросил ли относительно стрессовых факторов («Я работаю преподавателем в школе; работа связана со стрессом»).

Физикальное обследование. Экзаменуемый.

__15. Пальпировал ли мою прекардиальную область (норма).

__16. Слушал ли моё сердце, по крайней мере, в 3 аускультативных точках (после того, как будет проведена аускультация, стандартизированный пациент дает карточку, где указан ритм галона).

__17. Слушал ли мои легкие, по крайней мере, в 4 аускультативных точках (аускультация легких в норме).

__18. Осмотрел ли мои шейные вены (набухания яремных вен нет).

Коммуникативные навыки. Экзаменуемый.

__19. Создал непринужденную обстановку.

__20. Почувствовал обстановку доверия.

__21. Облегчил мои опасения.

__22. Объяснил мне диагностические возможности (инфаркт миокарда, нестабильная стенокардия, перикардит).

__23. Объяснил предстоящие лабораторные исследования (электрокардиограмма), рентгенография органов грудной клетки, анализы крови.

__24. Обсудил со мной прогноз.

__25. Обсудил факторы риска, которые ухудшают кардиальную проблему (курение, наследственность, диета, стрессы).

Если Вы выполнили 18 из этих задач, Вы прошли эту тестовую станцию.

ОБУЧАЮЩИЕ ВОПРОСЫ ДЛЯ ГОСПОДИНА ЛУКАШОВА.

Оценка представления пациента с выраженной болью в груди.

У господина Лукашова представлены типичные признаки инфаркта миокарда. Сильная боль груди, которую он испытывает, ощущается как расстройство желудка, иррадирует в левую руку и сопровождается тошнотой. Его факторы риска коронарной болезни сердца включают: возраст, курение, семейный анамнез, малоподвижный образ жизни и несоблюдение диеты. Его напряженная работа преподавателя может также влиять на его болезнь. Другие факторы риска ин-

фаркта миокарда могут включать ожирение, использование наркотиков, сахарный диабет, гипертензию, гиперлипидемию — у Лукашова эти факторы риска отсутствуют.

Пациенты в возрасте 65 лет обычно предъявляют типичные жалобы, типа одышки вместо болей в груди.

Дифференциальный диагноз болей в груди включает желудочно-кишечные проблемы, перикардит, легочную эмболию, расслаивающую аневризму аорты, воспаление реберных хрящей (костохондрит).

Семнотика и физикальное обследование часто помогают различить эти нозологии. Обследование сердца (аускультация, пальпация) у пациента с инфарктом миокарда может выявлять пресистолический ритм галопа (усиление IV тона). В осложненных случаях может быть протодиастолический ритм галопа (усиление III тона) или систолический шум, связанный с митральной недостаточностью. Застойные явления в легких наблюдаются в случае инфаркта миокарда, осложненного сердечной недостаточностью.

Лабораторные тесты при инфаркте миокарда включают электрокардиограмму и серологические кардиальные маркеры. Стратегия лечения включает реперфузию с использованием тромболитических средств или ангиопластику. Фармакотерапия острого инфаркта проводится с использованием аспирина, бета-блокаторов, ингибиторов АПФ, нитратов и кислорода.

Осложнения инфаркта миокарда включают: нарушения ритма сердца, постоянную ишемию, желудочковую дисфункцию, разрыв межжелудочковой перегородки, разрыв желудка, перикардит, дисфункцию папиллярных мышц и синдром Дресслера. Пациенты с осложнениями имеют увеличенный риск повторного инфаркта и смерти.

Вторичная профилактика инфаркта требует, чтобы пациент модифицировал факторы риска атеросклероза. Г. Лукашов должен прекратить курение и начать соблюдение диеты с ограничением жиров. Он должен начать программу фи-

зических упражнений. Профессиональное напряжение должно быть снижено, если это возможно.

Межстанция OSCE. На этой межстанции необходимо будет интерпретировать электрокардиограмму: элевация сегмента ST, желудочковые аритмии и блокады сердца, являющиеся обычными электрокардиографическими находками при инфаркте миокарда. Элевация сегмента ST должна быть идентифицирована для топической диагностики (стандартные отведения II, III и AVF для нижней стенки; стандартное отведение I, AVL и V6 для боковой стенки; V1 и V2 для передне-перегородочной стенки и V3, V4 и V5 для передней стенки). Известно, что нисходящая левая коронарная артерия снабжает переднюю стенку, огибающая артерия снабжает боковую стенку и правая коронарная артерия снабжает нижнюю стенку (в большинстве случаев). Необходимо проверить уровень КФК, которая достигает максимума через 24 часа, или тропонина I или T (последние повышаются в течение 1 недели), которые являются чувствительными и специфическими энзимами для определения повреждения мышцы сердца. Обсуждаются факторы риска коронарной болезни сердца и осложнения инфаркта миокарда.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 8

65 - летняя Гульнисо Ахунова вызвала скорую помощь из-за невозможности двигать левой рукой и ногой. Её артериальное давление 170/110 мм рт. ст. Дыхание и температура в пределах нормы.

Когда Вы вошли в комнату, то Вы увидели обеспокоенную плачущую женщину на носилках. На электрокардиограмме Вы определили мерцательную аритмию с частотой 86 ударов в минуту. У нее двухсантиметровый слой пасты нитроглицерина в прекардиальной области.

.. Осмотреть госпожу Аху-
...анный анамнез и проведите сфо-
...альное обследование за это время.

КОНТРОЛЬНЫЙ ЛИСТ ДЛЯ ГОСПОЖИ АХУНОВОЙ

История настоящей болезни. Экзаменуемый.

- ___1. Спросил ли относительно начала слабости в руке и ноге («Это началось приблизительно 45 минут назад»).
- ___2. Спросил ли относительно чувствительности в руке и ноге («Полное онемение руки и ноги»).
- ___3. Спросил ли, были ли нарушения речи («Нет»).
- ___4. Спросил ли относительно любых кардинальных симптомов, то есть сердцебиения, перебоев, болей в груди, головокружения, обморока («Нет»).
- ___5. Спросил ли относительно моего прошлого анамнеза заболевания («Мне мой доктор говорил, что у меня артериальное давление повышено и что диета и упражнения помогали бы мне, а также сказал, что медикаментозное лечение мне не нужно»).
- ___6. Спросил ли относительно частых падений («Нет»).
- ___7. Спросил ли относительно курения («Нет»).
- ___8. Спросил ли относительно употребления алкоголя («Нет»).

Физикальное обследование. Экзаменуемый.

- ___9. Осмотрел ли мои глаза лампочкой, чтобы проверить реакцию зрачка (нормальные и реактивные зрачки).
- ___10. Проверил ли работу мимических мышц лица (попросил улыбнуться, растянуть губы и показать зубы, зажмурить глаза) (СП демонстрирует слабость с левой стороны лица при улыбке).
- ___11. Попросил ли показать язык (отклонение языка к левой стороне).

- ___12. Проверил ли силу в руках (слабая левая рука).
- ___13. Проверил ли силу в ногах (слабая левая нога).
- ___14. Проверил ли чувствительность на руках (снижение чувствительности в левой руке).
- ___15. Проверил ли чувствительность на ногах (снижение чувствительности на моих ногах, снижение чувствительности на левой ноге).
- ___16. Проверил ли рефлексы рук (снижение рефлексов на левой руке).
- ___17. Проверил ли рефлексы ног (снижение рефлексов на левой ноге).
- ___18. Проверил ли рефлекс Бабинского, раздражая подошвы ног (расхождение пальцев веером).
- ___19. Слушал ли сердце, по крайней мере, в 3 аускультативных точках (после того, как экзаменуемый выполнит эту задачу, СП даст карту пациента с результатами: нерегулярный ритм 86 ударов в минуту).
- ___20. Слушал ли легкие, по крайней мере, в 4 аускультативных точках (норма).
- ___21. Аускультировал ли сосуды шеи на предмет выявления шумов в сонных артериях (нет).

Коммуникативные навыки. Экзаменуемый.

- ___22. Сделал утвердительные объяснения.
- ___23. Объяснил мне диагностические версии (инсульт, преходящие нарушения мозгового кровообращения, кровоизлияние в мозг).
- ___24. Объяснил относительно фибрилляции предсердий, как о факторе риска инсульта.
- ___25. Объяснил относительно гипертонии как о факторе риска инсульта.
- ___26. Объяснил план обследования (анализы крови, электрокардиограмма, компьютерная томография головы, консультация невропатолога, эхокардиограмма).

ОБУЧАЮЩИЕ ВОПРОСЫ ГОСПОЖИ АХУНОВОЙ

Факторами риска для тромботического инсульта являются: гипертония, курение, употребление наркотиков, злоупотребление алкоголем, диабет и гиперлипидемия. Мерцательная аритмия и пороки сердца являются факторами риска эмболического инсульта. У госпожи Ахуновой неврологические нарушения и гипертония. На ЭКГ выявлена мерцательная аритмия. У неё нет никаких кардиальных жалоб. Злоупотребление алкоголем и частые падения вследствие этого или старения отрицаются Госпожой Ахуновой. У нее нет в анамнезе никакой недавней головной травмы.

Физикальное обследование не выявило признаков застойной сердечной недостаточности. Неврологическое обследование обнаружило нормальных размеров зрачки, реагирующие адекватно на свет и слабость в левых верхних и нижних конечностях. У госпожи Ахуновой гемисенсорная потеря и гипорефлексия с положительным рефлексом Бабинского на пораженной конечности. Имеется лицевая асимметрия (сглаженность левой носогубной складки) и слабость мимических мышц лица слева, но речь не нарушена. Язык отклоняется к левой стороне. Аускультация сонных артерий не выявила никаких шумов. Представленная клиническая картина свидетельствует об остром гемисферическом инсульте.

Для госпожи Ахуновой предстоит дальнейшая кардиологическая и неврологическая оценка. Тромболитические средства будут применяться для лечения ее инсульта, если на компьютерной томографии головы будет исключен геморра-

гический инсульт и артериальное давление контролируется. Мерцательная аритмия предрасполагает госпожу Ахунову к будущему эмболическому инсульту, поэтому она нуждается в пожизненном применении антикоагулянтов.

Межстанции OSCE. Окклюзия передней мозговой артерии вызывает слабость и сенсорную потерю в контралатеральной ноге и умеренную слабость в контралатеральной руке. Окклюзия средней мозговой артерии вызывает контралатеральную гемиплегию, сенсорную потерю, гомонимную геманопсию, если вовлечено доминирующее полушарие, то возникает глобальная афазия. Глаза могут отклоняться в сторону повреждения. Окклюзия задней мозговой артерии (если вовлекается доминирующее полушарие) вызывает дефект поля зрения и рецептивную афазию Верника.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 9.

17-летняя ученица по имени Назира Хасанова пришла с жалобами на жжение при мочеиспускании. Её температура $38,7^{\circ}\text{C}$, но остальные жизненно-важные признаки в норме.

У Вас 15 минут, чтобы собрать сфокусированный анамнез и провести сфокусированное физикальное обследование госпожи Хасановой.

КОНТРОЛЬНЫЙ ЛИСТ ДЛЯ ГОСПОЖИ ХАСАНОВОЙ

История настоящей болезни. Экзаменуемый.

1. Спросил ли о начале дизурии («Это началось 2 дня назад»).
2. Спросил ли о частоте мочеиспускания («Я мочусь до 20 раз в день»).
3. Спросил ли относительно гематурии («Нет»).
4. Спросил ли относительно лихорадки («Со вчерашнего вечера было $38,6^{\circ}\text{C}$ »).

- __5. Спросил ли относительно озноба («Нет»).
- __6. Спросил ли о наличии боли в животе («Да, нижняя часть живота побаливает»).
- __7. Спросил ли о наличии боли в пояснице («Да, левая сторона моей спины болит»).
- __8. Спросил ли относительно тошноты или рвоты («Нет»).
- __9. Спросил ли о наличии диареи («Нет»).
- __10. Спросил ли относительно заболевания мочевыводящих путей в анамнезе, то есть, камней и инфекций мочевыводящих путей («Нет»).
- __11. Спросил ли о последней менструации («5 лет назад и без проблем»).
- __12. Спросил ли относительно возможной беременности («Нет. У меня один партнер и мы пользуемся презервативами»).
- __13. Спросил ли относительно болезней, передающихся половым путем («Никогда»).

Физикальное обследование. Экзаменуемый.

- __14. Слушал ли мою брюшную полость со стетоскопом (нормально оцененные звуки кишечника).
- __15. Пальпировал ли мою брюшную полость поверхностно (нет чувствительности при умеренной пальпации).
- __16. Пальпировал ли мою брюшную полость глубоко (болезненность над лоном при глубокой пальпации).
- __17. Определял ли симптом поколачивания (положительный симптом поколачивания).
- __18. Сказал ли, что необходимо провести вагинальное обследование (после того, как экзаменуемый спросит о выполнении этой задачи, СП дает карточку с результатами: нет болезненности при пальпации придатков или при движении шейки матки; нет влагалищных выделений).

Коммуникативные навыки. Экзаменуемый.

- __19. Вымыл руки перед началом физического обследования.
- __20. Отнесся ли с пониманием к стеснительности в течение физического обследования.
- __21. Позволил полностью одеться перед начинающимся обсуждением моей проблемы.
- __22. Обсудил диагностические версии с пациентом (пиелонефрит, мочекаменная болезнь, воспалительное заболевание органов таза).
- __23. Объяснил предстоящее лабораторное обследование в доступных терминах (общий анализ мочи, посев мочи, общий анализ крови).
- __24. Объяснил лечение (гидратация, антибиотики).
- __25. Объяснил важность последующего наблюдения и лечения.

Если Вы выполнили 18 из этих 25 задач, Вы прошли эту тестовую станцию.

ОБУЧАЮЩИЕ ВОПРОСЫ ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ ГОСПОЖИ ХАСАНОВОЙ

Подход к пациенту с дизурией

Госпожа Замира Хасанова пришла с жалобами на лихорадку, боли в пояснице, дизурию. Она отрицает гематурию. У нее нет никаких гинекологических или желудочно-кишечных жалоб. У нее нет никакой предыдущей истории сексуально передаваемых болезней.

При физикальном обследовании выявлена надлобковая болезненность при пальпации и положительный симптом поколачивания. При вагинальном обследовании не выявлено воспалительное заболевание органов таза.

Наиболее вероятный диагноз – пиелонефрит. Признаки могут включать лихорадку, боль в животе, в поясничной об-

...вы выявит лейко-
...бактериурия.
...с пиелонефритом требуют
...ленткой можно проводить лечение
...необходимо проводить оральную гидрата-
...ле в течение 14 дней, следование и понимание
...ном соблюдения лечебного режима, предписанного
Семейным врачом.

Межстанция OSCE. Вас могут попросить интерпретировать осадок мочи, содержащий цилиндры, лейкоциты. На этой межстанции часто используется для оценки окрашивания по Грамму бактерий, выявляемых при пиелонефрите.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 10

Серов В. – 40-летний мужчина, пришел на приём в центр семейной медицины с жалобами на боли в животе. Его жизненно важные признаки следующие.

АД 90/60 мм рт. ст. с ортостатическими явлениями.

Частота сердцебиения 110 ударов в минуту.

Частота дыхания – 23 в минуту.

Температура – 38,1°C.

Перед Вами нормального телосложения мужчина, лежащий неподвижно на кушетке в положении эмбриона. Оцените господина В. Серова за 15 минут. Проведите сфокусированный анамнез и сфокусированное физикальное обследование.

КОТРОЛЬНЫЙ ЛИСТ ДЛЯ ГОСПОДИНА СЕРОВА

История настоящей болезни. Экзаменуемый.

___1. Спросил ли о начале симптомов («Это продолжается в течение 2 дней»).

___2. Спросил ли о локализации боли («В середине живота»).

98

___3. Спросил ли о характере боли («Боль острая, режущая»).

___4. Спросил ли об иррадиации боли («Она иррадирует по всей спине»).

___5. Спросил ли относительно выраженности боли («В шкале от 1 до 10, где 10 самая интенсивная боль, это - 10»).

___6. Спросил ли относительно любой связи с тошнотой или рвотой («Я не могу остановить рвоту»).

___7. Спросил ли о характере стула («Нет ни поноса, ни запора»).

___8. Спросил ли о наличии крови в стуле (мелены или яркой алой крови) («Не было»).

___9. Спросил ли о любых факторах, облегчающих боль («Боль немного улучшается, когда лежу на боку»).

___10. Спросил ли о любых факторах, ухудшающих боль («Боль ухудшается после того, как я что-нибудь поем или попью»).

___11. Спросил ли об употреблении алкоголя («Да, я пью 10 кружек пива в день или граненый стакан водки 200-250 мл»).

___12. Спросил ли относительно предыдущих медицинских проблем («У меня был панкреатит после приёма алкоголя 2 года назад»).

___13. Спросил ли об использовании медикаментозных средств («Нет»).

Физикальное обследование. Экзаменуемый.

___14. Спросил ли о кровоподтеке в окологривочной области (признак Куллена) («У меня это появилось этим утром»).

___15. Аускультировал ли, по крайней мере, в 3 точках брюшную полость (после того, как экзаменуемый выполнит эту задачу, СП даёт карточку с результатами: кишечные звуки уменьшились по всей поверхности живота).

___16. Пальпировал ли поверхностно всю брюшную полость (СП жалуется на умеренную боль в эпигастральной области).

99

__17. Пальпировал ли глубоко всю брюшную полость (СП жалуется на сильную эпигастральную боль).

__18. Проверил ли симптом Щеткина – Блюмберга (СП отмечает сильную боль в момент резкого прекращения надавливания).

__19. Сообщил ли о необходимости провести ректальное обследование (после того, как экзаменуемый сообщил о необходимости выполнить эту задачу, СП дает карточку с результатами: стул коричневого цвета, отрицательная проба на скрытую кровь, никаких опухолевидных масс и напряжения).

Коммуникативные навыки. Экзаменуемый.

__20. Показал заботу относительно моего дискомфорта и боли.

__21. Был осторожен при выявлении симптома поколачивания и во время пальпации живота.

__22. Старался драгировать в течение всего обследования.

__23. Объяснил результаты физикального обследования.

__24. Объяснил диагностические версии (некротизирующий панкреатит, осложненный панкреатит, язвенная болезнь, холелитиаз).

__25. Объяснил, что использование алкоголя послужило фактором риска для панкреатита.

__26. Объяснил дальнейшие действия для решения проблемы (госпитализация, анализ крови, рентгенография, консультация хирурга, ультразвуковое исследование).

__27. Объяснил прогноз (это достаточно серьезное заболевание).

Если Вы выполнили 19 из этих 27 задач, Вы прошли эту тестовую станцию.

ОБУЧАЮЩИЕ ВОПРОСЫ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ ГОСПОДИНА СЕРОВА

Распознавание серьезного осложнения часто встречающегося заболевания.

Господин Серов – алкоголик, в анамнезе у которого был эпизод острого панкреатита. Он пришел с жалобами на сильную боль в животе, которая иррадирует в спину и связана с едой. Его температура была повышена. Боль стихает, когда он находится в положении эмбриона. У пациента гипотония, тахипноэ и тахикардия.

Дифференциальный диагноз включает острый панкреатит, острый холецистит и перфорацию. Панкреатит – наиболее вероятный диагноз, так как пациент злоупотребляет алкоголем (потребляет ежедневно в перерасчете на чистый спирт 60 мл/сут. - 10 мл спирта содержится в 30 мл водки) и перенес в прошлом эпизод панкреатита, являющегося причиной подобных симптомов.

Факторы риска панкреатита, кроме алкоголизма, включает использование лекарств, травмы, гиперлипидемию, пенетрирующую язву и желчекаменную болезнь. Эти причины менее вероятны, но должно все же рассматриваться в плане дифференциального диагноза для этого пациента.

У пациента наблюдается околопупочное кровоизлияние (признак Куллена). Выявляется положительный симптом поколачивания и сильная эпигастральная болезненность при глубокой пальпации. Эти физикальные данные, наряду с анамнезом, указывают на некротический панкреатит.

Больному необходимо провести исследование крови (общий анализ крови, электролиты, амилаза и липаза). Эти исследования выявят другие осложнения панкреатита, которые могут присутствовать у этого пациента: это инфекции, гипокальциемия, ацидоз, нарушение функции почек. Рентгеноисследование органов грудной клетки и брюшной полости могут выявить плевральный выпот, асцит или наличие воздуха в брюшной полости. Компьютерная томограмма помогает

оценить степень панкреатического некроза. Энергичная гидратация, антибиотики и другие поддерживающие мероприятия необходимы для этого пациента. Необходимо проконсультироваться с хирургами для удаления некротических тканей. Господин В. Серов должен быть информирован, что у него угрожающее жизни осложнение панкреатита. Ему необходимо высказать больше сочувствия и поддержки.

Межстанция OSCE. Вы должны быть знакомы с критериями Рансона. Прогноз панкреатита у пациентов старше 55 лет ухудшается при повышении уровней лейкоцитов, глюкозы, остаточного азота, лактатдегидрогеназы, АСТ (аспартатаминотрансферазы). Потеря жидкости, ацидоз, гипоксемия, гипокальциемия и сниженный гематокрит также ухудшают показатели смертности.

Может быть предоставлена рентгенограмма грудной клетки, на которой Вы должны определить плевральный выпот с ателектазом или свободный воздух под диафрагмой. На рентгенограмме брюшной полости Вы должны показать наличие свободного воздуха, заполненные воздухом петли тонкого кишечника в левом верхнем квадранте и/или признаки кальцификации поджелудочной железы.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 11

Мать пришла со своим 3,5 – месячным ребенком. Пожалуйста, оцените состояния здоровья малыша Шухрата Муродова за 15 минут. Это его первое посещение Вас, как семейного врача (семья приехала из Согдийской области).

КОНТРОЛЬНЫЙ ЛИСТ МАЛЫША ШУХРАТА МУРОДОВА

История настоящей болезни. Экзаменуемый.

__1. Начал ли с открытого вопроса, типа «Как идут дела?» («Никаких проблем, доктор»).

__2. Спросил ли относительно истории рождения младенца, то есть о внутриутробных инфекциях, способа родовспоможения, массы тела при рождении, осложнении при родах («Родила в роддоме, в срок, без осложнений. Масса ребенка 3200г»).

__3. Спросил ли относительно любых недавних болезней («Нет»).

__4. Спросил ли о кормлении («Кажется голодным все время; я кормлю его грудью»).

__5. Спросил ли относительно сна («Просыпается один раз ночью для кормления грудью»).

__6. Спросил ли относительно слуха младенца («Он поворачивает голову, когда с ним кто-нибудь разговаривает»).

__7. Спросил ли относительно зрения младенца («Он следит глазами за мной»).

__8. Проверил ли развитие речи младенца («Младенец воркует и смеется»).

__9. Спросил ли относительно иммунизации («Его прививали в роддоме и в 2 месяца»).

Физикальное обследование. Экзаменуемый.

__10. Определил ли массу (Весы находятся в комнате обследования).

__11. Измерил ли рост.

__12. Измерял ли окружность головы младенца.

__13. Исследовал ли родничок (Задний закрыт).

__14. Исследовал ли глаза (Нет доказательств конъюнктивита; положительный красный рефлекс с двух сторон).

__15. Исследовал ли уши отоскопом (Нет данных за средний отит).

__16. Выслушал ли сердце в различных точках (Нет никаких шумов).

__17. Выслушал ли легкие в различных точках (Нормальная аускультация).

__18. Пальпировал ли брюшную полость (Нет никаких опухолевидных образований).

__19. Исследовал ли конечности для выяснения объема движений (Нормальный объем движений).

Коммуникативные навыки. Экзаменуемый.

__20. Объяснил физикальное обследование во время проведения.

__21. Позволил мне держать ребенка в течение физикального обследования.

__22. Объяснил, что необходима иммунизация от дифтерии, столбняка и коклюша, пневмонии (в двухмесячном возрасте).

__23. Объяснил, что необходима иммунизация от полиомиелита, диареи ротавирусной этиологии.

__24. Объяснил, что необходима иммунизация для предупреждения гепатита В.

__25. Обсудил со мной профилактику повреждений (падения, поперхивания).

__26. Обсудил вскармливание (грудное вскармливание должно продолжаться желательно до 2 лет).

__27. Похвалил за хороший уход за ребенком.

__28. Относился с пониманием к моим беспокойствам, вопросам и сомнениям.

__29. Запланировал посещение в 5 месяцев.

Если Вы выполнили 20 из этих задач, Вы прошли эту тестовую станцию.

ОБУЧАЮЩИЕ ВОПРОСЫ ДЛЯ МАЛЫША ШУХРАТА МУРОДОВА

Контроль роста и развития ребенка

Медицинский осмотр детей планируется равномерно. В первые 2 года жизни ребенок должен быть осмотрен педиатром в 1, 2, 4, 6, 12, 15, 18 и 24 месяца. Лабораторное исследование и иммунизация выполняются в соответствующие сроки.

Рост и развитие фиксируются при каждом посещении, проверяя массу ребенка, рост и окружность головы. Врач должен спросить относительно питания и сна ребенка (прием твердой пищи может быть начат в возрасте 6 месяцев). Контроль развития ребенка включает внимательную оценку поведения ребенка, развития речи и моторных навыков.

Физикальное обследование в течение медицинского осмотра должно быть тщательным и полным. Частота сердечных и артериальное давление должны быть измерены. Обследование родничков должно показать закрытие к 18 месяцам жизни (маленький родничок обычно закрывается к 8 неделям возраста). Глаза должны быть исследованы на катаракту или инфекцию. Уши должны быть на наличие отита. Аускультация сердца и легких необходима для выявления шумов и оценки дыхания с двух сторон. Брюшная полость должна пальпироваться на наличие новообразований и на предмет гепатоспленомегалии. Обследование конечностей с акцентом обследования на предмет вывиха тазобедренных суставов, а также неврологическая оценка, включая обследование черепно-мозговых нервов, рефлексов, моторных и сенсорных систем, включено в каждое посещение здорового ребенка.

Медицинский осмотр дает родителям и врачу шанс разработать отношения, которые будут полезны для обучения родителей. Педиатр должен относиться с пониманием к вопросам и беспокойству родителей и положительно поддерживать и заверять их. Врач должен помочь родителям обеспечить безопасную и удобную окружающую среду для детей. Поговорите относительно пищи, зарядки, ухода за полостью рта и дисциплине как части обычного медицинского осмотра.

Сбор анамнеза.

Знайте вехи нормального развития!

1 месяц: улыбается, поворачивает голову, наблюдает за человеком, поддерживает подбородок;

2 месяца: узнает родителей, улыбается при социальном контакте, слышит голос, воркует;

3 месяца: смеется, слушает музыку, узнает объекты, достает объекты и кладет все в рот;

5 месяцев: лопочет, переворачивается, предпочитает мать, поднимает голову;

8 месяцев: произносит отдельные слова;

10 месяцев: сидит один, играет, машет ручками, говоря «до свидания», показывает на все указательным и большим пальцами;

12 месяцев: говорит предложения с 2 словами, ходит, придерживаясь одной рукой, дает какой-нибудь объект другому по просьбе, играет с мячом;

17 месяцев: разговаривает диалогами.

Межстанция OSCE. Подготовьтесь, чтобы обсудить план иммунизации.

Национальный календарь иммунизации в Республике Таджикистан

(Постановление Правительства Республики Таджикистан от 28 октября 2016 года № 456 «О Национальной программе иммунопрофилактики в Республике Таджикистан на 2016-2020 годы»)

Вакцины	Возраст	
	Вакцинация	Ревакцинация
*Оральная полиомиелитная (ОПВ)	0- при рождении в первые 24 часа, 2, 3 и 4 месяца	12 месяцев
**Гепатит В	При рождении в первые 24 часа	-
БЦЖ (вакцина против туберкулеза)	3-5 день после рождения	6, 16 лет
Пентавалентная (АКДС, Hib, гепатит В)	2-3-4 месяца	-

Коревая – краснушная	12 месяцев	6 лет
КДС (адсорбированная вакцина против коклюша, дифтерии и столбняка)	-	16-23 месяцев
Адсорбированная дифтерийно - столбнячная (АДС)	-	6 лет
Адсорбированная дифтерийно - столбнячная с уменьшенным количеством антигенов (АДСм)	-	16-26-36-46-56 лет
Ротавирусная	2-3 месяца	-
***Инактивированная полиомиелитная (ИПВ)	4 месяца	-

* В случае, если ребенок не получил нулевую дозу полиовакцины при рождении, его следует привить в течение 14 дней со дня рождения.

** В случае, если ребенок не получил дозу гепатита В при рождении, его следует привить в течении 7 дней со дня рождения.

*** ИПВ вакцину планируется вводить с 2017 года.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 12

52-летняя женщина госпожа Майрам Саидова пришла к Вам на прием с жалобами на сильные боли в животе. Частота сердцебиений 110 ударов в минуту. Артериальное давление в норме.

Вы – клинический ординатор семейной медицины в Центре семейной медицины. Вы входите в комнату и видите тучную женщину, находящуюся на кушетке и корчащуюся от боли. У вас 15 минут, чтобы осмотреть госпожу. Соберите анамнез и проведите физикальное обследование.

КОНТРОЛЬНЫЙ ЛИСТ СТАНДАРТИЗИРОВАННОГО ПАЦИЕНТА ГОСПОЖИ САИДОВОЙ

История настоящей болезни. Экзаменуемый.

- __1. Спросил ли о локализации боли («В правой подреберной области»).
- __2. Спросил ли о начале боли («Это началось 4 часа назад»).
- __3. Спросил ли относительно динамики боли («Боль усиливается»).
- __4. Спросил ли об интенсивности боли («Это очень сильная боль»).
- __5. Спросил ли относительно иррадиации боли («Иррадирует в правое плечо»).
- __6. Спросил ли о факторах, ухудшающих боль («Глубокое дыхание, прием жирных пищевых продуктов»).
- __7. Спросил ли о факторах, облегчающих боль («Нет»).
- __8. Спросил ли: были ли подобные боли раньше («Было в прошлом году, но это прошло через 2 часа»).
- __9. Спросил ли о наличии тошноты или рвоты («Да, у меня была рвота один раз и я все еще чувствую тошноту»).
- __10. Спросил ли о наличии температуры («Я не проверял»).
- __11. Спросил ли о характере стула («Нет ни поноса, ни запора»).
- __12. Спросил ли относительно наличия крови («Нет»).
- __13. Спросил ли относительно моей прошлой медицинской истории («Не было»).
- __14. Спросил ли относительно употребления алкоголя («Не было»).
- __15. Спросил ли относительно моей диеты («Я предпочитаю жирные пищевые продукты»).

Физикальное обследование. Экзаменуемый.

- __16. Аускультировал ли брюшную полость (СП показывает карту, где записано, что выслушиваются нормальные звуки кишечника).

108

- __17. Проводил ли поверхностную пальпацию живота (нет болезненности).

- __18. Проводил ли глубокую пальпацию брюшной полости (СП жалуется на сильную боль в правой подреберной области).

- __19. Проводил ли пробу Мерфи (СП отмечает боль при глубоком вдохе, когда проводится пальпация в правой подреберной области).

- __20. Сказал ли, что необходимо провести ректальное обследование (после этого СП дает карточку с результатами: никаких образований и болезненности; анализ кала на скрытую кровь отрицательный).

Коммуникативные навыки. Экзаменуемый.

- __21. Учитывал дискомфорт в течение физикального обследования.

- __22. Объяснил предварительные диагностические версии (холецистит, язвенная болезнь, панкреатит).

- __23. Обсудил план обследования и лечения (анализ крови, ультразвуковое обследование и возможная операция).

- __24. Обсудил прогноз (хороший).

- __25. Разделил беспокойство пациента относительно операции.

Если Вы выполнили 18 из этих 26 задач, Вы прошли эту тестовую станцию.

ОБУЧАЮЩИЕ ВОПРОСЫ ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ ГОСПОЖИ САИДОВОЙ

Оценка представления пациента с болями в правом верхнем квадранте живота

Госпожа Саидова – тучная женщина, у которой наблюдается сильная боль в правом верхнем квадранте, которая иррадирует в правое плечо и сопровождается тошнотой и рвотой. Больная говорит, что подобные боли были в прошлом

109

году, но они прошли без медицинского вмешательства. Она отрицает кровавую рвоту, понос или запор. У нее нет диабета. При обследовании выявляется субфебрильная температура и небольшая тахикардия.

Пациентка отрицает использование алкоголя, однако ее диета состоит из жирных продуктов.

Дифференциальный диагноз после получения объективных данных включает: острый холецистит, панкреатит, аппендицит и язвенную болезнь желудка.

При физикальном обследовании у пациентки сильная боль в правом верхнем квадранте при пальпации и положительный симптом Мерфи. Желчный пузырь не пальпируется. Ректальное обследование без патологии. Наиболее вероятный диагноз после физикального обследования — острый холецистит.

Обследование этого пациента включает подсчет лейкоцитов, гематокрита (холецистит часто сопровождается лейкоцитозом). Результаты исследования функции печени и панкреатические ферменты могут также быть повышены. Ультразонография может визуализировать камни желчного пузыря и идентифицировать изменения, связанные с острым холециститом, типа уплотнения стенки желчного пузыря. Этой пациентке рекомендована операция. Прогноз благоприятный.

Межстанция OSCE. Вы должны оценить брюшную соннограмму с камнями желчного пузыря.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 13

Вас просят посмотреть госпожу Бибишур Алиеву в Центре семейной медицины. Ей 24 года, беременность 9-10 недель. Ее врач, ваш партнер, уехал на конференцию. Пациентка жалуется на влагалищное кровотечение и чувствует, что у нее может быть самопроизвольный аборт. Ее жизненные показатели нормальны и не имеются ни каких ортостатических изменений. Пожалуйста, осмотрите эту плачущую испуганную молодую женщину в течение 15 минут.

КОНТРОЛЬНЫЙ ЛИСТ ДЛЯ ГОСПОЖИ АЛИЕВОЙ

История настоящей болезни. Экзаменуемый.

__1. Спросил ли о начале влагалищного кровотечения («Это началось приблизительно 5 часов назад»).

__2. Спросил ли о количестве влагалищного кровотечения, то есть, сколько прокладок было использовано; было это кровотечение больше или меньше, чем в обычный менструальный период? («Только одна прокладка, как в первый менструальный день, но я боюсь»).

__3. Спросил ли относительно динамики: уменьшается ли количество кровотечения («Я думаю, что уменьшается»).

__4. Проверили ли гестационный возраст, спрашивал ли дату последней менструации («Девять недель назад»).

__5. Спросил ли, проводился ли тест на наличие беременности или ультразвуковое обследование («Да, оба. Тест на наличие беременности был положителен и УЗИ показало наличие беременности»).

__6. Спросил ли о наличии любой боли в животе («Незначительные боли, подобно моему менструальному периоду»).

__7. Спросил ли, что я делала перед появлением влагалищных выделений («Смотрела телевизор»).

__8. Спросил ли относительно полового акта за последние 24 часа («Нет»).

__9. Спросил ли относительно моего акушерского анамнеза («Это моя первая беременность»).

__10. Спросил ли о любом недавнем стрессе. («Нет. Всё было хорошо; мой муж и я счастливы»).

__11. Спросили ли относительно курения («Нет»).

__12. Спросили ли относительно употребления наркотиков («Нет»).

Физикальное обследование. Экзаменуемый.

__13. Аускультировал ли брюшную полость (выслушиваются нормальные звуки кишечника).

__14. Пальпировал ли брюшную полость (патологии не выявлено).

__15. Объяснил ли, что необходимо провести тазовое обследование (после того, как экзаменуемый скажет о необходимости проведения влагалищного исследования, СП дает карточку с результатами: открытие шейки матки нет; матка 10 недель в размере; выделений, крови нет).

Коммуникативные навыки. Экзаменуемый.

__16. Объяснил начальные диагностические версии (угрожающий аборт, посткоитальное кровотечение).

__17. Объяснил, что это обычная проблема в раннем периоде беременности.

__18. Объяснил результаты УЗИ.

__19. Объяснил, что многие женщины, у которых наблюдается кровотечение, благополучно вынашивают беременность.

__20. Рекомендовал постельный режим в течение следующих 48 часов.

__21. Дал совет, чтобы воздержаться от полового акта в течение 1 недели.

__22. Сказал мне, чтобы я звонила немедленно при возникновении влагалищных выделений.

__23. Обсудил ли дополнительные назначения со мной.

__24. Предложил свою помощь в обсуждении данной проблемы с моим мужем.

__25. Показал беспокойство по поводу моей проблемы.

Если Вы выполнили 18 из этих 25 задач, Вы прошли эту тестовую станцию.

ОБУЧАЮЩИЕ ВОПРОСЫ ДЛЯ ГОСПОЖИ АЛИЕВОЙ.

Подход к пациентке с влагалищными кровотечениями в первом триместре беременности

У госпожи Алиевой небольшое влагалищное кровотечение в течение первого триместра беременности. Она волнуется,

думая, что это является признаком самопроизвольного аборта. У нее не было эмоционального перенапряжения, какой либо физической перегрузки или полового акта в момент появления выделений.

Дифференциальный диагноз включает: угрожающий аборт, неполный и полный аборт. Приблизительно у 25% женщин имеется вагинальное кровотечение в первом триместре беременности. Врач должен проверить гестаивинный возраст и срокить относительно теста на наличие беременности или сонограммы. Факторы риска для самопроизвольного аборта включают использование лекарственных средств и табака.

Появление влагалищного кровотечения часто связано с судорожной болью в животе. У госпожи Алиевой выделения были связаны с болью в животе. При влагалищном осмотре: зев шейки матки закрыт и не имеются никаких патологических образований и выделений. Размер матки совместим с 10-недельным сроком беременности. Наиболее вероятный диагноз у этой пациентки – угрожающий аборт. Ультразвуграфия должна показать, жизнеспособен ли зародыш.

Госпожа Алиева будет информирована относительно диагноза. Так как зародыш визуализировался при ультразвуковом обследовании, вероятность вынашивания беременности высока. Должны быть даны рекомендации по ограничению половой активности в течение нескольких недель после прекращения выделений. Врач должен поддержать и заверить беспокойных родителей относительно хорошего прогноза.

Межстанции OSCE. Вы должны провести УЗИ – исследование.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 14 МАЛЯРИЯ

32-летняя Мадина приехала из района, куда едет в гости 3 недели назад. В течение 5 дней отмечает повышенную температуру до 39-40°C, озноб, слабость, головные боли, герпетическое высыпание на губах.

Её жизненно-важные показатели:

АД – 90/60 мм рт.ст;

Пульс – 80 ударов в минуту;

Температура – 36,8 °С.

У Вас 15 минут, чтобы оценить ее состояние и провести сфокусированный сбор анамнеза и физикальное обследование.

№	Оценочный критерий	Не выполнил 0 баллов	Выполнил не полностью 1 балл	Выполнил полностью 2 балла
АНАМНЕЗ				
1.	Постоянно ли есть температура (повышается ежедневно в одно и то же время)			
2.	Отмечается ли озноб (да)			
3.	Отмечается ли потливость после снижения t –ры (да)			
4.	Были ли в посещаемом ею районе больные малярией (да, соседка)			
5.	Температура повышается и самостоятельно снижается (да)			
6.	Другие жалобы (головные			

114

	боли, тошнота, боль во всем теле, особенно в спине)			
ФИЗИКАЛЬНЫЙ ОСМОТР				
7.	Осмотр по системам			
8.	Пальпация печени, селезенки (увеличены)			
ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ				
9.	Общий анализ крови (анемия)			
10.	Общий анализ мочи, кала			
11.	Кровь на толстую Каплю на высоте температуры			
12.	Обоснование диагноза			
КОММУНИКАТИВНЫЕ НАВЫКИ				
13.	Вежливо представился			
14.	Объяснил ли возможный диагноз			
15.	Успокоил ли женщину			
16.	Убедил ли в необходимости госпитализации			

Если Вы выполнили 12 задач из этих 16, то Вы прошли эту тестовую станцию.

115

Пульс – 60 ударов в минуту;
Температура - 39°C;

У Вас 15 минут, чтобы оценить его состояние и провести сфокусированный сбор анамнеза и физикальное обследование.

№	Оценочный критерий	Не выполнил 0 баллов	Выполнил не полностью 1 балл	Выполнил полностью 2 балла
АНАМНЕЗ				
1.	Когда повысилась температура (3 дня назад)			
2.	Держалась ли эти дни (да)			
3.	Снижалась ли температура (пил парацетамол, но t-ра не снижалась)			
4.	Когда начались боли в животе (5 дней назад)			
5.	Характер боли (постоянная, ноющая, спастическая)			
6.	Было ли расстройство стула (запор)			
7.	Когда была рвота (сегодня утром)			

8.	Употреблял ли некипячёную воду (да)			
ФИЗИКАЛЬНЫЙ ОСМОТР				
9.	Осмотр по системам			
10.	Осмотр кожи (розеолезная сыпь на передней поверхности живота)			
11.	Аускультация живота (урчание)			
12.	Пальпация живота (болезненность по всей поверхности живота, спазмированный толстый кишечник)			
13.	Симптомы раздражения брюшины (отсутствуют)			
ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ				
14.	Общий анализ крови (лейкопения, нейтропения, лимфоцитоз)			
15.	Общий анализ мочи (норма)			
16.	Кровь на гемокультуру			
17.	Обоснование диагноза			

КОММУНИКАТИВНЫЕ НАВЫКИ				
18.	Вежливо представился			
19.	Объяснил ли возможный диагноз			
20.	Успокоил ли ребенка			
21.	Убедил ли в необходимости госпитализации			
22.	В случае отказа госпитализации – лечение: левомицетин, ампициллин, амоксициллин, ципрофлоксацин			

Если Вы исполнили 16 задач из этих 22, то Вы прошли эту тестовую станцию.

ТЕСТОВАЯ СТАНЦИЯ ИНТЕРПРЕТАЦИЯ ЭКГ

Просмотрите предложенную ЭКГ, интерпретируйте по схеме. Прочитайте предложенные варианты ответов: отметьте верные и неверные. Каждый правильный ответ оценивается в один балл. Максимальная оценка за 1 ЭКГ 9 баллов. Максимальная итоговая оценка 36 баллов. Проходной балл 26.

Примечание: В данной станции подбираются ЭКГ, для каждого варианта ЭКГ разрабатываются свои критерии оценки.

ОЦЕНОЧНЫЙ ЛИСТ ДЛЯ СЛУШАТЕЛЯ

1.

ответ	верно	неверно
АВ блокада 1 степени		
Электрическая ось сердца отклонена влево		
ЧСС 70 в минуту		
Имеется гипертрофия левого желудочка		
Блокада левой ножки пучка Гисса		

2.

ответ	верно	неверно
P pulmonales		
Электрическая ось не отклонена		
ЭКГ здорового человека		
Желудочковая экстрасистолия		
ЧСС 96 в минуту		

3.

ответ	верно	неверно
Электрическая ось отклонена вправо		
Гипертрофия левого желудочка		
Ритм синусовый		
На ЭКГ инфаркт миокарда		
Мерцательная аритмия		

4.

ответ	верно	неверно
Синусовая тахикардия		
Блокада правой ножки пучка Гисса		
АВ блокада 2 степени, Мобитц I		
Гипертрофия левого желудочка		
Ритм несинусовый		

К каждой предложенной ЭКГ слушатель должен выполнить следующее задание.

Задание	Не определил 0 баллов	Определил / неверно ½ балла	Определил / верно 1 балл
Определил ли ЧСС			
Определил ли ритм			
Определил ли ось сердца			
Определил ли патологию			

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 17 ВНЕМАТОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

Женщина 28 лет, замужняя, имеет 3-х детей: 9, 7 и 3 лет. Пришла на прием с жалобами на боли внизу живота.

Жизненно важные показатели:

АД – 90/60 мм рт.ст;

Пульс – тахикардия;

г°- N

У Вас 15 минут, чтобы оценить ее состояние и решить ее проблему.

№	Оценочный критерий	Не выполнил 0 баллов	Выполнил не полностью 1 балл	Выполнил полностью 2 балла
АНАМНЕЗ				
1.	Когда начались боли (сегодня ночью)			
2.	Интенсивность болей (очень сильная)			
3.	Есть ли выделе-			

	ния (кровянистые незначительные)			
4.	Иррадиация болей (в промежность)			
5.	Последняя менструация (08.12)			
6.	Есть ли тошнота или рвота (тошнота по утрам)			
7.	Были ли операции на органах брюшной полости и малого таза (нет)			
8.	Использует ли контрацептивы (нет)			
ФИЗИКАЛЬНЫЙ ОСМОТР				
9.	Аускультация легких – сердца			
10.	Аускультация живота (ослабление кишечных шумов)			
11.	Пальпация живота (болезненность в левой подвздошной области)			
12.	Симптомы раздражения брюшины			
ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ ОСМОТР				
13.	Осмотр в зеркалах (резкая болезненность, кровянистые выделения из шейки матки)			

14.	Двуручное исследование (размеры матки не соответствуют сроку беременности, болезненность при пальпации заднего свода влагалища, размягчение шейки матки, болезненность при ротации шейки матки)			
-----	---	--	--	--

ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

15.	Тест на беременность			
16.	Пункция заднего свода (кровь)			

КОММУНИКАТИВНЫЕ НАВЫКИ

17.	Вымыл ли руки перед началом физикального обследования и гинекологического осмотра			
18.	Одел ли перчатки			
19.	Смазал ли вазелином перчатки и зеркало			
20.	Объяснил ли перед осмотром свою тактику			
21.	Успокоил ли женщину			

22.	Объяснил ли результаты физикального и гинекологического обследования			
23.	Объяснил ли возможный диагноз			
24.	Убедил ли о необходимости госпитализации			

Если Вы исполнили 19 задач из этих 25, то Вы прошли эту тестовую станцию.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 18

Консультирование по поводу планирования семьи

Женщина 25 лет пришла на прием по поводу планирования семьи. Проконсультируйте пациентку.

№	Оценочный критерий	Не выполнил 0 баллов	Выполнил не полностью 1 балл	Выполнил полностью 2 балла
1.	Приветствовать пациентку			
2.	Внимательно выслушать			
3.	Представить полную информацию о методах контрацепции. -Барьерные методы (спермициды, контрацептивные губ-			

	ки, презерватив, диафрагма, шеечные колпачки). - Внутриматочные контрацептивы (ВМС). - Гормональная контрацепция (комбинированные таблетки, некомбинированные таблетки, Депо-Провера, инъекции). - Биологические методы (ритмический метод, календарный метод, прерывание полового акта, температурный метод). - Хирургические методы (добровольная стерилизация)			
4.	Не навязывать пациенту свое личное мнение			
5.	Спрашивал есть ли у нее вопросы			
6.	Говорил ли на языке понятном пациентке			
7.	Спросил ли какой она выбрала метод (комбинированные таблетки КОК)			

8.	Рассказал ли о механизме действия КОК (подавление овуляции, сгущение цервикальной слизи, что препятствует проникновению сперматозоидов в полость матки), его преимуществах (быстрый эффект, малое количество побочных эффектов, удобен при применении, пациентка сама может прекратить прием, профилактика анемии, защищает от развития рака яичников, профилактика остеопороза)			
9.	Рассказал ли о недостатках КОК (тошнота, головокружение, головные боли, кровянистые выделения, не защищает от заболеваний передающихся половым путем (ЗППП), ВИЧ-инфекции)			
10.	Говорил ли как			

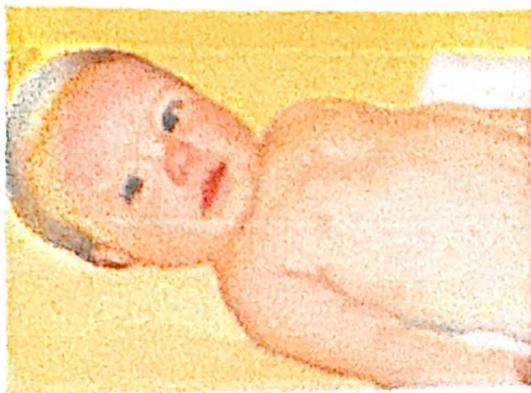
	принимать КОК (с 1-го по 5-й день менструального цикла, после родов)			
11.	Давала ли инструкции пациентке			
12.	Позволила ли взять пациентке брошюру домой			

Если Вы исполнили 8 задач из этих 12, то Вы прошли эту тестовую станцию.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 20.

Детская инфекция

Джамшеду 2 года, он сегодня не пошел в детский сад, потому, что у него температура 38°C и появилась сыпь. Пожалуйста, оцените состояние мальчика за 15 минут, изучите историю заболевания и проведите физикальный осмотр.



128

Контрольный список пациента Джамшеда.

История настоящего заболевания.

1. Спросил ли относительно начала заболевания (заболел вчера).
2. Спросил ли относительно локализации сыпи (по всему телу, на волосистой части головы).
3. Спросил ли относительно характера сыпи (сначала было пятно, потом появились пузырьки).
4. Спросил ли относительно связи времени появления высыпания с температурой (почти одновременно).
5. Спросил ли относительно этапности высыпания (нет этапности).
6. Спросил ли относительно кожного зуда (сильный зуд).
7. Спросил ли относительно контакта с больными, у которых наблюдалась сыпь (у соседки на прошлой неделе была сыпь).
8. Спросил ли относительно профилактических прививок (все прививки получал по календарю).
9. Спросил ли относительно того, что были ли ранее такие высыпания (ранее такой сыпи не было).
10. Не было ли сыпи на сладкое, на лекарства, на пыль.
11. Не принимал ли в эти дни лекарства.

Физикальное обследование.

12. Осмотрел ли кожные покровы.
13. Осмотрел ли полость рта.
14. Пальпировал ли лимфоузлы (шейные, подчелюстные, затылочные и т.д.).
15. Слушал ли легкие в 3-х точках.
16. Слушал ли сердце в 3-х точках.
17. Осмотрели глаза (симптом Кернера)?
18. Пальпировал ли живот.

Коммуникативные навыки.

19. Сформулировал ли первоначальные процедуры (аускультацию легких, пальпацию живота).

129

20. Обсудил ли предварительный диагноз.
21. Обсудил ли план лечения, питания, гигиены.
22. Обсудил ли профилактические мероприятия (относительно дача, других членов семьи).
23. Проявлял ли озабоченность.
24. Информировал ли о возможных осложнениях.
25. Обсудил ли повторный визит пациента.

Если Вы исполнили 20 задач из этих 25, то Вы прошли эту тестовую станцию.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 21. ЗОЖ.

Вы проинструктированы, чтобы осмотреть госпожу Халиму Додарбекову, 50-летнего преподавателя. Она не осматривалась у врача в течение 5 лет. Недавно она была на профилактическом осмотре и у нее выявлено высокое артериальное давление. Это – ее третий визит к Вам.

Медсестра сообщает Вам, что артериальное давление госпожи Халимы Додарбековой сегодня 140/95 мм рт.ст. на обеих руках, ее ЧСС – 68 ударов в минуту, пульс ритмичный. Вы входите в экзаменационную комнату и видите тучную женщину (100 кг, высота 160 сантиметров). Других проблем нет.

У Вас 15 минут, чтобы осмотреть госпожу Халиму.

Пожалуйста, соберите анамнез и проведите сфокусированное физикальное обследование этого пациента.

КОНТРОЛЬНЫЙ СПИСОК СТАНДАРТИЗИРОВАННОГО ПАЦИЕНТА ДЛЯ ХАЛИМЫ Д.

История болезни. Экламенуемый.

1. Спросил ли относительно любых признаков, то есть головных болей, нарушения зрения, сердцебиения, болей в груди, головокружение («Нет»).

2. Спросил ли об анамнезе заб... ..
3. Спросил ли относительно использования лечения («Не было»).
4. Спросил ли относительно диеты («Я ем много жирной пищи»).
5. Спросил ли о курении («Я курила по две сигареты в день в течение 20 лет»).
6. Спросил ли о приеме наркотиков («Никогда»).
7. Спросил ли относительно зарядки («Не занимаюсь зарядкой»).
8. Спросил ли относительно стрессов в жизни («Работаю преподавателем»).
9. Спросил ли о семейном анамнезе («У моего отца был сердечный приступ в возрасте 60 лет, и моя мама перенесла удар в возрасте 65 лет; у сестры в 50 лет застойная сердечная недостаточность и диабет»).
10. Спросил ли в отношении уровня холестерина («На профилактическом осмотре мне сказали, что мой холестерин был 8 ммоль/л. («Высокий ли это уровень?»).

Физикальное обследование. Экламенуемый.

11. Проверил мое артериальное давление на обеих руках – 140/95 мм рт. ст.
12. Проверил ли артериальное давление, сидя и стоя – 140/95 мм рт.ст.
13. Выбрал большую манжету, чтобы измерить мое артериальное давление (в экзаменационной комнате была малая и большая манжета, доступная для выбора пациенту).
14. Обследовал глаза офтальмоскопом (после того, как пациенту проведена офтальмоскопия, стандартизированный пациент выдает записанные на карте результаты: изменение калибра и формы сосудов нет).
15. Слушал сердце, по крайней мере, в 3 аускультативных точках (нормальное обследование).

___16. Слушал легкие, по крайней мере, в 4 аускультативных точках (нормальное обследование).

___17. Провел аускультацию брюшной полости со стетоскопом (никаких шумов).

___18. Пальпировал брюшную полость, чтобы определить размер почек (почки не увеличены).

___19. Проверил пульсацию, по крайней мере, в двух точках, то есть, на сонной, лучевой, задней большеберцовой артериях и на тыле стопы (пальпируется нормальный пульс).

Коммуникативные навыки. Экзаменуемый.

___20. Создал благоприятную атмосферу, в которой пациент чувствовал себя легко.

___21. Объяснил результаты физикального обследования.

___22. Обсудил ли все мои медицинские проблемы (гипертония, гиперлипидемия, ожирение, использование табака).

___23. Обсудил ли диету, как лечение гипертонии, ожирения и гиперлипидемии.

___24. Обсудил ли занятия физической культурой как лечение для гипертонии, ожирения и гиперлипидемии.

___25. Обсудил ли со мной о необходимости избегать стрессов.

___26. Обсудил ли со мной о необходимости похудения.

___27. Обсудил ли со мной прогноз, если не проводить лечение.

___28. Обсудил ли структурированный план обследования (анализ крови, анализ мочи, электрокардиограмму, занятия физической культурой, принципы питания, программу прекращения курения табака).

___29. Спросил ли, согласен ли я следовать разработанному плану обследования и лечения.

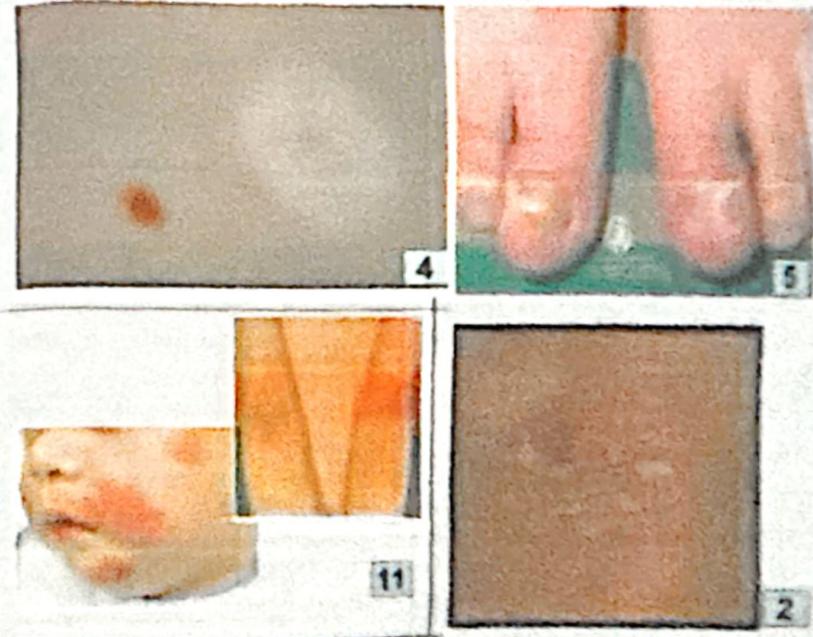
___30. Проявлял конфиденциальность и поддержку.

Если Вы исполнили 21 задачу из этих 30, то Вы прошли эту тестовую станцию.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 22.

КОНТРОЛЬНЫЙ СПИСОК ДЛЯ OSCE ПО ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Экзаменуемому предлагаются фотографии с кожными заболеваниями.



На станции необходимо ответить на следующие вопросы:

Оценочный критерий	Не выполнил 0 баллов	Выполнил не полностью 1 балл	Выполнил полностью 2 балла
Перечислил первичные кожные элементы			
Перечислил вторичные кожные элементы			

ричные кожные элементы			
Предположимый диагноз			
Лечение			
Максимальный балл – 8 баллов. Если Вы набрали 6 баллов, то Вы прошли эту тестовую станцию.			

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 23.

28-летняя женщина пришла на прием с жалобами на боли в лучезапястных суставах. Ее жизненно – важные показатели: АД – 110/70 мм рт.ст. на обеих руках, ЧСС – 74 в минуту, ритмичный; ЧД – 16 в минуту; температура – 36,9 °С

У Вас 15 минут, чтобы оценить состояние пациентки. Соберите сфокусированный анамнез, проведите физикальное обследование.

Ваш диагноз и тактика лечения данного пациента

№	Оценочный критерий	Не выполнил 0 баллов	Выполнил не полностью 1 балл	Выполнил полностью 2 балла
История настоящего заболевания.				
1.	Спросил относительно начала (длительности) болей в суставах. («Боли появились 2 месяца назад»)			
2.	Спросил относительно характера боли. («Постоянная, ноющая боль»)			
3.	Спросил относительно иррадиации			

	боли. («Не иррадирует»)			
4.	Спросил о точной локализации боли. («Боль в лучезапястных суставах с обеих сторон»)			
5.	Спросил с чем связывает появление болей в суставах. («Ни с чем не связывает»)			
6.	Спросил – была ли травма, вирусная инфекция, инфекция ЖКТ. («Нет»)			
7.	Спросил – что ухудшает боль. («Длительное пребывание в одном положении»)			
8.	Спросил – что облегчает боль. («Движения облегчают боль»)			
9.	Спросил о скованности по утрам, продолжительность. («Да есть, я в течение часа не могу встать с постели»)			
10.	Спросил – использовала ли лекарственные средства для уменьшения боли. («Ничего не принимала»)			
11.	Спросил о других жалобах. («Да, беспокоит слабость,			

	недомогание, утомляемость, повышение температуры тела»)			
12.	Спросил – повышается ли t, цифры, как долго. («Периодически повышается до 37,8»)			
13.	Спросил - есть ли боли в суставах у близких родственников. («Да, у мамы есть боли в суставах»)			
14.	Спросил об употреблении некипячёного молока. («Не употребляю»)			
Физикальное обследование.				
15.	Оценил общее состояние (удовлетворительное)			
16.	Кожные покровы и видимые слизистые (чистые, обычного цвета)			
17.	Осмотрел и сравнил пораженные симметричные суставы на наличие отека – увеличение объема сустава (отечность пораженных суставов)			
18.	Осмотрел и сравнил пораженные симметричные суставы на наличие гиперемии (гиперемия есть)			

19.	Осмотрел и сравнил пораженные симметричные суставы на наличие деформации (деформации нет)			
20.	Пальпировал пораженные симметричные суставы для определения местной температуры (горячие на ощупь)			
21.	Пальпировал пораженные симметричные суставы для определения болезненности (болезненность в лучезапястных суставах)			
22.	Определил объем активных движений в пораженных симметричных суставах (ограничен из-за боли)			
23.	Определил объем пассивных движений в пораженных симметричных суставах (ограничен из-за боли)			
24.	Определил наличие крепитации во время движений в пораженных симметричных суставах (крепитации нет)			
25.	Пальпировал узелки Гибердена и Бушара (узелков нет)			

26.	Оценил состояние мышечной системы – наличие атрофии мышц (атрофии мышц нет)			
Дополнительные исследования				
27.	Назначил общий анализ крови (Hb – 100 г/л, СОЭ – 30 мм/ч)			
28.	Назначил определение уровня СРБ (СРБ +++)			
29.	Назначил определение ревматоидного фактора (ревматоидный фактор +)			
30.	Назначил Р-графию суставов			
Коммуникативные навыки				
31.	Вежливо представился, установил контакт			
32.	Объяснил результаты обследования («У Вас есть воспалительный процесс в суставах - ревматоид. артрит»)			
33.	Объяснил прогноз – это заболевание хроническое, прогрессирующее, необходимо лечение и наблюдение.			
34.	Направил к специалисту – ревматологу			

Если Вы набрали 45 из 65 баллов, то Вы прошли эту тестовую станцию.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Будкова Е.А. Опыт применения новых методов обучения и контроля знаний в подготовке врача общей практики / Е.А. Будкова, А.Г. Гафаров // Журнал Российский семейный врач. – Москва. – 2006.
2. Нанаева, Г.К. OSCE – инновационный метод оценки знаний и умений. / Г.К. Нанаева / Учебное пособие. - Бишкек. - 2002.
3. Усманов, Р.И. Объективный структурированный клинический экзамен. / Р.И. Усманов, Н.А. Нурмухамедова, Д.Д. Меликова // Учебное пособие. - Ташкент. - 2003 г.
4. Bounhuijs P., van der Vleuten C. And van Luyk S. The OSCE as a part of a systematic skills training approach, Medical Teacher, 1987; 9, p. 183-191
5. Epstein RM, Hundert EM [Defining and assessing professional competence. Jama, 2002
6. JO – Ann Reterguiz, Beverly Cornel – Avendando. Mastering the OSCE – Objective Structured Clinical Examination CSA – Clinical Skills Assessment. 2001

А. Ахмедов, З.А. Мирзоева, Х. Ибодов, М. Сорбои

OSCE

- объективный метод оценки знаний и умений

(учебно-методическое пособие)

Сдано в печать 06.10.2021.

Подписано в печать 08.10.2021. Формат 60/84, 1/16.

Бумага офсетная. Издание офсетное.

Гарнитура Times New Roman. Усл печ.л. 9,0.

Тираж 100 экз. заказ № 17/21.

Отпечатано в типографии ООО «Империял-Групп»

г. Душанбе, ул. Кахорова, 27

e-mail: Imperial-Group57@mail.ru