

**Міністерство охорони здоров'я України
Полтавський державний медичний університет**

«ЗАТВЕРДЖЕНО»

Координатор проведення ОСП(К(І))
за ОПП Медицина та ОПП Педіатрія ПДМУ

Оксана САРГОШ

« _____ » _____ 2025 року

**Паспорт
станції об'єктивного структурованого
практичного (клінічного) іспиту
для здобувачів освіти
ОПП Медицина**

**«Стандартизований пацієнт в клініці
внутрішньої медицини»**

Назва станції

Паспорт екзаменаційної станції «Стандартизований пацієнт в клініці внутрішньої медицини» розроблений на основі освітньо-професійної програми Медицина другого (магістерського) рівня вищої освіти зі спеціальності 222 «Медицина», галузі знань 22 Охорона здоров'я, Стандарту вищої освіти за спеціальністю 222 «Медицина» галузі знань 22 «Охорона здоров'я» для другого (магістерського) рівнів вищої освіти, та робочої програми навчальної дисципліни «Внутрішня медицина» для складання об'єктивного структурованого практичного (клінічного) іспиту (ОСП(К)І) здобувачами вищої освіти Полтавського державного медичного університету.

Паспорт станції схвалено на засіданні кафедри внутрішньої медицини № 1

Протокол від «07» січня 2025 року, № 10

Завідувач кафедри

_____ Ганна МАСЛОВА

1. Заклад освіти, назва іспиту: Полтавський державний медичний університет, об'єктивний структурований практичний (клінічний) іспит (ОСП(К)І)

2. Назва станції та тип станції: «Стандартизований пацієнт в клініці внутрішньої медицини», тип станції — терапевтична

3. Автори-розробники: Маслова Г.С. - завідувач кафедри, д.мед.н., професор, Шапошник О.А. - доцент, к.мед.н., Шевченко Т.І. - доцент, к.мед.н.

4. Компетентності, які оцінюються згідно матриці ОСП(К)І

1. Комунікативні навички.
2. Об'єктивне обстеження.
3. Діагностика.
4. Профілактика та пропаганда здорового способу життя.

5. Результат навчання, що перевіряється та оцінюється за контрольним чек-листом

Програмні результати навчання згідно з освітньо-професійною програмою формуванню яких сприяє дисципліна:

1. Здатність до абстрактного мислення, аналізу та синтезу, здатність вчитися і оволодівати сучасними знаннями.
2. Здатність застосовувати знання у практичних ситуаціях.
3. Знання та розуміння предметної галузі та розуміння професійної діяльності.
4. Здатність до адаптації та дії в новій ситуації.
5. Здатність приймати обґрунтовані рішення.
6. Навички використання інформаційних і комунікаційних технологій.

- спеціальні (фахові):

1. Здатність до встановлення попереднього та клінічного діагнозу захворювання.
2. Здатність до визначення принципів та характеру проведення первинної і вторинної профілактики захворювань.
3. Здатність до діагностування невідкладних станів.
4. Здатність до визначення тактики надання екстреної медичної допомоги.
5. Навички виконання практичних навичок.
6. Здатність до ведення медичної документації.

6. Тривалість роботи на станції: 5 хвилин

7. Максимальна кількість балів, що може бути отримана на станції: 6 балів

8. Завдання, що виконуються здобувачем освіти на станції (формулюються та уточнюються за вибором розробників завдань детально для кожної клінічної ситуації окремо чи загалом для станції).

1. Визначення меж відносної тупості серця.
2. Аускультация серця.
3. Методика проведення голосового тремтіння.
4. Порівняльна перкусія легень.
5. Аускультация легень.
6. Глибока пальпація великої кривизни шлунка.
7. Глибокої пальпації 12-палої кишки.
8. Порівняльна поверхнева пальпація живота.
9. Глибока ковзна пальпація сигмоподібної кишки.
10. Глибока ковзна пальпація сліпої кишки.
11. Глибока ковзна пальпація печінки.
12. Перкусія печінки (за Курловим).
13. Обстеження жовчного міхура.
14. Обстеження підшлункової залози.

9. Клінічні кейси (сценарії, задачі), які відпрацьовуються на станції з пакетами додаткових матеріалів (результатами лабораторних та інструментальних обстежень тощо, якщо такі передбачені тощо).

1. Виразкова хвороба 12-палої кишки.
2. ГЕРХ.
3. Синдром подразненого кишківника.
4. Неспецифічний виразковий коліт.
5. Хронічний гепатит.
6. Хронічний холецистит.
7. Хронічний панкреатит.
8. Цироз печінки.
9. Гемофілія.
10. Гострий лейкоз.
11. Хронічний лімфоцитарний лейкоз.
12. Залізодефіцитна анемія.
13. В12-дефіцитна анемія.
14. Ідіопатична імунна тромбоцитопенічна пурпура.
15. Гіпертонічна хвороба.
16. Недостатність мітрального клапана.
17. ГКС з елевацією сегмента ST.
18. Системний червоний вовчак.
19. Подагра.
20. Васкуліт Шенлейн – Геноха.
21. ХОЗЛ.
22. Бронхіальна астма.
23. Ексудативний плеврит.
24. Пневмонія.

25. ТЕЛА.

26. Уремична кома.

10. Матеріально-технічне оснащення та параметри програмування манекенів.

1. Тренажер для аускультації дорослого фірми «Оніко», Україна.
2. Аускультаційний тренажер дорослого ТОВ «Неотест ЛТД», Україна.
3. Тренажер для абдомінального обстеження хворих (Abdominal Examination Trainer, Product Number 60000 фірми «Limbs & Things», US&Canada).

11. Інформація для студента - алгоритм роботи на станції.

1. До складання іспиту допускаються здобувачі, які вчасно з'явилися для складання ОСП(К)І (за 15-30 хвилин до початку іспиту), одягнені у відповідний медичний професійний одяг та мають і можуть представити документ для ідентифікації особи — паспорт.
2. Здобувач, який спізнився, до складання іспиту не допускається.
3. Перед іспитом кожен здобувач проходить реєстрацію на ОСП(К)І: ідентифікацію особи здобувача на підставі паспорта, здобувачу присвоюється ідентифікаційний номер, який зазначається в індивідуальному бейджіку, який видається здобувачу; здобувач отримує маршрутний лист.
4. Після дзвінка здобувач заходить на станцію. Вітається.
5. Перед початком роботи здобувач ознайомлюється з короткою інформацією про сценарій (вид завдання та технічні особливості його виконання), яку він отримує після входу на станцію ОСП(К)І, де виконує завдання.
6. **Відповідно до отриманого завдання здобувач поетапно демонструє вміння:**
 - 1) комунікувати зі стандартизованим пацієнтом (здобувач освіти повинен підійти до стандартизованого пацієнта, привітатися, представитися, запитати його паспортні дані (П.І.Б., вік));
 - 2) демонструвати практичні навички об'єктивного обстеження терапевтичного пацієнта згідно отриманого завдання;
 - 3) встановити діагноз пацієнта на підставі наданої інформації в клінічному кейсі (вибрати правильну відповідь із представлених **5 варіантів**);
 - 4) визначити окремі аспекти первинної чи вторинної профілактики захворювання (вибрати **дві правильні відповіді** із представлених **5 варіантів**).
7. Якщо здобувач за визначений час не впорався із завданням, він перериває роботу і переходить на наступну станцію, якщо впорався із завданням раніше терміну - залишається на станції до дзвінка.
8. Під час іспиту здобувачам заборонено розмовляти (за виключенням виконання завдання по комунікації зі стандартизованим пацієнтом), використовувати навчальні та допоміжні матеріали, користуватися засобами

зв'язку, пристроями зчитування, обробки, збереження та відтворення інформації, якщо це не передбачено умовами станції ОСП(К)І.

9. Здобувач може звернутися до екзаменатора, якщо це передбачено інструкцією для здобувача або у разі погіршенні самопочуття чи в разі інших форс-мажорних обставин.

12. Інструкція для стандартизованого пацієнта (за необхідності, якщо це передбачено умовами роботи на станції).

Стандартизованим пацієнтом є особа, яка обов'язково пройшла інструктаж та поводить себе як реальний пацієнт, демонструючи прояви захворювання (скарги, симптоми або проблеми (клінічної ситуації)), передає емоційні й особисті характеристики симульованого пацієнта однаковою стандартизованим чином.

13. Інструкція для екзаменатора по роботі на станції.

1. Екзаменатор на кожного здобувача заповнює окремий контрольний лист (чек-лист) у письмовій (бланковій) та електронній формах, де зазначає ідентифікаційний номер здобувача, який вказаний на його бейджику.

2. Екзаменатор не втручається у процес виконання завдання, не розмовляє зі здобувачем, а лише оцінює дії здобувача, роблячи про це відмітки у чек-листі.

3. Екзаменатор може звернутися до здобувача лише у випадку порушення здобувачем правил техніки безпеки, правил поведінки чи за інших непередбачених ситуацій.

14. Алгоритм виконання практичних навичок та вирішення клінічних кейсів (ситуаційних завдань)

№ з/п	Складові виконання клінічного кейсу, що оцінюється	Кількість балів за позицію
1.	Комунікативні навички	1,0
	1.1 Привітання. Представлення (Наприклад: Доброго ранку. Я - здобувач освіти 6 курсу, назвати своє ім'я)	0,5
	1.2 Визначення особистих даних пацієнта (П.І.Б., вік)	0,5
2.	Об'єктивне обстеження*	1,5
3.	Діагностика (встановлення діагнозу)	1,5
4.	Профілактика та пропаганда здорового способу життя	2,0
	4.1 Заходи по проведенню первинної	1,0
	4.2 чи вторинної профілактики захворювання	1,0

	Разом	6,0
--	-------	-----

*** Зниження балів при оцінюванні передбачено при:**

- 1) неправильному виконанні навички **0 балів**
- 2) порушенні схеми (послідовності) проведення навички **- 0,5 балів**
- 3) виконання навички неповному обсязі **- 0,5 балів**

Алгоритм виконання практичної навички

№ етапу 2	Алгоритм виконання	Критерії оцінювання	
		Повне виконання	Відсутність навички
1. Визначення меж відносної тупості серця.	1. Зайняти класичне (академічне) положення біля ліжка хворого: сісти праворуч від хворого на рівні його тазової частини, обличчям до хворого. 2. Межі серця визначити в такій послідовності: права, верхня, ліва. <i>Визначення правої межі відносної тупості серця.</i> 3. Визначити висоту стояння діафрагми по <i>lin. medioclavicularis dextra</i> для цього розмістити палець плесиметр по <i>lin. medioclavicularis dextra</i> в III-му міжреберному проміжку і наносити перкуторні удари, спускаючись вниз по міжреберних проміжках і ребрах до притуплення. В нормі висота стояння діафрагми у нормостеніка знаходиться на рівні 5 ребра або 5 міжребер'я. 4. Після визначення висоти стояння діафрагми необхідно піднятися на одне ребро (або на 1 ребро і 1 міжребер'я) – це буде міжребер'я. 5. Поставити палець плесиметр у 4 міжребер'ї паралельно до шуканої межі (вертикально) по <i>lin. medioclavicularis dextra</i>, наносити удари середньої сили і пересуватись у напрямку до серця, зміщуючи палець на 0,5-1 см, до притуплення. Відмітка межі робиться по краю пальця зверненому до ясного легеневого звуку.	1,5	0

	чення верхньої межі відносної тупості серця. 6. Палець плесиметр розташувати в 1-му міжреберному проміжку паралельно до шуканої межі, так щоб межа між кінцевою і середньою фалангами пальця плесиметра (місце нанесення удару) знаходилась на lin. parasternalis sin., а точніше на 1 см назовні від лівого краю груднини (положення lin. parasternalis sin. варіює залежно від типу грудної клітки). 7. Пересувати палець плесиметр вниз по ребрах і міжребер'ях, наносячи удари середньої сили, до появи притуплення. Відмітка межі робиться по краю пальця, зверненому до ясного легеневого звуку. чення лівої межі відносної тупості серця. 8. Визначити положення верхівкового поштовху (пальпаторно). Перкуторне визначення лівої межі серця проводять по тому міжреберному проміжку в якому локалізується верхівковий поштовх. Якщо верхівковий поштовх не визначається, то перкусію проводять по 5-му міжреберному проміжку. 9. Палець плесиметр поставити паралельно до шуканої межі (вертикально) у міжреберний проміжок, в якому пальпаторно було знайдено верхівковий поштовх, по lin. axillaris anterior (якщо верхівковий поштовх пальпаторно знайдено лівіше середньої аксиллярної лінії, то палець плесиметр поставити по lin. axillaris media). Пересувати палець плесиметр на 0,5-1 см (наносячи перкуторні удари середньої сили) в сторону груднини до появи притуплення. Відмітка межі проводиться по краю пальця зверненому до ясного легеневого звуку.		
2. Аускультация серця.	1. Зайняти класичне (академічне) положення біля ліжка хворого: сісти праворуч від хворого на рівні його тазової частини, обличчям до хворого.	1,5	0

	2. Поставити фонендоскоп в 1-шу точку аускультатії (5 міжребер'я на 1-1,5 см до середини від lin. medioclavicularis sinistra – точка аускультатії мі трального клапана) і послухати при звичайному диханні. 3. Поставити фонендоскоп в 2-гу точку аускультатії (основа мечоподібного відростка справа – точка аускультатії тристулкового клапана). 4. Поставити фонендоскоп в 3-ю точку аускультатії (II міжребер'я праворуч від грудини – точка аускультатії клапана аорти) послухати при звичайному диханні. 5. Поставити фонендоскоп в 4-ту точку аускультатії (II міжребер'я ліворуч від грудини – точка аускультатії клапана легеневої артерії) послухати при звичайному диханні (порівнюється звучання 2 тону на аорті і легеневій артерії). 6. Послухати в II міжребер'ї ліворуч при затримці дихання на вдиху і видиху. 7. Послухати в 5-ій точці аускультатії (III міжребер'я ліворуч від грудини).		
3. Методика проведення голосового тремтіння.	При визначенні голосового тремтіння хворому пропонується голосно і бажано низьким голосом вимовляти слова де містяться букви “р-р-р” (наприклад, “триста тридцять три”), при цьому долоні лікаря розташовуються на симетричних ділянках грудної клітки (крім області серця).	1,5	0
4. Порівняльна перкусія легень.	1. Перкусію проводять в положенні хворого сидячи або стоячи. 2. Порівняльну перкусію провести на симетричних ділянках в такій послідовності: надключична, ділянка ключиці, підключична, аксиллярна, надлопаткова, міжлопаткова, підлопаткова ділянки. Застосовується голосна перкусія. 3. Стати або сісти перед хворим, палець плесиметр поставити в надключичну	1,5	0

	ділянку паралельно ключиці таким чином, щоб межа між кінцевою і середньою фалангою (місце нанесення удару) знаходилась посередині ключиці, нанести 2 удари і повторити все це на симетричній ділянці з протилежної сторони. 4. Порівняти отримані звуки. 5. Проперкутувати ключиці застосовуючи безпосередню перкусію (по Яновському). В підключичній ділянці палець плесиметр розташовується в міжреберних проміжках, таким чином, щоб межа між кінцевою і середньою фалангою (місце нанесення удару) проходила по <i>lin.medioclavicularis sin.</i> Порівняльну перкусію зліва проводять до 2-го міжребер'я. 6. Далі зліва знаходиться серце (<i>incisura cardialis</i>). 7. Справа нижче 2-го міжребер'я порівняльну перкусію проводити по <i>lin.parasternalis dextra</i> і <i>lin.axillaris ant. dextra</i>. 8. В аксиллярній ділянці палець плесиметр розташовується в міжреберних проміжках, таким чином, щоб межа між кінцевою і середньою фалангою (місце нанесення удару) проходила по <i>lin.axilaris med.</i> 9. Повернути хворого спиною до себе. Палець плесиметр розташувати в надлопатковій ділянці горизонтально, паралельно до <i>spina scapulae</i>, так, щоб основа кисті була повернута до плечового суглоба, а межа між кінцевою і середньою фалангою (місце нанесення удару) проходила по <i>lin.scapularis</i>. І так само проперкутувати на симетричній ділянці з іншої сторони. 11. Перкусію в міжлопатковій ділянці провести вздовж хребта у верхній, середній та нижньоміжлопатковій ділянках або методом «ялинки» (під кутом до хребта у кожному міжребер'ї). 12. В підлопатковій ділянці палець		
--	--	--	--

	плесиметр розташовується в міжреберних проміжках, таким чином, щоб межа між кінцевою і середньою фалангою (місце нанесення удару) проходила по lin.scapularis. Порівнюють перкуторні звуки до IX міжребер'я.		
5. Аускультация легень.	1. Аускультацию проводити сидячи, можна в положенні стоячи, але контролювати відчуття хворого. При глибокому диханні у хворого може з'явитися запаморочення. 2. Фонендоскоп щільно, але не сильно притискається до тіла хворого. 3. Аускультация проводиться в надключичній, підключичній, аксиллярній, надлопатковій, міжлопатковій та підлопатковій ділянках. 4. Аускультацию в підключичній ділянці зліва проводять до 2-го міжребер'я. Далі зліва знаходиться серце (incisura cardialis). 5. Справа нижче 2-го міжребер'я аускультацию легень проводити по lin.parasternalis dextra і lin.axillaris ant. dextra. 6. В аксиллярній ділянці вислуховуються верхні, середні та нижні відділи, при цьому фонендоскоп розташовується по lin.axilaris med. 7. Повернути хворого спиною до себе. 8. Фонендоскоп розташувати в надлопатковій ділянці над spina scapulae. І так само прослухати на симетричній ділянці з іншої сторони. 9. Вислуховування в міжлопатковій ділянці провести вздовж хребта у верхній, середній та нижній міжлопатковій ділянках. 10. В підлопатковій ділянці фонендоскоп розташовується по lin.scapularis. Порівнюють аускультативну картину до IX міжребер'я. 11. При проведенні аускультативної в кожній ділянці необхідно вислухати основний дихальний шум, а за наявності і	1,5	0

	додаткові дихальні шуми, при спокійному диханні, далі слухати при глибокому диханні.		
6. Глибока пальпація великої кривизни шлунка.	1. Зайняти класичне (академічне) положення біля ліжка хворого: сісти з правої сторони від хворого на рівні його тазової частини, обличчям до хворого. 2. При глибокій пальпації великої кривизни шлунку послідовно виконуються 4 моменти: 1) правильне топографічне розташування руки; 2) створення шкірної складки; 3) занурення в черевну порожнину під час видиху; 4) ковзний пальпуючий рух. 3. Чотири складених разом і дещо зігнутих пальці правої руки розміщують горизонтально на рівні знайденої раніше межі шлунку (перкусія, аускультация) так, щоб кінчики пальців були спрямовані в бік мечоподібного відростка і розміщувались на 2-4 см вище пупка. 4. Зміщують шкіру вперед так, щоб перед нігтями утворилась складка зі шкіри. 5. На видиху поступово заглиблюють кінчики пальців у черевну порожнину і досягають хребта. 6. Пальпуючи хребет, ковзають по ньому пальцями зверху донизу. Відчувши проходження пальців через "горбик", з якого вони зісковзують, лікар продовжує обстеження по ньому вправо і вліво на 10-12 см	1,5	0
7. Глибокої пальпації 12-палої кишки	Зайняти класичне (академічне) положення біля ліжка хворого: сісти з правої сторони від хворого на рівні його тазової частини, обличчям до хворого. При глибокій пальпації 12-палої кишки послідовно виконуються 4 моменти:	1,5	0

	• правильне топографічне розташування руки; • створення шкірної складки; • занурення в черевну порожнину під час видиху; • ковзний пальпуючий рух. Чотири пальці правої руки плоско розміщують на живіт справа у зовнішнього краю прямих м'язів живота, положення кінчиків пальців - 1-2 см нижче реберної дуги або краю печінки. Під час вдиху зміщують шкіру вгору так, щоб перед нігтями утворилась складка зі шкіри. Під час видиху поступово занурюють кінчики пальців у черевну порожнину аж до задньої черевної стінки. Наприкінці видиху рука, що пальпує, сковзає вниз на 2-4 см вниз. Пальпацію потрібно повторити, опустившись від початкового рівня дослідження на 3-4 см (для пальпації початкової, низхідної і частково нижньої горизонтальної частини ДПК).		
8. Порівняльна поверхнева пальпація живота.	1. Зайняти класичне (академічне) положення біля ліжка хворого: сісти з правої сторони від хворого на рівні його тазової частини, обличчям до хворого. 2. Розмістити долоню правої руки на живіт лівої клубової ділянки хворого. 3. Злегка зігнутими чотирма пальцями натискання на передню черевну стінку (оцінюють ступінь напруги передньої черевної стінки) і поступово, обережно, поверхнево робимо плавне згинання пальців в других міжфалангових зчленуваннях з невеликим зануренням пальців в черевну стінку і ковзанням їх разом зі шкірою по поверхні м'язів. 4. Руку перенести на симетричну ділянку протилежного боку (праву клубову ділянку) і натискають з тією ж силою і проводять пальпацію.	1,5	0

	5. Пальпуючу руку знову переміщують на лівий бік і кладуть на 4-5 см вище, ніж першого разу і т. д., аж до епігастральної ділянки (зліва та справа від серединної лінії). Болючу ділянку потрібно пальпувати		
9. Глибока ковзна пальпація сигмоподібної кишки.	1. Зайняти класичне (академічне) положення біля ліжка хворого: сісти з правої сторони від хворого на рівні його тазової частини, обличчям до хворого. 2. При пальпації сигмоподібної кишки послідовно виконуються 4 моменти: • правильне топографічне розташування руки; • створення шкірної складки; • занурення в черевну порожнину під час видиху; • ковзний пальпуючий рух. 3. Чотири пальці (2-5) правої руки трішки зігнути в першому і другому міжфалангових суглобах (для утворення однієї пальпуючої лінії) і поставити на межу середньої і зовнішньої третини lin. ilioumbilicalis sinistra (це 1-ий варіант постановки руки). Або розмістити ульнарний край кисті і зігнуті пальці (3-5), що створюють одну пальпуючу лінію на межі зовнішньої і середньої третини lin. ilioumbilicalis sinistra (2-ий варіант - коса пальпація). 4. Створити шкірну складку, змістивши шкіру (без занурення у черевну порожнину) на 2-3 см у напрямку пупка. 5. Поступово на кожному видиху занурити пальці в черевну порожнину (за 2-3 видихи). 6. Не змінюючи глибини занурення, зробити ковзний рух пальцями (на 3-6 см) в сторону крила клубової кістки. 7. Проковзуючи по кишці, визначити її товщину (ширину), консистенцію, характер поверхні, наявність чи відсутність бурчання та болісних відчуттів.	1,5	0
10. Глибока	1. Зайняти класичне (академічне)	1,5	0

ковзна пальпація сліпої кишки.	положення біля ліжка хворого: сісти з правої сторони від хворого на рівні його тазової частини, обличчям до хворого. 2. При пальпації сліпої кишки послідовно виконуються 4 моменти: • правильне топографічне розташування руки; • створення шкірної складки; • занурення в черевну порожнину під час видиху; • ковзний пальпуючий рух. 3. Чотири пальці (2-5) правої руки трішки зігнути в I та II міжфалангових суглобах (для утворення однієї пальпуючої лінії) і поставити на межу середньої і зовнішньої третини lin. ilioumbilicalis dextra. Рука розташовується таким чином, щоб lin. ilioumbilicalis dextra ділила кисть по довжині пополам. 4. Створити шкірну складку, змістивши шкіру (без занурення в черевну порожнину) на 2-3 см у напрямку до пупка. 5. Поступово на кожному видиху занурити пальці в черевну порожнину (за 2-3 видихи). 6. Не змінюючи глибини занурення, зробити ковзний рух пальцями (на 3-6 см) в сторону крила клубової кістки. 7. Проковзуючи по кишці, визначити її товщину (ширину), консистенцію, характер поверхні, наявність чи відсутність бурчання чи болісних відчуттів.		
11. Глибока ковзна пальпація печінки.	1. Печінка пальпується бімануально. При пальпації печінки виконується 3 моменти пальпації: • правильне топографічне розташування руки; • занурення в черевну порожнину; • ковзний пальпуючий рух при якому не рука проковзується по органу, а орган (печінка)	1,5	0

	проковзує по руці. 2. Перед початком пальпації печінки необхідно перкуторно визначити положення її нижнього краю по <i>lin. medioclavicularis dextra</i>. 3. Руки пацієнта (передпліччя і кисті) покласти на грудну клітку. 4. Лівою рукою лікар охоплює і фіксує нижню частину грудної клітки таким чином, щоб 4 пальці (2-5) йшли по задній поверхні на рівні останніх 2-х ребер (перпендикулярно до хребта), а великий палець розташовувався по краю реберної дуги спереду. 5. Права рука лікаря з витягнутими пальцями (2-5) кладеться плазом на живіт у правому підребер'ї. Середній палець трішки згинається для утворення однієї пальпуючої лінії. Положення руки в правому підребер'ї повинно бути таким, щоб вона розташувалась на 2-3 см нижче визначеного перкуторно нижнього краю печінки, а <i>lin. medioclavicularis dextra</i> ділила кисть пополам. 6. На видиху не глибоко (до 2 см) занурити руку в черевну порожнину. 7. Попросити хворого глибоко вдихнути животом. 8. В момент проковзування краю печінки по пальцях оцінити: локалізацію нижнього краю печінки, характер нижнього краю (форма і консистенція), характер поверхні, болісність.		
12. Перкусія печінки (за Курловим).	1. Перед початком необхідно провести огляд правого підребер'я з метою виключення наявності обмеженого набухання в області правого підребер'я. 2. Далі визначаємо абсолютну тупість печінки: Визначення верхньої межі печінки проводиться по трьох лініях: правою парастернальній (<i>L. parasternalis dextra</i>), серединно-ключичній (<i>L. medioclavicularis dextra</i>) і передній пахвовій (<i>L. axillaris anterior</i>). По правій	1,5	0

	парастернальній лінії вона розташовується по верхньому краю шостого ребра, по правій серединно-ключичній - по нижньому краю шостого ребра, а по правій передній пахвовій лінії - по нижньому краю сьомого ребра. 3. Нижня межа печінки, крім вищевказаних ліній, визначається також по передній серединній лінії (<i>L. mediana anterior</i>) і по лівій парастернальній (<i>L. parasternalis sinistra</i>). По передній пахвовій лінії нижня межа печінки розташовується по нижньому краю десятого ребра, по правій серединно-ключичній лінії - по нижньому краю реберної дуги, по правій білягрудинній лінії - на 2 см нижче краю реберної дуги, по передній серединній лінії - на межі верхньої та середньої третини лінії, що з'єднує мечоподібний відросток і пупок, по лівій білягрудинній лінії - по нижньому краю лівої реберної дуги. 4. Крім визначення місця розташування верхньої і нижньої меж печінки по правій передній пахвовій, правій серединно-ключичній і правій парастернальній лініях визначається висота печінкової тупості по цим же лініях, складова, відповідно, 10-12 см, 9-11 см і 8-10 см. 5. Вимірювання розмірів печінки проводиться по М. Г. Курлову. Для цього визначають по серединно-ключичній лінії верхню межу печінки (перша точка Курлова), нижню (2 точка Курлова), потім верхню межу по передній серединній лінії (третя точка Курлова). 6. Місце розташування цієї межі визначається умовно, за рівнем розташування верхньої межі по правій серединно-ключичній лінії і нижню межу також по передній серединній лінії (четверта точка Курлова). Потім визначають нижню межу печінки по лівій реберної дузі (п'ята точка Курлова)		
--	---	--	--

	для чого палець-плесиметр розташовують перпендикулярно лівій реберної дузі на рівні VIII-IX ребер і перкусію проводять по краю лівої реберної дуги у напрямку до точки верхньої межі по передній серединній лінії. 7. Відстань між першою і другою точками Курлова, що позначається як вертикальний розмір печінки по правій серединно-ключичній лінії, в нормі одно в середньому $9 \pm 1-2$ см. Відстань між третьою і четвертою точками позначається як вертикальний розмір печінки по передній серединній лінії, який в нормі становить у середньому $8 \pm 1-2$ см. Відстань між третьою і п'ятою точками позначається як косою розмір печінки за Курловим, який в нормі дорівнює $7 \pm 1-2$ см.		
13. Обстеження жовчного міхура.	Жовчний міхур досліджується методом пальпації. Пальпується тільки при збільшенні або ущільненні в області проекції жовчного міхура (відразу нижче краю реберної дуги по зовнішньому краю прямого м'яза живота): • збільшений безболісний м'якоеластичний жовчний міхур – при закупорці загальної жовчної протоки пухлиною (ознака Курвуазьє-Тер'є, симптом «лампочки»); • щільнобугристий міхур – при новоутвореннях, переповненні його каменями (при жовчно-кам'яній хворобі); • патологічні симптоми, найбільш часто виявляються при патології жовчовивідної системи: • симптом Грекова-Ортнера (біль при постукуванні ребром долоні по правій реберній дузі), • симптом Мюссі-Георгієвського («френікус-симптом») – болючість при натисканні між ніжками	1,5	0

	правого груднино-ключично-соскоподібного м'яза; • симптом Мерфі - мимовільна затримка дихання на вдиху при натисканні на область правого підребер'я по середньоключичній лінії (у зоні проекції жовчного міхура) • симптом Кера (різке посилення болю на вдиху при введеному в ділянки правого підребер'я великого пальця лівої руки), • симптом Пекарського (болючість при натисканні на мечоподібний відросток), • болючість в точці проекції жовчного міхура і холедохо-панкреатичній зоні Шоффара. 1. Перед початком необхідно провести огляд правого підребер'я з метою виключення наявності обмеженого набухання в області правого підребер'я. 2. За наявності хронічного холециститу рекомендовано застосування такого прийому при пальпації: великий палець правої руки ставлять над ділянкою жовчного міхура і під час видиху хворого вводять його в праве підребер'я, а потім просять хворого глибоко вдихнути. 3. Коли хворий робить видих, палець тримаємо на місці, на даємо йому вийти 4. Під час вдиху жовчний міхур опускається вниз і, зустрівшись з великим пальцем, дає сильний біль, який нерідко не дає хворому можливості зробити глибокий вдих (симптом Мерфі).		
14. Обстеження підшлункової залози.	Підшлункова залоза досліджується шляхом пальпації за методом Гротта (I, II, III – лежачи на спині, стоячи, лежачи на правому боці). Як правило, підшлункова залоза пальпується лише при збільшенні та ущільненні. Визначають:	1,5	0

	- болючість в зоні Шоффара (трохи вище і правіше пупка: між вертикальною лінією, що проходить через пупок і бісектрисою кута, утвореного вертикальною і горизонтальною лініями, що проходять через пупок), епігастральній області, трикутнику Губергрица-Скульського (трохи вище і лівіше пупка: аналогічна зоні Шоффара, але розташована ліворуч), точці Дежардена (розташована на 6 см вище пупка по лінії, що з'єднує пупок з правого пахвовою западиною), точці Губергрица (аналогічна точці Дежардена, а розташована ліворуч), точці Мейо-Робсона (розташована на межі зовнішньої і середньої третини лінії, що з'єднує пупок і середину лівої реберної дуги), в області реберно-хребтового кута зліва.		
--	--	--	--

15. Контрольний лист (чек-лист). Електронний варіант (Google-форма)

«ЗАТВЕРДЖЕНО»

Координатор проведення ОСП(К)І
за ОПП Медицина та ОПП Педіатрія ПДМУ
_____ Оксана САРГОШ
«_____» _____ 2025 року

**Контрольний лист оцінювання (чек-лист) станції ОСП(К)І
Полтавського державного медичного університету
Об'єктивний структурований практичний (клінічний) іспит
спеціальність 222 Медицина, галузь знань 22 Охорона здоров'я,
медичний факультет № 1, 6 курс**

Назва станції: «Стандартизований пацієнт в клініці внутрішньої медицини»

Сценарій № _____

Ідентифікаційний номер студента _____

№ з/п	Складові виконання клінічного кейсу, що оцінюється	Кількість балів за позицію	Кількість балів студента
1.	Комунікативні навички	1,0	
2.	Об'єктивне обстеження	1,5	
3.	Діагностика	1,5	
4.	Профілактика та пропаганда здорового способу життя	2,0	

Сума балів, яку набрав студент _____

Прізвище, ім'я, по батькові члена екзаменатора групи

Підпис _____

Дата _____

16. Нормативні документи, на підставі яких створені клінічні кейси.

1. Наказ МОЗ №900 від 24.05.2024 "Про затвердження змін до Порядку, умов та строків розроблення і проведення єдиного державного кваліфікаційного іспиту та критеріїв оцінювання результатів".
2. Внутрішні хвороби: у 2 частинах. Частина 1. Розділи 1-8: підручник / Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін. ; за ред. проф. Л.В. Глушка. --К.: ВСВ «Медицина», 2019. - 680с.
3. Внутрішні хвороби: у 2 частинах. Частина 2. Розділи 9-24: підручник / Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін. ; за ред. проф. Л.В. Глушка. --- К. : ВСВ «Медицина», 2019. - 584с.
4. Історія хвороби з внутрішньої медицини : навчальний посібник. Друге видання. За ред. Ігоря Скрипника / Скрипник І.М., Маслова Г.С., Шапошник О.А., Шевченко Т.І., Кудря І.П. — Львів : Видавець Марченко Т.В., 2024. — 190 с.
5. Пропедевтика внутрішніх хвороб з доглядом за терапевтичними хворими [Текст] : підручник / [А.В Єпішин, С.М. Андрейчин Б.Г. Бугай та ін.]; за заг. ред. А. В. Єпішина - 2-ге вид., без змін. - Тернопіль : ТНМУ, 2020. - 768 с.
6. Медицина невідкладних станів екстрена (швидка) медична допомога / І.С. Зозуля, А.О. Волосовець, О.Г. Шекера та ін. ; за ред. І.С. Зозулі, А.О. Волосовця. — 5-е вид., переробл. і доповн. — К. : ВСВ «Медицина», 2023. — 560 с.
7. Медицина за Девідсоном: принципи і практика: посібник: пер. 23-го англ.вид.: у 3 т. Т.3 / за ред. С. Ралетона, Я. Пенмана, М. Стрекена, Р. Гобсона; наук. ред. пер.: І. Скрипник, О. Курята, Л. Соколова, Р. Скрипник, Г.Кожина, Я. Кутасевич, М. Щербина, О. Абатуров, Л. Бабінець, І. Галайчук, Ю. Кобеляцький, Л. Ляповець. - К.: ВСВ «Медицина», 2021. - 642 с.
8. Невідкладні стани в загальнолікарській практиці : навчальний посібник. Т. 1 / за ред. В. М. Ждана ; В. М. Ждан, Є. М. Кітура, Г. В. Волченко та ін. ; МОЗ України, УМСА, Каф. сімейної медицини і терапії. - 2-е вид., доп. і перероб. - Львів : Магнолія 2006 : Видавець Марченко Т. В., 2020. - 255 с.
9. Невідкладні стани в загальнолікарській практиці : навчальний посібник. Т. 2 / за ред. В. М. Ждана ; В. М. Ждан, М. Ю. Бабаніна, М. В. Ткаченко та ін. ; МОЗ України, УМСА, Каф. сімейної медицини і терапії. - 2-е вид., доп. і перероб. - Львів : Магнолія 2006 : Видавець Марченко Т. В., 2020. - 279 с.