

Фонд оценочных средств
для подготовки к государственной итоговой аттестации
по специальности ординатуры «Терапия».
Ситуационные задачи

	Проверяемая компетенция	ПК-1 готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания»
	Проверяемая компетенция	ПК-4 готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков
	Проверяемая компетенция	ПК-5 готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем
	Проверяемая компетенция	ПК-6 готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании терапевтической медицинской помощи
	Проверяемая компетенция	УК-1 готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу
	Проверяемая компетенция	УК-3 готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения
Задача 1		
	И	-
	У	-
		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
		Больная 55 лет. Жалобы на боли в эпигастральной области, иногда опоясывающего характера, частые

			<p>поносы – стул полуоформленный, обильный, сероватого цвета. В течение многих лет страдала хроническим холециститом. 5 лет назад проведена холецистэктомия в связи с желчнокаменной болезнью. В течение года сахарный диабет, принимала диабетон-МВ - 30 мг</p> <p>Похудела на 10 кг. Объективно: масса тела - 55 кг, рост - 170 см. Язык обложен густым белым налетом. Склеры субиктеричны. Живот вздут, равномерно участвует в дыхании, болезненный в эпигастрии, правом и левом подреберьях. Болезненность в зонах Шоффара, Губергрица-Скульского, Мейо-Робсона, точках Дежардена и Скульского. Печень у края реберной дуги.</p> <p>В анализах. Альфа-амилаза мочи - 256 ЕД. Глюкоза крови – 10 ммоль/л), билирубин общий 36 мкмоль/л, связанный 16 мкмоль/л. АЛТ – 5 ЕД/л, АСТ – 49 ЕД/л Щелочная фосфатаза 210 ЕД/мл, гамма ГТП 400 ЕД/мл. В анализе кала: много нейтрального жира, мыл и жирных кислот, непереваренной клетчатки, глыбки крахмала. УЗИ органов брюшной полости: головка ПЖ – 36 мм, тело – 32 мм, хвост – 30 мм, Вирсунгов проток - 4 мм, ткань железы неоднородна, гипоэхогенна, контур двойной, неровный. Холедох в дистальной части 11 мм. Желчный пузырь отсутствует (холецистэктомия).</p>
	В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
	Э	-	Обострение хронического билиарнозависимого панкреатита (ХП) с рецидивирующим болевым синдромом, псевдотуморозного (с холестазом), с признаками внешнесекреторной, инкреторной недостаточности ПЖ – панкреатогенный сахарный диабет (СД) . Постхолецистэктомический синдром (ПХЭС) – дисфункция сфинктера Одди по билиарному типу.
	P2	-	Диагноз поставлен верно.
	P1	-	Диагноз поставлен неполностью: не обоснована дисфункция сфинктера Одди, как проявление постхолецистэктомического синдрома (ПХЭС).
	P0	-	Диагноз поставлен неверно.
	В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
	Э	-	Диагноз хронического панкреатита (ХП) установлен на основании жалоб больной: типичная для ХП структура болевого синдрома, типичных изменений стула. Связи заболевания с длительным течением бескаменного, а затем и калькулезного холецистита, операции холецистэктомии.. Наличие симптомов патологии поджелудочной железы (ПЖ) при объективном обследовании. Признаки

			креатореи, стеатореи, амилореи, Гипергликемия до 10 ммоль/л – нарушение инкреторной функции ПЖ – панкреатогенный СД. По данным УЗИ имеется отек ткани ПЖ, увеличение размеров ПЖ, особенно головки, расширение вирсунгова протока и холедоха за счет увеличения головки железы. Полученные данные свидетельствуют об обострении панкреатита, псевдотуморозного. ПХЭС – проведенная холецистэктомия, повышение аминотрансфераз и связанного билирубина, расширение холедоха.
	P2	-	Диагноз обоснован верно.
	P1	-	Диагноз обоснован неполностью: отсутствует обоснование ПХЭС – дисфункции СО – расширение холедоха, повышение аминотрансфераз, панкреатической амилазы; наличие холецистэктомии.
	P0	-	Обоснование двух и более нозологических форм дано неверно. или Диагноз обоснован полностью неверно.
	B	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
	Э	-	Пациентке рекомендовано: проведение исследований для подтверждения внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы – исследование эластазы в кале (снижение менее 200мкг/г фекалий), Фиброгастроскопия с целью дифференциального диагноза – исключение заболеваний желудка, двенадцатиперстной кишки, оценка состояния сфинктера Одди (СО). Биохимический анализ крови – определение панкреатических ферментов в крови (панкреатической липазы, сывороточного трипсина), оценка синдрома холестаза (холестерин, нуклеотидаза, желчные кислоты). Для оценки инкреторной функции ПЖ: исследование в крови содержания инсулина, С-пептида, гликированного гемоглобина, эндоскопическое УЗИ поджелудочной железы. Для оценки состояния СО - магнито-резонансная-панкреатохолангиография, манометрии сфинктера Одди – для оценки его дисфункции.
	P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно,
	P1	-	План дополнительного обследования составлен верно, однако нет методов оценки дисфункции СО.
	P0	-	Не названы три и более дополнительных метода обследования. или

			Обоснование назначения трех и более методов обследования дано неверно. или План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
	В	4	Какие группы препаратов Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.
	Э	-	С целью купирования болевого синдрома: синтетические аналоги соматостатина, ингибиторы протонной помпы (ИПП), антациды, ферментные препараты (без желчи) - с целью подавления кислой секреции желудка и обеспечения функционального покоя ПЖ; спазмолитики с целью улучшения оттока из ПЖ; неселективные агонисты мю-, дельта-, каппа опиоидных рецепторов; в качестве адьювантной обезболивающей терапии – антидепрессанты – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина; габапентоиды. Для устранения ДСО – тримебутин, гимекромон. Заместительная терапия: полиферментные препараты в виде кишечнорастворимых капсул, содержащих минимикросферы с основными ферментами панкреатического сока. С целью коррекции нарушений микробно-тканевого комплекса и нормализации функций кишечника: пре-, пробиотические препараты. При наличии органической природы ДСО – инвазивные методы лечения – эндоскопическая баллонная дилатация, временное стентирование холедоха, эндоскопическая сфинктеротомия .
	P2	-	Выбраны верные группы препаратов, выбор правильно обоснован.
	P1	-	Выбраны правильные группы препаратов, выбор обоснован, но не обоснован выбор групп препаратов для лечения панкреатогенного сахарного диабета – инсулинотерапия с достижением целевых уровней гликированного гемоглобина.
	P0	-	Ответ неверный: названы любые другие группы лекарственных препаратов, кроме ингибиторов протонной помпы и спазмолитиков.
	В	5	Через 1 месяц рекомендованной регулярной, терапии в том числе заместительной терапии препаратом «Креон 10000» по одной капсуле 3 раза в день, состояние пациентки улучшилось, болевой синдром купирован, уменьшилась, но сохранялась стеаторея. Показатели фекальной эластазы-1 - 100мкг/г фекалий. Какова Ваша дальнейшая

			лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.
	Э	-	Необходимо уточнить рацион питания пациентки, соблюдение диеты 5п (расширенный вариант),. Увеличить дозу полиферментных препаратов до 90тыс.USP в сутки.
	P2	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
	P1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована тактика лечения сопутствующей патологии.
	P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
	Н	-	002
	Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
	Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения

Задача 2

И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Больная Е., 31 год, почтальон.</p> <p>Жалобы при поступлении: на выраженные боли и припухание суставов кистей, лучезапястных, локтевых, плечевых и коленных суставов, на боли при жевании, на утреннюю скованность в пораженных суставах, длящуюся до 14–15 ч дня, на субфебрилитет, потерю веса на 6 кг за последние 4 мес., выраженную общую слабость.</p> <p>Из анамнеза: около 7 мес. назад впервые в жизни возникли ноющие боли в суставах кистей, лучезапястных, а затем коленных суставах, общая слабость. К врачам не обращалась, старалась больше отдыхать, нерегулярно принимала метамизол натрия без существенного эффекта. Состояние ухудшилось в последние 4 мес. (скованность, субфебрилитет, похудание), значительно усилились боли в суставах, в процесс вовлеклись локтевые, плечевые и височно-нижнечелюстные суставы. По совету соседки принимала ацетилсалициловую кислоту, индометацин с незначительным положительным эффектом, однако на фоне приема этих препаратов возникли боли в эпигастрии, изжога.</p> <p>При осмотре: состояние средней тяжести. Температура тела – 37,4°С.</p> <p>Кожные покровы и видимые слизистые бледные, в области левого локтевого сустава 2 подкожных плотных узелковых образования размером 0,5x0,5 см. Отмечаются припухлость и гиперемия пястно-фаланговых, лучезапястных и локтевых суставов, ограничение объема активных и пассивных движений в суставах кистей, локтевых, плечевых суставах из-за болей. Определяется западение межкостных промежутков на обеих кистях. Коленные суставы деформированы, увеличены в объеме, определяются гипертермия кожи при пальпации, баллотирование надколенников. В</p>

		<p>легких дыхание с жестким оттенком, хрипов нет. ЧД – 17/мин. Тоны сердца несколько приглушены, шумов нет, ритм правильный. ЧСС – 78/мин. АД – 132 и 80 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии и пилорoduоденальной зоне. Печень и селезенка не увеличены.</p> <p>В анализах крови: гемоглобин – 99,4 г/л, лейкоциты – 9,1 тыс., тромбоциты – 519 тыс., СОЭ – 46 мл/ч. Электрофорез белков: альбумины – 43,7%, глобулины: α_1 – 4,9%, α_2 – 12,8%, β – 12,4%, γ – 26,2%. С-реактивный белок +++ фибриноген – 4,38 мг/дл, реакция Ваалера – Роуза – 1:1028. Железо – 152 мг/дл.</p> <p>Рентгенография кистей: околосуставной остеопороз и единичные кисты в эпифизах II–III пястных костей справа, сужение рентгеновских суставных щелей обоих лучезапястных суставов, II–IV слева и II–III пястно-фаланговых суставов справа.</p> <p>Эзофагогастродуоденоскопия: яркая гиперемия слизистой антрального отдела желудка, складки слизистой утолщены. Эрозий и язв не выявлено.</p>
В	1	Сформулируйте клинический диагноз.
Э	-	Ревматоидный артрит: серопозитивный полиартрит II рентгенологической стадии, III степени активности с системными проявлениями (ревматоидные узелки), функциональная недостаточность II ст. НПВП-ассоциированная гастропатия.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: часть нозологий упущена или неверно оценены R-стадия и/или степень активности; неверно оценена степень функциональной недостаточности суставов; не указано осложнение от приема НПВП.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз ревматоидный артрит (РА) установлен на основании жалоб больной на боли и скованность в суставах, повышение температуры до субфебрильных цифр; установление степени активности основано на цифрах СОЭ, СРП. R-стадия РА установлена на основании R-графии кистей: сужение суставных щелей, околосуставной остеопороз. Диагноз НПВП-ассоциированной гастропатии установлен на основании жалоб (изжога, боли в эпигастрии после приема НПВС), данных ЭФГДС.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: отсутствует обоснование стадии/степени активности процесса или НПВС-ассоциированной гастропатии. Или Обоснование стадии/степени активности процесса или НПВС-ассоциированной гастропатии дано неверно.
P0	-	Обоснование двух и более нозологических форм дано неверно. или Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	Пациенту рекомендовано: оценка уровня АНФ, АЦЦП для

		дополнительного подтверждения диагноза, прогноза тяжести заболевания, определение количественного уровня иммуноглобулинов в плазме крови – оценка состояния системы гуморального иммунитета. УЗ-исследование почек, сердца, R-графия легких для оценки поражения органов-мишеней. Онкомаркеры для дифференциальной диагностики артрита в рамках паранеопластического синдрома.
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования. или Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.
P0	-	Не названы три и более дополнительных метода обследования. или Обоснование назначения трех и более методов обследования дано неверно. или План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
V	4	Назначьте лечение и обоснуйте его.
Э	-	Учитывая высокую активность процесса и наличие системных проявлений, целесообразно назначить преднизолон 10 мг/сут внутрь и метотрексат 10 мг/нед. в/м. Учитывая наличие гастропатии, в качестве НПВП следует предпочесть селективные ингибиторы ЦОГ-2: мелоксикам, нимесулид или целекоксиб в комбинации с ингибитором протонной помпы омепразолом в дозе 20–40 мг/сут.
P2	-	Выбраны верные группы препаратов, выбор правильно обоснован.
P1	-	Выбраны правильные группы препаратов, однако выбор не обоснован. или Выбрана только одна группа препаратов, обоснование выбора данной группы верное.
P0	-	Ответ неверный: названы неверные группы лекарственных препаратов, не назначена адекватная иммуносупрессивная терапия.
V	5	Через 6 месяцев регулярной базисной терапии (комбинация метотрексата в дозе 15 мг/неделю и преднизолона 15 мг/сут) – сохраняется высокая активность процесса, СОЭ -40-60 мм/ч, СРП -72 мг/л. В течение месяца нарастают титры РФ. Пациент отмечает периодически тошноту, рвоту (связывает с приемом метотрексата). R-контроль - отрицательная динамика: появление нескольких новых эрозий. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.
Э	-	В связи с плохой переносимостью метотрексата целесообразно заменить базисный препарат на лефлунамид 100 мг/сут 3 дня, затем 20 мг/сут длительно, дающий меньше побочных эффектов, лучшую переносимость при одинаковой эффективности. При наличии локальных обострений процесса (усиление болевого синдрома) показано внутрисуставное введение ГКС (дипроспан). Учитывая сохраняющуюся высокую активность процесса, отрицательную динамику по R-графии, показано назначение ГИБТ (ингибиторы ФНО-фльфа – Инфликсимаб или Ритуксимаб).

P2	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
H	-	Задача 3
У	-	<p>Больной Ю. 54 лет вызвал бригаду скорой медицинской помощи. Предъявляет жалобы на головную боль, шум в ушах</p> <p>Из анамнеза известно, что в течение 10 лет имеется повышенное артериальное давление. В течение полугода нестабильное АД (колебания от 120/80 до 170/110 мм рт. ст.), сопровождающееся головными болями. У отца гипертоническая болезнь с 50 лет. Курит по пачке сигарет в течение 30 лет. Обследовался в стационаре 5 лет назад, выставлен диагноз гипертоническая болезнь. Лечился нерегулярно, только во время головной боли принимал Каптоприл. Вчера злоупотребил алкоголем, поздно лег спать. Сегодня утром отметил головную боль, шум в ушах, мелькание «мушек» перед глазами, головокружение. Кроме того, появилась тошнота, однократно была рвота, которая не принесла облегчения.</p> <p>Объективно: состояние удовлетворительное. Сознание ясное. ИМТ - 32 кг/м². Окружность талии (ОТ) - 106 см. Лицо гиперемировано. В лёгких дыхание жёсткое, хрипов нет. ЧДД - 20 в минуту. Тоны сердца звучные, ритм правильный, акцент II тона на аорте. Левая граница сердца - на 1 см кнаружи от срединно-ключичной линии. ЧСС - 90 ударов в минуту, АД - 190/120 мм рт. ст. на обеих руках. Живот участвует в дыхании, мягкий, безболезненный, печень не выступает из-под реберной дуги. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Отёков нет. Физиологические отправления не нарушены. Заключение ЭКГ: ритм синусовый с ЧСС - 90 ударов в минуту, признаки гипертрофии левого желудочка.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Гипертоническая болезнь III, II стадия, риск 4. Соп. Ожирение 2 ст. Осл. Гипертонический криз неосложненный.
P2	-	Основные симптомы и синдромы выделены верно
P1		Основные симптомы и синдромы выделены не полностью: часть упущена.
P0		Основные симптомы и синдромы выделены не верно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э		Поставлен на основании жалоб, анамнеза заболевания, уровня АД.
P2		Диагноз обоснован верно
P1		Диагноз обоснован частично верно.
P0		Диагноз обоснован не верно.
В	3	Опишите тактику оказания неотложной помощи при данном состоянии.
Э		Для купирования криза – эналаприлат в/в
P2		Выбор тактики определен верно.
P1		Выбор тактики определен частично верно.

P0		Выбор тактики определен не верно.
B	4	Составьте и обоснуйте план дальнейшего дополнительного обследования пациента и обоснуйте его.
Э		ОАК, ОАМ, б/х (глюкоза, общий белок, креатинин с подсчетом СКФ, билирубин, мочева кислота, липидный спектр), ЭКГ, Р-графия органов грудной клетки, ЭХОКГ, суточное мониторирование АД и ЭКГ.
P2		План обследования рекомендованы верно
P1		План обследования рекомендованы частично верно
P0		План обследования рекомендованы не верно
B	5	Для последующей терапии вы бы рекомендовали монотерапию или комбинированную терапию? Обоснуйте.
Э		Комбинированная терапия
P2		Тактика терапии верна.
P1		Тактика терапии установлена не полностью верно.
P0		Тактика терапии не верна.

	Проверяемая компетенция	ПК-1 готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания»
	Проверяемая компетенция	ПК-3 готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях
	Проверяемая компетенция	ПК-5 готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем
	Проверяемая компетенция	ПК-6 готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании терапевтической медицинской помощи
	Проверяемая компетенция	УК-1 готовностью к абстрактному мышлению, анализу,

		синтезу
	Проверяемая компетенция	УК-3 готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения

Задача 1

И	-	ПРОЧИТАЙТЕ ВНИМАТЕЛЬНО УСЛОВИЕ ЗАДАЧИ. ОТВЕТЬТЕ МАКСИМАЛЬНО ТОЧНО И РАЗВЕРНУТО НА ВСЕ ВОПРОСЫ ПО ПОРЯДКУ
У	-	<p>Больной С., 35 лет, доставлен в приемный покой с жалобами на повышение температуры до 39°, боли в грудной клетке при дыхании, смешанную одышку, сухой кашель, общую слабость, снижение аппетита.</p> <p>Из анамнеза заболевания: после переохлаждения два дня назад появился озноб, недомогание, слабость, поднялась температура до 39 °С, стали беспокоить боли в грудной клетке справа при дыхании и сухой кашель, появилась смешанная одышка при разговоре. Самостоятельно принимал аспирин, парацетамол, ампиокс. В связи с отсутствием улучшения бригадой скорой медицинской помощи доставлен в дежурную клинику.</p> <p>Объективно:</p> <p>Состояние тяжелое. Больной возбужден. Лихорадочный блеск глаз, румянец на правой щеке, температура тела 38,7°С, кожные покровы светло-розового цвета, горячие, повышенной влажности. Крылья носа участвуют в акте дыхания. Грудная клетка безболезненна при пальпации, правая половина грудной клетки отстаёт в акте дыхания, межреберные промежутки симметричны. ЧД 28 в мин. В подлопаточной и подмышечной областях справа выявлено усиление голосового дрожания и притупленно-тимпанический звук. Справа под лопаткой бронхиальное дыхание. Пульс мягкий, слабого наполнения, АД 85/60 мм рт. ст. Ритм сердца правильный двухчленный с частотой 112 в мин. Соотношение тонов сердца над верхушкой, основанием мечевидного отростка и легочной артерией правильное, ослаблен II тон над аортой. Живот мягкий, безболезнен, в дыхании участвует, кишечник безболезнен, печень и селезенка не увеличены, область почек безболезненна.</p> <p>Данные дополнительных методов исследования:</p> <ol style="list-style-type: none"> Общ. ан. крови: Нв - 130 г/л, эр.- 4,8 x10¹²/л, тромб. - 200 x10⁹/л, лейкоц. – 15,8 x10⁹/л, п – 8%, с – 78%, л – 12%, м – 1%, б – 1%, СОЭ – 28 мм/. Общ. ан. мочи: светло-желтая, прозрачная, отн. плотность 1,018; белок-отр., сахар – отр., лейкоциты и эпителий ед. в п.зр., соли – оксалаты в небольшом количестве, бактерии (+). Рентгенография органов грудной клетки: определяется инфильтрация в нижнем легочном поле с четкими контурами, в боковой проекции соответствует нижней доле, остальные отделы легких не изменены,

		средостение не расширено.
В	1	Выделите, дайте обоснование синдромам; выделите ведущий.
Э	-	Описание эталонного ответа на вопрос 1. Основные синдромы: синдром острой дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности (ЧД 28 в минуту, САД ниже 90 мм рт.ст., ДАД 60 мм рт.ст., одышка смешанного характера, общая слабость) – основной синдром, интоксикации (лихорадка, недомогание). Дополнительные: синдром уплотнения легочной ткани (усиление голосового дрожания, притупление перкуторного звука, локальное бронхиальное дыхание, инфильтративная тень на рентгенограмме грудной клетки), плевральный синдром (боль в грудной клетке на стороне поражения и отставание больной половины грудной клетки при дыхании).
P2	-	Оценочная рубрика: 2 балла по вопросу 1. Ответ соответствует или близок к эталонному.
P1	-	Оценочная рубрика: 1 балл по вопросу 1. Неправильно выделены основные синдромы.
P0	-	Оценочная рубрика: 0 баллов по вопросу 1. Неверное заключение или отсутствие ответа.
В	2	Сформулируйте предварительный диагноз.
Э	-	Описание эталонного ответа на вопрос 2. Внебольничная пневмония

		(плевропневмония) справа в нижней доле, тяжелое течение. Осложнения. Инфекционно-токсический шок: острая дыхательная и сердечно-сосудистая недостаточность.
P2	-	Оценочная рубрика: 2 балла по вопросу 2. Ответ соответствует или близок к эталонному.
P1	-	Оценочная рубрика: 1 балл по вопросу 2. Не указана степень тяжести пневмонии, не указаны осложнения.
P0	-	Оценочная рубрика: 0 баллов по вопросу 2. Неверное заключение или отсутствие ответа.
В	3	Механизм образования болевого синдрома в данном случае.
Э	-	Описание эталонного ответа на вопрос 3. Раздражение рецепторов плевры при дыхательных движениях в связи с их утолщением вследствие воспаления (отек, образование фибрина).
P2	-	Оценочная рубрика: 2 балла по вопросу 3. Ответ соответствует или близок к эталонному.
P1	-	Оценочная рубрика: 1 балл по вопросу 3. Не указаны причинно-следственные связи воспаления и болевого синдрома.
P0	-	Оценочная рубрика: 0 баллов по вопросу 3. Неверное заключение или отсутствие ответа.
В	4	Назначьте лечение.
Э	-	Описание эталонного ответа на вопрос 4. Госпитализация в пульмонологическое отделение или ОРИТ. Пациентам с внебольничной пневмонией тяжелого течения назначаются следующие варианты антибактериальной терапии: Амоксициллин/клавуланат в/в + макролид в/в или Цефотаксим (цефтриаксон) в/в + макролид в/в, или Эртапенем в/в + макролид в/в или Респираторный фторхинолон в/в + цефотаксим (цефтриаксон) в/в; Кислородотерапия или другой вид респираторной поддержки (после определения газов крови); Инфузионная терапия растворами кристаллоидов, решение вопроса о применении симпатомиметиков.
P2	-	Оценочная рубрика: 2 балла по вопросу 4. Ответ соответствует или близок к эталонному.
P1	-	Оценочная рубрика: 1 балл по вопросу 4. Перечислены не все варианты антибактериальной терапии или не обоснован выбор данных средств, а также не указана неантибактериальная терапия.
P0	-	Оценочная рубрика: 0 баллов по вопросу 4. Неверное заключение или отсутствие ответа.
В	5	Как рассчитать индекс тяжести пневмонии, объясните необходимость его применения.
Э	-	Описание эталонного ответа на вопрос 5. Индекс тяжести пневмонии (Pneumonia Severity Index, PSI) используется для оценки динамики симптомов заболевания, определения прогноза. Он основывается на 20 показателях, исходя из которых вычисляется балл, который позволяет стратифицировать пациентов по группам риска, основываясь на 30-дневной смертности. Изначально надо определить, есть ли повышенный риск осложнений и смерти у пациента (класс II-V) или нет (класс I), для чего достаточно ответить на простые вопросы (шаг 1): Возраст >50 лет, Нарушения сознания, ЧСС ≥ 125 уд/мин., Частота дыхания >30/мин,

		Систолическое АД <90 мм рт. ст., Температура тела <35 °С или ≥40 °С, некоторые лабораторные тесты, а также наличие: злокачественного новообразования, застойной сердечной недостаточности, цереброваскулярного заболевания, заболевания почек, заболеваний печени. Если хотя бы на один вопрос получен утвердительный ответ, следует провести детальную оценку риска (шаг 2), а затем определение прогноза (шаг 3).
P2	-	Оценочная рубрика: 2 балла по вопросу 5. Ответ соответствует или близок к эталонному.
P1	-	Оценочная рубрика: 1 балл по вопросу 5. Указаны основные шаги расчета индекса тяжести пневмонии, однако не определено клиническое значение индекса и алгоритм его расчета
P0	-	Оценочная рубрика: 0 баллов по вопросу 5. Неверное заключение или отсутствие ответа.
		Задача 2
И	-	ПРОЧИТАЙТЕ ВНИМАТЕЛЬНО УСЛОВИЕ ЗАДАЧИ. ОТВЕЬТЕ МАКСИМАЛЬНО ТОЧНО И РАЗВЕРНУТО НА ВСЕ ВОПРОСЫ ПО ПОРЯДКУ
У	-	<p>Мужчина 44 лет с жалобами на повышение температуры тела, ознобы, кашель с небольшим количеством мокроты. Считал себя полностью здоровым до последней недели, когда появилась заложенность носа, насморк и небольшая боль в горле. К врачу не обращался, лечился самостоятельно противопростудными безрецептурными препаратами («Фервекс»). Прошлой ночью отметил внезапное повышение температуры тела до 39 °С, озноб, выраженную общую слабость и появился кашель, вначале сухой, затем – с небольшим количеством светлой мокроты, а также боли в правой половине грудной клетки. Наличие хронических заболеваний отрицает. Курит по 1 пачке сигарет в течение 15 лет, аллергические реакции отрицает.</p> <p>Объективно: температура тела 37,8 °С, кожные покровы чистые. Перкуторный звук укорочен справа в нижних отделах, дыхание справа ниже угла лопатки бронхиальное, мелкопузырчатые хрипы в конце вдоха в этой области, а также усиление голосового дрожания и бронхофонии, частота дыхания 22 в минуту, сатурация периферической крови кислородом 99%. Сердечно-сосудистая система без отклонений от нормы, ЧСС – 80 уд. в минуту, АД – 120/72 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, периферических отеков нет.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Описание эталонного ответа на вопрос 1. Основное заболевание: Внебольничная пневмония справа, не тяжелое течение.
P2	-	Оценочная рубрика: 2 балла по вопросу 1. Ответ соответствует или близок к эталонному.
P1	-	Оценочная рубрика: 1 балл по вопросу 1. Ответ не точный, содержит указания на другие вероятные заболевания на основании факторов риска.
P0	-	Оценочная рубрика: 0 баллов по вопросу 1. Неверное заключение или отсутствие ответа.
В	2	Какие исследования требуются для подтверждения диагноза?

Э	-	Описание эталонного ответа на вопрос 2. Рентгенография грудной клетки, клинический анализ крови, биохимические острофазовые показатели, креатинин, мочевины, общий белок, содержание альбуминов, общий билирубин, микроскопическое и бактериологическое исследование мокроты.
P2	-	Оценочная рубрика: 2 балла по вопросу 2. Ответ соответствует или близок к эталонному.
P1	-	Оценочная рубрика: 1 балл по вопросу 2. Приведен не полный перечень необходимых исследований или лишние.
P0	-	Оценочная рубрика: 0 баллов по вопросу 2. Неверное заключение или отсутствие ответа.
В	3	Проведите оценку прогноза и осуществите выбор места лечения пациента.
Э	-	Описание эталонного ответа на вопрос 3. Для принятия решения при выборе места лечения пациентов с внебольничной пневмонией используется расчет баллов по шкале CURB-65. Больной находится в ясном сознании, его ЧД менее 30, АД выше 90/60 мм рт.ст., возраст менее 65 лет. Госпитализация не требуется.
P2	-	Оценочная рубрика: 2 балла по вопросу 3. Ответ соответствует или близок к эталонному.
P1	-	Оценочная рубрика: 1 балл по вопросу 3. Правильно выбрано место лечения без подсчета баллов по шкале CURB.
P0	-	Оценочная рубрика: 0 баллов по вопросу 3. Неверное заключение или отсутствие ответа.
В	4	Сформулируйте план лечения.
Э	-	Описание эталонного ответа на вопрос 4. Пероральная антибактериальная терапия в течение не менее 7 дней, предпочтение имеют амоксициллин и азитромицин, отхаркивающие средства, обильное питье с целью дезинтоксикации. Оценка симптомов заболевания на следующий день. Плановый рентгенологический контроль в случае снижения температуры через 10 дней, в случае продолжения симптомов через 2-3 дня, повторное решение вопроса о госпитализации, смена антибактериальной терапии.
P2	-	Оценочная рубрика: 2 балла по вопросу 4. Ответ соответствует или близок к эталонному.
P1	-	Оценочная рубрика: 1 балл по вопросу 4. Не указана длительность антибактериальной терапии, сроки планового контрольного рентгенологического исследования, изменение тактики в случае неэффективности стартовой антибактериальной терапии.
P0	-	Оценочная рубрика: 0 баллов по вопросу 4. Неверное заключение или отсутствие ответа.
В	5	Укажите факторы, влияющие на выбор стартовой антибактериальной терапии.
Э	-	Описание эталонного ответа на вопрос 5. Нетяжелая внебольничная пневмония у пациентов, как правило, обусловлена инфекцией <i>Str. Pneumoniae</i> , <i>H. influenza</i> , <i>M. Pneumoniae</i> или <i>L. pneumonia</i> , что определяет клинико-эпидемиологический выбор амоксициллина или другого бета-лактаманного антибиотика в монотерапии или комбинации с макролидным антибиотиком, возможно назначение макролидного антибиотика в случае аллергии к бета-лактаманным препаратам и наоборот. Другие схемы антибактериальной терапии могут быть более эффективными в случае

		наличия заболеваний желудочно-кишечного тракта, бронхолегочной инфекции ассоциированной с <i>Pseudomonas aeruginosae</i> , грам (-) флоры и других инфекционных агентов.
P2	-	Оценочная рубрика: 2 балла по вопросу 5. Ответ соответствует или близок к эталонному.
P1	-	Оценочная рубрика: 1 балл по вопросу 5. Указана схема, не дано обоснование выбора антибактериальной терапии, не указаны факторы, влияющие на выбор стартовой антибактериальной терапии.
P0	-	Оценочная рубрика: 0 баллов по вопросу 5. Неверное заключение или отсутствие ответа.
Н		Задача 3
У	-	<p>Больной Д., 25 лет, предъявляет жалобы на повышение температуры до 38,3⁰С градусов, кашель с мокротой шоколадного цвета и с запахом горелого мяса, смешанную одышку.</p> <p>Из анамнеза заболевания: Болен в течении 6-ти дней. После переохлаждения появился озноб, недомогание, слабость, повысилась температура до 39⁰С, появились боли в грудной клетке, усиливающиеся при вдохе. Больной принимал аспирин, парацетамол, ампиокс. Несмотря на проводимое лечение, состояние ухудшалось, температура поднялась до 40⁰С, усилился сухой кашель, стало трудно дышать. Бригадой скорой медицинской помощи больной доставлен в дежурное терапевтическое отделение. Сегодня с утра появился кашель с большим количеством (более 300 мл) мокроты, после отхождения мокроты больному стало легче.</p> <p>Объективно:</p> <p>При осмотре состояние тяжелое. Больной возбужден. Крылья носа участвуют в акте дыхания, лихорадочный блеск глаз, температура тела 38,7⁰С, кожные покровы светло-розового цвета, при разговоре появляется смешанная одышка, правая половина грудной клетки отстаёт в акте дыхания. ЧД 28 в 1 минуту. Справа между среднеключичной и передней подмышечной линиями во II и III межреберных промежутках голосовое дрожание усилено, определяется притупленно-тимпанический звук, при аускультации выслушиваются звучные среднепузырчатые хрипы. Над остальными областями грудной клетки легочный звук при перкуссии, дыхание везикулярной, побочных дыхательных шумов нет. Тоны сердца учащены до 112 в 1 минуту, ослаблен II тон над аортой. АД 90/60 мм. рт. ст.</p> <p>Данные дополнительных методов исследования:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Общ. ан. крови: Нв – 142 г/л, эр. – 5,2 x 10¹²/л, Ц.П. – 1,0; лейкоц. – 12,0 x 10⁹ /л, э - 2%, п/я - 9%, с/я - 70%, л - 18%, м - 1%, СОЭ – 50 мм/час. 2. ОАМ: светло-желтая, отн. плотность - 1019, белок – 0,033 г/л, лейкоц. – 2-3 в п.зр., эр. – 1-2 в п.зр., эп. - 1-2 в п. зр. 3. Фибриноген – 6,2 г/л, общий белок – 75 г/л, альбумины – 55%, глобулины: α₁ – 6%, α₂ – 8%, β – 12%, γ – 19%, СРБ – 8,2 мг/л (N=1-6 мг/л), глюкоза 5,2 ммоль/л, АСТ – 12 ЕД, АЛТ – 20 ЕД.
В	1	Выделите, дайте обоснование синдромам, укажите ведущий.
Э	-	На основании представленных данных выделяем следующие синдромы.

		<p>Бронхолегочный плевральный синдром. За него свидетельствуют острое начало, предшествующее заболеванию переохлаждение. Жалобы на боли в грудной клетке, усиливающиеся при вдохе, сухой кашель.</p> <p>О наличии полости в легком свидетельствуют следующие изменения. Жалобы на кашель с большим количеством (более 300 мл) мокроты, после отхождения мокроты больному стало легче. При физикальном обследовании справа между среднеключичной и передней подмышечной линиями во II и III межреберных промежутках голосовое дрожание усилено, определяется притупленно-тимпанический звук, при аускультации выслушиваются звучные среднепузырчатые хрипы. Над остальными областями грудной клетки легочный звук при перкуссии, дыхание везикулярной, побочных дыхательных шумов нет.</p> <p>Бронхитический синдром. Диагностируется на основании жалоб на кашель с мокротой шоколадного цвета и с запахом горелого мяса.</p> <p>Синдром интоксикации. За него свидетельствуют лихорадка гектического типа (колебания температуры тела на 2 градуса за сутки). Ознобы, недомогание, общая слабость.</p> <p>Лабораторно-воспалительный синдром. В общем анализе крови лейкоцитоз, ускоренное СОЭ, палочкоядерный сдвиг влево. В биохимическом анализе повышение фибриногена, СРП, белков острой фазы воспаления. В общем анализе мочи протеинурия.</p> <p>Основным синдромом является легочный плевральный, проявляющийся вариантом в виде полости в легком.</p>
P2	-	Оценочная рубрика: 2 балла по вопросу 1. Ответ соответствует или близок к эталонному.
P1	-	Оценочная рубрика: 1 балл по вопросу 1. Названы основные синдромы, но не обоснован ведущий синдром полости в легком.
P0	-	Оценочная рубрика: 0 баллов по вопросу 1. Неверное заключение или отсутствие ответа.
В	2	Сформулируйте предварительный диагноз.
Э	-	Внебольничная правосторонняя верхнедолевая деструктивная пневмония, тяжелое течение.
P2	-	Оценочная рубрика: 2 балла по вопросу 2. . Ответ соответствует или близок к эталонному.
P1	-	Оценочная рубрика: 1 балл по вопросу 2. Не указано наличие деструкции.
P0	-	Оценочная рубрика: 0 баллов по вопросу 2. Неверное заключение или отсутствие ответа.
В	3	Каков механизм появления кашля с мокротой?
Э	-	В течение первых суток у больного имела место воспалительная инфильтрация в верхней доле правого легкого. В дальнейшем развилась локальная деструкция легочной ткани. Локальное воспаление сопровождалось сухим кашлем на фоне явлений интоксикации. В первые сутки госпитализации зона деструкции была дренирована бронхом, в результате чего появился кашель с большим количеством (более 300 мл) содержимого легочного абсцесса, после отхождения секрета больному стало легче.
P2	-	Оценочная рубрика: 2 балла по вопросу 3. Ответ соответствует или близок к эталонному.
P1	-	Оценочная рубрика: 1 балл по вопросу 3. В ответе ошибочно содержимое легочного абсцесса названо мокротой.

P0	-	Оценочная рубрика: 0 баллов по вопросу 3. Неверное заключение или отсутствие ответа.
B	4	Назовите основной дыхательный шум над очагом поражения легкого.
Э	-	Учитывая нашу основную диагностическую версию – зона деструкции, дренируемая бронхом мы выслушиваем у пациента амфорическое дыхание, возможно бронхиальное дыхание, за счет инфильтрации и уплотнения окружающей легочной ткани.
P2	-	Оценочная рубрика: 2 балла по вопросу 4. Ответ соответствует или близок к эталонному.
P1	-	Оценочная рубрика: 1 балл по вопросу 4. Отсутствует указание на амфорическое дыхание, указана вероятность только бронхиального дыхания.
P0	-	Оценочная рубрика: 0 баллов по вопросу 4. Неверное заключение или отсутствие ответа.
B	5	Сделайте заключение по общему анализу крови.
Э	-	Описание эталонного ответа на вопрос 5. Согласно условиям задачи данные общего анализа крови: Общ. ан. крови: Hb – 142 г/л, эр. – $5,2 \times 10^{12}/л$, Ц.П. – 1,0; лейкоц. – $12,0 \times 10^9 /л$, э - 2%, п/я - 9%, с/я - 70%, л - 18%, м - 1%, СОЭ – 50 мм/час, свидетельствуют о наличии нейтрофильного лейкоцитоза с палочкоядерным сдвигом влево. Это указывает на наличие бактериального воспаления. Увеличена СОЭ.
P2	-	Оценочная рубрика: 2 балла по вопросу 5. Ответ соответствует или близок к эталонному.
P1	-	Оценочная рубрика: 1 балл по вопросу 5. Не дана интерпретация нейтрофильного лейкоцитоза. Чрезмерное внимание сосредоточено на увеличении СОЭ.
P0	-	Оценочная рубрика: 0 баллов по вопросу 5. Неверное заключение или отсутствие ответа.

	Проверяемая компетенция	ПК-1 готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания»
	Проверяемая компетенция	ПК-2 готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными
	Проверяемая компетенция	ПК-5 готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией

		болезней и проблем, связанных со здоровьем
	Проверяемая компетенция	ПК-6 готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании терапевтической медицинской помощи
	Проверяемая компетенция	ПК-9 готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих
	Проверяемая компетенция	ПК-11 готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей
	Проверяемая компетенция	УК-1 готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу
	Проверяемая компетенция	УК-3 готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения

Задача 1

У	-	<p>Больной Ж., 53 лет, предъявляет жалобы на редкий сухой кашель, повышение температуры до 37,2 °С, снижение работоспособности, слабость, снижение аппетита.</p> <p>Из анамнеза заболевания: слабость начал ощущать года три назад, выполняя обычную работу на даче. Постепенно появилось снижение аппетита и работоспособности, больной перешел на более легкую работу, к врачам не обращался. В течение последнего месяца появился сухой кашель, головные боли, отмечал повышение температуры до 37,8 °С, что и заставило больного обратиться к врачу.</p> <p>Из анамнеза жизни: служил на атомной подводной лодке, участвовал в ликвидации внештатной ситуации на лодке, после чего около года лечился в госпиталях, на побережье Черного моря и был комиссован со службы.</p> <p>Объективно:</p> <p>Состояние больного удовлетворительное. Сознание ясное, положение активное, взгляд доброжелательный, уставший. Кожные покровы сероваты, тонус их снижен, влажность достаточна. ЧД 19 в 1 мин. Грудная клетка правильной формы, правая половина отстает в акте дыхания, граница нижнего легочного края по правой средней подмышечной линии на уровне 6 ребра, подвижность его 2 см, голосовое дрожание слегка усилено справа в подлопаточной области, там же несколько укорочен легочный звук и ослабленное везикулярное дыхание. Над остальными</p>
---	---	--

		<p>участками легких определяются ясный легочной звук и везикулярное дыхание. Ритм сердца правильный, частота сердечных сокращений 88 в 1 мин., соотношение тонов правильное. Живот мягкий, безболезнен, в дыхании участвует, печень, селезенка не увеличены.</p> <p>Данные дополнительных методов исследования:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Общ. анализ крови: Hb – 130 г/л, эр. – $4,0 \cdot 10^{12}/л$, ЦП. - 0,8; лейкоц. – $8,8 \cdot 10^9/л$; э – 1%, п – 4%, с – 76%, л – 13%, м – 6, СОЭ 10 мм/ч. 2. Общ. ан. мочи: отн. плотность 1,018; белка нет, лейкоц. 1-3 в п.зр. 3. ЭКГ: ритм синусовый, частотой 80 ударов в мин., электрическая ось сердца расположена нормально, неполная блокада правой ножки пучка Гиса. 4. Билирубин общий – 18,6 мкмоль/л, прямой – 3,6 мкмоль/л, не прямой – 15,0 мкмоль/л; общий белок 60 г/л, фибриноген 6,6 г/л, глюкоза 4,0 ммоль/л, креатинин – 0,11 ммоль/л.
В	1	Выделите, дайте обоснование синдромам, укажите ведущий.
Э	-	<p>На основании представленных данных выделяем следующие синдромы.</p> <p>Легочный плевральный синдром в виде ателектаза правой нижней доли, признаков уплотнения легочной ткани. За него свидетельствуют жалобы на периодический сухой кашель. При физикальном обследовании выявлена ассиметричное участие грудной клетки в акте дыхания, граница нижнего легочного края по правой средней подмышечной линии на уровне 6 ребра, подвижность его 2 см, голосовое дрожание слегка усилено справа в подлопаточной области, там же несколько укорочен легочный звук и ослабленное везикулярное дыхание. Над остальными участками легких определяются ясный легочной звук и везикулярное дыхание.</p> <p>Синдром интоксикации. За него свидетельствуют жалобы на снижение работоспособности, слабость, снижение аппетита. Отмечается лихорадка на субфебрильных значениях в течение длительного времени.</p> <p>Лабораторно-воспалительный синдром. В лабораторных тестах присутствует нейтрофильный лейкоцитоз и повышение концентрации фибриногена.</p> <p>Основным синдромом выделяем легочноплевральный синдром, определяющий тяжесть течения заболевания и его прогноз.</p>
P2	-	Оценочная рубрика: 2 балла по вопросу 1. Ответ соответствует или близок к эталонному.
P1	-	Оценочная рубрика: 1 балл по вопросу 1. Названы основные синдромы, но не обоснован ведущий легочноплевральный синдром.
P0	-	Оценочная рубрика: 0 баллов по вопросу 1. Неверное заключение или отсутствие ответа.
В	2	Сформулируйте предварительный диагноз.
Э	-	Заболевание правого легкого? Пневмония правой нижней доли?
P2	-	Оценочная рубрика: 2 балла по вопросу 2. . Ответ соответствует или близок к эталонному.
P1	-	Оценочная рубрика: 1 балл по вопросу 2. Предположено наличие пневмонии нижней доли справа. Не указано на вероятность наличия центрального рака.
P0	-	Оценочная рубрика: 0 баллов по вопросу 2. Неверное заключение или отсутствие ответа.
В	3	Какова роль факторов риска в возникновении заболевания?

Э	-	Из анамнеза жизни известно, что больной служил на атомной подводной лодке, участвовал в ликвидации внештатной ситуации на лодке, после чего около года лечился в госпиталях, на побережье Черного моря и был комиссован со службы. Мы не знаем обстоятельств аварии и дозу облучения, но можем предположить, что ионизирующая радиация способна вызвать формирования новообразования, в том числе злокачественного.
P2	-	Оценочная рубрика: 2 балла по вопросу 3. Ответ соответствует или близок к эталонному.
P1	-	Оценочная рубрика: 1 балл по вопросу 3. Не учтен фактор внештатной ситуации на атомной подводной лодке.
P0	-	Оценочная рубрика: 0 баллов по вопросу 3. Неверное заключение или отсутствие ответа.
В	4	Сделайте заключение по общему анализу крови.
Э	-	В разбираемом случае общий анализ крови не показателен. Имеет место увеличение количества нейтрофилов – 80% (6464 в 1 мкл). Отсутствие лейкопении не позволяет заподозрить лучевую болезнь.
P2	-	Оценочная рубрика: 2 балла по вопросу 4. Ответ соответствует или близок к эталонному.
P1	-	Оценочная рубрика: 1 балл по вопросу 4. Не указано наличие нейтрофильного лейкоцитоза.
P0	-	Оценочная рубрика: 0 баллов по вопросу 4. Неверное заключение или отсутствие ответа.
В	5	Оцените результаты биохимического исследования крови.
Э	-	Описание эталонного ответа на вопрос 5. У пациента отмечены следующие показатели: Билирубин общий – 18,6 мкмоль/л, прямой – 3,6 мкмоль/л, непрямой – 15,0 мкмоль/л; общий белок 60 г/л, фибриноген 6,6 г/л, глюкоза 4,0 ммоль/л, креатинин – 0,11 ммоль/л. Из них настораживает повышение фибриногена, что можно расценить как лабораторно-воспалительный синдром.
P2	-	Оценочная рубрика: 2 балла по вопросу 5. Ответ соответствует или близок к эталонному.
P1	-	Оценочная рубрика: 1 балл по вопросу 5. Не дана интерпретация повышения уровня фибриногена.
P0	-	Оценочная рубрика: 0 баллов по вопросу 5. Неверное заключение или отсутствие ответа.
		Задача 2
И	-	ПРОЧИТАЙТЕ ВНИМАТЕЛЬНО УСЛОВИЕ ЗАДАЧИ. ОТВЕЬТЕ МАКСИМАЛЬНО ТОЧНО И РАЗВЕРНУТО НА ВСЕ ВОПРОСЫ ПО ПОРЯДКУ
У	-	Больной А., 52 года, шахтер, обратился к врачу с жалобами на кашель периодический в течение дня, с мокротой желтого цвета в небольшом количестве, чаще по утрам, отходящей с трудом, одышку с затруднением выдоха при значительной физической нагрузке, повышение температуры

		<p>тела до 37,5°C.</p> <p>Из анамнеза: в течение 15-ти лет работал в шахте и, связывая кашель с условиями труда и курением, не лечился. Кашель сопровождался выделением небольшого количества светлой мокроты. 5 лет назад появился утренний кашель изменился цвет мокроты - она стала слизистогнойной, появилась склонность к простудным заболеваниям (до 3-4 раз в год). Лечился домашними средствами. Настоящее ухудшение в течение 3-х дней, когда после охлаждения появились вышеуказанные жалобы. Принимал аспирин без эффекта. Госпитализирован.</p> <p>Объективно:</p> <p>Состояние средней степени тяжести. Серый диффузный цианоз, неинтенсивный. Кожные покровы теплые, повышенной влажности. Отеков нет. ЧД 24 в мин. Грудная клетка равномерно участвует в дыхании, несколько удлинен выдох. В дыхании участвует вспомогательная мускулатура. Голосовое дрожание проводится равномерно. Над всей поверхностью легких выслушивается жесткое дыхание и рассеянные гудящие и жужжащие хрипы. Границы относительной тупости сердца не смещены. При аускультации сердца: ритм правильный, тоны сердца равномерно ослаблены, соотношение тонов не нарушено, ЧСС 88 в мин. Живот мягкий безболезненный, печень, почки не пальпируются.</p> <p>Данные дополнительных методов исследования:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Общ. ан. крови: Нв – 140 г/л, Эр. – $4,5 \times 10^{12}/л$, ЦП – 1,0. Лейк. - $9,8 \times 10^9/л$; э – 1%, п/я – 7%, с/я – 78%, л – 13%, м – 1%; СОЭ – 28 мм/час. 2. Общ. ан. мочи: прозрачная, отн. плотность – 1,020; лейкоц. – 1-2 в п.зр. 3. Анализ мокроты общий: цвет желтый, консистенция слизистая, лейкоц. 15-20 в п.зр, эпителий 2-5 в п.зр. 4. Рентгенография органов грудной клетки в прямой проекции: перибронхиальный пневмосклероз, эмфизема, изменений со стороны сердца нет. 5. Данные спирометрии: ФЖЕЛ – 90%, ОФВ₁ – 58%, ОФВ₁/ФЖЕЛ – 64%.
В	1	Сформулируйте предварительный диагноз, дайте обоснование.
Э	-	Хроническая обструктивная болезнь легких, II степени тяжести по GOLD, течение с частыми обострениями и выраженными симптомами. Обострение. Осл.: Эмфизема легких, перибронхиальный диффузный пневмофиброз. ДН II ст. Обоснование: снижение ОФВ ₁ /ФЖЕЛ – 64%.
P2	-	Оценочная рубрика: 2 балла по вопросу 1. Ответ соответствует или близок к эталонному.
P1	-	Оценочная рубрика: 1 балл по вопросу 1. Хроническая обструктивная болезнь легких без уточнения фенотипа, степени тяжести и осложнений заболевания, или указание на бронхообструктивное заболевание, требующее дифференциальной диагностики. Ошибки обоснования диагноза.

P0	-	Оценочная рубрика: 0 баллов по вопросу 1. Неверное заключение или отсутствие ответа.
B	2	Оцените данные дополнительных методов исследования, назначьте необходимые тесты.
Э	-	Предположение о ХОБЛ основано на снижении соотношения ОФВ1/ФЖЕЛ менее 0,7. Кроме этого, в общем анализе крови выявлен нейтрофильный лейкоцитоз 8330 в 1 мкл, сдвиг лейкоформулы влево до 7% палочкоядерных форм нейтрофилов, увеличение СОЭ до 28 мм/ч. Для уточнения диагноза необходимо выполнение бронходилатационного теста с сальбутамолом 400 мкг.
P2	-	Оценочная рубрика: 2 балла по вопросу 2. Ответ соответствует или близок к эталонному.
P1	-	Оценочная рубрика: 1 балл по вопросу 2. Указано на снижение ОФВ1, соотношение ОФВ1/ФЖЕЛ, но не указан критерий диагностики ХОБЛ. Указаны воспалительные изменения общего анализа крови, без указаний на увеличение относительных и абсолютных величин.
P0	-	Оценочная рубрика: 0 баллов по вопросу 2. Неверное заключение или отсутствие ответа.
B	3	Оцените тяжесть обострения заболевания.
Э	-	Описание эталонного ответа на вопрос 3. В условиях задачи указано на усиление одышки, кашля, увеличение количества мокроты, что является признаком обострения, но отсутствуют характеристики дыхательной недостаточности, к которым может относиться вынужденное положение больного, нарушение разговорной речи, нарушение сознания, другие признаки и сатурация кислорода в тканях.
P2	-	Оценочная рубрика: 2 балла по вопросу 3. Ответ соответствует или близок к эталонному.
P1	-	Оценочная рубрика: 1 балл по вопросу 3. Указаны признаки обострения, но не приведены критерии оценки тяжести обострения.
P0	-	Оценочная рубрика: 0 баллов по вопросу 3. Неверное заключение или отсутствие ответа.
B	4	Укажите критерии применения неинвазивной или инвазивной вентиляции легких.
Э	-	Описание эталонного ответа на вопрос 4. Критериями применения неинвазивной вентиляции легких являются снижение сатурации кислорода менее 94%, но не менее 90%, наличие выраженных симптомов дыхательной недостаточности. При отсутствии результатов определения газов крови, указывающих на тяжелую гиперкапнию и угрозу гиперкапнической комы. В условиях задачи отсутствуют признаки, позволяющие обосновать назначение неинвазивной вентиляции легких. Необходимо определить сатурацию кислорода и исследование газового состава крови.
P2	-	Оценочная рубрика: 2 балла по вопросу 4. Ответ соответствует или близок к эталонному.
P1	-	Оценочная рубрика: 1 балл по вопросу 4. Указано на отсутствие показаний к применению неинвазивной вентиляции легких по условиям задачи, но не указаны критерии применения метода и необходимость дополнительных исследований для решения данного вопроса.
P0	-	Оценочная рубрика: 0 баллов по вопросу 4. Неверное заключение или

		отсутствие ответа.
В	5	Оцените показатели спирометрии и постбронходилатационного теста.
Э	-	Описание эталонного ответа на вопрос 5. У больного выявлено снижение соотношения ОФВ1/ФЖЕЛ менее 70%. Необходимо подтвердить, что такое снижение сохранится в постбронходилатационном тесте, что подтвердит наличие ХОБЛ. Тест с сальбутамолом считается положительным, если ОФВ1 увеличится более 12%. Выявление вариабельности не противоречит диагнозу ХОБЛ в том случае, если одновременно присутствует снижение соотношения ОФВ1/ФЖЕЛ.
P2	-	Оценочная рубрика: 2 балла по вопросу 5. Ответ соответствует или близок к эталонному.
P1	-	Оценочная рубрика: 1 балл по вопросу 5. Указано снижение ОФВ1 и соотношения ОФВ1/ФЖЕЛ, но не установлены показания к выполнению бронходилатационного теста, критерии установления диагноза ХОБЛ.
P0	-	Оценочная рубрика: 0 баллов по вопросу 5. Неверное заключение или отсутствие ответа.
Н	-	Задача 3
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Больная К., 48 лет, предъявляет жалобы на практически постоянные ноющие боли в правом подреберье, усиливающиеся после приема жирной пищи, а также при физической нагрузке, перемене положения тела.</p> <p>Из семейного анамнеза известно, что мать, 72 лет, перенесла операцию холецистэктомии, отец страдал мочекаменной болезнью, умер в возрасте 68 лет от инсульта. Больная в возрасте 17 лет перенесла операцию аппендэктомии, в 45 лет операцию дистанционной литотрипсии по поводу камня левого мочеточника. С возраста 25 лет отмечает повышенный вес, варикозное расширение вен нижних конечностей. Ведет малоподвижный образ жизни. Имеет троих детей.</p> <p>В течение последних 10-15 лет у больной возникают эпизоды ноющих болей в правом подреберье после жирной и острой пищи. Боль иррадирует в правое плечо, под правую лопатку. По этому поводу не обследовалась, боли купировала приемом но-шпы, анальгина, баралгина. Диету не соблюдала. Настоящее ухудшение в течение последних 2 недель: после употребления большого количества жирной, жареной пищи появились описанные выше боли, иногда сопровождающиеся тошнотой, ознобом. Прием но-шпы, анальгетиков оказывает кратковременное действие.</p> <p>Объективно: повышенного питания (98 кг при росте 164 см), температура тела 36,6°С, кожные покровы чистые, обычной окраски и влажности. Варикозное расширение вен нижних конечностей. Печень выступает на 1 см из-под реберной дуги, мягко-эластической консистенции, край закруглен, умеренно болезненный при пальпации. Положительные симптомы Мэрфи, Лепене, Ортнера. Симптомы Алиева, Макензи, Боаса отрицательные. Селезенка не пальпируется.</p>

		<p>В анализе крови: лейкоциты 9100/мкл, формула без особенностей, эритроциты 4500 млн/мкл, гемоглобин 135 г/л, тромбоциты 250 000/мкл, СОЭ 22 мм/ч. Билирубин общий 17 мкмоль/л,связанный 6 мкмоль/л. Фибриноген 4,82 г/л. Общий белок 82 г/л. Альбумины 53%, α1-глобулины 3%, α2-глобулины 7%, β-глобулины 14%, γ-глобулины 23%. АЛТ 25 МЕ, АСТ 24 МЕ, γ-ГТ 36 МЕ.</p> <p>При обзорной рентгенографии органов брюшной полости кишечник умеренно вздут, в остальном – без патологии.</p> <p>При эзофагогастродуоденоскопии выявляются признаки умеренно выраженного очагового гастрита, дуоденита, заброс желчи из двенадцатиперстной кишки в желудок.</p> <p>При УЗИ органов брюшной полости: печень увеличена за счет обеих долей, контуры ровные, паренхима умеренно повышенной эхогенности. Внутри- и внепеченочные желчные протоки не увеличены. Желчный пузырь увеличен (до 4 см в поперечнике). Стенки утолщены до 4 мм, уплотнены, контур их ровный. В просвете желчного пузыря большое количество эхоплотных структур размерами до 2,5 см. Ductuscholedochus6 мм. Поджелудочная железа нормальных размеров и формы, эхогенность умеренно повышена. Панкреатический проток не расширен.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит – ремиссия. Дисфункция желчного пузыря (ЖП) по гипомоторному типу. Хронический дуоденит. Дуодено-гастральный рефлюкс.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: не указан хронический гастрит С – рефлюкс-гастрит.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз хронического холецистита (ХХ) установлен на основании жалоб больной на типичную билиарную боль, связанную с погрешностями в диете. Характер боли предполагает наличие дисфункции ЖП по гипомоторному типу, как и увеличение размеров ЖП по данным УЗИ. У больной имеются факторы риска ХХ, в т.ч. калькулезного – женский пол, отягощенный семейный анамнез, избыточная масса тела, малоподвижный образ жизни, трое родов. Наличие симптомов ХХ, свойственных фазе ремиссии, при объективном обследовании. Отсутствие лабораторных признаков воспаления. Утолщение стенки ЖП до 4 мм. Диагноз хронического калькулезного холецистита окончательно подтверждается данными УЗИ – большое количество эхоплотных структур до 2,5 см в просвете желчного пузыря.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: отсутствует обоснование хр. дуоденита, хронического рефлюкс-гастрита, ДГР – по данным ЭФГДС..
P0	-	Обоснование двух и более нозологических форм дано неверно. или Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	Пациентке рекомендовано: для оценки внешнесекреторной функции

		поджелудочной железы – исследование эластазы в кале (снижение менее 200мкг/г фекалий), биохимический анализ крови – определение панкреатических ферментов в крови (панкреатической липазы, сывороточного трипсин). С целью оценки состояния сфинктера Одди (СО) - фиброгастроскопия, МР-панкреатохолангиография в т.ч. для выявления камней в общем желчном протоке., эндоскопическое УЗИ панкреато-билиарной зоны, билиосцинтиграфия. Определение аминотрансфераз. Для оценки инкреторной функции ПЖ: исследование в крови содержания глюкозы. МРТ панкреатохолангиография, билисцинтиграфия панкреатобилиарной зоны (исключение холедохолитиаза).
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен верно, однако нет исследование желудочной секреции методом внутрижелудочной рН метрии (гастрит) С, биопсии слизистой оболочки желудка для окончательного подтверждения диагноза хронического гастрита.
P0	-	Не названы три и более дополнительных метода обследования. или Обоснование назначения трех и более методов обследования дано неверно. или План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
В	4	Обоснуйте свой выбор лечения больной..
Э	-	Плановая однопортовая лапароскопическая холецистэктомия через один троакарный доступ в параумбиликальной области. Для устранения ДСО – тримебутин, гимекромон. Заместительная терапия: полиферментные препараты в виде кишечнорастворимых капсул, содержащих минимикросферы с основными ферментами панкреатического сока. С целью коррекции нарушений микробно-тканевого комплекса и нормализации функций кишечника: пре-, пробиотические препараты.
P2	-	Выбраны верные группы препаратов, выбор правильно обоснован.
P1	-	Выбраны правильные группы препаратов, выбор обоснован, но не указана необходимость применения препаратов УДХК..
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие группы лекарственных препаратов, кроме полиферментных препаратов.
В	5	Тактика ведения больной после операции.
Э	-	Соблюдение диеты 5. Прием селективных спазмолитиков – мебеверин, гимекромон, полиферментных препаратов, содержащих кишечнорастворимые минимикросферы, затем препараты урсодезоксихолевой кислоты 15 мг на кг м.т. длительно.
P2	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована тактика лечения сопутствующей патологии – хронического рефлюкс-гастрита..
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
Н	-	003
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения

	Проверяемая компетенция	ПК-1 готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания»
	Проверяемая компетенция	ПК-5 готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем
	Проверяемая компетенция	ПК-6 готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании терапевтической медицинской помощи
	Проверяемая компетенция	ПК-8 готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении
	Проверяемая компетенция	ПК-11 готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей
	Проверяемая компетенция	УК-1 готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу
	Проверяемая компетенция	УК-3 готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения

Задача 1

И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациенту, 32 лет, по специальности - штурман теплохода, с ГБ I (основной этап курса ЛФК) комплекс ЛГ, занятие построено по схеме: • Вводный период – 7 мин.

		<ul style="list-style-type: none"> • Основной период – 15 мин • Заключительный период – 8 мин. • Занятия на тренажерах - 20 мин.
В	1	Правильно составлена схема занятия ЛФК?
Э	-	<p>Схема занятия ЛГ является классической и включает вводный, основной, заключительный периоды.</p> <p>Длительность периодов лечебной гимнастики рассчитывается следующим образом:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Вводный период – 15-20 % от времени, отведенного на всё занятие • Основной период – 60-80 % • Заключительный период – до 20 % <p>В данном случае длительность периодов имеет следующее соотношение: 25 % - 50 % - 25 %</p>
Р2	-	Ответ верный
Р1		Ответ не полный: часть упущена.
Р0		Ответ не верный
В	2	Составьте комплекс ЛГ
Э		<p>необходимо проводить занятия по схеме:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Вводный период – 6 мин. (20 %) 4,5 мин. (15 %) • Основной период – 18 мин. (60 %) 21 мин. (70 %) • Заключительный период – 6 мин. (20 %) 4,5 мин. (15 %) <p>Учитывая, что больным с ГБ I и II стадии показаны УГГ, дозированная ходьба, терренкур, ближний туризм, спортивные игры, физические упражнения в воде, упражнения на тренажёрах.</p>
Р2		Ответ верный
Р1		Ответ не полный: часть упущена.
Р0		Ответ не верный
В	3	Противопоказаны ли занятия на тренажёрах в данном случае?.
Э		<p>Противопоказаний абсолютных и относительных к занятиям на тренажёрах у данного пациента нет.</p> <p>Абсолютные противопоказания: (выраженная недостаточность кровообращения, инфаркт миокарда давностью менее 12 месяцев, аневризма сердца и аорты, угроза кровотечений, органические заболевания нервной системы, заболевания крови, включая анемию, злокачественные новообразования, желчекаменная и мочекаменная болезнь, острые воспалительные заболевания почек, миокардиты любой этиологии, тяжелые нарушения ритма и проводимости, синусовая тахикардия с ЧСС более 100 в минуту, легочная недостаточность с уменьшением ЖЕЛ до 50 % и более от должной величины, беременность более 22 недель, ожирение I-IV степени, значительная близорукость с изменениями глазного дна, сахарный диабет /тяжёлая форма/).</p> <p>Относительные противопоказания: синусовая тахикардия с ЧСС 90-100 уд/мин, нарушение ритма (экстрасистолия с частотой не выше 4:40) и проводимости (нарушение предсердно-желудочковой проводимости I степени, синдром Вольфа-Паркинсона-Уайта), некоторые виды пороков-врожденных (дефект межжелудочковой перегородки в мышечной части) и</p>

		приобретенных (умеренная недостаточность митрального клапана), недавние внутренние кровотечения, хронические воспалительные заболевания почек, повышенное АД, не снижающееся при лечении ниже 150/90 мм.рт.ст., хронические заболевания органов дыхания со снижением ЖЕЛ на 30-50% от должной величины нарушение менструальной функции, сахарный диабет средней тяжести, облитерирующий эндартериит, хронические артриты в стадии обострения.
P2		Ответ верный
P1		Ответ не полный: часть упущена.
P0		Ответ не верный
		Задача 2
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациент Д., 48 лет находится на стационарном лечении с диагнозом: инфаркт миокарда, 1 класс тяжести, 2-ые сутки. Болевой синдром купирован. Назначена 2-я ступень активности
В	1	Определите соответствие двигательного режима и ступени активности состоянию больного
Э	-	Пациенты с инфарктом миокарда 1 класса тяжести, при купированном болевом синдроме в 1-2-е сутки находятся на I б ступени активности. На 2-ю ступень активности данных пациентов переводят на 3-4-й день.
P2	-	Ответ верный
P1		Ответ не полный: часть упущена.
P0		Ответ не верный
В	2	Обозначьте основные задачи ЛФК в данной ситуации.
Э		Борьба с гипокинезией Подготовка к возможно раннему расширению физической активности
P2		Ответ верный
P1		Ответ не полный: часть упущена.
P0		Ответ не верный
В	3	Составьте комплекс ЛГ данному пациенту
Э		Комплекс ЛГ включает: - поворот на бок - активные движение в дистальных отделах нижних конечностей - изометрическое напряжение крупных мышц групп н/конечностей и мышц туловища - статические дыхательные упражнения - присаживание с помощью мед. сестры на постели, свесив ноги, на 5-10 мин. 2-3 раза в день (первое присаживание пож контролем инструктора ЛФК) - бритьё, чистка зубов, умывание - дефекация, сидя на прикроватном стульчике,

		После каждого упражнения больному дать паузу для отдыха и делать релаксирующие упражнения (общая продолжительность пауз 30-50 % времени занятия, т.е. моторная плотность 50-70 %)
P2		Ответ верный
P1		Ответ не полный: часть упущена.
P0		Ответ не верный
		Задача 3
У	-	Пациент Б, находится на санаторном лечении после стационарного этапа лечения инфаркта миокарда, класс тяжести II (СНІ , приступы стенокардии напряжения возникают редко и при достаточно выраженном физическом усилии). Назначена программа физической реабилитации – V степень активности.
В	1	Составьте комплекс ЛГ для пациента
Э	-	ЛГ проводится групповым методом, продолжительность до 25 минут <input type="checkbox"/> Дыхательные упражнения <input type="checkbox"/> Упражнения для всех мышечных групп и суставов <input type="checkbox"/> Можно включить предметы (гимнастические палки, шведскую стенку, скамейки, обручи, гантели) <input type="checkbox"/> Циклические упражнения <input type="checkbox"/> Элементы подвижных игр <input type="checkbox"/> Элементы аутогенной тренировки <input type="checkbox"/> Разрешены бытовые нагрузки <input type="checkbox"/> Прогулки по коридору, на улице 2-3 раза в день <input type="checkbox"/> Подъём по лестнице на 2-3 этаж (темп : 1 ступенька за 2 сек)
P2	-	Ответ верный
P1		Ответ не полный: часть упущена.
P0		Ответ не верный
В	2	Какие бытовые нагрузки разрешены.
Э		- Ходьба дозированная тренировочная до 1 км в 2-3 приёма, темп 80 шагов в минуту. Но необходимо подобрать индивидуальный темп ходьбы по результатам велоэргометрической пробы. Пик ЧСС при нагрузках – 100 уд/мин, длительность пика – 3-5 минут, м.б. не более 3-5 раз в день
P2		Ответ верный
P1		Ответ не полный: часть упущена.
P0		Ответ не верный
В	3	Назначьте дозированную ходьбу.
Э		- Ходьба прогулочная в 2 - 3 приёма в день, общая продолжительность до 2-2,5 часов или до 4 км в день. Темп ходьбы д.б. меньше примерно на 10 шагов в минуту, чем при тренировочной ходьбе
P2		Ответ верный
P1		Ответ не полный: часть упущена.
P0		Ответ не верный

В	4	Должны быть рекомендованы занятия танцами, спортивными играми на данном этапе реабилитации
Э		Нет, пациенту на данном этапе не рекомендованы танцы и спортивные игры (по облегчённым правилам). Танцы рекомендуются на VI степени активности, а спортивные игры 15-30 мин по облегчённым правилам рекомендованы на VII степени активности. Рекомендовано пациенту в соответствии с его состоянием: крокет, шахматы-гиганты, вечерние мероприятия (кино, концерт)
P2		Ответ верный
P1		Ответ не полный: часть упущена.
P0		Ответ не верный

	Проверяемая компетенция	ПК-1 готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания»
	Проверяемая компетенция	ПК-5 готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем
	Проверяемая компетенция	ПК-6 готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании терапевтической медицинской помощи
	Проверяемая компетенция	ПК-12 готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации
	Проверяемая компетенция	УК-1 готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу
	Проверяемая компетенция	УК-3 готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере

Задача 1

И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Больной Р. 59 лет, водитель такси. В понедельник вечером шёл с автостоянки домой, когда отметил появление выраженных болей за грудиной с иррадиацией в нижнюю челюсть и левую верхнюю конечность. Дома по совету жены пытался купировать болевой синдром Нитроглицерином без значимого эффекта. Суммарная продолжительность болевого синдрома более 20 минут, пациент вызвал скорую медицинскую помощь.</p> <p>Из анамнеза известно, что в течение последних 10 лет у пациента повышается артериальное давление, максимально до 170 и 90 мм рт. ст. Курит 20 сигарет в сутки в течение последних 20 лет. В течение месяца впервые отметил появление загрудинных болей после интенсивной физической нагрузки и проходящих в покое. Не обследовался, лечение не получал. Наследственность: мать - 76 лет, страдает артериальной гипертензией, перенесла инфаркт миокарда, отец - умер в 55 лет от инфаркта миокарда.</p> <p>При осмотре: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные. Рост - 168 см, вес - 90 кг, ИМТ - 32 кг/м². Тоны сердца приглушены, выслушивается акцент второго тона на аорте, ритм правильный. АД - 160 и 90 мм рт. ст. ЧСС - 92 ударов в минуту. Дыхание везикулярное, побочных дыхательных шумов нет. ЧДД - 22 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печеночной тупости по Курлову - 11*9х8 см. Периферических отёков нет.</p> <p>В анализах: общий холестерин - 6,7 ммоль/л, ТГ - 2,8 ммоль/л, ХС-ЛПВП - 0,62 ммоль/л; глюкоза натощак - 5,2 ммоль/л; креатинин - 124 мкмоль/л, СКФ (по формуле СКД-ЕРІ) = 54,5 мл/мин/1,73 м² (по амбулаторной карте снижение СКФ до 55 мл/мин/1,73 м² также регистрировалась 4 месяца назад), альбуминурия - 40 мг/сутки. На ЭКГ зарегистрирован синусовый ритм с ЧСС - 92 в минуту, элевация сегмента ST до 4 мм I, AVL, VI-5, депрессия сегмента ST до 2 мм I, III, AVF.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	<p>Синдромы: ОКС, артериальной гипертензии, ХБП, дислипидемия. ИБС. Инфаркт миокарда с локализацией на передней стенке ЛЖ с распространением на перегородку, верхушку и боковую стенку, острый период. Гипертоническая болезнь III стадия, 3 степень по АД, риск 4. Дислипидемияю</p> <p>Осложнения: Killip 0. ХБП 3 ст.</p>
Р2	-	Основные симптомы и синдромы выделены верно
Р1		Основные симптомы и синдромы выделены не полностью: часть упущена.
Р0		Основные симптомы и синдромы выделены не верно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э		Диагноз поставлен на основании клинической картины, наличие наследственности, объективных данных а так же лабораторных (липидный спектр) и инструментальных (ЭКГ)
Р2		Диагноз обоснован верно

P1		Диагноз обоснован частично верно.
P0		Диагноз обоснован не верно.
В	3	Каков выбор стратегии реперфузии миокарда в данном случае?
Э		Первичная ЧКВ
P2		Выбор стратегии определен верно.
P1		Выбор стратегии определен частично верно.
P0		Выбор стратегии определен не верно.
В	4	Какие препараты Вы рекомендуете пациенту в качестве пероральной антитромбоцитарной терапии? Обоснуйте свой выбор.
Э		Ацетилсалициловая кислота, клопедогрел
P2		Препараты рекомендованы верно
P1		Препараты рекомендованы частично верно
P0		Препараты рекомендованы не верно
В	5	Пациент доставлен в регионарный сосудистый центр, проведено экстренное ЧКВ, выявлена окклюзия передней межжелудочковой ветви (ПМЖВ) левой коронарной артерии, без восстановления дистального русла. Выполнено стентирование ПМЖВ - 1 стент с лекарственным покрытием. На 3-й день от момента первичного ЧКВ у пациента развился приступ болей за грудиной, с иррадиацией в левую верхнюю конечность, приступ купирован одной дозой нитроглицерина. Как Вы расцените данный эпизод, какова дальнейшая тактика ведения пациента?
Э		Ранняя стенокардия после стентирования. Медикаментозная антиишемическая терапия (продолжительные нитраты, бета блокаторы), антиагреганты (гепарин)
P2		Тактика назначения верна.
P1		Тактика назначения установлена не полностью верно.
P0		Тактика назначения не верна.
		Задача 2
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной Т. 42 лет госпитализирован в стационар по направлению врача-терапевта участкового с жалобами на слабость, сонливость в дневное время, желтушность кожных покровов, чувство тяжести в правом подреберье, периодические носовые кровотечения после физической работы, увеличение живота в объёме, отёки на нижних конечностях в области стоп и голеней. В анамнезе: тяжесть в правом подреберье беспокоит в течение последних 3 месяцев. За последний месяц отметил нарастание общей слабости, увеличение живота и желтуху. Употребляет водку по 200 г ежедневно в течение последнего года, наблюдается у нарколога. Употребление наркотиков отрицает. Гемотрансфузий, оперативных вмешательств не было. Объективно: состояние средней тяжести. Сознание ясное. Тест связывания чисел – 40 сек. Рост – 178 см, вес – 62 кг. Кожа обычной влажности, желтушная. В области груди и верхней части спины видны «сосудистые звездочки». Склеры глаз иктеричны. Отёки стоп и нижней трети голеней. В лёгких дыхание везикулярное, побочных дыхательных шумов нет. ЧДД – 18 в

		<p>мин. При аускультации тоны сердца ритмичные, шумов нет. ЧСС – 78 ударов в минуту. АД – 110/70 мм рт. ст. Язык влажный, малиновый, сосочки сглажены. Живот увеличен в объёме, пупок сглажен, на передней брюшной стенке радиально от пупка определяются расширенные, извитые вены. В положении лёжа живот распластан. При пальпации мягкий, болезненный в правом подреберье. Размеры печени по Курлову - 15×15×13 см. Нижний край печени при пальпации плотный, бугристый. Стул оформленный, коричневый, без патологических примесей. Размеры селезёнки - 15×12. Мочеиспускание свободное, безболезненное, моча тёмно-жёлтая. Общий анализ крови: эритроциты – 4,1×10¹²/л; Нв– 122 г/л; цветовой показатель – 0,9%; тромбоциты – 98×10⁹/л, лейкоциты – 3,2×10⁹/л, эозинофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 4%, сегментоядерные нейтрофилы – 63%, лимфоциты – 29%, моноциты – 3%, СОЭ – 22 мм/ч. Биохимические анализы: общий билирубин – 130 мкмоль/л, прямой билирубин – 100 мкмоль/л, АЛТ – 120 Ед/л, АСТ – 164 Ед/л. МНО – 2, альбумин – 28 г/л. Фиброгастроуденоскопия: варикозное расширение вен пищевода I ст. Ультразвуковое исследование брюшной полости: переднезадний размер правой доли печени – 170 мм, контуры чёткие и неровные. Паренхима неравномерно диффузно повышенной эхогенности. Диаметр портальной вены – 16 мм. Желчный пузырь нормальных размеров, содержимое – желчь. Гепатикохоледох не расширен. Селезёнка расположена обычно, структура однородная, паренхима средней эхогенности. Площадь селезёнки – 36,1 см². Свободная жидкость в брюшной полости.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Цирроз печени алкогольной этиологии, класс В по Чайлду–Пью (синдромы холестаза, печеночно-клеточной недостаточности и умеренного цитолиза, портальная гипертензия, отечно-асцитический синдром, гепатоспленомегалия, гиперспленизм с тромбоцитопенией и лейкопенией). Печеночная энцефалопатия I ст.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: неверно оценена этиология заболевания или синдрома.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз установлен на основании анамнеза (длительное употребление гепатотоксических доз алкоголя), наличия гепатоспленомегалии, желтухи, геморрагического синдрома, а также синдромов холестаза, печеночно-клеточной недостаточности и умеренного цитолиза, портальной гипертензии, отечно-асцитического синдрома, гиперспленизма. Стадия по Чайлд-Пью верифицирована по сумме баллов (ПЭ 2Б + Асцит 2Б + Альбумин 2 Б + билирубин 3 Б + протромбиновое время 0Б = 9 баллов.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование основного заболевания и стадии заболевания по шкале Чайлд-Пью.
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.

В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	Для исключения другой этиологии заболевания рекомендовано определение маркеров вирусных гепатитов (HBsAg, aHCV), в целях исключения первичного билиарного цирроза определение АМА, определение степени насыщения трансферрина и сывороточной концентрации ферритина (выявление врожденного гемохроматоза), сывороточную концентрацию церулоплазмينا (диагностика болезни Вильсона–КоноваловаВ), выявление дефицита α 1-антитрипсина. Скрининг для выявления неалкогольной жировой болезни печени: гиперлипидемия.
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования. или Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.
P0	-	Не названы три и более дополнительных метода обследования. или Обоснование назначения трех и более методов обследования дано неверно. или План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
В	4	Препарат какой группы лекарственных средств при алкогольном циррозе печени Вы бы рекомендовали пациенту в составе основной терапии. Обоснуйте свой выбор.
Э	-	Полная абстиненция! Показано назначение адеметионина, который при алкогольном циррозе классов А и В по Child–Pugh в дозе 1200 мг/сут перорально на протяжении 2 лет обуславливает достоверно более низкую летальность или потребность в трансплантации печени по сравнению с группой плацебо (12 и 29% соответственно). Положительное влияние адеметионина на течение алкогольного цирроза связано с его мембранопротективным и антиоксидантным действием, а также с подавлением продукции провоспалительных цитокинов (фактор некроза опухоли альфа – TNF- α). Дополнительное благоприятное действие адеметионина обусловлено его антидепрессивным эффектом.
P2	-	Выбран верный препарат терапии алкогольного цирроза печени с учетом патогенеза заболевания и ведущего этиологического фактора.
P1	-	Выбран верный препарат базисной терапии алкогольного цирроза печени, однако неверны дозы или нет обоснования.
P0	-	Ответ неверный: названы неверные препараты без учета патогенеза и стадии заболевания.
В	5	Через месяц терапии адеметионином 1200 мг в сутки состояние пациента улучшилось, желтуха и слабость меньше, биохимические анализы с положительной динамикой - общий билирубин – 50 мкмоль/л, прямой билирубин – 28 мкмоль/л, АЛТ – 40 Ед/л, АСТ – 64 Ед/л. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.
Э	-	В пациента достигнут хороший биохимический и клинический ответ на фоне терапией гептралом. Рекомендовано продолжить терапию под

		контролем биохимического анализа крови и стадии фиброза с подключением препаратов для коррекции печеночной энцефалопатии и отечно-асцитического синдромов: верошпирон, альбумин, L-орнитин-L-аспартат (LOLA), лактулоза.
P2	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
H	-	014
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
		Задача 3
И	-	ПРОЧИТАЙТЕ ВНИМАТЕЛЬНО УСЛОВИЕ ЗАДАЧИ. ОТВЕТЬТЕ МАКСИМАЛЬНО ТОЧНО И РАЗВЕРНУТО НА ВСЕ ВОПРОСЫ ПО ПОРЯДКУ
У	-	<p>Больная С., 25 лет поступила в приемное отделение с жалобами на выраженную одышку с затруднением выдоха, доходящую до удушья, плохо купируемую ингаляцией сальбутамола с помощью ДАИ.</p> <p>Из анамнеза заболевания: считает себя больной около 2-х лет, когда стала отмечать появление одышки с затруднением выдоха во время прогулок, особенно весной, кашля с небольшим количеством вязкой мокроты. Обратилась в поликлинику, было проведено обследование и установлен диагноз бронхиальной астмы, назначен сальбутамол. В последние месяцы приступы одышки возникали с частотой 2 -3 в месяц. Настоящее ухудшение возникло во время прогулки по парку, прием 4 ингаляций сальбутамола не оказал должного эффекта, вызвала бригаду скорой помощи и была доставлена в стационар.</p> <p>Объективно:</p> <p>Состояние средней степени тяжести. Положение вынужденное: сидит, опираясь на руки. Кожные покровы светло-розового цвета, повышенной влажности. Грудная клетка симметричная, выдох удлинен. ЧД 22 в мин. Голосовое дрожание проводится равномерно с обеих сторон, над легкими легочный звук с коробочным оттенком. В легких дыхание везикулярное с удлиненным выдохом, по всем легочным полям свистящие хрипы. Тоны сердца правильного ритма и соотношения, частотой 100 в мин. АД-120/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Ординаты печени по Курлову 9x8x7 см. Селезенка не пальпируется. Поколачивание по пояснице безболезненно с обеих сторон.</p> <p>Данные дополнительных методов исследования:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Общ. ан. крови: Нв – 125 г/л, эр. – $4,0 \times 10^{12}/л$, лейкоц. – $8,0 \times 10^9/л$, э – 10%, п/я – 2%, с/я – 65%, л – 18%, м – 3%, б – 2, СОЭ 10 мм/час. 2. Общ. ан. мочи: отн. плотность 1,020; белок – отр., лейкоц – 0-1 в п.зр., эр – ед. в п.зр., цилиндры гиалиновые 0-1 в п.зр. 3. Общий анализ мокроты: слизистая, вязкая, эозинофилы – 3-4 в п.зр., эп. – большое количество, спирали Куршмана, кристаллы Шарко-Лейдена. 4. Рентгенография органов грудной клетки: очаговых и инфильтративных изменений нет, корни легких слегка расширены, синусы свободны. Сердце без особенностей.

		5. ЭКГ: ритм синусовый, частотой 108 в мин., эл. ось сердца расположена нормально.
В	1	Сформулируйте предварительный диагноз.
Э	-	Описание эталонного ответа на вопрос 1. Бронхиальная астма, аллергическая, течение средней тяжести, неконтролируемая. Сенсibilизация к пыльцевым аллергенам (по анамнезу). Осл.: ДН I-II.
P2	-	Оценочная рубрика: 2 балла по вопросу 1. Ответ соответствует или близок к эталонному.
P1	-	Оценочная рубрика: 1 балл по вопросу 1. Бронхиальная астма без уточнения степени контроля, тяжести и осложнений заболевания, или указание на бронхообструктивное заболевание, требующее дифференциальной диагностики.
P0	-	Оценочная рубрика: 0 баллов по вопросу 1. Неверное заключение или отсутствие ответа.
В	2	Механизм образования бронхиальной обструкции?
Э	-	Описание эталонного ответа на вопрос 2. Выделяют 5 механизмов бронхообструктивного синдрома (диффузного): бронхоспазм, отек слизистой оболочки бронхов, скопление слизистых пробок, склероз стенки бронха и бронхоклазию (раннее экспираторное закрытие бронхиол). Среди перечисленных механизмов ведущим при бронхиальной астме является спазм гладкой мускулатуры бронхов, что и объясняет вариабельность обструкции.
P2	-	Оценочная рубрика: 2 балла по вопросу 2. Ответ соответствует или близок к эталонному.
P1	-	Оценочная рубрика: 1 балл по вопросу 2. Перечислены возможные механизмы бронхиальной обструкции, но не все или без указания преобладающего механизма в представленной задаче.
P0	-	Оценочная рубрика: 0 баллов по вопросу 2. Неверное заключение или отсутствие ответа.
В	3	Оцените общий анализ мокроты.
Э	-	Описание эталонного ответа на вопрос 3. Представленный анализ мокроты характеризуется изменениями, свойственными бронхиальной астме: мокрота слизистого характера, вязкая, обнаружение в мокроте большого количества цилиндрического эпителия, эозинофилов, кристаллов Шарко-Лейдена – продуктов распада эозинофилов и спиралей Куршмана, образующихся при наличии слизи, содержащей эозинофильные белки – эозинофильный катионный белок, эозинофильная пероксидаза, большой основной белок, эозинофильный белок X, а также солей кальция.
P2	-	Оценочная рубрика: 2 балла по вопросу 3. Ответ соответствует или близок к эталонному.
P1	-	Оценочная рубрика: 1 балл по вопросу 3. Произведена оценка анализа мокроты, но не в полном объеме.
P0	-	Оценочная рубрика: 0 баллов по вопросу 3. Неверное заключение или отсутствие ответа.
В	4	Назначьте лечение.
Э	-	Описание эталонного ответа на вопрос 4. На начальном этапе лечения в

		условиях стационара: бронхолитики (Сальбутамол 2,5-5 мг в течение часа через небулайзер); системные глюкокортикоиды (преднизолон или метипред 30-40 мг в сутки 1-3 дня), ингаляционные глюкокортикоиды (Будесонид 1-2 г в сутки через небулайзер); при выписке рекомендовать комбинированный инг. Будесонид/ Формотерол 160/4,5 мкг в режиме SMART-терапии: по 2 дозы утром и вечером + по требованию (не более 12 доз в сутки в общей сложности). Контроль эффективности лечения через 3 месяца. В дальнейшем необходимо аллергологическое обследование и рассмотрение вопроса о возможности проведения курсов специфической аллерговакцинации.
P2	-	Оценочная рубрика: 2 балла по вопросу 4. Ответ соответствует или близок к эталонному.
P1	-	Оценочная рубрика: 1 балл по вопросу 4. Назначено лечение, но не в полном объеме или без указания названий лекарственных средств (только группы препаратов).
P0	-	Оценочная рубрика: 0 баллов по вопросу 4. Неверное заключение или отсутствие ответа.
B	5	Определите план диспансерного наблюдения.
Э	-	Описание эталонного ответа на вопрос 5. В рамках диспансеризации необходимо рекомендовать проведение постоянной пикфлоуметрии утром и вечером, осмотр пульмонологом/ аллергологом через 3 месяца после выписки из стационара с целью оценки эффективности терапии и коррекции ее при необходимости, затем осмотр раз в 3-4 месяца с оценкой пикфлоуграммы, спирометрии, анализа крови.
P2	-	Оценочная рубрика: 2 балла по вопросу 5. Ответ соответствует или близок к эталонному.
P1	-	Оценочная рубрика: 1 балл по вопросу 5. План диспансерного наблюдения определен, но не указана необходимость проведения пикфлоуметрии, спирометрии, консультации пульмонолога и аллерголога.
P0	-	Оценочная рубрика: 0 баллов по вопросу 5. Неверное заключение или отсутствие ответа.