

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Приволжский исследовательский медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ПО ОБУЧАЮЩЕМУ СИМУЛЯЦИОННОМУ КУРСУ (СПЕЦИАЛЬНЫЕ
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ УМЕНИЯ И НАВЫКИ)**

Специальность: 31.08.45 Пульмонология
код, наименование

Кафедра: Пропедевтики внутренних болезней и гериатрии им. К.Г. Никулина

Форма обучения: очная

Нижний Новгород
2023

1. Фонд оценочных средств для текущего контроля успеваемости, промежуточной аттестации обучающихся по практике «Обучающему симуляционному курсу (специальные профессиональные умения и навыки)»

Настоящий Фонд оценочных средств (ФОС) по практике «Обучающему симуляционному курсу (специальные профессиональные умения и навыки)» является неотъемлемым приложением к рабочей программе практики. На данный ФОС распространяются все реквизиты утверждения, представленные в РП по данной практике.

2. Перечень оценочных средств

Для определения качества освоения обучающимися учебного материала по практике «Обучающему симуляционному курсу (специальные профессиональные умения и навыки)» используются следующие оценочные средства:

№ п/п	Оценочное средство	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в ФОС
1	Кейс-задание	Проблемное задание, в котором обучающемуся предлагают осмыслить реальную профессионально-ориентированную ситуацию, необходимую для решения данной проблемы	Задания для решения кейс-задания

3. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы и видов оценочных средств

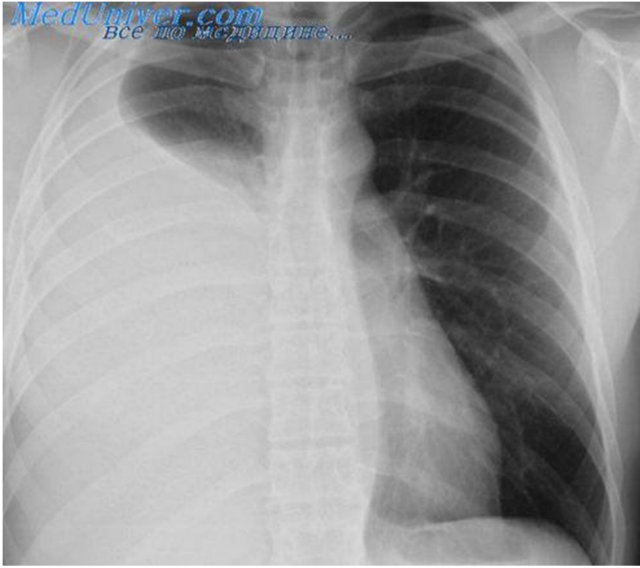
Код и формулировка компетенции	Этап формирования компетенции	Контролируемые разделы дисциплины	Оценочные средства
УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-10, ПК-1, ПК-2	Текущий	Тема 1.1. «Сбор жалоб и анамнеза»	Кейс-задание
		Тема 1.2. «Физикальное обследование пациента (дыхательная система)»	
		Тема 1.3. «Врачебная манипуляция плевральная пункция»	
	Промежуточный	Все разделы и темы	Кейс-задание

4. Содержание оценочных средств промежуточного, текущего контроля, экзамена

Текущий контроль осуществляется преподавателем практики при проведении занятий в форме: кейс-заданий.

4.1. Кейс-задания для оценки компетенций: УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-10, ПК-1, ПК-2

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	001
Ф	А/01.8	Проведение диагностики заболеваний бронхолегочной системы
Ф	А/02.8	Назначение и проведение лечения пациентам при заболеваниях бронхолегочной системы, оценка его эффективности и безопасности

И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Мужчина Л. 34 лет, работник СМУ, при госпитализации в пульмонологическое отделение предъявляет жалобы на одышку в покое, слабость, похудание в течение последнего месяца, чувство тяжести в грудной клетке.</p> <p>Объективно: состояние больного средней степени тяжести, температура 37,8°C, справа отмечается сглаживание межрёберных промежутков, отставание правой половины грудной клетки в акте дыхания. Справа резко ослаблено голосовое дрожание и тупой перкуторный звук по лопаточной ниже угла лопатки и с 3 ребра по подмышечным линиям. Дыхание в верхних отделах правого лёгкого несколько ослаблено, в нижних - не проводится. Слева дыхание везикулярное, побочных дыхательных шумов нет. ЧД 22 в минуту. Пульс ритмичный, 88 в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения, тоны сердца приглушены, ритмичные, шумов нет.</p> <p>Лабораторные данные. Общий анализ крови: лейкоциты – $9,9 \cdot 10^9/\text{л}$, эозинофилы - 1% , палочкоядерные нейтрофилы - 3%; сегментоядерные нейтрофилы - 76%; лимфоциты - 15%; моноциты - 5%; СОЭ - 35 мм/час.</p> <p>Общий анализ промывных вод бронхов: лейкоциты - 2-3 в поле зрения, единичные альвеолярные и эпителиальные клетки.</p> <p>Промывные воды бронхов (3 анализа) на микобактерии туберкулёза методом микроскопии – КУМ отриц. Посев промывных вод бронхов на неспецифическую микрофлору – роста патогенной микрофлоры нет.</p> <p>Общий анализ мочи: норма.</p> <p>На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки:</p> 
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Экссудативный правосторонний плеврит туберкулёзной этиологии. МБТ (-). I А группа ДУ. ДН0-1.
Р2	-	Диагноз поставлен верно.

P1	-	Диагноз поставлен неполностью: часть упущена или неверно оценены этиология плеврита или степень дыхательной недостаточности.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
B	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
Э	-	Постепенное развитие заболевания - 1 месяц, жалобы на слабость, похудание, одышку, боли в грудной клетке, тяжесть в боку, объективно - сглаживание межрёберных промежутков, там же снижение голосового дрожания, притупление перкуторного звука, дыхание не проводится. В анализе крови – незначительный лейкоцитоз, нет сдвига лейкоцитарной формулы влево, относительная лимфопения, умеренное ускорение СОЭ, в промывных водах бронхов нет патогенной флоры. Рентгенологически: справа ниже 2 ребра до диафрагмы определяется интенсивное гомогенное затемнение с чёткой косой верхней границей.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: отсутствует обоснование характера или этиологии плеврита
P0	-	Обоснование двух и более критериев дано неверно. или Диагноз обоснован полностью неверно.
B	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	Пациенту рекомендовано: анализ плевральной жидкости для уточнения её характера – транссудат или экссудат (количество белка, удельный вес, проба Ривальта), клеточного состава (гнойный нейтрофильный или серозный лимфоцитарный); исследование на микрофлору и микобактерии; эвакуация плевральной жидкости; повторная аускультация лёгких и рентгенограмма органов грудной клетки (МСКТ) после эвакуации плевральной жидкости для уточнения наличия воспалительных изменений в лёгких
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 все три дополнительных метода обследования. или Обоснование назначения трех методов обследования дано неверно. или План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
B	4	Определите круг заболеваний для дифференциальной диагностики
Э	-	Правосторонняя пневмония, осложнённая экссудативным парапневмоническим плевритом; инфильтративный туберкулёз лёгких, осложнённый перифокальным плевритом; очаговый туберкулёз лёгких, осложнённый перифокальным плевритом.

P2	-	Выбраны верные нозологии.
P1	-	Выбраны не все (не хватает одного заболевания) необходимые нозологии.
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие заболевания, либо в схеме не хватает двух и более нозологических единиц.
B	5	Определите тактику ведения пациента
Э	-	При отсутствии изменений в лёгких, лимфоцитарном составе экссудата, а также при наличии изменений в лёгких и отсутствии положительной динамики на АБТ - вызвать врача-фтизиатра на консультацию для решения вопроса о диагнозе и переводе пациента в противотуберкулёзный стационар
P2	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно или необходимые мероприятия указаны не полностью.
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно или отсутствуют более 2 обязательных пунктов
H	-	002
Ф	A/01.8	Проведение диагностики заболеваний бронхолегочной системы
Ф	A/02.8	Назначение и проведение лечения пациентам при заболеваниях бронхолегочной системы, оценка его эффективности и безопасности
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Больная А. 20 лет обратилась к участковому терапевту на 2 день болезни с жалобами на сильную головную боль, боли в глазных яблоках, ломоту в мышцах и суставах, общую слабость, отсутствие аппетита, частый сухой кашель, заложенность носа и незначительные выделения из носа, чувство першения и саднение за грудиной. Анамнез заболевания: заболела накануне, ночью почувствовала озноб, повысилась температура до 39,0°C, появилась головная боль, боль при движении глазными яблоками. Ночью не спала, озноб сменялся чувством жара. На следующий день появился сухой кашель, заложенность носа, чувство першения и саднение за грудиной, температура повысилась до 39,5 °С, головная боль усилилась.</p> <p>Эпидемиологический анамнез: является студенткой, живет в общежитии, у соседей по комнате наблюдаются похожие симптомы. Объективно: состояние средней степени тяжести, сознание ясное. Лицо несколько гиперемировано. На теле сыпи нет. Носовое дыхание затруднено. В зеве разлитая яркая гиперемия задней стенки глотки и её зернистость, отмечаются единичные кровоизлияния на слизистой мягкого нёба. В лёгких – жёсткое дыхание, единичные сухие хрипы. Пульс – 110 в минуту, ритмичный, АД – 115/80 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены, шумы не выслушиваются. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не увеличены.</p>
B	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Грипп, типичное течение, средней степени тяжести, период разгара.
P2	-	Диагноз поставлен верно.

P1	-	Диагноз поставлен неполностью: часть позиций упущена или неверно оценены характер течения или степень тяжести заболевания
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
B	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
Э	-	<p>Диагноз «грипп» выставлен на основании жалоб больного на сильную головную боль в лобной области, боли в глазных яблоках, мышцах и суставах, общую слабость, отсутствие аппетита, частый сухой кашель, заложенность носа и незначительные выделения из носа, чувство першения и саднения за грудиной; анамнеза развития заболевания: острое начало болезни с симптомов интоксикации (озноба, повышения температуры тела до 39,5°C, головной боли и боли в области глазных яблок) с последующим присоединением катарального синдрома (сухой кашель, заложенность носа, чувство першения за грудиной); эпидемиологического анамнеза – наличие подобных симптомов у лиц, с которыми пациент находился в близком контакте за ежедневно (в т.ч. за 1-2 дня) до болезни, и учитывая сезонность (январь); данных объективного осмотра – лицо несколько гиперемировано; носовое дыхание затруднено; в зеве разлитая яркая гиперемия задней стенки глотки и её зернистость, отмечаются единичные кровоизлияния на слизистой мягкого нёба; в лёгких - жёсткое дыхание, единичные сухие хрипы; пульс - 102 удара в минуту, ритмичный, АД – 115 и 80 мм рт. ст., тоны сердца приглушены.</p> <p>Среднетяжелая форма гриппа выставлена на основании повышения температуры тела до 39,5°C, ярко выраженных явлений интоксикации (озноб, головная боль, общая слабость, суставные и мышечные боли) и поражения дыхательной системы (сухой болезненный кашель, заложенность носа, чувство першения и царапанья за грудиной).</p>
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: отсутствует обоснование течения или степени тяжести заболевания. Обоснование одной степени тяжести или характера течения заболевания дано неверно.
P0	-	Обоснование дано неверно. или Диагноз установлен полностью неверно.
B	3	Составьте план лабораторного обследования больного для верификации диагноза.
Э	-	Для экспресс-диагностики гриппа используется метод ПЦР (с целью выявления РНК вирусов в мазках из носоглотки, крови), иммунохроматографический экспресс-тест для качественного определения антигенов вируса гриппа в носоглоточных образцах. При невозможности проведения ПЦР применяют серологические методы (РСК, РНГА) – определение нарастания титра антител при исследовании парных сывороток, взятых в разгар заболевания и через 7-14 дней.
P2	-	Выбран верный план обследования больного

P1	-	Выбран верный план обследования больного, однако отсутствуют один или два дополнительных метода обследования
P0	-	Не названы три и более дополнительных метода обследования. или План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
B	4	Какие противовирусные препараты Вы бы рекомендовали пациенту? Назовите механизм их действия на вирусы гриппа. Обоснуйте свой выбор.
Э	-	Для лечения гриппа в первую очередь рекомендуются средства этиотропного действия, оказывающие прямое ингибирующее действие на вирусную репродукцию. К данным препаратам относятся селективные ингибиторы вирусной нейраминидазы - Осельтамивир и Занамивир, ингибиторы репродукции вирусов гриппа: Умифеновир (Арбидол), Ингавирин. Рекомендуется назначение одного из препаратов: Осельтамивир по 75 мг два раза в день в течение 5 дней, Занамивир 2 ингаляции (2* 5 мг) 2 раза / сут. в течение 5 дней или Умифеновир по 200 мг 4 раза в сутки в течение 5-7 дней, или Ингавирин 90 мг/сутки однократно 5-7 дней. Возможно их сочетание с препаратами Интерферона и индукторами интерфероногенеза: Анаферон, Эргоферон – перорально; или Гриппферон, Вифероновая мазь – интраназально, Виферон – ректально.
P2	-	Выбраны верные группы препаратов для лечения среднетяжелого гриппа. Выбор правильно обоснован.
P1	-	Выбраны правильные группы препаратов для лечения гриппа , однако выбор не обоснован. или Выбрана только одна группа препаратов, обоснование выбора данной группы верное.
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие группы лекарственных препаратов, кроме ингибиторов вирусной репродукции.
B	5	Кто подлежит обязательной вакцинации против гриппа? Назовите современные вакцины для профилактики гриппа.
Э	-	Вакцинации против гриппа в первую очередь подлежат лица, относящиеся к категории высокого риска заболевания гриппом и неблагоприятных осложнений при заболевании, к которым относятся: - лица старше 60 лет; - лица, страдающие заболеваниями эндокринной системы (диабет), нарушениями обмена веществ, болезнями системы кровообращения, хроническими заболеваниями дыхательной системы, хроническими заболеваниями печени и почек; - беременные; - лица, часто болеющие острыми респираторными вирусными заболеваниями; - дети старше 6 месяцев, дети, посещающие дошкольные образовательные организации и (или) находящиеся в организациях с постоянным пребыванием (детские дома, дома ребенка); - школьники; - медицинские работники;

		<p>- работники сферы обслуживания, транспорта, учебных заведений; - воинские контингенты.</p> <p>К современным вакцинам относят сплит-вакцины (расщеплённые), содержащие частицы разрушенного вируса - поверхностные и внутренние белки, и субъединичные вакцины, содержащие поверхностные гликопротеины (гемагглютинин и нейраминидазу) и максимально очищенные от балластных белков.</p> <p>Сплит - вакцины: Бегривак, Ваксигрип, Флюарикс, Ультрикс.</p> <p>Субъединичные вакцины: Инфлювак, Агриппал, Инфлексал, Гриппол, Гриппол плюс, Совигрипп.</p>
P2	-	Контингент, подлежащий вакцинации против гриппа, и перечень вакцин выбран верно.
P1	-	В перечне вакцин и группах высокого риска позиции представлены не полностью (отсутствуют 1-3 позиции)
P0	-	Контингент, подлежащий вакцинации против гриппа, и перечень вакцин выбран неверно.
Н	-	003
Ф	A/01.8	Проведение диагностики заболеваний бронхолегочной системы
Ф	A/02.8	Назначение и проведение лечения пациентам при заболеваниях бронхолегочной системы, оценка его эффективности и безопасности
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>В пульмонологическое отделение поступила пациентка А., 30 лет, с жалобами на кашель с трудноотделяемой гнойной мокротой (около 30 мл в сутки) и одышкой при умеренной физической нагрузке. При осмотре обращали на себя внимание низкие показатели массы тела (48 кг), роста (163 см) и индекса массы тела (18,1 кг / м²); при аускультации грудной клетки выявлены множественные разнотональные хрипы в легких; частота дыхательных движений – 18 в минуту, сатурация кислорода – 95 %, ЧСС 86 в минуту, артериальное давление – 115 / 75 мм рт. ст.</p> <p>Из анамнеза известно, что в возрасте 1 года имел место эпизод кишечной непроходимости, который был разрешен консервативно. С 13 лет у больной отмечались проявления гнойного бронхита, а также ежегодно, начиная с этого возраста – пневмония. В возрасте 15 лет пациентка перенесла посттравматическую спленэктомию. В возрасте 25 лет после проведения компьютерной томографии органов грудной клетки установлен диагноз бронхоэктатическая болезнь. В 27 лет в связи с рецидивирующим хроническим гайморитом больной выполнена синусотомия гайморовых пазух.</p> <p>Получен положительный результат потового теста (хлориды пота – 86 ммоль/л). Выявлена внешнесекреторная недостаточность поджелудочной железы – уровень эндогенной эластазы в стуле снижен до 75 мкг / г (норма – > 200 мкг /г).</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Муковисцидоз, преимущественно легочная форма, множественные бронхоэктазы. Хроническая панкреатическая недостаточность.
P2	-	Диагноз поставлен верно.

P1	-	Диагноз поставлен не полностью: часть нозологий упущена.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
B	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
Э	-	Классическую диагностическую триаду при муковисцидозе составляют: <ul style="list-style-type: none"> • положительный потовый тест (хлориды пота более 60 мэкв/л); • легочная патология инфекционно-воспалительного характера; кишечный синдром.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: отсутствует подтверждение диагноза данными объективного или инструментального обследования. или подтверждение диагноза данными объективного или инструментального обследования дано неверно.
P0	-	Обоснование дано неверно. или Диагноз обоснован полностью неверно.
B	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	Пациентке рекомендовано: генетическое исследование (для подтверждения диагноза муковисцидоз), рентгенография легких, компьютерная томография грудной клетки (для определения объема и характера поражения легких), исследование функции внешнего дыхания и ЭКГ (для оценки функциональных изменений), микробиологический анализ мокроты (для выявления микробного пейзажа и оптимизации и модификации антибактериальной терапии)
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.
B	4	Определите тактику ведения пациентки
Э	-	Пациентке требуется проведение комплексной терапия внутривенными и ингаляционными антибактериальными препаратами в соответствии с антибиотикограммой; снижение бронхиальной обструкции с помощью муколитиков (N-ацетилцистеин и его аналоги) и бронходилататоров (b-агонисты (сальбутамол, сальметерол) и M-холинолитиков (ипратропиум

		бромид)), кинезитерапия, заместительная ферментная терапия (креон, панцитрат), дополнительный приём витаминов А, Д, Е, К; урсофальк для предотвращения холестаза; калораж питания должен составлять 120-150% от необходимого, 35% из них за счёт жиров.
P2	-	Дальнейшая тактика ведения выбрана верно.
P1	-	Тактика ведения пациентки выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно или необходимые мероприятия указаны не полностью.
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно
В	5	Назовите современные подходы в терапии муковисцидоза
Э	-	Трансплантация легких и генная терапия
P2	-	Современные методы терапии названы правильно
P1	-	Современные подходы в терапии перечислены неполностью
P0	-	Современные подходы названы полностью неверно
Н	-	004
Ф	A/01.8	Проведение диагностики заболеваний бронхолегочной системы
Ф	A/02.8	Назначение и проведение лечения пациентам при заболеваниях бронхолегочной системы, оценка его эффективности и безопасности
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Больной В. 64 лет. 1,5 месяца назад перенёс правостороннюю нижнедолевую пневмонию. Лечился в стационаре со второй недели болезни, однако, самостоятельно покинул стационар через 2 недели лечения, в то время как еще сохранялся субфебрилитет и ускоренное СОЭ до 45 мм/час. Дома за температурой тела не следил, однако отмечал частое недомогание, слабость, быструю утомляемость, одышку при ходьбе до 500 метров. При одышке принимал теофедрин по совету соседки. Настоящее ухудшение 3 дня назад, в алкогольном опьянении проспал на улице. Появились ознобы, ночью обильная потливость, повысилась температура тела до 38,9°C, усилился кашель, выросла одышка. Накануне поступления в стационар появилась гнойная мокрота с однократным отделением до 150 мл и затем до 300 мл в сутки, после чего стал отмечать улучшение самочувствия, температура тела снизилась до 37,6°C. Сегодня утром появилось кровохарканье, после чего дочь вызвала МСП.</p> <p>Объективно: бледность кожных покровов, небольшое отставание правой половины грудной клетки при дыхании. Голосовое дрожание справа по задней поверхности ниже угла лопатки усилено, там же притупленно-тимпанический звук, бронхиальное дыхание, крупно - и среднепузырчатые хрипы. ЧД 24 в мин. SpO2 – 93%. ЧСС 98 в мин. Ps – 98 в мин. АД – 105/68 мм.рт.ст. Тоны сердца ритмичные, приглушенные, шумов сердца нет. При пальпации живот мягкий, чувствителен в эпигастрии. Печень не пальпируется. Физиологические испускания не нарушены. Периферических отеков нет.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Постпневмонический абсцесс нижней доли правого легкого, стадия прорыва в бронх, средней степени тяжести. Кровохарканье. ДН I ст.
P2	-	Диагноз поставлен верно.

P1	-	Диагноз поставлен не полностью: часть нозологий упущена или не указана локализация абсцесса, или не указана стадия процесса.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
B	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
Э	-	Симптоматика абсцесса легкого характеризуется фебрильной лихорадкой, ознобами, ночной обильной потливостью, одышкой при физических нагрузках, слабостью, утомляемостью, кашлем с отделением гнойной мокроты до 300 мл в сутки. Данная симптоматика возникла на фоне недолеченной пневмонии с сохраняющейся слабостью, и субфебрилитетом, и возникла после переохлаждения. Диагностическими критериями служат данные физикального обследования: небольшое отставание правой половины грудной клетки при дыхании, усиленное голосовое дрожание справа по задней поверхности ниже угла, там же притупленно-тимпанический звук, бронхиальное дыхание, крупно- и среднепузырчатые хрипы. Отмечалось однократное кровохарканье. Одышка в покое с ЧД 24 в мин. Снижение SpO2 – до 93%.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: отсутствует подтверждение кровохарканья или дыхательной недостаточности.
P0	-	Обоснование дано неверно. или Диагноз обоснован полностью неверно.
B	3	Укажите объем дообследования, необходимый для уточнения диагноза
Э	-	Пациенту рекомендовано: Рентгенография органов грудной клетки, компьютерная томография грудной клетки, ФБС. Диаскин-тест. Общий анализ крови, общий анализ мочи, анализ мокроты общий, посев мокроты для выявления микрофлоры, анализ мокроты ПЦР методом на ДНК к МБТ. ЭКГ. Консультации врача-фтизиатра, хирурга.
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.
B	4	С какими заболеваниями требуется провести дифференциальную диагностику данного состояния
Э	-	Туберкулез легких. Рак легкого. Бронхоэктазы. Нагноившаяся киста.

P2	-	Выбраны верные нозологии, выбор правильно обоснован.
P1	-	Выбраны не все (не хватает одного заболевания) необходимые нозологии или их выбор не обоснован.
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие заболевания, либо в схеме не хватает двух и более нозологических единиц.
B	5	На фоне лечения появилась боль в грудной клетке справа при дыхании, при осмотре усилилась бледность кожных покровов, одышка. Какие исследования следует выполнить повторно и с какой целью?
Э	-	Рентгенография или КТ органов грудной клетки. Для подтверждения появления правостороннего плеврита. Анализы мокроты общий, и подсчет суточного выделения с целью диагностики легочного кровотечения. ОАК с целью выявления анемии.
P2	-	Дальнейшая тактика ведения выбрана верно.
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно или необходимые мероприятия указаны не полностью.
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно или отсутствуют более 2 обязательных пунктов
H	-	005
Ф	A/01.8	Проведение диагностики заболеваний бронхолегочной системы
Ф	A/02.8	Назначение и проведение лечения пациентам при заболеваниях бронхолегочной системы, оценка его эффективности и безопасности
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной Б., 60 лет, предъявляет жалобы на смешанную одышку при незначительной физической нагрузке, редкий приступообразный кашель с небольшим количеством светлой мокроты, снижение массы тела на 5 кг за 3 месяца. В анамнезе: вышеуказанные симптомы начали беспокоить около трех месяцев назад. Обратился к участковому терапевту по месту жительства. Поставлен диагноз: Хроническая обструктивная болезнь легких тяжелой степени, обострение. ДН II ст. Назначенная терапия без эффекта. В анамнезе жизни: стаж курения 43 года, по 1-1,5 пачек сигарет в день. Объективно: состояние средней тяжести. Астеник. Кожные покровы с сероватым оттенком. Грудная клетка правильной формы. В левой подмышечной области пальпируются 3 лимфатических узла размерами до 2 см, мягко эластичной консистенции, безболезненные, не спаяны между собой и окружающими тканями, кожа над ними не изменена. Голосовое дрожание в левой подлопаточной области ослаблено, там же притупление перкуторного звука. При аускультации дыхание жесткое, небольшое количество сухих жужжащих хрипов. ЧД 22-24 в 1 минуту. Тоны сердца ритмичные с ЧСС 78 уд/мин. АД 120/70 мм рт ст. SpO ₂ 95%. В ОАК: СОЭ 18 мм/ч. Рентгенография органов грудной клетки: Корень левого легкого расширен, уменьшение просвета нижнедолевого бронха. Справа без изменений.
B	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Центральный рак нижнедолевого бронха слева. ХОБЛ тяжелой степени, вне обострения. ДН II ст.

P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: часть нозологий упущена или не указана локализация злокачественного новообразования;
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
B	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
Э	-	Симптоматика центрально рака легкого характеризуется одышкой при физической нагрузке, приступообразным кашлем с небольшим количеством светлой мокроты, снижением массы тела. В анамнезе: ХОБЛ, длительный стаж курения. При осмотре сероватый оттенок кожных покровов. Пальпируются лимфоузлы в левой подмышечной области. Ослабление голосового дрожания, притупление перкуторного звука в левой подлопаточной области, жесткое дыхание. В ОАК ускорение СОЭ. На рентгенограмме органов грудной клетки: расширение левого корня, уменьшение просвета нижнедолевого бронха.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: отсутствует подтверждение диагноза данными объективного или инструментального обследования. или подтверждение диагноза данными объективного или инструментального обследования дано неверно.
P0	-	Обоснование дано неверно. или Диагноз обоснован полностью неверно.
B	3	Укажите объём дообследования, необходимый для уточнения диагноза
Э	-	Компьютерная томография грудной клетки, томография (для уточнения характера и распространенности патологического процесса в легких). Фибробронхоскопия с биопсией и исследованием бронхоальвеолярного лаважа на атипичные клетки микобактерии туберкулеза (для определения проходимости бронхов, определения характера патологического процесса, цитологической, микробиологической и гистологической диагностики). Общий анализ мокроты с определением микобактерии туберкулеза, анализ мокроты ПЦР методом с определением ДНК МБТ, консультация врача-фтизиатра (для исключения туберкулеза легких). Общий анализ крови. ЭКГ. Консультации врача- онколога (после получения результатов гистологического исследования с целью установки диагноза).
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	С какими заболеваниями требуется провести дифференциальную диагностику данного состояния
Э	-	Фиброзно-кавернозный туберкулез, пневмония, абсцесс легкого, инородное тело бронхов.
P2	-	Выбраны верные нозологии, выбор правильно обоснован.
P1	-	Выбраны не все (не хватает одного заболевания) необходимые нозологии или их выбор не обоснован.
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие заболевания, либо в схеме не хватает двух и более нозологических единиц.
В	5	При прогрессировании заболевания стала беспокоить боль в грудной клетке, выросла одышка, головокружение, головная боль, эпизоды потери сознания, боли в правом подреберье. При клиническом осмотре отставание левой половины грудной клетки в акте дыхания, перкуторный звук тупой, голосовое дрожание в нижнем отделе слева не определяется, дыхание не выслушивается. Какие инструментальные исследования следует выполнить и с какой целью
Э	-	Рентгенография или КТ органов грудной клетки. Для подтверждения появления обтурационного ателектаза. КТ головного мозга (наличие метастазов), УЗИ органов брюшной полости (метастазы в печень)
P2	-	Дальнейшая тактика ведения выбрана верно.
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или необходимые мероприятия указаны или обоснованы не полностью (отсутствует или не обоснован 1 метод обследования).
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно или отсутствуют более 2 обязательных методов обследования

5. Содержание оценочных средств промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация проводится в виде зачета

5.1 Перечень контрольных тестовых заданий и иных материалов, необходимых для оценки знаний, умений, навыков и опыта деятельности: кейс-задания.

5.1.1 Кейсовые задания по клинической практике для оценки компетенций УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-10, ПК-1, ПК-2

системы, оценка его эффективности и безопасности

КА ВОПРОСЫ

тделении. При поступлении жалобы на одышку с преимущественным затруднением выдоха при незначительной на
ление многих лет к врачу не обращался, не смотря на регулярный утренний кашель с мокротой. Около 2 лет назад в
нический бронхит, обострение», по ФВД значение ОФВ1 составило 56% от должного. Рекомендовано: консуль
еделующих лет к врачу не обращался. Ухудшение состояния около 3 месяцев назад – отмечает усиление одышки, по

ортопноэ, грудная клетка бочкообразная, в инспираторном положении, акроцианоз. Перкуторно над легкими коростона над легочной артерией. Живот мягкий безболезненный, печень 2 см. из-под реберной дуги. Отеки стоп голени

ФЖЕЛ – 68% от должных величин

ние ДН III. Хроническое декомпенсированное легочное сердце ХСН II В.

ское легочное сердце, не указана степень дыхательной недостаточности.

ышку, ухудшение переносимости физической нагрузки, отеки нижних конечностей, данные объективного обследоноз подтвержден дополнительными исследованиями (пульсоксиметрия – снижение SpO₂ – до 89%, ФВД – тяжелые

графия легких (исключение пневмонии, других заболеваний с развитием дыхательной недостаточности), анализ моMRC

я.

обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.

ий легочной фиброз, бронхиальная астма, инфаркт - пневмония на фоне тромбозмболии легочной артерии, пороки с

х выбор не обоснован.

ух и более нозологических единиц.

ости (длительная O₂ терапия с использованием кислородного концентратора скорость по дачи не менее 3 л\мин). 3утки, эуфиллин 2,4% - 5-10 мл в\в кап 4. Применение антикоагулянтов гепарин 5 тыс. ед. п\ живота через 8 ч 5. В сгы тромбоасс 100 мг\сутки 7. Антогонисты кальция подбор дозы по уровню среднего давления в легочной артерии,исциллин\клавулановая кислота 1000 мг\200 мг (порошок для приготовления суспензии) в\в стр. каждые 8 часов.

а неверно или необходимые мероприятия указаны не полностью.

от более 2 обязательных пунктов

системы, оценка его эффективности и безопасности

НА ВОПРОСЫ

кашель с зеленой мокротой, смешанную одышку при движении, повышение температуры до 38,2 °С, общую слабость, субфебрилитет, сухой кашель. Принимал амброксол. Около 4 дней температура внезапно стала выше 38⁰С, при этом состояние средней тяжести. Положение активное. Бледность кожных покровов. Небольшое отставание правой половины грудной клетки при дыхании. Выслушивается крепитация. ЧДД 22 в минуту. SpO₂ 91%. Тоны сердца приглушенные, ритмичные с ЧСС 88 в минуту.



состоянии средней тяжести. ДН 1 ст.

но.

клиническим синдромом, продуктивным кашлем, одышкой.

бактериальная клиника, физикальные данные (притупление перкуторного звука, ослабление дыхания, крепитация и/или влажные хрипы) в ОАК.

дальнейшего обследования.

обследования дано неверно.

назначения антибиотиков, исследование мокроты на МБТ, в т.ч. методом ПЦР, рентгенография-томография органов грудной клетки.

обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.

ю диагностику данного состояния

х выбор не обоснован.

ух и более нозологических единиц.

появилась тяжесть в грудной клетке справа. При осмотре: Состояние средней тяжести. Правая половина грудной к
рава – патологическое бронхиальное. Сохраняется крепитация в нижней доле слева. ЧДД 26 в минуту. SpO₂ 88%. Ч

вральная пункция. Для подтверждения появления правостороннего экссудативного плеврита

а неверно или необходимые мероприятия указаны не полностью.

от более 2 обязательных пунктов

системы, оценка его эффективности и безопасности

ВА ВОПРОСЫ

ние последнего месяца приступы удушья, которые сопровождаются слышимыми на расстоянии хрипами, кашлем с
зает с переходом на новую работу в архив, которая связана с контактом с пыльными документами. В течение послед
в течение 7 лет, аллергия на цитрусовые, шоколад в виде крапивницы, лечилась антигистаминными препаратами. У
розового цвета, высыпаний нет. Носовое дыхание затруднено. Периферические отёки отсутствуют. Грудная клетка
20 в минуту. SpO₂ – 98%. Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС – 80 ударов в минуту. АД – 110/70 мм рт. ст.
4,8×10⁹/л, сегментоядерные нейтрофилы - 69%, эозинофилы - 8%, лимфоциты - 21%, моноциты - 2%, СОЭ - 7 мм/ч

яется. Сердце, аорта без особенностей.

- 62% от должного (1,8 л), ФЖЕЛ – 75% от должного (2,8 л). Через 15 минут после ингаляции 400 мкг Сальбутамола

ги, неконтролируемая, впервые выявленная, в фазе обострения. ДНО. Аллергический ринит.

вляется на основании количества дневных приступов (в данном случае ежедневно), ночных симптомов (чаще 1 раз

иальной астмы, степень тяжести, уровень контроля, наличие обострения; сопутствующее заболевание) или
ночных симптомов, или не учтены данные ФВД

ия проводится для оценки обратимости бронхиальной обструкции. Бронходилатационный тест считается положитель

оценка результатов пробы у больной дана неверно (неправильно рассчитан прирост ОФВ₁) или критерии положи

е крови, аллерген-специфических IgE, прик-тесты в фазе ремиссии), определение FeNO, мониторингирование ПСВ; ко

два дополнительных метода обследования из списка.

ая вакцинация. Медикаментозное лечение должно соответствовать 3 ступени. Для контроля бронхиальной астмы: н
 ля быстрого купирования симптомов используются ингаляционные бронходилататоры короткого действия: Сальбу
 тикорт или Фостер)
 ифической иммунотерапии.

и меры профилактики?

реальный кандидоз, дисфония, кашель из-за раздражения верхних дыхательных путей. Профилактика: применение и
 ы надпочечников, снижение минеральной плотности костной ткани, повышение риска переломов, повышение риска

филактики).

названы).

системы, оценка его эффективности и безопасности

ВА ВОПРОСЫ

затрудненным вдохом, сильный сухой приступообразный кашель, общую слабость, похудание. Считает себя боль
 профессиональными вредностями. Самочувствие постепенно ухудшалось. Одышка стала беспокоить при ходьбе на ра
 вом «Пневмония».

3 кг/м². Температура тела 37,1⁰С. Кожные покровы чистые, отмечается цианоз губ и акроцианоз. При осмотре кист
 температура. Перкуторный звук с коробочным оттенком в нижнебоковых областях грудной клетки. При аускультации ус
 на во втором межреберье слева. ЧСС 92 в мин. АД 140/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Пальпируется к
 10⁹/л, палочкоядерные 1%, сегментоядерные 70%, лимфоциты 28%, моноциты 1%, СОЭ 14 мм/ч.
 нного рисунка. Корни легких с нечеткими контурами.

прогрессирования. ДН 2 ст.

икации диагноза?

(выявление паттерна «обычной интерстициальной пневмонии»). Функциональная диагностика для оценки вентиляц
 сти легких). Морфологическая диагностика (хирургическая биопсия легких) не является обязательной. Биопсия лег

и недостаточность, экзогенный аллергический альвеолит.

дно или два заболевания.

левания?

енидон (уменьшение пролиферации фибробластов и синтеза коллагена); 2. Нинтеданиб (ингибитор тирозинкиназ).

ме антифибротических.

ется при лечении данного заболевания?

трансплантация легких. Терапия ГЭРБ (блокаторы протонной помпы). Терапия легочной гипертензии.

6. Критерии оценивания результатов обучения

Для зачета

Результаты обучения	Критерии оценивания	
	Не зачтено	Зачтено
Полнота знаний	Уровень знаний ниже минимальных требований. Имели место грубые ошибки.	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки. Могут быть допущены незначительные ошибки
Наличие умений	При решении стандартных задач не продемонстрированы основные умения. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы основные умения. Решены типовые задачи, выполнены все задания. Могут быть допущены незначительные ошибки.
Наличие навыков (владение опытом)	При решении стандартных задач не продемонстрированы базовые навыки. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы базовые навыки при решении стандартных задач. Могут быть допущены незначительные ошибки.
Мотивация (личностное отношение)	Учебная активность и мотивация слабо выражены, готовность решать поставленные задачи качественно отсутствуют	Проявляется учебная активность и мотивация, демонстрируется готовность выполнять поставленные задачи.
Характеристика сформированности компетенции	Компетенция в полной мере не сформирована. Имеющихся знаний, умений, навыков недостаточно для решения практических (профессиональных) задач. Требуется повторное обучение	Сформированность компетенции соответствует требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в целом достаточно для решения практических (профессиональных) задач.
Уровень сформированности компетенций	Низкий	Средний/высокий

Разработчик(и):

Макарова Екатерина Вадимовна, д.м.н., доцент, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней и гериатрии им. К.Г. Никулина;

Любавина Наталья Александровна, к.м.н., доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней и гериатрии им. К.Г. Никулина.

Дата «30» января 2023 г.