

Паспорт фонда оценочных средств

по дисциплине/модулю, практике __ терапия __
(наименование дисциплины)

по специальности ____31.08.49 Терапия
(шифр, наименование)

№ п/п	Контролируемые разделы (темы) дисциплины	Код контролируемой компетенции	Результаты обучения по дисциплине	Наименование оценочного средства	
				вид	количество
	1. Болезни сердечно-сосудистой системы 2. Ревматические болезни 3. Болезни органов дыхания 4. Болезни почек 5. Болезни органов пищеварения 6. Болезни органов кроветворения 7. Эндокринные заболевания	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	<p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> - причины и механизмы развития болезней, сущность функциональных и морфологических процессов и их клинические проявления при заболеваниях внутренних органов у пациентов различных возрастных групп; - основы фармакотерапии внутренних заболеваний, фармакодинамику и фармакинетику основных групп лекарственных средств, осложнения лекарственной терапии и их коррекцию; - основы иммунологии и реактивности организма и клинической генетики; - организацию службы скорой медицинской помощи и интенсивной терапии; - основы немедикаментозной терапии: физиотерапии, ЛФК и санаторно-курортного лечения; - основы рационального питания здоровых и больных; - особенности течения, диагностики и лечения внутренних заболеваний в пожилом и старческом возрасте. - симптоматику заболеваний внутренних органов; - дифференциально-диагностическую значимость основных симптомов и синдромов - современную классификацию болезней и причин смерти; - диагностическую значимость (в том числе специфичность, чувствительность) результатов дополнительных методов исследования; - правила оформления клинического диагноза; - особенности течения и диагноза заболеваний внутренних органов в зависимости от возраста и пола. 	Тесты Сит. задачи	114 30

		<p>- Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> - провести всестороннее клиническое обследование больного, и на этом основании определить: предварительный диагноз, тяжесть состояния, неотложные мероприятия, план дополнительного обследования, в том числе консультации других специалистов, лабораторные и инструментальные исследования, избегая необоснованных и опасных, показания и сроки госпитализации, трудоспособность; - верифицировать и/или уточнить направленный диагноз у больных, поступивших в стационар или на прием в поликлинику; - использовать деонтологические навыки в целях установления положительного психологического контакта с больными; - определить тактику ведения больного в зависимости от характера и тяжести заболевания: только наблюдение, начальная терапия на первые 24 часа, неотложная терапия острого состояния, приглашение других специалистов, госпитализация или перемещение больного в другое отделение. <p><i>квалифицированно осуществлять:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - эффективное и безопасное лечение больных, в том числе постоянное самостоятельное лечение и наблюдение хронических больных, а также первичную и вторичную профилактику болезней; - плановое комплексное лечение больных, используя режим, диету, физиотерапию, медикаменты, и осуществлять динамический контроль за состоянием больного, эффективностью и переносимостью назначенного лечения, и при необходимости проводить его коррекцию (изменение дозы и способа введения медикаментов, замена последних). <p><i>осуществлять диагностику и квалификационную врачебную помощь при неотложных состояниях в стационарных и амбулаторных условиях, в том числе;</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - клинически идентифицировать вид и степень тяжести неотложного состояния; - определить тактику ведения больного: самостоятельное оказание врачебной помощи в полном объеме; начать лечение и вызвать на консультацию соответствующего врача-специалиста; - провести в случае необходимости непрямой массаж сердца и искусственное дыхание, инфузионную терапию; - провести экстренную медикаментозную терапию по показаниям (антибиотики, анальгетики, вазопрессоры, бронхолитики, гормональные препараты, антидоты при отравлениях, гемостатические и др.); - срочную плевральную и абдоминальную пункцию, катетеризацию мочевого пузыря; - профилактику аспирации, пролежней, травм, интеркуррентных инфекций; - динамическое наблюдение за состоянием жизненно важных функций организма; - установить показания для применения методов реанимации (электроимпульсивной терапии, 		
--	--	---	--	--

		<p>вспомогательного дыхания, экстракорпорального очищения крови, коррекции электролитного и кислотно-основного состояния крови);</p> <ul style="list-style-type: none"> - оценить состояние и выделить ведущие синдромы у больных (пострадавших), находящихся в терминальном и тяжелом состоянии; - проводить терапию синдромов острой дыхательной недостаточности, малого сердечного выброса, коагулопатий, дисгидрий, экзо — и эндотоксикоза, белково-энергетической недостаточности, внутричерепной дистензии и их сочетаний; - проводить санитарно-просветительную работу среди населения; - оформить медицинскую документацию. 		
		<p>Владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> • - оценкой состояния больного; - организацией рабочего места с учетом мер профилактики неотложных аллергических реакций, мониторингового наблюдения за больным, необходимых инструментов, медикаментов; - проведением и поддержанием адекватно проводимой терапии больного многокомпонентной и комбинированной терапии при различной патологии; - осуществлением контроля состояния больного во время лечения, своевременным распознаванием возникающих нарушений состояния больного и осложнения, применением обоснованной корригирующей терапии; - осуществлением рациональной инфузионно-трансфузионной терапии с учетом особенностей возраста, состояния больного; - установлением необходимости продленного наблюдения и интенсивной терапии и показаний к нахождению больного в отделении (палате) интенсивной терапии (реанимации), до перевода в это отделение обеспечением необходимой интенсивной терапии и наблюдением за больным; - проведением профилактики и лечения осложнений; - распознаванием осложнений терапии, возникших вследствие необычной реакции на медикаменты, проводить своевременно лечебные мероприятия; - проведением неотложных мероприятий при синдромах острой сердечно-сосудистой, дыхательной, нервной, печеночной, почечной недостаточности, при критических состояниях эндокринного генеза; - распознать на основании клинических и лабораторных данных нарушения водно-электролитного обмена и кислотно-щелочного состояния, проводить коррекцию их нарушений; - диагностировать и лечить гиповолемические состояния; - диагностировать и лечить нарушения свертывающей и противосвертывающей системы крови; - провести различные реабилитационные мероприятия (медицинские, социальные, психологические) при наиболее распространенных патологических состояниях организма; - давать рекомендации по выбору оптимального 		

		<p>двигательного режима в зависимости от морфофункционального статуса,</p> <ul style="list-style-type: none"> -определять показания и противопоказания к назначению средств лечебной физкультуры, физиотерапии, рефлексотерапии, фитотерапии - провести форсированный диурез; - определить показания к перитонеальному диализу, гемосорбции, плазмаферезу, другим методам детоксикации; - провести корригирующую инфузионно-трансфузионную терапию, - осуществить уход и наблюдение за больными при длительных внутривенных инфузиях, диагностировать осложнения; - использовать нормативную документацию, принятую в здравоохранении (законы, технические регламенты, международные и национальные стандарты, приказы, рекомендации); - установить показания к гипербарической оксигенации; - проводить интенсивную терапию при: септических состояниях, перитоните, диарее, истощающей рвоте с применением антибактериальных препаратов, зондового и парентерального питания; остром инфаркте миокарда, нарушениях ритма сердца, с использованием электростимуляционной терапии и электроимпульсной терапии; экзогенных отравлениях этанолом, препаратами бытовой химии, медикаментами, токсическими продуктами промышленности с использованием по показаниям гемосорбции; диабетическом кетоацидозе, феохромоцитомном кризе, недостаточности надпочечников; тиреотоксических кризах 		
--	--	--	--	--

	Болезни почек
	Болезни органов пищеварения
	Болезни органов кроветворения
	Эндокринные заболевания

ФОРМАТ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ

Специальность **Терапия 31.08.49**

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ вопроса задания/ вариантов ответа
		Болезни сердечно-сосудистой системы

В	001	ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ВВОДИТСЯ
О	А	лидокаин
О	Б	атропин
О	В	пропранолол
О	Г	верапамил
В	002	ПОСЛЕДСТВИЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОГО ПРИСТУПА ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ
О	А	уменьшение коронарного кровотока
О	Б	увеличение сердечного выброса
О	В	повышение систолического артериального давления
О	Г	увеличение ударного выброса
В	003	У БОЛЬНОГО С ИБС, ОСТРЫМ ТРАНСМУРАЛЬНЫМ ПЕРЕДНЕПЕРЕГОРОДОЧНЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ВОЗНИКЛИ ЧАСТЫЕ ЖЕЛУДОЧКОВЫЕ ЭКСТРАСИСТОЛЫ. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ НЕОБХОДИМО ЕМУ ВВЕСТИ
О	А	лидокаин
О	Б	дигоксин
О	В	обзидан
О	Г	Верапамил
В	004	У БОЛЬНОГО С ИБС, ОСТРЫМ ТРАНСМУРАЛЬНЫМ ПЕРЕДНЕПЕРЕГОРОДОЧНЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА РАЗВИЛАСЬ ФИБРИЛЛЯЦИЯ ЖЕЛУДОЧКОВ. ВАША ТАКТИКА
О	А	произвести кардиоверсию
О	Б	ввести кордарон
О	В	ввести обзидан
О	Г	ввести панангин
В	005	У БОЛЬНОГО С ИБС – ПОСТИНФАРКТНЫЙ КАРДИОСКЛЕРОЗ. ВЫЯВЛЕН СИНДРОМ СЛАБОСТИ СИНУСОВОГО УЗЛА, ПОСЛЕДНИЕ 2 НЕДЕЛИ ЕЖЕДНЕВНО ВОЗНИКАЮТ ПРИСТУПЫ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ ТАХИАРИТМИИ, ОТМЕЧАЮТСЯ ЭПИЗОДЫ БРАДИКАРДИИ, СОПРОВОЖДАЮЩИЕСЯ ГОЛОВОКРУЖЕНИЯМИ. ВАША ТАКТИКА
О	А	провести имплантацию постоянного искусственного водителя ритма
О	Б	провести временную кардиостимуляцию
О	В	назначить амиодарон
О	Г	назначить дигоксин
В	006	БОЛЬНАЯ 55 ЛЕТ ПОСТУПИЛА В КЛИНИКУ ПО СМП С ЖАЛОБАМИ НА БОЛИ ЗА ГРУДИНОЙ, НЕ КУПИРУЮЩИЕСЯ ПРИЕМОМ НИТРОГЛИЦЕРИНА. СОСТОЯНИЕ СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ. КОЖНЫЕ ПОКРОВЫ БЛЕДНЫЕ. ТОНЫ СЕРДЦА ПРИГЛУШЕНЫ, АРИТМИЧНЫЕ. ПУЛЬС – 96 УДАРОВ В МИН. АД=110/70 ММ РТ.СТ. ВО ВРЕМЯ ОСМОТРА ВНЕЗАПНО ПОТЕРЯЛА СОЗНАНИЕ, ЗАХРИПЕЛА, ОТМЕЧАЛИСЬ ТОНИЧЕСКИЕ СУДОРОГИ, ДЫХАНИЕ ОТСУТСТВУЕТ, ПУЛЬС НЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ. НА ЭКГ – ВОЛНООБРАЗНАЯ КРИВАЯ. РЕКОМЕНДУЕМАЯ ТЕРАПИЯ

О	А	электроимпульсная терапия
О	Б	введение адреналина и хлористого кальция внутрисердечно
О	В	эндокардиальная электростимуляция
О	Г	прямой массаж сердца
В	007	БОЛЬНОЙ 67 ЛЕТ ПОСТУПИЛ В КЛИНИКУ С ДИАГНОЗОМ «ОСТРЫЙ ЗАДНИЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА». ПРИ МОНИТОРИРОВАНИИ УСТАНОВЛЕНО, ЧТО ИНТЕРВАЛ PQ ПРОГРЕССИРУЮЩЕ УВЕЛИЧИВАЛСЯ ОТ ЦИКЛА К ЦИКЛУ С ПОСЛЕДУЮЩИМ ВЫПАДЕНИЕМ КОМПЛЕКСА QRS. ЧСС=56 В МИН. РЕКОМЕНДУЕМОЕ ЛЕЧЕНИЕ
О	А	временная кардиостимуляция
О	Б	постоянная кардиостимуляция
О	В	изопреналин
О	Г	атропин
В	008	БОЛЬНОЙ 47 ЛЕТ ПОСТУПИЛ В КЛИНИКУ С ДИАГНОЗОМ «ОСТРЫЙ ЗАДНИЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА». В ПЕРВЫЕ СУТКИ НАБЛЮДЕНИЯ ВНЕЗАПНО ПОТЕРЯЛ СОЗНАНИЕ. ПУЛЬС И ДАВЛЕНИЕ НЕ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ. НА ЭКГ – СИНУСОВЫЙ РИТМ С ПЕРЕХОДОМ В АСИСТОЛИЮ ЖЕЛУДОЧКОВ. ЛЕЧЕНИЕ
О	А	внутривенное введение адреналина
О	Б	дефибрилляция
О	В	Чрескожная кардиостимуляция
О	Г	массаж сердца
В	009	ПРИ ОСТРО ВОЗНИКШЕЙ СЕРДЕЧНОЙ АСТМЕ НАЗНАЧАЮТ
О	А	Внутривенно: Морфин + нитраты + фуросемид
О	Б	верапамил сублингвально
О	В	эуфиллин внутривенно
О	Г	пропранолол внутрь
В	010	ЛАБОРАТОРНЫМ ТЕСТОМ, КОТОРЫЙ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	определение уровня натрий-уретических пептидов
О	Б	определение уровня Д-димеров
О	В	коагулограмма
О	Г	исследование антигенов системы HLA
В	011	ПО КЛАССИФИКАЦИИ Н.Д. СТРАЖЕСКО И В.Х. ВАСИЛЕНКО НАЛИЧИЕ ВЫРАЖЕННЫХ ПРИЗНАКОВ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В ПОКОЕ, ТЯЖЕЛЫХ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ И В БОЛЬШОМ, И В МАЛОМ КРУГЕ КРОВООБРАЩЕНИЯ СООТВЕТСТВУЕТ
О	А	II Б стадии
О	Б	II А стадии
О	В	III стадии
О	Г	I стадии
В	12	НЕДОСТАТОЧНОСТЬ КРОВООБРАЩЕНИЯ ПО БОЛЬШОМУ КРУГУ, ОТСУТСТВИЕ ПРИ ПАЛЬПАЦИИ ВЕРХУШЕЧНОГО ТОЛЧКА,

		НЕБОЛЬШИЕ РАЗМЕРЫ СЕРДЦА ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ
О	А	констриктивного перикардита
О	Б	легочного сердца
О	В	ревматического порока
О	Г	Рестриктивной кардиомиопатии
В	13	ПРОБА С АТРОПИНОМ ПРИМЕНЯЕТСЯ У БОЛЬНЫХ СО СЛЕДУЮЩИМИ ЦЕЛЯМИ
О	А	для диагностики синдрома слабости синусового узла
О	Б	для диагностики имеющихся нарушений атриовентрикулярной проводимости
О	В	для оценки класса коронарной недостаточности
О	Г	для выявления нарушений реологических свойств крови
В	14	ПОРОГОВОЙ ЧАСТОТОЙ ПУЛЬСА ПО КРИТЕРИЯМ ВОЗ ДЛЯ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ 40–59 ЛЕТ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	140 в мин
О	Б	170 в мин
О	В	150 в мин
О	Г	180 в мин
В	15	КАКИЕ ЦИФРЫ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ВЗРОСЛЫХ ПРИНИМАЮТСЯ ЗА ГРАНИЦУ НОРМЫ
О	А	систолическое давление 130 - 139 мм рт. ст., а диастолическое 85 - 89 мм рт. ст.
О	Б	систолическое давление – ниже 140 мм рт. ст., а диастолическое – ниже 90 мм рт. ст.
О	В	систолическое давление – ниже 150 мм рт. ст., а диастолическое давление равно или ниже 95 мм рт. ст.
О	Г	систолическое давление – равно или ниже 150 мм рт. ст., а диастолическое давление равно или ниже 95 мм рт. ст.
В	16	НАЗОВИТЕ КРИТЕРИИ ПОЛОЖИТЕЛЬНОЙ ПРОБЫ С ДОЗИРОВАННОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ
О	А	депрессия сегмента ST горизонтального характера на 2 мм ниже изолинии
О	Б	боли в сердце
О	В	усталость
О	Г	одышка
В	17	АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ МОЖЕТ БЫТЬ ЗАПОДОЗРЕНА ПО СЛЕДУЮЩИМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ И ПРОЯВЛЕНИЯМ
О	А	боль в теменной и затылочной областях
О	Б	кратковременные эпизоды потери сознания
О	В	нарушения сердечного ритма и проводимости
О	Г	наличие периферических отеков
В	18	ВАЖНЫЙ ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ КРИТЕРИЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ФЕОХРОМОЦИТОМЕ
О	А	наличие гиперпродукции катехоламинов
О	Б	увеличение концентрации в плазме крови альдостерона
О	В	высокий уровень в моче 5 оксииндолуксусной кислоты
О	Г	низкий уровень катехоламинов в крови, оттекающей по почечным венам

В	19	ПРИЗНАКИ ЭКГ, НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТЕНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ
О	А	гипертрофия левого желудочка
О	Б	блокада правой ножки пучка Гиса
О	В	уширенный двугорбый зубец Р в отведениях I, II
О	Г	остроконечный зубец Р в отведениях II, III
В	20	У БОЛЬНОГО УРОВЕНЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ БЕЗ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ НЕ СНИЖАЕТСЯ НИЖЕ 180/100 ММ РТ.СТ. ОТМЕЧАЕТСЯ ИЗМЕНЕНИЕ СОСУДОВ ГЛАЗНОГО ДНА ТИПА САЛЮС II. ИНДЕКС ГИПЕРТРОФИИ МИОКАРДА СОКОЛОВА СОСТАВЛЯЕТ 48 ММ. КАКОЙ СТАДИИ СООТВЕТСТВУЕТ ДАННОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ
О	А	II
О	Б	I
О	В	III
Ревматические болезни		
В	21	ХАРАКТЕРНОЕ СОЧЕТАНИЕ ПРИЗНАКОВ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ЭНДОКАРДИТА ЛИБМАНА-САКСА ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ
О	А	наличие «бородавок», грубый систолический шум на верхушке, ослабление I тона на верхушке,
О	Б	наличие «бородавок», грубый систолический шум на верхушке,
О	В	грубый систолический шум на верхушке, ослабление I тона на верхушке,
О	Г	ослабление I тона на верхушке, грубый диастолический шум на верхушке
В	22	ПРИЗНАКИ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОСТЕОАРТРОЗА
О	А	механические боли, хруст в суставах,
О	Б	механические боли, хруст в суставах, повышение кожной температуры над суставами, припухлость суставов
О	В	повышение кожной температуры над суставами, припухлость суставов
О	Г	хруст в суставах, повышение кожной температуры над суставами
В	23	НА ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ХАРАКТЕР СУСТАВНЫХ БОЛЕЙ УКАЗЫВАЮТ
О	А	припухлость сустава, гиперемия кожи над суставом
О	Б	хруст в суставе, припухлость сустава, гиперемия кожи над суставом
О	В	деформация сустава, хруст в суставе
О	Г	деформация сустава, хруст в суставе, припухлость сустава,
В	24	УЗЕЛКИ БУШАРА ВОЗНИКАЮТ ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ
О	А	проксимальных межфаланговых суставов кисти
О	Б	дистальных межфаланговых суставов кисти
О	В	коленного сустава
О	Г	первого плюснефалангового сустава
В	25	ИССЛЕДОВАНИЕ ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ, ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ ВЫЯВЛЯЕТ
О	А	нормальные показатели крови
О	Б	анемию

О	В	лейкопению
О	Г	лейкоцитоз
В	26.	ХАРАКТЕРНЫЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ОСТЕОАРТРОЗА
О	А	остеофитоз, остеосклероз, сужение суставной поверхности
О	Б	остеопороз, остеофитоз, остеосклероз
О	В	остеопороз, остеофитоз, сужение суставной поверхности
О	Г	остеопороз, остеосклероз, сужение суставной поверхности
В	27	ДЛЯ РЕВМАТИЧЕСКОГО ПОЛИАРТРИТА ХАРАКТЕРНО СОЧЕТАНИЕ ПРИЗНАКОВ
О	А	поражение крупных и средних суставов, летучесть болей, эффект от НПВП
О	Б	нестойкая деформация суставов, поражение мелких суставов, эффект от НПВП
О	В	стойкая деформация суставов, поражение мелких суставов
О	Г	стойкая деформация суставов, летучесть болей, эффект от НПВП
В	28	ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОРАЖАЮТСЯ
О	А	проксимальные межфаланговые суставы
О	Б	дистальные межфаланговые суставы
О	В	первый пястно-фаланговый сустав
О	Г	суставы шейного отдела позвоночника
В	29	ДЛЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО СОЧЕТАНИЕ ПРИЗНАКОВ
О	А	утренняя скованность, симметричность поражения суставов
О	Б	утренняя скованность, боли в суставах в первую половину ночи
О	В	боли в суставах в первую половину ночи, поражение средних суставов
О	Г	симметричность поражения суставов, боли в суставах в первую половину ночи
В	30	ПОРАЖЕНИЕ СУСТАВОВ У ПАЦИЕНТА С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ ПРОЯВЛЯЕТСЯ В ВИДЕ
О	А	ульнарной девиации кисти, деформации пальцев в виде «шеи лебедя»
О	Б	ульнарной девиации кисти, хруста в суставах
О	В	покраснения области суставов, узелков Бушара
О	Г	покраснения области суставов, хруста в суставах
В	31	РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА
О	А	остеопороз, эрозии
О	Б	остеопороз, эрозии, односторонний сакроилеит
О	В	односторонний сакроилеит, остеофитоз
О	Г	эрозии, остеофитоз,
В	32	НАИБОЛЕЕ СПЕЦИФИЧНЫЙ ЛАБОРАТОРНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА
О	А	увеличение титра антител к циклическому цитруллинированному пептиду (АЦЦП)
О	Б	увеличение концентрации С-реактивного белка
О	В	увеличение титра ревматоидного фактора
О	Г	увеличение СОЭ

В	33	КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ РЕАКТИВНОГО АРТРИТА
О	А	асимметричный артрит мелких суставов кистей, энтезопатии
О	Б	асимметричный артрит мелких суставов кистей, двухсторонний сакроилеит
О	В	симметричный артрит мелких суставов кистей, двухсторонний сакроилеит
О	Г	симметричный артрит мелких суставов кистей, симметричный артрит суставов нижних конечностей
В	34	ПРИ РЕАКТИВНОМ АРТРИТЕ НАИБОЛЕЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОРАЖАЮТСЯ
О	А	плюснефаланговые суставы, голеностопные суставы
О	Б	плюснефаланговые суставы, пястнофаланговые суставы
О	В	тазобедренные суставы, пястнофаланговые суставы
О	Г	плюснефаланговые суставы, тазобедренные суставы
В	35	КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ БОЛЕЗНИ БЕХТЕРЕВА
О	А	боль в крестце и позвоночнике, нарушение подвижности позвоночника
О	Б	боль в крестце и позвоночнике, нарушение подвижности позвоночника, стартовые боли в коленных и тазобедренных суставах
О	В	нарушение подвижности позвоночника в шейном отделе, ульнарная девиация кистей
О	Г	нарушение подвижности позвоночника, стартовые боли в коленных и тазобедренных суставах
Болезни органов дыхания		
В	36	КАКОЙ МОДИФИЦИРОВАННЫЙ ИНДЕКС ТИФНО, УПАЦИЕНТА ПОДТВЕРЖДАЕТ ХРОНИЧЕСКУЮ ОБСТРУКТИВНУЮ БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ
О	А	0,68
О	Б	0,75
О	В	1,0
О	Г	0,9
В	37	ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ СИСТЕМНЫХ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ
О	А	остеопороз и гипергликемия
О	Б	гипогликемия и ожирение
О	В	кахексия и остеопороз
О	Г	тахикардия и ожирение
В	38	ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПРИСТУПА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПРИМЕНЯЕТСЯ
О	А	фенотерол
О	Б	тиотропиума бромид
О	В	теопэк
О	Г	Беклометазона пропионат
В	39	КАКИЕ ДОЗЫ ИНГАЛЯЦИОННЫХ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ПРИ БАЗИСНОЙ МОНОТЕРАПИИ СРЕДНЕТЯЖЕЛОЙ

		БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ
О	А	средние
О	Б	Высокие
О	В	Низкие
В	40	КАКАЯ ТЕРАПИЯ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ БАЗИСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЛЕГКОЙ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ
О	А	антилейкотриены
О	Б	антигистаминные
О	В	нерегулярные ингаляции β_2 -агонистов короткого действия
О	Г	ежедневное применение бронходилататоров пролонгированного действия
В	41	КАКАЯ ТЕРАПИЯ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ БАЗИСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СО СРЕДНЕТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ
О	А	ежедневные ингаляции глюкокортикоидов в низких дозах плюс бета 2 агонисты длительного действия
О	Б	антилейкотриены
О	В	регулярные ингаляции β_2 -агонистов короткого действия
О	Г	ежедневные ингаляции глюкокортикоидов в низких дозах
В	42	К ПРЕПАРАТАМ, ОБЛАДАЮЩИМ МАКСИМАЛЬНЫМ МУКОЛИТИЧЕСКИМ ДЕЙСТВИЕМ, ОТНОСЯТ
О	А	Н-ацетицистеин
О	Б	тиотропия бромид
О	В	Бутамират
О	Г	Вилантерол
В	43	КАКИЕ БРОНХОРАСШИРЯЮЩИЕ ПРЕПАРАТЫ ДЕЙСТВУЮТ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО НА β_2 -АДРЕНОРЕЦЕПТОРЫ ЛЕГКИХ
О	А	сальбутамол
О	Б	адреналин
О	В	эфедрин
О	Г	Умеклидиниум
В	44	КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ОТНОСЯТСЯ К АНТИХОЛИНЕРГИЧЕСКИМ СРЕДСТВАМ
О	А	ипратропиум
О	Б	теофиллин
О	В	Формотерол
О	Г	Флютиказон
В	45	КАКИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ ЯВЛЯЮТСЯ ОСНОВНЫМИ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ СРЕДСТВАМИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ
О	А	ингаляционные глюкокортикоиды
О	Б	антибиотики
О	В	бета 2 агонисты короткого действия
О	Г	бета 2 агонисты длительного действия

В	46	ОДИН ИЗ ОСНОВНЫХ ЭФФЕКТОВ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ
О	А	противовоспалительное действие
О	Б	понижение уровня глюкозы в крови
О	В	анаболический эффект
О	Г	задержка в организме K^+ и Ca^{++}
В	47	ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	анафилактический шок
О	Б	гипотрофия
О	В	ХСН
О	Г	гипергликемическая кома
В	48	НАЗОВИТЕ β_2 -АГОНИСТ, КОТОРЫЙ ОБЛАДАЕТ ПРОЛОНГИРОВАННЫМ ДЕЙСТВИЕМ
О	А	формотерол
О	Б	Фенотерол
О	В	Сальбутамол
О	Г	тиотропиума бромид
В	49	БЕРОДУАЛ – ЭТО
О	А	комбинация адреномиметика и холинолитика
О	Б	адреномиметик
О	В	холинолитик
О	Г	комбинация ингаляционного глюкокортикостероида и адреномиметика
В	50	КАКИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ ЯВЛЯЮТСЯ ОСНОВНЫМИ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ СРЕДСТВАМИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ
О	А	глюкокортикоиды
О	Б	Бронходилататоры
О	В	антибиотики
О	Г	теофиллин
Болезни почек		
В	51	ПРИЗНАКИ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА
О	А	повышение АД, гематурия, отеки, олигоанурия
О	Б	лейкоцитурия, дизурия
О	В	отеки, повышение креатинина крови
О	Г	лихорадка, кожная сыпь.
В	52	КАКИЕ ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ СДВИГИ НАБЛЮДАЮТСЯ ПРИ ПОСТСТРЕПТОКОККОВОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ
О	А	высокие титры АТ к АГ стрептококка, низкий уровень комплемента
О	Б	высокие титры АНЦА, высокий уровень комплемента
О	В	высокие титры АТ к АГ стрептококка, наличие АТ к ДНК, низкий уровень комплемента

О	Г	наличие антинуклеарных антител, высокий уровень комплемента
В	53	ОСНОВНОЙ ЭТИОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКТОР ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА
О	А	β-гемолитический стрептококк группы А
О	Б	стафилококк
О	В	клебсиелла
О	Г	синегнойная палочка
В	54	В КАКОЙ СРОК ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ИНФЕКЦИИ РАЗВИВАЕТСЯ ОСТРЫЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ
О	А	10–21 дней
О	Б	3–4 дня
О	В	неделя
О	Г	месяц
В	55	КАКИЕ ПРИЗНАКИ ПОЗВОЛЯЮТ ОТЛИЧИТЬ ХРОНИЧЕСКИЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ ОТ ОСТРОГО
О	А	гипертрофия левого желудочка, уменьшение размеров почек
О	Б	наличие дизурических явлений, выраженная гипертрофия левого желудочка,
О	В	наличие дизурических явлений, уменьшение размеров почек
О	Г	наличие дизурических явлений, снижение артериального давления
В	56	ВЫСОКАЯ АКТИВНОСТЬ ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ ДИАГНОСТИРУЮТ ПРИ НАЛИЧИИ
О	А	длительно персистирующего нефритического синдрома
О	Б	лейкоцитурии $>5 \cdot 10^5$ КОЕ/мл
О	В	уменьшении размеров паренхимы почек по УЗИ до 10 мм
В	57	ХАРАКТЕРНЫЕ ОТЛИЧИТЕЛЬНЫЕ ПРИЗНАКИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ОТ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ
О	А	мочевой синдром, предшествующий повышению АД, редкие гипертонические кризы
О	Б	частое развитие инфаркта миокарда или инсульта, редкие гипертонические кризы
О	В	частое развитие инфаркта миокарда или инсульта, выраженные изменения глазного дна
О	Г	редкие гипертонические кризы, выраженные изменения глазного дна
В	58	КАКИЕ ПРИЗНАКИ ПОЗВОЛЯЮТ ЗАПОДОЗРИТЬ РАК ПОЧКИ ПРИ ГЕМАТУРИИ?
О	А	безболевая макрогематури, тотальная по 3-х ст пробе.
О	Б	болевая гематурия в сочетании с лихорадкой, увеличение СОЭ, гипотония.
О	В	увеличение СОЭ, лейкоцитурия, низкий удельный вес мочи
О	Г	гипотония, низкий удельный вес мочи
В	59	ДИАГНОЗ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА БАЗИРУЕТСЯ НА ВЫЯВЛЕНИИ
О	А	расширения и деформации ЧЛС почек
О	Б	поражения клубочкового аппарата по данным нефробиопсии

О	В	тубулоинтерстициального воспаления по результатам нефробиопсии
О	Г	признаков почечной недостаточности
В	60	СНИЖЕНИЕ УД ВЕСА МОЧИ И НИКТУРИЯ ЯВЛЯЮТСЯ ПРИЗНАКАМИ, ПОЗВОЛЯЮЩИМИ ЗАПОДОЗРИТЬ
О	А	хроническую болезнь почек
О	Б	опухоль мочевых путей
О	В	мочекаменную болезнь
О	Г	гипертоническую нефропатию
В	61	КАКИЕ КРИТЕРИИ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТАДИИ ХБП
О	А	креатинин сыворотки крови, СКФ, альбумин в суточной моче
О	Б	мочевина сыворотки крови, СКФ
О	В	размеры паренхимы почек по УЗИ
О	Г	гемоглобин крови, суточная протеинурия
В	62	ИЗМЕНЕНИЕ БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КРОВИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК
О	А	повышение уровня креатинина, мочевины, снижение Нв
О	Б	повышение общего белка сыв крови, СРБ
О	В	повышение уровня холестерина и ЛПВП
О	Г	повышение уровня Лк, снижение Нв
В	63	ПРИЧИНЫ АНЕМИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
О	А	дефицит эритропоэтина, фолиевой кислоты, железа
О	Б	гематурия, дефицит фолиевой кислоты, недостаток эритропоэтина
О	В	гемолиз, дефицит железа, дефицит белка.
О	Г	гемолиз, дефицит железа
В	64	ПРЕПАРАТАМИ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ВНЕФРОПРОТЕКТИВНОЙ ТЕРАПИИ ХБП ЯВЛЯЮТСЯ
О	А	ингибиторы АПФ, сартаны
О	Б	б-блокаторы, диуретики
О	В	статины, альфа-блокаторы
О	Г	антагонисты кальция, калий-сберегающие диуретики
В	65	МИНЕРАЛЬНО –КОСТНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК ПРОЯВЛЯЮТСЯ
О	А	гиперфосфатемией, сосудистой кальцификацией, повышением ПТГ
О	Б	гипофосфатемией, гипокальциемией, снижением ПТГ
О	В	гиперфосфатемией, снижением ПТГ, остеопорозом
О	Г	повышение ТТГ, ПТГ, повышение FGF-23

Болезни органов пищеварения

В	66	РЕЛЬЕФ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПРИВРАТНИКОВОЙ ЧАСТИ ЖЕЛУДКА
О	А	продольные складки с одной круговой
О	Б	продольные складки

<input type="radio"/>	В	круговые складки
<input type="radio"/>	Г	складки без определенной ориентации
В	67	ЗАБОЛЕВАНИЯ, СОПРОВОЖДАЮЩИЕСЯ ИЗЖОГОЙ, НЕ ВКЛЮЧАЮТ
<input type="radio"/>	А	дискинезию желчного пузыря
<input type="radio"/>	Б	язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки
<input type="radio"/>	В	высокую язву малой кривизны желудка
<input type="radio"/>	Г	гастрит
В	68	ДЛЯ ОБОСТРЕНИЯ НЕОСЛОЖНЕННОЙ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ НЕ ХАРАКТЕРНО
<input type="radio"/>	А	рвота съеденной накануне пищей
<input type="radio"/>	Б	хронический антральный гастрит, ассоциированный с НР
<input type="radio"/>	В	«ночные» боли
<input type="radio"/>	Г	терапевтический эффект от приема антацидов
В	69	ДЛЯ ПОСТБУЛЬБАРНОЙ ЯЗВЫ НЕ ХАРАКТЕРНО
<input type="radio"/>	А	положительный эффект от приема антацидов
<input type="radio"/>	Б	кровотечения
<input type="radio"/>	В	«пульсирующие» боли
<input type="radio"/>	Г	боли через 3–4 часа после еды
В	70	НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЕ ПРИЧИНЫ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ
<input type="radio"/>	А	заболевания желудочно-кишечного тракта
<input type="radio"/>	Б	заболевания легких
<input type="radio"/>	В	остеопороз
В	71	ЧАЩЕ ВСЕГО СОЧЕТАЕТСЯ

<input type="radio"/>	А	гипосекреция с пониженной желудочной кислотностью
<input type="radio"/>	Б	гипосекреция с повышенной желудочной кислотностью
<input type="radio"/>	В	гиперсекреция с пониженной желудочной кислотностью
<input type="radio"/>	Г	гиперсекреция с нормальной й желудочной кислотностью
В	72	ПРИ ПЕНЕТРАЦИИ ЯЗВЫ В ПОДЖЕЛУДОЧНУЮ ЖЕЛЕЗУ ПОВЫШАЕТСЯ УРОВЕНЬ
<input type="radio"/>	А	амилазы
<input type="radio"/>	Б	липазы
<input type="radio"/>	В	щелочной фосфатазы
<input type="radio"/>	Г	глюкозы
В	73	НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЙ СИМПТОМ, УКАЗЫВАЮЩИЙ НА РАКОВОЕ ПЕРЕРОЖДЕНИЕ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ЭЗОФАГИТЕ
<input type="radio"/>	А	дисфагия
<input type="radio"/>	Б	икота
<input type="radio"/>	В	изжога
<input type="radio"/>	Г	слюнотечение
В	74	РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИ ВЫЯВЛЕННОЕ ОТСУТСТВИЕ ПЕРИСТАЛЬТИКИ В ДИСТАЛЬНОМ ОТДЕЛЕ ПИЩЕВОДА ПРИ НОРМАЛЬНОЙ МОТОРИКЕ В ПРОКСИМАЛЬНОМ ОТДЕЛЕ ВОЗНИКАЕТ ПРИ
<input type="radio"/>	А	склеродермии
<input type="radio"/>	Б	ахалазии пищевода
<input type="radio"/>	В	эзофагите
<input type="radio"/>	Г	пищеводеБаррета
В	75	НАЛИЧИЕ ЖЕЛУДОЧНОЙ МЕТАПЛАЗИИ НИЖНЕГО ПИЩЕВОДНОГО СФИНКТЕРА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ
<input type="radio"/>	А	пищевода Баррета

О	Б	эзофагита
О	В	склеродермии
О	Г	ахалазии пищевода
В	76	К ОСНОВНЫМ МЕТОДАМ ИССЛЕДОВАНИЯ, ПОЗВОЛЯЮЩИМ ВЕРИФИЦИРОВАТЬ ДИАГНОЗ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА, ОТНОСИТСЯ
О	А	гастроскопия с биопсией слизистой желудка и гистологическим исследованием биоптатов
О	Б	анализ желудочного сока
О	В	рентгенография желудка
О	Г	дуоденальноезондирование
В	77	БОЛЬНОЙ 62 ЛЕТ С КОРОТКИМ ЯЗВЕННЫМ АНАМНЕЗОМ И ДЛИТЕЛЬНО НЕ РУБЦУЮЩЕЙСЯ ЯЗВОЙ ЖЕЛУДКА ОБРАТИЛСЯ С ЖАЛОБАМИ НА СЛАБОСТЬ, ТОШНОТУ, ПОТЕРЮ АППЕТИТА, ПОСТОЯННЫЕ БОЛИ В ПОДЛОЖЕЧНОЙ ОБЛАСТИ, ПОХУДАНИЕ. В ДАННОМ СЛУЧАЕ МОЖНО ДУМАТЬ О
О	А	первично язвенной форме рака
О	Б	пенетрации язвы
О	В	стенозе выходного отдела желудка
О	Г	перфорации язвы
В	78	У БОЛЬНОГО, ДЛИТЕЛЬНО СТРАДАЮЩЕГО ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЮ С ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ В ЛУКОВИЦЕ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ, В ПОСЛЕДНЕЕ ВРЕМЯ ИЗМЕНИЛАСЬ КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА: ПОЯВИЛИСЬ ТЯЖЕСТЬ В ЭПИГАСТРИИ ПОСЛЕ ЕДЫ, ТОШНОТА, ОБИЛЬНАЯ РВОТА ПИЩЕЙ ВО ВТОРОЙ ПОЛОВИНЕ ДНЯ, НЕПРЯТНЫЙ ЗАПАХ ИЗО РТА, ПОТЕРЯ ВЕСА. МОЖНО ПРЕДПОЛОЖИТЬ
О	А	органический стеноз пилородуоденальной зоны
О	Б	рак желудка
О	В	пенетрацию язвы
О	Г	хронический панкреатит

В	79	КАКОЙ ТЕСТ НАИБОЛЕЕ НАДЕЖЕН ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА ЗОЛЛИНГЕРА-ЭЛЛИСОНА
О	А	уровень гастрина в крови
О	Б	базальная кислотопродукция
О	В	максимальная кислотопродукция
О	Г	данные ЭГДС
В	80	ЧТО МОЖЕТ ПОДТВЕРДИТЬ ПЕНЕТРАЦИЮ ЯЗВЫ ПО КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ
О	А	усиление болей и изменение их ритма, уменьшение ответной реакции на антациды
О	Б	запоры
О	В	мелена
О	Г	уменьшение болевого синдрома
Болезни органов кроветворения		
В	81	НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ
О	А	Избыточные менструальные кровопетери
О	Б	заболевания желудочно-кишечного тракта
О	В	заболевания легких
О	Г	Остеопороз
В	82	ИММУНОЛОГИЧЕСКИЙ МАРКЕР ГЕМОПОЭТИЧЕСКИХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК
О	А	CD 34
О	Б	CD 23
О	В	CD 43
О	Г	CD5
В	83	АНЕМИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ПЕРВЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ДЕФИЦИТА
О	А	железа
О	Б	аскорбиновой кислоты
О	В	Меди
О	Г	Калия
В	84	ЦИТОХИМИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КЛЕТОК КРОВИ И КОСТНОГО МОЗГА ОСУЩЕСТВЛЯЮТ СЦЕЛЬЮ
О	А	дифференциации бластных клеток при остром лейкозе (миелобласты,

		монобласты, эритробласты, лимфобласты)
О	Б	уточнения морфологии клеток крови и костного мозга
О	В	идентификации ГСК
О	Г	дифференциации В и Т-лимфоцитов
В	85	АБСОЛЮТНОЕ ПОКАЗАНИЕ ДЛЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ТРЕПАНОБИОПСИИ
О	А	подозрение на опухолевое поражение костного мозга с очаговой инфильтрацией опухолевыми клетками
О	Б	острый лейкоз
О	В	отказ больного от пункции костного мозга
В	86	НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫЙ ИММУНОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД В ДИФФЕРЕНЦИРОВКЕ ГЕМОПОЭТИЧЕСКИХ КЛЕТОК
О	А	метод иммунофенотипирования
О	Б	радиоиммунологический анализ (РИА)
О	В	иммуноферментный анализ (ИФА)
В	87	ПРЕИМУЩЕСТВО ИММУНОФЕНОТИПИРОВАНИЯ ГЕМОПОЭТИЧЕСКИХ КЛЕТОК МЕТОДОМ ПРОТОЧНОЙ ЦИТОФЛЮОРИМЕТРИИ
О	А	возможность одновременной регистрации нескольких антигенов на одной клетке
О	Б	возможность анализа биопсийного материала
О	В	приготовление длительно хранящихся препаратов
О	Г	точность анализа
В	88	ПРЕИМУЩЕСТВА МЕТОДА FISH-ГИБРИДИЗАЦИИ ПЕРЕД СТАНДАРТНОЙ ЦИТОГЕНЕТИКОЙ В МЕТАФАЗНЫХ ПЛАСТИНКАХ
О	А	идентификация хромосомных aberrаций при количествах лейкозных клеток менее 10^9
О	Б	возможность описать кариотип полностью
О	В	возможность выявления количественных и качественных хромосомных aberrаций
О	Г	низкая стоимость
В	89	ДЛЯ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ПРОТИВОСВЕРТЫВАЮЩЕЙ СИСТЕМЫ ОПРЕДЕЛЯЮТ
О	А	активность антитромбин III
О	Б	время лизиса эуглобулиновых сгустков
О	В	плазминоген и тканевой активатор плазминогена
В	90	ОПУХОЛЕВОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ГЕМОПОЭЗА МОЖНО ЗАПОДОЗРИТЬ ПО ДАННЫМ КЛИНИЧЕСКОГО АНАЛИЗА КРОВИ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ
О	А	повышения абсолютного количества зрелых клеток крови
О	Б	анемии со значительным повышением MCV
О	В	анемии со значительным снижением MCV
Эндокринные заболевания		

В	91	ЛЕЧЕНИЕ КЕТОАЦИДОТИЧЕСКОЙ КОМЫ СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ С ВВЕДЕНИЯ
О	А	изотонического раствора хлорида натрия и инсулина
О	Б	инсулина
О	В	солей кальция
О	Г	солей калия
В	092	ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ВВЕДЕНИЯ БИКАРБОНАТА НАТРИЯ БОЛЬНЫМ, НАХОДЯЩИМСЯ В СОСТОЯНИИ КЕТОАЦИДОТИЧЕСКОЙ КОМЫ, ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	снижение рН крови ниже 7,0
О	Б	бикарбонат натрия вводится всем больным, находящимся в состоянии кетоацидотической комы, с целью борьбы с ацидозом
О	В	снижение рН крови ниже 7,36
О	Г	начинающийся отек мозга
В	093	НЕОТЛОЖНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКОЙ КОМЕ ВКЛЮЧАЮТ
О	А	введение 40% глюкозы и глюкагона
О	Б	введение реополиглюкина
О	В	введение инсулина
О	Г	введение легкоусвояемых углеводов per os
В	094	В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕНИЯ КЕТОАЦИДОЗА У БОЛЬНОГО РАЗВИЛИСЬ ВЫРАЖЕННАЯ ГОЛОВНАЯ БОЛЬ, ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ, ТОШНОТА, РВОТА, РАССТРОЙСТВО ЗРЕНИЯ. ДАННАЯ СИМПТОМАТИКА СКОРЕЕ ВСЕГО СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О
О	А	развитии отека мозга
О	Б	развитии острого панкреатита
О	В	продолжении прогрессирования кетоацидоза
О	Г	присоединении интеркуррентной инфекции
В	095	ПРИ ВЫВЕДЕНИИ ИЗ ДИАБЕТИЧЕСКОГО КЕТОАЦИДОЗА ПРИ ГЛИКЕМИИ БОЛЕЕ 14 ММОЛЬ/Л ИНФУЗИОННУЮ ТЕРАПИЮ НАЧИНАЮТ С ВНУТРИВЕННОГО ВВЕДЕНИЯ
О	А	изотонического раствора (0,9%) хлорида натрия
О	Б	5% раствора глюкозы
О	В	гипотонического раствора (0,45%) хлорида натрия
О	Г	реополиглюкина
В	96	ДЕВУШКА 16 ЛЕТ СТРАДАЕТ ЗНАЧИТЕЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ (ВЕС 116 кг, РОСТ 172 см). НЕРЕГУЛЯРНЫЕ МЕНСТРУАЦИИ, ГОЛОВНЫЕ БОЛИ, НА КОЖЕ УЗКИЕ РОЗОВЫЕ ПОЛОСЫ. ИЗБЫТОЧНЫЙ ВЕС С 5 ЛЕТ. ДИЕТЫ НЕ ПРИДЕРЖИВАЕТСЯ. АД – 160/100 мм рт. ст. ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ
О	А	гипоталамический синдром пубертатного периода
О	Б	ожирение
О	В	болезнь Иценко-Кушинга
О	Г	синдром Иценко-Кушинга
В	97	КЛИНИЧЕСКИЙ СИМПТОМ, ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ ЭКЗОГЕННО-КОНСТИТУЦИОНАЛЬНОГО ОЖИРЕНИЯ

О	А	равномерное распределение жира
О	Б	диспластическое ожирение, нарушение полового развития
О	В	липоидный дерматоз
О	Г	чёрный акантоз
В	98	КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ЭКЗОГЕННО-КОНСТИТУЦИОНАЛЬНОГО ОЖИРЕНИЯ
О	А	равномерное распределение жира, гипертензия
О	Б	диспластическое ожирение, нарушение полового развития
О	В	равномерное распределение жира, гиперпигментация кожи
В	99	СИМПТОМЫ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ГИПОТАЛАМИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА
О	А	ожирение, стрии, гипертензия
О	Б	ожирение, дислипотеинемия, гипертензия
О	В	ожирение, стрии, гиперпигментация кожи
О	Г	ожирение и ускорение полового созревания
В	100	У ЖЕНЩИНЫ 44 ЛЕТ ОТМЕЧАЮТСЯ: РЕЗКОЕ УВЕЛИЧЕНИЕ РАЗМЕРА КИСТЕЙ И СТОП, УКРУПНЕНИЕ ЧЕРТ ЛИЦА, ГОЛОВНЫЕ БОЛИ, САХАРНЫЙ ДИАБЕТ. О КАКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ ИДЕТ РЕЧЬ
О	А	акромегалия
О	Б	гипоталамический синдром
О	В	синдром Фрелиха
О	Г	болезнь Педжета
В	101	ОЖИРЕНИЕ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ ПРИ ИМТ РАВНЫМ И БОЛЕЕ
О	А	30,1 кг\м ²
О	Б	25,1 кг\м ²
О	В	20,1 кг\м ²
О	Г	35,1кг\м ²
В	102	ЮНОША 18 ЛЕТ ПРЕДЪВЛЯЕТ ЖАЛОБЫ НА ИЗБЫТОЧНЫЙ ВЕС, ЧАСТЫЕ ГОЛОВНЫЕ БОЛИ. ИЗБЫТОЧНЫЙ ВЕС НАБЛЮДАЕТСЯ С 5 ЛЕТ. В ВОЗРАСТЕ 11-12 ЛЕТ БЫЛ ВЫШЕ СВЕРСТНИКОВ. РОСТ 180 СМ, ВЕС 110 КГ. ЛИЦО ОКРУГЛОЕ. РОЗОВЫЕ СТРИИ В ОБЛАСТИ ЖИВОТА И БЕДЕР. ПОЛОВОЕ РАЗВИТИЕ СООТВЕТСТВУЕТ ВОЗРАСТУ. АД 160/100 ММ РТ.СТ. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ
О	А	пубертатное ожирение со стриями
О	Б	синдром Иценко-Кушинга
О	В	экзогенно-конституциональное ожирение
О	Г	болезнь Иценко-Кушинга
В	103	ПРИ ПЕРВИЧНОМ ГИПОТИРЕОЗЕ В КРОВИ ОБНАРУЖИВАЕТСЯ
О	А	повышенный уровень ТТГ
О	Б	исследование ТТГ не имеет диагностической важности
О	В	ТТГ отсутствует
О	Г	нормальный уровень ТТГ
В	104	ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЦА ПРИ ДИФУЗНОМ ТОКСИЧЕСКОМ ЗОБЕ ХАРАКТЕРНО
О	А	постоянная синусовая тахикардия, развитие мерцательной аритмии,

		снижение периферического сопротивления, развитие сердечной недостаточности
О	Б	постоянная синусовая тахикардия, развитие мерцательной аритмии, развитие сердечной недостаточности
О	В	постоянная синусовая тахикардия, снижение периферического сопротивления
О	Г	развитие мерцательной аритмии, развитие сердечной недостаточности
В	105	ТЕСТ ПЕРВОГО УРОВНЯ В ДИАГНОСТИКЕ ПЕРВИЧНОГО ГИПОТИРЕОЗА
О	А	определение уровня ТТГ
О	Б	определение уровня общего тироксина
О	В	определение уровня свободного тироксина
О	Г	определение уровня тироксин-связывающего глобулина
В	106	КАКОЙ МОДИФИЦИРОВАННЫЙ ИНДЕКС ТИФФНО, У ПАЦИЕНТА ПОДТВЕРЖДАЕТ ХРОНИЧЕСКУЮ ОБСТРУКТИВНУЮ БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ
О	А	0,68
О	Б	0,75
О	В	1,0
О	Г	1,2
В	107	ПЕРЕЧИСЛИТЕ ВОЗМОЖНЫЕ ПРИЧИНЫ ГИПОГЛИКЕМИИ
О	А	большая доза инсулина, недостаточное количество хлебных единиц в рационе, прием алкоголя, физическая нагрузка
О	Б	большая доза инсулина, недостаточное количество хлебных единиц в рационе, недостаточная физическая нагрузка
О	В	недостаточное количество хлебных единиц в рационе, недостаточная доза инсулина, прием алкоголя, физическая нагрузка
О	Г	недостаточная доза инсулина, прием алкоголя, недостаточная физическая нагрузка
В	108	ПРЕПАРАТ, ЯВЛЯЮЩИЙСЯ СТИМУЛЯТОРОМ ДОПАМИНЕРГИЧЕСКИХ РЕЦЕПТОРОВ, КОТОРЫЙ ПРИМЕНЯЮТ В ЛЕЧЕНИИ ЭНДОКРИННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
О	А	бромкриптин
О	Б	ориметен
О	В	дексаметазон
О	Г	хлодиган
В	109	ОСНОВНОЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМического ГИПОГОНАДИЗМА
О	А	терапия агонистами дофамина
О	Б	терапия гонадотропинами
О	В	циклическая терапия эстроген-гестагенными препаратами
О	Г	лучевая терапия
В	110	АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ МЕРКАЗОЛИЛА ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	агранулоцитоз

О	Б	беременность
О	В	аллергические реакции на йодистые препараты
О	Г	старческий возраст
В	111	У БОЛЬНОГО ДИФФУЗНЫЙ ТОКСИЧЕСКИЙ ЗОБОМ. НАЧАТО ЛЕЧЕНИЕ МЕРКАЗОЛИЛОМ ПО 10 МГ 3 РАЗА В ДЕНЬ, АНАПРИЛИНОМ ПО 20 МГ 3 РАЗА В ДЕНЬ, ФЕНОЗЕПАМОМ ПО 1 МГ 2 РАЗА В СУТКИ. НА ФОНЕ ТЕРАПИИ СОСТОЯНИЕ ЗНАЧИТЕЛЬНО УЛУЧШИЛОСЬ, ОДНАКО РАЗВИЛАСЬ ВЫРАЖЕННАЯ ЛЕЙКОПЕНИЯ. НАЗОВИТЕ ПРИЧИНУ ЛЕЙКОПЕНИИ
О	А	применение мерказолила
О	Б	прием фенотезаМа
О	В	высокая доза анаприллина
О	Г	дальнейшее прогрессирование заболевания
В	112	ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ У БЕРЕМЕННЫХ ДИФФУЗНОГО ТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА НАЗНАЧЕНИЕ КАКОГО ПРЕПАРАТА ЯВЛЯЕТСЯ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ
О	А	пропицила
О	Б	мерказолила
О	В	карбоната лития
О	Г	перхлората калия
О	Д	тирозол
В	113	В ЛЕЧЕНИИ ПЕРВИЧНОГО ГИПОТИРЕОЗА НАИБОЛЕЕ ПРАВИЛЬНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ
О	А	левотироксин (L-тироксин)
О	Б	трийодтиронин
О	В	йодид
О	Г	комбинированные препараты, содержащие йодид и Т4
В	114	НАЗОВИТЕ ПОБОЧНЫЕ ДЕЙСТВИЯ МЕРКАЗОЛИЛА
О	А	лейкопения, струмогенный эффект, аллергические кожные реакции, агранулоцитоз
О	Б	аллергические кожные реакции, лейкопения, агранулоцитоз
О	В	струмогенный эффект, аллергические кожные реакции, артериальная гипертензия , агранулоцитоз
О	Г	лейкопения , аллергические кожные реакции, артериальная гипертензия

Ситуационные задачи

	–	001
Ф	A/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/03.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	–	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	–	<p>Больной И., 66 лет, предъявляет жалобы на давящие боли за грудиной при физической нагрузке (при ходьбе до 500 метров или подъеме в лестницу на 2 этаж), снимающиеся отдыхом или приемом нитроглицерина под язык. Обращает внимание, что стал замечать одышку при нагрузке, пастозность голеней к вечеру. При активном расспросе выяснилось, что часто ощущает «тяжесть» в затылочной области, а при измерении артериального давления (АД) фиксируется повышение АД до 175/100 мм рт. ст. Из анамнеза выясняется, что около 15 лет страдает артериальной гипертензией, но лечился не регулярно. Около 5 лет назад впервые стал ощущать боли за грудиной, которые были редкими. К врачу не обращался, не обследовался. Около года стал замечать, что боли усилились, снизилась переносимость физических нагрузок. Стал использовать нитроглицерин. Эпизодически принимал антигипертензивные препараты (капотен или эналаприл). Около 3-х месяцев назад стал замечать появление пастозности голеней к вечеру, появилась одышка при ходьбе.</p> <p>Объективно: общее состояние удовлетворительное. Правильного телосложения, повышенного питания ИМТ=31 кг/м². Кожные покровы и видимые слизистые чистые, небольшой акроцианоз. Суставы не изменены. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Перкуторно над легкими легочный звук, дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Границы относительной сердечной тупости расширены влево +2 см. Тоны сердца глухие, ритмичные, выслушивается слабый систолический шум над аортой. Пульс 77 в 1 мин., удовлетворительного наполнения. АД 160/90 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. Пастозность голеней.</p> <p>Анализ крови: HGB (гемоглобин) – 130 г/л, RBC (эритроциты) – 4,7x10¹²/л, MCH – 32 пг; WBC (лейкоциты) – 6,1x10⁹/л, Э – 1%, П – 4%, С – 66%, Л – 24%, М – 5%, СОЭ – 8 мм/ч. Холестерин общий 5,5 ммоль/л, триглицериды – 2,2 ммоль/л, ХС ЛПВП – 1,1 ммоль/л. ЭКГ: Ритм синусовый, регулярный, ЧСС 79 в мин. Признаки гипертрофии левого желудочка с систолической перегрузкой.</p>

<i>В</i>	<i>1</i>	<i>Предположите наиболее вероятный предварительный диагноз.</i>
<i>Э</i>	<i>–</i>	<i>ИБС: стенокардия напряжения II ФК; артериальная гипертензия III, неконтролируемая, риск 4. Дислипотеидемия IV. ХСН I (II ФК). Ожирение I конституционально–алиментарного генеза</i>
<i>P2</i>	<i>–</i>	<i>Диагноз поставлен верно.</i>
<i>P1</i>	<i>–</i>	<i>Диагноз поставлен не полностью: не указан ФК стенокардии напряжения или стадия или риск гипертонической болезни, или не указано ожирение или его степень тяжести.</i>
<i>P0</i>	<i>–</i>	<i>Диагноз поставлен неверно.</i>
<i>В</i>	<i>2</i>	<i>Обоснуйте поставленный Вами диагноз.</i>

Э	–	<p>Диагноз ИБС поставлен на основании выявления факторов риска атеросклероза (возраст 66 лет, мужской пол, гиперлиппротеинемия IV типа по ВОЗ, ожирение, артериальная гипертензия), и атеросклеротического поражения аорты (слабый систолический шум над аортой, изолированная систолическая артериальная гипертензия 2 степени при осмотре), жалоб больного на давящие боли за грудиной при физической нагрузке (подъем в лестницу более 1 этажа), купирующиеся в покое или после приема нитроглицерина), в рамках II ФК стабильной стенокардии напряжения. Наличие артериальной гипертензии подтверждается наличием ощущения «тяжести» в затылочной области при повышении АД до 175/100 мм рт. ст. При наличии ИБС (стенокардии напряжения) стадия артериальной гипертензии может быть расценена, как III. С учетом ИБС как ассоциированного клинического состояния риск определяется как очень высокий – 4. Наличие акроцианоза, одышки при значительной нагрузке, пастозности голеней к вечеру позволяет оценить ХСН как I (II ФК).</p> <p>ИМТ–31 кг/м², отсутствие указаний на иные причины данного недуга позволяют установить ожирение I конституционально–алиментарного генеза.</p>
P2	–	Диагноз обоснован верно.
P1	–	<p>Диагноз обоснован не полностью:</p> <p>отсутствует обоснование функционального класса, стадии, и/или риска.</p>
P0	–	<p>Обоснование двух и более опорных точек диагноза дано неверно.</p> <p>или</p> <p>Диагноз обоснован полностью неверно.</p>

<i>B</i>	<i>3</i>	<i>Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.</i>
<i>Э</i>	<i>–</i>	<i>Пациенту необходимо провести дообследование: общий анализ мочи, глюкоза плазмы крови натощак (метаболический профиль и уточнения состояния углеводного обмена), кретьинфосфокиназа (КФК), билирубин, АсАТ, АлАТ (безопасность терапии статинами), мочевиная кислота (исключения гиперурикемии как фактора риска атеросклероза), креатинин сыворотки крови с подсчетом рСКФ (безопасность проведения СКГ и терапии). Суточное мониторирование ЭКГ (уточнение наличия ишемии миокарда), ЧПЭКС (наличие эпизодов ишемии в условиях сопутствующей АГ), ЭхоДКГ (наличие зон регионарной гипо- и акинезии, ТЗСЛ и ТМЖП, состояние систолической и диастолической функций левого желудочка), МСКТ/МРТ-ангиографию коронарных сосудов/селективная коронароангиография (СКГ) (определение состояние коронарного кровотока и характер и степень поражения заинтересованной коронарной артерии), суточное мониторирование артериального давления (контроль эффективности антигипертензивной терапии).</i>
<i>P2</i>	<i>–</i>	<i>План дополнительного обследования составлен полностью верно.</i>
<i>P1</i>	<i>–</i>	<i>План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования.</i> <i>или</i> <i>Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.</i>

P0	–	<p><i>Не названы три и более дополнительных метода обследования.</i></p> <p><i>или</i></p> <p><i>Обоснование назначения трех и более методов обследования дано неверно.</i></p> <p><i>или</i></p> <p><i>План дополнительного обследования составлен полностью неверно.</i></p>
B	4	<p><i>Что бы Вы рекомендовали пациенту для лечения данной патологии? Обоснуйте свой выбор.</i></p>
Э	–	<p><i>Режим свободный, аэробные физические нагрузки при достижении целевого уровня АД, стол 10, гипоатерогенный, кардиомагнил 75 мг 1 раз на ночь внутрь (дезагрегат); аторвастатин 40 мг после ужина внутрь (гиполипидемическое действие, стабилизация атеросклеротических бляшек); периндоприла аргинин 10 мг вечером (антигипертензивное средство, стабилизация атеросклеротических бляшек, лечение ХСН), амлодипин 10 мг утром (антиишемическое и антигипертензивное действие); изокет–спрей при болях за грудиной.</i></p> <p><i>В дальнейшем тактика лечения (в том числе инвазивного) будет определяться результатами обследования.</i></p>
P2	–	<p><i>Терапия представлена в полном объеме, выбор правильно обоснован.</i></p>

P1	–	<p><i>Представлен полный объем терапии, однако выбор не обоснован.</i></p> <p><i>или</i></p> <p><i>Дан не исчерпывающий объем терапии, обоснование выбора верное.</i></p>
P0	–	<i>Ответ неверный.</i>
B	5	<i>Рассчитайте уровень ХС ЛПНП? Повышение какого показателя липидного спектра крови является ограничителем к использованию расчетного способа определения ХС ЛПНП?</i>
Э	–	<i>ХС ЛПНП по формуле Friedwald = 3,4 ммоль/л. Триглицериды крови.</i>
P2	–	<i>Ответ верный.</i>
P1	–	<i>Один из ответов дан верно.</i>
P0	–	<i>Оба ответа неверны.</i>
H	–	002
Ф	A/02.7	<i>Проведение обследования пациента с целью установления диагноза</i>
Ф	A/03.7	<i>Назначение и контроль эффективности и безопасности</i>

		<i>медикаментозного и немедикаментозного лечения</i>
<i>И</i>	<i>–</i>	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
<i>У</i>	<i>–</i>	<p><i>Больная Т., 52 года, предъявляет жалобы на головные боли, «мушки перед глазами» при повышении артериального давления, сердцебиения при переутомлениях или стрессовых ситуациях, быструю утомляемость.</i></p> <p><i>Из анамнеза известно, что с 48 лет стала замечать появление головных болей после переутомления или стрессовых ситуаций. При измерении давления регистрировались показатели от 150/90 до 175/90 мм рт. ст. Принимала эпизодически каптоприл при подобных ситуациях. К врачам не обращалась, регулярно не лечилась. Наследственность отягощена по артериальной гипертензии по обеим линиям. Замужем. Имеет двух взрослых дочерей. Менопауза с 47 лет.</i></p> <p><i>Объективно: общее состояние удовлетворительное. Правильного телосложения, повышенного питания. ИМТ=27 кг/м². Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Суставы не изменены. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Перкуторно над легкими легочный звук, дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Границы относительной сердечной тупости расширены влево +2 см. Тоны сердца приглушены, ритм сердечной деятельности правильный. Пульс 82 в 1 мин., удовлетворительного наполнения. АД 155/90 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется.</i></p> <p><i>Анализ крови: HGB (гемоглобин) – 120 г/л, RBC (эритроциты) – 3,7x10¹²/л, MCH – 35 пг; WBC (лейкоциты) – 5,4x10⁹/л, Э – 1%, П – 4%, С – 66%, Л – 24%, М – 5%, СОЭ – 8 мм/ч.</i></p> <p><i>Холестерин общий 7,1 ммоль/л, ХС ЛПНП – 4,0 ммоль/л.</i></p> <p><i>ЭКГ: Ритм синусовый с ЧСС 79 в мин. Признаки гипертрофии</i></p>

		<i>левого желудочка сердца.</i>
<i>B</i>	<i>I</i>	<i>Предположите наиболее вероятный предварительный диагноз.</i>

Э	–	<i>Гипертоническая болезнь стадия II, степень 2, риск 3. Целевой уровень АД ХСН 0 (ИФК) Гиперхолестеринемия . Избыточная масса тела</i>
P2	–	<i>Диагноз поставлен верно.</i>
P1	–	<i>Диагноз поставлен не полностью: не указана степень или стадия, или риск АГ.</i>
P0	–	<i>Диагноз поставлен неверно.</i>
В	2	<i>Обоснуйте поставленный Вами диагноз.</i>
Э	–	<i>Диагноз поставлен на основании жалоб больной на головные боли, «мушки перед глазами», сердцебиения при переутомлениях, стрессовых ситуациях, связанные с повышением артериального давления (АД). Максимальные значения повышения АД до 175/90 мм рт. ст., что соответствует 2 степени АГ. Также при объективном осмотре и по ЭКГ выявлены признаки гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) как поражение органа–«мишени»(расширение перкуторных границ сердца влево +2 см, признаки ГЛЖ на ЭКГ). С учетом наличия признаков ГЛЖ сердечно–сосудистый риск можно расценивать как 3 (высокий). Отсутствие данных за ХСН позволяет установить ХСН0 (ИФК).</i>
P2	–	<i>Диагноз обоснован верно.</i>
P1	–	<i>Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование стадии, или/и степени и/или риска.</i>

P0	–	<p><i>Обоснование двух и более опорных точек диагноза дано неверно.</i></p> <p><i>или</i></p> <p><i>Диагноз обоснован полностью неверно.</i></p>
B	3	<p><i>Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.</i></p>
Э	–	<p><i>Пациентке рекомендовано: общий анализ мочи, определение микропротеина суточной мочи (для определения поражения почек и сердечно-сосудистого риска), биохимическое исследование крови: глюкоза плазмы натощак (метаболический профиль и уточнения состояния углеводного обмена), билирубин, АсАТ, АлАТ (функциональное состояние печени), триглицериды и ХС ЛПВП (нарушения липидного обмена), мочевая кислота (исключение гиперурикемии), креатинин сыворотки крови с подсчетом рСКФ (уточнение функционального состояния почек, исключения их первичной патологии и почечной АГ, а также сердечно-сосудистого риска). Суточное мониторирование артериального давления (контроль эффективности антигипертензивной терапии), ЭхоДКГ (ТЗСЛЖ и ТМЖП, состояние систолической и диастолической функций), триплексное сканирование каротид (определение толщины комплекса интима-медиа (наличие признаков атеросклероза), УЗИ органов брюшной полости, почек и надпочечников (исключение симптоматических АГ), дуплексное сканирование почечных артерий (исключение симптоматической реноваскулярной АГ).</i></p>
P2	–	<p><i>План дополнительного обследования составлен полностью верно.</i></p>

P1	–	<p><i>План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования.</i></p> <p><i>или</i></p> <p><i>Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.</i></p>
P0	–	<p><i>Не названы три и более дополнительных метода обследования.</i></p> <p><i>или</i></p> <p><i>Обоснование назначения трех и более методов обследования дано неверно.</i></p> <p><i>или</i></p> <p><i>План дополнительного обследования составлен полностью неверно.</i></p>
B	4	<p><i>Что бы Вы рекомендовали пациенту для лечения данной патологии? Обоснуйте свой выбор.</i></p>
Э	–	<p><i>Режим свободный, стол 10, гипоатерогенный. Прием антигипертензивных препаратов в составе пероральных свободных (иАПФ (периндоприл А 5–10 мг утром или рамиприл 5–10 мг утром) или БРА (лозартан 100 мг утром) + амлодипин 10 мг на ночь) или фиксированных двухкомпонентных полнодозовых комбинаций (престанс 1 таблетка утром или эгипресс 1 таблетка утром, или амзаар 1 таблетка утром).</i></p> <p><i>Статины: аторвастатин -20 мг в сутки</i></p>
P2	–	<p><i>Терапия представлена в полном объеме, выбор правильно</i></p>

		<i>обоснован.</i>
<i>P1</i>	–	<i>Представлен полный объем терапии, однако выбор не обоснован.</i> <i>или</i> <i>Дан не исчерпывающий объем терапии, обоснование выбора верное.</i>
<i>P0</i>	–	<i>Ответ неверный.</i>
<i>B</i>	5	<i>Какие препараты могут использоваться при непереносимости периндоприла в виде кашля у данной пациентки? Обоснуйте Ваш выбор.</i>
<i>Э</i>	–	<i>В случае сухого кашля на прием иАПФ целесообразен перевод на БРА (лозартан 50–100 мг утром) в структуре двухкомпонентной антигипертензивной терапии.</i>
<i>P2</i>	–	<i>Тактика лечения выбрана верно.</i>
<i>P1</i>	–	<i>Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.</i>
		<i>Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.</i>
<i>H</i>	–	<i>003</i>
<i>Ф</i>	<i>A/01.7</i>	<i>Оказание медицинской помощи пациенту в неотложной и экстренной формах</i>

<i>Ф</i>	<i>A/02.7</i>	<i>Проведение обследования пациента с целью установления диагноза</i>
<i>Ф</i>	<i>A/03.7</i>	<i>Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения</i>
<i>И</i>	<i>–</i>	<i>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</i>

У	–	<p><i>Больной С., 56 лет. Жалобы на интенсивные жгучие боли за грудиной с иррадиацией в эпигастральную область, резкую слабость. Считает себя больным в течение 2 часов, когда появилась описанная выше симптоматика. Вызвал бригаду скорой помощи. После приема нитроглицерина, внутримышечного введения анальгина (50% – 2,0 мл) и но-шпы (2% – 2,0 мл) состояние не улучшилось. Боль постепенно нарастала, появилась рвота, не приносящая облегчения. Пациент доставлен в отделение неотложной кардиологии стационара. В анамнезе больной отмечает высокие цифры артериального давления (до 190/110 мм рт. ст.) последние 5 лет, лечения по этому поводу практически не получал. Общее состояние крайне тяжелое. Кожные покровы бледные, холодный пот. В легких везикулярное дыхание, влажные хрипы в нижних отделах легких. Тоны сердца глухие, выслушивается III тон. ЧСС – 118 в 1 мин. Ритм правильный. АД – 75/50 мм рт. ст. Живот доступен пальпации, безболезненный. Диастолическое давление в легочной артерии повышено.</i></p> <p><i>Анализ крови: HGB (гемоглобин) – 131 г/л, RBC (эритроциты) – $4,2 \times 10^{12}$/л, MCH – 35 пг; WBC (лейкоциты) – $9,4 \times 10^9$/л, Э – 1%, П – 4%, С – 66%, Л – 24%, М – 5%, СОЭ – 10 мм/ч.</i></p> <p><i>Биохимический анализ крови: билирубин общий – 13 мкмоль/л, АсАТ – 32 Е/л, АлАТ – 36 Е/л, креатинин – 130 мкмоль/л; рСКФ = 95 мл/мин/1,73м²</i></p> <p><i>Тропонин I – 0,99 нг/мл.</i></p> <p><i>ЭКГ: Ритм синусовый частотой 112 в мин. Элевация сегмента ST в отведениях II, III, aVF. Депрессия сегмента ST в отведениях I, aVL, V5 и V6. Зубец Q в отведении III, aVF.</i></p>
В	I	<p><i>Предположите наиболее вероятный предварительный диагноз.</i></p>

Э	–	<i>ИБС: острый нижний Q–инфаркт миокарда, острый период, осложненный острой левожелудочковой недостаточностью, кардиогенным шоком I, Killip IV.</i> <i>Гипертоническая болезнь III ст., риск 4.</i>
P2	–	<i>Диагноз поставлен верно.</i>
P1	–	<i>Диагноз поставлен не полностью: упущено указание варианта или периода, или неверно оценены локализация инфаркта, наличие и тяжесть острой сердечной недостаточности, стадия или риск сопутствующего заболевания.</i>
P0	–	<i>Диагноз поставлен неверно.</i>
B	2	<i>Обоснуйте поставленный Вами диагноз.</i>

Э	–	<p><i>Диагноз ИБС, дебютировавшей острым инфарктом миокарда установлен на основании жалоб больного на жгучие боли за грудиной с иррадиацией в эпигастральную область и рвотой, не приносящей облегчение (абдоминальный вариант). Боли – не купирующиеся нитроглицерином, анальгетиком и спазмолитиком.</i></p> <p><i>Наличия признаков острой сердечной недостаточности с появлением гипотонии, влажных хрипов в нижних отделах легких (Killip II). Времени появления болей за грудиной, с иррадиацией в эпигастральную область (около 2 часов). На ЭКГ признаки острого с подъемом (подъем сегмента ST в отведениях II, III, AVF, депрессия сегмента ST в отведениях I, AVL, V5V6) крупноочагового Q (патологический зубец Q в отведении III, AVF, сохраненные зубцы R в отведениях II, III, AVF) инфаркта миокарда с локализацией в нижних отделах (подъем сегмента ST в отведениях II, III, AVF). С учетом времени появления болей и не высоких показателей тропонина I можно расценивать период, как острый. В анамнезе артериальная гипертензия, по всей видимости эссенциальная, так как данных за симптоматическую нет, в течении пяти лет, которую пациент не лечил. С учетом развившегося острого инфаркта миокарда стадия гипертонической болезни – III. Уровни повышения артериального давления высокие (до 190/110 мм рт.ст), а также с учетом, что он является курильщиком можно констатировать степень риска 4.</i></p>
P2	–	<p><i>Диагноз обоснован верно.</i></p>
P1	–	<p><i>Диагноз обоснован не полностью:</i></p> <p><i>отсутствует обоснование указание варианта или периода, или неверно оценены локализация инфаркта, наличие и тяжесть острой сердечной недостаточности, стадия или риск сопутствующего заболевания.</i></p>

<i>P0</i>	–	<i>Обоснование двух нозологических форм дано неверно.</i> <i>или</i> <i>Диагноз обоснован полностью неверно.</i>
<i>B</i>	3	<i>Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.</i>

Э	–	<p style="text-align: center;"><i>Пациенту рекомендовано обследование:</i></p> <p><i>клинический анализ крови с под счетом количества тромбоцитов: при поступлении и как минимум на 2–е сутки.</i></p> <p><i>Определение тропонина Т и I в динамике, КФК, КФК–МВ, миоглобин (с интервалом через 3–6 часов для определения наличия некроза миокарда), определение мозгового натрийуретического пептида (NT–proBNP – для уточнения тяжести сердечной недостаточности), креатинина сыворотки крови (для оценки риска и неблагоприятного исхода, уточнения повреждения почек при поступлении в динамике через 48 часов) с расчетом СКФ; фибриноген, коагулограмма (в план лечения будут включены препараты, влияющие на гемостаз), глюкоза крови, белок, электролиты крови (калий натрий, магний), общий анализ мочи</i></p> <p><i>ЭКГ (при необходимости и через 6–8 часов в первые сутки, не реже 1 раза на 2 и 3 сутки). Дополнительная регистрация ЭКГ необходима для контроля за результатами реперфузионной терапии: при ТЛТ – до ее начала, через 90 и 180 мин; при ТБА – до процедуры и через 30 мин после ее окончания. ЭКГ не обходимо зарегистрировать при всех существенных изменениях в состоянии больного, на пример, при повторении ангинозного приступа. Эхокардиография (очень важна именно в начале инфаркта в стадии развития, так как маркеры повреждения миокарда еще не повышены, затем в динамике), селективная коронароангиография (уточнение локализации заинтересованной коронарной артерии, анатомических особенностей коронарного русла, наличия коллатералей и определения тактики, в том числе интервенционного, лечения), рентгенография грудной клетки (наличие изменений тени сердца, сосудистого пучка, легких), МРТ сердца и ПЭТ (дают дополнительную информацию о зонах ишемии и некроза миокарда).</i></p> <p style="text-align: center;"><i>Консультация эндovasкулярного хирурга.</i></p>
P2	–	План дополнительного обследования составлен полностью верно.

P1	–	<p><i>План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования.</i></p> <p><i>или</i></p> <p><i>Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.</i></p>
P0	–	<p><i>Не названы три и более дополнительных метода обследования.</i></p> <p><i>или</i></p> <p><i>Обоснование назначения трех и более методов обследования дано неверно.</i></p> <p><i>или</i></p> <p><i>План дополнительного обследования составлен полностью неверно.</i></p>
B	4	<p><i>Что бы Вы рекомендовали пациенту для лечения данной патологии? Обоснуйте свой выбор.</i></p>
Э	–	<p><i>Режим строгий постельный, стол 10, ограничивающий прием поваренной соли.</i></p> <p><i>Купирование болевой приступ и седация (быстрое и полное устранение болевого синдрома, приводящего к увеличению симпатической активности, и мучительного субъективно – важнейшая составляющая раннего лечения ИМ): наркотические анальгетики внутривенно – морфин (10 мг на физиологическом растворе до 10 мл. Или сочетание наркотического анальгетика фентанила с нейролептиком дроперидолом (дегидробензоперидолом). Первоначальная доза фентанила, как правило, составляет 0,05–0,1 мг, дроперидола 2,5–10 мг (в</i></p>

		<p>зависимости от уровня АД). При необходимости препараты вводятся повторно в более низких дозах.</p> <p><i>Кислородотерапия.</i></p> <p>Органические нитраты (нитроглицерин или нитроспрей под язык). Антитромбоцитарные средства (ацетилсалициловая кислота 250 мг per os + в нагрузочной дозе 300 мг, затем 75 мг 1 раз в сутки. Если планируется ТБА – 600 мг нагрузочная доза), гепарин (нефракционированный и как сопровождение ТЛТ вводится внутривенно в течение 48 часов). Сначала вводят внутривенно болюсом 60 МЕ/кг препарата (но не более 4000 МЕ) и начинают постоянную внутривенно инфузию с начальной скоростью 12 МЕ/ кг/ч (но не более 1000 МЕ/ч). В последующем дозу НФГ подбирают, ориентируясь на значения АЧТВ.</p> <p>ТЛТ, если не планируется инвазивное восстановление проходимости коронарной артерии. Стрептокиназа вводится внутривенно в дозе 1500000 МЕ за 30–60 мин в небольшом количестве 0,9 % раствора хлорида натрия.</p> <p>По возможности чрескожное коронарное вмешательство.</p> <p>другие антитромботические средства (блокаторы ГП IIb/IIIa рецепторов тромбоцитов). Блокаторы бета-адренергических рецепторов (снижают потребность миокарда в кислороде, уменьшают ишемию миокарда – метопролол, сначала внутривенно, потом per os). Метопролол вводится внутривенно по 5 мг 2–3 раза с интервалом как минимум 2 мин; обычная поддерживающая доза до 200 мг/сут. за 2–4 приема per os (та же доза од но кратно при использовании пролонгированных лекарственных форм. Ингибиторы РААС (иАПФ – зофеноприл или БРА при непереносимости иАПФ).</p>
P2	–	<p>Терапия представлена в полном объеме, выбор правильно обоснован.</p>

<i>P1</i>	–	<i>Представлен полный объем терапии, однако выбор не обоснован.</i> <i>или</i> <i>Дан не исчерпывающий объем терапии, обоснование выбора верное.</i>
<i>P0</i>	–	<i>Ответ неверный.</i>
<i>B</i>	5	<i>Что влияет на выбор эндоваскулярного вмешательства?</i> <i>Обоснуйте Ваш выбор.</i>
<i>Э</i>	–	<i>Какие осложнения могут быть при проведении ТЛТ? Есть ли противопоказания к проведению ТЛТ?</i>
<i>P2</i>	–	<i>Тактика лечения выбрана верно.</i>
<i>P1</i>	–	<i>Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.</i>
<i>P0</i>	–	<i>Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.</i>
<i>H</i>	–	004
<i>Ф</i>	<i>A/02.7</i>	<i>Проведение обследования пациента с целью установления диагноза</i>
<i>Ф</i>	<i>A/03.7</i>	<i>Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения</i>

-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
-	<p>Больной И., 66 лет, предъявляет жалобы на давящие боли за грудиной при физической нагрузке (при ходьбе до 500 метров или подъеме в лестницу на 2 этаж), снимающиеся отдыхом или приемом нитроглицерина под язык. Обращает внимание, что стал замечать одышку при нагрузке, пастозность голеней к вечеру. При активном расспросе выяснилось, что часто ощущает «тяжесть» в затылочной области, а при измерении артериального давления (АД) фиксируется повышение АД до 175/100 мм рт. ст. Из анамнеза выясняется, что около 15 лет страдает артериальной гипертензией, но лечился не регулярно. Около 5 лет назад впервые стал ощущать боли за грудиной, которые были редкими. К врачу не обращался, не обследовался. Около года стал замечать, что боли усилились, снизилась переносимость физических нагрузок. Стал использовать нитроглицерин. Эпизодически принимал антигипертензивные препараты (капотен или эналаприл). Около 3–х месяцев назад стал замечать появление пастозности голеней к вечеру, появилась одышка при ходьбе.</p> <p>Объективно: общее состояние удовлетворительное. Правильного телосложения, повышенного питания ИМТ=31 кг/м². Кожные покровы и видимые слизистые чистые, небольшой акроцианоз. Суставы не изменены. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Перкуторно над легкими легочный звук, дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Границы относительной сердечной тупости расширены влево +2 см. Тоны сердца глухие, ритмичные, выслушивается слабый систолический шум над аортой. Пульс 77 в 1 мин., удовлетворительного наполнения. АД 160/90 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. Пастозность голеней.</p> <p>Анализ крови: HGB (гемоглобин) – 130 г/л, RBC (эритроциты) – 4,7x10¹²/л, MCH – 32 пг; WBC (лейкоциты) – 6,1x10⁹/л, Э – 1%, П – 4%, С – 66%, Л – 24%, М – 5%, СОЭ – 8 мм/ч. Холестерин общий 5,5 ммоль/л, триглицериды – 2,2 ммоль/л, ХС ЛПВП – 1,1 ммоль/л. ЭКГ: Ритм синусовый, регулярный, ЧСС 79 в мин. Признаки гипертрофии левого желудочка с систолической перегрузкой.</p>
1	Предположите наиболее вероятный предварительный диагноз.

–	ИБС: стенокардия напряжения II ФК; артериальная гипертензия III, риск 4. Гиперлиппротеидемия. ХСН I (II ФК). Ожирение I конституционально–алиментарного генеза
–	Диагноз поставлен верно.
–	Диагноз поставлен не полностью: не указан ФК стенокардии напряжения или стадия или риск гипертонической болезни, или не указано ожирение или его степень тяжести.
–	Диагноз поставлен неверно.
2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
–	<p>Диагноз ИБС поставлен на основании выявления факторов риска атеросклероза (возраст 66 лет, мужской пол, гиперлиппротеинемия IV типа по ВОЗ, ожирение, артериальная гипертензия), и атеросклеротического поражения аорты (слабый систолический шум над аортой, изолированная систолическая артериальная гипертензия 2 степени при осмотре), жалоб больного на давящие боли за грудиной при физической нагрузке (подъем в лестницу более 1 этажа), купирующиеся в покое или после приема нитроглицерина), в рамках II ФК стабильной стенокардии напряжения. Наличие артериальной гипертензии подтверждается наличием ощущения «тяжести» в затылочной области при повышении АД до 175/100 мм рт. ст. При наличии ИБС (стенокардии напряжения) стадия артериальной гипертензии может быть расценена, как III. С учетом ИБС как ассоциированного клинического состояния риск определяется как очень высокий – 4. Наличие акроцианоза, одышки при значительной нагрузке, пастозности голеней к вечеру позволяет оценить ХСН как I (II ФК).</p> <p>ИМТ–31 кг/м², отсутствие указаний на иные причины данного недуга позволяют установить ожирение I конституционально–алиментарного генеза.</p>
–	Диагноз обоснован верно.

–	<p>Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование функционального класса, стадии, и/или риска.</p>
–	<p>Обоснование двух и более опорных точек диагноза дано неверно. или Диагноз обоснован полностью неверно.</p>
3	<p>Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.</p>
–	<p>Пациенту необходимо провести дообследование: общий анализ мочи, глюкоза плазмы крови натощак (метаболический профиль и уточнения состояния углеводного обмена), крeтинфосфокиназа (КФК), билирубин, АсАТ, АлАТ (безопасность терапии статинами), мочева я кислота (исключения гиперурикемии как фактора риска атеросклероза), креатинин сыворотки крови с подсчетом рСКФ (безопасность проведения СКГ и терапии). Суточное мониторирование ЭКГ (уточнение наличия ишемии миокарда), ЧПЭКС (наличие эпизодов ишемии в условиях сопутствующей АГ), ЭхоДКГ (наличие зон регионарной гипо- и акинезии, ТЗСЛ и ТМЖП, состояние систолической и диастолической функций левого желудочка), МСКТ/МРТ–ангиографию коронарных сосудов/селективная коронароангиография (СКГ) (определение состояние коронарного кровотока и характер и степень поражения заинтересованной коронарной артерии), суточное мониторирование артериального давления (контроль эффективности антигипертензивной терапии).</p>
–	<p>План дополнительного обследования составлен полностью верно.</p>
–	<p>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.</p>

—	<p>Не названы три и более дополнительных метода обследования.</p> <p>или</p> <p>Обоснование назначения трех и более методов обследования дано неверно.</p> <p>или</p> <p>План дополнительного обследования составлен полностью неверно.</p>
4	<p>Что бы Вы рекомендовали пациенту для лечения данной патологии?</p> <p>Обоснуйте свой выбор.</p>
—	<p>Режим свободный, аэробные физические нагрузки при достижении целевого уровня АД, стол 10, гипоатерогенный, кардиомагнил 75 мг 1 раз на ночь внутрь (дезагрегат); аторвастатин 40 мг после ужина внутрь (гиполипидемическое действие, стабилизация атеросклеротических бляшек); периндоприла аргинин 10 мг вечером (антигипертензивное средство, стабилизация атеросклеротических бляшек, лечение ХСН), амлодипин 10 мг утром (антиишемическое и антигипертензивное действие); изокет–спрей при болях за грудиной.</p> <p>В дальнейшем тактика лечения (в том числе инвазивного) будет определяться результатами обследования.</p>
—	Терапия представлена в полном объеме, выбор правильно обоснован.
—	<p>Представлен полный объем терапии, однако выбор не обоснован.</p> <p>или</p> <p>Дан не исчерпывающий объем терапии, обоснование выбора верное.</p>
—	Ответ неверный.
5	<p>Рассчитайте уровень ХС ЛПНП? Повышение какого показателя липидного спектра крови является ограничителем к использованию расчетного способа определения ХС ЛПНП?</p>

–	ХС ЛПНП по формуле Friedwald = 3,4 ммоль/л. Триглицериды крови.
–	Ответ верный.
–	Один из ответов дан верно.
–	Оба ответа неверны.

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/текст элемента мини-кейса
Ф	A/01.7	Оказание медицинской помощи пациенту в неотложной или экстренной формах
Ф	A/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/03.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
Н		005
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Мужчина 49 лет был доставлен в БИТ по поводу острого трансмурального инфаркта миокарда передне-перегородочной локализации. При поступлении: кожные покровы бледные. ЧСС = 88 уд/мин., АД = 130/80 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены, ритмичные, шумы не прослушиваются. В легких – дыхание несколько ослаблено, хрипов нет. ЧД = 20 в мин. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Периферических отеков нет. На 5-ый день заболевания состояние больного внезапно резко ухудшилось: появились признаки острой правожелудочковой недостаточности (набухание шейных вен, увеличение печени, падение АД до 90/50 мм рт ст., синусовая тахикардия 125 уд/мин.), при аускультации сердца стал выслушиваться грубый пансистолический шум на верхушке и в точке Боткина.
В	1	Какова наиболее вероятная причина резкого ухудшения состояния больного?
Э	-	Разрыв межжелудочковой перегородки.
P2	-	Причина установлена верно.
P1	-	Причина установлена в виде разрыва сердца в целом, но не уточнена локализация зоны повреждения.
P0	-	Причина установлена неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз разрыва межжелудочковой перегородки установлен на основании отрицательной динамики данных субъективного и объективного статуса, появившейся на 5-ый день заболевания в виде внезапного резкого ухудшения состояния больного, признаков острой правожелудочковой недостаточности (набухание шейных вен, увеличение печени, падение АД до 90/50 мм рт. ст., синусовая тахикардия 125 уд/мин.), грубого пансистолического шума на верхушке и в точке Боткина.
P2	-	Диагноз обоснован верно.

P1	-	Диагноз обоснован не полностью: недооценена диагностическая значимость одного или нескольких объективных признаков.
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
B	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента с целью уточнения диагноза.
Э	-	Пациенту рекомендовано: ЭКГ (выявляет признаки перегрузки правых отделов сердца, у 1/3 больных – атриовентрикулярные блокады, блокада правой, реже левой ножки пучка Гиса); ЭхоКГ с цветным доплеровским сканированием (чувствительность и специфичность составляет 100%, диагностирует разрыв межжелудочковой перегородки, оценивает функцию левого и правого желудочков, систолическое давление в правом желудочке, определяет объем сброса через дефект); радиоизотопная вентрикулография (определяет патологию сердечных камер, дефект сердечной перегородки, оценивает силу сокращения сердца и движение различных его частей); консультация кардиохирурга (лечение больных с разрывом сердца подразумевает экстренную кардиохирургическую помощь и интенсивную терапию).
P2	-	План дополнительного обследования составлен и обоснован 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 неверно.
P0	-	Не названы дополнительные методы обследования. или Обоснование дополнительных методов обследования дано неверно. или План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
B	4	С какими заболеваниями проводят дифференциальную диагностику разрыва межжелудочковой перегородки?
Э	-	Дифференциальную диагностику разрыва межжелудочковой перегородки проводят с разрывом сосочковых мышц, разрывом свободной стенки миокарда, митральной недостаточностью, инфарктом правого желудочка и регургитацией на трехстворчатом клапане, аневризмой и разрывом ее наружной стенки.
P2	-	Названы все заболевания.
P1	-	Названы не все заболевания.
P0	-	Заболевания не названы.
B	5	Выберите и обоснуйте тактику ведения пациента с разрывом межжелудочковой перегородки.
Э	-	Лечение больных с разрывом межжелудочковой перегородки подразумевает экстренную кардиохирургическую помощь и интенсивную терапию. При отсутствии хирургического лечения смертность превышает 90%. Хирургическое лечение позволяет снизить смертность. Хирургическое лечение проводят на фоне стабилизации гемодинамики. Медикаментозная терапия включает вазодилататоры (нитроглицерин, нитропруссид натрия в/в), которые уменьшают лево-правый сброс в комбинации с

		вазопрессорами. Изолированное применение вазопрессоров неэффективно, так как увеличивает сброс, вследствие чего снижается сердечный выброс. Для временной гемодинамической поддержки применяют внутриаортальную баллонную контрпульсацию, которая снижает системное сопротивление и шунтирование, улучшает перфузию коронарного ложа и поддерживает АД.
P2	-	Выбор и обоснование тактики ведения пациента с разрывом межжелудочковой перегородки правильные.
P1	-	Выбор тактики ведения пациента с разрывом межжелудочковой перегородки правильный, но не обоснован. или Выбор тактики ведения пациента с разрывом межжелудочковой перегородки правильный, но обоснован неверно. или Выбор тактики ведения пациента с разрывом межжелудочковой перегородки частично правильный, но обоснован.
P0	-	Выбор тактики ведения пациента с разрывом межжелудочковой перегородки полностью неверный.
H	-	06
		...
I	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Мужчина 60 лет был госпитализирован в стационар по поводу трансмурального инфаркта миокарда переднесептальной области и передней стенки левого желудочка. Заболевание протекало без присоединения осложнений. Острая левожелудочковая недостаточность, приступы ранней постинфарктной стенокардии, нарушения сердечного ритма и проводимости, желудочно-кишечные кровотечения не возникали. На ЭКГ регистрировался комплекс QS в V1-V4, элевация сегмента ST в I, AVL, V1-V5 на 2 мм. Проводилась терапия нитроглицерином в/в (первые сутки), гепарином в/в (первые трое суток), далее получал капотен, метопролол и аспирин. (на 5-ые сутки) состояние больного внезапно ухудшилось: появились головная боль, головокружение, тошнота, развился правосторонний гемипарез.
B	1	Сформулируйте развернутый клинический диагноз. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	ИБС. Острый трансмуральный инфаркт миокарда переднеперегородочной области левого желудочка, Killip I, осложненный острым нарушением мозгового кровообращения, вызванным тромбоэмболией в бассейне левой средней мозговой артерии с правосторонним гемипарезом. Диагноз основного заболевания сформулирован на основании данных ЭКГ и особенностей клинического течения, диагноз осложнения – на внезапно появившейся у пациента с трансмуральным инфарктом миокарда общемозговой и очаговой неврологической симптоматике.
P2	-	Развернутый клинический диагноз сформулирован и обоснован верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: упущена одна из локализаций инфаркта миокарда или не указана причина нарушения мозгового кровообращения, или не указан бассейн сосуда, в котором оно произошло, или не указан основной клинический неврологический симптом, или не указаны даты начала основного заболевания и/или присоединившегося его осложнения, или клинический диагноз обоснован неверно.
P0	-	Развернутый клинический диагноз сформулирован и обоснован неверно.

В	2	Укажите наиболее вероятную причину острого нарушения мозгового кровообращения у пациента с трансмуральным инфарктом миокарда. Обоснуйте свой ответ.
Э	-	Наиболее вероятной причиной острого нарушения мозгового кровообращения у пациента с трансмуральным инфарктом миокарда стала тромбоэмболия, развившаяся в результате остро сформировавшейся аневризмы левого желудочка, ставшей источником внутрисполостного тромба - кардиоэмбола.
P2	-	Наиболее вероятная причина острого нарушения мозгового кровообращения у пациента с трансмуральным инфарктом миокарда указана правильно, ответ обоснован верно.
P1	-	Наиболее вероятная причина острого нарушения мозгового кровообращения у пациента с трансмуральным инфарктом миокарда указана правильно, но ответ не обоснован или обоснован не верно.
P0	-	Наиболее вероятная причина острого нарушения мозгового кровообращения у пациента с трансмуральным инфарктом миокарда не указана.
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента с целью уточнения диагноза.
Э	-	Пациенту рекомендовано: Эхо-КГ для выявления остро сформировавшейся аневризмы левого желудочка и возможного флотирующего внутрисполостного тромба, послужившего источником тромбоэмболии в бассейн левой средней мозговой артерии; консультация невролога (определение вида острого нарушения мозгового кровообращения, оценка степени тяжести, назначение дополнительного лечения); осмотр глазного дна (выявление сосудистых изменений); ЭКГ в динамике (регистрация «застывшей» монофазной кривой, типичной для инфаркта миокарда).
P2	-	План дополнительного обследования составлен и обоснован полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования. или Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка (кроме Эхо-КГ) или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано неверно.
P0	-	Не названы один или два дополнительных метода обследования (кроме Эхо-КГ). или Обоснование назначения дополнительного обследования дано неверно. или План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
В	4	В случае подтверждения остро сформировавшейся аневризмы левого желудочка какие другие осложнения могут развиваться у пациента?
Э	-	Возникновение аневризмы значительно ухудшает течение инфаркта миокарда, т.к. наряду с тромбоэмболиями резко увеличивает вероятность развития таких осложнений, как желудочковые аритмии (вплоть до фибрилляции), сердечная недостаточность, тромбоэндокардит, разрыв и тампонада сердца.
P2	-	Другие осложнения перечислены правильно.
P1	-	Другие осложнения перечислены частично правильно.
P0	-	Другие осложнения перечислены неправильно.

В	5	Выберите и обоснуйте тактику ведения пациента с острым трансмуральным инфарктом миокарда переднесептальной области и передней стенки левого желудочка, Killip I (07.12.16), осложненным острым нарушением мозгового кровообращения, вызванным тромбоэмболией в бассейне левой средней мозговой артерии с правосторонним гемипарезом (11.12.16).
Э	-	К лечению аспирином необходимо добавить антикоагулянты непрямого действия (варфарин) с целью профилактики повторного тромбообразования, продолжить терапию вышеуказанными средствами для разрешения инфаркта миокарда и назначить препараты, улучшающие мозговой кровоток, необходимые для эффективной церебропротекции.
P2	-	Выбор и обоснование тактики ведения пациента правильные.
P1	-	Выбор тактики ведения пациента правильный, но не обоснован. или Выбор тактики ведения пациента правильный, но обоснован неверно. или Выбор тактики ведения пациента частично правильный, но обоснован.
P0	-	Выбор тактики ведения пациента полностью неверный.
Н		07
Ф	A/01.7	Оказание медицинской помощи пациенту в неотложной или экстренной формах
Ф	A/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/03.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Пациентка М., 68 лет, 17.01.17. была госпитализирована в кардиологическое отделение стационара в связи с приступами стенокардии, возникающими при меньшей, чем обычной физической нагрузке, подъеме на один лестничный пролет, которые заметно ограничивали привычную физическую активность. Пациентку также беспокоила одышка инспираторного характера при незначительной физической нагрузке, слабость, повышенная утомляемость.</p> <p><u>Из анамнеза заболевания</u> известно, что указанные жалобы у пациентки возникли за 4 месяца до настоящей госпитализации. В 2007 г. ей было проведено аортокоронарное шунтирование. Все это время, до середины сентября 2016 г., самочувствие пациентки было хорошим. Она планово получала бисопролол 10 мг/сут., амлодипин 5 мг/сут., аспирин 75 мг/сут., аторвастатин 20 мг/сут., изосорбида-5 мононитрат пролонгированного действия 50 мг/сут. и нитроглицерин в аэрозоли.</p> <p><u>В анамнезе жизни</u> – отягощенная наследственность по ИБС (инфаркт миокарда) и сахарному диабету по материнской линии, в остальном – без особенностей.</p> <p><u>Объективно</u>: состояние средней степени тяжести; ИМТ=22 кг/м²; кожные покровы и видимые слизистые оболочки чистые, бледные, акроцианоз; кисти и стопы холодные на ощупь, периферические лимфоузлы не увеличены, пастозность голеней; тоны сердца ритмичные, приглушены, чистые, акцент II тона на легочной артерии, ЧСС=PS= 62 в 1 мин., АДd=130/80 мм рт. ст., АДs=128/76 мм рт. ст.; в легких дыхание везикулярное, равномерно ослабленное, хрипов нет, ЧД=19 в 1 мин.; живот мягкий, безболезненный, печень не выступает из под края реберной дуги, селезенка не пальпируется; симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон; физиологические</p>

		отправления в норме. В лабораторных исследованиях: общий анализ крови и мочи без патологии, глюкоза плазмы натощак – 5,8 ммоль/л, общий холестерин 5,9 ммоль/л, холестерин ЛПВП 1,18 ммоль/л, холестерин ЛПНП 3,51 ммоль/л, триглицериды 1,55 ммоль/л, коэффициент атерогенности 4, мочевины 5,2 ммоль/л, креатинин 72 мкмоль/л, АЛТ 22 Ед/л, АСТ 20 Ед/л. Инструментально: на ЭКГ признаки ишемии переднебоковой локализации левого желудочка; при проведении Эхо-КГ – уплотнение стенок аорты, дилатация левого предсердия, сократимость миокарда левого желудочка удовлетворительная, фракция выброса 55%, зоны гипо- и акинезии (дискинезии) не выявлены, гипертрофия левого желудочка, признаков поражения клапанов сердца не выявлено, признаки легочной гипертензии.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	ИБС: стенокардия напряжения, ФК III. Состояние после аортокоронарного шунтирования (2007 г.). ХСН с сохраненной ФВ (55%), стадия II А, ФК III.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: часть нозологий упущена или неверно оценен ФК стенокардии, или неверно оценена стадия ХСН и/или ее ФК.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз ИБС установлен на основании жалоб (приступы стенокардии, возникающие при меньшей, чем обычной физической нагрузке, подъеме на один лестничный пролет, которые заметно ограничивали привычную физическую активность), анамнеза заболевания (аортокоронарное шунтирование в 2007 г.), объективных данных (акроцианоз, кисти и стопы холодные на ощупь, приглушенность тонов сердца), результатов ЭКГ (ишемия переднебоковой локализации левого желудочка). Диагноз ХСН поставлен на основании жалоб (инспираторная одышка при незначительной физической нагрузке, слабость, повышенная утомляемость), анамнеза (ИБС), объективных признаков (акроцианоз, кисти и стопы холодные на ощупь, пастозность голеней, приглушенность тонов сердца, акцент II тона на легочной артерии), результатов Эхо-КГ (дилатация левого предсердия, сохраненная ФВ 55%)
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование одной из нозологических форм. или Обоснование одной из нозологических форм дано неверно.
P0	-	Диагноз обоснован неверно.
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки с целью уточнения диагноза.
Э	-	Пациентке рекомендовано: коронароангиография (по причине возобновившихся тяжелых ангинозных болей с целью оценки коронарных артерий и решения вопроса о целесообразности проведения повторного АКШ или коронарной ангиопластики), суточное мониторирование ЭКГ (диагностика аритмий, нарушений проводимости, новых зон ишемии, оценка эффективности получаемой антиангинальной терапии), рентгенография органов грудной клетки (выявление застойных явлений в

		легких), гликированный гемоглобин (потенциальный скрининг СД 2 типа), натрийуретические гормоны (верификация ХСН, исключение альтернативной причины одышки и определение прогноза), анализ мочи на микроальбуминурию, расчет СКФ (поражение почек при ИБС и ХСН).
P2	-	План дополнительного обследования составлен и обоснован 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 неверно.
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 проводят дифференциальную диагностику стенокардии напряжения?
Э	-	Дифференциальную диагностику стенокардии напряжения проводят с другими хроническими формами ИБС, инфарктом миокарда, расслаивающей аневризмой аорты, тромбоэмболией легочной артерии, перикардитом, миокардитом, инфекционным эндокардитом, приобретенными пороками сердца (аортальный стеноз, митральные пороки, пролапс митрального клапана), гипертрофической и алкогольной кардиомиопатией, АГ, НЦД, пневмонией, плевритом, ГЭРБ, язвенной болезнью, панкреатитом, остеохондрозом грудного отдела позвоночника, соляритом, опухолями сердца.
P2	-	Названы все заболевания.
P1	-	Названы не все заболевания.
P0	-	Заболевания не названы.
B	5	Выберите и обоснуйте тактику ведения пациентки.
Э	-	Пациентке необходима консультация кардиохирурга по результатам коронароангиографии с целью решения вопроса о возможности повторного АКШ или коронарной ангиопластики. В случае выраженного поражения коронарных сосудов и окклюзии всех установленных шунтов кардиохирургические вмешательства нецелесообразны. Пациентке показан плановый прием бисопролола 10 мг/сут. (обеспечивает антиангинальный, антикатехоламиновый эффекты, способствует устранению симптомов, улучшает прогноз), периндоприла 5 мг/сут. (препятствует прогрессированию ремоделирования левого желудочка, поражению органов-мишеней, оказывает протекторное влияние на сосудистую стенку, снижает риск смерти, улучшает клиническое состояние), спиронолактона (эплеренона) 25 мг/сут. под контролем АД и диуреза (блокирует связывание минералокортикоидных рецепторов с альдостероном – ключевым гормоном РААС, участвующим в регуляции АД и патогенезе сердечно-сосудистых заболеваний, препятствует прогрессированию ХСН), розувастатина 10 мг/сут. с динамическим контролем АЛТ, АСТ, КФК и липидного спектра (достижение целевого уровня ХС-ЛПНП < 1,8 ммоль/л или его снижение на 50% и целевого уровня ОХС < 4,0 ммоль/л), аспирин 75 мг/сут. (дезагрегантный эффект),

		триметазида МВ 70 мг/сут. (профилактика приступов стабильной стенокардии, совместно с антиангинальными препаратами способствует суммации антиангинального эффекта). Пациентке предложено: использование продуктов с пониженным содержанием соли, готовка блюд без соли, объем выпиваемой жидкости за сутки менее 2 ^х л, но при этом не менее 1,5 л в сутки.
P2	-	Выбор и обоснование тактики ведения пациентки правильные.
P1	-	Выбор тактики ведения пациентки правильный, но не обоснован. или Выбор тактики ведения пациентки правильный, но обоснован неверно. или Выбор тактики ведения пациентки частично правильный, но обоснован.
P0	-	Выбор тактики ведения пациентки полностью неверный.
Н		08
Ф	A/01.7	Оказание медицинской помощи пациенту в неотложной или экстренной формах
Ф	A/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/03.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациент, 44 лет обратился с жалобами на повышение температуры до 37,8°C, слабость, озноб. Вчера после переохлаждения появилась боль в левой половине грудной клетки при дыхании, движении, кашле. Объективно: незначительная бледность и влажность кожи. ЧСС - 82/мин, сердечные тоны приглушены, систолический шум в области перкуторной абсолютной тупости сердца, АД - 110/70 мм рт ст. В легких везикулярное дыхание Живот мягкий, печень не увеличена, селезенка не пальпируется. Периферических отеков нет. На ЭКГ: ритм синусовый, подъем сегмента ST до 2 мм в большинстве отведений, за исключением V1, aVR, в которых отмечается депрессия сегмента ST на 1 мм. В крови: лейкоциты -16,0x10 ⁹ /л, СОЭ - 12 мм/час.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Острый бактериальный перикардит.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Не указана или указано неверно форма перикардита
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз острого перикардита поставлен на основании симптомов интоксикации, повышения температуры; боли плевро-перикардального характера (связь с дыханием, кашлем), изменений ЭКГ (конкордантный подъем сегмента ST на почти во всех отведениях), умеренный лейкоцитоз.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью: указаны не все имеющиеся признаки острого перикардита
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	Пациенту рекомендовано: проведение эхокардиографии для определения возможного выпота в перикарде, признаков тампонады сердца, а также

		оценки размеров полостей сердца и сократительной способности для исключения сопутствующего миокардита, ЭКГ в динамике, Рентгенография легких для оценки конфигурации сердца и исключения патологии в легких и средостении Анализ крови Маркеры воспаления: С-реактивный протеин, ЛДГ, Маркеры повреждения миокарда (МВ фракция КФК, сердечный тропонин), Маркеры воспаления
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	Препараты каких групп лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.
Э	-	Основой лечения являются: -нестероидные противовоспалительные средства (НПВС), предпочтителен ибупрофен. -колхицин -кортикостероиды при аутоиммунном генезе.
P2	-	Выбраны верные группы препаратов.
P1	-	Выбрана только одна группа препаратов.
P0	-	Ответ неверный: названы другие группы лекарственных препаратов
B	5	Какие хирургические методы лечения применяются? Показания
Э	-	<u>Перикардиоцентез</u> показан: - при клинических симптомах тампонады сердца, - серьезном подозрении на гнойный или опухолевый перикардит, - - при большом или симптоматическом выпоте, не исчезающем на фоне медикаментозного лечения длительностью более недели.
P2	-	Ответ правильный, полный
P1	-	Ответ правильный, но неполный
P0	-	Ответ неверный.

		09
Ф	A/01.7	Оказание медицинской помощи пациенту в неотложной или экстренной формах
Ф	A/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/03.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Мужчина, 36 лет, обратился к врачу с жалобами головокружение, обмороки, часто сочетающиеся с ноющими болями в области сердца; сердцебиением,

		<p>одышкой, связанными с умеренной физической нагрузкой. Боли в области сердца не купируются нитроглицерином, после приема нитроглицерина возникает головокружение, отмечал эпизод обморока. В анамнезе- ОРВИ, ангина. Наследственность: отец умер внезапно в возрасте 45 лет. При объективном обследовании обращает внимание интенсивный систолический шум у левого края грудины в 3 межреберье.</p> <p>Общий анализ крови, кардиоспецифические ферменты, белки острой фазы и маркеры воспаления- без патологии. На ЭКГ- высокие зубцы R в I-м стандартном и левых прекардиальных отведениях в сочетании со снижением интервала S-T и глубокими отрицательными зубцами T в отведениях I I, I I I, aVF, V4-V6, частая желудочковая экстрасистолия.</p> <p>На ЭХОКС- асимметричная гипертрофия межжелудочковой перегородки до 3 см. Отмечается переднее систолическое движение передней створки митрального клапана; касание передней створки митрального клапана с межжелудочковой перегородкой в диастолу; среднее систолическое прикрытие створок аортального клапана; уменьшение размеров полости левого желудочка, расстояния от межжелудочковой перегородки до передней створки митрального клапана в начале систолы; обструкция путей оттока из левого желудочка - градиент давления 70 мм рт ст , увеличение левого предсердия до 5 см.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Асимметричная ГКМП, обструктивная форма, внутрижелудочковая обструкция II степени, стадия декомпенсации, НК NYHA, нарушение ритма сердца – частая желудочковая экстрасистолия, синкопальные состояния (обмороки), вероятно, семейный вариант.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	<p>Диагноз установлен на основании</p> <ul style="list-style-type: none"> - клинических проявлений заболевания (головокружение, обмороки, боли в области сердца; сердцебиение, одышка, плохая переносимость нитроглицерина); - отягощенной наследственности (внезапная смерть у отца); - данных ЭКГ(высокие зубцы R в I-м стандартном и левых прекардиальных отведениях в сочетании со снижением интервала S-T и глубокими отрицательными зубцами T в отведениях I I, I I I, aVF, V4-V6); - данных ЭХОКГ (асимметричная гипертрофия межжелудочковой перегородки, переднее систолическое движение передней створки митрального клапана; касание передней створки митрального клапана с межжелудочковой перегородкой в диастолу; среднее систолическое прикрытие створок аортального клапана; уменьшение размеров полости левого желудочка, расстояния от межжелудочковой перегородки до передней створки митрального клапана в начале систолы; обструкция путей оттока из левого желудочка).
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	<p>Диагноз обоснован не полностью:</p> <p>отсутствует обоснование одной из нозологических форм или метаболического синдрома.</p> <p>или</p> <p>Обоснование одной из нозологических форм или метаболического синдрома дано неверно.</p>
P0	-	Обоснование двух и более нозологических форм дано неверно.

		или Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента и консультаций специалистов для уточнения нозологической формы заболевания (этиологии)
Э	-	1. Медико-генетическое консультирование 2. Исследование функции почек и печени 3. Исследование КФК плазмы 4. Исследование активности альфа-галактозидазы А 5. Определение легких цепей иммуноглобулинов, электрофорез плазмы и мочи 6. Глюкоза натощак 7. Лактат плазмы 8. Консультация кардиохирурга
P2	-	План составлен полностью верно.
P1	-	Указано 3 пункта из 7.
P0	-	План ведения составлен полностью неверно.
В	4	Какое медикаментозное лечение необходимо назначить пациенту?
Э	-	1. Не-вазолилатирующие β-блокаторы в максимально переносимой дозе 2. При недостаточной эффективности β-блокаторов назначить дизопирамид 3. При непереносимости или неэффективности β-блокаторов назначить верапамил с осторожным постепенным увеличением дозы
P2	-	Указаны 3 пункта
P1	-	Указано не менее 1 пункта
P0	-	Препараты указаны не верно
В	5	Какие препараты противопоказаны (ухудшают состояние пациента)
Э	-	1. сердечные гликозиды 2. вазодилататоры
P2	-	Указаны обе группы
P1	-	Указана одна группа
P0	-	Указано не верно.
Н		10
Ф	A/01.7	Оказание медицинской помощи пациенту в неотложной или экстренной формах
Ф	A/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/03.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения

Ф	A/01.7	Оказание медицинской помощи пациенту в неотложной или экстренной формах
Ф	A/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/03.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ

		ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Женщина 54 лет доставлена в приемный покой бригадой скорой медицинской помощи в состоянии шока.</p> <p>В анамнезе протезирование правого тазобедренного сустава полгода назад. В течение последних двух недель нарастающая одышка, кровохарканье, появление отеков на нижних конечностях, особенно справа, субфебрильная температура. Час назад появилась боль за грудиной, усилилась одышка, слабость.</p> <p>При объективном обследовании: состояние тяжелое, кожные покровы бледные, температура тела 37,4 град. Границы сердца расширено вправо на 1 см от правого края грудины. Тоны сердца глухие, ритмичные 100 в мин. В легких крепитация в нижних отделах справа. Одышка 24 в мин. SpO2 85%. Артериальное давление- 80/60 мм рт ст. Печень увеличена. Болезненна при пальпации. Отеки нижних конечностей, больше справа.</p> <p>В анализах крови- лейкоцитоз до 10*10⁹, увеличение СОЭ до 30 мм/час, 5-кратное увеличение, АсАТ, АлАт,10-кратное увеличение тропонина Т, креатинин крови-240 мкм/л</p> <p>На ЭКГ –синусовая тахикардия 100 в мин, перегрузка правого предсердия и правого желудочка: SI-QIII,, глубокий S и отрицательные зубцы T с V1 по V6.</p> <p>По данным ЭХОКГ- признаки дилатации, перегрузки правого желудочка, давление в легочной артерии 70 мм рт.ст.</p> <p>На рентгенограмме грудной клетки-динамическая нерезкость (больная не задерживает дыхание), инфильтрация в нижнем легочном поле справа</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Тромбофлебит вен правой нижней конечности, осложненный массивной тромбоэмболией легочной артерии, инфаркт-пневмонией правого легкого (нижней доли?), шоком. Острое прerenальное повреждение почек
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью, не указана часть осложнений.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	<p>Диагноз установлен на основании</p> <ul style="list-style-type: none"> -наличия в анамнезе протезирования тазобедренного сустава-высокий риск ТЭЛА - признаков тромбофлебита вен правой нижней конечности (асимметричный отек); - клинико-инструментальные данные, характерные для тромбоэмболии (нарастание одышки, правожелудочковой недостаточности – расширение границ сердца вправо, отеки на нижних конечностях, увеличение печени, - развитие шока, падение сатурации крови - SpO2 85%., признаки острой перегрузки правых отделов сердца по данным ЭКГ и ЭХОКГ, высокое давление в легочной артерии и повреждения миокарда, на которое указывает повышение тропонина). - признаков инфаркт-пневмонии (одышка, кровохарканье, повышение температуры тела, лейкоцитоз,наличие признаков инфильтрации на рентгенограмме легких).
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью: Диагностирована тромбоэмболия легочной артерии, но отсутствует обоснование инфаркт-пневмонии, или не учтен высокий риск тромбоэмболии легочной артерии при протезировании тазобедренного сустава в анамнезе, или не диагностирован тромбофлебит вен правой нижней конечности.

P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
B	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента
Э	-	1. МСКТ легочных артерии с контрастированием 2.УЗИ вен нижних конечностей
P2	-	План составлен полностью верно.
P1	-	Указано только МСКТ легочных артерии с контрастированием или только .УЗИ вен нижних конечностей
P0	-	План ведения составлен полностью неверно.
B	4	Какое лечение необходимо назначить пациенту?
Э	-	1. Системный тромболизис 2. При доказанном тромбофлебите вен нижних конечностей- консультация ангиохирурга с решением вопроса об оперативном лечении. 3.Вазопрессивные препараты (добутамин, допамин) 4.оксигенотерапия 5 контроль в динамике гемокоагуляции и назначение антикоагулянтной терапии (гепарины) 6. При неэффективности системного тромболизиса-чрезкожная катетерная эмболэктомия или фрагментация тромба, или хирургическая эмболэктомия 7.Антибактериальная терапия
P2	-	Указаны все пункты
P1	-	Указаны 1 и 2 пункты
P0	-	Не указан первый или 2 пункты
B	5	Наиболее вероятные осложнения и исходы данного клинического случая
Э	-	1. Посттромбоэмболическая легочная гипертензия 2.Рецидив тромбоэмболии легочной артерии 3. Осложнения тромболитической и антикоагулянтной терапии 4.Осложнения пневмонии 5.Прогрессирующая острая почечная недостаточность 6. летальный исход
P2	-	Указано не менее 5 пунктов
P1	-	Указано не менее 3 пунктов
P0	-	Указано менее 3 пунктов
Н		011
Ф	A/01.7	Оказание медицинской помощи пациенту в неотложной или экстренной формах
Ф	A/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/03.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У		Пациент 54 лет поступил в приемный покой стационара с жалобами на общую слабость, потливость, одышку при физической нагрузке, повышение температуры тела до 39 град., редкий малопродуктивный кашель со слизисто-гноной мокротой. В анамнезе –деформирующий артрит правого коленного сустава, развившийся после травмы, с хроническим рецидивирующим течением. Месяц назад была выполнена внутрисуставная инъекция дипроспана, после введения отмечалось нарастание болевого синдрома, отек и гиперемия коленного сустава. В течение последней недели самочувствие ухудшилось, выполнена в поликлинике флюорография легких,

		<p>на которой выявлена двусторонняя полисегментарная пневмония, по поводу которой госпитализирован.</p> <p>При поступлении состояние тяжелое, температура 39,5 град., кожные покровы и слизистые иктеричные, бледные, периферические лимфатические узлы не увеличены, в легких в нижних отделах с обеих сторон выслушиваются обильные разнокалиберные влажные хрипы. Границы сердца расширены до левой средней ключичной линии, тоны глухие, ритмичные, 100 в мин., выслушивается диастолический шум на аорте, артериальное давление 120/40 мм рт ст, видимая пульсация общих сонных артерий- «пляска каротид», Частота дыхания 22-24 в мин, SpO2-96% Печень увеличена, болезненна. Пальпируется нижний полюс селезенки. Правый коленный сустав отечный, гиперемированный, болезненный при пальпации, движение в нем вызывает резкую боль. В течение суток не было мочи, катетером спущено 150мл мутной мочи.</p> <p>При лабораторном исследовании выявлен нейтрофильный лейкоцитоз до $30 \cdot 10^9/\text{л}$, со сдвигом формулы влево до мелоцитов, СОЭ-50 мм/час. Мочевой осадок представлен единичными неизменными эритроцитами (до 10 в поле зрения), гиалиновыми (2-3-2) и зернистыми (3-4-3) цилиндрами, массивная протеинурия – 1,91 г/л. Креатинин крови 933 мкмоль/л, мочевины 21 ммоль/л), повышен уровень С-реактивного белка (10 мг/л). Расчетная скорость клубочковой фильтрации по СКД-EPI и MDRD – 6 мл/мин. Экспресс-тест на кардиоспецифические ферменты: миоглобин «++», тропонин «-», КФК МВ «-».</p> <p>На ЭКГ ритм синусовый, частая желудочковая экстрасистолия, признаки гипертрофии левых отделов сердца. На цифровой флюорографии легких определялась инфильтрация сливного характера по всем легочным полям левого легкого, справа перибронхиальная в прикорневой зоне. Синусы свободны. Сердечная тень увеличена за счет левого желудочка. ЭХОКГ выявила недостаточность аортального клапана с регургитацией 2 степени, рыхлые вегетации.</p> <p>Травматологом выполнена пункция правого коленного сустава, полученной, произведено дренирование полости сустава.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Гнойный гонит справа, осложненный вторичным острым инфекционным эндокардитом с поражением аортального клапана: аортальная недостаточность с регургитацией 2 степени; двусторонняя полисегментарная пневмония в верхней и нижней долях левого и нижней доле правого легких тяжелого течения; септический нефрит, острое повреждение почек. Септический гепатит, спленит
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью, не указана часть осложнений.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Основное заболевание - гнойный гонит, спровоцированный внутрисуставным введением кортикостероидных гормонов, что подтверждает результат пункции. Осложнение- инфекционный эндокардит с поражением аортального клапана (характерная аускультативная картина- диастолический шум на аорте, большое пульсовое давление, «пляска каротид»), аортальная регургитация и вегетации по данным ЭХОКГ. Септический характер заболевания подтверждает лихорадка, нейтрофильный лейкоцитоз, полиорганное септическое поражение (печени, селезенки, почек, легких) с нарушением функции печени (желтуха), почек (острая почечная недостаточность).

P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью: не указаны все проявления инфекционного эндокардита или не обоснован вторичный его характер.
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
B	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента
Э	-	1. Культура крови с исследованием на чувствительность к антибиотикам, культуральное, серологическое, иммуногистологическое исследования и полимеразная цепная реакция (ПЦР) хирургического материала 2. Исследование на ВИЧ
P2	-	План составлен полностью верно.
P1	-	Указано только культуральное исследование крови или только исследование хирургического материала.
P0	-	План ведения составлен полностью неверно.
B	4	Основные принципы лечения
Э	-	1. «Командное лечение»- участие врачей различных специальностей: кардиологов, кардиохирургов, инфекционистов, микробиологов, невропатологов, нейрохирургов, а также использование таких методов диагностики, как ЭхоКГ, магнитно-резонансная томография (МРТ), мультиспектральная компьютерная томография (МСКТ), радионуклидная визуализация. 2. хирургическое лечение первичного септического очага- в данном случае гнойного гонита 3. Эмпирическая антибактериальная терапии до получения результатов микробиологического исследования 4. Антибактериальная терапия с учетом чувствительности после получения результатов микробиологического исследования
P2	-	Указаны все пункты
P1	-	Указаны 1 и 2 пункты
P0	-	Не указан первый или 2 пункты
B	5	Показания к кардиохирургическому вмешательству
Э	-	1. Сердечная недостаточность вследствие выраженной регургитации или обструкции с симптомамисердечной недостаточности или эхокардиографическими признаками нарушенной гемодинамик;; отек легких или кардиогенный шок. 2. Неконтролируемая инфекция: локальный абсцесс, ложная аневризма, фистула, растущие вегетации; инфекция грибами или мультирезистентными микроорганизмами; персистирующая позитивная культура крови, несмотря на адекватную антибиотикотерапию и контрольсептических метастатических очагов; эндокардит искусственных клапанов, вызванный стафилококками или не-НАСЕК грамотрицательными бактериями. 3. Профилактика эмболий: эндокардит аортального или митрального клапанов с персистирующими вегетациями более 10мм после 1 и более эмболических эпизодов. Несмотря на адекватную терапию; эндокардит аортального или митрального клапанов с изолированными вегетациями более 30 мм.
P2	-	Указано 3 пункта
P1	-	Указано не менее 2 пунктов
P0	-	Указано менее 2 пунктов

		012
Ф	A/01.7	Оказание медицинской помощи пациенту в неотложной или экстренной

		формах
Ф	A/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/03.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Мужчина, 42 лет, поступил с жалобами на ночные поты, одышку при физической нагрузке, сердцебиение, субфебрильную лихорадку до 37,9°C, выраженную слабость. Подъемы температуры до 37,5°C по вечерам отмечает около 2-х месяцев. В анамнезе жизни больше 2-х месяцев назад – самостоятельное вскрытие фурункула в области шеи, к врачам не обращался. Поводом обращения к врачу послужило нарастание одышки и резкой слабости.</p> <p>При осмотре выявлено: в сознании; кожные покровы бледные, чистые; легкий цианоз губ; пониженного питания. В нижних отделах легких с обеих сторон выслушиваются влажные хрипы, ЧД = 24/мин. Тоны сердца ритмичные, выслушивается диастолический шум на аорте (во II межреберье справа от грудины) и в точке Боткина (в III–IV межреберье у левого края грудины) и проводится на верхушку сердца, ослабление II и I тонов сердца. АД125/50 мм.рт.ст., ЧСС 92 в 1 мин. Отеков на ногах нет. Пальпируется увеличенная селезенка (+ 1 см из-под реберной дуги). Печень не увеличена. Живот мягкий, безболезненный.</p> <p>При дообследовании: Положительная гемокультура из двух отдельных проб крови (streptococcus viridians) В общем анализе крови Нб 88г/л; Le 13*10⁹; П5, С81, Л 9, М 5, Соэ 38 мм/час. В общем анализе мочи - белок 0,33 г/л, эритроциты до 12 в поле зрения. По ЭХО-КГ: МВ на аортальном клапане</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Инфекционный эндокардит, подострого течения, вероятно, стрептококковой этиологии. Недостаточность аортального клапана. II ПАст.(ПФК по NYHA). Анемия средней степени тяжести. Гломерулонефрит.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: не указан какой порок сформировался или неверно указана степень недостаточности кровообращения или не указана развившаяся анемия.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	<p>Диагноз инфекционного эндокардита установлен на основании жалоб больного на одышку, сердцебиение, длительный субфебрилитет, потливость; данных анамнеза жизни (более 2-х месяцев назад самостоятельно вскрыл фурункул на шее). Предположение о подостром течении заболевания основано на данных о продолжительности болезни более 2 мес.</p> <p>ИЭ характерны спленомегалия, анемия, нередко развитие очагового гломерулонефрита(изменения в мочевом осадке).</p>
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: отсутствует указание на поражение аортального клапана.

		или не отмечены спленомегалия, анемия, гломерулонефрит.
P0	-	Обоснование характера поражения аортального клапана и изменений мочевого осадка дано неверно. или диагноз обоснован полностью неверно.
B	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	Пациенту рекомендовано: неоднократные посевы крови: 4 забора в течение 48 час, желательно до назначения антибактериальной терапии (при правильном заборе крови возбудитель выявляется в 85% случаев); проведение ЭХО-КГ для обнаружения поражения эндокарда (вегетаций на аортальном клапане, а возможно и на других клапанах, признаков клапанной регургитации, определения степени разрушения аортального клапана, исключение перфорации и надрыва аортального клапана и подклапанных структур; ЭКГ для выявления возможных аритмий. Консультация кардиохирурга
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования для назначения ЭХО-КГ. или не указана кратность забора крови на посев .
P0	-	Не названы все три дополнительных метода обследования. или обоснование назначения ЭХО-КГ, ЭКГ и посевов крови дано неверно. или план дополнительного обследования составлен полностью неверно.
B	4	Какие большие критерии ИЭ присутствуют у пациента?
Э	-	Положительная гемокультура из двух отдельных проб крови типичных микроорганизмов (<i>streptococcus viridans</i>), Характерные эхокардиографические признаки поражения эндокарда (МВ на аортальном клапане).
P2	-	Выбор правильно обоснован. Все критерии названы верно. антибиотики выбраны верно.
P1	-	Большие критерии ИЭ у пациента названы верно, однако антибиотики выбраны неверно. или Антибиотики выбраны правильно, но неверно указаны дозы и продолжительность лечения.
P0	-	Большие критерии ИЭ у пациента названы полностью неверно
B	5	Какой антибиотик может быть назначен у пациента до получения посева крови? Обоснуйте свой выбор.
Э	-	Наиболее вероятные входные ворота у пациента – гнойный очаг (фурункул на шее, вскрытый больным самостоятельно), положительная гемокультура (<i>streptococcus viridans</i>), для которого характерно изначально подострое затяжное течение. Особенностью антибактериальной терапии ИЭ является раннее и длительное (не менее 4-6 нед.) назначение больших доз двух антибиотиков. Эмпирически у пациента может быть назначен

		ампициллин\сульбактам 12г/сут в/в в 4 приема или амоксициллин\клавуланат 3мг/кг/сут в сочетании с амикацином, с учетом скорости клубочковой фильтрации. При непереносимости в-лактамовых антибиотиков - ванкомицин 30мг/кг/сут в/в в 2 приема в сочетании с гентамицином 3мг/кг/сут в/в или в/м в 2-3 приема + левофлоксацин 1000 мг/сут перорально в 2 приема
P2	-	Выбраны верные антибиотики, их дозы и возможная последовательность назначения. Выбор правильно обоснован.
P1	-	Антибиотики выбраны правильно, однако последовательность выбора неверна или антибиотики выбраны правильно, но неверно указаны дозы и продолжительность лечения. Обоснование выбора верное.
P0	-	Ответ неверный: антибиотики выбраны неправильно
H		013
Ф	A/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/03.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Женщина, 59 лет, обратилась к врачу с жалобами на одышку при ходьбе в обычном темпе, периодически сердцебиение, которые беспокоят в течение 3-х месяцев. В анамнезе: перенесла не-Q инфаркт миокарда около 3-х лет назад. Постоянно принимает кардиомагнил 75мг/сут., периодически метопролола сукцинат 25мг/сут.. Приступов стенокардии не отмечает. Последнее посещение участкового врача – 5 мес. назад. Семейный анамнез: старшая сестра умерла в 63 лет от инфаркта миокарда. При осмотре: состояние удовлетворительное, кожные покровы чистые, легкий цианоз губ. ИМТ – 26 кг/м ² . В легких над всеми легочными полями везикулярное дыхание, хрипов нет, число дыханий 20/мин. Тоны сердца приглушены, ЧСС = PS = 84/ мин. АД – 115/75 мм рт. ст. Периферических отеков нет. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень не увеличена, селезенка не пропальпирована. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. В анализах: общий холестерин – 6,5 ммоль/л, ТГ – 1,9 ммоль/л, ХС -ЛПНП – 4,2 ммоль/л;
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	ИБС: постинфарктный кардиосклероз (инфаркт миокарда 3 года назад). Гиперхолестеринемия ХСН II А(II ФК NYHA).
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: неверно оценена стадия недостаточности кровообращения или неверно указана ее классификация по NYHA.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.

В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз ишемической болезни сердца (ИБС) поставлен на основании жалоб больной на одышку при ходьбе в обычном темпе, периодически сердцебиение, данных анамнеза (неQ инфаркт миокарда около 3-х лет назад). Диагноз хронической сердечной недостаточности и ее стадия установлен на основании жалоб пациентки на одышку при обычной ходьбе и увеличении числа дыханий до 20/мин. при осмотре.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: обоснование стадии ХСН дано неверно или неверно указана ее классификация по NYHA
P0	-	Обоснование ИБС и ХСН дано неверно. или диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки
Э	-	Пациентке рекомендовано: проведение суточного мониторирования ЭКГ, уточнение наличия или отсутствия нарушений ритма; проведение ЭКГ; проведение ЭХО-КГ для оценки размеров полостей и толщины стенок миокарда, систолической функции левого желудочка, наличия зон акинезий и дискинезий; возможна чреспищеводная ЭХО-КГ для исключения тромба в левом предсердии.
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования для проведения суточного мониторирования ЭКГ или не названа чреспищеводная ЭХО-КГ или нет обоснования для ЭХО-КГ
P0	-	Не названы ЭХО-КГ, суточное мониторирование ЭКГ, чреспищеводная ЭХО-КГ или обоснование назначения ЭХО-КГ, суточного мониторирования ЭКГ, чреспищеводной ЭХО-КГ неверны. или план дополнительного обследования составлен полностью неверно.
В	4	Препараты какой группы и в какой дозе Вы бы рекомендовали пациентке. Обоснуйте свой выбор.
Э	-	Продолжить прием метапролола сукцината (бета-адреноблокатора). Выбор препарата основан на его свойстве урезать ЧСС не только в покое, но и при физической нагрузке. Данная группа препаратов показана и для лечения ХСН. Добавить ингибитор АПФ - «золотой» стандарт лечения ХСН. Рамиприл и периндоприл обладают противоишемическим действием. Целевые дозы для них - 10 мг/сут.(избегать гипотензии!). Статины (аторвастатин 40 мг/сут. или розувастатин 20 мг/сут.), дозы статинов могут титроваться и выше до достижения ХС-ЛПНП менее 1,8 ммоль/л или при невозможности достижения этого уровня - снижение исходного ХС-ЛПНП на 50%. Статины замедляют рост атеросклеротических бляшек или полностью его прекращают, стабилизируют нестабильные бляшки.
P2	-	Выбраны верные группы препаратов, выбор правильно обоснован.
P1	-	Выбраны правильные группы препаратов, однако не обоснован их выбор.

		или не назначены ИАПФ, обоснование для назначения бета-блокаторов верное.
P0	-	Ответ неверный: неверно выбраны и неправильно обоснованы группы препаратов.
B	5	Через 2 недели назначенной терапии (метопролола сукцинат 25 мг/сут, рамиприл 2,5 мг/сут, кардиомагнил 75 мг/сут., розувастатин 20мг/сут.+ диета с ограничением соли до 5.0 г/сут. уменьшилась одышка, ЧСС = PS = 80/мин., АД 110/75 мм рт.ст., ХС ЛПНП 2,3 ммоль/л). Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.
Э	-	Оставить терапию без изменений, продолжить динамическое наблюдение. Через 1 мес.- контроль ХС ЛПНП, если целевой уровень (1,8ммоль/л) не будет достигнут, возможно увеличение дозы розувастатина до 40 мг/сут., при отсутствии гипотензии- увеличить дозу рамиприла до 5 мг/сут. Через 1 мес. ХС-ЛПНП 1,8 ммоль/л (целевой уровень) - розувастатин оставлен в дозе 20 мг/сут. Рамиприл - 2,5 мг/сут, т.к. попытки увеличить дозу приводили к гипотензии.
P2	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обосновано достижение целевого уровня ХС-ЛПНП менее 1,8 ммоль.
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.

		014
Ф	A/01.7	Оказание медицинской помощи пациенту в неотложной или экстренной формах
Ф	A/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/03.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Мужчина 75 лет</p> <p>В течение 2 лет отмечает появление головокружения, слабости, эпизодов «потемнения в глазах», пошатывание при ходьбе. Ухудшение самочувствия за последние 2 месяца: появились кратковременные синкопальные состояния, Дважды по «скорой» регистрировались приступы мерцания предсердий, купирующиеся самостоятельно.</p> <p>При осмотре: Состояние ближе к удовлетворительному. Кожные покровы чистые, обычной окраски и влажности. Периферические л/у не увеличены безболезненные. При аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 16 в мин. Тоны сердца аритмичны ЧСС ≈ 50 уд\мин, приглушены. АД 160\70 мм рт ст. D=S. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень у края реберной дуги, не увеличена. Симптом поколачивания по пояснице отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме. ИМТ – 32 кг\м2.</p> <p>В анализах: глюкоза крови натощак - 4,9 ммоль/л, общий холестерин – 7.0 ммоль/л, ТГ – 4.5 ммоль/л, ХС-ЛПНП – 3.5 ммоль/л; креатинин – 95мкмоль/л, СКФ (по формуле СКD-EPI) = 68,3 мл\мин, мочевая кислота – 290 мкмоль/л.</p> <p>ЭКГ: Синусовая брадиаритмия 50-58 уд\мин. Диффузные изменения</p>

		миокарда.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Синдром слабости синусового узла. Синдром тахи-бради: синусовая брадикардия, пароксизмальная мерцательная аритмия. Приступы МЭС. Артериальная гипертония II стадии, II степени, риск 4. ХСН 0 Ожирение 1ст смешанного генеза. Гиперлипидемия.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: часть нозологий упущена или неверно оценены стадии и/или степень артериальной гипертонии;
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Синдром слабости синусового узла выставлен на основании данных анамнеза, брадиаритмии при осмотре и по данным ЭКГ. Диагноз артериальной гипертонии (АГ) установлен на основании данных анамнеза (повышение АД отмечается в течение 4 лет) Степень АГ основана на показателях АД, полученных при измерении во время осмотра. Стадия АГ установлена на основании наличия сопутствующей патологии. Степень риска ССО поставлена на основании наличия брадиаритмии и ожирения. Диагноз ожирения выставлен на основании ИМТ – 32. Гиперлипидемия – на основании повышения уровня холестерина, ТГ и повышения уровня ЛПНП.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: отсутствует обоснование одной из нозологических форм. или Обоснование одной из нозологических форм 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: проведение суточного мониторирования ЭКГ, электрофизиологическое исследование (ЧПЭС), суточного мониторирования АД для оценки стабильности повышения АД, циркадного ритма АД, проведение ЭХО-КГ для оценки состояния стенок миокарда, диастолической и систолической функции; консультация кардиохирурга, консультация окулиста для осмотра глазного дна (наличия гипертонической офтальмопатии), консультация и дообследование у эндокринолога (наличие ожирения)
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 антигипертензивных лекарственных средств Вы бы

		рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.
Э	-	Ингибиторы АПФ или антагонисты рецепторов к ангиотензину II.
P2	-	Выбраны верные группы антигипертензивных препаратов выбор правильно обоснован.
P1	-	Выбраны правильные группы антигипертензивных препаратов, однако выбор не обоснован. или Выбрана только одна группа препаратов, обоснование выбора данной группы верное.
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие группы антигипертензивных лекарственных препаратов, кроме ингибиторов АПФ и антагонистов рецепторов к ангиотензину II.
В	5	Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.
Э	-	При подтверждении диагноза показана имплантация ИВР, т.к. это единственный способ сохранить пациенту жизнь при наличии у него синдрома слабости синусового узла.
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.
Ревматические олезни		

		015
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У		<p>Больная П., 32 года, предъявляет жалобы на боли и припухлость суставов кистей и стоп, лучезапястных суставов, ограничение их подвижности, утреннюю скованность около 1 часа. Считает себя больной в течение последних 6 месяцев, когда впервые появилась общая слабость, похудание, ухудшение сна, аппетита, повышение температуры до 37,3–37,5°C. В последние 2 месяца присоединились боли в локтевых суставах.</p> <p>Объективно: общее состояние удовлетворительное. Правильного телосложения, пониженного питания. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Пястно–фаланговые и проксимальные межфаланговые суставы кистей рук отечные, болезненные при пальпации, движения в них ограничены. Отмечается ограничение подвижности из–за болезненности в межфаланговых суставах. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Перкуторно над легкими легочный звук, дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца звучные, ритм сердечной деятельности правильный. Пульс 82 в 1 мин., удовлетворительного наполнения. АД 130/80 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется.</p> <p>Рентгенограмма кистей: эпифизарный остеопороз, умеренное сужение суставных щелей в пястно–фаланговых и проксимальных межфаланговых суставах II–IV пальцев, единичные узурь.</p> <p>Анализ крови: HGB (гемоглобин) – 130 г/л, RBC (эритроциты) – $3,7 \times 10^{12}$/л, MCH – 35 пг; WBC (лейкоциты) – $8,4 \times 10^9$/л, Э – 1%, П – 4%, С – 66%, Л – 24%, М – 5%, СОЭ – 40 мм/ч, СРБ – 20 мг/л; α_2–глобулины до 15%</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный предварительный диагноз.
Э		<p>Ревматоидный артрит, полиартрит с множественным поражением суставов рук и ног, серонегативный?, ранняя стадия, активность II, эрозивный (Ro–стадия II), НФ 2; анемия хронического заболевания? легкая; не исключается вторичный остеопороз.</p>
P2		Диагноз поставлен верно.

P1	—	<p>Диагноз поставлен не полностью: часть нозологий упущена или неверно оценены активность, клиническая и рентгенологическая стадии заболевания; неверно оценена степень тяжести анемии.</p>
P0	—	<p>Диагноз поставлен неверно.</p>
B	2	<p>Обоснуйте поставленный Вами диагноз.</p>
Э	—	<p>Диагноз раннего ревматоидного артрита (РА) установлен на основании наличия всех его 3 критериев: утренняя скованность > 30 мин, 3 и более припухших суставов (кисти, стопы, лучезапястные суставы), симметричность деформационного поражения пястно-фаланговых и проксимальных межфаланговых суставов кистей. Полиартрит установлен в связи с поражением >3 суставов. До получения результатов исследования сыворотки крови на IgM-ревматоидный фактор заболевание описывается как серонегативное. Ранняя стадия установлена в связи с 6-месячной длительностью заболевания (6–12 месяцев), активность II (до подсчета индекса DAS–28) определена по числу вовлеченных отечных и болезненных суставов и по уровням СРБ/СОЭ. Эрозивная стадия заболевания подтверждена наличием II рентгенологической стадии (умеренное сужение суставных щелей и единичные узур в мелких суставах кистей). Функциональный класс II установлен на основании сохранения способности к самообслуживанию и временной утратой профессиональной трудоспособности. Диагноз анемии I степени связан со снижением содержания эритроцитов крови до $3,7 \times 10^{12}/л$, сочетание с наличием активности основного заболевания не исключает ее генез как анемии хронического заболевания. Рентгенологические данные эпифизарного остеопороза у пациентки с РА позволяют заподозрить наличие вторичного остеопороза.</p>
P2	—	<p>Диагноз обоснован верно.</p>

P1	—	<p>Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование стадий или активности процесса или анемии или обоснование ранней стадии ревматоидного артрита или анемии дано неверно.</p>
P0	—	<p>Обоснование двух и более нозологических форм дано неверно. или Диагноз обоснован полностью неверно.</p>
B	3	<p>Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.</p>
Э	—	<p>Пациентке рекомендовано: общий анализ мочи, креатинин (для уточнения поражения почек и оценки безопасности назначения НПВП и базисной терапии заболевания); гаптоглобин, фибриноген, расчет индекса DAS-28 (для оценки активности процесса); IgM-ревматоидный фактор, антитела к цитруллинированным белкам – Ab-CCP (антитела к циклическому цитруллинированному пептиду) и Ab-MCV (антитела к модифицированному цитруллинированному виментину) – для оценки серопозитивности заболевания; кальций, крови, остеоденситометрия (подтверждение наличия вторичного остеопороза); консультация ЛОР-врача и стоматолога (наличие очагов инфекции); ФЛГ грудной клетки в 4 проекциях, ЭКГ, ФГДС+ исследование на <i>H. pylori</i> (1 раз в год) (профилактика и диагностика НПВП – гастродуоденопатии); фолиевая кислота крови, ферритин крови (подтверждение генеза анемии как обусловленного хроническим заболеванием)</p>
P2	—	<p>План дополнительного обследования составлен полностью верно.</p>

P1	—	<p>План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования.</p> <p>или</p> <p>Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.</p>
P0	—	<p>Не названы три и более дополнительных метода обследования.</p> <p>или</p> <p>Обоснование назначения трех и более методов обследования дано неверно.</p> <p>или</p> <p>План дополнительного обследования составлен полностью неверно.</p>
B	4	<p>Что бы Вы рекомендовали пациенту для лечения данной патологии? Обоснуйте свой выбор.</p>
Э	—	<p>Временная утрата трудоспособности: режим полупостельный, стол 15, богатый кальцием, мелоксикам 7,5 мг 2 раза в сутки после еды (как нестероидный противовоспалительный препарат) + преднизолон 10 мг после завтрака (как мост-терапия при активном раннем РА) + метотрексат 15 мг 1 раз неделю внутримышечно (по понедельникам) (базисная терапия первого ряда) + после забора крови на концентрацию фолата – фолиевая кислота 5 мг сутки (вторник-воскресенье) (профилактика фолиево-дефицитной анемии на фоне приема антиметаболита – метотрексата) + крем долгит на пораженные суставы 2 раза в сутки (местная терапия нестероидным противовоспалительным препаратом) + кальций Д3 1 таблетка 2 раза в сутки (профилактика остеопороза) + панангин 2 таблетки 3 раза в сутки (профилактика гипокалиемии на фоне применения преднизолона) + ЛФК</p>
P2	—	<p>Терапия представлена в полном объеме, выбор правильно</p>

		обоснован.
P1	—	Представлен полный объем терапии, однако выбор не обоснован. или Дан не исчерпывающий объем терапии, обоснование выбора неверное.
P0	—	Ответ неверный.
B	5	Какие базисные препараты могут использоваться при непереносимости метотрексата у данной пациентки? Обоснуйте Ваш выбор.
Э	—	При непереносимости метотрексата могут использоваться другие базисные препараты первой линии – лефлуномид и сульфосалазин, а при наличии факторов неблагоприятного прогноза (IgM–PФ+/Ab–ССР+, раннее появление эрозий, быстрое прогрессирование, высокая активность РА) показаны генно–инженерные биологические препараты (адалimumаб – хумира – анти – ФНО–альфа)
P2	—	Тактика лечения выбрана верно.
P1	—	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.
P0	—	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.

		016
И	—	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	—	Больной В., 36 лет, каменщик, поступил в гастроэнтерологическое отделение с жалобами на затруднение прохождения пищи по пищеводу, ощущение онемения губ, кончика языка, стянутости кожи, «трудно открыть рот», похудание, чередование запоров и поносов. При расспросе выяснено, что до

		<p>появления вышеуказанных жалоб в течение нескольких лет отмечал отечность кистей рук, их онемение, иногда сопровождавшееся болями в пальцах. К врачу не обращался, так как связывал эти явления с профессиональными факторами (работа на открытом воздухе, контакт с раствором). Позднее начал отмечать выпадение волос и деформацию ногтей, боли в мелких суставах кистей, появление на коже участков депигментации и болезненных уплотнений в мышцах, общую слабость, повышенную мышечную утомляемость и одышку при физической нагрузке, отмечалось проходящее повышение АД, изредка перебои в работе сердца. При амбулаторном обследовании в общем анализе мочи однократно выявлялась небольшая протеинурия без изменений относительной плотности и мочевого осадка, рентгенологически в легких выявлялся двусторонний базальный легочный фиброз.</p> <p>Объективно: пониженного питания. Кожные покровы бледноватой окраски. Гиперпигментация открытых участков тела в сочетании с зонами депигментации, кожа сухая. Лицо амимично, губы тонкие. Кожа в области тыла кистей истончена, выражен сосудистый рисунок. На пальцах кожа натянута, сглажена – «симптом муляжных пальцев». Отмечается укорочение и истончение кончиков пальцев рук, легкая сгибательная контрактура. Трофические изменения волос и ногтей. Гипотрофия мышц конечностей. Над легкими перкуторный звук с коробочным оттенком. Дыхание везикулярное ослабленное. ЧД – 20 в 1 мин. Границы относительной сердечной тупости смещены влево на 1 см. Тоны сердца приглушены, нерезкий акцент II тона над аортой, единичные экстрасистолы. ЧСС – 88 в 1 мин. АД – 160/90 мм.рт.ст. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии. Печень + 1 см из–под края реберной дуги.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный предварительный диагноз.

Э	—	<p>Системная склеродермия, диффузная форма, подострого течения, II стадия, с поражением кожи и ее придатков (индуративный отек, гипер- и депигментация кожи, выпадение волос, деформация ногтей), мышц (миопатия), суставов (склеродактилия со сгибательной контрактурой, акроостеолиз НФП), сосудов (телеангиэктазии, синдром Рейно), легких (интерстициальный легочный фиброз ЛНП), сердца (кардиосклероз с нарушением ритма по типу экстрасистолии НПА (ПФК)), желудочно-кишечного тракта (хронический эзофагит в фазе обострения, хронический гастрит в фазе обострения, синдром мальабсорбции), почек (склеродермическая нефропатия, смешанная форма ХПН0? (ХБП?); симптоматическая нефрогенная артериальная гипертензия II?, степень 2, риск3?), активность III. Анемия хронического заболевания?</p>
P2	—	<p>Диагноз поставлен верно.</p>
P1	—	<p>Диагноз поставлен не полностью: часть органных поражений упущена или неверно оценены активность, вариант течения заболевания; не указано подозрение на анемию.</p>
P0	—	<p>Диагноз поставлен неверно.</p>
B	2	<p>Обоснуйте поставленный Вами диагноз.</p>

Э

Диагноз системной склеродермии (ССД) установлен на основании наличия проксимальной склеродермии («большого» критерия) и 3 «малых» критериев: склеродактилии, дигитальных рубчиков (потери вещества подушек дистальных фаланг пальцев), двустороннего базального легочного фиброза по данным рентенографии). Диффузная форма поставлена на основании быстрого сочетанного развития поражения кожи и ее придатков, синдрома Рейно и множественных висцеральных поражений. Подострое течение основано на преобладании иммунно-воспалительных изменений (индуративный отек, воспалительная миопатия) над фиброзными, длительности заболевания больше 2 лет. Стадия генерализации (II) установлена в связи с полиорганным поражением при отсутствии полиорганной недостаточности.

Поражение кожи и ее придатков (индуративный отек со стянутостью кожи и формированием «кисетного» рта, маскообразностью и амимичностью лица, гипер- и депигментация кожи, выпадение волос, деформация ногтей), мышц (воспалительная миопатия с болезненными уплотнениями в мышцах в анамнезе с развитием их гипотрофии и утомляемости), суставов (полиартралгии в анамнезе, склеродактилия со сгибательной контрактурой кистей, акроостеолиз, НФП), сосудов (телеангиэктазии, синдром Рейно с онемением кончика языка и губ), легких (двусторонний базальный пневмосклероз по рентгенологическим данным, сопровождающийся сочетанием с эмфиземой легких с перкуторным звуком с коробочным оттенком и ослаблением везикулярного дыхания, ЛНІ в связи с одышкой при физической нагрузке), сердца (кардиосклероз (приглушение тонов сердца) с нарушением ритма по типу экстрасистолии (перебои в работе сердца) НША (ПФК) – одышка и общая утомляемость при физической нагрузке, гепатомегалия), желудочно-кишечного тракта (хронический эзофагит в фазе обострения с явлениями гипотонии пищевода – затруднение прохождения пищи по пищеводу, хронический гастрит в фазе обострения – болезненность в эпигастрии, синдром мальабсорбции – чередование поносов и запоров, похудание), почек (склеродермическая нефропатия, смешанная форма – сочетание мочевого синдрома

		<p>(микропротеинурия) и артериальной гипертензии – ХПН0? (ХБП?); симптоматическая нефрогенная артериальная гипертензия (с преходящим повышением АД в анамнезе, акцентом II тона над аортой) II (гипертрофия левого желудочка по данным расширения перкуторных границ сердца влево на 1см), степень 2, риск3?), активность III. Анемия хронического заболевания? НФП установлена на основании сохранения способности к самообслуживанию и временной утратой профессиональной трудоспособности. Подозрение на анемию основано на бледноватости окраски кожи, а ее сочетание с наличием активности основного заболевания не исключает ее генез как анемии хронического заболевания.</p>
P2	–	<p>Диагноз обоснован верно.</p>
P1	–	<p>Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование формы, стадии, варианта течения или активности процесса, варианта органного поражения основного заболевания или обоснование одного из этих компонентов дано неверно.</p>
P0	–	<p>Обоснование двух и более нозологических форм дано неверно. или Диагноз обоснован полностью неверно.</p>
B	3	<p>Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.</p>

Э		<p>Пациенту рекомендовано: общий анализ крови (подтверждение анемии, определение активности процесса), общий анализ мочи, белок суточной мочи, моча по Аддису–Каковскому, моча на гломерулярные эритроциты, креатинин крови с подсчетом рСКФ по MDRD (верификация почечного поражения), КФК, миоглобин, ЛДГ, АсАТ (дифференциальная диагностика между миалгией и миозитом), гаптоглобин, СРБ, фибриноген, общий белок+белки электрофорезом (определение активности процесса), РФ, ЦИК, антитела к топоизомеразе-1 (Sc1-70) (для подтверждения диффузной формы ССД) и антицентромерные антитела (СЕНР – А и СЕНР–В) (исключение лимитированной формы), железо сыворотки крови, ОЖСС, ЛЖСС, ферритин (подтверждение анемии хронического заболевания), АлАТ, щелочная фосфатаза, ГГТП, билирубин, глюкоза, калий (безопасность терапии), кальций крови, Ro–графия суставов кистей (остеолиз ногтевых фаланг и кальциноз), УЗДГ артерий верхних конечностей+холодовая проба, широкопольная капилляроскопия ногтевого ложа (синдром Рейно), ЭНМГ (миозит), пульсоксиметрия и ФВД (рестриктивный тип дыхательной недостаточности), МСКТ легких (интерстициальный легочный фиброз), ЭКГ, суточное ЭКГ– мониторинг (нарушение ритма), СМАД (верификация артериальной гипертензии), ЭхоДКГ (сегментарная гипокинезия миокарда, легочная гипертензия, диастолическая дисфункция) консультация окулиста (фундоскопия) (артериальная гипертензия), Ro–скопия пищевода и желудка (склеродермическая гипотония или стриктура пищевода), ФГДС + исследование на H. pylori + прицельная биопсия (исключение НПВП–гастродуоденопатии, хронический гастрит), ирригоскопия, ФКС (исключение органического поражения кишечника), кал на копрологию, кал на дисбиоз (синдром мальабсорбции, синдром избыточного бактериального роста), УЗИ органов брюшной полости и почек, нефробиопсия (верификация склеродермического поражения почек), биопсия кожно–мышечного лоскута (верификация склеродермического поражения кожи и мышц).</p>
P2		План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1		<p>План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования.</p> <p>или</p> <p>Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.</p>

P0	—	<p>Не названы три и более дополнительных метода обследования.</p> <p>или</p> <p>Обоснование назначения трех и более методов обследования дано неверно.</p> <p>или</p> <p>План дополнительного обследования составлен полностью неверно.</p>
B	4	<p>Что бы Вы рекомендовали пациенту для лечения данной патологии? Обоснуйте свой выбор.</p>
Э	—	<p>Временная утрата трудоспособности, решение вопроса о ее стойкой утрате: режим полупостельный, исключить контакт с холодом, ношение теплой одежды, шерстяные носки и варежки, стол 10, исключение кофеина и его производных, богатый омега-3 ненасыщенными жирными кислотами (синдром Рейно), Д-пеницилламин 250 мг за 1 час до обеда (при отсутствии макропротеинурии), преднизолон 20 мг после завтрака (преобладание воспалительного компонента заболевания над фиброзным, вовлечение легких, активность II), циклофосфан 1000 мг внутривенно капельно 1 раз в месяц в течение 2 лет под контролем общих анализов крови и мочи (подтверждение по данным МСКТ поражения легких по типу альвеолита), персантин N 75 мг 3 раза в сутки (улучшение микроциркуляции), рамиприл 10 мг на ночь, дилтиазем-ретард 180 мг утром (коррекция артериальной гипертензии, лечение синдрома Рейно, нефропротекция), ганатон 50 мг 3 раза в сутки (гипотония пищевода и кишечника), омепразол 20 мг 2 раза в сутки (поражение пищевода), ципрофлоксацин 250 мг 1 раз в сутки (7 дней каждого месяца) + креон 25000 Е 3 раза в сутки + бифи-форм 2 капсулы 2 раза в сутки (синдром мальабсорбции, поносы).</p>
P2	—	<p>Терапия представлена в полном объеме, выбор правильно обоснован.</p>

P1	—	Представлен полный объем терапии, однако выбор не обоснован. или Дан не исчерпывающий объем терапии, обоснование выбора верное.
P0	—	Ответ неверный.
B	5	Тактика лечения нарушений ритма у данного пациента? Обоснуйте.
Э	—	Основа терапии – стабилизация фиброзных изменений и подавление воспалительных изменений в миокарде, что обеспечивается Д–пеницилламином и НПВП/ГКС соответственно. Симптоматическая антиаритмическая терапия представлена верапамилом/дилтиаземом в случае наджелудочковых нарушений ритма и амиодароном – при желудочковых. Использование бета–адреноблокаторов противопоказано в связи с синдромом Рейно.
P2	—	Тактика лечения выбрана верно.
P1	—	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.
P0	—	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.

		017
И	—	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	—	Больная Е., 28 лет поступила в стационар с жалобами на боли в мелких суставах кистей и стоп, мышцах конечностей, неприятные ощущения в кончиках пальцев, возникающие при волнении или контакте с холодной водой, субфебрильную температуру, похудание, ломкость волос, общую слабость, повышенную утомляемость. Больна в течение трех лет. Вначале появились боли в суставах, самостоятельно принимала индометацин, после чего

		<p>боли купировались, продолжала работать. Год назад отмечала боли в груди, сухой кашель с незначительной одышкой. Лечилась домашними средствами (горчичники, содовые ингаляции), самочувствие улучшилось. Проведенная впоследствии при профосмотре флюорография выявила плевро–диафрагмальные спайки. Летом обратила внимание на появление в области щек и спинки носа красноватых пятен, что объяснила избыточным пребыванием на солнце. Впервые обратилась к врачу в связи с возобновлением болей в суставах кистей, усилением мышечной слабости и стойким субфебрилитетом. В общем анализе мочи выявлена протеинурия 0,99 г/л, эритроцитурия — 25–30 в п/зр, лейкоцитурия — 8–12 в п/зр. Больная госпитализирована.</p> <p>Объективно: пониженного питания. Кожные покровы бледные. Волосы тусклые, ломкие, ногти слоятся. Периферические лимфоузлы всех групп умеренно увеличены, подвижные, безболезненные. Нерезко выраженная деформация проксимальных межфаланговых суставов кистей за счет периартикулярного отека. Незначительная болезненность при пальпации мышц конечностей. При аускультации легких дыхание везикулярное, шум трения плевры с обеих сторон. Границы относительной сердечной тупости смещены влево на 1 см и вверх до II межреберья. I тон на верхушке ослаблен, систолический шум, проводящийся в подмышечную область, акцент II тона на легочной артерии. Пульс – ЧСС 88 в 1 мин., АД – 130/80 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье. Печень на 2 см ниже края реберной дуги, край ее ровный, чувствительный при пальпации. В левом подреберье пальпируется нижний полюс селезенки.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный предварительный диагноз.

Э	—	СКВ, подострого течения с поражением кожи и ее придатков (люпоидная эритема), мышц (миалгия), суставов (полиартрит с поражением проксимальных межфаланговых суставов кистей, суставов стоп, НФП), сосудов (синдром Рейно), легких (двухсторонний сухой плеврит ЛН0), сердца (недостаточность митрального клапана НІ (ПФК)), системы кроветворения (лимфоаденопатия, гепатоспленомегалия, анемия?), почек (люпус-нефрит с изолированным мочевым синдромом ХПН? (ХБП?), активность II .
P2	—	Диагноз поставлен верно.
P1	—	Диагноз поставлен не полностью: часть органических нарушений упущена или неверно оценены активность, клиническая стадия заболевания.
P0	—	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	—	Диагноз определенной СКВ установлен на основании наличия 5 критериев из 11: люпоидная эритема, фотосенсибилизация, полиартрит, серозит (плеврит), поражение почек (персистирующая протеинурия). Подострое течение установлено на основании постепенного вовлечения различных органов и систем с захватом почек. Поражение кожи и ее придатков (типичная люпоидная эритема, фотосенсибилизация, ломкость волос, слоистость ногтей), мышц (миалгия и болезненность при пальпации мышц конечностей), суставов (рецидивирующие боли в мелких суставах кистей и стоп, деформация проксимальных межфаланговых суставов кистей, суставов стоп; НФ II установлена на основании сохранения способности к самообслуживанию и временной утратой профессиональной трудоспособности), сосудов (синдром Рейно с неприятными ощущениями в кончиках пальцев, возникающие при волнении или контакте с холодной водой), легких (двухсторонний сухой плеврит – боли в груди, сухой кашель с незначительной одышкой в анамнезе, шум трения плевры с обеих сторон по данным аускультации, рентгенологически – плевро-

		<p>диафрагмальные спайки), сердца (недостаточность митрального клапана – расширение перкуторных границ сердца влево и вверх, ослабление I тона на верхушке, систолический шум на верхушке, проводящийся в подмышечную область, акцент II тона на легочной артерии. НI (ПФК) – с одышкой в анамнезе), системы кроветворения (лимфоаденопатия, гепатоспленомегалия, анемия– бледность кожных покровов и поражением придатков кожи), почек (люпус–нефрит с изолированным мочевым синдромом – протеинурия 0,99 г/л, эритроцитурия — 25–30 в п/зр, лейкоцитурия — 8–12 в п/зр.). Стойкая субфебрильная температура, похудание, слабость, сухой плеврит в анамнезе, изолированный мочевого синдром с микропротеинурией свидетельствуют об активности II.</p>
P2	–	<p>Диагноз обоснован верно.</p>
P1	–	<p>Диагноз обоснован не полностью: отсутствует указание на диагностические критерии заболевания, обоснование всех органных поражений или течения и активности процесса или обоснование течения или ряда органных поражений дано неверно.</p>
P0	–	<p>Обоснование двух и более нозологических форм дано неверно. или Диагноз обоснован полностью неверно.</p>
B	3	<p>Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.</p>

Э		<p>Пациентке рекомендовано: общий анализ крови (анемия, исключение цитопении в условиях спленомегалии, оценка активности процесса), гаптоглобин, СРБ, фибриноген, белки э/форезом (активность процесса), общий анализ мочи, белок суточной мочи, моча по Аддису–Каковскому, моча на гломерулярные эритроциты, креатинин крови с подсчетом рСКФ по MDRD (люпус–нефрит), глюкоза, билирубин, АсАТ, АлАТ, щелочная фосфатаза, ГГТП (безопасность проводимой терапии и исключение аутоиммунного гепатита), РФ, RW крови, антитела к ВИЧ, ЦИК, кровь на LE–клетки №3, антитела к двуспиральной ДНК, анти–Sm–антитела, антитела Ro/SS–А и La/SS–В, антитела к кардиолипину, коагулограмма + волчаночный антикоагулянт (диагностика СКВ и АФС), калий, кальций крови (терапия глюкокортикостероидами), сывороточное железо, ферритин крови, проба Кумбса (анемия), Ro–графия суставов кистей и стоп (неэрозивный полиартрит), УЗДГ артерий верхних конечностей+холодовая проба, широкопольная капилляроскопия ногтевого ложа (синдром Рейно), ЭКГ, ЭхоДКГ, консультация кардиохирурга (митральная недостаточность), УЗИ органов брюшной полости и почек (гепатоспленомегалия, лимфоаденопатия, люпус–нефрит), нефробиопсия (морфологический вариант люпус–нефрита).</p>
P2		План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1		<p>План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования.</p> <p>или</p> <p>Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.</p>

P0	—	<p>Не названы три и более дополнительных метода обследования.</p> <p>или</p> <p>Обоснование назначения трех и более методов обследования дано неверно.</p> <p>или</p> <p>План дополнительного обследования составлен полностью неверно.</p>
B	4	<p>Что бы Вы рекомендовали пациенту для лечения данной патологии? Обоснуйте свой выбор.</p>
Э	—	<p>Временная утрата трудоспособности, решение вопроса о ее стойкой утрате: режим полупостельный, исключить контакт с холодом, стол 10, богатый омега-3 ненасыщенными жирными кислотами и кальцием, гипоатерогенный, преднизолон (20 мг после завтрака и 10 мг после обеда = 0,5 мг/кг/сутки) (активность II), персантин N 75 мг 3 раза в сутки (улучшение микроциркуляции), лозартан 25 мг утром + дилтиазем 60 мг 3 раза в сутки (синдром Рейно, митральная недостаточность), кальций Д3 1 таблетка 2 раза в день (профилактика стероидного остеопороза).</p>
P2	—	<p>Терапия представлена в полном объеме, выбор правильно обоснован.</p>
P1	—	<p>Представлен полный объем терапии, однако выбор не обоснован.</p> <p>или</p> <p>Дан не исчерпывающий объем терапии, обоснование выбора верное.</p>
P0	—	<p>Ответ неверный.</p>
B	5	<p>Какие препараты могут использоваться в случае отсутствия эффекта от терапии преднизолоном 0,5 мг/кг/сутки у данной пациентки? Обоснуйте Ваш выбор.</p>

Э		При отсутствия эффекта от терапии преднизолоном 0,5 мг/кг/сутки можно увеличить дозу преднизолона до 1 мг/кг/сутки или комбинировать преднизолон с циклофосфаном 1000 мг внутривенно капельно 1 раз в месяц (6 месяцев), затем 1 раз в квартал (2 года) или комбинировать с азатиоприном 100 мг/сутки внутрь или микофенолатом мофетиллом 500–1000 мг 2 раз а в сутки внутрь
P2		Тактика лечения выбрана верно.
P1		Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.
P0		Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
		Болезни органов дыхания
		018

И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Больной К., 63 года. Жалобы на кашель, больше в утренние часы, со светло-желтой мокротой, одышку при подъеме на 1 лестничный пролет, ходит медленнее сверстников по ровной местности. Считает себя больным в течение 20 лет, периодически беспокоит кашель с мокротой, 5 лет назад появилась одышка. Пенсионер, работал учителем. Курит по пачке сигарет в день с 18 лет. Обострения возникали 2 – 3 раза в год, требовали лечения антибиотиками, отхаркивающими, бронхолитиками. Ухудшение самочувствия отмечает в течение последних двух лет: усилилась одышка, кашель стал более интенсивным, приступообразным. Прием беродуала несколько улучшал состояние. Объективно: состояние удовлетворительное, сатурация O₂ 91% цианоз пальцев рук. Грудная клетка бочкообразная, экскурсия нижнего края легких ограничена, при перкуссии звук коробочный. Дыхание ослабленное, с обеих сторон, выдох затянут, сухие свистящие хрипы, преимущественно на выдохе. Со стороны других органов и систем патологических изменений не найдено. По данным спирографического обследования, проведенного через 30 минут после ингаляции 400 мкг сальбутамола, ОФВ₁ – 42% от должного, модифицированный индекс Тиффно – 0,48.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный предварительный диагноз.
Э	-	Хроническая обструктивная болезнь легких тяжелой степени тяжести (GOLD III), с выраженными симптомами с частыми обострениями, фаза стабилизации, риск высокий. Дыхательная недостаточность I стадии.

P2	—	Диагноз поставлен верно.
P1	—	Диагноз поставлен не полностью: часть нозологий упущена или неверно оценена степень тяжести хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ), риск, наличие дыхательной недостаточности.
P0	—	Диагноз поставлен неверно.
B	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	—	<p>Диагноз ХОБЛ установлен на основании жалоб на одышку при небольшой нагрузке (при подъеме на 1 лестничный пролет), на кашель, больше в утренние часы, со светло-желтой мокротой; длительного курения в анамнезе: высокого «индекса курящего человека» (ИКЧ = 45); возраста старше 40 лет; аускультативных признаков бронхиальной обструкции (сухие хрипы на фоне удлинённого выдоха); снижения модифицированного индекса Тиффно ниже 0,7 (0,48).</p> <p>Тяжелая степень тяжести (GOLD III) подтверждается снижением ОФВ1 до 42% от должного.</p> <p>С частыми обострениями: обострения чаще 1 раза в сутки.</p> <p>Фаза стабилизации: отсутствие обострения в последнюю неделю.</p> <p>Высокий риск обусловлен ОФВ1 ниже 50% от должного и частыми обострениями (более 1 в течение года).</p>

		Дыхательная недостаточность I стадии подтверждается снижением сатурации до 91%.
P2	–	Диагноз обоснован верно.
P1	–	Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование степени тяжести бронхиальной обструкции, риска, наличия дыхательной недостаточности или обоснование степени тяжести бронхиальной обструкции, риска, наличия дыхательной недостаточности дано неверно.
P0	–	Диагноз обоснован полностью неверно.
B	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	–	Пациенту рекомендовано: общий анализ крови, С-реактивный белок, фибриноген, ЭКГ, МСКТ грудной клетки на вдохе и выдохе (обнаружение «воздушных ловушек»), исследование сатурации кислорода, общий анализ мокроты, мокрота на ВК, посев мокроты на флору и чувствительность к антибиотикам (для решения вопроса о целесообразности антибактериальной терапии), функция внешнего дыхания на фоне назначенной базисной терапии.
P2	–	План дополнительного обследования составлен полностью верно.

P1	—	<p>План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования.</p> <p>или</p> <p>Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.</p>
P0	—	<p>Не названы три и более дополнительных метода обследования.</p> <p>или</p> <p>Обоснование назначения трех и более методов обследования дано неверно.</p> <p>или</p> <p>План дополнительного обследования составлен полностью неверно.</p>
В	4	<p>Что бы Вы рекомендовали пациенту для лечения данной патологии? Обоснуйте свой выбор.</p>
Э	—	<p>Режим полупостельный, стол 15, богатый белком, витаминами. Отказ от курения (Варениклин по схеме в течение 12 недель). Вакцинация от гриппа ежегодно осенью. Вакцинация противопневмококковой поливалентной конъюгированной вакциной (Превенар). Обязательно назначение двух бронходилататоро ДД. Это огут быть бронходилататоры длительного действия в свободных комбинациях : М – холинолитик длительного действия: тиотропиума бромид (Спирива респимат 2,5 мкг по 2 дозы утром, Спирива турбохалер 18 мкг по 1 капсуле вдыхать утром), или гликопиррониум (Сибри 50 мкг, вдыхать через брызхалер по т1 капсуле 1 раз в день),</p>

		аклидиниум (Бретарис дженуэр 322 мкг по 1 дозе 2 раза в сутки) в сочетании с бета – 2 агонистами длительного действия: формотерол (форадил 12 мкг по 1 капсуле вдыхать 2 раза в день через аэролайзер) или индакатерол (Онбрез 150 мкг по 1 капсуле вдыхать через бризхалер 1 раз в день утром); или лучше фиксированная комбинация М– холинолитика длительного действия в сочетании с бета 2 – агонистом длительного действия (Спиолта, Ультибро). Для снятия приступов – беродуал по 2 озы через спейсер.
P2	–	Терапия представлена в полном объеме, выбор правильно обоснован.
P1	–	Представлен полный объем терапии, однако выбор не обоснован. или Дан не исчерпывающий объем терапии, обоснование выбора неверное.
P0	–	Ответ неверный.
B	5	Есть ли показания для добавления ингаляционных глюкокортикостероидов к бронходилататорам у данного пациента? Обоснуйте Ваш выбор.
Э	–	При сохранении симптомов, обострений, эозинофилии крови более 300 клеток в мкл на фоне бронходилататоров длительного действия могут быть использованы ингаляционные глюкокортикостероиды (ИГКС) в средних или высоких дозах (будесонид, флутиказон, беклометазон). Показанием к добавлению ИГКС к бронходилататорам длительного действия при ХОБЛ являются тяжелая степень бронхиальной обструкции и частые обострения, требующие назначения системных ГКС при

		эозинофилиях крови более 300 в мкл
P2	—	Тактика лечения выбрана верно.
P1	—	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.
P0	—	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
Н	—	019
Ф	A/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/03.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	—	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

у		<p>В течение последних 6 месяцев после перенесенной острой респираторной вирусной инфекции у больной 30 лет появились приступы удушья, чаще в дневное время, сопровождающиеся кашлем с выделением небольшого количества вязкой мокроты слизистого характера. Для снятия симптомов больная стала самостоятельно использовать ингаляционный сальбутамол до 4–6 раз в день. Вчера во время уборки кухни после ремонта состояние ухудшилось, приступы удушья участились до 12, в последние 4 часа ингалировала 8 раз бронходилататор – без эффекта. Была экстренно госпитализирована. При поступлении: состояние тяжелое, положение ортопноэ, выражен акроцианоз. Вены шеи набухшие, не пульсируют. Дыхание ритмичное, со свистом. Экспираторная одышка, число дыханий в минуту – 26. Перкуторный звук над легкими с коробочным оттенком. Аускультативно: везикулярное дыхание резко ослаблено, свистящие сухие хрипы на вдохе и на выдохе. Тоны сердца ритмичные, приглушенные. Частота сердечных сокращений – 106 в минуту. Пульс симметричный. Органы брюшной полости в пределах нормы. Отеков нет. Пиковая скорость выдоха 300 л/мин (при должествующей величине 450 л/мин). Сатурация кислорода 92%.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный предварительный диагноз.
Э		Бронхиальная астма, смешанная, средней тяжести, неконтролируемая, обострение. Дыхательная недостаточность I
P2		Диагноз поставлен верно.
P1		Диагноз поставлен не полностью: часть диагноза упущена или неверно оценены патогенетический вариант, степень тяжести астмы, наличие осложнений.

P0	–	Диагноз поставлен неверно.
B	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	–	<p>Диагноз бронхиальной астмы установлен на основании жалоб на ежедневные приступы удушья, чаще в дневное время, сопровождающиеся кашлем с выделением небольшого количества вязкой мокроты слизистого характера, снимаемые бета 2 агонистом короткого действия, свистящие сухие хрипы на вдохе и на выдохе, снижение пиковой скорости выдоха при пикфлоуметрии.</p> <p>Смешанный характер подтверждается данными анамнеза. Так, эндогенный неаллергический компонент диагностируется в связи с дебютом заболевания после ОРВИ, т.е. имеется вирус – индуцированный механизм развития заболевания. Связь ухудшения с контактом с пылью при уборке после ремонта обусловлен экзогенным аллергическим вариантом астмы.</p> <p>Среднетяжелое течение ставится в связи с наличием ежедневных приступов астмы, снимаемых сальбутамолом, при отсутствии базисной терапии ингаляционными глюкокортикостероидами.</p> <p>В пользу обострения свидетельствует учащение количества приступов в последнюю неделю, недостаточный эффект от сальбутамола, снижение пиковой скорости выдоха на 33% от должноствующей, наличие признаков бронхиальной обструкции при поступлении.</p> <p>Наличие обострения позволяет поставить неконтролируемую бронхиальную астму.</p> <p>Дыхательная недостаточность I подтверждается одышкой в покое, снижением сатурации.</p>

P2	—	Диагноз обоснован верно.
P1	—	Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование смешанного варианта, средне тяжелого течения, фазы обострения, наличия дыхательной недостаточности или обоснование дано неверно.
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: общий анализ крови, С–реактивный белок, фибриноген, сахар крови, общий анализ мокроты, мокрота на элементы бронхиальной астмы, ЭКГ, R – графия грудной клетки, иммуноглобулин E общий, ежедневно исследование сатурации кислорода, ежедневно 2 раза в день пикфлоуметрия, после стабилизации состояния спирография.
P2	—	План дополнительного обследования составлен полностью верно.

P1	—	<p>План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования.</p> <p>или</p> <p>Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.</p>
P0	—	<p>Не названы три и более дополнительных метода обследования.</p> <p>или</p> <p>Обоснование назначения трех и более методов обследования дано неверно.</p> <p>или</p> <p>План дополнительного обследования составлен полностью неверно.</p>
B	4	<p>Что бы Вы рекомендовали пациенту для лечения данной патологии? Обоснуйте свой выбор.</p>

Э		<p>Режим полупостельный, стол 15, гипоаллергенный. Системные глюкокортикостероиды: преднизолон 5 мг в суточной дозе 30 мг (6 таблеток в сутки в первую половину дня) – 5 дней с быстрой отменой. Бета – 2 агонисты короткого действия (фенотерол) в сочетании с М – холинолитиком короткого действия (ипратропиума бромид): беродуал 1 мл 3 раза в сутки + будесонид 0,5 мг – 1 мл + 2 мл физиологического раствора через компрессионный небулайзер 3 раза в день 5 дней с быстрой отменой. Базисная терапия: ингаляционные глюкокортикостероиды (будесонид 160мкг) в сочетании с бета – 2 агонистами длительного действия (формотеролом 4,5 мкг): симбикорт турбохалер по 1 дозе 2 раза в день, дополнительно по 1 дозе при приступах (не более 12 доз в сутки). Ингибиторы протонной помпы для предотвращения стероидной гастропатии в период приема преднизолона: омепразол 20 мг по 1 таблетке в сутки.</p>
P2		<p>Терапия представлена в полном объеме, выбор правильно обоснован.</p>
P1		<p>Представлен полный объем терапии, однако выбор не обоснован. или Дан не исчерпывающий объем терапии, обоснование выбора неверное.</p>
P0		<p>Ответ неверный.</p>
В	5	<p>Какие другие базисные препараты можно использовать для базисной терапии бронхиальной астмы? Обоснуйте Ваш выбор.</p>

Э	—	Для базисной терапии бронхиальной астмы средней тяжести пиплохой переносимости бета – агонистов можно использовать монотерапию ИГКС в средних дозах: беклометазона пропионат 250 мкг (Беклазон) по 2 дозы 2 раза в сутки, мометазон 400 мкг (Асманекс твистхалер) по 1 дозе вечером; дополнительно сальбутамол 100 мкг по 1 – 2 дозы через спейсер для снятия приступов
P2	—	Тактика лечения выбрана верно.
P1	—	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.
P0	—	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
Н	—	20
Ф	A/01.7	Оказание медицинской помощи пациенту в неотложной или экстренной формах
Ф	A/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/03.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	—	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ

		ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У		<p>Больной К., 28 лет, почувствовал озноб, слабость, боль в правом подреберье, из-за которой не мог глубоко вдохнуть. К утру появился кашель со скудной мокротой ржавого цвета.</p> <p>При осмотре: состояние тяжелое. Температура +39,1°C. Блеск глаз, цианоз губ и носогубного треугольника. На губах герпетические высыпания. При осмотре грудной клетки правая ее половина отстаёт в акте дыхания. Перкуторно справа, ниже лопатки имелось притупление легочного звука. Дыхание в зоне притупления было ослабленным везикулярным, на высоте вдоха слышна крепитация, шум трения плевры. Частота дыхания – 29 в мин. АД 100/50 мм рт. ст., тоны сердца звучные, 110 в минуту. Язык сухой, покрыт серым налетом.</p> <p>Сатурация кислорода 91%.</p> <p>Анализ крови: HGB (гемоглобин) – 150 г/л, RBC (эритроциты) – $5,5 \times 10^{12}/л$, WBC (лейкоциты) – $25,2 \times 10^9/л$ (нейтрофилы сегментоядерные – 68%, палочкоядерные – 15%, эозинофилы – 1%, лимфоциты – 12%, моноциты – 4%), СОЭ – 47 мм/ч.</p> <p>Рентгенологическое исследование органов грудной клетки в день госпитализации: 2/3 нижней доли правого легкого пониженной прозрачности с усиленным легочным рисунком, обусловленным сосудистой его частью. Правый корень расширен, купол диафрагмы ограничен в подвижности.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный предварительный диагноз.
Э		Внебольничная пневмония нижней доли правого легкого тяжелого течения. Осложнения. Фибринозный плеврит. Острая дыхательная недостаточность.

P2	—	Диагноз поставлен верно.
P1	—	Диагноз поставлен не полностью: часть нозологий упущена или неверно оценена степень тяжести пневмонии, наличие осложнений.
P0	—	Диагноз поставлен неверно.
B	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Э		<p>Диагноз пневмонии установлен на основании острого начала, жалоб на правостороннюю торакалгию при дыхании, наличия кашля со скудной мокротой ржавого цвета, интоксикационного синдрома, данных осмотра (правая половина грудной клетки отстаёт в акте дыхания), перкуторных данных (притупление легочного звука справа, ниже лопатки), аускультации (дыхание в зоне притупления было ослабленным везикулярным, на высоте вдоха слышна крепитация, шум трения плевры), рентгенологических данных (справа пониженная прозрачность с усиленным легочным рисунком, расширение правого корня, ограничение подвижности купола диафрагмы). Объективные данные подтверждают локализацию воспалительного процесса в нижней доле правого легкого.</p> <p>Тяжелое течение подтверждается тяжелым состоянием, фебрильной лихорадкой, ЧД 29 в минуту, тахикардией, лейкоцитозом с высоким процентом палочкоядерных лейкоцитов, (15%), ускорением СОЭ до 47 мм час, сатурацией 91%.</p> <p>Внебольничная пневмония обусловлена дебютом вне стационара.</p> <p>Острая дыхательная недостаточность подтверждается одышкой в покое, снижением сатурации.</p> <p>В пользу фибринозного плеврита свидетельствуют жалобы на боли плеврального характера, шум трения плевры при аускультации.</p>
P2		<p>Диагноз обоснован верно.</p>
P1		<p>Диагноз обоснован не полностью:</p> <p>отсутствует обоснование тяжелого течения, наличия осложнений</p> <p>или</p> <p>обоснование осложнений дано неверно.</p>

P0	—	<p>Обоснование двух и более нозологических форм дано неверно.</p> <p>или</p> <p>Диагноз обоснован полностью неверно.</p>
B	3	<p>Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.</p>
Э	—	<p>Пациенту рекомендовано: измерение сатурации O₂, общий анализ мочи, креатинин крови (для уточнения поражения почек и оценки безопасности назначения антибактериальной терапии); С-реактивный белок, фибриноген, АСАТ, АЛАТ, общий анализ мокроты, мокрота на ВК, посев мокроты на флору и чувствительность к антибиотикам (для перехода с эмпирической на этиологическую терапию), ЭКГ, R – графия грудной клетки в динамике, общий анализ крови в динамике, ежедневно исследование сатурации кислорода, ежедневно подсчет диуреза и количество вводимой жидкости.</p>
P2	—	<p>План дополнительного обследования составлен полностью верно.</p>
P1	—	<p>План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования.</p> <p>или</p> <p>Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.</p>

P0	—	<p>Не названы три и более дополнительных метода обследования.</p> <p>или</p> <p>Обоснование назначения трех и более методов обследования дано неверно.</p> <p>или</p> <p>План дополнительного обследования составлен полностью неверно.</p>
B	4	<p>Что бы Вы рекомендовали пациенту для лечения данной патологии? Обоснуйте свой выбор.</p>
Э	—	<p>Режим постельный, стол 15, богатый белком, витаминами. обильное питье. Антибактериальная терапия внутривенно 2 антибиотика: цефалоспорин 3 поколения широкого спектра действия (цефотаксим внутривенно по 1 грамму 3 раза в день) в сочетании с макролидом (азитромицин внутривенно капельно 500 мг на 400 мл физиологического раствора 1 раз в день № 5 с переходом на пероральный прием после стабилизации состояния по 500 мг 1 раз в день – по принципам ступенчатой терапии), препараты, улучшающие отхождение мокроты (амброксол 30 мг 3 раза в день), нестероидный противовоспалительный препарат при лихорадке выше 38.5 градусов (парацетамол 1 грамм внутрь), дезинтоксикационная терапия (глюкоза 5% – 300 мл , витамин С 5% – 20 мл) внутривенно капельно.</p>
P2	—	<p>Терапия представлена в полном объеме, выбор правильно обоснован.</p>

P1	—	Представлен полный объем терапии, однако выбор не обоснован. или Дан не исчерпывающий объем терапии, обоснование выбора верное.
P0	—	Ответ неверный.
B	5	Какие антибактериальные препараты могут использоваться при неэффективности или непереносимости цефалоспоринов у данного пациента? Обоснуйте Ваш выбор.
Э	—	При неэффективности или непереносимости цефалоспоринов могут использоваться респираторные фторхинолоны внутривенно капельно (левофлоксацин 500 мг в 100 мл или моксифлоксацин 400 мг в 100 мл) 1 раз в день с переходом после стабилизации на преоральный прием респираторного фторхинолона (ступенчатая терапия).
P2	—	Тактика лечения выбрана верно.
P1	—	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.
P0	—	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.

Н	–	021
Ф	A/01.7	Оказание медицинской помощи пациенту в неотложной или экстренной формах
Ф	A/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
	A/03.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	–	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

у		<p>Больной 21 года, студент. Поступил в клинику с жалобами на одышку при небольшой физической нагрузке, головную боль, отеки лица, голеней, стоп, снижение зрения. Из анамнеза известно, что две недели тому назад переболел ангиной, лечился амбулаторно в поликлинике (антибиотики, десенсибилизирующие, полоскание, витамины). На фоне лечения самочувствие нормализовалось, анализы крови и мочи в динамике не сдавал. Ухудшение в течение 2 дней: появились (и стали нарастать) вышеперечисленные жалобы, дважды ночью возникало затрудненное дыхание, одышка. Отмечает уменьшение суточного объема мочи.</p> <p>При обследовании: кожные покровы чистые, отеки лица, нижних конечностей, передней брюшной стенки. Границы сердца расширены влево на 1 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии, тоны сердца ритмичные, акцент II тона во втором межреберье справа от грудины, ЧСС – 56 ударов в 1 минуту. АД – 220/120 мм рт. ст.</p> <p>Суточный диурез снижен до 600–700 мл. Общий анализ крови: RBC (эритроциты) – $4,6 \times 10^{12}/л$; HGB (гемоглобин) – 123 г/л; MCH – 27 пг, WBC (лейкоциты) – $6,7 \times 10^9/л$ (эозинофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 65%, лимфоциты – 22%, моноциты – 5%), СОЭ – 15 мм/час.</p> <p>Общий анализ мочи: цвет – розовый, относительная плотность – 1025, белок – 2,3 г/л, 100 – 150 эритроцитов в поле зрения, 10–12 лейкоцитов в поле зрения. Креатинин сыворотки крови – 276 мкмоль/л. Мочевина – 10,8 ммоль/л. Калий – 6,2 ммоль/л. Общий белок сыворотки крови – 64 г/л. УЗИ почек: правая почка 120 x 68 мм, паренхима 23 мм, левая почка 123 x 69 мм, паренхима 22 мм. Выделяющиеся почечные пирамидки.</p>

В	1	Предположите наиболее вероятный предварительный диагноз.
Э	—	Острый постстрептококковый гломерулонефрит. Острое почечное повреждение ренального генеза. Осложнение острая левожелудочковая недостаточность
P2	—	Диагноз поставлен верно.
P1	—	Диагноз поставлен не полностью: часть нозологии упущена или неверно оценены этиология, клиническая симптоматика, лабораторные данные; неверно оценена степень тяжести острой почечной недостаточности.
P0	—	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Э		<p>Диагноз острого постстрептококкового гломерулонефрита установлен на основании анамнеза (перенесенная ангина 2 недели тому назад), клинических симптомов: быстрое нарастание в течении 2 дней одышки, отеков, артериальной гипертензии, расширения левой границы сердца. В анализе мочи выявляется розовый цвет мочи, высокая относительная плотность – 1025. Выраженный мочевого синдром: протеинурия – 2,3 г/л, 100 – 150 эритроцитов в поле зрения, 10–12 лейкоцитов в поле зрения. Для острого гломерулонефрита характерно увеличение размеров почек по данным УЗИ – правая почка 120 x 68 мм, паренхима 23 мм, левая почка 123 x 69 мм, паренхима 22 мм, симптом выделяющихся почечных пирамидок. Осложнением данной патологии является развитие острой почечной недостаточности – снижение суточного диуреза до 600–700 мл, повышением креатинина сыворотки крови до 276 мкмоль/л, мочевины до – 10,8 ммоль/л, гиперкалиемия 6,2 ммоль/л и эпизоды острой левожелудочковой недостаточности.</p>
P2		<p>Диагноз обоснован верно.</p>
P1		<p>Диагноз обоснован не полностью:</p> <p>отсутствует обоснование формы и клинических симптомов и синдромов острого гломерулонефрита, не указаны осложнения.</p> <p>или</p> <p>обоснование клинической формы острого гломерулонефрита дано неверно, не перечислены все осложнения основного заболевания.</p>
P0		<p>Обоснование острого гломерулонефрита и его осложнений дано неверно.</p> <p>или</p> <p>Диагноз обоснован полностью неверно.</p>

В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	—	<p>Пациенту рекомендовано: исследование титра антистрептококковых антител (АСЛ-О, антистрептогиалуронидазы, антистрептокиназы, анти-ДНК-азы В, анти-НАД), уровень комплемента С3 и/или СН50, ЦИК, уровень сывороточного IgG и М, уровень сывороточного криоглобулина, ревматоидного фактора, уровень Т и В лимфоцитов, протеинограмма, К⁺ и Na⁺ сыворотки крови, рН крови, ЭКГ, глазное дно, консультация отоларинголога и стоматолога. Биопсию почки проводят при возникновении острого нефритического синдрома, нефротического синдрома. развитии ОПН, лечение которой не приводит к улучшению функции почек. Динамика общ анализа мочи, общ анализа крови, креатинина, калия и натрия сыворотки крови. Контроль АД.</p>
Р2	—	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
Р1	—	<p>План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования.</p> <p>или</p> <p>Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.</p>

P0	-	<p>Не названы три и более дополнительных метода обследования.</p> <p>или</p> <p>Обоснование назначения трех и более методов обследования дано неверно.</p> <p>или</p> <p>План дополнительного обследования составлен полностью неверно.</p>
B	4	<p>Что бы Вы рекомендовали пациенту для лечения данной патологии? Обоснуйте свой выбор.</p>

Э		<p>Режим строгий постельный (до схождения отеков); стол №7, бессолевой (до нормализации АД); ограничение белка до 0,5 г/кг/сут при снижении функции почек менее 60 мл/мин до нормализации СКФ и уровня креатинина в крови, но не длительнее 2–4 недель; питьевой режим ограничивается на 5–6 дней до величины диуреза плюс 200 мл. Медикаментозная терапия: р–р фуросемида 1% – 40 – 60 мл внутривенно струйно под контролем диуреза и массы тела, гипотиазид 25 мг утром per os. Гипотензивные: β–блокаторы (бисопролол – конкор, коронал, бисогамма; небиволол – бинелол, небилет) или недигидропиридиновые антагонисты кальция (верапамил, дилтиазем) или агонисты имидазолиновых рецепторов (моксонидин, рилминидин) под контролем АД. ИАПФ и сартаны не применяются, так как повышают уровень креатинина и калия сыворотки крови. Для улучшения микроциркуляции применяются антиагреганты (ацетилсалициловая кислота 0,75–125 мг/сут внутрь, дипиридамол 225–300 мг/сут внутрь). При гиперкоагуляционном синдроме назначают гепарин 5 тыс. 4 раза в сутки или фраксипарин 0,3 мл 2 раза в суки п/к под контролем АЧТВ). Для снижения уровня К⁺ в сыворотке крови больному вводится гидрокарбонат натрия 4% раствор 150 мл внутривенно капельно. Антибактериальная терапия проводится при наличии признаков бактериального воспалительного процесса. Глюкокортикостероиды назначаются только при нефротическом синдроме.</p>
P2		<p>Терапия представлена в полном объеме, выбор правильно обоснован.</p>
P1		<p>Представлен полный объем терапии, однако выбор не обоснован.</p> <p>или</p> <p>Дан не исчерпывающий объем терапии, обоснование выбора верное.</p>

P0	–	Ответ неверный.
B	5	Какие препараты могут использоваться при непереносимости β -блокаторов, гепарина? Обоснуйте Ваш выбор.
Э	–	Недигидропиридиновые антагонисты кальция (верапамил, дилтиазем) или агонисты имидазолиновых рецепторов (моксонидин, рилминидин). Провести тест на переносимость фракционных гепаринов и при их переносимости назначается терапия фраксипарином или клексаном.
P2	–	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	–	022
Ф	A/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/03.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения

И	-	<p align="center">ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</p>
У	-	<p>Мужчина 38 лет. Пять лет назад во время автомобильной катастрофы получил множественные переломы костей. Через год развился остеомиелит левой бедренной кости. В течение 3 лет проводились повторные операции по удалению гнойных костных секвестров и закрытию свищей. При лабораторном обследовании в анализах мочи в течение последнего года появилась протеинурия 0,5–1,6 г/л. Стал отмечать преходящую пастозность голеней. При обследовании – состояние больного удовлетворительное. Кожные покровы чистые, небольшая отечность стоп и голеней. Границы сердца в пределах нормы, ЧСС – 68 ударов в 1 мин., АД – 135/85 мм рт. ст. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Печень выступает на 2–3 см из-под края реберной дуги, мягкая, безболезненная при пальпации. Пальпируется увеличенная плотная селезенка. Симптом поколачивания отрицательный.</p> <p>Общий анализ крови: HGB (гемоглобин) – 112 г/л, RBC (эритроциты) – $3,4 \times 10^{12}$/л, MCH – 33,7 пг, WBC (лейкоциты) – $6,2 \times 10^9$/л (эозинофилы – 2%, палочкоядерные нейтрофилы – 3%, сегментоядерные нейтрофилы – 53%, лимфоциты – 34%, моноциты – 8%), СОЭ – 65 мм/час. Общий белок сыворотки крови – 70 г/л, альбумин – 42 г/л. Креатинин сыворотки крови – 129 мкмоль/л. СКФ – 62 мл/мин/1,73 м². Калий сыворотки крови – 4,2 ммоль/л. Общий анализ мочи: относительная плотность – 1008, белок – 2,6 г/л, лейкоциты – 1–2 в поле зрения, эритроциты – 0–1 в поле зрения. Проба мочи по Зимницкому: относительная плотность 1013–1006. УЗИ почек: правая почка 124 x 72 мм, паренхима 23 мм, левая почка 123 x 70 мм, паренхима 22 мм.</p> <p>Повышена эхогенность коркового и мозгового слоя почек.</p>

В	1	Предположите наиболее вероятный предварительный диагноз.
Э	—	<p>Хронический остеомиелит левого бедра с частыми обострениями</p> <p>Вторичный АА амилоидоз почек, протеинурическая стадия. ХБП 2 С А4 ст. Анемия хронических заболеваний нормохромная легкой степени</p>
Р2	—	Диагноз поставлен верно.
Р1	—	Диагноз поставлен не полностью: часть нозологии упущена или неверно оценены этиология, клиническая симптоматика, лабораторные данные; неверно оценена степень тяжести хронической почечной недостаточности.
Р0	—	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Э		<p>Диагноз вторичного амилоидоза с поражением почек установлен на основании анамнеза (остеомиелит левого бедра непрерывно рецидивирующий в течении 4 лет), клинических симптомов: (пастозности голеней и стоп, увеличение печени и селезенки), лабораторных показателей (СОЭ – 65 мм/час, в общем анализе мочи: относительная плотность – 1008, белок – 2,6 г/л, лейкоциты – 1–2 в поле зрения, эритроциты – 0–1 в поле зрения, положительный анализ мочи на белок Бенс–Джонса), увеличение размеров почек при УЗИ: правая почка 124 x 72 мм, паренхима 23 мм, левая почка 123 x 70 мм, паренхима 22 мм. Повышена эхогенность коркового и мозгового слоя почек. Осложнением основного заболевания является развитие хронической почечной недостаточности: креатинин сыворотки крови – 129 мкмоль/л. СКФ – 62 мл/мин/1,73 м².</p>
P2		<p>Диагноз обоснован верно.</p>
P1		<p>Диагноз обоснован не полностью:</p> <p>отсутствует обоснование формы и стадии, клинических симптомов и синдромов амилоидоза, не указаны осложнения.</p> <p>или</p> <p>обоснование клинической формы амилоидоза дано неверно, не перечислены осложнения основного заболевания.</p>
P0		<p>Обоснование амилоидоза и его осложнений дано неверно.</p> <p>или</p> <p>Диагноз обоснован полностью неверно.</p>
В	3	<p>Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования</p>

		пациента.
Э		<p>Пациенту рекомендовано: протеинограмма, иммунограмма, липидограмма, электрофорез белков мочи, С-реактивный белок, фибриноген, сывороточный белок амилоида А (SAA), альфа-1-антитрипсин, лактоферрин, церулоплазмин, суточная протеинурия, биопсия слизистой кишки или почки с окраской конго красным, выявление тинкториальных особенностей АА-амилоида (исчезновение конгофилии при подщелачивании щелочным гуанидином), типирование с антисыворотками к SAA. Динамика общ анализа мочи, общ анализа крови, креатинина сыворотки крови.</p>
P2		План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1		<p>План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования.</p> <p>или</p> <p>Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.</p>
P0		<p>Не названы три и более дополнительных метода обследования.</p> <p>или</p> <p>Обоснование назначения трех и более методов обследования дано неверно.</p> <p>или</p> <p>План дополнительного обследования составлен полностью неверно.</p>

В	4	Что бы Вы рекомендовали пациенту для лечения данной патологии? Обоснуйте свой выбор.
Э	—	Режим полупостельный, стол №7. Медикаментозная терапия остеомиелита с мониторингом уровня SAA–белка: антибиотикотерапи, активная иммунизация вакцинами, стафилококковым анатоксином, гипериммунным стафилококковым гамма–глобулином, антистафилококковой плазмой, витаминотерапия, протеолитические ферменты, остеоперфорация, резекция пораженной зоны. Для лечения амилоидоза применяют колхицин по 1 мг 2 раза в стуки длительно, диметилсульфоксид (5–10 г/сут в 26 разведении большим количеством соков – томатного, гранатового и др), фибриллекс ТМ таблетки по 400 мг. Для коррекции почечной недостаточности назначается энтеросорбент полисорб 1 столовая ложка 3 раза в лень за 1, 5 часа до еды.
P2	—	Терапия представлена в полном объеме, выбор правильно обоснован.
P1	—	Представлен полный объем терапии, однако выбор не обоснован. или Дан не исчерпывающий объем терапии, обоснование выбора верное.
P0	—	Ответ неверный.
В	5	Какие препараты могут использоваться при непереносимости

		колхицина, димексида? Обоснуйте Ваш выбор.
Э	—	Аналогов нет. Проводится терапия основного заболевания.
P2	—	Тактика лечения выбрана верно.
P1	—	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.
P0	—	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
Н	—	023
Ф	A/01.7	Оказание медицинской помощи пациенту в неотложной или экстренной формах
Ф	A/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
	A/03.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	—	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

у		<p>Больная К., 48 лет, поступила в клинику с жалобами на повышение температуры тела до 38°C, частое безболезненное мочеиспускание, тупые ноющие боли в поясничной области справа без иррадиации, общую слабость, познабливание. 15 лет назад на сроке 32 недель беременности проходила лечение по поводу инфекции мочевыводящих путей. После родов к врачам не обращалась, не обследовалась. Около 8 лет назад выявлено повышение АД до 170/100 – 190/120 мм рт. ст.</p> <p>При объективном исследовании: состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, бледные. При перкуссии левая граница сердца определяется на 1,5 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца ритмичные, приглушенные. Акцент II тона над аортой. ЧСС – 68 уд в 1 мин. АД – 180/115 мм рт. ст. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Печень не увеличена. Периферических отеков нет. Симптом поколачивания резко положителен справа.</p> <p>Общий анализ крови: RBC (эритроциты) – $3,3 \times 10^{12}/л$; HGB (гемоглобин) – 110 г/л; MCH – 33 пг, WBC (лейкоциты) – $5,8 \times 10^9/л$: (эозинофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 1%, сегментоядерные нейтрофилы – 64%, лимфоциты – 23%, моноциты – 7%), СОЭ – 20 мм/час. Общий анализ мочи: количество – 150 мл, относительная плотность – 1007, белок – 0,3 г/л, лейкоциты – $\frac{1}{2}$ поля зрения, эритроциты – 1–2 в поле зрения, гиалиновые цилиндры – 0 – 2 в поле зрения. Креатинин сыворотки крови – 244 мкмоль/л. УЗИ почек: правая почка 92 x 37 мм, паренхима 14 мм, левая почка 85 x 34 мм паренхима 11 мм. Справа расширена лоханка до 18 мм.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный предварительный диагноз.

Э	-	<p>Хронический первичный двухсторонний пиелонефрит латентного течения в фазе обострения. Хроническая болезнь почек 4С. СКФ 19</p> <p>Вторичная нефрогенная артериальная гипертензия 11 ст риск 4</p> <p>Анемия хронических заболеваний нормохромная легкой степени</p>
Р2	-	<p>Диагноз поставлен верно.</p>
Р1	-	<p>Диагноз поставлен не полностью: часть нозологии упущена или неверно оценены этиология, клиническая симптоматика, лабораторные данные; неверно оценена степень тяжести хронической почечной недостаточности.</p>
Р0	-	<p>Диагноз поставлен неверно.</p>
В	2	<p>Обоснуйте поставленный Вами диагноз.</p>
Э	-	<p>Диагноз хронического пиелонефрита в фазе обострения (дизурический, мочевого и гипертонического синдромы). Вторично сморщенная левая почка. Хроническая почечная недостаточность 2 ст. Анемия легкой степени. поставлен на основании жалоб (повышение температуры тела до 38°C, частое безболезненное мочеиспускание, тупые ноющие боли в поясничной области справа без иррадиации, общую слабость, познабливание), анамнеза заболевания (15 лет назад во время беременности проходила лечение по поводу инфекции мочевыводящих путей. После родов к врачам не обращалась, не обследовалась, около 8 лет назад выявлено повышение АД), данных объективного осмотра (бледность кожных покровов, расширение левой границы</p>

		сердца на 1,5 см кнаружи от левой срединно–ключичной линии, акцент II тона над аортой, АД – 180/115 мм рт. ст. Симптом поколачивания резко положителен справа), лабораторно–инструментальных показателей (в анализе мочи: относительная плотность – 1007, белок – 0,3 г/л, лейкоциты – ½ поля зрения, эритроциты – 1–2 в поле зрения, гиалиновые цилиндры – 0 – 2 в поле зрения; Гемоглобин 110 г/л, креатинин сыворотки крови – 244 мкмоль/л; УЗИ почек: правая почка 92 x 37 мм, паренхима 14 мм, левая почка 85 x 34 мм паренхима 11 мм. Справа расширена лоханка до 18 мм).
P2	–	Диагноз обоснован верно.
P1	–	<p>Диагноз обоснован не полностью:</p> <p>отсутствует обоснование формы и стадии, клинических симптомов и синдромов хронического пиелонефрита, не указаны осложнения.</p> <p>или</p> <p>обоснование клинической формы хронического пиелонефрита дано неверно, не перечислены осложнения основного заболевания.</p>
P0	–	<p>Обоснование хронического пиелонефрита и его осложнений дано неверно.</p> <p>или</p> <p>Диагноз обоснован полностью неверно.</p>
B	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

Э	—	<p>Пациенту рекомендовано: посев мочи на флору и чувствительность к антибиотикам, ЦИК, антитела к К и О антигенам, К+, Na+, ЭКГ, глазное дно, радиоизотопная ренография, внутривенно урография. Динамика общ анализа мочи, общ анализа крови, креатинина сыворотки крови. Контроль АД.</p>
P2	—	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	—	<p>План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования.</p> <p>или</p> <p>Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.</p>
P0	—	<p>Не названы три и более дополнительных метода обследования.</p> <p>или</p> <p>Обоснование назначения трех и более методов обследования дано неверно.</p> <p>или</p> <p>План дополнительного обследования составлен полностью неверно.</p>
В	4	Что бы Вы рекомендовали пациенту для лечения данной патологии? Обоснуйте свой выбор.
Э	—	Режим полупостельный, стол №7. Медикаментозная терапия до

		<p>результатов посева мочи эмпирический выбор антибактериальных препаратов (амоксиклав 625 мг 3 раза в сутки). Затем тактика антибактериальной терапии определяется по динамике общего анализа мочи и антибиотикограмме. В комплексной терапии пиелонефрита необходимо назначить антиоксиданты (триовит 1 капс 3 раза в день, антиагреганты (дипиридабол 0,025 3 раза в день, иммунокорректоры (иммунорикс 0,8 2 раза в сутки), фототерапия (канефрон 2 др 3 раза в день).</p> <p>Гипотензивная терапия: моноприл 20 мг в сутки, амлодипин 5 мг 2 раза в день. Для коррекции анемии применяются препараты железа: сорбифер 1 таб 2 раза в день, под контролем гемоглобина. Для лечения ХПН – энтеросорбент полисорб 1 столовая ложка 3 раза в день за 1, 5 часа до еды.</p>
P2	—	Терапия представлена в полном объеме, выбор правильно обоснован.
P1	—	<p>Представлен полный объем терапии, однако выбор не обоснован.</p> <p>или</p> <p>Дан не исчерпывающий объем терапии, обоснование выбора верное.</p>
P0	—	Ответ неверный.
B	5	Какие препараты могут использоваться при непереносимости амоксиклава, курантила? Обоснуйте Ваш выбор.
Э	—	Фторхинолоны (левофлоксацин 0,25 1 раз в сутки). При непереносимости курантила применяется трентал 0,1 3 раза в день

P2	–	Тактика лечения выбрана верно.
P1	–	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.
P0	–	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
Болезни органов пищеварения		
H	–	024
Ф	A/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/03.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения

И	–	<p style="text-align: center;">ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</p>
У	–	<p>Больной П., 53 лет, поступил с жалобами на ноющие боли в эпигастральной области; правом и левом подреберьях, ощущение тяжести в правом подреберье, непереносимость жирной пищи, тошноту, кровоточивость десен, общую слабость, сонливость днём и бессонницу ночью, парестезии в нижних конечностях. В течение последних 10 лет злоупотреблял алкоголем.</p> <p>Объективно: пониженного питания, кожные покровы влажные, тремор языка и пальцев рук, пальмарная эритема. На кожных покровах грудной клетки «сосудистые звездочки». Гинекомастия.</p> <p>Околоушные железы увеличены. Мышцы гипотрофичные. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Перкуторно над легкими легочный звук, дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца звучные, ритм сердечной деятельности правильный. Пульс 82 в 1 мин., удовлетворительного наполнения. АД 130/80 мм рт. ст. Живот умеренно вздут, асцит. Венозные коллатерали на передней брюшной стенке. При пальпации болезненность в эпигастрии и подреберьях. Печень выступает из-под края реберной дуги на 8 см, уплотнена, поверхность ее гладкая. Селезенка выступает на 3 см, плотная, безболезненная. Отёки на голенях.</p> <p>Общий анализ крови: HGB (гемоглобин) – 112 г/л, RBC (эритроциты) – $3,09 \times 10^{12}/л$, MCV 150 фл., MCH – 40 пг; WBC (лейкоциты) – $12,58 \times 10^9/л$, Э – 2%, П – 2%, С – 70%, Л – 20%, М – 6%, тромбоциты $180 \times 10^9/л$, СОЭ – 19 мм/ч.</p> <p>Биохимический анализ крови: АлАт 80 Е/л (N 0–41); АсАт 170 Е/л (N 0–37); билирубин общий 33,49 мкмоль/л (N 5–21), несвязанный 12,5 мкмоль/л (N 6,4–15,4), связанный 21,01 мкмоль/л (N 2,1–5,1); гамма-ГТП 1240 Е/л (N 10–50); щелочная фосфатаза 1139 Е/л (N 0–270); альфа-амилаза 250 Е/л (N 0–220); мочевины 7 ммоль/л (N 1,7–8,3); креатинин 60,1 мкмоль/л (N</p>

		<p>55–115); глюкоза 5,1 ммоль/л (N 3–6,1); общий белок 60 г/л (N65–85); альбумин 32 г/л (N35–55); железо сывороточное 13 мкмоль/л (N 11,6–31,3); ПТИ 58% (N 70–130); МНО 1,81% (N 0,85–1,15).</p> <p>Общий анализ мочи без патологии.</p> <p>УЗИ органов брюшной полости: гепатоспленомегалия, диффузные фиброзные изменения печени, воротная вена 16 мм, селезёночная вена 8 мм, признаки хронического бескаменного холецистита, диффузные изменения поджелудочной железы, асцит.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный предварительный диагноз.
Э	–	<p>Алкогольная болезнь печени: цирроз печени субкомпенсированный класс «В» по Чайлд–Пью, осложнения: портальная гипертензия (асцит, спленомегалия, варикоз вен пищевода (?)), печёночная энцефалопатия 1–2 ст. Анемия 1 ст. смешанного генеза. Хронический панкреатит болевой формы с внешнесекреторной недостаточностью (?) поджелудочной железы, обострение, Хронический бескаменный холецистит, ремиссия. Не исключается алкогольная полинейропатия нижних конечностей.</p>
P2	–	Диагноз поставлен верно.
P1	–	Диагноз поставлен не полностью: часть нозологий упущена или неверно оценены степень компенсации цирроза, проявления портальной гипертензии, стадия печёночной энцефалопатии; неверно оценена степень тяжести анемии.
P0	–	Диагноз поставлен неверно.

В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	–	<p>Диагноз алкогольной болезни печени: цирроза печени установлен на основании следующих критериев:</p> <p>наличие этиологического фактора – 10– летний стаж злоупотребления алкоголем, присутствия синдромов:</p> <p>астенического (жалобы на общую слабость), диспептического (жалобы на ощущение тяжести в правом подреберье, непереносимость жирной пищи, тошноту), цитолитического (повышение печёночных ферментов – АлАТ 80 Е/л (N 0–41) и АсАТ 170 Е/л (N 0–37)), холестатического (повышение показателей холестаза: билирубин общий 33,49 мкмоль/л (N 5–21), несвязанный 12,5 мкмоль/л (N 6,4–15,4), связанный 21,01 мкмоль/л (N 2,1–5,1); гамма–ГТП 1240 Е/л (N 10–50); щелочная фосфатаза 1139 Е/л (N 0–270)), геморрагического (жалобы на кровоточивость дёсен), гепатоспленомегалии (при объективном обследовании печень выступает из–под края реберной дуги на 8 см, уплотнена, поверхность ее гладкая; селезенка выступает на 3 см, плотная, безболезненная; по данным УЗИ органов брюшной полости подтверждается наличие гепатоспленомегалии), портальной гипертензии (асцит, спленомегалия, венозные коллатерали на передней брюшной стенке, расширение воротной вены до 16 мм, селезёночной вены до 8 мм по данным УЗИ орг. бр. полости, наличие варикозного расширения вен пищевода предстоит уточнить), печёочно–клеточной недостаточности (гипопротеинемия – общий белок 60 г/л (N 65–85), гипоальбуминемия – альбумин 32 г/л (N 35–55), увеличение МНО 1,33% (N 0,85–1,15), снижение ПТИ 58%, проявления печёочной энцефалопатии – слабость, сонливость днём и бессонница ночью), печёочных знаков (пальмарная эритема, на кожных покровах грудной клетки «сосудистые звездочки», гинекомастия – как результат гиперэстрогении), наличия стигм длительного злоупотребления алкоголем (пониженного питания, тремор языка и пальцев рук, околоушные железы увеличены, мышцы гипотрофичные, коэффициент де Ритиса АсАт/АлАт = 170/80=2,125 – больше 2, что характерно для алкогольного генеза поражения печени, выраженное повышение гамма–ГТП 1240 Е/л (N 10–50), в общем анализе крови лейкоцитоз и макроцитарная гиперхромная анемия, жалобы на парестезии в нижних конечностях дают основание предполагать наличие у больного алкогольной полинейропатии).</p> <p>Класс «В» по Чайлд – Пью (субкомпенсированный цирроз) установлен на основании подсчёта суммарного количества баллов по шкале Чайлд–Пью: билирубин общий 33,49 мкмоль/л – 1 балл, альбумин 32 г/л – 2 балла, ПТИ 58% – 2 балла (или увеличение МНО– 1,81%, или удлинение протромбинового времени), печёочная энцефалопатия 1–2 ст. – 2 балла, асцит ненапряжённый – 2 балла; в сумме 9 баллов).</p> <p>О портальной гипертензии свидетельствует наличие асцита,</p>

		<p>спленомегалии, венозных коллатералей на передней брюшной стенке, расширение воротной вены до 16 мм и селезеночной вены до 8 мм по данным УЗИ орг. бр. полости. Присутствие варикозного расширения вен пищевода и степень варикоза предстоит уточнить с помощью рентгеноскопии пищевода и/или ФГДС. Печёночная энцефалопатия 1–2 ст. диагностирована на основании жалоб на слабость, сонливость днём и бессонницу ночью. Для уточнения её стадии требуется проведение теста цифровой последовательности. Диагноз анемии I степени связан со снижением содержания эритроцитов крови до $3,09 \times 10^{12}/л$, сочетание злоупотребления алкоголем и гиперспленизма свидетельствует о её смешанном генезе. О наличии хронического панкреатита болевой формы с внешнесекреторной недостаточностью (?) поджелудочной железы в стадии обострения свидетельствуют длительное злоупотребление алкоголем (этиологический фактор), жалобы (на ноющие боли в эпигастральной области, правом и левом подреберьях, тяжесть в правом подреберье, непереносимость жирной пищи, тошноту), данные объективного (при пальпации живота болезненность в эпигастрии и подреберьях) и лабораторно–инструментального обследования (лейкоцитоз в общем анализе крови; при УЗИ органов брюшной полости: признаки хронического бескаменного холецистита, диффузные изменения поджелудочной железы, объёмное образование в проекции тела поджелудочной железы – киста? или псевдотуморозный хронический панкреатит?). Предстоит уточнить экскреторную функцию поджелудочной железы.</p>
P2	–	Диагноз обоснован верно.

P1	–	<p>Диагноз обоснован не полностью:</p> <p>отсутствует обоснование класса по Чайлд–Пью, или портальной гипертензии, или печёночной энцефалопатии, или анемии, или хронического панкреатита, или обоснование цирроза печени или панкреатита дано неверно.</p>
P0	–	<p>Обоснование двух и более нозологических форм дано неверно.</p> <p>или</p> <p>Диагноз обоснован полностью неверно.</p>
B	3	<p>Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.</p>
Э	–	<p>Пациенту рекомендовано:</p> <p>для исключения дополнительных этиологических факторов – кровь на маркёры вирусных гепатитов В и С – HbsAg, а/HCV, кровь на антимитохондриальные антитела (исключение первичного билиарного цирроза печени в связи с выраженным холестазом), кровь на антинуклеарные и антигладкомышечные антитела (исключение аутоиммунного гепатита);</p> <p>коагулограмма (оценить дефицит плазменных факторов свёртывания);</p> <p>кровь на альфафетопротеин 1 раз в 6 мес. (пациенты с циррозом печени должны мониторироваться на предмет развития гепатоцеллюлярной карциномы);</p> <p>определение степени тяжести цирроза по Чайлд–Пью;</p> <p>рентгеноскопия пищевода и/или ФГДС (определить наличие и степень варикоза вен пищевода, исключить патологию желудка и</p>

		<p>12 п. кишки);</p> <p>УЗДГ сосудов брюшной полости (подтвердить наличие печёночной портальной гипертензии, исключить тромбоз воротной вены);</p> <p>диагностический парацентез с биохимическим и цитологическим исследованием асцитической жидкости, посевом её на стерильность;</p> <p>кровь на онкомаркёры СА19–9 и карциноэмбриональный антиген + МРТ поджелудочной железы с контрастированием (для уточнения характера очагового образования в теле поджелудочной железы по данным УЗИ брюшной полости);</p> <p>после оценки коагулограммы и купирования асцита решить вопрос о возможности пункции очагового образования тела поджелудочной железы и печени под контролем УЗИ;</p> <p>общая копрограмма и количество эластазы в кале (оценка экскреторной функции поджелудочной железы);</p> <p>ЭНМГ нижних конечностей (подтвердить наличие полинейропатии нижних конечностей).</p>
P2	–	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	–	<p>План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования.</p> <p>или</p> <p>Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.</p>

P0	–	<p>Не названы три и более дополнительных метода обследования.</p> <p>или</p> <p>Обоснование назначения трех и более методов обследования дано неверно.</p> <p>или</p> <p>План дополнительного обследования составлен полностью неверно.</p>
B	4	<p>Что бы Вы рекомендовали пациенту для лечения данной патологии? Обоснуйте свой выбор.</p>
Э	–	<p>Режим полупостельный, стол 5 с ограничением жидкости, соли (до 4.6 – 6.9 г/сут.) и белка в рационе (60 гр/сут.), отказ от приёма алкоголя, нутритивная поддержка.</p> <p>Дезинтоксикационная терапия: реамберин 250 – 500 мл 1 раз в день внутривенно кап. №7–10, глюкоза 5% 200 мл + аскорбиновая кислота 5% – 4,0 внутривенно кап. 1 раз в день № 7–10.</p> <p>S–аденозилметионин 800 мг внутривенно кап. 1 раз в день №14, затем в таблетках по 400 мг 3 раз в день до 1 мес., возможно длительно (гепатопротектор).</p> <p>Коррекция гипоальбуминемии, гипопроотеинемии: альбумин 20% – 100,0 внутривенно кап. 1 раз в день № 5–7.</p> <p>При наличии дефицита плазменных факторов свёртывания для лечения геморрагического синдрома: СЗП внутривенно кап. и викасол 1%– 2,0 внутримышечно 1 раз в день №5.</p> <p>Лечение отёчно–асцитического синдрома: спиронолактон 50–200 мг/сут. (критерий эффективности – уменьшение массы тела не менее, чем на 2 кг в неделю), при необходимости + 100 мг каждые</p>

		<p>7 дней (400 мг/сут. максимально) и/или добавление фуросемида 40 мг/сут., при необходимости + 40 мг каждые 7 дней (160 мг/сут. максимально). Вместо фуросемида можно использовать торасемид 5 мг, при необходимости +5 мг каждые 7 дней (20 мг максимально). Проведение диуретической терапии под контролем сознания больного, электролитов крови, креатинина.</p> <p>Лечение печёночной энцефалопатии: курсы деконтаминации кишечника (рифаксимин–альфа 200 мг 2 раз в день 7 дней, или неомицин, или метронидазол), лактулоза 10 мл 3 раз в день постоянно (коррекция дозы в зависимости от частоты стула, эффективная доза при увеличении частоты стула до 2–3 раз в сутки), L–орнитин–L–аспартат 20 г внутривенно кап. 1 раз в день № 7, затем внутрь гранулят по 3 г 3 раз в день 1 мес.</p> <p>Лечение панкреатита: панкреатин 25 000 по 1 таб. с едой, мебеверин 200 мг 2 раз в день за 30 мин. до еды, омепразол 20 мг 2 раз в день.</p> <p>Лечение алкогольной полинейропатии: мильгамма 2,0 мл внутримышечно 1 раз в день №10, затем нейромультивит по 1 таб. 2 раз в день 1 мес., курсы 2–3 р/год.</p>
P2	–	Терапия представлена в полном объеме, выбор правильно обоснован.
P1	–	Представлен полный объем терапии, однако выбор не обоснован. или Дан не исчерпывающий объем терапии, обоснование выбора верное.
P0	–	Ответ неверный.

В	5	<p>При выявлении дополнительного этиологического фактора (вирус гепатита В) решите вопрос об этиологическом лечении.</p> <p>Обоснуйте Ваш выбор.</p>
Э	–	<p>При наличии репликации вируса гепатита В (определяется ДНК вирусного гепатита В) пациентам с нарушением функции печени (ЦП классов В и С по шкале Child–Pugh) лечение проводится аналогами нуклеоти–(зи)–дов (ламивудин, телбивудин, тенофовир, энтекавир). Мониторирование состояния пациента, контроль за лабораторными показателями (клинический и биохимический анализы крови, спектр вирусных маркеров) проводится так же, как и у больных хроническим гепатитом В.</p> <p>В клинических исследованиях показано, что длительная и адекватная супрессия ДНК вирусного гепатита В может стабилизировать пациентов и предупреждать прогрессирование заболевания и декомпенсацию функции печени, а также приводить к обратному развитию фиброза и даже цирроза печени.</p>
Р2	–	Тактика лечения выбрана верно.
Р1	–	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.
Р0	–	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
Н	–	025
Ф	А/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза

Ф	А/03.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	—	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	—	<p>Больной, 44 года. В течение 15 лет болен язвенной болезнью желудка. За последний год состояние больного ухудшилось: кроме голодных болей, понизился аппетит, стал терять в весе, появилось ощущение тяжести и распирания в подложечной области, особенно к вечеру, отрыжка с неприятным запахом, часто – рвота пищей, съеденной накануне. После рвоты ощущение тяжести в подложечной области уменьшается.</p> <p>Объективно: общее состояние удовлетворительное. Правильного телосложения, пониженного питания. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Перкуторно над легкими легочный звук, дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца звучные, ритм сердечной деятельности правильный. Пульс 72 в 1 мин., удовлетворительного наполнения. АД 130/80 мм рт. ст. При осмотре живота отмечается видимая перистальтика в эпигастрии, при пальпации нижняя граница желудка опущена, определяется шум плеска натошак, болезненность в эпигастрии и правом подреберье.</p> <p>Анализ крови: HGB (гемоглобин) – 100 г/л, RBC (эритроциты) – $3,0 \times 10^{12}/л$, MCH – 35 пг; WBC (лейкоциты) – $8,4 \times 10^9/л$, Э – 1%, П – 4%, С – 66%, Л – 24%, М – 5%, СОЭ – 30 мм/ч, тромбоциты $202 \times 10^9/л$.</p>

В	1	Предположите наиболее вероятный предварительный диагноз.
Э	—	Язвенная болезнь желудка, обострение (?), осложнённая декомпенсированным (?) стенозом привратника (?). С-г желудка(?). Анемия легкой степени тяжести. смешанного генеза.
P2	—	Диагноз поставлен верно.
P1	—	Диагноз поставлен не полностью: часть нозологий упущена или неверно оценены осложнения; неверно оценена степень тяжести анемии.
P0	—	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	—	<p>Предположительный диагноз язвенной болезни желудка в стадии обострения установлен на основании жалоб и анамнеза заболевания (в течение 15 лет болен язвенной болезнью желудка, присутствуют голодные боли в эпигастрии), данных объективного обследования (при пальпации живота болезненность в эпигастрии и правом подреберье).</p> <p>Осложнение язвенной болезни желудка – стеноз привратника заподозрен на основании присутствия в клинической картине жалоб на ощущение тяжести и распирания в подложечной области, особенно к вечеру, отрыжки с неприятным запахом, часто – рвоты пищей, съеденной накануне, похудания, видимой перистальтики в эпигастрии, при пальпации нижняя граница желудка опущена, определяется шум плеска натошак.</p> <p>У данного пациента не исключается малигнизация язвы желудка, что также может служить причиной стеноза привратника.</p>

		<p>Снижение аппетита, снижение веса, наличие анемии и увеличение СОЭ в общем анализе крови позволяют это предположить.</p> <p>Диагноз анемии 1 степени установлен на основании снижения гемоглобина до 100 г/л в общем анализе крови.</p>
P2	—	Диагноз обоснован верно.
P1	—	<p>Диагноз обоснован не полностью:</p> <p>отсутствует обоснование стадии или осложнений или анемии</p> <p>или</p> <p>обоснование стадии язвенной болезни , её возможных осложнений или анемии дано неверно.</p>
P0	—	<p>Обоснование двух и более нозологических форм дано неверно.</p> <p>или</p> <p>Диагноз обоснован полностью неверно.</p>
B	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

Э		<p>Пациентке рекомендовано:</p> <p>исследование уровня сывороточного железа и ферритина крови (уточнение генеза анемии); амилаза крови и мочи, АлАт, АсАт, билирубин, щелочная фосфатаза, гамма ГТП (в связи с болезненностью при пальпации живота в эпигастрии и правом подреберье уточнить функцию печени и поджелудочной железы), общий белок, альбумин, электролиты крови (оценить потерю электролитов и белка при частой рвоте); ФГДС с биопсией (оценить наличие язвы в желудке, дифференциальная диагностика с онкопатологией желудка), в том числе и определение пилорического хеликобактера цитологическим методом (для решения вопроса о проведении эрадикации), рентгеноскопия пищевода и желудка с контрольной рентгенографией органов брюшной полости через 24 часа (оценка наличия и выраженности стеноза привратника), УЗИ органов брюшной полости (оценить состояние печени, поджелудочной железы, желчного пузыря).</p>
P2		<p>План дополнительного обследования составлен полностью верно.</p>
P1		<p>План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования.</p> <p>или</p> <p>Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.</p>
P0		<p>Не названы три и более дополнительных метода обследования.</p> <p>или</p> <p>Обоснование назначения трех и более методов обследования дано неверно.</p>

		или План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
В	4	Что бы Вы рекомендовали пациенту для лечения данной патологии? Обоснуйте свой выбор.
Э		<p>Дальнейшая тактика ведения пациентки будет зависеть от результатов проведённого дообследования. В случае подтверждения обострения язвенной болезни желудка при наличии пилорического хеликобактера и отсутствии выраженной декомпенсации стеноза привратника показано проведение эрадикационной терапии 10–14 дней:</p> <p>ингибитор протонной помпы 2 раза в день в стандартной дозировке (омепразол 20 мг, или эзомепразол 20 мг, или рабепразол 20 мг, или пантопразол 40 мг, или лансопразол 30 мг) + амоксициллин 1000 мг 2 раза в день + кларитромицин 500 мг 2 раза в день</p> <p>или последовательная схема: ингибитор протонной помпы 2 раз в день + амоксициллин 1000 мг 2 раза в день 5 дней, затем ингибитор протонной помпы 2 раза в день + кларитромицин 500 мг 2 раза в день + метронидазол 500 мг 2 раза в день 5 дней.</p> <p>Прокинетики (метоклопрамид внутримышечно или домперидон лингвальный) для купирования тошноты и рвоты.</p> <p>Лечение анемии: при подтверждении дефицита железа сорбифер по 1 таб. 2 раза в день до нормализации гемоглобина, затем по 1 таб. 1 раза в день 2–3 мес.</p>

		<p>При выявлении гипопротеинемии заместительная терапия альбумином внутривенно кап. При наличии электролитных нарушений – введение солевых растворов.</p> <p>В случае подтверждения малигнизации или при декомпенсированном стенозе привратника хирургическое лечение.</p>
P2	–	Терапия представлена в полном объеме, выбор правильно обоснован.
P1	–	<p>Представлен полный объем терапии, однако выбор не обоснован.</p> <p>или</p> <p>Дан не исчерпывающий объем терапии, обоснование выбора неверное.</p>
P0	–	Ответ неверный.
B	5	Какие эрадикационные схемы могут использоваться при неэффективности терапии 1 линии?

Э	—	<p>При неэффективности терапии 1-й линии (ингибитор протонной помпы 2 раза в день в стандартной дозировке + амоксициллин 1000 мг 2 раза в день + кларитромицин 500 мг 2 раза в день) используется квадротерапия (ингибитор протонной помпы 2 раза в день в стандартной дозировке + висмута субсалицилат/субцитрат 120 мг 4 раза в день + метронидазол 500 мг 3 раза в день + тетрациклин 500 мг 4 раза в день) 10 дней или схема с левофлоксацином (ингибитор протонной помпы 2 раза в день в стандартной дозировке + амоксициллин 1000 мг 2 раза в день + левофлоксацин 250 мг 2 раза в день) 10 дней. При неэффективности 2 линии выбор лечения на основе определения индивидуальной чувствительности пилорического хеликобактера.</p>
P2	—	Тактика лечения выбрана верно.
P1	—	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.
P0	—	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
Н	—	026
Ф	A/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/03.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения

И	—	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	—	<p>Женщина 46 лет, поступила в клинику с жалобами на боли в верхней половине живота с иррадиацией в спину, иногда опоясывающего характера, тошноту, повторную рвоту, учащение стула до 3–4 раз в сутки; стул обильный, зловонный, «сального» вида. Из анамнеза известно, что периодические боли в верхней половине живота беспокоят пациентку около 9 лет, провоцируются погрешностями в диете, 4 года назад – холецистэктомия по поводу желчнокаменной болезни.</p> <p>Объективно: общее состояние средней тяжести. Гиперстенического телосложения, повышенного питания. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Перкуторно над легкими легочный звук, дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца звучные, ритм сердечной деятельности правильный. Пульс 90 в 1 мин., удовлетворительного наполнения. АД 120/80 мм рт. ст. При осмотре: умеренное вздутие живота, разлитая болезненность в эпи- и мезогастрии. Симптом Щеткина–Блюмберга отрицательный. Периферических отёков нет.</p> <p>Общий анализ крови: HGB (гемоглобин) – 130 г/л, RBC (эритроциты) – $3,7 \times 10^{12}$/л, MCH – 35 пг; WBC (лейкоциты) – 11×10^9/л, Э – 1%, П – 4%, С – 66%, Л – 24%, М – 5%, СОЭ – 10 мм/ч, альфа-амилаза крови 300 Е/л (N 0–220).</p> <p>Общий анализ мочи в норме.</p>

В	1	Предположите наиболее вероятный предварительный диагноз.
Э	—	<p>Хронический биллиарный панкреатит (ХП) болевая форма в фазе обострения с внешнесекреторной недостаточностью поджелудочной железы (ПЖ). Постхолецистэктомический синдром. холецистэктомия 4 года назад. Дисфункция сфинктера Одди, панкреатическая форма.</p> <p>Анемия хронических заболеваний легкой степени I</p>
P2	—	Диагноз поставлен верно.
P1	—	Диагноз поставлен не полностью: часть нозологий упущена или неверно оценены стадии заболевания.
P0	—	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Э		<p>Диагноз ХП болевой формы в фазе обострения установлен на основании наличия в клинической картине типичного постпрандиального абдоминального болевое синдрома в верхней половине живота с иррадиацией в спину, периодически опоясывающего характера, диспепсии (тошнота, повторная рвота). Появление диареи и полифекалии (учащение стула до 3–4 раз в сутки; стул обильный, зловонный, «сального» вида) является маркером синдрома внешнесекреторной недостаточности ПЖ. Наличие в анамнезе желчекаменной болезни, холецистэктомии позволяет предположить, что ХП билиарнозависимый.</p> <p>О постхолецистэктомическом синдроме в фазе обострения свидетельствует указание в анамнезе на наличие желчекаменной болезни и холецистэктомии, также присутствие в клинике болей в верхней половине живота и диспепсии.</p> <p>Термин постхолецистэктомический синдром представляет собой не самостоятельную нозологическую единицу, а собирательное понятие, которое требует детального обследования и уточнения в каждом конкретном клиническом случае.</p>
P2		Диагноз обоснован верно.
P1		<p>Диагноз обоснован не полностью:</p> <p>отсутствует обоснование стадий заболевания или этиологии</p> <p>или</p> <p>Обоснование стадии обострения и наличия внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы или этиологии дано неверно.</p>
P0		<p>Обоснование двух и более нозологических форм дано неверно.</p> <p>или</p>

		<p>Диагноз обоснован полностью неверно.</p>
В	3	<p>Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.</p>
Э	—	<p>Пациентке рекомендовано:</p> <p>определение уровня альфа–амилазы в крови и моче, при отсутствии гиперамилаземии и гиперамилазурии (так как на 2–4 сутки после приступа возможна нормализация показателей) целесообразно определение активности сывороточной эластазы 1 (самый «поздний» чувствительный тест диагностики обострений ХП);</p> <p>исследование АлАТ, АсАТ, билирубина, холестерина, щелочной фосфатазы, гамма ГТП (оценка функционального состояния печени для исключения реактивного гепатита, сопутствующих заболеваний печени и исключение холестаза в результате блока холедоха);</p> <p>уровень общего белка, альбумина (оценка трофологической недостаточности на фоне панкреатической мальдигестии и мальабсорбции);</p> <p>уровень кальция крови (гиперкальциемия позволяет думать о наличии гиперпаратиреоза как причинного фактора ХП);</p> <p>глюкоза крови, гликемический профиль (уточнение углеводного обмена и исключение сахарного диабета в результате нарушения инкреторной функции ПЖ);</p> <p>копрологическое исследование с количественным определением жира в кале, определение эластазы 1 в кале (оценка экзокринной функции ПЖ);</p> <p>УЗИ органов брюшной полости (визуализация всех отделов ПЖ и протоковой системы, оценка состояния печени, желчевыводящих путей, уточнение наличия желчной гипертензии);</p> <p>МСКТ ПЖ с контрастированием в случае невозможности визуализации каких–либо отделов ПЖ при УЗИ, при наличии объемных процессов в ПЖ по данным УЗИ;</p> <p>магнитно–резонансная холангиопанкреатография (МРХПГ)</p> <p>при подозрении на холедохолитиаз или стриктуру холедоха как причину атаки ХП (признаки желчной гипертензии, расширение холедоха и/или вирсунгова протока по данным УЗИ, холестаза);</p>

		<p>ФГДС (диагностировать патологию большого дуоденального сосочка; выявить заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки, являющиеся возможной причиной развития ХП).</p> <p>Консультация оперировавшего хирурга является целесообразной и обязательной по результатам обследования с применением вышеперечисленных методов.</p>
P2	—	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	—	<p>План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования.</p> <p>или</p> <p>Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.</p>
P0	—	<p>Не названы три и более дополнительных метода обследования.</p> <p>или</p> <p>Обоснование назначения трех и более методов обследования дано неверно.</p> <p>или</p> <p>План дополнительного обследования составлен полностью неверно.</p>
B	4	Что бы Вы рекомендовали пациентке для лечения данной патологии? Обоснуйте свой выбор.
Э	—	<p>В первые 1–2 дня от начала обострения ХП голод.</p> <p>При отсутствии рвоты и признаков гастро– и дуоденостаза</p>

разрешается только прием жидкости в количестве 1,0–1,5 литра в сутки (по 200 мл – 5–6 раз): щелочную минеральную воду комнатной температуры без газа, отвар шиповника (1–2 стакана), некрепкий чай.

При необходимости проводится нутритивная поддержка: парентеральное и энтеральное зондовое питание, дезинтоксикационная терапия.

По мере улучшения общего состояния (обычно на 2–3–й день от начала обострения) перевод больного сначала на ограниченное, а затем и на полноценное пероральное питание (стол №5П). Диета должна быть механически и химически щадящей, малокалорийной и содержащей физиологическую норму белка (с включением 30% белка животного происхождения).

Купирование абдоминального болевого синдрома с помощью анальгетиков (кетопрофен 100 мг – 2 мл внутримышечно, или анальгин 50% – 2 мл внутримышечно, или метамизол натрия – баралгин 5 мл внутривенно) в комбинации со спазмолитиками (дротаверин 2% – 2 мл, или платифиллин 0,2% – 1 мл п/к, или гиосцина бутилбромид – бускопан 10 мг по 1–2 таб. 3–5 раз в день) и антигистаминными препаратами (димедрол 1% – 1 мл). В дальнейшем показан прием спазмолитиков внутрь: мебеверин (дюспаталин) в дозе 200 мг 2 раза в день (утром и вечером) в течение 2 недель и более.

В случаях резистентности к ненаркотическим анальгетикам могут быть применены опиаты и их синтетические аналоги (трамал 50 мг – 1 мл и 100 мг – 2 мл, промедол 1% и 2% по 1 мл).

Октреотид (соматостатин) 100 мкг 3 раза подкожно первые 5 дней (уменьшение давления в протоковой системе ПЖ, так как непосредственно подавляет функциональную активность ПЖ и опосредованно – через уменьшение желудочной секреции за счет подавления секреции гастрина),

затем ингибиторы протонной помпы (например омепразол 20 мг 2 раза в день или др.) для создания функционального покоя ПЖ, что

		<p>достигается блокадой желудочной секреции;</p> <p>прокинетики (метоклопрамид 2,0 мл внутримышечно 3 раз в день)</p> <p>– купирование рвоты, нормализация пассажа секрета ПЖ;</p> <p>Цефтриаксон 1,0 внутримышечно 2 раз в день (показаниями для проведения антибактериальной терапии при ХП являются обострения, протекающие по типу острого панкреатита, синдром избыточного бактериального роста и наличие признаков инфекции в билиарной системе – холангит).</p> <p>С началом перорального питания включение панкреатических ферментов с дозой протеазы 1000 Ед и липазы 25 000 Ед по 1 таб. с каждым приёмом пищи постоянно (для создания функционального покоя и купирования боли, также в качестве заместительной терапии при внешнесекреторной недостаточности ПЖ).</p>
P2	–	Терапия представлена в полном объеме, выбор правильно обоснован.
P1	–	<p>Представлен полный объем терапии, однако выбор не обоснован.</p> <p>или</p> <p>Дан не исчерпывающий объем терапии, обоснование выбора неверное.</p>
P0	–	Ответ неверный.
B	5	Назовите эндоскопические методики в купировании болевого синдрома при обострении панкреатита.

Э		<p>Для купирования болевого абдоминального синдрома в настоящее время все чаще стали применяться малоинвазивные и эндоскопические методики: эндоскопическая папиллотомия, дилатация стриктур и эндопротезирование протоков, удаление холедохоцеле, литотрипсия и литоэкстракция конкрементов терминального отдела холедоха и Вирсунгова протока.</p> <p>Все вышеперечисленное представляет собой варианты малоинвазивных (эндоскопических) оперативных вмешательств, которые осуществляют по строгим показаниям, которые обсуждают с хирургами.</p> <p>В случае, если лечение болевого абдоминального синдрома диетотерапией, ферментными препаратами совместно с ингибиторами протонной помпы и ненаркотическими анальгетиками не принесла эффекта, возникают показания к чрескожной блокаде чревного сплетения под КТ– или УЗ– контролем.</p>
P2		Тактика лечения выбрана верно.
P1		Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.
P0		Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
Болезни органов кроветворения		

Н	–	027
Ф	A/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/03.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	–	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	–	<p>Больная А., 26 лет обратилась к врачу с жалобами на слабость, головные боли, состоявшийся несколько дней назад обморок. При активном расспросе пациентка сообщила дополнительные жалобы на ломкость ногтей и повышенное выпадение волос, а также – желание есть мел и глину. Установлено, что родилась вторым ребенком в семье, в 36 недель, брат старше на 1,5 г. Менархе с 13 лет, цикл 28 дней, кровотечение 6 дней, прокладок более 10 за менструальное кровотечение. Беременностей не было. Донором крови не была. В диете количество блюд из красного мяса ограничено. Наружных кровотечений не отмечает.</p> <p>При осмотре выявлена выраженная бледность кожных покровов и слизистых, сухость кожи, заеды в углах рта, истончение ногтей, койлонихии. Пульс 90 в мин. При аускультации тоны сердца учащены, ЧСС 90 в мин, систолический шум на верхушке. Живот мягкий при пальпации безболезненный. Печень, селезенка пальпаторно не увеличены. Отеков нет.</p> <p>В анализаторном общем анализе крови: HGB (гемоглобин) – 69 г/л, RBC (эритроциты) – $3,9 \times 10^{12}/л$, MCV (средний объем эритроцитов) – 56 фл, MCH (среднее содержание гемоглобина в эритроците) – 15,6 пг; ретикулоцитов – 25 промилле, WBC (лейкоциты) – $5,3 \times 10^9/л$, сегментоядерных нейтрофилов – 48%, эозинофилов – 2%, моноцитов – 3%, лимфоцитов 47%, PLT (тромбоцитов) – $450 \times 10^9/л$, СОЭ – 26 мм/ч.</p>

В	1	Предположите наиболее вероятный предварительный диагноз.
Э	–	Железодефицитная анемия тяжелой степени, вероятный абсолютный дефицит железа врожденный, алиментарный и вследствие менструальной кровопотери
P2	–	Диагноз поставлен верно.
P1	–	Диагноз поставлен не полностью: не указан дефицит железа и клинически выявленные причины его возникновения.
P0	–	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	–	Диагноз железодефицитная анемия (ЖДА) тяжелой степени установлен на основании двух клинических синдромов: анемического (слабость, головные боли, состоявшийся несколько дней назад обморок, выраженная бледность кожных покровов и слизистых, тахикардия, систолический шум при аускультации сердца) и сидеропенического (ломкость ногтей и повышенное выпадение волос, сухость кожи, заеды в углах рта, истончение ногтей, койлонихии, извращение вкуса (pica chlorotica) – желание есть мел и глину), сопровождающихся характерными изменениями в анализе крови: анемия тяжелой степени (HGB – 65 г/л), микроцитарная (MCV<80), гипохромная (MCH<26), гипорегенераторная (ретикулоцитов 20 промилле), реактивный тромбоцитоз (PLT>450 тыс/мкл). Дефицит железа может носить врожденный характер – родилась недоношенной, от второй беременности с коротким интервалом между родами, а также быть обусловлен менструальной кровопотерей и алиментарным фактором – дефицитом блюд из красного мяса в диете.
P2	–	Диагноз обоснован верно.
P1	–	Диагноз обоснован не полностью: Не выделены клинические синдромы, не дана полная интерпретация результатов анализа крови.
P0	–	Диагноз обоснован полностью неверно.

В	3	Составьте и обоснуйте план необходимого дополнительного обследования пациента перед началом терапии и в процессе лечения.
Э	–	Перед началом терапии: исследование показателей обмена железа: ферритин крови и/или подсчет индекса насыщения трансферрина на основании отношения сывороточного железа и общей железосвязывающей способности сыворотки крови, умноженное на 100%. В процессе лечения – клинический анализ крови через 1, 3 и 6 мес, ферритин крови через 3 или 6 мес.
P2	–	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	–	План дополнительного обследования составлен избыточно или не полностью
P0	–	План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
В	4	Что бы Вы рекомендовали пациенту для лечения данной патологии? Обоснуйте свой выбор.
Э	–	При ферритине крови < 30 (15) нг/мл и/или ИНТ<20% показана саплементация (насыщение) железом. С учетом тяжести анемии – HGB – 69 г/л препаратами выбора являются препараты Fe(II) сульфат железа с аскорбиновой кислотой (сорбифер дурулес) суточная доза 1 таблетка 2 раза или глюконат железа (тотема) в дозе 3–4 мг/кг в день с выходом на суточную дозировку 3–4 ампулы в день внутрь за 7–10 дней. Длительность курса для нормализации HGB– до 3 мес, длительность курса для восстановления депо железа в организме – 3 мес.
P2	–	Терапия представлена в полном объеме, выбор правильно обоснован.
P1	–	Представлен полный объем терапии, однако выбор не обоснован. Или Дан не исчерпывающий объем терапии, обоснование выбора

		верное.
P0	–	Ответ неверный.
B	5	Какие препараты могут использоваться при выявлении токсических проявлений со стороны ЖКТ или недостаточной эффективности назначенного Вами лечения у данной пациентки? Обоснуйте Ваш выбор.
Э	–	В случае раннего проявления токсических симптомов (до 1 месяца приема препарата Fe(II) со стороны ЖКТ (боли в животе, вздутие, тошнота, жидкий стул или запоры) до восстановления Нв до анемии легкой степени – препарат выбора для лечения ЖДА – внутривенный препарат железа карбоксимальтозат железа (феринжент) в дозе 20 мг/кг не более 1000 мг на 1 введение на 200 мл физиологического раствора за 15 мин. В случае появления симптомов токсичности после 1 и более мес. приема препарата Fe(II) возможен переход на препарат Fe(III) гидроксид полимальтозный комплекс (мальтофер или феррум лек) в дозе 100 мг 3 раза в день в виде жевательных таблеток — 3 мес.
P2	–	Тактика лечения выбрана верно.
P1	–	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.
P0	–	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.

Ф		028
Ф	A/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
	A/03.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения

И	–	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	–	<p>Пациент А., 58 лет предъявляет жалобы на слабость, снижение толерантности к физическим нагрузкам, слабость в руках и ногах, затруднения при выполнении движений, требующей мелкой моторики, боли в языке, запоры, желтушность и бледность кожи, похудание на 3 кг за мес. Первым проявлением заболевания за месяц до обращения к терапевту стали боли в языке, ограничивающие прием пищи, особенно солёного и кислого характера. Пациент консультирован стоматологом, который заподозрил анемию. При активном расспросе пациент указал, что ранее обращался с жалобами на боли в животе после приёма пищи, эпизоды отрыжки тухлым, диареи.</p> <p>При осмотре выявлено: бледность, желтушность кожи и слизистых, атрофия сосочков языка. Пульс 96 в мин. При аускультации тоны сердца учащены, ЧСС 96 в мин, систолический шум на верхушке. Живот мягкий при пальпации безболезненный. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Печень не увеличена. При пальпации живота в положении пациента на правом боку пальпаторно определялся край селезенки. Отеков нет.</p> <p>В анализаторном общем анализе крови: HGB (гемоглобин) – 75 г/л, RBC (эритроциты) – $1,87 \times 10^{12}/л$, MCV (средний объем эритроцитов) – 117 фл, MCH (среднее содержание гемоглобина в эритроците) – 40 пг, RDW (распределение эритроцитов по ширине) – 25%, НТС (гематокрит) – 22%, ретикулоцитов – 5 промилле, WBC (лейкоциты) – $3,67 \times 10^9/л$, нейтрофилов – $1,97 \times 10^9/л$, моноцитов – $0,08 \times 10^9/л$, лимфоцитов – $1,53 \times 10^9/л$, PLT (тромбоцитов) – $96 \times 10^9/л$, СОЭ – 26 мм/ч.</p>

В	1	Предположите наиболее вероятный предварительный диагноз.
Э	–	В ₁₂ –дефицитная анемия тяжёлой степени, вероятный дефицит витамина В ₁₂ вследствие атрофического гастрита (пернициозная анемия)
	–	Диагноз поставлен верно.
Р1	–	Диагноз поставлен не полностью: не указан дефицит витамина В ₁₂ и вероятная по клиническим признакам причина его возникновения.
Р0	–	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Э	–	<p>Диагноз В₁₂ дефицитной анемия тяжёлой степени установлен на основании трех клинических синдромов: анемического (слабость, снижение толерантности к физическим нагрузкам, желтушность и бледность кожи и слизистых), синдрома желудочно–кишечных нарушений (боли в языке, непереносимость солёной и кислой пищи, атрофия сосочков языка, похудание на 3 кг за мес, ранее боли в животе после приема пищи, эпизоды отрыжки тухлым, диареи), периферической полинейропатии (слабость в руках и ногах, затруднения при выполнении движений, требующей мелкой моторики) и характерных изменений в общем анализе крови:</p> <p>анемия тяжёлой степени (HGB – 75 г/л), макроцитарная, гиперхромная (MCV>100, MCH<34), гипорегенераторная, лейкопения без клинически значимых нейтропении и лимфоцитопении, тромбоцитопения лёгкой степени (PLT < 100 тыс/мкл). Причина дефицита витамина В₁₂ — аутоиммунный гастрит (пернициозная анемия) с повреждением париетальных клеток желудка и исчезновением выработки внутреннего фактора — фактора Касля — необходимого для всасывания внешнего фактора — кобаламина (или витамина В₁₂).</p>
P2	–	Диагноз обоснован верно.
P1	–	<p>Диагноз обоснован не полностью:</p> <p>Не выделены клинические синдромы, не дана полная интерпретация результатов анализа крови.</p>
P0	–	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Составьте и обоснуйте план необходимого дополнительного обследования пациента перед началом терапии и в процессе

		лечения.
Э	–	Перед началом терапии: оптимально определить концентрацию витамина В ₁₂ (будет менее 240 пг/мл), фолатов в крови (в норме или снижены), биохимические маркеры неэффективного эритропоэза — билирубин и его фракции (повышение непрямого билирубина), ЛДГ (повышение). В процессе лечения — клинический анализ крови с исследованием уровня количества ретикулоцитов на 7-й день начала терапии витамином В ₁₂ , через 1 мес и через 3 мес. Повышение ретикулоцитов в 5–20 раз от исходного носит название ретикулоцитарный криз и свидетельствует о правильно установленном диагнозе и правильно начатой терапии витамином В ₁₂ . После повышения HGB показано проведение ФГДС для подтверждения атрофического гастрита и ФКС для исключения других причин дефицита витамина В ₁₂ (дивертикулярная болезнь кишечника).
P2	–	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	–	План дополнительного обследования составлен избыточно или не полностью
P0	–	План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
В	4	Что бы Вы рекомендовали пациенту для лечения данной патологии? Обоснуйте свой выбор.

Э	–	<p>С учётом макроцитарного характера анемии и адаптированности к уровню HGB трансфузии эритроцитарной массы не показаны, лечение целесообразно начать с саплементации витамином В12 — цианкобаламин в дозе 500 или 1000 мкг в день внутримышечно — 10 дней, в последующем 500 мкг 2 раза в неделю — 3 мес. После достижения ретикулоцитарного криза к лечению можно добавить фолиевую кислоту 1 мг/сут на 3 мес. и препарат железа F(II) или F(III) в половинной от терапевтической дозе на 1 мес., например, феррум лек 100 мг 2 раза в день – 1 мес. При нормализации показателей ОАК, исчезновении клинических симптомов болезни и выявлении атрофического гастрита через 3 мес необходимо дать пациенту рекомендацию пожизненного введения В12 в дозе 500 мкг внутримышечно 1 раз в мес.</p>
P2	–	Терапия представлена в полном объёме, выбор правильно обоснован.
P1	–	<p>Представлен полный объем терапии, однако выбор не обоснован.</p> <p>Или</p> <p>Дан не исчерпывающий объем терапии, обоснование выбора неверное.</p>
P0	–	Ответ неверный.
В	5	Какие действия Вы предпримите в случае отсутствия ответа на терапию назначенную Вами терапию? Обоснуйте Ваш выбор.
Э	–	В случае отсутствия ответа на терапию витамином В12 и фолиевой кислотой пациента необходимо направить на консультацию к гематологу для уточнения других причин рефрактерной макроцитарной гиперхромной анемии.

P2	–	Тактика лечения выбрана верно.
P1	–	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.
P0	–	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.

Эндокринные заболевания		
		029
Ф	A/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/03.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Мужчина, 34 лет, обратился к врачу с жалобами на ощущение дискомфорта в области сердца без четкой связи с физической нагрузкой, одышку при ходьбе по лестнице, общую слабость.</p> <p>Из анамнеза известно, что пациент страдает АГ с 23-24 лет, регулярно принимает гипотензивные препараты конкор, индапамид. Целевые значения АД достигнуты. На протяжении длительного времени – повышенный уровень холестерина. Статины не назначались. 2 месяца назад на фоне полного благополучия появились тяжесть, давящие боли за грудиной, жжение за грудиной при ходьбе на расстояние 100-150 м. В дальнейшем боли прогрессировали, вплоть до приступов в покое. Обратился в поликлинику, по ЭКГ –картина ОИМ передней стенки левого желудочка. Экстренно госпитализирован в сосудистый центр, проведена СКГ, по результатам которой выявлен критический стеноз ПМЖВ, проведено стентирование. Назначены беталок-зок, престариум, липримар, плавикс, тромбоАСС, верошпирон</p> <p>В течение 6 лет сахарный диабет 2 типа, углеводный обмен компенсирует приемом ГалвусМета 50/1000 1 раз утром</p> <p>Семейный анамнез: мать – 65 лет, страдает АГ, ИБС, перенесла ИМ; отец – умер в 50 лет, ИМ.</p> <p>При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ – 34 кг/м2. Окружность талии – 100 см, окружность бедер – 96 см. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные., ЧСС – 60 уд.в мин., АД – 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.</p> <p>В анализах: общий холестерин – 3,5 ммоль/л, ТГ – 1,6ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,0 ммоль/л;ХС-ЛПНП – 4,9ммоль/л, глюкоза натощак – 4,83ммоль/л, в 12</p>

		час – 3,82 ммоль/л; в 16 час – 6,59 ммоль/л, в 20 час – 6,0 ммоль/л, креатинин крови 82 мкмоль/л, СКФ (по формуле СКД-ЕРІ) = 107 мл/мин/1,73 м ² ; калий – 5,03 ммоль/л, АСТ – 36 Е/л, АЛТ – 52 Е/л
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	ИБС: стенокардия напряжения II ФК. Постинфарктный кардиосклероз. Баллонная ангиопластика и стентирование ПНА. II А ст. (III ФК по NYHA) Гипертоническая болезнь III стадии, риск 4. Сахарный диабет 2 типа. Целевой уровень HbA1C менее 7%. Ожирение I ст. алиментарно-конституционального генеза
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: часть нозологий упущена или неверно оценены стадии и/или степень артериальной гипертонии; неверно оценен риск ССО.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз ИБС установлен на основании жалоб больного на ощущение дискомфорта в области сердца, одышку при ходьбе по лестнице, данных анамнеза: 2 месяца назад ОИМ передней стенки левого желудочка. Экстренно госпитализирован в сосудистый центр, проведена СКГ, по результатам которой выявлен критический стеноз ПМЖВ, проведено стентирование. Данных объективного осмотра: При аускультации определяется приглушенность сердечных тонов. Диагноз артериальной гипертонии (АГ) установлен на основании данных анамнеза (пациент отмечает повышение АД в течение 12 лет), постоянно получает гипотензивную терапию; установление степени АГ основано на цифрах АД, измеренных во время приема. Степень риска ССО поставлена на основании наличия в семье кардиоваскулярной патологии среди кровных родственников (отец умер в 50 лет от ИМ) наличие сахарного диабета 2 типа, ожирения (окружность талии превышает 102 см у мужчин)
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: отсутствует обоснование одной из нозологических форм или метаболического синдрома. или Обоснование одной из нозологических форм или метаболического синдрома 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: проведение суточного мониторирования АД для оценки стабильности повышения АД, суточного профиля АД; проведение ЭКГ; проведение ЭХО-КГ для оценки толщины стенок миокарда, диастолической и систолической функции; консультация окулиста и проведение офтальмоскопии для оценки наличия гипертонической офтальмопатии; триплексного сканирования экстракраниального отдела магистральных артерий головы и шеи для выявления патологии в брахиоцефальном сосудистом пучке, состоящем из крупных сосудов -

		сонной, позвоночной, подключичной и плечеголовной артерий.
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	<p>Дополнительное обследование:</p> <p>ЭКГ – ритм синусовый, отклонение ЭОС влево, ЧСС 59 уд/мин. Изменения миокарда с рубцовыми постинфарктными передне-перегородочной области и нижней стенки, с признаками гипертрофии левого желудочка, нарушенем проводимости по по правой ножке п. Гиса.</p> <p>ЭКГ –МТ: за время суточного ЭКГ МТ регистрируется синусовый ритм с ЧСС 45-104 уд в мин. ЧСС ср. 67 уд/мин., с нормальной вариабельностью ритма, с единичной суправентрикулярной и единичной желудочковой экстастиолой. Патологического смещения сегмента ST не выявлено. В рисунке ЭКГ рубцовые постинфарктные изменения передне-перегородочной области, нарушения проводимости по правой ножке п. Гиса</p> <p>Эхо-КГ: ЭХО- признаки атеросклероза аорты. Умеренная гипертрофия миокарда левого желудочка. Дилатация левых камер сердца, больше левого предсердия. Диастолическая функция сохранена. Сократительная способность незначительно снижена, ФВ – 52%.</p> <p>Триплексное сканирование экстракраниального отдела магистральных артерий головы и шеи: начальные атеросклеротические изменения в бифуркациях общих сонных артериях с обеих сторон. Ассиметрия диаметров позвоночных артерий S>D. Гемодинамически значимых изменений в экстракраниальном отделе магистральных отделов головы и шеи не выявлено.</p> <p>Осмотр офтальмолога: ангиопатия сетчатки смешанного генеза.</p> <p>АД МТ: за время суточного АД МТ регистрируется преимущественно нормотония с редкими кратковременными эпизодами повышения САД и ДАД до пограничных и мягких значений в дневные часы. Вариабельность САД и ДАД в норме. Отмечается повышенная величина утреннего подъема ДАД и скорость утреннего подъема ДАД,</p> <p>Какое лечение вы рекомендуете пациенту. Обоснуйте свой выбор.</p>
Э	-	<p>Гипотензивные препараты: ингибиторы АПФ или антагонисты рецепторов к ангиотензину II. Выбор препарата из этих групп основан на их клинической эффективности у больных после ИМ: снижение смертности, частоты повторных госпитализаций и прогрессирования СН. Положительные эффекты ингибиторов АПФ на коронарные события и течение заболевания могут быть связаны с их ангиопротективным и антипролиферативным действием, включающим возможность предотвращения прогрессирования атеросклероза.</p> <p>Бета-блокаторы: обладают выраженным антиангинальным или антиишемическим действием, улучшают переносимость физической нагрузки, уменьшают ЧСС, АД, потребности миокарда в кислороде, а также подавление гиперактивности САС.</p> <p>Антитромбоцитарная терапия: вторичная профилактика ССЗ</p>

		Аниагреганты - профилактика атеротромботических осложнений Статины - снижение скорости развития существующих атеросклеротических бляшек и профилактики возникновения новых Сахароснижающие препараты
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 неправильные группы лекарственных препаратов
B	5	Назначено следующее лечение: Престариум 5 мг по 1 табл. в обед под контролем АД, Верошпирон 25 мг 1 капс. утром, БеталокЗОК 50 мг 1 табл 2 раза в день, кардиомагнил 75 мг 1 раз вечером после еды, Плавикс 75 мг утром после еды, липримар 40 мг вечером, Глюкофаж-Лонг 750 мг 2 табл. на ночь, ситуативный прием нитратов – изокет или нитроминт спрей (при стенокардитических болях, перед предполагаемой физической нагрузкой) Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.
Э	-	Оставить терапию без изменений, продолжить динамическое наблюдение. (контроль АД, ЧСС), контроль гликемии (избегать гипогликемических эпизодов и назначения препаратов с высоким риском развития гипогликемии), наблюдение эндокринолога, контроль функции почек
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.
Н		030
Ф	A/01.7	Оказание медицинской помощи пациенту в неотложной или экстренной формах
Ф	A/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/03.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Женщина, 53 лет, обратилась к врачу с жалобами на появление перебоев в работе сердца, длительных ноющих болей в области сердца преимущественно в покое, одышки при физической нагрузке, нарушение сна, зябкости, сухость кожи, склонности к задержке жидкости, отечность лица, выпадение волос. Данные жалобы в течение в течение 3-х лет, ранее не обследовалась, к врачу не обращалась. Повышение АД в течение 2 лет, постоянной гипотензивной терапии не получала. Семейный анамнез: мать – 75 лет, страдает АГ, ИБС; отец – 76 лет, Страдает ИБС, СД 2 типа. При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ – 32 кг/м2. Окружность талии – 96 см, окружность бедер – 104 см. Кожные покровы чистые, бледные, одутловатость лица. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 58 уд.в мин., АД –

		<p>145/90 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Пастозность голеней. Щитовидная железа не увеличена, гладкая, плотно-эластическая, безболезненная,</p> <p>В анализах: общий холестерин – 7,9 ммоль/л, ТГ – 2,8ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,0 ммоль/л; глюкоза натощак – 5.4ммоль/л, креатинин –78 мкмоль/л, СКФ (по формуле СКD-EPI) = 92 мл/мин</p> <p>ЭКГ: Ритм синусовый 60 уд/мин.. Отклонение ЭОС влево. Диффузные изменения миокарда.</p> <p>ВЭМ: Толерантность к физической нагрузке средняя. Проба отрицательная.</p> <p>ЭХОКГ: без особенностей</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	<p>Первичный гипотиреоз.</p> <p>Артериальная гипертония I стадии, II степени, риск 2. Ожирение 1ст.</p> <p>Гиперлипидемия (метаболический синдром).</p>
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: часть нозологий упущена или неверно оценены стадии и/или степень артериальной гипертонии; неверно оценена стадия хронической болезни почек; неверно оценен риск ССО.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	<p>Диагноз артериальной гипертонии (АГ) установлен на основании, данных анамнеза (пациент отмечает повышение АД в течение 2 лет); установление степени АГ основано на цифрах АД, измеренных во время приема. Стадия АГ установлена на основании наличия поражения органов-мишеней (почек). Степень риска ССО поставлена на основании наличия метаболического синдрома.</p> <p>Диагноз метаболического синдрома установлен на основанииналичия ожирения, АГ, дислипидемии (повышения уровня ТГ и снижения уровня ЛПВП).</p>
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	<p>Диагноз обоснован неполностью: отсутствует обоснование одной из нозологических форм или метаболического синдрома.</p> <p>или</p> <p>Обоснование одной из нозологических форм или метаболического синдрома дано неверно.</p>
P0	-	<p>Обоснование двух и более нозологических форм дано неверно.</p> <p>или</p> <p>Диагноз обоснован полностью неверно.</p>
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	<p>Пациенту рекомендовано: исследование уровня ТТГ, свободного Т4, инсулина с расчетом индекса инсулинорезистентности (НОМА-IR), УЗИ щитовидной железы, проведение суточного мониторирования АД для оценки стабильности повышения АД, суточного профиля АД; проведение ЭКГ; проведение ЭХО-КГ для оценки толщины стенок миокарда, диастолической и систолической функции; консультация окулиста и проведение офтальмоскопии для оценки наличия гипертонической офтальмопатии; УЗ-исследование почек для оценки поражения органа-мишени почек.</p>

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	Препарат какой группы антигипертензивных лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.
Э	-	Ингибиторы АПФ или антагонисты рецепторов к ангиотензину II. Выбор препарата из этих групп основан на их нейтральном действии на углеводный и липидный обмен. Кроме того, обнаружена способность ИАПФ повышать чувствительность тканей к инсулину, и ряд исследователей доказали их прямое гипохолестериновое действие. Мочегонные препараты в связи с наличием отечного синдрома.
P2	-	Выбраны верные группы антигипертензивных препаратов выбор правильно обоснован.
P1	-	Выбраны правильные группы антигипертензивных препаратов, однако выбор не обоснован. или Выбрана только одна группа препаратов, обоснование выбора данной группы верное.
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие группы антигипертензивных лекарственных препаратов, кроме ингибиторов АПФ и антагонистов рецепторов к ангиотензину II.
B	5	При дообследовании : ТТГ- 12 мкМЕ/мл, Т4 своб. – 7,2 пмоль/л, инсулин 26,5 мкЕД/мл, индексНОМА-IR – 6,3. Назначен Л-Тироксин 75 мкг один раз в сутки, Лориста Н 1 таблетка утром Через 6 месяцев регулярной терапии препаратами левотироксина и антигипертензивными средствами (комбинация лозартана в дозе 50 мг/сутки и 12,5 мг гидрохлортиазида) + соблюдение диеты – АД колеблется в пределах 120-130/70-80 мм рт.ст., общий холестерин – 4,5 ммоль/л, ТГ – 1,7 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,1 ммоль/л, ТТГ – 3,5 мкМЕ/мл, Т4 своб. – 13,6 пмоль/л, Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.
Э	-	Оставить антигипертензивную терапию без изменений, продолжить динамическое наблюдение (контроль АД, ЧСС), мотивировать пациентку на изменение образа жизни, направленной на снижение массы тела (в связи с наличием абдоминального ожирения и инсулинорезистентности, для предупреждения развития сахарного диабета 2 типа и прогрессирования артериальной гипертензии). Контроль ТТГ, Т4 свободного через 6 мес. Наблюдение эндокринолога, при необходимости титрация дозы тиреоидных гормонов.
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.

3. ПОКАЗАТЕЛИ И КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ

3.1. Критерии и шкалы оценивания выполнения тестовых заданий

Код компетенции	Качественная оценка уровня подготовки		Процент правильных ответов
	Балл	Оценка	
УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12	5	Отлично	90-100%
	4	Хорошо	80-89%
	3	Удовлетворительно	70-79%
	2	Неудовлетворительно	Менее 70%

3.2. Критерии и шкала оценивания знаний обучающихся

Код компетенции	Оценка 5 «отлично»	Оценка 4 «хорошо»	Оценка 3 «удовлетворительно»	Оценка 2 «неудовлетворительно»
УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12	Глубокое усвоение программного материала, логически стройное его изложение, дискуссионность данной проблематики, умение связать теорию с возможностями ее применения на практике, свободное решение задач и обоснование принятого решения, владение методологией и методиками исследований, методами моделирования	Твердые знания программного материала, допустимы незначительные неточности в ответе на вопрос, правильное применение теоретических положений при решении вопросов и задач, умение выбирать конкретные методы решения сложных задач, используя методы сбора, расчета, анализа, классификации, интерпретации данных, самостоятельно применяя математический и статистический аппарат	Знание основного материала, допустимы неточности в ответе на вопросы, нарушение логической последовательности в изложении программного материала, умение решать простые задачи на основе базовых знаний и заданных алгоритмов действий, испытывать затруднения при решении практических задач	Незнание значительной части программного материала, неумение даже с помощью преподавателя сформулировать правильные ответы на задаваемые вопросы, невыполнение практических заданий

3.3. Критерии и шкала оценивания знаний обучающихся при проведении промежуточной аттестации в форме зачета

«ЗАЧТЕНО» – обучающийся дает ответы на вопросы, свидетельствующие о знании и понимании основного программного материала; раскрывает вопросы Программы по дисциплине верно, проявляет способность грамотно использовать данные обязательной литературы для формулировки выводов и рекомендаций; показывает действенные умения и навыки; излагает материал логично и последовательно; обучающийся показывает прилежность в обучении.

«НЕ ЗАЧТЕНО» - обучающийся дает ответы на вопросы, свидетельствующие о значительных пробелах в знаниях программного материала по дисциплине; допускает грубые ошибки при выполнении заданий или невыполнение заданий; показывает полное незнание одного из вопросов билета, дает спутанный ответ без выводов и обобщений; в процессе обучения отмечаются пропуски лекций и занятий без уважительных причин, неудовлетворительные оценки по текущей успеваемости.