

Паспорт фонда оценочных средств

по дисциплине ПУЛЬМОНОЛОГИЯ

по специальности 31.08.45 «Пульмонология»

№ п/п	Контролируемые разделы (темы) дисциплины	Код контролируемой компетенции	Результаты обучения по дисциплине	Наименование оценочного средства	
				вид	количество
	1.Общая пульмонология 2. Методы обследования больных с заболеваниями органов дыхания 3. Общие принципы лечения бронхолегочных заболеваний 4. Аномалии и пороки развития легких. Генетически детерминированные заболевания 5. Муковисцидоз 6. Вирусные и бактериальные заболевания дыхательных путей 7. Интерстициальные заболевания легких 8. Обструктивные заболевания легких 9. Болезни сосудистого русла легких 10. Профессиональные и профессионально обусловленные заболевания легких 11. Заболевания плевры 12. Патология легких при сопутствующих заболеваниях 13. Дифференциальная	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	<u>Знать:</u> • методологию абстрактного мышления для систематизации патологических процессов, построения причинно-следственных связей развития патологических процессов • принципы анализа элементов полученной информации (выявленных симптомов, синдромов, патологических изменений) в результате обследования пациента на основе современных представлений о взаимосвязи функциональных систем организма, уровнях их регуляции в условиях развития патологического процесса • нормативно-законодательную базу при управлении коллективом с учетом социальных, этнических, конфессиональных и культурных различий работников • педагогические ситуации в работе врача и основы педагогического общения; • виды конфликтов в медицине и стратегии поведения в конфликтных ситуациях; • основы психологии развития личности в разные возрастные периоды; • познавательные	Задачи (кейсы) Вопросы для промежуточной аттестации Вопросы для итоговой аттестации	25 63 78

	<p>диагностика легочных синдромов 14. Неотложные состояния в пульмонологии</p>		<p>процессы личности и их значение для профессиональной деятельности врача.</p> <ul style="list-style-type: none"> • этиологию и эпидемиологию заболеваний органов дыхания • правила обследования больного пульмонологического профиля, меры профилактики при разных заболеваниях органов дыхания • порядок проведения профилактического медицинского осмотра граждан (приказы МЗ РФ от 6 декабря 2012 г. N 1011н, от 21 декабря 2012 г. № 1346н) • основные факторы риска и симптомы заболеваний органов дыхания • критерии формирования групп здоровья • порядок проведения диспансеризации (приказы МЗ РФ от 03.02.2015г. №36ан, от 11.04.2013г. №216) • особенности диспансерного наблюдения за больными с бронхолегочной патологией • методику профилактического консультирования • методику использования социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков • методику использования электронных таблиц для и количественной характеристики медицинских данных • особенности патологических процессов, основные клинические синдромы заболеваний 		
--	--	--	--	--	--

			<p>респираторного тракта, особенности в разных группах заболеваний</p> <ul style="list-style-type: none"> • принципы диагностики, лечения и тактику ведения больных с патологией органов дыхания, в т.ч. при неотложных состояниях, нуждающихся в оказании медицинской помощи в рамках практики по пульмонологии; • принципы и порядок применения природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении • главные составляющие здорового образа жизни основные факторы риска развития заболеваний органов дыхания и меры их профилактики • основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях • методы оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей. <p><u>Уметь:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • систематизировать патологические процессы, выявлять причинно-следственные связи развития патологических процессов для постановки диагноза и составления программы лечения пациента • анализировать выявленные в результате обследования пациента 		
--	--	--	--	--	--

			<p>симптомы, синдромы, патологические изменения</p> <ul style="list-style-type: none"> • использовать знания о нормативно-законодательной базе при управлении коллективом с учетом социальных, этнических, конфессиональных и культурных различий работников • определять минимум информации, которая становится основой для планирования и осуществления правильного лечения; • применять основные средства общения, оценивать компоненты невербального общения; • использовать психологические знания в процессе разработки медико-психологической тактики лечения, в процессе выстраивания взаимоотношений с пациентом, с коллегами, в научно-исследовательской, профилактической и просветительской работе; • учитывать психологические особенности и состояния пациента в процессе его лечения. • собрать анамнез и провести объективное обследование больного с заболеванием респираторного тракта • провести дифференциальный диагноз у пульмонологических больных • провести профилактический медицинский осмотр граждан любого возраста в соответствии с установленным порядком • выявить факторы риска и симптомы болезней органов дыхания 		
--	--	--	---	--	--

			<ul style="list-style-type: none"> • организовать диспансерное наблюдение лиц с пульмонологическими заболеваниями • провести профилактическое консультирование • выявлять тренды в изменении количественных данных • графически характеризовать медицинские данные и использовать полученные диаграммы для сопоставления данных с их пороговыми интервалами нормальности • выявлять симптомы, синдромы при различных болезнях органов дыхания, выяснять эпидемиологические данные, определять показания для госпитализации больного • выбирать методы диагностики, тактику и методы лечения пациентов, нуждающихся в оказании пульмонологической медицинской помощи; • применять природные лечебные факторы, лекарственную, немедикаментозную терапию и другие методы у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении • выявлять факторы риска и корректировать их • применять принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях • применять методы оценки качества оказания медицинской 		
--	--	--	--	--	--

			<p>помощи с использованием основных медико-статистических показателей практической деятельности</p> <p><u>Владеть:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • методологией абстрактного мышления для постановки диагноза путем систематизации патологических процессов, построения причинно-следственных связей развития патологических процессов • методологией анализа элементов полученной информации (выявленных симптомов, синдромов, патологических изменений) в результате обследования пациента • методологией синтеза полученной информации (выявленных симптомов, синдромов, патологических изменений) для постановки диагноза и выбора лечения на основе современных представлений о взаимосвязи функциональных систем организма, уровнях их регуляции в условиях развития патологического процесса • методологией аргументированно использовать знания о нормативно-законодательной базе при управлении коллективом с учетом социальных, этнических, конфессиональных и культурных различий работников • средствами общения, невербальными компонентами, необходимыми для успешного диалога с пациентом; 		
--	--	--	---	--	--

			<ul style="list-style-type: none"> • стратегиями поведения в конфликтной ситуации; • навыками ведения переговоров и межличностных бесед; • навыками учета психологических особенностей пациента в процессе его лечения. • методикой обследования больного с патологией дыхательной системы и оценки полученных результатов • Методикой проведения медицинского профилактического осмотра в соответствии с установленным порядком • навыками выявления факторов риска и симптомов болезней органов дыхания • методикой проведения диспансерного наблюдения за здоровыми с факторами риска бронхо-легочной патологией, методологией профилактического консультирования • инструментами офисных программ для получения количественных характеристик результатов обследования группы пациентов (статистической выборки) • методами выявления патологических состояний, симптомов, синдромов при различных заболеваниях в пульмонологии, дополнительного обследования пульмонологического больного • методами диагностики и лечения пациентов, нуждающихся в оказании пульмонологической медицинской помощи; 		
--	--	--	---	--	--

			<ul style="list-style-type: none"> • критериями оценки эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов и других методов лечения и их мониторингом в ходе лечения • методологией применения природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов с болезнями органов дыхания, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении • методикой проведения профилактических мероприятий для предупреждения развития и прогрессирования болезней органов дыхания • основными принципами организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях • методикой расчёта основных медико-статистических показателей качества оказания медицинской помощи в практической деятельности 		
--	--	--	---	--	--

ВОПРОСЫ ДЛЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ (собеседование)

1 СЕМЕСТР

1. Принципы и формы организации пульмонологической помощи. Правительственные документы, регламентирующие организацию пульмонологической службы.
2. Диспансерное наблюдение в пульмонологии
3. Образовательные программы при бронхолегочных заболеваниях.
4. Общие принципы экспертизы трудоспособности. Экспертные классификации.
5. Показания и противопоказания к отдельным видам и условиям труда при заболеваниях органов дыхания. Экспертные заключения.
6. Военно-врачебная и медико-социальная экспертиза в пульмонологии

7. Клиническая анатомия органов дыхания и средостения. Трахея и бронхи — краткая анатомо-морфологическая характеристика. Международная номенклатура легочных сегментов. Крово- и лимфообращение в легких. Иннервация легких. Респираторные отделы. Плевра — роль в дыхании. Органы средостения и диафрагма.
8. Механизмы защиты легких от воздействия повреждающих факторов. Неспецифические и специфические факторы защиты. Мукоцилиарный аппарат в норме и патологии. Иммунологические факторы защиты легких. Приобретенные иммунодефициты при ИЗЛ.
9. Основы физиологии дыхания и газообмена.
10. Основы иммунологии легких. Составные иммунной системы, иммунологические механизмы защиты легких. Коррекция иммунных нарушений.
11. Клинические методы обследования больных с заболеваниями легких.
12. Функциональные методы исследования.
13. Рентгенологические методы обследования
14. Эндоскопические, микробиологические, цитологические, биохимические, гормональные, иммунологические, генетические, гистологические методы исследования в диагностике заболеваний органов дыхания
15. Фармакодинамика и фармакокинетика основных групп лекарственных средств, применяемых в пульмонологии. Осложнения, вызванные применением лекарств, методы их коррекции. Показания, противопоказания, пути доставки лекарственных средств в пульмонологии, режим назначения и возможные побочные действия. Ингаляционная терапия.
16. Хирургические методы лечения, применяемые в пульмонологии
17. Бронхоальвеолярный лаваж. Бронхоскопические санации.
18. Основы немедикаментозной терапии, физиотерапии, лечебной физкультуры и врачебного контроля при бронхолегочной патологии.
19. Показания и противопоказания к санаторно-курортному лечению при заболеваниях органов дыхания.
20. Основы рационального питания здоровых лиц, принципы диетотерапии пульмонологических больных.

2 СЕМЕСТР

1. Определение и классификация вариантов аномалий и пороков развития органов дыхания. Частота и клиническое значение.
2. Генетически детерминированные заболевания
3. Муковисцидоз. Современное представление об этиологии и патогенезе. Диагностика, клинические варианты течения, лечение, реабилитация, профилактика
4. Пневмонии. Определение, классификация, этиология. Патогенетические механизмы. Клинические варианты в зависимости этиологического фактора. Осложнения. Принципы антибиотикотерапии. Принципы лечения. Интенсивная терапия. Реабилитация и профилактика. ВТЭ.
5. Нагноительные заболевания легких (абсцесс, гангрена) Этиология, патогенез, диагностика, варианты течения, лечение и профилактика.

6. Бронхоэктазы. Определение, классификация, современные взгляды на этиологию и патогенез. Клиника и диагностические критерии. Дифференциальная диагностика. Осложнения. реабилитация. ВТЭ. Принципы лечения,
7. Грибковые заболевания легких. Этиология (основные виды возбудителей). Классификация, клинические варианты заболевания. Методы диагностики. Дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика. Прогноз.
8. Респираторные вирусные инфекции. Грипп и негриппозные ОРВИ. Этиология. Классификация, клинические варианты заболевания. Методы диагностики. Дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.
9. Острые бронхиты. Определение, современные представления об этиологии и патогенезе. Клинические проявления. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение, профилактика.
10. Фиброзирующие альвеолиты. Современные представления об этиологии, патогенезе, классификации. Клинические варианты течения. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение, реабилитация, ВТЭ.
11. Саркоидоз легких. Определение, эпидемиология, классификация, современные представления об этиологии и патогенезе. Клинические формы заболевания. Диагностика и дифференциальная диагностика. Особенности и варианты течения. Реабилитация, ВТЭ.
12. Гистиоцитоз Х легких. Болезни накопления. Современные представления об этиологии и патогенезе. Клинические варианты течения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Особенности лечения.

3 СЕМЕСТР

1. Хронические бронхиты. Классификация. Современные представления об этиологии и патогенезе. Клинические варианты течения. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение.
2. Хроническая обструктивная болезнь легких. Современные представления об этиологии и патогенезе. Клинические варианты течения, осложнения. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение, профилактика, ВТЭ. GOLD. Глобальная стратегия, диагностика, лечение и профилактика хронической обструктивной болезни легких. Хроническая обструктивная болезнь легких с позиции доказательной медицины
3. Бронхиальная астма. Определение, классификация. Патогенетические варианты, клиническая картина. Диагностика и дифференциальная диагностика. Профилактика, реабилитация, ВТЭ. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы GINA. Современные представления о лечении. Доказательная медицина: лечение бронхиальной астмы.
4. Легочные васкулиты. Классификация, клинические варианты. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение.
5. Первичная легочная гипертензия. Определение, эпидемиология. Современные представления об этиологии и патогенезе. Клинические особенности. Диагностика, дифференциальная диагностика. Возможности лечения, ВТЭ.
6. Легочное сердце. Определение, классификация. Современные представления об этиологии и патогенезе. Клиническая картина, осложнения. Профилактика, лечение, ВТЭ.

7. Тромбоэмболия легочной артерии. Эпидемиология. Представление об этиологии и патогенезе. Клинические варианты течения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение.
8. Пневмокониозы. Классификация. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Немедикаментозное и медикаментозное лечение. Диспансерное наблюдение. ВТЭ.
9. Экзогенные альвеолиты (токсические и аллергические). Эпидемиология, классификация Этиология, патогенез. Клинические варианты течения, диагностика, дифференциальная диагностика. Возможности лечения. Диспансерное наблюдение. ВТЭ.
10. Плевральный выпот. Классификация. Эпидемиология. Клинические проявления. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение
11. Инфекционные заболевания плевры. Классификация. Клинические проявления. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение
12. Опухоли плевры. Классификация. Клинические проявления. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение
13. Особенности лечения заболеваний органов дыхания при сопутствующей патологии эндокринной системы (сахарный диабет, тиреотоксикоз).
14. Лечение заболеваний органов дыхания при сопутствующей патологии желудочно-кишечного тракта (язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, панкреатит, колит, гастроэзофагальный рефлюкс).
15. Лечение заболеваний органов дыхания при сопутствующей патологии сердечно-сосудистой системы (ИБС, артериальная гипертензия и др.)
16. Особенности лечения заболеваний органов дыхания у пожилых лиц.
17. Заболевания органов дыхания и беременность. Особенности лечения беременных и кормящих матерей.
18. Поражения легких при системных заболеваниях соединительной ткани. Поражение легких при ВИЧ-инфекции
19. Заболевания легких у детей.

4 СЕМЕСТР

1. Дифференциальная диагностика дыхательной недостаточности (одышки). Составление индивидуализированной программы обследования больного. Критерии диагноза нозологических форм.
2. Дифференциальная диагностика при бронхообструкции и удушье. Составление индивидуализированной программы обследования больного. Критерии диагноза нозологических форм.
3. Дифференциальная диагностика при кашлевом синдроме. Составление индивидуализированной программы обследования больного. Критерии диагноза нозологических форм.
4. Дифференциальная диагностика при кровохарканье. Составление индивидуализированной программы обследования больного. Критерии диагноза нозологических форм.
5. Дифференциальная диагностика при боли в грудной клетке. Составление индивидуализированной программы обследования больного. Критерии диагноза нозологических форм.

6. Дифференциальная диагностика при лихорадке неясного генеза. Составление индивидуализированной программы обследования больного. Критерии диагноза нозологических форм.
7. Клиническая смерть (остановка сердца, остановка дыхания). Острая дыхательная недостаточность, декомпенсация хронической дыхательной недостаточности, приступ апноэ. Клинические особенности. Диагностика, интенсивная терапия. Основные методы интенсивной терапии и реанимации. Неинвазивная вентиляция легких при острой дыхательной недостаточности. Механическая вентиляция легких
8. Дыхательная недостаточность. Дыхательная недостаточность. Патофизиология, диагностика, принципы терапии. Оксигенотерапия. Экстракорпоральная мембранная оксигенация. Неинвазивная вентиляция легких. Трансплантация легких. Легочная реабилитация.
9. Обструктивный синдром (приступ удушья при бронхиальной астме, астматический статус). Клинические особенности. Диагностика, интенсивная терапия. Основные методы интенсивной терапии и реанимации
10. Синдром внутригрудного напряжения (пневмоторакс, эмпиема плевры, пиопневмоторакс). Клинические особенности. Диагностика, интенсивная терапия. Основные методы интенсивной терапии и реанимации
11. Острый респираторный дистресс синдром, отек легких кардиогенный и некардиогенный
Клинические особенности. Диагностика, интенсивная терапия. Основные методы интенсивной терапии и реанимации
12. Легочное кровотечение. Аспирационный синдром. Клинические особенности. Диагностика, интенсивная терапия. Основные методы интенсивной терапии и реанимации

ВОПРОСЫ ДЛЯ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ (собеседование)

1. Профилактика легочных заболеваний среди населения. Условия труда и заболевания легких. Методы и подходы для своевременного выявления заболеваний легких
2. Трахея и бронхи — краткая анатомо - морфологическая характеристика. Сегментарное строение легких. Международная номенклатура легочных сегментов.
3. Плевра — роль в дыхании. Органы средостения и диафрагма.
4. Неспецифические и специфические факторы защиты. Мукоцилиарный аппарат в норме и патологии. Иммунологические факторы защиты легких.
5. Клинические методы обследования больных с заболеваниями легких
6. Функциональные методы исследования
7. Рентгенологические методы обследования и радиоизотопные методы исследования
8. Эндоскопические методы исследования
9. Лабораторные методы исследования
10. Международная классификация болезней органов дыхания
11. Общие принципы лечения бронхолегочных заболеваний. Терапевтические методы. Хирургические методы. Другие методы лечения.
12. Реабилитация и профилактика. Основы немедикаментозной терапии,

- физиотерапии, лечебной физкультуры и врачебного контроля при бронхолегочной патологии.
13. Муковисцидоз. Современное представление об этиологии и патогенезе. Диагностика, клинические варианты течения, лечение, реабилитация, профилактика.
 14. Пневмонии. Определение, классификация, этиология. Клинические варианты в зависимости от этиологического фактора. Осложнения. Принципы лечения.
 15. Нагноительные заболевания легких (абсцесс, гангрена): этиология, патогенез, диагностика, варианты течения, лечение и профилактика.
 16. Бронхоэктазы. Определение, классификация, современные взгляды на этиологию и патогенез. Клиника и диагностические критерии. Дифференциальная диагностика. Осложнения. Принципы лечения, реабилитация.
 17. Грибковые заболевания легких. Этиология (основные виды возбудителей). Классификация, клинические варианты заболевания. Методы диагностики. Дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика. Прогноз.
 18. Острые бронхиты, определение, современные представления об этиологии и патогенезе. Клинические проявления. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение, профилактика, реабилитация
 19. Хронические бронхиты Определение, современные представления об этиологии и патогенезе. Клинические проявления. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение, профилактика, реабилитация.
 20. Хроническая обструктивная болезнь легких. Современные представления об этиологии и патогенезе. Клинические варианты течения, осложнения. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение, профилактика,
 21. Легочное сердце. Определение, классификация. Современные представления об этиологии и патогенезе. Клиническая картина, осложнения. Профилактика, лечение,
 22. Бронхиальная астма Определение, классификация. Патогенетические варианты, клиническая картина. Диагностика и дифференциальная диагностика. Современные представления о лечении. Профилактика, реабилитация,
 23. Интерстициальные заболевания легких (классификация, определение). Современные представления об интерстициальных заболеваниях легких. Классификация, эпидемиология, общие вопросы диагностики и лечения.
 24. Альвеолиты, классификация, этиология, клиника, диагностика, лечения
 25. Гранулематозы, классификация, этиология, клиника, диагностика, лечения
 26. Васкулиты, классификация, этиология, клиника, диагностика, лечения
 27. Профессиональные и профессионально обусловленные заболевания легких. Современные представления об этиологии и патогенезе. Особенности клинического течения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение, реабилитация,
 28. Тромбоэмболия легочной артерии. Эпидемиология. Представление об этиологии и патогенезе. Клинические варианты течения. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение, профилактика.
 29. Плевриты. Классификация. Эпидемиология. Клинические проявления. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение.
 30. Дифференциальная диагностика одышки.
 31. Дифференциальная диагностика при бронхообструкции и удушье (какие заболевания могут вызывать эти синдромы).
 32. Дифференциальная диагностика БА и ХОБЛ
 33. Дифференциальная диагностика удушья при патологии сердца и легких
 36. Дифференциальный диагноз удушья верхних и нижних дыхательных путей
 37. Дифференциальная диагностика при кашлевом синдроме (легочные и внелегочные

причины).

38. Лабораторные и инструментальные методы дифференциальной диагностики кашля
40. Дифференциальная диагностика при синдроме кровохарканья и легочного кровотечения.
41. Инструментальные методы диагностики и дифференциальной диагностики при кровохарканье.
42. Инструментальные и лабораторные методы диагностики и дифференциальной диагностики ТЭЛА.
43. Отличия в терапии кровохарканья при ТЭЛА и кровохарканья по другим причинам.
44. Дифференциальная диагностика при синдроме боли в грудной клетке, тактика дифференциального диагноза.
45. Какие заболевания костно-мышечной системы, центральной и периферической нервной системы могут вызвать боли в грудной клетке и их диагностика
46. Какие заболевания дыхательной системы вызывают боль в грудной клетке и их диагностика
47. Какие заболевания ЖКТ вызывают боль в грудной клетке и их диагностика
48. Какие заболевания сердечно-сосудистой системы вызывают боль в грудной клетке и их диагностика
49. Дифференциальная диагностика при легочном инфильтрате
50. Дифференциальный диагноз пневмонии и туберкулеза
51. Дифференциальная диагностика легочной диссеминации (классификация заболеваний)
52. Дифференциальная диагностика альвеолитов.
53. Дифференциальная диагностика васкулитов
54. Дифференциальная диагностика гранулематозов
55. Поражение легких при ревматической патологии
56. Поражение легких при ВИЧ-инфекции
57. Клиническая смерть (остановка сердца, остановка дыхания) диагностика и оказание медицинской помощи
58. Острая дыхательная недостаточность, приступ апноэ диагностика и оказание медицинской помощи
59. Декомпенсация хронической дыхательной недостаточности, диагностика и оказание медицинской помощи
60. Анафилактический шок. Этиология и патогенез, диагностика и оказание медицинской помощи
61. Обструктивный синдром (в том числе приступ удушья при БА) диагностика и оказание медицинской помощи.
62. Астматический статус диагностика и оказание медицинской помощи.
63. Причины возникновения астматического статуса.
64. Синдром внутригрудного напряжения (пневмоторакс, эмпиема плевры, пиопневмоторакс), диагностика и оказание медицинской помощи
65. Кровохарканье и легочное кровотечение, дифференциальная диагностика с ТЭЛА, диагностика и оказание помощи при ТЭЛА.
66. Респираторный дистресс синдром, диагностика и оказание медицинской помощи
67. Отек легких кардиогенный и не кардиогенный, дифференциальная диагностика и оказание медицинской помощи при кардиогенном отеке легких.
68. Аспирационный синдром, закрытая травма грудной клетки, диагностика и оказание медицинской помощи
69. Дифференциальная диагностика синдрома округлой тени в легком (учитывая клинику инструментального и лабораторного исследования).
70. Тактика ведения больных с синдромом округлой тени

71. Дифференциальная диагностика при полостных образованиях в легком.
 72. Инструментальные и лабораторные методы дифференциальной диагностики синдрома полости в легком.
 73. Дифференциальная диагностика при выпоте в плевральную полость.
 74. Дифференциальная диагностика гидроторакса и плеврита.
 75. Тактика ведения больных с выпотом в грудной клетке.
 76. Дифференциальная диагностика при лихорадке неясного генеза (классификация лихорадок неясного генеза)
 77. Тактика обследования и ведения больного с лихорадкой неясного генеза.
 78. Дифференциальный диагноз субфебрилитета неясного генеза.

Задачи(кейсы)

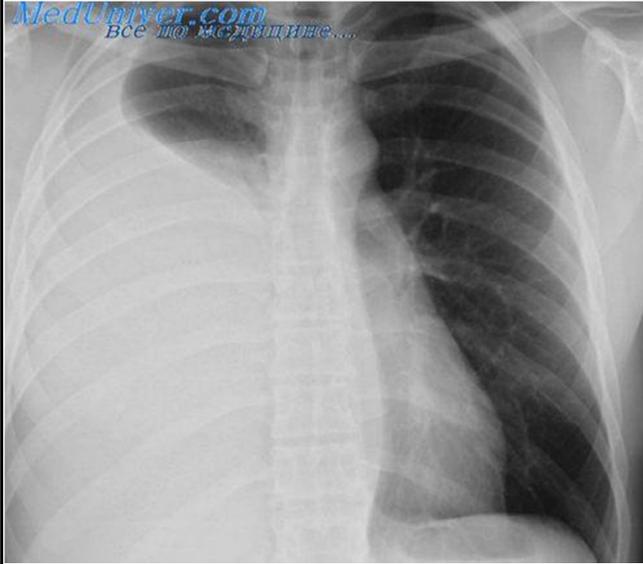
Вид	Код	Текст элемента мини-кейса
Н	-	001
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной М. 43 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на сухой кашель, повышение температуры до 37,8 °С, общую слабость, боль в грудной клетке при дыхании и кашле. В анамнезе – переохлаждение. Объективно: кожные покровы бледные нормальной влажности, периферические лимфатические узлы не увеличены. При осмотре грудной клетки небольшое отставание правой половины грудной клетки при дыхании. При перкуссии лёгких ясный лёгочный звук над всей поверхностью лёгких. При аускультации: ослабленное дыхание и шум трения плевры по задней поверхности с правой стороны ниже угла лопатки, над остальными областями дыхание везикулярное, побочных дыхательных шумов нет. ЧД 18 в минуту Рентгенологическое исследование органов грудной клетки – сердце и легкие без патологических изменений. УЗИ плевральной полости – жидкости в плевральных полостях не обнаружено
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Правосторонний сухой плеврит.
Р2	-	Диагноз поставлен верно.
Р1	-	Диагноз поставлен не полностью: часть нозологий упущена или неверно оценены характер плеврита или не указана локализация плеврита;
Р0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Симптоматика сухого плеврита характеризуется болями в грудной клетке, усиливающимися при дыхании, сухим кашлем, субфебрилитетом, недомоганием. Диагностическими критериями сухого плеврита служат клинические и аускультативные данные (шум трения плевры), рентгенологические

		признаки (отсутствие патологических изменений), данные УЗИ плевральной полости (жидкости в плевральных полостях не обнаружено).
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: отсутствует подтверждение диагноза данными объективного или инструментального обследования. или подтверждение диагноза данными объективного или инструментального обследования дано неверно.
P0	-	Обоснование дано неверно. или Диагноз обоснован полностью неверно.
B	3	Укажите объём дообследования, необходимый для уточнения диагноза
Э	-	Пациенту рекомендовано: Рентгенография органов грудной клетки, компьютерная томография грудной клетки (для уточнения характера патологического процесса. Диаскин-тест (для исключения туберкулезного характера воспалительного процесса). Общий анализ крови. ЭКГ. Консультации врача-фтизиатра, врача-ревматолога, врача-кардиолога, врача-гастроэнтеролога (с целью дифференциальной диагностики и исключения туберкулеза, ревматических заболеваний, болезней сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта).
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования. или Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.
P0	-	Не названы три и более дополнительных метода обследования. или Обоснование назначения трех и более методов обследования дано неверно. или План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
B	4	С какими заболеваниями требуется провести дифференциальную диагностику данного состояния
Э	-	Острый коронарный синдром: Нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда. Рефлюкс-эзофагит. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Острый перикардит. Межрёберная невралгия. Острый холецистит.
P2	-	Выбраны верные нозологии.
P1	-	Выбраны не все (не хватает одного заболевания) необходимые нозологии.
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие заболевания, либо в схеме не хватает двух и более нозологических единиц.

В	5	При прогрессировании заболевания уменьшились кашель и боль в грудной клетке, появилась выраженная одышка, при клиническом осмотре появились притупление перкуторного тона, ослабление везикулярного дыхания и голосового дрожания в нижних отделах правого лёгкого. Какое инструментальное исследование следует выполнить повторно и с какой целью
Э	-	Рентгенография или КТ органов грудной клетки. Для подтверждения появления правостороннего экссудативного плеврита
P2	-	Дальнейшая тактика ведения выбрана верно.
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно или необходимые мероприятия указаны не полностью.
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно или отсутствуют более 2 обязательных пунктов
Н	-	002
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Больной К. 37 лет доставлен в клинику машиной скорой помощи с жалобами на чувство стеснения в грудной клетке, затруднённое дыхание, особенно выдох, мучительный кашель. Болен 15 лет бронхиальной астмой. До этого – несколько лет наблюдался с диагнозом «хронический бронхит». 5 лет принимал Преднизолон 2 таблетки в сутки и ингаляции Вентолина при удушье. Обострения бронхиальной астмы 3-4 раза в год, часто требующие госпитализации в стационар. Настоящее ухудшение состояния связывает с отменой неделю назад Преднизолона. Аллергоanamнез – спокойный. Приступам удушья предшествует короткий эпизод мучительного кашля, в конце приступа он усиливается, и начинает выделяться в небольшом количестве тягучая слизистая мокрота.</p> <p>Объективно: состояние тяжёлое, при осмотре кожные покровы больного бледные, с синюшным оттенком. Больной сидит в положении с фиксацией плечевого пояса. Больной повышенного питания (прибавил в весе за 3 года 15 кг). «Кушингоидное лицо», стрии на бёдрах и животе. Разговаривает отдельными словами, возбуждён. Грудная клетка находится в положении глубокого вдоха. Мышцы брюшного пресса участвуют в акте дыхания. Дыхание резко ослаблено, небольшое количество сухих свистящих хрипов, 32 дыхательных движения в минуту. Перкуторно над лёгкими коробочный звук по всем лёгочным полям, особенно в нижних отделах. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Пульс - 120 ударов в минуту, ритмичный. АД - 140/90 мм рт. ст., SpO2 -83%</p> <p>В течение суток получил более 15 ингаляций Вентолина. Врачом скорой помощи уже внутривенно введено 10,0 мл 2,4% раствора Эуфиллина, 60 мг Преднизолона.</p>
В	1	Сформулируйте предварительный диагноз.
Э	-	Бронхиальная астма, эндогенная форма, тяжёлое персистирующее

		течение, обострение. Хронический бронхит. Пневмосклероз. Осл. Астматический статус I ст. ОДН II ст. Экзогенный гиперкортицизм.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: часть нозологий упущена или неверно оценены стадии и/или степень астматического статуса или дыхательной недостаточности.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
B	2	Обоснуйте диагноз. Чем объяснить ухудшение состояния больного?
Э	-	Диагноз «бронхиальная астма, эндогенная форма, тяжёлое персистирующее течение» выставляется на основании жалоб на частые приступы удушья, частый кашель, чувство стеснения в груди; данных анамнеза (предшествующий хронический бронхит, эффект от лечения ГКС и бронхолитиками, частые обострения БА, требующие госпитализации в стационар). При этом отсутствие алергоанамнеза. У больного развилось тяжёлое осложнение БА – астматический статус I ст. (затянувшийся приступ БА, ортопноэ, тахипноэ, тахикардия, снижение сатурации крови кислородом, ослабленное дыхание в лёгких). SpO2 - 83% указывает на ОДН II ст. Наличие ожирения, «кушингоидного лица», стрий на теле на фоне длительного приёма Преднизолонa per os свидетельствует об экзогенном гиперкортицизме. Ухудшение состояния больного связано скорее всего с полной отменой Преднизолонa и отсутствием базисной терапии.
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.
B	3	Что показано больному в первую очередь в этой ситуации
Э	-	Ингаляции кислорода – 4 л/мин. Ингаляции Беродуала через небулайзер (лучше на O2) 3 раза за 1 час, после - 1 раз в час до стабилизации состояния Кортикостероиды внутривенно (Преднизолон 60-120 мг или Гидрокортизон 200 мг). Суточная доза ГКС в\в в пересчёте на Преднизолон (Метипред) до 600-700 мг. Препараты 2 линии – Эуфиллин в\в капельно, адреналин п\к, в\в, Сульфат магния в\в.
P2	-	План лечения составлен полностью верно.
P1	-	План лечения составлен верно, однако нет уточнения дозы лекарственных препаратов. или Не назван один лекарственный препарат из списка или доза одного лекарственного препарата указана не верно.
P0	-	Не названы все лекарственные препараты. или назначение двух и более лекарственных препаратов неверно. или

		План лечения составлен полностью неверно.
В	4	Какое дообследование необходимо провести больному при стабилизации состояния
Э	-	Пульсоксиметрия для уточнения тяжести дыхательной недостаточности (проводится ежедневно). Общий анализ крови, мочи. Глюкоза крови, СРБ. Общий анализ мокроты, при возможности микробиологическое исследование мокроты. Спирография. Пикфлоуметрия. Рентгенография органов грудной клетки. ЭКГ.
P2	-	Выбран верный план обследования больного
P1	-	Выбран верный план обследования больного, однако отсутствуют один или два дополнительных метода обследования
P0	-	Ответ неверный: план обследования больного неверный Или отсутствует 3 и более дополнительных методов обследования.
В	5	Правильную ли терапию больной получал последние годы? Почему? Какую базисную терапию назначите больному?
Э	-	За последние годы больной получал неправильную терапию: системные ГКС больным БА в качестве базисной терапии назначаться не должны. Больной вообще не получал препарата из основной группы базисной терапии – ингаляционные ГКС, а также пролонгированного бронхолитика. Наличие признаков экзогенного гиперкортицизма и объясняется длительным приёмом Преднизолона. Больному необходимо назначить ингаляционные ГКС + бронхолитики длительного действия (β_2 -агонисты), лучше фиксированные препараты (Симбикорт 160/4,5 по 2 вдоха 3 раза в день или Серетид 25/500 по 2 вдоха 2 раза в день). Учитывая тяжесть БА и наличие хронического бронхита к лечению добавить М-холинолитик длительного действия Тиотропия бромид (Спирива) 1 капсула (18 мкг) в сутки. При сохраняющейся одышке возможно добавить теофиллины (Теопек или Теотард). На фоне базисной терапии необходимо постепенное снижение дозы Преднизолона, по возможности до отмены или до минимальной дозы, при которой нет ухудшения состояния. Возможен пересмотр базисной терапии с учётом принципа ступенчатой терапии и состояния больного.
P2	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснованы ошибки предшествующей терапии или обоснованы неверно.
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
Н	-	003
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Мужчина Л. 34 лет, работник СМУ, при госпитализации в пульмонологическое отделение предъявляет жалобы на одышку в покое, слабость, похудание в течение последнего месяца, чувство тяжести в грудной клетке. Объективно: состояние больного средней степени тяжести, температура 37,8°C, справа отмечается сглаживание межрёберных

		<p>промежутков, отставание правой половины грудной клетки в акте дыхания. Справа резко ослаблено голосовое дрожание и тупой перкуторный звук по лопаточной ниже угла лопатки и с 3 ребра по подмышечным линиям. Дыхание в верхних отделах правого лёгкого несколько ослаблено, в нижних - не проводится. Слева дыхание везикулярное, побочных дыхательных шумов нет. ЧД 22 в минуту. Пульс ритмичный, 88 в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения, тоны сердца приглушены, ритмичные, шумов нет. Лабораторные данные. Общий анализ крови: лейкоциты – $9,9 \cdot 10^9/\text{л}$, эозинофилы - 1% , палочкоядерные нейтрофилы - 3%; сегментоядерные нейтрофилы - 76%; лимфоциты - 15%; моноциты - 5%; СОЭ - 35 мм/час.</p> <p>Общий анализ промывных вод бронхов: лейкоциты - 2-3 в поле зрения, единичные альвеолярные и эпителиальные клетки. Промывные воды бронхов (3 анализа) на микобактерии туберкулёза методом микроскопии – КУМ отриц. Посев промывных вод бронхов на неспецифическую микрофлору – роста патогенной микрофлоры нет. Общий анализ мочи: норма.</p> <p>На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки:</p>
		
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Экссудативный правосторонний плеврит туберкулёзной этиологии. МБТ (-). I А группа ДУ. ДН0-1.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: часть упущена или неверно оценены этиология плеврита или степень дыхательной недостаточности.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Постепенное развитие заболевания - 1 месяц, жалобы на слабость, похудание, одышку, боли в грудной клетке, тяжесть в боку, объективно - сглаживание межрёберных промежутков, там же снижение голосового дрожания, притупление перкуторного звука, дыхание не проводится.

		В анализе крови – незначительный лейкоцитоз, нет сдвига лейкоцитарной формулы влево, относительная лимфопения, умеренное ускорение СОЭ, в промывных водах бронхов нет патогенной флоры. Рентгенологически: справа ниже 2 ребра до диафрагмы определяется интенсивное гомогенное затемнение с чёткой косой верхней границей.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: отсутствует обоснование характера или этиологии плеврита
P0	-	Обоснование двух и более критериев дано неверно. или Диагноз обоснован полностью неверно.
B	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	Пациенту рекомендовано: анализ плевральной жидкости для уточнения её характера – трансудат или экссудат (количество белка, удельный вес, проба Ривальта), клеточного состава (гнойный нейтрофильный или серозный лимфоцитарный); исследование на микрофлору и микобактерии; эвакуация плевральной жидкости; повторная аускультация лёгких и рентгенограмма органов грудной клетки (МСКТ) после эвакуации плевральной жидкости для уточнения наличия воспалительных изменений в лёгких
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования. или Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.
P0	-	Не названы все три дополнительных метода обследования. или Обоснование назначения трех методов обследования дано неверно. или План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
B	4	Определите круг заболеваний для дифференциальной диагностики
Э	-	Правосторонняя пневмония, осложнённая экссудативным парапневмоническим плевритом; инфильтративный туберкулёз лёгких, осложнённый перифокальным плевритом; очаговый туберкулёз лёгких, осложнённый перифокальным плевритом.
P2	-	Выбраны верные нозологии.
P1	-	Выбраны не все (не хватает одного заболевания) необходимые нозологии.
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие заболевания, либо в схеме не хватает двух и более нозологических единиц.
B	5	Определите тактику ведения пациента
Э	-	При отсутствии изменений в лёгких, лимфоцитарном составе экссудата, а также при наличии изменений в лёгких и отсутствии положительной динамики на АБТ - вызвать врача-фтизиатра на

		консультацию для решения вопроса о диагнозе и переводе пациента в противотуберкулёзный стационар
P2	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно или необходимые мероприятия указаны не полностью.
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно или отсутствуют более 2 обязательных пунктов
Н	-	004
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Больная А. 20 лет обратилась к участковому терапевту на 2 день болезни с жалобами на сильную головную боль, боли в глазных яблоках, ломоту в мышцах и суставах, общую слабость, отсутствие аппетита, частый сухой кашель, заложенность носа и незначительные выделения из носа, чувство першения и саднение за грудиной.</p> <p>Анамнез заболевания: заболела накануне, ночью почувствовала озноб, повысилась температура до 39,0°C, появилась головная боль, боль при движении глазными яблоками. Ночью не спала, озноб сменялся чувством жара. На следующий день появился сухой кашель, заложенность носа, чувство першения и саднение за грудиной, температура повысилась до 39,5 °С, головная боль усилилась.</p> <p>Эпидемиологический анамнез: является студенткой, живет в общежитии, у соседей по комнате наблюдаются похожие симптомы.</p> <p>Объективно: состояние средней степени тяжести, сознание ясное. Лицо несколько гиперемировано. На теле сыпи нет. Носовое дыхание затруднено. В зеве разлитая яркая гиперемия задней стенки глотки и её зернистость, отмечаются единичные кровоизлияния на слизистой мягкого нёба. В лёгких – жёсткое дыхание, единичные сухие хрипы. Пульс – 110 в минуту, ритмичный, АД – 115/80 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены, шумы не выслушиваются. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не увеличены.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Грипп, типичное течение, средней степени тяжести, период разгара.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: часть позиций упущена или неверно оценены характер течения или степень тяжести заболевания
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз «грипп» выставлен на основании жалоб больного на сильную головную боль в лобной области, боли в глазных яблоках, мышцах и суставах, общую слабость, отсутствие аппетита, частый сухой кашель, заложенность носа и незначительные выделения из носа, чувство першения и саднение за грудиной; анамнеза развития заболевания: острое начало болезни с симптомов интоксикации (озноба, повышения

		<p>температуры тела до 39,5°C, головной боли и боли в области глазных яблок) с последующим присоединением катарального синдрома (сухой кашель, заложенность носа, чувство першения за грудиной);</p> <p>эпидемиологического анамнеза – наличие подобных симптомов у лиц, с которыми пациент находился в близком контакте за ежедневно (в т.ч. за 1-2 дня) до болезни, и учитывая сезонность (январь); данных объективного осмотра – лицо несколько гиперемировано; носовое дыхание затруднено; в зеве разлитая яркая гиперемия задней стенки глотки и её зернистость, отмечаются единичные кровоизлияния на слизистой мягкого нёба; в лёгких - жёсткое дыхание, единичные сухие хрипы; пульс - 102 удара в минуту, ритмичный, АД – 115 и 80 мм рт. ст., тоны сердца приглушены.</p> <p>Среднетяжелая форма гриппа выставлена на основании повышения температуры тела до 39,5°C, ярко выраженных явлений интоксикации (озноб, головная боль, общая слабость, суставные и мышечные боли) и поражения дыхательной системы (сухой болезненный кашель, заложенность носа, чувство першения и царапанья за грудиной).</p>
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: отсутствует обоснование течения или степени тяжести заболевания. Обоснование одной степени тяжести или характера течения заболевания дано неверно.
P0	-	Обоснование дано неверно. или Диагноз установлен полностью неверно.
B	3	Составьте план лабораторного обследования больного для верификации диагноза.
Э	-	Для экспресс-диагностики гриппа используется метод ПЦР (с целью выявления РНК вирусов в мазках из носоглотки, крови), иммунохроматографический экспресс-тест для качественного определения антигенов вируса гриппа в носоглоточных образцах. При невозможности проведения ПЦР применяют серологические методы (РСК, РНГА) – определение нарастания титра антител при исследовании парных сывороток, взятых в разгар заболевания и через 7-14 дней.
P2	-	Выбран верный план обследования больного
P1	-	Выбран верный план обследования больного, однако отсутствуют один или два дополнительных метода обследования
P0	-	Не названы три и более дополнительных метода обследования. или План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
B	4	Какие противовирусные препараты Вы бы рекомендовали пациенту? Назовите механизм их действия на вирусы гриппа. Обоснуйте свой выбор.
Э	-	Для лечения гриппа в первую очередь рекомендуются средства этиотропного действия, оказывающие прямое ингибирующее действие на вирусную репродукцию. К данным препаратам относятся селективные ингибиторы вирусной нейраминидазы - Осельтамивир и

		<p>Занамивир, ингибиторы репродукции вирусов гриппа: Умифеновир (Арбидол), Ингавирин.</p> <p>Рекомендуется назначение одного из препаратов: Осельтамивир по 75 мг два раза в день в течение 5 дней, Занамивир 2 ингаляции (2* 5 мг) 2 раза / сут. в течение 5 дней или Умифеновир по 200 мг 4 раза в сутки в течение 5-7 дней, или Ингавирин 90 мг/сутки однократно 5-7 дней.</p> <p>Возможно их сочетание с препаратами Интерферона и индукторами интерфероногенеза: Анаферон, Эргоферон – перорально; или Гриппферон, Вифероновая мазь – интраназально, Виферон – ректально.</p>
P2	-	Выбраны верные группы препаратов для лечения среднетяжелого гриппа. Выбор правильно обоснован.
P1	-	<p>Выбраны правильные группы препаратов для лечения гриппа, однако выбор не обоснован.</p> <p>или</p> <p>Выбрана только одна группа препаратов, обоснование выбора данной группы верное.</p>
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие группы лекарственных препаратов, кроме ингибиторов вирусной репродукции.
B	5	Кто подлежит обязательной вакцинации против гриппа? Назовите современные вакцины для профилактики гриппа.
Э	-	<p>Вакцинации против гриппа в первую очередь подлежат лица, относящиеся к категории высокого риска заболевания гриппом и неблагоприятных осложнений при заболевании, к которым относятся:</p> <ul style="list-style-type: none"> - лица старше 60 лет; - лица, страдающие заболеваниями эндокринной системы (диабет), нарушениями обмена веществ, болезнями системы кровообращения, хроническими заболеваниями дыхательной системы, хроническими заболеваниями печени и почек; - беременные; - лица, часто болеющие острыми респираторными вирусными заболеваниями; - дети старше 6 месяцев, дети, посещающие дошкольные образовательные организации и (или) находящиеся в организациях с постоянным пребыванием (детские дома, дома ребёнка); - школьники; - медицинские работники; - работники сферы обслуживания, транспорта, учебных заведений; - воинские контингенты. <p>К современным вакцинам относят сплит-вакцины (расщеплённые), содержащие частицы разрушенного вируса - поверхностные и внутренние белки, и субъединичные вакцины, содержащие поверхностные гликопротеины (гемагглютинин и нейраминидазу) и максимально очищенные от балластных белков.</p> <p>Сплит - вакцины: Бегривак, Ваксигрип, Флюарикс, Ультрикс.</p> <p>Субъединичные вакцины: Инфлювак, Агриппал, Инфлексал, Гриппол, Гриппол плюс, Совигрипп.</p>
P2	-	Контингент, подлежащий вакцинации против гриппа, и перечень вакцин выбран верно.
P1	-	В перечне вакцин и группах высокого риска позиции представлены не полностью (отсутствуют 1-3 позиции)

Р0	-	Контингент, подлежащий вакцинации против гриппа, и перечень вакцин выбран неверно.
Н	-	005
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>В пульмонологическое отделение поступила пациентка А., 30 лет, с жалобами на кашель с трудноотделяемой гнойной мокротой (около 30 мл в сутки) и одышкой при умеренной физической нагрузке. При осмотре обращали на себя внимание низкие показатели массы тела (48 кг), роста (163 см) и индекса массы тела (18,1 кг / м²); при аускультации грудной клетки выявлены множественные разнотональные хрипы в легких; частота дыхательных движений – 18 в минуту, сатурация кислорода – 95 %, ЧСС 86 в минуту, артериальное давление – 115 / 75 мм рт. ст.</p> <p>Из анамнеза известно, что в возрасте 1 года имел место эпизод кишечной непроходимости, который был разрешен консервативно. С 13 лет у больной отмечались проявления гнойного бронхита, а также ежегодно, начиная с этого возраста – пневмония. В возрасте 15 лет пациентка перенесла посттравматическую спленэктомию. В возрасте 25 лет после проведения компьютерной томографии органов грудной клетки установлен диагноз бронхоэктатическая болезнь. В 27 лет в связи с рецидивирующим хроническим гайморитом больной выполнена синусотомия гайморовых пазух.</p> <p>Получен положительный результат потового теста (хлориды пота – 86 ммоль/л). Выявлена внешнесекреторная недостаточность поджелудочной железы – уровень эндогенной эластазы в стуле снижен до 75 мкг / г (норма – > 200 мкг / г).</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Муковисцидоз, преимущественно легочная форма, множественные бронхоэктазы. Хроническая панкреатическая недостаточность.
Р2	-	Диагноз поставлен верно.
Р1	-	Диагноз поставлен не полностью: часть нозологий упущена.
Р0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	<p>Классическую диагностическую триаду при муковисцидозе составляют:</p> <ul style="list-style-type: none"> • положительный потовый тест (хлориды пота более 60 мэкв/л); • легочная патология инфекционно-воспалительного характера; <p>кишечный синдром.</p>
Р2	-	Диагноз обоснован верно.
Р1	-	<p>Диагноз обоснован неполностью: отсутствует подтверждение диагноза данными объективного или инструментального обследования.</p> <p>или</p> <p>подтверждение диагноза данными объективного или инструментального обследования дано неверно.</p>

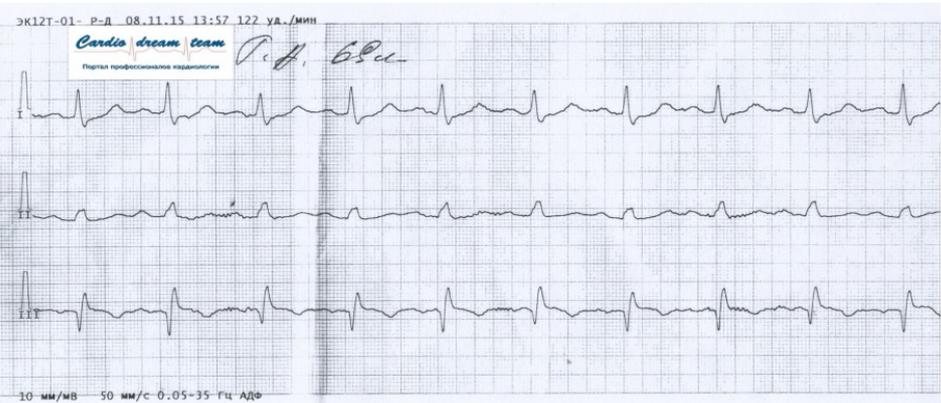
P0	-	Обоснование дано неверно. или Диагноз обоснован полностью неверно.
V	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования больного
Э	-	Пациентке рекомендовано: генетическое исследование (для подтверждения диагноза муковисцидоз), рентгенография легких, компьютерная томография грудной клетки (для определения объема и характера поражения легких), исследование функции внешнего дыхания и ЭКГ (для оценки функциональных изменений), микробиологический анализ мокроты (для выявления микробного пейзажа и оптимизации и модификации антибактериальной терапии)
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования. или Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.
P0	-	Не названы три и более дополнительных метода обследования. или Обоснование назначения трех и более методов обследования дано неверно. или План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
V	4	Определите тактику ведения пациентки
Э	-	Пациентке требуется проведение комплексной терапия внутривенными и ингаляционными антибактериальными препаратами в соответствии с антибиотикограммой; снижение бронхиальной обструкции с помощью муколитиков (N-ацетилцистеин и его аналоги) и бронходилататоров (b-агонисты (сальбутамол, сальметерол) и М-холинолитиков (ипратропиум бромид)), кинезитерапия, заместительная ферментная терапия (креон, панцитрат), дополнительный приём витаминов А, Д, Е, К; урсофальк для предотвращения холестаза; калораж питания должен составлять 120-150% от необходимого, 35% из них за счёт жиров.
P2	-	Дальнейшая тактика ведения выбрана верно.
P1	-	Тактика ведения пациентки выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно или необходимые мероприятия указаны не полностью.
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно
V	5	Назовите современные подходы в терапии муковисцидоза
Э	-	Трансплантация легких и генная терапия
P2	-	Современные методы терапии названы правильно
P1	-	Современные подходы в терапии перечислены неполностью
P0	-	Современные подходы названы полностью неверно
H	-	006

И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Девочка 5 лет поступила в пульмонологическое отделение детской больницы с жалобами на кашель, затрудненное носовое дыхание, утомляемость. Эти симптомы отмечались в течение 3-4 мес. Лечение на дому не помогало.</p> <p>Родилась от первой беременности, срочных родов с массой тела 3150 г, длиной 51 см. На грудном вскармливании была до 6 мес. С двух месяцев замечено отставание в массо-ростовых прибавках, причина оставалась неясной. Перенесла повторные пневмонии в 18 мес, в 2 года, в 3 года и в 4 года 3 мес. При активном расспросе мать сообщила, что у ребенка с рождения отмечается обильный стул, 2-3 раза в день. Девочка плохо переносит жару, при этом становится очень вялой, старается прилечь. Как правило, ребенок плохо ест, но иногда бывают эпизоды повышенного аппетита. Очень любит соленое. За последние несколько месяцев стала жаловаться на кратковременные боли в животе.</p> <p>Объективно: питание понижено, рост 114 см, масса тела 19 кг. Кожа сухая, слизистые полости рта бледные. Грудная клетка широкая, живот увеличен в размерах (симптомы асцита отсутствуют). Артериальное давление 95/55 мм рт. ст., частота сердечных сокращений 120 в 1 мин, температура тела 37,4°C, незначительное приглушение тонов сердца. При обследовании дыхательной системы выявлена одышка преимущественно экспираторного типа с числом дыханий 36 в 1 мин. Перкуторно над легкими коробочный перкуторный звук. Дыхание жесткое, слева в нижних отделах выслушиваются мелкопузырчатые влажные хрипы. Живот мягкий, вздут, при пальпации безболезненный. Печень выступает из-под реберной дуги на 3 см.</p>
В	1	Сформулируйте предварительный диагноз.
Э	-	Муковисцидоз, легочно-кишечная форма.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: не указана форма заболевания
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте диагноз.
Э	-	<p>Типичными клиническими проявлениями муковисцидоза следует считать повторные пневмонии с развитием эмфиземы и дыхательной недостаточности. Симптомы со стороны органов пищеварения и особенности развития ребенка дополняют типичную картину: раннее отставание в массо-ростовых прибавках, плохой аппетит, пристрастие к соленой пище, и — наиболее характерный симптом — полифекалия. Плохая переносимость жары — одно из классических проявлений муковисцидоза, так как при высоких температурах воздуха усиливается потоотделение и резко возрастает потеря натрия и хлоридов с потом, а повышенное содержание хлорида натрия в поте — один из основных симптомов этого заболевания.</p>
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью.

P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
B	3	Составьте план дообследования пациента
Э	-	Обследование должно включать рентгенографию грудной клетки, бронхоскопию с посевом промывных вод. Необходимо оценить функцию внешнего дыхания для определения характера вентиляционных нарушений и степени дыхательной недостаточности. Рентгенограмма придаточных пазух носа и осмотр оториноларинголога позволяет исключить синусит. Клинический анализ крови, определение в крови концентрации сиаловых кислот и С-реактивного белка, протеинограммы позволят судить о степени активности воспаления. Для оценки функции печени рекомендуется определение активности трансаминаз, протромбинового индекса. Необходимо следить за уровнем сахара в крови. Показано ультразвуковое обследование органов брюшной полости. Документировать диагноз позволит исследование пота: при концентрации натрия и хлоридов в поте свыше 60 ммоль/л на фоне описанной клинической картины диагноз муковисцидоза не вызывает сомнений. Иногда встречаются больные муковисцидозом с концентрацией электролитов пота ниже 60 ммоль/л. В этих случаях рекомендуют повторить исследование не менее трех раз или прибегнуть к генетическим методам обследования, позволяющим установить диагноз со 100 % достоверностью.
P2	-	План обследования составлен полностью верно.
P1	-	План 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	-	План обследования составлен полностью неверно.
B	4	Определите тактику ведения пациента
Э	-	Показана высококалорийная диета без ограничения жира в сочетании с постоянной терапией ферментными препаратами (креон, панцитрат). Муколитики (N-ацетилцистеин и его аналоги) и бронходилататоров (β-агонисты (сальбутамол, сальметерол) и М-холинолитиков (ипратропиум бромид)). Длительная терапия большими дозами антибиотиков с учетом чувствительности возбудителя, выделенного при посеве мокроты. Кинезитерапия. Дополнительный приём витаминов А, Д, Е, К. Урсофальк для предотвращения холестаза.
P2	-	Тактика ведения больного составлена правильно и обоснована.
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно или необходимые мероприятия указаны не полностью.
P0	-	Ответ неверный: план лечения больного составлен неверно.
B	5	Оцените прогноз заболевания
Э	-	При ранней диагностике и усовершенствовании лечебно-реабилитационных мероприятий средняя продолжительность жизни увеличилась с 15 лет до 31 года. В последние годы проводятся исследования по разработке генной терапии муковисцидоза

P2	-	Оценка прогноза проведена верно
P1	-	Прогноз оценён верно, однако не указаны современные методы лечения муковисцидоза
P0	-	Прогноз оценён неверно.
H	-	007
I	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
		<p>Мужчина, 45 лет. Болен фиброзно-кавернозным туберкулезом в течение 15 лет. Процесс правосторонний с бронхогенной диссеминацией в левое легкое. Последний раз отмечает ухудшение состояния в виде общей слабости, повышенной утомляемости, кашля с мокротой, в связи с чем направлен на стационарное лечение. На 5-й день стационарного лечения, утром внезапно после кашля, появились острые боли в левой половине грудной клетки, нарастающая одышка в покое.</p> <p>Объективно – состояние средней тяжести, положение – сидит, отмечается диффузный цианоз, перкуторно – тимпанический звук слева над легкими и отсутствие везикулярного дыхания по средней аксиллярной и лопаточной линии, частота дыхательных движений 28 в минуту. Границы сердца смещены вправо. Тоны сердца, выслушиваются во всех точках, приглушены, учащены, ритмичны. Пульс ритмичный, 110 в минуту, слабого наполнения и напряжения. АД 80/50 мм рт ст</p> <p>При рентгенологическом исследовании:</p>
У	-	

В	1	Предложите наиболее вероятный диагноз
Э	-	Спонтанный пневмоторакс слева
Р2	-	Диагноз поставлен верно.
Р1	-	Диагноз поставлен неполностью: не указана локализация патологического процесса.
Р0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	в анамнезе - фиброзно-кавернозный туберкулез верхней доли правого легкого с бронхогенной диссеминацией в левое легкое. Клиника — острая боль в левой половине грудной клетке после кашля, нарастающая одышка. Объективно – состояние средней тяжести, положение – сидит, отмечается диффузный цианоз, перкуторно – тимпанический звук слева над легкими и отсутствие везикулярного дыхания по средней аксиллярной и лопаточной линии, частота дыхательных движений 28 в минуту. Границы сердца смещены вправо. Тоны сердца, выслушиваются во всех точках, приглушены, учащены, ритмичны. Пульс ритмичный, 110 в минуту, слабого наполнения и напряжения. При рентгенологическом исследовании выявлено коллабированное легкое, воздух в плевральной полости.
Р2	-	Диагноз обоснован верно.
Р1	-	Диагноз обоснован неполностью: отсутствует обоснование одной из нозологических форм или обоснование одной из нозологических форм дано неверно.
Р0	-	Диагноз обоснован неверно
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	Пациенту рекомендовано: обзорная рентгенограмма легких в двух проекциях, ЭКГ, компьютерная томография, манометрия плевральной полости, торакоскопия.
Р2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно
Р1	-	План дополнительного обследования составлен верно, однако не названы один или два дополнительных метода обследования из списка.
Р0	-	Не названы три и более дополнительных метода обследования или план дополнительного обследования составлен полностью неверно.
В	4	Какое лечение Вы рекомендуете пациенту.
Э	-	Лечение необходимо проводить в стационаре. При закрытом пневмотораксе и небольшом количестве воздуха в плевральной полости назначаются симптоматические средства. При значительном количестве воздуха в плевральной полости необходима пункция полости плевры с отсасыванием всего воздуха. При вентильном пневмотораксе — постоянная аспирация с разрежением 20-30 мм водного столба, может быть использована временная эндоскопическая окклюзия соответствующего бронха,

		использование биологического клея при торакокопии.
P2	-	Тактика ведения больного составлена правильно и обоснована.
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно или необходимые мероприятия указаны не полностью.
P0	-	Ответ неверный: план лечения больного составлен неверно.
B	5	Сформулируйте неотложные синдромы, требующие экстренного вмешательства
Э	-	Острая дыхательная недостаточность. Острое лёгочное сердце.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: не указана один синдром.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
H	-	008
I	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Женщина 60 лет поступила в клинику с жалобами на одышку, боли в левой половине грудной клетки при кашле и дыхании, кровохарканье, повышение температуры до 38°C, слабость. Заболела остро 2 дня назад, когда внезапно возник приступ удушья, сопровождающийся болями в левой половине грудной клетки, сердцебиением; была кратковременная потеря сознания. Врачом неотложной помощи была предложена госпитализация, от которой больная отказалась. Сегодня приступ одышки, сопровождающейся чувством страха смерти, повторился, появилось кровохарканье, госпитализирована. Состояние больной тяжёлое, кожные покровы бледно-цианотичные («пепельная бледность»), акроцианоз. Наблюдаются отёки нижних конечностей, больше левой, варикозное расширение вен, гиперемия кожи левой голени с цианотичным оттенком. Частота дыханий – 26 в минуту. Пульс – 110 ударов в минуту, ритмичный, малого наполнения. АД – 90/60 мм рт. Ст., I тон на верхушке сердца ослаблен, акцент II тона над лёгочной артерией. При перкуссии лёгких определяется притупление лёгочного звука в левой подлопаточной области, здесь же выслушивается шум трения плевры.</p> <p>На ЭКГ</p>  <p>ЭКГ: 01- P-л 08.11.15 13:57 122 уд./мин Cardio dream team Клиника профессиональной кардиологии 10 мм/мВ 50 мм/с 0.05-35 Гц АДФ</p> <p>В анализе крови отмечается умеренный лейкоцитоз, ускорение СОЭ 21 мм/час, повышение уровня ЛДГ3.</p>

		Рентгенологически дилатация правых отделов сердца, высокое стояние диафрагмы и обеднение легочного рисунка в области нижней доли слева.
В	1	Предложите наиболее вероятный диагноз
Э	-	Тромбоз вен левой голени. Тромбоэмболия легочной артерии
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: часть нозологий упущена.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	<p>Диагноз тромбоэмболии легочной артерии поставлен на основании жалоб на одышку, боли в левой половине грудной клетки при кашле и дыхании, кровохарканье, повышение температуры до 38°C, слабость; данных анамнеза: заболела остро 2 дня назад, когда внезапно возник приступ удушья, сопровождающийся болями в левой половине грудной клетки, сердцебиением, была кратковременная потеря сознания; данных объективного осмотра: состояние больной тяжелое, кожные покровы бледно-цианотичные, гиперемия кожи левой голени с цианотичным оттенком, частота дыханий - 26 в минуту, пульс - 110 ударов в минуту, ритмичный малого наполнения, АД - 90/60 мм рт. ст., I тон на верхушке сердца ослаблен, акцент II тона над лёгочной артерией; инструментального обследования: на ЭКГ зарегистрировано увеличение зубцов Q в III отведении и S в I отведении, подъём сегмента ST и отрицательный зубец T в III отведении, блокада правой ножки пучка Гиса; лабораторных исследований: умеренный лейкоцитоз, ускорение СОЭ до 21 мм/час, повышение уровня ЛДГ3. Рентгенологически дилатация правых отделов сердца, высокое стояние диафрагмы и обеднение легочного рисунка в области нижней доли слева.</p> <p>Диагноз тромбоза вен левой голени поставлен на основании осмотра: отеки нижних конечностей, больше левой, варикозное расширение вен, гиперемия кожи левой голени с цианотичным оттенком.</p>
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: отсутствует обоснование одной из нозологических форм или обоснование одной из нозологических форм дано неверно.
P0	-	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	<p>Пациенту рекомендовано: Общий анализ крови; мочи; биохимический анализ крови: общий белок, белковые фракции, билирубин, аминотрансферазы, ЛДГ общая и по фракциям, серомукоид, фибрин; ЭКГ в динамике; рентгенологическое исследование легких; исследование газов артериальной крови; ЭХО-КГ; вентиляционно-перфузионная сцинтиграфия лёгких; спиральная компьютерная томография с контрастированием; исследование коагулограммы и определения уровня Д-димера в плазме крови; селективная ангиопульмонография; катетеризация правых отделов сердца; инструментальная диагностика флелотромбозов нижних конечностей - УЗДГ сосудов нижних конечностей.</p>

P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно
P1	-	План дополнительного обследования составлен верно, однако не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или один или два метода обследования назначены неверно.
P0	-	Не названы три и более дополнительных метода обследования или или план дополнительного обследования составлен полностью неверно.
B	4	Какое лечение следует назначить данному больному
Э	-	Тромболитическая терапия: рекомбинантный тканевой активатор плазминогена, гепаринотерапия до 30 000 ЕД в сутки, постоянная оксигенотерапия через носовой катетер (в ряде случаев искусственная вентиляция легких), за 3-5 дней до отмены Гепарина назначают Варфарин, Синкумар, при шоке – Добутамин, при инфаркт-пневмонии – антибиотики (нежелателен Пенициллин), облегчение боли. Катетерные и хирургические эмболэктомии. Установка каво-фильтров. Антиагреганты.
P2	-	Выбрана верная тактика лечения больного
P1	-	Выбрана верная тактика лечения больного, однако не указаны 1 – 2 группы лекарственных препаратов
P0	-	Ответ неверный: неправильно выбран план лечения пациента
B	5	С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз. Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания
Э	-	Инфаркт миокарда, расслаивающая аневризма аорты, долевая пневмония, пневмоторакс, острый перикардит. Для тромбоэмболии легочной артерии характерны внезапное начало, боль за грудиной разнообразного характера, одышка, кашель, кровохарканье, синдром острого легочного сердца, клиника инфарктной пневмонии
P2	-	Выбраны верные нозологии, правильно указаны обязательные симптомы ТЭЛА
P1	-	Выбраны не все (не хватает одного заболевания) нозологии, либо неполностью указаны основные симптомы ТЭЛА.
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие заболевания, либо в схеме не хватает двух и более нозологических единиц, либо не указаны обязательные симптомы ТЭЛА
H	-	009
I	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Мужчина, 48 лет, инженер, считает себя больным 6 мес., когда появился насморк с гнойным отделяемым, головная боль, слабость, субфебрильная температура тела. Лечился антибиотиками с диагнозом ОРЗ, гайморит. Состояние не улучшилось. Присоединились боли в крупных суставах, геморрагические высыпания на нижних конечностях. Повторно проводились проколы верхнечелюстной пазухи, гнойного содержимого не получено. Сделана операция -

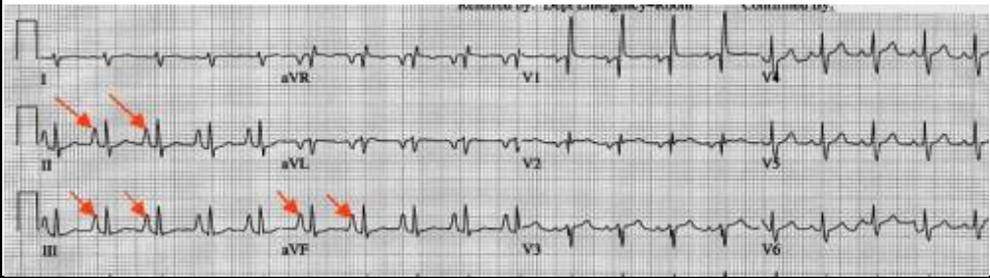
		<p>гайморотомия, после которой повысилась температура тела до 39⁰С, появился кашель, необильное кровохарканье. С диагнозом пневмония переведен в терапевтическое отделение. При поступлении состояние тяжелое, бледен, масса тела снижена. Температура тела 39,2⁰С. Суставы не изменены. В легких дыхание везикулярное, влажные хрипы по задней аксиллярной линии справа; число дыхательных движений 28 в 1 мин. тоны сердца приглушены, ритмичны. АД 120/70 мм рт. ст. Пульс-102 в 1, ритмичный. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, размеры печени 12-10-8 см, селезенка не пальпируется.</p> <p>В крови: Нб 48 г/л, лейкоц. 8x10⁹/л, СОЭ 65 мм/ч. Общий белок 62 г/л, латекс-тест ++. Реакция Ваалера-Розе 1:160. В моче: относительная плотность 1012-1016, белок 1,2 г/л, эр. 20-25 в п/зр, лейкоц. 3-5 в п/зр. При рентгенографическом исследовании: множественные сливные инфильтраты с двух сторон, преимущественно в средних и нижних отделах легких, два из них - с распадом в центре.</p>
В	1	Предложите наиболее вероятный диагноз
Э	-	Геморрагический васкулит, активность II-III, смешанная форма (синдромы кожный, суставной, почечный, легочный), подострое течение. Двухсторонний хронический гайморит, состояние после гайморотомии. Анемия, тяжелого течения.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: часть нозологий упущена.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	<p>Диагноз поставлен на основании данных анамнеза: длительность заболевания около 6 месяцев, когда появился насморк с гнойным отделяемым, головная боль, слабость, субфебрильная температура тела. Лечился антибиотиками с диагнозом ОРЗ, гайморит. Состояние не улучшилось. Присоединились боли в крупных суставах, геморрагические высыпания на нижних конечностях. Повторно проводились проколы верхнечелюстной пазухи, гнойного содержимого не получено. Сделана операция - гайморотомия, после которой повысилась температура тела до 39⁰С, появился кашель, необильное кровохарканье. С диагнозом пневмония переведен в терапевтическое отделение. При поступлении состояние тяжелое, бледен, масса тела снижена. Температура тела 39,2⁰С. Суставы не изменены. В легких дыхание везикулярное, влажные хрипы по аксиллярной линии справа; число дыхательных движений 28 в 1 мин. тоны сердца приглушены. АД 120/70 мм рт. ст. Живот безболезненный при пальпации, размеры печени 12-10-8 см, селезенка не пальпируется.</p> <p>В крови: Нб 48 г/л, лейкоц. 8x10⁹/л, СОЭ 65 мм/ч. Общий белок 62 г/л, латекс-тест ++. Реакция Ваалера-Розе 1:160. В моче: относительная плотность 1012-1016, белок 1,2 г/л, эр. 20-25 в п/зр, лейкоц. 3-5 в п/зр. При рентгенографическом исследовании: множественные сливные инфильтраты с двух сторон, преимущественно в средних и нижних отделах легких, два из них - с распадом в центре.</p>
P2	-	Диагноз обоснован верно.

P1	-	Диагноз обоснован неполностью: отсутствует обоснование одной из нозологических форм или обоснование одной из нозологических форм дано неверно.
P0	-	Диагноз обоснован неверно или выставлен неверный диагноз
B	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	Пациенту рекомендовано: Биохимические и иммунологические исследования крови: повышение концентрации СРБ, IgA; Биопсия кожи; Биопсия почек, УЗИ органов брюшной полости, почек; МРТ органов брюшной полости и органов грудной клетки, ФГДС
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно
P1	-	План дополнительного обследования составлен верно, однако не названы один или два дополнительных метода обследования из списка.
P0	-	Не названы три и более дополнительных метода обследования или план дополнительного обследования составлен полностью неверно.
B	4	Выберите тактику лечения пациента
Э	-	Основными в лечении ГВ являются антиагреганты и антикоагулянты, которые воздействуют на основные звенья патогенеза и относятся к средствам патогенетической терапии. Дезагреганты: дипиридамол через рот 3-5 мг/кг·сутки на 3-4 недели. Гепарин - при абдоминальном, почечном синдромах, тяжелых формах кожного и наличии гиперкоагуляции по данным коагулограммы: • при легкой степени 100 – 200 ЕД/кг·сутки; • среднетяжелой – 200 – 500 ЕД/кг·сутки; • тяжелой – 500 – 800 ЕД/кг·сутки. Способ введения гепарина также зависит от клинического варианта. Кортикостероидная терапия: преднизолон внутрь 1 мг/кг/сутки (не более 80 мг) однократно утром (после еды) в течение 4- 6 недель с последующим снижением дозы по 2,5 мг в неделю до полной отмены. или: метилпреднизолон в/в 15 мг/кг/сутки (разовая доза не более 1 г) 3 дня подряд повторно каждые 3- 4 недели (всего 6–20 курсов). Циклофосфан в/в пульсовые введения 15 мг/кг (не более 1 г) 1 раз в 3– 4 недели, в течение 6- 18 месяцев.
P2	-	План лечения составлен полностью верно.
P1	-	План лечения составлен верно, однако нет уточнения дозы лекарственных препаратов. или Не назван один лекарственный препарат из списка или доза одного лекарственного препарата указана не верно.
P0	-	Не названы все лекарственные препараты. Или план лечения составлен полностью неверно. назначение двух и более лекарственных препаратов неверно. или План лечения составлен полностью неверно.
B	5	Перечислите комплекс мероприятий вторичной профилактики, направленных на предотвращение рецидивов заболевания.
Э	-	<ul style="list-style-type: none"> • диспансерное наблюдение • длительное проведение поддерживающей терапии, разработанной с учетом индивидуальных особенностей пациента и варианта болезни;

		<ul style="list-style-type: none"> • постоянный контроль безопасности проводимого лечения и при необходимости его коррекция; • обеспечение охранительного режима (ограничение психоэмоциональных и физических нагрузок, при необходимости обучение детей на дому, посещение школы лишь при получении стойкой клинико-лабораторной ремиссии, ограничение контактов для уменьшения риска развития инфекционных заболеваний); • предохранение от инсоляции (использование солнцезащитных кремов, ношение одежды, максимально закрывающей кожу, головных уборов с полями, отказ от поездок в регионы с высоким уровнем инсоляции); • исключение применения УФО; • введение гамма-глобулина осуществляется только при абсолютных показаниях.
P2	-	План мероприятий по вторичной профилактике составлен полностью верно
P1	-	План мероприятий по вторичной профилактике составлен не полностью, не названы 1-2 мероприятий из перечня
P0	-	Не названы 3 и более мероприятий из перечня или план мероприятий по вторичной профилактике составлен полностью неверно
H	-	010
I	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Больной В. 64 лет. 1,5 месяца назад перенёс правостороннюю нижнедолевую пневмонию. Лечился в стационаре со второй недели болезни, однако, самостоятельно покинул стационар через 2 недели лечения, в то время как еще сохранялся субфебрилитет и ускоренное СОЭ до 45 мм/час. Дома за температурой тела не следил, однако отмечал частое недомогание, слабость, быструю утомляемость, одышку при ходьбе до 500 метров. При одышке принимал теофедрин по совету соседки. Настоящее ухудшение 3 дня назад, в алкогольном опьянении проспал на улице. Появились ознобы, ночью обильная потливость, повысилась температура тела до 38,9°C, усилился кашель, выросла одышка. На кануне поступления в стационар появилась гнойная мокрота с однократным отделением до 150 мл и затем до 300 мл в сутки, после чего стал отмечать улучшение самочувствия, температура тела снизилась до 37,6°C. Сегодня утром появилось кровохарканье, после чего дочь вызвала МСП.</p> <p>Объективно: бледность кожных покровов, небольшое отставание правой половины грудной клетки при дыхании. Голосовое дрожание справа по задней поверхности ниже угла лопатки усилено, там же притупленно-тимпанический звук, бронхиальное дыхание, крупно - и среднепузырчатые хрипы. ЧД 24 в мин. SpO2 – 93%. ЧСС 98 в мин. Ps – 98 в мин. АД – 105/68 мм.рт.ст. Тоны сердца ритмичные, приглушенные, шумов сердца нет. При пальпации живот мягкий,</p>

		чувствителен в эпигастрии. Печень не пальпируется. Физиологические испускания не нарушены. Периферических отеков нет.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Постпневмонический абсцесс нижней доли правого легкого, стадия прорыва в бронх, средней степени тяжести. Кровохарканье. ДН I ст.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: часть нозологий упущена или не указана локализация абсцесса, или не указана стадия процесса.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Симптоматика абсцесса легкого характеризуется фебрильной лихорадкой, ознобами, ночной обильной потливостью, одышкой при физических нагрузках, слабостью, утомляемостью, кашлем с отделением гнойной мокроты до 300 мл в сутки. Данная симптоматика возникла на фоне недолеченной пневмонии с сохраняющейся слабостью, и субфебрилитетом, и возникла после переохлаждения. Диагностическими критериями служат данные физикального обследования: небольшое отставание правой половины грудной клетки при дыхании, усиленное голосовое дрожание справа по задней поверхности ниже угла, там же притупленно-тимпанический звук, бронхиальное дыхание, крупно - и среднепузырчатые хрипы. Отмечалось однократное кровохарканье. Одышка в покое с ЧД 24 в мин. Снижение SpO2 – до 93%.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: отсутствует подтверждение кровохарканья или дыхательной недостаточности.
P0	-	Обоснование дано неверно. или Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Укажите объем дообследования, необходимый для уточнения диагноза
Э	-	Пациенту рекомендовано: Рентгенография органов грудной клетки, компьютерная томография грудной клетки, ФБС. Диаскин-тест. Общий анализ крови, общий анализ мочи, анализ мокроты общий, посев мокроты для выявления микрофлоры, анализ мокроты ПЦР методом на ДНК к МБТ. ЭКГ. Консультации врача-фтизиатра, хирурга.
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования. или Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.
P0	-	Не названы три и более дополнительных метода обследования. или

		Обоснование назначения трех и более методов обследования дано неверно. или План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
В	4	С какими заболеваниями требуется провести дифференциальную диагностику данного состояния
Э	-	Туберкулез легких. Рак легкого. Бронхоэктазы. Нагноившаяся киста.
P2	-	Выбраны верные нозологии, выбор правильно обоснован.
P1	-	Выбраны не все (не хватает одного заболевания) необходимые нозологии или их выбор не обоснован.
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие заболевания, либо в схеме не хватает двух и более нозологических единиц.
В	5	На фоне лечения появилась боль в грудной клетке справа при дыхании, при осмотре усилился бледность кожных покровов, одышка. Какие исследования следует выполнить повторно и с какой целью?
Э	-	Рентгенография или КТ органов грудной клетки. Для подтверждения появления правостороннего плеврита. Анализы мокроты общий, и подсчет суточного выделения с целью диагностики легочного кровотечения. ОАК с целью выявления анемии.
P2	-	Дальнейшая тактика ведения выбрана верно.
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно или необходимые мероприятия указаны не полностью.
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно или отсутствуют более 2 обязательных пунктов
Н	-	011
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Пациент Д., 45 лет, обратился к врачу с жалобами на слабость, недомогание, одышку при физической нагрузке, ночную потливость, кашель с выделением обильной слизисто-гнойной мокроты без запаха, особенно по утрам, за сутки выделяется до 300 мл. Иногда отмечается кровохарканье. Считает себя больным с детства, часто болел простудными заболеваниями, бронхитом, неоднократно были пневмонии. Последняя госпитализация в связи с пневмонией была год назад. Настоящее ухудшение связывает с простудным заболеванием, за неделю до обращения отмечал насморк, чихание, ломоту в теле, температуру тела не измерял, принимал самостоятельно противовирусные, продолжал работать). 2 дня назад стал отмечать прожилки крови в мокроте, увеличилось количество отделяемой мокроты, стали беспокоить ночная потливость, одышка при нагрузках. Однократно в вечерние часы отмечал повышение температуры тела до 37,4°C.</p> <p>Работает автослесарем. Курит с 14 лет по 1 пачке в день.</p> <p>Объективно: состояние удовлетворительное, пониженного питания. Кожные покровы бледные. Тургор кожи снижен, небольшой</p>

		<p>акроцианоз, пастозность нижних конечностей. Имеется симптом «барабанных пальцев», ногти в виде «часовых стекол». Периферические лимфоузлы не увеличены. Число дыханий 20 в минуту. SpO2 – 92%. Грудная клетка с воронковидной деформацией, втянутость межреберных промежутков. При перкуссии легких имеется укорочение перкуторного звука справа книзу от VI межреберья. Слева перкуторный звук с коробочным оттенком. Аускультативно: дыхание с жестким компонентом как в правом, так и в левом легком, в нижних отделах справа выслушиваются влажные средне- и крупнопузырчатые хрипы. Тоны сердца достаточной звучности, тахикардия, акцент II тона на легочной артерии. ЧСС 112 в минуту, АД 100/60 мм рт. ст. Язык влажный, обложен грязно-желтоватым налетом. Живот при пальпации мягкий, безболезнен во всех отделах. Печень у реберного края, безболезненная. Диспепсических и дизурических явлений нет.</p> <p>Клинический анализ крови: гемоглобин 110 г/л; эритроциты $3,25 \times 10^{12}/л$; цветовой показатель 0,72; лейкоциты $9,8 \times 10^9/л$; базофилы 1 %, эозинофилы 3%; палочкоядерные 6%; сегментоядерные 73%; лимфоциты 12%; моноциты 5%; СОЭ 44 мм/час.</p> <p>ЭКГ:</p> 
В	1	Сформулируйте предварительный диагноз.
Э	-	Бронхоэктазы, средней тяжести течения, фаза обострения. Кровохарканье. ДН I ст. Хроническое субкомпенсированное легочное сердце. Гипохромная анемия хронических заболеваний легкой степени тяжести.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: часть нозологий упущена или неверно оценена степень тяжести бронхоэктатической болезни или дыхательной недостаточности.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте диагноз.
Э	-	Диагноз выставляется на основании жалоб на слабость, недомогание, одышку при физической нагрузке, ночную потливость, кашель с выделением обильной слизисто-гнойной мокроты без запаха, особенно по утрам, за сутки выделяется до 300 мл., иногда отмечается кровохарканье, повышение температуры тела до 37,4°C; данных анамнеза (предшествующий хронический бронхит, пневмонии). При перкуссии легких имеется укорочение перкуторного звука справа книзу от VI межреберья. Слева перкуторный звук с коробочным оттенком. Аускультативно: дыхание с жестким компонентом как в

		<p>правом, так и в левом легком, в нижних отделах справа выслушиваются влажные средне- и крупнопузырчатые хрипы.</p> <p>SpO2 - 92% указывает на ДН I ст.</p> <p>ХЛС так как выявлены: симптом «барабанных пальцев», ногти в виде «часовых стекол», небольшой акроцианоз, пастозность нижних конечностей, акцент II тона на легочной артерии, отклонение электрической оси сердца вправо, «P – pulmonale», признаки гипертрофии правого желудочка.</p> <p>За анемию свидетельствуют показатели ОАК: гемоглобин 110 г/л; эритроциты 3,25x10¹²/л; цветовой показатель 0,72.</p>
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	<p>Диагноз обоснован неполностью:</p> <p>отсутствует обоснование одной из нозологических форм.</p> <p>или</p> <p>Обоснование одной из нозологических форм 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	Укажите объем дообследования, необходимый для уточнения диагноза
Э	-	<p>Пациенту рекомендовано: Рентгенография органов грудной клетки, компьютерная томография грудной клетки, ФБС (для уточнения характера, локализации и распространенности патологического процесса). Диаскин-тест, анализ мокроты ПЦР методом на ДНК к МБТ, консультация врача-фтизиатра (для исключения туберкулеза легких). Общий анализ мокроты, посев мокроты для выявления микрофлоры и оптимизации антибиотикотерапии, ЭХОКС (для оценки состояния правых отделов сердца, определения давления в легочной артерии).</p>
P2	-	План лечения 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	С какими заболеваниями требуется провести дифференциальную диагностику данного состояния
Э	-	ХОБЛ. Абсцесс. Нагноившаяся киста. Туберкулез легких. Рак легкого.
P2	-	Выбраны верные нозологии, выбор правильно обоснован.
P1	-	Выбраны не все (не хватает одного заболевания) необходимые нозологии или их выбор не обоснован.
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие заболевания, либо в схеме не

		хватает двух и более нозологических единиц.
В	5	Обозначьте лечебную тактику
Э	-	<p>1) дренирование гнойных очагов и активная их санация: постуральный дренаж; вещества разжижающие мокроту (АЦЦ, Флуимцмл, Флуифорт) per os или через небулайзер; лечебная фибробронхоскопия с аспирацией секрета, промывание (лаваж) с муколитиками и фибринолитиками, антисептическими растворами (фурацилин 1:5000, 1% раствор диоксидина и др.). После этого введение в полость больших доз АБ с учетом чувствительности микрофлоры;</p> <p>2) Подавление патогенной микрофлоры. (АБ широкого спектра действия - фторхинолоны, карбопенемы, цефалоспорины в больших дозах; при анаэробной инфекции – дополнительно метронидазол) или небулайзерная терапия – флуимуцил-антибиотик.</p> <p>3) Восстановление и стимуляция нарушенного гомеостаза – уход, калорийное питание; введение внутривенно белковых препаратов (альбумин), витамины, растворы электролитов; оксигенотерапия; средства повышающие иммунитет (полиоксидоний);</p> <p>4) Оперативное лечение (резекция, или удаление доли легкого) показано при отсутствии эффекта от полноценной консервативной терапии в течение 2-3 недель.</p> <p>5) лечение сердечной недостаточности: селективные бета-адреноблокаторы (бисопролол, метопролол, небивалол) в малых дозах, диуретики (калийсберегающие: спиронолактон),</p> <p>6) коррекция анемии (препараты железа).</p>
P2	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
P1	-	<p>Тактика ведения пациента выбрана верно по основному заболеванию, однако не определена по сопутствующим патологиям</p> <p>Или</p> <p>Тактика ведения пациента отображена не полностью (не хватает одного или двух пунктов).</p>
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
Н	-	012
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Больной Б., 60 лет, предъявляет жалобы на смешанную одышку при незначительной физической нагрузке, редкий приступообразный кашель с небольшим количеством светлой мокроты, снижение массы тела на 5 кг за 3 месяца. В анамнезе: вышеуказанные симптомы начали беспокоить около трех месяцев назад. Обратился к участковому терапевту по месту жительства. Поставлен диагноз: Хроническая обструктивная болезнь легких тяжелой степени, обострение. ДН II ст. Назначенная терапия без эффекта. В анамнезе жизни: стаж курения 43 года, по 1-1,5 пачек сигарет в день. Объективно: состояние средней тяжести. Астеник. Кожные покровы с сероватым оттенком. Грудная клетка правильной формы. В левой подмышечной области пальпируются 3 лимфатических узла размерами до 2 см, мягко эластичной консистенции, безболезненные, не спаяны между собой и окружающими тканями, кожа над ними не</p>

		изменена. Голосовое дрожание в левой подлопаточной области ослаблено, там же притупление перкуторного звука. При аускультации дыхание жесткое, небольшое количество сухих жужжащих хрипов. ЧД 22-24 в 1 минуту. Тоны сердца ритмичные с ЧСС 78 уд/мин. АД 120/70 мм рт ст. SpO ₂ 95%. В ОАК: СОЭ 18 мм/ч. Рентгенография органов грудной клетки: Корень левого легкого расширен, уменьшение просвета нижнедолевого бронха. Справа без изменений.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Центральный рак нижнедолевого бронха слева. ХОБЛ тяжелой степени, вне обострения. ДН II ст.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: часть нозологий упущена или не указана локализация злокачественного новообразования;
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Симптоматика центрально рака легкого характеризуется одышкой при физической нагрузке, приступообразным кашлем с небольшим количеством светлой мокроты, снижением массы тела. В анамнезе: ХОБЛ, длительный стаж курения. При осмотре сероватый оттенок кожных покровов. Пальпируются лимфоузлы в левой подмышечной области. Ослабление голосового дрожания, притупление перкуторного звука в левой подлопаточной области, жесткое дыхание. В ОАК ускорение СОЭ. На рентгенограмме органов грудной клетки: расширение левого корня, уменьшение просвета нижнедолевого бронха.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: отсутствует подтверждение диагноза данными объективного или инструментального обследования. или подтверждение диагноза данными объективного или инструментального обследования дано неверно.
P0	-	Обоснование дано неверно. или Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Укажите объём дообследования, необходимый для уточнения диагноза
Э	-	Компьютерная томография грудной клетки, томография (для уточнения характера и распространенности патологического процесса в легких). Фибробронхоскопия с биопсией и исследованием бронхоальвеолярного лаважа на атипичные клетки микобактерии туберкулеза (для определения проходимости бронхов, определения характера патологического процесса, цитологической, микробиологической и гистологической диагностики). Общий анализ мокроты с определением микобактерии туберкулеза, анализ мокроты ПЦР методом с определением ДНК МБТ, консультация врача-

		фтизиатра (для исключения туберкулеза легких). Общий анализ крови. ЭКГ. Консультации врача- онколога (после получения результатов гистологического исследования с целью установки диагноза).
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования. или Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.
P0	-	Не названы три и более дополнительных метода обследования. или Обоснование назначения трех и более методов обследования дано неверно. или План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
B	4	С какими заболеваниями требуется провести дифференциальную диагностику данного состояния
Э	-	Фиброзно-кавернозный туберкулез, пневмония, абсцесс легкого, инородное тело бронхов.
P2	-	Выбраны верные нозологии, выбор правильно обоснован.
P1	-	Выбраны не все (не хватает одного заболевания) необходимые нозологии или их выбор не обоснован.
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие заболевания, либо в схеме не хватает двух и более нозологических единиц.
B	5	При прогрессировании заболевания стала беспокоить боль в грудной клетке, выросла одышка, головокружение, головная боль, эпизоды потери сознания, боли в правом подреберье. При клиническом осмотре отстаивание левой половины грудной клетки в акте дыхания, перкуторный звук тупой, голосовое дрожание в нижнем отделе слева не определяется, дыхание не выслушивается. Какие инструментальные исследования следует выполнить и с какой целью
Э	-	Рентгенография или КТ органов грудной клетки. Для подтверждения появления обтурационного ателектаза. КТ головного мозга (наличие метастазов), УЗИ органов брюшной полости (метастазы в печень)
P2	-	Дальнейшая тактика ведения выбрана верно.
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или необходимые мероприятия указаны или обоснованы не полностью (отсутствует или не обоснован 1 метод обследования).
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно или отсутствуют более 2 обязательных методов обследования
H	-	013
I	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной М., 35 лет, поступил в пульмонологическое отделение для

		<p>уточнения диагноза, в связи с тем, что на очередном профосмотре на рентгенограмме легких были выявлены узелковоподобные тени диаметром 1,5-3 мм, преимущественно в средне-нижних отделах легких в умеренном количестве. Жалоб при поступлении не предъявлял. Из анамнеза: в течение 11 лет работает электросварщиком на заводе. Санитарно-гигиеническая характеристика рабочего места: на сварочном участке подвергается воздействию аэрозолей окислов марганца, железа и других соединений с превышением ПДК в 3-4 раза. Вентиляция в цехе общеобменная, при работе в полузакрытых помещениях применяется газоотсос. Индивидуальные средства защиты: маска-щиток, СИЗ (специальная индивидуальная защита) органов дыхания не применялись. До трудоустройства на завод рентгенологических изменений в легких не было.</p> <p>Объективно: состояние удовлетворительное, перкуторно над всей поверхностью легких ясный легочный звук, при аускультации дыхание жестковатое, хрипов нет.</p> <p>Спирография: ОФВ1 90%, ФЖЕЛ 98%, индекс Тиффно 0,91, бронходилатационная проба с 400 мкг сальбутамола: прирост ОФВ1 6% (105 мл). SpO2 98 %. Осмотрен фтизиатром: данных за туберкулез легких не выявлено.</p>
В	1	Сформулируйте предположительный диагноз с применением кодировки рентгенологических изменений в легких.
Э	-	Пневмокониоз электросварщика, медленно прогрессирующее течение, узелковая форма (q/q), ДН 0.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: неверно указана кодировка рентгенологических изменений.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз пневмокониоз поставлен на основании наличия профмаршрута, наличие контакта с вредным производственным фактором по данным санитарно-гигиенической характеристики условий труда, наличие патномоничных изменений на рентгенограмме органов грудной клетки. Медленно прогрессирующее течение, так как заболевание развилось после 10 лет работы на вредном производстве. Узелковая форма (q,q) – на основании данных рентгенографии органов грудной клетки – узелковоподобные тени диаметром 1,5-3 мм. ДН 0 – так как отсутствует клиника дыхательной недостаточности, SpO2 98 %.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: отсутствует подтверждение диагноза данными объективного или инструментального обследования. или подтверждение диагноза данными объективного или инструментального обследования дано неверно.
P0	-	Обоснование дано неверно.

		или Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Определите дальнейшую тактику ведения больного.
Э	-	Пациенту рекомендовано: консультация профпатолога (для подтверждения этиологии заболевания, его формы, характера течения), КТ легких и ФБС (для уточнения распространенности процесса и его характера), консультация отоларинголога, проведение профпатологической комиссии для установления связи заболевания с профессией.
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	Дайте трудовые рекомендации
Э	-	Трудоспособен в своей профессии при динамическом врачебном наблюдении и отсутствии проведения сварочных работ в замкнутых пространствах. Учитывая возраст больного, целесообразно предложить переквалификацию (при согласии больного) на профессию, не связанную с воздействием пыли и раздражающих веществ.
P2	-	Даны верные рекомендации.
P1	-	Даны не все рекомендации.
P0	-	Ответ неверный: названы неверные рекомендации
В	5	Назовите круг заболеваний для дифференциальной
Э	-	Идиопатический фиброзирующий альвеолит и другие интерстициальные заболевания легких Саркоидоз Диссеминированный туберкулез Милиарный карциноматоз Атипичные пневмомикозы
P2	-	Выбраны правильные нозологии, выбор правильно обоснован
P1	-	Выбраны не все необходимые нозологии или их выбор не обоснован
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие заболевания, либо в схеме не хватает двух и более нозологических единиц.
Н	-	014

И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Больная Н. 29 лет направлена акушером - гинекологом к врачу-терапевту с жалобами на приступы затрудненного дыхания в ранние утренние часы, повторяющиеся ежедневно, «свистящие хрипы в груди», кашель с трудноотделимой светлой мокротой, заложенность в груди, ежедневно использует 2-3 ингаляции сальбутамола. Анамнез: наблюдается акушером - гинекологом по поводу беременности 28-30 нед., с детства - вазомоторный ринит, аллергический конъюнктивит, бронхиальная астма с 10 лет, регулярно использовала ИГКС, в течение последних двух лет, обострения заболевания не было, с наступлением беременности прекратила использование ИГКС, т.к. считает, что данный препарат может негативно повлиять на развитие плода. Ухудшение самочувствия связывает с перенесенной ОРВИ.</p> <p>Объективно: состояние средней степени тяжести, кожа, слизистые чистые, грудная клетка не изменена, положение с фиксированным плечевым поясом. При перкуссии лёгких - звук ясный лёгочный над всей поверхностью лёгких. При аускультации над легкими дыхание жесткое, сухие «свистящие» хрипы, чд 20-22 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные чсс 98 уд. в мин. Живот увеличен за счет беременности. Отеков нет.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз. Назовите сроки беременности, являющиеся угрожаемыми по ухудшения течения астмы.
Э	-	Бронхиальная астма, атопическая, легкая персистирующая, неконтролируемая, обострение, ДН 0. Беременность 28-30 нед. Критическими являются 26-36 нед беременности.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: неверно оценена форма заболевания, не указан уровень контроля, фаза течения
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагностическими критериями бронхиальной астмы служит наличие жалоб на приступы экспираторного удушья, «свистящие» хрипы в грудной клетке, анамнез заболевания, данные осмотра, алергоанамнез и аускультативные данные (жесткое дыхание, сухие хрипы), исследование ФВД.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: отсутствует подтверждение диагноза данными объективного или подтверждение диагноза данными объективного дано неверно.
P0	-	Обоснование дано неверно. или Диагноз обоснован полностью неверно.

В	3	Укажите объём дообследования, необходимый для уточнения диагноза
Э	-	Пациентке рекомендовано: исследование ФВД, пульсоксиметрия, проведение АСТ, ОАК, ан. крови на иммуноглобулин Е к различным аллергенам, исследование ПСВ ежедневно, кал на я\г, ан. мокроты, консультация аллерголога, ЛОР – врача, ЭКГ.
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования. или Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.
P0	-	Не названы три и более дополнительных метода обследования. или Обоснование назначения трех и более методов обследования дано неверно. или План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
В	4	С какими заболеваниями требуется провести дифференциальную диагностику данного состояния
Э	-	С хроническим функционально нестабильным бронхитом, пневмония, вирусная респираторная инфекция
P2	-	Выбраны верные нозологии, выбор правильно обоснован.
P1	-	Выбраны не все (не хватает одного заболевания) необходимые нозологии или их выбор не обоснован.
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие заболевания, либо в схеме не хватает двух и более нозологических единиц.
В	5	Определите тактику ведения пациентки в настоящий момент. Обоснуйте назначенное лечение.
Э	-	1. Показана госпитализация в стационар (терапевтическое или пульмонологическое отделение), поскольку обострение бронхиальной астмы потенцирует гипоксию плода, приводит к возрастанию риска гестоза, преждевременных родов и неонатальной смертности. 2. Назначение короткодействующих бета2 агонистов – сальбутамол через небулайзер 2.5 мг 2-3 раза в сутки. (безопасно для плода) 3. Кислородотерапия при сатурации O ₂ менее 95%, 4. Введение преднизолона в\в 30-60 мг (более предпочтительн) при сатурации O ₂ менее 95% и ОФВ ₁ менее 70% 5. Назначение ИГКС через небулайзер – пульмикорт 250 мкг 2 раза (является эталонным в плане безопасности при беременности) в сутки или кленил УДВ 800 мкг 2 раза в сутки
P2	-	Тактика ведения выбрана верно.
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно или необходимые мероприятия указаны не полностью.

P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно или отсутствуют более 2 обязательных пунктов
B	6	Определите тактику ведения пациентки после выписки.
Э		Обязательно назначение ИГКС (пульмикорт турбухалер в дозе не менее 400 мкг в сутки, возможно использование симбикорта 160\4,5 мкг по 1 вд. 2 раза в сутки в режиме SMART, фостер 100\6 мкг по 1 инг 2 раза в стуки в режиме), до родоразрешения дозу препарата не снижать, наблюдение больной не реже 1 раза в неделю для контроля за течением астмы, ежедневная пикфлоуметрия. Необходимо проведение разъяснительной беседы с больной о безопасности использования ИГКС для плода, а также необходимости контроля заболевания (пикфлоуметрия ежедневно)
P2		Дальнейшая тактика ведения выбрана верно.
P1		Тактика ведения пациентки выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно или необходимые мероприятия указаны не полностью.
P0		Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно или отсутствуют более 2 обязательных пунктов
H	-	015
I	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Больная А. 27 лет доставлена в клинику машиной «скорой помощи» с жалобами интенсивный кашель с желто-зеленой мокротой, слабость, головную боль, ломоту в мышцах, повышение температуры до 39 С. В анамнезе: наблюдается в женской консультации по поводу беременности 20-22 нед., патологии беременности нет, беременность вторая. Курит около 7 лет. Наличие хронических заболеваний легких отрицает. Известно, что в семье есть ребенок 3,5 года, посещающий детское дошкольное учреждение. На сроке 16 не.д пернесла ОВРИ, самостоятельно принимала амоксициллин 500 мг 3 раза в сутки 5 дней. Ухудшение состояния в течение 3х дней – появилась слабость, чувство ломоты в теле, головокружение, заложенность носа, кашель с желто-зеленой мокротой, самостоятельно принимала парацетамол без значительного эффекта, в связи с ухудшением состояния повышением температуры до 39 С вызвала КСП.</p> <p>Объективно: состояние средней степени тяжести, при осмотре кожные покровы чистые, гиперемия лица. Питание повышено. Грудная клетка правильной формы, небольшое отставание левой половины грудной клетки при дыхании, в нижнем легочном поле слева дыхание ослаблено, фокус влажных хрипов, при перкуссии в этой же области притупление перкуторного звука, ЧД 20 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные ЧСС 92 в мин. АД - 120/80 мм рт. ст. Живот увеличен за счет беременности, мягкий, безболезненный.</p>
B	1	Сформулируйте предварительный диагноз.
Э	-	Внебольничная левосторонняя нижнедолевая пневмония средней степени тяжести. ДН 0-I Беременность 20-22. нед.
P2	-	Диагноз поставлен верно.

P1	-	Диагноз поставлен неполностью: часть нозологий упущена или неверно оценены локализация процесса, стадия дыхательной недостаточности.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
B	2	Обоснуйте диагноз. Какие дополнительные обследования необходимы для подтверждения диагноза?
Э	-	Диагноз «внебольничная левосторонняя пневмония» выставляется на основании жалоб больной, на наличие лихорадки, проявлений интоксикационного синдрома, на данных анамнеза (острое начало заболевания) данных объективного обследования (отставание больной половины грудной клетки при дыхании, притупление перкуторного звука, ослабление дыхания, влажные хрипы в нижних отделах слева). Дополнительно показано проведение исследования ОАК, ОАМ, пульсоксиметрия, рентгенологическое исследование только при тяжелом течении заболевания и отсутствие эффекта от лечения, исследованием С-РБ, ан мокроты общий, на микобактерии туберкулеза, ЭКГ, микробиологическое исследование мокроты.
P2	-	Диагноз обоснован верно, дополнительные методы указаны верно, в полном объеме.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: отсутствует обоснование одной из нозологических форм. или Обоснование одной из нозологических форм дано неверно. Указаны не все дополнительные методы обследования.
P0	-	Обоснование двух и более нозологических форм дано неверно. или Диагноз обоснован полностью неверно. Не указаны дополнительные методы обследования.
B	3	Определите тактику ведения больной. Составьте план лечения, обоснуйте выбор антибактериального препарата. Укажите критерии эффективности терапии.
Э	-	1. Показана обязательная госпитализация независимо от тяжести течения пневмонии. 2. Учитывая наличие у пациентки факторов риска полирезистентного s. pneumoniae (прием антибиотика в предшествующие 3 мес., наличие в семье ребенка дошкольного возраста, посещающего дошкольное учреждение) препаратом выбора может быть Амоксициллин/клавулановая кислота 1000 мг/200 мг (порошок для приготовления суспензии) в/в стр. каждые 8 часов. Критерии эффективности – улучшение общего самочувствия, снижение температуры, снижение концентрации С-РБ.
P2	-	План лечения составлен полностью верно. Указаны критерии.
P1	-	План лечения составлен верно, однако нет уточнения дозы лекарственных препаратов или Не названы факторы полирезистентного пневмококка или критерии эффективности.
P0	-	Не правильно определена тактика ведения. или Не правильно выбран антибактериальный препарат.

		или План лечения составлен полностью неверно.
В	4	На фоне начатого лечения состояние пациентки на 2 день терапии улучшилось: меньше слабость, ломота в теле, температура снизилась до 37,3-37,5 С, однако, на коже бедер, живота появились высыпания по типу крапивницы, сопровождающиеся кожным зудом. Какие антибактериальные препараты могут быть еще использованы при внебольничной пневмонии у беременных?
Э	-	Цефтриаксон – по 1-2 г один раз в сутки в/в или Цефотаксим – по 1-2 г 2-3 раза в сутки в/в или азитромицин 500 мг в в/в или джозамицин по 1 г 2 раза в сутки внутрь или цефиксим 400 мг 1 раз в сутки внутрь
P2	-	Препараты выбраны правильно
P1	-	Препараты выбраны правильно, однако отсутствуют указания дозировок лекарственных средств
P0	-	Ответ неверный: препараты выбраны не правильно
В	5	Определите тактику ведения пациентки после выписки
Э	-	Показано по 2-3 триместре беременности проведение противогриппозной вакцинации. При появлении первых симптомов гриппа прием осельтамивира 75 мг 2 раза в сутки.
P2	-	Тактика определена верно.
P1	-	Тактика определена верно, не указана доза препарата.
P0	-	Тактика определена не верно.
Н	-	016
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной К. 66 лет находится на стационарном лечении в пульмонологическом отделении. При поступлении жалобы на одышку с преимущественным затруднением выдоха при незначительной нагрузке и в покое, кашель с умеренным количеством желто-зеленой мокроты, перебои в работе сердца, отеки голеней. В анамнезе: курит более 40 лет до 1/2 пачки в сутки, в течение многих лет к врачу не обращался, не смотря на регулярный утренний кашель с мокротой. Около 2 лет назад в связи с появлением одышки при нагрузке, ухудшением переносимости физической нагрузки обратился к участковому терапевту, при обследовании установлен диагноз «Хронический бронхит, обострение», по ФВД значение ОФВ1 составило 56% от должного. Рекомендовано: консультация пульмонолога, отказ от курения, использование ДАИ «беродуал» по 2 вдоха 3 раза в сутки. Однако, пациент курить продолжал, ингалятором не пользовался. В течение переделяющих лет к врачу не обращался. Ухудшение состояния около 3 месяцев назад – отмечает усиление одышки, появилась одышка в покое, отеки нижних конечностей, усилился кашель. Направлен на стационарное лечение. Объективно: состояние тяжелое, цианоз лица, положение ортопноэ, грудная клетка бочкообразная, в инспираторном положении, акроцианоз. Перкуторно над легкими коробочный звук, при аускультации дыхание ослаблено,

		сухие хрипы ЧД 26-28 мин. Тоны сердца глухие, частая экстрасистолия 5-6 в мин., ЧСС 98, АД 130\70 мм. рт. ст, ацент 2 тона над легочной артерией. Живот мягкий безболезненный, печень 2 см. из-под реберной дуги. Отеки стоп голеней. Пульсоксиметрия: SpO2 - 89% . ФВД ОФВ1 42% от должных величин, ФЖЕЛ – 68% от должных величин
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Хроническая обструктивная болезнь легких, GOLD 3, тяжелое течение, обострение ДН III. Хроническое декомпенсированное легочное сердце ХСН II В.
P2	-	Диагноз поставлен, верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: часть упущена или нет указаний на хроническое легочное сердце, не указана степень дыхательной недостаточности.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Постепенное развитие заболевания, длительный анамнез курения, жалобы на одышку, ухудшение переносимости физической нагрузки, отеки нижних конечностей, данные объективного обследования (бочкообразная грудная клетка, перкуторно коробочный звук, центральный цианоз, акроцианоз, при аускультации сердца акцент 2 тона над легочной артерией), диагноз подтвержден дополнительными исследованиями (пульсоксиметрия – снижение SpO2 – до 89%, ФВД – тяжелые обструктивные нарушения, ОФВ1 42%, ФЖЕЛ 68%)
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: отсутствует обоснование признаков хронического легочного сердца
P0	-	Обоснование двух и более критериев дано неверно. или Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	Пациенту рекомендовано: обзорная рентгенография легких, компьютерная томография легких (исключение пневмонии, других заболеваний с развитием дыхательной недостаточности), анализ мокроты общий, на микобактерии туберкулеза, ЭКГ, ЭХОКС (оценка состояния правых отделов сердца, среднего давления в легочной артерии), САТ тест, оценка одышки по mMRC
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен, верно, однако, нет обоснования. или Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.
P0	-	Не названы все три дополнительных метода обследования. или

		Обоснование назначения трех методов обследования дано неверно. или План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
В	4	Определите круг заболеваний для дифференциальной диагностики.
Э	-	Внебольничная пневмония, инфильтративный туберкулёз лёгких, идиопатический легочной фиброз, бронхиальная астма, инфаркт - пневмония на фоне тромбоэмболии легочной артерии, пороки сердца, дилатационная кардиомиопатия на фоне ИБС
P2	-	Выбраны верные нозологии, выбор правильно обоснован.
P1	-	Выбраны не все (не хватает одного заболевания) необходимые нозологии или их выбор не обоснован.
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие заболевания, либо в схеме не хватает двух и более нозологических единиц.
В	5	Определите тактику ведения пациента
Э	-	1. Госпитализация в стационар. 2. Адекватная терапии дыхательной недостаточности (длительная O ₂ терапия с использованием кислородного концентратора скорость по дачи не менее 3 л\мин). 3. Бронхолитическая терапия с использованием небулайзера беродуал 20-30 кап 3 раз в сутки, пульмикорт 500 мкг по 2 небулы 2 раза в сутки, преднизолон в\в кап 60-90 мг в сутки, эуфиллин 2,4% - 5-10 мл в\в кап 4. Применение антикоагулянтов гепарин 5 тыс. ед. п\ живота через 8 ч 5. В связи с декомпенсацией легочного сердца фуросемид 40 мг в сутки в\в стр., верошпирон 100-150 мг сутки 5. Применение ингибиторов ИПФ периндоприл 4 мг в сутки 6. Дезагреганты тромбоасс 100 мг\сутки 7. Антагонисты кальция подбор дозы по уровню среднего давления в легочной артерии, с учетом эстрасистолии оптимально - веропамилSR или дилтиазем ретард. 8. Антибактериальная терапия с учетом анализа крови, мокроты сартовая терапия: амоксиклов - Амоксициллин\клавулановая кислота 1000 мг\200 мг (порошок для приготовления суспензии) в\в стр. каждые 8 часов.
P2	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно или необходимые мероприятия указаны не полностью.
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно или отсутствуют более 2 обязательных пунктов
Н	-	017
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной Р. 62 лет поступил в стационар с жалобами на кашель со слизисто-гноной мокротой, повышение температуры до 38 °С, одышку при спокойной ходьбе, жажду, общую слабость. Курит с 12 лет по 20-30 сигарет в день, в течение последних месяцев ограничил интенсивность курения до 6-10 сигарет в день. Кашель отмечает в течение последних 15-20 лет. Последние 10 лет ежегодно 1-2 раза

		<p>госпитализируется в пульмонологическое отделение по поводу обострений. 5 лет назад появилась одышка при быстрой ходьбе, постепенно нарастающая и возникающая в настоящее время при незначительном физическом напряжении. Незадолго до поступления стал замечать жажду. По профессии – строитель. Последние 5 лет не работает.</p> <p>САТ-тест 25 баллов, одышка по шкале mMRC 3 балла.</p> <p>Объективно: Умеренный диффузный цианоз. Грудная клетка расширена в передне-заднем направлении, регидна. Перкуторный звук с коробочным оттенком. При аускультации: ослабленное дыхание, рассеянные сухие свистящие и жужжащие хрипы, в нижних отделах с обеих сторон небольшое количество влажных мелкопузырчатых хрипов.</p> <p>Клинический анализ крови: Hb- 150 г/л, э.- 6,0 × 10¹²/л, Le – 10,2 × 10⁹/л., п/я – 6%, с/я 64%, э.-2%, м. – 1%, л. – 28%. СОЭ – 20 мм/ч.</p> <p>Глюкоза крови – 8,2 ммоль/л.</p> <p>Рентгенологическое исследование органов грудной клетки – Легочные поля повышенной прозрачности, без очаговых и инфильтративных теней, легочный рисунок деформирован, корни расширены. Синусы свободны.</p> <p>ФВД: ЖЕЛ-60%; ОФВ1- 45%; Индекс Тиффно – 61%.</p> <p>ЭКГ – Ритм синусовый, правильный. Синусовая тахикардия. Эл. Ось отклонена вправо. Р заострен, высокой амплитуды в отведениях II. III. AVF. V1 – V3/ Амплитуда RV1> 7ммм, RV1/SV1 > 1. Депрессия сегмента ST во II, III, AVF и правых грудных отведениях.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) III (тяжелой) степени тяжести (ОФВ1 45% должного), с выраженными симптомами (САТ 25 баллов, mMRC 3 балла), с частыми обострениями, смешанный фенотип, в фазе обострения. Компенсированное легочное сердце. ЛН II стадии. Сахарный диабет впервые выявленный.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: часть нозологий упущена, или неверно оценены степень тяжести или др. характеристика ХОБЛ, или не указана стадия легочного сердца. Не установлен диагноз сопутствующего сахарного диабета.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	<p>Длительный стаж интенсивного курения, кашель и нарастающая одышка в течение многих лет, частые обострения с развитием пневмий являются характерными клиническими проявлениями ХОБЛ.</p> <p>Диагностическими критериями ХОБЛ служат клинические и физикальные данные (эмфизематозная грудная клетка, коробочный оттенок перкуторного звука, ослабленное дыхание с сухими свистящими и жужжащими хрипами), рентгенологические признаки (повышенная прозрачность, деформация легочного рисунка), данные ФВД (снижения индекса Тиффно<70%; снижение ОФВ1 - подтверждают степень тяжести ХОБЛ). Наличие эмфиземы легких и признаков воспаления бронхов подтверждают смешанный тип</p>

		<p>болезни.</p> <p>Об обострении заболевания свидетельствуют кашель со слизисто-гнойной мокротой, лихорадка, лейкоцитоз, увеличение СОЭ.</p> <p>ЭКГ – признаки гипертрофии правых отделов сердца и перегрузки правого желудочка свидетельствуют о развитии легочного сердца без клинических признаков декомпенсации.</p> <p>Наличие ЛН II ст. подтверждается степенью одышки, наличием цианоза.</p> <p>Гипергликемия позволяет заподозрить сахарный диабет.</p>
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	<p>Диагноз обоснован неполностью:</p> <p>отсутствует подтверждение диагноза данными объективного или инструментального обследования.</p> <p>или</p> <p>подтверждение диагноза данными объективного или инструментального обследования дано неверно.</p>
P0	-	<p>Обоснование дано неверно.</p> <p>или</p> <p>Диагноз обоснован полностью неверно.</p>
B	3	Укажите объём дообследования, необходимый для уточнения диагноза
Э	-	Пациенту рекомендовано: Бронходилатационный тест с целью оеления обратимости бронообструкции; определение Pa O ₂ для уточнения стадии легочной недостаточности, поаторные исследования гликемии натощак и постпрандиально, определение гликированного Hb для уточнения степени хронической гипергликемии. Консультации врача-эндокринолога.
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	С какими заболеваниями требуется провести дифференциальную диагностику данного состояния
Э	-	Бронхиальная астма. Эмфизема легких. Первичная легочная гипертензия.
P2	-	Выбраны верные нозологии, выбор правильно обоснован.
P1	-	Выбраны не все (не хватает одного заболевания) необходимые нозологии или их выбор не обоснован.
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие заболевания, либо в схеме не хватает двух и более нозологических единиц.

В	5	При прогрессировании заболевания выросла лихорадка, появилась выраженная одышка при вдохе и выдохе, боли в нижних отделах грудной клетки справа. при клиническом осмотре - притупление перкуторного звука, ослабление везикулярного дыхания и голосового дрожания в нижних отделах правого лёгкого. Какое инструментальное исследование следует выполнить повторно и с какой целью ?
Э	-	Рентгенография или КТ органов грудной клетки. Повторить клинический анализ крови. Для исключения пневмонии или другой патологии
P2	-	Дальнейшая тактика ведения выбрана верно.
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно или необходимые мероприятия указаны не полностью.
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно или отсутствуют более 2 обязательных пунктов
Н	-	018
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Во время профосмотра у пациента С. 35 лет, электрогазосварщика были выявлены изменения в легких на флюэрограмме, после чего обратился к терапевту. Жалобы на беспричинный подъем температуры до до 37,5 °С, ломоту в суставах после физической нагрузки.</p> <p>Объективно: состояние больного удовлетворительное, кожные покровы бледные, на коже околоушных раковин и крыльев носа – пурпурная пятнистопапулезная сыпь. Плотные красновато-синюшные узелки на коже в области коленных суставов и голеней. Голеностопные суставы и межфаланговые суставы стоп гиперемированы, болезненны при пальпации. Дыхание везикулярное. Тоны сердца отчетливые. Пульс ритмичный, 82 удара в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения, тоны ясные, шумов нет.</p> <p>Лабораторные данные. Общий анализ крови: лейкоциты – $4,8 \times 10^9/\text{л}$, эозинофилы - 3% , палочкоядерные нейтрофилы - 3%; сегментоядерные нейтрофилы - 76%; лимфоциты - 15%; моноциты - 8%; СОЭ - 18 мм/час.</p> <p>Общий анализ мочи: норма.</p> <p>На обзорной рентгенограмме грудной клетки выявлено двустороннее увеличение бронхопульмональных лимфатических узлов.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Саркоидоз легких I стадии (синдром Лефгрена). Саркоидоз кожи.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: часть упущена или неверно оценены этиология плеврита или степень дыхательной недостаточности.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.

В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Двусторонняя лимфоаденопатия средостения без изменений легочной ткани характерна для рентгенологической картины сакоидоза легких I стадии. Диагноз подтверждается типичными для саркоидоза изменениями кожи (пурпурнофиолетовые высыпания на лице, узловатая эритема), а также лихорадкой, что весьма характерно для саркоидоза легких I стадии. Наличие лихорадки, двусторонней внутригрудной лимфоаденопатии, полиартралгии и узловатой эритемы описано как синдром Лефгрена.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: отсутствует обоснование характера или этиологии плеврита
P0	-	Обоснование двух и более критериев дано неверно. или Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	Пациенту рекомендовано: компьютерная томография высокого разрешения (КТВР), ФВД, биопсия участка кожи с узловатой эритемой.
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования. или Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.
P0	-	Не названы все три дополнительных метода обследования. или Обоснование назначения трех методов обследования дано неверно. или План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
В	4	Определите круг заболеваний для дифференциальной диагностики
Э	-	Пневмокониоз, туберкулез, лимфома и др. опухоли легких и средостения.
P2	-	Выбраны верные нозологии, выбор правильно обоснован.
P1	-	Выбраны не все (не хватает одного заболевания) необходимые нозологии или их выбор не обоснован.
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие заболевания, либо в схеме не хватает двух и более нозологических единиц.
В	5	Определите тактику ведения пациента
Э	-	Выжидательная тактика: наблюдение с рентгенологическим, а также функциональным контролем каждые 3–6 мес и консультацией специалистов соответственно локализации поражения. В период наблюдения – Вит.Е (200-400 мг/с), при болевом и суставном синдроме – НПВП.
P2	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или

		обоснована неверно или необходимые мероприятия указаны не полностью.
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно или отсутствуют более 2 обязательных пунктов
H	-	019
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Мужчина, 57 лет, курильщик (15 пачек/лет), страдает ХОБЛ средней степени тяжести, получает Спирива Респимат 5 мкг/сут, также у него несколько лет ИБС: атеросклеротический кардиосклероз, фибрилляция предсердий (ФП) постоянная форма, принимает бисопролол. Вечером после работы возник приступ кашля с мокротой светлого цвета, был эпизод кровохарканья, кашель переходил в одышку. Пациент стал принимать амброксол+атровент+беротек через небулайзер 2 раза в день. Самочувствие улучшилось, кровохарканье не возобновлялось. Через две недели эпизод кашля с кровохарканьем повторился, появилась боль в груди, почувствовал слабость, сердцебиение, головокружение вплоть до кратковременной потери сознания. Вызвал врача, был госпитализирован с обострением ХОБЛ и ухудшением течения ИБС: переход ФП в тахисистолическую форму.</p> <p>При осмотре: состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, небольшой цианоз. Пульс 120 в минуту, аритмичный, дефицит пульса 10 уд. в минуту. АД 100/60 мм рт. ст. I тон на верхушке не изменен, акцент II тона над легочной артерией. Выявляется эпигастральная пульсация. ЧСС 130 в минуту. Грудная клетка бочкообразной формы. Перкуторно коробочный звук. Голосовое дрожание не изменено. Аускультативно дыхание жесткое с удлиненным выдохом, единичные сухие жужжащие рассеянные хрипы. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Пастозность стоп и нижней трети голеней.</p> <p>На рентгенограмме грудной клетки выявлены дисковидные ателектазы.</p>
В	1	Сформулируйте представление о больном, с предварительным диагнозом, обоснуйте.
Э	-	<p>Предварительный диагноз: рецидивирующая умеренная двусторонняя (?) ТЭЛА.</p> <p>ХОБЛ средней степени тяжести, ДН II (анамнестически).</p> <p>ИБС: перманентная форма фибрилляции предсердий. Н ПА (NYHA III)</p> <p>Рецидивирующая – повторные эпизоды одышки, обмороки, признаки инфаркта легкого.</p> <p>Умеренная – боль в груди, тахикардия, снижение АД, резкая слабость, признаки инфаркта легкого, кашель, кровохарканье.</p>
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен, но не достаточно обоснован.
P0	-	Диагноз поставлен не верно и не обоснован.

В	2	Какие синдромы Вы можете выделить у данного больного для постановки предположенного Вами диагноза.
Э	-	<p><i>1. Легочно-плевральный синдром</i> Одышка. Боли в груди (чаще в нижних отделах). Кашель, иногда с мокротой. Кровохарканье.</p> <p><i>2. Кардиальный синдром</i> Боль и чувство дискомфорта за грудиной. Тахикардия. Гипотония вплоть до обморочного состояния. Акцент II тона на легочной артерии.</p> <p><i>3. Церебральный синдром</i> Головокружение. Потеря сознания.</p>
P2	-	Синдромы названы верно, расшифрованы.
P1	-	Синдромы названы не все, не верно или не расшифрованы.
P0	-	Не названы синдромы.
В	3	Назовите какие ЭКГ-признаки характерны для предположенного Вами диагноза
Э	-	<p>ЭКГ-признаки ТЭЛА:</p> <ul style="list-style-type: none"> • отклонение электрической оси сердца вправо; • зубец S в I стандартном отведении, зубец Q (<0,03 с) и отрицательный зубец T в III отведении (синдром Мак-Джина-Уайта или синдром SI-QIII); • блокада правой ветви пучка Гиса; • P-pulmonale (перегрузка правого предсердия); • смещение переходной зоны влево; • появление глубоких S в отведениях V5-6; • элевация сегмента ST в отведениях II, III, aVF и/или подъем ST в грудных отведениях V1-4 (в отличие от инфаркта миокарда для ТЭЛА не характерны реципрокные изменения); • инверсия зубца T в правых грудных отведениях (V1-3). <p>В 20% случаев ТЭЛА не вызывает изменений на ЭКГ.</p>
P2	-	Приведены 4 и более признаков, указано, что ТЭЛА может не вызывать никаких изменений на ЭКГ.
P1	-	Приведены 2 или 3 признака или не указано, что ТЭЛА может не вызывать никаких изменений на ЭКГ.
P0	-	Приведены менее 2 признаков и не указано, что ТЭЛА может не вызывать никаких изменений на ЭКГ.
В	4	Составьте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	Тест с D-димером, рентгенография органов грудной клетки в двух проекциях, перфузионная сцинтиграфия легких, ЭХОКГ, КТ легких в сосудистом режиме, ангиопульмонография (является «золотым стандартом» в диагностике ТЭЛА).
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен верно, но названы менее 3 методов дополнительного обследования из списка.
P0	-	Назван только верно только 1 дополнительный метод обследования. или

		План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
В	5	Назовите общие принципы фармакотерапии данного заболевания. Обоснуйте свой выбор.
Э	-	<p>1. Фибринолитическая терапия. Физическое растворение тромба, закрывающего просвет магистральных легочных артерий, приводит к предотвращению быстро прогрессирующего развития правожелудочковой недостаточности и уменьшению высвобождения серотонина и других нейругуморальных факторов, которые способствуют усилению легочной гипертензии. Хирургическая эмболэктомия является методом лечения больных с массивной ТЭЛА при неэффективности тромболитической терапии и наличии противопоказаний. Также возможно проведение чрескожной эмболэктомии, катетерной фрагментации и тромбэктомии.</p> <p>2. Антикоагулянтная терапия (прямые и непрямые антикоагулянты).</p> <p>3. Обезболивание (ненаркотические анальгетики применяют при инфаркт-пневмонии, когда боль в грудной клетке связана с дыханием, кашлем, положением тела; нейролептаналгезия (дропередол+фентанил) – устраняет страх, боль и катехоламинемия, в связи с чем уменьшается потребность в кислороде, реологические расстройства и электрическая нестабильность сердца.</p> <p>3. Коррекция гипоксии – оксигенотерапия.</p> <p>4. Для уменьшения спазма артериол и бронхиол: Сальбутамол 2,5 мг или атровент 1 мл+беротек 2 мл через небулайзер в течение 5-10 мин. При неудовлетворенном эффекте через 20 мин ингаляцию повторить.</p> <p>5. Эуфиллин 2,4% – 5 мл в/в медленно. Снижает общее периферическое сосудистое сопротивление и давление в малом круге кровообращения, повышает чувствительность дыхательного центра к стимулирующему влиянию углекислого газа.</p>
P2	-	Выбраны верные группы препаратов, выбор правильно обоснован.
P1	-	<p>Выбраны правильные группы препаратов, однако выбор не обоснован.</p> <p>или</p> <p>Выбраны только 2 группа препаратов, обоснование выбора данных групп верное.</p> <p>или</p> <p>Выбраны верные группы препаратов, но выбор не правильно обоснован.</p>
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие группы лекарственных препаратов.
Н	-	020
		<p>Больной К. 40 лет госпитализирован в отделение пульмонологии с жалобами на кашель с зеленой мокротой, смешанную одышку при движении, повышение температуры до 38,2 °С, общую слабость.</p> <p>В анамнезе – переохлаждение около 10 дней назад. 10 дней назад</p>

		<p>появились слабость, субфебрилитет, сухой кашель. Принимал амброксол. Около 4 дней температура внезапно стала выше 38⁰С, при кашле стала отделяться густая зеленая мокрота, присоединилась смешанная одышка при движении, усилилась слабость.</p> <p>Объективно: Состояние средней тяжести. Положение активное. Бледность кожных покровов. Небольшое отставание правой половины грудной клетки при дыхании. При перкуссии притупление перкуторного звука в нижней доле справа. При аускультации: ослабленное дыхание в нижней доле справа, в той области выслушивается крепитация. ЧДД 22 в минуту. SpO₂ 91%. Тоны сердца приглушенные, ритмичные с ЧСС 88 в минуту. АД 130/80 мм.рт.ст.</p> <p>Рентгенологическое исследование органов грудной клетки</p>  <p>В ОАК: Нб 130 г/л, Le 12,4*10⁹/л, СОЭ 34 мм/ч.</p>
В	1	Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Внебольничная правосторонняя нижнедолевая очаговая пневмония средней степени тяжести. ДН 1 ст.
Р2	-	Диагноз поставлен верно.
Р1	-	Диагноз поставлен не полностью: часть диагноза написано неточно или упущено.
Р0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	<p>Симптоматика внебольничной очаговой пневмонии характеризуется интоксикационным синдромом, продуктивным кашлем, одышкой.</p> <p>Диагностическими критериями внебольничной очаговой пневмонии служат характерная клиника, физикальные данные (притупление перкуторного звука, ослабление дыхания, крепитация и/или влажные хрипы), рентгенологические признаки (наличие «свежих» очагово-инфильтративных изменений на рентенограмме органов грудной клетки), воспалительных изменений в ОАК.</p>
Р2	-	Диагноз обоснован верно.
Р1	-	Диагноз обоснован неполностью: отсутствует подтверждение диагноза данными объективного или

		инструментального обследования. или подтверждение диагноза данными объективного или инструментального обследования дано неверно.
P0	-	Обоснование дано неверно. или Диагноз обоснован полностью неверно.
B	3	Укажите объём дообследования, необходимый для уточнения диагноза.
Э	-	Пациенту рекомендовано: ОАК, посев мокроты и определение чувствительности к антибиотикам, исследование мокроты на МБТ, в т.ч. методом ПЦР, рентгенография-томография органов грудной клетки; по показаниям: консультация фтизиатра, р. Манту, Диаскин-тест, компьютерная томография грудной клетки, ФБС, консультации врача-онколога.
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования. или Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.
P0	-	Не названы три и более дополнительных метода обследования. или Обоснование назначения трех и более методов обследования дано неверно. или План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
B	4	С какими заболеваниями в данном случае требуется провести дифференциальную диагностику данного состояния
Э	-	Инфильтративный туберкулез легких; Злокачественное новообразование; ТЭЛА и инфаркт легкого.
P2	-	Выбраны верные нозологии, выбор правильно обоснован.
P1	-	Выбраны не все (не хватает одного заболевания) необходимые нозологии или их выбор не обоснован.
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие заболевания, либо в схеме не хватает двух и более нозологических единиц.
B	5	При прогрессировании заболевания сохранялась лихорадка, усилилась одышка, появилась тяжесть в грудной клетке справа. При осмотре: Состояние средней тяжести. Правая половина грудной клетки значительно отстаёт при дыхании. Тупой перкуторный звук над нижними 2/3 правого легкого. Дыхание в нижних отделах справа не проводится, над средней долей справа – патологическое бронхиальное. Сохраняется крепитация в нижней доле слева. ЧДД 26 в минуту. SpO ₂ 88%. ЧСС 120 в минуту. АД 110/70 мм.рт.ст.

		Какие инструментальные исследование следует выполнить и с какой целью
Э	-	Рентгенография или КТ органов грудной клетки, УЗИ плевральных полости, плевральная пункция. Для подтверждения появления правостороннего экссудативного плеврита
P2	-	Дальнейшая тактика ведения выбрана верно.
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно или необходимые мероприятия указаны не полностью.
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно или отсутствуют более 2 обязательных пунктов
Н	-	021
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Больной Н. 28 лет госпитализирован в стационар с жалобами на кашель со светлой мокротой, умеренное кровохарканье, смешанную одышку при движении, повышение температуры до 38,2 °С, боль в грудной клетке слева при дыхании, общую слабость.</p> <p>В анамнезе – заболел остро 4 дня назад. От гриппа в данном сезоне не прививался. Заразился от 7-летней дочери, которой выставлен диагноз «ОРВИ». С первого дня лихорадка до 39,5°С, резкая слабость, жар, ознобы, ломота в теле, головная боль. Принимал «анвимакс», парацетамол. Последний день появились малопродуктивный кашель, кровохарканье, смешанная одышка при ходьбе, боль в грудной клетке слева, усилилась слабость.</p> <p>Объективно: Состояние средней тяжести. Положение активное. Гиперемия лица. Профузный пот. Небольшое отставание левой половины грудной клетки при дыхании. При перкуссии небольшое притупление перкуторного звука в нижней доле слева. При аускультации: ослабленное дыхание в нижней доле справа, в той области выслушивается крепитация, немного сухих хрипов с обеих сторон. ЧДД 24 в минуту. SpO₂ 93%. Тоны сердца ясные, ритмичные с ЧСС 100 в минуту. АД 120/80 мм.рт.ст.</p> <p>Рентгенологическое исследование органов грудной клетки – негетерогенная крупнофокусная инфильтрация легочной ткани в С₉ слева.</p> <p>НЬ 130 г/л, Le 4,1*10⁹/л, СОЭ 35 мм/ч.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Внебольничная левосторонняя нижнедолевая вирусно-бактериальная очаговая пневмония средней степени тяжести. ДН I ст.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: часть диагноза написано неточно или упущено.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.

В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Симптоматика вирусно-бактериальной очаговой пневмонии характеризуется выраженным интоксикационным синдромом, продуктивным кашлем, кровохарканьем, одышкой, болью в грудной клетке. Диагностическими критериями вирусной очаговой пневмонии служат характерный анамнез (заразился от дочери) клиника (пиретическая лихорадка с ознобом, жаром, головной болью, с последующим присоединением кашля, кровохарканья и одышки), физикальные данные (притупление перкуторного звука, ослабление дыхания, крепитация), рентгенологические признаки (наличие «свежих» негетерогенных инфильтративных изменений на рентенограмме органов грудной клетки), изменений в ОАК.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: отсутствует подтверждение диагноза данными объективного или инструментального обследования. или подтверждение диагноза данными объективного или инструментального обследования дано неверно.
P0	-	Обоснование дано неверно. или Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Укажите объем дообследования, необходимый для уточнения диагноза.
Э	-	Пациенту рекомендовано: ОАК, мазок из ротоглотки на грипп, посев мокроты и определение чувствительности к антибиотикам, исследование мокроты на МБТ, в т.ч. методом ПЦР, рентгенография-томография органов грудной клетки; по показаниям: консультация фтизиатра, р. Манту, Диаскин-тест, компьютерная томография грудной клетки, ФБС, консультации врача-онколога.
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен верно, однако ее названы один или два дополнительных метода обследования из списка
P0	-	Не названы три и более дополнительных метода обследования. или План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
В	4	Лекарственные препараты каких групп следует назначить пациенту
Э	-	Основные группы: 1) Противовирусные препараты; 2) Антибактериальные препараты; Симптоматическая терапия: 1) Антипиретики; 2) Инфузионная детоксикационная терапия; 3) Кислородная терапия;

		4) Отхаркивающие.
P2	-	Выбраны верные группы ЛС.
P1	-	Выбраны не все необходимые препараты для лечения заболевания с учетом того, что основные группы названы.
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие препараты, названа только 1 из основных групп препаратов.
B	5	Назовите наиболее эффективные средства вторичной профилактики внебольничной пневмонии (ВП). Как они назначаются
Э	-	<p>Наиболее эффективными средствами вторичной профилактики ВП в настоящее время являются пневмококковые и гриппозные вакцины. С целью специфической профилактики инвазивных пневмококковых инфекций, в том числе пневмококковой ВП с бактериемией у взрослых используется 23-валентная неконъюгированная вакцина, и 13-валентная пневмококковая конъюгированная вакцина</p> <p>Пациенты >65 лет и иммунокомпрометированные пациенты старше 50 лет должны быть первоначально вакцинированы однократно конъюгированной, а затем (не ранее чем через 8 недель) полисахаридной пневмококковой вакциной</p> <p>Пациентам >65 лет и иммунокомпрометированным пациентам, получавшим ранее конъюгированную вакцину, рекомендуется ревакцинация полисахаридной пневмококковой вакциной каждые 5 лет.</p> <p>Вакцинация гриппозной вакциной проводится ежегодно, оптимальное время для проведения вакцинации октябрь-первая половина ноября. Введение гриппозной вакцины рекомендуется всем пациентам с высоким риском осложненного течения гриппа</p> <p>Предпочтение у взрослых следует отдавать инактивированным вакцинам.</p>
P2	-	Выбраны верные мероприятия
P1	-	Мероприятия выбраны верно, но описаны неполностью – отсутствует 1 из перечня средств вторичной профилактики ВП
P0	-	Отсутствуют 2 мероприятия из перечня средств вторичной профилактики ВП Или Мероприятия выбраны неверно
H	-	022
I	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Женщина 26 лет обратилась к пульмонологу с жалобами на учатившиеся в течение последнего месяца приступы удушья, которые сопровождаются слышимыми на расстоянии хрипами,

		<p>кашлем с выделением вязкой мокроты в небольшом количестве, после чего наступает облегчение. Подобные состояния беспокоят около года, не обследовалась. Ухудшение состояния связывает с переходом на новую работу в архив, которая связана с контактом с пыльными документами. В течение последнего месяца симптомы возникают ежедневно, ночью 3 раза в неделю, нарушают активность и сон. Курит по 1-2 сигареты в день в течение 5 лет. В анамнезе: аллергический ринит в течение 7 лет, аллергия на цитрусовые, шоколад в виде крапивницы, лечилась антигистаминными препаратами. У матери больной – экзема, у бабушки по отцовской линии - поллиноз.</p> <p>Объективно: общее состояние удовлетворительное. Нормостенической конституции. Кожные покровы бледно-розового цвета, высыпаний нет. Носовое дыхание затруднено. Периферические отёки отсутствуют. Грудная клетка правильной формы. Перкуторно – ясный легочный звук. При аускультации: над лёгкими дыхание жёсткое, выслушиваются рассеянные сухие свистящие хрипы на выдохе. ЧДД - 20 в минуту. SpO₂ – 98%. Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС – 80 ударов в минуту. АД – 110/70 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный.</p> <p>Общий анализ крови: гемоглобин - 120 г/л, эритроциты - $4,5 \times 10^{12}$/л, лейкоциты - $4,8 \times 10^9$/л, сегментоядерные нейтрофилы - 69%, эозинофилы - 8%, лимфоциты - 21%, моноциты - 2%, СОЭ - 7 мм/ч. Анализ мокроты общий: слизистая, лейкоциты - 7-9 в поле зрения, плоский эпителий - 7-10 в поле зрения, эозинофилы – 3-6 в поле зрения, кристаллы Шарко-Лейдена.</p> <p>Рентгенограмма лёгких: очаговых и инфильтративных теней в лёгких не определяется. Сердце, аорта без особенностей.</p> <p>Спирометрия: Исходные данные: ЖЕЛ – 82% от должного (3,1 л), ОФВ₁ – 62% от должного (1,8 л), ФЖЕЛ – 75% от должного (2,8 л). Через 15 минут после ингаляции 400 мкг Сальбутамола: ОФВ₁ – 76% от должного (2,2 л).</p>
В	1	1. Сформулируйте клинический диагноз. Обоснуйте степень тяжести заболевания.
Э	-	1. Бронхиальная астма, аллергическая, персистирующая, средней степени тяжести, неконтролируемая, впервые выявленная, в фазе обострения. ДНО. Аллергический ринит. Степень тяжести бронхиальной астмы (персистирующая средней тяжести) выставляется на основании количества дневных приступов (в данном случае ежедневно), ночных симптомов (чаще 1 раза в неделю), нарушения физической активности при обострении, ОФВ ₁ 60-80% должного.
P2	-	Диагноз поставлен верно. Степень тяжесть заболевания обоснована верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью (не указан 1 или 2 компонента: фенотип бронхиальной астмы, степень тяжести, уровень контроля, наличие обострения; сопутствующее заболевание) или Степень тяжести обоснована неполностью: не учтено количество дневных или ночных симптомов, или не учтены данные ФВД
P0	-	Диагноз поставлен неверно. Обоснование степени тяжести дано

		неверно.
В	2	Оцените результаты пробы с бронходилататором.
Э	-	Спирометрия с использованием ингаляционного бронхолитика быстрого действия проводится для оценки обратимости бронхиальной обструкции. Бронходилатационный тест считается положительным при приросте ОФВ ₁ не менее 12% и 200 мл от исходного. У данной пациентки прирост ОФВ ₁ составил $(2,2-1,8)/1,8 \times 100\% = 22,2\%$ и 400 мл. Обструкция является обратимой.
P2	-	Результаты пробы с бронходилататором оценены правильно
P1	-	Правильно названы критерии положительного бронходилатационного теста, но оценка результатов пробы у больной дана неверно (неправильно рассчитан прирост ОФВ ₁) или критерии положительного бронходилатационного теста названы неполностью.
P0	-	Результаты пробы с бронходилататором оценены полностью неверно.
В	3	Составьте план дополнительного обследования для уточнения диагноза
Э	-	Оценка аллергологического статуса (определение уровня общего IgE в сыворотке крови, аллерген-специфических IgE, прик-тесты в фазе ремиссии), определение FeNO, мониторинг ПСВ; консультация оториноларинголога
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен верно, но не названы один или два дополнительных метода обследования из списка.
P0	-	Не названы три и более дополнительных метода обследования или План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
В	4	Составьте план ведения пациента
Э	-	Обучение пациента. Отказ от курения. Элиминация триггеров. Противогриппозная вакцинация. Медикаментозное лечение должно соответствовать 3 ступени. Для контроля бронхиальной астмы: низкие дозы ингаляционных глюкокортикостероидов + β ₂ агонист длительного действия (например, симбикорт 160/4,5 мкг 2 раза в сутки; фостер 100/6 мкг 2 раза в сутки или др.). Для быстрого купирования симптомов используются ингаляционные бронходилататоры короткого действия: Сальбутамол, Фенотерол или комбинированный препарат Беродуал (Фенотерол + Ипратропия бромид) по потребности. При аллергической бронхиальной астме возможно использование аллерген-специфической иммунотерапии.
P2	-	План ведения пациента составлен верно и правильно обоснован.
P1	-	План ведения пациента составлен неполностью или не обоснован.
P0	-	Ответ неверный (медикаментозная терапия назначена неправильно)
В	5	Назовите основные нежелательные эффекты ингаляционных глюкокортикоидов и меры профилактики?
Э	-	Местные нежелательные эффекты ингаляционных кортикостероидов: орофарингеальный кандидоз, дисфония, кашель из-за раздражения

		верхних дыхательных путей. Профилактика: применение ингаляторов со спейсерами, промывание полости рта и горла водой с последующим сплёвыванием после ингаляции. Системные побочные эффекты зависят от дозы: угнетение коры надпочечников, снижение минеральной плотности костной ткани, повышение риска переломов, повышение риска туберкулеза, пневмонии, инфекций нижних дыхательных путей, нарушение углеводного обмена, прибавка веса, катаракта, склонность к синякам.
P2	-	Ответ полный и верный.
P1	-	Ответ неполный (указаны не все нежелательные эффекты, не названы меры профилактики).
P0	-	Ответ неверный (нежелательные эффекты ингаляционных глюкокортикоидов не названы).
H	-	023
I	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Больная 46 лет доставлена в клинику «скорой помощью». Предъявляет жалобы на резкую одышку смешанного типа вплоть до удушья, чувство нехватки воздуха, сильный кашель с трудноотделяемой слизистой вязкой мокротой в незначительном количестве, резкую общую слабость. Страдает ежедневными повторными приступами удушья, приступообразного кашля, ощущения стеснения в груди в течение 4 лет. Многократно лечилась в стационаре по поводу обострений бронхиальной астмы, неоднократно применялись короткие курсы системной кортикостероидной терапии. Ингаляционными глюкокортикоидными не пользуется, применяет ингаляции Беротека, таблетки Теофиллина. При ухудшении самостоятельно вводит дексаметазон 4-8 мг внутримышечно. Аллергологический анамнез – без особенностей. Неделю назад переболела острой респираторной вирусной инфекцией. К врачу не обращалась, лечилась домашними средствами. На этом фоне приступы удушья стали повторяться по 5–6 раз в день. В течение последних суток одышка не исчезает. Ингаляции Беротека уменьшали одышку на короткое время, в связи с чем больная пользовалась препаратом до 20 раз в день. Объективно: состояние тяжёлое. Больная возбуждена, беспокойна. Положение вынужденное, с фиксированным плечевым поясом. Кожные покровы влажные, небольшой цианоз. В дыхании участвует вспомогательная мускулатура. Шейные мышцы напряжены. Грудная клетка находится в положении глубокого вдоха, надключичные пространства выбухают. Голосовое дрожание ослаблено с обеих сторон. Перкуторный звук коробочный. Границы легких опущены. Дыхание ослаблено, выслушивается небольшое количество рассеянных сухих свистящих хрипов. SpO2 – 90%. ЧДД – 26 в минуту. Тоны сердца приглушены. Пульс – 116 ударов в минуту, ритмичный. Артериальное давление (АД) – 160/100 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный.</p>
V	1	Поставьте наиболее вероятный предварительный диагноз.

Э	-	Бронхиальная астма, неаллергическая, тяжелое персистирующее неконтролируемое течение, в фазе тяжелого обострения. Астматический статус 1 ст.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: установлен диагноз бронхиальной астмы и определен астматический статус, но не указан 1 или 2 компонента диагноза (фенотип бронхиальной астмы, степень тяжести, уровень контроля, наличие и тяжесть обострения)
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
B	2	Обоснуйте диагноз. Чем объяснить ухудшение состояния больного?
Э	-	Диагноз «бронхиальная астма, неаллергическая, тяжёлое персистирующее неконтролируемое течение» выставляется на основании жалоб на частые ежедневные приступы удушья, сильный приступообразный кашель, чувство стеснения в груди; данных анамнеза (эффект от лечения ГКС и бронхолитиками, частые обострения бронхиальной, требующие госпитализации в стационар, при этом отсутствие аллергологического анамнеза). У больного развилось тяжёлое осложнение БА – астматический статус I ст. (затянувшийся приступ БА, не купирующийся бронхолитиками, вынужденное положение, участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания, тахипноэ, тахикардия, снижение сатурации крови кислородом, ослабленное дыхание, свистящие хрипы). Ухудшение состояния больного связано, скорее всего, с перенесенной ОРВИ и отсутствием базисной терапии.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
B	3	Какое лечение следует назначить данному больному?
Э	-	Направить в отделение интенсивной терапии. Оксигенотерапия: ингаляции увлажненного кислорода – 4 л/мин (возможно использование гелий-кислородной смеси). Ингаляционные бронхолитики короткого действия (сальбутамол, беродуал), через небулайзер: сальбутамол по 2,5 мг каждые 20 минут в течение часа, потом – ингаляции 1 раз в час до стабилизации состояния, затем ингаляции каждые 4 – 5 ч. Пульмикорт суспензия 2 мг через небулайзер 4 раза в день. Внутривенные кортикостероиды (Преднизолон 90-120 мг или Дексаметазон 8-16 мг; средняя суточная доза в/в ГКС в пересчёте на Преднизолон до 300-600 мг). Инфузионная терапия (растворы глюкозы, плазмозамещающие растворы). Аминофиллин внутривенно медленно. Магния сульфат 2 г внутривенно в течение 20 мин. Возможно применение неинвазивной вентиляции легких. При неэффективности проводимой терапии и ухудшении состояния возможна искусственная вентиляция легких (при 2-3 ст. астматического статуса).
P2	-	План лечения составлен полностью верно.
P1	-	План лечения составлен верно, однако нет уточнения дозы лекарственных препаратов. или Не назван один лекарственный препарат из списка или доза одного

		лекарственного препарата указана не верно.
P0	-	Не названы все лекарственные препараты. или назначение двух и более лекарственных препаратов неверно. или План лечения составлен полностью неверно.
B	4	С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
Э	-	Хроническая обструктивная болезнь легких, бронхиолит, сердечная астма, ТЭЛА.
P2	-	Выбран верный список заболеваний
P1	-	Список заболеваний неполный (отсутствуют 1 или 2 заболевания)
P0	-	Ответ неверный
B	5	Какие ошибки допущены ранее при ведении больной? Какую базисную терапию следует назначить больной?
Э	-	За последние годы больная получала неправильную терапию: вообще не получала препарата из основной группы базисной терапии – ингаляционные ГКС (фиксированные комбинации ингаляционных ГКС и ДДБА). Лечение больной должно соответствовать 4-5 ступени: необходимо назначить высокие дозы ингаляционных ГКС + бронхолитики длительного действия (β_2 -агонисты), лучше фиксированные препараты (Симбикорт 160/4,5 мкг по 2 вдоха 2 раза в день или Серетид Мультидиск 500/50 мкг по 1 вдоху 2 раза в день). Учитывая тяжесть БА, к лечению добавить М-холинолитик длительного действия Тиотропия бромид (Спирива Респимат) 2,5 мкг – 2 вдоха 1 раз в сутки утром. Короткодействующие бронхолитики (Сальбутамол, Беродуал) назначаются по потребности. При сохраняющейся одышке возможно добавить теofilлины (Теопек или Теотард). В дальнейшем возможен пересмотр базисной терапии с учётом принципа ступенчатой терапии и состояния больного.
P2	-	Указаны и обоснованы ошибки ведения больной. Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснованы ошибки предшествующей терапии или обоснованы неверно.
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
H	-	024
I	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Мужчина 63 лет обратился к пульмонологу с появившимися после переохлаждения жалобами на кашель с небольшим количеством трудно отделяемой слизисто-гноной мокроты, одышку при ходьбе на расстояние 100 м. Кашель с мокротой отмечает много лет, внимания на обращал, связывал с курением. Одышка при физической нагрузке беспокоит последние 5 лет, усиление одышки – в течение полугода. В течение последних 2 лет отмечает частые простудные заболевания,

		<p>преимущественно в холодную сырую погоду, сопровождающиеся усилением кашля и одышки (3-4 раза в год). Лечится домашними средствами. За медицинской помощью не обращался. Пациент курит 40 лет по 1 пачке в день. Работает прорабом на стройке.</p> <p>По модифицированному опроснику британского медицинского исследовательского совета для оценки тяжести одышки (mMRS) – 3 балла. По оценочному тесту САТ – 20 баллов.</p> <p>При осмотре: состояние средней тяжести. Лицо одутловатое, отмечается цианоз, набухание шейных вен на выдохе. Грудная клетка бочкообразной формы. В дыхании участвует вспомогательная мускулатура. Над лёгочными полями перкуторный звук с коробочным оттенком. Дыхание равномерно ослаблено, с обеих сторон выслушиваются сухие свистящие хрипы. ЧДД - 24 в мин. SpO2 – 89%. Тоны сердца на верхушке приглушены, на лёгочной артерии – акцент 2 тона, ритм правильный, ЧСС - 90 ударов в минуту. АД - 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не пальпируются.</p> <p>Анализ крови: гемоглобин - 170 г/л, эритроциты – $6,1 \times 10^{12}/л$, лейкоциты - $8,1 \times 10^9/л$, нейтрофилы - 70%, эозинофилы - 1%, моноциты – 2%, лимфоциты - 27%, СОЭ - 5 мм/ч.</p> <p>Рентгенограмма органов грудной клетки: лёгочные поля повышенной прозрачности, лёгочный рисунок усилен, деформирован, сосудистый рисунок усилен в центре и обеднён на периферии, корни лёгких расширены, выбухание ствола лёгочной артерии. Очаговых и инфильтративных изменений не выявлено.</p> <p>ЭКГ: признаки гипертрофии правых отделов сердца.</p> <p>Данные спирометрии (после бронходилатации): ЖЕЛ – 80% от должного, ФЖЕЛ – 62% от должного, ОФВ₁ – 38% от должного; модифицированный индекс Тиффно – 65%.</p>
В	1	Сформулируйте клинический диагноз. Обоснуйте степень тяжести.
Э	-	<p>Хроническая обструктивная болезнь лёгких, III (тяжёлой) степени тяжести (ОФВ₁ 38% от должного), с выраженными симптомами (mMRC 3 балла, САТ 20 баллов), с частыми обострениями, смешанный фенотип, фаза стабильного течения. Хроническое лёгочное сердце, компенсация. ДН II.</p> <p>Степень тяжести ХОБЛ устанавливается на основании постбронходилатационного ОФВ₁. У больного ОФВ₁ 30 - 49% от должного, что соответствует III (тяжелой) степени тяжести.</p>
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: часть упущена или неверно оценены степень тяжести.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Составьте план дополнительного обследования?
Э	-	Компьютерная томография, ЭХО-КС, тест 6-минутной ходьбы, газовый состав крови, цитологическое и микробиологическое исследование мокроты.
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен неполностью: Не названы один или два метода обследования.

P0	-	План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
B	3	С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
Э	-	Необходимо дифференцировать ХОБЛ от ряда заболеваний со сходной симптоматикой: бронхиальная астма, хронический бронхит, облитерирующий бронхиолит, инфекции нижних дыхательных путей (включая туберкулез), рак легкого, интерстициальные заболевания легких, заболевания сердечно-сосудистой системы (сердечная недостаточность).
P2	-	Выбраны верные нозологии, выбор правильно обоснован.
P1	-	Выбраны не все необходимые нозологии (не хватает одного заболевания) или их выбор не обоснован.
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие заболевания, либо в схеме не хватает двух и более нозологических единиц.
B	4	Какую немедикаментозную терапию надо назначить больному?
Э	-	Отказ от курения. Обучение технике использования ингалятора. Гриппозная и пневмококковая вакцинация. Легочная реабилитация, включая дозированные физические нагрузки (ходьба ежедневно), тренировку дыхательной мускулатуры. Длительная кислородотерапия.
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ неполный: не назван один или два метода немедикаментозной терапии
P0	-	Ответ полностью неверный.
B	5	Назначьте и обоснуйте медикаментозную терапию по поводу основного заболевания? Показана ли больному комбинация ингаляционных ГКС и ДДБА?
Э	-	В качестве регулярной терапии больному показаны длительно действующие бронходилататоры. С учетом выраженных симптомов (mMRC 3 балла, САТ 20 баллов) следует назначить двойную бронходилатационную терапию, включающую пролонгированные М-холиноблокаторы + β2-адреномиметики (например, Спиолто Респимат, Аноро Эллипта, Ультибро, Дуаклир). По потребности (при одышке и кашле) назначаются короткодействующие бронхолитики (Сальбутамол, Беродуал). Комбинация ингаляционных ГКС и ДДБА данному больному не показана (нет сочетания с бронхиальной астмой, нет эозинофилии крови).
P2	-	Медикаментозная терапия назначена верно и обоснована.
P1	-	Медикаментозная терапия выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно, или необходимые мероприятия указаны не полностью.
P0	-	Медикаментозная терапия данного пациента выбрана полностью неверно.
H	-	025
I	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У	-	<p>Женщина 60 лет обратилась к врачу с жалобами на одышку с преимущественно затрудненным вдохом, сильный сухой приступообразный кашель, общую слабость, похудание. Считает себя больной в течение года, когда впервые почувствовала одышку при ходьбе на расстояние свыше 500 м и сухой периодический кашель. Никогда не курила. Работа не была связана с профессиональными вредностями. Самочувствие постепенно ухудшалось. Одышка стала беспокоить при ходьбе на расстояние до 50 м, при подъеме на 1 лестничный пролет. К врачу раньше не обращалась. В связи с нарастанием одышки вызвала «скорую помощь», доставлена в клинику с диагнозом «Пневмония».</p> <p>При осмотре общее состояние средней тяжести. Пониженного питания. ИМТ 18 кг/м². Температура тела 37,1⁰С. Кожные покровы чистые, отмечается цианоз губ и акроцианоз. При осмотре кистей рук – изменения по типу «барабанных палочек» и «часовых стекол». SpO₂ 80%. ЧДД 25 в мин. Грудная клетка правильной формы, в дыхании участвует вспомогательная мускулатура. Перкуторный звук с коробочным оттенком в нижнебоковых областях грудной клетки. При аускультации усиленное везикулярное дыхание, в подлопаточных и подмышечных областях выслушивается звучная крепитация на высоте вдоха. На верхушке тоны сердца приглушены, акцент 2 тона во втором межреберье слева. ЧСС 92 в мин. АД 140/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Пальпируется край печени на 2 см ниже реберной дуги.</p> <p>Общий анализ крови: гемоглобин 150 г/л, эритроциты 5,7x10¹²/л, лейкоциты 6,2x10⁹/л, палочкоядерные 1%, сегментоядерные 70%, лимфоциты 28%, моноциты 1%, СОЭ 14 мм/ч.</p> <p>Рентгенография грудной клетки: определяется ячеистая деформация легочного рисунка. Корни легких с нечеткими контурами.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Интерстициальная болезнь легких (идиопатический легочный фиброз) в стадии прогрессирования. ДН 2 ст.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: часть позиций упущена.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	<p>Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования больного для верификации диагноза?</p> <p>Является ли обязательным гистологическое подтверждение диагноза?</p>
Э	-	<p>Визуализирующая диагностика: Компьютерная томография высокого разрешения (выявление паттерна «обычной интерстициальной пневмонии»). Функциональная диагностика для оценки вентиляционных нарушений, прогнозирования и мониторинга течения: спирометрия, бодиплетизмография (определение легочных объемов и диффузионной способности легких). Морфологическая диагностика (хирургическая биопсия легких) не является обязательной. Биопсия легких не следует проводить при тяжелых функциональных нарушениях, серьезных сопутствующих заболеваниях, у пациентов старше 65 лет или с DLco≤45%.</p>

P2	-	План дополнительного обследования составлен верно и обоснован.
P1	-	План дополнительного обследования составлен неполностью или не обоснован.
P0	-	План дополнительного обследования составлен неверно.
B	3	С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
Э	-	Хроническая обструктивная болезнь легких, двусторонняя пневмония, сердечная недостаточность, экзогенный аллергический альвеолит.
P2	-	Назван верный круг нозологических форм для дифференциальной диагностики.
P1	-	Круг заболеваний для дифференциальной диагностики неполный: не названо одно или два заболевания.
P0	-	Не названы три и более заболеваний или Список заболеваний полностью неверный.
B	4	Какие лекарственные средства являются приоритетными в лечении данного заболевания?
Э	-	Препараты, тормозящие патологическую пролиферацию фибробластов: 1. Пирфенидон (уменьшение пролиферации фибробластов и синтеза коллагена); 2. Нинтеданиб (ингибитор тирозинкиназ).
P2	-	Выбраны верные группы препаратов. Выбор правильно обоснован.
P1	-	Выбраны правильные препараты, однако выбор не обоснован. или Выбран только один препарат, обоснование выбора данного препарата верное.
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие группы лекарственных препаратов, кроме антифибротических.
B	5	Какая немедикаментозная и дополнительная медикаментозная терапия используется при лечении данного заболевания?
Э	-	Длительная кислородотерапия для коррекции гипоксии, легочная реабилитация, трансплантация легких. Терапия ГЭРБ (блокаторы протонной помпы). Терапия легочной гипертензии.
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ неполный (отсутствует 1-2 позиции).
P0	-	Ответ полностью неверный.

Критерии оценивания результатов обучения

Результаты обучения	Оценки сформированности компетенций			
	неудовлетворительно	удовлетворительно	хорошо	отлично
Полнота знаний	Уровень знаний ниже минимальных требований. Имели место грубые ошибки	Минимально допустимый уровень знаний. Допущено много негрубых ошибок	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки. Допущено несколько негрубых ошибок	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки, без ошибок
Наличие умений	При решении стандартных задач не продемонстрированы основные умения. Имели место грубые ошибки	Продемонстрированы основные умения. Решены типовые задачи с негрубыми ошибками. Выполнены все задания, но не в полном объеме.	Продемонстрированы все основные умения. Решены все основные задачи с негрубыми ошибками. Выполнены все задания, в полном объеме, но некоторые с недочетами	Продемонстрированы все основные умения, решены все основные задачи с отдельными несущественными недочетами, выполнены все задания в полном объеме
Наличие навыков (владение опытом)	При решении стандартных задач не продемонстрированы базовые навыки. Имели место грубые ошибки	Имеется минимальный набор навыков для решения стандартных задач с некоторыми недочетами	Продемонстрированы базовые навыки при решении стандартных задач с некоторыми недочетами	Продемонстрированы навыки при решении нестандартных задач без ошибок и недочетов
Характеристика сформированности компетенции*	Компетенция в полной мере не сформирована. Имеющихся знаний, умений, навыков недостаточно для решения профессиональных задач. Требуется повторное обучение	Сформированность компетенции соответствует минимальным требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков в целом достаточно для решения профессиональных задач, но требуется дополнительная практика по большинству практических задач	Сформированность компетенции в целом соответствует требованиям, но есть недочеты. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в целом достаточно для решения профессиональных задач, но требуется дополнительная практика по некоторым профессиональным	Сформированность компетенции полностью соответствует требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в полной мере достаточно для решения сложных профессиональных задач

Результаты обучения	Оценки сформированности компетенций			
	неудовлетворительно	удовлетворительно	хорошо	отлично
			ым задачам	
Уровень сформированности компетенций*	Низкий	Ниже среднего	Средний	Высокий

Критерии и шкала оценивания знаний обучающихся

Код компетенции	Оценка 5 «отлично»	Оценка 4 «хорошо»	Оценка 3 «удовлетворительно»	Оценка 2 «неудовлетворительно»
УК-1, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-7, 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 несущественные 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