

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

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

**ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ (КЛИНИЧЕСКАЯ) ПРАКТИКА 2 ОБУЧАЮЩИЙ
СИМУЛЯЦИОННЫЙ КУРС (СПЕЦИАЛЬНЫЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ
УМЕНИЯ И НАВЫКИ)**

Специальность 31.08.65 Торакальная хирургия
код, наименование

Кафедра: фтизиатрии им. И.С. Николаева

Форма обучения: очная

Нижний Новгород
2021

1. Фонд оценочных средств для текущего контроля успеваемости, промежуточной аттестации обучающихся по практике

Настоящий Фонд оценочных средств (ФОС) по практике «Производственная (клиническая) практика 2 Обучающий симуляционный курс (специальные профессиональные умения и навыки)» является неотъемлемым приложением к рабочей программе практики «Производственная (клиническая) практика 2 Обучающий симуляционный курс (специальные профессиональные умения и навыки)». На данный ФОС распространяются все реквизиты утверждения, представленные в РПД по данной практике.

2. Перечень оценочных средств

Для определения качества освоения обучающимися учебного материала по практике Производственная (клиническая) практика 2 Обучающий симуляционный курс (специальные профессиональные умения и навыки)используются следующие оценочные средства:

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

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

Код и формулировка компетенции	Этап формирования компетенции	Контролируемые разделы практики	Оценочные средства
УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-11	Текущий	Тема 1. Анафилактический шок Тема 2. Коллапс Тема 3. Диагностические и лечебные пункции	Кейс-задания
УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-11	Промежуточный	Все разделы практики	Кейс-задания

4. Содержание оценочных средств входного, текущего контроля

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

4.1. Кейс задания для оценки компетенций: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-11

	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	001

И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Женщина 27 лет, обратилась к врачу с жалобами на боли в левом боку, усиливающиеся при наклонах в здоровую сторону и дыхании; на температуру 39°C, озноб и потливость. Из анамнеза известно, что боли возникли после переохлаждения. Туберкулезный контакт с родственником. Больная отмечает, что через 2-3 дня интенсивность боли постепенно уменьшилась, но появилась отдышка. Со слов, при профилактической флюорографии лет 10 назад находили в верхушках кальцинаты. НЕ курит, алкоголем не злоупотребляет. При осмотре: состояние ближе к средней тяжести. Астеническое телосложение. Рост 172 см, вес 59 кг. Кожные покровы чистые, бледные. Больная предпочитает лежать на левом боку, так как при этом нет болей. Левая половина грудной клетки резко отстает при дыхании. ЧДД – 30 в 1 мин. Слева нижние межреберья сглажены. Перкуторно определяется притупление легочного звука слева по лопаточной и подмышечной линиям. Слева внизу голосовое дрожание не проводится. Аускультативно дыхание слева резко ослаблено. Границы сердца смещены вправо. Тоны сердца приглушены, учащены до 120 в 1 мин. АД 110/80 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Дизурических расстройств нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. В анализах: Eг – 4,0*10¹²/л; Hб – 120 г/л; Le – 11,02*10⁹/л; П – 12%; С – 59%; Л – 11%; М – 12%; Э – 6%; СОЭ – 40 мм/час. Мокроту больная не выделяет, кашля практически нет. НА обзорной рентгенограмме: в верхушках легких определяются тени с отложением извести. В нижних отделах грудной клетки слева гомогенные затемнения с косой верхней границей, идущей на уровне переднего отрезка IV ребра. Диаскинтест – папула 17 мм.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Туберкулезный экссудативный плеврит слева. Осложненный посттуберкулезными изменениями в верхушках обоих легких в виде кальцинатов. МБТ -, IА ГДУ.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: неверно определена клиническая форма туберкулеза И/или не указана локализация, фаза процесса, группа диспансерного учета.
P0	-	Диагноз поставлен неверно, не определена нозологическая форма болезни.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	1) на туберкулезную этиологию заболевания указывает наличие контакта с больным туберкулезом, наличие кальцинированных очагов в верхушках легких, данные иммунодиагностики – резко положительный диаскинтест, молодой возраст пациентки.

		2) клиническая форма – экссудативный плеврит – определена на основании остро возникших после переохлаждения типичных жалоб (боль в боку, усиление боли при дыхании, уменьшение болей после накопления жидкости и появления одышки, температура 39⁰С, ознобы, потливость); данных физикального обследования (вынужденное положение на больном боку, отставание половины грудной клетки при дыхания, сглаженность нижних межреберий, одышка до 30 в ‘, голосовое дрожание слева внизу не проводится; притупление легочного перкуторного звука и резкое ослабление дыхания слева, смещение границ сердца влево). 3) рентгенологических данных (гомогенное затемнение с косой верхней границей на уровне IV ребра). 4)изменения в гемограмме (лимфопения, моноцитоз, увеличение Le и СОЭ).
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: отсутствует обоснование клинической формы и/или локализации, фазы процесса или группы диспансерного учета. Обоснование проведено не полностью, сокращено.
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
B	3	Укажите, какие основные дополнительные методы обследования необходимо провести больной.
Э	-	Больной необходимо выполнить плевральную пункцию с исследованием плевральной жидкости. За туберкулезную этиологию процесса будет свидетельствовать преобладание лимфоцитов в плевральной жидкости, обнаружение там же элементов туберкулезной гранулемы. Требуется провести исследование плевральной жидкости бактериологическим методом и методом ПЦР-РВ с целью обнаружения ДНК МБТ. Желательно так же выполнить плевроскопию с биопсией.
P2	-	Дополнительные методы обследования указаны правильно.
P1	-	Методы обследования указаны верно, но не обоснованы или указаны не полностью.
P0	-	Методы обследования указаны не верно.
B	4	Укажите, какой инструментальный метод лечения необходимо назначить и выполнить больной.
Э	-	Больному с экссудативным плевритом необходимо выполнение адекватных эвакуаций экссудата путем плевральных пункций или дренирования плевральной полости. После постановки метки (нанесенной при УЗИ или рентгеноскопии) по верхнему краю нижележащего ребра выполняется пункция, при этом при первой пункции не рекомендуется удалять более 1 литра жидкости.
P2	-	Дана верная рекомендация по проведению плевральной пункции, метод обоснован.
P1	-	Плевральная пункция рекомендована, но не обоснована, четко не объяснены техника проведения.
P0	-	Ответ дан неправильный.

В	5	Укажите, какие противотуберкулезные препараты и по какому режиму необходимо назначить больной. Обоснуйте свой выбор.
Э	-	Пациентке должно быть назначено лечение по III режиму химиотерапии из комбинации 4 основных противотуберкулезных препаратов: изониазид, рифампицин, пиразинамид и этамбутол. Выбор этой комбинации основан на факте отсутствия бактериовыделения у больной.
P2	-	Выбрана и обоснована верная схема назначения противотуберкулезных препаратов и верный режим химиотерапии.
P1	-	Выбрана верная схема химиотерапии, однако выбор не обоснован и/или не названы 1-2 препарат в верно обозначенном режиме химиотерапии.
P0	-	Ответ не верный.
Н	-	002
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Мужчина 45 лет, обратился к врачу с жалобами на внезапное появление кашля с большим количеством мокроты, болями в грудной клетке справа, одышку и резкие подъемы температуры до 39-39,5°C. Из анамнеза известно, что ухудшение самочувствия отмечает последние несколько месяцев, сильно похудел (на 6-7 кг). Болен фиброзно-кавернозным туберкулезом правого легкого пять лет, лечился с перерывами, не аккуратно, от операции отказался. Алкоголь употребляет систематически, однако на учете у нарколога не состоит. Прием наркотиков отрицает. При осмотре: состояние ближе к средней тяжести. Питание снижено. Рост 176 см, вес 52 кг. Кожные покровы бледные. Грудная клетка справа отстает при дыхании, нижние межреберья сглажены, пальпация их болезненна. Нижний легочный край справа неподвижен. Перкуторно определяется интенсивное притупление легочного звука справа. Справа в этой области голосовое дрожание не проводится. Аускультативно слева жесткое дыхание, справа в верхних отделах разнокалиберные влажные хрипы, в нижних отделах дыхание отсутствует. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Дизурических расстройств нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. В анализах: $E_r - 3,8 \cdot 10^{12}/л$; $H_b - 110 г/л$; $Le - 12,0 \cdot 10^9/л$; $P - 15\%$; $C - 63\%$; $L - 10\%$; $M - 12\%$; $COЭ - 47 мм/час$. Мокроту больная не выделяет, кашля практически нет. При рентгенологическом обследовании слева на обзорной рентгенограмме очаги бронхогенного засева, справа в нижних отделах однородное затемнение с горизонтальной границей. В верхних отделах фиброзно-цирротические изменения с полостями распада, очаги и участки инфильтрации. Диаскинтест – папула 12 мм. В мокроте МБТ +2 скопически. Ранее в посевах выделена культура МБТ устойчивая к изониазиду и рифампицину.

В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Фиброзно-кавернозный туберкулез правого легкого, осложнившийся гнойным плевритом справа с формированием плевро-бронхиального свища справа. Пиопневмоторакс. МБТ+, устойчивость к изониазиду и рифампицину. ПА ГДУ.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: неверно определена клиническая форма туберкулеза И/или не указана локализация, фаза процесса, группа диспансерного учета.
P0	-	Диагноз поставлен неверно, не определена нозологическая форма болезни.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз фиброзно-кавернозный туберкулез установлен по данным анамнеза, клиники и рентгенологической картины (фиброзно-цирротические изменения с полостями распада). Диагноз гнойного плеврита справа (эмпиема), осложнившаяся плевро-бронхиальным свищем справа установлен по данным объективного обследования: симптомов тяжелой интоксикации (температура до 39,50С с резкими «свечками», воспалительная картина крови); физикальные данные (грудная клетка справа отстаёт при дыхании, нижние межреберья сглажены. Пальпация их болезненна, перкуторно тупость в нижних отделах правого легкого, также отсутствует дыхание и не проводится голосовое дрожание); рентгенологическая картина (справа в нижних отделах гомогенное затемнение с горизонтальной границей); о формирование плевро-бронхиального свища свидетельствует внезапное появление кашля с гнойной мокротой на фоне выраженной интоксикации. Пациент должен наблюдаться по ПА ГДУ, как больной с активным туберкулезом легких и хроническим течением, у которого в результате лечения можно добиться положительной динамики
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: отсутствует обоснование клинической формы и/или локализации, фазы процесса или группы диспансерного учета. Обоснование проведено не полностью, сокращено.
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Укажите, какие основные дополнительные методы обследования необходимо провести больной.
Э	-	Пациенту необходимо выполнить: 1) плевроскопию с целью возможного обнаружения плевро-бронхиального свища, возникшего после прорыва каверны в плевральную полость с формированием гнойного плеврита; исследование плеврального экссудата с повторным посевом МБТ и проведением ПЦР-РВ на ДНК МБТ с определением лекарственной устойчивости; 3) фибробронхоскопии для исключения специфического или неспецифического поражения бронхов

P2	-	Дополнительные методы обследования указаны правильно.
P1	-	Методы обследования указаны верно, но не обоснованы или указаны не полностью.
P0	-	Методы обследования указаны не верно.
B	4	Укажите, какой режим и какие противотуберкулезные препараты должны войти в схему лечения больного. Обоснуйте свой выбор.
Э	-	Пациенту должно быть назначено лечение по IV режиму 6 препаратами резерва с включением фторхинолонов. Выбор основан на факте обнаружения резистентности МБТ к изониазиду и рифампицину (МЛУ).
P2	-	Выбрана и обоснована верная схема назначения противотуберкулезных препаратов и правильный режим химиотерапии.
P1	-	Выбрана верная схема химиотерапии, однако выбор не обоснован и/или не названы фторхинолоны и препараты резерва, но режим назначен правильно.
P0	-	Ответ не верный.
B	5	Какое лечение должно быть рекомендовано?
Э	-	Учитывая эмпиему плевры с формированием плевро-бронхиального свища показана консультация фтизиохирурга с решением вопроса оперативного лечения. Операцией выбора в данном случае можно считать видеоторакоскопическую санацию и клапанную обтурацию пораженных бронхов. Выполнение операции в 2 этапа позволит снизить риск хирургического вмешательства.
P2	-	Рекомендация лечения верна
P1	-	Дальнейшее лечение рекомендовано не полностью.
P0	-	Рекомендации на дальнейшее лечение не даны.
H	-	003
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной 42 лет, неработающий, поступил в противотуберкулезный диспансер с жалобами на одышку, кашель, боли в груди справа. Около 6 лет болен туберкулезом легких. Туберкулез выявлен в местах лишения свободы, где получил курс лечения препаратами I ряда. После освобождения (4 года назад) в ПТД по месту жительства установлен диагноз инфильтративного туберкулеза верхних долей обоих легких, фаза распада, МБТ+, МЛУ (устойчивость к рифампицину, изониазиду, стрептомицину, канамицину), IА ГДУ. Назначена терапия по режиму IV, однако лечился неаккуратно, неоднократно прерывал лечение, самовольно уходил из стационара. Привлекался к лечению по решению суда. Злоупотребляет алкоголем. Последний отрыв от лечения в течение полугода. Отмечает ухудшение состояния в течение последнего месяца, когда внезапно появилась резкая боль в груди справа, выросла одышка. Объективно: состояние средней тяжести, питание снижено (ИМТ 17,5 кг/м²). При осмотре определяется западение правой половины грудной стенки, отставание ее в акте дыхания. При перкуссии справа

		тимпанит, при аускультации дыхание справа не выслушивается, слышен шум «плеска», голосовое дрожание резко ослаблено. Слева дыхание жесткое, без хрипов. ЧД 20 в мин. Тоны сердца приглушены, ЧСС 84 в мин. АД 120/70 мм рт.ст. Анализ крови: Hb 116 г/л, Le $13,6 \cdot 10^9/\text{л}$ (эо 1%, баз 1%, п/я 8%, с/я 70%, лимф 15%, моно 5%), СОЭ 56 мм/час. Микроскопия мокроты — КУМ 3+. При рентгенологическом обследовании в проекции верхних долей обоих легких определяются множественные полости с толстыми стенками, неправильной формы, размерами максимально до 4х5 см, с инфильтрацией и разнокалиберными очагами вокруг. Справа межреберные промежутки сужены, в нижних отделах легкое коллабировано, в плевральной полости свободный газ с широким горизонтальным уровнем жидкости. Слева в нижнем поле множественные очаги. Левый корень деформирован, подтянут вверх. В динамике, по сравнению с данными предыдущих обследований, размеры полостей распада и количество очагов увеличились.
В	1	Какие осложнения возникли у больного?
Э	-	Правосторонний спонтанный пневмоторакс. Правосторонний экссудативный плеврит или эмпиема плевры туберкулезной этиологии.
P2	-	Осложнения диагностированы верно.
P1	-	Осложнения диагностированы неполностью
P0	-	Осложнения диагностированы неверно
В	2	Сформулируйте развернутый клинический диагноз.
Э	-	Фиброзно-кавернозный туберкулез верхних долей обоих легких, фаза инфильтрации и обсеменения, прогрессирование, осложненный спонтанным пневмотораксом справа, МБТ+, МЛУ (устойчивость к рифампицину, изониазиду, стрептомицину, канамицину), IА ГДУ. Туберкулезная эмпиема плевры справа?
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: неверно определена клиническая форма туберкулеза и/или не диагностированы осложнения/или не указаны локализация, фаза процесса, группа диспансерного учета.
P0	-	Диагноз поставлен неверно: не определена нозологическая форма, осложнения.
В	3	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз основан на следующих данных: 1) Подтверждение бактериовыделения методом микроскопии. 2) Нарастание клинической симптоматики заболевания, наличие лабораторных признаков активного воспалительного процесса. 3) Клиническая форма фиброзно-кавернозного туберкулеза установлена на основании данных лучевого обследования (полости с фиброзными стенками, признаки цирротических изменений легочной паренхимы), длительного анамнеза туберкулеза легких.

		4) Определение локализации процесса основано на данных рентгенологического обследования. 5) Фаза процесса обоснована данными рентгенологического обследования — наличием перикавитарной инфильтрации и очагов бронхогенного засева в нижележащих отделах легких. 6) Рентгенологические данные позволяют диагностировать правосторонний пневмоторакс и экссудативный плеврит; возникновение клинических признаков осложнения около месяца назад, лабораторные признаки гнойно-воспалительного процесса позволяют заподозрить развитие туберкулезной эмпиемы плевры вследствие прорыва каверны в свободную плевральную полость.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование клинической формы и/или локализации, фазы процесса и/или осложнений.
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
B	4	Определите тактику лечения пациента. Обоснуйте свой выбор.
Э	-	Больному должен быть назначен новый курс противотуберкулезной химиотерапии по IV режиму. С учетом ранее полученных данных бактериологического обследования (наличие множественной лекарственной устойчивости МБТ) схема терапии должна быть сформирована из противотуберкулезных препаратов II ряда (фторхинолон, капреомидин, этионамид или протионамид, циклосерин или теризидон, ПАСК) и пиразинамида. Коррекция схемы может быть произведена по результатам развернутого теста на лекарственную чувствительность. Больному показан торакоцентез и закрытое дренирование правой плевральной полости с ее санацией антисептическими растворами и аспирацией воздуха и экссудата. При отсутствии эндоскопических признаков туберкулеза бронха показана временная obturation или клапанная бронхоблокация на уровне долевого или сегментарного бронха соответственно локализации бронхо-плевральной фистулы.
P2	-	Выбран правильный режим лечения, выбор правильно обоснован.
P1	-	Выбрана верная схема, однако выбор не обоснован и/или в схеме лечения указаны противотуберкулезные препараты I ряда (кроме пиразинамида), но выбор IV режима обосновали в схему лечения включены аминогликозиды или не установлены показания к торакоцентезу и дренированию плевральной полости или не установлены показания к obturation или клапанной бронхоблокации.
P0	-	Схема медикаментозного лечения выбрана неправильно, не установлены показания к дренированию плевральной полости, не установлены показания к obturation бронха или клапанной бронхоблокации.
B	5	Укажите, какие дополнительные методы обследования необходимо применить для обследования больного. Обоснуйте свой выбор.

Э	-	Пациенту показано: - культуральное исследование мокроты на МБТ с проведением теста на лекарственную чувствительность; - трахеобронхоскопия для исключения туберкулеза бронха; - обследование у оториноларинголога для исключения противопоказаний к назначению ототоксических антибиотиков.
P2	-	Дополнительные методы обследования указаны верно и обоснованы правильно.
P1	-	Дополнительные методы обследования указаны не полностью и/или обоснованы неверно.
P0	-	Дополнительные методы обследования указаны не верно.
Н	-	004
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больная 29 лет обратилась к фтизиатру с жалобами на слабость, кашель, потливость. Перенесла инфильтративный туберкулез верхней доли левого легкого, МБТ—, IА ГДУ около 4 лет назад. Получила курс контролируемого лечения противотуберкулезными препаратами I ряда в течение 8 месяцев, 2 года назад была переведена в III группу диспансерного учета, далее на обследование в противотуберкулезный кабинет не являлась. 6 месяцев назад срочные роды. В послеродовом периоде отмечала повышение температуры до 37,8°, потливость по ночам. В течение последнего месяца постоянно беспокоит непродуктивный кашель, отмечает вечерний субфебрилитет. При рентгенографии органов грудной клетки — слева в верхнем поле полостное образование 3х3 см с тонкими стенками в окружении разнокалиберных очагов. Микроскопия мокроты: КУМ 1+. Госпитализирована в стационар противотуберкулезного диспансера. Объективно: общее состояние удовлетворительное. При аускультации определяются единичные влажные хрипы в межлопаточной области слева. Патологических отклонений со стороны сердечно-сосудистой системы нет. Органы брюшной полости без патологии. В общем анализе крови: Нб 130 г/л, лейкоцитов $9,0 \cdot 10^9/\text{л}$, СОЭ 20 мм/ч. В общем анализе мочи — без патологии. В мокроте: микроскопия КУМ 1+; методом ПЦР обнаружена ДНК МБТ, мутация гена groV (маркер резистентности к рифампицину). На компьютерной томографии во II сегменте левого легкого определяется субплеврально расположенная полость размерами 2,5х3х3 см, с тонкими стенками; рядом немногочисленные мягкие очаговые тени; группа мелких гиподенсивных очагов в средней доле правого легкого; остальные отделы легкого без патологии.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Кавернозный туберкулез верхней доли левого легкого (рецидив), фаза обсеменения, МБТ+ (устойчивость к рифампицину), IБ ГДУ.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью:

		неверно определена клиническая форма туберкулеза и/или не указана локализация, фаза процесса, группа диспансерного учета.
P0	-	Диагноз поставлен неверно, не определена нозологическая форма болезни.
B	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз основан на следующих данных: 7) Обнаружение КУМ в мокроте методом микроскопии, обнаружение ДНК МБТ методом ПЦР-РВ. 8) Анамнестические данные, указывающие на перенесенный ранее туберкулез легких; прекращение регулярного обследования после клинического излечения туберкулеза. 9) Развитие симптоматики рецидива заболевания в ближайшие сроки после беременности и родов. 10) Клиническая форма кавернозного туберкулеза установлена на основании данных лучевого обследования (тонкостенная полость с отсутствием перикавитарной инфильтрации на очаговом фоне, отсутствие признаков фиброзно-цирротических изменений легочной паренхимы). 11) Определение локализации процесса основано на данных рентгенологического обследования. 12) Фаза процесса основана на данных рентгенологического обследования — наличие очагов бронхогенного засева в противоположном легком. 13) К IB группе диспансерного учета относятся пациенты с рецидивом туберкулеза.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование клинической формы и/или локализации, фазы процесса и/или группы диспансерного учета.
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
B	3	Укажите, какие дополнительные методы обследования необходимо применить для обследования больной. Обоснуйте свой выбор.
Э	-	Пациентке показано: - культуральное исследование мокроты с проведением теста на лекарственную устойчивость; - трахеобронхоскопия для исключения туберкулеза бронха; - обследование у оториноларинголога для исключения противопоказаний к назначению ототоксических антибиотиков.
P2	-	Дополнительные методы обследования указаны верно и обоснованы правильно.
P1	-	Дополнительные методы обследования указаны не полностью и/или обоснованы неверно.
P0	-	Дополнительные методы обследования указаны не верно.

В	4	Укажите, какие противотуберкулезные препараты должны войти в схему лечения пациентки. Обоснуйте свой выбор, дайте дальнейшие рекомендации.
Э	-	Больной должен быть назначен IV режим противотуберкулезной химиотерапии. С учетом данных молекулярно-генетического исследования (наличие мутации МБТ с резистентностью к рифампицину, ассоциированной с высокой вероятностью множественной лекарственной устойчивости) на начальном этапе лечения схема терапии должна быть сформирована из противотуберкулезных препаратов II ряда (фторхинолон, капреомицин, этионамид или протионамид, циклосерин или теризидон, ПАСК) с включением пиразинамида. Коррекция схемы может быть произведена по результатам развернутого теста на лекарственную устойчивость.
P2	-	Выбран правильный режим лечения, выбор правильно обоснован.
P1	-	Выбрана верная схема, однако выбор не обоснован и/или в схеме лечения указаны противотуберкулезные препараты I ряда (кроме пиразинамида), но выбор IV режима обоснован.
P0	-	Схема лечения выбрана не правильно.
В	5	Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.
Э	-	Необходим ежемесячный контроль микроскопии мокроты, рентгенологический контроль не реже 1 раза в месяц; контрольный посев мокроты на МБТ через 3 месяца. Учитывая субплевральную локализацию каверны и лекарственно-устойчивый туберкулез, при условии исключения туберкулезного поражения бронхов больной показано наложение искусственного пневмоторакса. При невозможности наложения пневмоторакса (например, из-за спаечного процесса в плевральной полости) следует рассмотреть возможность клапанной бронхоблокации. При сохранении деструктивных изменений после 3 месяцев контролируемой терапии показана консультация торакального хирурга для решения о показаниях к резекции легкого.
P2	-	Дальнейшая тактика ведения больного выбрана верно
P1	-	Тактика ведения больного выбрана верно, но не обоснована.
P0	-	Тактика ведения пациента выбрана не верно.
Н	-	005
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больному 38 лет более года назад установлен диагноз инфильтративного туберкулеза верхней доли левого легкого, фаза распада, МБТ+, IA ГДУ. Было начато лечение по интенсивной фазе режима I 4 противотуберкулезными препаратами I ряда, через 2 месяца были получены результаты теста на лекарственную чувствительность с выделенной из мокроты культуры МБТ: выявлена резистентность МБТ к рифампицину, изониазиду, этамбутолу и стрептомицину. Перерегистрирован на новый курс химиотерапии по режиму IV. На 3-м месяце терапии отмечалось прекращение бактериовыделения методом

		микроскопии мокроты, но полость распада сохранялась. По IV режиму получил контролируемо около 150 доз препаратов, далее ушел из стационара, от лечения оторвался. В настоящее время беспокоит малопродуктивный кашель, одышка при быстрой ходьбе, утомляемость, субфебрилитет. Обследован в тубкабинете по месту жительства. В мокроте методом микроскопии КУМ 3+. При рентгенотомографическом обследовании – в проекции верхней доли левого легкого на фоне фиброзных изменений определяется полость деструкции неправильной формы, размерами 4х4 см, с толстыми стенками; в VI сегменте нижней доли левого легкого — инфильтрат в неправильной формы эксцентрически расположенной полостью распада. Левый корень подтянут кверху, тень верхнего средостения немного смещена влево. В проекции нижних долей обоих легких — множественные разнокалиберные очаговые тени средней интенсивности, с размытыми контурами. Левый купол диафрагмы деформирован, приподнят.
В	1	Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Фиброзно-кавернозный туберкулез верхней доли и S6 нижней доли левого легкого, фаза обсеменения, прогрессирование, МБТ+ (МЛУ), IА ГДУ.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: неверно определена клиническая форма туберкулеза и/или не указана локализация, фаза процесса, группа диспансерного учета.
P0	-	Диагноз поставлен неверно, не определена нозологическая форма болезни.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз основан на следующих данных: 14) Анамнестические данные, указывающие на текущее заболевание туберкулезом легких. 15) Обнаружение КУМ в мокроте методами микроскопии и посева. 16) Клиническая форма фиброзно-кавернозного туберкулеза установлена на основании длительного анамнеза заболевания, данных лучевого обследования (наличие каверны с толстыми фиброзными стенками, признаков появления фиброзно-цирротических изменений в легочной паренхиме). 17) Определение локализации процесса основано на данных рентгенологического обследования. 18) Фаза процесса основана на данных рентгенологического обследования — наличие очагов бронхогенного засева. 19) Прогрессирование установлено на основании наличия отрицательной рентгенологической динамики (появление новой полости распада и бронхогенной диссеминации). 20) К IА группе диспансерного учета относятся пациенты с рецидивом туберкулеза.

P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование клинической формы и/или локализации, фазы процесса и/или группы диспансерного учета.
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Укажите, какие дополнительные методы обследования необходимо применить для обследования больного. Обоснуйте свой выбор.
Э	-	Пациенту показано: - культуральное исследование мокроты с проведением теста на лекарственную устойчивость; - трахеобронхоскопия для исключения туберкулеза бронха; - обследование у оториноларинголога для исключения противопоказаний к назначению ототоксических антибиотиков.
P2	-	Дополнительные методы обследования указаны верно и обоснованы правильно.
P1	-	Дополнительные методы обследования указаны не полностью и/или обоснованы неверно.
P0	-	Дополнительные методы обследования указаны не верно.
В	4	Укажите, какие противотуберкулезные препараты должны войти в схему лечения пациентки. Обоснуйте свой выбор, дайте дальнейшие рекомендации.
Э	-	Больному должен быть назначен IV режим противотуберкулезной химиотерапии. С учетом данных предыдущего теста на лекарственную чувствительность (была выявлена множественная лекарственная устойчивость МБТ) схема терапии должна быть сформирована из противотуберкулезных препаратов II ряда (фторхинолон, амингликозид, этионамид или протионамид, циклосерин или теризидон, ПАСК) и пиразинамида. Коррекция схемы может быть произведена по результатам нового развернутого теста на лекарственную чувствительность.
P2	-	Выбран правильный режим лечения, выбор правильно обоснован.
P1	-	Выбрана верная схема, однако выбор не обоснован и/или в схеме лечения указаны противотуберкулезные препараты I ряда (кроме пиразинамида), но выбор IV режима обоснован.
P0	-	Схема лечения выбрана не правильно.
В	5	Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.
Э	-	Необходим ежемесячный контроль микроскопии мокроты, рентгенологический контроль через 1 месяц; контрольный посев мокроты на МБТ с тестом на лекарственную чувствительность через 3 месяца. Учитывая прогрессирование туберкулезного процесса, наличие множественной лекарственной устойчивости возбудителя, низкую приверженность пациента к лечению, показано наложение пневмоперитонеума. В течение первых 3 месяцев контролируемой терапии показана консультация торакального хирурга для решения о показаниях к оперативному лечению (торакопластике или резекции легкого).

P2	-	Дальнейшая тактика ведения больного выбрана верно
P1	-	Тактика ведения больного выбрана верно, но не обоснована.
P0	-	Тактика ведения пациента выбрана не верно.

5. Содержание оценочных средств промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация проводится в виде зачета.

5.1. Перечень заданий к зачету, необходимых для оценки знаний, умений, навыков и опыта деятельности: кейс-задания.

5.1.1. Кейс задания зачету по практике «Производственная (клиническая) практика 2 (Обучающий симуляционный курс (специальные профессиональные умения и навыки))» для оценки компетенций УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-11

ПРОСЫ

ной области и за грудиной, обычно возникающие после еды, а также при работе нагнувшись. На высоте болевых приступов везикулярное дыхание, значительно ослаблено в нижних отделах левого легкого. Там же нечетко выслушиваются хрипы. Сердце ритмичное, без патологических шумов. Желудок переполнен. Стул регулярный, оформлен. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

гагмы, аплазия диафрагмы

тахикардия) и гастроинтестинальные симптомы (боли в эпигастрии, рвота, задержка стула и газов)

эзофагита (чувство жжения за грудиной, изжога, усиливающиеся при работе нагнувшись)

ским материалом.

ПРОСЫ

и грудиной после проглатывания пищи, срыгивание непереваренных кусков пищи. Нища лучше проходит после за
полость рта, шея, грудина, эпигастральная область без особенностей.

эзофагит, эзофагоспазм, стриктуры пищевода. Методы исследования: Рентгеноэзофагогастроскопия, эзофагокимомо

а также как дополнение к кардиодилатации. Основной метод лечения - кардиодилатация (противопоказан при пор

утствие эффекта от кардиодилатации, разрывы пищевода, стриктуры.

госимпатическая блокада (расслабление кардии).

уппы.

ПРОСЫ

мы. Получил удар ножом в левую половину груди. Состояние тяжелое, сознание ясное. Покрыт холодным потом, к
воздух и алая кровь. При перкуссии укорочение перкуторного звука с уровня средней подмышечной линии (больной
оковых отделах левого желудочка. На рентгеновском снимке в прямой проекции сглажена талия сердца, тень сердц

оракс слева???)

ожение капроновых швов на рану миокарда, фенестрация перикарда, зашивание перикарда редкими швами, осушен

и и вливание в вену. Добавлять гепарин 500 ед (!) на 1 литр собранной крови

ПРОСЫ

е боли в груди справа, усиливающиеся при дыхании, одышку в покое и слабость. Был избит неизвестными, били но
ется болезненность по ходу 4-5-6-7-8-9 ребер по передней и средней подмышечной линиям. Здесь определяется запа
слаблено над всей поверхностью правой половины груди, сзади дыхание не проводится.

ниями грудной стенки, гемоторакс справа, кровопотеря. шок 1 степени тяжести

на сахар, свертываемость.

нии на уровне 3-10 межреберий, внутримышечное введение 2 мл 1% раствора промедола, пункция плевральной пол

й анестезией в 5 межреберье по средней подмышечной линии.

шом и тотальном гематороксе необходимо сделать торакотомию, убрать излившуюся кровь, найти источник кровото

ПРОСЫ

боли в левой молочной железе. Железа увеличилась в объеме. На следующий день температура поднялась до 39 °
еется лимфангоит. При пальпации железа диффузно болезненна, плотноватая, но ни локальных инфильтратов, ни уч

гия, посе́вы на стерильность),

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

енв критерии дифференциальной диагностики

я к III а группе здоровья.

6. Критерии оценивания результатов обучения

Для зачета

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

Для тестирования:

Оценка «5» (Отлично) - баллов (100-90%)

Оценка «4» (Хорошо) - балла (89-80%)

Оценка «3» (Удовлетворительно) - балла (79-70%)

Менее 70% – Неудовлетворительно – Оценка «2»

Разработчики:

Павлуни Александр Васильевич, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой фтизиатрии им. И.С. Николаева

Наумов Алексей Георгиевич, ассистент кафедры фтизиатрии им. И.С. Николаева