

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«РОССИЙСКИЙ БИОТЕХНОЛОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ (РОСБИОТЕХ)»

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

«ПОДГОТОВКА К СДАЧЕ И СДАЧА ИТОГОВОГО ЭКЗАМЕНА»

Уровень образования:	Специалитет
Специальность	31.05.01 Лечебное дело
Направленность программы	Лечебное дело
Форма обучения	Очная
Срок освоения образовательной программы в соответствии с ФГОС (очная форма)	6 лет
Год начала подготовки	2023 г.
В соответствии с утвержденным УП:	Протокол № 14 от 07.08.2023 г.
шифр и наименование дисциплины	Б3.01 Подготовка к сдаче и сдача итогового экзамена
семестры реализации дисциплины	12 семестр
форма контроля	

г. Москва 2023 г.

1. Область применения.

Фонд оценочных средств (ФОС) является неотъемлемой частью программы подготовки к сдаче и сдача итогового экзамена при реализации основной профессиональной образовательной программы (ОПОП) высшего образования (ВО) по специальности:

31.05.01 Лечебное дело

Направленность: Лечебное дело

Оценочные фонды разрабатываются для проведения оценки полученным выпускниками результатам обучения по дисциплинам (модулям) и практикам образовательной программы, освоение которых имеет определяющее значение для профессиональной деятельности выпускников, а также оценить уровень подготовленности выпускников к самостоятельной профессиональной деятельности.

Таблица 1
Паспорт фонда оценочных средств

Код и наименование универсальной компетенции выпускника	Код и наименование индикатора достижения универсальной компетенции
УК-1. Способен осуществлять критический анализ проблемных ситуаций на основе системного подхода, вырабатывать стратегию действий	УК-1.1 Анализирует проблемную ситуацию, выявляя ее составляющие и связи между ними
	УК-1.2 Осуществляет поиск вариантов решения поставленной проблемной ситуации на основе доступных информационных источников
	УК-1.3 Разрабатывает стратегию для достижения поставленной цели
	УК-1.4 Выявляет степень доказательности различных точек зрения на поставленную задачу в рамках научного мировоззрения
	УК-1.5 Определяет рациональные идеи для решения поставленных задач в рамках научного мировоззрения
УК-2. Способен управлять проектом на всех этапах его жизненного цикла	УК-2.1 Формулирует на основе поставленной проблемы проектную задачу
	УК-2.2 Определяет ресурсное обеспечение для каждого этапа реализации проекта
	УК-2.3 Управляет подготовкой и реализацией проекта на всех этапах его жизненного цикла
УК-3. Способен организовывать и руководить работой команды, вырабатывая командную стратегию для достижения поставленной цели	УК-3.1 Применяет принципы командной работы для достижения поставленной цели
	УК-3.2 Формирует стратегию взаимодействия и осуществляет интеграцию личных и командных интересов
	УК-3.3 Организует и руководит работой команды, анализирует результаты командной работы в рамках достижения поставленной цели
УК-4. Способен применять современные коммуникативные технологии, в том числе на иностранном(ых) языке(ах), для академического и профессионального взаимодействия	УК-4.1. Применяет современные формы и методы коммуникации для академического и профессионального взаимодействия, в том числе на иностранном(ых) языке(ах)
	УК-4.2. Осуществляет коммуникацию в различных формах; обоснованно выбирает оптимальные средства коммуникации и коммуникативные технологии с учетом специфики академического и профессионального взаимодействия
	УК-4.3. Использует современные коммуникативные технологии на русском и иностранном(-ых) языке(-ах) для академического и профессионального взаимодействия
УК-5. Способен анализировать и учитывать разнообразие культур в процессе межкультурного взаимодействия	УК-5.1. Воспринимает этнокультурные особенности и национальные традиции; основные принципы и нормы межкультурного взаимодействия
	УК-5.2 Использует способы межкультурного взаимодействия с учетом разнообразия культур участников взаимодействия
	УК-5.3 Использует процесс межкультурного взаимодействия и вырабатывает пути оптимизации межкультурного взаимодействия
УК-6. Способен определять и реализовывать приоритеты собственной деятельности и способы ее совершенствования на основе самооценки и образования в течение всей жизни	УК-6.1 Определяет приоритеты профессионального роста, а также способы совершенствования собственной деятельности на основе самооценки
	УК-6.2 Осуществляет самоконтроль и корректирует обучение по выбранной траектории
	УК-6.3 Выстраивает траекторию саморазвития, совершенствует свою деятельность на основе самооценки и образования в течение всей жизни

УК-7. Способен поддерживать должный уровень физической подготовленности для обеспечения полноценной социальной и профессиональной деятельности	УК-7.1 Определяет требования к уровню собственной физической подготовленности для социальной и профессиональной деятельности
	УК-7.2 Контролирует состояние своей физической подготовленности, исходя из принципа равномерного распределения физических нагрузок с учетом индивидуальных характеристик
	УК-7.3 Поддерживает должный уровень физической подготовленности на основе технологий здоровьесбережения
УК-8. Способен создавать и поддерживать в повседневной жизни и в профессиональной деятельности безопасные условия жизнедеятельности для сохранения природной среды, обеспечения устойчивого развития общества, в том числе при угрозе и возникновении чрезвычайных ситуаций и военных конфликтов	УК-8.1 Определяет потенциальные опасные для жизнедеятельности факторы и зону их действий
	УК-8.2 Планирует комплексную систему мер защиты для сохранения природной среды и обеспечения устойчивого развития общества
	УК-8.3 Применяет алгоритмы по обеспечению безопасности жизнедеятельности при возникновении чрезвычайных ситуаций и военных конфликтов
УК-9. Способен использовать базовые дефектологические знания в социальной и профессиональной сферах	УК-9.1 Осуществляет свою профессиональную деятельность с учетом специфики инклюзивного обучения
	УК-9.2 Планирует и осуществляет профессиональную деятельность с лицами с ОВЗ и инвалидами
	УК-9.3 Оперировать понятиями инклюзивной компетентности, её компонентами и структурой
УК-10. Способен принимать обоснованные экономические решения в различных областях жизнедеятельности	УК-10.1 Использует основы экономической и финансовой грамотности в различных областях жизнедеятельности
	УК-10.2 Использует методы личного экономического и финансового планирования для достижения целей в различных областях жизнедеятельности
	УК-10.3. Применяет полученные экономические знания в различных областях жизнедеятельности.
УК-11. Способен формировать нетерпимое отношение к проявлениям экстремизма, терроризма, коррупционному поведению и противодействовать им в профессиональной деятельности	УК-11.1 Определяет признаки коррупционного поведения
	УК-11.2 Проявляет нетерпимое отношение к коррупционному поведению на основе правовых норм
	УК-11.3 Осуществляет свою профессиональную деятельность, основываясь на правовых нормах, в том числе антикоррупционном законодательстве
	УК.11.4. Демонстрирует нетерпимое отношение к проявлениям экстремизма, терроризма, коррупционного поведения и способность противодействовать им в профессиональной деятельности
	УК.11.5. Умеет анализировать, толковать и применять правовые нормы о противодействии проявлениям экстремизма, терроризма, коррупционного поведения в профессиональной деятельности
ОПК-1. Способен реализовывать моральные и правовые нормы, этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности	ОПК.1.1. Знаком с этическими и правовыми нормами, а также деонтологическими принципами профессиональной деятельности.
	ОПК.1.2. Осуществляет профессиональную деятельность, учитывая моральные и правовые нормы.
	ОПК.1.3. Руководствуется принципами этики и деонтологии при решении задач профессиональной деятельности.
ОПК-2. Способен проводить и осуществлять контроль эффективности мероприятий по профилактике, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения	ОПК.2.1. Определяет мероприятия по профилактике, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения
	ОПК.2.2. Осуществляет мероприятия по профилактике, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения
	ОПК.2.3. Проводит контроль эффективности комплекса проводимых профилактических мероприятий
ОПК-3. Способен к противодействию применения допинга в спорте и борьбе с ним	ОПК.3.1. Демонстрирует знания о свойствах препаратов, используемых в качестве допинга и их влиянии на организм человека
	ОПК.3.2. Осуществляет мероприятия для противодействия применению допинга в спорте.
	ОПК.3.3. Ориентируется в правовых нормах в части запрета препаратов, способов и методов для принудительного повышения спортивной работоспособности
ОПК-4.	ОПК.4.1. Знаком с принципами использования медицинских изделий для проведения обследования пациента.

Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследование пациента с целью установления диагноза	ОПК.4.2. Применяет медицинские изделия в соответствии с порядком оказания медицинской помощи.
	ОПК.4.3. Проводит обследование пациента для установления диагноза
ОПК-5. Способен оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека для решения профессиональных задач	ОПК.5.1. Определяет и оценивает морфофункциональные, физиологические состояния, а также патологические процессы в организме человека
	ОПК.5.2. Использует при решении профессиональных задач различные способы оценки физиологических состояний и патологических процессов в организме человека.
	ОПК.5.3. Интерпретирует результаты клинико-лабораторной оценки состояния организма при решении профессиональных задач.
ОПК-6. Способен организовывать уход за больными, оказывать первичную медико-санитарную помощь, обеспечивать организацию работы и принятие профессиональных решений при неотложных состояниях на догоспитальном этапе, в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий и в очагах массового поражения	ОПК.6.1. Определяет и осуществляет мероприятия по уходу за больными.
	ОПК.6.2. Оказывает первичную медико-санитарную помощь.
	ОПК.6.3. Принимает профессиональные решения, организует и проводит работы при неотложных состояниях на догоспитальном этапе, в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий и в очагах массового поражения.
ОПК-7. Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности	ОПК.7.1 Знаком с методами применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания при различных заболеваниях и состояниях.
	ОПК.7.2 Использует современные принципы лечения заболеваний и состояний в профессиональной деятельности.
	ОПК.7.3 Осуществляет контроль эффективности и безопасности назначенного лечения.
ОПК-8. Способен реализовывать и осуществлять контроль эффективности медицинской реабилитации пациента, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации и абилитации инвалидов, проводить оценку способности пациента осуществлять трудовую деятельность	ОПК.8.1 Знаком с основными причинами инвалидизации пациентов
	ОПК.8.2 Участвует в реализации программ медицинской реабилитации пациента и абилитации инвалидов.
	ОПК.8.3 Контролирует выполнение и оценивает безопасность реабилитационных мероприятий.
	ОПК.8.4 Владеет методиками оценки способности пациента осуществлять трудовую деятельность.
ОПК-9. Способен реализовывать принципы менеджмента качества в профессиональной деятельности	ОПК.9.1 Формулирует процессный и системный подход в организации профессиональной деятельности системы здравоохранения.
	ОПК.9.2 Использует данные медико-статистической отчетности для оценки эффективности оказания медицинской помощи
	ОПК.9.3 Разрабатывает план организационно-методических мероприятий по достижению надлежащего уровня качества профессиональной деятельности
ОПК-10. Способен понимать принципы работы современных информационных технологий и	ОПК.10.1 Понимает алгоритм и принципы работы единой медицинской информационно-аналитической системы
	ОПК.10.2 Использует информационные и коммуникационные технологии в профессиональной деятельности, в том числе, средствами телемедицины
	ОПК.10.3 Работает в электронных медицинских информационных системах,

использовать их для решения задач профессиональной деятельности	правовых справочных системах и профессиональных базах данных
ОПК-11. Способен подготавливать и применять научную, научно-производственную, проектную, организационно-управленческую и нормативную документацию в системе здравоохранения	ОПК.11.1 Понимает правила ведения медицинской, организационно-методической и статистической документации
	ОПК.11.2 Осуществляет отбор научной, нормативно-правовой и организационно-распорядительной документации из электронной среды с целью поиска новых методов диагностики и лечения, их анализа и применения для решения профессиональных задач.
	ОПК.11.3 Использует практический опыт подготовки информационно-аналитических материалов, выписки из историй болезни, в том числе. для публичного представления результатов клинической работы (доклад, отчет, статьи).
ПК-1. Способен оказывать медицинскую помощь пациенту в неотложной или экстренной формах	ПК.1.1. Оценивает состояние пациента, требующее оказания медицинской помощи в неотложной или экстренной формах.
	ПК.1.2. Проводит мероприятия по оказанию медицинской помощи пациенту в неотложной или экстренной формах.
ПК-2. Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза	ПК.2.1. Осуществляет сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента, проведение полного физикального обследования; формирует предварительный диагноз и составляет план обследования.
	ПК.2.2. Проводит дифференциальную диагностику заболеваний внутренних органов от других заболеваний.
	ПК.2.3. Устанавливает диагноз с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ).
	ПК.2.4 Использует медицинские изделия в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи.
ПК-3. Способен назначить лечение и контролировать его эффективность и безопасность	ПК.3.1 Составляет план лечения заболевания / состояния пациента в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи.
	ПК.3.2 Назначает лечение в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи.
	ПК.3.3 Оценивает эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания и иных методов лечения.
	ПК.3.4 Организует персонализированное лечение пациента; оказывает паллиативную медицинскую помощь при взаимодействии с врачами-специалистами и иными медицинскими работниками.
ПК-4. Готов реализовывать и контролировать эффективность медицинской реабилитации пациента, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации и абилитации инвалидов, проводить оценку способности пациента осуществлять трудовую деятельность	ПК.4.1 Определяет признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого нарушения функций организма, обусловленного заболеваниями, последствиями травм или дефектами.
	ПК.4.2 Проводит экспертизу временной нетрудоспособности, направляет пациента, имеющего стойкое нарушение функций организма, на медико-социальную экспертизу.
	ПК.4.3 Определяет, реализует и контролирует комплекс мероприятий медицинской реабилитации пациента, в том числе при проведении индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов.
ПК-5 – готов проводить и осуществлять контроль эффективности мероприятий	ПК.5.1 Организует и проводит профилактические мероприятия (диспансеризацию и диспансерное наблюдение, иммунопрофилактику, санитарно-противоэпидемические мероприятия) в соответствии с действующими нормативными и правовыми актами.

по профилак-тике, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения	ПК.5.2 Разрабатывает и реализует программы формирования здорового образа жизни, санитарно-гигиенического просвещения населения.
	ПК.5.3 Оценивает эффективность профилактической работы среди населения.
ПК-6. Способен вести медицинскую документацию и организовать деятельность находящегося в распоряжении среднего медицинско-го персонала	ПК.6.1 Осуществляет ведение медицинской документации в соответствии с законодательством РФ в сфере охраны здоровья, нормативно-правовыми актами и документами, определяющими деятельность медицинских организаций и медицинских работников.
	ПК.6.2 Организует и контролирует деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала.
	ПК.6.3 Обеспечивает внутренний контроль качества и безопасность медицинской деятельности в пределах должностных обязанностей.

2. Цели и задачи фонда оценочных средств.

Целью ФОС является установление соответствия уровня подготовки обучающихся требованиям федерального государственного образовательного стандарта ФГОС ВО по ОПОП.

ФОС предназначен для решения задач контроля достижения целей реализации ОПОП ВО и обеспечения соответствия результатов обучения области, сфере, объектам профессиональной деятельности, области знаний и типам задач профессиональной деятельности.

3. Перечень оценочных средств, используемых для оценивания сформированности компетенций, критерии и шкалы оценивания в рамках изучения программы.

Темы для подготовки к итоговому экзамену

Правильный ответ отмечен жирным курсивом

Поликлиническая терапия

1. Какие основные задачи поликлиники?

1. оказание квалифицированной медицинской помощи населению непосредственно в поликлинике и на дому;
2. организация и проведение комплекса профилактических мероприятий и диспансеризации населения;
3. организация и проведение мероприятий по санитарно- гигиеническому воспитанию населения и пропаганде здорового образа жизни;
4. **все вышеперечисленные.**

2.Какие виды деятельности должен освоить врач общей практики?

1. профилактика, диагностика, лечение наиболее распространенных заболеваний;
2. выполнение медицинских манипуляций;
3. оказание неотложной помощи;
4. **все вышеперечисленные.**

3.Какой по форме и виду медицинский профилактический осмотр проводится, поступающего на работу?

1. периодический – по группам диспансерного наблюдения и по текущей обращаемости;
2. **предварительный – осмотр при поступлении на работу;**
3. индивидуальный;
4. массовый.

4.При работе с вредными, опасными веществами и производственными факторами какие исследования являются обязательными при медицинских профилактических осмотрах?

1. **общий анализ крови;**
2. **флюорография грудной клетки;**

3. **осмотр гинеколога с проведением бактериологического и цитологического исследований;**
4. спирография.

5. Кто из указанных медицинских работников имеет право на выдачу листка нетрудоспособности?

1. частнопрактикующий врач;
2. **фельдшер здравпункта;**
3. врач станции скорой медицинской помощи;
4. врач станции переливания крови.

6. В каких случаях частнопрактикующий врач имеет право на выдачу листка нетрудоспособности?

1. ни в каких случаях не имеет права;
2. в любых на общих основаниях;
3. **при наличии лицензии на это право, без ограничения срока – до выздоровления;**
4. при наличии у него лицензии на это право, в пределах средних сроков но не более 30 дней, с последующим направлением на КЭК.

7. Какой документ временной нетрудоспособности следует выдать пациенту приехавшему в гости из другого города России?

1. никакой;
2. листок нетрудоспособности без разрешения главного врача;
3. справку произвольной формы;
4. **листок нетрудоспособности с разрешения главного врача ЛПУ.**

8. На какой день временной нетрудоспособности должно быть получено разрешение главного врача на выдачу листка нетрудоспособности иногороднему пациенту?

1. в любой день нетрудоспособности;
2. **в первый день решения вопроса о выдаче листка нетрудоспособности;**
3. при закрытии листка нетрудоспособности;
4. **разрешение получать не нужно.**

9. Может ли быть выдан листок нетрудоспособности безработному пациенту?

1. не может;
2. можно только при острых заболеваниях;
3. можно при госпитализации;
4. **при наличии документа о взятии на учет по безработице.**

10. Для проведения какого обследования может быть выдан листок нетрудоспособности?

1. ультразвуковое исследование органов брюшной полости;
2. компьютерная томография;
3. ректороманоскопия;
4. **гастродуоденоскопия с биопсией.**

11. Какой документ удостоверяет временную нетрудоспособность при бытовой травме?

1. листок нетрудоспособности;
2. **справка о бытовой травме;**
3. никакой;
4. справка произвольной формы.

12. Что из перечисленного не считается нарушением режима?

1. несоблюдение предписанного режима;
2. **отказ от госпитализации;**
3. несвоевременная явка на прием к врачу;
4. самовольный уход из стационара.

13. На какой срок врач имеет право выдать листок нетрудоспособности одновременно при заболевании и травме?

1. до 5 дней;

2. до 10 дней;
3. до 15 дней;
4. до 20 дней.

14. На какой срок при заболевании и травме врач имеет право продлить листок нетрудоспособности единолично?

1. не превышающий 10 дней;
2. не превышающий 20 дней;
3. **не превышающий 30 дней;**
4. не превышающий 40 дней.

15. Какой документ, удостоверяющий временную нетрудоспособность, выдается пациенту в случаях, когда заболевание или травма явились следствием алкогольного, наркотического опьянения?

1. листок нетрудоспособности с соответствующей пометкой о факте опьянения в амбулаторной карте или истории болезни и листке нетрудоспособности;

2. справка произвольной формы;
3. справка установленной формы;
4. документ не выдается.

Поликлиническая терапия

(Кардиология)

1. На диспансерных больных обязательно оформляются документы:

1. **форма 70/у и 72/у;**
2. форма 25/у и 30/у;
3. форма 39/у и 95/у;
4. форма 31/у и 88/у;
5. форма 17/у и 31/у.

2. Какое исследование не является обязательным при диспансеризации населения:

1. общий анализ крови;
2. **исследование мочи на белок;**
3. флюорография органов грудной клетки;
4. осмотр гинеколога для женщин;
5. спирография.

3. Как часто осматриваются больные стенокардией при диспансерном наблюдении:

1. 2-4 раза в год и чаще в зависимости от тяжести;
2. **1-2 раза в год;**
3. 3 раза в год;
4. 6 раз в год;
5. 4 раза в год.

4. Какие исследования не являются обязательными (назначаются только по показаниям) при диспансеризации больных со стенокардией:

1. общий анализ крови – 1 раз в год;
2. липиды крови – 2 раза в год;
3. АЛТ, АСТ, КФК – 2 раза в год;
4. ЭКГ – 2-3 раза в год.

5. Велоэргометрия – 3 раза в год в зависимости от тяжести состояния.

5. При диспансеризации больных с артериальной гипертензией обязательными исследованиями являются:

1. общий анализ мочи – 2 раза в год;
2. креатинин – не реже 1 раза в год;
3. ЭКГ – не реже 1 раза в год;
4. липиды крови – не реже 1 раза в год
5. **все перечисленное.**

6. Как часто осматриваются в поликлинике пациенты, перенесшие пневмонию, окончившуюся полным выздоровлением?

1. **через 10 дней, 20 дней и 1 мес;**
2. через 3, 6 и 12 мес;
3. через 1, 3, 6 и 12 мес;

4. через 1, 3, 6 мес;

5. через 1, 2, 3 мес.

7. Как часто осматриваются пациенты, перенесшие затяжную пневмонию?

1. через 10, 20 дней и 1 мес;

2. через 3, 6 и 12 мес;

3. через 1, 3, 6 и 12 мес;

4. через 1, 3, 6 мес;

5. через 1, 2, 3 мес.

8. Какова кратность диспансерных осмотров больных хронической обструктивной болезнью легких с редкими обострениями без ДН?

1. 1 раз в год;

2. 2 раза в год;

3. 3 раза в год;

4. 4 раза в год;

5. 1 раз в 2 года.

9. Какие специалисты обязательно привлекаются к осмотру больных хронической обструктивной болезнью легких?

1. пульмонолог, онколог;

2. аллерголог, кардиолог;

3. фтизиатр, физиотерапевт;

4. эндокринолог, окулист;

5. отоларинголог, стоматолог.

10. Какова кратность наблюдения при диспансеризации больных бронхиальной астмой легкой и средней тяжести:

1. 1-2 раза в год;

2. 2-3 раза в год;

3. 4-6 раз в год;

4. 1 раз в 2 месяца;

5. 1 раз в месяц.

11. Какое исследование является обязательным при диспансеризации больных гормонозависимой бронхиальной астмой:

1. бронхоскопия – 1 раз в год;

2. аллергологическое обследование – 1 раз в год;

3. калий, натрий, кальций сыворотки крови – 2 раза в год;

4. АЛТ, АСТ сыворотки крови – 2 раза в год;

5. Анализ крови и мочи на сахар – 2 раза в год.

12. Как часто проводится гастродуоденоскопия при диспансеризации больных язвенной болезнью желудка:

1. 2 раза в год (весной и осенью);

2. 1 раз в год и при обострении;

3. 1 раз в год;

4. при обострении;

5. 3 раза в год.

13. Какие специалисты обязательно привлекаются к осмотру больных язвенной болезнью желудка с частыми рецидивами:

1. хирург;

2. онколог;

3. фтизиатр;

4. эндокринолог;

5. отоларинголог

14. Какие специалисты обязательно привлекаются к осмотру больных язвенной болезнью 12 перстной кишки с частыми рецидивами:

1. хирург;

2. онколог.

3. фтизиатр;

4. эндокринолог;

5. отоларинголог

15. Какова кратность наблюдения при диспансеризации пациентов, перенесших острый гломерулонефрит:

1. 1 раз в год;
2. 2 раза в год;
3. 3 раза в год;
- 4. 4 раза в год;**
5. 6 раз в год.

Поликлиническая терапия (Гематология)

1) Для железодефицитной анемии характерно

1. гиперхромия, микроцитоз
2. гипохромия, макроцитоз, мишеневидные эритроциты
- 3. гипохромия, микроцитоз, повышение железосвязывающей способности сыворотки***
4. гипохромия, микроцитоз, понижение железосвязывающей способности сыворотки

2) Для диагностики В12-дефицитной анемии необходимо выявить

1. гиперхромную, гиперрегенераторную, макроцитарную анемию
2. гиперхромную, гипорегенераторную, микроцитарную анемию
3. гипохромную, гипорегенераторную, макроцитарную анемию
- 4. гиперхромную, гипорегенераторную, макроцитарную анемию***

3) При лечении витамином В12

1. ретикулоцитарный криз развивается через 2 недели лечения
2. ретикулоцитарный криз развивается через 12-24 часа от начала лечения
- 3. ретикулоцитарный криз развивается на 5-8-й день от начала лечения***
4. ретикулоцитарный криз развивается 2-4 дня после лечения

4) Нормальный показатель уровня гемоглобина крови

1. 100-120 г/л
- 2. 120-150 г/л***
3. 140-160 г/л
4. 150-170 г/л

5) При В12-дефицитной анемии в клиническом анализе крови цветной показатель

1. 0,8-1,05
- 2. меньше 0,8**
- 3. больше 1,05***

6) После начала введения витамина В12 при В12 дефицитной анемии в крови наблюдается

1. бластный криз
2. лейкоцитарный криз
3. эритроцитарный криз
- 4. ретикулоцитарный криз***

7) Нормальный показатель количества эритроцитов в клиническом анализе крови

1. 4-9 *10¹²
- 2. 3,9-5,0 * 10¹² ***
3. 4-9 *10⁹
4. 3,9-5,0 * 10⁹

8) Для клинической картины анемии не характерно

1. слабость, вялость, утомляемость
2. систолический шум в сердце
- 3. повышение температуры тела выше 380 С.***
4. одышка, тахикардия
5. бледность кожи и слизистых
6. сухость кожи, ломкость ногтей, выпадение волос

9) Основные симптомы при анемии связаны с

1. интоксикацией
- 2. гипоксемией ***
3. мальабсорбцией
4. нарушением водно-электролитного баланса

10) В организме взрослого человека

1. содержится 2-5 г железа

- 2. содержится 4-5 г железа***
- 3. содержится 10-12 г железа
- 4. содержится 25-30 г железа
- 11) В гемоглобине содержится
 - 1. 10% имеющегося в организме железа
 - 2. 30% имеющегося в организме железа
 - 3. 60% имеющегося в организме железа***
 - 4. 90% имеющегося в организме железа
- 12) Суточная потеря железа в организме
 - 1. 1.1-2 мг ***
 - 2. 2.8-10 мг
 - 3. 3.20-25 мг
 - 4. 4.25-50 мг
- 13) Наиболее частая причина железодефицитной анемии
 - 1. атрофический гастрит
 - 2. глистные инвазии
 - 3. хронические кровопотери ***
 - 4. алиментарные причины
 - 5. диарея
- 14) Суточная абсорбция железа в тонком кишечнике составляет
 - 1. 1,5-2мг ***
 - 2. 5-10мг
 - 3. 15-20мг
 - 4. 25-50мг
- 15) Препараты железа назначаются
 - 1. на срок 1-2 недели
 - 2. длительно, в течение 4-5 месяцев
 - 3. до нормализации гемоглобина, 2 недели для депо железа и далее курсами.***
 - 4. сроком на 1 месяц
- 16) Клиническими проявлениями фолиеводефицитной анемии являются
 - 1. кровотечения
 - 2. анемический синдром***
 - 3. признаки фуникулярного миелоза
 - 4. инфекционные осложнения
- 17) Внутренний фактор Кастла образуется в
 - 1. фундальной области желудка***
 - 2. двенадцатиперстной кишке
 - 3. сыворотке крови
 - 4. стенке тонкого кишечника
- 18) Причина развития фуникулярного миелоза
 - 1. дефицит фолиевой кислоты
 - 2. нарушение метаболизма метилмалоновой кислоты ***
 - 3. повышенная продукция арахидоновой кислоты
 - 4. недостаток янтарной кислоты
- 19) Механизм желтушности кожных покровов при мегалобластических анемиях
 - 1. поражение печени
 - 2. холестаза
 - 3. образование непрямого билирубина при гемолизе эритроцитов ***
- 20) Роль витамина В12 в кроветворении
 - 1. образование ДНК и РНК при созревании клеток миелоидного ряда ***
 - 2. образование ДНК и РНК при созревании клеток лимфоидного ряда
 - 3. образование гема
 - 4. образование глобина
- 21) При В12-дефицитной анемии в миелограмме наиболее характерны следующие изменения
 - 1. бластов более 30 %
 - 2. угнетение всех ростков кроветворения
 - 3. мегалобластический тип кроветворения***
 - 4. преобладание клеток эритроидного ряда

22) Наиболее информативный показатель для подтверждения диагноза железодефицитной анемии

1. уровень сывороточного железа крови
2. общая железосвязывающая способность сыворотки крови
3. уровень гемоглобина в клиническом анализе крови
4. цветной показатель

5. ферритин *

23) Для фолиеводефицитной анемии характерно

1. гиперхромный тип анемии*

2. повышение содержания метилмалоновой кислоты в моче
3. повышение фолатов в крови
4. уменьшение дезоксирибонуклеазы в крови

24) Основное количество железа в организме человека всасывается в желудке.

1. в нисходящем отделе ободочной кишки.
- 2. в двенадцатиперстной и тощей кишках. ***
3. в подвздошной кишке.
4. в восходящем отделе ободочной кишки
5. в слепой кишке.

25) Железо всасывается лучше всего

1. в форме ферритина.
2. в форме гемосидерина.
- 3. в форме гема.***
4. в виде свободного трехвалентного железа.
5. в виде свободного двухвалентного железа.

26) Причиной железодефицитной анемии у беременной женщины может быть

1. имевшийся ранее латентный дефицит железа *

2. многоплодная беременность
3. несовместимость с мужем по системе АВО

27) Беременной женщине с хронической железодефицитной анемией следует :

1. принимать внутрь препарат железа до родов и весь период кормления ребенка грудью *

2. перелить эритроцитарную массу перед родами
3. вводить Ferrum Lek внутримышечно

28) Самой частой причиной железодефицитной анемией у мужчин является:

1. кровопотеря из желудочно-кишечного тракта*

2. гломусные опухоли
3. алкогольный гепатит
4. гематурическая форма гломерулонефрита

29) Генез железодефицитной анемии у женщин можно непосредственно связать со следующими данными анамнеза:

1. резекцией желудка
- 2. большим количеством детей (родов) ***
3. нефрэктомией
4. гипосекреторным гастритом

30) При железодефицитной анемии характерны изменения языка:

1. “малиновый” язык
- 2. “лакированный” язык**
- 3. атрофия сосочков***
4. географический язык
5. следы зубов на языке

Инфекционные болезни

1. Укажите правильное утверждение.

Сочетание расстройств зрения в виде «тумана перед глазами», диплопии, общей слабости, резкой сухости во рту характерно для:

- А. псевдотуберкулеза
- Б. пищевой токсикоинфекции
- В. ботулизма**
- Г. сальмонеллеза

Д. столбняка

2. Укажите правильное утверждение.

Лихорадка, схваткообразные боли в низу живота, частый жидкий стул с примесью слизи характерны для:

- А. амебиаза
- Б. пищевой токсикоинфекции
- В. холеры
- Г. псевдотуберкулеза
- Д. дизентерии**

3. Укажите правильное утверждение.

Гиперестезия, брадикардия, расстройство дыхания, клонические судороги, гипертермия являются признаками:

- А. гиповолемического шока
- Б. синдрома Уотерхауза-Фридериксена
- В. инфекционно-токсического шока
- Г. отека-набухания головного мозга**
- Д. бульбарной формы полиомиелита

4. Заболевание, начавшееся с общей слабости, головной боли, боли в эпигастрии, рвоты с последующим развитием офтальмоплегического синдрома, укладывается в клинику:

- А. ГЛПС
- Б. столбняка
- В. сальмонеллеза
- Г. лептоспироза
- Д. ботулизма**

5. Укажите правильное утверждение.

Боли и болезненность икроножных мышц являются характерным симптомом:

- А. псевдотуберкулеза
- Б. лептоспироза**
- В. бруцеллеза
- Г. бешенства
- Д. столбняка

6. Укажите правильное утверждение.

Сочетание высокой лихорадки, сильной головной боли, увеличения печени и селезенки с наличием розеолезно-петехиальной сыпи на туловище и сгибательных поверхностях конечностей характерно для:

- А. клещевого сыпного тифа
- Б. брюшного тифа
- В. паратифа А
- Г. вшиного сыпного тифа**
- Д. псевдотуберкулеза

7. Укажите правильное утверждение.

8. Сочетание лихорадки с геморрагическим синдромом дает основания для обследования на:

- А. трихинеллез
- Б. лептоспироз**
- В. трихоцефалез
- Г. сальмонеллез
- Д. Туляремию

9. Заболевание, сопровождающееся резкой интоксикацией, болями в животе, частым жидким зловонным стулом, напоминающим «болотную тину» вероятнее всего является:

- А. холерой
- Б. дизентерией
- В. амебиазом
- Г. сальмонеллезом**
- Д. иерсиниозом

10. Заболевание, возникшее поздней осенью у жителя пригородной зоны Кобрина, сопровождающееся высокой температурой, головной болью, рвотой, гиперемией лица и шеи, болями в пояснице, скорее всего, укладывается в клинику:

- А. клещевого сыпного тифа
- Б. клещевого энцефалита В. ГЛПС
- Г. брюшного тифа
- Д. клещевого боррелиоза**

11. Заболевание, возникшее в теплое время года в сельской местности и сопровождающееся лихорадкой, головной болью, макуло-папулезной сыпью, наличием инфильтрата на коже с некрозом в центре, укладывается в клинику:

- А. сыпного тифа
- Б. кори**
- В. скарлатины
- Г. клещевого энцефалита Д. клещевого сыпного тифа

12. Заболевание, сопровождающееся резкой интоксикацией, высокой лихорадкой, болями в груди, кашлем с кровавистой мокротой и скудными физикальными данными со стороны легких, скорее всего является:

- А. туляремией
- Б. чумой
- В. сыпным тифом
- Г. легионеллезом**
- Д. Орнитозом

13. Заболевание, возникшее остро, сопровождающееся лихорадкой, головной болью, болями в животе схваткообразного характера, жидким стулом с примесью значительного количества слизи, с прожилками крови, болезненностью по ходу нисходящего отдела толстого кишечника, клинически следует расценивать, как:

- А. амебную дизентерию
- Б. пищевую токсикоинфекцию
- В. ботулизм
- Г. дизентерию**
- Д. сальмонеллез

14. Заболевание, возникшее через 12 часов после употребления сырого утиного яйца, сопровождающееся резкой интоксикацией, высокой температурой, болями в животе, рвотой, частым жидким стулом зеленоватого цвета с небольшим количеством слизи и очень неприятным запахом, клинико-эпидемиологически должно быть расценено, как:

- А. холера
- Б. амебиаз
- В. дизентерия**
- Г. сальмонеллез
- Д. балантидиаз

15. Заболевание, сопровождающееся на 5-й день болезни выраженной интоксикацией, высокой температурой, болями в суставах, одутловатостью и гиперемией лица, гиперемией шеи, кистей и стоп, урчанием и болезненностью в илеоцекальной области, ярко-красной сыпью на туловище и конечностях, укладывается в клинику:

- А. сальмонеллеза
- Б. брюшного тифа
- В. псевдотуберкулеза
- Г. трихинеллеза**
- Д. сыпного тифа

Выберите один правильный ответ

- 1) Больная 45 лет, оперированная по поводу узловой формы фиброзно-кистозной мастопатии, должна наблюдаться
 - a) Диспансерное наблюдение не требуется
 - b) У гинеколога по месту жительства**
 - c) У онколога в онкологическом диспансере
 - d) У онколога по месту жительства
 - e) У хирурга по месту жительства

- 2) Перевод онкологического больного с IV стадией заболевания (после лечения) в III клиническую группу возможен
 - a) Верно**
 - b) Не верно

- 3) К III клинической группе относят:
 - a) больных с неясной клинической картиной при наличии подозрения на злокачественное новообразование
 - b) больных, с предраковыми заболеваниями
 - c) больных, подлежащих радикальному лечению
 - d) больных, неподлежащих специализированному лечению
 - e) онкологических больных, излеченных от опухоли**

- 4) Ко II клинической группе относят:
 - a) больных с неясной клинической картиной при наличии подозрения на злокачественное новообразование
 - b) больных, с предраковыми заболеваниями
 - c) больных, подлежащих радикальному лечению**
 - d) больных, неподлежащих специализированному лечению
 - e) онкологических больных, излеченных от опухоли

- 5) Критерий T_x обозначает:
 - a) карцинома in situ
 - b) метастатическое поражение лимфоузлов
 - c) отсутствие данных о первичной опухоли
 - d) первичная опухоль не может быть оценена**
 - e) увеличение размеров и/или степени распространенности первичной опухоли

Выберите все правильные ответы

- 6) У больной диагностирован рак молочной железы в III стадии, какие документы необходимо заполнить:
 - a) форму № 027-1/у-03 "Протокол на случай выявления у больного запущенной формы злокачественного новообразования"
 - b) форму N 030/у-03-онко "Контрольная карта диспансерного наблюдения (онко)"**
 - c) форму № 090/у-03 «Извещение о впервые установленном случае злокачественного новообразования»**

- 7) Этапы маршрутизации больного с диагнозом рак желудка, выявленном на проф. осмотре:
 - a) врач онколог первичного онкологического кабинета**
 - b) врач онколог регионального онкологического диспансера**
 - c) врач терапевт поликлиники по месту жительства
 - d) врач хирург поликлиники по месту жительства
 - e) стационар онкологического диспансера**

- 8) Основные задачи международной классификации опухолей по системе TNM:
- а) контроль за злокачественными новообразованиями
 - б) оценка распространения опухолевого процесса
 - в) оценка результатов лечения
 - г) планирование лечения
 - д) унификация данных об онкологических больных
- 9) Основные правила классификации новообразований любой локализации:
- а) необходимость гистологического подтверждения диагноза
 - б) полное обследование больного согласно алгоритмам
 - в) учет клинических проявлений
 - г) учет наследственного анамнеза
 - д) учет профессиональных вредностей

Установите правильную последовательность

- 10) Этапы маршрутизации диагностики и лечения онкологического больного:
- а) врач-онколог первичного онкологического кабинета/отделения
 - б) врач первичного звена
 - в) министерство здравоохранения
 - г) НИИ онкологии
 - д) окружной онкологический диспансер
 - е) территориальный онкологический диспансер

Ответ: б, а, в, е, г, д, в.

Оцените правильность каждого утверждения и наличия логической связи между ними, если оба утверждения правильные. Выберите правильный ответ по следующей схеме.

Ответ	Первое утверждение	Второе утверждение
1	Правильное	Правильное, является обоснованием первого утверждением
2	Правильное	Правильное, не является обоснованием первого утверждения
3	Правильное	Неправильное
4	Неправильное	Правильное
5	Неправильное	Неправильное

- 11) Так как скрининговые программы по большинству злокачественных опухолей несовершенны, медицинская грамотность населения низкая, то в дальнейшем будет наблюдаться рост показателей онкологической заболеваемости и смертности.

Ответ: 3.

Установите соответствие:

для каждого вопроса – один или несколько правильных ответов, каждый ответ может быть использован один раз, несколько раз или не использован совсем.

- 12) Признаки опухолей:

- | | |
|----------------------|------------------------------|
| 1) Доброкачественные | а) метастазируют |
| 2) Злокачественные | б) рецидивируют |
| | в) экспансивный рост |
| | г) инфильтративный рост |
| | д) склонность к малигнизации |

Ответ: 1-в, г, д, 2-а, б, в

- 13) Распространение опухолевого процесса соответственно стадии:

- | | |
|--------------|-------------------------------------|
| 1) 0 стадия | а) карцинома in situ |
| 2) I стадия | б) местно распространённые опухоли |
| 3) II стадия | в) опухоли, не выходящие за пределы |

- | | |
|---------------|---|
| 4) III стадия | органа, из которого они
происходят |
| 5) IV стадия | d) опухоли с поражением
регионарных лимфатических
узлов относят к стадии
е) опухоли с отдалёнными
метастазами |

Ответ: 1 а, 2 с, 3b, с, 4 d, 5 е

Ответьте на вопрос

14) Классификационная единица диспансерного учета онкологических больных _____

Ответ: клиническая группа

15) Длительность диспансерного наблюдения больного с диагнозом злокачественная опухоль _____

Ответ: пожизненно.

Практические задания к итоговому экзамену (примеры)

Примеры ситуационных клинических задач

СИТУАЦИОННАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА № 1

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Пациент 45 лет, по профессии программист, обратился к участковому врачу с жалобами на боли в эпигастральной области, преимущественно натощак и в ночное время, заставляющие его просыпаться, а также на почти постоянную изжогу, чувство тяжести и распирания в эпигастральной области после приёма пищи, изжогу, отрыжку кислым, тошноту.

Из анамнеза известно, что пациент много курит, злоупотребляет кофе, питается нерегулярно. Часто бывают обострения хронического фарингита. Болен около трех лет. Не обследовался, лечился самостоятельно (принимал фитотерапию).

При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ 32,0 кг/м². Кожные покровы чистые, обычной окраски. Температура тела нормальная. Зев – миндалины, задняя стенка глотки не гиперемированы. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 70 уд.в мин., АД – 120/80 мм рт.ст. Живот участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области, напряжения мышц живота нет, симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

ЭФГДС: пищевод свободно проходим, утолщены продольные складки, очаговая гиперемия слизистой дистального отдела пищевода, кардия смыкается не полностью. В желудке натощак содержится небольшое количество светлой секреторной жидкости и слизи. Складки слизистой оболочки желудка утолщены, извитые. Луковица 12-перстной кишки деформирована, на задней стенке выявляется дефект слизистой до 0,5 см в диаметре. Края дефекта имеют чёткие границы, гиперемированы, отёчны. Дно дефекта покрыто фибринозными наложениями белого цвета. Постбульбарные отделы без патологии. Уреазный тест на наличие *H. pylori* – положительный.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какое лечение Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.
5. Необходимо ли взять пациента на диспансерный учет? Что нужно назначить пациенту в качестве профилактической терапии «по требованию» при появлении симптомов, характерных для обострения язвенной болезни?

ОТВЕТ

1. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, ассоциированная с *Helicobacter pylori*, одиночная малая (0,5 см) язва задней стенки луковицы двенадцатиперстной кишки впервые выявленная, рубцово-язвенная деформация луковицы двенадцатиперстной кишки. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), I стадия. Хронический фарингит стадия ремиссии. Ожирение I ст.

2. У пациента имеются голодные боли, ночные боли, изжога, которые характерны для язвенной болезни 12-перстной кишки. Диагноз подтверждают данные ЭФГДС: луковица 12-перстной кишки деформирована, на задней стенке выявляется дефект слизистой до 0,5 см в диаметре. Края дефекта имеют четкие границы, гиперемированы, отечны. Дно дефекта покрыто фибринозными наложениями белого цвета. Ассоциация язвенной болезни с *Helicobacter pylori* определена по положительному уреазному тесту. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), I стадия выставлена на основании жалоб на изжогу, отрыжку кислым; наличия факторов риска: хронического фарингита у пациента (данные анамнеза), при обследовании выявлено ожирение I степени; данных ЭФГДС – пищевод свободно проходим, утолщены продольные складки, очаговая гиперемия слизистой дистального отдела пищевода (изменения соответствуют I стадии ГЭРБ). Ожирение I ст. выставлено на основании показателя индекса массы тела - 32,0 кг/м², который соответствует I ст. ожирения.

3. Пациенту с целью исключения осложнений рекомендовано следующее обследование: полный гематологический анализ крови, трансаминазы (АЛТ, АСТ), сахар крови, креатинин крови. Проведение ЭКГ для дифференциального диагноза с ИБС; УЗИ брюшной полости для исключения сопутствующей патологии; для уточнения степени воспаления и выявления метаплазии – цитологическое и гистологическое исследование биоптата краёв язвы и слизистой в месте поражения пищевода, суточная внутрипищеводная рН-метрия для уточнения характера рефлюктата. Консультация врача-хирурга - по показаниям (при наличии осложнения язвенной болезни), врача-онколога – при подозрении на злокачественный характер изъязвления. Консультация врача-отоларинголога для уточнения стадии хронического фарингита.

4. Трёхкомпонентная схема эрадикации *Helicobacter pylori*: ИПП в стандартной дозе (Омепразол – 20 мг, Лансопразол – 30 мг, Рабепразол – 20 мг или Эзоменпрозол – 20 мг); Кларитромицин - 500 мг; Амоксициллин - 1000 мг или Метронидазол (МТР) - 500 мг. Все препараты назначить 2 раза в день, длительностью не менее 10-14 дней. При неэффективности данной терапии назначается квадротерапия. Учитывая наличие ГЭРБ необходимо назначить прокинетики, которые стимулируют опорожнение желудка: Итоприда гидрохлорид. Итоприда гидрохлорид усиливает пропульсивную моторику ЖКТ за счёт антагонизма с допаминовыми D2- рецепторами и дозозависимого ингибирования активности ацетилхолинэстеразы. Активирует высвобождение ацетилхолина и подавляет его разрушение. Оказывает специфическое действие на верхний отдел ЖКТ, ускоряет транзит по желудку и улучшает его опорожнение. Назначается по 50 мг 3 раза до еды. Через 14 дней продолжить прием ИПП в стандартной дозе ещё 2-5 недель для эффективного заживления язвы под контролем ФГДС.

5. Все пациенты с язвенной болезнью и ГЭРБ должны состоять на диспансерном учёте. Рекомендуются немедикаментозная терапия с учётом сочетания язвенной болезни с ГЭРБ: 1) избегать обильного приёма пищи; 2) после приёма пищи избегать наклонов вперёд и горизонтального положения; последний приём пищи не позднее, чем за 3 часа до сна; 3) ограничить приём продуктов, снижающих давление нижнего пищеводного сфинктера и оказывающих раздражающее действие на слизистую оболочку пищевода: богатых жирами (цельного молока, сливок, тортов, пирожных), жирной рыбы и мяса, алкоголя, кофе, крепкого чая, шоколада, цитрусовых, томатов, лука, чеснока, жаренных блюд; отказаться от газированных напитков; 4) спать с приподнятым головным концом кровати; 5) исключить нагрузки, повышающие внутрибрюшное давление – не носить тесную одежду и тугие пояса, корсеты, не поднимать тяжести более 8-10 кг на обе руки, избегать физических нагрузок, связанных с перенапряжением брюшного пресса; 6) отказаться от курения; нормализовать и поддерживать массу тела в норме. Профилактическую терапию «по требованию» назначают при появлении симптомов, характерных для обострения язвенной болезни. Показано назначение Омепразола в полной суточной дозе (40 мг) в течение 2-3 дней, а затем в половинной дозе (20 мг) в течение двух недель.

СИТУАЦИОННАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА № 2.

Инструкция: **ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

Больной Ф. 78 лет вызвал участкового врача на дом с жалобами на приступы сердцебиения, перебои в работе сердца, которые сопровождаются слабостью, одышкой. Приступы аритмии стали беспокоить последние шесть месяцев, продолжительностью несколько минут, проходят самостоятельно при перемене положения тела.

Из анамнеза известно, что последние несколько лет стала снижаться память, редко отмечает повышение АД до 160/90 мм рт. ст. Перенесённые заболевания: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, очаговая пневмония. В настоящее время – пенсионер, работал преподавателем в вузе. Вредных привычек не имеет.

При осмотре состояние больного средней тяжести. Телосложение правильное, рост – 168 см, вес – 70 кг.

Форма грудной клетки коническая, дыхание свободное через нос. Заметна пульсация шейных вен. ЧД – 17 уд/мин. При перкуссии звук ясный, лёгочный, границы лёгких в пределах нормы. При аускультации дыхание жёсткое, хрипов нет.

Система кровообращения. Границы относительной сердечной тупости: правая – правый край грудины, левая – на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии, верхняя - верхний край III ребра. При аускультации тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 112 уд/мин, дефицит пульса. АД – 130/80 мм рт. ст.

Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень не пальпируется, размеры по Курлову – 9x8x7 см.

Общий анализ крови и мочи без патологии. В биохимическом анализе крови определяется высокий уровень холестерина.

Записана ЭКГ: зубцы Р во всех отведениях отсутствуют. Между комплексами QRS, мелкие волны «f», частота желудочков 110-150 в минуту.

Вопросы:

1. Какое нарушение ритма у больного?
2. С какими наджелудочковыми аритмиями необходимо провести дифференциальный диагноз.
3. Какие дополнительные методы обследования вы назначите больному? Обоснуйте ответ.
4. На основании каких параметров оценивается риск развития инсульта и системных тромбоэмболий (ТЭО) у данного больного? Является ли необходимым назначение антикоагулянтов у данного больного?
5. Перечислите, что относится к сердечно-сосудистым и другим состояниям, ассоциирующимся с фибрилляцией предсердий; назовите какие состояния ассоциируются с развитием фибрилляции предсердий у данного больного.

ОТВЕТ

1. На основании ЭКГ, зарегистрированной во время приступа аритмии, у больного пароксизмальная форма фибрилляции предсердий, тахисистолический вариант.

2. Предсердная тахикардия, трепетание предсердий, частая предсердная экстрасистолия, двойное антеградное проведение через атрио-вентрикулярный узел. Могут характеризоваться частыми нерегулярными интервалами RR и имитировать фибрилляцию предсердий.

3. Суточное мониторирование ЭКГ для выявления формы нарушения ритма сердца.

4. Определение риска развития инсульта и системных тромбоэмболий проводится согласно шкале CHA2DS2-VASc. С учётом возраста пациента, наличия АГ риск ТЭО по шкале CHA2DS2-VASc > 2 баллов (3 балла), что является основанием для назначений антикоагулянтной терапии.

5. С фибрилляцией предсердий ассоциируются: структурное заболевание сердца, возраст, артериальная гипертензия, клинически выраженная сердечная недостаточность, тахиаритмическая кардиомиопатия, поражение клапанов сердца, первичные кардиомиопатии, ишемическая болезнь сердца, нарушение функции щитовидной железы, избыточная масса тела и ожирение, сахарный диабет, хроническая обструктивная болезнь лёгких, апноэ во время сна, хроническая болезнь почек. Из известных на момент осмотра больного состояний, ассоциирующихся с фибрилляцией предсердий, являются возраст и артериальная гипертензия.

СИТУАЦИОННАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА № 3.

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Больной 25 лет, водитель, обратился к участковому терапевту с жалобами на появление эпизодов удушья с затрудненным выдохом, кашель с трудно отделяемой мокротой практически ежедневно. Приступы удушья возникают 2-3 раза в неделю чаще ночью и проходят спонтанно через час с исчезновением всех симптомов. Незначительная одышка при физической нагрузке. Лекарства не принимал. Считает себя больным около 3 мес. За медицинской помощью обратился впервые. С детства частые бронхиты с обострениями в весенне-осенний периоды. Другие хронические заболевания отрицает. Операций, травм не было. Курит по 1,5 пачки в день 5 лет. У матери бронхиальная астма, у отца гипертоническая болезнь.

Аллергологический анамнез не отягощён. Профессиональных вредностей не имеет.

При физикальном осмотре: состояние больного лёгкой степени тяжести. Температура тела 36,7°C. Кожные покровы чистые, влажные. Рост 175 см, вес 81 кг. Периферические л/узлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. Грудная клетка нормостеническая. При пальпации грудная клетка безболезненна. ЧД – 18 в минуту. При перкуссии – ясный лёгочный звук. Границы относительной тупости сердца: в пределах нормы. При аускультации – дыхание везикулярное, проводится во все отделы, выслушивается небольшое количество сухих, рассеянных, высокодискантных хрипов. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс 80 уд/мин удовлетворительного наполнения и напряжения. АД – 120/80 мм рт.ст. При

пальпации живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 10х9х7 см. Дизурических явлений нет.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.
2. Составьте план лабораторно-инструментального обследования.
3. План лечебных мероприятий.
4. Проведение врачебно-трудовой экспертизы (ВТЭ), противопоказанные виды труда.
5. Укажите показания к неотложной госпитализации у пациента

ОТВЕТ

1. Неаллергическая бронхиальная астма, среднетяжёлое течение, впервые выявленная, неконтролируемая. Дыхательная недостаточность I степени.

2. План обследования: клинический анализ крови; ЭКГ, спирометрия; рентгенография органов грудной клетки в двух проекциях; общий анализ мокроты; консультация врача-пульмонолога.

3. План лечения: отказ от курения; с целью купирования приступа заболевания ингаляционно применять β_2 -адреномиметики короткого действия (Сальбутамол или Фенотерол). Для постоянного приёма - комбинация низких доз ингаляционных ГКС (Флутиказон 100-250 мкг/сут, Будесонид 200-400 мкг/сут или Беклометазон дипропионат 200-500 мкг/сут) с длительно действующими β_2 -агонистами (Салметерол 100 мкг/сут или Формотерол 9-18 мкг/сут). Обучение навыкам самоведения бронхиальной астмы.

4. Временно нетрудоспособен. Выдать ЛН на 3-4 дня. Нетрудоспособность при среднетяжёлом течении бронхиальной астмы продолжается до стабилизации процесса. Противопоказан тяжёлый физический труд, контакт с токсическими веществами, работа в неблагоприятных метеорологических условиях, длительные командировки, работа в горячих цехах, длительная ходьба, профессиональная речевая нагрузка. Рациональное трудоустройство через ВК.

5. Неудовлетворительный ответ на лечение (ОФВ1 < 50% от должного после применения бронходилататоров). Симптомы обострения астмы нарастают, или отсутствует положительная динамика в течение 3 часов с момента начала неотложных лечебных мероприятий. Не наблюдается улучшения в течение 4-6 часов после начала лечения системными глюкокортикостероидами.

СИТУАЦИОННАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА № 4.

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Пациент А.Т. 49 лет, инженер, обратился к участковому терапевту с жалобами на эпизодическое повышение АД до 150/90-160/95 мм рт. ст., сопровождающееся головными болями в затылочной области. По совету своих знакомых при плохом самочувствии, связанном с высоким АД, принимает эналаприл по 10 мг. Кроме того, в последние 2-3 мес. стал отмечать появление ноющих болей в области икроножных мышц при ходьбе на расстоянии 250-300 метров, купирующихся в покое. Считает себя больным около 2-х лет, когда впервые появились вышеуказанные жалобы. Ранее не обследовался. Систематической терапии не получает. Максимальные цифры АД – 170/100 мм рт ст. Около 10 лет назад была выявлена язвенная болезнь 12-перстной кишки, после курса консервативной терапии обострений больше не было. Другие хронические заболевания отрицает. Курит около ½ пачки в день – 30 лет. Алкоголь употребляет умеренно. Семейный анамнез: мать страдает ИБС, ГБ; отец умер в возрасте 62 лет от инфаркта миокарда. Операций, травм не было.

При физикальном осмотре состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые не изменены. Рост 172 см, вес 80 кг, ИМТ – 27 кг/м² Периферические л/узлы не увеличены. Щитовидная железа б/о. При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки звук ясный лёгочный. Топографическая перкуссия – границы лёгких в пределах нормы. ЧДД – 18 в минуту. При аускультации лёгких везикулярное дыхание, хрипов нет. Границы сердца не изменены. Тоны сердца ясные, акцент 2-го тона над аортой. Ритм сердца правильный, прерываемый единичными экстрасистолами. ЧСС – 70 уд/мин, АД – 150/90 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. Поколачивание области почек безболезненное с обеих сторон. Дизурических явлений нет.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Препараты каких группы антигипертензивных лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.
5. Какие комбинации групп гипотензивных препаратов противопоказаны данному пациенту?

ОТВЕТ

1. Гипертоническая болезнь II стадии. Степень АГ 2. Риск 3 (высокий). ХСН 0 ст., ФК 0. Атеросклероз артерий нижних конечностей.

2. Диагноз «гипертоническая болезнь» установлен на основании жалоб больного на эпизодическое повышение АД до 150/90-160/95 мм рт. ст., сопровождающееся головными болями в затылочной области. Облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей установлен на основании данных анамнеза (в последние 2-3 месяца стал отмечать появление ноющих болей в области икроножных мышц при ходьбе на расстоянии 250-300 метров, купирующиеся в покое); установление степени АГ основано на цифрах АД, измеренных во время приёма. Стадия АГ установлена на основании наличия поражения органов-мишеней - системный атеросклероз.

3. Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови (ОХС, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ТГ, калий, натрий, креатинин с расчётом СКФ, мочевиная кислота, АЛТ, АСТ), глюкоза плазмы натощак, ЭКГ, ЭхоКГ, исследование глазного дна, СМАД, УЗИ сосудов нижних конечностей с последующей консультацией сосудистого врача-хирурга (при необходимости), консультация невролога.

4. Ингибиторы АПФ или антагонисты рецепторов к ангиотензину II. Гипотензивная терапия (возможно назначение ИАПФ, БРА, АК, диуретиков). Например, Периндоприл 2,5 мг 1 раз в день, Амлодипин 5 мг 1 раз в день, после достижения целевых цифр АД - дезагреганты (Аспирин 75 мг/сут).

5. Противопоказаны комбинации БАБ и АК (недигидропиридинового ряда).

СИТУАЦИОННАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА № 5.

Инструкция: **ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

При проведении диспансеризации у женщины 50 лет (вес 98 кг, рост 164 см) выявлено: гликемия натощак 6,9 ммоль/л, в общем анализе мочи (ОАМ) – уд.вес 1015, желтая, прозрачная, белок – 0,15 г/л, сахар +++++, эритроциты 1-2 в п/зр, лейкоциты 3-5 в п/зр, эпителий плоский 3-5 в п/зр.

На момент осмотра жалоб активно не предъявляет. В течение последних 6 месяцев периодически отмечала повышение АД до 140/90 – 150/95 мм рт. ст. Гипотензивную терапию не получала. Семейный анамнез: мать – 69 лет страдает АГ, СД 2 типа; отец – умер в 60 лет, ИМ. При анкетировании наличие соматической патологии отрицает. Вредные привычки отрицает.

Объективно: состояние относительно удовлетворительное. Телосложение правильное. ИМТ – 37 кг/м². Окружность талии – 104 см. Кожные покровы обычного цвета, чистые. Видимые слизистые бледно-розовые. Периферические л/узлы не пальпируются. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД = 16 в мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС – 72 в мин. Гемодинамика стабильная. АД – 140/90 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень – по краю рёберной дуги. Селезёнка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Физиологические отправления в норме.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план обследования пациента.
4. Препарат какой группы антигипертензивных лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту? Обоснуйте свой выбор.
5. Какой глюкозолонжающий препарат Вы бы рекомендовали пациенту? Обоснуйте Ваш выбор.

ОТВЕТ

1. Сахарный диабет 2 типа, впервые выявленный, целевой уровень гликированного гемоглобина (HbA1c) ≤ 7 %. Ожирение 2 ст. Диабетическая нефропатия? АГ I степени, риск III.

2. Диагноз «сахарный диабет» установлен на основании результатов анализов (гипергликемия - 6,9 ммоль/л, глюкозурия). Целевой уровень HbA1c ≤ 7 %, так как возраст пациентки 50 лет, нет тяжелых осложнений и нет риска гипогликемической комы. Диагноз «артериальная гипертензия» (АГ) установлен на основании данных анамнеза (пациент отмечает повышение АД в течение 6 месяцев); установление степени АГ основано на цифрах АД, измеренных во время приёма. Степень риска ССО поставлена на основании наличия сахарного диабета. Необходимо исключить вторичный характер артериальной гипертензии. Возможно наличие диабетической нефропатии, так как в общем анализе мочи - протенинурия (0,15 г/л). Ожирение 2 ст., так как ИМТ = 37 кг/м².

3. Пациенту рекомендовано: определение уровня HbA1c, гликемический профиль, исследование мочи на альбуминурию, БАК: ОХ, ТГ, ЛПНП, ЛПВП, АЛТ, АСТ, общий билирубин, мочевиная, креатинин, расчёт СКФ, УЗИ почек, ЭКГ, ФЛГ, консультации эндокринолога, офтальмолога, невролога, проведение суточного мониторирования АД, суточного профиля АД; проведение ЭХО-КГ.

4. Ингибиторы АПФ или антагонисты рецепторов к ангиотензину II. Выбор препарата из этих групп основан на их нефропротективных свойствах. Данные группы антигипертензивных препаратов являются «золотым» стандартом при лечении пациентов с ХБП I-III стадии, с диабетической

нефропатией. Наиболее доказанными нефропротективными свойствами из группы ингибиторов АПФ обладает Рамиприл, из группы антагонистов рецепторов к ангиотензину II - Лозартан.

5. Метформин, так как он является препаратом первой линии при СД 2 типа, особенно в сочетании с ожирением.

СИТУАЦИОННАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА № 6.

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Больная Р. 45 лет обратилась к врачу с жалобами на чувство тяжести, переполнения в животе, возникающее через 40-50 минут после еды, тошноту.

В течение 20 лет страдает хроническим гастритом, обострения 1-2 раза в год. Во время обострений обычно принимает ингибиторы протонной помпы, антациды. Эрадикационную терапию не получала. Настоящее ухудшение – в течение 2 недель на фоне погрешностей в диете. Самостоятельно принимала альмагель при возникновении неприятных ощущений.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Рост 166 см, вес 64 кг. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 70 уд. в мин., АД – 120/70 мм рт.ст. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии и пилоро-дуоденальной зоне. Симптомы холецистита отрицательные. Печень не изменена. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Стул 1 раз в день, оформленный, без патологических примесей.

На фиброгастроскопии: пищевод свободно проходим, слизистая его не изменена. Кардия смыкается полностью. Слизистая оболочка желудка гиперемирована, с участками атрофии в антральном отделе, складки сглажены, расправляется воздухом хорошо. Привратник проходим. Слизистая луковицы двенадцатиперстной кишки и залуковичный отдел не изменены. Взят биоптат из антрального отдела желудка: быстрый уреазный тест положительный. Результат гистологического исследования биоптата: слизистая желудка с атрофией и хронической полиморфноклеточной инфильтрацией.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования пациента.
4. Назначьте медикаментозное лечение, обоснуйте свой выбор.
5. Разработайте план диспансерного наблюдения пациента.

ОТВЕТ

1. Хронический атрофический гастрит, ассоциированный с *Helicobacter pylori*, обострение. Функциональная диспепсия: постпрандиальный дистресс-синдром.

2. Диагноз «хронический гастрит» поставлен на основании данных анамнеза (страдает хроническим гастритом в течение 20 лет), данных осмотра (болезненность в эпигастрии и пилоро-дуоденальной зоне при пальпации), данных фиброгастроскопии (гиперемия слизистой желудка), гистологического исследования (полиморфноклеточная инфильтрация слизистой). Атрофический гастрит ставится на основании данных эндоскопии, подтверждённых гистологическим исследованием биоптата слизистой. Связь с хеликобактерной инфекцией доказана положительным быстрым уреазным тестом. Функциональная диспепсия: постпрандиальный дистресс-синдром поставлен на основании жалоб пациента на тяжесть, чувство переполнения в животе после еды, тошноту.

3. Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, анализ кала, рН-метрия желудка, УЗИ органов брюшной полости.

4. Прежде всего, необходимо назначение эрадикационной терапии. Рекомендовано применение терапии первой линии: ингибитор протонной помпы 2 раза в день (например, Рабепразол 20 мг 2 раза в день) вместе с Амоксициллином 1 г 2 раза в день и Кларитромицином 500 мг 2 раза в день продолжительностью 10-14 дней. Возможно добавление к этой схеме Висмута трикалия дигидрата 240 мг 2 раза в день и *Saccharomyces boulardii* (по 250 мг 2 раза в сутки) для повышения эффективности эрадикации. Для купирования симптомов постпрандиального дистресс-синдрома назначают прокинетики, например, Итоприд 50 мг 3 раза в день на 3 недели.

5. Пациенты с хроническим атрофическим гастритом находятся на диспансерном учёте у врача-терапевта участкового по месту жительства пожизненно. Рекомендуется осмотр 1 раз в год, с проведением общего анализа крови и фиброгастроскопии с биопсией. По возможности - анализ желудочного сока 1 раз в 5 лет. Рекомендуется соблюдение щадящей диеты, отказ от раздражающей пищи и напитков.

СИТУАЦИОННАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА № 7.

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Мужчина 57 лет вызвал врача на дом. Предъявляет жалобы на интенсивные давящие за грудиной боли с иррадиацией в левую руку, левую лопатку. Вышеописанная симптоматика появилась около 2 часов назад после интенсивной физической нагрузки. Самостоятельно принял 2 таблетки нитроглицерина – без эффекта. Ранее боли подобного характера никогда не беспокоили.

В анамнезе артериальная гипертензия в течение последних 10 лет с максимальными цифрами артериального давления 200/100 мм рт.ст. Регулярно лекарственные препараты не принимал. Курит по 1 пачке сигарет в день в течение 30 лет. Газоэлектросварщик. Аллергические реакции отрицает.

При объективном обследовании: кожные покровы влажные. В легких перкуторный звук лёгочный, дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ослаблены, ритм правильный, АД – 160/100 мм рт. ст., ЧСС – 88 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме.

На ЭКГ зарегистрировано: синусовый ритм, подъем сегмента ST > 0,2 мВ в отведениях II, III, aVF. Транспортная доступность до стационара неотложной кардиологии, располагающего возможностью проведения первичного ЧКВ – 30 мин.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какой должна быть тактика ведения пациента на догоспитальном этапе? Обоснуйте свой выбор.
4. Какой объём медикаментозной помощи должен быть оказан пациенту на догоспитальном этапе?
5. Достаточно ли данных для постановки диагноза инфаркт миокарда? Обоснуйте свой ответ. При необходимости предложите дополнительные методы исследования.

ОТВЕТ

1. *Острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST в нижней стенке левого желудочка. Артериальная гипертензия III стадии, III степени, риск 4.*

2. *Диагноз «ОКС» поставлен на основании жалоб пациента на типичные ангинозные боли, продолжающиеся около 2 часов, не купирующиеся приёмом Нитроглицерина; характерных изменений ЭКГ: подъем сегмента ST > 0,2 м в более чем в двух смежных отведениях для мужчины старше 40 лет. Диагноз «артериальная гипертония» (АГ) установлен на основании данных анамнеза (повышение АД в последние 10 лет), стадия АГ установлена на основании наличия ОКС, свидетельствующего о заболевании сердца как ассоциированном клиническом состоянии. Постановка степени АГ основана на цифрах повышения АД в анамнезе и при объективном осмотре. Риск ССО определён в соответствии со степенью повышения АД и наличия ассоциированного клинического состояния.*

3. *Пациенту требуется экстренная госпитализация. Необходим вызов бригады скорой медицинской помощи - бригады интенсивной терапии. Учитывая то, что транспортная доступность до стационара неотложной кардиологии составляет менее 120 минут с момента первого медицинского контакта, наиболее целесообразной тактикой является выполнение первичного ЧКВ.*

4. *На догоспитальном этапе (на этапе поликлиники, на дому): повторно - Нитроглицерин, Аспирин 500 мг разжевать. На этапе скорой медицинской помощи: купирование болевого синдрома - Нитроглицерин в/в, при неэффективности - Морфин в/в дробно. Анти тромботическая терапия: Аспирин 250 мг разжевать, нагрузочная доза Клопидогрела - 300 мг внутрь, прямые антикоагулянты в/в болюсно - Гепарин. Кислородотерапия.*

5. *Данных недостаточно. «Золотым стандартом» диагностики инфаркта миокарда является обнаружение в крови кардиоспецифических ферментов. Диагноз может быть установлен на госпитальном этапе при обнаружении в крови наиболее специфических маркеров некроза миокарда - КФК-МВ, сердечных тропонинов.*

СИТУАЦИОННАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА № 8.

Инструкция: **ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

Мужчина 59 лет находился на стационарном лечении в кардиологическом диспансере с 01.09.2016 г. по 14.09.2016 г. по поводу переднего Q-образующего инфаркта миокарда от 01.09.2016 г. Поступал с жалобами на интенсивные давящие за грудиной боли с иррадиацией в область левой лопатки, одышку, возникшие после стрессовой ситуации.

Из анамнеза известно, что в последние 2 года периодически повышалось АД до максимальных цифр 160/90 мм рт.ст. Постоянно лекарственную терапию не получал, эпизодически принимал каптоприл 25 мг. При физической нагрузке периодически возникал дискомфорт в области сердца, одышка. За медицинской помощью не обращался. Курит более 30 лет по ½ пачке сигарет в день. Семейный анамнез: отец умер от инфаркта миокарда в возрасте 60 лет. Работает машинистом башенного крана.

При поступлении проведена коронароангиография, обнаружена окклюзия передней межжелудочковой артерии, выполнены ЧТКА и эндопротезирование передней межжелудочковой артерии.

В анализах: общий холестерин - 6,36 ммоль/л, ЛПНП - 3,69 ммоль/л, ЛПВП - 1,25 ммоль/л, ТГ - 2,26 ммоль/л, глюкоза натощак - 4,5.

ЭХО-КГ: гипертрофия левого желудочка, увеличение полости левого предсердий. Локальная гипокинезия боковой стенки левого желудочка. Митральная регургитация 2 ст., трикуспидальная регургитация 1 ст. Нарушение диастолической функции левого желудочка (VE/VA <1,0). ФВ - 48%.

Период стационарного лечения протекал без особенностей, после выписки пациент направлен в специализированный кардиореабилитационный стационар, где находился до 30.09.2016 г.

Результаты велоэргометрии: субмаксимальная ЧСС 137 уд/мин достигнута при нагрузке 100 Вт.

Результаты теста с 6-минутной ходьбой: за 6 мин пройдено 412 метров.

30.09.2016 г. явился на приём в поликлинику по месту жительства. Боли в сердце не беспокоят, при быстрой ходьбе появляется одышка.

Постоянно принимает аспирин 100 мг/сут, клопидогрел 75 мг/сут, аторвастатин 40 мг/сут, бисопролол 2,5 мг/сут, лизиноприл 5 мг 2 раза в сутки.

При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ - 37 кг/м². Кожные покровы чистые, обычной окраски. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в мин. Тоны сердца ослаблены, ритм правильный. ЧСС - 70 уд. в мин., АД - 150/100 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Отеков нет. Дизурических расстройств нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Разработайте программу реабилитации на поликлиническом этапе.
4. Оцените данные лабораторных анализов и объективного осмотра пациента, проведите коррекцию медикаментозной терапии.
5. Укажите сроки временной нетрудоспособности. Разработайте план диспансерного наблюдения.

ОТВЕТ

1. ИБС: стенокардия напряжения II ФК. Постинфарктный кардиосклероз (01.09.2016 г.). ЧТКА и эндопротезирование передней межжелудочковой артерии (01.09.2016 г.). Артериальная гипертензия III стадии, II степени, риск 4. Ожирение 2 ст. Гиперлипидемия. Хроническая сердечная недостаточность IIIa стадии, II ФК.

2. Диагноз «ИБС: стенокардия напряжения» поставлен на основании жалоб пациента на типичные ангинозные боли, данных анамнеза, наличия стенозирующего атеросклероза коронарных артерий (по данным коронароангиографии), перенесённого инфаркта миокарда. Постинфарктный кардиосклероз выставлен, поскольку с момента перенесённого инфаркта миокарда прошло более 28 суток. Функциональный класс стенокардии напряжения определён в соответствии с результатами велоэргометрии (нагрузка 100 Вт соответствует второму ФК). Диагноз гипертонической болезни (ГБ) установлен на основании данных анамнеза (повышение АД в последние 2 года), стадия ГБ установлена на основании наличия ИБС, постинфарктного кардиосклероза как ассоциированного клинического состояния. Постановка степени ГБ основана на цифрах повышения АД в анамнезе и при объективном осмотре. Риск ССО определён в соответствии со степенью повышения АД и наличия ассоциированного клинического состояния. Ожирение 2 ст. установлено на основании значения ИМТ. Гиперлипидемия установлена на основании повышения уровня общего холестерина, ЛПНП, ТГ. Диагноз «хроническая сердечная недостаточность» установлен на основании жалоб пациента на одышку при физической нагрузке, наличия диастолической дисфункции ЛЖ по данным ЭХО-КГ. Стадия ХСН определена в соответствии с классификацией Василенко-Стражеско по наличию умеренных признаков недостаточности кровообращения по малому кругу. ФК ХСН определён в соответствии с пройденной дистанцией теста с 6-минутной ходьбой.

3. После выписки больного из стационарного кардиореабилитационного отделения он направляется в поликлинику по месту жительства, в котором наблюдается в течение 1 года врачом-кардиологом. При отсутствии врача-кардиолога пациент наблюдается врачом-терапевтом участковым. Через год пациент переводится в группу наблюдения с другими формами ИБС. Программа кардиореабилитации на поликлиническом этапе включает в себя программы контролируемых физических тренировок (ФТ). Пациент должен выполнять аэробную ФТ средней интенсивности и длительностью по 30 мин \geq 3 раза в неделю. ФТ осуществляются под контролем клинического состояния пациента, АД, ЧСС, ЭКГ.

В первые недели занятий ЧСС на высоте ФТ и в первые 3 минуты после неё не должна превышать исходную более чем на 20 ударов в минуту, а дыхание - не более чем на 6 в минуту. Допускается повышение (от исходного) систолического АД на 20-40 мм и диастолического АД на 10-12 мм рт. ст. Данному пациенту в качестве физической нагрузки может быть назначена дозированная ходьба. Для дозированной

ходьбы ЧСС остаётся основным методом контроля правильного дозирования нагрузки. Тренировочная ЧСС может быть рассчитана по формуле: ЧСС тренировочная = (ЧСС максимальная - ЧСС покоя) × 60% + ЧСС покоя. Период активного контроля за пациентом должен продолжаться от 3 до 6 месяцев.

Далее больному назначаются неконтролируемые ФТ, легко и без всяких опасений выполняемые в домашних условиях под самоконтролем. Посещение образовательных программ «Школа для больных, перенёсших инфаркт миокарда». При необходимости - программы психологической реабилитации. Программы по модификации факторов риска - занятия с диетологом, специалистом по отказу от курения. Медикаментозная терапия: блокаторы P2Y12 рецепторов - в течение 1 года после перенесённого инфаркта миокарда; Аспирин, ингибиторы АПФ, бета-адреноблокаторы, статины - постоянно, в дозах, необходимых для поддержания целевых показателей АД, ЧСС, ЛПНП. Профессиональная реабилитация: работа по основной профессии невозможна (значительное физическое и эмоциональное напряжение, работа на высоте). Показано направление пациента на МСЭ для установления группы инвалидности на 1 год. Переобучение на профессию, не связанную с значительным физическим и эмоциональным напряжением.

4. В объективном осмотре обращают на себя внимания значения ЧСС и АД, которые выше целевых после перенесённого инфаркта миокарда, что требует коррекции медикаментозной терапии - увеличение дозы бета-адреноблокаторов и ингибиторов АПФ до достижения целевых значений ЧСС и АД. В лабораторных анализах обращает на себя внимание гиперхолестеринемия (увеличение уровня общего холестерина, ЛПНП, ТГ). Рекомендуется выполнить повторное исследование липидного спектра крови через 4-6 недель после инфаркта миокарда, при необходимости произвести коррекцию дозы статинов до достижения уровня ЛПНП менее 1,8 ммоль/л.

5. Срок временной нетрудоспособности для пациента с трансмуральным инфарктом миокарда передней стенки ЛЖ без существенных осложнений составляет 70-90 суток. Пациенту необходимо ежемесячное диспансерное наблюдение врача-кардиолога с выполнением ряда диагностических исследований с определённой периодичностью: ЭКГ в покое - не менее 1 раза в 2 месяца (кратность проведения зависит от наличия и частоты приступов стенокардии); суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру - 1 раз в год; ЭХО-КГ - 1 раз в 6 месяцев; исследование липидного спектра крови - через 4-6 недель после инфаркта миокарда и через 3 месяца после начала медикаментозной терапии. При достижении целевого уровня общего холестерина и ЛПНП повторные измерения необходимо проводить 4 раза в первый год лечения и 2 раза в год в последующие годы. Проба с физической нагрузкой (не ранее 3-6 недель после инфаркта миокарда) данному пациенту выполнена в условиях реабилитационного центра.

СИТУАЦИОННАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА № 9.

Инструкция: **ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

Пациент Д. 50 лет обратился в поликлинику с жалобами на частые головные боли, периодическую жажду, сухость во рту, учащённое мочеиспускание днём и до 6 раз последние несколько дней, тяжесть в поясничной области, особенно последние несколько дней после переохлаждения и повышенную утомляемость около недели. Однократно поднималась температура до 37,8 °С. Из анамнеза – СД 2 типа 3 года, получает метформин 2000 мг/с, глюкоза крови больше 6 ммоль/л натощак не повышается. Гипертоническая болезнь около 5 лет. Принимает валсартан 40 – 80 мг/сутки в зависимости от уровня АД. Максимальное повышение АД до 150/90 мм рт.ст. при рабочем 135/80 мм рт. ст. Ведёт малоподвижный образ жизни, работает посменно менеджером. Головные боли чаще возникают после ночной смены. У матери гипертоническая болезнь, у отца ИМ. Курит по 5-6 сигарет с течением 10 лет.

При осмотре – повышенного питания. ИМТ – 29 кг/м², объём талии (ОТ) 100 см. Кожные покровы и слизистые обычной окраски. Перкуторно над лёгкими звук лёгочный. Аускультативно дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД – 17 в минуту. В сердце тоны ослаблены, ритм правильный, акцент II тона над аортой, ЧСС – 78 уд. в мин. АД – 135/85 мм.рт.ст. (S=D) Язык влажный чистый, живот пальпаторно безболезненный, слегка увеличен в объёме за счёт подкожно-жировой клетчатки. Размеры печени не увеличены. Селезёнка не увеличена. Симптом Пастернацкого положителен с обеих сторон. Периферическая пульсация на артериях стоп сохранена, не снижена.

В общем анализе крови: эритроциты – 4,4 * 10¹²/л, гемоглобин – 142 г/л, цветовой показатель – 0,85, лейкоциты 11 * 10⁹/л, палочкоядерные 8%, сегментоядерные 72%, лимфоциты 16%, моноциты 4%. СОЭ – 25 мм/ч.

В общем анализе мочи: удельный вес – 1018, белок – следы, лейкоциты – 20-30 в поле зрения, эритроциты 1-2 в поле зрения.

В биохимическом анализе крови: глюкоза крови 5,2 ммоль/л, НвА1с 5,6%, АЛТ 25 МЕ/л, АСТ 15 МЕ/л, креатинин 75 мкмоль/л. Рентгенография легких – без патологии.

ЭКГ – синусовый ритм, признаки гипертрофии левого желудочка, ЧСС – 84 уд/мин.

УЗИ брюшной полости – печень не увеличена, эхогенность не изменена, желчный пузырь не увеличен, стенка 2 мм, конкрементов нет, поджелудочная железа неравномерно уплотнена, не увеличена. Почки не увеличены, деформация ЧЛС с обеих сторон, кисти конкрементов нет.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Назначьте терапию. Обоснуйте свой выбор.
5. Через 10 дней после лечения нормализовался общий анализ мочи – белка нет, лейкоциты 1-2 в поле зрения, нормализовался общий анализ крови – лейкоциты $5 \cdot 10^9$, СОЭ 10 мм/ч. Продолжали оставаться нормальными целевыми АД – 130/80 и гликемия 5.5 ммоль/л. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

ОТВЕТ

1. *Гипертоническая болезнь, 2 стадия, 2 степень, риск 4. Вторичный хронический двусторонний пиелонефрит, обострение. Сахарный диабет 2 типа, средней тяжести. Целевой уровень Hb A1c 6,5%. Избыток веса. Дислипидемия.*

2. *Диагноз «гипертоническая болезнь» (ГБ) установлен на основании жалоб больного на боли в затылке, особенно после стрессов; установление степени ГБ основано на цифрах АД, измеренных во время приёма. Стадия ГБ установлена на основании наличия поражения органов-мишеней (сердца). Степень риска ССО поставлена на основании наличия ожирения, атерогенной дислипидемии, отягощенной по ГБ наследственности, мужского пола. Диагноз «обострение хронического пиелонефрита» установлен на основании жалоб на тяжесть боли в пояснице, учащённое мочеиспускание, повышение температуры, возникших после переохлаждения; данных осмотра – положительный симптом Пастернацкого; данных лабораторного обследования – лейкоцитоз, лейкоцитурия и белок в моче, а также инструментального обследования: УЗИ почек – деформации ЧЛС. Диагноз «сахарный диабет (СД) 2 типа» установлен на основании жалоб на жажду и сухость во рту, анамнеза заболевания. Целевой уровень Hb A1c 6,5% установлен в связи с небольшой длительностью СД, стабильным течением заболевания, соматической сохранностью больного и долгой предполагаемой продолжительностью жизни компенсированным и стойко невысоким уровнем гликемии. Диагноз «избыток веса» установлен на основании повышенного ИМТ и ОТ. Диагноз «атерогенная дислипидемия» установлен на основании повышенных общего холестерина и ЛПНП и сниженного уровня ЛПВП.*

3. *Пациенту рекомендовано: исследование дневной гликемии через 2 часа после основных приёмов пищи и натоцак на фоне лечения для оценки эффективности проводимой терапии и компенсации диабета; проведение суточного мониторирования АД для оценки стабильности повышения АД, суточного профиля АД; проведение ЭХО-КГ для оценки толщины стенок миокарда, диастолической и систолической функции; консультация окулиста и проведение офтальмоскопии для оценки наличия гипертонической ретинопатии; доплерография сонных артерий (для выявления ранних признаков атеросклероза: бляшки, утолщение слоя интима-медиа); анализ мочи по Нечипоренко и общий анализ мочи в динамике для оценки эффективности терапии; определение микроальбуминурии, расчёт скорости клубочковой фильтрации по формуле CDF-EPI - для исключения ХБП, посев мочи на возбудителя и чувствительность к антибиотикам.*

4. *Для лечения ГБ на фоне СД - ингибиторы АПФ или антагонисты рецепторов к ангиотензину II. Выбор препарата из этих групп основан на их метаболической нейтральности и кардиопротективных и нейропротективных свойствах. Для лечения обострения хронического пиелонефрита антибиотик группы пероральных цефалоспоринов III поколения Цефексим 400 мг однократно в день по 1 таблетке 10 дней - бактерицидное действие, широкий спектр против грамположительных и грамотрицательных бактерий, удобство применения - приём 1 раз в сутки. Канефрон Н по 50 капель 3 раза в день 1 месяц - комбинированный препарат растительного происхождения, оказывающий уросептическое и спазмолитическое действие.*

Спазмолитики: Дротаверин 40 мг 3 раза в день (для снятия спазма мочевых путей). Для лечения СД на фоне избыточного веса - Бигуанид метформин 1000 мг по 2 т. во время завтрака и на ночь назначен в соответствии с алгоритмом ведения больных - отсутствие гипогликемий и метаболическая нейтральность, максимальное сохранение инсулиновой секреции в условиях ожирения и инсулинорезистентности, то есть патогенетически подобранное лечение. Для лечения дислипидемии необходим статин Розувастатин 10 мг в сутки в связи с механизмом действия - снижает общий холестерин, ТГ, ЛПНП, имеет плейотропные эффекты (уменьшает эндотелиальную дисфункцию и воспаление на фоне инсулинорезистентности и гипергликемии - кардиопротективное действие).

5. *Отменить антибиотики и до 1 месяца продолжить принимать Канефрон, раз в месяц общий анализ мочи, так как на фоне СД может поддерживаться латентное воспаление в почках, которое будет в свою очередь способствовать декомпенсации СД. Продолжить антигипертензивную терапию без*

изменений, продолжить сахароснижающую терапию под контролем гликемии и Hb A1c, продолжить приём статинов под контролем биохимического анализа крови 1 раз в 3 месяца в первый год терапии. Продолжить динамическое наблюдение. Продолжить рекомендовать рацион с ограничением жиров и быстроусвояемых углеводов и соли, продолжить дозированные физические нагрузки с целью снижения веса.

СИТУАЦИОННАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА № 10.

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Мужчина 45 лет обратился к участковому терапевту с жалобами на сильную боль в плюсне-фаланговом суставе I пальца правой стопы, припухлость I пальца правой стопы, гиперемию кожи над суставом, повышение температуры тела до 37,5°C, познание.

Из анамнеза известно, накануне был в гостях у друга, где употреблял мясо и красное вино в большом количестве. Боль возникла впервые, внезапно, около 6 часов утра и локализовалась преимущественно в области I плюснефалангового сустава правой стопы. Работает стоматологом.

Семейный анамнез: мать – страдает сахарным диабетом 2 типа, АГ, отец - страдает подагрой, подагрическим полиартритом.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное Рост – 172 см, масса тела – 105кг. ИМТ – 35,59 кг/м². Окружность талии – 115 см, окружность бедер – 123 см. Кожные покровы обычной окраски. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 16 в мин. Тоны сердца ослаблены, ритм правильный, ЧСС – 82 уд. в мин., АД – 130/84 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

При осмотре I плюсне-фалангового сустава правой стопы: кожные покровы над суставом резко гиперемированы, горячие на ощупь, отёк сустава распространяется на соседние мягкие ткани, пальпация сустава резко болезненна, движение и ходьба практически невозможны. Интенсивность боли по визуальной аналоговой шкале 7 баллов.

В анализах: общий анализ крови: эритроциты – 5,1*10¹²/л, лейкоциты - 11,8*10⁹/л, тромбоциты - 280*10⁹/л, СОЭ – 30 мм/час. Биохимический анализ крови: общий холестерин – 6,0 ммоль/л, ТГ – 2,0 ммоль/л, ХС - ЛПВП – 0,86 ммоль/л; глюкоза – 5,7 ммоль/л; мочевиная кислота – 576 мкмоль/л, СРБ – 18 мг/л, ревматоидный фактор – отрицательный, серомукоид – 0,15 ед, креатинин – 87 мкмоль/л. СКФ (СКД-ЕРП) – 92 мл/мин 1,73м². Альбуминурия – 10 мг/сутки.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Сформулируйте алгоритм ведения пациента. Обоснуйте свой выбор.
5. Через 7 дней на фоне назначенной терапии отмечается положительная динамика: боль, отёчность

I плюсне-фалангового сустава правой стопы не беспокоят, температура тела нормализовалась. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

ОТВЕТ

1. *Подагра. Острый артрит I плюсне-фалангового сустава правой стопы, первая атака. Экзогенно-конституциональное ожирение 2 степени. Гиперлипидемия (гиперхолестеринемия, гипертриацилглицеридемия).*

2. *Диагноз «подагра» установлен на основании жалоб больного на сильную боль в плюсне-фаланговом суставе I пальца правой стопы, припухлость I пальца правой стопы, гиперемию кожи над суставом, повышение температуры тела до 37,5°C; данных анамнеза (накануне был в гостях у друга, где употреблял мясо и красное вино в большом количестве, боль возникла впервые, внезапно, около 6 часов утра и локализовалась преимущественно в области I плюсне-фалангового сустава правой стопы); данных объективного обследования (при осмотре I плюсне-фалангового сустава правой стопы: кожные покровы над I плюсне-фаланговым суставом резко гиперемированы, горячие на ощупь, отёк сустава распространяется на соседние мягкие ткани, пальпация сустава резко болезненна, движения и ходьба практически невозможны. Интенсивность боли по шкале ВАШ - 7 баллов); стадии подагры на основании анамнеза заболевания (боль возникла впервые, внезапно) и на основании данных лабораторного исследования (повышение уровня мочевиной кислоты). Диагноз «экзогенно-конституциональное ожирение (ЭКО)» установлен на основании показателя ИМТ (>35,59 кг/м²). Диагноз «гиперлипидемия» установлен на основании повышения общего холестерина, повышения уровня ТГ и снижения уровня ЛПВП.*

3. *Пациенту рекомендовано: рентгенография I плюсне-фаланговых суставов обеих стоп - для определения стадии подагры; общий анализ мочи + альбуминурия - для выявления кристаллов уратов, поражения почек; пункция I плюсне-фалангового сустава для исследования суставной жидкости -*

выявление кристаллов моноуратов натрия; ревматологические пробы: ревматоидный фактор, АЦЦП - для исключения ревматоидного артрита; биохимические показатели: аминотрансферазы, креатинин крови - с целью персонализации фармакотерапии и уточнения коморбидного статуса пациента.

4. Оптимальное лечение подагры требует комбинации нефармакологических и фармакологических подходов и должно учитывать: а) специфические факторы риска (уровень мочевой кислоты, количество предшествующих атак, рентгенография); б) стадию болезни (асимптоматическая гиперурикемия, острый/интермиттирующий артрит, межприступный период, хроническая тофусная подагра); в) общие факторы риска (возраст, пол, ожирение, гиперурикемические препараты).

Обучение больного правильному образу жизни (уменьшение веса тела при ожирении, диета, уменьшение приёма алкоголя, особенно пива) - ключевой аспект лечения. Ограничение в пищевом рационе богатых пуринами продуктов животного происхождения и снижение массы тела способствует снижению сывороточного уровня мочевой кислоты, а алкоголь, особенно пиво, является независимым фактором риска для подагры. Лечение острого приступа подагрического артрита. НПВП и Колхицин могут быть эффективны в терапии острого приступа артрита и являются первой линией терапии. Высокие дозы Колхицина приводят к побочным эффектам, а низкие дозы (например, 0,5 мг 3 раза в день) могут быть достаточны у ряда пациентов. Удаление синовиальной жидкости и введение внутрисуставно длительно действующих глюкокортикоидов может быть эффективным и безопасным лечением острого приступа артрита. Антигиперурикемическая терапия показана больным с острыми атаками. Проведение антигиперурикемической терапии показано при неэффективности нефармакологических методов лечения. Решение о подобной терапии должно быть принято индивидуально, учитывая баланс между пользой и потенциальными рисками, и согласовано с больным. Целью антигиперурикемической терапии является предупреждение образования и растворение имеющихся кристаллов моноурата натрия, это достигается поддержанием уровня МК ниже точки супернасыщения сыворотки уратами (<360 мкмоль/л), так как предотвращение образования и растворение уже имеющихся кристаллов моноурата натрия возможно при достижении указанного сывороточного уровня мочевой кислоты. Профилактика суставных атак в течение первых месяцев антигиперурикемической терапии может достигаться Колхицином (0,5-1,0 грамм в день) и/или НПВП (с гастропротекцией при показании). И Колхицин и НПВП имеют потенциально серьёзные побочные эффекты, и их назначение предопределяет необходимость соотносить потенциальную пользу и вред. При наличии противопоказаний и/или неэффективности НПВП и Колхицина для профилактики приступов артрита в первые месяцы антигиперурикемической терапии возможно назначение ингибиторов Интерлейкина-1. Данному пациенту назначена следующая терапия - немедикаментозная: питание при подагре предусматривает снижение общего калоража. Необходимо уменьшить поступление в организм экзогенных пуринов и животных жиров. Жиры снижают экскрецию мочевой кислоты почками.

Крайне осторожно следует подходить к употреблению любых алкогольных напитков, включая пиво и красное вино.

Исключают из пищевого рациона: печёнку, почки, жирные сорта мяса, мясные бульоны, копчёности, горох, бобы, чечевицу, шпинат, цветную капусту, шпинаты, сельдь. Следует ограничить потребление мяса до 2-3 раз в неделю, при этом лучше употреблять его в отварном виде. Медикаментозная терапия: Колхицин 0,0005 г по 2 таблетки каждые 2 часа, затем на 2 и 3 дни 2 таблетки; 4 день - 1 таблетка вечером; следующие дни - 1 таблетка вечером с ужином до купирования атаки. НПВП (ингибиторы ЦОГ-2 (Нимесулид 100 мг по 1 таблетке 2 раза в день после еды), после купирования острой подагрической атаки - Аллопуринол 300 мг 1 таблетка 1 раз в сутки принимать до нормализации уровня мочевой кислоты сыворотки крови.

5. Пациенту необходимо продолжить немедикаментозную терапию: соблюдение рационального питания. Медикаментозная терапия: Колхицин, НПВП - отменить, так как острая подагрическая атака была купирована. Вопрос о назначении антигиперурикемических препаратов решить после контроля уровня мочевой кислоты сыворотки крови.

Критерии и шкалы оценивания.

Итоговая оценка определяется по окончании итогового экзамена на закрытом заседании экзаменационной комиссии. По окончании заседания результаты объявляются Председателем экзаменационной комиссии.

Оценка «отлично» выставляется обучающемуся в том случае, если, по мнению членов ЭК, выпускник дал полные развернутые ответы на вопросы билета, продемонстрировал:

- высокий уровень освоения материала, предусмотренного содержанием образовательной программы;
- знания и умения, позволяющие решать задачи профессиональной деятельности;

- обоснованность, четкость, полноту изложения ответов на дополнительные вопросы;
- высокий уровень информационной и коммуникативной культуры.

Оценка *«хорошо»* выставляется в том случае, если, по мнению членов ЭК, выпускник дал полные развернутые ответы на вопросы билета, однако не ответил на ряд дополнительных вопросов. Также может быть выставлена в случае, если ответ на один из вопросов неполный. В целом обучающийся продемонстрировал хороший уровень освоения материала, предусмотренного содержанием образовательной программы; знания и умения, позволяющие решать задачи профессиональной деятельности. Ответ обучающегося носил обоснованный и четкий характер.

Оценка *«удовлетворительно»* выставляется в том случае, если, по мнению членов ЭК, выпускник дал неполные ответы на вопросы билета. Однако в целом обучающийся продемонстрировал достаточный уровень освоения материала, предусмотренного содержанием образовательной программы; знания и умения, позволяющие решать задачи профессиональной деятельности. Ответ обучающегося по большей части носил обоснованный характер.

Оценка *«неудовлетворительно»* выставляется в том случае, если ответы на вопросы экзаменационного задания отсутствуют, либо содержат существенные фактические ошибки.