**ПРИМЕР ЗАПОЛНЕНИЯ ШАБЛОНА ФАЙЛА С ЗАДАНИЯМИ**

**Таблица 1.Общие сведения**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Организация | ФГБОУ ВО Дагестанский государственный медицинский университет Минздрава России |
| 2 | Специальность | Лечебное дело |
| 3 | Дисциплина | Гастроэнтерология |
| 4 | Автор заданий | Акбиева Д.С. |
| 5 | Телефон | 8-988-790-00-30 |
| 6 | Электронная почта | dina.akbieva@mail.ru |
| 7 | СНИЛС | 151-816-047 47 |

**Таблица 2. Перечень заданий**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Вид** | **Код** | **Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса** |
|  |  |  |
| Н | - | 001 |
| Ф | A/01.7 | Проведение обследования пациента с целью установления диагноза |
| Ф | A/02.7 | Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения |
| … |  |  |
|  |  |  |
| И | - | **ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ** |
| У | - | Пациент 53 лет обратился с жалобами на головные боли, сухость во рту, жажду (выпивает до 4 литров жидкости в сутки), общую слабость, утомляемость, тошноту, рвоту, учащенное мочеиспускание, временами зуд кожи, одышку при физической нагрузке, перебои в работе сердца.  Из анамнеза: болеет 12 лет, когда впервые появились отеки лица, голеней и стоп, головные боли. В последующие годы присоединилась артериальная гипертония (АД 160/100-190/110 мм рт. ст.). В моче периодически обнаруживали белок 1.2-3.4%, лейкоциты и эритроциты. Несмотря на рекомендации врачей, планового лечения не проводил. Лечился стационарно, получал преднизолон, аскорутин, мочегонные, после выписки состояние улучшалось, отеки сходили, белок в моче снижался до 0,33%. В последнее время головные боли стали носить упорный характер, стал отмечать тошноту, рвоту, сухость во рту, жажду, кожный зуд, снизился аппетит, больной похудел.  Объективно: состояние средней тяжести. Несколько заторможен, апатичен, сонлив. Пониженного питания, ИМТ 19 кг/м2. Кожные покровы сухие, бледные, следы расчесов. Лицо одутловатое, мягкие тестоватые отеки ног (при надавливании остается ямка). В легких дыхание везикулярное, в нижних отделах с обеих сторон ослабленное, хрипов нет. Сердце расширено влево на 2 см. Тоны сердца приглушены, частые экстрасистолы. ЧСС 88 уд/мин. АД 210/120 мм РТ, ст. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания положительный с обеих сторон. Мочеиспускание 8-10 раз в сутки, в том числе 1-2 раза ночью, моча темного цвета.  При обследовании:  В общем ан. крови: гемоглобин – 69 г/л, эритроциты - 2,8\*1012/л, лейкоциты – 9,8\*109/л, тромбоциты – 126\*109/л, СОЭ – 75 мм/ч. В об. ан. мочи: уд. вес 1003, белок – 0,8 г/л, лейк. – 3-8 в п/зр., эр. 35 в п/зр., цилиндры гиал 1-2, зернистые 1-2. Суточная альбуминурия 800 мг/сут. Креатинин 370 мкмоль/л. СКФ по формуле SKD/ EPI 15 мл/мин.  ЭКГ – гипертрофия левого желудочка, уменьшение вольтажа, удлинение PQ, сглаженность и двухфазность зубца Т, частые желудочковые экстрасистолы.  При УЗИ почек правая 8,1х3,7 см, левая 9,4х4,1 см. Контуры неровные, толщина паренхимы 14-15 мм, ткань почек диффузно гипреэхогенна, кровоток обеднен, кортико-медуллярная дифференциация нарушена. В обеих почках единичные мелкие кисты. |
|  |  |  |
| В | 1 | Предположите наиболее вероятный диагноз. |
| Э | - | Хроническая болезнь почек (ХБП) 4 стадия (СКФ 15 мл/мин) как исход хронического гломерулонефрита. Артериальная гипертония 3ст. почечного генеза, очень высокий риск ССО. Нефрогенная анемия тяжелой степени. Отечный и инсипидарный синдромы. Альбуминурия А(з) степени. Азотемическая (метаболическая) кардиомиопатия с нарушениями ритма по типу желудочковой экстрасистолии. Нарушения электролитного баланса требуют уточнения. Токсическая энцефалопатия. |
| Р2 | - | Диагноз поставлен верно. |
| Р1 | - | Диагноз поставлен неполностью: часть нозологий упущена или неверно оценены стадии и/или ХБП и альбуминурии; неверно оценены изменения со стороны сердца, не указаны имеющиеся синдромы. |
| Р0 | - | Диагноз поставлен неверно. |
|  |  |  |
| В | 2 | Обоснуйте поставленный Вами диагноз. |
| Э | - | Диагноз ХБП установлен на основании клинических данных: имеются признаки нарушения почечных функций по жалобам (сухость во рту, жажда, тошнота, рвота, учащенное мочеиспускание, никтурия, кожный зуд, слабость, сонливость), и при объективном осмотре: артериальная гипертония с высоким диастолическим АД, выраженная сухость и бледность кожи и характерный отечный синдром – мягкие рыхлые отеки лица и ног); лабораторных данных: мочевой синдром (протеинурия, эритроцитурия, низкий удельный вес мочи) указывает на снижение клубочковой и канальцевой функций почек. Установление стадии ХБП (4 ст.) основано на выраженном снижении СКФ до 15 мл/мин, после которой следует терминальная почечная недостаточность. Потеря белка с мочой 800 мг/сут. соответствует очень высокой степени (3 степени) альбуминурии. Артериальная гипертония 3ст. почечного генеза, очень высокий риск ССО выставлен на основании цифр АД при осмотре. Наличие анемии вероятно связано со снижением выработки почками эритропоэтина. Данные сонографии (уменьшение размеров почеки истончение паренхимы с отсутствием кортико-медуллярной дифференциации, обеднение сосудистого рисунка и гиперэхогенность паренхимы с наличием кист в результате дегенеративных изменений почечной ткани) свидельствуют о наличии нефросклероза. Инсипидарный синдром влючает учащенный диурез, полиурию и полидипсию и свидетельствует о неблагоприятном исходе. Предположение о наличии метаболической кардиомиопатии основано на расширении границ сердца, глухости тонов, аритмии и данных ЭКГ – диффузные изменения миокарда, нарушения проводимости и возбудимости. Токсическая (хроническая уремическая) энцефалопатия – на основании сонливости, вялости, общей слабости, адинамии. |
| Р2 | - | Диагноз обоснован верно. |
| Р1 | - | Диагноз обоснован неполностью:  отсутствует обоснование нозологической формы или оценка степени тяжести заболевания.  или  Обоснование нозологической формы или оценка степени тяжести заболевания дано неверно. |
| Р0 | - | Обоснование двух и более нозологических форм дано неверно.  или  Диагноз обоснован полностью неверно. |
|  |  |  |
| В | 3 | Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. |
| Э | - | Пациенту рекомендовано: контроль суточной альбуминурии в динамике (для оценки результата лечения), УЗИ сердца и перикарда (для оценки степени гипертрофии стенок, уточнения систолической и диастолической сократительной способности сердца, наличия гидроперикарда), УЗИ плевральных полостей (для исключения гидроперикарда), СМАД (для оценки стабильности АД и суточного профиля), холтеровское суточное мониторирование ЭКГ (для выявления частоты и степени тяжести аритмий); проба Зимницкого, биохимия крови: сывороточное железо, ОЖСС, общий белок и его фракции, общий холестерин и липидный спектр, электролиты крови – K,Ca, P, Na, мочевая кислота. |
| Р2 | - | План дополнительного обследования составлен полностью верно. |
| Р1 | - | План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования.  или  Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно. |
| Р0 | - | Не названы три и более дополнительных метода обследования.  или  Обоснование назначения трех и более методов обследования дано неверно.  или  План дополнительного обследования составлен полностью неверно. |
|  |  |  |
| В | 4 | Получает следующее лечение: диета бессолевая и малобелковая, гипотензивные препараты из группы АПФ-ингибиторов, мочегонные препараты (верошпирон), щелочные растворы и гемодез, препараты эритропоэтина (эритростим, эпрекс), препараты альфа-кетокислот (альфа-кетостерил), препараты железа. Согласны ли вы с назначениями врача и какова ваша дальнейшая тактика? Ответ обоснуйте. |
| Э | - | АПФ-ингибиторы в сочетании с верошпироном в данном случае могут привести к развитию гиперкалиемии и гиперкреатининемии. Гемодез потенциально нефротоксичен и также в составе содержит калий, что усугубит проявления электролитного дисбаланса и может отрицательно сказаться на функции сердца. Необходимо знать исходный уровень калия в крови. Остальные препараты выбраны правильно. При снижении СКФ до более низких цифр (менее 15 мл/мин) ставится вопрос о плановом гемодиализе (частота определяется по креатинину) и пересадке почек. |
| Р2 | - | Выбраны верные группы препаратов, выбор правильно обоснован. |
| Р1 | - | Выбраны правильные группы препаратов, однако выбор не обоснован.  или  Выбрана только одна группа препаратов, обоснование выбора данной группы верное. |
| Р0 | - | Лечение назначено неверно. Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно |
|  |  |  |
| В | 5 | Какими препаратами можно заменить АПФ-ингибиторы в лечении данного пациента? |
| Э | - | Вместо АПФ-ингибиторов при ХБП 4-5 стадий рекомендуется применение блокаторов рецепторов к ангиотензину (БАР), ингибиторов ренина или их сочетание для эффективной блокады РАС и снижения протеинурии. |
| Р2 | - | Тактика лечения выбрана верно. |
| Р1 | - | Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно. |
| Р0 | - | Названы другие препараты, заменяющие АПФ-ингибиторы. |
|  |  |  |
| Н | - |  |
| Ф | … | … |
| Ф | … | … |