**Таблица 1.Общие сведения**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Организация | ФГБОУ ВО Дагестанский государственный медицинский университет Минздрава России |
| 2 | Специальность | Лечебное дело |
| 3 | Дисциплина | Госпитальная терапия, нефрология |
| 4 | Автор заданий | Ахмедова Ф.Д. |
| 5 | Телефон | 8-988-291-34-78 |
| 6 | Электронная почта |  |
| 7 | СНИЛС |  |

**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 24лет, при поступлении предъявляет жалобы на отеки ног, лица, боли в пояснице, кровянистую мочу и уменьшение ее суточного выделения, слабость, недомогание, головные боли, некоторое ухудшение зрения.  Из анамнеза: болеет 3 недели. Заболевание началось с болей в горле при глотании и заложенность носа с обильным гнойным отделяемым, беспокоили головные боли, температура до 39-40 С. Через 3 дня температура снизилась, самочувствие улучшилось. Неделю назад появилась тошнота и рвота после приема пищи, изжога, появились отеки лица и голеней, моча приобрела красный оттенок. Вновь заметил периодические подъемы температуры до субфебрильных цифр.  В прошлом отмечал неоднократные ангины и обострения гайморита.  Объективно: кожные покровы чистые, бледные. Отмечаются отек лица, особенно в области век, мягкие теплые отеки голеней и стоп. Пальпируются несколько увеличенные лимфатические узлы глоточного кольца, болезненные при пальпации. Зев гиперемирован, миндалины гипертрофированы, с гнойным налетом. По задней стенке глотки – гнойное отделяемое из носа. Тоны сердца чистые, звучные. ЧСС – 80 уд.в мин., АД – 170/100 мм рт.ст. Живот мягкий, чувствительный при пальпации в эпигастрии. Печень и селезенка не увеличены. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания положительный с обеих сторон. Дизурии нет.  При исследовании: в общем анализе крови Нв 129 г/л, лейкоцитов 5,3\* 10 /л, СОЭ 27 мм/ч; в общем анализе мочи удельный вес 1018-1020, белок 0,99 г/л; эр. – 40-50 в п/зр., лейк. – 2-3 в п/зр. Мазок из зева дал рост бета-гемолитического стрептококка. |
|  |  |  |
| В | 1 | Предположите наиболее вероятный диагноз. |
| Э | - | Острый гломерулонефрит, отечно-гипертонический вариант, ассоциированный с рино-тонзилогенной инфекцией. Обострение хронического тонзиллита, хронического гнойного риносинусита. Сопутствующая патология требует уточнения (ГЭРБ, рефлюкс-эзофагит, рефлюкс-гастрит) |
| Р2 | - | Диагноз поставлен верно. |
| Р1 | - | Диагноз поставлен неполностью: часть нозологий упущена или неверно оценены форма и вариант основного заболевания, не указан этиологический фактор и наличие вероятной сопутствующей патологии. |
| Р0 | - | Диагноз поставлен неверно. |
|  |  |  |
| В | 2 | Обоснуйте поставленный Вами диагноз. |
| Э | - | На поражение почек указывает характерный отечный синдром (мягкие отеки ног и лица) и одновременное наличие артериальной гипертонии с высокими цифрами диастолического давления, а также боли в пояснице и покраснение мочи. Учитывая, что эти признаки связаны с перенесенной накануне рино-тонзиллогенной инфекцией, а также сохраненный удельный вес мочи при наличии протеинурии и гематурии – выставлен диагноз острого гломерулонефрита. Диагноз обострения хронического тонзиллита и гнойного риносинусита выставлен на основании характерных жалоб и объективных данных (признаки гнойного воспаления), подтверждается бактериологического исследования (посевом мазка). Предположение о наличии рефлюксной болезни основано на жалобах на тошноту, рвоту съеденной пищей, изжогу и на болезненности в эпигастральной области. |
| Р2 | - | Диагноз обоснован верно. |
| Р1 | - | Диагноз обоснован неполностью:  отсутствует обоснование одной из нозологических форм или обоснование одной из нозологических форм дано неверно. |
| Р0 | - | Обоснование двух нозологических форм дано неверно.  или  Диагноз обоснован полностью неверно. |
|  |  |  |
| В | 3 | Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. |
| Э | - | Пациенту рекомендовано: биохимический анализ крови на общий белок и фракции, креатинин и мочевину, холестерин и липидный спектр, электролиты, проба Реберга и Зимницкого; консультация окулиста и проведение офтальмоскопии для оценки состояния диска зрительного нерва; ЭКГ, УЗ-исследование почек, рентгенография носа и придаточных пазух, консультация ЛОР-врача, ЭГДС с биопсией на НР. |
| Р2 | - | План дополнительного обследования составлен полностью верно. |
| Р1 | - | План дополнительного обследования составлен верно, однако не названы один или два дополнительных метода обследования из списка. |
| Р0 | - | Не названы три и более дополнительных метода обследования.  или  План дополнительного обследования составлен полностью неверно. |
|  |  |  |
| В | 4 | Препарат какой группы лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии в качестве гипотензивного средства. Обоснуйте свой выбор. |
| Э | - | Ингибиторы АПФ или антагонисты рецепторов к ангиотензину II. Выбор препарата из этих групп основан на их нефропротективных свойствах. Наиболее доказанными нефропротективными свойствами из группы ингибиторов АПФ обладает рамиприл, из группы антагонистов рецепторов к ангиотензину II – лозартан. Параллельно назначается мочегонная терапия петлевыми диуретиками и при необходимости сернокислая магнезия внутривенно для снятия отека мозга. |
| Р2 | - | Выбраны верные группы антигипертензивных препаратов, выбор правильно обоснован. |
| Р1 | - | Выбраны правильные группы антигипертензивных препаратов, однако выбор не обоснован.  или  Выбрана только одна группа препаратов, обоснование выбора данной группы верное. |
| Р0 | - | Ответ неверный: названы любые другие группы антигипертензивных лекарственных препаратов, кроме ингибиторов АПФ и антагонистов рецепторов к ангиотензину II. |
|  |  |  |
| В | 5 | Больной получает следующее лечение: диета с ограничением соли, антибиотики, метипред, мочегонные, дезагреганты, ингибитор АПФ, альбумин. Согласны ли вы с выбором препарата для патогенетической терапии или рекомендуете заменить его другим препаратом? Обоснуйте свой выбор. |
| Э | - | В качестве патогенетической терапии выбран глюкокортикоид метипред. Однако в связи с возможно длительным приемом данного препарата возможно развитие его нежелательных побочных эффектов, в том числе для желудочно-кишечного тракта (гастропатия), кушингоидный синдром, артериальная гипертония, сахарный диабет, нарушения минерального обмена. Поэтому целесообразно заменить его цитостатиком – например, циклофосфан в виде пульс-терапии с последующим приемом циклоспорина А. |
| Р2 | - | Ответ полный, обоснованный |
| Р1 | - | Ответ неполный и не обоснованный |
| Р0 | - | Ответ неверный |