

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
«НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР  
ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ»**



Серия  
«Библиотека ФГБУ  
«НМИЦ ПМ»  
Минздрава России»



**АККРЕДИТАЦИЯ ВРАЧЕЙ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТЯМ  
«ТЕРАПИЯ», ОБЩАЯ ВРАЧЕБНАЯ ПРАКТИКА  
(СЕМЕЙНАЯ МЕДИЦИНА)»,  
«ДИЕТОЛОГИЯ»**

ISBN 978-5-906731-70-8



9 785906 731708

МОСКВА  
2019

Министерство здравоохранения Российской Федерации  
Федеральное государственное бюджетное учреждение  
«Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины»

**«УТВЕРЖДАЮ»**

Главный внештатный специалист по терапии  
и общей врачебной практике Минздрава России,  
директор ФГБУ «НМИЦ ПМ» Минздрава России,  
член-корреспондент РАН, профессор  
О.М. Драпкина



« 19 » ноября 2019 г.

**АККРЕДИТАЦИЯ ВРАЧЕЙ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТЯМ  
«ТЕРАПИЯ», «ОБЩАЯ ВРАЧЕБНАЯ ПРАКТИКА  
(СЕМЕЙНАЯ МЕДИЦИНА)», «ДИЕТОЛОГИЯ»**

*Учебно-методическое пособие*

Москва  
2019

УДК 614.22

ББК 51.1ж

**Авторы:**

**О.М. Драпкина, С.Ю. Астанина, Р.Н. Шепель, Г.А. Батрак, Л.Ю. Волкова, С.Ю. Волкова,  
Е.И. Григоренко, Е.А. Дерина, А.В. Косяков, Н.А. Маршутин, Н.А. Михайлова,  
Т.А. Мищенко, С.А. Молоткова, Т.Е. Помыткина, Т.В. Самойлов, М.В. Трохова,  
И.И. Черкашина**

Аккредитация врачей по специальностям «Терапия», «Общая врачебная практика (семейная медицина)», «Диетология» – учебно-методическое пособие / О.М. Драпкина, С.Ю. Астанина, Р.Н. Шепель, Г.А. Батрак, Л.Ю. Волкова, С.Ю. Волкова, Е.И. Григоренко, Е.А. Дерина, А.В. Косяков, Н.А. Маршутин, Н.А. Михайлова, Т.А. Мищенко, С.А. Молоткова, Т.Е. Помыткина, Т.В. Самойлов, М.В. Трохова, И.И. Черкашина. – М.: «Красногорская типография», 1-е изд., 2019. М.: «Красногорская типография», 1-е изд., 2019. – 144 с.

ISBN 978-5-906731-70-8

Актуальность учебно-методического пособия «Аккредитация врачей по специальностям «Терапия», «Общая врачебная практика (семейная медицина)», «Диетология» заключается в ознакомлении врачей, преподавателей образовательных и научных организаций, организаторов практического здравоохранения с современными особенностями процедуры первичной специализированной аккредитации врачей-терапевтов, врачей общей врачебной практики (семейных врачей), врачей-диетологов.

Учебно-методическое пособие «Аккредитация врачей по специальностям «Терапия», «Общая врачебная практика (семейная медицина)», «Диетология» предназначено для врачей, преподавателей образовательных и научных организаций, организаторов практического здравоохранения, причастных к процедуре первичной специализированной аккредитации врачей.

**Рецензент:** д.м.н., профессор кафедры детской неврологии  
ФГБОУ ДПО «РМАНПО» Минздрава России

**Милованова  
Ольга Андреевна**

ISBN 978-5-906731-70-8

© Коллектив авторов, 2019

© ФГБУ «НМИЦ ПМ» Минздрава России, 2019

# СОДЕРЖАНИЕ

Аннотация.....	4
Введение.....	5
Глава 1. Аккредитация врачей в аспекте нормативных требований.....	6
Использованная литература.....	10
Глава 2. Методический аккредитационно-симуляционный центр ФГБУ «НМИЦ ПМ» Минздрава России.....	11
Использованная литература.....	15
Глава 3. Первый этап аккредитации врачей по специальностям «Терапия», «Общая врачебная практика (семейная медицина)», «Диетология».....	16
3.1. Требования методического центра аккредитации специалистов к разработке тестовых заданий.....	16
3.2. Методические рекомендации МАСЦ ФГБУ «НМИЦ ПМ» к разработке тестовых заданий.....	16
3.3. Примеры тестовых заданий, рекомендуемых МАСЦ для аккредитации врачей.....	21
Использованная литература.....	44
Глава 4. Второй этап аккредитации врачей по специальностям «Терапия», «Общая врачебная практика (семейная медицина)», «Диетология».....	45
4.1. Требования методического центра аккредитации специалистов проведению второго этапа.....	45
4.2. Методические рекомендации МАСЦ ФГБУ «НМИЦ ПМ» по формированию практических навыков и умений врачей.....	60
4.3. Оснащение методического аккредитационно- симуляционного центра ФГБУ «НМИЦ ПМ».....	62
Использованная литература.....	63
Глава 5. Третий этап аккредитации врачей по специальностям «Терапия», «Общая врачебная практика (семейная медицина)», «Диетология».....	64
5.1. Требования методического центра аккредитации специалистов к проведению третьего этапа.....	64
5.2. Методические рекомендации МАСЦ ФГБУ «НМИЦ ПМ» по разработке ситуационных задач (кейс-заданий) для аккредитации врачей.....	65
5.3. Примеры ситуационных задач (кейс-заданий) для аккредитации врачей, подготовленные под методическим руководством МАСЦ ФГБУ «НМИЦ ПМ».....	69
Использованная литература.....	138
Глава 6. Перспективы развития МАСЦ ФГБУ «НМИЦ ПМ» Минздрава России.....	139
Заключение.....	142
Приложение.....	143

## АННОТАЦИЯ

В учебно-методическом пособии «Аккредитация врачей по специальностям «Терапия», «Общая врачебная практика (семейная медицина)», «Диетология»» показана интеграция нормативно-правовых требований к аккредитации врачей и методических особенностей их реализации в условиях методического аккредитационно-симуляционного центра ФГБУ «НМИЦ ПМ» Минздрава России. Примеры тестовых заданий, ситуационных задач знакомят врачей-терапевтов, врачей общей практики (семейных врачей), врачей-диетологов, а также преподавателей, участвующих в подготовке медицинских специалистов, с современными требованиями к структуре и содержанию оценочных средств, используемых на разных этапах первичной специализированной аккредитации специалистов.

**Авторский коллектив:** О.М. Драпкина, С.Ю. Астанина, Р.Н. Шепель, Г.А. Батрак, Л.Ю. Волкова, С.Ю. Волкова, Е.И. Григоренко, Е.А. Дерина, А.В. Косяков, Н.А. Маршутин, Н.А. Михайлова, Т.А. Мищенко, С.А. Молоткова, Т.Е. Помыткина, Т.В. Самойлов, М.В. Трохова, И.И. Черкашина

### **Рецензент:**

Д.м.н., профессор кафедры детской неврологии  
ФГБОУ ДПО «РМАНПО» Минздрава России

**Милованова Ольга Андреевна**

**Образец для цитирования:** Аккредитация врачей по специальностям «Терапия», «Общая врачебная практика (семейная медицина)», «Диетология» / О.М. Драпкина, С.Ю. Астанина, Р.Н. Шепель и др. — М.: «Красногорская типография», 1-е изд., 2019. — 144 с.

## ВВЕДЕНИЕ

Актуальность учебно-методического пособия «Аккредитация врачей по специальностям «Терапия», «Общая врачебная практика (семейная медицина)», «Диетология» заключается в ознакомлении врачей, преподавателей образовательных и научных организаций, организаторов практического здравоохранения с современными особенностями процедуры первичной специализированной аккредитации врачей по специальностям «Терапия», «Общая врачебная практика (семейная медицина)», «Диетология».

В пособии показана интеграция нормативно-правовых требований к аккредитации врачей и методических особенностей их реализации в условиях методического аккредитационно-симуляционного центра ФГБУ «НМИЦ ПМ» Минздрава России.

Структура пособия состоит из 6 глав, отражающих взаимосвязи между нормативно-правовыми требованиями и методическими особенностями аккредитации специалистов, лежащими в основе становления и развития методического аккредитационно-симуляционного центра ФГБУ «НМИЦ ПМ» Минздрава России.

Третья, четвертая и пятая главы пособия посвящены организации и проведению экзаменационных этапов первичной специализированной аккредитации врачей по специальностям «Терапия», «Общая врачебная практика (семейная медицина)», «Диетология».

Примеры тестовых заданий, ситуационных задач знакомят врачей-терапевтов, врачей общей практики (семейных врачей), врачей-диетологов, а также преподавателей, участвующих в подготовке медицинских специалистов, с современными требованиями к структуре и содержанию оценочных средств, используемых на разных этапах первичной специализированной аккредитации специалистов.

В пособии представлены работы специалистов методического аккредитационно-симуляционного центра ФГБУ «НМИЦ ПМ» Минздрава России и профильных кафедр вузов страны, участвовавших в разработке фонда оценочных средств для аккредитации.

## Глава 1. АККРЕДИТАЦИЯ ВРАЧЕЙ В АСПЕКТЕ НОРМАТИВНЫХ ТРЕБОВАНИЙ

В соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» право на осуществление медицинской деятельности в России имеют лица, получившие медицинское или иное образование в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами и имеющие свидетельство об аккредитации специалиста. Под аккредитацией специалиста понимается процедура определения соответствия готовности лица, получившего высшее или среднее медицинское или фармацевтическое образование, к осуществлению профессиональной деятельности. Для создания системы аккредитации приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 августа 2014 г. № 463 был образован специальный Совет при Министерстве здравоохранения Российской Федерации, который определил основные подходы к созданию системы аккредитации.

В основу процедур аккредитации положены требования федеральных государственных образовательных стандартов и профессиональных стандартов. Первый набор требований представлен в форме совокупности компетенций, а второй – в форме совокупности трудовых функций, описанных и конкретизированных с помощью трудовых действий специалистов в процессе профессиональной деятельности. Регламентирующие принципы процедур аккредитации направлены на обеспечение высокой объективности (надежности), обоснованности (валидности) и сопоставимости оценок испытуемых. Поэтому оценивание специалистов при аккредитации предполагает обязательное обращение к теории измерений в социальных науках и всем ее прикладным компонентам: методикам разработки измерителей, анализа качества измерителей и результатов измерений и построения шкал для интерпретации оценок испытуемых.

Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 2 июня 2016 г. № 334 «Положение об аккредитации специалистов» установлен порядок организации и проведения аккредитации специалиста. Аккредитация специалиста проводится в отношении:

лиц, завершивших освоение основных образовательных программ высшего медицинского образования, высшего фармацевтического образования, среднего медицинского образования, среднего фармацевтического образования, иного образования, имеющих документы об образовании и (или) о квалификации, образцы которых устанавливаются федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере образования (далее – **первичная аккредитация**);

лиц, завершивших освоение программ подготовки кадров высшей квалификации и дополнительных профессиональных программ (профессиональная переподготовка), а также лиц, получивших образование на территории иностранного государства (далее – **первичная специализированная аккредитация**);

лиц, завершивших освоение профессиональных образовательных программ медицинского образования и фармацевтического образования, обеспечивающих непрерывное совершенствование профессиональных знаний и навыков в течение всей жизни, а также постоянное повышение профессионального уровня и расширение квалификации (далее – **периодическая аккредитация**).

Таким образом, **первичная аккредитация** – это экзамен, определяющий допуск врача к профессии. Этот шаг обязателен для ступени среднего медицинского образования, для специалитета, магистратуры и бакалавриата.

**Первичная специализированная аккредитация** специалистов с медицинским образованием необходима только тем врачам, которые завершили обучение в ординатуре или прошли профессиональную переподготовку с целью освоения нового направления работы. Также эту процедуру аккредитации должны проходить работники, которые получали образование за рубежом.

**Периодическая аккредитация** медицинских работников проводится с целью подтверждения квалификации специалистов. В полном объеме ее будут проходить все медработники с 2021 года. Кроме того, периодическая аккредитация специалистов здравоохранения интегрирована в систему непрерывного медицинского образования (далее – НМО).

В течение 5 лет до аккредитации медработники набирают часы обучения в количестве не менее 150. Ранее Минздравом России предлагалось определять объем баллов, которые необходимо набрать медработнику, однако на законодательном уровне этот механизм не закреплен. Однако те врачи, которые уже начинали набирать баллы, их не потеряют, они будут учтены в периодической аккредитации.

#### **Проведение аккредитации специалиста**

Для прохождения первичной аккредитации или первичной специализированной аккредитации специалистов лицо, изъявившее желание пройти аккредитацию специалиста (далее – аккредитуемый), лично представляет в аккредитационную комиссию документы, предусмотренные приказом Минздрава России от 02.06.2016 г. № 334н «Об утверждении Положения об аккредитации специалистов».

Для прохождения первичной аккредитации представляются:

- заявление о допуске к аккредитации специалиста, в котором указываются сведения об освоении аккредитуемой образовательной программы высшего или среднего профессионального образования, а также специальность, по которой аккредитуемый намерен осуществлять медицинскую или фармацевтическую деятельность (приложение № 1) (далее – заявление);

- копия документа, удостоверяющего личность;

- копия документов о высшем образовании и о квалификации (с приложениями) или о среднем профессиональном образовании (с приложениями) или выписка из протокола заседания государственной экзаменационной комиссии;

- копия страхового свидетельства обязательного пенсионного страхования (при наличии).

Для прохождения первичной специализированной аккредитации или периодической аккредитации представляются:

- заявление;

- копия документа, удостоверяющего личность;

- отчет за последние пять лет о профессиональной деятельности аккредитуемого, включающий сведения об индивидуальных профессиональных достижениях, сведения об освоении программ повышения квалификации, обеспечивающих непрерывное совершенствование профессиональных навыков и расширения квалификации (для прохождения периодической аккредитации) (далее – портфолио);

- копия сертификата специалиста (при наличии) или свидетельства об аккредитации специалиста (при наличии);

- копии документов о высшем образовании и о квалификации (с приложениями) или о среднем профессиональном образовании (с приложениями) или выписка из протокола заседания государственной экзаменационной комиссии;

- копия трудовой книжки (при наличии);

- копия страхового свидетельства обязательного пенсионного страхования (при наличии).

#### **Этапы аккредитации**

Аккредитация специалиста проводится путем последовательного прохождения аккредитуемым ее этапов.

Первичная аккредитация и первичная специализированная аккредитация включают следующие этапы:

- тестирование;

- оценка практических навыков (умений) в симулированных условиях;

- решение ситуационных задач.

Периодическая аккредитация включает в себя следующие этапы:

- оценка портфолио;

- тестирование.

Рассмотрим эти этапы более подробно для всех трех видов аккредитации, поскольку они одинаковы для каждого из них.

#### **Тестирование: особенности прохождения**

- Задания для каждого теста формируются путем автоматической выборки 60 заданий из единой базы оценочных средств. Эту базу формирует Методический центр аккредитации специа-

листов на базе ФГБОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова».

- Специалист должен ответить на вопросы теста за 60 минут. Но медработники с нарушениями зрения вправе выполнять тестовые задания 120 минут. Это одно из дополнений к базовому положению об аккредитации.

- Каждый тест содержит 4 варианта ответа, среди которых только один правильный.

- Оценка ответов происходит автоматически, в процентах правильных ответов от общего количества заданий теста. Тест сдан, если медработник правильно ответил на 70% и более вопросов, не сдан – если правильных ответов 69% и менее.

#### **Оценка практических навыков (умений) в симулированных условиях**

Оценка практических навыков (умений) в симулированных условиях - задание, которое есть в первичной и первичной специализированной аккредитации. На данный момент оценивается не менее 5 практических навыков и умений врачей, и один навык - у медработников со средним образованием. Оценка проводится аккредитационной комиссией в аккредитационно-симуляционном центре. На выполнение одного задания одному врачу отводится 10 минут, среднему медперсоналу – 30 минут. Для оценки результатов членами комиссии применяются оценочные листы. Результат выполнения практических заданий формируется автоматически в процентах правильно выполненных практических заданий от общего количества практических действий. Сдано – 70% и более верных ответов, не сдано – 69% и менее.

#### **Решение ситуационных задач**

Особенности нового формата ситуационных задач:

- изменена навигация по условиям задания;

- использованы изображения для визуализации условий задачи (например, кожа);

- 12 заданий множественного кейса располагаются последовательно в 4 блока: лабораторное и инструментальное обследование, диагноз, лечение и вариативная часть;

- врач не видит следующих заданий, не ответив на текущий вопрос (исключаются возможные подсказки). Кроме того, система контролирует количество ответов (не пускает дальше, если выбрано меньше или больше заданного числа ответов);

- раздел лабораторных исследований:

- система предоставляет результаты лабораторных исследований и выдает соответствующее сообщения;

- предоставляются результаты инструментальных исследований.

Вопрос о диагнозе является ключевым вопросом множественного кейса. В случае выбора неправильного ответа система выдаст предупреждающее сообщение и предоставит информацию о правильном диагнозе. После завершения ответов на все задания система проведет оценку и даст возможность посмотреть на правильные ответы к каждому вопросу, а также на их обоснования.

Если в обосновании приводится ссылка на источник, система дает возможность посмотреть на этот источник с подсветкой соответствующих мест в документе (*например, клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи больным болезнью .....*). Новый формат ситуационных задач был апробирован в 2019 году на ряде специальностей («терапия», «общая врачебная практика (семейная медицина)», «педиатрия», «онкология» и др.).

Результат решения ситуационных задач формируется с использованием информационных систем автоматически на основании количества правильных ответов на вопросы, содержащиеся в ситуационных задачах.

На основании результата решения ситуационных задач аккредитационная подкомиссия оценивает результат прохождения аккредитуемым данного этапа аккредитации как:

«сдано» при результате 17 и более правильных ответов;

«не сдано» при результате 16 или менее правильных ответов.

#### **Оценка результатов аккредитации**

Если оценка за каждый этап «сдано», то аккредитация считается пройденной. Решение об этом отражается в протоколе заседания специальной комиссии, его подписывают в течение двух календар-

ных дней от даты прохождения последнего этапа аккредитации. Итоговый протокол в течение 5 календарных дней со дня подписания ответственный секретарь аккредитационной комиссии (далее – АК) направляет в Министерство здравоохранения Российской Федерации.

Аккредитационные комиссии формируются Министерством здравоохранения Российской Федерации с участием профессиональных некоммерческих организаций, указанных в статье 76 Федерального закона № 323-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации».

Состав аккредитационной подкомиссии утверждается протоколом заседания аккредитационной комиссии.

Лица, включаемые в состав аккредитационной подкомиссии (за исключением ответственного секретаря аккредитационной подкомиссии), формируемой для проведения первичной специализированной аккредитации, должны иметь действующий сертификат специалиста или свидетельство об аккредитации специалиста по специальности, по которой аккредитационной подкомиссией планируется проведение указанной процедуры.

Заседания аккредитационной комиссии проводятся после каждого этапа аккредитации. По итогам каждого заседания оформляется протокол, то есть количество протоколов за одну процедуру аккредитации соответствует количеству его этапов. В случае первичной специализированной аккредитации – 3 этапа, 3 протокола. Сведения о лицах, признанных прошедшими аккредитацию, ответственный секретарь комиссии вносит в Федеральный регистр медицинских работников.

#### **Когда аккредитация не пройдена**

Аккредитуемый признается не прошедшим этап медицинской аккредитации, если он:

- не явился для прохождения этапа аккредитации специалиста;
- получил оценку «не сдан»;
- нарушил требования о запрещении иметь при себе и использовать средства связи.

Если это произошло, необходимо представить в аккредитационную комиссию в течение недели заявление, в котором указать непройденный этап.

По результатам рассмотрения указанного заявления аккредитационная комиссия принимает решение о повторном прохождении аккредитуемым этапа аккредитации специалиста.

Аккредитуемый, 3 раза не прошедший соответствующий этап аккредитации специалиста, признается аккредитационной комиссией не прошедшим аккредитацию специалиста.

Аккредитуемый, признанный не прошедшим аккредитацию специалиста, в целях повторного прохождения аккредитации специалиста представляет в аккредитационную комиссию документы не ранее чем через 11 месяцев со дня признания его таковым.

Аккредитуемому, признанному прошедшим или не прошедшим аккредитацию специалиста, в течение 3 дней с даты подписания протокола заседания аккредитационной комиссии ответственным секретарем аккредитационной комиссии выдается выписка из протокола заседания аккредитационной комиссии, содержащая соответствующие решения.

#### **Процедура апелляции**

Аккредитуемый, признанный аккредитационной комиссией не прошедшим аккредитацию специалиста или не прошедшим этап аккредитации специалиста, вправе подать жалобу на соответствующее решение аккредитационной комиссии в апелляционную комиссию в течение 2 рабочих дней с момента размещения результатов прохождения этапа аккредитации.

Аккредитуемый, не прошедший аккредитацию полностью или отдельный ее этап, вправе подать жалобу на соответствующее решение в апелляционную комиссию в течение 2 рабочих дней с момента размещения результатов прохождения этапа аккредитации на официальном сайте и информационных стендах аккредитующей организации.

Для рассмотрения жалоб председатель комиссии формирует апелляционную комиссию. При этом члены апелляционной комиссии не вправе рассматривать жалобы в отношении решений, которые они принимали сами.

Апелляционная комиссия рассматривает жалобу в течение 5 рабочих дней со дня ее подачи и принимает одно из двух решений:

- удовлетворить жалобу и аннулировать решение АК, на которое подана жалоба;
- отказать в удовлетворении жалобы и оставить решение АК без изменения.

О своем решении апелляционная комиссия уведомляет аккредитуемого в день ее рассмотрения. Если решение комиссии аннулируется, то аккредитуемый вправе продолжить прохождение процедуры аккредитации специалистов начиная с этапа, который он не прошел. Если же в удовлетворении жалобы отказано, аккредитуемый вправе обжаловать решения аккредитационной и апелляционной комиссий в Министерстве здравоохранения Российской Федерации.

#### **Сколько раз медработники могут пересдавать экзамен по аккредитации?**

Если с первого раза пройти успешно тестирование на аккредитацию медработнику не удалось, то он имеет право на пересдачу.

Регламент разрешает три раза подряд пройти этап аккредитации. После третьей попытки комиссия признает его «не прошедшим аккредитацию специалиста».

Если медработник не согласен с решением, он вправе подать жалобу в апелляционную комиссию на решение аккредитационной комиссии. Сделать это нужно в течение двух рабочих дней.

Жалобу рассмотрят в течение пяти дней (приказ Минздрава от 26.04.2018 № 192н «О внесении изменений в Положение об аккредитации специалистов...»).

#### *Использованная литература:*

1. Аккредитация врачей в 2019 году: что нового, как проводится аккредитация // Закон и медицина. 2019. – URL: <http://doclvs.ru/medzakon/akkred.php>

2. Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» (ст. 69).

3. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 02.06.2016 г. № 334н «Об утверждении Положения об аккредитации специалистов».

4. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24.05.2019 г. № 326н «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 02.06.2016 г. № 334н» (п. 42).

## Глава 2. МЕТОДИЧЕСКИЙ АККРЕДИТАЦИОННО-СИМУЛЯЦИОННЫЙ ЦЕНТР ФГБУ «НМИЦ ПМ» МИНЗДРАВА РОССИИ

28 мая 2019 г. в Минздраве России состоялось совещание «О ходе создания методических аккредитационно-симуляционных центров на базе образовательных и научных организаций, подведомственных Минздраву России».

В ФГБУ «НМИЦ ПМ» Минздрава России приказом директора член-корреспондента РАН, д.м.н., профессора О.М. Драпкиной был создан Методический аккредитационно-симуляционный центр (далее – МАСЦ) в составе отдела профессионального образования с целью обеспечения подготовки к первичной специализированной аккредитации по специальностям «Терапия», «Общая врачебная практика (семейная медицина)», «Диетология».

С момента образования МАСЦ была разработана концепция, включающая в себя миссию центра, цели, функции, организацию процесса аккредитации.

Миссией МАСЦ ФГБУ «НМИЦ ПМ» Минздрава России как федерального центра по подготовке аккредитации врачей-терапевтов, врачей общей практики (семейной медицины), врачей-диетологов является содействие совершенствованию профессионализма врачей путем методического обеспечения процесса первичной специализированной аккредитации специалистов.

В соответствии с заданием Минздрава России по созданию методических симуляционно-аккредитационных центров был заключен договор на поставку необходимого оборудования; проведены мероприятия по разработке и экспертизе авторских тестовых заданий:

- по специальностям «Общая врачебная практика (семейная медицина)»: 5000 штук;
- по специальности «Терапия»: 5000 штук;

– по специальности «Диетология»: 2000 штук, оставшиеся 2000 тестовых заданий были разработаны кафедрой диетологии ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России.

В создании фонда тестовых заданий для первого этапа аккредитации врачей большую помощь оказали профильные кафедры вузов страны. Мы благодарим коллег за оказанную помощь в создании федерального фонда оценочных средств для аккредитации врачей по специальностям «Терапия», «Общая врачебная практика (семейная медицина)», «Диетология» (табл. 1).

*Таблица 1*

### Вузы, принимавшие участие в разработке фонда тестовых заданий по специальностям «Терапия», «Общая врачебная практика (семейная медицина)», «Диетология»

№	Название образовательной организации	Специальность
1.	Алтайский ГМУ	Терапия; ОВП
2.	Астраханский ГМУ	Терапия; ОВП; Диетология
3.	Башкирский ГМУ	ОВП
4.	Белгородский ГМУ	ОВП
5.	Воронежский ГМУ	Терапия
6.	Дальневосточный ГМУ	Терапия; ОВП
7.	Дагестанский ГМУ	ОВП
8.	Ивановская ГМА	Терапия; ОВП; Диетология
9.	Казанский ГМУ	Терапия
10.	Кемеровский ГМУ	Терапия
11.	Кировский ГМУ	ОВП
12.	Красноярский ГМУ	Терапия; ОВП
13.	Курский ГМУ	Терапия; ОВП
14.	КФУ МА им. С.Н. Георгиевского	Терапия; ОВП
15.	Майкопский ГТУ	Терапия
16.	Новгородский ГУ	Терапия; ОВП
17.	Новосибирский ГМУ	Терапия; ОВП; Диетология
18.	Оренбургский ГМУ	Терапия; ОВП; Диетология

19.	Орловский ГУ	Терапия
20.	Поволжский исследовательский МУ	Терапия; ОВП
21.	Ростовский ГМУ	Терапия; ОВП; Диетология
22.	Самарский ГМУ	Терапия; ОВП
23.	Саратовский ГМУ	Терапия; ОВП; Диетология
24.	Северный ГМУ (Архангельск)	Терапия; ОВП
25.	Смоленский ГМУ	ОВП
26.	Тверской ГМУ	Терапия; ОВП
27.	Тюменский ГМУ	Терапия; Диетология
28.	Университет Дружбы народов	Терапия
29.	Чувашский ГМУ	Терапия
30.	Южно-Уральский ГМУ	Терапия; ОВП

*Примечание:* ОВП - общая врачебная практика.

В этот же период Методическим центром аккредитации специалистов (далее – МЦА) были согласованы перечни практических навыков врачей по специальностям «Терапия», «Общая врачебная практика (семейная медицина)», «Диетология», проверяемых в процессе объективного структурированного клинического экзамена (далее – ОСКЭ), согласованы Паспорта станций.

Техническое оснащение методического аккредитационно-симуляционного центра обеспечивалось работой большого коллектива ФГБУ «НМИЦ ПМ» Минздрава России под руководством директора член-корреспондента РАН, д.м.н., профессора О.М. Драпкиной, руководителя отдела организационно-методического управления и анализа качества медицинской помощи Р.Н. Шепеля.

Командное взаимодействие сотрудников: отдела профессионального образования (Самойлов Т.В.), бухгалтерии (Тихонова Е.Е.), отдела капитального ремонта (Багиашвили А.В.), службы информационных технологий (Артемьев Ю.А., Черкашин А.О.), хозяйственной службы (Потапов А.И.), позволило реализовать задуманное (рис. 1).

Большую помощь оказывали советы, рекомендации, предложения сотрудников Центра профилактической медицины д.м.н. И.С. Явелова, заместителя директора к.м.н. А.М. Шаталовой.

Определенные затруднения представляла разработка фонда оценочных средств для третьего этапа аккредитации врачей, организуемого как решение ситуационных задач. Это объяснялось внесенными изменениями как в процедуру третьего этапа аккредитации специалистов, так и в методику разработки ситуационных задач (кейс-заданий). В соответствии с приказом Минздрава России решение ситуационных задач проводится путем ответа аккредитуемого на 12 вопросов, содержащихся в каждой из 2 ситуационных задач. Комплектование набора ситуационных задач для каждого аккредитуемого осуществляется с использованием информационных систем автоматически путем их случайной выборки из Единой базы оценочных средств. На решение аккредитуемым ситуационных задач отводится 60 минут. Результат решения ситуационных задач формируется с использованием информационных систем автоматически на основании количества правильных ответов на вопросы, содержащиеся в ситуационных задачах.



**Рисунок 1.** Модель оснащения МАСЦ ФГБУ «НМИЦ ПМ» Минздрава России

На основании результата решения ситуационных задач аккредитационная подкомиссия оценивает результат прохождения аккредитуемым данного этапа аккредитации как:

«сдано» при результате 17 и более правильных ответов;

«не сдано» при результате 16 или менее правильных ответов».

В соответствии с заданием Минздрава России предстояло разработать по 350 ситуационных задач (кейс-заданий) по каждой специальности.

Возросшая трудоемкость разработки задач представляла серьезную проблему для выполнения задания Минздрава России. Одновременно отсутствие задач усложняло подготовку врачей к процедуре аккредитации, так как успешность прохождения испытаний аккредитации определяется прежде всего качеством подготовки врачей. Способность врачей решать гипотетические профессиональные задачи позволяет оценивать не только отдельные знания и умения, но и сформированность компетенций врачей. Решение задач в формате аккредитационных требований способствует развитию клинического мышления врача, формированию готовности решать профессиональные задачи, определяемые трудовыми функциями. А, следовательно, требовалось не только создать фонд оценочных средств для проведения аккредитации, но одновременно обеспечить подготовку профессорско-преподавательского состава профильных кафедр вузов страны для создания фонда оценочных средств на кафедрах. Поскольку только в этом случае у врачей будет возможность осознанно готовиться к аккредитационному экзамену.

Для решения проблемы сотрудниками МАСЦ ФГБУ «НМИЦ ПМ» Минздрава России (к.п.н., доцентом С.Ю. Астаниной; к.м.н., доцентом Е.А. Дериновой; к.м.н., доцентом Н.А. Михайловой; к.м.н., доцентом Л.Ю. Волковой) были выявлены методические особенности разработки ситуационных задач (кейс-заданий), что позволило разработать дополнительную профессиональную программу повышения квалификации научно-педагогических работников по теме «Методика разработки ситуационных задач (кейс-заданий) для аккредитации врачей». В рамках этой программы было подготовлено учебно-методическое пособие, разработан дидактический материал, помогающий авторам в разработке задач. Но самое главное – была разработана уникальная технология обучения, позволяющая формировать практические умения и навыки в условиях дистанционного обучения (рис.2).

За короткий летний период сотрудники центра подготовились к проведению цикла по программе «Методика разработки ситуационных задач (кейс-заданий) для аккредитации врачей» (трудоемкость – 18 академических часов с использованием дистанционных образовательных технологий).

Основная цель цикла: подготовка профессорско-преподавательского состава кафедр по специальностям «Терапия», «Общая врачебная практика (семейная медицина)» и «Диетология» к созданию фондов ситуационных задач в образовательных организациях, способствующих подготовке врачей к первичной специализированной аккредитации.

В цикле приняли участие 30 человек из 4-х регионов страны:

1. ФГБОУ ВО «Дагестанский ГМУ» Минздрава России.
2. ФГБОУ ВО «Смоленский ГМУ» Минздрава России.
3. ФГБОУ ВО «Тверской ГМУ» Минздрава России.
4. ФГБОУ ВО «Тюменский ГМУ» Минздрава России.
5. ФГБОУ ВО «Ростовский ГМУ» Минздрава России.

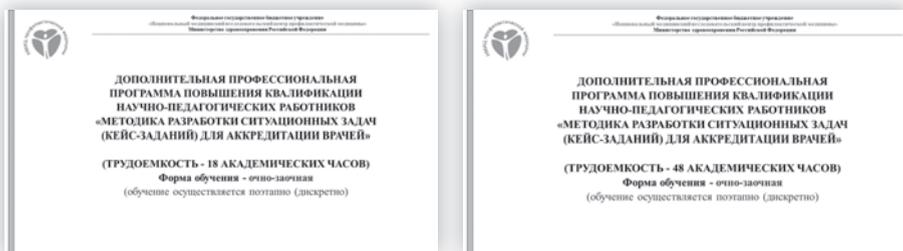


Рисунок 2. Программы повышения квалификации научно-педагогических кадров

При успешном освоении программы преподаватели получили удостоверение о повышении квалификации.

После проведения первого цикла (18.09.2019 – 20.09.2019) сотрудниками методического аккредитационно-симуляционного центра ФГБУ «НМИЦ ПМ» Минздрава России» был проведен второй цикл обучения по программе «Методика разработки ситуационных задач (кейс-заданий) для аккредитации врачей». По предложению слушателей трудоемкость цикла была увеличена до 48 академических часов.

Процесс обучения осуществлялся в соответствии с технологией обучения в сотрудничестве, при которой разработка задач проводилась в совместном взаимодействии автора задачи с экспертом МАСЦ, курирующим разработку конкретной задачи.

Совместная работа включала проверку рабочего материала и индивидуальные консультации по возникающим у разработчиков задач вопросам. Каждому разработчику будет предоставлен пакет материалов, разработанный сотрудниками МАСЦ (Памятка, методические материалы по разработке задач, спецификация тем по терапии, ОВП, диетологии и др.).

Итоговая аттестация обучающихся осуществлялась по результатам подготовки 3 задач по разным нозологическим формам.

В цикле приняли участие 48 человек из 12 регионов страны:

1. ФГБОУ ВО «Северный ГМУ» Минздрава России.
2. ФГБОУ ВО «Волгоградский ГМУ» Минздрава России.
3. ФГБОУ ВО «Дагестанский ГМУ» Минздрава России.
4. КГМА – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России.
5. ФГБОУ ВО «Красноярский ГМУ» Минздрава России.
6. ФГБОУ ВО «Кемеровский ГМУ» Минздрава России.
7. ФГБОУ ВО «Ивановская ГМА» Минздрава России.
8. ФГБОУ ВО «Ижевская ГМА» Минздрава России.
9. ФГБОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова».
10. ФГБОУ ВО «Ростовский ГМУ» Минздрава России.
11. ФГБОУ ВО «Смоленский ГМУ» Минздрава России.
12. ФГБОУ ВО «Южно-Уральский ГМУ» Минздрава России.

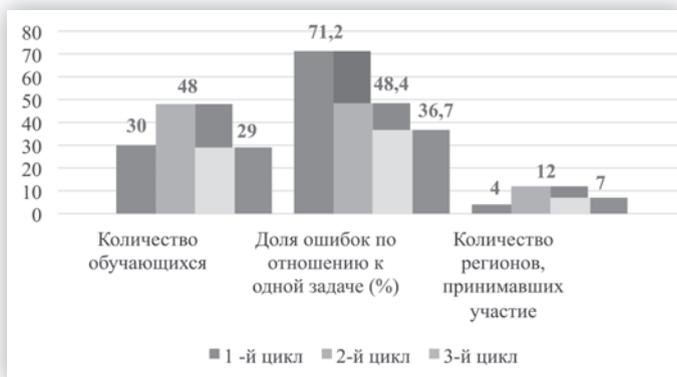
В третьем цикле по программе «Методика разработки ситуационных задач (кейс-заданий) для аккредитации врачей» (трудоемкость – 48 академических часов) приняли участие 29 человек из 7 регионов страны:

1. ФГБОУ ВО «Бурятский ГМУ» Минздрава России
2. ФГБОУ ВО «Волгоградский ГМУ» Минздрава России
3. ФГБОУ ВО «Казанский ГМУ» Минздрава России
4. ФГБОУ ВО «Кировский ГМУ» Минздрава России
5. ФГБОУ ВО «Курский ГМУ» Минздрава России
6. ФГАОУ ВО «Медицинская академия имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского» Минобрнауки России
7. ФГБОУ ВО «Оренбургский ГМУ» Минздрава России

Следует отметить, что результативность третьего цикла была самой высокой, что подтвердилось количеством разработанных задач за единицу времени. Результативность определялась количеством подготовленных задач и долей встречаемых ошибок по отношению к одной задаче (%) (Рис. 3).

Выявленные особенности обучения с использованием дистанционных образовательных технологий позволяют с большей эффективностью использовать электронное обучение и дистанционные образовательные технологии в образовательном процессе.

На этапе разработки задач стало понятно, что для использования разработанных задач в процедуре аккредитации необходимо участие в этом важном процессе главных внештатных специалистов по аккредитуемым специальностям. Консолидация главных специалистов важна не только на этапе разработки задач, но и на этапе их экспертизы. В этой связи ФГБУ «НМИЦ ПМ» Минздрава России обратился к главным внештатным специалистам с предложением создания группы, содей-



**Рисунок 3.** Показатели результативности циклов по программе «Методика разработки задач (кейс-заданий) к аккредитации врачей»

ствующей в разработке оценочных средств для аккредитации врачей по вышеуказанным специальностям.

Методический аккредитационно-симуляционный центр только начинает свою деятельность. Впереди главный экзамен центра – первичная специализированная аккредитация выпускников ординатуры и циклов профессиональной переподготовки врачей по специальностям «Терапия», «Общая врачебная практика (семейная медицина)», «Диетология». Готовность к этой процедуре зависит от многих факторов, но прежде всего от готовности фонда оценочных средств для каждого этапа аккредитации.

*Использованная литературы:*

1. *Блинов В.И.* Методика преподавания в высшей школе: учебно-практическое пособие:/ В.И. Блинов, В.Г. Виненко, И.С. Сергеев. – М.: Юрайт, 2014. – 315 с.
2. *Голушкина М.* Задать тренды // Эксперт. – 2006. — № 1-2 (496). – С. 70 – 76.
3. *Свистунов А.А.* Аккредитация специалиста здравоохранения как стартовая площадка непрерывного медицинского образования // А.А. Свистунов, Ж.М. Сизова, В.Н. Трегубов. – Современные стратегии профессионального образования. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/akkreditatsiya-spetsialista-zdravoohraneniya-kak-startovaya-ploschadka-neprepryvnogo-meditsinskogo-obrazovaniya/viewer>
4. Специалист медицинского симуляционного обучения / В.А. Кубышкин, А.А. Свистунов, М.Д. Горшков, З.З. Балкизов – РОСОМЕД, 2016. – С. 319.
5. Всемирные стандарты WFME по повышению качества медицинского образования. Последипломное медицинское образование. – URL: <http://knigi1.dissers.ru/books/library3/3549-1.php> (дата обращения: 04.2015).
6. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24 мая 2019 г. № 326н «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 2 июня 2016 г. № 334».
7. Постановление Правительства Российской Федерации от 15.04.2014 г. № 294 «Об утверждении государственной программы «Развитие здравоохранения на 2014-2020 годы. Подпрограмма «Кадровое обеспечение системы здравоохранения».

### Глава 3. ПЕРВЫЙ ЭТАП АККРЕДИТАЦИИ ВРАЧЕЙ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТЯМ «ТЕРАПИЯ», «ОБЩАЯ ВРАЧЕБНАЯ ПРАКТИКА (СЕМЕЙНАЯ МЕДИЦИНА)», «ДИЕТОЛОГИЯ»

#### 3.1. ТРЕБОВАНИЯ МЕТОДИЧЕСКОГО ЦЕНТРА АККРЕДИТАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ К РАЗРАБОТКЕ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ

(в редакцию МЦА [URL: <https://fmza.ru/metod/instruktsii/>])

##### ПОРЯДОК ОФОРМЛЕНИЯ НАБОРА ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ

1. Все задания набора тестовых заданий предоставляются одной образовательной организацией, относятся к одной дисциплине по одной специальности, имеют одного автора (составителя).
2. Перечень заданий сгруппирован по трудовым функциям соответствующего данной специальности профессионального стандарта.
3. Поддерживается форма заданий: задания множественного выбора с единственным правильным ответом.
4. Описание задания состоит из следующих элементов: «Вопрос», «Правильный ответ» – всегда первый по порядку и «Дистракторы» - неправильные, но правдоподобные варианты ответа, их количество принято равным 3.
5. Вопрос и ответы задания содержат текст и, возможно, изображения.
6. Общие сведения и описание заданий должны быть внесены в файл в формате MS Word 2007 и выше (с расширением docx) в соответствии с приведенным шаблоном. Шаблон файла с заданиями приведен также в отдельном файле Шаблон.docx.
7. Если для задания в текст вопроса или ответов требуется включить изображения, эти изображения нужно сохранить в отдельных графических файлах, а по месту включения изображения в текст нужно указать имя графического файла в соответствии с правилами вставки изображений. Для набора заданий имена графических файлов не должны повторяться.
8. Все графические файлы с изображениями для набора заданий запакуйте в архив с расширением ZIP и представьте в Методический центр аккредитации специалистов вместе с основным файлом.

#### 3.2. МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ МАСЦ ФГБУ «НМИЦ ПМ» К РАЗРАБОТКЕ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ

*Деринова Е.А., к.м.н., доцент, эксперт МАСЦ ФГБУ «НМИЦ ПМ» Минздрава России*

##### **Анализ часто встречающихся ошибок при разработке тестовых заданий**

Цель данного раздела – представить типичные, наиболее часто встречающиеся ошибки, допускаемые разработчиками тестовых заданий. Ошибки возникают в тех случаях, когда при составлении заданий авторы не соблюдают принципы тестологии. В результате такие задания обладают низкой ценностью, допускают противоречивые суждения, вводят в заблуждение тестируемых, в некоторых случаях возрастает вероятность угадывания правильного ответа, и эта вероятность становится малозависимой от уровня знаний экзаменуемого. Условно дефекты можно разделить на две категории: технические ошибки и ошибки в отборе содержания тестового задания.

##### **Технические ошибки в тестовых заданиях**

**Грамматические подсказки** – один или более дистракторов грамматически не соответствуют условию задания, в результате условие не согласуется с ответами.

##### **ПРИМЕР:**

**Инструкция:** Выберите один правильный ответ.

Если новорожденный ребенок не получает витамин К, то у него может возникнуть:

- А. Дефицит V фактора.
- Б. Удлинение протромбинового времени.
- В. Явления, более тяжело протекающие у мальчиков, чем у девочек.
- Г. Большая вероятность симптомов при кормлении коровьим, а не женским молоком.

(Ответ А)

*Логические подсказки* – часть вариантов ответа или сам эталон исчерпывают все возможные варианты.

Во-первых, возникают такие подсказки, например, в тех случаях, когда разработчики используют низкоэффективные, дистракторы, которые не привлекают внимание тестируемых.

*ПРИМЕР:*

*Инструкция:* Выберите один правильный ответ.

Для купирования приступа бронхиальной астмы используют:

- А. Сальбутамол.
- Б. Глюконат кальция.
- В. Инсулин.
- Г. Пенициллин.

*(Ответ А)*

Во-вторых, правильный ответ спрятан в самых длинных или самых точных формулировках по сравнению с дистракторами.

*ПРИМЕР:*

*Инструкция:* Выберите один правильный ответ.

При проглатывании твердого щелоча следует:

- А. Вызывать рвоту.
- Б. Выпить активированный уголь.
- В. Выпить подкисленный раствор.
- Г. Выпить небольшое количество молока или воды для разведения едкого вещества.

*(Ответ Г)*

В данном задании правильный ответ Г – самый длинный по сравнению с дистракторами и содержит подсказки-уточнения: «в небольшом количестве», «для разведения едкого вещества».

В-третьих, наличие в задании вербальных ассоциаций способствует выбору правильного ответа с помощью догадки.

*ПРИМЕР:*

*Инструкция:* Выберите один правильный ответ.

Одним из основных проявлений гипертрофической кардиомиопатии является:

- А. Гипертрофия левого и правого желудочков.
- Б. Истончение межжелудочковой перегородки.
- В. Расширение полости левого желудочка.
- Г. Снижение сократительной способности миокарда.

*(Ответ: А)*

В правильном ответе присутствует термин «гипертрофия», что и является подсказкой, основанной на вербальной ассоциации.

### ***Ошибки, связанные с чрезмерной сложностью задания.***

1. Условие задания или варианты ответов являются длинными, сложными, с большим количеством подробностей, в результате выбор правильного ответа требует долгого и внимательного чтения и обдумывания.

*ПРИМЕР:*

*Инструкция:* Выберите один правильный ответ.

Комиссии по оценке коллег в некоторых организациях здравоохранения (НМО – Health Maintenance Organization) могут предпринять действия в отношении документов, подтверждающих образование и квалификацию врача, в защиту интересов участников НМО. Существует требование – убедиться в том, что в ходе таких действий к врачу применяются надлежащие законные процедуры. К обязательным законным процедурам относятся:

1.) Соответствующее уведомление; суд, уполномоченный принять решение; возможность лично опровергнуть показания свидетелей против себя и возможность представить доказательства в свою защиту.

2.) Уведомление; беспристрастность участников; возможность услышать и лично оспорить показания свидетелей против себя.

3.) Разумное и своевременное уведомление; беспристрастная комиссия, уполномоченная принять решение; возможность услышать свидетельства против себя и лично оспорить показания свидетелей и возможность представить доказательства в свою защиту.

При составлении условия задания, необходимо, чтобы формулировки тестовых заданий были по возможности краткими, без излишних слов и пояснений, лаконичными.

2. Цифровые данные выражены бессистемно. В тестологии существует правило, по которому цифровые варианты ответа должны быть расположены в порядке возрастания или убывания и быть выражены в едином формате (в виде отдельного числа или диапазона чисел).

*ПРИМЕР:*

Инструкция. Выберите один правильный ответ.

В группу риска по развитию синдрома внезапной младенческой смерти входят дети с суммой баллов по шкале риска:

А. 30

Б. 50

В. 50-60

Г. Более 70

*(Ответ Г)*

В данном примере варианты ответа А и Б представлены в виде числовых данных, а варианты В и Г – в виде диапазона. Все варианты ответа должны быть либо в виде диапазона, либо в виде конкретных цифровых данных.

3. Использование в формулировке задания или в вариантах ответа терминов, характеризующих частоту, например, «обычно», «часто», «редко», «наиболее», «наименее» и др. Такие термины не имеют устойчивого значения: «часто» – это более 50% или 90–95%?

*ПРИМЕР:*

Инструкция. Выберите один правильный ответ.

Для остеомиелита наиболее характерно:

1.) Часто вызывается золотистым стафилококком.

2.) Болезненность в области поражения носит диффузный характер.

3.) Изменения на рентгенограмме костей определяются через сутки после начала заболевания.

4.) Редко болезненность носит локализованный характер.

Тестологии утверждают, что неопределенные термины, характеризующие частоту явления, даже экспертами не всегда понимаются одинаково.

4. Стилистическая неоднородность вариантов ответа.

Принцип однородности заключается в том, что к каждому утверждению подбираются более или менее однородные, т.е. достаточно сходные и правдоподобные по содержанию ответы, близкие по родовому или видовому признаку, или отображающие основные стороны, грани явления или события.

*ПРИМЕР:*

Инструкция. Выберите один правильный ответ.

На деятельность почечных канальцев непосредственно влияет гормон:

А. Альдостерон.

Б. Гормоны щитовидной железы.

В. Гормоны гипофиза.

Г. Адренкортикотропный гормон.

В задании в качестве вариантов ответа представлены и группы гормонов (Б, В), и представители групп (А, Г). Необходимо в одном задании представить или только группы гормонов, или только представителей групп.

*ПРИМЕР:*

Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Для остеомиелита характерно:

- А. Наличие периостальной реакции на рентгенограмме.
- Б. Мальчики болеют в 2 раза чаще, чем девочки.
- В. Появление болей в области поражения диффузного характера.
- Г. Появление изменений костей на рентгенограмме через сутки после начала заболевания.

*(Ответ А)*

В одном тестовом задании в качестве вариантов ответа сразу представлено несколько разнородных признаков, а именно: А – данные инструментальных методов обследования; Б - частота встречаемости заболевания; В – симптом; Г – начало появления признаков заболевания на рентгенограмме.

Чтобы исправить данную ошибку, необходимо отдельно представить задания на выявление знания: 1) рентгенологической картины заболевания; 2) симптомов, характерных для остеомиелита; 3) начальных признаков заболевания на рентгенограмме.

**5.** Использование тестовых заданий «с отрицанием», которые вводят в измерение систематические ошибки. К ним относятся задания, содержащие частицу «не», выражение «Выберите все, кроме...» или «Что из следующего верно, кроме...».

*ПРИМЕР:*

Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Не обладает антигистаминным действием:

- 1.) Преднизолон.
- 2.) Тавегил.
- 3.) Метандростенолол.
- 4.) Кетотифен.

*ПРИМЕР:*

Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Все перечисленные факторы ассоциируются с повышенным риском неврологических поражений у новорожденного с желтухой, кроме:

- 1) Метаболического ацидоза.
- 2) Лечения новорожденного бисептолом.
- 3) Гипоальбуминемии.
- 4) Приема матерью альбумина во время беременности.
- 5) Приема матерью фенобарбитала во время беременности.

**6.** Использование фразы «ничего из перечисленного», «верного ответа нет», «верны все ответы», «все перечисленное верно» в качестве варианта ответа.

*ПРИМЕР:*

Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Возбудителем, который при внутриутробном инфицировании вызывает поражение глаз у ребенка, является:

- 1) Токсоплазма.
- 2) Цитомегаловирус.
- 3) Все перечисленное верно.
- 4) Вирус герпеса.

### **Ошибки в отборе содержания тестового задания**

Ошибки такого характера возникают в тех случаях, когда разработчики при отборе содержания тестовых заданий игнорируют такие принципы, как значимость тестового задания и соответствие вопроса поставленной цели.

Напомним, что значимость задания заключается в том, что в тест включены задания, важные и принципиально значимые для специалиста, позволяющие оценить его компетентность. Тема

вопроса должна быть важной для специалиста и отображать общий интерес, а не только интерес автора-разработчика. Зачастую преподаватели-разработчики составляют тестовые задания, опираясь только на свой материал и мало уделяют внимания другим разделам дисциплины, заложенным в учебную программу. В результате тест не отражает знания всей дисциплины специалистом.

Создавая тестовое задание, необходимо поставить перед собой вопросы: «Что дает это знание специалисту? Насколько ценным оно является? Отражает ли вопрос задания основную цель теста – проверку компетентности специалиста?».

Проведем анализ следующих заданий, которые предложены для аккредитации врачей общей практики:

*ПРИМЕР:*

Инструкция: Выберите один правильный ответ.

При полной АВ-блокаде число сердечных сокращений у ребенка 1-го года жизни составляет (ударов в минуту):

- А. 60–70
- Б. 71–80
- В. 81–90
- Г. 91–100

*(Ответ А)*

Данное задание представляет для врача очень низкую ценность. Проведем его анализ: задаем себе вопрос: «Что дает специалисту это знание?». То, что при полной АВ-блокаде ЧСС снижается до 60–70 ударов в минуту. Врач хорошо знает, что ЧСС у ребенка первого года жизни (от рождения до 12 месяцев) в среднем составляет около 130 ударов в минуту (границы нормы приблизительно 105–170 ударов в минуту). А если ребенок на осмотре капризничает, беспокоится, что свойственно детям данного возраста, в результате значение ЧСС становится выше 70 ударов в минуту. Значит, врач не сможет утверждать, что у ребенка полная АВ-блокада? Также получается, что если ЧСС реже 60 ударов в минуту, то врач не должен думать о данной патологии? Таким образом, варианты ответа в данном задании вводят в заблуждение тестируемого.

*ПРИМЕР:*

Инструкция. Выберите один правильный ответ.

При АВ-блокаде 2 степени на ЭКГ отмечается:

- А. Удлинение интервала PQ и выпадение комплекса QRS.
- Б. Укорочение интервала PQ и удлинение интервала QT.
- В. Уменьшение зубца Р и укорочение интервала QT.
- Г. Исчезновение зубца Р и расширение комплекса QRS.

*(Ответ А)*

Данное задание обладает более высокой ценностью, так как для определения АВ-блокады II степени ЭКГ-исследование имеет важное значение.

Составляя задания для клиницистов с целью проверки знания лекарственных препаратов, разработчики часто предлагают задания на знание принадлежности лекарственного препарата к фармакологической группе или наоборот.

*ПРИМЕР:*

К непрямым антикоагулянтам относятся:

- А. Дипиридамол.
- Б. Гепарин.
- В. Аспирин.
- Г. Фенилин.

*(Ответ Г)*

Подобные задания несут очень низкую ценность для практического специалиста, так как не отражают знания фармакокинетики, фармакодинамики, побочных эффектов, взаимодействия с другими лекарственными средствами.

Задания, в которых предлагается выбрать препарат для лечения какого-либо заболевания, также являются малоэффективными и предполагают неосмысленное заучивание препаратов и их необдуманное назначение.

*ПРИМЕР:*

*Инструкция.* Выберите один правильный ответ.

В активной фазе ревматизма показан антибактериальный препарат:

- А. Доксициклина гидрохлорид.
- Б. Цефотаксим.
- В. Гентамицин.
- Г. Пенициллин.

*(Ответ Г)*

Другое дело, когда выбор препаратов предлагается в контексте конкретной клинической ситуации. В таком случае ценность задания повышается.

Нецелесообразным является составление заданий, выполнение которых требует воспроизведения по памяти данных, характерных для справочной литературы. Например, обоснованно проверять знания дозировок препаратов только тех, которые используются для оказания неотложной помощи.

Чтобы повысить ценность тестовых заданий, предназначенных для аккредитации клиницистов, задания должны касаться различных аспектов знаний: профилактика, этиология, патогенез заболевания, диагностика, лечение, умение поставить диагноз.

Формулировки заданий могут быть в виде небольших клинических ситуаций (не путать с задачей или кейсом). Приведем ПРИМЕР, как из обычного задания сделать клиническую ситуацию, изменив формулировку задания.

*Формулировка задания 1:* «Какая область кровоснабжается посредством задней мозжечковой артерии?»

Клиническая ситуация:

*Формулировка задания 2:* «У 62-летнего мужчины развились: левосторонняя атаксия конечностей, синдром Горнера, нистагм и потеря болевой и температурной чувствительности на лице. С окклюзией какой артерии связана данная клиническая ситуация?»

Следующий ПРИМЕР – формулировка клинической ситуации, которая демонстрирует возможность проверки знания побочных действий лекарственных препаратов.

«Пациент, наблюдаемый в приемном отделении, не знает, какой лекарственный препарат он принимает. Пациент отмечает звон в ушах, ЧСС более 80 в мин., на ЭКГ интервал PR и комплекс QRS расширены. Вероятнее всего, больной принимает...».

### 3.3. ПРИМЕРЫ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ, РЕКОМЕНДУЕМЫХ МАСЦ ДЛЯ АККРЕДИТАЦИИ ВРАЧЕЙ

#### Специальность «Общая врачебная практика (семейная медицина)»

*Автор тестовых заданий: Деринова Е.А. к.м.н., доцент,  
эксперт МАСЦ ФГБУ «НМИЦ ПМ» Минздрава России*

**Дисциплина:** Инфекционные болезни (СП 3.1.2951-11 «Профилактика полиомиелита»).

**Перечень заданий по дисциплине**

*Правильный ответ всегда расположен под кодом «А»*

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ вопроса задания/ вариантов ответа
Ф	А/04.8	Проведение и контроль эффективности мероприятий по профилактике заболеваний (состояний), формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению
В	001	ПАРАЛИТИЧЕСКАЯ ФОРМА ПОЛИОМИЕЛИТА ВОЗНИКАЕТ ПРИ ПОРАЖЕНИИ ВИРУСОМ СЕРОГО ВЕЩЕСТВА В
О	А	передних рогах спинного мозга и двигательных ядрах черепно-мозговых нервов
О	Б	задних рогах спинного мозга и нейронах чувствительных ядер

О	В	боковых рогах спинного мозга, клетках глии и нейронах двигательных и чувствительных ядер
О	Г	боковых и задних рогах спинного мозга и клетках глии
В	002	ПОСЛЕ ЗАРАЖЕНИЯ ПОЛИОВИРУС ПОЯВЛЯЕТСЯ В ОТДЕЛЯЕМОМ НОСОГЛОТКИ ЧЕРЕЗ
О	А	36 часов
О	Б	12 часов
О	В	5 дней
О	Г	7 дней
В	003	ПОСЛЕ ЗАРАЖЕНИЯ ПОЛИОВИРУС ПОЯВЛЯЕТСЯ В ИСПРАЖЕНИЯХ ЧЕРЕЗ
О	А	72 часа
О	Б	36 часов
О	В	5 дней
О	Г	7 дней
В	004	ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД ПРИ ОСТРОМ ПОЛИОМИЕЛИТЕ КОЛЕБЛЕТСЯ ОТ ____ ДО ____ ДНЕЙ
О	А	4, 30
О	Б	1, 30
О	В	4, 60
О	Г	1, 60
В	005	ВЕДУЩИМ МЕХАНИЗМОМ ПЕРЕДАЧИ ПОЛИОВИРУСА ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	фекально-оральный
О	Б	аспирационный
О	В	трансмиссивный
О	Г	гемоконтактный
В	006	ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ БОЛЬНОГО ПОЛИОМИЕЛИТОМ В СТАЦИОНАРЕ ПРОВОДИТСЯ ВЗЯТИЕ ДВУХ ПРОБ ФЕКАЛИЙ ДЛЯ ЛАБОРАТОРНОГО ВИРУСОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ. ПОВТОРНЫЙ ОСМОТР И ОТБОР ПРОБ ФЕКАЛИЙ ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ ОТ БОЛЬНЫХ ПОЛИОМИЕЛИТОМ, В ТОМ ЧИСЛЕ ВАКЦИНОАССОЦИИРОВАННЫМ ПОЛИОМИЕЛИТОМ, ПРОВОДЯТ НА ____ И ____ ДНИ ОТ НАЧАЛА ПАРЕЗА/ПАРАЛИЧА
О	А	60, 90
О	Б	30, 60
О	В	20, 90
О	Г	20, 60
В	007	ЛИЦА, ПЕРЕНЕСШИЕ ПОЛИОМИЕЛИТ, ПОДЛЕЖАТ ИММУНИЗАЦИИ ПРОТИВ ПОЛИОМИЕЛИТА
О	А	инактивированной вакциной в соответствии с возрастом
О	Б	живой оральной полиомиелитной вакциной в соответствии с возрастом
О	В	инактивированной вакциной вне зависимости от возраста
О	Г	живой оральной полиомиелитной вакциной вне зависимости от возраста
В	008	НОСИТЕЛЬ ДИКОГО ПОЛИОВИРУСА ПРИ ЕГО ВЫЯВЛЕНИИ ПОДЛЕЖИТ ____ ИММУНИЗАЦИИ ВАКЦИНОЙ ____ С ИНТЕРВАЛОМ МЕЖДУ ПРИВИВКАМИ 1 МЕСЯЦ
О	А	трехкратной, живой оральной полиомиелитной

О	Б	двукратной, живой оральной полиомиелитной
О	В	однократной, инактивированной
О	Г	четырёхкратной, инактивированной
В	009	НОСИТЕЛИ ДИКОГО ПОЛИОВИРУСА, ПОСЕЩАЮЩИЕ ОРГАНИЗОВАННЫЕ КОЛЛЕКТИВЫ ДЕТЕЙ ИЛИ, ОТНОСЯЩИЕСЯ К ДЕКРЕТИРОВАННОМУ КОНТИНГЕНТУ, НЕ ДОПУСКАЮТСЯ В КОЛЛЕКТИВЫ ДЕТЕЙ И К ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
О	А	до получения отрицательного результата лабораторных исследований на дикий полиовирус
О	Б	до получения двух отрицательных результатов лабораторных исследований на дикий полиовирус
О	В	до получения двукратной вакцинации живой оральной полиомиелитной вакциной
О	Г	до получения трехкратной вакцинации инактивированной полиомиелитной вакциной
В	010	В ОЧАГЕ, ГДЕ ВЫЯВЛЕН БОЛЬНОЙ ПОЛИОМИЕЛИТОМ, ВЫЗВАННЫМ ДИКИМ ШТАММОМ ПОЛИОВИРУСА, ПРОВОДЯТСЯ МЕРОПРИЯТИЯ В ОТНОШЕНИИ ВСЕХ ЛИЦ, ИМЕВШИХ С НИМ КОНТАКТ, И ВКЛЮЧАЮТ ЕЖЕДНЕВНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ В ТЕЧЕНИЕ ____ ДНЕЙ, ЛАБОРАТОРНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ФЕКАЛИЙ _____
О	А	20, однократно
О	Б	10, трехкратно
О	В	30, двукратно
О	Г	60, двукратно

**Дисциплина:** Патология ЛОР органов (тонзиллофарингит).

**Перечень заданий по дисциплине**

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ вопроса задания/ вариантов ответа
Ф	А/01.8	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
В	001	ПРИ ОСМОТРЕ РОТОГЛОТКИ У ПАЦИЕНТА С ТОНЗИЛЛОФАРИНГИТОМ НА СТРЕПТОКОККОВУЮ ЭТИОЛОГИЮ В РАННИЕ СРОКИ ЗАБОЛЕВАНИЯ С БОЛЬШОЙ ВЕРОЯТНОСТЬЮ УКАЗЫВАЕТ
О	А	петехиальная энантема на мягком небе и языке
О	Б	пятна Бельского-Филатова-Коплика
О	В	гипертрофия и яркая гиперемия небных миндалин
О	Г	«лаковый» блеск задней стенки глотки
В	002	ПРИ ОСТРОМ ТОНЗИЛЛОФАРИНГИТЕ ВЗЯТИЕ МАЗКА НА БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ С МИНДАЛИН И ЗАДНЕЙ СТЕНКИ ГЛОТКИ НА МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ РЕКОМЕНДОВАНО ПРОВОДИТЬ
О	А	до начала антибактериальной терапии
О	Б	до начала или в первые 3 дня приема антибиотиков
О	В	в любой период заболевания, независимо от приема антибиотиков
О	Г	до начала или в первые сутки приема антибиотиков или не ранее 1–1,5 месяцев после выздоровления
В	003	ПРИ ОСТРОМ ТОНЗИЛЛОФАРИНГИТЕ ВЗЯТИЕ МАЗКА НА БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОСУЩЕСТВЛЯЮТ
О	А	из устьев крипт небных миндалин и задней стенки глотки
О	Б	с задней стенки глотки и небных дужек, а также с поверхности миндалин, если на них имеется налет

О	В	из устьев крипт небных миндалин, задней стенки глотки, небных дужек и спинки языка
О	Г	только с поверхности миндалин независимо от того есть ли на них налет или нет
В	004	ПОЯВЛЕНИЕ АНТИСТРЕПТОЛИЗИНА-О ПРИ ОСТРОМ ТОНЗИЛЛОФАРИНГИТЕ У ПАЦИЕНТА, РАНЕЕ НЕ БОЛЕВШЕГО СТРЕПТОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИЕЙ, СЛЕДУЕТ ОЖИДАТЬ НЕ РАНЕЕ (Пороговое значение) _____ ДНЯ ОТ НАЧАЛА ЗАБОЛЕВАНИЯ
О	А	7–9
О	Б	2–3
О	В	3–5
О	Г	10–14
В	005	АНТИСТРЕПТОЛИЗИН-О В КРОВИ ЯВЛЯЕТСЯ МАРКЕРОМ
О	А	бета-гемолитического стрептококка группы А
О	Б	<i>Corynebacterium diphtheriae</i>
О	В	Эпштейн-Барр вирусной инфекции
О	Г	гриппа
В	006	ТОНЗИЛЛОФАРИНГИТ, ВЫЗВАННЫЙ БЕТА-ГЕМОЛИТИЧЕСКИМ СТРЕПТОКОККОМ ГРУППЫ А, МОЖЕТ СОПРОВОЖДАТЬСЯ КОЖНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ В ВИДЕ
О	А	розовой, мелкоочечной сыпи на гиперемизованном фоне, на лице и туловище, конечностях с преимущественной локализацией в складках и на сгибах
О	Б	зудящих высыпаний в виде белых, склонных к слиянию уртикарных элементов, окруженных гиперемией на туловище и конечностях без конкретной локализации
О	В	пятнисто-папулезной сыпи, склонной к слиянию на лице, туловище, конечностях без конкретной локализации
О	Г	мелкопятнистой несливающейся бледно-розовой сыпи на неизменном фоне кожи, иногда единичных папул, на лице, туловище, конечностях с концентрацией вокруг суставов
Ф	А/02.8	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности
В	001	У ПАЦИЕНТА С ТОНЗИЛЛОФАРИНГИТОМ ИМЕЮТСЯ КЛИНИЧЕСКИЕ ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ. НО ДОКТОР СОМНЕВАЕТСЯ В ЭТИОЛОГИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ И НЕ МОЖЕТ ИСКЛЮЧИТЬ У ПАЦИЕНТА ИНФЕКЦИОННЫЙ МОНОНУКЛЕОЗ. В ДАННОЙ СИТУАЦИИ НА ОСНОВАНИИ ФЕДЕРАЛЬНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ «ОСТРЫЙ ТОНЗИЛЛОФАРИНГИТ» (2016 г.) СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ
О	А	феноксиметилпенициллин или цефалоспорины
О	Б	амоксциллин или ампициллин
О	В	ампициллин или 16-членный макролид
О	Г	16-членный макролид или цефалоспорины
В	002	НА ОСНОВАНИИ ФЕДЕРАЛЬНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ «ОСТРЫЙ ТОНЗИЛЛОФАРИНГИТ» (2016 г.) ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ПЕНИЦИЛЛИНАМИ ТОНЗИЛЛОФАРИНГИТА, ВЫЗВАННОГО БЕТА-ГЕМОЛИТИЧЕСКИМ СТРЕПТОКОККОМ ГРУППЫ А, ДОЛЖНА СОСТАВЛЯТЬ _____ ДНЕЙ
О	А	10
О	Б	7
О	В	5
О	Г	14

В	003	НА ОСНОВАНИИ ФЕДЕРАЛЬНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ «ОСТРЫЙ ТОНЗИЛЛОФАРИНГИТ» (2016 г.) ПРИ НАЛИЧИИ У ПАЦИЕНТА В АНАМНЕЗЕ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ТОНЗИЛЛОФАРИНГИТА, ВЫЗВАННОГО БЕТА-ГЕМОЛИТИЧЕСКИМ СТРЕПТОКОККОМ ГРУППЫ А, ПОКАЗАНО
О	А	внутримышечное введение бензилпенициллина
О	Б	внутримышечное введение цефалоспорины I-II поколения
О	В	пероральный прием амоксициллина+клавулановая кислота
О	Г	пероральный прием линкомицина
В	004	НА ОСНОВАНИИ ФЕДЕРАЛЬНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ «ОСТРЫЙ ТОНЗИЛЛОФАРИНГИТ» (2016 г.) ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ТОНЗИЛЛОФАРИНГИТА, ВЫЗВАННОГО БЕТА-ГЕМОЛИТИЧЕСКИМ СТРЕПТОКОККОМ ГРУППЫ А, АЗИТРОМИЦИНОМ (ПРИ АЛЛЕРГИИ В АНАМНЕЗЕ НА ПЕНИЦИЛЛИНЫ И ЦЕФАЛОСПОРИНЫ) ДОЛЖНА СОСТАВЛЯТЬ _____ ДНЕЙ
О	А	5
О	Б	7
О	В	10
О	Г	14
В	005	С ПРИЕМОМ ЛИНКОСАМИДОВ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО АССОЦИИРОВАНО РАЗВИТИЕ
О	А	псевдомембранозного колита
О	Б	гастроэзофагеальной рефлюксной болезни
О	В	дисбактериоза
О	Г	язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки
В	006	КОМБИНИРОВАННЫЙ АНТИСЕПТИК ДЛЯ МЕСТНОГО ПРИМЕНЕНИЯ В ЛЕЧЕНИИ ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА, ДЕСЕН И ГОРТАНИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ НЕПАТЕНТОВАННЫМ НАЗВАНИЕМ: ЛИЗОЦИМ+ПИРИДОКСИН УСИЛИВАЕТ ДЕЙСТВИЕ
О	А	пенициллина
О	Б	хлоропирамина
О	В	эналаприла
О	Г	леводопы

**Дисциплина:** Подготовка к исследованиям (на основании «Алгоритмов ведения пациентов», 2018. Департамент здравоохранения Москвы, сборник для врачей-терапевтов и врачей общей практики).

**Перечень заданий по дисциплине**

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ вопроса задания/ вариантов ответа
Ф	А/01.8	Проведение обследования пациентов с целью установления диагноза
В	001	ПЕРЕД УЛЬТРАЗВУКОВЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ РЕКОМЕНДОВАНО ОТКАЗАТЬСЯ ОТ ЕДЫ И ПИТЬЯ ЗА _____ ЧАСА/ЧАСОВ ДО ИССЛЕДОВАНИЯ (ПОРОВОЕ ЗНАЧЕНИЕ)
О	А	6
О	Б	12
О	В	3
О	Г	1

В	002	ПЕРЕД УЛЬТРАЗВУКОВЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ РЕКОМЕНДОВАНА ЛЕГКАЯ ДИЕТА, ИСКЛЮЧАЮЩАЯ МУЧНЫЕ ИЗДЕЛИЯ, ЧЕРНЫЙ ХЛЕБ, БОБОВЫЕ, СОКИ, ГАЗИРОВАННЫЕ И АЛКОГОЛЬНЫЕ НАПИТКИ, А ТАКЖЕ
О	А	сырые овощи и фрукты, молоко
О	Б	сырые и отварные овощи, перловую крупу, кефир
О	В	фрукты с кожурой, кефир, жареное мясо
О	Г	фрукты красного цвета, сок, куриный желток
В	003	ПЕРЕД УЛЬТРАЗВУКОВЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ РЕКОМЕНДОВАНА ЛЕГКАЯ ДИЕТА, ИСКЛЮЧАЮЩАЯ ПРОДУКТЫ, УСИЛИВАЮЩИЕ ПЕРИСТАЛЬТИКУ КИШЕЧНИКА И ГАЗООБРАЗОВАНИЕ ЗА _____ ДО ПРОВЕДЕНИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ (Пороговое значение)
О	А	3 дня
О	Б	1 день
О	В	2-3 часа
О	Г	6 часов
В	004	ПОСЛЕ РЕНТГЕНОВСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ С БАРИЕМ УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ РЕКОМЕНДОВАНО ПРОВОДИТЬ НЕ РАНЕЕ, ЧЕМ ЧЕРЕЗ _____ (Пороговое значение)
О	А	3 дня
О	Б	7 дней
О	В	14 дней
О	Г	1 месяц
В	005	ПОСЛЕ ГАСТРОСКОПИИ УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ РЕКОМЕНДОВАНО ПРОВОДИТЬ НЕ РАНЕЕ, ЧЕМ ЧЕРЕЗ _____ (Пороговое значение)
О	А	1 сутки
О	Б	3 суток
О	В	12 часов
О	Г	6 часов
В	006	ДЛЯ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА ЖЕЛАТЕЛЬНО ПРОВОДИТЬ НА _____ ДЕНЬ ЦИКЛА, СЧИТАЯ ОТ ПЕРВОГО ДНЯ НАЧАЛА МЕНСТРУАЦИИ, ПРИ ОТСУТСТВИИ СПЕЦИАЛЬНЫХ НАЗНАЧЕНИЙ ГИНЕКОЛОГА
О	А	5-7
О	Б	2-4
О	В	8-15
О	Г	16-19
В	007	ДЛЯ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОРГАНОВ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ ЖЕЛАТЕЛЬНО ПРОВОДИТЬ НА _____ ДЕНЬ ЦИКЛА, СЧИТАЯ ОТ ПЕРВОГО ДНЯ НАЧАЛА МЕНСТРУАЦИИ
О	А	5-10
О	Б	2-4
О	В	11-15
О	Г	16-19
В	008	ЭЗОФАГОГАСТРОДУОДЕНОСКОПИЯ ПРОВОДИТСЯ УТРОМ СТРОГО НАТОЩАК. ПОСЛЕДНИЙ ПРИЕМ ПИЩИ – НАКАНУНЕ ВЕЧЕРОМ СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ НЕ ПОЗДНЕЕ _____ ЧАСОВ
О	А	19
О	Б	17
О	В	21

О	Г	22
В	009	В КАЧЕСТВЕ ПОДГОТОВКИ К ЭЗОФАГОГАСТРОДУОДЕНОСКОПИИ ЗА НЕСКОЛЬКО ДНЕЙ ДО ИССЛЕДОВАНИЯ РЕКОМЕНДОВАНО ИСКЛЮЧЕНИЕ ПРИЕМА ПРЕПАРАТОВ СОДЕРЖАЩИХ _____, А ТАКЖЕ _____
О	А	висмут, железо, активированный уголь
О	Б	цинк, пенициллиновые антибактериальные препараты
О	В	магний, препараты на основе симетикона
О	Г	калий, слабительные препараты
В	010	СОБЛЮДЕНИЕ ДИЕТЫ С НИЗКИМ СОДЕРЖАНИЕМ КЛЕТЧАТКИ ПОКАЗАНО ЗА _____ ПЕРЕД КОЛОНОСКОПИЕЙ
О	А	3 дня
О	Б	1 день
О	В	неделю
О	Г	2 недели

**Дисциплина:** Оценка качества медицинской помощи.

**Перечень заданий по дисциплине**

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ вопроса задания/ вариантов ответа
Ф	А/08.8	Проведение анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала
В	001	НА ОСНОВАНИИ ПРИКАЗА МЗ № 203Н «ОБ УТВЕРЖДЕНИИ КРИТЕРИЕВ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ» КРИТЕРИИ КАЧЕСТВА ПРИМЕНЯЮТСЯ В ЦЕЛЯХ ПРАВИЛЬНОСТИ ВЫБОРА МЕТОДОВ ПРОФИЛАКТИКИ, ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ, СТЕПЕНИ ДОСТИЖЕНИЯ ЗАПЛАНИРОВАННОГО РЕЗУЛЬТАТА, А ТАКЖЕ В ЦЕЛЯХ ОЦЕНКИ
О	А	своевременности оказания медицинской помощи
О	Б	уровня достижения поставленных перед персоналом задач
О	В	уровня оказания медицинской помощи населению разных возрастных групп
О	Г	уровня оказания медицинской помощи каждому обратившемуся пациенту
В	002	ПРИКАЗ МЗ № 203Н «ОБ УТВЕРЖДЕНИИ КРИТЕРИЕВ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ» ПРЕДПИСЫВАЕТ В ЦЕЛЯХ УСТАНОВЛЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА РУКОВОДСТВОВАТЬСЯ ДАННЫМИ АНАМНЕЗА, ОСМОТРА, ДАННЫХ ЛАБОРАТОРНЫХ, ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ И ИНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ, РЕЗУЛЬТАТОВ КОНСУЛЬТАЦИЙ ВРАЧЕЙ-СПЕЦИАЛИСТОВ, ПРЕДУСМОТРЕННЫХ
О	А	стандартами медицинской помощи, клиническими рекомендациями
О	Б	клиническими рекомендациями, методическими рекомендациями
О	В	стандартами медицинской помощи, методическими рекомендациями, рекомендациями ВОЗ
О	Г	клиническими рекомендациями, стандартами медицинской помощи, рекомендациями ВОЗ
В	003	ПРИКАЗ МЗ № 203Н «ОБ УТВЕРЖДЕНИИ КРИТЕРИЕВ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ» ПРЕДПИСЫВАЕТ ОСУЩЕСТВЛЯТЬ УСТАНОВЛЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА В ТЕЧЕНИЕ _____ ДНЕЙ С МОМЕНТА ОБРАЩЕНИЯ В АМБУЛАТОРНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
О	А	10
О	Б	5
О	В	7

О	Г	14
В	004	НА ОСНОВАНИИ ПРИКАЗА МЗ № 203Н «ОБ УТВЕРЖДЕНИИ КРИТЕРИЕВ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ» ПРОВЕДЕНИЕ КОРРЕКЦИИ ПЛАНА ОБСЛЕДОВАНИЯ И ПЛАНА ЛЕЧЕНИЯ С УЧЕТОМ КЛИНИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА, СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТА, ОСОБЕННОСТЕЙ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ, НАЛИЧИЯ СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ОСЛОЖНЕНИЙ ЗАБОЛЕВАНИЯ И РЕЗУЛЬТАТОВ ПРОВОДИМОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСУЩЕСТВЛЯТЬ НА ОСНОВАНИИ
О	А	стандартов медицинской помощи, клинических рекомендаций
О	Б	клинических рекомендаций, методических рекомендаций
О	В	стандартов медицинской помощи, методических рекомендаций, рекомендаций ВОЗ
О	Г	клинических рекомендаций, стандартов медицинской помощи, рекомендаций ВОЗ
В	005	ПРИКАЗ МЗ № 203Н «ОБ УТВЕРЖДЕНИИ КРИТЕРИЕВ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ» ПРЕДПИСЫВАЕТ ОСУЩЕСТВЛЯТЬ УСТАНОВЛЕНИЕ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО ДИАГНОЗА ВРАЧОМ ПРИЕМНОГО ОТДЕЛЕНИЯ ИЛИ ВРАЧОМ ПРОФИЛЬНОГО ОТДЕЛЕНИЯ СТАЦИОНАРА / ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА ИЛИ ВРАЧОМ ОТДЕЛЕНИЯ (ЦЕНТРА) АНЕСТЕЗИОЛОГИИ-РЕАНИМАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ НЕ ПОЗДНЕЕ _____ ЧАСА/ЧАСОВ С МОМЕНТА ПОСТУПЛЕНИЯ ПАЦИЕНТА В МЕДИЦИНСКУЮ ОРГАНИЗАЦИЮ
О	А	2
О	Б	1
О	В	4
О	Г	6
В	006	ПРИКАЗ МЗ № 203Н «ОБ УТВЕРЖДЕНИИ КРИТЕРИЕВ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ» ПРЕДПИСЫВАЕТ ОСУЩЕСТВЛЯТЬ УСТАНОВЛЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА В ТЕЧЕНИЕ _____ ЧАСОВ С МОМЕНТА ПОСТУПЛЕНИЯ ПАЦИЕНТА В ПРОФИЛЬНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ (ДНЕВНОЙ СТАЦИОНАР) МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ В ПЛАНОВОМ ПОРЯДКЕ
О	А	72
О	Б	36
О	В	24
О	Г	12
В	007	ПРИКАЗ МЗ № 203Н «ОБ УТВЕРЖДЕНИИ КРИТЕРИЕВ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ» ПРЕДПИСЫВАЕТ ОСУЩЕСТВЛЯТЬ УСТАНОВЛЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ ПАЦИЕНТА ПО ЭКСТРЕННЫМ ПОКАЗАНИЯМ НЕ ПОЗДНЕЕ _____ ЧАСОВ С МОМЕНТА ПОСТУПЛЕНИЯ ПАЦИЕНТА В ПРОФИЛЬНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ
О	А	24
О	Б	72
О	В	36
О	Г	12
В	008	ПРИКАЗ МЗ № 203Н «ОБ УТВЕРЖДЕНИИ КРИТЕРИЕВ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ» ПРЕДПИСЫВАЕТ ПРОВЕДЕНИЕ В ОБЯЗАТЕЛЬНОМ ПОРЯДКЕ ОСМОТРА ЗАВЕДУЮЩИМ ПРОФИЛЬНЫМ ОТДЕЛЕНИЕМ СТАЦИОНАРА / ДНЕВНЫМ СТАЦИОНАРОМ В ТЕЧЕНИЕ _____ ЧАСОВ (РАБОЧИЕ ДНИ) С МОМЕНТА ПОСТУПЛЕНИЯ ПАЦИЕНТА В ПРОФИЛЬНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ СТАЦИОНАРА/ДНЕВНОЙ СТАЦИОНАР МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ
О	А	48

О	Б	72
О	В	36
О	Г	24
В	009	ПРИКАЗ МЗ № 203Н «ОБ УТВЕРЖДЕНИИ КРИТЕРИЕВ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ» ПРЕДПИСЫВАЕТ ПРОВЕДЕНИЕ В ОБЯЗАТЕЛЬНОМ ПОРЯДКЕ ОСМОТРА ПАЦИЕНТОВ ЗАВЕДУЮЩИМ ПРОФИЛЬНЫМ ОТДЕЛЕНИЕМ СТАЦИОНАРА / ДНЕВНЫМ СТАЦИОНАРОМ
О	А	не реже 1-го раза в неделю
О	Б	не реже 2-х раз в неделю
О	В	не реже 1-го раза в 2 недели
О	Г	при поступлении, далее исключительно по необходимости
В	010	ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕМУ РЕБЕНКУ ДАЕТСЯ И ПОДПИСЫВАЕТСЯ
О	А	одним из родителей или иным законным представителем
О	Б	обоими родителями или иным законным представителем
О	В	одним родителем или членом семьи второй степени родства (бабушка, дедушка) при предоставлении в письменной форме делегирования им полномочий от родителей
О	Г	обоими родителями или членом семьи второй степени родства (бабушка, дедушка) при предоставлении в письменной форме делегирования им полномочий от родителей или иным законным представителем

**Дисциплина:** Порядок проведения профилактических осмотров и диспансеризации взрослого населения, включая онконастороженность.

**Перечень заданий по дисциплине**

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ вопроса задания/ вариантов ответа
Ф	А/04.8	Проведение и контроль эффективности мероприятий по профилактике заболеваний (состояний), формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению
В	001	ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ОСМОТР ПРОВОДИТСЯ В ЦЕЛЯХ РАННЕГО (СВОЕВРЕМЕННОГО) ВЫЯВЛЕНИЯ СОСТОЯНИЙ, ЗАБОЛЕВАНИЙ И ФАКТОРОВ РИСКА ИХ РАЗВИТИЯ
О	А	немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ, а также в целях определения групп здоровья и выработки рекомендаций для пациентов
О	Б	а также в целях определения групп здоровья и выработки рекомендаций для пациентов
О	В	а также в целях определения групп здоровья и определения группы инвалидности на основании проведенных обследований
О	Г	немедицинского потребления наркотических средств, а также в целях определения групп здоровья и определения группы инвалидности, на основании проведенных обследований, выработки рекомендаций для пациентов
В	002	ЛИЦАМ В ВОЗРАСТЕ ОТ 18 ДО 39 ЛЕТ ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ПРОВОДИТСЯ
О	А	1 раз в 3 года
О	Б	1 раз в 2 года
О	В	1 раз в 4 года
О	Г	ежегодно
В	003	ЛИЦАМ В ВОЗРАСТЕ 40 ЛЕТ И СТАРШЕ ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ПРОВОДИТСЯ
О	А	ежегодно
О	Б	1 раз в 2 года

О	В	1 раз в 3 года
О	Г	1 раз в 4 года
В	004	ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ РАБОТАЮЩИХ ГРАЖДАН, НЕ ДОСТИГШИХ ВОЗРАСТА, ДАЮЩЕГО ПРАВО НА НАЗНАЧЕНИЕ ПЕНСИИ ПО СТАРОСТИ, В ТОМ ЧИСЛЕ ДОСРОЧНО, В ТЕЧЕНИЕ ПЯТИ ЛЕТ ДО НАСТУПЛЕНИЯ ТАКОГО ВОЗРАСТА ПРОВОДИТСЯ
О	А	ежегодно
О	Б	1 раз в 2 года
О	В	1 раз в 3 года
О	Г	1 раз в 4 года
В	005	ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ РАБОТАЮЩИХ ГРАЖДАН, ЯВЛЯЮЩИХСЯ ПОЛУЧАТЕЛЯМИ ПЕНСИИ ПО СТАРОСТИ ИЛИ ПЕНСИИ ЗА ВЫСЛУГУ ЛЕТ, ПРОВОДИТСЯ
О	А	ежегодно
О	Б	1 раз в 2 года
О	В	1 раз в 3 года
О	Г	1 раз в 4 года
В	006	В ОБЪЕМ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА И ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ, ОСУЩЕСТВЛЯЕМЫХ В ОТДЕЛЕНИИ (КАБИНЕТЕ) МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ И ЦЕНТРА ЗДОРОВЬЯ ПЕРВОГО ЭТАПА ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ, ВКЛЮЧЕНЫ: АНКЕТИРОВАНИЕ, ИЗМЕРЕНИЕ ВНУТРИГЛАЗНОГО ДАВЛЕНИЯ, ИЗМЕРЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ НА ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИЯХ
О	А	расчет на основании антропометрии индекса массы тела, определения уровня общего холестерина в крови, определения уровня глюкозы в крови натощак
О	Б	расчет на основании антропометрии индекса массы тела, определения уровня общего холестерина в крови и его фракций, определения уровня глюкозы в крови натощак и с нагрузкой
О	В	оценка антропометрических данных по массо-ростовым таблицам, определения уровня глюкозы в крови натощак
О	Г	оценка антропометрических данных по массо-ростовым таблицам, определения уровня общего холестерина в крови и его фракций
В	007	В ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ОСМОТР ВКЛЮЧАЮТ ПРОВЕДЕНИЕ ФЛЮОРОГРАФИИ ЛЕГКИХ ИЛИ РЕНТГЕНОГРАФИИ ЛЕГКИХ ДЛЯ ГРАЖДАН В ВОЗРАСТЕ ОТ 18 ЛЕТ И СТАРШЕ
О	А	1 раз в 2 года
О	Б	ежегодно
О	В	1 раз в год
О	Г	1 раз в 3 года
В	008	В ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ОСМОТР ВКЛЮЧАЮТ ПРОВЕДЕНИЕ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИИ В ПОКОЕ ПРИ ПЕРВОМ ПРОХОЖДЕНИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА, ДАЛЕЕ В ВОЗРАСТЕ ОТ ____ ЛЕТ И СТАРШЕ ____ РАЗ/РАЗА В ГОД
О	А	35, 1
О	Б	40, 1
О	В	45, 2
О	Г	65, 2
В	009	В ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ОСМОТР ВКЛЮЧАЮТ ИЗМЕРЕНИЕ ВНУТРИГЛАЗНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ ПЕРВОМ ПРОХОЖДЕНИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА, ДАЛЕЕ В ВОЗРАСТЕ ОТ ____ ЛЕТ И СТАРШЕ ____ РАЗ В ГОД
О	А	40, 1
О	Б	35, 1

О	В	45, 2
О	Г	65, 2
В	010	НА ОСНОВАНИИ ПРИКАЗА МИНЗДРАВА РОССИИ ОТ 13.03.2019 № 124Н «ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА ПРОВЕДЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА И ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ОПРЕДЕЛЕННЫХ ГРУПП ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ» ДУПЛЕКСНОЕ СКАНИРОВАНИЕ БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ ОБЯЗАТЕЛЬНО ПОКАЗАНО (ДЛЯ МУЖЧИН В ВОЗРАСТЕ ОТ 45 ДО 72 ЛЕТ) И ЖЕНЩИН В ВОЗРАСТЕ ОТ 54 ДО 72 ЛЕТ) ПРИ НАЛИЧИИ КОМБИНАЦИИ ФАКТОРОВ РИСКА:
О	А	повышенный уровень артериального давления, гиперхолестеринемия, избыточная масса тела или ожирение
О	Б	гипергликемия, гиперхолестеринемия, избыточная масса тела или ожирение
О	В	повышенный уровень артериального давления, гипергликемия, ожирение
О	Г	повышенный уровень артериального давления, избыточная масса тела

**Дисциплина:** Организация и проведение профилактических мероприятий детям (профилактические осмотры).

**Перечень заданий по дисциплине**

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ вопроса задания/ вариантов ответа
Ф	В/02.8	Оказание медицинской помощи детям амбулаторно
В	001	НА ОСНОВАНИИ ПРИКАЗА МИНЗДРАВА РОССИИ ОТ 10.08.2017 № 514Н «О ПОРЯДКЕ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ» РЕБЕНОК В 3 МЕСЯЦА ДОЛЖЕН БЫТЬ ОСМОТРЕН
О	А	травматологом-ортопедом
О	Б	хирургом
О	В	неврологом
О	Г	офтальмологом
В	002	НА ОСНОВАНИИ ПРИКАЗА МИНЗДРАВА РОССИИ ОТ 10.08.2017 № 514Н «О ПОРЯДКЕ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ» РЕБЕНОКУ В 3 МЕСЯЦА СЛЕДУЕТ ВЫПОЛНИТЬ
О	А	аудиологический скрининг в случае отсутствия сведений о его проведении
О	Б	общий анализ крови и мочи
О	В	электрокардиографию
О	Г	ультразвуковое исследование органов брюшной полости и почек
В	003	НА ОСНОВАНИИ ПРИКАЗА МИНЗДРАВА РОССИИ ОТ 10.08.2017 № 514Н «О ПОРЯДКЕ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ» РЕБЕНОКОК ДОЛЖЕН БЫТЬ ОСМОТРЕН НЕВРОЛОГОМ В 1 МЕСЯЦ, А ЗАТЕМ В
О	А	12 месяцев
О	Б	3 месяца
О	В	6 месяцев
О	Г	2 года
В	004	НА ОСНОВАНИИ ПРИКАЗА МИНЗДРАВА РОССИИ ОТ 10.08.2017 № 514Н «О ПОРЯДКЕ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ» РЕБЕНОКОК ДОЛЖЕН БЫТЬ ОСМОТРЕН СТОМАТОЛОГОМ В 1 МЕСЯЦ, А ЗАТЕМ В
О	А	2 года
О	Б	12 месяцев
О	В	1 года 3 месяца
О	Г	1 года 6 месяцев

В	005	НА ОСНОВАНИИ ПРИКАЗА МИНЗДРАВА РОССИИ ОТ 10.08.2017 № 514Н «О ПОРЯДКЕ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ» ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ, НЕ ДОСТИГШИХ ВОЗРАСТА 2-Х ЛЕТ, УЧИТЫВАЮТСЯ РЕЗУЛЬТАТЫ ОСМОТРОВ ВРАЧАМИ-СПЕЦИАЛИСТАМИ, ВНЕСЕННЫХ В ИСТОРИЮ РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА, ДАВНОСТЬ КОТОРЫХ С ДАТЫ ПРОВЕДЕНИЯ ОСМОТРА ВРАЧА-СПЕЦИАЛИСТА НЕ ПРЕВЫШАЕТ _____ МЕСЯЦА/МЕСЯЦЕВ
О	А	1
О	Б	2
О	В	3
О	Г	6
В	006	ДИАГНОЗ РЕБЕНКА: НЕДОНОШЕННОСТЬ 37 НЕДЕЛЬ. РАХИТ I, ПОДОСТРОЕ ТЕЧЕНИЕ. ГИПОТРОФИЯ I СТЕПЕНИ. ГРУППА ЗДОРОВЬЯ
О	А	II
О	Б	III
О	В	IV
О	Г	V
В	007	ДИАГНОЗ РЕБЕНКА: ДИСМЕНОРЕЯ. МИОПИЯ СЛАБОЙ СТЕПЕНИ. ПЛОСКОСТОПИЕ. ГРУППА ЗДОРОВЬЯ
О	А	III
О	Б	II
О	В	IV
О	Г	V
В	008	ДИАГНОЗ РЕБЕНКА: ХРОНИЧЕСКИЙ ПИЕЛОНЕФРИТ В СТАДИИ НЕПОЛНОЙ РЕМИССИИ БЕЗ НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ ПОЧЕК. ГРУППА ЗДОРОВЬЯ
О	А	IV
О	Б	II
О	В	III
О	Г	V
В	009	ДИАГНОЗ РЕБЕНКА: ОТКРЫТЫЙ АРТЕРИАЛЬНЫЙ ПРОТОК. ДЕФЕКТ МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ С НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ КРОВООБРАЩЕНИЯ I СТЕПЕНИ. ГРУППА ЗДОРОВЬЯ
О	А	IV
О	Б	II
О	В	III
О	Г	V

### Специальность «Терапия»

*Автор тестовых заданий: Михайлова Н.А., к.м.н., доцент,  
эксперт МАСЦ ФГБУ «НМИЦ ПМ» Минздрава России*

**Дисциплина:** Болезни женских половых органов и молочной железы (соматические или экстрагенитальные заболевания беременных, токсикоз беременных, предменструальный синдром).

#### Перечень заданий по дисциплине

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ вопроса задания/ вариантов ответа
Ф	А/01.8	Диагностика заболеваний и (или) состояний терапевтического профиля
В	001	АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К ГОСПИТАЛИЗАЦИИ И НАЧАЛУ ПАРЕНТЕРАЛЬНОЙ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ БЕРЕМЕННОЙ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	появление симптомов со стороны ЦНС
О	Б	впервые выявленная артериальная гипертензия
О	В	повышение диастолического АД до 110 мм рт. ст.
О	Г	присоединение протеинурии
В	002	АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ ТАКОГО ОСЛОЖНЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, КАК
О	А	преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
О	Б	гестационный пиелонефрит
О	В	истинное перенашивание беременности
О	Г	преждевременный разрыв плодного пузыря
В	003	СПЕЦИФИЧЕСКИМ ОСЛОЖНЕНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	острая жировая дистрофия печени
О	Б	гепатоцеребральная дистрофия Вильсона – Коновалова
О	В	синдром Жильбера
О	Г	гепатит ни А, ни В
В	004	НАИБОЛЕЕ ЧАСТО АНЕМИЯ В 1 ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	гипохромной
О	Б	гиперхромной
О	В	апластической
О	Г	нормохромной
В	005	У ПАЦИЕНТКИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ИМЕЕТСЯ ВЫСОКИЙ РИСК ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ПЛОДА В СВЯЗИ С
О	А	гипергликемией
О	Б	эпизодами кетоацидоза
О	В	снижением массы тела матери и вероятной задержкой развития плода
О	Г	низким уровнем С-пептида
В	006	В РОДАХ У БОЛЬНЫХ С РАННЕ КОМПЕНСИРОВАННЫМ ПОРОКОМ СЕРДЦА НЕ РЕДКО РАЗВИВАЕТСЯ КАРДИОГЕННЫЙ ОТЕК ЛЕГКИХ ВСЛЕДСТВИЕ
О	А	повышения гидростатического давления в легочных капиллярах
О	Б	снижения онкотического давления сыворотки крови
О	В	повышения проницаемости альвеолярной мембраны
О	Г	снижения интерстициального гидростатического давления
В	007	ПРИЧИНОЙ ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	дисбаланс различных эндокринных факторов

О	Б	эссенциальная гипертензия и гипернатриемия
О	В	хронический тубулоинтерстициальный нефрит
О	Г	астенодепрессивный синдром
В	008	КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНОГО СИНДРОМА
О	А	появляются за несколько дней до менструации и заканчиваются с ее началом
О	Б	сопровождают всю вторую половину менструального цикла и продолжают до окончания менструации
О	В	могут возникать сразу после окончания менструации и продолжаться до середины месячного цикла
О	Г	имеют волнообразный характер без четкой связи с менструацией
В	009	ОТЕКИ И НАГРУБАНИЕ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ ВО ВРЕМЯ ПМС СВЯЗАНО С
О	А	задержкой натрия и воды
О	Б	снижением клубочковой фильтрации
О	В	снижением тонуса вен нижних конечностей
О	Г	гипергликемией
В	010	СИМПТОМАТИКА СО СТОРОНЫ ЦНС ВКЛЮЧАЕТ
О	А	депрессию и дисфорию
О	Б	ажитацию и эйфорию
О	В	слуховые галлюцинации
О	Г	сонливость и заторможенность

**Дисциплина:** Заболевания суставов и соединительной ткани.

**Перечень заданий по дисциплине**

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ вопроса задания/ вариантов ответа
Ф	А/01.8	Диагностика заболеваний и (или) состояний терапевтического профиля
В	001	ДЛЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	деструктивный артрит суставов кистей
О	Б	вальгусное отклонение большого пальца стопы
О	В	спондилит шейного отдела позвоночника
О	Г	сакроилеит
В	002	АНЕМИЯ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ ОБУСЛОВЛЕНА
О	А	воспалительной активностью
О	Б	дефицитом фолиевой кислоты
О	В	дефицитом витамина В12
О	Г	снижением железосвязывающей способности сыворотки
В	003	ДЛЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ХАРАКТЕРНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	сенсорная нейропатия
О	Б	двигательная нейропатия
О	В	гиперестезия
О	Г	острый некротизирующий артериит с неврологическими нарушениями
В	004	НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ АМИЛОИДНЫЕ ОТЛОЖЕНИЯ ЛОКАЛИЗУЮТСЯ В
О	А	почках
О	Б	печени
О	В	надпочечниках

О	Г	кишечнике
В	005	РАННЯЯ СТАДИЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ДИАГНОСТИРУЕТСЯ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ (мес.)
О	А	от 6 до 12
О	Б	до 3
О	В	от 3 до 6
О	Г	до 24
В	006	ПОРАЖЕНИЕ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ ПРОЯВЛЯЕТСЯ
О	А	подвывихом атлантоаксиального сустава
О	Б	артритом межпозвонковых суставов
О	В	формированием синдесмофитов
О	Г	костными анкилозами шейных позвонков
В	007	ЭРОЗИВНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ РАННЕЕ ВСЕГО ОБНАРУЖИВАЮТСЯ В СУСТАВАХ
О	А	проксимальных межфаланговых или пястнофаланговых
О	Б	локтевых и плечевых
О	В	коленных, голеностопных и плюснефаланговых
О	Г	тазобедренных и коленных
В	008	НА АКТИВНОСТЬ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА УКАЗЫВАЕТ
О	А	высокий С-реактивный белок
О	Б	высокий ревматоидный фактор
О	В	повышенные антитела к циклическому цетруллинированному пептиду
О	Г	лейкоцитоз и тромбоцитопения
В	009	К СИСТЕМНЫМ ПРОЯВЛЕНИЯМ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ОТНОСЯТ
О	А	эписклерит
О	Б	увеит
О	В	эндокардит
О	Г	множественный мононеврит
В	010	ДЛЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ХАРАКТЕРЕН
О	А	артрит пястно-фаланговых суставов
О	Б	сакроилеит
О	В	спондилит грудного отдела позвоночника
О	Г	изолированный коксит

**Дисциплина:** Болезни системы кровообращения.

**Перечень заданий по дисциплине**

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ вопроса задания/ вариантов ответа
Ф	А/01.8	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
В	001	ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ИШЕМИИ МИОКАРДА ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ПРОБЫ С ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	преходящее горизонтальное смещение сегмента ST на 1 мм и более
О	Б	формирование отрицательного зубца Т
О	В	появление блокады ножек пучка Гиса
О	Г	пароксизм мерцательной аритмии

В	002	ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ МЕЖДУ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И МИОКАРДИОДИСТРОФИЕЙ САМЫМ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	велозргометрия
О	Б	эхокардиография
О	В	биопсия миокарда
О	Г	лекарственные ЭКГ-пробы
В	003	ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ПОЗЖЕ ВСЕХ НАРАСТАЕТ И ДОЛЬШЕ ОСТАЕТСЯ ПОВЫШЕННОЙ АКТИВНОСТЬ
О	А	лактатдегидрогеназы
О	Б	аланиновой трансаминазы
О	В	креатинфосфокиназы
О	Г	тропонин
В	004	ПЕРВИЧНО-ХРОНИЧЕСКОЕ НЕКОРОНАРОГЕННОЕ, НЕВОСПАЛИТЕЛЬНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ СЕРДЦА, ПРОЯВЛЯЮЩЕЕСЯ ДИФFUЗНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ МИОКАРДА С РЕЗКИМ СНИЖЕНИЕМ ЕГО СОКРАТИТЕЛЬНОЙ СПОСОБНОСТИ И ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ ДИЛАТАЦИЕЙ ПОЛОСТЕЙ – ЭТО
О	А	дилатационная кардиомиопатия
О	Б	гипертрофическая кардиомиопатия
О	В	рестриктивная кардиомиопатия
О	Г	миокардит
В	005	У БОЛЬНОГО С ПРИСТУПОМ БОЛИ В ОБЛАСТИ ГРУДИНЫ ДИАГНОЗ ИНФАРКТА МИОКАРДА НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТЕН ПРИ НАЛИЧИИ НА ЭКГ
О	А	полной блокады левой ножки пучка Гиса
О	Б	атриовентрикулярной блокады I степени
О	В	асимметричного отрицательного зубца Т в отведении V6
О	Г	синусовой тахикардии
В	006	ОСНОВНЫМ ПРИЗНАКОМ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ
О	А	приступов сердечной астмы
О	Б	отеков ног
О	В	гепато- и спленомегалии
О	Г	расширения границ сердечной тупости
В	007	ХАРАКТЕРНЫЙ ЭКГ-ПРИЗНАК ТРАНСМУРАЛЬНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА – ЭТО
О	А	зубцы QS
О	Б	подъем ST
О	В	глубокие зубцы Q
О	Г	горизонтальная депрессия ST
В	008	ХАРАКТЕРНЫЙ ЭКГ-ПРИЗНАК КРУПНОЧАГОВОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА – ЭТО
О	А	глубокие зубцы Q
О	Б	депрессия ST выпуклостью кверху и несимметричный зубец Т
О	В	подъем ST
О	Г	зубцы QS
Ф	А/02.8	Назначение лечения пациенту и контроль его эффективности и безопасности
В	009	ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ ИБС ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	впервые возникшая стенокардия

О	Б	стабильная стенокардия напряжения ФК III
О	В	вариантная стенокардия
О	Г	необходимость проведения нагрузочных проб
В	010	ЛЕКАРСТВЕННАЯ ТЕРАПИЯ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ОБЯЗАТЕЛЬНО ВКЛЮЧАЕТ
О	А	ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента
О	Б	антагонисты кальция
О	В	ингибиторы карбоангидразы
О	Г	блокаторы в-адренорецепторов
В	011	ТОЛЕРАНТНОСТЬ К ПРЕПАРАТУ МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ
О	А	нитратами
О	Б	бета-блокаторами
О	В	альфа-блокаторами
О	Г	блокаторами рецепторов ангиотензина II

**Дисциплина:** Болезни мочевыделительной системы.

**Перечень заданий по дисциплине**

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ вопроса задания/ вариантов ответа
Ф	А/01.8	Проведение обследования взрослого населения с целью установления диагноза
В	001	РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК (ХБП) В ОБЩЕЙ ПОПУЛЯЦИИ СОСТАВЛЯЕТ ПРИМЕРНО
О	А	10%
О	Б	0,1%
О	В	1%
О	Г	4%
В	002	СТАДИИ ХБП ОПРЕДЕЛЯЮТ ПО УРОВНЮ
О	А	скорости клубочковой фильтрации
О	Б	креатинина сыворотки
О	В	мочевины сыворотки
О	Г	секреции диадраста или парааминогипурата
В	003	В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ СКОРОСТЬ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ ОПРЕДЕЛЯЮТ ПО КЛИРЕНСУ
О	А	креатинина
О	Б	инулина
О	В	мочевины
О	Г	натрия
В	004	К ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ ПРОТЕИНУРИЯМ ОТНОСИТСЯ
О	А	лихорадочная
О	Б	клубочковая
О	В	канальцевая
О	Г	нефротическая
В	005	ОСТРЫЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ ЧАЩЕ ВСЕГО РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ ИНФЕКЦИИ
О	А	стрептококковой
О	Б	стафилококковой
О	В	вирусной

О	Г	грибковой
В	006	ТИПИЧНЫЙ ВОЗРАСТ ЗАБОЛЕВШИХ ОСТРЫМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ
О	А	6-20 лет
О	Б	1-5 лет
О	В	21-40 лет
О	Г	старше 60 лет
В	007	ОСНОВНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА – ЭТО
О	А	отеки
О	Б	олигурия
О	В	артериальная гипертензия
О	Г	одышка
В	008	КЛУБОЧКОВОЕ ПРОИСХОЖДЕНИЕ ГЕМАТУРИИ ОПРЕДЕЛЯЮТ НА ОСНОВАНИИ
О	А	исключения других источников гематурии
О	Б	наличия измененных эритроцитов при микроскопии мочевого осадка
О	В	сочетания эритроцитурии и протинурии
О	Г	сочетания эритроцитурии со снижением скорости клубочковой фильтрации
В	009	ПРИЧИНОЙ НЕОСЛОЖНЕННОЙ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	E. Coli
О	Б	Klebsiella spp
О	В	P. Mirabilis
О	Г	S. Saprophyticus
В	010	САМЫЙ ЧАСТЫЙ ВОЗБУДИТЕЛЬ ГЕСТАЦИОННОГО ПИЕЛОНЕФРИТА – ЭТО
О	А	кишечная палочка
О	Б	стафилококк
О	В	стрептококк
О	Г	синегнойная палочка

**Дисциплина:** Заболевания суставов и соединительной ткани.

**Перечень заданий по дисциплине**

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ вопроса задания/ вариантов ответа
Ф	A/01.8	Проведение обследования взрослого населения с целью установления диагноза
В	001	СИСТЕМНАЯ КРАСНАЯ ВОЛЧАНКА ЧАЩЕ ВСЕГО ПОРАЖАЕТ
О	А	женщин детородного возраста
О	Б	женщин в постменопаузе
О	В	молодых мужчин
О	Г	подростков обоего пола
В	002	К РАННИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ОТНОСИТСЯ
О	А	утренняя скованность более 1 часа
О	Б	ульнарная девиация кистей
О	В	ревматоидные узелки
О	Г	мышечная гипотрофия
В	003	В ДЕБЮТЕ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ЧАЩЕ ПОРАЖАЮТСЯ СУСТАВЫ
О	А	пястно-фаланговые
О	Б	голеностопные

О	В	коленные
О	Г	плечевые
В	004	ДЛЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ БОЛИ В СПИНЕ ХАРАКТЕРНО
О	А	уменьшение после выполнения упражнений
О	Б	усиление при движении
О	В	уменьшение в ночное время
О	Г	сопровождение нарушением чувствительности
В	005	РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОСТЕОАРТРОЗА СОСТАВЛЯЕТ
О	А	90% случаев у лиц старше 70 лет
О	Б	2% населения земного шара
О	В	50% мужского населения
О	Г	5% женской популяции
В	006	ХАРАКТЕРНЫЙ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ГОНАРТРОЗА – ЭТО
О	А	сужение суставной щели
О	Б	кальциноз хряща
О	В	костные эрозии
О	Г	асептический некроз
В	007	ФАКТОРОМ РИСКА РАЗВИТИЯ ОСТЕОАРТРОЗА ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	нарушение конгруэнтности суставных поверхностей
О	Б	слабость четырехглавой мышцы бедра
О	В	кишечные воспалительные заболевания
О	Г	занятия фитнесом
В	008	РАЗВИТИЕ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ СВЯЗАНО С ИНФИЦИРОВАНИЕМ
О	А	$\beta$ -гемолитическим стрептококком группы А
О	Б	$\beta$ -гемолитическим стрептококком группы С
О	В	микоплазмой
О	Г	стафилококком
В	009	ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ОПРЕДЕЛЕНИЕ
О	А	антител к стрептолизину О
О	Б	циркулирующих иммунных комплексов
О	В	фибриногена
О	Г	лейкоцитоза
В	010	В РАЗВИТИИ СКВ ИМЕЮТ ЗНАЧЕНИЕ ФАКТОРЫ
О	А	гиперэстрогения
О	Б	генетическая предрасположенность
О	В	частые инфекции дыхательных путей
О	Г	гипогонадизм

**Специальность «Диетология»**

*Автор тестовых заданий: Волкова Л.Ю. к.м.н., доцент,  
эксперт МАСЦ ФГБУ «НМИЦ ПМ» Минздрава России*

**Дисциплина:** Диетическая терапия при заболеваниях костной системы.

**Перечень заданий по дисциплине**

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ вопроса задания/ вариантов ответа
Ф	А/06.8	Контроль эффективности мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения
В	001	ВОЗРАСТОМ, К КОТОРОМУ ПРОИСХОДИТ МАКСИМАЛЬНЫЙ НАБОР КОСТНОЙ МАССЫ, ЯВЛЯЕТСЯ (ЛЕТ)
О	А	20–30
О	Б	10–15
О	В	15–18
О	Г	35–45
В	002	ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ ВЫСОКИХ ТЕМПОВ СНИЖЕНИЯ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ У ЖЕНЩИН ПО СРАВНЕНИЮ С МУЖЧИНАМИ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	дефицит эстрогенов в период пери- и постменопаузы
О	Б	меньшая доля мышечной ткани в организме женщин
О	В	сниженное потребление энергии и полноценного с пищей
О	Г	более низким уровень физической активности женщин
В	003	НАРУШЕНИЕМ ПИТАНИЯ, ПРИВОДЯЩИМ К РАЗВИТИЮ ВТОРИЧНОГО ОСТЕОПОРОЗА, ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	избыточное потребление витамина А
О	Б	недостаточное потребление сливочного масла
О	В	дефицит в питании железа
О	Г	избыток в питании витамина В6
В	004	К РАЗВИТИЮ ВТОРИЧНОГО ОСТЕОПОРОЗА ПРИВОДИТ
О	А	дефицит в рационе кальция
О	Б	дефицит в рационе калия
О	В	повышенное потребление витамина С
О	Г	повышенное потребление витамина РР
В	004	РИСК РАЗВИТИЯ ВТОРИЧНОГО ОСТЕОПОРОЗА ВОЗРАСТАЕТ ПРИ НЕДОСТАТОЧНОМ ПОТРЕБЛЕНИИ
О	А	витамина D
О	Б	цианокобаламина
О	В	витамина РР
О	Г	тиамина
В	005	ВЕРОЯТНОСТЬ РАЗВИТИЯ ВТОРИЧНОГО ОСТЕОПОРОЗА ВОЗРАСТАЕТ ПРИ ИЗБЫТОЧНОМ ПОТРЕБЛЕНИИ
О	А	поваренной соли
О	Б	цианокобаламина
О	В	аскорбиновой кислоты
О	Г	тиамина
В	007	ВЕРОЯТНОСТЬ ТЯЖЕЛОГО ДЕФИЦИТА ВИТАМИНА D УВЕЛИЧИВАЕТСЯ У ЛИЦ В ВОЗРАСТЕ (ЛЕТ)
О	А	старше 60

О	Б	от 30 до 40
О	В	от 15 до 21
О	Г	от 45 до 55
В	008	ВЕРОЯТНОСТЬ ТЯЖЕЛОГО ДЕФИЦИТА ВИТАМИНА D УВЕЛИЧИВАЕТСЯ ПРИ ИНДЕКСЕ МАССЫ ТЕЛА (кг/м <sup>2</sup> )
О	А	>30,0
О	Б	18,5–20,5
О	В	21,0–23,0
О	Г	25,0–29,0
В	009	ТЯЖЕЛЫЙ ДЕФИЦИТ ВИТАМИНА D ЧАЩЕ РАЗВИВАЕТСЯ У
О	А	беременных и кормящих женщин
О	Б	людей со светлым цветом кожи
О	В	лиц, работающих на открытом воздухе
О	Г	молодых людей в возрасте до 40 лет
В	010	ВЕРОЯТНОСТЬ ТЯЖЕЛОГО ДЕФИЦИТА ВИТАМИНА D УВЕЛИЧИВАЕТСЯ ПРИ ПРИЕМЕ
О	А	глюкокортикоидов
О	Б	холекальциферолов
О	В	глюконатов кальция
О	Г	лактатов кальция

**Дисциплина:** Нормы питания взрослого населения.

**Перечень заданий по дисциплине**

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ вопроса задания/ вариантов ответа
Ф	А/06.8	Контроль эффективности мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения
В	001	ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ПОТРЕБНОСТЬ В ЭНЕРГИИ МУЖЧИН 1 ГРУППЫ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ В ВОЗРАСТЕ 18–29 ЛЕТ СОСТАВЛЯЕТ (В ККАЛ)
О	А	2450
О	Б	1200
О	В	2000
О	Г	3500
В	002	ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ПОТРЕБНОСТЬ В ЭНЕРГИИ МУЖЧИН 1 ГРУППЫ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ В ВОЗРАСТЕ 30–39 ЛЕТ СОСТАВЛЯЕТ (В ККАЛ)
О	А	2300
О	Б	1200
О	В	2000
О	Г	3300
В	003	ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ПОТРЕБНОСТЬ В ЭНЕРГИИ МУЖЧИН 1 ГРУППЫ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ В ВОЗРАСТЕ 40–59 ЛЕТ СОСТАВЛЯЕТ (В ККАЛ)
О	А	2100
О	Б	1200
О	В	3100
О	Г	1500

В	004	ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ПОТРЕБНОСТЬ В ЭНЕРГИИ МУЖЧИН 1 ГРУППЫ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ В ВОЗРАСТЕ 40–59 ЛЕТ СОСТАВЛЯЕТ (В ККАЛ)
О	А	
О	Б	
О	В	
О	Г	
В	005	ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ПОТРЕБНОСТЬ В ЭНЕРГИИ МУЖЧИН 2 ГРУППЫ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ В ВОЗРАСТЕ 18–29 ЛЕТ СОСТАВЛЯЕТ (В ККАЛ)
О	А	2800
О	Б	1200
О	В	2000
О	Г	3500
В	006	ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ПОТРЕБНОСТЬ В ЭНЕРГИИ МУЖЧИН 2 ГРУППЫ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ В ВОЗРАСТЕ 30–39 ЛЕТ СОСТАВЛЯЕТ (В ККАЛ)
О	А	2650
О	Б	1200
О	В	1500
О	Г	3650
В	007	ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ПОТРЕБНОСТЬ В ЭНЕРГИИ МУЖЧИН 2 ГРУППЫ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ В ВОЗРАСТЕ 40–59 ЛЕТ СОСТАВЛЯЕТ (В ККАЛ)
О	А	2500
О	Б	1200
О	В	1500
О	Г	3500
В	008	ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ПОТРЕБНОСТЬ В ЭНЕРГИИ МУЖЧИН 3 ГРУППЫ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ В ВОЗРАСТЕ 18–29 ЛЕТ СОСТАВЛЯЕТ (В ККАЛ)
О	А	3300
О	Б	1300
О	В	2500
О	Г	4300
В	009	ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ПОТРЕБНОСТЬ В ЭНЕРГИИ МУЖЧИН 3 ГРУППЫ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ В ВОЗРАСТЕ 30–39 ЛЕТ СОСТАВЛЯЕТ (В ККАЛ)
О	А	3150
О	Б	1250
О	В	2150
О	Г	2500
В	010	ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ПОТРЕБНОСТЬ В ЭНЕРГИИ МУЖЧИН 3 ГРУППЫ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ В ВОЗРАСТЕ 40–59 ЛЕТ СОСТАВЛЯЕТ (В ККАЛ)
О	А	2950
О	Б	1950
О	В	2500
О	Г	3300

**Дисциплина:** Пищевые токсикоинфекции и контаминанты пищи.**Перечень заданий по дисциплине**

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ вопроса задания/ вариантов ответа
Ф	А/07.8	Проведение анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала
В	001	ОДНИМ ИЗ ОСНОВНЫХ НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ, РЕГЛАМЕНТИРУЮЩИХ ПРОВЕДЕНИЕ СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ, ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	Федеральный закон «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» от 30.03.99 № 52-ФЗ
О	Б	Конституция Российской Федерации
О	В	технический регламент таможенного союза ТР ТС 021/2011 «О безопасности пищевой продукции»
О	Г	Федеральный закон «О защите прав потребителей» от 07.02.1992 г. № 2300-1
В	002	ОСНОВНЫМ НОРМАТИВНЫМ ДОКУМЕНТОМ, РЕГЛАМЕНТИРУЮЩИМ ПРОВЕДЕНИЕ СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ, ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	утвержденное Постановлением Правительства Российской Федерации от 02.06.2006 г. № 60 «Положение о проведении социально-гигиенического мониторинга»
О	Б	Конституция Российской Федерации
О	В	технический регламент таможенного союза ТР ТС 021/2011 «О безопасности пищевой продукции»
О	Г	Федеральный закон «О защите прав потребителей» от 07.02.1992 г. № 2300-1
Ф	А/06.8	Контроль эффективности мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения
В	001	ВРЕДНЫМИ ПРИРОДНЫМИ ВЕЩЕСТВАМИ ЯВЛЯЮТСЯ
О	А	ингибиторы пищеварительных ферментов
О	Б	витаминоподобные вещества
О	В	полиненасыщенные жирные кислоты
О	Г	биологически активные добавки
В	002	ВЕЩЕСТВОМ, СНИЖАЮЩИМ УСВОЕНИЕ ЖЕЛЕЗА ИЗ ПРОДУКТОВ, ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	фитин
О	Б	витамин С
О	В	витамин В12
О	Г	рутин
В	003	ВЕЩЕСТВОМ, СНИЖАЮЩИМ УСВОЕНИЕ ЖЕЛЕЗА ИЗ ПРОДУКТОВ, ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	полифенол
О	Б	аскорбиновая кислота
О	В	цианокобаламин
О	Г	рутин
В	004	ДОКУМЕНТОМ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИМ КАЧЕСТВО И БЕЗОПАСНОСТЬ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ДОБАВОК К ПИЩЕ, ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	свидетельство о государственной регистрации
О	Б	сертификат соответствия
О	В	счет-фактура
О	Г	листок-вкладыш

В	005	К КАНЦЕРОГЕННЫМ ЧУЖЕРОДНЫМ ВЕЩЕСТВАМ В ПИЩЕВЫХ ПРОДУКТАХ ОТНОСЯТСЯ
О	А	нитрозамины
О	Б	витамины
О	В	аминокислоты
О	Г	полиненасыщенные жирные кислоты
В	006	К КАНЦЕРОГЕННЫМ ЧУЖЕРОДНЫМ ВЕЩЕСТВАМ В ПИЩЕВЫХ ПРОДУКТАХ ОТНОСЯТСЯ
О	А	диоксины
О	Б	индолы
О	В	аминокислоты
О	Г	олигофруктосахариды
В	007	К КАНЦЕРОГЕННЫМ ЧУЖЕРОДНЫМ ВЕЩЕСТВАМ В ПИЩЕВЫХ ПРОДУКТАХ ОТНОСЯТСЯ
О	А	афлатоксины
О	Б	витамины
О	В	олигофруктосахариды
О	Г	аминокислоты
В	008	К КАНЦЕРОГЕННЫМ ЧУЖЕРОДНЫМ ВЕЩЕСТВАМ В ПИЩЕВЫХ ПРОДУКТАХ ОТНОСЯТСЯ
О	А	ароматические углеводороды
О	Б	полиненасыщенные жирные кислоты
О	В	витаминоподобные соединения
О	Г	флавоноиды
В	009	К КАНЦЕРОГЕННЫМ ЧУЖЕРОДНЫМ ВЕЩЕСТВАМ В ПИЩЕВЫХ ПРОДУКТАХ ОТНОСЯТСЯ
О	А	антибиотики
О	Б	аминокислоты
О	В	антоцианы
О	Г	пектины
В	010	К КАНЦЕРОГЕННЫМ ЧУЖЕРОДНЫМ ВЕЩЕСТВАМ В ПИЩЕВЫХ ПРОДУКТАХ ОТНОСЯТСЯ
О	А	гормоны
О	Б	микроэлементы
О	В	пробиотики
О	Г	пребиотики

*Использованная литература:*

1. Создание письменных тестовых вопросов по базовым и клиническим дисциплинам /Под ред. Сьюзан М.Кейс, Дэвид Б.Свэнсон. – Национальный Совет Медицинских Экзаменаторов, 1996.
2. Шестак Н.В. Технология обучения в системе непрерывного профессионального образования в здравоохранении. – М.: Издательство СГУ, 2007. С. 264–317.
3. Коровина Н.А. Квалификационные тесты по педиатрии. – М.: Гэотар Медицина, 2005.
4. Детские болезни в вопросах и ответах / Под ред. А.Шеффер, А.Бентер, Р.Кравата. – СПб: Питер пресс, 1996. 320 с.

## Глава 4. ВТОРОЙ ЭТАП АККРЕДИТАЦИИ ВРАЧЕЙ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТЯМ «ТЕРАПИЯ», «ОБЩАЯ ВРАЧЕБНАЯ ПРАКТИКА (СЕМЕЙНАЯ МЕДИЦИНА)», «ДИЕТОЛОГИЯ»

### 4.1. ТРЕБОВАНИЯ МЕТОДИЧЕСКОГО ЦЕНТРА АККРЕДИТАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ ПРОВЕДЕНИЮ ВТОРОГО ЭТАПА

(в редакции МЦА [URL: <https://fmza.ru/metod/instruktsii/>])

#### ПАСПОРТ ЭКЗАМЕНАЦИОННОЙ СТАНЦИИ

**Общие положения.** Паспорта станций (далее станции) объективного структурированного клинического экзамена (далее – ОСКЭ) для второго этапа первичной аккредитации и первичной специализированной аккредитации представляют собой документ, включающий необходимую информацию по оснащению станции, брифинг (краткое задание перед входом на станцию), сценарии, оценочные листы (далее – чек-лист), источники информации, справочный материал и т.д., и предназначены в качестве методического и справочного материала для оценки владения аккредитуемым конкретным практическим навыком (умением) и могут быть использованы для оценки уровня готовности специалистов здравоохранения к профессиональной деятельности.

Оценивание особенностей практических навыков по конкретной специальности может быть реализовано через выбор конкретных сценариев. Данное решение принимает аккредитационная подкомиссия по специальности (далее – АПК) в день проведения второго этапа аккредитации специалистов. С целью обеспечения статистической стандартизации процедуры оценки практических навыков условия задания и чек-лист являются едиными для всех.

Целесообразно заранее объявить аккредитуемым о необходимости приходить на второй этап в спецодежде (медицинская одежда, сменная обувь, шапочка, иметь индивидуальные средства защиты).

#### 1. Профессиональный стандарт (трудовые функции)

Трудовая функция по оказанию медицинской помощи пациенту в неотложной или экстренной формах определяется в соответствии с профессиональными стандартами специальностей по приказу Минздрава России от 07.10.2015 № 700н (ред. от 11.10.2016) «О номенклатуре специальностей специалистов, имеющих высшее медицинское и фармацевтическое образование» (*добавляется конкретный профессиональный стандарт*).

#### 2. Продолжительность работы станции

Общее время выполнения навыка – 10 минут

Время нахождения аккредитуемого лица на станции – не менее 8,5 минут (в случае досрочного выполнения практического навыка аккредитуемый остается внутри станции до голосовой команды «Перейдите на следующую станцию»).

#### Тайминг выполнения практического навыка

Время озвучивания команды	Голосовая команда	Действие аккредитуемого лица	Время выполнения навыка
0	Ознакомьтесь с заданием станции	Ознакомление с заданием (брифингом)	0,5'
0,5'	Войдите на станцию и озвучьте свой логин	Начало работы на станции	8,5'
8,0'	У Вас осталась одна минута	Продолжение работы на станции	
9,0'	Перейдите на следующую станцию	Покидает станцию и переходит на следующую станцию согласно индивидуальному маршруту	1'

#### 3. Задача станции

Описать конкретную задачу станции в зависимости от проверяемой компетенции.

*ПРИМЕР:*

«Демонстрация аккредитуемым своего поведения на рабочем месте при оказании помощи пациенту без признаков жизни, умения выполнять мероприятия базовой сердечно-легочной реани-

мации (далее – СЛР), в том числе с использованием автоматического наружного дефибриллятора (далее – АНД), находящегося в доступности».

«Демонстрация аккредитуемым умения выполнять мероприятия базовой сердечно-легочной реанимации (далее – СЛР), в том числе с использованием автоматического наружного дефибриллятора (далее – АНД), при оказании на рабочем месте помощи пациенту без признаков жизни».

#### 4. Информация по обеспечению работы станции

Для организации работы станции должны быть предусмотрены:

##### 1.1. Рабочее место члена АПК

№ п/п	Перечень оборудования	Количество, ед.
1	Стол рабочий (рабочая поверхность)	1
2	Стул	2
3	Компьютер с выходом в Интернет для доступа к автоматизированной системе аккредитации специалистов здравоохранения	1
4	Устройство для трансляции видео- и аудиозаписи <sup>1</sup> с места работы аккредитуемого лица с возможностью давать вводные, предусмотренные паспортом станции	1
5	В случае необходимости: Компьютер, регистрирующий результаты выполнения аккредитуемым лицом действий на симуляторе (тренажере)	1

##### 4.2. Рабочее место аккредитуемого

Станция должна имитировать рабочее помещение и включать оборудование (оснащение) и расходные материалы (с учетом количества попыток аккредитуемых лиц):

*В подпунктах 4.2.1-4.2.4 указывается полный перечень необходимого оборудования для работы станции, включающий расходные материалы, коврики, запас батареек/аккумуляторов и т.д. В случае необходимости использования имитации реальных приборов, лекарственных средств, инструментов и пр. следует указать в скобках «имитация». Для симуляционного оборудования на станции необходимо указать конкретные технические характеристики (не указывать торговое название симулятора). Указывается местоположение симулятора – например, на полу, на кушетке с приподнимаемым головным концом и т.д. Для расходных материалов указывается их количество из расчета на одну попытку аккредитуемого лица.*

##### 4.2.1. Перечень мебели и прочего оборудования

№ п/п	Перечень мебели и прочего оборудования	Количество, ед.
1	Стол рабочий для вспомогательного персонала, управляющего симуляционным оборудованием	1
2	Стул для вспомогательного персонала, управляющего симуляционным оборудованием	1
3	Персональный компьютер, управляющий симуляционным оборудованием/блок управления. Микрофон	1
4	Гинекологическое кресло для размещения полуторса для акушерско-гинекологического обследования	1
5	Стол/кушетка для размещения полуторса беременной (в зависимости от модели оборудования)	
6	Раковина с однорычажным смесителем <sup>2</sup> (допускается имитация)	1
7	Диспенсер для одноразовых полотенец (допускается имитация)	1
8	Диспенсер для жидкого мыла (допускается имитация)	1
9	Настенные часы с секундной стрелкой	

<sup>1</sup> По согласованию с председателем АПК устройство с трансляцией видеозаписи изображения работы аккредитуемого может находиться в другом месте, к которому члены АПК должны иметь беспрепятственный доступ, чтобы иметь возможность пересмотреть видеозапись

<sup>2</sup> В случае, если раковины оснастить рабочее место невозможно, аккредитуемым предлагается имитация средства для гигиенической обработки рук медицинского персонала

#### 4.2.2. Перечень медицинского оборудования

№ п/п	Перечень медицинского оборудования	Количество, ед.
1	Гинекологическое зеркало Куско	1
2	Гинекологическое зеркало Симпса+ подъемник	1
3	Пинцет	1
4	Источник света	1
5	Тазомер	1
6	Сантиметровая лента	1
7	Акушерский стетоскоп	1
8	Контейнер для сбора отходов класса А объемом 10 литров	1
9	Контейнер для сбора отходов класса Б объемом 10 литров	1
10	Календарь для расчета предполагаемой даты родов	1

#### 4.2.3. Расходные материалы

№ п/п	Перечень расходных материалов	Количество (на 1 попытку аккредитуемого лица)
1	Смотровые перчатки разных размеров	1 пара
2	Антисептическая салфетка	1 шт
3	Марлевые шарики	2 шт
4	Набор одноразовых инструментов для забора биологического материала (цитощетка, эндобранш, ложка Фолькмана)	1 шт
	Предметные стекла	4 шт
	Пробирка с питательной средой	1 шт
	Пробирка эпендорф	1 шт.
	Пробирка для жидкостной цитологии	1 шт
5	Маркер	1 шт
6	Пеленка медицинская (условно одноразовая)	1 шт.
7	Бланк информированного добровольного согласия пациента	1шт
8	Лубрикант	1 флакон

#### 4.2.4. Симуляционное оборудование станции и его характеристики

Полное описание характеристик и требований к используемому симуляционному оборудованию.

*ПРИМЕР:*

	<p>Манекен (указать конкретную модель) с возможностью регистрации (по завершении) следующих показателей:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) глубина компрессий;</li> <li>2) положение рук при компрессиях;</li> <li>3) высвобождение рук между компрессиями;</li> <li>4) частота компрессий;</li> <li>5) дыхательный объем;</li> <li>6) скорость вдоха.</li> </ol> <p>Настройки аппарата должны соответствовать параметрам, указанным в разделе 11 Паспорта станции</p>
	<p>Учебный автоматический наружный дефибриллятор (АНД)</p>

## 5. Перечень ситуаций (сценариев) станции

Указываются название всех возможных сценариев. Количество сценариев не ограничено, но необходимо разработать как минимум 2 сценария. По возможности сценарии должны быть сопоставимы по трудности.

№ п/п	Ситуация (сценарий)
1.	Остановка кровообращения у пациента (посетителя) в амбулаторно-поликлинической практике (помещении аптеки, поликлиники и т.п.) – АНД нет в зоне доступности.
2.	Остановка кровообращения у пациента (посетителя) в амбулаторно-поликлинической практике (помещении аптеки, поликлиники и т.п.) с сердечным ритмом, подлежащим дефибрилляции – при наличии АНД
3.	Остановка кровообращения у пациента (посетителя) в амбулаторно-поликлинической практике (помещении аптеки, поликлиники и т.п.) с сердечным ритмом, не подлежащим дефибрилляции – при наличии АНД
4.	Остановка кровообращения у пациента (посетителя) в амбулаторно-поликлинической практике (помещении аптеки, поликлиники и т.п.) – при наличии неисправного АНД

Выбор и последовательность ситуаций определяет АПК в день проведения второго этапа первичной специализированной аккредитации специалистов здравоохранения.

### 6. Информация (брифинг) для аккредитуемого

Для всех сценариев должен быть единый брифинг.

Вы пришли на рабочее место. Войдя в одно из помещений, Вы увидели, что человек лежит на полу! Ваша задача – оказать ему помощь в рамках своих умений.

### 7. Действия членов АПК, вспомогательного персонала<sup>3</sup> на подготовительном этапе (перед началом работы на станции)

– Проверка соответствия оформления и комплектования станции ОСКЭ типовому паспорту с учетом количества аккредитуемых лиц.

– Проверка наличия на станции необходимых расходных материалов.

– Проверка наличия письменного задания (брифинга) перед входом на станцию.

– Проверка готовности симулятора к работе.

– Установка нужного сценария с помощью программного управления симулятором

– Проверка готовности трансляции видеозаписей в комнату видеонаблюдения (при наличии таковой).

– Получение логина и пароля для входа в автоматизированную систему аккредитации специалистов здравоохранения и вход в нее. Сверка своих персональных данных.

– Выбор ситуации согласно решению АПК.

– Выполнение иных мероприятий, необходимых для нормальной работы станции.

### 8. Действия членов АПК, вспомогательного персонала в процессе работы станции

– Включение видеокамеры при команде: «Ознакомьтесь с заданием станции» (при необходимости).

– Контроль качества аудиовидеозаписи действий аккредитуемого (при необходимости).

– Запуск симулятора и управление программным обеспечением тренажера.

– Внесение индивидуального номера из логина, полученного перед прохождением первого этапа процедуры аккредитации в чек-лист в автоматизированной системе аккредитации специалистов здравоохранения.

– Проведение регистрации последовательности и правильности действий/расхождения действий, аккредитуемого в соответствии с параметрами в чек-листе.

– Фиксация результатов параметров тренажера в чек-листе (если предусмотрено в чек-листе).

– Ведение минимально необходимого диалога с аккредитуемым от лица пациента и обеспечение дополнительными вводными для выполнения ситуации (сценария) (если предусмотрено сценарием станции).

<sup>3</sup> Для удобства и объективности оценки выполнения практического навыка целесообразно помимо члена АПК привлечь еще одного специалиста (из числа членов АПК или вспомогательного персонала).

Член АПК визуально наблюдает за действиями аккредитуемого, управляет камерами и заполняет чек-лист; второй член АПК/вспомогательный персонал также визуально наблюдает за действиями аккредитуемого, дает ему обратную связь и управляет симуляторами/тренажерами.

– Соблюдение правила – не говорить ничего от себя, не вступать в переговоры, даже если Вы не согласны с мнением аккредитуемого. Не задавать уточняющих вопросов, не высказывать требования типа: «Продолжайте!», «Глубже!», «Не так быстро!» и т.п.; задавать вопросы: «И что дальше?», «Как долго?» и т.п.

– После команды аккредитуемому «Перейдите на следующую станцию» -приведение используемого симуляционного оборудования и помещения в первоначальный вид.

**Для членов АПК с небольшим опытом работы на станции допускается увеличение промежутка времени для подготовки станции и заполнения чек-листа. Промежутки времени в таком случае должен быть равен периоду работы станции (10 минут).**

#### **Примерные тексты вводной информации в рамках диалога члена АПК и аккредитуемого**

*Описывается полный текст вводной информации, которая может быть озвучена аккредитуемому лицу при прохождении станции. В случае использования сценариев с различными вводными данными описывается текст для каждого сценария отдельно. Например, могут быть описаны различные жалобы, предшествующая фармакотерапия и т.д.*

№ п/п	Действие аккредитуемого	Текст вводной
1.	При демонстрации аккредитуемым лицом жеста «Осмотр безопасности среды»	Дать вводную: «Опасности нет»
2.	При попытке оценить сознание	Дать вводную: «Нет реакции»
3.	При попытке оценить дыхание	Дать вводную: «Дыхания нет!»
4.	При попытке оценить пульс	Дать вводную: «Пульсация не прощупывается!»
5.	При обращении в Скорую помощь по телефону	Имитировать диспетчера службы скорой медицинской помощи: «Скорая слушает, что у Вас случилось?»
6.	В случае, если аккредитуемый называет правильную и полную информацию для СМП: адрес; один пострадавший, мужчина 20 лет, не дышит, приступаю к СЛР	Кратко ответить: «Вызов принят! Ждите»
7.	В случае, если информация неполная	Задавать вопросы от лица диспетчера СМП: адрес, возраст, пол, ФИО пострадавшего; объем Ваших вмешательств; что случилось; где Вы находитесь
8.	За минуту до окончания работы аккредитуемого на станции	Сообщить: «У Вас осталась одна минута»
9.	По окончании выполнения практического навыка	Поблагодарить за работу и попросить перейти на следующую станцию

#### **9. Нормативно-методическое обеспечение паспорта станции**

– Приказ Минздрава России от 02.06.2016 № 334н «Об утверждении Положения об аккредитации специалистов».

– Соответствующие приказы Минтруда России «Об утверждении профессионального стандарта» и/или его проекты.

– Рекомендации по сердечно-легочной реанимации (АНА), 2015 г., 41 с.

– [www.erc.edu](http://www.erc.edu)

– [www.cprguidelines.eu](http://www.cprguidelines.eu)

– [www.rusnrc.com](http://www.rusnrc.com)

– Ripp E., Chervinskiy D., Tserova A. – Innovation that makes a BLS-AED course more available and effective (#24047) Board #115 – Technology Innovation // Simulation in Healthcare Journal – 2016, vol. 11, Number 6, December 2016 – Technology Innovation. – P.434.

#### **10. Справочная информация для аккредитуемого/членов АПК**

Дается краткая справочная информация о проверяемой компетенции (не более двух страниц). Описывается алгоритм действий, инструкция по использованию лекарственных средств, способов их введения, даются нормативы используемых показателей. При необходимости описывается подход к лечению для каждого сценария отдельно.

#### **11. Информация для стандартизированного пациента<sup>4</sup>**

При необходимости описывается вводная для стандартизированного пациента. Прописываются ответы на задаваемые ему вопросы, описывается алгоритм его действий.

При необходимости прописывается текст для озвучивания членом АПК/вспомогательным персоналом.

Наиболее целесообразно использовать стандартизированных пациентов для оценки навыков общения аккредитуемого (например, при реализации станции «Сбор жалоб и анамнеза на первичном приеме врача»). Для реализации большинства станций достаточно использовать симулированных пациентов.

В случае отсутствия стандартизированного пациента данный пункт удаляется.

#### **12. Информация для конфедерата<sup>5</sup> или симулированного пациента<sup>6</sup>**

При использовании конфедерата или симулированного пациента на станции описывается его статус, задача, алгоритм действий и объем возможной помощи аккредитуемому.

При необходимости прописывается текст для озвучивания членом АПК/вспомогательным персоналом, управляющим роботом-симулятором.

В случае отсутствия конфедерата или симулированного пациента данный пункт удаляется.

#### **ПРИМЕР №1 Конфедерат (Паспорт «Экстренная медицинская помощь»):**

Задачей конфедерата является стандартное (для всех одинаковое) обеспечение помощи в роли среднего медицинского работника.

Вы – «вчерашний» выпускник медицинского училища.

Вы знаете, где находится УКЛАДКА и что и в какой последовательности в ней находится.

Вы имеете представление, как нужно оказывать экстренную медицинскую помощь, но никогда сами не выполняли и не видели, как это делают другие.

Поэтому Ваша задача – выполнять любые действия, соблюдая следующие условия:

- действовать только после получения команды от аккредитуемого;
- если не дано подробного объяснения по технике проведения навыка, спросить: «Как это надо делать, я никогда не видел(а) как это надо делать»;
- после объяснения постараться выполнить строго так, как сказал аккредитуемый, даже если эта информация неверная и/или неполная.

Важно! После любого выполненного Вами действия вслух сказать, что Вы это действие произвели или указать результат измерения.

Важные задачи:

- обеспечение безопасного применения дефибриллятора;
- обеспечение того, чтобы члены АПК слышали, какой вводится лекарственный препарат и в какой дозировке; какие назначения делает аккредитуемый, какие измерения он осуществляет и каковы их результаты.

<sup>4</sup> Стандартизированный пациент – это пациент, актер или другой человек, который прошел обучение, чтобы иметь возможность реалистично и последовательно вести себя во время встречи с клиническим специалистом, и который в соответствии с определенными критериями должен играть роль пациента с определенными заболеваниями (Дж.М. Шамвей, Р.М. Харден. Руководство АМЭЕ № 25. Оценка результатов обучения компетентного и мыслящего практикующего врача // Медицинское образование и профессиональное развитие №1 (23), 2016 г. С. 223-53)

<sup>5</sup> Конфедерат – симулированный коллега, выполняющий четко регламентированную функцию, например, медицинской сестры.

<sup>6</sup> Симулированный пациент – человек, который изображает реального пациента (Дж.М. Шамвей, Р.М. Харден Руководство АМЭЕ № 25. Оценка результатов обучения компетентного и мыслящего практикующего врача // Медицинское образование и профессиональное развитие №1 (23), 2016 г. С. 223-53). Симулированный пациент не проходит специального обучения.

Смотровые перчатки находятся у Вас в кармане, Вы надеваете их только в том случае, если об этом Вам напомнил аккредитуемый.

При использовании манекена по уходу после подключения электродов монитора дефибриллятора, ЭКГ-аппарата, а также при запросе ЭКГ на 12 отведений	Предложить ознакомиться с записью ЭКГ, соответствующей этапу и номеру сценария
---	--

**ПРИМЕР Симулированный пациент (Паспорт «Физикальное обследование пациента [оценка неврологического статуса]»):**

Ваши ФИО и возраст должны совпадать с данными, занесенными в медицинскую документацию, лежащую на столе.

При входе аккредитуемого на станцию Вы стоите посередине помещения, имитирующего смотровой кабинет медицинской организации. В данный момент Вы обратились за медицинской помощью по поводу беспокойства о состоянии своего здоровья. Вам оформили всю необходимую документацию, провели опрос и сообщили, что необходимо пройти в смотровой кабинет для осмотра.

Полностью назвать свои ФИО, другие паспортные данные, а также иную информацию следует сообщать только на соответствующий вопрос врача.

При просьбах врача о согласии на выполнение действий, связанных с проведением осмотра, следует соглашаться без дополнительных вопросов.

**13. Критерии оценивания действий аккредитуемого**

В электронном чек-листе оценка правильности и последовательности выполнения действий аккредитуемым осуществляется с помощью активации кнопок:

- «Да» – действие произведено;
- «Нет» – действие не произведено.

Каждая позиция вносится членом АПК в электронный чек-лист.

**14. Алгоритм выполнения навыка**

Алгоритм выполнения практического навыка может быть использован для освоения данного навыка и подготовки к первичной аккредитации или первичной специализированной аккредитации специалистов здравоохранения.

*Алгоритм выполнения практического навыка представляет собой максимально подробное описание проверяемого навыка.*

№	Действие аккредитуемого лица
1.	Поздороваться с пациентом
2.	Предложить пациенту сесть на стул
3.	Представиться, обозначить свою роль
4.	Спросить у пациента, сверяя с медицинской документацией
5.	: фамилию
6.	: имя
7.	: отчество
8.	: возраст
9.	Обратиться к пациенту по имени отчеству
10.	Осведомиться о самочувствии пациента
11.	Информировать пациента о процедуре и получить согласие на ее проведение
12.	Убедиться заранее, что есть все необходимое
13.	: неврологический молоток
14.	: камертон
15.	: шпатель
16.	: вата
17.	: зубочистки
<b>Обработать руки гигиеническим способом перед началом манипуляции</b>	

18.	: Иметь коротко подстриженные ногти, отсутствие следов лака на ногтях, искусственных ногтей
19.	: Убедиться в отсутствии на пальцах рук и запястьях ювелирных украшений
<b>Оценка уровня сознания и ориентировки</b>	
20.	: Осведомиться об имени, возрасте, семейном и социальном статусе пациента
21.	: Осведомиться о том, где находится пациент, город, лечебное учреждение
22.	: Осведомиться о том, какой год, месяц, число
<b>Когнитивные функции</b>	
23.	: Внимание (попросить пациента повторить серию из 4 цифр)
24.	: Память (попросить пациента перечислить, что он ел на завтрак назвать дату рождения и учебное заведение, в котором он учился)
25.	: Счет (попросить пациента выполнить серийное вычитание из 100 по 7)
26.	: Речь (общение с пациентом во время осмотра)
<b>I пара черепных нервов</b>	
27.	: Попросить больного закрыть глаза и определить запах (кофе, ваниль)
<b>II пара черепных нервов</b>	
28.	: Провести оценку полей зрения
<b>III, IV, VI пары черепных нервов</b>	
29.	: Проверить движения глазных яблок вправо, влево, вверх и вниз
30.	: Проверить конвергенцию и дивергенцию
31.	: Оценить реакцию зрачка на свет
<b>V пара черепных нервов</b>	
32.	: Проверить болевую, температурную и тактильную чувствительность
33.	: Проверить роговичный рефлекс
34.	: Проверить силу жевательной мышцы
35.	: Проверить нижнечелюстной рефлекс
<b>VII пара черепных нервов</b>	
36.	: Оценить симметричность лица
37.	: Проверить силу жевательных мышц
38.	: Проверить вкус (капнуть на язык соленый и сладкий р-р)
<b>VIII пара черепных нервов</b>	
39.	: Проверить шепотную речь
<b>IX и X пары черепных нервов</b>	
40.	: Проверить голос (произношение высоких звуков «и-и» и гортанных «га-га-га»)
41.	: Проверить небный и глоточный рефлексы
<b>XI пара черепных нервов</b>	
42.	: Проверить силу грудино-ключично-сосцевидной мышцы
43.	: Проверить силу трапециевидной мышцы
<b>XII пара черепных нервов</b>	
44.	: Оценить форму языка, положение в полости рта и при высовывании, наличие атрофий и фасцикуляций
<b>Оценка произвольных движений, рефлексов и чувствительности в верхней конечности с 2-х сторон</b>	
45.	: Оценить мышечный тонус в сгибателях и разгибателях локтевого сустава
46.	: Оценить мышечный тонус в пронаторах и супинаторах кисти
47.	: Оценить мышечный тонус в сгибателях и разгибателях кисти
48.	: Оценить мышечный тонус в сгибателях и разгибателях пальцев
49.	: Оценить силу в сгибателях и разгибателях плечевого сустава
50.	: Оценить силу в сгибателях и разгибателях локтевого сустава
51.	: Оценить силу в сгибателях и разгибателях лучезапястного сустава
52.	: Оценить силу в пальцах кисти

53.	: Провести пробу на скрытый парез (проба Барре)
54.	: Рефлекс с сухожилия двуглавой мышцы плеча
55.	: Рефлекс с сухожилия трехглавой мышцы плеча
56.	: Карпорадимальный рефлекс
57.	: Кистевой аналог рефлекса Россолимо
58.	: Рефлекс Маринеску-Родовичи
59.	: Хватательный рефлекс
60.	: Проверить болевую чувствительность на коже кистей, предплечий, плеч
61.	: Проверить тактильную чувствительность на коже кистей, предплечий, плеч
62.	: Проверить температурную чувствительность на коже кистей, предплечий, плеч
63.	: Проверить вибрационную чувствительность на лучевой и локтевой костях
64.	: Оценить мышечно-суставное чувство в пальцах рук
<b>Оценка произвольных движений, рефлексов и чувствительности в нижней конечности с 2-х сторон в положении лежа</b>	
65.	Предложить пациенту лечь на кушетку
66.	: Оценить мышечный тонус в сгибателях и разгибателях коленного сустава
67.	: Оценить мышечный тонус в сгибателях и разгибателях голеностопного сустава
68.	: Оценить силу в сгибателях и разгибателях тазобедренного сустава
69.	: Оценить силу в сгибателях и разгибателях коленного сустава
70.	: Оценить силу в сгибателях и разгибателях голеностопного сустава
71.	: Коленный рефлекс
72.	: Ахиллов рефлекс
73.	: Брюшные рефлексы (верхний, средний и нижний)
74.	: Подошвенный рефлекс
75.	: Рефлекс Бабинского
76.	: Рефлекс Оппенгейма
77.	: Рефлекс Чеддока
78.	: Проверить болевую чувствительность на коже бедра, голени и стоп
79.	: Проверить тактильную чувствительность на коже бедра, голени и стоп
80.	: Проверить температурную чувствительность на коже бедра, голени и стоп
81.	: Проверить вибрационную чувствительность на лодыжках
82.	: Оценить мышечно-суставное чувство в пальцах ног
83.	: Провести пяточно-коленную пробу
84.	: Провести пробу Бабинского
<b>Оценка менингеальных симптомов в положении лежа</b>	
85.	: Ригидность затылочных мышц
86.	: Симптом Кернига
87.	: Симптомы Брудзинского (средний и нижний)
<b>Оценка координации движений и вестибулярной функции в положении стоя и сидя</b>	
88.	: Провести пальце-носовую пробу
89.	: Провести пробу на диадохокинез
90.	: Проба на обнаружение симптома отдачи
91.	: Проба с установкой рук на заданном уровне
92.	: Проба Ромберга с открытыми и закрытыми глазами
93.	: Оценить ходьбу
94.	: Оценить тандемную ходьбу
<b>Завершение</b>	
95.	Поблагодарить пациента, сказать, что можно одеться, и сообщить, что Вы закончили исследование и сейчас подготовите письменное заключение по результатам исследования

96.	Обработать руки гигиеническим способом после манипуляции
97.	Информировать пациента о ходе исследования
98.	Сформулировано верное заключение
99.	Не производил другие нерегламентированные и небезопасные действия
100.	Субъективное благоприятное впечатление члена АПК

### 15. Оценочный лист (чек-лист)

Чек-лист используется для оценки действий аккредитуемого лица при прохождении станции.

Приводится чек-лист, используемый для оценки действий аккредитуемого лица при прохождении станции. Формулировки пунктов чек-листа должны быть максимально четкими, не допускать двойного толкования. Не требуется чрезмерно подробного описания действий аккредитуемого лица. В каждом пункте указывается верный ответ – «да» или «нет». В чек-листе не используется формулировка пункта «нерегламентируемые действия». Все учитываемые нерегламентированные действия описываются в отдельных пунктах. Чек-лист должен содержать достаточное количество пунктов для оценки выполнения проверяемого навыка, чтобы оценить доступное для оценивания (желательно не более 50 пунктов).

Для всех сценариев разрабатывается единый чек-лист, в отдельных пунктах которого указывается, для каких сценариев они применимы.

№	Действие аккредитуемого	Номер сценария	Критерии оценки
1.	Убедился в отсутствии опасности для себя и пострадавшего и, при необходимости, обеспечил безопасность	1,2,3,4	√ да нет
2.	Осторожно встряхнул пострадавшего за плечи	1,2,3,4	√ да нет
3.	Громко обратился к нему: «Вам нужна помощь?»	1,2,3,4	√ да нет
4.	Призвал на помощь: «Помогите, человеку плохо!»	1,2,3,4	√ да нет
5.	Ладонь одной руки положил на лоб пострадавшего, двумя пальцами другой руки подхватил нижнюю челюсть пострадавшего и умеренно запрокинул голову, открывая дыхательные пути	1,2,3,4	√ да нет
<i>Определил признаки жизни</i>			
6.	Приблизил ухо к губам пострадавшего	1,2,3,4	√ да нет
7.	Глазами наблюдал экскурсию грудной клетки пострадавшего	1,2,3,4	√ да нет
8.	Считал велух до 10	1,2,3,4	√ да нет
<i>Вызвал специалиста (СМП) по алгоритму:</i>			
9.	Факт вызова бригады	1,2,3,4	√ да нет
10.	• Координаты места происшествия	1,2,3,4	√ да нет
11.	• Количество пострадавших	1,2,3,4	√ да нет
12.	• Пол	1,2,3,4	√ да нет
13.	• Примерный возраст	1,2,3,4	√ да нет
14.	• Состояние пострадавшего	1,2,3,4	√ да нет
15.	• Предположительная причина состояния	1,2,3,4	√ да нет
16.	• Объем Вашей помощи	1,2,3,4	√ да нет
<i>Подготовился к АНД и/или компрессиям грудной клетки</i>			
17.	Попытался обеспечить АНД, имеющийся в зоне видимости	2,3,4	√ да нет
18.	Включил АНД	2,3,4	√ да нет
19.	Встал на колени сбоку от пострадавшего лицом к нему	1,2,3,4	√ да нет
20.	Освободил грудную клетку пострадавшего от одежды	1,2,3,4	√ да нет
21.	✓ Прикрепил электроды АНД	2,3	√ да нет
22.	✓ Расположил электроды в соответствии с инструкцией АНД	2,3	√ да нет
23.	✓ Убедился, что никто (в том числе сам) не прикасается к пациенту	2,3	√ да нет

24.	✓ Корректно использовал АНД в соответствии с его командой	2,3	√ да нет
25.	Как можно быстрее приступил к КГК	1,2,3,4	√ да нет
26.	Основание ладони одной руки положил на центр грудной клетки пострадавшего	1,2,3,4	√ да нет
27.	Вторую ладонь положил на первую, соединив пальцы обеих рук в замок	1,2,3,4	√ да нет
<i>Компрессии грудной клетки</i>			
28.	30 компрессий подряд	1,2,3,4	√ да нет
29.	• Руки спасателя вертикальны	1,2,3,4	√ да нет
30.	• Не сгибаются в локтях	1,2,3,4	√ да нет
31.	• Пальцы верхней кисти оттягивают вверх пальцы нижней	1,2,3,4	√ да нет
32.	• Компрессии отсчитываются вслух	1,2,3,4	√ да нет
<i>Искусственная вентиляция легких</i>			
33.	Использовал собственное надежное средство защиты	1,2,3,4	√ да нет
34.	Ладонь одной руки положил на лоб пострадавшего	1,2,3,4	√ да нет
35.	Подхватил нижнюю челюсть пострадавшего двумя пальцами другой руки	1,2,3,4	√ да нет
36.	Запрокинул голову пострадавшего, освобождая дыхательные пути, набрал воздух в легкие	1,2,3,4	√ да нет
37.	1 и 2 пальцами этой руки зажал нос пострадавшему	1,2,3,4	√ да нет
38.	Герметично обхватил губы пострадавшего своими губами	1,2,3,4	√ да нет
39.	Произвел выдох в пострадавшего до видимого подъема грудной клетки	1,2,3,4	√ да нет
40.	Освободил губы пострадавшего на 1-2 секунды	1,2,3,4	√ да нет
41.	Повторил выдох в пострадавшего	1,2,3,4	√ да нет
<i>Показатели тренажера</i>			
42.	• Адекватная глубина компрессий (не менее 90%)	1,2,3,4	√ да нет
43.	• Адекватное положение рук при компрессиях (не менее 90%)	1,2,3,4	√ да нет
44.	• Полное высвобождение рук между компрессиями (не менее 90%)	1,2,3,4	√ да нет
45.	• Адекватная частота компрессий (не менее 90%)	1,2,3,4	√ да нет
46.	• Адекватный объем ИВЛ (не менее 80%)	1,2,3,4	√ да нет
47.	• Адекватная скорость ИВЛ (не менее 80%)	1,2,3,4	√ да нет
<i>Завершение испытания</i>			
48.	При команде: «Осталась одна минута» реанимация не прекращалась	1,2,3,4	√ да нет
<i>Нерегламентированные и небезопасные действия</i>			
49.	Компрессии вообще не производились (искусственное кровообращение не поддерживалось)	1,2,3,4	да √ нет
50.	Проводилась оценка пульса на сонной артерии без оценки дыхания	1,2,3,4	да √ нет
51.	Проводилась оценка пульса на лучевой и/или других периферических артериях	1,2,3,4	да √ нет
52.	Проводилась оценка неврологического статуса (проверка реакции зрачков на свет)	1,2,3,4	да √ нет
53.	Проводился сбор анамнеза, поиск медицинской документации	1,2,3,4	да √ нет
54.	Проводился поиск нерегламентированных приспособлений (платочков, бинтов и т.п.)	1,2,3,4	да √ нет
55.	Проводил ИВЛ без использования средства защиты	1,2,3,4	да √ нет
56.	Общее впечатление члена АПК	1,2,3,4	√ да нет

## 16. Медицинская документация

В случае необходимости указывается медицинская документация – например, амбулаторная медицинская карта пациента или история болезни с заполненными необходимыми разделами, информированным согласием. Возможно добавление необходимых результатов исследований – например, ЭКГ. При необходимости возможно использование различных опросников с уже заполненными графами (если аккредитуемому необходимо сделать вывод о группе риска и т.п.) В ряде станций возможно использование заключения для самостоятельного заполнения аккредитуемым.

## 17. Форма заключения для самостоятельного заполнения аккредитуемым лицом

На ряде станций предусмотрено использование заключения по результатам исследования (в табличном или графическом вариантах) для самостоятельного заполнения его аккредитуемым.

В случае отсутствия необходимости заполнять заключение по результатам исследования данный пункт не используется.

*ПРИМЕР* заключения для самостоятельного заполнения аккредитуемым № 1 (при необходимости использования табличного варианта):

Индивидуальный номер аккредитуемого лица: \_\_\_\_\_

### Заключение исследования неврологического статуса

ФИО пациента \_\_\_\_\_

возраст \_\_\_\_\_

### Предварительная диагностическая гипотеза

### Рекомендации

и доп. исследования \_\_\_\_\_

*ПРИМЕР* заключения для самостоятельного заполнения аккредитуемым лицом № 2 (при необходимости, использования графического варианта):

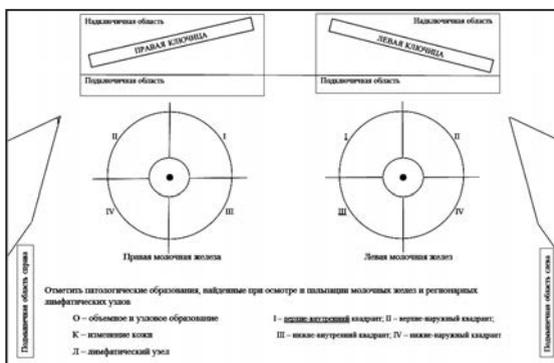
ФИО пациента \_\_\_\_\_

Возраст \_\_\_\_\_ лет

День менструального цикла \_\_\_\_\_ Менопауза \_\_\_\_\_ лет Беременность \_\_\_\_\_ недель

Лактационная аменорея \_\_\_\_\_ (заполнить нужное)

### Графический протокол обследования молочных желез и регионарных лимфатических узлов



Заключение \_\_\_\_\_

План обследования (отметьте нужное).

1. УЗИ молочных желез.
2. Маммография.
3. Цитологическое исследование отделяемого из соска/сосков.
4. Консультация гинеколога.
5. Консультация онколога.
6. Повторная консультация с результатами обследования через \_\_\_ дней/через \_\_\_ месяцев.
7. Для онкологов (дописать нужное).
8. \_\_\_\_\_
9. \_\_\_\_\_

Врач (Фамилия И.О. разборчиво) \_\_\_\_\_

## 18. Сведения о разработчиках паспорта

18.1. Ответственная организация-разработчик

*ПРИМЕР:*

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский университет)

18.2. Авторы-составители

*ПРИМЕР:*

Иванов И.И. – к.м.н., доцент кафедры .... ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский университет)

*(указываются все авторы в алфавитном порядке; указывается степень, звание, должность, место работы каждого автора)*

18.3. Рецензенты

*ПРИМЕР:*

Иванов И.И. – к.м.н., доцент кафедры .... ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский университет)

*(указываются все авторы в алфавитном порядке; указывается степень, звание, должность, место работы каждого автора)*

Справочная информация

1. Во время компрессии грудной клетки (далее – КГК) необходимо продавливать ее на глубину не менее 5 см и не более 6 см (для взрослых).

2. Частота КГК должна составлять не менее 100 и не более 120 движений в 1 мин.

3. Критерий эффективного вдоха при базовой СЛР – видимый подъем грудной клетки. Объем вдыхаемого воздуха в пострадавшего (взрослого человека) должен составлять не менее 500 и не более 600 мл воздуха из легких спасающего.

4. Руки аккредитуемого для компрессии должны быть сложены в замок, и важно, чтобы ладонная поверхность не отрывалась от поверхности груди после прекращения надавливаний, а руки не сгибались в локтевых суставах.

5. Для КГК необходимо использовать силу плечевого пояса (и таза), а не бицепсы. Колени должны быть на ширине плеч.

6. Не предпринимать лишних действий (определять ширину зрачков, наличие инородных тел в дыхательных путях, прикладывать ко рту зеркальце и пр.).

7. Оценка пульса не считается ошибкой, если проводится медицинским работником и оценивается специальным приемом совместно с оценкой наличия дыхания.

8. Центр грудной клетки – относительный ориентир. Более точная точка приложения КГК – перекрест линии, идущей вдоль грудины, и линии, соединяющей соски (4–5 межреберье – озвучивать только для медицинских работников).

9. При проведении искусственной вентиляции легких (далее – ИВЛ) целесообразно использование собственной специальной лицевой маски, которую медицинский работник всегда носит с собой (а не только на экзамен). При отсутствии специальной лицевой маски допустимо не проводить ИВЛ. Проведение ИВЛ без средства защиты (специальной лицевой маски) допустимо при собственном желании аккредитуемого, но с учетом риска инфекционного заражения, что отражается в чек-листе.

10. При наличии АНД необходимо его подключить как можно быстрее.
11. После разряда АНД необходимо как можно быстрее приступить к КГК, не теряя времени на оценку признаков жизни.
12. Электроды АНД размещаются в соответствии с инструкцией.
13. После приклеивания электродов АНД КГК выполняются поверх электродов АНД.

Показатели для стандартного тренажера взрослого	Установки
• Адекватная глубина компрессий	Не менее 5 см, не более 6 см
• Адекватное положение рук при компрессиях	Центр грудной клетки
• Полное высвобождение рук между компрессиями	Да
• Адекватная частота компрессий	100–120 движений в минуту
• Адекватный объем ИВЛ	500–600 мл
• Адекватная скорость ИВЛ	500–1100 мл/сек

В случае возникновения технического сбоя (сбой программного обеспечения, отключение электроэнергии и т. д.) и отсутствия возможности заполнения чек-листа онлайн возможно использование бумажных оценочных чек-листов.

### ОЦЕНОЧНЫЙ ЛИСТ

II этап аккредитационного экзамена      Специальность \_\_\_\_\_  
 Дата \_\_\_\_\_      Номер кандидата \_\_\_\_\_  
 Номер ситуации \_\_\_\_\_

№	Действие аккредитуемого	Критерии оценки
1.	Убедился в отсутствии опасности для себя и пострадавшего и, при необходимости, обеспечил безопасность	5 да 5 нет
2.	Осторожно встряхнул пострадавшего за плечи	5 да 5 нет
3.	Громко обратился к нему: «Вам нужна помощь?»	5 да 5 нет
4.	Призвал на помощь: «Помогите, человеку плохо!»	5 да 5 нет
5.	Ладонь одной руки положил на лоб пострадавшего, двумя пальцами другой руки подхватил нижнюю челюсть пострадавшего и умеренно запрокинул голову, открывая дыхательные пути	5 да 5 нет
<i>Определил признаки жизни</i>		
6.	Приблизил ухо к губам пострадавшего	5 да 5 нет
7.	Глазами наблюдал экскурсию грудной клетки пострадавшего	5 да 5 нет
8.	Считал велух до 10	5 да 5 нет
<i>Вызвал специалиста (СМП) по алгоритму:</i>		
9.	Факт вызова бригады	5 да 5 нет
10.	• Координаты места происшествия	5 да 5 нет
11.	• Количество пострадавших	5 да 5 нет
12.	• Пол	5 да 5 нет
13.	• Примерный возраст	5 да 5 нет
14.	• Состояние пострадавшего	5 да 5 нет
15.	• Предположительная причина состояния	5 да 5 нет
16.	• Объем Вашей помощи	5 да 5 нет
<i>Подготовился к АНД и/или компрессиям грудной клетки</i>		
17.	Попытался обеспечить АНД, имеющийся в зоне видимости	5 да 5 нет
18.	Включил АНД	5 да 5 нет
19.	Встал на колени сбоку от пострадавшего лицом к нему	5 да 5 нет
20.	Освободил грудную клетку пострадавшего от одежды	5 да 5 нет

21.	✓ Прикрепил электроды АНД	5 да 5 нет
22.	✓ Расположил электроды в соответствии с инструкцией АНД	5 да 5 нет
23.	✓ Убедился, что никто (в том числе сам) не прикасается к пациенту	5 да 5 нет
24.	✓ Корректно использовал АНД в соответствии с его командой	5 да 5 нет
25.	Как можно быстрее приступил к КГК	5 да 5 нет
26.	Основание ладони одной руки положил на центр грудной клетки пострадавшего	5 да 5 нет
27.	Вторую ладонь положил на первую, соединив пальцы обеих рук в замок	5 да 5 нет
<i>Компрессии грудной клетки</i>		
28.	30 компрессий подряд	5 да 5 нет
29.	• Руки спасателя вертикальны	5 да 5 нет
30.	• Негибаются в локтях	5 да 5 нет
31.	• Пальцы верхней кисти оттягивают вверх пальцы нижней	5 да 5 нет
32.	• Компрессии отсчитываются вслух	5 да 5 нет
<i>Искусственная вентиляция легких</i>		
33.	Использовал собственное надежное средство защиты	5 да 5 нет
34.	Ладонь одной руки положил на лоб пострадавшего	5 да 5 нет
35.	Подхватил нижнюю челюсть пострадавшего двумя пальцами другой руки	5 да 5 нет
36.	Запрокинул голову пострадавшего, освобождая дыхательные пути, набрал воздух в легкие	5 да 5 нет
37.	1 и 2 пальцами этой руки зажал нос пострадавшему	5 да 5 нет
38.	Герметично обхватил губы пострадавшего своими губами	5 да 5 нет
39.	Произвел выдох в пострадавшего до видимого подъема грудной клетки	5 да 5 нет
40.	Освободил губы пострадавшего на 1-2 секунды	5 да 5 нет
41.	Повторил выдох в пострадавшего	5 да 5 нет
<i>Показатели тренажера</i>		
42.	• Адекватная глубина компрессий (не менее 90%)	5 да 5 нет
43.	• Адекватное положение рук при компрессиях (не менее 90%)	5 да 5 нет
44.	• Полное высвобождение рук между компрессиями (не менее 90%)	5 да 5 нет
45.	• Адекватная частота компрессий (не менее 90%)	5 да 5 нет
46.	• Адекватный объем ИВЛ (не менее 80%)	5 да 5 нет
47.	• Адекватная скорость ИВЛ (не менее 80%)	5 да 5 нет
<i>Завершение испытания</i>		
48.	При команде: «Осталась одна минута» реанимация не прекращалась	5 да 5 нет
<i>Нерегламентированные и небезопасные действия</i>		
49.	Компрессии вообще не производились (искусственное кровообращение не поддерживалось)	5 да 5 нет
50.	Проводилась оценка пульса на сонной артерии вне оценки дыхания	5 да 5 нет
51.	Проводилась оценка пульса на лучевой и/или других периферических артериях	5 да 5 нет
52.	Проводилась оценка неврологического статуса (проверка реакции зрачков на свет)	5 да 5 нет
53.	Проводился сбор анамнеза, поиск медицинской документации	5 да 5 нет
54.	Проводился поиск нерегламентированных приспособлений (платочков, бинтов и т.п.)	5 да 5 нет
55.	Проводил ИВЛ без средства защиты	5 да 5 нет
56.	Общее впечатление эксперта	5 да 5 нет

## 4.2. МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ МАСЦ ФГБУ «НМИЦ ПМ» МИНЗДРАВА РОССИИ ПО ФОРМИРОВАНИЮ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ И УМЕНИЙ ВРАЧЕЙ

*Астанина С.Ю., к.п.н., доцент,  
руководитель МАСЦ ФГБУ «НМИЦ ПМ» Минздрава России*

Формирование практических навыков отличается от формирования практических умений. С использованием симуляционного оборудования чаще всего формируются практические навыки и достаточно простые по выполнению умения. В наиболее простой форме симуляции можно охарактеризовать как имитацию реальности. В системе медицинского образования симуляции лежат в основе ряда методик, призванных воспроизводить клинические ситуации с целью обучения, повторения, оценки и исследования. Разнообразие видов симуляторов варьируют от простых физических моделей анатомических структур (например, модель костей таза или тренажеры для отработки отдельных умений) до сложных устройств и манекенов с высокой механической реальностью и компьютерным управлением.

Примерная классификация типов симуляторов, используемых в медицинском образовании:

- компьютеризированные манекены, экранные симуляторы (позволяют имитировать ответную реакцию);
  - модели – используются для обучения отдельным умениям и навыкам;
  - фантом – модель человека или его части в настоящую величину, замещающий оригинал, сохраняет только некоторые важные его свойства;
  - манекен – фигура, на которой можно формировать систему взаимосвязанных умений и навыков;
  - тренажер – устройство для искусственного создания (имитации) различных ситуаций или объектов, позволяющий формировать специальные навыки и умения;
  - стандартизированные пациенты;
  - система ситуационных задач;
  - учебные игры клинического типа (позволяют формировать умения клинического мышления);
  - учебные игры организационно-деятельностного типа (способствуют формированию профессиональных умений и навыков организационного характера).

Организация учебного процесса на основе симуляционных технологий руководствуется требованиями принципов:

1. Интеграции симуляционных технологий с содержанием образовательной программы.
2. Наличие конкретных целей и задач обучения.
3. Этапность процесса обучения.
4. Возможность неоднократного выполнения учебного действия до формирования определенного умения или навыка.
5. Предоставления обучающимся оперативной обратной связи по результатам обучения.
6. Разнообразие имитации профессиональных ситуаций.

**Рекомендации по использованию симуляционных технологий в учебном процессе.** Формирование профессиональных компетенций специалиста предполагает овладение врачом системой профессиональных знаний, умений, навыков, владений. Следующим этапом является отбор тех практических умений и навыков, которые могут быть сформированы с использованием симуляционных технологий. Именно от состава отобранных умений и навыков определяются как типы симуляторов, так и методики их использования. Таким образом, цель использования симуляционных технологий – это формирование профессиональных умений<sup>7</sup> и навыков<sup>8</sup> на основе знаний содержания образовательной программы.

**Методика формирования навыков эффективна, если она:**

1. *Строится с учетом структуры (алгоритма) формируемого навыка – набора операций и приемов, выполняемых в определенном порядке.* Существует три системы, учитывающие струк-

<sup>7</sup> Умение – это способность применять усваиваемые знания на практике.

<sup>8</sup> Навык – доведенное до автоматизма элементарное умение решать тот и или иной вид задачи (чаще всего – двигательной).

турность навыка: предметная – обучаемый с самого начала выполняет все действия целиком, независимо от структурной сложности; операционная – каждая операция отрабатывается отдельно до автоматизма, а потом учат выполнять действия целиком; предметно-операционная (комплексная) – отдельно отрабатываются только отдельные, сложно поддающиеся отработке элементы, а потом обучаемый тренируется в овладении операцией целиком.

2. *Обеспечивает поэтапное формирование навыка.* Существует три этапа: 1) аналитико-синтетический (овладение обучающимся структурой и всеми операциями действия); 2) этап автоматизации (доведение навыка до требуемой сложности, скорости, легкости, качеству выполнения); 3) этап надежности (закалка навыка усложнением условий и трудностей). Соответственно подбирается и упражнение: сначала – на правильность, потом – на правильность и скорость, наконец – на надежность при сохранении правильности и скорости.

3. *Способствует осмысленному овладению действием.* В формировании любого навыка присутствуют умственный и физический труд. Поэтому и метод упражнений – не просто многократное повторение действий, но обязательно сознательное, с целью усовершенствования каждого следующего.

4. *Опирается на комплекс методов и методических приемов:* объяснения, показ, упражнения, организация оценивающего наблюдения группы за действиями выполняющего управления, разбор, заучивание алгоритмов. Показ образцового выполнения действия в начале занятия полезно делать дважды: первый – образцовый в реальном темпе, второй – пооперационный, медленный, с объяснениями, что, как, почему, в каком порядке, т. е. обучающий.

5. *Предлагается создание условий, приближающихся к тем, в которых навык должен проявляться в наилучшем виде.* Это особенно важно для профессионального обучения. В профессиональной деятельности сформированные навыки проявляются успешно только в условиях, в которых они сформировались. Если реальные условия иные, качество действий резко снижается.

6. *Строится на упражнениях, темп и усложнение условий которых индивидуализируются.*

Методика формирования умений эффективна, если обеспечивает, прежде всего, глубину усвоения знаний. Сложные умения формируются преимущественно для решения реальных жизненных и профессиональных задач.

**Методика формирования умений** имеет сходство с методикой формирования навыков, но имеет и свои отличия:

1. По своей структуре большинство умений сложнее навыков. Алгоритм умений – гибкий: действия и операции могут выполняться иначе, может меняться их последовательность, какие-то элементы – выпадать, какие-то, напротив, – включаться. Поэтому особое внимание уделяется осмысленности, обоснованности всех действий (что, как, в какой последовательности и почему надо делать, и менять по обстановке).

2. На аналитико-синтетическом этапе по необходимости отрабатываются некоторые операции и приемы, входящие в структуру умения, выполнение части которых доводится до автоматизма (навыка).

3. На этапе автоматизации умения нет, а вместо него после овладения основной структурой действия наступает этап выполнения действий в «штатных» – наиболее вероятных (трех-семи) ситуациях.

4. На этапе разнообразия и гибкости, когда условия выполнения действия приобретают разнообразность (начиная с ситуации, находящейся между штатными). Обучающихся учат решать одну и ту же задачу в постоянно меняющихся условиях, требующих от них видоизменять порядок действия, исключать одни способы и операции и заменять их другими. Предъявляются требования к самостоятельному, творческому, обоснованному видоизменению действий и выборам в новых условиях.

5. Важнейшее значение придает последнему этапу – надежности умения. Это специфичный и исключительно важный этап формирования умения. По нарастающей усложняются и множатся новизна, неожиданность, скорость изменений, значимость, рискованность, опасность, повышенная ответственность, противодействие, повышение вероятности неудач и т. д. Обучающиеся учатся наблюдать, мыслить, оценивать, действовать самостоятельно, проявлять находчивость, разумность, достигать нужного результата, несмотря на новизну, необычность, неожиданность возникающей

ситуации. Сложность обстановки и трудности в конце формирования умения приближаются к неопределенным, в которых обучаемых учат принимать наилучшие решения. Повышенное значение придается разбору упражнений, обсуждению действий, совместному поиску оптимального и обоснованного варианта (табл. 2).

Таблица 2

**Сравнительная характеристика методики формирования умений и навыков**

Этап	Формируемое умение	Формируемый навык
Алгоритмизации	Гибкие	Однозначные
Аналитико-синтетический	Отрабатываются некоторые операции и приемы, входящие в структуру умения	Овладение всеми операциями действия
Автоматизации	Выполнение действий в «штатных» – наиболее вероятных (трех-семи) ситуациях	Доведение навыка до требуемой сложности, скорости, легкости, качества выполнения
Разнообразия и гибкости	Одна и та же задача в постоянно меняющихся условиях, требующих от обучающихся видоизменять порядок действия, исключать одни способы и операции и заменять их другими	Навык формируется и проявляется в постоянных (неизменных) условиях
Надежности	Умение характеризуется принятием наилучшего решения в меняющихся условиях	Навык характеризуется надежностью, высокой скоростью и правильностью выполнения действия в неизменных условиях

Общие методические закономерности формируемых профессиональных умений и навыков определяют основные направления как в разработке различных типов и видов симуляторов, так и в организации учебного процесса с использованием симуляционных технологий терапевтического направления.

**4.3. ОСНАЩЕНИЕ МЕТОДИЧЕСКОГО АККРЕДИТАЦИОННО-СИМУЛЯЦИОННОГО ЦЕНТРА ФГБУ «НМИЦ ПМ» МИНЗДРАВА РОССИИ**

Оснащение методического аккредитационно-симуляционного центра осуществлено в соответствии с утвержденным перечнем практических навыков и станций ОСКЭ.

Оснащение симуляционным оборудованием осуществлялось на основе субсидий, предоставленных Министерством здравоохранения Российской Федерации ФГБУ «НМИЦ ПМ» Минздрава России.

Учитывая требования МЦА к помещениям, где будет проходить объективный структурированный клинический экзамен, сотрудниками ФГБУ «НМИЦ ПМ» Минздрава России было определено место расположения МСАЦ, разработан подробный план в соответствии с предполагаемым симуляционным оборудованием. Для эффективного использования учебных помещений была предусмотрена возможность их оперативного перепрофилирования, что позволяет последовательно реализовывать в одном и том же помещении разные модули в зависимости от загрузки.

Для комфортного пребывания на территории МАСЦ были предусмотрены гардероб, зоны ожидания, запирающиеся ячейки. Дополнительно были учтены электронные информационные табло.

Забота о безопасности посетителей МАСЦ и его сотрудников стала основной причиной тщательного планирования наиболее травматичных объектов. К таким объектам был отнесен пол в помещениях МАСЦ. Именно поэтому было выбрано покрытие матовыми керамогранитными плитками, с увеличенной функцией сцепления подошвы посетителя и плитки; электрическая проводка, убранная в специальные короба, позволяющие в любое время производить ремонт и ликвидировать неисправность; наличие запасных выходов для быстрой эвакуации на случай возгорания.

Таким образом, при планировке помещений были предусмотрены:

- пустотелое изготовление перегородок;
- установка по всему периметру помещения электромонтажного короба размера, допускающего прокладку проводки и монтаж силовых и слаботочных розеток;

– напольные лючки с выводом коммуникаций из расчета один лючок на площадь пола не менее 10 см<sup>2</sup>

Соблюдение вышеперечисленных рекомендаций создает условия для монтажа гибкой схемы коммуникаций, состоящей из силовой разводки, систем видеоаудиорегистрации, трансляции, локальной сети и т.п.

Важным качеством подобной схемы является возможность ее расширения или иного требуемого изменения без существенных затрат в процессе эксплуатации.

Не менее ответственным и трудным этапом оснащения центра стало планирование, а затем и закупка симуляционного оборудования в соответствии с имеющимся бюджетом.

Для повышения эффективности использования такого оборудования была предусмотрена возможность его использования не только на этапе аккредитации, но и на этапах учебного процесса.

Поэтому методическое обеспечение эксплуатации симуляционного оборудования предусматривает не только алгоритмы манипуляций, но и сценарии ситуаций, разбор проведенных действий (дебрифинг).

Важным условием в выборе симуляционного оборудования являлось соответствие трудовым функциям профессионального стандарта специалиста, выходящего на аккредитацию. Так, например, оказание медицинской помощи в экстренной и неотложной формах, требует специального симуляционного оборудования.

Стабильность и бесперебойность работы Методического аккредитационно-симуляционного центра зависит от регулярного обеспечения его расходными материалами.

Следует учитывать, что ряд расходных материалов используется однократно, например, одноразовые лицевые маски для проведения ИВЛ, антисептик, ампулы с дистиллированной водой, марлевые бинты, в то время как расходные средства, которые в отличие от медицинских организаций, используются многократно, тем самым приравниваются к предметам мягкого и твердого инвентаря, например, дыхательные маски, флаконы для инфузий, котейнеры для отходов класса Б, эластичные бинты. Поэтому при проведении анализа потребности и расходования целесообразно иметь данные о примерном сроке службы каждой позиции.

Наличие складского помещения в структуре МАСЦ – может быть не самое нужное, но необходимое, иначе незадействованное оборудование и коробки с расходным материалом будут размещены в самих учебных помещениях, затрудняя учебный процесс.

Наличие склада позволяет правильно учитывать и рассчитывать расходные материалы, что, несомненно, сказывается как на качестве учебного процесса, так и на анализе затрачиваемых материалов.

#### *Использованная литература:*

1. *Муравьев К.А., Ходжаян А.Б., Рой С.В.* Симуляционное обучение в медицинском образовании – переломный момент // *Фундаментальные исследования.* – 2011. – № 10-3. – С. 534–537.
2. *Свистунов А.А.* Аккредитация специалиста здравоохранения как стартовая площадка непрерывного медицинского образования // *А.А. Свистунов, Ж.М. Сизова, В.Н. Трегубов.* – Современные стратегии профессионального образования. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/akkreditatsiya-spetsialista-zdravoohraneniya-kak-startovaya-ploschadka-neprepryvnogo-meditsinskogo-obrazovaniya/viewer>
3. *Гоголев Н.М.* Первичная аккредитация выпускников медицинского института как этап подготовки специалистов новой формации // *Н.М. Гоголев, Л.А. Апросимов, А.Ф. Потапов, И.Д. Ушицкий.* – Вестник северо-восточного федерального университета имени М.К. Аммосова. – Серия «Медицинские науки», № 1 (06). 2017.

**Глава 5. ТРЕТИЙ ЭТАП АККРЕДИТАЦИИ ВРАЧЕЙ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТЯМ  
«ТЕРАПИЯ», «ОБЩАЯ ВРАЧЕБНАЯ ПРАКТИКА (СЕМЕЙНАЯ МЕДИЦИНА)»,  
«ДИЕТОЛОГИЯ»**

**5.1. ТРЕБОВАНИЯ МЕТОДИЧЕСКОГО ЦЕНТРА АККРЕДИТАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ  
К ПРОВЕДЕНИЮ ТРЕТЬЕГО ЭТАПА**

*(в редакции МЦА, URL: <https://fmza.ru/metod/instruktsii/>)*

**ИНСТРУКЦИЯ**

по проведению третьего этапа первичной аккредитации, первичной специализированной аккредитации специалистов - решение ситуационных задач

1. В день проведения третьего этапа первичной аккредитации, первичной специализированной аккредитации специалистов ответственный секретарь аккредитационной подкомиссии (далее – АПК) получает через личный кабинет системы «Клиент аккредитации медицинских работников» индивидуальные логины и пароли для аккредитуемых. Ответственный секретарь АПК осуществляет сверку соответствия индивидуальных логинов и паролей для аккредитуемых перечню лиц, допущенных к третьему этапу первичной аккредитации, первичной специализированной аккредитации специалистов протоколом АПК.

2. Член АПК непосредственно перед началом третьего этапа первичной аккредитации, первичной специализированной аккредитации специалистов: удостоверяется в личности аккредитуемого (аккредитуемый должен иметь при себе документ, удостоверяющий личность (паспорт)); выдает аккредитуемому лицу индивидуальный логин и пароль; знакомит аккредитуемого с инструкцией по проведению этапа решения ситуационных задач.

3. Аккредитуемый должен иметь документ, удостоверяющий личность (паспорт); гелевую или шариковую ручку; при необходимости негазированную питьевую воду в прозрачной пластиковой упаковке.

4. Аккредитуемому запрещается иметь при себе и использовать средства связи, а также покидать помещение, в котором проводится первичная аккредитация, первичная специализированная аккредитация специалистов. Аккредитуемый, нарушивший данное требование, удаляется из помещения, о чем делается соответствующая запись в протоколе заседания АПК. Аккредитуемый может выходить из помещения по уважительной причине (в туалет, в медицинскую комнату) только в сопровождении члена АПК.

5. Каждый аккредитуемый самостоятельно авторизуется под своим логином и паролем и получает доступ к Единой базе оценочных средств для автоматического формирования программным обеспечением индивидуального варианта из двух ситуационных задач.

6. Решение ситуационных задач проводится путем ответа, аккредитуемого на 12 вопросов, содержащихся в каждой из 2 ситуационных задач.

7. На решение ситуационных задач отводится 60 минут. По желанию аккредитуемого лица время решения варианта может быть сокращено.

8. Результат решения ситуационных задач формируется с использованием информационных систем автоматически на основании количества правильных ответов на вопросы, содержащиеся в ситуационных задачах.

9. На основании результата решения ситуационных задач АПК принимает решение о прохождении аккредитуемым третьего этапа первичной, первичной специализированной аккредитации специалистов как «сдано» при результате 17 или более правильных ответов или «не сдано» при результате 16 или менее правильных ответов.

10. Аккредитуемый признается прошедшим третий этап первичной аккредитации, первичной специализированной аккредитации специалистов, если результат прохождения третьего этапа первичной аккредитации, первичной специализированной аккредитации специалистов оценен как «сдано».

11. Аккредитуемый признается не прошедшим третий этап первичной аккредитации, первичной специализированной аккредитации специалистов, если результат прохождения третьего этапа первичной аккредитации, первичной специализированной аккредитации специалистов оценен как «не

сдано», если не явился для прохождения третьего этапа первичной аккредитации, первичной специализированной аккредитации специалистов, если имел при себе и использовал средства связи.

12. Председатель АПК организует по итогам третьего этапа первичной аккредитации, первичной специализированной аккредитации специалистов заседание АПК.

13. Заседание АПК правомочно, если в нем приняли участие все члены АПК, участвовавшие в проведении данного этапа.

14. Результаты решения ситуационных задач и решения АПК отражаются в протоколе заседания АПК, подписываемом в день завершения третьего этапа первичной аккредитации, первичной специализированной аккредитации специалистов. Все участники заседания АПК подписывают протокол заседания АПК.

15. Протоколы заседаний АПК шиваются в книги и передаются ответственным секретарем АПК в архив организации, в помещении которой проводится первичная аккредитация, первичная специализированная аккредитация специалистов, не позднее 30 дней после окончания процедуры первичной аккредитации, первичной специализированной аккредитации специалистов.

16. Ответственное лицо от образовательной и (или) научной) организации размещает на официальном сайте образовательной и (или) научной организации в информационно-телекоммуникационной сети Интернет и информационных стендах протокол заседания АПК с результатами третьего этапа первичной аккредитации, первичной специализированной аккредитации специалистов в течение двух рабочих дней со дня подписания членами АПК протокола заседания АПК.

17. Аккредитуемый, признанный не прошедшим третий этап первичной аккредитации, первичной специализированной аккредитации специалистов, в целях повторного прохождения третьего этапа первичной аккредитации, первичной специализированной аккредитации специалистов вправе представить в АПК заявление с указанием непройденного этапа первичной аккредитации, первичной специализированной аккредитации о допуске к первичной аккредитации, первичной специализированной аккредитации специалистов в течение пяти рабочих дней с момента признания его таковым.

18. Аккредитуемый, признанный не прошедшим третий этап первичной аккредитации, первичной специализированной аккредитации специалистов и не подавший в течение 5 рабочих дней со дня признания его таковым заявление на повторное прохождение третьего этапа первичной аккредитации, первичной специализированной аккредитации специалистов, признается АК не прошедшим первичную аккредитацию, первичную специализированную аккредитацию специалистов.

19. Аккредитуемый, признанный 3 раза не прошедшим третий этап первичной аккредитации, первичной специализированной аккредитации специалистов, признается АК не прошедшим первичную аккредитацию, первичную специализированную аккредитацию специалистов.

20. Аккредитуемый, признанный АПК не прошедшим третий этап первичной аккредитации, первичной специализированной аккредитации специалистов, имеет право подать письменную жалобу на решение АПК в апелляционную комиссию в течение 2 рабочих дней с момента размещения на официальном сайте в информационно-телекоммуникационной сети Интернет и информационных стендах образовательной и (или) научной организации протокола заседания АПК по итогам прохождения третьего этапа первичной аккредитации, первичной специализированной аккредитации специалистов.

## 5.2. МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ МАСЦ ФГБУ «НМИЦ ПМ» МИНЗДРАВА РОССИИ ПО РАЗРАБОТКЕ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ (КЕЙС-ЗАДАНИЙ) ДЛЯ АККРЕДИТАЦИИ ВРАЧЕЙ

*Астанина С.Ю., к.п.н., доцент, руководитель МАСЦ ФГБУ «НМИЦ ПМ» Минздрава России,  
Деринова Е.А. к.м.н., доцент, эксперт МАСЦ ФГБУ «НМИЦ ПМ» Минздрава России,  
Михайлова Н.А. к.м.н., доцент, эксперт МАСЦ ФГБУ «НМИЦ ПМ» Минздрава России*

В основу процедур аккредитации положены требования федеральных государственных образовательных стандартов и требования профессиональных стандартов. Первый набор требований представлен в форме совокупности компетенций, а второй – в форме совокупности трудовых функций, описанных и конкретизированных с помощью трудовых действий специалистов в процессе профессиональной деятельности. Стоит обратить внимание на то, что выполнение трудовых функ-

ций зависит от готовности специалиста к решению профессиональных задач, являющимися слагаемыми профессиональной деятельности врача.

Профессиональная задача рассматривается во взаимосвязи с проблемной ситуацией, где проблемная ситуация — это реальная ситуация, возникающая в практической деятельности врача. Таким образом, решение профессиональной задачи врача — это обоснованное выполнение действий (набора, последовательности действий), направленных на решение конкретной проблемной ситуации. Правильность решения профессиональной задачи зависит от компетентности врача, то есть его способности на основе имеющегося опыта, знаний и компетенций решать конкретные проблемы, достичь ожидаемого результата.

Проблема, лежащая в основе профессиональной задачи, ложится в основу условий ситуационных задач. А использование ситуационных задач в процессе аккредитации врачей позволяет выявить готовность врачей к решению реальных профессиональных задач (проблем) путем контроля и оценки знаний, умений, навыков врача.

В названии ситуационных задач присутствует слово «кейс-задание». Название кейс произошло от английского *case* – портфель, чемоданчик. Происхождение терминов отражает суть предмета. Врачи на аккредитации получают пакет документов (кейс), при помощи которого выявляют пути решения проблемы, либо вырабатывают варианты выхода из сложной ситуации, когда проблема обозначена. Ситуационные задачи (кейс-задания), предлагающие клинические ситуации, максимально приближенные к реальным профессиональным задачам, с которыми встречается врач-специалист в своей практике.

Таким образом, для разработки ситуационных задач используются реальные профессиональные задачи, выступающие основой для разработки содержания нескольких ситуационных задач, решение которых позволяет оценить уровень готовности врача к решению профессиональных проблем.

Разработка ситуационной задачи – длительный и трудоемкий процесс, а при отсутствии четкой последовательности действий – часто приводящий к множеству ошибок, потери времени, снижению мотивации авторов в завершении задачи. И множество идей, интересных решений так и не находят воплощения в задаче. Именно поэтому мы искали пути, позволяющие авторам с меньшими усилиями придти к завершению разработки ситуационной задачи, а ее содержание наполнить современными подходами к лечению пациентов. Учитывая, что процесс разработки задачи – многоэтапный, мы определили методические особенности каждого этапа. Для каждого этапа разработан набор дидактического материала, помогающего авторам в создании задачи. Взаимосвязь этапов, направленная на планируемый результат, возможность реализации этих этапов каждым разработчиком – все это позволило обозначить этот процесс как технологию разработки ситуационных задач.

Технология разработки ситуационных (кейс-заданий) задач включает в себя три этапа: подготовительно-проектировочный; определение условий и структуры; разработка ситуационной задачи (кейс-заданий).

На подготовительно-проектировочном этапе в соответствии с принципом соответствия *ситуационных задач профессиональным задачам врача* предстоит определиться с тематикой задач. Ситуационные задачи, используемые в процессе аккредитации врачей, должны проверять готовность врача к решению наиболее часто встречающихся проблемных ситуаций в конкретных *нозологических формах, основных клинических симптомах и синдромах*. Для этого рекомендуем провести спецификацию *наиболее часто встречающихся нозологических форм, клинических симптомов, синдромов*.

На втором этапе требуется определить условие задачи. Для этого рекомендуем ориентироваться на: а) трудовые функции профессионального стандарта врача-специалиста (при отсутствии утвержденного документа – на проект профессионального стандарта); б) разработанную таблицу по спецификации; в) информацию, описанную в клинических рекомендациях, национальных руководствах и др.

При разработке условий задачи следует учитывать:

1. *Сочетанность патологий*. Желательно рассматривать условия задач, в которых пациент имеет сочетанную патологию (например, дыхательной и сердечно-сосудистой систем; сердечно-сосудистой системы и эндокринной патологии и др.).

2. *Индивидуальные особенности пациента*. При определении ситуации задачи желательно выбирать такие, для решения которых необходимо учитывать возрастные особенности пациента или наличие беременности.

3. *Задачи с введением дополнительных условий.* Например, испытуемый определил диагноз, выбрал тактику обследования. Далее вводим дополнительное условие – при обследовании выявили..., какая будет Ваша дальнейшая тактика...? Или: испытуемый назначил лечение – выбрал лекарственный препарат. Далее вводим новое условие – у пациента на ... день после приема препарата возникло..., какова дальнейшая тактика...? Или: пациенту потребовалась госпитализация – и дальше разворачивается новая ситуация, в которой мы проверяем компетенции врача в условиях стационара.

4. *Амбулаторные условия и условия стационара.* При составлении задач следует учитывать, что профессиональные стандарты «Врач-терапевт» и «Врач общей врачебной практики (семейный врач)» включают трудовые функции по оказанию помощи как в амбулаторных условиях, так и в стационарных условиях, и в условиях дневного стационара. Поэтому следует разрабатывать задачи 2-х типов:

- 1) на знание тактики действий врача в амбулаторных условиях;
- 2) на знание тактики действий врача в стационарных условиях;
- 3) комбинированные задачи, в которых ситуация может разворачиваться: амбулаторные условия – стационар, либо, наоборот, стационар – далее пациент выписан под наблюдение врачом в условиях поликлиники.

Цель третьего этапа – разработка содержания 12 заданий, проверяющих компетентность врачей в решении профессиональных задач.

В соответствии с профессиональными стандартами (по направлению «Клиническая медицина») задания ситуационных задач должны выявить готовность врачей к выполнению трудовых функций в диагностической, лечебной, профилактической, реабилитационной деятельности, учитывая, что *профессиональные компетенции* врача представляют собой способность успешно действовать на основе практического опыта, умения и знаний при решении профессиональных задач.

Рекомендации для проверки компетенции врачей в:

А) диагностической деятельности

умения:

1) *диагностировать признаки основного заболевания, сопутствующих заболеваний, осложненных заболеваний, неотложных состояний:*

– *клинические признаки* (данные визуального осмотра, пальпации, перкуссии, аускультации; симптомы, синдромы, характерные для конкретных заболеваний);

– *лабораторные признаки* (данные физико-химических, биохимических и биологических методов исследования);

– *инструментальные признаки* (рентгенологические признаки, ЭКГ-признаки и др.).

2) проводить дифференциальный диагноз;

3) спользовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего и осложнений) с учетом Международной статистической классификации болезней (МКБ).

Б) диагностической деятельности

знания:

1) *анатомо-физиологических и возрастно-половых особенностей* взрослого населения (взрослых и детей для врача общей практики);

2) *особенностей регуляции и саморегуляции* функциональных систем организма в норме и при патологических процессах;

3) *закономерностей функционирования здорового организма*, механизмы обеспечения здоровья, возникновения, течения и прогрессирования болезни человека в различные периоды онтогенетического развития;<sup>9</sup>

4) *этиологии и патогенеза* заболевания;

5) *клинической картины*, особенностей течения, осложнений заболеваний у взрослого населения (взрослых и детей для врача общей практики);

<sup>9</sup> Это положение является ключевой характеристикой специальности «общая врачебная практика (семейная медицина)» и основной компетенцией деятельности врача общей практики (семейного врача), признанной в международном профессиональном сообществе WONCA (Всемирная организация семейных врачей) и EURACT (Совет Европейской Академии преподавателей общей врачебной практики).

б) *референтных интервалов основных показателей* лабораторных, инструментальных и дополнительных методов исследования.

**В) лечебной деятельности**

умения:

1) *составлять план лечения:*

- в зависимости от условий оказания помощи (амбулаторно, стационарно);
- на основании конкретных действующих нормативных документов\* с указанием используемых документов;
- особенностей подготовки (рекомендаций) к лабораторным и инструментальным исследованиям;
- тактики лечения<sup>10</sup> (использования различных видов лечения, медикаментозных, немедикаментозных).

2) *назначать медикаментозную терапию больному:*

- с учетом клинической картины заболевания и факторов риска его развития;
- в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи.

3) *проводить анализ фармакологического действия и взаимодействия лекарственных препаратов:*

- на основании инструкций к лекарственным препаратам.

4) *давать оценку эффективности и безопасности медикаментозной терапии:*

- на основании инструкций к лекарственным препаратам

5) *назначать немедикаментозное лечение с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи.*

6) *давать оценку эффективности и безопасности немедикаментозных методов лечения;*

7) *определять показания к вызову бригад скорой медицинской помощи и госпитализации, в том числе и в дневной стационар.*

**Г) лечебной деятельности**

знания:

1) *современных методов применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания при заболеваниях и состояниях у пациента в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи;*

2) *механизма действия лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания, медицинские показания и противопоказания к их применению; осложнения, вызванные их применением на основании инструкций к лекарственным препаратам (указывать ссылки на документы);*

3) *современных методов немедикаментозного лечения болезней и состояний у пациента в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи;*

4) *механизма действия немедикаментозного лечения; медицинские показания и противопоказания к его назначению; побочные эффекты, осложнения, вызванные его применением;*

5) *порядка оказания паллиативной медицинской помощи (<http://docs.cntd.ru/document/560482941>);*

6) *медицинских показаний к оказанию медицинской помощи в стационарных условиях или условиях дневного стационара (указывать ссылки на документы) <https://www.rosminzdrav.ru/documents/9123> <https://base.garant.ru/70195856/>;*

<sup>10</sup> Это положение является ключевой характеристикой специальности «общая врачебная практика (семейная медицина)» и основной компетенцией деятельности врача общей практики (семейного врача), признанной в международном профессиональном сообществе WONCA (Всемирная организация семейных врачей) и EURACT (Совет Европейской Академии преподавателей общей врачебной практики).

7) *показания к вызову бригады скорой медицинской помощи*, в том числе специализированной (указывать ссылки на документы) отдельных документов нет, но есть Правила вызова СМП. Может, сделать на них ссылку <http://docs.cntd.ru/document/430605847>;

8) *побочных эффектов, сочетания с другими лекарствами, противопоказаний, возрастных ограничений* и особенностей применения при беременности, в пожилом возрасте, при наличии сочетанной хронической патологии и др.;

9) *знание дозировок лекарственных препаратов*, показанные для оказания экстренной помощи, а также, если имеются указания в клинических рекомендациях.

Мы же предлагаем познакомиться с примерами оформления заданий ситуационной задачи, условия которой размещены в первом этапе технологии разработки ситуационных задач (кейс-заданий).

### 5.3. ПРИМЕРЫ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ (КЕЙС-ЗАДАНИЙ) ДЛЯ АККРЕДИТАЦИИ ВРАЧЕЙ, ПОДГОТОВЛЕННЫЕ ПОД МЕТОДИЧЕСКИМ РУКОВОДСТВОМ МАСЦ ФГБУ «НМИЦ ПМ» МИНЗДРАВА РОССИИ

#### ПАСПОРТ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

<b>Организация</b>	ФГБУ «НМИЦ ПМ» Минздрава России
Автор	Деринова Елена Александровна
Ученая степень	Кандидат медицинских наук
Ученое звание	Доцент
Должность	Эксперт МАСЦ ФГБУ «НМИЦ ПМ» Минздрава России
Специальность	Общая врачебная практика (семейная медицина)
Дисциплина/модуль	Дефицитные состояния у детей раннего возраста
Уровень сложности: базовый – 1, средний – 2, повышенной сложности	2
Пригодность для другой специальности (если да, то указать какой)	Педиатрия

#### АННОТАЦИЯ

№ п/п	Код трудовой функции	Наименование трудовой функции
1	В/02.8	Оказание медицинской помощи детям амбулаторно

№ п/п	Код МКБ-10	Наименование нозологии
1	D50.9	Железodefицитная анемия неуточненная
2	E55.0	Рахит активный

#### УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

##### Ситуация

Женщина с ребенком 4,5 месяцев обратилась к врачу общей практики

##### Жалобы

На повышенную потливость

##### Анамнез заболевания

Повышенную потливость у ребенка мать отмечает в течение последнего месяца

##### Анамнез жизни

Социальный анамнез благополучный. Девочка от 1-й беременности, 1-х срочных естественных родов, оценка по Апгар 8/9 баллов, масса при рождении 3200 г длина тела при рождении – 52 см. Во время беременности у матери отмечалась железodefицитная анемия. Девочка на грудном вскармливании, планируется введение прикормов. Ранее не болела. Со слов матери – поведение ребенка без особенностей. С профилактической целью по рекомендации доктора получает витамин Д3 (Аквадетрим) с 3-х месяцев в дозировке 500МЕ.

## Объективный статус

<p>Состояние удовлетворительное. Физическое и нервно-психическое развитие без отклонений. При осмотре отмечается умеренная мышечная гипотония, уплощен затылок, бледность и сухость кожных покровов. Проведены лабораторные исследования, выявлено: кальций крови – 2,12 ммоль/л, фосфор – 1,71 ммоль/л, в общем анализе крови уровень гемоглобина 98 г/л, снижены показатели содержания НЬ в эритроците (МСН) и средней концентрации НЬ в эритроците (МСНС), цветной показатель 0,78.</p> <p>На основании проведенного обследования доктором выставлен предварительный диагноз: Рахит, период разгара. Железодефицитная анемия легкой степени.</p>
---

<b>ОБСЛЕДОВАНИЕ</b>	
ЗАДАНИЕ № 1	При рентгенографии области запястья у ребенка при рахите в периоде разгара будет определяться
Количество верных ответов	1
Верный ответ	Расширение и размытость зон роста
Обоснование	Рентгенологическая картина в период разгара характеризуется специфическим поражением эпиметафизарных зон трубчатых костей, так называемым рахитическим метафизом — размытыми зонами минерализации, расширением метафизарных зон, бокаловидной деформацией эпиметафизарных отделов костей («браслетки»), нечеткостью ядер окостенения; определяются остеопения и грубый трабекулярный рисунок диафизарных отделов. Наблюдаются также расширение зон роста, блюдцеобразная деформация метафизов, неровность и вогнутость их краев. Национальная программа «Недостаточность витамина D у детей и подростков Российской Федерации: современные подходы к коррекции» / Союз педиатров России и др. – М.: Педиатр, 2018. – С. 22.
Дистрактор 1	Прерывистое уплотнение зон роста
Дистрактор 2	Избыточное уплотнение зон роста
Дистрактор 3	Увеличение числа ядер окостенения
<b>ДИАГНОЗ</b>	
ЗАДАНИЕ № 2	У ребенка рахит _____ степени тяжести
Количество верных ответов	1
Верный ответ 1	легкой
Обоснование	Для рахита легкой степени (I) обязательным является наличие костных изменений, преимущественно в виде остеомаляции: податливость при пальпации костей черепа — краниотабес, утолщения на ребрах в местах перехода хряща в кость — «четки», а также умеренная гипотония мышц. Выявление исключительно симптомов нарушения деятельности вегетативной нервной системы (потливость, беспокойство, раздражительность) не является основанием для постановки диагноза, как это было принято ранее. Для рахита средней и тяжелой степени тяжести характерны более выраженные проявления остеомаляции и остеоидной гиперплазии, которые в настоящее время отсутствуют у пациентки. Национальная программа «Недостаточность витамина D у детей и подростков Российской Федерации: современные подходы к коррекции» / Союз педиатров России и др. – М.: Педиатр, 2018. – С. 21.
Дистрактор 1	Средней
Дистрактор 2	Средне-тяжелой
Дистрактор 3	Тяжелой
<b>ЛЕЧЕНИЕ</b>	
ЗАДАНИЕ № 3	В рекомендациях доктора по профилактике рахита была допущена ошибка. На основании рекомендаций Национальной программы «Недостаточность витамина D у детей и подростков РФ: современные подходы к коррекции» ребенок должен был получать препарат холекальциферола в дозе _____ (известно, что девочка проживает в Центральном федеральном округе) с _____ месяца/месяцев жизни
Количество верных ответов	1
Верный ответ	1000 МЕ/сут с 1-го

Обоснование	На основании национальных рекомендаций для профилактики гиповитаминоза D ребенок должен получать препарат холекальциферола с 1-го месяца жизни в дозировке 1000 МЕ/сутки до 12 месяцев вне зависимости от вида вскармливания (не требуется пересчета дозы для детей на смешанном или искусственном вскармливании). Национальной программы «Недостаточность витамина D у детей и подростков Российской Федерации: современные подходы к коррекции» / Союз педиатров России и др. – М.: Педиатр, 2018. – С. 91.
Дистрактор	500 МЕ/сут с 1-го
Дистрактор	1000 МЕ/сут с 3-х
Дистрактор	1500 МЕ/сут с 3-х
ЗАДАНИЕ № 4	Для лечения ребенка с рахитом в периоде разгара I степени тяжести рекомендуется назначение холекальциферола в дозировке _____ МЕ в сутки
Количество верных ответов	1
Верный ответ	2000-2500
Обоснование	Средняя терапевтическая доза витамина D для ребенка с рахитом в периоде разгара I степени тяжести составляет 2000-2500 МЕ/сутки. Национальной программы «Недостаточность витамина D у детей и подростков Российской Федерации: современные подходы к коррекции» / Союз педиатров России и др. – М.: Педиатр, 2018. – С. 92.
Дистрактор	1500-2000
Дистрактор	2500-3000
Дистрактор	3000-4000
ЗАДАНИЕ № 5	Доктором назначена доза холекальциферола 2500 МЕ/сутки на ___ дней
Количество верных ответов	1
Верный ответ	45
Обоснование	Продолжительность лечения ребенка с рахитом в периоде разгара I степени тяжести препаратом витамина D в средней терапевтической дозировке 2500 МЕ/сут должна составлять 45 дней. После проведенного курса лечения рахита доза витамина D постепенно снижается до профилактической, которая назначается длительно, непрерывно.  Национальная программа «Недостаточность витамина D у детей и подростков Российской Федерации: современные подходы к коррекции» / Союз педиатров России и др. – М.: Педиатр, 2018. – С. 92.
Дистрактор	30
Дистрактор	55
Дистрактор	60
ЗАДАНИЕ № 6	При длительном назначении препаратов витамина D детям в возрасте до 7-ми лет проведение контроля уровня витамина D в крови является обязательным при назначении доз витамина D от (порогового уровня) _____ МЕ в сутки
Количество верных ответов	1
Верный ответ	4000
Обоснование	Без медицинского наблюдения и контроля уровня витамина D в крови не рекомендуется назначение доз витамина D более 4000 МЕ/сут на длительный период детям в возрасте до 7 лет. Национальная программа «Недостаточность витамина D у детей и подростков Российской Федерации: современные подходы к коррекции» / Союз педиатров России и др. – М.: Педиатр, 2018. – С. 10.
Дистрактор	2000
Дистрактор	3000
Дистрактор	5000

<b>ОБСЛЕДОВАНИЕ</b>	
ЗАДАНИЕ № 7	При подозрении на железодефицитную анемию девочке был назначен биохимический анализ крови, который подтвердил данный диагноз. Из представленных показателей транспортного фонда железа диагноз железодефицитная анемия будет подтверждать
Количество верных ответов	1
Верный ответ	Коэффициент насыщения трансферрина железом 12%
Обоснование	В биохимическом анализе крови при железодефицитной анемии ориентируются на снижение концентрации сывороточного железа — СЖ (менее 12,5 мкмоль/л), повышение общей железосвязывающей способности сыворотки — ОЖСС (более 69 мкмоль/л), снижение коэффициента насыщения трансферрина железом – НТЖ (менее 17%), снижение концентрации сывороточного ферритина — СФ (менее 30 нг/мл или мкг/л). Из представленных показателей только коэффициент насыщения трансферрина железом, составляющий менее 17% будет подтверждать диагноз железодефицитной анемии. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению железодефицитной анемии / Под ред. акад. РАН, проф. А.Г. Румянцева, проф. А.А. Масчан, 2014. – С. 4. Диагностика и лечение железодефицитной анемии у детей и подростков (пособие для врачей) / Под ред. акад. РАН, проф. А.Г. Румянцева, проф. И.Н. Захаровой. – М.: ООО «КОНТИ ПРИНТ», 2015. – С. 36.
Дистрактор	Общая железосвязывающая способность сыворотки 60 мкмоль/л
Дистрактор	Уровень сывороточного железа 18 мкмоль/л
Дистрактор	Концентрация сывороточного ферритина 35 нг/мл
<b>ЛЕЧЕНИЕ</b>	
ЗАДАНИЕ № 8	Суточная доза препарата железа (III) на основе гидроксид полимальтозного комплекса для лечения железодефицитной анемии у данного ребенка составляет _____ мг/кг/сутки
Количество верных ответов	1
Верный ответ	5,0
Обоснование	Доза препаратов железа (III) на основе ГПК должна составлять 5 мг/кг массы тела в сутки независимо от возраста ребенка. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению железодефицитной анемии / Под ред. акад. РАН, проф. А.Г. Румянцева, проф. А.А. Масчан, 2014. – С. 7. Диагностика и лечение железодефицитной анемии у детей и подростков (пособие для врачей) / Под ред. акад. РАН, проф. А.Г. Румянцева, проф. И.Н. Захаровой. – М.: ООО «КОНТИ ПРИНТ», 2015. – С. 52.
Дистрактор	2,5
Дистрактор	4,0
Дистрактор	6,0
ЗАДАНИЕ № 9	Курсовая длительность лечения железодефицитной анемии у данного ребенка препаратом железа (III) на основе гидроксид полимальтозного комплекса в дозировке 5 мг/кг/сут должна составлять _____ месяцев/месяца.
Количество верных ответов	1
Верный ответ	3
Обоснование	Продолжительность лечения железодефицитной анемии легкой степени препаратами железа составляет 3 месяца. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению железодефицитной анемии / Под ред. акад. РАН, проф. А.Г. Румянцева, проф. А.А. Масчан, 2014. – С. 6. Диагностика и лечение железодефицитной анемии у детей и подростков (пособие для врачей) / Под ред. акад. РАН, проф. А.Г. Румянцева, проф. И.Н. Захаровой. – М.: ООО «КОНТИ ПРИНТ», 2015. – С. 55.
Дистрактор	1

Дистрактор	4,5																
Дистрактор	6																
ЗАДАНИЕ № 10	Вероятные побочные действия препарата железа (III) на основе гидроксид полимальтозного комплекса (Железа [III] гидроксид полимальтозат (Мальтофер капли для приема внутрь): изменение цвета кала, изменение цвета эмали зубов, кожная сыпь, зуд, тошнота, рвота, запор, боль в животе, головная боль, а также...																
Количество верных ответов	4																
Верный ответ 1	диарея																
Обоснование	Побочное действие Безопасность и переносимость препарата оценена во множестве клинических исследований. Основные нежелательные лекарственные реакции (НЛР), отмеченные в данных исследованиях, имели место в следующих трех классах систем и органов. Нежелательные лекарственные реакции, наблюдавшиеся в клинических исследованиях																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Классы и системы органов</th> <th>Очень частые (<math>\geq 1/10</math>)</th> <th>Частые (<math>\geq 1/100, &lt; 1/10</math>)</th> <th>Нечастые (<math>\geq 1/1000, &lt; 1/100</math>)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Нарушения со стороны нервной системы</td> <td>–</td> <td>–</td> <td>Головная боль</td> </tr> <tr> <td>Нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта</td> <td>Изменение цвета кала<sup>1</sup></td> <td>Диарея, тошнота, диспепсия</td> <td>Рвота, запор, боль в животе, изменение цвета эмали зубов<sup>2</sup></td> </tr> <tr> <td>Нарушения со стороны кожи и подкожных тканей</td> <td>–</td> <td>–</td> <td>Сыпь<sup>3</sup>, зуд</td> </tr> </tbody> </table>	Классы и системы органов	Очень частые ( $\geq 1/10$ )	Частые ( $\geq 1/100, < 1/10$ )	Нечастые ( $\geq 1/1000, < 1/100$ )	Нарушения со стороны нервной системы	–	–	Головная боль	Нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта	Изменение цвета кала <sup>1</sup>	Диарея, тошнота, диспепсия	Рвота, запор, боль в животе, изменение цвета эмали зубов <sup>2</sup>	Нарушения со стороны кожи и подкожных тканей	–	–	Сыпь <sup>3</sup> , зуд
	Классы и системы органов	Очень частые ( $\geq 1/10$ )	Частые ( $\geq 1/100, < 1/10$ )	Нечастые ( $\geq 1/1000, < 1/100$ )													
	Нарушения со стороны нервной системы	–	–	Головная боль													
	Нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта	Изменение цвета кала <sup>1</sup>	Диарея, тошнота, диспепсия	Рвота, запор, боль в животе, изменение цвета эмали зубов <sup>2</sup>													
Нарушения со стороны кожи и подкожных тканей	–	–	Сыпь <sup>3</sup> , зуд														
<sup>1</sup> Часто регистрировали как нежелательное явление (у 23% пациентов), это хорошо известная НЛР на пероральные препараты железа.																	
<sup>2</sup> Регистрировали как нежелательное явление у 0,6% пациентов, и это хорошо известная НЛР на пероральные препараты железа.																	
<sup>3</sup> Включая экзантему. Спонтанные постмаркетинговые сообщения о нежелательных лекарственных реакциях Не отмечено дополнительных нежелательных лекарственных реакций. Отклонения лабораторных показателей. Данные отсутствуют. Официальная инструкция к препарату Железа [III] гидроксид полимальтозат. URL: <a href="https://grls.rosminzdrav.ru/Grls_View_v2.aspx?routingGuid=92d09cfb-91a7-48fc-b9be-f04e98eb7609&amp;t=">https://grls.rosminzdrav.ru/Grls_View_v2.aspx?routingGuid=92d09cfb-91a7-48fc-b9be-f04e98eb7609&amp;t=</a>																	
Дистрактор	Нарушение мочеиспускания																
Дистрактор	Судороги																
Дистрактор	Тромбоцитопения																
<b>ВАРИАТИВ</b>																	
ЗАДАНИЕ № 11	Диспансерное наблюдение ребенка с железодефицитной анемией проводится с момента установления диагноза в течение																
Количество верных ответов	1																
Верный ответ	Одного года, вне зависимости от степени анемии																
Обоснование	Диспансерное наблюдение за детьми и подростками с ЖДА проводится в течение одного года с момента установления диагноза. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению железодефицитной анемии / Под ред. акад. РАН, проф. А.Г. Румянцев, проф. А.А. Масчан, 2014. – С.15. Диагностика и лечение железодефицитной анемии у детей и подростков (пособие для врачей) / Под ред. акад. РАН, проф. А.Г. Румянцев, проф. И.Н. Захаровой. – М.: ООО «КОНТИ ПРИНТ», 2015. – С. 74.																

Дистрактор	Двух лет, вне зависимости от степени анемии
Дистрактор	Одного года только детям со средней и тяжелой степенью анемии
Дистрактор	Трех лет только детям с тяжелой степенью анемии
ЗАДАНИЕ № 12	Группа здоровья у ребенка
Количество верных ответов	1
Верный ответ	II
Обоснование	Группа здоровья у ребенка с рахитом в периоде разгара и железодефицитной анемией – II, т.к. на основании Приказа МЗ РФ от 30.12.2003 № 621 «О комплексной оценке состояния здоровья детей» ко II группе здоровья относятся дети, у которых отсутствуют хронические заболевания, но имеются некоторые функциональные и морфофункциональные нарушения. К III-V группам здоровья относятся дети, страдающие хроническими заболеваниями. Приказ Минздрава РФ от 30.12.2003 № 621 «О комплексной оценке состояния здоровья детей. URL.: <a href="https://base.garant.ru/4179852/">https://base.garant.ru/4179852/</a>
Дистрактор	III
Дистрактор	IV
Дистрактор	V

### ПАСПОРТ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

Организация	ФГБУ «ФГБУ «НМИЦ ПМ» Минздрава России
Автор кейса	Михайлова Наталия Алексеевна
Ученая степень	Кандидат медицинских наук
Ученое звание	Доцент
Должность	Эксперт МАСЦ ФГБУ «НМИЦ ПМ» Минздрава России
Специальность	Терапия, ОВП
Дисциплина/модуль	Заболевания мочевыводящей системы
Уровень сложности: базовый – 1, средний – 2, повышенной сложности	2
Пригодность для другой специальности (если да, то указать какой)	Нефрология, Гематология

### АННОТАЦИЯ

№ п/п	Код трудовой функции	Наименование трудовой функции
1	A/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
2	A/03.7	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности
3	A/04.7	Реализация и контроль эффективности медицинской реабилитации пациента, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов, оценка способности пациента осуществлять трудовую деятельность

№ п/п	Код МКБ-10	Наименование нозологии
1	N18	Хроническая почечная недостаточность
2	D63.8	Анемия при хронических болезнях
3	I15.8	Другая вторичная гипертензия

### УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

#### Ситуация

Мужчина 52 лет обратился к врачу общей практики

#### Жалобы

На слабость, утомляемость, похудание на 6 кг за последние полгода

## Анамнез заболевания

До недавнего времени считал себя здоровым, самочувствие было удовлетворительным, к врачам практически не обращался. В 18-летнем возрасте перед призывом в армию проходил медосмотр, был признан здоровым. В дальнейшем, при редких измерениях АД временами фиксировалось повышение до 150/90 мм рт. ст., не сопровождавшееся ухудшением самочувствия, никаких гипотензивных препаратов не принимал, объяснял себе повышение АД переутомлением. При профилактическом обследовании при приеме на работу несколько лет назад в общем анализе мочи регистрировалась минимальная протеинурия (0,4 г/л, 0,6 г/сут), на которую ни врач, ни он сам внимания не обратили. Около года назад отметил, что вынужден вставать мочиться по ночам 1-2 раза, однако посчитал это возрастными изменениями со стороны предстательной железы и к врачам не обращался. В течение последнего полугодия незаметно снизился аппетит, стал худеть, появилась повышенная утомляемость, около месяца назад narosla слабость.

## Анамнез жизни

Работает менеджером в сетевой торговле. Семейный анамнез не отягощен. Аллергических реакций не было. Из перенесенных заболеваний отмечает аппендицитию в возрасте 25 лет и редкие ОРВИ (1-2 раз в год, умеренной тяжести). Наличие туберкулеза, хронических инфекций, сахарного диабета отрицает. Курит в течение 30 лет, около 10 сигарет/день, алкоголем не злоупотребляет.

## Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Нормостенического телосложения, повышенного питания: абдоминальное ожирение (объем талии 98 см). Рост 176 см, вес 80 кг (ИМТ 25,8). Кожные покровы серовато-желтого («грязного») оттенка, слизистые бледные, отеков нет. Костно-мышечная система без особенностей. Неврологических симптомов нет, в позе Ромберга устойчив. В легких дыхание проводится над всеми отделами, жестковатое, единичные сухие хрипы. Границы относительной сердечной тупости расширены влево на 2 см от левой среднеключичной линии. Аускультативно тоны удовлетворительной звучности, акцент II тона на аорте. ЧСС 80 уд./мин., ритм правильный. АД 150/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный; печень, селезенка, не пальпируются, перкуторно – их границы в пределах нормы. Почки не пальпируются, область их безболезненна. Мочиспускание свободное, безболезненное. Никтурия 1-2 р/ночь. Диурез 2200 мл/сут.

## ЗАДАНИЯ

ОБСЛЕДОВАНИЕ	
ЗАДАНИЕ № 1	Необходимы для проведения диагностики в данном случае являются методы обследования
Количество верных ответов	4
Верный ответ 1	Общий анализ крови
Результат	Эритроциты $3,9 \times 10^{12}/л$ , Hb 96 г/л, Hct 36%, Лейкоциты $5,6 \times 10^9/л$ (п/я 2%, с/я 67%, лимф 26%, мон 1%, эоз 4%, б 2%), СОЭ 38 мм/ч
Обоснование	У пациента признаки анемии при физикальном обследовании: слабость, утомляемость, бледность слизистых. <i>Шевченко Ю.Л., Мельниченко В.Я., Федоренко Д.А.</i> Анемический синдром в клинической практике: принципы диагностики. Архив внутренней медицины, 2012, 1(3). – С. 59–63.
Верный ответ 2	Уровень креатинина крови
Результат	340 мкмоль/л
Обоснование	У пациента по данным анамнеза и физикального обследования можно предположить наличие длительно протекавшего латентного заболевания почек с исходом в уранию: минимальная протеинурия, периодическая (в дальнейшем постоянная) артериальная гипертензия, никтурия, потеря аппетита, слабость, одышка при физической нагрузке. Хроническая болезнь почек: основные принципы скрининга, диагностики, профилактики и подходы к лечению. «Национальные рекомендации. Раздел II. Определение, критерии диагноза и классификация ХБП. Рекомендация 2.1». URL: <a href="https://library.mededtech.ru/rest/documents/nonr_1/">https://library.mededtech.ru/rest/documents/nonr_1/</a>
Верный ответ 3	УЗИ почек
Результат	При УЗИ почки в типичном месте, левая почка 88x42мм, правая 90x44 мм, паренхима повышенной эхогенности, диффузно неоднородной структуры, толщина в среднем сегменте 8–10 мм, кортико-медуллярная дифференциация утрачена. Чашечно-лоханочная система не расширена. Конкременты не определяются. В проекции обеих почек определяются несколько кист, размерами до 13 мм.

Обоснование	Для того, чтобы провести дифференциальную диагностику между острым и хроническим повреждением почек, необходимо оценить размеры почек, толщину паренхимы и сохранность кортико-медуллярной дифференциации. Острое повреждение почек: основные принципы диагностики, профилактики и терапии. «Национальные рекомендации. Раздел III. Диагностика и дифференциальная диагностика острого повреждения почек. Рекомендация 3.2.1». URL: <a href="https://library.mededtech.ru/rest/documents/nonr_19/">https://library.mededtech.ru/rest/documents/nonr_19/</a>
Верный ответ 4	Биохимические показатели обмена железа
Результат	Ферритин 20 мкг/л, трансферин 1,9 г/л, насыщение трансферина 17%
Обоснование	У пациента по клиническим признакам ренальная анемия, которая обусловлена недостатком выработки эритропоэтина почками, но нередко усугубляется дефицитом железа, т.к. всасывание железа в ЖКТ при уремии нарушается. Для определения дозы и интенсивности восполнения железodefицита необходимо знать показатели обмена железа. Диагностика и лечение анемии при хронической болезни почек. «Национальные рекомендации. Раздел 3. Лечение почечной анемии. 3.1 Лечение анемии с использованием препаратов железа». URL: <a href="https://library.mededtech.ru/rest/documents/nonr_18/">https://library.mededtech.ru/rest/documents/nonr_18/</a>
Дистрактор 1	Рентгенография грудной клетки
Результат	Легочный рисунок усилен, деформирован, корни уплотнены, определяются единичные кальцинаты, очаговых и инфильтративных изменений нет. Диафрагма и синусы визуализируются. Аорта расширена, уплотнена, тень сердца расширена в поперечнике.
Дистрактор 2	УЗИ органов брюшной полости
Результат	Печень с ровными, четкими контурами, повышенной эхогенности, диффузно неоднородной структуры, сосудистый рисунок не изменен. Размеры правой доли печени 150x120 мм, левой доли 92x48 мм, хвостатая доля 19 мм. Воротная вена 10 мм, селезеночная вена 6 мм, печеночные вены 6–8 мм в диаметре. Внутрипеченочные желчные протоки не расширены, просвет гепатикохоледоха 3,5 мм. Желчный пузырь грушевидной формы, 65x25 мм, толщина стенок 2,5 мм. Содержимое анэхогенное. Структура прилегающей печеночной ткани без особенностей. Поджелудочная железа с четкими ровными контурами, повышенной эхогенности, неоднородной структуры, нормальных размеров. Селезенка с ровными четкими контурами, обычной эхогенности, однородной структуры, размеры 105x41 мм
Дистрактор 3	ЭХО-КТ
Результат	Пропалс митрального клапана 1 ст. Стенка аорты уплотнена, кальцинирована, умеренно расширена в восходящем отделе. Створки клапанов уплотнены, амплитуда раскрытия достаточная, кальцинаты в фиброзных кольцах митрального и аортального клапанов. Незначительная митральная, трикуспидальная и легочная регургитация. МЖП 12 мм, ЗСЛЖ 12 мм, размеры камер сердца в пределах нормы, систолическая функция ЛЖ хорошая (ФВ 67%). Нарушение диастолической функции ЛЖ и ПЖ (TVI), I тип. Зон нарушения локальной сократимости не выявлено. Легочной гипертензии нет. В полости перикарда жидкости нет. НПВ не расширена, колабирует более 50%
Дистрактор 4	Электролиты крови и КЩС
Результат	Натрий 142 ммоль/л, хлор 108 ммоль/л, калий 4,9 ммоль/л, кальций 2,23 ммоль/л (ионизированный 1,04 ммоль/л), фосфор 1,7 ммоль/л, pH 7,31, стандартные бикарбонаты (SB) 22 ммоль/л, дефицит оснований (BE) – 6 ммоль/л
<b>ДИАГНОЗ</b>	
ЗАДАНИЕ № 1	У пациента ХБП стадии
Количество верных ответов	1
Верный ответ 1	4

Обоснование	Критерием для определения стадии служит скорость клубочковой фильтрации (СКФ) на 1,73 м <sup>2</sup> поверхности тела, определяемая по клиренсу креатинина расчетным методом. Наиболее точной для лиц белой расы является формула СКД-ЕРІ. ХБП 1 стадии – СКФ 90 мл/мин., 2 стадии – 89-60 мл/мин., 3 стадии – 59-30 мл/мин, 4 стадии – 29-15 мл/мин., 5 стадии – <15 мл/мин. Для расчета СКФ необходимо 3 показателя: возраст, пол и уровень креатинина сыворотки. У данного пациента СКФ по формуле СКД-ЕРІ соответствует 17 мл/мин. Универсальный калькулятор скорости клубочковой фильтрации. URL: <a href="http://boris.bikbov.ru/2013/07/21/kalkulyator-skf-rascheta-skorosti-klubochkovoy-filtratsii/">http://boris.bikbov.ru/2013/07/21/kalkulyator-skf-rascheta-skorosti-klubochkovoy-filtratsii/</a>
Дистрактор 1	2
Дистрактор 2	3
Дистрактор 3	5
ЗАДАНИЕ 2	К осложнениям хронической болезни почек у данного пациента относят артериальную гипертензию и ___
Количество верных ответов	1
Верный ответ 1	Анемию смешанного генеза – ренальную и железодефицитную
Обоснование	У пациента степень потери действующей паренхимы предполагает снижение продукции почками эритропоэтина. Дополнительно, показатели обмена железа свидетельствуют о дефиците железа в организме. Диагностика и лечение анемии при хронической болезни почек. «Национальные рекомендации. Раздел 3. Лечение почечной анемии. 3.1 Лечение анемии с использованием препаратов железа». URL: <a href="https://library.mededtech.ru/rest/documents/nonr_18/">https://library.mededtech.ru/rest/documents/nonr_18/</a>
Дистрактор 1	Пролапс митрального клапана
Дистрактор 2	Гипертрофию миокарда левого желудочка
Дистрактор 3	Гиперкалиемию
ЗАДАНИЕ 3	Для подтверждения наличия стойкой АГ и определения уровня АД необходимо измерить АД
Количество верных ответов	1
Верный ответ 1	В положении сидя после 5-минутного отдыха, на каждой руке 2 раза с интервалом не менее 1 мин. При разнице $\geq 5$ мм рт. ст. произвести еще одно дополнительное измерение. За конечное (регистрируемое) АД принимается наименьшее из полученных значений.
Обоснование	Повторные измерения АД врачом (или медсестрой) на сегодняшний день остаются наиболее достоверным методом диагностики АГ, по которому имеется наибольшая доказательная база. Методика измерения АД определена Рекомендациями Российского медицинского общества по артериальной гипертензии и Всероссийского научного общества кардиологов.  Диагностика и лечение артериальной гипертензии (Рекомендации Российского медицинского общества по артериальной гипертензии и Всероссийского научного общества кардиологов). Раздел 4. Диагностика. 4.1 Правила измерения АД. Системные гипертензии, 2010, № 3, Стр. 8. URL: <a href="http://www.gipertonik.ru/files/any/recommendations_ag_2013.pdf">http://www.gipertonik.ru/files/any/recommendations_ag_2013.pdf</a>
Дистрактор	После 10 мин. отдыха на доминантной руке однократно в положении сидя, затем, после 10 мин. перерыва в положении лежа на той же руке. За конечное (регистрируемое) АД принимается среднее арифметическое значение.
Дистрактор	На обеих руках в положении сидя после 5 мин. отдыха; при различии полученных значений более 20 мм рт.ст., за конечное (регистрируемое) АД принимается среднее арифметическое значение, при различии меньше 20 мм рт.ст. – за регистрируемое АД принимается наибольшее значение из полученных.
Дистрактор	После 10 мин. отдыха в положении лежа на доминантной руке. За конечное (регистрируемое) принимается среднее арифметическое из полученных значений.
ЗАДАНИЕ 4	Дефицит железа у пациента
Количество верных ответов	1
Верный ответ	Абсолютный

Обоснование	Абсолютный дефицит запасов железа диагностируется у пациентов с ХБП при уровне ферритина <100 мкг/л и насыщении трансферина < 20 %, что и наблюдается у данного пациента по результатам обследования. Диагностика и лечение анемии при хронической болезни почек. «Национальные рекомендации. Раздел 3. Лечение почечной анемии. 3.1 Лечение анемии с использованием препаратов железа». URL: <a href="https://library.mededtech.ru/rest/documents/nonr_18/">https://library.mededtech.ru/rest/documents/nonr_18/</a>
Дистрактор	Относительный
Дистрактор	Отсутствует
Дистрактор	Функциональный
<b>ЛЕЧЕНИЕ</b>	
ЗАДАНИЕ № 5	Для данного пациента целевым является уровень АД является _____ мм рт. ст.
Количество верных ответов	1
Верный ответ	120 < САД < 130, 70 < ДАД < 80
Обоснование	На основании национальных рекомендаций по лечению АГ у пациентов с ХБП, для больных без сахарного диабета с протеинурией более 0,5 г/сут целесообразно начинать гипотензивную терапию при АД > 130/80 мм рт. ст. и добиваться стойкого целевого уровня САД < 130, а ДАД < 80 мм рт. ст. Но независимо от уровня протеинурии и наличия сахарного диабета не рекомендуется добиваться снижения САД менее 120 и ДАД – менее 70 мм рт. ст. Клинические рекомендации «Диагностика и лечение артериальной гипертензии при хронической болезни почек». Раздел 6. Целевое АД у пациентов с АГ при ХБП. URL: <a href="https://library.mededtech.ru/rest/documents/nonr_5/">https://library.mededtech.ru/rest/documents/nonr_5/</a>
Дистрактор	110 < САД < 120, 80 < ДАД < 90
Дистрактор	120 < САД < 140, 70 < ДАД < 90
Дистрактор	110 < САД < 120, 70 < ДАД < 80
ЗАДАНИЕ № 6	Пациенту следует рекомендовать специальную диету с содержанием
Количество верных ответов	1
Верный ответ	Натрия 2 г/сут, белка 0,6 г/кг/сут, калорийностью рациона 30 ккал/кг/сут, потреблением жидкости 2 л/сут.
Обоснование	Специальная диета при ХБП является методом нефропротективной терапии. Ограничение белка позволяет снизить гиперфильтрацию в остаточных нефронах и затормозить их склерозирование, а высокая калорийность рациона позволяет в этих условиях избежать потери мышечной массы и развития белково-энергетической недостаточности. Ограничение натрия связано с наличием АГ у пациента. Степень снижения белка и натрия регламентированы «Национальными клиническими рекомендациями «Питание больных на додиализных стадиях ХБП» Раздел 2.1 Диеты у больных ХБП». URL: <a href="https://library.mededtech.ru/rest/documents/nonr_33/">https://library.mededtech.ru/rest/documents/nonr_33/</a>
Дистрактор	Натрия 5 г/сут., белка 1,0 г/кг/сут, калорийностью рациона 25 ккал/кг/сут, ограничением потребления жидкости до 1 л/сут.
Дистрактор	Натрия 2 г/сут., белка 0,3 г/кг/сут, калорийностью рациона 30 ккал/кг/сут, потреблением жидкости 2 л/сут.
Дистрактор	Натрия 5 г/сут., белка 0,9-1,0 г/кг/сут, калорийностью рациона 20 ккал/кг/сут, потреблением жидкости 1,5 л/сут.
ЗАДАНИЕ № 7	Гипотензивными препаратами 1 ряда для данного пациента являются
Количество верных ответов	1
Верный ответ	Ингибиторы АПФ или блокаторы рецепторов к АТ II
Обоснование	Ингибиторы АПФ и блокаторы рецепторов к АТ II не только снижают АД, но и обладают нефропротективным эффектом, благоприятно влияя на внутрисочечную гемодинамику, снижая гиперфильтрацию и альбуминурию. Хроническая болезнь почек: основные принципы скрининга, диагностики, профилактики и подходы к лечению. «Национальные рекомендации. Раздел II. Определение, критерии диагноза и классификация ХБП. Рекомендации 4.7 и 4.8». URL: <a href="https://library.mededtech.ru/rest/documents/nonr_1/">https://library.mededtech.ru/rest/documents/nonr_1/</a>
Дистрактор	Дигидропиридиновые антагонисты кальция

Дистрактор	Недигидропиридиновые антагонисты кальция
Дистрактор	Бета-блокаторы
ЗАДАНИЕ № 8	На фоне лечения препаратами из группы ингибиторов РААС необходим мониторинг уровней в сыворотке
Количество верных ответов	1
Верный ответ	Креатинина и калия
Обоснование	Уровень креатинина может повышаться вследствие снижения внутривенной гипертензии и гиперфильтрации, уровень калия может повышаться вследствие блокады секреции альдостерона. Клинические рекомендации «Диагностика и лечение артериальной гипертензии при хронической болезни почек». Раздел 8. Фармакотерапия АГ при ХБП. URL: <a href="https://library.mededtech.ru/rest/documents/nonr_5/">https://library.mededtech.ru/rest/documents/nonr_5/</a>
Дистрактор	Креатинина и мочевины
Дистрактор	Креатинина и мочевой кислоты
Дистрактор	Калия и натрия
ЗАДАНИЕ № 9	Гипотензивные препараты из группы ингибиторов РААС должны быть отменены, если
Количество верных ответов	1
Верный ответ 1	Уровень креатинина в течение 2-х недель стойко повышен более, чем на 30% от исходного
Обоснование	Повышение уровня креатинина < 30% от исходного рассматривается как благоприятное явление, доказывающее эффективное улучшение внутривенной гемодинамики и снижение гиперфильтрации, в то время как стойкое повышение креатинина сыворотки в течение 2 недель более чем на 30% от исходного свидетельствует о гипоперфузии почек у пациентов с обструкцией или вазоконстрикцией почечных сосудов и требует немедленной отмены препарата и дополнительного обследования с целью выявления реноваскулярной болезни. Клинические рекомендации «Диагностика и лечение артериальной гипертензии при хронической болезни почек». Раздел 8. Фармакотерапия АГ при ХБП. URL: <a href="https://library.mededtech.ru/rest/documents/nonr_5/">https://library.mededtech.ru/rest/documents/nonr_5/</a>
Дистрактор	Уровень натрия сыворотки при двух последовательных измерениях составляет более 145 ммоль/л
Дистрактор	Стойкое повышение креатинина сыворотки в течение 2 недель на 20% от исходного
Дистрактор	Стойкое повышение уровня калия сыворотки при двух последовательных измерениях $\geq 4,5$ ммоль/л
ЗАДАНИЕ № 10	Целевым диапазоном уровня гемоглобина для данного пациента будет ___ г/дл
Количество верных ответов	1
Верный ответ	10-12
Обоснование	С учетом состава и характеристики больных в РФ, целевой уровень гемоглобина для всех пациентов с ХБП рекомендован в диапазоне 10-12 г/дл. Диагностика и лечение анемии при хронической болезни почек. «Национальные рекомендации. Раздел 2. Определение анемии. Диагностика почечной анемии. Цели лечения. 2.5 Целевые уровни гемоглобина при лечении почечной анемии». URL: <a href="https://library.mededtech.ru/rest/documents/nonr_18/">https://library.mededtech.ru/rest/documents/nonr_18/</a>
Дистрактор	12-14
Дистрактор	11-14
Дистрактор	14-16
ЗАДАНИЕ № 11	Для данного пациента оптимально введение препаратов железа
Количество верных ответов	1
Верный ответ 1	Внутривенно

Обоснование	Наиболее оптимальным способом введения препаратов железа для пациентов с ХБП является внутривенный, так как у больных с уреимией значительно снижена степень абсорбции железа в ЖКТ. У больных на ранних стадиях ХБП (1-3) допустимо начало терапии препаратами железа внутрь, на поздних стадиях (4-5) только внутривенно. Диагностика и лечение анемии при хронической болезни почек. «Национальные рекомендации. Раздел 3. Лечение почечной анемии. 3.1 Лечение анемии с использованием препаратов железа». URL: <a href="https://library.mededtech.ru/rest/documents/nonr_18/">https://library.mededtech.ru/rest/documents/nonr_18/</a>
Дистрактор	Перорально
Дистрактор	Внутримышечно
Дистрактор	Через диализирующий раствор при процедуре гемодиализа
<b>ВАРИАТИВ</b>	
ЗАДАНИЕ № 12	При освидетельствовании в МСЭ данному пациенту будет
Количество верных ответов	1
Верный ответ	Присвоена вторая группа инвалидности
Обоснование	2-я группа инвалидности устанавливается пациентам с ХБП 4-й и 5-й стадии, получающим ЗПТ, при выраженных нарушениях функций органов и систем и длительном в течение 2 лет отсутствии прогрессирования уремии и азотемии на фоне диализа и трансплантации почки, тяжелых сопутствующих заболеваниях, приводящих к ограничению способности к трудовой деятельности, самообслуживания, передвижения 2-й степени. При ограничении способности к трудовой деятельности 2-й степени больные могут работать в специально созданных условиях труда. <i>Э.Г. Барскова, Р.Л. Гинятуллина</i> Медико-социальная экспертиза у пациентов с хронической почечной недостаточностью. Вестник современной клинической медицины, 2012, 5(3): 26–28.
Дистрактор	Присвоена первая группа инвалидности
Дистрактор	Присвоена третья группа инвалидности
Дистрактор	Отказано в инвалидности

### ПАСПОРТ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

Организация	ФГБОУ ВО «КГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России
Автор кейса	Черкашина Ирина Ивановна
Ученая степень	Доктор медицинских наук
Ученое звание	Доцент
Должность	Профессор кафедры внутренних болезней №1
Специальность	Терапия
Дисциплина/модуль	Пульмонология
Профессиональный стандарт (код, наименование)	Врач-терапевт
Уровень сложности: базовый – 1, средний – 2, повышенной сложности	2 - средний
Пригодность для другой специальности (если да, то указать какой)	Общая врачебная практика, пульмонология

### АННОТАЦИЯ

№ п/п	Код трудовой функции	Наименование трудовой функции
1	A/01.8	Диагностика заболеваний и (или) состояний терапевтического профиля
2	A/02.8	Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями терапевтического профиля и контроль его эффективности и безопасности
3	A/03.8	Реализация и контроль эффективности медицинской реабилитации пациента, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов, оценка способности пациента осуществлять трудовую деятельность

№ п/п	Код МКБ-10	Наименование нозологии
1	J13 - J18	Пневмония

## УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

### Ситуация

Мужчина 35 лет обратился к врачу-терапевту.

### Жалобы

на повышение температуры до 38,0°C, слабость, кашель со скудной желтоватой мокротой.

### Анамнез заболевания

Повышение температуры до 38,0°C и кашель с мокротой беспокоят в течение пяти дней. Принимал жаропонижающие препараты без особого эффекта. Другие лекарства не принимал. За десять дней до этого перенёс ОРВИ.

### Анамнез жизни

Лекарственной аллергии не отмечает. Сопутствующих заболеваний нет.

### Объективный статус

Состояние пациента средней степени тяжести, частота дыхания – 18 в минуту. Кожные покровы чистые, обычной окраски. При аускультации выслушивается крепитация в нижних задних отделах грудной клетки справа, в других отделах лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, ясные, 92 удара в минуту, АД – 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

## ЗАДАНИЯ

### ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ

ЗАДАНИЕ № 1	Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования		
Количество верных ответов	2		
Верный ответ 1	Общий (клинический) анализ крови развернутый		
Обоснование	Для выявления признаков воспаления (лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, ускоренное СОЭ). Приказ Министерства здравоохранения РФ от 29 декабря 2012 г. № 1658н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при пневмонии средней степени тяжести». URL: <a href="https://library.mededtech.ru/rest/documents/mcs_1658n/">https://library.mededtech.ru/rest/documents/mcs_1658n/</a> Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике, РРО, 2010.		
Результат	Показатель	Значение	Нормы
	Эритроциты (RBC), *10 <sup>12</sup> /л	4,09	м. 4,4-5,0 ж. 3,8-4,5
	Гемоглобин (Hb), г/л	130,0	м. 130-160 ж. 120-140
	Гематокрит (HCT), %	42	м. 39-49 ж. 35-45
	Усредненное значение объема эритроцита (MCV), (фл)	84,9	80-100
	Среднее содержание гемоглобина в эритроците (MCH), (пг)	26,8	26-34
	Средняя концентрация гемоглобина в эритроците (MCHC), г/дл	18	3,0-37,0
	Ретикулоциты (RET), %	10	2-12
	Тромбоциты (PLT), *10 <sup>9</sup> /л	234	180-320
	Лейкоциты (WBC), *10 <sup>9</sup> /л	5,8	4-9
	Лейкоцитарная формула		
	Нейтрофилы палочкоядерные, %	11,0	1-6
	Нейтрофилы сегментоядерные, %	76,0	47-72
	Эозинофилы, %	-	1-5
	Базофилы, %		0-1
	Лимфоциты, %	9,0	19-37
	Моноциты, %	4,0	2-10
	СОЭ, мм/ч	34	м. 2-10 ж. 2-15

Верный ответ 2	общий анализ мокроты		
Обоснование	Для оценки характера, клеточного состава и наличия патологических примесей. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 29 декабря 2012 г. № 1658н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при пневмонии средней степени тяжести». URL: <a href="https://library.mededtech.ru/rest/documents/mcs_1658n/">https://library.mededtech.ru/rest/documents/mcs_1658n/</a> Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике, РРО, 2010.		
Результат	<b>Физические свойства</b>		
	Количество	10 мл	
	Запах	Нет	
	Цвет	желтоватый	
	Характер	Гнойно-слизистая	
	Примеси	Нет	
	Консистенция	Жидкая	
	<b>Микроскопическое исследование нативного препарата</b>		
	Эпителий	1-2 кл.	
	Волокна	Нет	
	Лейкоциты	В большом количестве в п/зр	
	Эритроциты	1-2	
	<b>Микроскопическое исследование окрашенного препарата</b>		
	Лимфоциты	6%	
	Нейтрофилы	64%	
	Моноциты	5%	
Макрофаги	25%		
<b>Микроскопическое исследование окрашенного препарата (по Граму)</b>			
Палочки грам (+)	Незнач. количество в п/зр		
Кокки грам (+)	Большое количество в п/зр		
<b>Микроскопическое исследование окрашенного препарата (по Цилю-Нильсену)</b>			
Микобактерии туберкулеза	Не обнаружены		
Дистрактор 1	коагулограмма		
Результат	Показатель	Значение	Нормы
	Фибриноген	3,67	2,00-4,00 г/л
	Протромбиновое время	14,4	12,4 сек
	Протромбиновый индекс	86,1	80,0-100,0%
Дистрактор 2	Ороведение реакции Вассермана (RW)		
Результат	МРП отрицат		
Дистрактор 3	Определение антигена к вирусу гепатита В (HbsAg Hepatitis B virus) в крови		
Результат	Определение антигена HbsAg Hepatitis B virus – отрицат		
ЗАДАНИЕ № 2	Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования		
Количество верных ответов	2		
Верный ответ 1	рентгенография органов грудной клетки		
Обоснование	Рентгенологическое исследование направлено на выявление признаков воспалительного процесса в легких. При пневмонии на рентгенограмме органов грудной клетки выявляется локальное снижение воздушности легочной ткани (инфильтрация). Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 декабря 2012 г. № 1213н «Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при пневмонии». URL: <a href="https://library.mededtech.ru/rest/documents/mcs_1658n/">https://library.mededtech.ru/rest/documents/mcs_1658n/</a> Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике, РРО, 2010.		

Результат	 <p>Рентгенография органов грудной клетки прямой: справа в 9-10 сегментах нижней доли определяется участок затемнения легочной ткани инфильтративного характера</p>																																			
Верный ответ 2	Пульсоксиметрия																																			
Обоснование	<p>Пульсоксиметрия с измерением SpO<sub>2</sub> рекомендуется всем пациентам с подозрением на пневмонию и необходима для выявления дыхательной недостаточности и оценки выраженности гипоксемии.</p> <p>Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 декабря 2012 г. № 1213н «Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при пневмонии». URL: <a href="https://library.mededtech.ru/rest/documents/mcs_1658n/">https://library.mededtech.ru/rest/documents/mcs_1658n/</a></p> <p>Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике, РРО, 2010.</p>																																			
Результат	Сатурация SaO <sub>2</sub> =96%.																																			
Дистрактор 1	Компьютерная томография органов грудной полости с внутривенным болюсным контрастированием																																			
Результат	 <p>Легкие расправлены, справа в С9С10 определяется участок повышения плотности без четких контуров. Слева без очаговых и инфильтративных участков повышения плотности, с наличием в нем просветов бронхов. Корни легких обычные. Прходимость трахеи, главных, долеых бронхов сохранена. Жидкости в плевральной полости не определяется. При проведении ангиопульмонографии дефектов контрастирования нет.</p>																																			
Дистрактор 2	исследование дыхательных объемов с применением лекарственных препаратов																																			
Результат	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Показатель</th> <th colspan="2">До пробы с бронхолитиком</th> <th colspan="3">После пробы с бронхолитиком</th> </tr> <tr> <th>Фактич.</th> <th>% от должных значений</th> <th>Фактич.</th> <th>% от должных значений</th> <th>% изменений</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ЖЕЛ, л</td> <td>2,28</td> <td>74</td> <td>2,28</td> <td>74</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ФЖЕЛ, л</td> <td>3,68</td> <td>74</td> <td>3,8</td> <td>74</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ОФV<sub>1</sub>, л/с</td> <td>1,56</td> <td>70</td> <td>1,66</td> <td>72</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>ОФV<sub>1</sub>/ФЖЕЛ,%</td> <td>51</td> <td>71</td> <td>54</td> <td>74</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Показатель	До пробы с бронхолитиком		После пробы с бронхолитиком			Фактич.	% от должных значений	Фактич.	% от должных значений	% изменений	ЖЕЛ, л	2,28	74	2,28	74		ФЖЕЛ, л	3,68	74	3,8	74		ОФV <sub>1</sub> , л/с	1,56	70	1,66	72	7	ОФV <sub>1</sub> /ФЖЕЛ,%	51	71	54	74	
Показатель	До пробы с бронхолитиком		После пробы с бронхолитиком																																	
	Фактич.	% от должных значений	Фактич.	% от должных значений	% изменений																															
ЖЕЛ, л	2,28	74	2,28	74																																
ФЖЕЛ, л	3,68	74	3,8	74																																
ОФV <sub>1</sub> , л/с	1,56	70	1,66	72	7																															
ОФV <sub>1</sub> /ФЖЕЛ,%	51	71	54	74																																

Дистрактор 3	Бронхоскопия
Результат	Трахея: слизистая розового цвета, блестящая. Бронхи левого легкого: слизистая оболочка не изменена, хрящевой рисунок обычный. Бронхи правого легкого: слизистая оболочка незначительно гиперемированная, инъекция сосудов+, хрящевой рисунок обычный, следы дренажа мокроты +. Заключение: эндобронхит справа 1 ст
<b>ДИАГНОЗ</b>	
ЗАДАНИЕ № 3	Какой предполагаемый основной диагноз?
Количество верных ответов	1
Верный ответ	Внебольничная правосторонняя нижнедолевая пневмония, средней степени тяжести. Дыхательная недостаточность (ДН) 0 ст.
Обоснование	Диагноз «внебольничная пневмония» установлен на основании жалоб больного на повышение температуры до 38,6°С в течение пяти дней, кашель с желтоватой мокротой, перенесенную накануне ОРВИ; выявленных на приеме у врача при аускультации крепитации в нижней доле правого легкого
Дистрактор 1	Очаговая пневмония нижней доли правого легкого
Дистрактор 2	Внебольничная пневмония в нижней доле правого легкого тяжелое течение
Дистрактор 3	Пневмония в нижней доле правого легкого
ЗАДАНИЕ № 4	Течение заболевания следует оценить как
Количество верных ответов	1
Верный ответ	Среднетяжелое
Обоснование	Пневмония средней степени тяжести, так как нет выраженной ДН, признаков сепсиса и органной дисфункции. «Клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике тяжелой внебольничной пневмонии у взрослых». М., 2014. URL: <a href="https://go.mail.ru/search?fm=1&amp;q=pulmonology%20ru&amp;sf=0">https://go.mail.ru/search?fm=1&amp;q=pulmonology%20ru&amp;sf=0</a>
Дистрактор 1	Тяжелое
Дистрактор 2	Крайне-тяжелое
Дистрактор 3	Легкое
<b>ЛЕЧЕНИЕ</b>	
ЗАДАНИЕ № 5	Оптимальная стартовая антибактериальная терапия включает назначение
Количество верных ответов	1
Верный ответ	Амоксициллина внутрь
Обоснование	У пациентов с внебольничной пневмонией, не нуждающихся в госпитализации, целесообразно назначение пероральных лекарственных форм АБП с высокой биодоступностью. β-лактамы антибиотики оказывают бактерицидное действие в отношении основных возбудителей пневмонии, обладают низкой токсичностью и высокой эффективностью. Выбран амоксициллин, т.к. пациент молодого возраста, без сопутствующих заболеваний и не принимавший за последние 3 месяца антибактериальные препараты. «Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике», РРО, 2010.
Дистрактор 1	Амоксициллин/клавуланат + джозамицин
Дистрактор 2	Левифлоксацин + азитромицин
Дистрактор 3	Цефиксим
ЗАДАНИЕ № 6	Эффективность эмпирической терапии после начала приема антибактериального препарата следует оценить через _____ часа/часов
Количество верных ответов	1
Верный ответ	48-72
Обоснование	«Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике», РРО, 2010.
Дистрактор 1	24-36
Дистрактор 2	12-18

Дистрактор 3	6-10
ЗАДАНИЕ № 7	Главным критерием окончания антибактериальной терапии является
Количество верных ответов	1
Верный ответ	стойкая нормализация температуры в течение 48-72 час
Обоснование	Критерием отмены АБП при нетяжелой пневмонии является стойкая нормализация температуры тела на протяжении 48-72 час при положительной динамике других симптомов. Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике, РРО, 2010.
Дистрактор 1	Стойкая нормализация температуры в течение 1 суток
Дистрактор 2	Исчезновение крепитации в легких
Дистрактор 3	Полное клинико-рентгенологическое разрешение пневмонии
ЗАДАНИЕ № 8	Контрольное рентгенологическое исследование после начала антибактериальной терапии следует провести через _____ дней
Количество верных ответов	1
Верный ответ	10-14
Обоснование	«Клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике тяжелой внебольничной пневмонии у взрослых» Российского респираторного общества, № 2014.
Дистрактор 1	7-10
Дистрактор 2	3-5
Дистрактор 3	5-10
ЗАДАНИЕ № 9	Ориентировочные сроки нетрудоспособности в данном случае составляют _____ день/дней
Количество верных ответов	1
Верный ответ	20-21
Обоснование	Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 29 июня 2011 г. № 642 н «Об утверждении Порядка выдачи листов нетрудоспособности»
Дистрактор 1	15
Дистрактор 2	15-18
Дистрактор 3	10
ЗАДАНИЕ № 10	Диспансерное наблюдение после выздоровления в данном клиническом случае проводится в течение _____ месяцев
Количество верных ответов	1
Верный ответ	6
Обоснование	«Организация проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения». Методические рекомендации под редакцией Драпкиной О.М., Дроздовой Л.Ю. (утв. Минздравом России 22.10.2019)
Дистрактор	12
Дистрактор	3
Дистрактор	4
<b>ВАРИАТИВ</b>	
ЗАДАНИЕ № 11	Кратность осмотра терапевтом в рамках диспансерного наблюдения составляет 1 раз в _____ месяца/ месяцев
Количество верных ответов	1
Верный ответ	3
Обоснование	«Организация проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения». Методические рекомендации под редакцией Драпкиной О.М., Дроздовой Л.Ю. (утв. Минздравом России 22.10.2019)
Дистрактор	1
Дистрактор	2

Дистрактор	б
ЗАДАНИЕ № 12	При отсутствии патологических клинико-рентгенологических признаков в легких по окончании диспансерного наблюдения пациентка переводится в _____ группу состояния здоровья
Количество верных ответов	1
Верный ответ	Г
Обоснование	«Диспансерное наблюдение больных хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития». Методические рекомендации под редакцией Бойцова С.А., Чучалина А.Г., 2014.
Дистрактор	П
Дистрактор	Ша
Дистрактор	Шб

### ПАСПОРТ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

Организация	ФГБОУ ВО «СГМУ» Минздрава России
Автор кейса	Маршутин Николай Алексеевич
Ученая степень	Кандидат медицинских наук
Ученое звание	Доцент
Должность	Доцент кафедры общей врачебной практики, поликлинической терапии с курсом гериатрии ФДПО
Специальность	Терапия
Дисциплина/модуль	Диспансерный осмотр
Профессиональный стандарт (код, наименование)	Врач-терапевт
Уровень сложности: базовый – 1, средний – 2, повышенной сложности	2
Пригодность для другой специальности (если да, то указать какой)	Общая врачебная практика, кардиология, медицинская реабилитация

### АННОТАЦИЯ

№ п/п	Код трудовой функции	Наименование трудовой функции
1	A/01.8	Диагностика заболеваний и (или) состояний терапевтического профиля
2	A/05.8	Проведение профилактических медицинских осмотров и контроль эффективности мероприятий по диспансерному наблюдению пациентов с заболеваниями и (или) состояниями терапевтического профиля

№ п/п	Код МКБ-10	Наименование нозологии
1		Гиперхолестеринемия
2		Ожирение
3		Курение табака
4		Нарушение обмена неуточненное

### УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

#### Ситуация

Мужчина 36 лет, обратился к терапевту для диспансерного осмотра с целью дальнейшего получения одобрения для занятий в тренажерном зале с подъемом тяжестей.

#### Жалобы

Не предъявляет

#### Анамнез заболевания

Обращался к врачу только по поводу ОРЗ в осенне-зимний период. Диспансеризацию последний раз проходил 3 года назад, без патологических изменений. Никакие лекарства не принимает.

#### Анамнез жизни

Менеджер по продажам автомобилей, работа связана с пребыванием в теплом сухом помещении. Курит 25-30 сигарет в день.

## Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Кожа розовая, отеков нет. Рост 170 см, масса тела 87 кг. Окружность талии 100 см. Дыхание везикулярное, число дыханий: 16 в 1 мин. Ритм сердца правильный, тоны приглушены. АД 120/80 мм рт. ст., частота сердечных сокращений 72 в 1 мин. Носоглотка чистая розовая, живот безболезненный, печень по краю реберной дуги.

## ЗАДАНИЯ

ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ	
ЗАДАНИЕ № 1	В рамках диспансерного осмотра для мужчин данного возраста показано проведение следующих анализов
Количество верных ответов	2
Верный ответ 1	Анализ крови на общий холестерин
Обоснование	На основании Приказа Министерства здравоохранения РФ от 13 марта 2019 г. № 124н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» в перечень лабораторного обследования входит исследование крови на общий холестерин, глюкозу у всех пациентов, другие анализы не входят в перечень.
Результат	6,5 ммоль/л (N< 5,0)
Верный ответ 2	Анализ плазмы крови на глюкозу
Обоснование	На основании Приказа Министерства здравоохранения РФ от 13 марта 2019 г. № 124н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» в перечень лабораторного обследования входит исследование крови на общий холестерин, глюкозу у всех пациентов, другие анализы не входят в перечень.
Результат	6,2 ммоль/л (N<6,1)
Дистрактор 1	Анализ крови на мочевую кислоту
Результат	300 мкмоль/л (N< 360)
Дистрактор 2	Анализ крови на общий билирубин
Результат	15 мкмоль/л (N< 20,5 мкмоль)
Дистрактор 3	Анализ крови на креатинкиназуМВ
Результат	10 ЕД/л (N< 25 ЕД/л)
Дистрактор 4	–
ЗАДАНИЕ № 2	В рамках диспансерного обследования пациенту показаны инструментальные исследования
Количество верных ответов	От 1 до 5
Верный ответ 1	ЭКГ в 12 стандартных отведениях
Обоснование	На основании Приказа Министерства здравоохранения РФ от 13 марта 2019 г. № 124н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» в перечень инструментальных исследований у мужчин 35–40 лет входит только ЭКГ и флюорография органов грудной клетки
Результат	Ритм синусовый, 72 в 1 мин., электрическая ось расположена горизонтально
Верный ответ 2	Флюорография органов грудной клетки
Обоснование	На основании Приказа Министерства здравоохранения РФ от 13 марта 2019 г. № 124н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» в перечень инструментальных исследований у мужчин 35–40 лет входит только ЭКГ и флюорография органов грудной клетки
Результат	Легочные поля прозрачные, без патологических теней. Сердце и аорта без патологических изменений
Дистрактор	Фиброгастродуоденоскопия
Результат	Пищевод, желудок, двенадцатиперстная кишка без патологических изменений
Дистрактор	Электроэнцефалография
Результат	Нормальные ЭЭГ-ритмы
Дистрактор	УЗИ почек

Результат	Почки расположены правильно, чашечно-лоханочная система без нарушений
<b>ДИАГНОЗ</b>	
ЗАДАНИЕ № 3	По данным обследования пациента предполагаемым диагнозом является
Количество верных ответов	1
Верный ответ	Метаболический синдром
Обоснование	Основным признаком метаболического синдрома является центральное (абдоминальное) ожирение, при котором окружность талии у мужчин составляет более 94 см. К дополнительным критериям относится гипергликемия натощак с уровнем глюкозы в плазме более 6,1 ммоль/л. Гиперхолестеринемия может рассматриваться у данного пациента как предиктор дислипидемии, но потребует дополнительно проведения анализа крови на липиды низкой плотности на 2 этапе. URL: <a href="https://library.mededtech.ru/rest/documents/metabolicheskogo_sindroma/#list_item_kvdp4">https://library.mededtech.ru/rest/documents/metabolicheskogo_sindroma/#list_item_kvdp4</a>
Дистрактор1	Ишемическая болезнь сердца
Дистрактор 2	Миокардит
Дистрактор 3	Гипертрофическая кардиомиопатия
ЗАДАНИЕ № 4	Относительный сердечно-сосудистый риск SCORE у данного пациента превышает минимально возможный в ____ раз/раза
Количество верных ответов	1
Верный ответ	3
Обоснование	Курение табака, холестерин 6 ммоль/л, при нормальном давлении у мужчин до 40 лет соответствуют превышению минимального сердечно-сосудистого риска в 3 раза по шкале SCORE. URL: <a href="https://library.mededtech.ru/rest/documents/Cardiovascular-prof-2017/index.html#paragraph_i5u0e">https://library.mededtech.ru/rest/documents/Cardiovascular-prof-2017/index.html#paragraph_i5u0e</a>
Дистрактор	2
Дистрактор	4
Дистрактор	5
<b>ЛЕЧЕНИЕ</b>	
ЗАДАНИЕ № 5	Рациональное питание у данного пациента предусматривает прием пищи ____ раз/раза в день
Количество верных ответов	1
Верный ответ	3
Обоснование	Режим питания при ожирении должен включать три основных приема пищи: обязательный завтрак, обед и ужин. Оптимальный интервал между завтраком и ужином составляет 10–11 часов. URL: <a href="https://library.mededtech.ru/rest/documents/Cardiovascular-prof-2017/index.html#paragraph_uti3g">https://library.mededtech.ru/rest/documents/Cardiovascular-prof-2017/index.html#paragraph_uti3g</a>
Дистрактор	4
Дистрактор	5
Дистрактор	6
ЗАДАНИЕ № 6	Анкетирование при проведении диспансеризации включает в себя сбор жалоб, характерных для выявления
Количество верных ответов	1
Верный ответ 1	Онкологических заболеваний
Обоснование	На основании Приказа Министерства здравоохранения РФ от 13 марта 2019 г. № 124н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» анкетирование не касается инфекционных заболеваний, заболеваний щитовидной железы и суставов
Дистрактор1	Инфекционных заболеваний
Дистрактор 2	Заболеваний щитовидной железы
Дистрактор 3	Заболеваний суставов

ЗАДАНИЕ № 7	Минимальная продолжительность физических тренировок для обеспечения значимой пользы у данного пациента должна составлять ____ минут в неделю
Количество верных ответов	1
Верный ответ	150
Обоснование	Здоровым лицам необходимо заниматься аэробной умеренной физической активностью не менее 150 мин. в неделю (30 мин. в день, 5 дней в неделю) или интенсивной физической активностью не менее 75 мин. в неделю (15 мин. в день, 5 дней в неделю) или их комбинацией. URL: <a href="https://library.mededtech.ru/rest/documents/Cardiovascular-prof-2017/index.html#paragraph_k049t">https://library.mededtech.ru/rest/documents/Cardiovascular-prof-2017/index.html#paragraph_k049t</a>
Дистрактор	60
Дистрактор	100
Дистрактор	300
ЗАДАНИЕ № 8	Для того, чтобы рекомендовать занятия в тренажерном зале, данному пациенту требуется провести тест
Количество верных ответов	1
Верный ответ	С физической нагрузкой
Обоснование	Лицам с факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний, в настоящее время ведущим сидячий образ жизни, но которые намерены заниматься физической активностью высокой интенсивности или спортом, должна быть проведена клиническая оценка, включая тест с физической нагрузкой. URL: <a href="https://library.mededtech.ru/rest/documents/Cardiovascular-prof-2017/index.html#tab20">https://library.mededtech.ru/rest/documents/Cardiovascular-prof-2017/index.html#tab20</a>
Дистрактор	С психологической нагрузкой
Дистрактор	Толерантности к глюкозе
Дистрактор	Толерантности к углекислому газу
ЗАДАНИЕ № 9	Данному пациенту для облегчения отказа от курения табака запрещено использовать
Количество верных ответов	1
Верный ответ	антидепрессант бупропиона гидрохлорид в таблетках
Обоснование	Антидепрессант бупропиона гидрохлорид в виде таблеток в России не зарегистрирован. URL: <a href="https://library.mededtech.ru/rest/documents/Cardiovascular-prof-2017/index.html#ris3">https://library.mededtech.ru/rest/documents/Cardiovascular-prof-2017/index.html#ris3</a>
Дистрактор	Никотинсодержащий ингалятор
Дистрактор	Никотинсодержащие сублингвальные таблетки
Дистрактор	Н-холиномиметик варениклин в таблетках
ЗАДАНИЕ № 10	Рациональное питание у данного пациента предусматривает обеспечение калорийности рациона соотношением белков, жиров и углеводов в следующей пропорции (в процентах)
Количество верных ответов	1
Верный ответ	15-30-55
Обоснование	Рацион считается сбалансированным, когда белками обеспечивается 10-15 %, жирами – 20-30 %, а углеводами 55-70 % (из них до 10% простыми) калорийности рациона. URL: <a href="https://library.mededtech.ru/rest/documents/Cardiovascular-prof-2017/index.html#ключевая_рекомендация_2">https://library.mededtech.ru/rest/documents/Cardiovascular-prof-2017/index.html#ключевая_рекомендация_2</a>
Дистрактор	20-40-40
Дистрактор	30-10-60
Дистрактор	50-20-30
<b>ВАРИАТИВ</b>	
ЗАДАНИЕ № 11	Основным классом лекарственных препаратов, применяемых для лечения пациентов с дислипидемией, являются
Количество верных ответов	1

Верный ответ	Статины
Обоснование	Статины являются основным классом лекарственных средств, применяемых для лечения пациентов с дислипидемией. Статины снижают уровень ХС ЛНП, сердечно-сосудистую и общую смертность, причем независимо от пола и возраста. URL: <a href="https://library.mededtech.ru/rest/documents/Cardiovascular-prof-2017/index.html#paragraph_m3od0">https://library.mededtech.ru/rest/documents/Cardiovascular-prof-2017/index.html#paragraph_m3od0</a>
Дистрактор	Фибраты
Дистрактор	Секвестранты желчных кислот
Дистрактор	Ниацин и аналоги
ЗАДАНИЕ № 12	Целью для профилактики сердечно-сосудистых осложнений у пациентов с очень высоким сердечно-сосудистым риском является достижение уровня холестерина липидов низкой плотности в плазме крови _____ ммоль/л
Количество верных ответов	1
Верный ответ	<1,8
Обоснование	Уровень ХС ЛНП <1,8 ммоль/л (<70 мг/дл) рассматривается в качестве цели для профилактики сердечно-сосудистых осложнений у пациентов с очень высоким ССР. URL: <a href="https://library.mededtech.ru/rest/documents/Cardiovascular-prof-2017/index.html#paragraph_opb66">https://library.mededtech.ru/rest/documents/Cardiovascular-prof-2017/index.html#paragraph_opb66</a>
Дистрактор1	1,8-3,0
Дистрактор 2	3,1-4,0
Дистрактор 3	4,1-5,0

### ПАСПОРТ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

Организация	ФГБОУ ВО «КемГМУ» Минздрава России
Автор кейса	Помыткина Татьяна Евгеньевна
Ученая степень	Доктор медицинских наук
Ученое звание	Доцент
Должность	Заведующий кафедрой поликлинической терапии, последипломной подготовки и сестринского дела
Специальность	Терапия
Дисциплина/модуль	Гастроэнтерология
Профессиональный стандарт (код, наименование)	Врач-терапевт
Уровень сложности	1 – базовый
Пригодность для другой специальности (если да, то указать какой)	Гастроэнтерология, общая врачебная практика (семейная медицина)

### АННОТАЦИЯ

№ п/п	Код трудовой функции	Наименование трудовой функции
1	A/01.8	Диагностика заболеваний и (или) состояний терапевтического профиля
2	A/02.8	Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями терапевтического профиля и контроль его эффективности и безопасности
3	A/05.8	Проведение профилактических медицинских осмотров и контроль эффективности мероприятий по диспансерному наблюдению пациентов с заболеваниями и (или) состояниями терапевтического профиля

№ п/п	Код МКБ-10	Наименование нозологии
1	K25	<b>Язвенная болезнь желудка</b>
2	M 17	<b>Остеоартрит</b>
3	E40-E-46	Недостаточность питания

## УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

### Ситуация

Больной Д. 45 лет, бухгалтер. Обратился к врачу-терапевту.

#### Жалобы

На боли в области эпигастрия жгучего характера, появляющиеся через 1-2 часа после приема пищи, иррадиирующие в левую лопатку и левую часть грудной клетки; отрыжку кислым.

#### Анамнез заболевания

Боли в эпигастрии и отрыжка кислым беспокоят в течение 3-х месяцев. Сначала появилась боль, возникающая через 1-2 часа после приема пищи, иррадиирующая в левую часть грудной клетки и левую лопатку, боль ослабевала после приема молочных продуктов и антацидов (альмагель). В течение последней недели состояние ухудшилось: боли усилились, заметил снижение массы тела и появление кислой отрыжки. Также сообщает о том, что 4 месяца назад впервые начали беспокоить боли в коленных суставах, усиливающиеся при движении, самостоятельно начал принимать кетопрофен форте с положительным эффектом, продолжает принимать и в настоящее время. Курит, употребляет алкоголь.

#### Анамнез жизни

- курит 1 пачку сигарет (20 штук) в день, алкоголь употребляет 0,5 пива в выходные дни;
- профессиональных вредностей не имеет;
- аллергических реакций не было;
- мать здорова, у отца – рак желудка.

#### Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Пониженное питание, ИМТ 18. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧД 15 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 82 в 1 мин., АД 140/80 мм рт. ст. Живот симметричный, мягкий, отмечается умеренная болезненность в эпигастрии. Печень по краю реберной дуги. Пузырные симптомы Кера, Мерфи, Ортнера отрицательные. Отмечается болезненность и припухлость при пальпации коленных суставов, движения в них ограничены из-за болезненности. Периферических отеков нет.

#### ЗАДАНИЯ

ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ	
ЗАДАНИЕ № 1	Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования
Количество верных ответов	2
Верный ответ 1	общий анализ крови
Обоснование	Исследование общего анализа крови рекомендовано всем пациентам, которые проходят обследование при патологии органов пищеварения. URL: <a href="https://library.mededtech.ru/rest/documents/R_yazven_bolezn/">https://library.mededtech.ru/rest/documents/R_yazven_bolezn/</a> ; URL: <a href="https://library.mededtech.ru/docs?search=&amp;doc_id=R_GERB_20176">https://library.mededtech.ru/docs?search=&amp;doc_id=R_GERB_20176</a> ; URL: <a href="https://library.mededtech.ru/rest/documents/D01514/">https://library.mededtech.ru/rest/documents/D01514/</a>
Результат	ОАК: Нб 143 г/л, СОЭ 4 мм/час, эр. $4,2 \times 10^{12}/л$ , лейкоц. $8,6 \times 10^9/л$ , э-2, п/я-5, с/я-56, лф-37%.
Верный ответ 2	биохимический анализ крови
Обоснование	Исследование биохимического анализа крови рекомендовано всем пациентам, которые проходят обследование при патологии органов пищеварения. URL: <a href="https://library.mededtech.ru/rest/documents/R_yazven_bolezn/">https://library.mededtech.ru/rest/documents/R_yazven_bolezn/</a> ; URL: <a href="https://library.mededtech.ru/docs?search=&amp;doc_id=R_GERB_20176">https://library.mededtech.ru/docs?search=&amp;doc_id=R_GERB_20176</a> ; URL: <a href="https://library.mededtech.ru/rest/documents/D01514/">https://library.mededtech.ru/rest/documents/D01514/</a>
Результат	Б/химич. анализ крови: общий белок 76 г/л, альбумины 38 г/л, фракции глобулинов в пределах нормы, глюкоза 5,2 ммоль/л, билирубин общий 16,3 мкмоль/л; прямой 3,6 ммоль/л; АЛТ 21 U/L; АСТ 17 U/L; амилаза крови 16 г/л (N 12-32 г/л в час)
Дистрактор	Общий анализ мочи
Результат	Изменений не выявлено
Дистрактор	Копрограмма
Результат	Изменений не выявлено
Дистрактор	Общий анализ мокроты
Результат	Изменений не выявлено

Дистрактор	кал на скрытую кровь (реакция Грегерсена)
Результат	изменений не выявлено
ЗАДАНИЕ № 2	Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования
Количество верных ответов	2
Верный ответ 1	ФЭГДС
Обоснование	ФЭГДС рекомендовано всем больным с патологией верхних отделов пищеварительной трубки для оценки наличия признаков структурного поражения слизистой оболочки пищевода и желудка. URL: <a href="https://library.mededtech.ru/rest/documents/R_yazven_bolezn/">https://library.mededtech.ru/rest/documents/R_yazven_bolezn/</a> ; URL: <a href="https://library.mededtech.ru/docs?search=&amp;doc_id=R_GERB_20176">https://library.mededtech.ru/docs?search=&amp;doc_id=R_GERB_20176</a> ; URL: <a href="https://library.mededtech.ru/rest/documents/D01514/">https://library.mededtech.ru/rest/documents/D01514/</a>
Результат	Слизистая пищевода без признаков патологии, кардиальный жом смыкается. В желудке умеренное количество жидкости, слизи; в области большой кривизны желудка выявлен язвенный дефект размерами 21x23 мм, края ровные, гиперемированные, отечные, утолщены, в дне язвы склероз и тромбоз сосудов, фибринозные наложения
Верный ответ 2	R-графия пищевода и желудка
Обоснование	R-графия пищевода и желудка рекомендуется всем больным с подозрением на наличие кислотозависимых заболеваний, включая язвенные болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, опухоли верхних отделов пищеварительной трубки. URL: <a href="https://library.mededtech.ru/rest/documents/R_yazven_bolezn/">https://library.mededtech.ru/rest/documents/R_yazven_bolezn/</a> ; URL: <a href="https://library.mededtech.ru/docs?search=&amp;doc_id=R_GERB_20176">https://library.mededtech.ru/docs?search=&amp;doc_id=R_GERB_20176</a> ; URL: <a href="https://library.mededtech.ru/rest/documents/D01514/">https://library.mededtech.ru/rest/documents/D01514/</a>
Результат	Пищевод свободно проходит. Кардиальный жом смыкается. Желудок в форме крючка, газовый пузырь небольшой. В положение Тренделенбурга заброс желудочного содержимого в пищевод не наблюдается, складки слизистой желудка обычного калибра, в области тела желудка по большой кривизне обнаружен симптом «ниши», перистальтика желудка и эвакуация своевременно, луковица двенадцатиперстной кишки без особенностей
Дистрактор 1	Рентгенография органов грудной клетки
Результат	Изменений не выявлено
Дистрактор 2	ЭКГ
Результат	Изменений не выявлено
Дистрактор 3	ЭХОКГ
Результат	Изменений не выявлено
Дистрактор 4	УЗИ ОБП
Результат	Изменений не выявлено
<b>ДИАГНОЗ</b>	
ЗАДАНИЕ № 3	Какое основное заболевание у данного пациента?
Количество верных ответов	1
Верный ответ	Язвенная болезнь желудка
Обоснование	По ФЭГДС: язва на большой кривизне желудка, размеры 21x23 мм, края гиперемированы, отечны, в дне фибринозные наложения. По R-графии пищевода и желудка: симптом «ниши». URL: <a href="https://library.mededtech.ru/rest/documents/R_yazven_bolezn/">https://library.mededtech.ru/rest/documents/R_yazven_bolezn/</a>
Дистрактор	Рак желудка
Дистрактор	Хронический панкреатит
Дистрактор	Ишемическая болезнь сердца
ЗАДАНИЕ № 4	Какая еще патология обнаружена у пациента?
Количество верных ответов	1
Верный ответ	Недостаточный вес

Обоснование	Индекс массы тела рассчитывается по формуле: $I = m / h^2$ , где $m$ – масса тела в килограммах, $h$ – рост в метрах. Масса тела 52 кг, рост -170 см. Индекс массы тела равен 18 кг/ м <sup>2</sup> . Таким образом, у пациента выявлен недостаточный вес. URL: <a href="https://library.mededtech.ru/rest/documents/mcs_850n/">https://library.mededtech.ru/rest/documents/mcs_850n/</a>
Дистрактор	Хронический панкреатит
Дистрактор	Ишемическая болезнь сердца
Дистрактор	Рак желудка
ЗАДАНИЕ № 5	Какое сопутствующее заболевание имеется у пациента?
Количество верных ответов	1
Верный ответ	Остеоартрит
Обоснование	Боли в коленных суставах на протяжении 4 месяцев, усиливающиеся при движении, положительный эффект при использовании кетопрофена форте (НПВС). URL: <a href="https://library.mededtech.ru/rest/documents/D01514/">https://library.mededtech.ru/rest/documents/D01514/</a>
Дистрактор	Жировой гепатоз
Дистрактор	Ишемическая болезнь сердца
Дистрактор	Хронический панкреатит
<b>ЛЕЧЕНИЕ</b>	
ЗАДАНИЕ № 6	Для уменьшения проявлений симптомов болезни и начала заживления язвы рекомендуется назначить
Количество верных ответов	1
Верный ответ	ингибиторы протонной помпы
Обоснование	ИПП – лекарственные препараты, предназначенные для лечения кислотозависимых заболеваний желудочно-кишечного тракта за счет снижения продукции соляной кислоты посредством блокирования в париетальных клетках слизистой оболочки желудка протонного насоса – H <sup>+</sup> /K <sup>+</sup> -АТФазы. URL: <a href="https://library.mededtech.ru/rest/documents/R_yazven_bolezn/">https://library.mededtech.ru/rest/documents/R_yazven_bolezn/</a> ; URL: <a href="https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr_46/index.html#list_item_pa1bc">https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr_46/index.html#list_item_pa1bc</a> ; URL: <a href="https://library.mededtech.ru/rest/documents/mcs_722n/">https://library.mededtech.ru/rest/documents/mcs_722n/</a>
Дистрактор	Прокинетики
Дистрактор	Нитраты
Дистрактор	Цитопротекторы
ЗАДАНИЕ № 7	Продолжительность лечения ИПП в острый период должно составлять не менее _____ (пороговое значение в неделях)
Количество верных ответов	1
Верный ответ	4-8
Обоснование	На основании Клинических рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению язвенной болезни желудка и/или двенадцатиперстной кишки (2016) лечение должно быть направлено на купирование болевого синдрома и диспепсических расстройств, а также для достижения рубцевания язвенного дефекта в возможно более короткие сроки. В настоящее время ИПП являются средством базисной терапии обострения ЯБ. Продолжительность курса лечения ИПП: 8 недель при язвенной болезни желудка, 4 недели при ЯБ/ДПК. URL: <a href="https://library.mededtech.ru/rest/documents/R_yazven_bolezn/">https://library.mededtech.ru/rest/documents/R_yazven_bolezn/</a>
Дистрактор	1-2
Дистрактор	2-3
Дистрактор	3-4
ЗАДАНИЕ № 8	Пациентам следует избегать употребления:
Количество верных ответов	1
Верный ответ	Чеснока

Обоснование	На основании Клинических рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению язвенной болезни желудка и/или двенадцатиперстной кишки (2016) диетические рекомендации должны быть строго индивидуальны с учетом результатов тщательного анализа анамнеза пациента. Раздражающие слизистую оболочку желудка и возбуждающие секрецию соляной кислоты: крепкие мясные и рыбные бульоны, жареную и наперченную пищу, копчености и консервы, приправы и специи (лук, чеснок, перец, горчицу), соления и маринады, газированные фруктовые воды, пиво, белое сухое вино, шампанское, кофе, цитрусовые. URL: <a href="https://library.mededtech.ru/rest/documents/R_yazven_bolezn/">https://library.mededtech.ru/rest/documents/R_yazven_bolezn/</a>
Дистрактор	Молока
Дистрактор	Мяса
Дистрактор	Яиц
ЗАДАНИЕ № 9	Необходимо направить данного пациента на консультацию к
Количество верных ответов	1
Верный ответ	онкологу
Обоснование	На основании выявленных при ФЭГДС данных (отягощенный анамнез: отец умер от рака желудка, снижение массы тела, большой размер язвенного дефекта), можно предположить рак-язву желудка, для верификации диагноза требуется консультация онколога после контрольной ФЭГДС с биопсией и тестами на атипичные клетки. URL: <a href="https://library.mededtech.ru/rest/documents/rak_zheludka_pr2018_7/">https://library.mededtech.ru/rest/documents/rak_zheludka_pr2018_7/</a>
Дистрактор	Кардиологу
Дистрактор	Эндокринологу
Дистрактор	Стоматологу
ЗАДАНИЕ № 10	Какое чаще всего осложнение возникает после отмены антацидов?
Количество верных ответов	1
Верный ответ	синдром «рикошета»
Обоснование	При отмене приема препаратов группы антацидов симптомы заболевания возвращаются. URL: <a href="https://library.mededtech.ru/rest/documents/mcs_722n/">https://library.mededtech.ru/rest/documents/mcs_722n/</a>
Дистрактор	Появление крови в кале
Дистрактор	Симптом дизурии
Дистрактор	Симптом артралгии
<b>ВАРИАТИВ</b>	
ЗАДАНИЕ № 11	При язвенной болезни пациенту следует принимать пищу ____ раз в сутки
Количество верных ответов	1
Верный ответ	5-6
Обоснование	На основании Клинических рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению язвенной болезни желудка и/или двенадцатиперстной кишки (2016): при язвенной болезни желудка рекомендуются частое (5-6 раз в сутки), дробное питание, соответствующие правилу: «шесть маленьких приемов пищи лучше, чем три больших». URL: <a href="https://library.mededtech.ru/rest/documents/R_yazven_bolezn/">https://library.mededtech.ru/rest/documents/R_yazven_bolezn/</a> ; URL: <a href="https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr_21/index.html#paragraph_i53il">https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr_21/index.html#paragraph_i53il</a> ; URL: <a href="https://library.mededtech.ru/rest/documents/mcs_1170n/">https://library.mededtech.ru/rest/documents/mcs_1170n/</a>
Дистрактор	3-4
Дистрактор	6-8
Дистрактор	8-12
ЗАДАНИЕ № 12	Пациенту показано санаторно-курортное лечение вне обострения на _____ курортах
Количество верных ответов	1
Верный ответ	Бальнеологических

Обоснование	При язвенной болезни желудка в стадии ремиссии показано санаторно-курортное лечение на бальнеологических курортах. URL: <a href="https://library.mededtech.ru/rest/documents/R_yazven_bolezn/">https://library.mededtech.ru/rest/documents/R_yazven_bolezn/</a> ; URL: <a href="https://library.mededtech.ru/docs?search=&amp;doc_id=R_GERB_20176">https://library.mededtech.ru/docs?search=&amp;doc_id=R_GERB_20176</a> ; URL: <a href="https://library.mededtech.ru/rest/documents/mcs_722n/">https://library.mededtech.ru/rest/documents/mcs_722n/</a>
Дистрактор	С климатом пустынь
Дистрактор	Грязевых
Дистрактор	С применением кумысолечения

## ПАСПОРТ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

Организация	ФГБОУ ВО «Тюменский ГМУ» Минздрава России
Автор кейса	Волкова Светлана Юрьевна
Ученая степень	Доктор медицинских наук
Ученое звание	Доцент
Должность	Профессор кафедры госпитальной терапии с курсами эндокринологии и клинической фармакологии
Специальность	Общая врачебная практика (семейная медицина)
Дисциплина/модуль	Заболевания сердечно-сосудистой системы
Профессиональный стандарт (код, наименование)	Врач общей практики (семейный врач)
Уровень сложности: базовый – 1, средний – 2, повышенной сложности	Средний-2
Пригодность для другой специальности (если да, то указать какой)	Кардиология, терапия

## АННОТАЦИЯ

№ п/п	Код трудовой функции	Наименование трудовой функции
1	A/07.8	Оказание специализированной медицинской помощи населению по профилю «терапия» в стационарных условиях, а также в условиях дневного стационара
2	A/05.8	Оказание медицинской помощи в экстренной форме

№ п/п	Код МКБ-10	Наименование нозологии
1	I.21.1	Ишемическая болезнь сердца. Острый инфаркт миокарда с зубцом Q нижней локализации. Кардиогенный шок

## УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

### Ситуация

Мужчина 60 лет, доставлен скорой медицинской помощью в приемное отделение терапевтического стационара.

### Жалобы

На выраженную слабость, ноющие боли в области сердца.

### Анамнез заболевания

Ухудшение состояния утром в день обращения. В покое появились интенсивные давящие боли в области сердца, выраженная слабость, потливость, сильное головокружение, предобморочное состояние. Вызвал бригаду скорой медицинской помощи, которой на догоспитальном этапе введен: нитроминт 2 дозы сублингвально, ацетилсалициловая кислота 500 мг перорально, зилт (клопидогрел) 300 мг перорально, нефракционированный гепарин 5000 ед в/в, морфин 0,1%-1 мл в/в. Доставлен с частично купированным болевым синдромом

### Анамнез жизни

Анамнеза по ишемической болезни сердца нет. Несколько лет периодически отмечает повышение артериального давления до 160/90 мм. рт. ст. Гипотензивные препараты (каптоприл 25 мг сублингвально) принимает ситуационно. Наличие хронических соматических заболеваний отрицает. Медицинской документации не предоставлено. Не курит, алкоголем не злоупотребляет, профессиональных вредностей не имеет, аллергических реакций не было.

## Объективный статус

Состояние тяжелое. Сознание ясное. Положение активное. Отмечается влажность кожных покровов, физиологическая окраска. Лимфоузлы не увеличены. Подкожно жировой слой на передней поверхности брюшной стенки развит избыточно. Масса тела 85 кг, ИМТ= 28,7 кг/м<sup>2</sup>. Мышечных атрофий нет. Конфигурация суставов не изменена, движения в полном объеме. Акт глотания не нарушен. Щитовидная железа не увеличена. В зеве чисто. Форма грудной клетки нормостеническая. Дыхание ритмичное. ЧДД 16 в минуту. Сатурация 92 %. Перкуторный звук ясный. Аускультативно – дыхание везикулярное, побочные дыхательные шумы отсутствуют. Область сердца не изменена. Верхушечный толчок в 5 межреберье слева на 1 см кнутри от левой срединно-ключичной линии ограниченный. Патологической пульсации нет. Границы сердца перкуторно не увеличены. АД 65/40 мм.рт.ст. (на обеих руках). При аускультации сердца: тоны приглушены, ритмичны. Патологических шумов не выслушивается. ЧСС 45 в минуту. Пульс ритмичный, слабого наполнения, 45 в минуту. Пульсация на периферических артериях сохранена. Живот мягкий, безболезненный. Печень безболезненная, не увеличена, нижний край пальпируется по краю реберной дуги., ординаты по Курлову 10х9х8 см. Желчный пузырь не пальпируется. Поджелудочная железа не пальпируется. Селезенка не пальпируется. Область почек визуально не изменена. Синдром поколачивания отрицательный. Периферических отеков нет. Со слов: стул оформленный, регулярный, без патологических примесей. Моченспускание не затруднено, безболезненно, уменьшения диуреза не отмечает. Цвет и прозрачность мочи не изменены.

## ЗАДАНИЯ

ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ	
ЗАДАНИЕ № 1	Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования
Количество верных ответов	1
Верный ответ 1	тропониновый тест
Обоснование	Согласно Клиническим рекомендациям МЗ РФ «Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы» (2016 г.), уровень доказательности IA. Комментарий: У больных с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST электрокардиограммы рекомендовано определение уровня биохимических маркеров повреждения кардиомиоцитов в крови, предпочтительно сердечного тропонина Т или I с использованием высокочувствительных методов. Для быстрого исключения инфаркта миокарда рекомендовано использовать протокол с повторным определением уровня сердечного тропонина высокочувствительным методом через 3 ч. Повышение уровня сердечного тропонина выше 99-го перцентиля здоровых лиц в условиях, указывающих на наличие ишемии миокарда, свидетельствует об остром ИМ. URL: <a href="https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr_157/">https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr_157/</a>
Результат	Положительный-110 нг/л
Дистрактор 1	Общий анализ крови
Результат	Эритроциты 4,35х10 <sup>12</sup> /л, Гемоглобин 132г/л, Лейкоциты 9,3х10 <sup>9</sup> /л (эозинофилы 1%, базофилы 1 %, нейтрофилы 77%, лимфоциты 12%, моноциты 9%), СОЭ 15 мм/час
Дистрактор 2	Глюкоза в плазме крови
Результат	6,38 мкмоль/л
Дистрактор 3	Креатинин в плазме крови
Результат	106,5 мкмоль/л
Дистрактор 4	Расчет скорости клубочковой фильтрации
Результат	По формуле MDRD= 82,53 мл/мин/1,73 кв.м
Дистрактор 5	Холестерин в плазме крови
Результат	6,18 ммоль/л
ЗАДАНИЕ № 2	Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования в условиях приемного отделения терапевтического стационара
Количество верных ответов	2
Верный ответ 1	ЭКГ
Обоснование	Согласно Клиническим рекомендациям МЗ РФ «Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы» (2016 г.), уровень доказательности IA.

	Комментарий: ЭКГ рекомендуется зарегистрировать в течение 10 мин. на месте первого контакта с медицинским работником (как правило, догоспитально) и безошибочно интерпретировать квалифицированным врачом. Для инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST характерно возникновение подъема ST как минимум в двух последовательных отведениях который оценивается на уровне точки J и составляет 2 мм и более. URL: <a href="https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr_157/">https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr_157/</a>
Результат	ритм синусовый 45 в минуту. Элевация сегмента ST до 4 мм в II, III, aVF
Верный ответ 2	ЭХОКГ
Обоснование	Согласно Клиническим рекомендациям МЗ РФ «Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы» (2016 г.), уровень доказательности IC. Комментарий: У больных, госпитализированных с ОКСпST, рекомендована трансторакальная эхокардиография (ЭхоКГ). ЭхоКГ необходима для оценки обшей и локальной сократимости левого желудочка, определения прогноза заболевания и дифференциальной диагностики. Выявление локальных нарушений сократимости ЛЖ на фоне соответствующей клинической картины – важный признак очагового поражения миокарда. URL: <a href="https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr_157/">https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr_157/</a>
Результат	Атеросклероз аорты. Асинергия миокарда нижней стенки левого желудочка – 20%. Сократительная функция левого желудочка удовлетворительная (56%). Незначительная гипертрофия миокарда левого желудочка
Дистрактор 1	Коронарная ангиография
Результат	Тип кровообращения правый, окклюзия правой коронарной артерии в проксимальном отделе, стеноз передней межжелудочковой артерии 50%, стеноз огибающей артерии 30%
Дистрактор 2	Ультразвуковое исследование органов брюшной полости
Результат	Незначительная гепатомегалия с диффузными изменениями эхоструктуры. Желчный пузырь без патологии. Повышение эхоплотности ткани поджелудочной железы. Мелкие кисты в обоих почках, мелкие конкременты в паренхиме. Размеры и структура селезенки не изменены
Дистрактор 3	Допплерография сонных артерий
Результат	Толщина КИМ общей сонной артерии (правой/левой) - 0,9/0,9 мм. наличие атеросклеротической бляшки в общей сонной артерии слева – без стенозирования просвета
Дистрактор 4	Рентгенография органов грудной клетки
Результат	На обзорной рентгенограмме органов грудной полости в прямой проекции легочные поля без очаговых и инфильтративных теней. Легочный рисунок четкий. Корни структурны. Тень средостения без особенностей. Диафрагма обычная. Синусы свободны
<b>ДИАГНОЗ</b>	
ЗАДАНИЕ № 3	Какой предполагаемый основной диагноз на этапе приемного отделения?
Количество верных ответов	1
Верный ответ	Ишемическая болезнь сердца. Острый инфаркт миокарда нижней стенки левого желудочка
Обоснование	Типичный болевой синдром. Изменения на ЭКГ в виде подъема ST по нижней стенке ЛЖ. Отсутствие сформировавшегося зубца Q на ЭКГ. Наличие повышения маркеров кардионекроза. Наличие зон акинеза по данным ЭХОКГ. Согласно Клиническим рекомендациям МЗ РФ «Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы» 2016 г., данный симптомокомплекс соответствует диагнозу «Острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST (ОКСпST)». ОКСпST диагностируют у больных с ангинозным приступом или другими неприятными ощущениями (дискомфортом) в грудной клетке и стойким (сохраняющимся не менее 20 мин.) подъемом сегмента ST или «новой» (впервые возникшей) блокадой ЛНПГ на ЭКГ. Появление признаков некроза (повышение уровня тропонина и наличие зон акинеза по данным ЭХОКГ) означает, что у больного развился инфаркт миокарда. Локализация изменения на ЭКГ соответствует нижней стенке левого желудочка.

	По МКБ 10 данный диагноз соответствует шифру – I. 21.1 – Острый трансмуральный инфаркт миокарда нижней стенки. URL: <a href="https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr_157/">https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr_157/</a>
Дистрактор 1	Ишемическая болезнь сердца. Нестабильная стенокардия
Дистрактор 2	Ишемическая болезнь сердца. Стенокардия напряжения ФК 3.
Дистрактор 3	Остеохондроз грудного отдела позвоночника, синдром торакалгий
ЗАДАНИЕ № 4	С учетом данных ЭКГ, окклюзии какой коронарной артерии можно предположить?
Количество верных ответов	1
Верный ответ	Правой
Обоснование	<p>Изменения ЭКГ в зависимости от уровня инфаркт-связанной артерии:</p> <p>1. Наиболее выраженный подъем сегмента ST в грудных, I, aVL.</p> <p>1. Окклюзия ЛПН проксимальнее 1-ой септальной (S1) и диагональной (D1) ветвью. Обширное поражение передне-перегородочной зоны. Подъем ST в отведениях V1-V4 и aVR. Снижение ST в отведениях II, III, aVF, часто в V5-V6. Блокада ПНПГ с зубцом Q. Чем больше выражен подъем в aVR, тем больше вовлечена перегородка.</p> <p>2. Окклюзия ЛПН проксимальнее D1, но дистальнее S1. Поражена передне-перегородочная или обширная передняя область. Подъем ST от V2 до V5-6, I, aVL. ST снижен в отведениях II, III, aVF.</p> <p>3. Окклюзия ЛПН дистальнее D1 и S1. Изменения верхушечной области. ST поднят в V2 V4-5, I, aVL. Небольшой подъем (&lt;2мм) ST в отведениях II, III (II&gt;III), aVF.</p> <p>4. Окклюзия ЛПН проксимальнее S1, но дистальнее D1. Изменения передне-перегородочной области. Подъем ST от V1 до V4-5 и aVR. Небольшой подъем ST во II, III. ST снижен в V6.</p> <p>5. Селективная окклюзия D1. Ограниченная передне-боковая область. Подъем ST в I, aVL, иногда V2-V5-6. Снижение ST II, III (III&gt;II), aVF.</p> <p>6. Селективная окклюзия S1. Перегородочная область. ST поднят в V1-V2, aVR. Снижение ST в I, II, III (II&gt;III), aVF, V6.</p> <p>II. Наиболее выраженный подъем сегмента ST в нижних и/или боковых отведениях.</p> <p>7. Окклюзия ПКА проксимальнее ПЖ краевых ветвей. Нижняя стенка и/или нижняя часть перегородки, повреждение правого желудочка. Подъем ST во II, III, aVF (III&gt;II). Снижение ST в I, aVL. Подъем ST в V4R с положительным T. ST на изолинии или небольшой подъем в V1.</p> <p>8. Окклюзия ПКА дистальнее краевых ПЖ ветвей. Нижняя стенка и/или нижняя часть перегородки. Подъем ST во II, III, aVF (III&gt;II). Снижение ST в I, aVL. Снижение ST в V1-3. При очень малой зоне поражения почти нет ST в V1-V2.</p> <p>9. Окклюзия доминирующей ПКА. Большая часть ниже-боковой зоны. Подъем ST во II, III, aVF (III&gt;II). Снижение ST в V1-3&gt; подъема ST во II, III, aVF. При проксимальной окклюзии ПКА ST в V1-V3 изоэлектрический или слегка поднят. Снижение ST в I, aVL (aVL &gt;I). ST поднят в V5-V6 &gt;2 мм.</p> <p><i>Чазов Е. И. Неотложная кардиология / Е.И. Чазов, С.Н. Терещенко, С.П. Голицин – М.: ЭКСМО, 2011. 224 с.</i></p>
Дистрактор	Ствола левой
Дистрактор	Передней нисходящей ветви левой
Дистрактор	Огибающей ветви левой
<b>ЛЕЧЕНИЕ</b>	
ЗАДАНИЕ № 5	В тактику ведения пациента входит проведение тромболитической терапии и
Количество верных ответов	1
Верный ответ	Последующий перевод в специализированный кардиологический стационар, выполняющий неотложные чрескожные коронарные вмешательства
Обоснование	Согласно Клиническим рекомендациям МЗ РФ «Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы» 2016 г., уровень доказательности IБ. Комментарий: рекомендуется начинать тромболитическую терапию в первые 30 минут после контакта с медицинским работником, если у больного нет противопоказаний. Рекомендуется после тромболитизиса транспортировать больных в медицинское учреждение, выполняющее неотложные чрескожные коронарные вмешательства. Рекомендуется предпочесть первичное чрескожные коронарные

	вмешательства, тромболитической терапии в случаях, когда оно может быть выполнено опытной бригадой специалистов в первые 120 (90) минут после контакта с медицинским работником. URL: <a href="https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr_157/">https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr_157/</a>
Дистрактор 1	Принятие решения о переводе в специализированный кардиологический стационар только после оценки результатов тромболизиса
Дистрактор 2	Дальнейшее продолжение лечения в терапевтическом отделении, т.к. после тромболизиса операции реваскуляризации не проводятся
Дистрактор 3	Перевод пациента в отделение кардиологии терапевтического стационара
ЗАДАНИЕ № 6	Пациенту показано дополнительное назначение блокатора P2Y12-рецепторов тромбоцитов (клопидогрел) в дозе ___ (мг)
Количество верных ответов	1
Верный ответ	300
Обоснование	Согласно Клиническим рекомендациям МЗ РФ «Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы» (2016 г.), уровень доказательности IA. Комментарий: Доза клопидогрела перед проведением чрескожных коронарных вмешательств составляет 600 мг (300 мг уже дано на догоспитальном этапе). URL: <a href="https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr_157/">https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr_157/</a>
Дистрактор 1	75
Дистрактор 2	600-
Дистрактор 3	150
ЗАДАНИЕ № 7	Показания к назначению бета-блокаторов с первых часов заболевания отсутствуют по причине
Количество верных ответов	1
Верный ответ	Кардиогенного шока
Обоснование	Согласно Клиническим рекомендациям МЗ РФ «Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы» (2016 г.), уровень доказательности IB. Комментарий: Прием внутрь бета-адреноблокаторов, не обладающих внутренней симпатомиметической активностью, рекомендовано начать с первых часов лечения ОКС б/п ST и продолжить неопределенно долго в дальнейшем, если нет противопоказаний. Лечение бета-адреноблокаторами (в особенности их внутривенное введение) не следует начинать при наличии СН (включая признаки низкого сердечного выброса), повышенной опасности развития кардиогенного шока (сочетание возраста >70 лет, ЧСС >110 мин., систолического АД <120 мм рт. ст., длительного срока после возникновения ИМ), продолжительности интервала PQ>0,24 с, АВ-блокад 2-й или 3-й степени без установленного электрокардиостимулятора, сохраняющегося бронхоспазма. Бронхиальная астма и хроническая обструктивная болезнь легких без сохраняющегося бронхоспазма не являются абсолютными противопоказаниями к бета-адреноблокаторам. В этих случаях преимущества – за кардиоселективными бета-адреноблокаторами и начинать лечение следует с низких доз. URL: <a href="https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr_157/">https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr_157/</a>
Дистрактор	Брадикардии
Дистрактор	Повышения уровня глюкозы в крови
Дистрактор	Отсутствия артериальной гипертензии и тахикардии
ЗАДАНИЕ № 8	Показания к назначению ингибитора ангиотензинпревращающего фермента с первых часов заболевания отсутствуют по причине
Количество верных ответов	1
Верный ответ	Артериальной гипотонии
Обоснование	Согласно Клиническим рекомендациям МЗ РФ «Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы» (2016 г.), уровень доказательности IA. Комментарий: рекомендуются ингибиторы АПФ при отсутствии артериальной гипотонии, гиповолемии и выраженной почечной недостаточности. URL: <a href="https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr_157/">https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr_157/</a>

Дистрактор	Повышенного уровня креатинина
Дистрактор	Повышенного уровня глюкозы
Дистрактор	Повышенного уровня холестерина
ЗАДАНИЕ № 9	Проведение оксигенотерапии показано по причине
Количество верных ответов	1
Верный ответ	Кардиогенного шока
Обоснование	Согласно Клиническим рекомендациям МЗ РФ «Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы» (2016 г.), уровень доказательности IC. Комментарий: при кардиогенном шоке рекомендуется оксигенотерапия, при необходимости поддержка дыхания, включая интубацию трахеи с механической ИВЛ. URL: <a href="https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr_157/">https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr_157/</a>
Дистрактор	Сниженной сатурации
Дистрактор	Диагноза инфаркта
Дистрактор	Брадикардии
ЗАДАНИЕ № 10	С учетом описанной на ЭКГ синусовой брадикардии с ЧСС 45 в мин. необходимо:
Количество верных ответов	1
Верный ответ	Ввести внутривенно атропин
Обоснование	Согласно Клиническим рекомендациям МЗ РФ «Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы» (2016 г.), уровень доказательности IC. Комментарий: рекомендуется в/в введение атропина у больных с синусовой брадикардией, сопровождающейся артериальной гипотонией, АВ блокадой II степени типа Мобитц II или АВ блокадой III степени с брадикардией, которая вызывает артериальную гипотонию или СН. При его неэффективности рекомендована временная электрическая кардиостимуляция. URL: <a href="https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr_157/">https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr_157/</a> Уровень убедительности рекомендаций I (Уровень достоверности доказательств C)
Дистрактор	Выполнить электрическую кардиостимуляцию
Дистрактор	Установить постоянный кардиостимулятор
Дистрактор	Продолжить наблюдение за пациентом, не предпринимая никаких действий
<b>ВАРИАТИВ</b>	
ЗАДАНИЕ № 11	При назначении статинов рекомендовано достигать целевого уровня липопротеинов низкой плотности на дальнейшем амбулаторном этапе лечения менее _____ (пороговое значение в ммоль/л)
Количество верных ответов	1
Верный ответ	1,5
Обоснование	Согласно Клиническим рекомендациям МЗ РФ «Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы» (2016 г.), уровень доказательности IA. Комментарий: у всех больных с ОКСпСТ рекомендовано начать или продолжить лечение высокой дозой статинов вне зависимости от исходного уровня холестерина, если к ним нет противопоказаний и высокие дозы статинов хорошо переносятся. Рекомендована интенсивная терапия статинами, которая должна продолжаться неопределенно долго. Уровень ХС ЛНП <1,8 ммоль/л рассматривается в качестве цели для профилактики сердечно-сосудистых осложнений у пациентов с очень высоким ССР). В российских рекомендациях «Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза» (VI пересмотр, 2017 г.) для пациентов очень высокого риска предлагается целевой уровень ХС ЛНП по <1,5 ммоль/л. URL: <a href="https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr_157/">https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr_157/</a>
Дистрактор	2,5
Дистрактор	3,0
Дистрактор	3,5

ЗАДАНИЕ № 12	Длительность двойной антитромбоцитарной терапии должна составлять
Количество верных ответов	1
Верный ответ	12 месяцев
Обоснование	Согласно Клиническим рекомендациям МЗ РФ «Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы» (2016 г.), уровень доказательности IB. Комментарий: у больных с ОКСпST рекомендовано продолжать двойную анти-тромбоцитарную терапию в течение 1 года вне зависимости от тактики лечения и типа установленного стента, если нет противопоказаний (в частности, чрезмерного риска кровотечений). URL: <a href="https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr_157/">https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr_157/</a>
Дистрактор	6 месяцев
Дистрактор	1 месяц
Дистрактор	5 лет

### ПАСПОРТ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

Организация	ФГБОУ ВО «Рязанский ГМУ имени академика И. П. Павлова» Минздрава России
Автор кейса	Косяков Алексей Викторович
Должность	Ассистент кафедры госпитальной терапии с курсом медико-социальной экспертизы
Специальность	Общая врачебная практика (семейная медицина)
Дисциплина/модуль	Кардиология, экспертиза стойких нарушений здоровья
Профессиональный стандарт (код, наименование)	Врач общей практики (семейный врач)
Уровень сложности: базовый – 1, средний – 2, повышенной сложности – 3.	Средний - 2
Пригодность для другой специальности (если да, то указать какой)	Медико-социальная экспертиза, кардиология, терапия

### АННОТАЦИЯ

№ п/п	Код трудовой функции	Наименование трудовой функции
1	A/01.8	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
2	A/02.8	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности
3	A/03.8	Реализация и контроль эффективности медицинской реабилитации пациента, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов, оценка способности пациента осуществлять трудовую деятельность
4	A/07.8	Оказание специализированной медицинской помощи населению по профилю «терапия» в стационарных условиях, а также в условиях дневного стационара

№ п/п	Код МКБ-10	Наименование нозологии
1	I48	Фибрилляция и трепетание предсердий
2	I48.1	Ишемическая болезнь сердца

### УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

#### Ситуация

Пациент Р. наблюдается у участкового терапевта около пяти лет, в связи с неэффективностью проводимых лечебных и реабилитационных мероприятий врачебной комиссией принято решение направить пациента на МСЭ

#### Жалобы

На одышку при физической нагрузке, чувство сердцебиения и перебоев в работе сердца, периодический подъем уровня артериального давления, общую слабость

## Анамнез заболевания

Пациент Р. 54 года, работал помощником машиниста, стаж работы 27 лет. Наблюдается у врача кардиолога около пяти лет. Страдает гипертонической болезнью III ст., II ст., риск ССО 4. Два года назад появились жалобы на перебои в работе сердца, учащенное сердцебиение. Диагностирована перманентная форма фибрилляции предсердий (бради-тахисистолическая форма). Проводимое лечение с незначительным положительным эффектом, настоящее ухудшение в течение 4 месяцев. Решено направить пациента на МСЭ.

## Анамнез жизни

Работал помощником машиниста электропоезда дальнего следования. Профессиональной вредности не имеет. Курит 30 лет, по 20 сигарет в сутки, алкоголь употребляет по праздникам. Травмы, операции и хронические заболевания отрицает. Аллергологический анамнез без особенностей. Родители страдают гипертонической болезнью.

## Объективный статус

Состояние удовлетворительное, сознание ясное, ориентирован во времени и пространстве. Рост 174 см, масса тела 69 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. В легких: дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в 1 мин. Сердце: тоны сердца приглушены, ритм неправильный с ЧСС 90 – 110 в мин. АД 150/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Периферических отеков нет. Физиологические отправления в норме.

## ЗАДАНИЯ

ПРОЦЕДУРА НАПРАВЛЕНИЯ НА МСЭ	
ЗАДАНИЕ № 1	Данному пациенту перед направлением на МСЭ необходимо выполнить
Количество верных ответов	2
Верный ответ 1	Регистрацию ЭКГ в 12 отведениях
Обоснование	Проведение ЭКГ в 12-ти отведениях в покое рекомендована всем пациентам, которые проходят обследование на предмет нарушений ритма сердца. URL: <a href="https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr_242/#list_item_91ef8">https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr_242/#list_item_91ef8</a> ; URL: <a href="https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr_244/#list_item_08ce5">https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr_244/#list_item_08ce5</a>
Результат	Фибрилляция предсердий с частотой 90–110 в мин.
Верный ответ 2	Холтеровское мониторирование сердечного ритма
Обоснование	Холтеровское мониторирование сердечного ритма (с оценкой ЧСС в сопоставлении с возрастными нормативными значениями, наличия эпизодов асистолии, сопутствующих нарушений ритма сердца, процентной представленности и плотности эктопического ритма, числа пауз ритма > 3 сек., максимальной продолжительности пауз сердечного ритма, суточной динамики интервала QT) (давностью не более 2 месяцев с даты проведения). Приказ Минтруда России № 52н, Минздрава России № 35н от 31.01.2019 «Об утверждении перечня медицинских обследований необходимых для получения клинико-функциональных данных в зависимости от заболевания в целях проведения медико-социальной экспертизы». URL: <a href="https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr_242/#list_item_3pegk">https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr_242/#list_item_3pegk</a> ; URL: <a href="https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr_244/#list_item_58h75">https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr_244/#list_item_58h75</a>
Результат	За время обследования зарегистрирована бради-тахикардия с ЧСС 45–146 в мин., желудочковая экстрасистолия 4А градации по Райан.
Дистрактор 1	Рентгенограмму органов грудной клетки в 2 проекциях
Результат	Легочные поля без отчетливых очаговых и инфильтративных теней. Корни легких структурны, без выраженных деформаций. Видимые синусы свободны. Сердце расширено влево, аорта уплотнена.
Дистрактор 2	Велоэргометрию
Результат	Субмаксимальная ЧСС 160 в мин. Общее время исследования 20 мин. Время нагрузочного теста 09:00 мин. Продолжительность восстановительного периода 5 минут. Исходная ЧСС 90 в мин. Максимальная ЧСС 149 в мин. Исходное АД 140/90 мм рт. ст.. Максимальное АД 170/100 мм рт. ст. Выполненная работа 125 Вт (9.5 METS). Заключение: толерантность к нагрузке высокая, признаки скрытой коронарной недостаточности не выявлены.

Дистрактор 3	Определение гормонов щитовидной железы
Результат	Тиреотропный гормон 10,5 мМЕ/мл, свободный Т4 0,9 нг/дл, свободный Т3 3,69 нг/мл.
Дистрактор 4	Тредмил тест
Результат	Результат теста на коронарную недостаточность отрицательный – диагностически значимой динамики сегмента ST не было зарегистрировано ни во время выполнения теста, ни в восстановительном периоде.
ЗАДАНИЕ № 2	Согласно данным анамнеза, жалобам, результатам инструментального обследования пациент будет направлен на МСЭ с диагнозом: ИБС: аритмический вариант _____ градации по Ryan
Количество верных ответов	1
Верный ответ	Перманентная форма фибрилляции предсердий (бради-тахисистолическая форма), желудочковая экстрасистолия IV
Обоснование	В зависимости от частоты ритма желудочков выделяют: нормосистолический вариант ТП (средняя частота в диапазоне от 60 до 100 в минуту); брадисистолический вариант ТП (частота менее 60 в минуту) и тахисистолический варианты ТП (частота более 100 в минуту). Трепетание предсердий может иметь пароксизмальное (приступообразное), непрерывно рецидивирующее и хроническое течение. URL: <a href="https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr_888/index.html#paragraph_n7b5f">https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr_888/index.html#paragraph_n7b5f</a>
Дистрактор	Постоянная форма фибрилляции предсердий (бради-тахисистолическая форма), желудочковая экстрасистолия I
Дистрактор	Перманентная форма фибрилляции предсердий (тахисистолическая форма), желудочковая экстрасистолия IV
Дистрактор	Постоянная форма фибрилляции предсердий (брадисистолическая форма), желудочковая экстрасистолия I
<b>УСТАНОВЛЕНИЕ ИНВАЛИДНОСТИ</b>	
ЗАДАНИЕ № 3	Данный пациент имеет стойкие нарушения _____ системы
Количество верных ответов	1
Верный ответ	Сердечно-сосудистой
Обоснование	К основным видам стойких расстройств функций организма человека относятся: нарушения психических функций (сознания, ориентации, интеллекта, личностных особенностей, волевых и побудительных функций, внимания, памяти, психомоторных функций, эмоций, восприятия, мышления, познавательных функций высокого уровня, умственных функций речи, последовательных сложных движений); нарушения языковых и речевых функций: устной (ринолалия, дизартрия, заикание, алалия, афазия); письменной (дисграфия, дислексия), вербальной и невербальной речи; нарушение голосообразования); нарушения сенсорных функций (зрения; слуха; обоняния; осязания; тактильной, болевой, температурной, вибрационной и других видов чувствительности; вестибулярной функции; боль); нарушения нейромышечных, скелетных и связанных с движением (статодинамических) функций (движения головы, туловища, конечностей, в том числе костей, суставов, мышц; статики, координации движений); нарушения функций сердечно-сосудистой системы, дыхательной системы, пищеварительной, эндокринной систем и метаболизма, системы крови и иммунной системы, моче-выделительной функции, функции кожи и связанных с ней систем; нарушения, обусловленные физическим внешним уродством (деформации лица, головы, туловища, конечностей, приводящие к внешнему уродству; аномальные отверстия пищеварительного, мочевыделительного, дыхательного трактов; нарушение размеров тела).  Приказ Минтруда России от 5 июля 2016 года № 346н «О внесении изменений в классификации и критерии, используемые при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, утвержденные приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 17 декабря 2015 года № 1024н». URL: <a href="https://base.garant.ru/71309914/">https://base.garant.ru/71309914/</a>
Дистрактор	Нервной
Дистрактор	Мочевыделительной

Дистрактор	Пищеварительной
ЗАДАНИЕ № 4	Данный пациент имеет степень (в процентах) нарушения функции сердечно-сосудистой системы
Количество верных ответов	1
Верный ответ	40-50
Обоснование	Пункт 2.2.8.2. Приказ Минтруда России от 17.12.2015 № 1024н (ред. от 05.07.2016) «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы». URL: <a href="https://base.garant.ru/71309914/">https://base.garant.ru/71309914/</a>
Дистрактор	10-20
Дистрактор	70-80
Дистрактор	90-100
ЗАДАНИЕ № 5	Данному пациенту необходимо проходить переосвидетельствование для подтверждения группы инвалидности один раз в
Количество верных ответов	1
Верный ответ	год
Обоснование	Переосвидетельствование инвалидов III группы – 1 раз в год. Постановление Правительства РФ от 20.02.2006 № 95 (ред. от 04.06.2019) «О порядке и условиях признания лица инвалидом». URL: <a href="http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_58610/">http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_58610/</a>
Дистрактор	Два года
Дистрактор	Три года
Дистрактор	Пять лет
<b>ЛЕЧЕНИЕ</b>	
ЗАДАНИЕ № 6	Для прогнозирования риска ишемического инсульта и системного тромбоэмболизма при фибрилляции предсердий применяют шкалу
Количество верных ответов	1
Верный ответ	CHA2DS2-VASc
Обоснование	Шкала CHA2DS2-VASc – это простой клинический инструмент для прогнозирования риска ишемического инсульта и системного тромбоэмболизма при фибрилляции предсердий. URL: <i>Lip GY, Nieuwlaat R, Pisters R, Lane DA, Crijns HJ. Refining clinical risk stratification for predicting stroke and thromboembolism in atrial fibrillation using a novel risk factor-based approach: the euro heart survey on atrial fibrillation. Chest. 2010 Feb;137(2):263-72.</i>
Дистрактор	Риска TIMI
Дистрактор	HAS-BLEND
Дистрактор	HADS
ЗАДАНИЕ № 7	Стратегия консервативного лечения «контроль ритма сердца» будет включать
Количество верных ответов	1
Верный ответ	<b>Внутривенное применение антиаритмических препаратов</b>
Обоснование	При неэффективности мероприятий по контролю частоты сердечных сокращений вовремя ФП для прекращения аритмии и восстановления синусового ритма рекомендуется внутривенное применение антиаритмических препаратов. URL: <a href="https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr_888/index.html#list_item_6498t">https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr_888/index.html#list_item_6498t</a>
Дистрактор	Катетерную абляцию АВ-узла
Дистрактор	Внутривенное применение препаратов, замедляющих атриовентрикулярное проведение (в-адреноблокаторы)
Дистрактор	Внутривенное применение препаратов, замедляющих атриовентрикулярное проведение (негидропиридиновых антагонистов кальция)
<b>РЕАБИЛИТАЦИЯ/АБИЛИТАЦИЯ</b>	
ЗАДАНИЕ № 8	После проведения катетерной абляции фибрилляции предсердий или трепетания предсердий рекомендовано ограничение физических нагрузок в течение

Количество верных ответов	1
Верный ответ	1 недели
Обоснование	После проведения катетерной абляции ФП или ТП рекомендовано ограничение физических нагрузок в течение 1 недели. URL: <a href="https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr_888/index.html#list_item_djkh3">https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr_888/index.html#list_item_djkh3</a>
Дистрактор	1 месяца
Дистрактор	1 дня
Дистрактор	1 года
ЗАДАНИЕ № 9	Основное направление реабилитации инвалида для данного пациента включает в себя
Количество верных ответов	1
Верный ответ	Санаторно-курортное лечение
Обоснование	Остальные виды реабилитации не показаны ввиду отсутствия необходимости их проведения и формирования отсутствующих у инвалида способностей из-за наличия тяжелого неинфекционного заболевания Приказ от 13 июня 2017 г. № 486н «Об утверждении порядка разработки и реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида, индивидуальной программы реабилитации или абилитации ребенка-инвалида, выдаваемых федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, и их форм». URL: <a href="https://base.garant.ru/71734826/">https://base.garant.ru/71734826/</a>
Дистрактор	Реконструктивную хирургию
Дистрактор	Социально-педагогическую адаптацию
Дистрактор	Профессиональную реабилитацию
ЗАДАНИЕ № 10	Данный пациент имеет _____ уровень реабилитационного потенциала
Количество верных ответов	1
Верный ответ	Удовлетворительный
Обоснование	Удовлетворительный реабилитационный потенциал в случае неполного выздоровления с остаточными проявлениями в виде умеренно выраженного нарушения функций, выполнения основных видов деятельности с трудом, в ограниченном объеме, частичного восстановления трудоспособности, при сохранении частичного снижения качества и уровня жизни, потребности в социальной поддержке и материальной помощи (частичная реабилитация – переход из I или II группы в III группу инвалидности) <i>Шмелева С.В.</i> Медико-социальная реабилитация / С.В. Шмелева – ООО «КвантМедиа», 2013. URL: <a href="https://docplayer.ru/64344907-Svetlana-shmeleva-mediko-socialnaya-reabilitaciya.html">https://docplayer.ru/64344907-Svetlana-shmeleva-mediko-socialnaya-reabilitaciya.html</a>
Дистрактор	Низкий
Дистрактор	Очень низкий
Дистрактор	Высокий
<b>ВАРИАТИВ</b>	
ЗАДАНИЕ № 11	Системой мер, обеспечивающей социальные гарантии данному инвалиду, устанавливаемой законами и иными нормативными правовыми актами, за исключением пенсионного обеспечения, является _____ инвалида
Количество верных ответов	1
Верный ответ	Социальная поддержка
Обоснование	Социальная поддержка инвалидов – система мер, обеспечивающая социальные гарантии инвалидам, устанавливаемая законами и иными нормативными правовыми актами, за исключением пенсионного обеспечения. (Часть вторая введена Федеральным законом от 22.08.2004 № 122-ФЗ). Федеральный закон от 24.11.1995 № 181-ФЗ (ред. от 29.07.2018) «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации». URL: <a href="https://base.garant.ru/10164504/">https://base.garant.ru/10164504/</a>
Дистрактор	Социальная защита
Дистрактор	Социализация
Дистрактор	Социальная адаптация

ЗАДАНИЕ № 12	Данный пациент имеет _____ степень выраженности ограничений способности к трудовой деятельности
Количество верных ответов	1
Верный ответ	Первую
Обоснование	1 степень – способность к выполнению трудовой деятельности в обычных условиях труда при снижении квалификации, тяжести, напряженности и (или) уменьшении объема работы, неспособность продолжать работу по основной профессии (должности, специальности) при сохранении возможности в обычных условиях труда выполнять трудовую деятельность более низкой квалификации. Классификации основных категорий жизнедеятельности человека и степени выраженности ограничений этих категорий. Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 17 декабря 2015 г. № 1024н «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы». URL: <a href="https://base.garant.ru/71309914/">https://base.garant.ru/71309914/</a>
Дистрактор	Вторую
Дистрактор	Третью
Дистрактор	Четвертую

### ПАСПОРТ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

Организация	ФГБОУ ВО «Тюменский ГМУ» Минздрава России
Автор кейса	Мищенко Татьяна Андреевна
Ученая степень	Кандидат медицинских наук
Должность	Доцент кафедры пропедевтической и факультетской терапии
Специальность	Общая врачебная практика (семейная медицина)
Дисциплина/модуль	Заболевания сердечно-сосудистой системы
Профессиональный стандарт (код, наименование)	Врач общей практики (семейный врач)
Уровень сложности:	2 – средний
Пригодность для другой специальности	Кардиология, терапия

### АННОТАЦИЯ

№ п/п	Код трудовой функции	Наименование трудовой функции
1	A/07.8	Оказание специализированной медицинской помощи населению по профилю «терапия» в стационарных условиях, а также в условиях дневного стационара

№ п/п	Код МКБ-10	Наименование нозологии
1	I33.0	Острый и подострый инфекционный эндокардит

### УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

#### Ситуация

Женщина 35 лет была доставлена бригадой скорой медицинской помощи в приемное отделение терапевтического стационара (по предварительному звонку о тяжести состояния).

#### Жалобы

На лихорадку до 37–38,5° С с ознобами по вечерам, одышку смешанного характера при минимальной физической нагрузке и в горизонтальном положении, сердцебиение, боли в суставах, слабость, головокружение, отсутствие аппетита в течение последнего месяца.

#### Анамнез заболевания

В возрасте 16 лет перенесла тяжелый тонзиллит, после чего стала отмечать появление смешанной одышки при интенсивной физической нагрузке, за медицинской помощью не обращалась. В 23 года при обследовании по поводу первой беременности был выявлен митральный стеноз легкой степени. Пациентка регулярно у кардиолога не наблюдалась, терапию не принимала. Год назад в связи с прогрессированием симптомов сердечной недостаточности (снижение толерантности к физической нагрузке, нарастанием одышки) пациентка была консультирована кардиологом и кардиохирургом. Пять месяцев назад было выполнено протезирование

митрального клапана механическим протезом, послеоперационный период без осложнений, пациентка была выписана из кардиохирургического отделения в удовлетворительном состоянии без симптомов сердечной недостаточности. После выписки постоянно принимала бисопролол 2,5 мг в сутки, варфарин 5 мг в сутки (последний контроль МНО 3 недели назад – 2,6). Лихорадку с подъемами температуры до 37,5 °С стала отмечать в течение последнего месяца. Пациентка расценила свое состояние как острое респираторное заболевание, за медицинской помощью не обращалась, самостоятельно принимала нестероидные противовоспалительные препараты. В дальнейшем присоединились боли в суставах, температура повышалась до 38,5 °С, появилась одышка и малопродуктивный кашель с отхождением жидкой слизистой мокроты при минимальной физической нагрузке, стало невозможно спать в горизонтальном положении. Отсутствие эффекта от приема жаропонижающих препаратов, появление одышки, ухудшение общего самочувствия явились поводом для вызова скорой медицинской помощи.

### Анамнез жизни

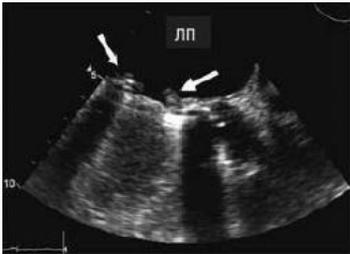
- иные хронические заболевания отрицает;
- не курит, алкоголем не злоупотребляет;
- профессиональных вредностей не имела;
- аллергических реакций не было.

### Объективный статус

Состояние тяжелое. Положение ортопноэ. Температура тела — 38,5 °С. При осмотре кожные покровы теплые, бледные, акроцианоз, цианоз губ, на ладонях обнаружены безболезненные геморрагические пятна, диаметром 1–4 мм. Симптом шипка положительный. Периферических отеков нет, отмечается пастозность стоп и голей. Периферические лимфоузлы не увеличены. Масса тела 64 кг, индекс массы тела 24 кг/м<sup>2</sup>. Суставы нормальных размеров и формы, объем активных и пассивных движений полный. Грудная клетка цилиндрической формы. При сравнительной перкуссии легких звук ясный легочный, с притуплением над нижними отделами. При аускультации дыхание жесткое, влажные хрипы в нижних отделах с обеих легких. Частота дыхательных движений — 24 в минуту, сатурация SpO<sub>2</sub> – 90 % без респираторной поддержки. При осмотре прекардиальной области патологических деформаций не выявлено. При пальпации области сердца верхушечный толчок, увеличенный по площади, приподнимающий, локализуется в V межреберье на 2 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Границы относительной сердечной тупости: правая — на 1,5 см кнаружи от правого края грудины, верхняя — нижний край II ребра, левая – на 2 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии в V межреберье. При аускультации сердца: тоны сердца ритмичные, на верхушке – грубый систолический шум, проводящийся, в левую подмышечную область, выслушивается акцент II тона во втором межреберье слева от края грудины. Частота сердечных сокращений – 115 ударов в минуту. Пульс ритмичный, симметричный на обеих руках, слабого наполнения и напряжения, дефицита пульса нет. Артериальное давление – 90 и 60 мм рт. ст. Живот при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный. При глубокой пальпации живота по методу Образцова–Стражеско патологии не выявлено. Размеры печени по Курлову — 13(2)х9х9 см. Пальпация печени умеренно безболезненна. Селезенка: пальпируется нижний полюс на 3 см ниже края левой реберной дуги, ординаты при перкуссии 14(3)х7 см. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Пальпация в точках Кюве безболезненна. Стул и мочеиспускание, со слов, без особенностей. По тяжести состояния с предварительным диагнозом «Инфекционный эндокардит. Инфекционно-токсический шок I степени» пациентка была госпитализирована в отделение анестезиологии и реанимации.

### ЗАДАНИЯ

ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ	
ЗАДАНИЕ № 1	К необходимым в данной ситуации – инструментальным методам исследования относятся
Количество верных ответов	5
Верный ответ 1	Допплер-ЭХОКГ
Обоснование	Рекомендуется ЭХОКГ, которая играет ключевую роль в диагнозе и ведении пациента с ИЭ (4С). Комментарий: ЭХОКГ также полезна для оценки прогноза пациентов с ИЭ, оценки динамики лечения и после хирургического вмешательства ЭХОКГ особенно полезна для первичной оценки риска эмболии и принятия решения по поводу ИЭ. При подозрении на ИЭ рекомендуется выполнение ЭХОКГ для выявления вегетаций (4С). Комментарий: необходимо эхокардиографическая оценка гемодинамической характеристики патологии клапанного аппарата, оценка функции желудочков и давления в ЛА и для выявления осложнений. Рекомендуется ЭХОКГ для выявления инфекционного эндокардита протезированного клапана(4С).

	Комментарии: для диагностики ИЭ протезированных клапанов сердца в условиях персистирующей лихорадки без bacteriemia или шумов в сердце выполняется данное исследование для обнаружения инфекционного процесса. URL: <a href="https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr_376/index.html#paragraph_3gag1">https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr_376/index.html#paragraph_3gag1</a>
Результат	Толщина межжелудочковой перегородки в диастолу 9 мм (норма до 10 мм), толщина задней стенки левого желудочка в диастолу 10 мм (норма до 11 мм). Конечный диастолический объем левого желудочка (КДО ЛЖ) – 160 мл (норма 55-149 мл), размер левого предсердия – 52 мм (норма 20-36 мм). Двустворчатый протез митрального клапана лоцирован в митральной позиции, паравальвулярных образований и фистул не выявлен. Митральная регургитация III ст. Корень аорты 28 мм (норма 20-38 мм). Фракция выброса левого желудочка снижена по Simpson 39 % (норма более 50%). Эхо-признаки легочной гипертензии II степени – 52 мм рт. ст. (норма до 30 мм.рт. ст.). Правый желудочек: полость не расширена – 28 мм (норма 7-26 мм). Толщина стенки правого желудочка в диастолу – 6 мм (норма 2-4 мм). Створки трикуспидального клапана не изменены. Трикуспидальная недостаточность I степени.
Верный ответ 2	Чреспищеводная доплер-ЭХОКГ
Обоснование	Рекомендуется чреспищеводная ЭХОКГ всем пациентам с установленным диагнозом инфекционный эндокардит или с подозрением на инфекционный эндокардит (4С). Комментарии: когда при трансторакальной ЭХОКГ не обнаружена патология, развились осложнения или клинические проявления и также при наличии внутрисердечных устройств. URL: <a href="https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr_376/index.html#paragraph_3gag1">https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr_376/index.html#paragraph_3gag1</a>
Результат	 <p>Толщина межжелудочковой перегородки в диастолу 9 мм (норма до 10 мм), толщина задней стенки левого желудочка в диастолу 10 мм (норма до 11 мм). Конечный диастолический объем левого желудочка (КДО ЛЖ) — 160 мл (норма 55-149 мл), размер левого предсердия — 52 мм (норма 20-36 мм). Двустворчатый протез митрального клапана лоцирован в митральной позиции, паравальвулярных образований и фистул не выявлено, на створках лоцированы гиперэхогенные образования с четкими неровными контурами 10 и 12 мм соответственно. Митральная регургитация III ст. Корень аорты 28 мм (норма 20-38 мм). Фракция выброса левого желудочка снижена по Simpson 39% (норма более 50%). ЭХО признаки легочной гипертензии II степени – 52 мм рт. ст. (норма до 30 мм рт. ст.). Правый желудочек полость не расширена – 26 мм (норма 7-26 мм). Толщина стенки правого желудочка в диастолу – 6 мм (норма 2-4 мм). Створки трикуспидального клапана не изменены. Трикуспидальная недостаточность I степени.</p>
Верный ответ 3	Мультиспиральная компьютерная томография
Обоснование	При подозрении на паравальвулярную инфекцию, когда нет убедительных эхокардиографических данных, показано выполнение компьютерной томографии для уточнения диагноза и локализации процесса (4С). URL: <a href="https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr_376/index.html#paragraph_3gag1">https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr_376/index.html#paragraph_3gag1</a>
Результат	МСКТ-признаки венозного застоя в легких. Расширение левых камер сердца. Вегетации на протезе митрального клапана. Паравальвулярных образований не выявлено.
Верный ответ 4	Метаболическая позитронно-эмиссионная томография с 18-фтордезоксиглюкозой (18-ФДГ-ПЭТ)

Обоснование	Дополнительные данные, которые предоставляются этими методами, позволяют уменьшить частоту пропущенных инфекционных эндокардитов, относимых к «вероятному инфекционному эндокардиту» по Duke, а также позволяют найти периферические эмболические и метастатические инфекционные события. Рекомендации Европейского общества кардиологов (ESC) по ведению больных с инфекционным эндокардитом 2015 // Российский кардиологический журнал. – 2016. – № 5 (133) – С. 80. URL: <a href="https://scardio.ru/content/Guidelines/ESC_Inf_Endokardit_2015.pdf">https://scardio.ru/content/Guidelines/ESC_Inf_Endokardit_2015.pdf</a>
Результат	Выявлены зоны метаболической активности или воспаления в проекции левого атриовентрикулярного кольца
Верный ответ 5	Однофотонная эмиссионная компьютерная томография с применением радиофармпрепарата лейкоцитов
Обоснование	Дополнительные данные, которые предоставляются этими методами, позволяют уменьшить частоту пропущенных инфекционных эндокардитов, относимых к «вероятному инфекционному эндокардиту» по Duke, а также позволяют найти периферические эмболические и метастатические инфекционные события. Рекомендации Европейского общества кардиологов (ESC) по ведению больных с инфекционным эндокардитом 2015 // Российский кардиологический журнал. – 2016. – № 5 (133) – С. 80. URL: <a href="https://scardio.ru/content/Guidelines/ESC_Inf_Endokardit_2015.pdf">https://scardio.ru/content/Guidelines/ESC_Inf_Endokardit_2015.pdf</a>
Результат	Выявлены зоны метаболической активности или воспаления в проекции левого атриовентрикулярного кольца
Дистрактор 1	Мультиспиральная компьютерная томография головного мозга
Результат	Исследование проведено по стандартной методике. Получены аксиальные изображения субтенториальных и супратенториальных структур головного мозга. Срединные структуры мозга не смещены. Желудочковая система не расширена. Боковые желудочки. Субарахноидальное пространство больших полушарий, сильвиевы щели не расширены. Базальные цистерны мозга без особенностей. Видимые отделы орбит без особенностей. Заключение: Патологии не найдено.
ЗАДАНИЕ № 2	К необходимым в данной ситуации лабораторным методам исследования относятся
Количество верных ответов	5
Верный ответ 1	Исследование крови на гемокультуру
Обоснование	Рекомендуется выполнение как минимум 2 посевов крови у пациентов с риском развития инфекционного эндокардита (4С). Комментарии: пациентам с врожденными и приобретенными аномалиями развития, ранее перенесенным инфекционным эндокардитом, с протезами клапанов сердца, иммунодефицитным статусом или инъекционным наркоманам, имеющим лихорадку неясного генеза более 48 часов. URL: <a href="https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr_376/index.html#paragraph_3gag1">https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr_376/index.html#paragraph_3gag1</a>
Результат	При бактериологическом исследовании крови выявлен St. aureus x10 <sup>8</sup> . Метициллин-резистентный штамм
Верный ответ 2	Коагулограмма
Обоснование	Рекомендуется выполнение исследования, направленного на определение свертываемости крови (4С). URL: <a href="https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr_376/index.html#paragraph_3gag1">https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr_376/index.html#paragraph_3gag1</a>
Результат	ПТИ 52%, ПВ 29 сек, МНО 3,0, АЧТВ 42 сек
Верный ответ 3	Общеклинический анализ крови
Обоснование	Рекомендуется выполнение общего анализа для выявления тех или иных отклонений (4С). URL: <a href="https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr_376/index.html#paragraph_3gag1">https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr_376/index.html#paragraph_3gag1</a>
Результат	Эритроциты 2,9x10 <sup>12</sup> /л, гемоглобин — 115 г/л, лейкоциты — 15 x 10 <sup>9</sup> /л, лейкоцитарная формула: палочкоядерные — 8%, сегментоядерные — 75%, эозинофилы — 0%, лимфоциты — 11%, моноциты — 6%, тромбоциты 150x10 <sup>9</sup> /л, скорость оседания эритроцитов — 25 мм/ч.

Верный ответ 4	Общеклинический анализ мочи
Обоснование	Рекомендуется выполнение общего анализа мочи для выявления отклонений (4С). URL: <a href="https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr_376/index.html#paragraph_3gag1">https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr_376/index.html#paragraph_3gag1</a>
Результат	Цвет желтый, прозрачность +, УВ 1025, белок ++, pH кислая, эпителий 1-2 в поле зрения, эритроциты 0-1 в поле зрения, бактерии не выявлены.
Верный ответ 5	Биохимический анализ крови
Обоснование	Рекомендуется выполнение биохимического исследования крови для выявления изменений со стороны печени и почек (4С). Рекомендуется определения ревматоидного фактора, который часто бывает повышен в острой фазе заболевания (4С). URL: <a href="https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr_376/index.html#paragraph_3gag1">https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr_376/index.html#paragraph_3gag1</a>
Результат	Глюкоза 3,4 ммоль/л, креатинин 98 мкмоль/л, мочевина 8,7 ммоль/л, общий белок 54 г/л, СРБ +++, фибриноген – 6,5 г/л, АСТ 33Е/л, АЛТ 39 Е/л, билирубин общий 28 мкмоль/л, прямой 3,7 ммоль/л, калий 3,1 ммоль/л, натрий 138 ммоль/л, хлор 96 ммоль/л, кальций 2,2 ммоль/л. Титр антигиалурунидазы – 198 (норма – до 300), титр антистрептолизина-О – 115 (норма – до 250). РФ +.
Дистрактор 1	Исследование пунктата костного мозга
Результат	Патологии не найдено
<b>ДИАГНОЗ</b>	
ЗАДАНИЕ № 3	Выявленный инфекционный эндокардит согласно современной классификации является _____, активным, острым
Количество верных ответов	1
Верный ответ	Ранним протезным
Обоснование	Протезный инфекционный эндокардит – поражение инфекцией ранее имплантированных искусственных механических и биологических клапанов сердца. К этой категории следует отнести пациентов, перенесших реконструкцию клапанов сердца с использованием синтетических и биологических имплантатов. Ранний протезный эндокардит – эндокардит, возникший в течение 12 месяцев после операции Активный – имеются клинические симптомы, лабораторные признаки, морфологические признаки воспаления ткани клапанов сердца. Острый – до 8 недель от начала заболевания. URL: <a href="https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr_376/index.html#paragraph_3gag1">https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr_376/index.html#paragraph_3gag1</a>
Дистрактор	Поздним протезным
Дистрактор	Вторичным
Дистрактор	Первичным
ЗАДАНИЕ № 4	Выявленные при осмотре кожных покровов пациента пятна являются пятнами
Количество верных ответов	1
Верный ответ	Джейнуэя
Обоснование	Пятна Джейнуэя – безболезненные геморрагические пятна диаметром 1-4 мм на ладонях и стопах, при гистологическом исследовании обнаруживают некротические изменения в капиллярах и артериолах с кровоизлияниями и клеточной инфильтрацией сосудистой стенки и окружающих тканей. Относятся к малым критериям по Duke. URL: <a href="https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr_376/index.html#paragraph_3gag1">https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr_376/index.html#paragraph_3gag1</a>
Дистрактор	Рота
Дистрактор	Ослера
Дистрактор	Лукина-Лимбмана

<b>ЛЕЧЕНИЕ</b>	
ЗАДАНИЕ № 5	На основании эпидемиологического анамнеза и данных бактериологического исследования с учетом современных рекомендаций пациентке следует назначить комбинацию антибактериальных препаратов, которая включает _____, римфапацин и гентамицин
Количество верных ответов	1
Верный ответ	Ванкомицин
Обоснование	При оксациллино-нечувствительных штаммах рекомендуется ванкомицин (30 мг/кг/сут в/в или внутрь в 2 приема (детям: 40 мг/кг/сут в 2-3 введения)) в сочетании с рифампицином (900 мг/сут в/в или внутрь в 3 приема (детям: 20 мг/кг/сут в/в или внутрь в 3 введения)) и гентамицином (3мг/кг/сут в/в или в/м в 2-3 введения (детям: 3мг/кг/сут в/в или в/м в 3 введения)). Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – IIА). Рекомендации Европейского общества кардиологов (ESC) по ведению больных с инфекционным эндокардитом 2015// Российский кардиологический журнал. – 2016. – № 5 (133) – С. 89. URL: <a href="https://scardio.ru/content/Guidelines/ESC_Inf_Endokardit_2015.pdf">https://scardio.ru/content/Guidelines/ESC_Inf_Endokardit_2015.pdf</a> ; URL: <a href="https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr_376/index.html#paragraph_3gagl">https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr_376/index.html#paragraph_3gagl</a>
Дистрактор	Оксациллин
Дистрактор	Ципрофлоксацин
Дистрактор	Цефтриаксон
ЗАДАНИЕ № 6	Ориентировочная длительность курса антибактериальной терапии у данной пациентки составит (в неделях)
Количество верных ответов	1
Верный ответ	6 и более
Обоснование	Продолжительность терапии 6 недель. Рекомендации Европейского общества кардиологов (ESC) по ведению больных с инфекционным эндокардитом 2015 // Российский кардиологический журнал. – 2016. – № 5. – (133) – С. 89. URL: <a href="https://scardio.ru/content/Guidelines/ESC_Inf_Endokardit_2015.pdf">https://scardio.ru/content/Guidelines/ESC_Inf_Endokardit_2015.pdf</a> ; URL: <a href="https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr_376/index.html#paragraph_3gagl">https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr_376/index.html#paragraph_3gagl</a>
Дистрактор	2
Дистрактор	3
Дистрактор	4
ЗАДАНИЕ № 7	Расчетная доза ванкомицина, согласно современным рекомендациям, составит ___ мг/кг внутривенно в сутки в 2-3 введения
Количество верных ответов	1
Верный ответ	30
Обоснование	Доза ванкомицина 30–60 мг/кг в/в в 2-3 введения, с учетом снижения СКФ у пациентки до 80 мл/мин., 1,73м <sup>2</sup> наиболее обоснованная доза 30 мг/кг в 2-3 введения. Рекомендации Европейского общества кардиологов (ESC) по ведению больных с инфекционным эндокардитом 2015// Российский кардиологический журнал. – 2016.– № 5 (133) – С. 89. URL: <a href="https://scardio.ru/content/Guidelines/ESC_Inf_Endokardit_2015.pdf">https://scardio.ru/content/Guidelines/ESC_Inf_Endokardit_2015.pdf</a> ; URL: <a href="https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr_376/index.html#paragraph_3gagl">https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr_376/index.html#paragraph_3gagl</a>
Дистрактор	5
Дистрактор	10
Дистрактор	400
ЗАДАНИЕ № 8	Расчетная доза гентамицина, согласно современным рекомендациям, составит ___ мг/кг в сутки в/в или в/м в 1-2 введения
Количество верных ответов	1

Верный ответ	3
Обоснование	Доза гентамицина 3 мг/кг в день в/в или в/м в 1-2 введения. Рекомендации Европейского общества кардиологов (ESC) по ведению больных с инфекционным эндокардитом 2015 // Российский кардиологический журнал. – 2016. – № 5 (133) – С. 89. URL: <a href="https://scardio.ru/content/Guidelines/ESC_Inf_Endokardit_2015.pdf">https://scardio.ru/content/Guidelines/ESC_Inf_Endokardit_2015.pdf</a> ; URL: <a href="https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr_376/index.html#paragraph_3gag1">https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr_376/index.html#paragraph_3gag1</a>
Дистрактор	6
Дистрактор	9
Дистрактор	1
ЗАДАНИЕ № 9	Контроль уровня креатинина с расчетом СКФ следует рекомендовать проводить 1 раз в _____ дня/дней
Количество верных ответов	1
Верный ответ	3
Обоснование	Функция почек должна мониторироваться раз в неделю (дважды в неделю при почечной недостаточности). Рекомендации Европейского общества кардиологов (ESC) по ведению больных с инфекционным эндокардитом 2015// Российский кардиологический журнал. – 2016.– № 5 (133) – С. 80. URL: <a href="https://scardio.ru/content/Guidelines/ESC_Inf_Endokardit_2015.pdf">https://scardio.ru/content/Guidelines/ESC_Inf_Endokardit_2015.pdf</a>
Дистрактор	7
Дистрактор	10
Дистрактор	15
ЗАДАНИЕ № 10	При идентификации возбудителя повторные посевы крови
Количество верных ответов	1
Верный ответ	Нужно повторить через 48-72 часа
Обоснование	Когда микроорганизм идентифицирован, нужно повторить посев крови через 48-72 часа для проверки эффективности лечения. Рекомендации Европейского общества кардиологов (ESC) по ведению больных с инфекционным эндокардитом 2015 // Российский кардиологический журнал. – 2016. -№ 5 (133) - С. 80. URL: <a href="https://scardio.ru/content/Guidelines/ESC_Inf_Endokardit_2015.pdf">https://scardio.ru/content/Guidelines/ESC_Inf_Endokardit_2015.pdf</a>
Дистрактор	Нужно повторить через 12-24 часа
Дистрактор	Показаны только при клиническом ухудшении
Дистрактор	Нужно повторить через 24-48 часов
<b>ВАРИАТИВ</b>	
ЗАДАНИЕ № 11	Для уточнения диагноза и определения тактики ведения пациента, согласно современным рекомендациям, потребуется консультация кардиолога, сердечно-сосудистого хирурга и
Количество верных ответов	1
Верный ответ	Инфекциониста
Обоснование	Пациенты с инфекционным эндокардитом должны быть консультированы инфекционистом, кардиологом и сердечно-сосудистым хирургом. URL: <a href="https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr_376/index.html#paragraph_3gag1">https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr_376/index.html#paragraph_3gag1</a>
Дистрактор	Окулиста
Дистрактор	Ревматолога
Дистрактор	Невролога
ЗАДАНИЕ № 12	Согласно современным рекомендациям, кровь для бактериологического исследования следует забирать до начала антибактериальной терапии
Количество верных ответов	1

Верный ответ	Трижды с интервалом 30 минут по 10 мл крови через периферическую вену
Обоснование	Положительные бактериологические исследования остаются краеугольным камнем диагностики, предоставляя одновременно живых бактерий для идентификации и тестирования чувствительности. Как минимум, трижды с интервалом 30 минут забираются образцы по 10 мл крови. Материал должен быть помещен и в анаэробную, и в аэробную среду. Материал следует собирать через периферическую вену, но не через центральную (ввиду риска контаминации и обманывающего результата), используя полностью стерильную технику. Практически всегда этого достаточно, чтобы идентифицировать вызвавших заболевание микроорганизмов. Рекомендации Европейского общества кардиологов (ESC) по ведению больных с инфекционным эндокардитом 2015 // Российский кардиологический журнал. – 2016. – № 5 (133) – С. 80. URL: <a href="https://scardio.ru/content/Guidelines/ESC_Inf_Endokardit_2015.pdf">https://scardio.ru/content/Guidelines/ESC_Inf_Endokardit_2015.pdf</a>
Дистрактор	Трижды с интервалом 30 минут по 10 мл крови через центральную вену
Дистрактор	Дважды с интервалом в 15 минут по 10 мл из центральной и периферической вен
Дистрактор	Однократно 15 мл из периферической вены

### ПАСПОРТ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

Организация	ФГБОУ ВО «Северный ГМУ» Минздрава России
Автор кейса	Трохова Мария Васильевна
Ученая степень	Кандидат медицинских наук
Ученое звание	Доцент
Должность	Доцент кафедры семейной медицины и внутренних болезней
Дисциплина/модуль	Заболевания сердечно-сосудистой системы
Профессиональный стандарт (код, наименование)	Врач-терапевт
Уровень сложности: базовый – 1, средний – 2, повышенной сложности	1 – базовый
Пригодность для другой специальности (если да, то указать какой)	Общая врачебная практика (семейная медицина)

### АННОТАЦИЯ

№ п/п	Код трудовой функции	Наименование трудовой функции
1	A/01.8	Диагностика заболеваний и (или) состояний терапевтического профиля
2	A/02.8	Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями терапевтического профиля и контроль его эффективности и безопасности

№ п/п	Код МКБ-10	Наименование нозологии
1	I11	Гипертензивная болезнь сердца (гипертоническая болезнь сердца с преимущественным поражением сердца)
2	E66	Ожирение

### УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

#### Ситуация

Мужчина 56 лет обратился к терапевту.

#### Жалобы

На периодическое повышение артериального давления (АД) максимально до 155/90 мм рт. ст., сопровождающееся сильной головной болью.

## Анамнез заболевания

Повышение уровня АД в течение года. При подъемах АД принимал капотен под язык (посоветовал друг), к врачам ранее не обращался и не обследовался. Боли в сердце отрицает. При дообследовании: общий анализ крови и мочи – в норме, биохимия: АСТ – 19 Ед/л, АЛТ – 15 Ед/л, общий ХС – 5,8 ммоль/л, ЛПНП – 3,6 ммоль/л, ТГ – 1,6 ммоль/л, ЛПВП – 0,9 ммоль/л, глюкоза в плазме крови (натощак) – 5,0 ммоль/л, креатинин 0,082 ммоль/л (СКФ по MDRD – 90 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>). На ЭКГ: ритм синусовый, 72 в мин. ГЛЖ.

## Анамнез жизни

Работает преподавателем в университете. Хронические заболевания и вредные факторы на работе отрицает. Курит в течение 15 лет около пачки в день. Со слов пациента его мать страдала гипертонической болезнью, умерла от инфаркта в возрасте 62 лет.

## Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Щитовидная железа пальпаторно без особенностей. Периферических отеков нет. Рост 178 см, вес 97 кг, окружность талии 105 см. ЧД=14 в минуту. Дыхание в легких везикулярное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС = 78 в минуту. АД = 155/85–160/90 мм рт. ст. на обеих руках. Шумы на сосудах шеи и почечных артериях не выслушиваются. Живот мягкий, безболезненный. Печень пальпируется по краю реберной дуги. Мочеиспускание, стул без особенностей.

## ЗАДАНИЯ

ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ	
ЗАДАНИЕ № 1	Выберите необходимые для уточнения диагноза лабораторные методы обследования
Количество верных ответов	3
Верный ответ 1	Анализ мочи для выявления микроальбуминурии
Обоснование	Всем пациентам с АГ при отрицательном результате теста на протеинурию и высоком риске поражения почек, особенно у пациентов с МС, рекомендуется использование количественных методов для выявления микроальбуминурии (МАУ). Уровень убедительности рекомендаций I (уровень достоверности доказательств С). Клинические рекомендации: Диагностика и лечение артериальной гипертензии, 2019
Результат	Анализ мочи для выявления микроальбуминурии (МАУ) – 20 мг/л
Верный ответ 2	Исследование калия и натрия в сыворотке крови
Обоснование	Всем пациентам с АГ для оценки общего ССР на первом этапе рекомендуется проводить рутинные лабораторные методы обследования, в т.ч. исследование калия, натрия в сыворотке крови. Уровень убедительности рекомендаций I (уровень достоверности доказательств С). Клинические рекомендации: Диагностика и лечение артериальной гипертензии, 2019
Результат	Калий – 4,1 ммоль/л, натрий – 142 ммоль/л
Верный ответ 3	Определение концентрации мочевой кислоты в крови
Обоснование	Всем пациентам с АГ для оценки общего ССР рекомендуется определять концентрацию мочевой кислоты в крови. Уровень убедительности рекомендаций I (уровень достоверности доказательств С). Клинические рекомендации: Диагностика и лечение артериальной гипертензии, 2019
Результат	Мочевая кислота – 302 мкмоль/л
Дистрактор 1	Исследование уровня билирубина в сыворотке крови
Результат	Билирубин общий 15,5 ммоль/л
Дистрактор 2	Определение концентрации мочевины в крови
Результат	Мочевина – 7,3 ммоль/л
Дистрактор 3	Исследование коагулограммы
Результат	АЧТВ – 26 сек, ПТВ–14 сек, ПТИ – 98%, МНО – 0,95, ПВ – 15 сек,

ЗАДАНИЕ № 2	Необходимыми для уточнения диагноза инструментальными методами обследования являются																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Количество верных ответов	2																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Верный ответ 1	Трансторакальное эхокардиографическое исследование сердца																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Обоснование	Всем пациентам с АГ рекомендуется проведение ЭХОКГ для уточнения наличия и выраженности ГЛЖ, диастолической дисфункции, дилатации левого предсердия и других поражений сердца. Уровень убедительности рекомендаций I (уровень достоверности доказательств B). Клинические рекомендации: Диагностика и лечение артериальной гипертензии, 2019.																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Результат	Аорта уплотнена, в восходящем отделе – 33 мм. Аортальный клапан трехстворчатый. ЛП 4,1х3,7см. Полость ЛЖ не расширена. КДР 5,0 см. КСР 3,2 см. Толщина межжелудочковой перегородки –1,2 см, толщина задней стенки ЛЖ – 1,1 см, масса миокарда ЛЖ 223 г, индекс массы миокарда ЛЖ 116 г/м <sup>2</sup> . ПП – 3,8х4,5 см, ПЖ 2,8 см, толщина передней створки ПЖ 0,3 см. Систолическое давление в ЛА 18 мм рт. ст. Количество жидкости в полости перикарда не увеличено. Нарушение локальной сократимости не выявлено. Диастолическая функция сохранена. Сократительная способность миокарда ЛЖ не нарушена (ФВ=63,7%).																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Верный ответ 2	Ультразвуковое исследование почек																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Обоснование	Всем пациентам с АГ рекомендуется проведение ультразвукового исследования (УЗИ) почек для оценки их размеров, структуры и врожденных аномалий. Уровень убедительности рекомендаций I (Уровень достоверности доказательств C). Клинические рекомендации: Диагностика и лечение артериальной гипертензии, 2019.																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Результат	Правая почка: расположена в типичном месте. Размеры 10,4х4,6 см. Паренхима 17 мм, обычной структуры. ЧЛС не расширена. Конкременты не определяются. Левая почка: расположена в типичном месте. Размеры 10,2х4,4 см. Паренхима 18 мм, обычной структуры. ЧЛС не расширена. Конкременты не определяются.																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Дистрактор 1	Офтальмоскопия: оценка глазного дна																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Результат	Глазное дно ОИ: зрительный нерв бледно-розовый, границы четкие. Артерии сужены, вены не изменены. Макула не изменена.																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Дистрактор 2	Спирография																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Результат	Вариант нормы																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Дистрактор 3	Нагрузочная проба под контролем ЭКГ																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Результат	Исходно: ЧСС 72 в 1 мин, АД 145/85 мм рт. ст. Комментарии: Причина прекращения нагрузки – достижение субмаксимальной ЧСС. На высоте нагрузки и в восстановительном периоде значимых изменений по ЭКГ, болей в сердце не выявлено. Реакция АД – гипертоническая. Тolerантность к нагрузке низкая. Заключение: проба отрицательная.																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
<b>ДИАГНОЗ</b>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
ЗАДАНИЕ № 3	<p>Оцените общий сердечно-сосудистый риск у данного пациента согласно SCORE</p> <p>Шкала SCORE для определения риска смерти от сердечно-сосудистого заболевания в ближайшие 10 лет</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Системное артериальное давление, мм рт. ст.</th> <th colspan="4">ЖЕНЩИНЫ</th> <th rowspan="2">Возраст, лет</th> <th colspan="4">МУЖЧИНЫ</th> </tr> <tr> <th colspan="2">Некурящие</th> <th colspan="2">Курящие</th> <th colspan="2">Некурящие</th> <th colspan="2">Курящие</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>180</td> <td>7</td><td>4</td><td>10</td><td>12</td> <td>13</td><td>10</td><td>17</td><td>19</td><td>22</td> <td>20</td><td>30</td><td>35</td><td>41</td><td>47</td> </tr> <tr> <td>160</td> <td>6</td><td>3</td><td>8</td><td>9</td> <td>10</td><td>12</td><td>13</td><td>15</td> <td>8</td><td>11</td><td>13</td><td>15</td><td>16</td> <td>21</td><td>25</td><td>30</td><td>34</td> </tr> <tr> <td>140</td> <td>3</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td> <td>4</td><td>4</td><td>5</td><td>7</td> <td>4</td><td>4</td><td>5</td><td>7</td><td>8</td> <td>10</td><td>12</td><td>17</td><td>20</td> </tr> <tr> <td>120</td> <td>2</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td> <td>4</td><td>4</td><td>5</td><td>7</td> <td>4</td><td>4</td><td>5</td><td>7</td><td>8</td> <td>9</td><td>10</td><td>14</td><td>17</td> </tr> <tr> <td>180</td> <td>4</td><td>4</td><td>8</td><td>9</td> <td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>13</td> <td>9</td><td>11</td><td>13</td><td>15</td><td>16</td> <td>19</td><td>24</td><td>28</td><td>33</td> </tr> <tr> <td>160</td> <td>3</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td> <td>4</td><td>4</td><td>5</td><td>7</td> <td>4</td><td>4</td><td>5</td><td>7</td><td>8</td> <td>10</td><td>12</td><td>17</td><td>20</td> </tr> <tr> <td>140</td> <td>2</td><td>2</td><td>3</td><td>3</td> <td>3</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td> <td>3</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td> <td>8</td><td>10</td><td>14</td><td>17</td> </tr> <tr> <td>120</td> <td>2</td><td>2</td><td>2</td><td>2</td> <td>2</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td> <td>2</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td> <td>6</td><td>7</td><td>10</td><td>12</td> </tr> <tr> <td>180</td> <td>2</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td> <td>4</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td> <td>4</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td> <td>10</td><td>13</td><td>16</td><td>19</td> </tr> <tr> <td>160</td> <td>1</td><td>2</td><td>2</td><td>3</td> <td>3</td><td>3</td><td>4</td><td>4</td> <td>4</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td> <td>9</td><td>11</td><td>13</td><td>16</td> </tr> <tr> <td>140</td> <td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>2</td> <td>2</td><td>2</td><td>2</td><td>3</td> <td>3</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td> <td>7</td><td>8</td><td>11</td><td>13</td> </tr> <tr> <td>120</td> <td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td> <td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td> <td>2</td><td>2</td><td>3</td><td>3</td><td>4</td> <td>5</td><td>6</td><td>8</td><td>10</td> </tr> <tr> <td>180</td> <td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>2</td> <td>2</td><td>2</td><td>3</td><td>3</td> <td>4</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td> <td>10</td><td>12</td><td>14</td> <td>17</td> </tr> <tr> <td>160</td> <td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td> <td>1</td><td>2</td><td>2</td><td>2</td> <td>2</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td> <td>5</td><td>7</td><td>8</td><td>10</td> </tr> <tr> <td>140</td> <td>0</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td> <td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td> <td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>2</td> <td>3</td><td>4</td><td>6</td><td>8</td> </tr> <tr> <td>120</td> <td>0</td><td>0</td><td>1</td><td>1</td> <td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td> <td>1</td><td>1</td><td>2</td><td>2</td><td>3</td> <td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>7</td> </tr> <tr> <td>180</td> <td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td> <td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>1</td> <td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>2</td> <td>2</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td> </tr> <tr> <td>160</td> <td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td> <td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td> <td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td> <td>1</td><td>2</td><td>2</td><td>3</td> </tr> <tr> <td>140</td> <td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td> <td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td> <td>0</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td> <td>1</td><td>1</td><td>2</td><td>2</td> </tr> <tr> <td>120</td> <td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td> <td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td> <td>0</td><td>0</td><td>1</td><td>1</td> <td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td> </tr> </tbody> </table> <p>Холестерин, ммоль/л</p> <table border="1"> <tr> <td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td> <td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td> <td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td> </tr> </table> <p>15% и более 10–14% 5–9% 3–4% 2% 1% Менее 1%</p> <p>150 100 200 270 310 мм/дл</p>	Системное артериальное давление, мм рт. ст.	ЖЕНЩИНЫ				Возраст, лет	МУЖЧИНЫ				Некурящие		Курящие		Некурящие		Курящие		180	7	4	10	12	13	10	17	19	22	20	30	35	41	47	160	6	3	8	9	10	12	13	15	8	11	13	15	16	21	25	30	34	140	3	3	4	5	4	4	5	7	4	4	5	7	8	10	12	17	20	120	2	2	3	4	4	4	5	7	4	4	5	7	8	9	10	14	17	180	4	4	8	9	8	9	10	11	13	9	11	13	15	16	19	24	28	33	160	3	3	4	5	4	4	5	7	4	4	5	7	8	10	12	17	20	140	2	2	3	3	3	3	4	5	3	3	4	5	6	8	10	14	17	120	2	2	2	2	2	2	3	4	2	2	3	4	5	6	7	10	12	180	2	2	3	4	4	3	4	5	4	4	5	6	7	10	13	16	19	160	1	2	2	3	3	3	4	4	4	4	5	6	7	9	11	13	16	140	1	1	1	2	2	2	2	3	3	3	4	5	6	7	8	11	13	120	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	3	3	4	5	6	8	10	180	1	1	1	2	2	2	3	3	4	4	5	6	7	10	12	14	17	160	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	3	4	5	7	8	10	140	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	3	4	6	8	120	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	3	3	4	5	7	180	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	2	2	2	3	4	160	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	2	2	3	140	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	2	2	120	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8
Системное артериальное давление, мм рт. ст.	ЖЕНЩИНЫ				Возраст, лет	МУЖЧИНЫ																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
	Некурящие		Курящие			Некурящие		Курящие																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
180	7	4	10	12	13	10	17	19	22	20	30	35	41	47																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
160	6	3	8	9	10	12	13	15	8	11	13	15	16	21	25	30	34																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
140	3	3	4	5	4	4	5	7	4	4	5	7	8	10	12	17	20																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
120	2	2	3	4	4	4	5	7	4	4	5	7	8	9	10	14	17																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
180	4	4	8	9	8	9	10	11	13	9	11	13	15	16	19	24	28	33																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
160	3	3	4	5	4	4	5	7	4	4	5	7	8	10	12	17	20																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
140	2	2	3	3	3	3	4	5	3	3	4	5	6	8	10	14	17																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
120	2	2	2	2	2	2	3	4	2	2	3	4	5	6	7	10	12																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
180	2	2	3	4	4	3	4	5	4	4	5	6	7	10	13	16	19																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
160	1	2	2	3	3	3	4	4	4	4	5	6	7	9	11	13	16																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
140	1	1	1	2	2	2	2	3	3	3	4	5	6	7	8	11	13																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
120	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	3	3	4	5	6	8	10																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
180	1	1	1	2	2	2	3	3	4	4	5	6	7	10	12	14	17																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
160	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	3	4	5	7	8	10																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
140	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	3	4	6	8																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
120	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	3	3	4	5	7																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
180	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	2	2	2	3	4																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
160	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	2	2	3																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
140	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	2	2																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
120	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
4	5	6	7	8	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					

Количество верных ответов	1
Верный ответ	Высокий
Обоснование	В соответствии со шкалой SCORE суммарный сердечно-сосудистый риск составляет 7%, что соответствует высокому риску. Сердечно-сосудистый риск менее 1% считается низким, в пределах $\geq 1\%$ до 5% – умеренным, $\geq 5\%$ до 10% – высоким, более 10% – очень высоким. Национальные рекомендации по кардиоваскулярной профилактике, 2017.
Дистрактор	Очень высокий
Дистрактор	Умеренный
Дистрактор	Низкий
ЗАДАНИЕ № 4	Какой предполагаемый клинический диагноз?
Количество верных ответов	1
Верный ответ	Гипертоническая болезнь II стадии, АГ 2 степени, риск 3. ГЛЖ. Сопутствующий: Абдоминальное ожирение 1 степ. Дислипидемия. Метаболический синдром.
Обоснование	Стадия ГБ соответствует II стадии в связи с выявленным субклиническим ПОМ (ГЛЖ по ЭКГ и ЭХОКГ). Степень риска обусловлена наличием субклиническим ПОМ, уровнем АД – 2 степени. Сопутствующий диагноз: абдоминальное ожирение 1 степени (ИМТ=30,6, ОТ более 102 см (105 см). Дислипидемия (общий ХС – 5,8 ммоль/л (увеличен, N- менее 4,9), ЛПНП – 3,6 ммоль/л (увеличен, N – менее 3,0), ТГ – 1,6 ммоль/л (N), ЛПВП – 0,9 ммоль/л (снижен, увеличен, N – более 1,0 для мужчин). Клинические рекомендации: Диагностика и лечение артериальной гипертонии, 2019. Метаболический синдром. Достоверным МС считается при наличии 3 критериев: 1 основного и 2 дополнительных. Для данного пациента: Основной критерий: центральный (абдоминальный) тип ожирения – окружность талии (ОТ) более 94 см у мужчин Дополнительные критерии: ● уровень АД >140 и 90 мм рт.ст. или лечение АГ препаратами; ● снижение уровня ХС ЛПВП (<1,0 ммоль/л у мужчин; <1,2 ммоль/л у женщин); ● повышение уровня ХС ЛПНП > 3,0 ммоль/л. Клинические рекомендации: Рекомендации по ведению больных с метаболическим синдромом, 2013.
Дистрактор	Гипертоническая болезнь II стадии, АГ 2 степени, риск 4. ГЛЖ. Сопутствующий: Абдоминальное ожирение 1 степ. Дислипидемия. Метаболический синдром.
Дистрактор	Гипертоническая болезнь III стадии, АГ 2 степ, риск 4. ГЛЖ. Сопутствующий: Абдоминальное ожирение 1 степ. Дислипидемия. Метаболический синдром.
Дистрактор	Гипертоническая болезнь 1 стадии, АГ 2 степ, риск 3. ГЛЖ. Сопутствующий: Абдоминальное ожирение 1 степ. Дислипидемия. Метаболический синдром.
<b>ЛЕЧЕНИЕ</b>	
ЗАДАНИЕ № 5	Выберите правильную рекомендацию по изменению образа жизни для данного пациента
Количество верных ответов	1
Верный ответ	Регулярные динамические физические нагрузки
Обоснование	Всем пациентам с АГ рекомендуется увеличение физической активности для предотвращения развития или лечения ожирения. Уровень убедительности рекомендаций I (Уровень достоверности доказательств А). Комментарии: регулярные аэробные (динамические) физические нагрузки могут быть полезными как для профилактики и лечения АГ, так и для снижения ССР и смертности. Пациентам с АГ следует рекомендовать умеренные аэробные нагрузки (ходьба, бег трусцой, езда на велосипеде, плавание, фитнес) продолжительностью не менее 30 мин. в течение 5–7 дней в неделю. Клинические рекомендации: Диагностика и лечение артериальной гипертонии, 2019 г.
Дистрактор	Регулярные изометрические физические нагрузки
Дистрактор	Сбалансированная диета, направленная на поддержание массы тела
Дистрактор	Ограничение потребления жидкости

ЗАДАНИЕ № 6	Потребление поваренной соли для пациента должно составлять менее _____ (пороговое значение в г/сутки).
Количество верных ответов	1
Верный ответ	5
Обоснование	Всем пациентам с АГ рекомендуется ограничение потребления поваренной соли <5 г/сут с целью дополнительного снижения АД. Уровень убедительности рекомендаций I (уровень достоверности доказательств А). Клинические рекомендации: Диагностика и лечение артериальной гипертензии, 2019 г. Клинические рекомендации по ведению больных с метаболическим синдромом, 2013 г.
Дистрактор	9
Дистрактор	12
Дистрактор	15
ЗАДАНИЕ № 7	Стартовая терапия для данного пациента должна быть в виде
Количество верных ответов	1
Верный ответ	Двойной комбинированной медикаментозной терапии
Обоснование	Незамедлительное назначение АГТ наряду с изменением образа жизни рекомендуется пациентам с АГ 2 и 3-й степени независимо от степени ССР. Уровень убедительности рекомендаций I (уровень достоверности доказательств А). Комбинированная терапия рекомендуется для большинства пациентов с АГ в качестве начальной терапии. Антигипертензивная медикаментозная терапия рекомендуется у всех пациентов с МС. Уровень убедительности рекомендаций I (уровень достоверности доказательств А). Монотерапия может быть рекомендована пациентам низкого риска и с АГ 1-й степени (особенно если САД<150 мм рт. ст.), пациентам очень высокого риска с высоким нормальным уровнем АД или ослабленным пожилым пациентам. Клинические рекомендации: Диагностика и лечение артериальной гипертензии, 2019 г.
Дистрактор	Только немедикаментозной терапии
Дистрактор	Монотерапии
Дистрактор	Тройной комбинированной медикаментозной терапии
ЗАДАНИЕ № 8	Целевой уровень АД для данного пациента должен составлять менее _____ (пороговое значение в мм рт. ст.)
Количество верных ответов	1
Верный ответ	140/90
Обоснование	Всем пациентам с АГ рекомендуется снижение АД<140/90 мм рт. ст., при условии хорошей переносимости значения АД могут быть ниже 130/80 мм рт. ст., но не ниже 120/70 мм рт. ст. Уровень убедительности рекомендаций I (уровень достоверности доказательств А). Клинические рекомендации: Диагностика и лечение артериальной гипертензии, 2019 г.
Дистрактор	150/90
Дистрактор	120/69
Дистрактор	130/80
ЗАДАНИЕ № 9	В качестве стартовой терапии показан (а)
Количество верных ответов	1
Верный ответ	Комбинация одного из блокаторов ренин-ангиотензиновой системы с с блокаторами кальциевых каналов
Обоснование	У пациентов с АГ и МС рекомендуется инициировать терапию с комбинацией блокатора РАС с БКК или тиазидным диуретиком. Уровень убедительности рекомендаций I (уровень достоверности доказательств А). Клинические рекомендации: Диагностика и лечение артериальной гипертензии, 2019.
Дистрактор	Комбинация агонистов имидазолиновых рецепторов с антагонистами альдостероновых рецепторов

Дистрактор	Альфа-адреноблокатор
Дистрактор	Бета-адреноблокатор
ЗАДАНИЕ № 10	Контроль терапии должен проводиться _____ до достижения целевого уровня артериального давления
Количество верных ответов	1
Верный ответ	Ежемесячно
Обоснование	После начала АГТ рекомендуется, по крайней мере, ежемесячно контролировать состояние пациента для оценки контроля АД, возможных побочных эффектов до тех пор, пока АД не будет стабилизировано в пределах целевых значений. Частота контроля зависит от тяжести АГ, срочности достижения целевых значений АД и сопутствующих заболеваний. Федеральные клинические рекомендации: Диагностика и лечение артериальной гипертонии, 2019 г.
Дистрактор	Один раз в 3 месяца
Дистрактор	Один раз в 3-6 месяцев
Дистрактор	Один раз в 6 месяцев
<b>ВАРИАТИВ</b>	
ЗАДАНИЕ № 11	В лечении пациенту был рекомендован аторвастатин 20 мг на ночь. Какое исследование необходимо было назначить пациенту до начала приема данного препарата?
Количество верных ответов	1
Верный ответ	Исследование уровня сывороточной креатининфосфокиназы
Обоснование	Как часто следует контролировать уровень креатининфосфокиназы (КФК) у пациентов, принимающих гиполипидемические препараты? Перед началом лечения: • до назначения препарата; • если уровень КФК > 4 ВГН (верхняя граница нормы), лечение нельзя начинать, анализ следует повторить. Национальные рекомендации: Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза, VI пересмотр, 2017.
Дистрактор	Исследование уровня магния и хлора в сыворотке крови
Дистрактор	Исследование уровня сывороточной щелочной фосфатазы
Дистрактор	Определение уровня сывороточной гамма-глутамилтранспептидазы
ЗАДАНИЕ № 12	Целевое значение ЛПНП для данного пациента $\leq$ _____ (пороговое значение в ммоль/л)
Количество верных ответов	1
Верный ответ	2,5
Обоснование	У всех пациентов с АГ высокого риска ССО и риска по шкале SCORE больше 5%, но меньше 10% целевое значение ХС ЛПНП составляет 2,5 ммоль/л (70 мг/дл) и менее, или необходимо снижение на более чем 50%, если базовый уровень ХС ЛПНП составляет 2,6–5,2 ммоль/л (100–200 мг/дл). Уровень убедительности рекомендаций I (уровень достоверности доказательств В). Клинические рекомендации: Диагностика и лечение артериальной гипертонии, 2019 г.
Дистрактор	1,5
Дистрактор	3,0
Дистрактор	3,5

## ПАСПОРТ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

Организация	ФГБОУ ВО «СГМУ» Минздрава России
Автор кейса	Молоткова Светлана Андреевна
Ученая степень	Кандидат медицинских наук
Ученое звание	Доцент
Должность	Доцент кафедры госпитальной терапии
Специальность	Терапия
Дисциплина/модуль	Заболевания сердечно-сосудистой системы (аритмия)
Профессиональный стандарт (код, наименование)	Врач-терапевт
Уровень сложности: базовый – 1, средний – 2, повышенной сложности	2
Пригодность для другой специальности (если да, то указать какой)	Кардиология, общая врачебная практика

### АННОТАЦИЯ

№ п/п	Код трудовой функции	Наименование трудовой функции
1	А/01.8	Диагностика заболеваний и (или) состояний терапевтического профиля
2	А/02.8	Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями терапевтического профиля и контроль его эффективности и безопасности
3	А/05.8	Проведение профилактических медицинских осмотров и контроль эффективности мероприятий по диспансерному наблюдению пациентов с заболеваниями и (или) состояниями терапевтического профиля

№ п/п	Код МКБ-10	Наименование нозологии
1	K142.2	Другая гипертрофическая кардиомиопатия
2	I45.8	Синдром удлиненного интервала QT

### УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

#### Ситуация

Молодой человек 19 лет обратился к врачу-терапевту.

#### Жалобы

На приступы учащенного сердцебиения, возникающие без видимой причины, сопровождающиеся чувством нехватки воздуха, эпизоды локальвающих болей в сердце, головокружение и предобморочные состояния при физической нагрузке.

#### Анамнез заболевания

С рождения наблюдался в поликлинике по месту жительства по поводу малой аномалии развития сердца. Вышеперечисленные жалобы беспокоят около полугода. В последнее время приступы сердцебиений участились, появились головокружение и предобморочные состояния при физической нагрузке, что и стало поводом для обращения к врачу.

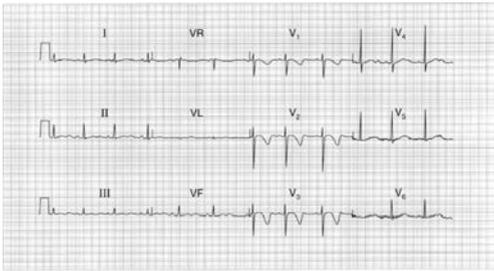
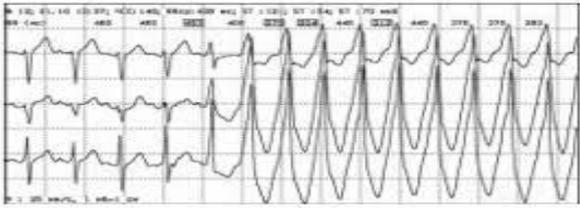
#### Анамнез жизни

- Хронические заболевания отрицает.
- В 16 лет – оперативное лечение крипторхизма.
- Не курит, алкоголь не употребляет.
- Профессиональных вредностей не имел.
- Аллергоанамнез не отягощен.
- Отец здоров, у матери врожденный порок сердца.

#### Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Телосложение нормостеническое. Рост 180 см, масса тела 82 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности, теплые, чистые. Периферических отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются, ЧДД 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС 76 в минуту, АД 125/70 мм рт ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Симптом Пастернацкого отрицательный с двух сторон.

## ЗАДАНИЯ

ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ	
ЗАДАНИЕ № 1	К необходимым в данной ситуации инструментальным методам обследования относятся
Количество верных ответов	3
Верный ответ 1	Регистрация ЭКГ в 12 отведениях
Обоснование	Проведение ЭКГ в 12-ти отведениях в покое рекомендована всем пациентам, которые проходят обследование на предмет нарушений ритма сердца. URL: <a href="https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr_242/#list_item_91ef8">https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr_242/#list_item_91ef8</a> ; URL: <a href="https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr_244/#list_item_08ce5">https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr_244/#list_item_08ce5</a>
Результат	
Верный ответ 2	суточное мониторирование ЭКГ
Обоснование	Амбулаторное (Холтеровское) мониторирование ЭКГ рекомендуется всем больным с подозрением на наличие аритмии. URL: <a href="https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr_242/#list_item_3pegk">https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr_242/#list_item_3pegk</a> ; URL: <a href="https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr_244/#list_item_58h75">https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr_244/#list_item_58h75</a>
Результат	 <p><i>Рис. 3. Результаты СМ ЭКГ больного С., 25 лет - выделение нескольких аритмических эпизодов в рамках одного пароксизма ЖТ. Объяснения в тексте.</i></p>
Верный ответ 3	Трансторакальное эхокардиографическое исследование
Обоснование	Трансторакальное эхокардиографическое исследование сердца рекомендовано всем больным ТП/ФП для оценки наличия признаков структурного поражения миокарда и клапанов сердца. URL: <a href="https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr_888/#list_item_c609v">https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr_888/#list_item_c609v</a>
Результат	Аорта не уплотнена, диаметр 2,8 см ( $N \leq 3,7$ ). Аортальный клапан трехстворчатый, амплитуда раскрытия 2,0 см ( $N > 1,5$ ), регургитации нет. Толщина межжелудочковой перегородки 3,4 см ( $N < 1,1$ ), толщина задней стенки 1,2 см ( $N < 1,1$ ), конечный диастолический размер 4,2 см ( $N < 5,3$ ), фракция выброса 65 % ( $N \geq 54$ ). Обструкции выносящего тракта левого желудочка I ст., $PG_{max} = 17$ мм рт. ст. Нарушений локальной сократимости не выявлено. Митральный клапан: створки не изменены, регургитация 1 степени ( $N$ – не выше 1 степени). Размер левого предсердия 3,9 см ( $\leq 3,8$ ), из 4-камерной позиции 4,9x5,3 ( $N < 4,0$ x4,8). Диаметр легочной артерии 2,0 см ( $N < 2,1$ ), систолическое давление в легочной артерии 22 мм рт. ст. ( $N < 30$ ). Трикуспидальный клапан не изменен, регургитация 1 степени ( $N$ – не выше 1 степени). Размер правого предсердия 3,5x4,5 см ( $N < 3,8$ x4,6). Нижняя полая вена на выдохе 1,8 см ( $N \leq 2,2$ ), на вдохе 0,7 см ( $N$ – спадение в вдохе $> 50$ %). Полость перикарда не изменена.
Дистрактор 1	рентгенография легких

Результат			
Дистрактор 2	Суточное мониторирование АД		
Результат	<b>Показатель</b>	<b>Результат</b>	<b>Норма</b>
	Средний уровень САД днем, мм рт. ст.	122	<140
	Средний уровень САД ночью, мм рт. ст.	98	<120
	Ночное снижение САД, %	18	10–22
	Средний уровень ДАД днем, мм рт. ст.	76	<80
	Средний уровень ДАД ночью, мм рт. ст.	62	<70
Ночное снижение ДАД, %	17	10–22	
Дистрактор 3	Нагрузочная проба под контролем ЭКГ		
Результат	Исходно: ЧСС 76 в 1 мин., АД 120/70 мм рт. ст. Нагрузка 50 Вт 3 минуты: ЧСС 128 в 1 мин, АД 135/80 мм рт. ст. Нагрузка 100 Вт 3 минуты: ЧСС 145 в 1 мин, АД 135/80 мм рт. ст. Нагрузка 150 Вт 3 минуты: ЧСС 160 в 1 мин, АД 145/85 мм рт. ст. Проба прекращена из-за достижения субмаксимальной ЧСС. Болей и девиации сегмента ST нет. Заключение: проба отрицательная.		
ЗАДАНИЕ № 2	Необходимым для исключения сердечной недостаточности лабораторным исследованием является определение уровня		
Количество верных ответов	1		
Верный ответ	Мозгового натрийуретического пептида		
Обоснование	Больным ГКМП рекомендуется определение концентрации N-терминального про-мозгового натрийуретического пептида (NT-proBNP) в плазме. URL: <a href="https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr_196/#2_3">https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr_196/#2_3</a>		
Результат	85 пг/мл (N для мужчин ≤ 93 пг/мл)		
Дистрактор 1	Тропонин Т		
Результат	0,012 нг/мл (N - 0,01–0,1 нг/мл)		
Дистрактор 2	Уровня миоглобина		
Результат	45 нг/мл (N - 0-80 нг/мл)		
Дистрактор 3	Мв-фракции КФК		
Результат	12 ед/л (N - 0 – 24 ед/л)		
<b>ДИАГНОЗ</b>			
ЗАДАНИЕ № 3	Выявленное нарушение ритма является		
Количество верных ответов	1		
Верный ответ	Желудочковой тахикардией		

Обоснование	Желудочковая тахикардия – ускоренный ритм (как минимум 3 комплекса QRS с частотой сердечных сокращений более 100 уд./мин.), источник которого находится в ножках или разветвлениях пучка Гиса, в волокнах Пуркинье или рабочем миокарде желудочков. Устойчивой считается тахикардия, при которой длительность пароксизма равна или превышает 30 сек., а неустойчивой – менее 30 сек. URL: <a href="https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr_244/#1_5_">https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr_244/#1_5_</a>
Дистрактор 1	Фибрилляцией предсердий
Дистрактор 2	Трепетанием предсердий
Дистрактор 3	Фибрилляцией желудочков
ЗАДАНИЕ № 4	Основной причиной возникновения желудочковой тахикардии у данного пациента по результатам ЭКГ следует считать
Количество верных ответов	1
Верный ответ	Синдром удлиненного интервала QT
Обоснование	Синдром удлиненного интервала QT – наследственное заболевание с высоким риском внезапной сердечной смерти, характеризующимся удлинением интервала QT на ЭКГ, приступами потери сознания на фоне эпизодов жизнеугрожающих желудочковых аритмий, наиболее часто – желудочковой тахикардией. URL: <a href="https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr_368/#">https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr_368/#</a>
Дистрактор 1	Электролитные нарушения
Дистрактор 2	Инфаркт миокарда
Дистрактор 3	Систолическую перегрузку левого желудочка
ЗАДАНИЕ № 5	Основным заболеванием является
Количество верных ответов	1
Верный ответ	Латентная гипертрофическая кардиомиопатия
Обоснование	У взрослых ГКМП диагностируется при увеличении толщины стенки $\geq 1,5$ см одного или более сегментов миокарда ЛЖ (преимущественно МЖП) по результатам любой визуализирующей методики (ЭХОКГ, МРТ или компьютерная томография сердца), которая не объясняется исключительно увеличенной нагрузкой давлением. Латентная ГКМП характеризуется развитием градиента давления в выходном тракте левого желудочка $< 30$ в покое и $> 30$ мм рт. ст. при нагрузке. URL: <a href="https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr_196/#1_5">https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr_196/#1_5</a>
Дистрактор 1	Необструктивная ГКМП
Дистрактор 2	Аортальный порок сердца
Дистрактор 3	Митральный порок сердца
ЗАДАНИЕ № 6	Для оценки риска внезапной сердечной смерти у данного пациента следует использовать шкалу
Количество верных ответов	1
Верный ответ	HCM Risk-SCD
Обоснование	В недавнем мультицентровом ретроспективном длительном групповом исследовании (3675 пациентов) была разработана и валидирована новая модель прогнозирования ВСС, известная как «HCMRiskSCD». URL: <a href="https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr_196/#2_6">https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr_196/#2_6</a>
Дистрактор 1	CHA2DS2-VASc
Дистрактор 2	HAS-BLED
Дистрактор 3	GRACE
ЗАДАНИЕ № 7	Для определения и количественной оценки динамической обструкции выносящего тракта левого желудочка данному пациенту рекомендуется проведение
Количество верных ответов	1
Верный ответ	ЭХОКГ в условиях нагрузки
Обоснование	Стресс-ЭХОКГ рекомендуется симптомным пациентам, если измерения в положении лежа не индуцируют обструкции ВТЛЖ $\geq 50$ мм рт. ст. URL: <a href="https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr_196/#2_4">https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr_196/#2_4</a>

Дистрактор 1	Тредмил-теста
Дистрактор 2	Велоэргометрии
Дистрактор 3	Пробы с добутамином
ЗАДАНИЕ № 8	Альтернативным ЭХОКГ методом диагностики заболевания у данного пациента является
Количество верных ответов	1
Верный ответ	МРТ сердца
Обоснование	МРТ сердца должна рассматриваться для пациентов с ГКМП в качестве базового метода исследования, которая охватывает несколько подходов, предоставляющих детальную информацию о морфологии сердца, функции желудочков и характеристиках миокарда при ГКМП. При отсутствии противопоказаний МРТ сердца с поздним усилением сигнала гадолиния (ПУСГ) рекомендуется пациентам ГКМП, у которых наблюдается неадекватное ЭХОКГ- изображение, с целью подтверждения диагноза. URL: <a href="https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr_196/#2_5">https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr_196/#2_5</a>
Дистрактор 1	Коронарная ангиография
Дистрактор 2	Позитронно-эмиссионная томография
Дистрактор 3	Эндомикардиальная биопсия
<b>ЛЕЧЕНИЕ</b>	
ЗАДАНИЕ № 9	В качестве первой линии фармакотерапии для симптоматического лечения данного пациента следует применять
Количество верных ответов	1
Верный ответ	Бета-блокаторы
Обоснование	Невазодилатирующие β-АБ с подбором максимально переносимой дозы рекомендуются в качестве первой линии фармакотерапии для симптоматического лечения взрослым больным с обструктивной и необструктивной формами ГКМП, однако их с осторожностью следует применять при синусовой брадикардии и тяжелых нарушениях проводимости. URL: <a href="https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr_196/#3_1">https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr_196/#3_1</a> Рекомендуется назначение бета-адреноблокаторов. Антиаритмическая терапия назначается пожизненно с коррекцией дозы препарата по мере увеличения роста и массы тела пациента. Бета-адреноблокаторы показаны бессимптомным пациентам с QTc ≥ 470 мс и пациентам с синкопе или документированной желудочковой тахикардией/фибрилляцией желудочков. URL: <a href="https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr_368/#3_1">https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr_368/#3_1</a>
Дистрактор 1	Дигидропиридиновые антагонисты кальция
Дистрактор 2	Препараты I В класса
Дистрактор 3	Препараты I С класса
ЗАДАНИЕ № 10	Прием бета-блокаторов может привести к развитию
Количество верных ответов	1
Верный ответ	Атриовентрикулярной блокады
Обоснование	Следует помнить о побочных эффектах β-АБ: нарушение проводимости, вплоть до полной поперечной блокады, бронхоспазм, вазоконстрикция периферических сосудов, и другие. URL: <a href="https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr_196/#3_1">https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr_196/#3_1</a>
Дистрактор 1	Наджелудочковой тахикардии
Дистрактор 2	Синдрома слабости синусового узла
Дистрактор 3	Сахарного диабета
ЗАДАНИЕ № 11	В случае развития побочных эффектов при приеме бета-блокаторов или невозможности достижения оптимального эффекта рекомендуется альтернативное назначение
Количество верных ответов	1
Верный ответ	Верапамила

Обоснование	В случае невозможности достижения оптимального эффекта или развития побочных эффектов от приема β-АБ рекомендуется альтернативное назначение антагонистов кальция. Терапия верапамилом (начиная с низких доз с титрованием до 480 мг/сутки) у больных обструктивной и необструктивной ГКМП рекомендуется при неэффективности или наличии противопоказаний к назначению β-АБ. URL: <a href="https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr_196/#3_1_">https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr_196/#3_1_</a>
Дистрактор 1	Аллапинина
Дистрактор 2	Ивабрадина
Дистрактор 3	Дигоксина
ЗАДАНИЕ № 12	Наиболее эффективным методом профилактики внезапной сердечной смерти у данного пациента является
Количество верных ответов	1
Верный ответ	Имплантация кардиовертера-дефибриллятора
Обоснование	Имплантация ИКД рекомендуется больным ГКМП с документированными ранее эпизодами остановки сердца, фибрилляции желудочков или тем, у кого была спонтанная устойчивая ЖТ с потерей сознания или гемодинамическими нарушениями. URL: <a href="https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr_196/#3_2">https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr_196/#3_2</a> Наиболее эффективным методом профилактики внезапной сердечной смерти является имплантация кардиовертера-дефибриллятора, которая в обязательном порядке показана всем больным...при наличии спонтанной устойчивой желудочковой тахикардии с/без синкопе. URL: <a href="https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr_368/#3_2">https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr_368/#3_2</a>
Дистрактор 1	Септальная миктотомия
Дистрактор 2	Алкогольная септальная абляция
Дистрактор 3	Двухкамерная электрокардиостимуляция

### ПАСПОРТ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

Организация	ФГБОУ ВО «ИвГМА» Минздрава России
Автор кейса	Батрак Галина Алексеевна
Ученая степень	Доктор медицинских наук
Ученое звание	Профессор
Специальность	Диетология
Дисциплина/модуль	Болезни эндокринной системы, нарушение обмена веществ и диетотерапия
Должность	Профессор кафедры терапии и эндокринологии
Уровень сложности: базовый – 1, средний – 2, повышенной сложности	1
Пригодность для другой специальности (если да, то указать какой)	Эндокринология, гастроэнтерология, терапия

### АННОТАЦИЯ

№ п/п	Код трудовой функции	Наименование трудовой функции
1	A/02.8	Проведение обследования пациентов при заболеваниях и (или) патологических состояниях с целью написания заключения
2	A/03.8	Назначение лечебного питания пациентам при заболеваниях и (или) патологических состояниях, контроль ее эффективности и безопасности

№ п/п	Код МКБ-10	Наименование нозологии
1	E11	Инсулиннезависимый сахарный диабет
2	E 66.0	Ожирение

## УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

### Ситуация

Пациентка И., 32 лет, воспитатель, обратилась на прием к диетологу.

### Жалобы

Жалобы на повышенный вес, одышку при ходьбе, жажду, сухость во рту, повышенную утомляемость.

### Анамнез заболевания

Из анамнеза: В течение 0,5 года отмечает повышенный уровень глюкозы крови натощак до 7,5 ммоль/л и после приема пищи до 11,0 ммоль/л, гликированный гемоглобин 7,8%. При обращении к эндокринологу назначен метформин 1000,0 мг в сутки, данный препарат принимает в течение 3-х месяцев, отмечает улучшение самочувствия, отсутствие жажды и сухости во рту, снижение уровня гликемии натощак и после приема пищи. Сохраняется повышенный вес, одышка при ходьбе и отсутствие динамики снижения массы тела, в связи с чем самостоятельно обратилась на прием к диетологу.

### Анамнез жизни

Отмечает избыточную массу тела с детства, значительная прибавка веса после родов. Менархе в 10 лет, менструальный цикл регулярный, роды 2-е. Вес детей при рождении: 4100 гр, 4300 гр. У матери ожирение 2 степени, гипертоническая болезнь и сахарный диабет 2 типа. Аллергических реакций на прием лекарственных препаратов не отмечает. Травм, переломов, переливаний крови не было. Не курит. Работает воспитателем в детском дошкольном учреждении. В течение года отмечает подъемы артериального давления до 155/100 мм рт. ст., нерегулярно принимает индапамид 1,5 мг в сутки. Диету нарушает.

### Объективный статус

При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Бледные послеродовые стрии в области живота. Объем талии 110 см, объем бедер 95 см, ОТ/ОБ 1,2, вес 105 кг, рост 164 см. Щитовидная железа и периферические лимфатические узлы не увеличены. Пульс 80 ударов в минуту, ритмичный. АД 150/100 мм рт. ст. Правая граница сердца по правому краю грудины, левая на 2 см кнаружи от срединно-ключичной линии. Тоны сердца приглушены. ЧДД 20 в минуту. Дыхание везикулярное, хрипов не определяется. Живот мягкий, безболезненный, печень при пальпации по краю реберной дуги. Отеков не отмечается. Стул и мочеиспускание не нарушены.

### ЗАДАНИЯ

ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ	
ЗАДАНИЕ № 1	Уровень гликированного гемоглобина в качестве диагностического критерия сахарного диабета
Количество верных ответов	1
Верный ответ 1	Более 6,5%
Обоснование	В качестве диагностического критерия сахарного диабета в настоящее время используют диагностические критерии Всемирной организации здравоохранения, 1999–2013 г. Диагностика проводится на основании лабораторных определений уровня гликемии, гликированного гемоглобина. URL: <a href="https://library.mededtech.ru/">https://library.mededtech.ru/</a> ; URL: <a href="https://grrs.rosminzdrav.ru/Default.aspx">https://grrs.rosminzdrav.ru/Default.aspx</a> Российские клинические рекомендации. Эндокринология / под ред. И.И. Дедова, Г.А. Мельниченко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 592 с. Эндокринология. Стандарты медицинской помощи / сост. А.С. Дементьев, Н.А. Калабкин, С.Ю. Кочетков. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – (серия «Стандарты медицинской помощи»). Стандарт первичной медико-санитарной помощи при инсулиннезависимом сахарном диабете (приказ МЗ РФ № 1581н от 28.12.2012)
Результат	У пациентки гликированный гемоглобин 7,8%.
Дистрактор 1	Более 7,0%
Дистрактор 2	Более 6,0%
Дистрактор 3	Более 5,5 ммоль/л
ЗАДАНИЕ № 2	В качестве диагностического критерия сахарного диабета уровень глюкозы капиллярной крови натощак составляет
Количество верных ответов	1
Верный ответ 1	≥ 6,1 ммоль/л

Обоснование	<p>В качестве диагностического критерия сахарного диабета в настоящее время используют диагностические критерии Всемирной организации здравоохранения, 1999–2013 г. Диагностика проводится на основании лабораторных определений уровня глюкозы, гликированного гемоглобина. Диагноз сахарного диабета всегда следует подтверждать повторным определением гликемии в последующие дни, за исключением случаев гипергликемии с острой метаболической декомпенсацией. URL: <a href="https://library.mededtech.ru">https://library.mededtech.ru</a>; URL: <a href="https://grls.rosminzdrav.ru/Default.aspx">https://grls.rosminzdrav.ru/Default.aspx</a></p> <p>Российские клинические рекомендации. Эндокринология / под ред. И.И. Дедова, Г.А. Мельниченко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 592 с.</p> <p>Эндокринология. Стандарты медицинской помощи / сост. А.С. Дементьев, Н.А. Калабкин, С.Ю. Кочетков. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – (серия «Стандарты медицинской помощи»). Стандарт первичной медико-санитарной помощи при инсулиннезависимом сахарном диабете (приказ МЗ РФ № 1581н от 28.12.2012).</p>
Результат	У пациентки уровень глюкозы крови натощак до 7,5 ммоль/л.
Дистрактор 1	≥7,0 ммоль/л
Дистрактор 2	≥6,0 ммоль/л
Дистрактор 3	≥5,5 ммоль/л
ЗАДАНИЕ № 3	Укажите формулу для расчета индекса массы тела у данной пациентки
Количество верных ответов	1
Верный ответ	Вес в кг разделить на рост в метрах, возведенных в квадрат
Обоснование	<p>Для расчета индекса массы тела (ИМТ) в настоящее время применяется формула ИМТ, разработанная Кетле. Она учитывает два параметра — рост и вес. Согласно данной формуле, чтобы высчитать ИМТ, нужно вес в килограммах (m) разделить на рост в метрах, возведенный в квадрат (h<sup>2</sup>). Полученная цифра сравнивается с нормальными показателями ИМТ, согласно специальной таблице ВОЗ. URL: <a href="https://library.mededtech.ru">https://library.mededtech.ru</a>; URL: <a href="https://grls.rosminzdrav.ru/Default.aspx">https://grls.rosminzdrav.ru/Default.aspx</a></p> <p>Российские клинические рекомендации. Эндокринология / под ред.И.И. Дедова, Г.А. Мельниченко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 592 с.</p> <p>Эндокринология. Стандарты медицинской помощи / сост. А.С. Дементьев, Н.А. Калабкин, С.Ю. Кочетков. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – (серия «Стандарты медицинской помощи»). Стандарт первичной медико-санитарной помощи при инсулиннезависимом сахарном диабете (приказ МЗ РФ № 1581н от 28.12.2012)</p>
Дистрактор 1	Вес в г разделить на рост в сантиметрах, возведенных в квадрат
Дистрактор 2	Рост в метрах разделить на вес в кг
Дистрактор 3	Из значения веса в кг вычесть 100
<b>ДИАГНОЗ</b>	
ЗАДАНИЕ № 4	Предполагаемый основной диагноз
Количество верных ответов	1
Верный ответ	Сахарный диабет 2 типа. Ожирение 2 степени
Обоснование	<p>Диагноз поставлен на основании характерных жалоб, наличия факторов риска и данных лабораторных методов обследования. Значения гликемии натощак, после приема пищи и уровень гликированного гемоглобина соответствуют диагностическим критериям впервые выявленного сахарного диабета. URL: <a href="https://library.mededtech.ru">https://library.mededtech.ru</a>; URL: <a href="https://grls.rosminzdrav.ru/Default.aspx">https://grls.rosminzdrav.ru/Default.aspx</a></p> <p>Российские клинические рекомендации. Эндокринология / под ред. И.И. Дедова, Г.А. Мельниченко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 592 с.</p> <p>Эндокринология. Стандарты медицинской помощи / сост. А.С. Дементьев, Н.А. Калабкин, С.Ю. Кочетков. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – (серия «Стандарты медицинской помощи»). Стандарт первичной медико-санитарной помощи при инсулиннезависимом сахарном диабете (приказ МЗ РФ № 1581н от 28.12.2012)</p>
Дистрактор 1	Ожирение 3 степени, нарушенная гликемия натощак
Дистрактор 2	Ожирение 1 степени
Дистрактор 3	Ожирение 2 степени, нарушение углеводного обмена по типу нарушенного теста толерантности к глюкозе

<b>ЛЕЧЕНИЕ</b>	
ЗАДАНИЕ № 5	Основные принципы лечения сахарного диабета 2 типа
Количество верных ответов	1
Верный ответ	Диетотерапия, физическая активность, сахароснижающие препараты, обучение и самоконтроль
Обоснование	<p>Питание является обязательной частью терапии сахарного диабета 2 типа при любом варианте сахароснижающей терапии. При формировании рекомендаций по питанию должны указываться индивидуальные предпочтения. Постепенное изменение стиля питания. Ограничение калорийности рациона с целью умеренного снижения массы тела. Резкие ограничения в рационе и голодание противопоказаны. Физические нагрузки улучшают гликемический контроль, снижают массу тела, уменьшают инсулинорезистентность. Темп физической активности подбирается индивидуально, с учетом возраста, осложнений сахарного диабета, сопутствующих осложнений.</p> <p>URL: <a href="https://library.mededtech.ru">https://library.mededtech.ru</a>;  URL: <a href="https://grls.rosminzdrav.ru/Default.aspx">https://grls.rosminzdrav.ru/Default.aspx</a>  Российские клинические рекомендации. Эндокринология / под ред. И.И. Дедова, Г.А. Мельниченко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 592 с.  Эндокринология. Стандарты медицинской помощи / сост. А.С. Дементьев, Н.А. Калабкин, С.Ю. Кочетков. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – (серия «Стандарты медицинской помощи»). Стандарт первичной медико-санитарной помощи при ожирении (приказ МЗ РФ № 752н от 09.11.2012).  Эндокринология. Стандарты медицинской помощи / сост. А.С. Дементьев, Н.А. Калабкин, С.Ю. Кочетков. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – (серия «Стандарты медицинской помощи»). Стандарт первичной медико-санитарной помощи при инсулиннезависимом сахарном диабете (приказ МЗ РФ № 1581н от 28.12.2012)</p>
Дистрактор 1	Лечебное голодание
Дистрактор 2	Пищевые добавки растительного происхождения
Дистрактор 3	Некалорийные сахарозаменители
ЗАДАНИЕ № 6	Основным немедикаментозным методом лечения сахарного диабета 2 типа является
Количество верных ответов	1
Верный ответ	Диетотерапия
Обоснование	<p>Рациональное питание является неотъемлемой частью терапии сахарного диабета 2 типа независимо от варианта медикаментозной терапии. Рекомендуется учет индивидуальных предпочтений пациента, соблюдение нежестких диетических рекомендаций, направленных на постепенное формирование правильного стиля питания и изменение пищевых привычек. Пациентам с ожирением рекомендуется ограничение калорийности рациона с целью постепенного и умеренного снижения массы тела. Резкие ограничения в питании и голодание противопоказаны.</p> <p>URL: <a href="https://library.mededtech.ru">https://library.mededtech.ru</a>;  URL: <a href="https://grls.rosminzdrav.ru/Default.aspx">https://grls.rosminzdrav.ru/Default.aspx</a>  Российские клинические рекомендации. Эндокринология / под ред. И.И. Дедова, Г.А. Мельниченко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 592 с.  Эндокринология. Стандарты медицинской помощи / сост. А.С. Дементьев, Н.А. Калабкин, С.Ю. Кочетков. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – (серия «Стандарты медицинской помощи»). Стандарт первичной медико-санитарной помощи при ожирении (приказ МЗ РФ № 752н от 09.11.2012)</p>
Дистрактор 1	Лечебная физкультура
Дистрактор 2	Употребление малых доз алкогольных напитков
Дистрактор 3	Сеансы психотерапии
ЗАДАНИЕ № 7	Первостепенным методом лечения ожирения в обязательном порядке является
Количество верных ответов	1
Верный ответ	Расчет суточной энергетической ценности с учетом физиологической массы тела и физических нагрузок

Обоснование	Основным методом профилактики и лечения ожирения является определение суточной энергетической ценности рациона, в котором учитывается физиологическая масса тела и физические нагрузки. URL: <a href="https://library.mededtech.ru">https://library.mededtech.ru</a> URL: <a href="https://grls.rosminzdrav.ru/Default.aspx">https://grls.rosminzdrav.ru/Default.aspx</a> Российские клинические рекомендации. Эндокринология / под ред. И.И. Дедова, Г.А. Мельниченко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 592 с. Эндокринология. Стандарты медицинской помощи / сост. А.С. Дементьев, Н.А. Калабкин, С.Ю. Кочетков. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – (серия «Стандарты медицинской помощи»). Стандарт первичной медико-санитарной помощи при ожирении (приказ МЗ РФ № 752н от 09.11.2012)
Дистрактор 1	Общий массаж
Дистрактор 2	Лечебная физкультура с использованием тренажера
Дистрактор 3	Фитотерапия
ЗАДАНИЕ № 8	Какую диету согласно приказу № 330 необходимо назначить пациентке с сахарным диабетом 2 типа и ожирением
Количество верных ответов	1
Верный ответ	Вариант диеты с пониженной калорийностью
Обоснование	Низкокалорийная диета согласно приказу № 330 способствует нормализации углеводного обмена и снижению массы тела. Вариант диеты с пониженной калорийностью применяется у пациентов с сахарным диабетом 2 типа с избыточным весом или ожирением, Основной момент данного варианта диеты – снижение суточной калорийности рациона до 1300 ккал. Фрукты выбираются кисло-сладкие, исключены бананы и виноград. Пища готовится на пару или варится. Мясная группа ограничивается постными экземплярами: курицей, индейкой, телятиной. Диета предусматривает умеренное ограничение калорийности (1340–1550 ккал) за счет жиров (максимум 60 г в общей сложности) и полное исключение легкоусвояемых углеводов. Она усилена содержанием растительной клетчатки. Режим питания 5 раз в день. Приказ Минздрава РФ от 5 августа 2003 г. № 330 «О мерах по совершенствованию лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях Российской Федерации». URL: <a href="https://medside.ru/osnovnoy-variant-standartnoy-dietyi-ovd">https://medside.ru/osnovnoy-variant-standartnoy-dietyi-ovd</a> Российские клинические рекомендации. Эндокринология / под ред. И.И. Дедова, Г.А. Мельниченко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 592 с. Эндокринология. Стандарты медицинской помощи / сост. А.С. Дементьев, Н.А. Калабкин, С.Ю. Кочетков. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – (серия «Стандарты медицинской помощи»). Стандарт первичной медико-санитарной помощи при ожирении (приказ МЗ РФ № 752н от 09.11.2012). URL: <a href="https://library.mededtech.ru">https://library.mededtech.ru</a>
Дистрактор 1	Основной вариант стандартной диеты
Дистрактор 2	Основной вариант диеты щадящего действия
Дистрактор 3	Вариант диеты с пониженным содержанием белка
ЗАДАНИЕ № 9	Длительная фармакотерапия ожирения проводится препаратом
Количество верных ответов	1
Верный ответ	Орлистат (ингибитор кишечной липазы)
Обоснование	В настоящее время для длительной фармакотерапии ожирения (год и более) разрешен к применению орлистат. Мета-анализ рандомизированных плацебо-контролируемых исследований от 1 до 4 лет показал, что терапия орлистатом позволяет добиться дополнительного снижения массы тела не менее чем на 5 кг. Препарат является безопасным. Данных, позволяющих судить о влиянии этого препарата на общую смертность или смертность от сердечно-сосудистых заболеваний, в настоящее время нет. URL: <a href="https://library.mededtech.ru">https://library.mededtech.ru</a> ; URL: <a href="https://grls.rosminzdrav.ru/Default.aspx">https://grls.rosminzdrav.ru/Default.aspx</a> Российские клинические рекомендации. Эндокринология / под ред. И.И. Дедова, Г.А. Мельниченко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 592 с. Эндокринология. Стандарты медицинской помощи / сост. А.С. Дементьев, Н.А. Калабкин, С.Ю. Кочетков. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – (серия «Стандарты медицинской помощи»). Стандарт первичной медико-санитарной помощи при ожирении (приказ МЗ РФ № 752н от 09.11.2012)

Дистрактор 1	Сибутрамин
Дистрактор 2	Метформин
Дистрактор 3	Дапаглифлозин
ЗАДАНИЕ № 10	Продукты, которые необходимо использовать в рационе лечебного питания у данной пациентки
Количество верных ответов	1
Верный ответ	Продукты, содержащие сложноусвояемые углеводы и клетчатку
Обоснование	Приказ Минздрава РФ от 5 августа 2003 г. № 330 «О мерах по совершенствованию лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях Российской Федерации». Методические рекомендации «Организация лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях» (утв. Минсоцразвития РФ 03.02.2005). Лечебное питание: Современные подходы к стандартизации диетотерапии. Под ред. Тутельяна В.А., Гаппарова М.М. и др. 2010 г. <a href="https://medside.ru/osnovnoy-variant-standartnoy-dietyi-ovd">https://medside.ru/osnovnoy-variant-standartnoy-dietyi-ovd</a> Российские клинические рекомендации. Эндокринология / под ред. И.И. Дедова, Г.А. Мельниченко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 592 с.
Дистрактор 1	Продукты промышленного выпуска на фруктозе
Дистрактор 2	Виноградные вина
Дистрактор 3	Субпродукты
ЗАДАНИЕ № 11	Продукты, которые необходимо исключить из питания у данной пациентки
Количество верных ответов	1
Верный ответ	блюда на основе рафинированных углеводов
Обоснование	Приказ Минздрава РФ от 5 августа 2003 г. № 330 «О мерах по совершенствованию лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях Российской Федерации». Методические рекомендации «Организация лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях» (утв. Минсоцразвития РФ 03.02.2005). Лечебное питание: Современные подходы к стандартизации диетотерапии. Под ред. Тутельяна В.А., Гаппарова М.М. и др. 2010 г. URL: <a href="https://medside.ru/osnovnoy-variant-standartnoy-dietyi-ovd">https://medside.ru/osnovnoy-variant-standartnoy-dietyi-ovd</a> ; URL: <a href="https://library.mededtech.ru">https://library.mededtech.ru</a> ; URL: <a href="https://grls.rosminzdrav.ru/Default.aspx">https://grls.rosminzdrav.ru/Default.aspx</a> Российские клинические рекомендации. Эндокринология / под ред. И.И. Дедова, Г.А. Мельниченко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 592 с. Эндокринология. Стандарты медицинской помощи / сост. А.С. Дементьев, Н.А. Калабкин, С.Ю. Кочетков. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – (серия «Стандарты медицинской помощи»). Стандарт первичной медико-санитарной помощи при инсулиннезависимом сахарном диабете (Приказ МЗ РФ № 1581н от 28.12.2012)
Дистрактор 1	Бобовые
Дистрактор 2	Морковь и свекла
Дистрактор 3	Свежие кисло-сладкие фрукты
<b>ВАРИАТИВ</b>	
ЗАДАНИЕ № 12	Основными факторами риска развития сахарного диабета 2 типа у пациентки являются
Количество верных ответов	1
Верный ответ	Ожирение, отягощенная наследственность по сахарному диабету 2 типа, крупный плод в анамнезе
Обоснование	Ожирение, наличие сахарного диабета 2 типа у родственников, крупный плод более 4 кг являются факторами риска сахарного диабета 2 типа. Российские клинические рекомендации. Эндокринология / под ред. И.И. Дедова, Г.А. Мельниченко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 592 с.
Дистрактор 1	Злоупотребление пищей, содержащей легкоусвояемые углеводы
Дистрактор 2	Артериальная гипертензия
Дистрактор 3	Наличие хронического панкреатита

## ПАСПОРТ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

<b>Организация</b>	<b>ФГАОУ ВО «Медицинская академия имени С.И. Георгиевского «КФУ им. В.И. Вернадского» Минобрнауки России</b>
Автор кейса	Григоренко Елена Ивановна
Ученая степень	Кандидат педагогических наук
Ученое звание	Доцент
Должность	Доцент кафедры терапии, гастроэнтерологии, кардиологии и общей врачебной практики (семейной медицины)
Специальность	Диетология
Дисциплина/модуль	Болезни органов пищеварения и диетотерапия
Уровень сложности: базовый - 1, средний - 2, повышенной сложности	2 – средний
Пригодность для другой специальности (если да, то указать какой)	Терапия Общая врачебная практика (семейная медицина) Гастроэнтерология

### АННОТАЦИЯ

№ п/п	Код трудовой функции	Наименование трудовой функции и компетентности
1	A/02.8	Проведение обследования пациентов при заболеваниях и(или) патологических состояниях с целью постановки диагноза
2	A/03.8	Назначение диетотерапии пациентам (при заболеваниях и(или) патологических состояниях, контроль ее эффективности и безопасности

№ п/п	Код МКБ-10	Наименование нозологии
1	K. 21.0 K. 25.7	Гастроэзофагеальной рефлюкс с эзофагитом. Язва двенадцатиперстной кишки, хроническая, без кровотечения и прободения

### УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

#### Ситуация

Больной П., 48 лет, поступил в гастроэнтерологическое отделение стационара

#### Жалобы

На сильные боли в эпигастральной области, возникающие через 1,5–2 часа после еды, натощак, в ночные часы, изжогу после приема пищи и при работе в наклонном положении.

#### Анамнез заболевания

Считает себя больным в течение года, когда впервые появились голодные боли и изжога. Начало заболевания связывает с нерегулярным питанием и психоэмоциональными нагрузками. Самостоятельно принимал альмагель, но-шпу. В последний месяц отмечает усиление интенсивности болей, ежедневное появление изжоги.

#### Анамнез жизни

Работает строителем. Курит до 20 сигарет в день. Алкоголем не злоупотребляет. Отец больного умер от рака желудка. Другие хронические заболевания отрицает.

#### Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 174 см, вес 72 кг, кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовой окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, число дыханий 18 в 1 минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Частота сердечных сокращений 68 в 1 минуту. АД 130/80 мм рт. ст. Язык влажный, обложен у корня белым налетом. Живот округлой формы, участвует в акте дыхания. Доступен глубокой пальпации во всех отделах, мягкий, при пальпации болезненный в эпигастральной, в пилородуоденальной зонах. Печень – у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Пузырные симптомы отрицательные. Физиологические отправления в норме (стул 1 раз в день, оформленный, без патологических примесей, обычной окраски, дизурии нет).

## ЗАДАНИЯ

### Обследование

ЗАДАНИЕ № 1	У данного больного болевой синдром, наиболее вероятно, является проявлением
Количество верных ответов	1
Верный ответ	Язвенной болезни двенадцатиперстной кишки
Обоснование	При поражениях пилорического канала и луковицы двенадцатиперстной кишки обычно наблюдаются поздние боли (через 2–3 часа после еды), «голодные» боли, возникающие натощак и проходящие после приема пищи, а также ночные боли. Боли проходят после приема антисекреторных и антацидных препаратов. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению язвенной болезни. URL: <a href="https://library.mededtech.ru/rest/documents/R_yazven_bolezn/index.html#diagnostics_and_treatment_of_peptic_ulcer_clinical_guidelines_of_the_russian_gastroenterological_association">https://library.mededtech.ru/rest/documents/R_yazven_bolezn/index.html#diagnostics_and_treatment_of_peptic_ulcer_clinical_guidelines_of_the_russian_gastroenterological_association</a>
Дистрактор 1	Гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (далее – ГЭРБ)
Дистрактор 2	Желчнокаменной болезни
Дистрактор 3	Панкреатита
ЗАДАНИЕ № 2	Имеющаяся у больного изжога является основным симптомом
Верный ответ	ГЭРБ
Обоснование	Изжога представляет собой наиболее характерный симптом, встречается у 83 % больных и возникает вследствие длительного контакта кислого (pH < 4) желудочного содержимого со слизистой пищевода. Типичным для данного симптома считается усиление при погрешностях в диете, приеме алкоголя, газированных напитков, физическом напряжении, наклонах и в горизонтальном положении. URL: <a href="https://library.mededtech.ru/rest/documents/R_GERB_20176/index.html#diagnostics_and_treatment_of_gastroesophageal_reflux_disease_clinical_guidelines_of_the_russian_gastroenterological_association">https://library.mededtech.ru/rest/documents/R_GERB_20176/index.html#diagnostics_and_treatment_of_gastroesophageal_reflux_disease_clinical_guidelines_of_the_russian_gastroenterological_association</a>
Дистрактор 1	Синдрома раздраженного кишечника
Дистрактор 2	Дисфункции сфинктера Одди
Дистрактор 3	Холестита
ЗАДАНИЕ № 3	При верификации клинически предположенного диагноза наиболее важными диагностическими исследованиями являются
Количество верных ответов	2
Верный ответ 1	Эзофагогастродуоденоскопия (далее – ЭГДС)
Обоснование	ЭГДС подтверждает наличие язвенного дефекта, уточняет его локализацию, глубину, форму, размеры, позволяет оценить состояние дна и краев язвы, выявить сопутствующие изменения слизистой оболочки, нарушения гастродуоденальной моторики. URL: <a href="https://library.mededtech.ru/rest/documents/R_yazven_bolezn/index.html#diagnostics_and_treatment_of_peptic_ulcer_clinical_guidelines_of_the_russian_gastroenterological_association">https://library.mededtech.ru/rest/documents/R_yazven_bolezn/index.html#diagnostics_and_treatment_of_peptic_ulcer_clinical_guidelines_of_the_russian_gastroenterological_association</a>
Верный ответ 2	Внутрипищеводная суточная pH-метрия
Обоснование	Основным методом диагностики гастроэзофагеального рефлюкса (далее – ГЭР) служит pH-метрия. При диагностике ГЭР результаты pH-метрии оценивают по общему времени, в течение которого в пищеводе сохраняется pH < 4,0, общему количеству рефлюксов за сутки, количеству рефлюксов продолжительностью более 5 мин., наибольшей длительности рефлюкса. URL: <a href="https://library.mededtech.ru/rest/documents/R_GERB_20176/index.html#diagnostics_and_treatment_of_gastroesophageal_reflux_disease_clinical_guidelines_of_the_russian_gastroenterological_association">https://library.mededtech.ru/rest/documents/R_GERB_20176/index.html#diagnostics_and_treatment_of_gastroesophageal_reflux_disease_clinical_guidelines_of_the_russian_gastroenterological_association</a>
Дистрактор 1	Клинический анализ крови
Дистрактор 2	Биохимический анализ крови
Дистрактор 3	Рентгенография желудка
Дистрактор 4	Ультразвуковое исследование органов брюшной полости

ЗАДАНИЕ № 4	При проведении ЭГДС выявлен язвенный дефект луковицы двенадцатиперстной кишки и эрозивный эзофагит. Дальнейшее обследование направлено на проведение дополнительных исследований
Количество верных ответов	1
Верный ответ	Быстрого уреазного теста
Обоснование	Решающая этиологическая роль в развитии ЯБ отводится сегодня микроорганизмам <i>H. pylori</i> . Для диагностики этой инфекции во время ЭГДС чаще всего применяется быстрый уреазный тест, основанный на определении изменения pH среды по окраске индикатора, которое происходит вследствие выделения аммиака при расщеплении мочевины уреазой, вырабатываемой бактериями. Результаты этого исследования становятся известными уже через 1 час после получения биоптатов слизистой оболочки желудка. Если больному не проводится ЭГДС, то для диагностики <i>H. pylori</i> предпочтительно применять уреазный дыхательный тест с использованием мочевины, меченной изотопами <sup>13</sup> C или <sup>14</sup> C. Если больному не проводится ЭГДС, то для диагностики <i>H. pylori</i> предпочтительно применять уреазный дыхательный тест с использованием мочевины, меченной изотопами <sup>13</sup> C или <sup>14</sup> C. URL: <a href="https://library.mededtech.ru/rest/documents/R_yazven_bolezn/index.html#diagnostics_and_treatment_of_peptic_ulcer_clinical_guidelines_of_the_russian_gastroenterological_association">https://library.mededtech.ru/rest/documents/R_yazven_bolezn/index.html#diagnostics_and_treatment_of_peptic_ulcer_clinical_guidelines_of_the_russian_gastroenterological_association</a>
Дистрактор 1	Клинического анализа крови
Дистрактор 2	Копрологического исследования
Дистрактор 3	Крригоскопии
<b>ДИАГНОЗ</b>	
ЗАДАНИЕ № 5	При ЭГДС в дистальном отделе пищевода на вершине складки обнаружены два эрозивных дефекта слизистой оболочки. Какая стадия рефлюкс-эзофагита по Лос-Анджелесской классификации у больного?
Количество верных ответов	1
Верный ответ	Стадия А
Обоснование	Лос-Анджелесская классификация предусматривает четырехстепенную градацию рефлюкс-эзофагита и учитывает распространенность процесса. Стадия А – один (или более) участок поврежденной слизистой оболочки размером до 5 мм, который не захватывает слизистую между складками (расположен на вершине складки). Стадия В – один (или более) участок поврежденной слизистой оболочки размером более 5 мм, который не захватывает слизистую между складками (расположен на вершине складки). Стадия С – один (или более) участок поврежденной слизистой оболочки, который распространяется на слизистую между двумя или более складками, но вовлекает менее 75% окружности пищевода. Стадия Д – один (или более) участок поврежденной слизистой оболочки, который вовлекает более 75% окружности пищевода. URL: <a href="https://library.mededtech.ru/rest/documents/R_GERB_20176/index.html#diagnostics_and_treatment_of_gastroesophageal_reflux_disease_clinical_guidelines_of_the_russian_gastroenterological_association">https://library.mededtech.ru/rest/documents/R_GERB_20176/index.html#diagnostics_and_treatment_of_gastroesophageal_reflux_disease_clinical_guidelines_of_the_russian_gastroenterological_association</a>
Дистрактор 1	Стадия В
Дистрактор 2	Стадия С
Дистрактор 3	Стадия Д
<b>ЛЕЧЕНИЕ</b>	
ЗАДАНИЕ № 6	При лечении язвенной болезни, ассоциированной с пилорическим хеликобактером, терапия первой линии должна включать
Количество верных ответов	1
Верный ответ	Ингибитор протонной помпы, кларитромицин, амоксициллин
Обоснование	Терапией первой линии для эрадикации <i>H. pylori</i> служит стандартная тройная терапия, включающая ИПП (в стандартной дозе 2 раза в сутки), кларитромицин (500 мг 2 раза в сутки) и амоксициллин (1000 мг 2 раза в сутки). URL: <a href="https://library.mededtech.ru/rest/documents/R_yazven_bolezn/index.html#diagnostics_and_treatment_of_peptic_ulcer_clinical_guidelines_of_the_russian_gastroenterological_association">https://library.mededtech.ru/rest/documents/R_yazven_bolezn/index.html#diagnostics_and_treatment_of_peptic_ulcer_clinical_guidelines_of_the_russian_gastroenterological_association</a>

Дистрактор 1	Ингибитор протонной помпы, амоксициллин, метронидазол
Дистрактор 2	Ингибитор протонной помпы, метронидазол, тетрациклин
Дистрактор 3	Ингибитор протонной помпы, висмута трикалия дицитрат, кларитромицин
Дистрактор 4	Ингибитор протонной помпы, амоксициллин, левофлоксацин
<b>ДИЕТОТЕРАПИЯ</b>	
ЗАДАНИЕ № 7	Больному необходимо на первом этапе лечения назначить диету
Количество верных ответов	1
Верный ответ	Вариант диеты с механическим и химическим щажением (далее – ЩД)
Обоснование	Показанием к применению ЩД является язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки в стадии обострения и нестойкой ремиссии. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Приказ МЗ РФ от 5 августа 2003 года № 330 «О мерах по совершенствованию лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях Российской Федерации» (с изменениями на 24 ноября 2016 года). URL: <a href="http://base.garant.ru/12132439/#ixzz63pMlsHgM">http://base.garant.ru/12132439/#ixzz63pMlsHgM</a>
Дистрактор 1	Основной вариант стандартной диеты (далее – ОВД)
Дистрактор 2	Вариант диеты с повышенным содержанием белка
Дистрактор 3	Вариант диеты с пониженным содержанием белка
ЗАДАНИЕ № 8	Энергетическая ценность рациона данного больного, ккал
Количество верных ответов	1
Верный ответ	2170-2480
Обоснование	При обострении язвенной болезни и ГЭРБ показан нормокалорийный рацион, энергетическая ценность которого составляет 2170-2480 ккал. Приказ МЗ РФ от 5 августа 2003 года № 330 «О мерах по совершенствованию лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях Российской Федерации» (с изменениями на 24 ноября 2016 года). URL: <a href="http://base.garant.ru/12132439/#ixzz63pMlsHgM">http://base.garant.ru/12132439/#ixzz63pMlsHgM</a>
Дистрактор1	2080-2690
Дистрактор2	2120-2650
Дистрактор3	1340-1550
Дистрактор4	3100-3600
ЗАДАНИЕ № 9	Количество белков, жиров и углеводов в граммах, получаемое больным в течение суток должно составлять
Количество верных ответов	1
Верный ответ	80-90, 70-80, 300-350
Обоснование	ЩД предусматривает физиологическое содержание белков, жиров и углеводов, что составляет 80-90г белков, 70-80 г жиров, 300-350 г углеводов. Лечебное питание: современные подходы к стандартизации диетотерапии / под ред. В. А. Тутельяна, М. М. Г. Гаппарова, Б. С. Каганова [и др.]; МЗиСР РФ; РАМН; НИИ питания РАМН. – М.: Диастафия, 2010. – 302 с.
Дистрактор1	100-120, 80-90, 250-300
Дистрактор2	20-60, 80-90, 350-400
Дистрактор3	70-80, 60-70, 130-150
ЗАДАНИЕ № 10	Рациональное питание у данного пациента предусматривает прием пищи ____ раз/раза в день
Количество верных ответов	1
Верный ответ	5

Обоснование	В период обострения ритм питания дробный, 5-6 раз в день. Кроме основных приемов пищи рекомендуется еще второй завтрак, полдник. Антирефлюксный режим предусматривает последний прием пищи за два часа до сна. Лечебное питание: современные подходы к стандартизации диетотерапии / под ред. В. А. Тутельяна, М. М. Г. Гапарова, Б. С. Каганова [и др.]; МЗиСР РФ; РАМН; НИИ питания РАМН. – М.: Династия, 2010. – 302 с. URL: <a href="https://library.mededtech.ru/rest/documents/R_GERB_20176/index.html#diagnostics_and_treatment_of_gastroesophageal_reflux_disease_clinical_guidelines_of_the_russian_gastroenterological_association">https://library.mededtech.ru/rest/documents/R_GERB_20176/index.html#diagnostics_and_treatment_of_gastroesophageal_reflux_disease_clinical_guidelines_of_the_russian_gastroenterological_association</a> 98125-074-3
Дистрактор 1	3
Дистрактор 2	4
Дистрактор 3	7
ЗАДАНИЕ № 11	
Количество верных ответов	В период обострения язвенной болезни и ГЭРБ из питания исключаются
Верный ответ	Острые закуски, приправы, пряности
Обоснование	Из пищевого рациона необходимо исключить продукты, раздражающие слизистую оболочку желудка и возбуждающие секрецию соляной кислоты: острые закуски, приправы, пряности, а также крепкие мясные и рыбные бульоны, жареную пищу, копчености, консервы, газированные напитки, кофе, цитрусовые Приказ МЗ РФ от 5 августа 2003 года № 330 «О мерах по совершенствованию лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях Российской Федерации (с изменениями на 24 ноября 2016 года)». URL: <a href="http://base.garant.ru/12132439/#ixzz63pMIsHgM">http://base.garant.ru/12132439/#ixzz63pMIsHgM</a> ; URL: <a href="https://library.mededtech.ru/rest/documents/R_yazven_bolezn/index.html#diagnostics_and_treatment_of_peptic_ulcer_clinical_guidelines_of_the_russian_gastroenterological_association">https://library.mededtech.ru/rest/documents/R_yazven_bolezn/index.html#diagnostics_and_treatment_of_peptic_ulcer_clinical_guidelines_of_the_russian_gastroenterological_association</a>
Дистрактор 1	Рафинированные углеводы (сахар)
Дистрактор 2	Азотистые экстрактивные вещества, алкоголь, какао, шоколад
Дистрактор 3	Соленые закуски, специи, животные жиры
ЗАДАНИЕ № 12	Больной должен соблюдать ЩД
Количество верных ответов	1
Верный ответ	постоянно
Обоснование	При язвенной болезни ЩД рекомендуется в период обострения и нестойкой ремиссии, затем показан основной вариант стандартной диеты. ГЭРБ в любой стадии болезни является показанием для ЩД. Приказ МЗ РФ от 5 августа 2003 года № 330 «О мерах по совершенствованию лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях Российской Федерации (с изменениями на 24 ноября 2016 года)». URL: <a href="http://base.garant.ru/12132439/#ixzz63pMIsHgM">http://base.garant.ru/12132439/#ixzz63pMIsHgM</a>
Дистрактор 1	в течение полугода
Дистрактор 2	в течение года
Дистрактор 3	до полного рубцевания язвы и эпителизации эрозий

### ПАСПОРТ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

Организация	ФГБУ «НМИЦ ПМ» Минздрава России
Автор кейса	Волкова Людмила Юрьевна
Ученая степень	Кандидат медицинских наук
Ученое звание	Доцент
Должность	Эксперт МАСЦ ФГБУ «НМИЦ ПМ» Минздрава России
Специальность	Диетология
Дисциплина/модуль	Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм
Уровень сложности: базовый – 1, средний – 2, повышенной сложности – 3	1

Пригодность для другой специальности (если да, то указать какой)	Терапия, общая врачебная практика, гастроэнтерология
--	--

## АННОТАЦИЯ

№ п/п	Код трудовой функции	Наименование трудовой функции
1	A/02.8	Проведение обследования пациентов при заболеваниях и (или) патологических состояниях с целью написания заключения
2	A/03.8	Назначение лечебного питания пациентам при заболеваниях и (или) патологических состояниях, контроль эффективности и безопасности
3	A/06.8	Контроль эффективности мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения

№ п/п	Код МКБ-10	Наименование нозологии
1	D50 -D 53	Анемии, связанные с питанием

## УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ СИТУАЦИЯ

Пациентка в возрасте 20 лет, студентка, обратилась на прием к диетологу. Подозрение на железодефицитную анемию.

### Жалобы

Предъявляет жалобы на быструю утомляемость, слабость, одышку при незначительной физической нагрузке, плохой аппетит, ухудшение успеваемости в институте.

### Анамнез заболевания

До обращения к врачу жалоб на самочувствие не предъявляла. На протяжении последних 8 месяцев придерживалась строгой вегетарианской диеты, которую составила себе самостоятельно на основе публикаций из глянцевого журналов. В последние 2–3 недели отмечает быструю утомляемость, слабость, одышку при незначительной физической нагрузке, плохой аппетит. По совету подруги сдала общий анализ крови. В анализе крови: гемоглобин 105 г/л, гематокрит – 34%. В связи с чем самостоятельно обратилась на прием к диетологу.

### Анамнез жизни

Травм, переломов, переливаний крови не было. Не курит. Ведет активный образ жизни. Обучается в высшем учебном заведении на очном отделении. Ранее рацион был смешанный и включал продукты животного происхождения. Аллергических реакций на прием лекарственных препаратов не отмечает.

### Объективный статус

При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледные, видимые слизистые бледные. Вес 55 кг, рост 170 см. Пульс 80 ударов в минуту, тахикардия. АД 110/75 мм рт. ст. Дыхание везикулярное, хрипов не определяется. Живот мягкий, безболезненный. Отеков не отмечается. Стул и мочеиспускание не нарушены. Менструальный цикл в норме.

## ЗАДАНИЯ

ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ	
ЗАДАНИЕ № 1	Какое дополнительное исследование необходимо провести для подтверждения диагноза
Количество верных ответов	1
Верный ответ 1	биохимический анализ крови
Обоснование	Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению железодефицитной анемии. Москва 2015. URL: <a href="http://nodgo.org/sites/default/files/%D0%96%D0%94%D0%90%20%D0%B8%D1%81%D0%BF%D1%80.%29.pdf">http://nodgo.org/sites/default/files/%D0%96%D0%94%D0%90%20%D0%B8%D1%81%D0%BF%D1%80.%29.pdf</a>
Дистрактор 1	общий анализ крови повторный
Дистрактор 2	расширенный анализ крови с лейкоцитарной формулой
Дистрактор 3	определение скорости оседания эритроцитов
ЗАДАНИЕ № 2	В качестве диагностического критерия анемии в биохимическом анализе крови необходимо ориентироваться на

Количество верных ответов	1
Верный ответ 1	Концентрацию сывороточного ферритина
Обоснование	Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению железодефицитной анемии. Москва 2015. URL: <a href="http://nodgo.org/sites/default/files/%D0%96%D0%94%D0%90%20%28%D0%B8%D1%81%D0%BF%D1%80.%29.pdf">http://nodgo.org/sites/default/files/%D0%96%D0%94%D0%90%20%28%D0%B8%D1%81%D0%BF%D1%80.%29.pdf</a>
Дистрактор 1	Скорость оседания эритроцитов
Дистрактор 2	Изменение содержания альфа-глобулинов
Дистрактор 3	Наличие специфических белков
<b>ДИАГНОЗ</b>	
ЗАДАНИЕ № 3	Предположительным диагнозом у пациентки является железодефицитная анемия. Какой синдром, имеющийся у пациентки, свидетельствует о правомерности данного диагноза?
Количество верных ответов	1
Верный ответ 1	Анемический
Обоснование	Наличие анемического синдрома (слабость, бледность, тахикардия, снижение аппетита). Недостаточное поступление железа с пищей по данным ВОЗ является одной из значимых причин развития железодефицитной анемии у женщин репродуктивного возраста. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению железодефицитной анемии. Москва 2015. URL: <a href="http://nodgo.org/sites/default/files/%D0%96%D0%94%D0%90%20%28%D0%B8%D1%81%D0%BF%D1%80.%29.pdf">http://nodgo.org/sites/default/files/%D0%96%D0%94%D0%90%20%28%D0%B8%D1%81%D0%BF%D1%80.%29.pdf</a>
Дистрактор 1	Астенический
Дистрактор 2	Астено-вегетативный
Дистрактор 3	Сидеропенический
<b>ЛЕЧЕНИЕ</b>	
ЗАДАНИЕ № 4	Основным принципом лечения железодефицитной анемии является назначение
Количество верных ответов	1
Верный ответ	Лекарственных железосодержащих препаратов перорального приема
Обоснование	Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению железодефицитной анемии. Москва 2015. URL: <a href="http://nodgo.org/sites/default/files/%D0%96%D0%94%D0%90%20%28%D0%B8%D1%81%D0%BF%D1%80.%29.pdf">http://nodgo.org/sites/default/files/%D0%96%D0%94%D0%90%20%28%D0%B8%D1%81%D0%BF%D1%80.%29.pdf</a>
Дистрактор 1	Биологически активных добавок к пище, содержащих 50% суточной потребности в железе
Дистрактор 2	Преимущественно препаратов железа для парентерального применения
Дистрактор 3	Биологически активных добавок к пище, содержащих 15% суточной потребности в железе
ЗАДАНИЕ № 5	Основным принципом диетотерапии при железодефицитной анемии является
Количество верных ответов	1
Верный ответ	Обеспечение эффективности всасывания железа из различных пищевых продуктов
Обоснование	Лечебное питание: современные подходы к стандартизации диетотерапии /под. Ред. В.А. Тутельяна, М.М.Г. Гаппарова, Б.С. Каганова, Х.Х. Шарафетдинова. М.: Издательство «Династия», 2010. С. 110–114.
Дистрактор 1	Снижение общего количества жиров за счет жиров животного происхождения
Дистрактор 2	Исключение из рациона продуктов, возбуждающих аппетит
Дистрактор 3	Увеличение потребления продуктов и блюд, богатых пищевыми волокнами и клетчаткой
ЗАДАНИЕ № 6	Вариантом диеты, назначаемой при железодефицитной анемии является
Количество верных ответов	1
Верный ответ	Стандартная диета с повышенным количеством белка

Обоснование	Лечебное питание: современные подходы к стандартизации диетотерапии /под. Ред. В.А. Тутельяна, М.М.Г. Гаппарова, Б.С. Каганова, Х.Х. Шарафетдинова. М.: Издательство «Династия», 2010. С. 110–114.
Дистрактор 1	Общий вариант диеты
Дистрактор 2	Низкобелковая щадящая диета
Дистрактор 3	Низкокалорийная диета
ЗАДАНИЕ № 7	Энергетическая ценность диеты, назначаемой при железодефицитной анемии составляет (ккал)
Количество верных ответов	1
Верный ответ	2160-2690
Обоснование	Лечебное питание: современные подходы к стандартизации диетотерапии /под. Ред. В.А. Тутельяна, М.М.Г. Гаппарова, Б.С. Каганова, Х.Х. Шарафетдинова. М.: Издательство «Династия», 2010. С. 110–114.
Дистрактор 1	2170-2400
Дистрактор 2	2200-2650
Дистрактор 3	1120-1570
ЗАДАНИЕ № 8	Вариант диеты, назначаемой при железодефицитной анемии включает белка (г), в т.ч. животного происхождения (г)
Количество верных ответов	1
Верный ответ	110-120, 45-50
Обоснование	Лечебное питание: современные подходы к стандартизации диетотерапии /под. Ред. В.А. Тутельяна, М.М.Г. Гаппарова, Б.С. Каганова, Х.Х. Шарафетдинова. М.: Издательство «Династия», 2010. С. 110–114.
Дистрактор 1	85-90, 30-35
Дистрактор 2	40-60, 20-30
Дистрактор 3	130-140, 60-65
ЗАДАНИЕ № 9	Продукты, повышающие адсорбцию железа, которые необходимо использовать в рационе лечебного питания у данной пациентки
Количество верных ответов	1
Верный ответ	Мясо, рыба, птица
Обоснование	Лечебное питание: современные подходы к стандартизации диетотерапии /под. Ред. В.А. Тутельяна, М.М.Г. Гаппарова, Б.С. Каганова, Х.Х. Шарафетдинова. М.: Издательство «Династия», 2010. С. 110–114. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению железодефицитной анемии. Москва 2015. URL: <a href="http://nodgo.org/sites/default/files/%D0%96%D0%94%D0%90%20%28%D0%B8%D1%81%D0%BF%D1%80.%29.pdf">http://nodgo.org/sites/default/files/%D0%96%D0%94%D0%90%20%28%D0%B8%D1%81%D0%BF%D1%80.%29.pdf</a>
Дистрактор 1	Коровье молоко, сыр
Дистрактор 2	Пшеничные отруби, пищевые волокна
Дистрактор 3	Яйца, орехи
ЗАДАНИЕ № 10	Продукты, снижающие адсорбцию железа, которые необходимо исключить из рациона лечебного питания у данной пациентки
Количество верных ответов	1
Верный ответ	Чай и кофе
Обоснование	Лечебное питание: современные подходы к стандартизации диетотерапии /под. Ред. В.А. Тутельяна, М.М.Г. Гаппарова, Б.С. Каганова, Х.Х. Шарафетдинова. М.: Издательство «Династия», 2010. С. 110–114. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению железодефицитной анемии. Москва 2015. <a href="http://nodgo.org/sites/default/files/%D0%96%D0%94%D0%90%20%28%D0%B8%D1%81%D0%BF%D1%80.%29.pdf">http://nodgo.org/sites/default/files/%D0%96%D0%94%D0%90%20%28%D0%B8%D1%81%D0%BF%D1%80.%29.pdf</a>
Дистрактор 1	Фруктовые и овощные соки
Дистрактор 2	Мясо и птица, а также блюда из них

Дистрактор 3	Отвар шиповника
ЗАДАНИЕ № 11	При железодефицитной анемии рекомендуются диетические (лечебные) продукты с повышенным содержанием
Количество верных ответов	1
Верный ответ	Гемового железа и лактоферрина
Обоснование	Лечебное питание: современные подходы к стандартизации диетотерапии /под. Ред. В.А. Тутельяна, М.М.Г. Гаппарова, Б.С. Каганова, Х.Х. Шарафетдинова. М.: Издательство «Династия», 2010. С. 110–114.
Дистрактор 1	Пищевых волокон и клетчатки
Дистрактор 2	Кальция и карбонатов
Дистрактор 3	Полифенолов и оксалатов
<b>ВАРИАТИВ</b>	
ЗАДАНИЕ № 12	Наиболее эффективной мерой общественной и индивидуальной профилактики железодефицитной анемии является
Количество верных ответов	1
Верный ответ	Обогащение железом наиболее употребляемых населением продуктов
Обоснование	Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению железодефицитной анемии. Москва 2015. URL: <a href="http://nodgo.org/sites/default/files/%D0%96%D0%94%D0%90%20%28%D0%B8%D1%81%D0%BF%D1%80.%29.pdf">http://nodgo.org/sites/default/files/%D0%96%D0%94%D0%90%20%28%D0%B8%D1%81%D0%BF%D1%80.%29.pdf</a>
Дистрактор 1	Обязательный прием лекарственных препаратов железа всеми женщинами репродуктивного возраста
Дистрактор 2	Обогащение железом коровьего молока
Дистрактор 3	Прием биологически активных добавок к пище, в состав которых включено железо (II)

*Использованная литература:*

1. Драпкина О.М., Астанина С.Ю., Деринова Е.А. Методика разработки задач (кейс-заданий) для аккредитации врачей – учебно-методическое пособие / О.М. Драпкина, С.Ю. Астанина, Е.А.Деринова, Н.А. Михайлова, Л.Ю. Волкова. – 2019. – С. 94.
2. Киселева Н.Н. Профессиональная задача как средство оценивания компетенций при подготовке специалистов среднего звена ИТ направления// Современные проблемы науки и образования. – 2013. – № 4.
3. Позднякова Ж.С. Проблема взаимосвязи требований образовательных и профессиональных стандартов // Молодой ученый. – 2017. – №12. – С. 539-542. – URL: <https://moluch.ru/archive/146/40920/>
4. Тряпицына А.П. Современные методологические подходы к исследованию педагогического образования: / А.П. Тряпицына, С.А. Писарева // Академический вестник Института педагогического образования и образования взрослых РАО // Человек и образование. – 2014. – № 3 (40). – С. 1-9.

## Глава 6. ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ МАСЦ ФГБУ «НМИЦ ПМ» МИНЗДРАВА РОССИИ

Одной из тенденций последнего десятилетия в России стало стремительное внедрение виртуальных технологий в различные сферы деятельности человека. В системе медицинского образования применяются фантомы, модели, муляжи, тренажеры, симуляторы и другие технические средства обучения, позволяющие с определенной степенью достоверности моделировать манипуляции, клинические ситуации и иные аспекты профессиональной деятельности медицинских работников. Одним из важнейших преимуществ симуляционных технологий является возможность проведения обучения без угрозы вреда пациенту и объективная оценка достигнутого уровня профессиональной подготовки. К недостаткам следует отнести его высокую стоимость и организационно-административную сложность воплощения.

Методический аккредитационно-симуляционный центр только начинает свой «жизненный путь». Многие задачи решаются сейчас, но еще больше задач предстоит решать в будущем.

Симуляционное обучение является действенным и эффективным инструментом для решения целого ряда задач методического аккредитационно-симуляционного центра ФГБУ «НМИЦ ПМ» Минздрава России и проявляется в функциях:

- образовательная: обучение практическим навыкам и умениям врачей-терапевтов, врачей общей практики (семейной медицины), врачей-диетологов с применением симуляционных методик; реализация программы ординатуры (программа практики «Обучающий симуляционный курс»); образование научно-педагогических кадров методикам формирования практических навыков и умений;

- контрольно-оценочная: оценка уровня приобретенных умений и навыков в процессе аккредитации врачей по специальностям «Терапия», «Общая врачебная практика (семейная медицина)», «Диетология»; проведение 3-его этапа Всероссийской олимпиады врачей;

- методическая: разработка методик обучения практическим навыками умениям; непрерывное обновление и актуализация федерального фонда оценочных средств по специальностям «Терапия», «Общая врачебная практика (семейная медицина)», «Диетология»; разработка гипотетических ситуаций;

- прогностическая: мониторинг и анализ результатов аккредитации врачей по специальностям «Терапия», «Общая врачебная практика (семейная медицина)», «Диетология»; определение актуальных направлений подготовки медицинских кадров;

- научно-исследовательская: разработка и валидация симуляционных технологий и методик.

Каждая из вышеуказанных функций не предполагает обязательной совместной деятельности, но их эффективность непременно возрастает от взаимодействия различных аккредитационно-симуляционных центров страны. Именно в достижении этих целей мы разработали анкету, направленную на консолидацию усилий и возможностей сотрудников аккредитационно-симуляционных центров страны.

## АНКЕТА

### Уважаемые коллеги!

Обращаемся к вам с просьбой высказать свое мнение по определению наиболее актуальных вопросов (профессиональных ситуаций) для разработки оценочных средств второго этапа процедуры аккредитации врачей по специальностям «Терапия», «Общая врачебная практика (семейная медицина)» и «Диетология». Ваше мнение для нас очень важно. В этой связи просим вас ответить на вопросы анкеты.

Инструкция: возле выбранных вами вариантов поставьте, пожалуйста, знак «✓»

**1. Имеет ли аккредитационно-симуляционный центр (далее – Центр) опыт проведения первичной специализированной аккредитации врачей по специальностям «Терапия», «Общая врачебная практика (семейная медицина)»?**

<input type="checkbox"/>	Да	<input type="checkbox"/>	Нет
--------------------------	----	--------------------------	-----

**2. Планируется ли проведение первичной специализированной аккредитации врачей в 2020 году по специальностям «Терапия», «Общая врачебная практика (семейная медицина)» и «Диетология»?**

<input type="checkbox"/>	Да	<input type="checkbox"/>	Нет
--------------------------	----	--------------------------	-----

**3. Если у вас есть пояснения (дополнения) к вышеуказанным вопросам, то просим вас написать свое мнение.**

---

---

Если ваш Центр имеет опыт проведения первичной специализированной аккредитации врачей по указанным специальностям, то просим вас ответить на следующие вопросы анкеты.

**4. Были ли трудности у аккредитуемых при прохождении станций ОСКЭ по специальности «Терапия»?**

<input type="checkbox"/>	Да	<input type="checkbox"/>	Нет
--------------------------	----	--------------------------	-----

**5. Если у аккредитуемых были трудности при прохождении станций ОСКЭ по специальности «Терапия», то поясните, пожалуйста, какие это были трудности.**

---

---

**6. Были ли трудности у аккредитуемых при прохождении станций ОСКЭ по специальности «Общая врачебная практика (семейная медицина)»?**

<input type="checkbox"/>	Да	<input type="checkbox"/>	Нет
--------------------------	----	--------------------------	-----

7. Если у аккредитуемых были трудности при прохождении станций ОСКЭ по специальности «Общая врачебная практика (семейная медицина)», то поясните, пожалуйста, какие это были трудности.

---

---

8. Считаете ли вы, что фонд оценочных средств для проведения второго этапа аккредитации врачей требует предварительного обсуждения в профессиональном сообществе, ответственном за проведение процедуры аккредитации?

<input type="checkbox"/>	Да	<input type="checkbox"/>	Нет
--------------------------	----	--------------------------	-----

9. Если у вас есть пояснения к ответу, то просим вас написать ваше мнение.

---

---

10. Требуется ли специальная подготовка врачей для прохождения второго этапа первичной специализированной аккредитации врачей?

<input type="checkbox"/>	Да	<input type="checkbox"/>	Нет
--------------------------	----	--------------------------	-----

11. Если у вас есть пояснения к ответу, то просим вас написать ваше мнение.

---

---

12. Какие станции ОСКЭ (или профессиональные ситуации, входящие в станции) вы могли бы рекомендовать для включения в фонд оценочных средств второго этапа первичной специализированной аккредитации врачей? Поясните, пожалуйста, ваше мнение.

---

---

#### Уважаемые коллеги!

С целью дальнейшего взаимодействия по проблемам проведения первичной специализированной аккредитации врачей по специальностям «Терапия», «Общая врачебная практика (семейная медицина)» и «Диетология» укажите, пожалуйста, контактную информацию:

<b>Официальное название образовательной организации</b>	
Официальное название аккредитационно-симуляционного центра	
ФИО руководителя аккредитационно-симуляционного центра	
Адрес	
Телефон	
Электронный адрес	

Заполненную анкету в форматах PDF просим направить руководителю Методического аккредитационно-симуляционного центра Астаниной С.Ю. на адрес: [pde@gnicpm.ru](mailto:pde@gnicpm.ru)

**Благодарим Вас!**

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В большинстве образовательных учреждений появились новые структурные подразделения – методические аккредитационно-симуляционные центры, подведомственные Министерству здравоохранения Российской Федерации.

Ушло время, когда каждый вуз развивался в направлении внедрения симуляционного оборудования на свой «страх и риск». Сейчас достаточно развита доказательная база эффективности применения симуляторов и процесс создания центров симуляционного обучения осуществляется, в том числе и в медицинских вузах.

Методические аккредитационно-симуляционные центры – это подразделения, где формируются практические навыки и манипуляции, осуществляются учебно-методическая работа, научный поиск, апробирование современных технологий преподавания.

В будущем МАСЦ – это среда, где будут реализовываться четко определенные кластеры практического тренинга на всех этапах обучения ординаторов, врачей на циклах профессиональной переподготовки и повышения квалификации.

Симуляционные технологии в обучении – это один из механизмов, запускающих и формирующих клиническое мышление врача на высоком и мотивированном уровне. Следовательно, эти формы обучения нуждаются в детерминированной методологической поддержке и контроле со стороны ведущих учебно-методических объединений, в дальнейшем исследовании и научной оценке, что непременно приведет к повышению качества подготовки медицинских кадров отечественного здравоохранения.

**Рекомендуемый образец**

Председателю аккредитационной комиссии \_\_\_\_\_  
 (инициалы, фамилия)  
 от \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 (Ф.И.О. полностью)  
 тел. \_\_\_\_\_  
 адрес электронной почты \_\_\_\_\_  
 страховой номер индивидуально лицевого счета \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 (дата рождения, адрес регистрации)

**ЗАЯВЛЕНИЕ  
 о допуске к аккредитации специалиста**

Я, \_\_\_\_\_  
 (фамилия, имя, отчество (при наличии))  
 информирую, что успешно завершил(а) освоение образовательной программы по  
 специальности (направлению подготовки) \_\_\_\_\_,  
 что подтверждается \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 (реквизиты документа о высшем образовании и о квалификации)  
 \_\_\_\_\_  
 (с приложениями) или о среднем профессиональном образовании  
 (с приложениями или иного документа, свидетельствующего об окончании освоения  
 образовательной программы)  
 Учитывая, что я намерен(а) осуществлять \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 (медицинскую/фармацевтическую деятельность по специальности/в должности,  
 в соответствии с номенклатурой)  
 на территории Российской Федерации, прошу допустить меня до прохождения

\_\_\_\_\_.  
 (процедуры аккредитации специалиста начиная с первого/второго/третьего этапа)  
 Прилагаю копии следующих документов:  
 1. Документа, удостоверяющего личность: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 (серия, номер,  
 сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)  
 2. Документа(ов) об образовании: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_;  
 3. Страхового свидетельства государственного пенсионного страхования: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_;  
 4. Иных документов: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_;

В соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» в целях организации и проведения аккредитации специалиста на срок, необходимый для организации и проведения аккредитации специалиста, даю согласие Министерству здравоохранения Российской Федерации и членам аккредитационной комиссии под председательством \_\_\_\_\_ на обработку моих персональных данных, указанных в прилагаемых документах, и сведений о содержании и результатах прохождения мной аккредитации специалиста, а именно согласие на любое действие (операцию) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с моими персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О.) \_\_\_\_\_ (подпись)  
 «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Министерство здравоохранения Российской Федерации  
Федеральное государственное бюджетное учреждение  
«Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины»

О.М. Драпкина, С.Ю. Астанина, Р.Н. Шепель, Г.А. Батрак, Л.Ю. Волкова, С.Ю. Волкова,  
Е.И. Григоренко, Е.А. Деринова, А.В. Косяков, Н.А. Маршутин, Н.А. Михайлова,  
Т.А. Мищенко, С.А. Молоткова, Т.Е. Помыткина, Т.В. Самойлов, М.В. Трохова,  
И.И. Черкашина

**АККРЕДИТАЦИЯ ВРАЧЕЙ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТЯМ  
«ТЕРАПИЯ», «ОБЩАЯ ВРАЧЕБНАЯ ПРАКТИКА  
(СЕМЕЙНАЯ МЕДИЦИНА)», «ДИЕТОЛОГИЯ»**

Учебно-методическое пособие

Подписано в печать 30.11.2019 г.  
Формат 60x90/16. Бумага офсетная 80 г./м<sup>2</sup>. 9 печатных листов .  
Гарнитура Times New Roman  
Тираж 3000 экз.

Изготовитель ООО «Красногорская типография».  
143405, Московская область, Красногорский район, г. Красногорск,  
Коммунальный квартал, дом 2.