Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Шуматов Валентин Борисович
Должность: Ректор
Дата подписания: 18.10.2023 11:38:18
Уникальный программный ключ:
1cef78fd73d75dc6ecf72fe1eb94fee387a2985d2657b784eec019bf8a794cb4

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Тихоокеанский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

«УТВЕРЖДАЮ»
Директор института

_____ / Невзорова В.А. /
«_07_» ___июня___2023г.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
Б1.О.26 Факультетская терапия
основной образовательной программы
высшего образования

Направление подготовки (специальность)	31.05.02 Педиатрия
Уровень подготовки	специалитет
Направленность подготовки	02 Здравоохранение (в сфере оказания первичной медико-санитарной помощи, специализированной, скорой, паллиативной медицинской помощи детям, включающие мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению**)**
Форма обучения	очная
Срок освоения ООП	6 лет
Институт/кафедра	Институт терапии и инструментальной диагностики

Владивосток – 2023

1. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

1.1. **Фонд оценочных средств** регламентирует формы, содержание, виды оценочных средств для текущего контроля и промежуточной аттестации, критерии оценивания с помощью которых можно оценивать поэтапное формирование компетенций.

1.2. Фонд оценочных средств определяет уровень формирования у обучающихся установленных в ФГОС ВО и определенных в основной образовательной программе высшего образования по направлению подготовки 31.05.02 Педиатрия(уровень специалитета), направленности 02 Здравоохранение (в сфере оказания первичной медико-санитарной помощи, специализированной, скорой, паллиативной медицинской помощи детям, включающие мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению)универсальных (УК) компетенций, общепрофессиональных (ОПК) ипрофессиональных (ПК) компетенций

https://tgmu.ru/sveden/files/31.05.02_Pediatriya_2023(3).pdf

Наименование категории (группы) компетенций	**Код и наименование компетенции**	**Индикаторы достижения компетенции**
Общепрофессиональные компетенции		
Диагностические инструментальные методы обследования	ОПК-4 Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза	ИДК.ОПК-4_1- применяет медицинские изделия для диагностики, лечения, реабилитации в соответствии с порядками оказания медицинской помощи ИДК.ОПК-4_2- проводит обследование пациента с использованием общеклинических, лабораторных и инструментальных методов ИДК.ОПК-4_3- оценивает результаты проведенного обследования с целью установления диагноза
Лечение заболеваний и состояний	ОПК-7 Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности	ИДК.ОПК-7_1- самостоятельно назначает лечение, определяет дозировки лекарственных средств и режимы медикаментозной терапии в соответствии с существующими рекомендациями ИДК.ОПК-7_2- осуществляет контроль эффективности проводимой терапии, регулирует схемы назначенного лечения при необходимости **ИДК.ОПК-7_3**-учитывает противопоказания при назначении лечения, определяет и выявляет нежелательные явления при приеме лекарственных средств
Профессиональные компетенции		
А/01.7 Обследование детей с целью установления диагноза	ПК-1 Способность и готовность к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов	ИДК ПК-1_1- способен установить контакт и получать информацию, оформить и проанализировать анамнез жизни, эпидемиологический, генеалогический, аллергологический и другие виды анамнеза

	осмотра, лабораторных, инструментальных, патологоанатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания, в том числе с использованием цифровых технологий	ИДК ПК-1_2- способен оценить физическое состояние и самочувствие пациента, провести объективный осмотр органов и систем организма пациента ИДК ПК-1_3- способен оценить клиническую картину наиболее часто встречающихся заболеваний внутренних органов, поставить предварительный диагноз ИДК.ПК-1_4- способен интерпретировать результаты лабораторного и инструментального обследования пациентов
	ПК-2 Способность и готовность к осуществлению комплекса мероприятий, в том числе внедрения инновационных методов и методик диагностики, направленных на раннюю диагностику заболеваний, выявление причин и условий их возникновения и развития с использованием цифровых технологий	ИДК.ПК-2_1- способен составить план обследования пациента с целью установления клинического диагноза с обоснованием ИДК.ПК-2_2-способен обосновать необходимость направления пациента на консультацию к врачам-специалистам и на госпитализацию ИДК.ПК-2_3- способен определять необходимость и целесообразность и применять инновационные методы и методики диагностики заболеваний, в том числе цифровых
A/02.7 Назначение лечения детям и контроль его эффективности и безопасности	ПК-3 Способность и готовность к определению тактики ведения и назначения медикаментозной и немедикаментозной терапии, диетотерапии с учётом возраста ребёнка, диагноза, в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи с использованием цифровых технологий; к участию во внедрении инновационных методов и методик лечения	ИДК.ПК-$З_1$-способен составлять план лечения при наиболее часто встречающихся заболеваниях внутренних органов, с учетом диагноза и клинической картины заболевания, в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи ИДК.ПК-$З_2$ - назначать медикаментозную терапию с учетом диагноза и клинической картины болезни, в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи ИДК.ПК-$З_3$ - назначать немедикаментозную терапию с учетом диагноза и клинической картины болезни, в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи

2. ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

2.1. Виды контроля и аттестации, формы оценочных средств

№ п/п	Виды контроля	Оценочные средства
		Форма
1	Текущий контроль	Вопросы для собеседования Тесты Ситуационные задачи Оценка практических навыков
2	Промежуточная аттестация	

3. Содержание оценочных средств контроля (текущего и промежуточного).

Текущий контроль осуществляется преподавателем дисциплины при проведении занятий в форме собеседования, тестирования, решения ситуационных задач, оценки практических навыков. Промежуточная аттестация проводится в виде зачета.

3.1. Контрольные вопросы для собеседования по дисциплине Б1.О.26 Факультетская терапия

ПУЛЬМОНОЛОГИЯ

1. Определение понятия «дыхательная недостаточность» (ДН). Классификация ДН по патогенезу, степени тяжести, анатомическому принципу.Инструментальная и лабораторная диагностика ДН.
2. Пневмония. Определение понятия. Классификация пневмонии. Внебольничная пневмония (ВП).Этиология,вероятные возбудители ВП у пациентов различных клинических групп.
3. Внебольничная пневмония (ВП). Основные патогенетические механизмы развития ВП. Патоморфология ВП в зависимости от клинико-рентгенологической картины и возбудителя (бактериальные, вирусные, вирусно-бактериальные, атипичные возбудители и пр.).
1. Внебольничная пневмония (ВП). Клиническая картина, инструментальные и лабораторные методы исследования при ВП. Критерии постановки диагноза и его формулировка.
2. Внебольничная пневмония (ВП). Факторы риска затяжного течения пневмонии. Осложнения легочные и внелегочные, критерии диагностики, дифференциальный диагноз, формулировка клинического диагноза.
4. Внебольничная пневмония (ВП). Выбор места лечения. Тактика антибактериальной терапии ВП.
5. Внебольничная пневмония (ВП). Критерии тяжелого течения. Вопросы профилактики пневмококковой инфекции.
6. Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ). Определение понятия. Факторы риска развития и прогрессирования ХОБЛ.
7. Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ). Патогенез ХОБЛ. Патофизиология ХОБЛ: механизмы обструкции, легочная гиперинфляция и «воздушные ловушки», нарушения газообмена.
8. ХОБЛ. Системные проявления, вопросы коморбидности.
9. Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ). Спирометрические критерии постановки диагноза. Методика проведения спирометрии.
10. Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ). Клиническая картина, фенотипы ХОБЛ. Лабораторные и инструментальные исследования при ХОБЛ.

11. Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ). Классификация ХОБЛ: оценка степени тяжести, оценка симптомов, категории риска обострений. Формулировка диагноза ХОБЛ согласно A, B, C, D.
12. Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ). Лечение ХОБЛ стабильного течения, основные группы препаратов, начальная тактика лекарственной терапии.
13. Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ). Обострения ХОБЛ, оценка тяжести обострений, показания к госпитализации, респираторная поддержка.
14. Бронхиальная астма (БА). Определение понятия. Этиология БА. Факторы риска развития БА.
15. Бронхиальная астма (БА). Патогенез БА. Гиперреактивность дыхательных путей при БА, механизмы обструкции бронхов при БА.
16. Бронхиальная астма (БА). Клиническая картина БА. Лабораторные и инструментальные методы исследования при БА. Диагностические критерии БА.
17. Бронхиальная астма (БА). Спирометрия и пикфлоуметрия для диагностики бронхиальной астмы. Понятия обратимости и вариабельности бронхиальной обструкции.
18. Бронхиальная астма (БА). Классификация БА. Фенотипы БА.
19. Бронхиальная астма (БА). Степень контроля и оценка тяжести течения. Формулировка клинического диагноза.
20. Бронхиальная астма (БА). Лечение БА, цели и задачи. Принципы ступенчатой терапии БА. Контроль лечения.
21. Обострение бронхиальной астмы. Классификация по тяжести. Принципы диагностики и оказания медицинской помощи.
22. Тяжелый приступ бронхиальной астмы. Критерии диагноза. Неотложная помощь.
23. Приступ астмы, угрожающий жизни. Астматический статус (АС). Критерии диагностики. Неотложная помощь.

КАРДИОЛОГИЯ

1. Гипертоническая болезнь (ГБ). Определение. Этиология, факторы риска ГБ. Патогенез ГБ, нарушения механизмов регуляции систем, обеспечивающих нормальный уровень артериального давления.
2. Гипертоническая болезнь (ГБ). Поражения «органов-мишеней» при ГБ и их диагностика.
3. Гипертоническая болезнь (ГБ). Классификация ГБ по стадиям, степени АГ. Оценка индивидуальной степени риска (стратификация риска). Принципы формулировки клинического диагноза.
4. Методы измерения артериального давления (АД): офисное измерение АД, самомониторирование АД, суточное мониторирование АД.
5. Гипертоническая болезнь (ГБ). Заболевания, связанные с повышением артериального давления. Основные факторы риска развития сосудистых катастроф.
6. Гипертоническая болезнь (ГБ). Общие принципы ведения больных. Целевые уровни артериального давления. Показания к началу антигипертензивной терапии.
7. Гипертоническая болезнь (ГБ). Цели лечения. Немедикаментозные методы. Общие принципы медикаментозной терапии.
8. Гипертоническая болезнь (ГБ). Фармакотерапия ГБ: основные и дополнительные классы антигипертензивных препаратов.
9. Гипертонические кризы. Определение. Триггерные факторы внезапного повышения АД. Типичные проявления. Врачебная тактика. Вопросы неотложной терапии.
10. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН). Определение. Этиология. Патогенез ХСН. Причины хронической сердечной недостаточности.
11. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН). Функциональные классы ХСН. Стадии ХСН.
12. Характеристики хронической сердечной недостаточности в зависимости от фракции выброса левого желудочка.
13. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН). Клиническая картина ХСН: типичные клинические признаки и симптомы. Патогенез симптомов.

14. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН). Диагностические критерии. Лабораторные и инструментальные диагностические исследования при ХСН. Тест с 6-минутной ходьбой.
15. Лечение пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН). Основные группы лекарственных средств. Выбор терапии в зависимости от фракции выброса левого желудочка.
16. Основные классы препаратов для лечения пациентов с ХСН со сниженной фракцией выброса левого желудочка. Механизм их действия при ХСН.
17. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН). Жизнеугрожающие состояния при декомпенсации сердечной недостаточности, диагностика, врачебная тактика. Показания для экстренной госпитализации в стационар.
18. Стабильная ишемическая болезнь сердца (ИБС). Определение. Этиология. Патогенез. Факторы риска. Классификация стабильной ИБС.
19. Стабильная ишемическая болезнь сердца (ИБС). Клиническая картина, особенности болевого синдрома.Функциональные классы стенокардии.
20. Стабильная ишемическая болезнь сердца (ИБС). Инструментальные и лабораторные методы диагностики. Принципы выбора методов исследования при стабильной ИБС.
21. Стабильная ишемическая болезнь сердца (ИБС). Модификация факторов риска. Принципы медикаментозного лечения стабильной ИБС.
22. Острый коронарный синдром без подъёма сегмента ST (ОКСбпST). Критерии диагностики. Врачебная тактика.
23. Острый коронарный синдром без подъёма сегмента ST (ОКСбпST). Вопросы оказания неотложной помощи и маршрутизации пациентов.
24. Маркеры некроза миокарда. Роль в диагностике острого коронарного синдрома без подъёма сегмента ST (ОКСбпST).
25. Инфаркт миокарда с подъёмом сегмента ST (ИМпST). Определение. Патоморфологические изменения в зависимости от периода течения ИМ. Диагностические критерии.
26. Типичная клиническая картина при возникновении инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST (ИМпST). Характеристика болевого синдрома.
27. Лабораторные и инструментальные методы диагностики инфаркта миокарда.
28. ЭКГ диагностика инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST в различные периоды. Топическая диагностика.
29. Осложнения инфаркта миокарда: кардиогенный шок. Патогенез. Клиническая картина, диагностика, врачебная тактика.
30. Осложнения инфаркта миокарда: острая левожелудочковая недостаточность, отек легких. Патогенез. Клиническая картина, диагностика, врачебная тактика.

ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЧЕК

1. Гломерулонефриты. Классификация. Основные клинико-лабораторные синдромы при гломерулонефритах. Остронефритический синдром. Нефротический синдром.
2. Хронический пиелонефрит. Определение понятия. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиническая картина.
3. Хронический пиелонефрит. Лабораторные и инструментальные методы диагностики. Принципы лечения.
4. Хроническая болезнь почек (ХБП). Определение понятия. Факторы риска развития и прогрессирования ХБП. Маркеры повреждения почек. Диагностические критерии и классификация по стадиям.
5. Хроническая болезнь почек (ХБП). Алгоритм диагностики ХБП.Методы оценки функции почек. Оценка альбуминурии/протеинурии. Формулировка диагнозаХБП.
6. Хроническая болезнь почек (ХБП). Терапевтическая тактика в зависимости от стадии ХБП. Нефропротективная стратегия.

БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

1. Язвенная болезнь. Определение понятия. Этиология. Патогенез. Патоморфология. Классификация язвенной болезни.
2. Язвенная болезнь. Основные клинические синдромы. Лабораторно-инструментальные исследования. Дифференциальный диагноз.
3. Язвенная болезнь. Лечение в период обострения: диетотерапия и медикаментозное терапия. Контроль эффективности лечения. Профилактическая лекарственная терапия обострений ЯБ. Показания к хирургическому лечению. Прогноз.
4. Функциональная диспепсия. Определение понятия. Классификация. Клиническая картина. Дифференциальный диагноз. Лечение.
5. Хронический панкреатит. Определение понятия. Этиология. Патогенез. Основные клинические синдромы. Лечение хронического панкреатита. Прогноз.
6. Хронический гепатит. Определение понятия. Этиология. Патогенез. Основные клинические и лабораторные синдромы.
7. Хронический гепатит. Классификация. Аутоиммунный гепатит. Особенности патогенеза. Клиническая картина. Лабораторные изменения. Принципы лечения. Прогноз.
8. Цирроз печени. Определение понятия. Этиология. Патогенез. Патоморфология. Классификация.
9. Цирроз печени. Основные клинические синдромы. Лабораторные и инструментальные исследования. Диагностические критерии. Лечение цирроза печени. Прогноз.

БОЛЕЗНИ СИСТЕМЫ КРОВИ

1. Железодефицитная анемия. Клиническая картина ЖДА: проявления анемического, сидеропенического синдромов. Особенности сбора анамнеза, физикального и клинико-лабораторного обследования.
2. Железодефицитная анемия. Картина крови при железодефицитной анемии. Изменения в биохимических лабораторных показателях. Трактовка результатов лабораторного обследования.
3. Железодефицитная анемия. Диагностический поиск причин (заболеваний), лежащих в основе железодефицитной анемии. Врачебная тактика, план обследования.
4. Вопросы профилактики железодефицитной анемии. Принципы лечения.
5. Витамин В12 дефицитная анемия: причины, особенности клинических проявлений, лабораторная диагностика. Врачебная тактика, принципы лечения.
6. Фолиеводефицитная анемия: причины, особенности клинических проявлений, лабораторная диагностика. Дифференциальная диагностика, план обследования, врачебная тактика, принципы лечения.

ЭКСТРЕННЫЕ И НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ

1. Приступ стенокардии.
2. Приступ бронхиальной астмы.
3. Острый коронарный синдром, отек легких.
4. Острый коронарный синдром, кардиогенный шок.
5. Анафилактический шок (АШ)
6. Гипертонический криз с острой левожелудочковой недостаточностью.
7. Пневмония с острой сосудистой недостаточностью.
8. Инфекционно-токсический шок.
9. Купирование болевого синдрома при инфаркте миокарда.
10. Внезапная сердечная смерть. Причины. Оказание помощи.
11. Обморок и коллапс: причины, диагностика и неотложная помощь.

3.2. Тестовые задания по дисциплине Б1.О.26 Факультетская терапия

1. Установление предварительного диагноза врачом приемного отделения или врачом профильного отделения проводится в сроки

безотлагательно
*не позднее 2 часов с момента поступления в медицинскую организацию
не позднее 3 часов с момента поступления в медицинскую организацию
не позднее 24 часов с момента поступления в медицинскую организацию

2. Имеет ли право пациент ознакомиться с медицинской документацией (историей болезни, амбулаторной картой, результатами исследований и др.)?

*имеет
имеет, но только по разрешению заведующего отделения или руководителя медицинского учреждения
имеет, но только при оказании платных медицинских услуг или медицинской помощи по программе добровольного медицинского страхования
не имеет

3. Укажите код инфаркта миокарда по МКБ-10

*I21
M25
A22
C25

4. Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является

*информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство в письменном виде с подписью пациента и медицинского работника
информированное добровольное согласие пациента на медицинское вмешательство, сделанное в устной форме
информация о результатах профилактических медицинских осмотров
информация о профилактических прививках

1. У пациентки 50-ти лет рано утром развивается сильный болевой приступ в области грудины, во время которого регистрируется преходящий подъём сегмента ST на ЭКГ. Наиболее вероятным диагнозом является

*вазоспастическая стенокардия
ОКС с подъёмом ST
стенокардия микрососудистая
стенокардия напряжения стабильная

2. Исследование каких биохимических маркеров повреждения кардиомиоцитов в крови рекомендуется у всех пациентов с подозрением на ОКС

*тропонин I и T
AST
ЛДГ
миоглобин

3. При гипертонической болезни на верхушке сердца отмечается

*усиление 1 тона
ослабление 1 тона
усиление 2 тона
ослабление тона

4. Впервые возникшая стенокардия - это

*появление стенокардии в предшествующие 28 суток, тяжесть которой соответствует как минимум II функциональному классу по классификации Канадского сердечно-сосудистого общества
появление стенокардии в предшествующие 14 суток, тяжесть которой соответствует как минимум I функциональному классу по классификации Канадского сердечно-сосудистого общества
острое утяжеление раннее стабильной стенокардии в предшествующие 28 суток с появлением характеристик, присущих как минимум III функциональному классу по классификации Канадского сердечно-сосудистого общества
стенокардия, возникшая в первые 2 недели после инфаркта миокарда

5. Прогрессирующая стенокардия – это
*острое утяжеление раннее стабильной стенокардии в предшествующие 28 суток с появлением характеристик, присущих как минимум III функциональному классу по классификации Канадского сердечно-сосудистого общества
появление стенокардии в предшествующие 28 суток, тяжесть которой соответствует как минимум II функциональному классу по классификации Канадского сердечно-сосудистого общества
появление стенокардии в предшествующие 14 суток, тяжесть которой соответствует как минимум I функциональному классу по классификации Канадского сердечно-сосудистого общества
стенокардия, возникшая в первые 2 недели после инфаркта миокарда

6. Для диагностики функционального класса ХСН используют
*тест с 6-минутной ходьбой
взвешивание
Эхо-КГ
нагрузочную ЭКГ

7. Целевой уровень систолического артериального давления при АГ у пациентов 18-64 лет
*≤130 при переносимости, не <120 мм рт. ст.
130-139 при переносимости
менее 120/70 мм рт. ст.
менее 150/90 мм рт. ст.

8. АГ 1-ой степени в мм рт. ст., по классификации АД, измеренного в медицинском учреждении
*140-159 и/или 90-99
<140 и <90
140-150 и 95-99
160-179 и/или 100-109

9. К какому функциональному классу по NYHA следует отнести пациента, если во время теста 6-минутной ходьбы он проходит расстояние, равное 288 м
*III ФК
II ФК
I ФК
IV ФК

10. Нестабильная стенокардия – это
*недавно возникшая или утяжелившаяся стенокардия, когда тяжесть и продолжительность ишемии недостаточны для развития некроза кардиомиоцитов

недавно возникшая или утяжелившаяся стенокардия, когда тяжесть и продолжительность ишемии достаточны для развития некроза кардиомиоцитов
острое повреждение миокарда вследствие его ишемии
появление патологического зубца Q на ЭКГ

11. У пациента с АД 130/80 мм рт.ст., перенесшего инфаркт миокарда, гипертоническая болезнь
*III стадии
I стадии
II стадии
ничего из перечисленного

12. К ассоциированному клиническому состоянию при АГ относится
*ишемический инсульт
скорость пульсовой волны >10м/сек
лодыжечно-плечевой индекс <0,9
ХБП III стадии с рСКФ 30-60 мл/мин/1,73м²

13. У больного, длительно страдающего язвенной болезнью с локализацией в луковице ДПК, в последнее время изменилась клиника: появились тяжесть в эпигастрии после еды, тошнота, обильная рвота пищей во второй половине дня, неприятный запах изо рта, потеря веса. Можно предположить следующее
*стриктура выходного отдела желудка
рак желудка
пенетрация язвы
перфорация язвы

14. Достоверным клиническим признаком стеноза привратника является
рвота желчью
урчание в животе
*рвота съеденной накануне пищей
вздутие живота

15. При диетотерапии язвенной болезни включение белковых пищевых продуктов при дробном питании приведет
*к снижению агрессивности желудочного сока
к повышению агрессивности желудочного сока
к понижению слизисто-бикарбонатного барьера
к диарее

16. При язвенной болезни желудка "ранние боли" появляются после приема пищи через
*15-30 мин
60-70 мин
60-120 мин
ночные и «голодные» боли

17. Изжога характерна для
язвенной болезни желудка
язвенной болезни 12-ти перстной кишки
*рефлюксной болезни
рака желудка

18. К осложнениям язвенной болезни относятся
«ночные» и «голодные» боли в эпигастрии
изжога
#черный дегтеобразный стул
#сужение выходного отдела желудка

19. К основным этиологическим факторам развития язвенной болезни относят
нарушение режима питания
курение
#наследственность
#инфицирование хеликобактер пилори

20. Для язвенной болезни редко рецидивирующего течения обострения наступают
*1-2 раза в 2-3 года
2 раза в год
3 раза в год
1 раз в 5 лет

21. Диагноз "гастрит" считается правомочным при каком из следующих условий
при наличии нарушения инкреторной функции желудка
при наличии нарушения секреторной функции желудка
*при наличии лейкоцитарной инфильтрации слизистой оболочки желудка
при наличии нарушения двигательной функции желудка

22. Укажите из числа нижеприведенных нехарактерное для язвенной болезни осложнение
кровотечение
перфорация
пенетрация
*кардиоспазм

23. Язва какой локализации наиболее часто дает малигнизацию?
*язва большой кривизны
язва малой кривизны
язва 12-ти перстной кишки
язва кардиального отдела желудка

24. Рефлюксная болезнь проявляется:
*изжогой
отрыжкой тухлым
ранними болями в эпигастрии
чувством распирания в эпигастрии

25. Для какого осложнения язвенной болезни характерна «кинжальная» боль в животе?
пенетрация
*перфорация
малигнизация
стеноз выносящего отдела желудка

26. Основная причина развития ХОБЛ
*курение
повторная вирусно-бактериальная инфекция
воздействие промышленных газов и аэрозолей
гиперреактивность бронхов

27. У всех пациентов с внебольничной пневмонией оценка эффективности и безопасности стартового режима антибактериальной терапии после начала лечения проводится через
*48-72 ч
12-24 ч
24-48 ч
72-84 ч

28. Всем пациентам с подозрением на внебольничную пневмонию рекомендуется
*обзорная рентгенография органов грудной полости в передней прямой и боковой проекциях
фибробронхоскопия
компьютерная томография
исследование функции внешнего дыхания

29. Диагноз внебольничной пневмонии является определенным при наличии у пациента
*рентгенологически подтвержденной очаговой инфильтрации легочной ткани
температура тела более 37,5°С
лейкоцитоз >9,8*10^9/л
кашель

30. Overlap фенотип - это сочетание у одного пациента
*ХОБЛ и бронхиальной астмы
ХОБЛ с пневмонией
ХОБЛ с ожирением
бронхиальной астмы с ожирением

31. Какая стадия ХОБЛ у пациента, если ОФВ1 составляет 47%
*III
IV
I
II

32. Хронический бронхит обычно определяется клинически как наличие
*кашля с продукцией мокроты, по крайней мере, 3-х мес в течение последующих двух лет
бронхиальной обструкции
кашля не более 3-х мес
не проходящего кашля в течение 2-х лет

33. Внебольничной считают пневмонию, диагностированную с момента госпитализации в течение
*48 ч
24 ч
36 ч
48-72 ч

34. Бронходилятационный тест считается положительным, если после ингаляции бронходилататора коэффициент бронходилатации по ОФВ1 составляет не менее
*12%;
11%;
17%
25%;

35. ХОБЛ проявляется признаками
*экспираторного ограничения воздушного потока
инспираторного ограничения воздушного потока
гипертермией
ничего из перечисленного

36. Основный рентгенологический признак внебольничной пневмонии
*локальное снижение воздушности легочной ткани (инфильтрация)
ателектаз
локальное повышение воздушности легкой ткани
ячеистость легочного рисунка

37. Бронхиальная обструкция - это нарушение проходимости
*воздушного потока по мелким и средним бронхам
дыхательных путей из-за аспирации инородного тела
дыхательных путей из-за отека голосовых связок
главного бронха из-за опухоли

38. Обструктивный тип вентиляционных нарушений характеризуется снижением
*ОФВ1/ФЖЕЛ <0,7
диффузионной способности (по CO2)
остаточного объема
ОФВ1 <80%

39. Всем пациентам с определенным диагнозом внебольничная пневмония в как можно более короткие сроки должны назначаться системные антибиотики, т.к. это
*улучшает прогноз
уменьшает частоту госпитализаций
сокращает длительность стационарного лечения
сокращает расходы на лечение

40. У пациентов с внебольничной пневмонией, не нуждающихся в госпитализации, целесообразно назначение каких лекарственных форм АБП?
*пероральных
внутримышечных
парентеральных
сочетание парентеральных и пероральных

41. В настоящее время долгосрочной целью лечения ХОБЛ является
*уменьшение будущих рисков (т.е. обострений и смертности)
повышение толерантности к физической нагрузке
увеличение жизненной емкости легких
контроль симптомов

42. Для выявления дыхательной недостаточности рекомендуется измерение
*сатурации кислорода
частоты дыхания
пиковой скорости выдоха
гемоглобина

43. Для ХОБЛ I стадии по GOLD характерно ОФВ1/ФЖЕЛ <70% и
*ОФВ1≥80%
ОФВ1<80%

30≤ОФВ1<80%
50<ОФВ1<80%

44. ДЛЯ ХОБЛ II стадии по GOLD характерно ОФВ1/ФЖЕЛ <70% и
*50≤ОФВ1<80%
ОФВ1<80%
30≤ОФВ1<80%
50<ОФВ1<80%

45. ДЛЯ ХОБЛ IV стадии по GOLD характерно ОФВ1/ФЖЕЛ <70% и
*ОФВ1 <30% или <50% в сочетании с хронической дыхательной недостаточностью
ОФВ1 <30%
ОФВ1 <50% в сочетании с хронической дыхательной недостаточностью
30≤ОФВ1<80%

46. Препаратами выбора при внебольничной пневмонии, вызванной Mycoplasma pneumonia и Chlamydophila pneumonia, являются
*макролиды
пенициллины
цефалоспорины II поколения
гентамицина

47. Пациентам с ХОБЛ с целью профилактики пневмококковой инфекции рекомендуется 23-валентная пневмококковая полисахаридная вакцина 1 раз в
*5 лет
6 мес
12 мес
3 года

48. При лечении пациентов с бронхиальной астмой ингаляционными глюкокортикоидами в стандартных дозах возможно развитие
*кандидоза ротоглотки, дисфонии
язвы желудочно-кишечного тракта
стероидного диабета
остеопороза

49. Степень тяжести ХОБЛ устанавливают на основании
*ОФВ 1
ФЖЕЛ
ОЕЛ
ОФВ 1/ФЖЕЛ

50. Классификация ХОБЛ по степени выраженности обструктивных нарушений вентиляции построена на показателях
*спирометрии
рентгенографии
пикфлоуметрии
бронхографии

51. Для снижения риска смерти у пациентов с подъемом сегмента ST с длительностью симптомов менее 12 часов, у которых ожидается, что первичное ЧКВ не будет

выполнено в пределах 120 минут после постановки диагноза и отсутствии противопоказаний рекомендуется
*тромболитическая терапия
внутривенная инфузия гепарина
применение блокаторов ГПР IIb/IIIa
внутривенная инфузия нитроглицерина

52. Для профилактики сердечно-сосудистых осложнений пациентом со стабильной ИБС в качестве антитромбоцитарного средства рекомендуется назначение
*АСК в дозе 75-100 мг в сутки
АСК в дозе 150-300 мг в сутки
АСК в дозе 300-600 мг в сутки
АСК в дозе 50-150 мг в сутки

53. Что является причиной развития инфаркта миокарда Тип 1?
*разрыв или эрозия атеросклеротической бляшки с последующим формированием внутрикоронарного тромба
операция коронарного шунтирования
рестеноз после ЧКВ
эмболия коронарной артерии

54. Регистрация инфарктных изменений в II, III, aVF характерно для
*нижнего инфаркта миокарда
передне-перегородочного инфаркта миокарда
бокового инфаркта миокарда
инфаркта МЖП

55. Для передне-перегородочного инфаркта миокарда характерно появление патологического зубца Q и подъема сегмента ST в отведениях
*V1-V4
II, III, aVF
I, aVL, V5, V6
I, aVL

56. Гипертриглицеридемию диагностируют при уровне ТГ натощак
*> 1,7 ммоль/л
<5,0 ммоль/л
<1,2 ммоль/л
<3,0 ммоль/л

57. Какие антигипертензивные препараты абсолютно противопоказаны беременным
*ингибиторы АПФ и блокаторы рецепторов ангиотензина II
бета-адреноблокаторы
диуретики
блокаторы медленных кальциевых каналов

58. У пациентов с приступами стенокардии, после перенесенного инфаркта миокарда (в течение первого года), для улучшения прогноза, устранения симптомов заболевания и улучшения качества жизни назначают
*бета-блокаторы
нитраты
ингибиторы АПФ
дигоксин

59. Лечение артериальной гипертензии тиазидными диуретиками абсолютно противопоказано при
*подагре
при двустороннем стенозе почечных артерий
при бронхиальной астме
брадикардии

60. Основным переносчиком ХС в плазме крови является
*ЛПНП
ЛПВП
ЛПОНП
ТГ

61. Для оценки сердечно-сосудистого риска следует использовать Шкалу_____, которая оценивает 10-летний риск фатальных сердечно-сосудистых осложнений
*SCORE
CHA2DS2-VASc
GRACE
NYHA

62. Шкала SCORE оценивает
* 10-летний риск фатальных сердечно-сосудистых осложнений
10-летний риск развития инсульта
20-летний риск развития инсульта
20-летний риск фатальных сердечно-сосудистых осложнений

63. Какая начальная терапия двойной комбинации рекомендована для достижения целевого АД при АГ?
*ингибиторы АПФ или блокатор рецепторов ангиотензина + антагонист кальция или диуретик
ингибиторы АПФ + β-адреноблокатор
антагонисты кальция + диуретик
ингибиторы АПФ + блокатор рецепторов ангиотензина

64. Целевым значением ХС ЛПНП для пациентов с низким риском по Шкале SCORE является уровень <
*3,0 ммоль/л
2,6 ммоль/л
1,4 ммоль/л
4,5 ммоль/л

65. Если пациенту на догоспитальном этапе выставлен острый коронарный синдром, в какой диагноз может трансформироваться ОКС в дальнейшем
*острый инфаркт миокарда или нестабильную стенокардию
стабильную стенокардию напряжения или впервые возникшую стенокардию
постинфарктный кардиосклероз или хроническую аневризму левого желудочка
жизнеугрожающие нарушения ритма и проводимости

66. Для профилактики приступов стенокардии при вазоспастической стенокардии рекомендуется назначать
*антагонисты кальция

бета-адреноблокаторы
фибринолизин
ингибиторы АПФ

67. Пороговый уровень АД для диагностики АГ по данным офисного измерения АД
*≥140 и/или ≥90 мм рт. ст.
>140 и/или >90 мм рт. ст.
≥135 и/или ≥85 мм рт. ст.
≥130 и/или ≥80 мм рт. ст.

68. Целевой уровень ХС ЛПНП, для пациента после операции реваскуляризации коронарных артерий, составляет <
*1,8 ммоль/л
2,6 ммоль/л
3,0 ммоль/л
4,5 ммоль/л

69. Шкала SCORE оценивает сердечно-сосудистый риск на основании
* пола, возраста, общего холестерина, систолического АД, статуса курения
возраста, общего холестерина, систолического АД, статуса курения
пола, общего холестерина, систолического АД, статуса курения
пола, возраста, общего холестерина, систолического АД, ХС ЛПНП

70. При ОКС с подъемом сегмента ST предпочтительной реперфузионной стратегией в течение 90-120 минут от первого контакта с медицинским персоналом является
*проведение первичного ЧКВ
проведение системной тромболитической терапии на догоспитальном этапе с последующим проведением ЧКВ
проведение системной тромболитической терапии
коронарное шунтирование

71. Высокое нормальное АД диагностируется при АД
*130/85 мм рт.ст.
140/90 мм рт.ст
120/80 мм рт.ст
119/79 мм рт.ст

72. АД 145/100 мм рт.ст. соответствует
*АГ 2-ой степени
АГ 1-ой степени
АГ 3-ой степени
высокому нормальному АД

73. Для выявления первичного поражения органов мишеней при АГ, всем пациентам рекомендуется проведение
*ЭКГ
суточного мониторирования ЭКГ
ЭКГ-тест с нагрузкой
исследование глазного дна

74. ЭКГ- признаком ГЛЖ согласно индексу Соколова-Лайона SV1+RV5/V6 является
*> 35 мм
> 38 мм

≥35 мм
≥38 мм

75. Изолированная систолическая артериальная гипертония – это АД
*≥140 и <90 мм рт.ст.
>140 и <90 мм рт.ст.
≥140 и ≤90 мм рт.ст.
>140 и ≤90 мм рт.ст.

76. Бессимптомное поражение органов мишеней при АГ подразумевает наличие
*ХБП III стадии с рСКФ 30-60 мл/мин/1,73м²
кровоизлияния в мозг
стенокардии
ЧСС более 80 уд/мин в покое

77. Признаки типичной (несомненной) стенокардии напряжения подразумевают наличие
*боли или дискомфорта в области грудины, возможно, с иррадиацией в левую руку, длительностью 2-5 мин, возникающей при физической нагрузке и проходящей через 1-3 мин после приема нитроглицерина
боли или дискомфорта в области грудины, возможно, с иррадиацией в левую руку, длительностью более 30 мин, возникающей при физической нагрузке и не проходящей через 10-15 мин после приема нитроглицерина
боли, локализующей попеременно справа и слева от грудины
боли, носящей локальный характер

78. У пациентов с гипертоническим кризом, осложненным кардиогенным отеком легких рекомендовано
*немедленное снижение САД ниже 140 мм рт. ст.
немедленное снижение САД ниже 120 мм рт. ст.
немедленное снижение САД ниже 160 мм рт. ст.
снижение на 20-25% от исходного в течение нескольких часов

79. Постинфарктная стенокардия – стенокардия, возникшая
*в первые 2 недели после инфаркта миокарда
в первые 12 недель после инфаркта миокарда
через 6 мес после инфаркта миокарда
через 12 месяцев после инфаркта миокарда

80. У пациентов с гипертоническим кризом, осложненным ОКС рекомендовано
*немедленное снижение САД ниже 140 мм рт. ст.
немедленное снижение САД ниже 120 мм рт. ст.
немедленное снижение САД ниже 160 мм рт. ст.
снижение на 20-25% от исходного в течение нескольких часов

81. Наиболее часто язвы в желудке локализуются
в кардиальном или субкардиальном отделах
#на малой кривизне
на большой кривизне
#в антральном отделе

82. Какой из методов исследования является наиболее информативным для установления причины и локализации кровотечения из верхнего отдела желудочно-кишечного тракта?

рентгенография
портоманометрия
лапароскопия
*фиброгастродуоденоскопия

83. Язвенная болезнь с локализацией рецидивирующей язвы в луковице 12-перстной кишки чаще протекает при наличии
#высокой кислотной продукции
низкой кислотной продукции
#хронического антрального гастрита, ассоциированного с HP
все перечисленное правильно

84. Показаниями к плановому оперативному лечению язвенной болезни являются
язва, не рубцующаяся в течение месяца
#пенетрирующая язва
#часто кровоточащая язва желудка
#хронические каллезные язвы с дисплазией эпителия в периульцерозной зоне

85. Для какого типа гастрита характерно обсеменение Helicobacter pylori?
фундальный гастрит
*антральный гастрит
аутоиммунный гастрит
химический (рефлюксный) гастрит

86. Симптомом продолжающегося эзофагогастродуоденального кровотечения не является:
рвота "кофейной гущей" или свежей кровью
ухудшение общего состояния больного и показателей гемодинамики
снижение уровня гемоглобина.
*появление в анализах крови повышенных лейкоцитов

87. H. pylori первоначально чаще поражает следующие отделы желудка
субкардиальный отдел
*антральный отдел
тело желудка
дно желудка

88. Наиболее часто при ХОБЛ используются
*антихоолинергические препараты и бета2-агонисты
антихоолинергические препараты
бета2-агонисты
пероральные глюкокортикостероиды

89. Нефармакологические методы терапии ХОБЛ включают все, кроме
*вакцинации против пневмококковой инфекции
прекращения курения
легочной реабилитации
кислородотерапии

90. Целью лечения ХОБЛ является все, кроме
*обратного развития эмфиземы
замедления прогрессирования заболевания
устранения симптомов и улучшения качества жизни
снижения летальности

91. Фенотип ХОБЛ с частыми обострениями диагностируется у пациентов с числом обострений за 1 год
*≥2
≥3
≥4
≥1

92. Ингаляционные глюкокортикоиды в составе двойной или тройной терапии при ХОБЛ могут быть назначены в случаях, когда
*на фоне проводимой терапии бронхолитиками длительного действия возникают 2 и более среднетяжелых обострений в течение 1 года или хотя бы 1 тяжелое обострение, потребовавшее госпитализацию
крайне тяжелое течение
на фоне проводимой терапии бронхолитиками длительного действия возникают 1 и более среднетяжелых обострений в течение 1 года
на фоне проводимой терапии бронхолитиками длительного действия возникают 2 и более тяжелых обострений, потребовавших госпитализацию

93. Препаратом выбора для эмпирической терапии внебольничной пневмонии у амбулаторных пациентов без сопутствующих заболеваний, не принимавших за последние 3 мес антибактериальной терапии ≥2 дней и не имеющих другие факторы риска, является
*амоксициллин внутрь
макролид внутрь
амоксициллин/клавуанат внутрь
амоксициллин/клавуанат в/в

94. Всем пациентам с ХОБЛ рекомендуется ежегодная вакцинация против
*гриппа
пневмококковой инфекции
менингококковой инфекции
гриппа и пневмококковой инфекции

95. Всем амбулаторным пациентам с внебольничной пневмонией для оценки прогноза рекомендуется использовать шкалу
*CRB-65
HAS-BLED
PORT
SMART-COP

96. Пикфлоуметрия это измерение
*пиковой скорости выдоха
дыхательного объема
жизненной емкости легких
остаточного объема

97. Для купирования легкого и среднетяжелого обострения бронхиальной астмы всем пациентам рекомендуется
*многократное применение ингаляционных короткодействующих бета2-агонистов или комбинаций короткодействующих бета2-агонистов и ипратропия бромида
эуфиллин внутривенно
многократное применение ингаляций ипратропия бромида

глюкокортикостероиды внутривенно

98. К критериям достаточности антибактериальной терапии внебольничной пневмонии относят следующее
*стойкое снижение температуры тела ≤37,2°С в течение не менее 48 ч
частота дыхания <22/мин
рассасывание пневмонической инфильтрации
прекращение кашля

99. В спирографической классификации ХОБЛ выделяют
*4 стадии
3 стадии
6 стадий
5 стадий

100. Основной патогенетический механизм развития внебольничной пневмонии является
*аспирация секрета ротоглотки
вдыхание аэрозоля, содержащего микроорганизмы
гематогенный
травматический

101. Основным возбудителем внебольничных пневмоний является
*Streptococcus pneumoniae
Staphylococcus aureus
Haemophilus influenzae
Pseudomonas aeroginosa

102. Затяжной называют пневмонию, при которой длительность существования инфильтративных изменений в легочной ткани превышает
*1 месяц
2 недели
6 месяцев
6 недель

103. Пациентам с бронхиальной астмой базисными препаратами являются
*ингаляционные глюкокортикостероиды
бета-2-агонисты
антихолинэргические препараты
муколитические препараты

104. За сутки может всосаться железа не более
0,5-1,0 мг
*2,0-2,5 мг
4,0-4,5 мг
8-10 мг

105. Железо депонируется, в основном, в форме
*ферритина
трансферрина
протопорфирина
гема

106. Причиной железодефицитной анемии у женщин может быть все перечисленное, кроме

кровопотерь при месячных
*хронического гастрита с пониженной секреторной функцией
геморроя
опухоли желудочно-кишечного тракта

107.Самой частой причиной развития железодефицитной анемии у мужчин является
*кровопотеря из желудочно-кишечного тракта
гломические опухоли
алкогольный гепатит
гематурическая форма гломерулонефрита

108.Определение содержания железа или ферритина в сыворотке крови у женщин производят
в период приема препаратов железа
*спустя неделю после отмены препаратов железа
спустя день после отмены препаратов железа
перед месячными

109.Обязательный лабораторный признак мегалобластной анемии
*гиперхромия эритроцитов
микроцитоз эритроцитов
глюкозурия
гиперурикемия

110.Наиболее вероятной причиной развития В12- дефицитной анемии из нижеперечисленных является
*инвазия широким лентецом
инвазия острицами
язвенная болезнь желудка
аппендицит

111.Для усвоения пищевого витамина В12 требуется
*внутренний фактор фундальной части желудка
здоровая селезенка
нормальное содержание сахара в крови
нормальная кишечная флора

112.В12-дефицитная анемия разовьется после гастрэктомии через
месяц
неделю
*2 года
6 месяцев

113.При В12 -дефицитной анемии отмечается
лейкоцитоз
лимфоцитоз
*полисегментация нейтрофилов
моноцитоз

114.Больного В12 -дефицитной анемией следует лечить
*всю его жизнь
до нормализации уровня гемоглобина
1 год

3 месяца

115. Эффективность терапии В12- дефицитной анемии оценивается по
*приросту ретикулоцитов на 3-5 день лечения
приросту гемоглобина
улучшению аппетита
прибавке в массе тела

116. Анемия, при которой отмечается снижение гемоглобина в эритроците и сыворотке крови, является
*железодефицитной
В12–дефицитной
апластической
аутоиммунной гемолитической

117. В12–дефицитная анемия характеризуется
*гиперхромией, макроцитозом, цитопенией
гипохромией, микроцитозом
нормохромией, нормоцитозом
наличием бластных клеток

118. При железодефицитной анемии в общем анализе крови наблюдается следующая характеристика эритроцитов
*гипохромия
гиперхромия
микросфероцитоз
окантоцитоз

119. Какие изменения размеров и формы эритроцитов характерны для ЖДА
*микроциты, пойкилоцитоз
серповидные эритроциты, анизоцитоз
мегалоциты, пойкилоцитоз
мишеневидные эритроциты, пойкилоцитоз

120. Для восстановления запасов железа при наличии железодефицитной анемии терапию препаратами железа следует проводить в течение
*3-6 месяцев
2-х месяцев
3-х недель
5-7 дней

121. Всасывание железа в кишечнике наиболее интенсивно происходит
*из мясных продуктов
из фруктов
из яблок
из моркови

122. Выберите препарат, назначаемый для лечения В12-дефицитной анемии
*цианокобаламин
преднизолон
гепарин
метилдопа

123.Дефицит витамина В12 в отличие от дефицита фолиевой кислоты проявляется
*фуникулярным миелозом
макроцитарной анемией
гиперхромной анемией
мегалобластическим кроветворением

124.Показанием для парентерального введения препаратов железа является
*синдром мальдигестии
язвенная болезнь желудка в стадии ремиссии
повторная беременность
планируемое оперативное лечение миомы матки

125.Главная причина смерти больных на гемодиализе
вирусный гепатит
*сердечно-сосудистые заболевания
онкологические заболевания
диализный амилоидоз

126.Третьей А стадии хронической болезни почек (ХБП 3А) соответствует СКФ
<15 мл/мин/1,73 м^2
15-29 мл/мин/1,73 м^2
30-44 мл/мин/1,73 м^2
*45-59 мл/мин/1,73 м^2

127.К лекарственным препаратам, снижающим протеинурию, относятся
*ингибиторы АПФ
тиазидные диуретики
антагонисты кальция
антикоагулянты непрямого действия

128.Оценка функционального состояния почек по данным лабораторного исследования проводится по уровню
мочевины
*креатинина
остаточного азота
мочевой кислоты

129.Пиелонефрит наиболее часто сопровождается
гематурией
протеинурии
*бактериурией
образованием антител к базальной мембране клубочков

130.Для контроля эффективности диуретиков у больных с отечно-асцитическим синдромом наибольшее значение имеет оценка
*суточного диуреза
уровней креатинина и мочевины в сыворотке крови
уровней калия и натрия в сыворотке крови
окружности живота

131.Наиболее частым возбудителем инфекций мочевыводящих путей является
*кишечная палочка

микоплазмы
стафилококки
энтерококки

132.При хроническом гломерулонефрите показанием для проведения иммуносупрессивной терапии является
гематурия
почечная недостаточность
артериальная гипертензия
*нефротический синдром

133.При ультразвуковом исследовании симметричное увеличение в размерах обеих почек чаще отмечается при
гидронефрозе
мочекаменной болезни
*остром повреждении почек
хронической почечной недостаточности

134.Гиперурикемия служит противопоказанием к назначению
ингибиторов АПФ
β-адреноблокаторов
антагонистов кальция
*тиазидных диуретиков

135.Абсолютным показанием к гемодиализу является
суточный диурез менее 400 мл
*уровень К крови более 6,5 ммоль/л
уровень Na крови более 135 ммоль/л
клубочковая фильтрация менее 25 мл/мин

136.Острое повреждение почек наиболее часто связано с приемом
сердечных гликозидов
антагонистов кальция
*нестероидных противовоспалительных препаратов
бензодиазепинов

137.При гемодинамически значимом двустороннем стенозе почечных артерий противопоказаны
блокаторы кальциевых каналов
агонисты имидазолиновых рецепторов
*ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента
диуретики

138.Клиническим признаком нарушения периферической перфузии при кардиогенном шоке является
полиурия
*олигурия
брадикардия
гиперемия кожных покровов

139.Изменения на ЭКГ при гиперкалиемии проявляются
*высоким остроконечным зубецом Т
депрессией сегмента ST

инверсией зубца Т
тахикардией

140.Основной морфологической и функциональной единицей почки является
чашечно-лоханочная система
сосудистый клубочек
почечные канальцы
*нефрон

3.3.Ситуационные задачи по дисциплине Б1.О.26 Факультетская терапия

Вид	Код	Текст ситуационной задачи
С	31.05.02	Педиатрия
И		**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
У		
В	1	Сформулируйте предположительный диагноз
Э		Витамин В12-дефицитная анемия, фуникулярный миелоз.
Р2	отлично	Формулирует диагноз правильно и полностью, может вместо термина «фуникулярный миелоз» указать на признаки поражения нервной системы.
Р1	Хорошо/удовлетворительно	Указываются дескрипторы неполного ответа на вопрос Для оценки «хорошо»: формулирует диагноз правильно, не указывает на поражение нервной системы; для оценки «удовлетворительно»: формулирует диагноз не полностью, указывает на анемию или анемический синдром, но не может назвать причину анемии.
Р0	неудовлетворительно	Не может сформулировать диагноз
В	2	Дайте оценку лабораторным показателям. Как объяснить увеличение билирубина?
Э		У больной гиперхромная (МСН 38 пг/эр, МСНС 41 г/дл)макроцитарная (MCV 112 fl) анемия (снижение гемоглобина до 73 г/л и эритроцитов до 2,03 Т/л)в сочетании с лейко- и тромбоцитопенией (панцитопения). Снижение уровня гемоглобина до 73 г/л, что указывает на среднюю степень тяжести анемии. Дефицита железа нет (железо сыворотки 25,8 мкмоль/л). Повышен незначительно уровень общего билирубина до 25 мкмоль/л. Увеличение билирубина при дефиците витамина В12объясняется неэффективным эритропоэзом, когда большое количество клеток-предшественников эритроцитов разрушается уже в костном мозге. Интенсивная деструкция эритробластов приводит к накоплению в плазме несвязанного билирубина и $ЛДГ_1$.
Р2	отлично	Перечисляет в полном объеме лабораторные критерии витамин В12-дефицитной анемии, выявленные у пациентки, правильно интерпретирует лабораторные данные, знает нормальные значения лабораторных показателей.

Р1	хорошо/удовлетворительно	Указываются дескрипторы неполного ответа на вопрос Для оценки «хорошо»: перечисляет не в полном объеме лабораторные критерии витамин В12-дефицитной анемии, интерпретирует лабораторные данные с 1-2 ошибками, знает нормальные значения лабораторных показателей; для оценки «удовлетворительно»: может оценить 2-3 лабораторных показателя, не знает референсных значений большинства лабораторных параметров.
Р0	неудовлетворительно	Не может охарактеризовать анемию по лабораторным критериям, не может интерпретировать лабораторные данные.
В	3	Какие исследованияможно использовать для диагностики дефицита В12?
Э		Методом, подтверждающим дефицит витамина В12, является определение витамина В12 в сыворотке крови, нормальные показатели 100-250 пг/мл, низкие цифры убедительно свидетельствуют о дефиците В12. Выявляются также повышенный уровень метилмалоновой кислоты (норма 70-279 нмоль/л) и гомоцистеина (норма 5-15 мкмоль/л). Дополнительным подтверждением правильного диагноза служит ретикулоцитарный криз на 7-9 день после первой инъекции цианкобаломина.
Р2	отлично	Знает виды исследований и референсные значения; может назвать методом подтверждения стернальную пункцию с выявлением мегалобластного типа кроветворения
Р1	хорошо/удовлетворительно	Указываются дескрипторы неполного ответа на вопрос Для оценки «хорошо»: знает методы диагностики витамин В12-дефицитной анемии, ошибается в референсных значениях; для оценки «удовлетворительно»: указывает на необходимость лабораторного исследования витамина В12, не знает референсных значений и других методов, позволяющих подтвердить диагноз.
Р0	неудовлетворительно	Не знает ни одного вида дополнительных лабораторных и инструментальных исследований, показанных пациенту.
В	4	Чем объяснить жалобы больной на чувство онемения в конечностях и шаткую походку?
Э		Жалобы больной на чувство онемения в конечностях и шаткую походку в сочетании с данными неврологического исследования, выявившего нарушение глубокой чувствительности в дистальных отделах конечностей, являются проявлением «фуникулярного миелоза» – поражения (демиелинизации) задних и боковых столбов спинного мозга при дефиците витамина В12.Цианкобаламин является коферментом, участвующем в обмене жирных кислот (реакции превращения метилмалонил-КоА в сукцинил-КоА; эта реакция необходима для метаболизма миелина в нервной

		системе). При недостатке витамина В12 накапливаются токсичные для нервной системы пропионовая и метилмалоновая кислоты.Поэтому при дефиците цианкобаламина, наряду с мегалобластной анемией, отмечается поражение нервной системы.
Р2	отлично	Знает патогенез и клинические проявления поражения нервной системы при витамин В12-дефицитной анемии.
Р1	хорошо/удовлетворительно	Указываются дескрипторы неполного ответа на вопрос Для оценки «хорошо»: знает клинические проявления поражения нервной системы при витамин В12-дефицитной анемии, не может объяснить причину их возникновения; для оценки «удовлетворительно»: указывает на возможность поражения нервной системы при витамин В12-дефицитной анемии, не знает причин, путается в симптомах «фуникулярного миелоза».
Р0	неудовлетворительно	Не знает причин и клинических проявлений поражения нервной системы при витамин В12-дефицитной анемии.
В	5	Изложите тактику лечения.
Э		Показана консультация врача-гематолога. Тактика лечения: пациент должен лечиться и наблюдаться у гематолога. Проводится заместительная терапия витамином В12, в виде внутримышечных инъекций цианокобаламина. С лечебной целью витамин В12 вводят в/мышечно по 1000 мкг ежедневно вплоть до нормализации картины крови, а затем эту дозу назначают 1 раз в месяц длительно (пожизненно). Существуют и другие «схемы» лечения. Например, по 1000 мкг в сутки до нормализации гемоглобина, затем по 1000 мкг 1 раз в неделю в течение 1-2 месяцев, затем по 1000 мкг 1 раз в месяц длительно.Если нет признаков поражения нервной системы, дозировка цианокобаламина составит 500 мкг. Рекомендовано употребление в пищу продуктов животного происхождения (печень, почки, яйца, молоко); исключение приёма алкоголя.
Р2	отлично	Знает тактику лечения в соответствии с клиническими рекомендациями, ориентируется в схемах лечения.
Р1	хорошо/удовлетворительно	Указываются дескрипторы неполного ответа на вопрос Для оценки «хорошо»: назначает заместительное лечение цианкобаломином, допускает ошибки в схемах лечения, лечебной тактике; для оценки «удовлетворительно»: знает о необходимости заместительного лечения цианкобаломином (витамином В12), не знает схем лечения и лечебной тактики.
Р0	неудовлетворительно	Не знает препаратов, используемых для лечения, не может назначить лечение в соответствии с клиническими рекомендациями
О	Итоговая оценка	
А	Ф.И.О. автора-составителя	

Ситуационная задача 2.

Вид	Код	Текст элемента ситуационной задачи
С	31.05.02	Педиатрия
И		**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
У		Больная И. 31 год, обратилась к врачу по поводу общей слабости, утомляемости, головокружения при перемене положения тела, одышки при ходьбе. Дополнительные жалобы: на сухость кожи, ломкость и выпадение волос, недержание мочи при кашле. Из анамнеза: придерживается вегетарианского питании, мясо не употребляет последние 10 лет; менструальный цикл 26 дней, менструальные выделения в течение 7 дней, всегда обильные, со сгустками. Объективно: бледность кожи и видимых слизистых. Рост 165 см, вес 55 кг. Тоны сердца ритмичны, приглушены, выслушивается дующий систолический шум на верхушке. Пульс 87 в минуту, АД 106 и 70 мм рт. ст. В остальном: без особенностей. Анализ крови: гемоглобин 82 г/л, эритроциты 3,5 Т/л, MCV 74 fl, MCH 21 пг/эр, MCHC 27 г/дл, железо сыворотки 5,1 мкмоль/л, ОЖСС 92 мкмоль/л, коэффициент насыщения трансферрина железом 15%, ферритин сыворотки 7,4 мкг/л.
В	1	Укажите основной клинико-лабораторный синдром, чем он проявляется?
Э		У больной имеются проявления анемического синдрома – слабость, повышенная утомляемость головокружение при перемене положения тела, приглушенные тоны сердца, дующий систолический шум на верхушке сердца, одышка. Сидеропенический синдром (тканевый дефицит железа) проявляется сухостью кожи, ломкостью и выпадением волос, недержанием мочи при кашле.
Р2	отлично	Правильно называет синдромы, полностью указывает их клинические проявления, обязательно отмечает сочетание общеанемического синдрома с синдромом сидеропении.
Р1	Хорошо/удовлетворительно	Указываются дескрипторы неполного ответа на вопрос Для оценки «хорошо»: знает общеанемический и сидеропенический синдромы, не полностью перечисляет клинические проявления; не все критерии называет правильной терминологией; для оценки «удовлетворительно»: правильно называет анемический синдром, не знает его клинических проявлений, не знает клинических проявлений синдрома сидеропении.
Р0	неудовлетворительно	Не знает основных синдромов, не знает их клинических признаков, не владеет специальной терминологией
В	2	Сформулируйте предварительный диагноз
Э		Железодефицитная анемия средней степени тяжести на фоне гиперменореи.
Р2	отлично	Формулирует диагноз правильно и полностью с указанием степени тяжести; может в диагнозе не указать гиперменорею (меноррагии)
Р1	хорошо/удовлетворительно	Указываются дескрипторы неполного ответа на вопрос

		Для оценки «хорошо»: формулирует диагноз правильно, не правильно указывает степень тяжести; для оценки «удовлетворительно»: формулирует диагноз «анемия», не знает форму заболевания и не указывает на степень тяжести.
Р0	неудовлетворительно	Не может сформулировать диагноз
В	3	Дайте оценку анемии по лабораторным показателям и охарактеризуйте параметры обмена железа у больной
Э		Гипохромная (МСН 21 пг/эр, МСНС 27 г/дл)микроцитарная (MCV 74 fl) анемия. У больной отмечается снижение уровня гемоглобина до 82 г/л, что указывает на среднюю степень тяжести анемии, снижение эритроцитов до 3,5 Т/л. Дефицит железа доказан изменением показателей, характеризующих обмен железа: снижение сывороточного железа до 5,1 мкмоль/л, ферритина (7,4 мкг/л), коэффициента насыщения трансферрина (15%), повышение общей железосвязывающей способности сыворотки до 92 мкмоль/л.
Р2	отлично	Перечисляет в полном объеме лабораторные критерии анемии и дефицита железа, выявленные у пациентки, правильно интерпретирует лабораторные данные, знает нормальные значения лабораторных показателей.
Р1	хорошо/удовлетворительно	Указываются дескрипторы неполного ответа на вопрос Для оценки «хорошо»: перечисляет не в полном объеме лабораторные критерии анемии и дефицита железа, интерпретирует лабораторные данные с 1-2 ошибками, знает нормальные значения лабораторных показателей; для оценки «удовлетворительно»: может оценить 2-3 лабораторных показателя, не знает референсных значений гемоглобина и эритроцитов.
Р0	неудовлетворительно	Не может охарактеризовать анемию по лабораторным критериям, не знает показателей обмена железа.
В	4	С какими анемиями надо проводить дифференциальный диагноз?
Э		Наиболее часто гипохромия эритроцитов встречается при железодефицитных анемиях (ЖДА). Другими причинами могут быть талассемии, анемии хронических заболеваний (АХЗ). Талассемия – мишеневидные эритроциты в крови, нормальное или повышенное содержание железа в крови, неконьюгированнаягипербилирубинемия, ретикулоцитоз, спленомегалия (не всегда), иктеричность кожи и склер глаз, потемнение мочи. Анемия хронического заболевания – при этом не наблюдается сидеропенический синдром: изменение кожи и её придатков (сухость, выпадение волос), изменение слизистых оболочек, извращение вкуса, лабораторные параметры: нормальная железосвязывающая способность сыворотки, повышен С-реактивный белок.
Р2	отлично	Может провести дифференциальный диагноз, допускается

		провести дифференциальный диагноз с В-12 дефицитной анемией, апластической, гемолитической анемиями.
Р1	хорошо/удовлетворительно	Указываются дескрипторы неполного ответа на вопрос Для оценки «хорошо»: проводит дифференциальный диагноз с наиболее 2 часто встречающимися анемиями, правильно выстраивает диагностический поиск, не точен в характеристике клинических и лабораторных проявлений различных анемий; для оценки «удовлетворительно»: называет, с какими анемиями можно дифференцировать ЖДА, но не может провести дифференциальный диагноз.
Р0	неудовлетворительно	Не знает нозологии для дифференциального диагноза, не может провести дифференциальный диагноз.
В	5	Назначьте лечение в соответствии с клиническими рекомендациями по терапии больных с данной патологией
Э		Диета, богатая железом (красное мясо). Надо помнить, без применения препаратов железа устранить ЖДА невозможно. Лечение пероральными железосодержащими препаратами (2-х и 3-х валентными): 1 этап: устранение дефицита железа и анемии, 2 этап: восполнение запасов железа, 3 этап: противорецидивная терапия. Лечение анемии: препараты железа, например, железа полимальтозат, жевательные таблетки по 100-150 мг в день перорально вместе с едой до нормализации уровня гемоглобина (1-3 месяца). Восстановление депо железа: суточные дозы препаратов железа 50-100 мг ежедневно перорально до нормализации уровня ферритина (в среднем 3-4 месяца). Профилактическое лечение: 7-10 дней после менструаций в лечебных дозировках. Обязательна консультация и наблюдение у гинеколога.
Р2	отлично	Назначает лечение в соответствии с клиническими рекомендациями, знает формы и дозировки препаратов, назначает железо с лечебной и профилактической целью, указывает на важность диеты.
Р1	хорошо/удовлетворительно	Указываются дескрипторы неполного ответа на вопрос Для оценки «хорошо»: знает разные формы препаратов железа, знает дозировки, указывает на необходимость перорального приема препаратов железа, не назначает лечение для восстановления запасов железа, не назначает профилактическое лечение; для оценки «удовлетворительно»: использует для лечения препараты железа, не знает схему назначения, дозировки, допускает ошибки в тактике лечения.
Р0	неудовлетворительно	Не может назначить лечение в соответствии с клиническими рекомендациями, не знает схемы терапии препаратами железа, не знает лекарственные формы и дозировки препаратов железа.
О	Итоговая оценка	
А	Ф.И.О. автора-составителя	

Ситуационная задача 3.

Вид	Код	Текст компетенции / названия трудовой функции/ названия трудового действия / текст элемента ситуационной задачи
С	31.05.02	Педиатрия
И		**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
У		Больной М. 24 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на головную боль, общую слабость и утомляемость, снижение аппетита. Из анамнеза: в возрасте 14 лет после перенесенного ОРЗ у пациента появились отеки лица, сохранялась субфебрильная температура в течение 3-4 месяцев, были изменения в моче (белок, эритроциты). Лечился у педиатра около года «от нефрита», получал преднизолон. В дальнейшем у врача не наблюдался, лечения не получал. При осмотре: нормального телосложения, кожа бледная, сухая; пастозность лица. Дыхание везикулярное, хрипов нет. АД 145 и 92 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Пациент отмечает уменьшение выделяемой мочи до 700 мл в сутки. Общий анализ крови: эритроциты $3,2\times10^{12}$/л, гемоглобин 105 г/л, лейкоциты $5,2\times10^{9}$/л, палочкоядерные нейтрофилы 4%, сегментоядерные нейтрофилы 65%, эозинофилы 3%, моноциты 5%, лимфоциты 23%, СОЭ 12 мм/ч. Биохимические исследования крови: общий холестерин 5,0 ммоль/л, креатинин крови 170 мкмоль/л, мочевина крови 11 ммоль/л. В анализах мочи: удельный вес 1021, белок 0,32 г/л, лейкоциты2-4 в поле зрения, эритроциты выщелочные 7-10 в поле зрения, гиалиновые цилиндры 2-3 в поле зрения. Альбуминурия 250 мг/сут. СКФ (по формуле CKD-EPI) 55 мл/мин.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э		Хронический гломерулонефрит, латентная форма, ремиссия. ХБП С3а, А2. Симптоматическая артериальная гипертензия 1 степени, риск 3. Анемия хронического заболевания (нефрогенная), легкой степени.
Р2	отлично	Формулирует диагноз правильно и полностью, может указать анемию как вторичную; при формулировке диагноза ХБП правильно указывает стадию, может не отметить уровень альбуминурии.
Р1	Хорошо/удовлетворительно	Указываются дескрипторы неполного ответа на вопрос Для оценки «хорошо»: формулирует основной диагноз в основном правильно, не отмечает уровень альбуминурии, не указывает в диагнозе артериальную гипертензию и анемию или ошибается в указании их степени; для оценки «удовлетворительно»: формулирует основной диагноз с ошибками, не полностью, не знает форму заболевания, не указывает в диагнозе артериальную гипертензию и анемию.
Р0	неудовлетворительно	Не может сформулировать диагноз.
В	2	Обоснуйте предполагаемый диагноз.

Э		Диагноз «хронический гломерулонефрит» предположен по наличиюу пациента характерного мочевого синдрома (умеренная протеинурия, микрогематурия) и гипертонического синдрома, на основании анамнестических данных (10 лет назад лечился по поводу гломерулонефрита). На латентное течение указывают очень скудные клинические проявления, которые сочетаются с изменениями мочи (умеренная протеинурия, небольшая эритроцитурия) и незначительным повышением АД. Диагноз «хроническая болезнь почек (ХБП)» определён по наличию признаков поражения почек (альбуминурия 250 мг – А2, умеренная гематурия) на протяжении 3 и более месяцев (анамнестические данные) и снижения СКФ до 55 мл/мин, что соответствует 3а стадии заболевания. Повышение АД до 145 и 92 мм рт. ст. у молодого человека с заболеванием почек в анамнезе указывает на симптоматическую артериальную гипертензию 1 степени. Снижение уровня гемоглобина до 105 г/л с анамнезом заболевания почек 10 лет указывает на нефрогенную анемию легкой степени.
Р2	отлично	Обосновывает диагноз полностью, в соответствии с МКБ-10 и классификацией, использует синдромный подход; не обосновывает симптоматическую артериальную гипертонию или вторичную анемию.
Р1	хорошо/удовлетворительно	Указываются дескрипторы неполного ответа на вопрос Для оценки «хорошо»: обосновывает диагноз гломерулонефрита правильно, не правильно обосновывает стадию ХБП, не обосновывает симптоматическую артериальную гипертонию или вторичную анемию; для оценки «удовлетворительно»: обосновывает диагноз не полностью, не использует синдромный подход, не обосновывает ХБП, не обосновывает симптоматическую артериальную гипертонию или вторичную анемию.
Р0	неудовлетворительно	Не может обосновать диагноз
В	3	Укажите дополнительные исследования для уточнения диагноза.
Э		Целесообразно, помимо проведённых анализов, сделать УЗИ почек, ЭКГ, ЭХО-КГ, рентгенографию органов грудной клетки. Нефролог назначит пункционную биопсию почек (для уточнения морфологического варианта гломерулонефрита). Для установки диагноза «ХБП» необходимо выявление любых клинических маркеров повреждения почек, подтверждённых на протяжении периода длительностью не менее 3 месяцев; наличие маркеров необратимых структурных изменений органа, выявленных однократно при прижизненном морфологическом исследовании органа или при его визуализации; снижение скорости клубочковой фильтрации (СКФ) < 60 мл/мин/1,73 м^2, сохраняющееся в

		течение 3 и более месяцев, вне зависимости от наличия других признаков повреждения почек. В связи с этим для того, чтобы подтвердить диагноз «ХБП» необходимо провести повторно все обследования через 3 месяца (определение креатинина с расчётом СКФ, определение суточной протеинурии/ альбуминурии).
Р2	отлично	Перечисляет в полном объеме лабораторные и инструментальные методы обследования, показанные пациенту
Р1	хорошо/удовлетворительно	Указываются дескрипторы неполного ответа на вопрос Для оценки «хорошо»: перечисляет не в полном объеме лабораторные или инструментальные методы обследования, показанные пациенту, но обязательно называет креатинин с расчётом СКФ, мочевину,УЗИ почек; для оценки «удовлетворительно»: называет 1-2 лабораторных показателя, 1 вид инструментального исследования, не упоминает о расчете СКФ.
Р0	неудовлетворительно	Не знает ни одного вида дополнительных лабораторных и инструментальных исследований, показанных пациенту.
В	4	Какова дальнейшая тактика ведения пациента?
Э		Показана консультация врача-нефролога. Показано наблюдение и лечение у нефролога по поводу хронического гломерулонефрита, хотя на данный момент отмечается ремиссия заболевания. У пациента впервые выявлена сниженная скорость клубочковой фильтрации (СКФ) до 55 мл/мин, поэтому следует оценить стабильность нарушения функции почек. Повторное обследование проводится через 2-4 недели и далее через 3-6 месяцев: измерение АД, креатинин крови и расчет СКФ, липидный профиль, общий анализ крови (гемоглобин), калий, натрий, мочевая кислота, общий анализ мочи, суточная альбуминурия (протеинурия).При стабильном течении заболевания (снижение СКФ менее 2 мл/мин за 6 мес.) осмотр и обследование 1 раз в год.
Р2	отлично	Правильно определяет тактику ведения пациента, указывает лабораторные и инструментальные исследования в полном объеме, знает показания для направления к нефрологу.
Р1	хорошо/удовлетворительно	Указываются дескрипторы неполного ответа на вопрос Для оценки «хорошо»: правильно определяет тактику ведения пациента, указывает основные лабораторные и инструментальные исследования, правильно называет сроки обследования, не указывает на необходимость консультации нефролога; для оценки «удовлетворительно»: определяет тактику ведения пациента не полностью, не указывает на необходимость повторного обследования через 3-6 месяцев, не знает показания для консультации нефролога.
Р0	неудовлетворительно	Не может определить тактику ведения пациента, не знает показания для консультации нефролога.

В	5	Препарат какой группы лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в качестве нефропротективной терапии? Обоснуйте свой выбор.
Э		Ингибиторы АПФ или антагонисты рецепторов к ангиотензину II. Данные группы антигипертензивных препаратов являются «золотым стандартом» при лечении пациентов с ХБП стадий С1-3. Механизмы нефропротективного действия препаратов этих групп: устранение клубочковой гипертензии и гиперфильтрации, устранение ишемии тубулоинтерстиция, снижение протеинурии, снижение реабсорбции натрия, подавление синтеза воспалительных цитокинов ипрофиброгенных факторов; оказывают также кардио- и вазопротективное действия. Оценивать эффект и подбирать дозы следует, ориентируясь на уровень протеинурии, а не АД. Наиболее доказанными нефропротективными свойствами из группы ингибиторов АПФ обладает рамиприл, из группы антагонистов рецепторов к ангиотензину II – лозартан.
Р2	отлично	Правильно называет группы препаратов для нефропротекции, знает механизмы нефропротективного действия, знает препараты, обладающего доказанными нефропротективными свойствами, может указать, что лучше использовать иАПФ, имеющие двойной путь выведения (печень и почки)
Р1	хорошо/удовлетворительно	Указываются дескрипторы неполного ответа на вопрос Для оценки «хорошо»: правильно называет группы препаратов, не в полном объеме знает механизмы нефропротективного действия, не указывает на необходимость оценки эффективности нефропротективного действия препаратов по уровню протеинурии; для оценки «удовлетворительно»: называет группы препаратов для нефропротекции, не знает механизмы нефропротективного действия, не может назвать ни одного препарата, обладающего доказанными нефропротективными свойствами.
Р0	неудовлетворительно	Не знает основ нефропротекции, не знает группы нефропротекторов и основные нефропротективные препараты.
О	Итоговая оценка	
А	Ф.И.О. автора-составителя	

Ситуационная задача 4.

Вид	**Код**	**Текст элемента ситуационной задачи**
С	31.05.02	Педиатрия
И		**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
У		В кабинет врача-терапевта участкового обратился мужчина 55 лет, курильщик, с жалобами на боли в глубине живота,

		распространяющиеся вверх, возникают чаще через 1,5-2 часа после обильной, острой или жирной еды, длящиеся до 3 часов, усиливающиеся в положении лѐжа на спине,уменьшающиеся в положении сидя с наклоном вперѐд, подтянув ноги к груди. Иногда боли иррадиируют в левую половину грудной клетки. Также отмечает тошноту, отсутствие аппетита, вздутие живота. После каждого приѐма пищи в течение 1 часа возникает кашицеобразный, иногда водянистый стул, содержащий капли жира. Отмечает снижение массы тела. В анамнезе – холецистэктомия 5 лет назад по поводу желчекаменной болезни.
В	1	Ваш предварительный диагноз
Э		Хронический билиарно-зависимый панкреатит средней степени тяжести с внешнесекреторной недостаточностью поджелудочной железы.
Р2	отлично	Хронический билиарный панкреатит средней степени тяжести с внешнесекреторной недостаточностью поджелудочной железы. Диагноз выставлен верно
Р1	хорошо удовлетворительно	Хронический панкреатит средней степени тяжести с внешнесекреторной недостаточностью поджелудочной железы. Диагноз не полный, не указана связь панкреатита с патологией билиарного тракта. Хронический панкреатит с внешнесекреторной недостаточностью поджелудочной железы. Ответ не полный, не указана связь панкреатита с патологией билиарного тракта, не указана степень тяжести панкреатита.
Р0	неудовлетворительно	Язва желудка. Диагноз выставлен неверно.
В	2	Перечислите возможные осложнения данного заболевания.
Э	-	Формирование псевдокист, подпечёночная желтуха, вторичный билиарный цирроз печени, сдавление и тромбоз верхней брыжеечной и воротной вен, портальная гипертензия, эрозивный эзофагит, синдром Мэлори-Вейса, гастродуоденальные язвы, хроническая непроходимость двенадцатиперстной кишки, рак поджелудочной железы, инфекционные осложнения: воспалительные инфильтраты, гнойные холангиты, септические состояния, дефицит жирорастворимых витаминов, остеопороз, эндокринная недостаточность поджелудочной железы.
Р2	отлично	Формирование псевдокист, подпечёночная желтуха, вторичный билиарный цирроз печени, сдавление и тромбоз верхней брыжеечной и воротной вен, портальная гипертензия, эрозивный эзофагит, синдром Мэлори-Вейса, гастродуоденальные язвы, хроническая непроходимость двенадцатиперстной кишки, рак поджелудочной железы,

		инфекционные осложнения: воспалительные инфильтраты, гнойные холангиты, септические состояния, дефицит жирорастворимых витаминов, остеопороз, эндокринная недостаточность поджелудочной железы.
Р1	Хорошо	Формирование псевдокист, подпечёночная желтуха, вторичный билиарный цирроз печени, сдавление и тромбоз верхней брыжеечной и воротной вен, портальная гипертензия, эрозивный эзофагит, синдром Мэлори-Вейса, гастродуоденальные язвы, хроническая непроходимость двенадцатиперстной кишки, рак поджелудочной железы, эндокринная недостаточность поджелудочной железы. Ответ не полный, не указаны следующие осложнения: инфекционные осложнения: воспалительные инфильтраты, гнойные холангиты, септические состояния, дефицит жирорастворимых витаминов, остеопороз,
	удовлетворительно	Панкреатогенный сахарный диабет, кисты поджелудочной железы. Ответ не полный, не указаны подпечёночная желтуха, вторичный билиарный цирроз печени, сдавление и тромбоз верхней брыжеечной и воротной вен, портальная гипертензия, эрозивный эзофагит, синдром Мэлори-Вейса, гастродуоденальные язвы, хроническая непроходимость двенадцатиперстной кишки, рак поджелудочной железы, инфекционные осложнения: воспалительные инфильтраты, гнойные холангиты, септические состояния, дефицит жирорастворимых витаминов, остеопороз,
Р0	неудовлетворительно	Нет ответа.
В	3	. Какие методы обследования используются для подтверждения и уточнения диагноза?
Э		Определение уровня амилазы в крови и моче, копрологическое исследование, определение уровня эластазы-1 в кале, рентгенография живота, КТ, МРТ/МРХПГ, ЭРХПГ, УЗИ, эндо-УЗИ.
Р2	отлично	Определение уровня амилазы в крови и моче, копрологическое исследование, определение уровня эластазы-1 в кале, рентгенография живота, КТ, МРТ/МРХПГ, ЭРХПГ, УЗИ, эндо-УЗИ. Ответ верный.
Р1	Хорошо удовлетворительно	Определение уровня амилазы в крови и моче, копрологическое исследование, определение уровня эластазы-1 в кале, рентгенография живота, КТ, УЗИ Ответ не полный: нет назначено МРТ/МРХПГ, ЭРХПГ. УЗИ органов брюшной полости, копрограмма, амилаза в крови. Ответ не полный, не назначено: определение уровня амилазы в моче, определение уровня эластазы-1 в кале, рентгенография живота, КТ, МРТ/МРХПГ, ЭРХПГ.
Р0	неудовлетворительно	Нет ответа

В	4	. Каковы основные задачи консервативного ведения/лечения пациентов с данным заболеванием?
Э		4 1. Прекращение курения. 2. Определение причины боли и попытка снижения её интенсивности. 3. Лечение внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы. 4. Выявление и лечение эндокринной недостаточности поджелудочной железы. 5. Нутритивная поддержка. 6. Скрининг по поводу аденокарциномы.
Р2	отлично	1. Прекращение употребления алкоголя, курения. 2. Определение причины боли и попытка снижения её интенсивности. 3. Лечение внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы. 4. Выявление и лечение эндокринной недостаточности поджелудочной железы. 5. Нутритивная поддержка. 6. Скрининг по поводу аденокарциномы. Ответ полный.
Р1	Хорошо	1. Прекращение курения. 2. Определение причины боли и попытка снижения её интенсивности. 3. Лечение внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы. 4. Выявление и лечение эндокринной недостаточности поджелудочной железы. Ответ не полный: не рекомендована нутритивная поддержка, скрининг по поводу аденокарциномы
	удовлетворительно	Купирование боли, лечение внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы. Ответ не полный: 1. не рекомендовано прекращение курения. 2. Определение причины боли 4. Выявление и лечение эндокринной недостаточности поджелудочной железы. 5. Нутритивная поддержка. 6. Скрининг по поводу аденокарциномы
Р0	неудовлетворительно	Нет ответа
В	5	5. Перечислите основные медикаментозные и немедикаментозные лечебные мероприятия, показанные для данного больного.
Э		. Отказ от курения. Диета с низким содержанием жира, высоким содержанием белка и углеводов 5-10 раз в день НПВС (Парацетамол) за 30 минут до еды. При неэффективности – Трамадол.

		Заместительная ферментная терапия Липазой (20-45000 на основной приём пищи и 10-25 на промежуточный). При сохранении симптомов – добавить ингибиторы протонной помпы.
P2	отлично	. Отказ от курения. Диета с низким содержанием жира, высоким содержанием белка и углеводов 5-10 раз в день НПВС (Парацетамол) за 30 минут до еды. При неэффективности – Трамадол. Заместительная ферментная терапия Липазой (20-45000 на основной приём пищи и 10-25 на промежуточный). При сохранении симптомов – добавить ингибиторы протонной помпы. Ответ полный
P1	хорошо удовлетворительно	Диета с низким содержанием жира, высоким содержанием белка и углеводов 5-10 раз в день НПВС (Парацетамол) за 30 минут до еды. При неэффективности – Трамадол. Заместительная ферментная терапия Липазой 10-25 тыс. ЕД. Ответ не полный: не рекомендован отказ от курения Доза липазы недостаточна. НПВС (Парацетамол) за 30 минут до еды. При неэффективности – Трамадол. Заместительная ферментная терапия Липазой 10-25 тыс. ЕД. Ответ не полный: не рекомендован отказ от курения, Нет рекомендаций по диете, доза липазы недостаточна.
P0	неудовлетворительно	Нет ответа
O	Итоговая оценка	
A	Ф.И.О. автора-составителя	

3.4.Оценка практических навыковпо дисциплине Б1.О.26 Факультетская терапия

Чек-лист оценки практических навыков. Аускультация сердца

Действие	Проведено	Не проведено
Пальпаторное исследование верхушечного толчка перед аускультацией в первой точке аускультации	2 балла	- 2 балла
Аускультация в пяти классических точках аускультации в определенном порядке -верхушка сердца - 2 точка аускультации во втором м/р у правого края грудины (аорта) -3 точка аускультации во втором м/р у левого края грудины (легочная артерия) -4 точка аускультации у мечевидного отростка грудины (3-х створчатый клапан) - 5 тока у места прикрепления 3 и 4 ребра к грудине точка Боткина-Эрба (аорта)	3 балла	-3 балла Проведено не в полном объеме - 1 балл
Общая характеристика аускультативной картины «В пяти классических точках аускультации выслушиваются 2 тона и 2 паузы. Тоны сердца ритмичные, ясные, чистые»	2 балла	- 2 балла, неполная характеристика - 1 балл
Характеристика возможных изменений в общей характеристике. Оценка тонов сердца в 1и 4, а также во 2 и 3 точке аускультации. (сила, продолжительность, соотношение тонов сердца, совпадение с верхушечным толчком и пульсом на лучевой артерии)	3 балла	- 3 балла Неполная характеристика - 1 балл
Итого	10	

Общая оценка: зачтено (7 и более баллов)/не зачтено (менее 7 баллов)

Чек-лист оценки практических навыков. Аускультация легких

Действие	Проведено	Не проведено
Пациенту предлагается освободить грудную клетку от одежды и принять вертикальное положение, сидя на стуле	1 балл	- 1 балл
Пациенту предлагается дышать форсированно (до 25 раз в минуту, приоткрытым ртом)	1 балл	-1 балл
Проводится аускультация легких на симметричных участках грудной клетки в надключичных областях, затем в I, II, III м/р справа и слева по срединно-ключичной линии, в IV, V м/р по срединно-ключичной линии справа	2 балла	- 2 балла, выполнено не в полном объеме - 1 балл
Пациенту предлагается поднять руки и сложить их в замок за голову	1 балл	- 1 балл
Проводится аускультация легких на симметричных участках грудной клетки в подмышечных ямках, затем в IV, V, VI, VII, VIII м/р справа и слева по средней подмышечной линии	2 балла	- 2 балла выполнено не в полном объеме - 1 балл
Пациенту предлагается скрестить руки на груди, ладони положить на плечи и слегка наклонить туловище вперед	1 балл	- 1 балл
Проводится аускультация легких на симметричных	2 балла	- 2 балла выполнено не в

участках грудной клетки в надлопаточных областях, затем на уровне верхней, средней и нижней трети межлопаточной области по околопозвоночным линиям справа и слева, затем по паравертебральной и лопаточной линиям в VII, VIII, IX м/р справа и слева. Дать заключение, соответствующее норме.		полном объеме - 1 балл
Итого	10	

Общая оценка: зачтено (7 и более баллов)/не зачтено (менее 7 баллов)

Чек-лист оценки практических навыков. Пальпация печени

Действие	Проведено	Не проведено
Попросить пациента принять положение лежа на спине, ноги согнуты в коленях до 130-150°. Врач справа от больного сидя на отдельно стоящем стуле.	1 балл	- 1 балл
Провести определение нижнего края печени по срединно-ключичной линии. Палец-плессиметр устанавливается на срединно-ключичную линию на уровне пупка параллельно предполагаемой границе.	1 балл	- 1 балл
Перкуссия в направлении от более ясного звука к более тупому. Отметка по наружному краю пальца – плессиметра, обращенного к более ясному звуку. Дать заключение.	1 балл	- 1 балл
Левая рука помещается на грудную клетку на уровне реберной дуги справа, 1 палец направлен к передней срединной линии, ладонь врача обхватывает и слегка фиксирует реберную дугу.	2 балла	-2 балла
Правая рука со слегка согнутыми в межфаланговых суставах 4-мя пальцами помешается на 1 см ниже найденной границы печени.	1 балл	-1 балла
Образуется кожная складка, направленная вниз. Пациента просят вдохнуть животом и затем максимально выдохнуть и задержать дыхание.	1 балл	- 1 балл
На выдохе пальцы погружаются в область правого подреберья и пациенту предлагается вновь сделать вдох в момент которого, производится пальпирующее движение.	1 балл	-1 балл
Дать заключение. Оценить край печени, его эластичность, болезненность, форму.	2 балла	- 2 балла
Итого	10 баллов	

Общая оценка: зачтено (7 и более баллов)/не зачтено (менее 7 баллов)

Чек-лист оценки практических навыков. Осмотр и пальпация живота

Действие	Проведено	Не проведено
Попросить пациента принять положение лежа на спине, ноги согнуты в коленях до 130-150°. Врач справа от больного сидя на отдельно стоящем стуле.	1 балл	- 1 балл
Провести статический осмотр живота. Оценить форму живота, симметричность , наличие перистальтики и антиперистальтики, грыжевые	1 балл	- 1 балл

выпячивая, образования и высыпания в области живота. Дать заключение.		
Провести динамический осмотр живота. Попросить пациента подышать животом. Оценить степень участия живота в акте дыхания, симметричность. Дать заключение.	1 балл	- 1 балл
Поверхностная ориентировочная пальпация живота. Пальпация проводится слева направо, при отсутствии жалоб на боли в животе и по направлению к очагу боли при ее наличии, с учетом топографических областей живота. Исследование проводят мягкими движениями, аккуратно производя надавливания.	2 балла	-2 балла
Далее делается плавное, осторожное сгибание пальцев во вторых межфаланговых сочленениях с небольшим погружением пальцев в брюшную стенку и скольжением их вместе с кожей.	1 балл	-1 балла
Дать заключение по результатам поверхностной ориентировочной пальпации живота.	2 балла	- 2 балла
Проверка симптома Щеткина – Блюмберга: Пальпация в одной из топографических областей живота. Надавливание на живот пальцами кисти, и резкое отдергивание руки. Дать заключение: симптом раздражения брюшины, является положительным, если возникновение или усиление болей происходит при резком отдергивании руки, а не при надавливании	2 балла	-2 балла
Итого	10 баллов	

Общая оценка: зачтено (7 и более баллов)/не зачтено (менее 7 баллов)

Чек-лист оценки практических навыков. Исследование пульса на лучевой артерии

Действие	Проведено	Не проведено
Пациент сидит на стуле лицом к исследователю	1 балл	- 1 балла
Производится пальпация лучевой артерии тремя пальцами с медиального края предплечья в области проекции лучевой артерии одновременно на обеих руках	1 балл	-1 балл
Оценка наличия различного пульса. По форме и скорости прихода пульсовой волны. Дать заключение, соответствующее норме.	1 балл	- 1 балл
Определение пульса на одной из лучевых артерий в течение 1 минуты.	1 балл	- 1 балл
Оценить ритмичность пульса и сосчитать число. Дать заключение, соответствующее норме	2 балла	- 2 балла
Оценить наполнение и напряжение пульса. Дать заключение, соответствующее норме	1 балл	- 1 балл
Диагностическое значение пульса на лучевой артерии (привести 2 примера)	3 балла	- 3 балла Только один пример - 1 балл
Итого	10	

Общая оценка: зачтено (7 и более баллов)/не зачтено (менее 7 баллов)

4. Критерии оценивания результатов обучения

Промежуточная аттестация проводится в виде зачета

«Зачтено» выставляется обучающемуся, если он показал достаточно прочные знания основных положений учебной дисциплины, умение самостоятельно решать конкретные практические задачи, предусмотренные рабочей программой, ориентироваться в рекомендованной справочной литературе, умеет правильно оценить полученные результаты.

«Не зачтено» выставляется обучающемуся, если при ответе выявились существенные пробелы в знаниях основных положений учебной дисциплины, неумение с помощью преподавателя получить правильное решение конкретной практической задачи из числа предусмотренных рабочей программой учебной дисциплины.