Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Стегний Кирилл Владимирович
Должность: И.о. ректора
Дата подписания: 15.04.2026 12:18:04
Уникальный программный ключ:
d59234ba928aea5c04c54eb9013e367220b6b2ae

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

«УТВЕРЖДАЮ»
Директор института

_____ / Невзорова В.А. /
«14» апреля 2025 г.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
Б1.О.31 Факультетская терапия
основной образовательной программы
высшего образования

Направление подготовки (специальность)	**31.05.01 Лечебное дело** для подготовки иностранных студентов (студенты КНР)
Уровень подготовки	**специалитет**
Направленность подготовки	**02 Здравоохранение** (в сфере оказания первичной медико-санитарной помощи населению в медицинских организациях: поликлиниках, амбулаториях, стационарно-поликлинических учреждениях здравоохранения и лечебно-профилактических учреждениях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь)
Форма обучения	очная
Срок освоения ООП	6 лет
Институт/кафедра	Институт терапии и инструментальной диагностики

Владивосток, 2025

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 31.05.01 Лечебное дело для подготовки иностранных студентов (студенты КНР) (уровень специалитета), направленности 02 Здравоохранение (в сфере оказания первичной медико-санитарной помощи населению в медицинских организациях: поликлиниках, амбулаториях, стационарно-поликлинических учреждениях здравоохранения и лечебно-профилактических учреждениях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь) универсальных (УК) компетенций, общепрофессиональных (ОПК) и профессиональных (ПК) компетенций

Наименование категории (группы) компетенций	**Код и наименование компетенции**	**Индикаторы достижения компетенции**
Общепрофессиональные компетенции		
Диагностические и 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		

A/02.7 Проведение обследования пациента с целью установления диагноза	ПК-3 Способность и готовность к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патологоанатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания	ИДК.ПК-3_1- проводит интерпретацию данных лучевого исследования; ИДК.ПК-3_2- устанавливает рентгенологические и другие лучевые симптомы заболеваний с учетом стадии развития патологического процесса; ИДК.ПК-3_3- определяет необходимый объем дополнительных методов диагностики, дает оценку их результатам для распознавания состояния, установления факта наличия или отсутствия заболевания
	ПК-4 Способность и готовность к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	ИДК.ПК-4_1- опознает по данным лучевого исследования изображение органов человека, основные анатомические структуры; ИДК.ПК-4_2- диагностирует синдромы, основные нозологические формы на основании результатов лучевого исследования; ИДК.ПК-4_3- устанавливает окончательный диагноз и формулирует его в соответствии с МКБ

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 экзамена в форме собеседования, решения ситуационных задач.

3.1. Контрольные вопросы для собеседования по дисциплине Б1.О.31 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.
31. Фибрилляция предсердий (ФП). Определение. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. ЭКГ-критерии ФП.
32. Фибрилляция предсердий (ФП). Критерии установления диагноза ФП. Инструментальные диагностические исследования.
33. Фибрилляция предсердий (ФП). Медикаментозная терапия ФП: контроль частоты сердечных сокращений, контроль ритма сердца. Роль антикоагулянтной терапии.
34. Инфекционный эндокардит. Определение понятия. Этиология. Патогенез. Классификация.
35. Инфекционный эндокардит. Клинические проявления. Особенности поражения клапанного аппарата сердца. Лабораторные и инструментальные методы исследования.
36. Инфекционный эндокардит. Этиотропная терапия. Показания к оперативному лечению. Прогноз.

РЕВМАТОЛОГИЯ

1. Ревматоидный артрит. Определение понятия. Патогенез. Классификация.
2. Ревматоидный артрит. Клиническая картина. Критерии диагноза и его формулировка.
3. Ревматоидный артрит. Принципы лечения. Общие рекомендации. Базисные (болезнь-модифицирующие) препараты.
4. Остеоартроз (остеоартрит). Определение понятия. Этиология. Патогенез. Характер и стадийность патологических изменений в хрящевой и костной ткани при остеоартрите. Факторы риска развития остеоартрита.
5. Остеоартроз (остеоартрит). Критерии диагноза. Классификация. Особенности суставного синдрома. Клинические проявления остеоартрита.
6. Остеоартроз (остеоартрит). Лабораторные и инструментальные методы диагностики. Рентгенологические стадии.
7. Терапия при остеоартрите. Симптоматические средства. Гормональные препараты. Базисные (болезнь-модифицирующие) препараты. Немедикаментозное лечение.
8. Подагра. Определение. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Типичная форма первого приступа. Тофусы. Лабораторные и инструментальные методы диагностики. Диагностические критерии.
9. Клинические и рентгенологические проявления хронического подагрического артрита.
10. Лечение подагры. Рекомендации по немедикаментозной терапии. Лечение острого подагрического приступа.
11. Лечение подагры. Лечение хронического подагрического артрита. Коррекция гиперурикемии у пациента с подагрой.
12. Системная красная волчанка (СКВ). Этиология. Патогенез. Клинические проявления СКВ. Варианты поражения кожи и слизистых оболочек.
13. Системная красная волчанка (СКВ). Особенности суставного синдрома. Диагностические критерии СКВ (клинические, иммунологические).
14. Системная красная волчанка (СКВ). Системные проявления: поражение легких, поражение сердца и сосудов, поражение нервной системы, люпус-нефрит, гематологические проявления.
15. Системная красная волчанка (СКВ). Лабораторная диагностика СКВ. Принципы лечения.

16. Хроническая ревматическая болезнь сердца. Определение понятия. Патогенез. Классификация.
17. Хроническая ревматическая болезнь сердца. Клиническая картина. Критерии диагноза и его формулировка.
18. Хроническая ревматическая болезнь сердца. Принципы лечения. Общие рекомендации. Базисные (болезнь-модифицирующие) препараты.

ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЧЕК

1. Гломерулонефриты. Классификация. Основные клинико-лабораторные синдромы при гломерулонефритах. Остронефритический синдром. Нефротический синдром.
2. Хронические гломерулонефриты (ХГН). Варианты клинического течения ХГН. Методы диагностики.
3. Хронические гломерулонефриты (ХГН). Принципы лечения ХГН. Основные препараты и подходы к терапии.
4. Хронический пиелонефрит. Определение понятия. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиническая картина.
5. Хронический пиелонефрит. Лабораторные и инструментальные методы диагностики. Принципы лечения.
6. Хроническая болезнь почек (ХБП). Определение понятия. Факторы риска развития и прогрессирования ХБП. Маркеры повреждения почек. Диагностические критерии и классификация по стадиям.
7. Хроническая болезнь почек (ХБП). Алгоритм диагностики ХБП. Методы оценки функции почек. Оценка альбуминурии/протеинурии. Формулировка диагноза ХБП.
8. Хроническая болезнь почек (ХБП). Терапевтическая тактика в зависимости от стадии ХБП. Нефропротективная стратегия.
9. Острое повреждение почек (ОПП). Определение понятия. Причины ОПП. Преренальное, ренальное, постренальное ОПП.
10. Острое повреждение почек (ОПП). Диагностические критерии и классификация по стадиям. Принципы ведения больных с ОПП. Профилактика ОПП.

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.
6. Хронический панкреатит. Лабораторные и инструментальные исследования. Диагностические критерии. Дифференциальный диагноз.
7. Хронический панкреатит. Осложнения. Лечение хронического панкреатита. 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 B12 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.

Пример экзаменационного билета для промежуточной аттестации

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

«СОГЛАСОВАНО»
Проректор
_____
«___» _____ 2025 г.

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 1

Дисциплина Факультетская терапия
Наименование подготовки (специальность) 31.05.01 Лечебное дело для подготовки иностранных студентов (студенты КНР)
8 семестр
Институт терапии и инструментальной диагностики

1. Пневмония. Определение понятия. Классификация пневмонии. Внебольничная пневмония (ВП). Этиология, вероятные возбудители ВП у пациентов различных клинических групп.
2. Железодефицитная анемия (ЖДА). Определение понятия. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Лабораторная диагностика. Принципы лечения.
3. Гипертонические кризы. Определение. Триггерные факторы внезапного повышения АД. Типичные проявления. Врачебная тактика. Вопросы неотложной терапии.

«___» _____ 2025 г.

Директор института
профессор д.м.н. В.А. Невзорова

3.2. Тестовые задания по дисциплине Б1.О.31 Факультетская терапия

1. Наиболее значимым фактором риска развития хронических бронхо-легочных заболеваний является

*курение
частые вирусные инфекции дыхательных путей
загрязнение воздуха
гиперреактивность бронхов

2. Общим клиническим признаком для эмфизематозного и бронхитического фенотипов хобл является

*одышка
гиперкапния
полицитемия
хронический кашель

3. Круглые штампованные дефекты в эпифизах костей наблюдаются при

*подагре
псориатическом артрите
миеломной болезни
системной красной волчанке

4. В12–дефицитная анемия характеризуется

*гиперхромией, макроцитозом, цитопенией
гипохромией, микроцитозом
нормохромией, нормоцитозом
наличием бластных клеток

5. Анализ мочи по Зимницкому предполагает определение

*объема и удельной плотности мочи каждые три часа в течение суток
объема и удельной плотности суточной мочи
объема и удельной плотности утренней мочи
концентрации белка в моче каждые три часа в течение суток

6. У больной 46-ти лет ночью развиваются приступы загрудинных болей, во время которых на электрокардиограмме регистрируется преходящий подъём сегмента ST. Наиболее вероятным диагнозом является

*вариантная стенокардия
острый коронарный синдром с подъёмом ST
острый перикардит
тромбоэмболия легочной артерии

7. Изменением в крови, характерным для острой стадии инфаркта миокарда, является

*увеличение уровня тропонина
увеличение активности амилазы
снижение коэффициента де Ритиса
увеличение активности гамма-глутамилтрансферазы

8. При железодефицитной анемии в общем анализе крови наблюдается следующая характеристика эритроцитов

*гипохромия
гиперхромия
микросфероцитоз
окантоцитоз

9. Типичная форма инфаркта миокарда – это

*ангинозная
церебральная
аритмическая
астматическая

10. Для постинфарктного периода характерно наличие на ЭКГ

*глубокого зубца «Q»

монофазной кривой
двухфазного зубца «R»
отрицательного зубца «Р»

11. Для диагностики функционального класса хронической сердечной недостаточности наиболее простым и информативным методом является

*дистанция 6-минутной ходьбы
взвешивание
Эхо-КГ
велоэргометрия

12. Основной признак инфекционного эндокардита на ЭХО-КГ

*вегетации на створках клапанов
аневризма левого желудочка
аортальная недостаточность
аортальный стеноз

13. Для синдрома цитолиза при хроническом гепатите любой этиологии характерно

*повышение уровня трансаминаз
повышение уровня щелочной фосфатазы
повышение уровня холестерина
повышение уровня прямого билирубина

14. Ведущий критерий нефротического синдрома

*протеинурия > 3,5 г/л в сочетании с гипоальбуминемией
протеинурия > 3,5 г/л в сочетании с гиперальбуминемией
наличие в моче белка Бенс-Джонса
протеинурия <3,5 г/л в сочетании с гипоальбуминемией

15. Ключевым методом диагностики пневмоний является

*рентгенография органов грудной клетки
фибробронхоскопия
компьютерная томография
исследование функции внешнего дыхания

16. Основной медикаментозный метод патогенетической терапии инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST больных, поступающих не позднее 6 часов от начала заболевания

*тромболитическая терапия
внутривенная инфузия гепарина
внутривенная инфузия селективных бета-блокаторов
внутривенная инфузия нитроглицерина

17. Кардиоспецифичным изоферментом является

*креатинфосфокиназа МВ
аспарагиновая трансаминаза
креатинфосфокиназа ВВ
лактатдегидрогеназа-3

18. Признак левожелудочковой сердечной недостаточности

*приступы сердечной астмы
отеки ног
гепатомегалия
видимая пульсация вен на шее

19. Креаторея характерна для

*хронического панкреатита

болезни Крона
ишемического колита
синдрома раздраженной кишки

20. Больная, женщина 60 лет с мягкой артериальной гипертензией. Имеется выраженная протеинурия (до 18-20 г/сут), повышенная концентрация белка в плазме крови (95 г/л). Вероятный диагноз
*множественная миелома
амилоидоз
хронический гломерулонефрит
хронический пиелонефрит

21. При пенетрации язвы в поджелудочную железу повышается уровень
*амилазы
липазы
глюкозы
щелочной фосфатазы

22. Уменьшение размеров почки, деформация лоханочно-чашечной системы, контуры малых чашечек неровные, облитерация мелких сосудов коркового вещества почки наиболее характерны
*для сморщенной почки
для туберкулеза почек
для гипоплазии почки
для опухоли почки

23. Пикфлоуметрия позволяет
*оценить вариабельность ПСВ в течение промежутка времени
оценить функцию внешнего дыхания у детей до 2 лет
оценить ФЖЕЛ
оценить ОФВ1

24. Характерными изменениями спирометрических показателей при обострении бронхиальной астмы является
*снижение скорости форсированного выдоха за первую секунду
снижение форсированной жизненной емкости легких
увеличение индекса Тиффно
снижение мощности вдоха

25. Ревматоидный артрит относится к заболеваниям суставов
*воспалительным
дегенеративным
метаболическим
реактивным

26. Причина артериальной гипертонии при опухолях, локализующихся в надпочечниках
*первичный гиперальдостеронизм
параганглиома
ренинсекретирующая опухоль
болезнь Кушинга

27. На ЭКГ продолжительность интервала P-Q больше 0,20 сек. это характерно для
*атриовентрикулярной блокады I степени

полной атриовентрикулярной блокады
атриовентрикулярной блокады II степени
блокады ножек пучка Гиса

28. При атриовентрикулярной блокаде 1 степени
*регистрируется замедление предсердно-желудочковой проводимости, что на ЭКГ проявляется постоянным удлинением интервала P-Q
выпадение отдельных желудочковых сокращений не сопровождается постепенным удлинением интервала P-Q(R)
наблюдается постепенное, от одного комплекса к другому, замедление проводимости по АВ-узлу вплоть до полной задержки одного электрического импульса
наблюдаются периоды Самойлова-Венкебаха.

29. Кожные покровы при кардиогенном шоке
*бледные, влажные
цианотичные, сухие
бледные, сухие
розовые, влажные

30. Атерогенным классом липопротеинов являются
*липопротеины низкой плотности
липопротеины высокой плотности
хиломикроны
фосфолипиды

31. Необратимым компонентом бронхиальной обструкции является
*перибронхиальный фиброз
спазм бронхов
воспалительный отёк в слизистой оболочке бронхов
нарушение функции мукоцилиарного аппарата бронхов

32. Для ХОБЛ тяжёлого течения характерны следующие показатели ФВД
*ОФВ1/ФЖЕЛ < 0,70; ОФВ1 < 30% от должного или ОФВ1 < 50% от должного в сочетании с хронической дыхательной недостаточностью
ОФВ1/ФЖЕЛ < 0,70; ОФВ1 >60% от должного
ОФВ1/ФЖЕЛ < 0,70; 50% < ОФВ1 < 70% от должного
ОФВ1/ФЖЕЛ < 0,70; 60% < ОФВ1 < 80% от должного

33. Назовите один из основных клинических критериев хронической болезни почек
*альбуминурия/протеинурия
снижение концентрационной функции почек
гематурия
цилиндрурия

34. для какого из системных заболеваний соединительной ткани характерны лабораторные изменения: ускорение СОЭ, анемия, лимфопения, определение антинуклеарного фактора, анти sm –антитела, ложноположительная реакция вассермана
*системная красная волчанка
системная склеродермия
диффузный эозинофильный фасциит
синдром Шарпа

35. Кожные изменения, представленые макулопапулезными высыпаниями на лице, в области скуловых дуг и спинки носа (симптом «бабочки») характерны для
*системной красной волчанки
системной склеродермии
синдрома Шарпа (смешанное заболевание соединительной ткани)
диффузного (эозинофильного) фасциита

36. Абсолютное противопоказание для назначения ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента и блокаторов рецепторов ангиотензина II
*двусторонний значимый стеноз почечных артерий
хроническая болезнь почек
гипокалиемия
синдром Кона

37. Улучшают прогноз у больных ИБС, перенесших инфаркт миокарда
*бета-блокаторы
нитраты
дигидропиридиновые антагонисты кальция
дигоксин

38. Для урежения частоты сердечных сокращений при пароксизмальной фибрилляции предсердий у больных с инфарктом миокарда можно использовать
*бета-блокаторы
ивабрадин
сердечные гликозиды
пропафенон

39. Наиболее доказанным эффектом антикоагулянтов у больных инфарктом миокарда является
*снижение частоты тромбоэмболических осложнений
антиангинальное действие.
ограничение зоны инфаркта
уменьшение частоты реинфаркта

40. Побочный эффект терапии статинами
*миопатии
дисфункция щитовидной железы
головные боли
импотенция

41. С целью контроля безопасности терапии статинами следует оценивать уровень
*креатинфосфокиназы
тропонина
щелочной фосфатазы
амилазы

42. Характерные рентгенологические признаки остеоартроза
*субхондральный склероз и остеофиты
эрозии
кистовидные просветления
остеолиз

43. При ревматоидном артрите чаще всего поражаются суставы

*межфаланговые
коленные
крестцово-подвздошные сочленения
челюстно-лицевые

44. В диагностике инфекционного эндокардита решающую роль играет
*вегетация на клапанах при ЭХО-КГ-исследовании
увеличение СОЭ
аускультативная динамика шумов сердца
нарастание сердечной недостаточности

45. Самое частое осложнение в первые часы острого инфаркта миокарда
*нарушение ритма
кардиогенный шок
отек легких
разрыв сердца.

46. Наиболее достоверным подтверждением панкреатита является
*высокий уровень амилазы в крови
боль опоясывающего характера
гипергликемия
стеаторея

47. Мелена при наличии гепатоспленомегалии подозрительна на
*кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода
кровоточащая язва 12-перстной кишки
язвенный колит
тромбоз мезентериальных артерий

48. Портальная гипертензия может наблюдаться при
*циррозе печени
хроническом гепатите
метастатическом раке печени
хроническом панкреатите

49. Укажите наиболее частое место формирования тромбов, служащих причиной тромбомболии легочной артерии
*система нижней полой вены (глубокие вены нижних конечностей и таза)
система верхней полой вены
правое предсердие
левое предсердие

50. К какой из перечисленных категорий следует отнести пациента, который во время теста 6-минутной ходьбы проходит расстояние, равное 350 м
*II функциональный класс NYHA
I функциональный класс NYHA
III функциональный класс NYHA
IV функциональный класс NYHA

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

метилдопа

52. Тромболизис при остром инфаркте миокарда эффективен в первые
*6 часов
14 часов
16 часов
только в первые 2 часа

53. Улучшить отдаленный прогноз у больных, перенесших крупноочаговый инфаркт миокарда, позволяют
*β-блокаторы
непрямые антикоагулянты
нитраты
антибиотики

54. Выберите метод исследования, имеющий решающее значение в дифференциальной диагностике миокардита и ИБС
*коронарография
электрокардиография
эхокардиография
внутрисердечное электрофизиологическое исследование

55. Лабораторным показателем, позволяющим предположить наличие нефротического синдрома, является
*величина протеинурии и уровень холестерина сыворотки
уровень креатинина крови
величина клубочковой фильтрации
уровень гемоглобина крови

56. Суточная протеинурия более 3,5 г, наличие белка Бенс-Джонса, гиперпротеинемия характерны для
*множетсвенной миеломы
нефротического синдрома
макроглобулинемии Вальденстрема
доброкачественной моноклональной гаммапатии

57. Увеличение лимфатических узлов, увеличение селезенки и лейкоцитоз с лимфоцитозом характерны для
*хронического лимфолейкоза
хронического миелолейкоза
лимфогранулематоза
острого лимфобластного лейкоза

58. Критерием полной клинико-гематологической ремиссии при остром лейкозе является количество бластов в стернальном пунктате менее
*5%
1%
7%
10%

59. Для железодефицитной анемии характерны
*гипохромия, микроцитоз, повышение железосвязывающей способности сыворотки
гипохромия, микроцитоз, понижение железосвязывающей способности сыворотки

гипохромия, микроцитоз, сидеробласты в стернальном пунктате
микроцитоз, мишеневидные эритроциты

60. Появление в моче белка Бенс-Джонса характерно для
*миеломной нефропатии
волчаночного нефрита
дисметаболической нефропатии
лекарственнной нефропатии

61. Рентгенологическими признаками ревматоидного артрита являются
*эрозии суставной поверхности
остеофитоз
межпозвоночные оссификаты
односторонний сакроилеит

62. Патогенетическая терапия уремической анемии включает назначение
*препаратов эритропоэтина
внутривенных препаратов железа
фолиевой кислоты
цианокобаламина

63. Клиническим признаком, характерным для больных с синдромом бронхиальной обструкции, является
*нарушение выдоха
акроцианоз
нарушение вдоха
гипертермия

64. Наиболее вероятным диагнозом у женщины 35 лет, принимающей оральные контрацептивы более года и жалобами на одышку, субфебрильную температуру, мокроту при кашле с прожилками крови и боль в левой половине грудной клетки является
*тромбоэмболия легочной артерии
спонтанный пневмоторакс
острый коронарный синдром
бронхоэктатическая болезнь

65. У больного движения грудной клетки симметричны, коробочный звук при перкуссии, ослабленное везикулярное дыхание с удлиненным выдохом. Наиболее вероятный диагноз
*эмфизема легких
плеврит
гидропневмоторакс
пневмония

66. Признаками нестабильной стенокардии являются
*изменение длительности и интенсивности болевых приступов
диффузный цианоз
снижение АД без гипотензивной терапии
появление патологического зубца Q на ЭКГ

67. Противопоказанием для назначения дезагрегантов является
*неконтролируемая АГ

стенокардия напряжения
нестабильная стенокардия
острый инфаркт миокарда

68. Основным рентгенологическим признаком пневмонии является
*легочный инфильтрат
ателектаз
повышенная воздушность легких
ячеистость легочного рисунка

69. У взрослых самой частой причиной стеноза привратника является
*язвенная болезнь
рак желудка
гипертрофия мышц привратника
пролапс слизистой оболочки через пилорический канал

70. Достоверным клиническим признаком стеноза привратника является
*рвота съеденной накануне пищей
рвота желчью
вздутие живота
диарея

71. Наиболее частой причиной смерти больных с нефротическим синдромом и сохранной функцией почек являются
*тромбозы и эмболии
гиповолемический шок
стероидный сахарный диабет
лекарственная иммуносупрессия

72. Жалобы на слабость и боли в позвоночнике, гемоглобин крови 65 г/л, протеинурия 22 г в сутки, уровень альбумина сыворотки 43 г/л и креатинин крови 280 мкмоль/л наиболее характерны для
*множественной миеломы
ХГН в стадии уремии
вторичного амилоидоза с поражением почек
хронического пиелонефрита

73. Этиологическим фактором неосложненных инфекций мочевых путей чаще всего является
*кишечная палочка
сапрофитные стафилококки
синегнойная палочка
протей

74. Хроническая болезнь почек 5 стадии фиксируется при скорости клубочковой фильтрации
*менее 15 мл/мин
89-60 мл/мин
59-30 мл/мин
29-15 мл/мин

75. Протеинурия Бенс-Джонса характерна для
*множественной миеломы

хронического гломерулонефрита, нефротической формы
быстропрогрессирующего гломерулонефрита
гипернефромы

76. Главной причиной смерти больных, находящихся на лечении гемодиализом, является
*сердечно-сосудистое заболевание
острый вирусный гепатит
бактериальная пневмония
диализный амилоидоз

77. Сочетание раннего вовлечения в процесс плюснефалангового сустава большого пальца стопы, в период обострения резкое покраснение, дефигурация суставов, подъем температуры, нефропатия, приступы почечной колики, подкожные узелки на ушных раковинах и локтях характерны для
*подагры
ревматоидного артрита
ревматического полиартрита
деформирующего остеоартроза

78. Тофусы представляют собой
*отложение в тканях уратов
отложение в тканях холестерина
остеофиты
уплотнение подкожной клетчатки

79. К частым клиническим симптомам анемии независимо от генеза относятся
*одышка, бледность
кровоточивость, боли в костях
увеличение селезенки, лимфатических узлов
неврологические нарушения

80. Сочетание анемии и артериальной гипертонии наблюдается при
*хронической почечной недостаточности
синдроме Иценко-Кушинга
акромегалии
В12-дефицитной анемии

81. При впервые выявленной артериальной гипертензии 150/110 мм рт. ст. и обнаружении в общем анализе мочи протеинурия 0,8 г/л в план обследования необходимо включить
*суточную протеинурию и исследование креатинина крови
велоэргометрию
исследование ванилилминдальной кислоты в моче
определение гормонов щитовидной железы

82. Дальнейшей тактикой лечения инфекционного эндокардита после нормализации температуры тела, но при нарастании явлений выраженной сердечной недостаточности является
*направление на хирургическое лечение
смена антибиотика
процедура плазмафереза
увеличение дозы диуретиков и добавление бетаблокаторов

83. «Большими» диагностическими DUKE-критериями инфекционного эндокардита являются
*вегетации/деструкции клапанов сердца и положительная гемокультура
порок сердца и гломерулонефрит
внутривенное употребление наркотиков и фебрильная лихорадка
фебрильная лихорадка и порок сердца

84. Цитолитический синдром при хронических гепатитах является основным показателем
*активности патологического процесса
мезенхимального воспаления
печеночно-клеточной недостаточности
портопеченочной недостаточности

85. Основное отличие бронхиальной астмы от хобл состоит в
*обратимости бронхиальной обструкции
ответной реакции на лечение ингаляционными глюкокортикостероидами
выраженности бронхообструктивных нарушений
ответной реакции на лечение пролонгированными холинолитиками

86. Для заднедиафрагмальной локализации острого трансмурального инфаркта миокарда наиболее типично появление изменений в следующих отведениях на ЭКГ
*II, III, aVF
I, II, aVL
I, V5 и V6
AVL, с V1 по V4

87. При возникновении острого приступа боли в эпигастральной области и за грудиной у мужчин среднего возраста обследование следует начинать с
*ЭКГ
зондирования желудка
рентгеноскопии желудочно-кишечного тракта
гастродуоденоскопии

88. Наиболее верной тактикой при остром переднем трансмуральном инфаркте миокарда, осложнившемся развитием полной атриовентркулярной блокады с частотой желудочковго ритма 24 в минуту, является
*установка эндокардиального электрода и проведение временной кардиостимуляции
введение адреномиметиков
введение атропина
введение лазикса

89. Правильный ритм желудочков с ЧСС 40 в мин., правильный ритм предсердий с ЧСС 88 в мин, ритм желудочков независим от ритма предсердий, являются признаками
*атриовентрикулярной блокады III степени
атриовентрикулярной блокады I степени
атриовентрикулярной блокады II степени типа Мобитц I
атриовентрикулярной блокады II степени типа Мобитц II

90. Синдромом, отличающим цирроз печени от хронического гепатита, является
*портальная гипертензия
гепатомегалия
внепеченочные знаки
цитолитический синдром

91. Показанием к назначению антибактериальной терапии ХОБЛ является
*лихорадка и гнойная мокрота
усиление одышки
увеличение количества сухих хрипов при аускультации
лимфоцитоз мокроты

92. В лечении пациента с пневмонией два антибиотика необходимы в случае
*тяжелого течения пневмонии
невозможности обеспечить достаточную кратность введения одного из препаратов
затяжного течения пневмонии
сочетания бактериальной и вирусной инфекции

93. Основным диагностическим критерием дыхательной недостаточности является снижение
*сатурации кислорода
сатурации углекислого газа
пиковой скорости выдоха
гемоглобина

94. Для определения сердечно-сосудистого риска для первичной профилактики согласно рекомендациям европейского общества кардиологов, используется индекс
*SCORE
Фраменгемский
AHA/ACC
NYHA

95. Пациенты с сахарным диабетом и диабетической нефропатией в отсутствие известных сердечно-сосудистых заболеваний относятся к группе_____ риска
*очень высокого
высокого
умеренного
низкого

96. Препаратами выбора при лечении артериальной гипертензии при бессимптомном атеросклерозе каротидных артерий являются
*ингибиторы АПФ
диуретики
бета-адреноблокаторы
альфа-адреноблокаторы

97. Препаратами выбора при терапии изолированной систолической артериальной гипертензии пожилых являются
*диуретики и антагонисты кальция
ингибиторы АПФ и бета-адреноблокаторы
антагонисты рецепторов ангиотензина 2 и препараты центрального действия
бета-адреноблокаторы и препараты центрального действия

98. Для контроля синтеза мочевой кислоты при подагре используют
*аллопуринол
диклофенак
гидрохлортиазид
цистон

99. При неосложненном гипертоническом кризе для неотложной терапии рекомендуется ингибитор ангиотензин-превращающего фермента
*каптоприл
периндоприл
фозиноприл

лизиноприл

100. Критерием госпитализации больного с пневмонией является

*нестабильная гемодинамика

выявленный лейкоцитоз более 10 Г/л

верхнедолевая локализация поражения

фебрильная лихорадка в течение 3 дней

Критерии оценивания

«Отлично» - более 80% правильных ответов на тестовые задания каждого уровня

«Хорошо» - 70-79% правильных ответов на тестовые задания каждого уровня

«Удовлетворительно» - 55-69% правильных ответов на тестовые задания каждого уровня

«Неудовлетворительно» - менее 55% правильных ответов на тестовые задания каждого уровня

3.3. Ситуационные задачи по дисциплине Б1.О.31 Факультетская терапия

Ситуационная задача 1.

Вид	**Код**	**Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст элемента ситуационной задачи**
С	31.05.01	Лечебное дело
К	ПК-3	Способность и готовность к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патологоанатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания
К	ПК-4	Способность и готовность к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем
Ф	А/02.7	Трудовая функция: проведение обследования пациента с целью установления диагноза. Трудовые действия: формулирование предварительного диагноза и составление плана лабораторных и инструментальных обследований пациента; анализировать полученные результаты обследования пациента, при необходимости обосновывать и планировать объем дополнительных исследований
И		**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
У		Больная Н., 65 лет. Жалобы на одышку при ходьбе и подъеме на 2 этаж, сердцебиение, общую слабость, плохой аппетит, чувство онемения в конечностях, шаткую походку. Считает себя больной около 6 месяцев, в анамнезе атрофический гастрит. Объективно: бледность кожных покровов и слизистых, с желтушным оттенком, иктеричность склер. Тоны сердца приглушены, дующий систолический шум на верхушке. Пульс 88 в минуту. АД 140 и 80 мм рт. ст. Язык малиновый со сглаженными сосочками, печень у края реберной дуги. При неврологическом исследовании выявлено нарушение глубокой чувствительности в дистальных отделах конечностей. Анализ крови: гемоглобин 73 г/л, эритроциты 2,03 Т/л, тромбоциты 45 Г/л, лейкоциты 4,7 Г/л, лейкоцитарная формула: палочкоядерные нейтрофилы 6%, сегментоядерные нейтрофилы 68%, лимфоциты 22%, моноциты 4%, СОЭ 31 мм в час, эритроцитарные индексы: MCV 112 fl, MCH 38 пг/эр, MCHC 41 г/дл. Железо сыворотки 25,8 мкмоль/л, билирубин общий 25 мкмоль/л. В мазке крови: макроцитоз, анизоцитоз, пойкилоцитоз, полисегментация ядер нейтрофилов, тельца Жолли.

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 В12 объясняется 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 исследования можно 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 компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст элемента ситуационной задачи**
С	31.05.01	Лечебное дело
К	ПК-3	Способность и готовность к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патологоанатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания
К	ПК-4	Способность и готовность к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем
Ф	А/02.7	Трудовая функция: проведение обследования пациента с целью установления диагноза. Трудовые действия: формулирование предварительного диагноза и составление плана лабораторных и инструментальных обследований пациента; проведение дифференциальной диагностики с другими заболеваниями / состояниями, в том числе неотложными
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	неудовлетвори тельно	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, неконьюгированная гипербилирубинемия, 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/удовле творительно	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	неудовлетвори тельно	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/удовле творительно	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	неудовлетвори тельно	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	31.05.01	Лечебное дело
К	ПК-3	Способность и готовность к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патологоанатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания
К	ПК-4	Способность и готовность к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем
Ф	А/02.7	Трудовая функция: проведение обследования пациента с целью установления диагноза. Трудовые действия: формулирование предварительного диагноза и составление плана лабораторных и инструментальных обследований пациента; проведение дифференциальной диагностики с другими заболеваниями / состояниями, в том числе неотложными
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, лейкоциты 2-4 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 наличию у 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	неудовлетвори тельно	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/удовле творительно	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	неудовлетвори тельно	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/удовле творительно	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 и профиброгенных 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 компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст элемента ситуационной задачи**
С	31.05.01	Лечебное дело
К	ПК-3	Способность и готовность к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патологоанатомических и иных исследований в целях распознавания

		состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания
К	ПК-4	Способность и готовность к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем
Ф	А/02.7	Трудовая функция: проведение обследования пациента с целью установления диагноза. Трудовые действия: формулирование предварительного диагноза и составление плана лабораторных и инструментальных обследований пациента; проведение дифференциальной диагностики с другими заболеваниями / состояниями, в том числе неотложными
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	Определение уровня амилазы в крови и моче, копрологическое исследование, определение уровня эластазы-1 в кале, рентгенография

	удовлетворительно	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.
Р2	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
Р1	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.
Р0	неудовлетворительно	Нет ответа
О	Итоговая оценка	
А	Ф.И.О. автора-составителя	

3.4. Оценка практических навыков по дисциплине Б1.О.31 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 экзамена

Оценка **«*отлично*»** выставляется обучающемуся, если он владеет знаниями предмета в полном объеме учебной программы, достаточно глубоко осмысливает дисциплину; самостоятельно, в логической последовательности и исчерпывающе отвечает на все вопросы, подчеркивает при этом самое существенное, умеет анализировать, сравнивать, классифицировать, обобщать, конкретизировать и систематизировать изученный материал, выделять в нем главное: устанавливать причинно-следственные связи; четко формирует ответы.

Оценка **«*хорошо*»** выставляется обучающемуся, если он владеет знаниями дисциплины почти в полном объеме программы (имеются пробелы знаний только в некоторых, особенно сложных разделах); самостоятельно и отчасти при наводящих вопросах дает полноценные ответы на вопросы; не всегда выделяет наиболее существенное, не допускает вместе с тем серьезных ошибок в ответах.

Оценка **«*удовлетворительно*»** выставляется обучающемуся, если он владеет основным объемом знаний по дисциплине; проявляет затруднения в самостоятельных ответах, оперирует неточными формулировками; в процессе ответов допускает ошибки по существу вопросов.

Оценка **«*неудовлетворительно*»** выставляется обучающемуся, если он не освоил обязательного минимума знаний предмета, не способен ответить на вопросы даже при дополнительных наводящих вопросах экзаменатора.