Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Шуматов Валентин Борисович
Должность: Ректор
Дата подписания: 14.05.2024 12:26:03
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_» _6-июня_ 2023 г.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

Дисциплины Б1.О.51 Доказательная медицина в амбулаторной практике
Индекс, наименование

основной образовательной программы
высшего образования

Направление подготовки (специальность)	**31.05.01 Лечебное дело** (код, наименование)
Уровень подготовки	специалитет (специалитет/магистратура)
Направленность подготовки	02 Здравоохранение (в сфере оказания первичной медико-санитарной помощи населению в медицинских организациях: поликлиниках, амбулаториях, стационарно-поликлинических учреждениях муниципальной системы здравоохранения и лечебно-профилактических учреждениях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь населению)
Форма обучения	**очная** (очная, очно-заочная)
Срок освоения ООП	**6 лет** (нормативный срок обучения)
Институт	**Терапии и инструментальной диагностики**

Владивосток – 2023

1. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

1.1. **Фонд оценочных средств** регламентирует формы, содержание, виды оценочных средств для текущего контроля, промежуточной аттестации и итоговой (государственной итоговой) аттестации, критерии оценивания дифференцированно по каждому виду оценочных средств.

1.3. Фонд оценочных средств определяет уровень формирования у обучающихся установленных в ФГОС ВО и определенных в основной образовательной программе высшего образования по направлению подготовки/специальности 31.05.01 Лечебное дело, направленности 02 Здравоохранение (в сфере оказания первичной медико-санитарной помощи населению в медицинских организациях: поликлиниках, амбулаториях, стационарно-поликлинических учреждениях муниципальной системы здравоохранения и лечебно-профилактических учреждениях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь населению) **общепрофессиональных (ОПК) компетенций**

Индикаторы достижения установленных общепрофессиональных компетенций

Наименование категории (группы) общепрофессиональных компетенций	**Код и наименование общепрофессиональной компетенции выпускника**	**Индикаторы достижения общепрофессиональной компетенции**
Менеджмент качества	ОПК-9. Способен реализовывать принципы менеджмента качества в профессиональной деятельности	ИДК.ОПК-9_2- использует основные принципы менеджмента качества при решении задач профессиональной деятельности
Информационная грамотность	ОПК-10. Способен понимать принципы работы современных информационных технологий и использовать их для решения задач профессиональной деятельности	ИДК.ОПК-10_1- понимает принципы, осуществляет поиск и обмен информации с использованием профессиональных информационно-коммуникационных технологий ИДК.ОПК-10_2- знает способы решения профессиональных задач с использованием информационных технологий и использует их в профессиональной деятельности ИДК.ОПК-10_3- знает требования информационной безопасности и соблюдает их при решении задач профессиональной деятельности

2. ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

2.1. Виды контроля и аттестации, формы оценочных средств

№ п/п	**Виды контроля**	**Оценочные средства***
		Форма
1	**Текущий контроль****	**Тесты**
		Ситуационные задачи

2	**Промежуточная аттестация****	**Тесты**

***Из набора видов оценочных средств оставить нужное**

****При идентичности оценочных средств для текущего контроля и промежуточной аттестации возможно оформление одним Приложением или одной ссылкой**

3. Содержание оценочных средств текущего контроля

Текущий контроль осуществляется преподавателем дисциплины при проведении занятий в форме: тестирования, решения ситуационных задач

Оценочные средства для текущего контроля в форме: тестирования.

1. Снижение альбуминов крови при циррозе печени является следствием
1. нарушения всасывания белков из кишечника
2. *нарушения синтетической функции печени
3. портальной гипертензии
4. гиперспленизма

2. При назначении диеты пациентам циррозом печени с нарастающей печеночной энцефалопатией следует ограничить прием
1. жиры
2. *белки
3. углеводы
4. жидкость

3. Пациент с циррозом печени класса А по Чайлд в исходе хронического гепатита С после успешного противовирусного лечения с устойчивым вирусологическим ответом более года нуждается в диспансерном наблюдении для контроля за возможностью
1. прогрессирования цирроза печени
2. в связи с сохранением латентной инфекции
3. развития гепатит индуцированного гломерулонефрита
4. *развития гепатоцеллюлярного рака

4. Рекомендуется проводить лечебно-диагностическую пункцию синовиальной сумки сустава пациентам с псориатическим артритом с острым артритом коленного или 1-го плюсне-фалангового сустава для уточнения диагноза
1. УУР С, УДД 5
2. *****УУР С, УДД 4
3. УУР А, УДД 2
4. УУР В, УДД 2

5. Рекомендуется магнитно-резонансная томография позвоночника с целью диагностики псориатического артрита и для оценки степени повреждения суставов
1. *только пациентам с наличием боли в соответствующем отделе (УУР С, УДД 5)
2. всем пациентам без учета болевого синдрома (УУР С, УДД 5)
3. всем пациентам старше 45 лет (УУР В, УДД 3)
4. только пациентам, имеющие подтвержденные рентгенологические данные в соответствующем отделе (УУР С, УДД 5)

6. Самым часто встречающимся новообразованием печени является
1. *гепатоцеллюлярный рак

2. лимфома
3. гемангиома
4. холангиокарцинома

7. В качестве основной цели гиполипидемической терапии рассматривается такой показатель, как
1. уровень общего холестерина
2. *уровень холестерина ЛПНП
3. уровень холестерина ЛПВП
4. уровень триглицеридов

8. Целевой уровень холестерина-ЛПНП для пациентов очень высокого риска развития сердечно-сосудистых событий составляет
1. менее 2,6 ммоль/л
2. менее 1,8 ммоль/л
3. *менее 1,4 ммоль/л
4. менее 3,0 ммоль/л

9. Целевой уровень холестерина-ЛПНП для пациентов низкого риска развития сердечно-сосудистых событий составляет
1. менее 1,0 ммоль/л
2. менее 1,8 ммоль/л
3. менее 2,6 ммоль/л
4. *менее 3,0 ммоль/л

10. К гиполипидемическим средствам, улучшающим прогноз при ИБС относят
1. фибраты
2. *статины
3. никотиновая кислота
4. эзитимиб

11. Целевой уровень холестерина-ЛПНП для пациентов умеренного риска развития сердечно-сосудистых событий составляет
1. менее 1,4 ммоль/л
2. менее 1,8 ммоль/л
3. *менее 2,6 ммоль/л
4. менее 3,0 ммоль/л

12. У пациентов с подтвержденным сердечно-сосудистым заболеванием атеросклеротического генеза и перенесших повторное сосудистое событие в течение 2 лет (в любом сосудистом бассейне), несмотря на прием максимально переносимой дозы статинов, рекомендован целевой уровень холестерина ЛПНП
1. *менее 1,0 ммоль/л
2. менее 1,4 ммоль/л
3. менее 1,8 ммоль/л
4. менее 2,6 ммоль/л

13. Женщинам, принимающим статины по поводу семейной гиперхолестеринемии, в случае беременности необходимо
1. *прекратить приём статинов
2. продолжать прием статинов
3. продолжать прием статинов, но регулярно контролировать АСТ, АЛТ
4. продолжать прием статинов, однако изменить дозировку препаратов

14. Пациентам, не достигшим целевой уровень холестерина ЛПНП на фоне максимально переносимых доз статинов, следует
1. рассмотреть возможность перевода на монотерапию эзетимибом
2. *рассмотреть возможность комбинированной терапии, в т.ч. статин с эзетимибом (предпочтительно в одной таблетке или капсуле)
3. рассмотреть возможность перевода на другой статин в максимальной доз
4. рассмотреть возможность перевода на инклисиран

15. Пациентам любой категории риска рекомендован целевой уровень триглицеридов
1. *менее 1,7 ммоль/л
2. менее 2,3 ммоль/л
3. менее 1,4 ммоль/л
4. менее 3,0 ммоль/л

16. Пациентам с уровнем триглицеридов более 2,3 ммоль/л и уже получающим терапию статинами рекомендовано
1. *перевести на монотерапию эзетимибом
2. добавить фенофибрат
3. рассмотреть возможность перевода на другой статин в максимальной доз
4. рассмотреть возможность перевода на инклисиран

17. Для этиотропной терапии гриппа назначают
1. *осельтамивир
2. антигриппин
3. парацетамол
4. санорин

18. Этиотропная терапия гриппа проводится препаратами
1. *противовирусными
2. антибактериальными
3. иммуносупрессорными
4. противовоспалительными

19. Тотальным воспалением всех околоносовых пазух называют
1.* пансинусит
2. обострение хронического синусита
3. сфеноидит
4. острый синусит

20. Для гриппа характерно сочетание
1. *высокой температуры тела, головной боли, миалгии, трахеита, непродуктивного насморка
2. субфебрильной температуры тела, ларингита, ринита
3. высокой температуры тела, увеличения миндалин, лимфатических узлов, фарингита
4. высокой температуры тела, конъюнктивита, фарингита

21. Синдром трахеита преимущественно характерен для
1. гриппа
2. *парагриппа
3. риновирусной инфекции
4. аденовирусной инфекции

22. Осложнение «ложный круп» характерно для
1. *парагриппа

2. риновирусной инфекции
3. аденовирусной инфекции
4. гриппа

23. Наиболее эффективным способом профилактики гриппа является
1. *введение гриппозных вакцин
2. закаливание организма
3. приѐм больших доз аскорбиновой кислоты
4. приѐм поливитаминных препаратов

24. К методам специфической профилактики гриппа относится
1. *вакцинация
2. закаливание организма
3. применение амантадина
4. применение лейкоцитарного интеферона

25. Вакцинопрофилактика проводится при
1. *гриппе
2. аденовирусной инфекции
3. парагриппе
4. РС-вирусной инфекции

26. Характерными признаками синусита являются
1. *затруднение носового дыхания, насморк, лицевые боли и снижение обоняния
2. припухлость щеки, боли и увеличение лимфатических узлов шеи
3. затрудненное болезненное дыхание через нос, кашель и чихание
4. отсутствие носового дыхания, выделения из носа гнойно-кровянистые с запахом

27. Лечение пациента, у которого во время насморка заболело ухо, должно включать
1.* деконгестанты в нос и обезболивающие капли в ухо
2. антибиотики в ухо и внутрь
3. парацентез и антибиотики внутрь
4. антибиотики и обезболивающие препараты внутрь

28. Лечение при выраженной заложенности носа на фоне острого ринита должно включать
1. *гипертонические солевые растворы или деконгестанты в виде капель нос
2. прогревание пазух носа и луковый сок в нос
3. антибиотики или антисептики в виде капель в нос
4. промывание носа солевым раствором из шприца или груши

29. Амбулаторное лечение человека с острым гнойным риносинуситом может включать
1. *антибиотики внутрь, солевые растворы или деконгестанты в нос
2. физиолечение, иглорефлексотерапию и массаж
3. пункцию верхнечелюстных пазух с введением антисептиков
4. гормональные препараты и антисептики в нос

30. Больного с ангиной при необходимости госпитализируют в отделение
1.* инфекционное
2. оториноларингологическое
3. терапевтическое
4. хирургическое

31. Рекомендуется определение антигена HLA-B27 пациентам с псориатическим артритом с признаками спондилита
1. *УУР А, УДД 2
2. УУР В, УДД 2
3. УУР С, УДД 3
4. УУР В, УДД 4

32. Согласно клиническим рекомендациям пациентам с подозрением или с впервые установленным диагнозом В12-дефицитной анемии рекомендуется проведение осмотра
1. кардиолога
2.* невролога
3. гастроэнтеролога
4. эндокринолога

33. Согласно клиническим рекомендациям характерными биохимическими показателями В12-дефицитной анемии являются
1. *высокая активность ЛДГ
2. *низкий уровень витамина В12 в крови (менее 140 пг/мл)
3. *нормальный уровень фолиевой кислоты в сыворотке крови
4. дефицит фолиевой кислоты

34. Рекомендуется исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови для оценки активности псориатического артрита
1. *всем пациентам (УУР С; УДД 5)
2. только пациентам, у которых выявлено повышенная СОЭ (УУР С; УДД 5)
3. только пациентам, у которых выявлена анемия (УУР С; УДД 5)
4. пациентам, пожилого и старческого возраста (УУР С; УДД 5)

35. Согласно клиническим рекомендациям в соответствии с клиническими рекомендациями оптимальная доза железа для лечения ЖДА составляет
1. 60 мг в день
2. *120 мг в день
3. 100 мг в день
4. 145 мг в день

36. Согласно клиническим рекомендациям в соответствии с клиническими рекомендациями решающее значение в диагностике ЖДА имеет
1. физикальное обследование
2. *лабораторные исследования
3. инструментальные исследования
4. проведение пункции костного мозга

37. Согласно клиническим рекомендациям лабораторными критериями латентного железодефицита являются
1. *низкие показатели сывороточного железа и ферритина на фоне нормального уровня гемоглобина
2. низкие показатели сывороточного железа , ферритина на фоне низкого уровня гемоглобина
3. низкие показатели сывороточного железа и нормального уровня ферритина на фоне низкого уровня гемоглобина
4. нормальные показатели сывороточного железа и ферритина на фоне низкого уровня гемоглобина

38. Согласно клиническим рекомендациям при лечении витамином В12
1. ретикулоцитарный криз развивается через 2 недели лечения
2. ретикулоцитарный криз развивается через 12-24 часа от начала лечения
3. *ретикулоцитарный криз развивается на 5-7-й день от начала лечения
4. ретикулоцитарный криз развивается 2-4 дня после лечения

39. Для железодефицитной анемии характерно
1. гиперхромия, микроцитоз
2. гипохромия, макроцитоз, мишеневидные эритроциты
3. *гипохромия, микроцитоз, повышение железосвязывающей способности сыворотки
4. гипохромия, микроцитоз, понижение железосвязывающей способности сыворотки

40. После начала введения витамина цианкобаламина при В12-дефицитной анемии в крови наблюдается
1. бластный криз
2. лейкоцитарный криз
3. эритроцитарный криз
4. ретикулоцитарный криз

41. К какой форме относится ФП, купированная с помощью кардиоверсии (медикаментозной или электрической) в сроки до 48 часов от момента начала аритмии
1. *пароксизмальная
2. персистирующая
3. длительно персистирующая
4. постоянная

42. К какой форме относится ФП, длительностью более 7 суток, не способная к спонтанному прерыванию и требующая для своего устранения проведения кардиоверсии
1. пароксизмальная
2. *персистирующая
3. длительно персистирующая
4. постоянная

43. К какой форме относится ФП, продолжительностью более года в случае принятия решения о восстановлении синусового ритма с помощью кардиоверсии или катетерной аблации
1. пароксизмальная
2. персистирующая
3. *длительно персистирующая
4. постоянная

44. Рекомендуемая шкала оценки риска инсульта и тромбоэмболический осложнений у больных с любой формой ФП
1. шкала SCORE
2. шкала GRACE
3. шкала HASBLED
4. *шкала CHA2DS2-VASc

45. Шкала оценки риска кровотечений при ФП используется с целью
1. Принятия решений о назначении или отмене антикоагулянтной терапии
2. Принятия решений о назначении ацетилсалициловой кислоты и/или ингибиторов P2Y12

3. *Принятия решений о коррекции модифицируемых факторов риска кровотечений 4. Используется для принятия решений о продолжении или прекращении антикоагулянтной терапии только у пациентов, переживших кровотечение

46. Какие антиаритмические препараты не рекомендованы и противопоказаны пациентам при ФП с признаками структурного поражения сердца (при снижении фракции выброса левого желудочка менее 40%, при гипертрофии миокарда с толщиной стенок левого желудочка более 1,5 см по данным Эхо-КГ)
1. *антиаритмические препараты I класса
2. антиаритмические препараты II класса
3. антиаритмические препараты III класса
4. сердечные гликозиды (дигоксин)

47. Какая группа препаратов рекомендована в первую очередь у пациентов с ФП для длительного контроля частоты ритма желудочков
1. Недигидропиридиновые антагонисты кальция
2. *Бета-блокаторы
3. Антиаритмические препараты III класса
4. Сердечные гликозиды (дигоксин)

48.Укажите целевые значения ЧСС для контроля частоты ритма желудочков (стратегия «контроль частоты- мягкий контроль») у пациентов с ФП при отсутствии симптомов аритмии (когда пациент субъективно не ощущает аритмию)
1. не ниже 60 ударов в минуту
2. не ниже 80 ударов в минуту
3. не выше 100 ударов в минуту
4. *не выше 110 ударов в минуту

49. Укажите целевые значения ЧСС для контроля частоты ритма желудочков (стратегия «контроль частоты – жесткий контроль») у пациентов с ФП при наличии симптомов аритмии (когда пациент субъективно ощущает аритмию)
1. не ниже 60 ударов в минуту
2. *не выше 80 ударов в минуту
3. не ниже 100 ударов в минуту
4. не выше 110 ударов в минуту

50. Какие препараты рекомендованы пациентам ФП для профилактики инсультов и тромбоэмболических осложнений, если есть к ним показания
1. антиагреганты
2. *антикоагулянты
3. антигипертензивные препараты
4. антиаритмические препараты

51. В каких рекомендациях по нарушениям ритма и проводимости имеетсядоказательная база по уровню убедительности рекомендаций и достоверности оказательств оценивающая жалобы пациентов
1. Наджелудочковые тахикардии
2. *Желудочковые нарушения ритма. Желудочковые тахикардии и внезапная сердечная смерть.
3. Брадиаритмии и нарушения проводимости
4. Экстрасистолия

52. К необратимым факторам риска о**граничения воздушного потока и легочной гиперинфляции при ХОБЛ относится**

1. *Потеря эластичной тяги легких вследствие альвеолярной деструкции
2. Накопление воспалительных клеток, слизи и экссудата плазмы в бронхах
3. Сокращение гладкой мускулатуры бронхов
4. Динамическая гиперинфляция (т.е. повышенная воздушность легких) при физической нагрузке

53. К обратимым факторам риска ограничения воздушного потока и легочной гиперинфляции при ХОБЛ относится
1. *Накопление воспалительных клеток, слизи и экссудата плазмы в бронхах
2. Потеря альвеолярной поддержки просвета малых дыхательных путей
3. Фиброз и сужение просвета дыхательных путей
4. Потеря эластичной тяги легких вследствие альвеолярной деструкции

54. Желудочковые нарушения ритма рекомендуется рассматривать в качестве одной из вероятных причин синкопальных состояний у пациентов
1. *со структурным заболеванием сердца, особенно у пациентов, перенесших острый инфаркт миокарда, со сниженной фракцией выброса левого желудочка **ЕОК IC (УУР С, УДД 5)**
2. без структурного заболевания сердца **ЕОК IC (УУР С, УДД 5)**
3. со структурным заболеванием сердца, особенно у пациентов, перенесших острый инфаркт миокарда, с промежуточной фракцией выброса левого желудочка **ЕОК IC (УУР С, УДД 5).**
4. со структурным заболеванием сердца, особенно у пациентов, перенесших острый инфаркт миокарда, с сохранной фракцией выброса левого желудочка **ЕОК IC (УУР С, УДД 5).**

55. У пациентов, у которых предполагается или имеется желудочковые тахикардии, рекомендовано:
1. проведение биопсии миокарда **ЕОК IC (УУР С, УДД 5)**
2. *сбор семейного анамнеза, нацеленный на выявление случаев внезапных и необъяснимых смертей среди родственников I-II степеней родства в молодом возрасте **ЕОК IC (УУР С, УДД 5)**
3. сбор анамнеза жизни всех родственников, нацеленный на выявление случаев внезапных и необъяснимых смертей среди них в молодом возрасте **ЕОК IC (УУР С, УДД 5)**
4. сбор семейного анамнеза, нацеленный на выявление случаев внезапных и необъяснимых смертей среди родственников I-II степеней родства в среднем и пожилом возрасте **ЕОК IC (УУР С, УДД 5)**

56. При физикальном обследование пациентов с нарушениям ритма и проводимости имеется доказательная база по уровню убедительности рекомендаций и достоверности доказательств в рекомендациях
1. Наджелудочковые тахикардии
2. *Желудочковые нарушения ритма. Желудочковые тахикардии и внезапная сердечная смерть.
3. *Брадиаритмии и нарушения проводимости
4. Экстрасистолия

57. К препаратам, назначаемым в качестве базисной терапии в обязательном порядке для лечения стабильной ХОБЛ, относятся
1.* ингаляционные длительнодействующие бронходилятаторы
2. ингаляционные короткодействующие бронходялятаторы
3. пролонгированные теофилины
4. ингибиторы фосфодиэстеразы-4

58. Выполнение ЭКГ в 12-ти отведениях по клиническим рекомендациям «Брадиаритмии и нарушения проводимости» имеет уровень убедительности рекомендаций и достоверности доказательств
1. ЕОК IA (УУР А, УДД 1)
2. ЕОК нет (УУР С, УДД 4)
3. *ЕОК нет (УУР А, УДД 3)
4. ЕОК IC (УУР С, УДД 4)

59. Назначение N-ацетилцистеина и карбоцистеина рекомендуется больным ХОБЛ при
1. *бронхитическом фенотипе и частых обострениях, особенно если не проводится терапия ИГКС
2. эмфизематозном фенотипе и частых обострениях
3. каждому пациенту при наличии кашля
4. только при наличии гнойной мокроты

60. Критерием эозинофилии крови при ХОБЛ является содержание эозинофилов в крови (вне обострения)
1. *> 300 клеток в 1 мкл
2.< 300 клеток в 1 мкл
3. > 200 клеток в 1 мкл
4. > 150 клеток в 1 мкл

61. Большинству пациентам с ХОБЛ рекомендуется проведение длительной кислородотерапии
1. *не менее 15 часов сутки с максимальными перерывами между сеансами, не превышающими 2-х часов подряд, с потоком кислорода 1-2 л/мин
2. не менее 5 часов сутки с максимальными перерывами между сеансами, не превышающими 30 мин подряд, с потоком кислорода 1-2 л/мин
3. не менее 10 часов сутки с максимальными перерывами между сеансами, не превышающими 60 минут подряд, с потоком кислорода 2-3 л/мин
4. не менее 20 часов сутки с максимальными перерывами между сеансами, не превышающими 2-х часов подряд, с потоком кислорода 3-5 л/мин

62. У пациентов с ХОБЛ при $ОФВ_1$ < 50% от должного, получающих тройную терапию, рекомендуется отмена ИГКС
1. *постепенная со ступенчатым уменьшением его дозы в течение 3 месяцев
2. одномоментная
3. постепенная со ступенчатым уменьшением его дозы в течение 6 месяцев
4. постепенная со ступенчатым уменьшением его дозы в течение года

63. Ключевым звеном терапии обострения ХОБЛ является
1. *назначение бронходилататоров
2. назначение антибиотиков
3. назначение ИГКС
4. назначение муколитиков

64. Согласно критериям оценки качества медицинской помощи пациенту с ХОБЛ необходимо провести пульсоксиметрию
1. *не позднее 30 мин от момента поступления в стационар
2. не позднее 60 мин от момента поступления в стационар
3. во время осмотра врачом в терапевтическом (пульмонологическом) отделении
4. не позднее 2-х часов от момента поступления в стационар

65. При бронхиальной астме противопоказаны:

1. *Неселективные β-адреноблокаторы
2. Антибиотики
3. Метилксантины
4. Симпатомиметики

66. Препаратом с комбинацией ингаляционного глюкокортикостероида и бета2-агониста является:
1. *Сальметерол+Флутиказон
2. Фенотерол+Ипратропия бромид
3. Олодатерол+Тиотропия бромид
3. Сальбутамол+Ипратропия бромид

67. Препаратом с возможным использованием в виде ингаляций через небулайзер является:
1. *Сальбутамол
2. Формотерол
3. Салметерол
4. Индакатерол

68. Для беременных с бронхиальной астмой противопоказаны:
1. *лекарственные средства, содержащие Йод
2. Кортикостероиды
3. Теофиллин
4. Холинолитики

69. При спирографии пациента 58 лет выявленные изменения (жел 50% от должной величины, ОФВ1 40% от должной величины, индекс тиффно 50%) соответствуют:
1. *Смешанному нарушению вентиляции
2. Рестриктивному типу нарушения
3. Бронхиальной обструкции
4. Варианту нормы

70. Базисными препаратами для лечения бронхиальной астмы являются:
1. *Ингаляционные глюкококотикостероиды
2. Антихолинэргические препараты
3. Муколитические препараты
4. Бета-2-агонисты

71. Продолжительность действия сальбутамола составляет (час):
1.* 4-6
2. 8-9
3. 10-12
4. 24-48

72. Препаратом моноклональных антител к Ig E является:
1. *Омализумаб
2. Фенспирид
3. Зафирлукаст
4. Монтелукаст

73. Блокатором лейкотриеновых рецепторов является:
1. *Монтелукаст
2. Фенспирид
3. Эбастин

4. Хлоропирамин

74. Выслушивание сухих свистящих хрипов над всей поверхностью легких характерно для синдрома:
1. *Нарушения бронхиальной проходимости
2. Повышения воздушности легочной ткани
3. Уплотнения легочной ткани
4. Полости в легком

75. Эквивалентом приступа удушья у больных бронхиальной астмой выступает:
1. *Пароксизмальный непродуктивный кашель
2. Постоянный непродуктивный кашель
3. Кашель с отделением обильной слизистой мокроты
4. Постоянная одышка

76. Для аспириновой триады характерно сочетание непереносимости аспирина и:
1. *Бронхиальной астмы, полипов носа
2. Тугоухости, полипов носа
3. Конъюнктивита, вазомоторного ринита
4. Саркоидоза легких, хронического отита

77. При бронхиальной астме в лейкоформуле мокроты характерно высокое содержание:
1. *Эозинофилов
2. Макрофагов
3. Лимфоцитов
4. Нейтрофильных лейкоцитов

78. Средством выбора для купирования симптомов бронхиальной астмы являются:
1. *β2-агонисты короткого действия
2. Антихолинэргические препараты
3. Ингаляционные глюкокортикостероиды
4. Системные глюкокортикостероиды

79. Оптимальным при бронхиальной астме является применение ингаляционных глюкокортикостероидов в комбинации с:
1. *Пролонгированными бронхолитиками
2. β2-агонистами короткого действия
3. Антихолинэргическими препаратами
4. Системными глюкокортикостероидами

80. При сочетании артериальной гипертонии с бронхиальной астмой для амбулаторного лечения пациентов противопоказан:
1. *Атенолол
2. Верапамил
3. Каптоприл
4. Празозин

Критерии оценивания

Шкала оценивания

«Отлично» - 90% и более правильных ответов на тестовые задания

«Хорошо» - 80-89% правильных ответов на тестовые задания

«Удовлетворительно» - 70-79% правильных ответов на тестовые задания

«Неудовлетворительно» - 69% и менее правильных ответов на тестовые задания

Оценочные средства для текущего контроля в форме: решения ситуационных задач.

Задача 1.

β-адреноблокаторы рекомендуются пациентам после перенесенного инфаркта миокарда и с наличием систолической дисфункции левого желудочка для снижения риска смерти и профилактики развития симптомов сердечной недостаточности

Задания. Выберите один правильный ответ

1. В каких клинических рекомендациях размещена данная рекомендация

1. *хроническая сердечная недостаточность.
2. ишемическая болезнь сердца
3. инфаркт миокарда
4. острый коронарный синдром

2. Каким поисковиком необходимо воспользоваться чтобы найти данную клиническую рекомендацию

1. *рубрикатор клинических рекомендаций минздрава
2. сайт российской академии наук
3. сайт российского научного медицинского общества терапевтов
4. любой общедоступный интернет-поисковик

3. На основании скольких исследований экспертами дана такая рекомендация:

1. *1
2. 2
3. 3
4. 4

4. Исследования каких дизайнов лежат в основе данной рекомендации?

1. Проспективное
2. Ретроспективное
3. *РКИ
4. Мета-анализ
5. Систематический обзор

5. Какие исследования необходимо провести для повышения уровня убедительности рекомендаций и достоверности доказательств?

1. Провести РКИ высокого методологического качества
2. Провести проспективные исследования высокого методологического качества
3.*Провести систематический обзор с включением РКИ высокого методологического качества
4. Провести систематический обзор с включением проспективных исследований высокого методологического качества

Задача 2.

При подагре не рекомендуется использовать высокие дозы колхицина, так как это почти всегда вызывает нежелательные реакции. Рекомендуется начинать с низких доз с последующим их титрованием по схеме: 1,5 мг в первый день (1 мг и через час ещё 0,5 мг и 1 мг со следующего дня), что может быть достаточно у большинства пациентов.

1. В каких клинических рекомендациях размещена данная рекомендация?

1. *Подагра
2. Хронический подагрический артрит
3. Гиперурикемия
4. Острый подагрический артрит

2. Каким поисковиком необходимо воспользоваться чтобы найти данную клиническую рекомендацию?

1. *Рубрикатор клинических рекомендаций Минздрава
2. Сайт российской академии наук
3. Сайт российского научного медицинского общества терапевтов

4. Любой общедоступный интернет-поисковик

3. На основании скольких исследований экспертами дана такая рекомендация:

1. *1
2. 2
3. 3
4. 4

4. Исследования каких дизайнов лежат в основе данной рекомендации?

1. Проспективное
2. Ретроспективное
3. *РКИ
4. Мета-анализ
5. Систематический обзор

5. Какие исследования в первую очередь необходимо провести для повышения уровня убедительности рекомендаций и достоверности доказательств?

1. Провести РКИ высокого методологического качества
2. Провести проспективные исследования высокого методологического качества
3.*Провести систематический обзор с включением РКИ высокого методологического качества
4. Провести систематический обзор с включением проспективных исследований высокого методологического качества

Задача 3.

Применение нестероидных противовоспалительных перепаратов и ингибиторов циклооксигеназы-2 не рекомендуется при хронической сердечной недостаточности, так как они провоцируют задержку натрия и жидкости, что повышает риск развития декомпенсации сердечной недостаточности.

1. В каких клинических рекомендациях размещена данная рекомендация?

1. *Хроническая сердечная недостаточность
2. Рациональная фармакотерапия
3. Применение НПВП в клинической практике
4. Подагра

2. Каким поисковиком необходимо воспользоваться чтобы найти данную клиническую рекомендацию?

1. *Рубрикатор клинических рекомендаций Минздрава
2. Сайт российской академии наук
3. Сайт российского научного медицинского общества терапевтов
4. Любой общедоступный интернет-поисковик

3. На основании скольких исследований экспертами дана такая рекомендация:

1. *1
2. 2
3. 3
4. 4
5. на основании мнения экспертов

4. Исследования каких дизайнов лежат в основе данной рекомендации?

1. Проспективное
2. *Когортное
3. РКИ
4. Мета-анализ
5. Систематический обзор
6. Несистематический обзор литературы

5. Какие исследования в первую очередь необходимо провести для повышения уровня убедительности рекомендаций и достоверности доказательств?

1. Провести РКИ высокого методологического качества
2. Провести проспективные исследования высокого методологического качества

3.Провести систематический обзор с включением РКИ высокого методологического качества
4. *Провести систематический обзор с включением проспективных когортных исследований высокого методологического качества

Задача 4.

Для лечения хронической обструктивной болезни лёгких рекомендуется использовать следующие длительнодействующие β2-агонисты: формотерол, салметерол, индакатерол.

1. В каких клинических рекомендациях размещена данная рекомендация?

1. *Хроническая обструктивная болезнь лёгких
2. Хронический обструктивный бронхит
3. Атеросклероз и дислипидемии
4. Рациональная фармакотерапия

2. Каким поисковиком необходимо воспользоваться чтобы найти данную клиническую рекомендацию?

1. *Рубрикатор клинических рекомендаций Минздрава
2. Сайт российской академии наук
3. Сайт российского научного медицинского общества терапевтов
4. Любой общедоступный интернет-поисковик

3. На основании скольких исследований экспертами дана такая рекомендация:

1. 1
2. 2
3. 3
4. *4
5. на основании мнения экспертов

4. Исследования каких дизайнов лежат в основе данной рекомендации? Дайте один или более правильных ответов.

1. Проспективное
2. Ретроспективное
3. *РКИ
4. *Мета-анализ
5. *Систематический обзор
6. Несистематический обзор литературы

5. Какие исследования в первую очередь необходимо провести для повышения уровня убедительности рекомендаций и достоверности доказательств?

1. Провести РКИ высокого методологического качества
2. Провести проспективные исследования высокого методологического качества
3. Провести систематический обзор с включением РКИ высокого методологического качества
4. *Провести сетевой метаанализ – метаанализ метаанализов.

Задача 5.

Больная Т., 68 лет, жалобы на слабость, утомляемость, головокружение, мелькание мушек перед глазами, одышку при ходьбе на небольшие расстояния. В связи с остеоартрозом коленных суставов регулярно принимает НПВС (диклофенак, индометацин). В течение последних 3 месяцев беспокоят эпизодические боли в эпигастрии, отрыжка воздухом, запоры. При осмотре: состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, сухие, шелушащиеся. Ногти с поперечной исчерченностью. Видимые слизистые бледные. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные. Частота сердечных сокращений – 96 уд/мин. АД – 130/80 мм рт.ст. Данные обследования: Hb – 83 г/л, эритроциты – 3,3 Т/л, ЦП – 0,74, гематокрит – 39,6%, MCV – 71 фл, MCH – 25 пг/эр, анизоцитоз, пойкилоцитоз. Железо сыворотки – 4,6 мкмоль/л, ОЖСС – 88,7 мкмоль/л. Общий анализ мочи и кала без особенностей. Реакция на скрытую кровь в кале положительная.

Вопросы к задаче:

1) Сформулируйте предварительный диагноз.

2) Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза. Подтвердить выдержкой из клин.рекомендаций с с обоснованием уровней убедительности рекомендаций
3) Что явилось причиной данного заболевания
4) Тактика лечения пациента с определением доз и пути введения препаратов. Подтвердить выдержкой из клин.рекомендаций с указанием уровеня убедительности рекомендаций
Уровень достоверности доказательств

Задача 6.

Мужчина, 66 лет, предъявляет жалобы на отрыжку воздухом, ощущение дискомфорта, чувства тяжести и «распирания» в эпигастральной области, возникающие после еды; слабость и недомогание, беспокоящие его около шести месяцев. Из анамнеза известно, что в течение нескольких лет страдает гастритом и аутоиммунным тиреоидитом, не лечится, никаких лекарственных средств не принимает. Алкоголем не злоупотребляет, профессиональные вредности и хронические интоксикации отрицает, питается полноценно. При осмотре: состояние удовлетворительное; наблюдается легкая иктеричность склер, бледность конъюнктивы, язык с отпечатками зубов и сглаженными сосочками, на коже спины и живота — очаговая депигментация. В лёгких хрипов нет, ЧД 16 в минуту. Тоны сердца сохранены, шумов нет, ЧСС — 68 в минуту, АД 130/75 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, селезёнка умеренно увеличена. В анализах крови: гемоглобин 67,5 г/л, Эр — 2,7 млн/мкл, ЦП — 1,2, MCV более 100 мкм\ лейкоциты — 7,0 тыс/мкл, лейкоцитарная формула не изменена, обнаружены нейтрофилы, ядра которых состоят из 6 долей; в биохимическом анализе крови — умеренное повышение общего билирубина за счет непрямой фракции, АСТ, АЛТ в норме, T_4 ниже нормы. Выраженная гастринемия. При ЭГДС — бледность и истонченность слизистой оболочки желудка. Заключение: атрофический гастрит.

1. Ваш предположительный диагноз:

1. макроцитарная немегалобластная анемия
2. фолиеводефицитная анемия
3. гемолитическая анемия
4. *B_{12}-дефицитная анемия

2. Фоновое состояние (заболевание)

1. *атрофический гастрит
2. аутоиммунный тиреоидит
3. витилиго
4. активный гепатит неуточненной этиологии
5. гиперспленизм

3. Согласно клиническим рекомендациям для подтверждения диагноза дообследование должно включать

1. *определение фолиевой кислоты
2. *АЛТ, АСТ, ЛДГ
3. *проведение прямой и непрямой пробы Кумбса
4. *мочевины, креатинина крови, общего белка, альбумина
   Подтвердить выдержкой из клин.рекомендаций с обоснованием уровней убедительности рекомендаций

4. При подтверждении диагноза пациенту показано

1. переливание эритроцитарной массы
2. *цианкобаламин
3. фолиевая кислота
4. глюкокортикоиды
5. *лечение фонового заболевания

5. Дальнейший прогноз пациента

1. периодическое переливание эритроцитарной массы
2. *поддерживающая терапия цианкобаламином
3. поддерживающая терапия фолиевой кислотой

4. поддерживающая терапия глюкокортикоидами
5. после излечения терапия не требуется

Задача 7.

Всем пациентам с хронической сердечной недостаточностью рекомендуется выполнение двенадцати канальной ЭКГ с оценкой сердечного ритма, частоты сердечных сокращений (ЧСС), морфологии и продолжительности QRS, наличия нарушений АВ и желудочковой проводимости (блокада левой ножки пучка Гиса (БЛНПГ), блокада правой ножки пучка Гиса (БПНПГ)), рубцового поражения миокарда, гипертрофии миокарда). Диагноз ХСН маловероятен при наличии абсолютно нормальной ЭКГ.

Задания. Выберите один правильный ответ

1. В каких клинических рекомендациях размещена данная рекомендация?

1. *Хроническая сердечная недостаточность.
2. Ишемическая болезнь сердца
3. ЭКГ-диагностика
4. Острый коронарный синдром

2. Каким поисковиком необходимо воспользоваться чтобы найти данную клиническую рекомендацию?

1. *Рубрикатор клинических рекомендаций Минздрава
2. Сайт российской академии наук
3. Сайт российского научного медицинского общества терапевтов
4. Любой общедоступный интернет-поисковик

3. На основании скольких исследований экспертами дана такая рекомендация:

1. 1
2. 2
3. *3
4. 4

4. Исследования каких дизайнов лежат в основе данной рекомендации?

1. Проспективное
2. Ретроспективное
3. РКИ
4. Мета-анализ
5. *Систематический обзор

5. Какие исследования необходимо провести для повышения уровня убедительности рекомендаций и достоверности доказательств?

1. Провести РКИ высокого методологического качества
2. Провести проспективные исследования высокого методологического качества
3. Провести систематический обзор с включением РКИ высокого методологического качества
4. *Провести систематический обзор с включением проспективных исследований высокого методологического качества

Задача 8.

Пациентка 46 лет в течение нескольких месяцев отмечает кожный зуд, пожелтение кожи, слабость. В возрасте 40 лет перенесла холецистэктомию по поводу ЖКБ. После перенесенной операции принимала в течение года УДХК, придерживалась рекомендациях по питанию. На д-учете не стоит, в поликлинику обращалась последний раз год назад по поводу ОРВИ, диспансеризацию не проходила. При осмотре объективно кожные покровы и склеры иктеричны, в области предплечий и голеней следы расчесов. По результатам лабораторного обследования повышение уровня общего билирубина, активности ЩФ и ГГТП. УЗИ ОБП: печень обычной формы, контуры ровные, четкие. КВР 150 мм. Паренхима неоднородная, гиперэхогенная. Ствол воротной вены 10 мм. Желчный пузырь не лоцируется. Толщина общего желчного протока 8 мм. Поджелудочная железа визуализируется удовлетворительно,

эхогенность средняя, контуры ровные, четкие. Селезенка не увеличена, паренхима однородная.
Вопросы:

1. Предположите диагноз. Обоснуйте свой выбор.
2. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику
3. Методы диагностики с акцентом на уровень и силу доказательности каждого предлагаемого в клинических рекомендациях метода диагностики
4. Тактика ведения пациентки, основанная на положения клинических рекомендаций

Задача 9.
Для устранения непосредственно приступа стабильной стенокардии (обезболивания) рекомендуется назначить органические нитраты короткого действия (нитроглицерин).
1. В каких клинических рекомендациях размещена данная рекомендация?
1. Хронические коронарные синдромы
2. Ишемическая болезнь сердца
3. *Стабильная ишемическая болезнь сердца
4. Стабильная стенокардия
2. Каким поисковиком необходимо воспользоваться чтобы найти данную клиническую рекомендацию?
1. *Рубрикатор клинических рекомендаций Минздрава
2. Сайт российской академии наук
3. Сайт российского научного медицинского общества терапевтов
4. Любой общедоступный интернет-поисковик
3. На основании скольких исследований экспертами дана такая рекомендация:
1. 1
2. 2
3. 3
4. 4
5. *на имеющихся клинических рекомендаций
4. Исследования каких дизайнов лежат в основе данной рекомендации?
1. Проспективное
2. Ретроспективное
3. РКИ
4. Мета-анализ
5. Систематический обзор
6. *Клинические рекомендации
5. Какие исследования в первую очередь необходимо провести для повышения уровня убедительности рекомендаций и достоверности доказательств?
1. Провести РКИ высокого методологического качества
2. Провести проспективные исследования высокого методологического качества
3. Провести систематический обзор с включением РКИ высокого методологического качества
4. *Провести анализ имеющихся клинических рекомендаций

Задача 10. Диуретики рекомендуются для улучшения симптомов сердечной недостаточности и повышения физической активности у пациентов с признаками задержки жидкости.
1. В каких клинических рекомендациях размещена данная рекомендация?
1. *Хроническая сердечная недостаточность.
2. Ишемическая болезнь сердца
3. Гипертрофическая кардиомиопатия
4. Рациональная фармакотерапия
2. Каким поисковиком необходимо воспользоваться чтобы найти данную клиническую рекомендацию?

1. *Рубрикатор клинических рекомендаций Минздрава
2. Сайт российской академии наук
3. Сайт российского научного медицинского общества терапевтов
4. Любой общедоступный интернет-поисковик

3. На основании скольких исследований экспертами дана такая рекомендация:

1. 1
2. *2
3. 3
4. 4

4. Исследования каких дизайнов лежат в основе данной рекомендации? (дайте один или более правильных ответов)

1. Проспективное
2. Ретроспективное
3. РКИ
4. *Мета-анализ
5. *Систематический обзор

5. Какие исследования в первую очередь необходимо провести для повышения уровня убедительности рекомендаций и достоверности доказательств?

1. Провести РКИ высокого методологического качества
2. Провести проспективные исследования высокого методологического качества
3. Провести систематический обзор с включением РКИ высокого методологического качества
4. *Провести сетевой метаанализ – метаанализ метаанализов

Критерии оценивания для задач

«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 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.

4. Содержание оценочных средств промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация проводится в виде зачета в форме тестирования.

1. Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) - это

1. *заболевание, характеризующееся персистирующим ограничением воздушного потока, которое обычно прогрессирует и является следствием хронического воспалительного ответа дыхательных путей и легочной ткани на воздействие ингалируемых повреждающих частиц или газов.
2. заболевание, характеризующееся сезонным ограничением воздушного потока, которое всегда прогрессирует и является следствием хронического воспалительного ответа дыхательных путей и легочной ткани на воздействие ингалируемых повреждающих частиц или газов.
3. заболевание, характеризующееся непостоянным ограничением воздушного потока, которое не всегда прогрессирует и является следствием хронического воспалительного ответа дыхательных путей и легочной ткани на воздействие ингалируемых вирусов и бактерий.
4. заболевание, характеризующееся периодическим ограничением воздушного потока, которое является следствием хронического воспалительного ответа дыхательных путей и легочной ткани на воздействие ингалируемых повреждающих частиц или газов.

2. Группа B по классификации ХОБЛ согласно GOLD характеризуется следующими показателями

1. *низкий риск обострений, симптомы выражены, спирометрическая классификация- GOLD 1-2, число обострений за 1 год – ≤1, шкала mMRC ≥2, CAT-тест ≥10
2. низкий риск обострений, симптомы не выражены, спирометрическая классификация- GOLD 1-2, число обострений за 1 год – ≤1, шкала mMRC 0–1, CAT-тест <10
3. высокий риск обострений, симптомы не выражены, спирометрическая классификация- GOLD 3-4, число обострений за 1 год – ≥2 , шкала mMRC 0–1, CAT-тест <10
4. высокий риск обострений, симптомы выражены, спирометрическая классификация- GOLD 3-4, число обострений за 1 год – ≥2, шкала mMRC ≥2, CAT-тест ≥10.

3. Группа C по к**лассификации ХОБЛ согласно GOLD характеризуется следующими показателями**

1. *высокий риск обострений, симптомы не выражены, спирометрическая классификация- GOLD 3-4, число обострений за 1 год – ≥2 , шкала mMRC 0–1, CAT-тест <10
2. низкий риск обострений, симптомы выражены, спирометрическая классификация- GOLD 1-2, число обострений за 1 год – ≤1, шкала mMRC ≥2, CAT-тест ≥10
3. низкий риск обострений, симптомы не выражены, спирометрическая классификация- GOLD 1-2, число обострений за 1 год – ≤1, шкала mMRC 0–1, CAT-тест <10
4. высокий риск обострений, симптомы выражены, спирометрическая классификация- GOLD 3-4, число обострений за 1 год – ≥2, шкала mMRC ≥2, CAT-тест ≥10.

4. Группа D по классификации ХОБЛ согласно GOLD характеризуется следующими показателями

1. *высокий риск обострений, симптомы выражены, спирометрическая классификация- GOLD 3-4, число обострений за 1 год – ≥2, шкала mMRC ≥2, CAT-тест ≥10.
2. низкий риск обострений, симптомы выражены, спирометрическая классификация- GOLD 1-2, число обострений за 1 год – ≤1, шкала mMRC ≥2, CAT-тест ≥10
3. высокий риск обострений, симптомы не выражены, спирометрическая классификация- GOLD 3-4, число обострений за 1 год – ≥2 , шкала mMRC 0–1, CAT-тест <10
4. низкий риск обострений, симптомы не выражены, спирометрическая классификация- GOLD 1-2, число обострений за 1 год – ≤1, шкала mMRC 0–1, CAT-тест <10

5. К фиксированным комбинациям ДДАХ/ДДБА, используемым в качестве базисной терапии ХОБЛ, относятся следующие препараты

1. *Гликопиррония бромид/индакатерол, Тиотропия бромид/олодатерол, Умеклидиния бромид/вилантерол, Аклидиния бромид/формотерол
2. Беклометазон/формотерол, Будесонид/формотерол, Флутиказон/салметерол, Флутиказона фуроат/вилантерол
3. Рофлумиласт, теофилин
4. Ипратропия бромид/фенотерол, Вилантерол, Индакатерол

6. Исследование общего (клинического) анализа крови по клиническим рекомендациям «Наджелудочковые тахикардии» имеет уровень убедительности рекомендаций и достоверности доказательств

1. ЕОК нет (УУР С, УДД 5)
2. *ЕОК нет (УУР С, УДД 4)
3. ЕОК IC (УУР С, УДД 5)
4. ЕОК IC (УУР С, УДД 4)

7. Исследование общего (клинического) анализа крови по клиническим рекомендациям «Желудочковые нарушения ритма. Желудочковые тахикардии и внезапная сердечная смерть» имеет уровень убедительности рекомендаций и достоверности доказательств
1. *ЕОК нет (УУР С, УДД 5)
2. ЕОК нет (УУР С, УДД 4)
3. ЕОК IC (УУР С, УДД 5)
4. ЕОК IC (УУР С, УДД 4)

8. Перед имплантацией ЭКС рекомендован скрининг на синдром апноэ во сне ЕОК нет (УУР В, УДД 3) согласно клиническим рекомендациям:
1. Наджелудочковые тахикардии
2. Желудочковые нарушения ритма. Желудочковые тахикардии и внезапная сердечная смерть.
3. *Брадиаритмии и нарушения проводимости
4. Экстрасистолия

9. Биопсия миокарда ЕОК IIA С (УУР С, УДД 5) рекомендовано согласно клиническим рекомендациям:
1. Наджелудочковые тахикардии
2. *Желудочковые нарушения ритма. Желудочковые тахикардии и внезапная сердечная смерть.
3. Брадиаритмии и нарушения проводимости
4. Экстрасистолия

10. Желудочковые нарушения ритма рекомендуется рассматривать в качестве одной из вероятных причин синкопальных состояний у пациентов
1. *со структурным заболеванием сердца, особенно у пациентов, перенесших острый инфаркт миокарда, со сниженной фракцией выброса левого желудочка **ЕОК IC (УУР С, УДД 5)**
2. без структурного заболевания сердца **ЕОК IC (УУР С, УДД 5)**
3. со структурным заболеванием сердца, особенно у пациентов, перенесших острый инфаркт миокарда, с промежуточной фракцией выброса левого желудочка **ЕОК IC (УУР С, УДД 5).**
4. со структурным заболеванием сердца, особенно у пациентов, перенесших острый инфаркт миокарда, с сохранной фракцией выброса левого желудочка **ЕОК IC (УУР С, УДД 5).**

11.При обследовании пациента с подозрением на коксартроз рекомендовано
1. *сбор анамнеза и проведение полноценного клинического осмотра (УУР С, УДД 5)
2. проведение только клинического осмотра с описанием локального статуса (УУР С, УДД 5)
3. сбор семейного анамнеза, оценка только локального статуса и описания рентгенологического обследования (УУР В, УДД 2)
4. оценка инструментального обследования (УУР А, УДД 2)

12. Лабораторные анализы при коксартрозах назначаются преимущественно с целью
1. установки точного диагноза (УУР А, УДД 1)
2.*оценки состояния внутренних органов и систем пациента и дифференциальной диагностики (УУР С, УДД 5)
3. с целью дифференциальной диагностики (УУР С, УДД 5)
4. после проведения МРТ сустава (УУР В, УДД 3)

13. Всем больным рекомендована рентгенография тазобедренного сустава как наиболее простой и традиционный метод обследования больных с коксартрозом
1. *для оценки стадии развития заболевания и определения его этиологического типа

выполнение рентгенографии таза, тазобедренного сустава в прямой и боковой проекциях. (УУР А, УДД 2)
2. для оценки стадии развития заболевания и определения его этиологического типа выполнение рентгенографии только тазобедренного сустава в прямой и боковой проекциях. (УУР А, УДД 2)
3. для оценки стадии развития заболевания и определения его этиологического типа выполнение МРТ только тазобедренного сустава (УУР А, УДД 1)
4. выполнение МРТ или КТ тазобедренного сустава через 3 месяца постоянного болевого синдрома (ВАШ =5) (УУР А, УДД 1)

14. На начальных стадиях заболевания и при множественном поражении суставов рекомендовано назначение
1. только хондроитина сульфат, глюкозамин, их комбинации (УУР В, УДД 2)
2. преимущественно нестероидные противовоспалительные препараты (УУР А, УДД 1)
3. *****хондроитина сульфат, глюкозамин, их комбинации, а также иные нестероидные противовоспалительные и противревматические препараты (УУР А, УДД 1)
4. преимущественно глюкозамин и нестероидные противовоспалительные препараты (УУР А, УДД 3)

15. Скрининг для выявления групп с высокой вероятностью остеопорических переломов рекомендовано использование
1. *алгоритма FRAX среди всех женщин в постменопаузе и мужчин старше 50 лет (УУР А, УДД 1)
2. алгоритма FRAX среди всех пациентов старше 65 лет (УУР А, УДД 1)
3. шкалы SCORE среди всех пациентов старше 40 лет (УУР В, УДД 3)
4. шкалы «Возраст не помеха» среди всех пациентов старше 65 лет (УУР В, УДД 3)

16. При наличии патологических переломов крупных костей скелета (бедренной кости, тел(а) позвонков(а), множественных переломов) в анамнезе рекомендовано устанавливать диагноз остеопороза и
1. определить по алгоритму FRAX среди всех женщин в постменопаузе и мужчин старше 50 лет эффективность лечения (УУР А, УДД 1)
2. назначить лечение по результатам рентгеноденситометрии поясничного отдела позвоночника (УУР В, УДД 2)
3. *назначить лечение независимо от результатов рентгеноденситометрии поясничного отдела позвоночника и проксимального отдела бедренной кости или FRAX (при условии исключения других заболеваний скелета) (УУР В, УДД 2)
4. оформить пациента на МСЭ (УУР А, УДД 1)

17. Согласно критериям оценки качества медицинской помощи пациенту с ХОБЛ необходимо провести пульсоксиметрию
1. *не позднее 30 мин от момента поступления в стационар
2. не позднее 60 мин от момента поступления в стационар
3. во время осмотра врачом в терапевтическом (пульмонологическом) отделении
4. не позднее 2-х часов от момента поступления в стационар

18. Согласно клиническим рекомендациям целевыми значениями ЧСС для контроля частоты ритма желудочков (стратегия «контроль частоты- мягкий контроль») у пациентов с ФП при отсутствии симптомов аритмии (когда пациент субъективно не ощущает аритмию) являются
1. не ниже 60 ударов в минуту
2. не ниже 80 ударов в минуту
3. не выше 100 ударов в минуту
4. *не выше 110 ударов в минуту

19. Укажите целевые значения ЧСС для контроля частоты ритма желудочков (стратегия «контроль частоты – жесткий контроль») у пациентов с ФП при наличии симптомов аритмии (когда пациент субъективно ощущает аритмию)
1. не ниже 60 ударов в минуту
2. *не выше 80 ударов в минуту
3. не ниже 100 ударов в минуту
4. не выше 110 ударов в минуту

20. Согласно клиническим рекомендациям в соответствии с клиническими рекомендациями оптимальная доза железа для лечения ЖДА составляет
1. 60 мг в день
2. *120 мг в день
3. 100 мг в день
4. 145 мг в день

21. Согласно клиническим рекомендациям целевой уровень холестерина-ЛПНП для пациентов очень высокого риска развития сердечно-сосудистых событий составляет
1. менее 2,6 ммоль/л
2. менее 1,8 ммоль/л
3. *менее 1,4 ммоль/л
4. менее 3,0 ммоль/л

22. Согласно клиническим рекомендациям пациентам, не достигшим целевой уровень холестерина ЛПНП на фоне максимально переносимых доз статинов, следует
1. рассмотреть возможность перевода на монотерапию эзетимибом
2. *рассмотреть возможность комбинированной терапии, в т.ч. статин с эзетимибом (предпочтительно в одной таблетке или капсуле)
3. рассмотреть возможность перевода на другой статин в максимальной доз
4. рассмотреть возможность перевода на инклисиран

23. Наиболее эффективным способом профилактики гриппа является
1. *введение гриппозных вакцин
2. закаливание организма
3. приѐм больших доз аскорбиновой кислоты
4. приѐм поливитаминных препаратов

24. Согласно клиническим рекомендациям АБП выбора у госпитализированных пациентов без сопутствующих заболеваний и других факторов риска инфицирования редкими и/или ПРВ являются
1. *ИЗП и ампициллин, альтернативными – респираторные фторхинолоны
2. ИЗП и ампициллин, альтернативными – макролиды
3. цефалоспорины III поколения, альтернативными – макролиды
4. макролиды, альтернативными - ИЗП

25. Согласно критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым с пневмонией рентгенография легких в передней прямой и боковой проекциях должна быть выполнена
1. *не позднее 1 часа от момента поступления в стационар
2. не позднее 2 часов с момента поступления в стационар
3. в течение суток с момента поступления в стационар
4. не позднее 30 минут от момента поступления в стационар

26. Принятие клинических решений в практике врача-терапевта участкового основано на принципах
1. клинической эпидемиологии
2. *доказательной медицины
3. традиционного мышления
4. пропедевтики

27. Медицинская практика, основанная на результатах хорошо организованных клинических исследований – это
1. поликлиническая терапия
2. надлежащая клиническая практика
3. клиническая эпидемиология
4. *доказательная медицина

28. Иерархия доказательств при создании клинических рекомендаций учитывает
1. Классы и степени
2. *УУР и УДД
3. Пирамиду доказательств (3 уровня)
4. Степени и уровни

29. Сильные рекомендации относятся к уровню убедительности рекомендаций
1. *А
2. В
3. С
4. А, В

30. Рекомендуется проводить лечебно-диагностическую пункцию синовиальной сумки сустава пациентам с псориатическим артритом с острым артритом коленного или 1-го плюсне-фалангового сустава для уточнения диагноза
1. УУР С, УДД 5
2. *УУР С, УДД 4
3. УУР А, УДД 2
4. УУР В, УДД 2

5. Критерии оценивания результатов обучения

«Зачтено» выставляется обучающемуся, достигшему 70% и более правильных ответов на тестовые задания, предусмотренные рабочей программой.

«Не зачтено» выставляется обучающемуся, показавшему 69% и менее правильных ответов на тестовые задания, предусмотренные Программой.

.