Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Стегний Кирилл Владимирович
Должность: И.о. ректора
Дата подписания: 12.10.2026 14:06:18
Уникальный программный ключ:
d59234ba928aea5c04c54eb9013e367220b6b2ae

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

«УТВЕРЖДАЮ»
Заведующий кафедрой
_____ / Кабалык М.А. /
«14 » апреля 2026 г.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
Б1.О.24 ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ
основной образовательной программы
высшего образования

Специальность	32.05.01 Медико-профилактическое дело
Уровень подготовки	специалитет
Направленность подготовки	02 Здравоохранение (в сфере обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, защиты прав потребителей, профилактической медицины)
Форма обучения	очная
Срок освоения ООП	6 лет
Кафедра	терапии с курсом лучевой диагностики

Владивосток, 2026

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 32.05.01 Медико-профилактическое дело, направленности 02 Здравоохранение(в сфере обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, защиты прав потребителей, профилактической медицины)**универсальных (УК) компетенций, общепрофессиональных (ОПК) компетенций**

https://tgmu.ru/sveden/files/aid/32.05.01_24_02_Mediko-profilakticheskoe_delo_(02_Zdravooxranenie).pdf

Код компетенции	Формулировка компетенции	Индикаторы достижения компетенции
Универсальные компетенции		
УК-1	Способен осуществлять критический анализ проблемных ситуаций на основе системного подхода, вырабатывать стратегию действий	ИДК.УК-1_1- осуществляет поиск интерпретирует профессиональные проблемные ситуации ИДК.УК-1_2 - выявляет причинно-следственные связи между состоянием здоровья населения и воздействием факторов среды обитания человека на основе системного анализа и оценки ИДК.УК-1_3 - разрабатывает и содержательно аргументирует стратегию решения проблемной ситуации на основе системного и междисциплинарного подходов
Общепрофессиональные компетенции		
ОПК-5	Способен оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека для решения профессиональных задач	ИДК. ОПК-51- определяет и оценивает физиологические состояния и патологические процессы организма человека ИДК.ОПК-52- владеет алгоритмом клинико-лабораторной и функциональной диагностики при решении профессиональных задач ИДК.ОПК-53- оценивает результаты клинико-лабораторной и функциональной диагностики при решении профессиональных задач
ОПК-9	Способен проводить донозологическую диагностику заболеваний для разработки профилактических мероприятий с целью повышения уровня	ИДК. ОПК-91- проводит донозологическую диагностику заболеваний для разработки профилактических мероприятий

	здоровья и предотвращения заболеваний	

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
2	Промежуточная аттестация	Вопросы для собеседования

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

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

3.1. Контрольные вопросы для собеседования по дисциплине Б1.О.24 Внутренние болезни

Вид	**Код**	**Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст**
С	32.05.01	Медико-профилактическое дело
К	УК-1	Способен осуществлять критический анализ проблемных ситуаций на основе системного подхода, вырабатывать стратегию действий
К	ОПК-5	Способен оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека для решения профессиональных задач
К	ОПК-9	Способен проводить донозологическую диагностику заболеваний для разработки профилактических мероприятий с целью повышения уровня здоровья и предотвращения заболеваний
И		**ДАЙТЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
		1. Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ). Оценка воздействия факторов риска на здоровье человека. Лечение ХОБЛ стабильного течения. Цели лечения. Фармакотерапия ХОБЛ, основные группы препаратов, начальная тактика лекарственной терапии. 2. Принципы лечения стенокардии, модификация устранимых факторов риска, медикаментозная терапия. Профилактика приступов.

		3. Пневмония. Определение понятия. Классификация пневмонии. Внебольничная пневмония (ВП). Этиология, вероятные возбудители ВП у пациентов различных клинических групп. Оценка воздействия факторов риска на здоровье человека. 4. Витамин В12-дефицитная анемия. Определение понятия. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностические критерии. Лабораторные исследования. Организация и проведение профилактических мероприятий. Оценка воздействия факторов риска на здоровье человека. 5. Бронхиальная астма (БА). Определение понятия. Этиология БА. Факторы риска развития БА. Основные клинические синдромы. Оценка воздействия факторов риска на здоровье человека. 6. Гипертоническая болезнь (ГБ). Общие принципы ведения больных. Цели лечения. Немедикаментозные методы. Организация и проведение профилактических мероприятий. Оценка воздействия факторов риска на здоровье человека. 7. Хронический гепатит. Определение понятия. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Лабораторно-инструментальные исследования. Лечение. Организация и проведение профилактических мероприятий. Оценка воздействия факторов риска на здоровье человека. 8. Желудочно-кишечное кровотечение: клиника, неотложные мероприятия. 9. Гипертоническая болезнь (ГБ). Ассоциированные клинические состояния. Основные факторы риска развития сосудистых катастроф. Организация и проведение профилактических мероприятий. Оценка воздействия факторов риска на здоровье человека. 10. Железодефицитные анемии (ЖДА). Лечение, контроль эффективности лечения. Профилактика ЖДА в группах риска. Оценка воздействия факторов риска на здоровье человека. 11. Хронический панкреатит. Клиническая картина. Методы диагностики. Осложнения. Лечение хронического панкреатита. Организация и проведение профилактических мероприятий. Оценка воздействия факторов риска на здоровье человека. 12. Купирование болевого синдрома при инфаркте миокарда.

		13. Инфаркт миокарда (ИМ): основные клинические синдромы. Лабораторная и инструментальная диагностика ИМ. Диагностические критерии. Организация и проведение профилактических мероприятий. Оценка воздействия факторов риска на здоровье человека. 14. Хронический гломерулонефрит: этиология, патогенез, диагностические критерии, лечение. Оценка воздействия факторов риска на здоровье человека. 15. Бронхиальная астма (БА). Классификация БА. Фенотипы, степень контроля и оценка тяжести течения. Оценка воздействия факторов риска на здоровье человека. 16. Цирроз печени: основные клинические синдромы, лабораторные и инструментальные исследования. Диагностические критерии. Принципы лечения. Организация и проведение профилактических мероприятий. Оценка воздействия факторов риска на здоровье человека. 17. Внебольничная пневмония. Принципы и задачи лечения. Антибактериальная терапия в условиях стационара. Организация и проведение профилактических мероприятий пневмококковой инфекции. Оценка воздействия факторов риска на здоровье человека. 18. Язвенная болезнь. Лечение в период обострения: диетотерапия и медикаментозное терапия. Контроль эффективности лечения. Оценка воздействия факторов риска на здоровье человека. 19. Ишемическая болезнь сердца (ИБС). Стабильная стенокардия. Клиника. Классификация функциональных классов. Инструментальные и лабораторные методы диагностики. Организация и проведение профилактических мероприятий. Оценка воздействия факторов риска на здоровье человека. 20. Хронический панкреатит. Определение понятия. Этиология. Патогенез. Основные клинические синдромы. Врачебная тактика. Организация и проведение профилактических мероприятий. Оценка воздействия факторов риска на здоровье человека. 21. Врачебная тактика при гипертоническом кризе. 22. Язвенная болезнь. Клиническая картина. Методы диагностики. Лабораторно-инструментальные исследования. Организация и проведение профилактических мероприятий. Оценка воздействия факторов риска на здоровье человека.

		23. Гипертоническая болезнь (ГБ). Клиническая картина. Диагностический алгоритм при ГБ. Течение ГБ, факторы, негативно влияющие на прогноз. Оценка воздействия факторов риска на здоровье человека. 24. Хронический пиелонефрит. Этиология, патогенез, классификация, основные клинические синдромы, диагностика, лечение. Организация и проведение профилактических мероприятий. Оценка воздействия факторов риска на здоровье человека. 25. Гипертоническая болезнь (ГБ). Классификация ГБ по стадиям, степени АГ. Оценка индивидуальной степени риска (стратификация риска). Организация и проведение профилактических мероприятий. Оценка воздействия факторов риска на здоровье человека. 26. Внебольничная пневмония (ВП). Принципы и задачи лечения. Выбор места лечения. Тактика антибактериальной терапии ВП на амбулаторном этапе. Организация и проведение профилактических мероприятий. Оценка воздействия факторов риска на здоровье человека. 27. Инфаркт миокарда (ИМ). Лабораторная и инструментальная диагностика ИМ. Диагностические критерии. Оценка воздействия факторов риска на здоровье человека. 28. Остеоартроз. Определение понятия. Основные клинические синдромы. Врачебная тактика. Организация и проведение профилактических мероприятий. Оценка воздействия факторов риска на здоровье человека. 29. Подагра. Определение понятия. Основные клинические синдромы. Врачебная тактика. Организация и проведение профилактических мероприятий. Оценка воздействия факторов риска на здоровье человека. 30. Хроническая болезнь почек. Оценка воздействия факторов риска на здоровье человека. Алгоритмы диагностики. Принципы лечения. Врачебная тактика. Организация и проведение профилактических мероприятий.

3.2. Тестовые задания по дисциплине Б1.О.24 Внутренние болезни

Вид	**Код**	**Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст**
Вид	**Код**	**Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст**
С	32.05.01	Медико-профилактическое дело

К	УК-1	Способен осуществлять критический анализ проблемных ситуаций на основе системного подхода, вырабатывать стратегию действий
К	ОПК-5	Способен оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека для решения профессиональных задач
К	ОПК-9	Способен проводить донозологическую диагностику заболеваний для разработки профилактических мероприятий с целью повышения уровня здоровья и предотвращения заболеваний
И		**ДАЙТЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
		1. Установление предварительного диагноза врачом приемного отделения или врачом профильного отделения проводится в сроки безотлагательно *не позднее 2 часов с момента поступления в медицинскую организацию не позднее 3 часов с момента поступления в медицинскую организацию не позднее 24 часов с момента поступления в медицинскую организацию 2. Имеет ли право пациент ознакомиться с медицинской документацией (историей болезни, амбулаторной картой, результатами исследований и др.)? *имеет имеет, но только по разрешению заведующего отделения или руководителя медицинского учреждения имеет, но только при оказании платных медицинских услуг или медицинской помощи по программе добровольного медицинского страхования не имеет 3. Укажите код инфаркта миокарда по МКБ-10 *I21 M25

		A22 C25 4. Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является *информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство в письменном виде с подписью пациента и медицинского работника информированное добровольное согласие пациента на медицинское вмешательство, сделанное в устной форме информация о результатах профилактических медицинских осмотров информация о профилактических прививках 1. У пациентки 50-ти лет рано утром развивается сильный болевой приступ в области грудины, во время которого регистрируется преходящий подъём сегмента ST на ЭКГ. Наиболее вероятным диагнозом является *вазоспастическая стенокардия ОКС с подъёмом ST стенокардия микрососудистая стенокардия напряжения стабильная 2. Исследование каких биохимических маркеров повреждения кардиомиоцитов в крови рекомендуется у всех пациентов с подозрением на ОКС *тропонин I и T AST ЛДГ миоглобин

		3. При гипертонической болезни на верхушке сердца отмечается *усиление 1 тона ослабление 1 тона усиление 2 тона ослабление тона 4. Впервые возникшая стенокардия - это *появление стенокардии в предшествующие 28 суток, тяжесть которой соответствует как минимум II функциональному классу по классификации Канадского сердечно-сосудистого общества появление стенокардии в предшествующие 14 суток, тяжесть которой соответствует как минимум I функциональному классу по классификации Канадского сердечно-сосудистого общества острое утяжеление раннее стабильной стенокардии в предшествующие 28 суток с появлением характеристик, присущих как минимум III функциональному классу по классификации Канадского сердечно-сосудистого общества стенокардия, возникшая в первые 2 недели после инфаркта миокарда 5. Прогрессирующая стенокардия – это *острое утяжеление раннее стабильной стенокардии в предшествующие 28 суток с появлением характеристик, присущих как минимум III функциональному классу по классификации Канадского сердечно-сосудистого общества появление стенокардии в предшествующие 28 суток, тяжесть которой соответствует как минимум II функциональному классу по классификации Канадского сердечно-сосудистого общества появление стенокардии в предшествующие 14 суток, тяжесть которой соответствует как минимум I функциональному классу по классификации Канадского сердечно-сосудистого общества стенокардия, возникшая в первые 2 недели после инфаркта миокарда

		6. Для диагностики функционального класса ХСН используют *тест с 6-минутной ходьбой взвешивание Эхо-КГ нагрузочную ЭКГ 7. Целевой уровень систолического артериального давления при АГ у пациентов 18-64 лет *≤130 при переносимости, не <120 мм рт. ст. 130-139 при переносимости менее 120/70 мм рт. ст. менее 150/90 мм рт. ст. 8. АГ 1-ой степени в мм рт. ст., по классификации АД, измеренного в медицинском учреждении *140-159 и/или 90-99 <140 и <90 140-150 и 95-99 160-179 и/или 100-109 9. К какому функциональному классу по NYHA следует отнести пациента, если во время теста 6-минутной ходьбы он проходит расстояние, равное 288 м *III ФК II ФК I ФК IV ФК

10. Нестабильная стенокардия – это

*недавно возникшая или утяжелившаяся стенокардия, когда тяжесть и продолжительность ишемии недостаточны для развития некроза кардиомиоцитов

недавно возникшая или утяжелившаяся стенокардия, когда тяжесть и продолжительность ишемии достаточны для развития некроза кардиомиоцитов

острое повреждение миокарда вследствие его ишемии

появление патологического зубца Q на ЭКГ

11. У пациента с АД 130/80 мм рт.ст., перенесшего инфаркт миокарда, гипертоническая болезнь

*III стадии

I стадии

II стадии

ничего из перечисленного

12. К ассоциированному клиническому состоянию при АГ относится

*ишемический инсульт

скорость пульсовой волны >10м/сек

лодыжечно-плечевой индекс <0,9

ХБП III стадии с рСКФ 30-60 мл/мин/1,73м²

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

*стриктура выходного отдела желудка

		рак желудка пенетрация язвы перфорация язвы 14. Достоверным клиническим признаком стеноза привратника является рвота желчью урчание в животе *рвота съеденной накануне пищей вздутие живота 15. При диетотерапии язвенной болезни включение белковых пищевых продуктов при дробном питании приведет *к снижению агрессивности желудочного сока к повышению агрессивности желудочного сока к понижению слизисто-бикарбонатного барьера к диарее 16. При язвенной болезни желудка "ранние боли" появляются после приема пищи через *15-30 мин 60-70 мин 60-120 мин ночные и «голодные» боли 17. Изжога характерна для язвенной болезни желудка

		язвенной болезни 12-ти перстной кишки *рефлюксной болезни рака желудка 18. К осложнениям язвенной болезни относятся «ночные» и «голодные» боли в эпигастрии изжога #черный дегтеобразный стул #сужение выходного отдела желудка 19. К основным этиологическим факторам развития язвенной болезни относят нарушение режима питания курение #наследственность #инфицирование хеликобактер пилори 20. Для язвенной болезни редко рецидивирующего течения обострения наступают *1-2 раза в 2-3 года 2 раза в год 3 раза в год 1 раз в 5 лет 21. Диагноз "гастрит" считается правомочным при каком из следующих условий при наличии нарушения инкреторной функции желудка

		при наличии нарушения секреторной функции желудка *при наличии лейкоцитарной инфильтрации слизистой оболочки желудка при наличии нарушения двигательной функции желудка 22. Укажите из числа нижеприведенных нехарактерное для язвенной болезни осложнение кровотечение перфорация пенетрация *кардиоспазм 23. Язва какой локализации наиболее часто дает малигнизацию? *язва большой кривизны язва малой кривизны язва 12-ти перстной кишки язва кардиального отдела желудка 24. Рефлюксная болезнь проявляется: *изжогой отрыжкой тухлым ранними болями в эпигастрии чувством распирания в эпигастрии 25. Для какого осложнения язвенной болезни характерна «кинжальная» боль в животе? пенетрация

		*перфорация малигнизация стеноз выносящего отдела желудка 26. Основная причина развития ХОБЛ *курение повторная вирусно-бактериальная инфекция воздействие промышленных газов и аэрозолей гиперреактивность бронхов 27. У всех пациентов с внебольничной пневмонией оценка эффективности и безопасности стартового режима антибактериальной терапии после начала лечения проводится через *48-72 ч 12-24 ч 24-48 ч 72-84 ч 28. Всем пациентам с подозрением на внебольничную пневмонию рекомендуется *обзорная рентгенография органов грудной полости в передней прямой и боковой проекциях фибробронхоскопия компьютерная томография исследование функции внешнего дыхания 29. Диагноз внебольничной пневмонии является определенным при наличии у пациента

		*рентгенологически подтвержденной очаговой инфильтрации легочной ткани температура тела более 37,5°С лейкоцитоз >9,8*10⁹/л кашель 30. Overlap фенотип - это сочетание у одного пациента *ХОБЛ и бронхиальной астмы ХОБЛ с пневмонией ХОБЛ с ожирением бронхиальной астмы с ожирением 31. Какая стадия ХОБЛ у пациента, если ОФВ1 составляет 47% *III IV I II 32. Хронический бронхит обычно определяется клинически как наличие *кашля с продукцией мокроты, по крайней мере, 3-х мес в течение последующих двух лет бронхиальной обструкции кашля не более 3-х мес не проходящего кашля в течение 2-х лет 33. Внебольничной считают пневмонию, диагностированную с момента госпитализации в течение

		*48 ч 24 ч 36 ч 48-72 ч 34. Бронходилятационный тест считается положительным, если после ингаляции бронходилататора коэффициент бронходилатации по ОФВ1 составляет не менее *12%; 11%; 17% 25%; 35. ХОБЛ проявляется признаками *экспираторного ограничения воздушного потока инспираторного ограничения воздушного потока гипертермией ничего из перечисленного 36. Основный рентгенологический признак внебольничной пневмонии *локальное снижение воздушности легочной ткани (инфильтрация) ателектаз локальное повышение воздушности легкой ткани ячеистость легочного рисунка 37. Бронхиальная обструкция - это нарушение проходимости

*воздушного потока по мелким и средним бронхам

дыхательных путей из-за аспирации инородного тела

дыхательных путей из-за отека голосовых связок

главного бронха из-за опухоли

38. Обструктивный тип вентиляционных нарушений характеризуется снижением

*ОФВ1/ФЖЕЛ <0,7

диффузионной способности (по CO2)

остаточного объема

ОФВ1 <80%

39. Всем пациентам с определенным диагнозом внебольничная пневмония в как можно более короткие сроки должны назначаться системные антибиотики, т.к. это

*улучшает прогноз

уменьшает частоту госпитализаций

сокращает длительность стационарного лечения

сокращает расходы на лечение

40. У пациентов с внебольничной пневмонией, не нуждающихся в госпитализации, целесообразно назначение каких лекарственных форм АБП?

*пероральных

внутримышечных

парентеральных

сочетание парентеральных и пероральных

		41. В настоящее время долгосрочной целью лечения ХОБЛ является *уменьшение будущих рисков (т.е. обострений и смертности) повышение толерантности к физической нагрузке увеличение жизненной емкости легких контроль симптомов 42. Для выявления дыхательной недостаточности рекомендуется измерение *сатурации кислорода частоты дыхания пиковой скорости выдоха гемоглобина 43. Для ХОБЛ I стадии по GOLD характерно ОФВ1/ФЖЕЛ <70% и *ОФВ1≥80% ОФВ1<80% 30≤ОФВ1<80% 50<ОФВ1<80% 44. ДЛЯ ХОБЛ II стадии по GOLD характерно ОФВ1/ФЖЕЛ <70% и *50≤ОФВ1<80% ОФВ1<80% 30≤ОФВ1<80% 50<ОФВ1<80%

		45. ДЛЯ ХОБЛ IV стадии по GOLD характерно ОФВ1/ФЖЕЛ <70% и *ОФВ1 <30% или <50% в сочетании с хронической дыхательной недостаточностью ОФВ1 <30% ОФВ1 <50% в сочетании с хронической дыхательной недостаточностью 30≤ОФВ1<80% 46. Препаратами выбора при внебольничной пневмонии, вызванной Mycoplasma pneumonia и Chlamydophila pneumonia, являются *макролиды пенициллины цефалоспорины II поколения гентамицина 47. Пациентам с ХОБЛ с целью профилактики пневмококковой инфекции рекомендуется 23-валентная пневмококковая полисахаридная вакцина 1 раз в *5 лет 6 мес 12 мес 3 года 48. При лечении пациентов с бронхиальной астмой ингаляционными глюкокортикоидами в стандартных дозах возможно развитие *кандидоза ротоглотки, дисфонии язвы желудочно-кишечного тракта

		стероидного диабета остеопороза 49. Степень тяжести ХОБЛ устанавливают на основании *ОФВ 1 ФЖЕЛ ОЕЛ ОФВ 1/ФЖЕЛ 50. Классификация ХОБЛ по степени выраженности обструктивных нарушений вентиляции построена на показателях *спирометрии рентгенографии пикфлоуметрии бронхографии 51. Для снижения риска смерти у пациентов с подъемом сегмента ST с длительностью симптомов менее 12 часов, у которых ожидается, что первичное ЧКВ не будет выполнено в пределах 120 минут после постановки диагноза и отсутствии противопоказаний рекомендуется *тромболитическая терапия внутривенная инфузия гепарина применение блокаторов ГПР IIb/IIIa внутривенная инфузия нитроглицерина 52. Для профилактики сердечно-сосудистых осложнений пациентом со стабильной ИБС в качестве антитромбоцитарного средства рекомендуется назначение

		*АСК в дозе 75-100 мг в сутки АСК в дозе 150-300 мг в сутки АСК в дозе 300-600 мг в сутки АСК в дозе 50-150 мг в сутки 53. Что является причиной развития инфаркта миокарда Тип 1? *разрыв или эрозия атеросклеротической бляшки с последующим формированием внутрикоронарного тромба операция коронарного шунтирования рестеноз после ЧКВ эмболия коронарной артерии 54. Регистрация инфарктных изменений в II, III, aVF характерно для *нижнего инфаркта миокарда передне-перегородочного инфаркта миокарда бокового инфаркта миокарда инфаркта МЖП 55. Для передне-перегородочного инфаркта миокарда характерно появление патологического зубца Q и подъема сегмента ST в отведениях *V1-V4 II, III, aVF I, aVL, V5, V6 I, aVL

		56. Гипертриглицеридемию диагностируют при уровне ТГ натощак *> 1,7 ммоль/л <5,0 ммоль/л <1,2 ммоль/л <3,0 ммоль/л 57. Какие антигипертензивные препараты абсолютно противопоказаны беременным *ингибиторы АПФ и блокаторы рецепторов ангиотензина II бета-адреноблокаторы диуретики блокаторы медленных кальциевых каналов 58. У пациентов с приступами стенокардии, после перенесенного инфаркта миокарда (в течение первого года), для улучшения прогноза, устранения симптомов заболевания и улучшения качества жизни назначают *бета-блокаторы нитраты ингибиторы АПФ дигоксин 59. Лечение артериальной гипертензии тиазидными диуретиками абсолютно противопоказано при *подагре при двустороннем стенозе почечных артерий при бронхиальной астме брадикардии

60. Основным переносчиком ХС в плазме крови является

*ЛПНП

ЛПВП

ЛПОНП

ТГ

61. Для оценки сердечно-сосудистого риска следует использовать Шкалу_____, которая оценивает 10-летний риск фатальных сердечно-сосудистых осложнений

*SCORE

CHA2DS2-VASc

GRACE

NYHA

62. Шкала SCORE оценивает

* 10-летний риск фатальных сердечно-сосудистых осложнений

10-летний риск развития инсульта

20-летний риск развития инсульта

20-летний риск фатальных сердечно-сосудистых осложнений

63. Какая начальная терапия двойной комбинации рекомендована для достижения целевого АД при АГ?

*ингибиторы АПФ или блокатор рецепторов ангиотензина + антагонист кальция или диуретик

ингибиторы АПФ + β-адреноблокатор

антагонисты кальция + диуретик

		ингибиторы АПФ + блокатор рецепторов ангиотензина 64. Целевым значением ХС ЛПНП для пациентов с низким риском по Шкале SCORE является уровень < *3,0 ммоль/л 2,6 ммоль/л 1,4 ммоль/л 4,5 ммоль/л 65. Если пациенту на догоспитальном этапе выставлен острый коронарный синдром, в какой диагноз может трансформироваться ОКС в дальнейшем *острый инфаркт миокарда или нестабильную стенокардию стабильную стенокардию напряжения или впервые возникшую стенокардию постинфарктный кардиосклероз или хроническую аневризму левого желудочка жизнеугрожающие нарушения ритма и проводимости 66. Для профилактики приступов стенокардии при вазоспастической стенокардии рекомендуется назначать *антагонисты кальция бета-адреноблокаторы фибринолизин ингибиторы АПФ 67. Пороговый уровень АД для диагностики АГ по данным офисного измерения АД *≥140 и/или ≥90 мм рт. ст.

		>140 и/или >90 мм рт. ст. ≥135 и/или ≥85 мм рт. ст. ≥130 и/или ≥80 мм рт. ст. 68. Целевой уровень ХС ЛПНП, для пациента после операции реваскуляризации коронарных артерий, составляет < *1,8 ммоль/л 2,6 ммоль/л 3,0 ммоль/л 4,5 ммоль/л 69. Шкала SCORE оценивает сердечно-сосудистый риск на основании * пола, возраста, общего холестерина, систолического АД, статуса курения возраста, общего холестерина, систолического АД, статуса курения пола, общего холестерина, систолического АД, статуса курения пола, возраста, общего холестерина, систолического АД, ХС ЛПНП 70. При ОКС с подъемом сегмента ST предпочтительной реперфузионной стратегией в течение 90-120 минут от первого контакта с медицинским персоналом является *проведение первичного ЧКВ проведение системной тромболитической терапии на догоспитальном этапе с последующим проведением ЧКВ проведение системной тромболитической терапии коронарное шунтирование 71. Высокое нормальное АД диагностируется при АД

		*130/85 мм рт.ст. 140/90 мм рт.ст 120/80 мм рт.ст 119/79 мм рт.ст 72. АД 145/100 мм рт.ст. соответствует *АГ 2-ой степени АГ 1-ой степени АГ 3-ой степени высокому нормальному АД 73. Для выявления первичного поражения органов мишеней при АГ, всем пациентам рекомендуется проведение *ЭКГ суточного мониторирования ЭКГ ЭКГ-тест с нагрузкой исследование глазного дна 74. ЭКГ- признаком ГЛЖ согласно индексу Соколова-Лайона SV1+RV5/V6 является *> 35 мм > 38 мм ≥35 мм ≥38 мм 75. Изолированная систолическая артериальная гипертония – это АД

		*≥140 и <90 мм рт.ст. >140 и <90 мм рт.ст. ≥140 и ≤90 мм рт.ст. >140 и ≤90 мм рт.ст. 76. Бессимптомное поражение органов мишеней при АГ подразумевает наличие *ХБП III стадии с рСКФ 30-60 мл/мин/1,73м² кровоизлияния в мозг стенокардии ЧСС более 80 уд/мин в покое 77. Признаки типичной (несомненной) стенокардии напряжения подразумевают наличие *боли или дискомфорта в области грудины, возможно, с иррадиацией в левую руку, длительностью 2-5 мин, возникающей при физической нагрузке и проходящей через 1-3 мин после приема нитроглицерина боли или дискомфорта в области грудины, возможно, с иррадиацией в левую руку, длительностью более 30 мин, возникающей при физической нагрузке и не проходящей через 10-15 мин после приема нитроглицерина боли, локализующей попеременно справа и слева от грудины боли, носящей локальный характер 78. У пациентов с гипертоническим кризом, осложненным кардиогенным отеком легких рекомендовано *немедленное снижение САД ниже 140 мм рт. ст. немедленное снижение САД ниже 120 мм рт. ст. немедленное снижение САД ниже 160 мм рт. ст.

снижение на 20-25% от исходного в течение нескольких часов

79. Постинфарктная стенокардия – стенокардия, возникшая

*в первые 2 недели после инфаркта миокарда

в первые 12 недель после инфаркта миокарда

через 6 мес после инфаркта миокарда

через 12 месяцев после инфаркта миокарда

80. У пациентов с гипертоническим кризом, осложненным ОКС рекомендовано

*немедленное снижение САД ниже 140 мм рт. ст.

немедленное снижение САД ниже 120 мм рт. ст.

немедленное снижение САД ниже 160 мм рт. ст.

снижение на 20-25% от исходного в течение нескольких часов

81. Наиболее часто язвы в желудке локализуются

в кардиальном или субкардиальном отделах

#на малой кривизне

на большой кривизне

#в антральном отделе

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

рентгенография

портоманометрия

лапароскопия

		*фиброгастродуоденоскопия 83. Язвенная болезнь с локализацией рецидивирующей язвы в луковице 12-перстной кишки чаще протекает при наличии #высокой кислотной продукции низкой кислотной продукции #хронического антрального гастрита, ассоциированного с HP все перечисленное правильно 84. Показаниями к плановому оперативному лечению язвенной болезни являются язва, не рубцующаяся в течение месяца #пенетрирующая язва #часто кровоточащая язва желудка #хронические каллезные язвы с дисплазией эпителия в периульцерозной зоне 85. Для какого типа гастрита характерно обсеменение Helicobacter pylori? фундальный гастрит *антральный гастрит аутоиммунный гастрит химический (рефлюксный) гастрит 86. Симптомом продолжающегося эзофагогастродуоденального кровотечения не является: рвота "кофейной гущей" или свежей кровью ухудшение общего состояния больного и показателей гемодинамики

		снижение уровня гемоглобина. *появление в анализах крови повышенных лейкоцитов 87. H. pylori первоначально чаще поражает следующие отделы желудка субкардиальный отдел *антральный отдел тело желудка дно желудка 88. Наиболее часто при ХОБЛ используются *антихоолинергические препараты и бета2-агонисты антихоолинергические препараты бета2-агонисты пероральные глюкокортикостероиды 89. Нефармакологические методы терапии ХОБЛ включают все, кроме *вакцинации против пневмококковой инфекции прекращения курения легочной реабилитации кислородотерапии 90. Целью лечения ХОБЛ является все, кроме *обратного развития эмфиземы замедления прогрессирования заболевания устранения симптомов и улучшения качества жизни

		снижения летальности 91. Фенотип ХОБЛ с частыми обострениями диагностируется у пациентов с числом обострений за 1 год *≥2 ≥3 ≥4 ≥1 92. Ингаляционные глюкокортикоиды в составе двойной или тройной терапии при ХОБЛ могут быть назначены в случаях, когда *на фоне проводимой терапии бронхолитиками длительного действия возникают 2 и более среднетяжелых обострений в течение 1 года или хотя бы 1 тяжелое обострение, потребовавшее госпитализацию крайне тяжелое течение на фоне проводимой терапии бронхолитиками длительного действия возникают 1 и более среднетяжелых обострений в течение 1 года на фоне проводимой терапии бронхолитиками длительного действия возникают 2 и более тяжелых обострений, потребовавших госпитализацию 93. Препаратом выбора для эмпирической терапии внебольничной пневмонии у амбулаторных пациентов без сопутствующих заболеваний, не принимавших за последние 3 мес антибактериальной терапии ≥2 дней и не имеющих другие факторы риска, является *амоксициллин внутрь макролид внутрь амоксициллин/клавуанат внутрь амоксициллин/клавуанат в/в

		94. Всем пациентам с ХОБЛ рекомендуется ежегодная вакцинация против *гриппа пневмококковой инфекции менингококковой инфекции гриппа и пневмококковой инфекции 95. Всем амбулаторным пациентам с внебольничной пневмонией для оценки прогноза рекомендуется использовать шкалу *CRB-65 HAS-BLED PORT SMART-COP 96. Пикфлоуметрия это измерение *пиковой скорости выдоха дыхательного объема жизненной емкости легких остаточного объема 97. Для купирования легкого и среднетяжелого обострения бронхиальной астмы всем пациентам рекомендуется *многократное применение ингаляционных короткодействующих бета2-агонистов или комбинаций короткодействующих бета2-агонистов и ипратропия бромида эуфиллин внутривенно многократное применение ингаляций ипратропия бромида глюкокортикостероиды внутривенно

98. К критериям достаточности антибактериальной терапии внебольничной пневмонии относят следующее

*стойкое снижение температуры тела ≤37,2°С в течение не менее 48 ч

частота дыхания <22/мин

рассасывание пневмонической инфильтрации

прекращение кашля

99. В спирографической классификации ХОБЛ выделяют

*4 стадии

3 стадии

6 стадий

5 стадий

100. Основной патогенетический механизм развития внебольничной пневмонии является

*аспирация секрета ротоглотки

вдыхание аэрозоля, содержащего микроорганизмы

гематогенный

травматический

101. Основным возбудителем внебольничных пневмоний является

*Streptococcus pneumoniae

Staphylococcus aureus

Haemophilus influenzae

Pseudomonas aeroginosa

		102. Затяжной называют пневмонию, при которой длительность существования инфильтративных изменений в легочной ткани превышает *1 месяц 2 недели 6 месяцев 6 недель 103. Пациентам с бронхиальной астмой базисными препаратами являются *ингаляционные глюкокортикостероиды бета-2-агонисты антихолинэргические препараты муколитические препараты 104. За сутки может всосаться железа не более 0,5-1,0 мг *2,0-2,5 мг 4,0-4,5 мг 8-10 мг 105. Железо депонируется, в основном, в форме *ферритина трансферрина протопорфирина гема

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

кровопотерь при месячных

*хронического гастрита с пониженной секреторной функцией

геморроя

опухоли желудочно-кишечного тракта

107. Самой частой причиной развития железодефицитной анемии у мужчин является

*кровопотеря из желудочно-кишечного тракта

гломические опухоли

алкогольный гепатит

гематурическая форма гломерулонефрита

108. Определение содержания железа или ферритина в сыворотке крови у женщин производят

в период приема препаратов железа

*спустя неделю после отмены препаратов железа

спустя день после отмены препаратов железа

перед месячными

109. Обязательный лабораторный признак мегалобластной анемии

*гиперхромия эритроцитов

микроцитоз эритроцитов

глюкозурия

гиперурикемия

110. Наиболее вероятной причиной развития В12- дефицитной анемии из нижеперечисленных является

*инвазия широким лентецом

инвазия острицами

язвенная болезнь желудка

аппендицит

111. Для усвоения пищевого витамина В12 требуется

*внутренний фактор фундальной части желудка

здоровая селезенка

нормальное содержание сахара в крови

нормальная кишечная флора

112. В12-дефицитная анемия разовьется после гастрэктомии через

месяц

неделю

*2 года

6 месяцев

113. При В12 -дефицитной анемии отмечается

лейкоцитоз

лимфоцитоз

*полисегментация нейтрофилов

моноцитоз

		114. Больного В12 -дефицитной анемией следует лечить *всю его жизнь до нормализации уровня гемоглобина 1 год 3 месяца 115. Эффективность терапии В12- дефицитной анемии оценивается по *приросту ретикулоцитов на 3-5 день лечения приросту гемоглобина улучшению аппетита прибавке в массе тела 116. Анемия, при которой отмечается снижение гемоглобина в эритроците и сыворотке крови, является *железодефицитной В12–дефицитной апластической аутоиммунной гемолитической 117. В12–дефицитная анемия характеризуется *гиперхромией, макроцитозом, цитопенией гипохромией, микроцитозом нормохромией, нормоцитозом наличием бластных клеток

		118. При железодефицитной анемии в общем анализе крови наблюдается следующая характеристика эритроцитов *гипохромия гиперхромия микросфероцитоз окантоцитоз 119. Какие изменения размеров и формы эритроцитов характерны для ЖДА *микроциты, пойкилоцитоз серповидные эритроциты, анизоцитоз мегалоциты, пойкилоцитоз мишеневидные эритроциты, пойкилоцитоз 120. Для восстановления запасов железа при наличии железодефицитной анемии терапию препаратами железа следует проводить в течение *3-6 месяцев 2-х месяцев 3-х недель 5-7 дней 121. Всасывание железа в кишечнике наиболее интенсивно происходит *из мясных продуктов из фруктов из яблок из моркови

122. Выберите препарат, назначаемый для лечения В12-дефицитной анемии

*цианокобаламин

преднизолон

гепарин

метилдопа

123. Дефицит витамина В12 в отличие от дефицита фолиевой кислоты проявляется

*фуникулярным миелозом

макроцитарной анемией

гиперхромной анемией

мегалобластическим кроветворением

124. Показанием для парентерального введения препаратов железа является

*синдром мальдигестии

язвенная болезнь желудка в стадии ремиссии

повторная беременность

планируемое оперативное лечение миомы матки

125. Главная причина смерти больных на гемодиализе

вирусный гепатит

*сердечно-сосудистые заболевания

онкологические заболевания

диализный амилоидоз

126. Третьей А стадии хронической болезни почек (ХБП 3А) соответствует СКФ

<15 мл/мин/1,73 м2

15-29 мл/мин/1,73 м2

30-44 мл/мин/1,73 м2

*45-59 мл/мин/1,73 м2

127. К лекарственным препаратам, снижающим протеинурию, относятся

*ингибиторы АПФ

тиазидные диуретики

антагонисты кальция

антикоагулянты непрямого действия

128. Оценка функционального состояния почек по данным лабораторного исследования проводится по уровню

мочевины

*креатинина

остаточного азота

мочевой кислоты

129. Пиелонефрит наиболее часто сопровождается

гематурией

протеинурии

*бактериурией

образованием антител к базальной мембране клубочков

130. Для контроля эффективности диуретиков у больных с отечно-асцитическим синдромом наибольшее значение имеет оценка

*суточного диуреза

уровней креатинина и мочевины в сыворотке крови

уровней калия и натрия в сыворотке крови

окружности живота

131. Наиболее частым возбудителем инфекций мочевыводящих путей является

*кишечная палочка

микоплазмы

стафилококки

энтерококки

132. При хроническом гломерулонефрите показанием для проведения иммуносупрессивной терапии является

гематурия

почечная недостаточность

артериальная гипертензия

*нефротический синдром

133. При ультразвуковом исследовании симметричное увеличение в размерах обеих почек чаще отмечается при

гидронефрозе

мочекаменной болезни

*остром повреждении почек

		хронической почечной недостаточности 134. Гиперурикемия служит противопоказанием к назначению ингибиторов АПФ β-адреноблокаторов антагонистов кальция *тиазидных диуретиков 135. Абсолютным показанием к гемодиализу является суточный диурез менее 400 мл *уровень К крови более 6,5 ммоль/л уровень Na крови более 135 ммоль/л клубочковая фильтрация менее 25 мл/мин 136. Острое повреждение почек наиболее часто связано с приемом сердечных гликозидов антагонистов кальция *нестероидных противовоспалительных препаратов бензодиазепинов 137. При гемодинамически значимом двустороннем стенозе почечных артерий противопоказаны блокаторы кальциевых каналов агонисты имидазолиновых рецепторов *ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента диуретики

		138. Клиническим признаком нарушения периферической перфузии при кардиогенном шоке является полиурия *олигурия брадикардия гиперемия кожных покровов 139. Изменения на ЭКГ при гиперкалиемии проявляются *высоким остроконечным зубецом Т депрессией сегмента ST инверсией зубца Т тахикардией 140. Основной морфологической и функциональной единицей почки является чашечно-лоханочная система сосудистый клубочек почечные канальцы *нефрон

3.3. Ситуационные задачи по дисциплине Б1.О.24 Внутренние болезни

Ситуационная задача №1 и оценочный лист к ситуационной задаче №1 по дисциплине Б1.О.24 Внутренние болезни.

Вид	**Код**	**Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст элемента ситуационной задачи**
С	32.05.01	Медико-профилактическое дело
К	УК-1	Способен осуществлять критический анализ проблемных ситуаций на основе системного подхода, вырабатывать стратегию действий
К	ОПК-5	Способен оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека для решения профессиональных задач
К	ОПК-9	Способен проводить донозологическую диагностику

		заболеваний для разработки профилактических мероприятий с целью повышения уровня здоровья и предотвращения заболеваний
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, МСН 21 пг/эр, МСНС 27 г/дл, железо сыворотки 5,1 мкмоль/л, ОЖСС 92 мкмоль/л, коэффициент насыщения трансферрина железом 15%, ферритин сыворотки 7,4 мкг/л.
В	1	Укажите основной клинико-лабораторный синдром, чем он проявляется?
Э		У больной имеются проявления анемического синдрома – слабость, повышенная утомляемость головокружение при перемене положения тела, приглушенные тоны сердца, дующий систолический шум на верхушке сердца, одышка. Сидеропенический синдром (тканевый дефицит железа) проявляется сухостью кожи, ломкостью и выпадением волос, недержанием мочи при кашле.
Р2	отлично	Правильно называет синдромы, полностью указывает их клинические проявления, обязательно отмечает сочетание общеанемического синдрома с синдромом сидеропении.
Р1	хорошо/ удовлетворительно	Указываются дескрипторы неполного ответа на вопрос Для оценки «хорошо»: знает общеанемический и сидеропенический синдромы, не полностью перечисляет клинические проявления; не все критерии называет правильной терминологией; для оценки «удовлетворительно»: правильно называет анемический синдром, не знает его клинических проявлений, не знает клинических проявлений синдрома сидеропении.
Р0	неудовлетворительно	Не знает основных синдромов, не знает их клинических признаков, не владеет специальной терминологией
В	2	Сформулируйте предварительный диагноз
Э		Железодефицитная анемия средней степени тяжести на фоне гиперменореи.

Р2	отлично	Формулирует диагноз правильно и полностью с указанием степени тяжести; может в диагнозе не указать гиперменорею (меноррагии)
Р1	хорошо/ удовлетворительно	Указываются дескрипторы неполного ответа на вопрос Для оценки «хорошо»: формулирует диагноз правильно, не правильно указывает степень тяжести; для оценки «удовлетворительно»: формулирует диагноз «анемия», не знает форму заболевания и не указывает на степень тяжести.
Р0	неудовлетворительно	Не может сформулировать диагноз
В	3	Дайте оценку анемии по лабораторным показателям и охарактеризуйте параметры обмена железа у больной
Э		Гипохромная (МСН 21 пг/эр, МСНС 27 г/дл) микроцитарная (MCV 74 fl) анемия. У больной отмечается снижение уровня гемоглобина до 82 г/л, что указывает на среднюю степень тяжести анемии, снижение эритроцитов до 3,5 Т/л. Дефицит железа доказан изменением показателей, характеризующих обмен железа: снижение сывороточного железа до 5,1 мкмоль/л, ферритина (7,4 мкг/л), коэффициента насыщения трансферрина (15%), повышение общей железосвязывающей способности сыворотки до 92 мкмоль/л.
Р2	отлично	Перечисляет в полном объеме лабораторные критерии анемии и дефицита железа, выявленные у пациентки, правильно интерпретирует лабораторные данные, знает нормальные значения лабораторных показателей.
Р1	хорошо/ удовлетворительно	Указываются дескрипторы неполного ответа на вопрос Для оценки «хорошо»: перечисляет не в полном объеме лабораторные критерии анемии и дефицита железа, интерпретирует лабораторные данные с 1-2 ошибками, знает нормальные значения лабораторных показателей; для оценки «удовлетворительно»: может оценить 2-3 лабораторных показателя, не знает референсных значений гемоглобина и эритроцитов.
Р0	неудовлетворительно	Не может охарактеризовать анемию по лабораторным критериям, не знает показателей обмена железа.
В	4	С какими анемиями надо проводить дифференциальный диагноз?
Э		Наиболее часто гипохромия эритроцитов встречается при железодефицитных анемиях (ЖДА). Другими причинами могут быть талассемии, анемии хронических заболеваний (АХЗ). Талассемия – мишеневидные эритроциты в крови, нормальное или повышенное содержание железа в крови, 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/ удовлетворительно	Указываются дескрипторы неполного ответа на вопрос Для оценки «хорошо»: проводит дифференциальный диагноз с наиболее 2 часто встречающимися анемиями, правильно выстраивает диагностический поиск, не точен в характеристике клинических и лабораторных проявлений различных анемий; для оценки «удовлетворительно»: называет, с какими анемиями можно дифференцировать ЖДА, но не может провести дифференциальный диагноз.
Р0	неудовлетворительно	Не знает нозологии для дифференциального диагноза, не может провести дифференциальный диагноз.
В	5	Назначьте лечение в соответствии с клиническими рекомендациями по терапии больных с данной патологией
Э		Диета, богатая железом (красное мясо). Надо помнить, без применения препаратов железа устранить ЖДА невозможно. Лечение пероральными железосодержащими препаратами (2-х и 3-х валентными): 1 этап: устранение дефицита железа и анемии, 2 этап: восполнение запасов железа, 3 этап: противорецидивная терапия. Лечение анемии: препараты железа, например, железа полимальтозат, жевательные таблетки по 100-150 мг в день перорально вместе с едой до нормализации уровня гемоглобина (1-3 месяца). Восстановление депо железа: суточные дозы препаратов железа 50-100 мг ежедневно перорально до нормализации уровня ферритина (в среднем 3-4 месяца). Профилактическое лечение: 7-10 дней после менструаций в лечебных дозировках. Обязательна консультация и наблюдение у гинеколога.
Р2	отлично	Назначает лечение в соответствии с клиническими рекомендациями, знает формы и дозировки препаратов, назначает железо с лечебной и профилактической целью, указывает на важность диеты.
Р1	хорошо/ удовлетворительно	Указываются дескрипторы неполного ответа на вопрос Для оценки «хорошо»: знает разные формы препаратов железа, знает дозировки, указывает на необходимость перорального приема препаратов железа, не назначает лечение для восстановления запасов железа, не назначает профилактическое лечение; для оценки «удовлетворительно»: использует для лечения препараты железа, не знает схему назначения, дозировки, допускает ошибки в тактике лечения.
Р0	неудовлетворительно	Не может назначить лечение в соответствии с клиническими рекомендациями, не знает схемы терапии препаратами железа, не знает лекарственные формы и дозировки препаратов железа.
О	Итоговая оценка	

А	Ф.И.О. автора-составителя	Д-р мед. наук Кабалык М.А.

Ситуационная задача №2 и оценочный лист к ситуационной задаче №2
по дисциплине Б1.О.24 Внутренние болезни.

Вид	**Код**	**Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст элемента ситуационной задачи**
С	32.05.01	Медико-профилактическое дело
К	УК-1	Способен осуществлять критический анализ проблемных ситуаций на основе системного подхода, вырабатывать стратегию действий
К	ОПК-5	Способен оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека для решения профессиональных задач
К	ОПК-9	Способен проводить донозологическую диагностику заболеваний для разработки профилактических мероприятий с целью повышения уровня здоровья и предотвращения заболеваний
И		**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
У		Текст задачи
		Мужчина, 59 лет, на приеме у стоматолога жалуется на периодические давящие боли за грудиной, с иррадиацией в левую руку и лопатку, возникающие при ходьбе в пределах 200 м и/или подъеме на 1 этаж, практически ежедневно. Боль купируется самостоятельно после прекращения физической нагрузки или приѐма 1-2 таблеток нитроглицерина спустя 2-3 минуты. **Анамнез заболевания:** впервые давящие боли за грудиной при умеренной физической нагрузке возникли около 3-х лет назад. Через год обратился к терапевту в платную консультативную поликлинику. Было назначено обследование (результаты представил) и лечение. За последние 6-8 месяцев отметил учащение приступов загрудинной боли и снижение переносимости физической нагрузки. Принимает Нитроглицерин (нитро-спрей) для купирования болей до 2-3 раз в день, Кардикет 20 мг 2 раза в день, Аспирин 100 мг на ночь. Назначенные 3 года назад терапевтом статины принимал кратковременно, последние два года не принимает. **Анамнез жизни:** курит около 20 лет, по 1 пачке в день. Наследственность: отец умер в возрасте 62 лет от инфаркта миокарда. **Объективно:** Общее состояние удовлетворительное. Нормостенической конституции. ИМТ 26 кг/м2. Периферических отѐков нет. ЧДД - 18 в минуту, в лѐгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца при перкуссии: правая - правый край грудины в IV межреберье, верхняя – III межреберье, левая – на 1,0 см кнутри от левой среднеключичной линии в V межреберье. Тоны сердца – I тон приглушен на верхушке, ритм правильный, шумов нет. ЧСС – 82 удара в мин. АД - 135/80 мм рт. ст. Печень и селезѐнка не пальпируются. Симптом поколачивания по

		поясничной области отрицательный. Стул, диурез без особенностей. Представил результаты обследования 2-х летней давности: общий холестерин - 6,6 ммоль/л ЭКГ: Ритм синусовый, 70 в мин, единичная желудочковая экстрасистола. ЭХОКГ: Полости сердца не расширены, глобальная сократимость миокарда не снижена. ФВ 63%
В	1	Сформулируйте предварительный диагноз и обоснуйте его.
Э		1.ИБС. стенокардия. Коронарогенная давящая боль за грудиной с иррадиацией в левую руку, спину, челюсть, собственно эпигастральную область, тесно связанная с физической нагрузкой и/или эмоциональным стрессом, полностью купирующаяся после прекращения физической нагрузки или приемом нитроглицерина. 3.Стабильная Стабильный характер – порог физической нагрузки неизменен на протяжении последних 6-8 месяцев 4.ФК 3. 3 ф. кл. – боль, возникшая при ходьбе на 100-200 м или подъеме на 1 этаж согласно классификации Канадского сердечно-сосудистого общества;
Р2	отлично	Указываются дескрипторы полного ответа на вопрос Указаны и обоснованы 4 пункта формулировки диагноза
Р1	Хорошо / удовлетворительно	Указываются дескрипторы неполного ответа на вопрос Для оценки «хорошо» - Указаны и обоснованы 3 пункта формулировки диагноза для оценки «удовлетворительно» - Указаны и обоснованы 3 пункта формулировки диагноза
Р0	неудовлетворительно	Указываются дескрипторы неправильного ответа на вопрос – Не правильно сформулирован диагноз
В	2	Составьте план обследования пациента. Обоснуйте.
Э	-	Правильный ответ на вопрос. А. Лабораторные методы обследования 1.Клинический анализ крови, 2.биохимический анализ крови (глюкоза, креатинин, мочевина, общий билирубин, АСТ, АЛТ), 3.ТТГ, Т4 свободный, 4.ХС и липидный профиль, Б. Инструментальные методы обследования 1.ЭКГ, 2. ЭХОКГ, 3. Холтеровское мониторирование ЭКГ.
Р2	отлично	Указываются дескрипторы полного ответа на вопрос - Указаны раздела А и Б в полном объеме
Р1	хорошо / удовлетворительно	Указываются дескрипторы неполного ответа на вопрос Для оценки «хорошо» - указаны не в полном объеме разделы А или Б; для оценки «удовлетворительно» - указан разделы А или Б;
Р0	неудовлетворительно	Указываются дескрипторы неправильного ответа на вопрос – не указаны разделы А и Б

В	3	При дообследовании пациента по результатам ЭХОКГ выявлены признаки атеросклероза аорты, снижение глобальной сократительной способности миокарда до 49%; по данным Холтер-ЭКГ средняя ЧСС за сутки 85 в мин., редкие желудочковые экстрасистолы, диагностически значимого изменения сегмента ST за весь период наблюдения не выявлено. Лабораторно общий холестерин 6,9 ммоль/л, ЛПНП 4,7 ммоль/л. Определите дальнейшую тактику обследования данного пациента.
Э		1. консультация кардиолога 2. цель консультации - проведении ИКАГ
Р2	отлично	Указываются дескрипторы полного ответа на вопрос – указаны и обоснованы оба пункта: консультация кардиолога и проведения ИКАГ (снижение сократительной способности миокарда по данным ЭХОКГ), высокий уровень ЛПНП.
Р1	хорошо / удовлетворительно	Указываются дескрипторы неполного ответа на вопрос Для оценки «хорошо» - нечетко обоснованы показания пункта 1, указана необходимость пункта 2; для оценки «удовлетворительно» - обоснованы показания пункта 1, не указано показание пункта 2.
Р0	неудовлетворительно	Указываются дескрипторы неправильного ответа на вопрос – не указаны пункты 1 и 2.
В	4	Оцените медикаментозную терапию, получаемую пациентом. Обоснуйте коррекцию терапии при необходимости.
Э		1. Пациент не получает БАБ (ЧСС при осмотре 82 в минуту, среднесуточная ЧСС по Холтер-ЭКГ 85 в мин.). Необходимо назначение БАБ в дозе, необходимой для достижения целевых значений ЧСС (от 55 до 65 в минуту) 2. Пациент не получает статины. Назначение статинов в адекватной дозе до достижения целевого значения ЛПНП 1,8 ммоль/л.
Р2	отлично	Указываются дескрипторы полного ответа на вопрос – указаны правильно и обоснованы пункт 1 и 2.
Р1	хорошо/ удовлетворительно	Указываются дескрипторы неполного ответа на вопрос Для оценки «хорошо» - указаны оба пункта, нечетко обосновано их назначение; для оценки «удовлетворительно» - указан и обоснован пункт 1 или 2
Р0	неудовлетворительно	Указываются дескрипторы неправильного ответа на вопрос – указана без обоснования один из пунктов.
В	5	Назовите основные факторы развития атеросклероза у данного больного
Э		Правильный ответ на вопрос *Немодифицируемые факторы риска:* 1. Возраст >55 лет 2. Мужской пол 3. Отягощенная наследственность по ССЗ *Модифицируемые факторы риска* 4. Курение 5. Гиперхолистеринемия

		6. Ожирение 7. Малоподвижный образ жизни 8. Высокий уровень стресса и эмоциональное перенапряжение 9. Нерациональное (нездоровое) питание, в т.ч низкое потребление сложных углеводов (овощей, круп и пр.)
P2	отлично	Указываются дескрипторы полного ответа на вопрос – указаны все факторы риска
P1	хорошо/ удовлетворительно	Указываются дескрипторы неполного ответа на вопрос Для оценки «хорошо» - указаны 8 из 9 факторов риска; для оценки «удовлетворительно» - указаны 6 из 9
P0	неудовлетворительно	Указываются дескрипторы неправильного ответа на вопрос – указаны меньше 50 %
O	Итоговая оценка	
A	Ф.И.О. автора-составителя	Д-р мед. наук Кабалык М.А.

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, еслион не освоил обязательного минимума знаний предмета, не способен ответить на вопросы даже при дополнительных наводящих вопросах экзаменатора.