Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Стегний Кирилл Владимирович
Должность: И.о. ректора
Дата подписания: 12.10.2026 15:05:12
Уникальный программный ключ:
d59234ba928aea5c04c54eb9013e367220b6b2ae

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

«УТВЕРЖДАЮ»
Директор института

_____ /Невзорова В.А./

«29» июня 2026г.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
Дисциплины Б1.О.08 Коморбидность в практике врача терапевта

Специальность	31.08.49 Терапия
Уровень подготовки	ординатура
Направленность подготовки	02 Здравоохранение (в сфере терапии)
Форма обучения	очная
Срок освоения ООП	2 года
Институт	терапии и инструментальной 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 сформированности у обучающихся установленных в ФГОС ВО и определенных в основной образовательной программе высшего образования 31.08.49 Терапии **общепрофессиональных (ОПК) компетенций**

https://tgmu.ru/sveden/files/mem/31.08.49_Terapiya(6).pdf

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 Оценка практических навыков
2.	Промежуточная аттестация	

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

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

3.1. Тестовые задания по дисциплине Б1.О.08 Коморбидность в практике врача терапевта

Код компетенции ОПК-1,

1. В каком случае корректно говорить о коморбидности (мультиморбидности, полиморбидности) у конкретного пациента?
1) при наличии 2-х и более заболеваний;+
2) при наличии 3-х и более заболеваний;
3) при наличии одного заболевания;
4) при наличии одного заболевания с множественными его клиническими проявлениями.

2. В чем преимущества назначения фиксированных комбинаций лекарственных средств мультиморбидным пациентам?
1) легче выявить лекарственный препарат, на который развилась побочная реакция;
2) легче изменять дозировки, их соотношение дозировок и времени приема препаратов различных групп;
3) меньше риск низкой приверженности лечению и несоблюдения схемы приема препаратов;+
4) увеличение финансовых затрат на медикаментозное лечение.

3. В чем сложность выбора терапевтом оптимального варианта фармакотерапии мультиморбидного пациента?
1) более высокий потенциальный риск побочных эффектов фармакотерапии;+
2) возможная суммация нескольких относительных противопоказаний к назначению лекарственных препаратов;+

3) нет дополнительных сложностей;
4) противопоказано применение фиксированных комбинаций лекарственных средств.

4. В шкале SCORE для оценки сердечно-сосудистого риска отсутствует показатель
1) возраст;
2) глюкоза крови;+
3) общий холестерин;
4) систолическое АД.

5. Для врачей какой специальности регламентирована основная нагрузка по наблюдению, лечению пациентов с коморбидностью терапевтического профиля, включая сочетанные ССЗ?
1) кардиолог, терапевт, хирург;
2) семейный врач, кардиолог, гастроэнтеролог;
3) участковый терапевт, врач общей практики, семейный врач.+

6. К метаболическому синдрому относятся
1) артериальная гипертония и дислипидемия;+
2) нарушение толерантности к глюкозе и абдоминальное ожирение;+
3) нарушение толерантности к глюкозе и депрессия;
4) повышение уровня триглицеридов в крови и анемия.

7. Какая антитромботическая терапия показана после коронарного стентирования у больных со стабильной ИБС в сочетании с АГ, ХСН, но без ФП?
1) монотерапия клопидогрелем, тикагрелором или прасугрелом;
2) монотерапия препаратами ацетилсалициловой кислоты;
3) сочетание ацетилсалициловой кислоты с клопидогрелом;+
4) сочетание ацетилсалициловой кислоты с тикагрелором или прасугрелом.

8. Какая медикаментозная терапия предпочтительна при сочетании АГ, ИБС и ХСН?
1) иАПФ/БРА в комбинации с β-АБ при ИБС (ПИКС) и ХСН (при ФВ < 40%);+
2) комбинация АК и диуретика;
3) спиронолактон при АГ и ХСН (при нормальной ФВ);
4) статины при сочетании 2 и более ССЗ.

9. Какие антиаритмические препараты не рекомендованы для пациентов с ИБС?
1) IA;
2) IC;+
3) II;
4) III.

10. Какие заболевания включает в себя неалкогольная жировая болезнь печени?
1) синдром Жильбера, неалкогольный стеатогепатит (НАСГ) и цирроз печени;
2) стеатоз, неалкогольный стеатогепатит (НАСГ) и поликистоз печени;
3) стеатоз, неалкогольный стеатогепатит (НАСГ) и цирроз печени;+
4) стеатоз, неалкогольный стеатогепатит (НАСГ), гемохроматоз и цирроз печени.

11. Какие принципы лечения метаболического синдрома?
1) медикаментозное лечение не показано;
2) начало лечения с коррекции факторов риска;+
3) одномоментное применение методов немедикаментозного и медикаментозного лечения всем пациентам;

4) одномоментное применение методов немедикаментозного и медикаментозного лечения всем пациентам возможно при тяжелых метаболических нарушениях.+

12. Какие факторы риска наиболее ассоциированы с ранним развитием коморбидности?
1) возраст;
2) отягощенная наследственность;+
3) поведенческие факторы риска и ожирение;+
4) пол.

13. Какие шкалы/индексы целесообразно использовать для определения прогноза у коморбидных пациентов?
1) индекс Charlson;+
2) фрамингемская шкала риска (ATP-III);
3) шкала Grace 2.0;
4) шкала оценки клинического состояния (ШОКС).

14. Какова минимальная продолжительность двойной антитромботической терапии после коронарного стентирования у больных со стабильной ИБС, АГ, ХСН без ФП?
1) 1 месяц;+
2) 12 месяцев;
3) 3 месяца;
4) 6 месяцев.

15. Какова минимальная рекомендуемая продолжительность тройной антитромботической терапии у больных со стабильной ИБС, АГ, ХСН без ФП при плановом стентировании коронарных артерий?
1) 1 месяц;+
2) 12 месяцев;
3) 3 месяца;
4) 6 месяцев.

16. Какова рекомендуемая продолжительность двойной антитромбоцитарной терапии после коронарного стентирования у больных со стабильной ИБС, АГ, ХСН без ФП (если нет оснований для ее сокращения или продления)?
1) 12 месяца;
2) 24 месяцев;
3) 3 месяц;
4) 6 месяцев.+

17. Какое медикаментозное лечение неалкогольной жировой болезни печени рекомендовано?
1) применение гепатопротекторов;
2) применение гепатопротекторов и урсодезоксихолиевой кислоты;
3) применение гепатопротекторов, статинов и урсодезоксихолевой кислоты;
4) применение статинов и урсодезоксихолевой кислоты.+

18. Какой из НПВП имеет наименьший риск развития желудочно-кишечных кровотечений, язв, диспепсии и железодефицитной анемии, в том числе у больных с факторами риска?
1) диклофенак;
2) ибупрофен;
3) кеторолак;
4) целекоксиб.+

19. Какой из лекарственных препаратов следует в первую очередь назначить мультиморбидному пациенту?
1) с доказанным благоприятным действием на качество жизни при двух и более из имеющихся заболеваний;
2) с доказанным благоприятным действием на качество жизни при одном из заболеваний;
3) с доказанным благоприятным действием на прогноз при двух и более из имеющихся заболеваний;+
4) с доказанным благоприятным действием на прогноз при одном из имеющихся заболеваний.

20. Какой класс показаний к назначению ацетилсалициловой кислоты в дозе 75-162 мг/сут. при сочетании стабильной ИБС и СД, при отсутствии противопоказаний?
1) I A;+
2) I B;
3) II B;
4) III A.

21. Методы профилактики осложнений, связанных с приемом НПВП
1) применение низких доз ацетилсалициловой кислоты при низком риске ССО;
2) совместное назначение гепатопротекторов;
3) совместное назначение ингибиторов протонной помпы;+
4) совместное применение иАПФ с нефропротективной целью.

22. Назначение какого НПВП не ассоциируется со значительным повышением риска сердечно-сосудистой смертности?
1) кеторолака;
2) напроксена;+
3) нимесулида;
4) пироксикама.

23. Нерациональной комбинацией антигипертензивных средств считается
1) β-адреноблокатор и антагонист кальция дигидропиридинового ряда;
2) β-адреноблокатор и антагонист кальция недигидропиридинового ряда;+
3) ингибитор АПФ и диуретик;
4) сартан и диуретик.

24. Пациентам с артериальной гипертонией и инфарктом миокарда в анамнезе в первую очередь следует назначить
1) α1-адреноблокаторы;
2) антагонисты кальция;
3) диуретики;
4) ингибиторы АПФ.+

25. Показанием к назначению иАПФ у пациентов со стабильной стенокардией напряжения являются
1) сопутствующая ХСН;+
2) сопутствующая фибрилляция предсердий;
3) сопутствующий атеросклероз брахиоцефальных артерий;
4) сопутствующий периферический атеросклероз.

26. Препаратами выбора для лечения АГ у пациентов с подагрой являются
1) β-адреноблокаторы;
2) прямые ингибиторы ренина;
3) сартаны;+
4) тиазидные диуретики.

27. При выборе иАПФ для лечения пациентов с ХСН и нарушением функции почек следует отдать предпочтение
1) каптоприду;
2) лизиноприлу;
3) периндоприлу;
4) фозиноприлу.+

28. Принципы лечения тиреотоксической ФП у пациентов с ГБ
1) ФП носит необратимый характер;
2) выбор антиаритмического препарата не зависит от наличия тиреотоксикоза;
3) сочетание антиаритмической и тиреостатической терапии;+
4) фармакологическая или электрическая кардиоверсия проводится вне зависимости от достижения эутиреоза.

29. Принципы терапии нарушений ритма и проводимости сердца у коморбидных больных
1) влияние на основное заболевание с учетом понимания механизмов аритмогенеза;+
2) возможно игнорирование появления новых симптомов на фоне лечения;
3) тактика медикаментозной терапии не зависит от фактора коморбидности;
4) учет межлекарственного взаимодействия.+

30. Что оценивают по шкале SCORE?
1) 10-летний риск нефатальных сердечно-сосудистых осложнений;
2) 10-летний риск сердечно-сосудистой смерти;+
3) 15-летний риск сердечно-сосудистой смерти;
4) 5-летний риск смерти.

Шкала оценивания

«Отлично» -90% и более правильных ответов на тестовые задания каждого уровня
«Хорошо» - 80-89% правильных ответов на тестовые задания каждого уровня
«Удовлетворительно» - 70-79% правильных ответов на тестовые задания каждого уровня
«Неудовлетворительно» - 69% и менее правильных ответов на тестовые задания каждого уровня

3.2. Ситуационные задачи по дисциплине Б1.О.08 Коморбидность в практике врача терапевта

Задача № 1
Код компетенции ОПК-1,
Пациентке Л. 58 лет, ИМТ = 32, ОТ = 100 см, беспокоят эпизоды повышения АД до 160/90 мм рт ст, боли в правом подреберье, сухость кожи, грибковое поражение ногтевых пластинок на пальцах нижних конечностей, кожный зуд, при обследовании сахар крови 6,8 ммоль/л, общий холестерин 7,0 ммоль/л, ЛПНП - 3,9 ммоль/л, ЛПВП – 0,9 ммоль/л, ТГ - 2,26 ммоль/л, УЗИ брюшной полости – заключение: Стеатоз печени.
Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Нужно ли проводить тест толерантности к глюкозе и суточное мониторирование АД?
3. Являются выявленные патологические изменения коморбиными?
4. Тактика лечения пациента

Эталон ответов:

1. Ожирение 1 степень. Артериальная гипертензия 2 степень? Неалкогольная жировая болезнь печени. Нарушение гликемии натощак. Дислипидемия.
2. Необходимо проведение теста нагрузки с глюкозой для возможного выявления СД 2 типа, при наличии возможности проведение СМАД для уточнения диагноза АГ.
3. Данные патологические состояния являются коморбидными, учитывая наличие у пациентки абдоминального ожирения, АГ, нарушения углеводного обмена, дислипидемии, стеатоза печени – метаболический синдром
4. Снижение массы тела (рекомендации по снижению моносахаридов, жиров в пище, дозированная физическая нагрузка), гипотензивные препараты, метформин, возможно агонисты ГПП-1 для снижения массы тела и снижения сердечно-сосудистого риска, статины..

Задача № 2

Код компетенции ОПК-1,

Пациент Л, 60 лет, был направлен на консультацию . выставлен диагноз: Сахарный диабет 2 тип. Целевой НвА1с <8,0%. Диабетическая нефропатия. Нефротический синдром. Артериальная гипертония 3 ст., риск 4. Гиперхолестеринемия. ХБП С3а А3. ХСН 2А, ФК 2.

Вопросы:

1. Дайте характеристику функции почек; какой показатель СКФ соответствует 3а стадии?
2. Что означает стадия А3; охарактеризуйте её ?
3. Дайте рекомендации по образу жизни.
4. Какие липидмодифицирующие средства являются препаратами выбора?
5. Какие специалисты должены наблюдать этого пациента?
6. Оценить комбинированный риск сердечно-сосудистых событий и тХПН у больного в зависимости от категории СКФ и альбуминурии?
7. Укажите необходимую частоту контроля у больного СКФ и альбуминурии.

Эталоны ответов:

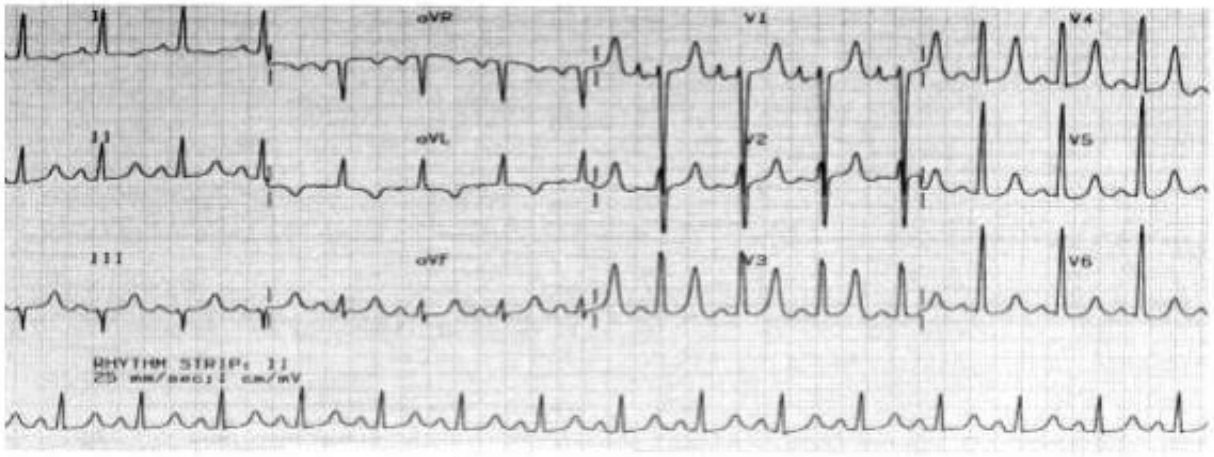
1. Функция почек умеренно сниженная; СКФ=45-59 мл/мин/1,73 м2 (CKD-EPI).
2. Стадия альбуминурии; «высокая и очень высокая альбуминурия» - суточная экскреция альбумина с мочой ≥300мг/сут; отношение Ал/Кр мочи ≥300мг/г (≥30 мг/ммоль).
3. Избегать переохлаждений, не принимать лекарственные препараты (травы, БАДы) без назначения врача. Ограничение поваренной соли до 5 г/сут., жидкости до 2 л/сут.; ограничение легкоусвояемых углеводов, насыщенных жиров; малобелковая диета – 0,6 г белка на 1 кг массы тела в сутки.
4. Препараты выбора – статины с минимальной почечной экскрецией – аторвастатин, флувастатин и питавастатин.
5. Необходимо наблюдение терапевта, нефролога, кардиолога, эндокринолога.
6. Очень высокий риск.
7. Частота контроля СКФ и альбуминурии – 3 раза в год.

Задача № 3

Код компетенции ОПК-1,

Пациентка К., 50 лет, обратилась к терапевту поликлиники с жалобами на изжогу, тошноту, периодически – рвоту, отсутствие аппетита, кожный зуд. Ранее заболеваниями ЖКТ не страдала. Более 20 лет назад был диагностирован хронический пиелонефрит, латентное течение, после чего больная не обследовалась и не лечилась. Объективно: больная несколько пониженного питания, кожные покровы сухие, со следами расчесов. Симптомов

раздражения брюшины нет, пальпация живота слабо болезненна в эпигастрии, печень, 50 селезенка не увеличены. АД 160/100 мм рт. ст., ЧСС 100 в мин. Диурез 700 мл/сут., моча светлая, удельный вес 1008, белок 0,165 г/л, лейкоциты и эритроциты – единичные в поле зрения. В общем анализе крови – признаки анемии. Биохимия крови: глюкоза 4,2 ммоль/л, мочевина 18,2 ммоль/л, креатинин 0,44 ммоль/л, общий белок 62 г/л., калий 6,7 ммоль/л. Произведено ЭКГ-исследование:



Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Проведите интерпретацию ЭКГ.
3. Какие дополнительные методы исследования необходимы для уточнения диагноза и тяжести состояния больной?
4. Какие патологические изменения требуют немедленной коррекции у данной больной?
5. Наметьте план лечения.

Эталон ответа:

1. У больной имеются симптомы терминальной стадии хронической недостаточности почек, развившейся, вероятно, как следствие хронического пиелонефрита. Предварительный диагноз: Хронический пиелонефрит. Симптоматическая артериальная гипертензия. ХБП 5 ст А3.
2. Признак гиперкалиемии: «гигантские» в V1-V6. Признаки гипертрофии левого желудочка. Очаговые изменения в передней стенке.
3. Исследование СКФ (CKD-EPI), контроль уровня калия, кальция, фосфора, натрия, хлоридов, щелочной фосфатазы, паратгормона, железа сыворотки, железосвязывающей способности сыворотки крови, трансферрина, липидный профиль, реакция Грегерсена, УЗИ почек, радиоизотопная нефросцинтиграфия, ЭХОКГ, Ro -графия органов грудной клетки, консультация окулиста (осмотр глазного дна). С учетом наличия симптомов вторичного поражения ЖКТ, показано проведение ФГДС. Экскреторная урография противопоказана. Консультация нефролога.
4. Представляет опасность высокая гиперкалиемия, которая может вызвать нарушения ритма сердца, вплоть до желудочковой фибрилляции. Необходимо введение препаратов кальция (внутривенное введение 10% раствора (10 мл) глюконата кальция в течение 5 минут каждые 2-3 ч) под контролем уровня калия в сыворотке, ЭКГ. При повышении уровня калия выше 7 ммоль/л – консервативные мероприятия являются неэффективными, показан гемодиализ.
5. Ограничение потребления белка до 50 – 60 г/сут, поваренной соли до 5 г/сут., исключение продуктов питания, богатых калием (бананы, курага, изюм, цитрусовые, картофель, зелень, фруктовые, овощные соки и др.). Нормализация АД до целевого уровня. С учетом высокого уровня креатинина крови и наличия гиперкалиемии, назначение ингибиторов АПФ/АРА противопоказано, показаны антагонисты кальция недигидропиридиновые или селективные липофильные бета-блокаторы, петлевые диуретики. Показано назначение энтеросорбентов

(энтеродез, ионообменные смолы, полифепан, лактофильтрум). После исследования СКФ, консультации нефролога - решение вопроса о назначении ЗПТ. При наличии гиперлипидемии – препараты группы статинов. С учетом поражения ЖКТ – невсасывающиеся антациды, при неэффективности – ингибиторы протонной помпы.

3.3. Чек-листы оценки практических навыков по дисциплине Б1.О.08 Коморбидность в практике врача терапевта

Название практического навыка

Проведение обследования пациента с терапевтической патологией

С	31.05.49 Терапия

Чек-лист оценки практических навыков. Аускультация сердца

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

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

Чек-лист оценки практических навыков. Аускультация легких

	Действие	Проведено	Не проведено
1.	Пациенту предлагается освободить грудную клетку от одежды и принять вертикальное положение, сидя на стуле	1 балл	- 1 балл
2.	Пациенту предлагается дышать форсированно (до 25 раз в минуту, приоткрытым ртом)	1 балл	-1 балл
3.	Проводится аускультация легких на симметричных участках грудной клетки в надключичных областях,	2 балла	- 2 балла, выполнено не в полном объеме

	затем в I, II, III м/р справа и слева по срединно-ключичной линии, в IV, V м/р по срединно-ключичной линии справа		- 1 балл
4.	Пациенту предлагается поднять руки и сложить их в замок за голову	1 балл	- 1 балл
5.	Проводится аускультация легких на симметричных участках грудной клетки в подмышечных ямках, затем в IV, V, VI, VII, VIII м/р справа и слева по средней подмышечной линии	2 балла	- 2 балла выполнено не в полном объеме - 1 балл
6.	Пациенту предлагается скрестить руки на груди, ладони положить на плечи и слегка наклонить туловище вперед	1 балл	- 1 балл
7.	Проводится аускультация легких на симметричных участках грудной клетки в надлопаточных областях, затем на уровне верхней, средней и нижней трети межлопаточной области по околопозвоночным линиям справа и слева, затем по паравертебральной и лопаточной линиям в VII, VIII, IX м/р справа и слева. Дать заключение, соответствующее норме.	2 балла	- 2 балла выполнено не в полном объеме - 1 балл
	Итого	10	

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

4. Критерии оценивания результатов обучения

Промежуточная аттестация проводится в виде **зачета с оценкой.**

Критерии оценивания:

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

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

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

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