

Документ подписан простой электронной подписью

Информация о владельце:

ФИО: Шуматов Валентин Борисович

Должность: Ректор

Дата подписания: 05.04.2024 12:25:44

Уникальный программный ключ:

1cef78fd73d75dc6ecf72fe1eb94f0e387a2985d2657b784e019bf8a794cb4

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Тихоокеанский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

«УТВЕРЖДАЮ»

Директор института

 / Невзорова В.А.
« 07 » июня 2023г.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
Дисциплины Б1.О.07 Внутренние болезни

основной образовательной программы высшего образования
подготовка кадров высшей квалификации по программам ординатуры
по специальности 31.08.58 Оториноларингология

Направление подготовки (специальность)	31.08.58 Оториноларингология
Направленность подготовки	02 Здравоохранение (в сфере оториноларингологии)
Сфера профессиональной деятельности	Оториноларингология
Форма обучения	Очная
Срок освоения ООП	2 года
Институт терапии и инструментальной диагностики	

Владивосток, 2023

1. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

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

1.2. Фонд оценочных средств определяет уровень формирования у обучающихся установленных в ФГОС ВО и определенных в основной образовательной программе высшего образования 31.08.58 Оториноларингология (уровень ординатура), направленности 02 Здравоохранение (в сфере в сфере оториноларингологии), в сфере профессиональной деятельности согласно Приказа Министерства труда и социальной защиты от 04.08.2017 N 612н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-оториноларинголог» **обще профессиональных (ОПК) компетенций**

[https://tgmu.ru/sveden/files/31.08.58_Otorinolaringologiya\(4\).pdf](https://tgmu.ru/sveden/files/31.08.58_Otorinolaringologiya(4).pdf)

Наименование категории (группы) компетенций	Код и наименование компетенции	Индикаторы достижения компетенции
Общепрофессиональные компетенции		
Медицинская деятельность	ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	ИДК. ОПК-4 ₁ - применяет медицинские изделия для диагностики, лечения, реабилитации в соответствии с порядками оказания медицинской помощи ИДК. ОПК-4 ₂ - проводит обследование пациента с использованием общеклинических, лабораторных и инструментальных методов; ИДК. ОПК-4 ₃ - оценивает результаты проведенного обследования с целью установления диагноза
Медицинская деятельность	ОПК-5. Способен назначать лечение при заболеваниях и состояниях, контролировать его безопасность	ИДК.ОПК-5 ₁ - назначает лечение, определяет дозировки лекарственных средств и режимы медикаментозной терапии в соответствии с существующими рекомендациями ИДК.ОПК-5 ₂ - осуществляет контроль эффективности проводимой терапии, регулирует схемы назначенного лечения при необходимости ИДК.ОПК-5 ₃ - учитывает противопоказания при назначении лечения, определяет и выявляет нежелательные явления при приеме лекарственных средств

2. ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

2.1. Виды контроля и аттестации, формы оценочных средств

№ п/	Виды контроля	Оценочные средства
		Форма

п		
1	Текущий контроль	Тесты
2	Промежуточная аттестация	

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

Текущий контроль осуществляется преподавателем дисциплины при проведении занятий в форме: тестирования. Промежуточная аттестация проводится в виде зачета в форме тестирования.

3.1 Тестовые задания

Оценочное средство

Тестовый контроль дисциплины **Б1.О.07 Внутренние болезни**

	код	текст компетенции/название трудовой функции/название трудового действия/текст тестового задания
С	31.08.58	Оториноларингология
ОТФ	А.	Оказание медицинской помощи пациентам при заболеваниях и (или) состояниях уха, горла, носа
ТФ	А/01.8	Проведение обследования пациентов в целях выявления заболеваний и (или) состояний уха, горла, носа и установления диагноза
ТФ	А/02.8	Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, контроль его эффективности и безопасности
К	ОПК-4	ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов
К	ОПК-5	ОПК-5. Способен назначать лечение при заболеваниях и состояниях, контролировать его безопасность
Т	1	ПОРОГОВЫЙ УРОВЕНЬ ОФИСНОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ СОСТАВЛЯЕТ * 140/90 мм рт.ст. 150/85 мм рт.ст. 135/85 мм рт.ст. 145/90 мм рт.ст.
	2	ФОРМА АГ, ПРИ КОТОРОЙ ПОВЫШЕНИЕ АД ≥ 140 И/ИЛИ ≥ 90 ММ РТ. СТ. ОТМЕЧАЕТСЯ ТОЛЬКО НА ПРИЕМЕ У ВРАЧА, А ПРИ ИЗМЕРЕНИИ АД МЕТОДОМ ДМАД И/ИЛИ СМАД ПОКАЗАТЕЛИ АД В ПРЕДЕЛАХ НОРМАЛЬНЫХ ЗНАЧЕНИЙ, СООТВЕТСТВУЕТ ТЕРМИНУ * гипертония белого халата эссенциальная гипертензия изолированная систолическая гипертензия маскированная (скрытая) артериальная гипертензия
	3	ВЕРОЯТНОСТЬ СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ВЫСОКА *если она обнаружена в возрасте моложе 20 лет при длительном приеме контрацептивов внутрь при указании на поликистоз почек у одного из родителей если она обнаружена в возрасте старше 40 лет

4	<p>ПОВЫШЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ПРИМЕНЕНИИ СПОСОБНЫ ВЫЗЫВАТЬ</p> <p>*гормональные контрацептивы трициклические антидепрессанты (амитриптилин, триптизол) производные метилксантина нестероидные противовоспалительные средства</p>
5	<p>ОПРЕДЕЛЯЮЩИМ МЕТОДОМ В ДИАГНОСТИКЕ ВАЗОРЕНАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>*ангиография ультразвуковое сканирование почек радиоизотопная ренография экскреторная урография</p>
6	<p>ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ ПОВЫШЕННОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ УРОВЕНЬ РАВНЫЙ</p> <p>135/85 мм рт.ст. 130/80 мм рт.ст. * 140/90 мм рт.ст. 139/89 мм рт.ст.</p>
7	<p>ОЧЕНЬ ВЫСОКОМУ АБСОЛЮТНОМУ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОМУ РИСКУ СООТВЕТСТВУЮТ ЗНАЧЕНИЯ, УСТАНОВЛЕННЫЕ ПО ШКАЛЕ SCORE</p> <p>менее 1% от 1% до 5% от 5% до 10% *10% и более</p>
8	<p>ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ ГИПЕРГЛИКЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ УРОВЕНЬ ГЛЮКОЗЫ НАТОЩАК В ВЕНОЗНОЙ ПЛАЗМЕ БОЛЕЕ</p> <p>более 5,5 ммоль/л 5 ммоль/л и более *6,1 ммоль/л и более 3 ммоль/л и более</p>
9	<p>ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА ЯВЛЯЕТСЯ ИНДЕКС МАССЫ ТЕЛА</p> <p>* 25-29,9 кг/м² 30 кг/м² и более 30-34,9 кг/м² 40 кг/м² и более</p>
10	<p>ОСНОВНЫМ ПУТЕМ ИНФИЦИРОВАНИЯ РЕСПИРАТОРНЫХ ОТДЕЛОВ ЛЕГКИХ И ОСНОВНЫМ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ МЕХАНИЗМОМ РАЗВИТИЯ ВП ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>*1. аспирация секрета ротоглотки 2. вдыхание аэрозоля, содержащего микроорганизмы 3. гематогенное распространение микроорганизмов из внелегочного очага инфекции 4. непосредственное распространение инфекции из соседних пораженных органов или в результате инфицирования при проникающих ранениях грудной клетки</p>
11	<p>ФАКТОРОМ РИСКА, ПОВЫШАЮЩИМ ВЕРОЯТНОСТЬ РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>ежедневная ходьба в течение 30 минут ежедневное употребление более 400 грамм овощей и фруктов ежедневное потребление соли менее 5 грамм</p>

		*ежедневное выкуривание 1 сигареты
	12	К НЕМОДИФИЦИРУЕМЫМ ФАКТОРАМ РИСКА РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОТНОСЯТ курение низкая физическая активность избыточная масса тела *возраст
	13	СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЙ РИСК ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПО ШКАЛЕ * SCORE Коморбидности GRACE HAS-BLED
	14	САМЫЙ ЧАСТЫЙ ВОЗБУДИТЕЛЬ ВП *S.pneumoniae M.pneumoniae S. aureus K.pneumoniae
	15	ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ ТАКОГО ФАКТОРА РИСКА КАК КУРЕНИЕ ТАБАКА, ПОВЫШАЮЩЕГО ВЕРОЯТНОСТЬ РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, СЧИТАЕТСЯ ЕЖЕДНЕВНОЕ ВЫКУРИВАНИЕ 20 сигарет *одной сигареты 10 сигарет более 20 сигарет
	16	НОЗОКОМИАЛЬНЫЕ ГОСПИТАЛЬНЫЕ ПНЕВМОНИИ ЧАЩЕ ВЫЗЫВАЮТСЯ пневмококком; *стафилококком; легионеллой; микоплазмой; *грамотрицательной флорой.
	17	У СЛУЖАЩЕЙ КРУПНОЙ ГОСТИНИЦЫ, ОСНАЩЕННОЙ КОНДИЦИОНЕРАМИ, ОСТРО ПОВЫСИЛАСЬ ТЕМПЕРАТУРА ДО 40°С, ПОЯВИЛИСЬ ОЗНОБ, КАШЕЛЬ С МОКРОТОЙ, КРОВОХАРКАНЬЕ, БОЛИ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ ПРИ ДЫХАНИИ, МИАЛГИИ, ТОШНОТА, ПОНОС. ПРИ РЕНТГЕНОГРАФИИ ВЫЯВЛЕНЫ ИНФИЛЬТРАТИВНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ОБОИХ ЛЕГКИХ. НЕСКОЛЬКО ДНЕЙ НАЗАД СОСЛУЖИВЕЦ БОЛЬНОЙ БЫЛ ГОСПИТАЛИЗИРОВАН С ПНЕВМОНИЕЙ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНАЯ ПРИЧИНА ПНЕВМОНИИ клебсиелла *легионелла микоплазма палочка Пфейффера золотистый стафилококк
	18	ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ СЧИТАЮТ ПНЕВМОНИЮ, *развившуюся вне стационара, либо диагностированную в первые 48 ч с момента госпитализации развившуюся только вне стационара развившуюся вне стационара, либо диагностированную в первые 72 ч с момента госпитализации диагностированную только в амбулаторных условиях

19	<p>АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫЙ ПРЕПАРАТ, ДОЗА КОТОРОГО ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НЕ ТРЕБУЕТ КОРРЕКЦИИ</p> <p>*моксифлоксацин гентамицин ванкомицин амикацин</p>
20	<p>ПРИ ГОСПИТАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЯХ, ВОЗНИКШИХ В РЕАНИМАЦИОННЫХ ОТДЕЛЕНИЯХ, ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ЯВЛЯЕТСЯ КОМБИНАЦИЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ</p> <p>*цефтазидим + амикацин ампицилин + гентамицин цефуроксим + эритромицин клиндамицин + гентамицин</p>
21	<p>ПАЦИЕНТУ С АБСЦЕССОМ ЛЕГКИХ ПРИ ВЫДЕЛЕНИИ ИЗ МОКРОТЫ ЗОЛОТИСТОГО СТАФИЛОКОКА, РЕЗИСТЕНТНОГО К МЕТИЦИЛЛИНУ, РАЦИОНАЛЬНО НАЗНАЧИТЬ</p> <p>*линезолид клиндамицин метронидазол ампициллин-сульбактам</p>
22	<p>ПРИ ВТОРИЧНОЙ ВИРУСНО-БАКТЕРИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЙ ИСПОЛЬЗОВАТЬ СХЕМУ АБП</p> <p>*цефалоспорины III поколения ± макролид карбопенемы ± цефалоспорины IV поколения линезолид ± макролид ванкомицин ± фторхинолон</p>
23	<p>ПРИ ВЫБОРЕ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ ВРАЧ ДОЛЖЕН ОРИЕНТИРОВАТЬСЯ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НА</p> <p>* предполагаемый спектр возбудителей (эмпирический выбор терапии) возможность применения в энтеральной форме стоимость антибактериального препарата эффективность применения препарата ранее</p>
24	<p>АНТИБИОТИКОМ ВЫБОРА ПРИ MRSA (МЕТИЦИЛЛИН РЕЗИСТЕНТНЫЙ СТАФИЛОКОКК ЗОЛОТИСТЫЙ) ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>* ванкомицин оксациллин цефазолин меропенем</p>
25	<p>АНТИБАКТЕРИАЛЬНУЮ ТЕРАПИЮ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ БРОНХИТЕ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧАТЬ ПРИ</p> <p>* выделении гнойной мокроты появлении кровохарканья нарастании слабости упорном кашле</p>
26	<p>КЛЮЧЕВЫМИ ПРЕПАРАТАМИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ С ВП ЯВЛЯЮТСЯ</p> <p>* цефалоспорины парантеральные III поколения «респираторные» фторхинолоны макролиды</p>

		аминопенициллины
	27	СРЕДИ КАРБАПЕНЕМОВ КЛЮЧЕВОЕ МЕСТО В РЕЖИМАХ ЭМПИРИЧЕСКОЙ АБТ ВП ПРИНАДЛЕЖИТ * эртапенему имипенему меропенем дорипенему
	28	АБП ВЫБОРА У АМБУЛАТОРНЫХ ПАЦИЕНТОВ С СОПУТСТВУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И/ИЛИ ДРУГИМИ ФАКТОРАМИ РИСКА ИНФИЦИРОВАНИЯ РЕДКИМИ И/ИЛИ ПРВ ЯВЛЯЮТСЯ * ИЗП (амоксициллин/клавуланат и др.), альтернативными – респираторные фторхинолоны и цефдиторен цефалоспорины III поколения, альтернативными – респираторные фторхинолоны респираторные фторхинолоны, альтернативным - цефдиторен ИЗП (амоксициллин/клавуланат и др.), альтернативными – макролиды
	29	АБП ВЫБОРА У ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ БЕЗ СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ДРУГИХ ФАКТОРОВ РИСКА ИНФИЦИРОВАНИЯ РЕДКИМИ И/ИЛИ ПРВ ЯВЛЯЮТСЯ *ИЗП и ампициллин, альтернативными – респираторные фторхинолоны ИЗП и ампициллин, альтернативными – макролиды цефалоспорины III поколения, альтернативными – макролиды макролиды, альтернативными – ИЗП
	30	ПАЦИЕНТКА, СТРАДАЮЩАЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ И ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ, ЖАЛУЕТСЯ НА ПОЯВЛЕНИЕ СУХОГО КАШЛЯ. ОНА ПРИНИМАЕТ БЕКЛОМЕТАЗОН, КАПОТЕН ЕЖЕДНЕВНО И САЛЬБУТАМОЛ 1-2 РАЗА В НЕДЕЛЮ. ВЕРОЯТНО, ПОЯВЛЕНИЕ КАШЛЯ СВЯЗАНО С * приемом капотена недостаточной дозой беклометазона приемом сальбутамола приемом бекламетазони и сальбутамола

4. Содержание оценочных средств промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация проводится в виде зачета

5. Критерии оценивания результатов обучения по дисциплине (модулю)

По результатам зачета выставляется оценка по системе «зачтено»/«не зачтено»
«**Зачтено**» выставляется обучающемуся, при оценке по тестированию - 70% и более правильных ответов на тестовые задания.

«**Не зачтено**» выставляется обучающемуся, при оценке по тестированию - 69 % и менее правильных ответов на тестовые задания