

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Стегний Кирилл Владимирович
Должность: И.о. ректора
Дата подписания: 22.09.2026 20:02:52
Уникальный программный ключ:
d59234ba928aea5c04c54eb9013a367220b6b2ae

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 эндокринолога

Специальность	31.08.53 Эндокринология
Уровень подготовки	ординатура
Направленность подготовки	<u>02</u> Здравоохранение (в сфере эндокринологии)
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, промежуточной аттестации и итоговой (государственной итоговой) аттестации, критерии оценивания дифференцированно по каждому виду оценочных средств.

1.2. Фонд оценочных средств определяет уровень формирования у обучающихся установленных в ФГОС ВО и определенных в основной образовательной программе высшего образования 31.08.53 Эндокринология (уровень ординатура), направленности 02 Здравоохранение (в сфере эндокринологии), в сфере профессиональной деятельности 02.028 «Врачебная практика врача эндокринолога» общепрофессиональных (ОПК) компетенций

[https://tgmu.ru/sveden/files/riy/31.08.53_Endokrinologiya\(6\).pdf](https://tgmu.ru/sveden/files/riy/31.08.53_Endokrinologiya(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
2	Промежуточная аттестация	Тесты
		Ситуационные задачи

3. Содержание оценочных средств текущего контроля

Текущий контроль и промежуточная аттестация осуществляется преподавателем

Тестовый контроль

	Код	Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст элемента ситуационной задачи
С	31.08.53	Эндокринология
К	ОПК-4	ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов
Ф	А. Оказание медицинской помощи взрослому населению по профилю "эндокринология"	
ТД	А/01.8	Проведение обследования пациентов с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы с целью установления диагноза
И		ДАЙТЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ 1 УРОВНЯ (ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ)
Т	1	ПРИ МАССОВОМ ОБСЛЕДОВАНИИ НАСЕЛЕНИЯ С ЦЕЛЬЮ ВЫЯВЛЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА СЛЕДУЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬ: * определение гликемии только натощак исследование гликемии через 2 часа после нагрузки глюкозой сочетание укороченного ОГТТ с определением сахара в крови исследование мочи на сахар с тестирующими полосками (глюкотест)
	2	ОКИСЛИТЕЛЬНЫЙ СТРЕСС – ЭТО: * повреждение эндотелия сосудов свободными радикалами накопление гликозаминогликанов в эндотелии сосудов

		избыточная адгезия тромбоцитов к стенке сосудов спазмирование сосудов под действием вазоактивных веществ
	3	НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ НАРУШЕНИЯ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ: * триглицеридов общего холестерина липопротеидов низкой плотности липопротеидов высокой плотности
	4	ГЕМОСТАЗ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ: * высокой адгезивностью и агрегацией тромбоцитов активацией факторов фибринолиза склонностью к спонтанным кровотечениям активацией факторов гипокоагуляции
	5	УВЕЛИЧЕНИЕ РАЗМЕРОВ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНОГО САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ЯВЛЯЕТСЯ РЕЗУЛЬТАТОМ * жирового гепатоза цирроза сердечной недостаточности диабетической нефропатии
	6	НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ БЕЗБОЛЕВОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ЯВЛЯЮТСЯ: * нарушение сердечного ритма гипотония боли в животе потеря сознания
	7	К ФАКТОРАМ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ АТЕРОСКЛЕРОЗА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ОТНОСЯТ: * инсулинорезистентность нарушения липидного обмена гипергликемию неправильный образ жизни
	8	АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ РЕЖЕ ВСЕГО ВЫЯВЛЯЮТСЯ В СОСУДАХ: * селезенки коронарных почек нижних конечностях
	9	АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 1 ТИПА ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ: * уменьшения числа нефронов и фильтрационной поверхности при развитии диабетической нефропатии метаболический вариант АГ гиперфункции симпатической нервной системы дисфункции эндотелия
	10	СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ СОСТАВЛЯЕТ: * более 50% более 30%

		более 80% 100%
	11	НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ЯВЛЯЕТСЯ: *нетипичная клиника инфарктов со слабо выраженным или отсутствующим болевым синдромом явления сердечной недостаточности часто наблюдаемые тромбоэмболические осложнения отсутствие повторных инфарктов
	12	БОЛЬНОЙ СТРАДАЕТ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА 3 ГОДА. ОКОЛО ГОДА РЕГИСТРИРУЮТСЯ ЦИФРЫ АД ВЫШЕ 200/120 мм рт.ст., ГИПОТЕНЗИВНЫЙ ЭФФЕКТ ОТ ПРИЕМА ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ НИЗКИЙ. В МОЧЕ ВЫЯВЛЕНА МИКРОАЛЬБУМИУРИЯ. КАКОВЫ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЕ ПРИЧИНЫ ГИПЕРТЕНЗИИ? А) синдром Киммельстила-Вильсона Б) эссенциальная гипертензия В) стеноз почечной артерии Г) хронический гломерулонефрит
	13	ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЦА ПРИ ДИФфуЗНОМ ТОКСИЧЕСКОМ ЗОБЕ ХАРАКТЕРНО А) развитие фибрилляции предсердий Б) снижение периферического сопротивления сосудов В) наличие стойкой брадикардии Г) наличие стойкой гипотензии
	14	41-ЛЕТНЕЙ ЖЕНЩИНЕ С ИЗБЫТОЧНЫМ ВЕСОМ И ПОВЫШЕНИЕМ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ, ПОЛУЧАЮЩЕЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНУЮ ТЕРАПИЮ, НЕОБХОДИМО РЕКОМЕНДОВАТЬ: А) снизить вес Б) ограничить физическую активность В) пить 3 литра воды ежедневно Г) ограничить белки в диете
	15	КОРРЕКЦИЯ СОЧЕТАННОЙ ГИПЕРЛИПИДЕМИИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПО СЛЕДУЮЩИМ СХЕМАМ 1) сахароснижающая терапия в комбинации со статинами 2) сахароснижающая терапия в комбинации со статинами и фибратами 3) сахароснижающая терапия в комбинации со статинами и алипоевой кислотой 4) сахароснижающая терапия в комбинации со статинами и никотиновой кислотой
	16	НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ В ПЕЧЕНИ МОЖНО ОБНАРУЖИТЬ *жировую инфильтрацию печени хронический гепатит белковую дистрофию печени цирроз печени
		ДАЙТЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ 2 УРОВНЯ (ДВА ПРАВИЛЬНЫХ ОТВЕТА)

	17	ПАТОЛОГИЯ СЕРДЦА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ МОЖЕТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕНА *Коронарным атеросклерозом *Диабетической микроангиопатией *Миокардиодистрофией гидроперикардом
	18	СТЕНОКАРДИЯ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ НЕРЕДКО ПРЕТЕКАЕТ АТИПИЧНО, ПРОЯВЛЯЯСЬ *потливостью *слабостью *сердцебиением *одышкой
	19	В БЫСТРОМ ПРОГРЕССИРОВАНИИ АТЕРОСКЛЕРОЗА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ИГРАЮТ РОЛЬ *гиперинсулинемия *нарушение липидного обмена *снижение липолитической активности сосудистой стенки *повышение агрегации тромбоцитов на субэндотелиальном уровне
	20	ФАКТОРАМИ РИСКА АТЕРОСКЛЕРОЗА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ ЯВЛЯЮТСЯ *возраст *гиперлипидемия *артериальная гипертензия снижение физической активности
	21	ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ДИАБЕТОМ С АТЕРОСКЛЕРОЗОМ, ИНФАРКТОМ МИОКАРДА, ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА-ЭТО *максимальная компенсация углеводного обмена *нормализация массы тела *коррекция гипертензии и гиперлипидемии *инсулинотерапия
	22	В КАЧЕСТВЕ КРИТЕРИЯ ДИАГНОСТИКИ И ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ СЛЕДУЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬ *уровень систолического АД *уровень диастолического АД уровень пульсового давления уровень ночного снижения АД
	23	НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИЕСЯ ТИПЫ КРИВЫХ АД ПО РЕЗУЛЬТАТАМ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА *«найт-пикер»-снижение ночного давления отсутствует, регистрируется утренний подъем АД «диппер»-снижение ночного давления составляет 10-20% *«нон-диппер»- снижение ночного давления менее 10% «овер-диппер»-степень снижения ночного давления более 20%
	24	СОЧЕТАНИЕ НАРУШЕНИЙ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ *тиреотоксикоза *кортикостеромы

		*альдостеромы акромегалии
	25	ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОР ПРИ ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ЯВЛЯЮТСЯ *ингибиторы АПФ *В-блокаторы *диуретики Сердечные гликозиды

**Для текущего контроля, промежуточной аттестации
Ситуационная задача №1**

Вид	Код	Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст элемента ситуационной задачи
С	31.08.53	Специальность «Эндокринология»
К	ОПК-4	Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов
Ф	А 01.8	Проведение обследования пациентов с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы с целью установления диагноза
И		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У		Женщина 62 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на слабость, сухость во рту, умеренную жажду, боли в ногах, особенно по ночам, чувство жжения, покалывания стоп, судороги икроножных мышц. Из анамнеза известно, что за последние 10 лет отмечает постепенную прибавку веса на 15 кг, отмечает подъёмы артериального давления до 160/95 мм рт. ст. Регулярной терапии не получала. Во время последнего визита к терапевту полгода назад было зарегистрировано АД - 170/95 мм рт. ст. и была выявлена альбуминурия. Семейный анамнез. Родители страдали ГБ, ожирением, СД тип 2. Ведет малоподвижный образ. В питании преобладают мучные изделия. При осмотре. Общее состояние удовлетворительное. Вес - 87 кг, рост - 165 см, ИМТ – 32,0 кг/м2, окружность талии - 102 см, распределение подкожно-жирового слоя неравномерное, в основном на животе. Кожные покровы сухие, на голенях участки пигментации, трещины на стопах, микоз стоп. Пульс - 78 в минуту, ритмичный. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона над проекцией аорты. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Пульсация aa. dorsalis pedis и tibialis posterior отчётливая. АД - 165/95 мм рт. ст. Проведено обследование: глюкоза крови натощак - 8,6 ммоль/л, HbA1C - 7,9%, общий холестерин – 6,8 ммоль/л, ЛПНП – 4,36; ЛПВП - 0,96, триглицериды – 3,8. Общий анализ мочи без

		патологии; креатинин – 102 мкмоль/л, СКФ (по формуле СКД-ЕРІ) - 71,6 мл/мин; альбуминурия – 120 мг/сутки
В	1	Сформулируйте и обоснуйте диагноз
В	2	Перечислите факторы развития данного заболевания
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.
В	4	Обоснуйте тактику медикаментозной и немедикаментозной терапии
В	5	Составьте план реабилитационных мероприятий и профилактики осложнений

Для текущего контроля, промежуточной аттестации
Чек-лист к ситуационной задаче №1

Вид	Код	Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст элемента ситуационной задачи
С	31.08.53	Специальность «Эндокринология»
К	ОПК-4	Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов
Ф	А 01.8	Проведение обследования пациентов с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы с целью установления диагноза
И		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У		Женщина 62 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на слабость, сухость во рту, умеренную жажду, боли в ногах, особенно по ночам, чувство жжения, покалывания стоп, судороги икроножных мышц. Из анамнеза известно, что за последние 10 лет отмечает постепенную прибавку веса на 15 кг, отмечает подъёмы артериального давления до 160/95 мм рт. ст. Регулярной терапии не получала. Во время последнего визита к терапевту полгода назад было зарегистрировано АД - 170/95 мм рт. ст. и была выявлена альбуминурия. Семейный анамнез. Родители страдали ГБ, ожирением, СД тип 2. Ведет малоподвижный образ. В питании преобладают мучные изделия. При осмотре. Общее состояние удовлетворительное. Вес - 87 кг, рост - 165 см, ИМТ – 32,0 кг/м², окружность талии - 102 см, распределение подкожно-жирового слоя неравномерное, в основном на животе. Кожные покровы сухие, на голенях участки пигментации, трещины на стопах, микоз стоп. Пульс - 78 в минуту, ритмичный. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона над проекцией аорты. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Пульсация aa. dorsalis pedis и tibialis posterior отчётливая. АД - 165/95 мм рт. ст. Проведено обследование: глюкоза крови натощак - 8,6

		ммоль/л, HbA1C - 7,9%, общий холестерин – 6,8 ммоль/л, ЛПНП – 4,36; ЛПВП - 0,96, триглицериды – 3,8. Общий анализ мочи без патологии; креатинин – 102 мкмоль/л, СКФ (по формуле СКД-ЕРІ) - 71,6 мл/мин; альбуминурия – 120 мг/сутки.
В	1	Сформулируйте и обоснуйте диагноз
Э		Сахарный диабет тип 2. Диабетическая полинейропатия. Диабетическая нефропатия. Хроническая болезнь почек С2 А2. Артериальная гипертензия II стадии, II степени, риск 4. Ожирение 2 ст. Гиперлипидемия. 1) Сахарный диабет выставлен на основании жалоб (слабость, сухость в рту, жажда), анамнеза (за последние 10 лет отмечает постепенную прибавку веса на 15 кг), отягощенной наследственности (родители страдали ГБ, ожирением, СД тип 2), дополнительных данных (гликемия 8,6 ммоль/л, HbA1C - 7,9%). 2) Диабетическая полинейропатия выставлена на основании жалоб (боли в ногах, особенно по ночам, чувство жжения, покалывания стоп, судороги икроножных мышц). 3) Диабетическая нефропатия выставлена на основании обследования (креатинин – 102 мкмоль/л, СКФ - 71,6 мл/мин; альбуминурия – 120 мг/сутки). 4) Диагноз «хроническая болезнь почек (ХБП С2 А2)» выставлен по наличию признаков поражения почек (альбуминурия 120 мг/сутки), анамнеза (данные изменения на протяжении 3 месяцев) и снижении СКФ (- 71,6 мл/мин). 5) Диагноз «артериальная гипертензия (АГ)» установлен на основании жалоб больного на повышение АД (до 160/95 мм рт. ст); данных анамнеза (пациентка отмечает повышение АД в течение 10 лет); установление степени АГ основано на цифрах АД (170/95 мм рт. ст.) измеренных во время приёма. Стадия АГ установлена на основании наличия поражения органов-мишеней (почек). Степень сердечно-сосудистого риска поставлена на основании наличия сахарного диабета с осложнениями, ХБП. 6) Ожирение соответствует 2 стадии по классификации ВОЗ (ИМТ 32). 7) Дислипидемия выставлена на основании биохимического анализа крови (холестерин – 6,8 ммоль/л, ЛПНП – 4,36; ЛПВП - 0,96, триглицериды – 3,8).
P2	отлично	Диагноз и обоснование поставлен полностью 1-7
P1	Хорошо/удовлетворительно	Хорошо - ответ неполный: не указана 2 Удовлетворительно - ответ неполный: не указаны 2, 3
P0	неудовлетворительно	Выставлен только диагноз сахарного диабета, без указания осложнений
В	2	Перечислите факторы развития данного заболевания
Э	-	Факторами риска развития сахарного диабета 2 типа являются: 1) генетическая предрасположенность; 2) возраст старше 45 лет; 3) метаболический синдром (синдром инсулинорезистентности); 4) гипертензия; 5) повышенный уровень холестерина; 6) гестационный диабет в анамнезе;

		7) синдром поликистозных яичников (СПКЯ) в анамнезе; 8) малоподвижный образ жизни; 9) сосудистые заболевания в анамнезе (например, инсульт). У нашей пациентки возраст (62 лет), наследственность, малоподвижный образ жизни, ожирение, переизбыток легкоусвояемых углеводов, гипертония.
P2	отлично	Факторы развития заболевания полностью 1-9
P1	хорошо/удовлетворительно	Хорошо - ответ неполный: не указана 4 Удовлетворительно - ответ неполный: не указаны 5, 9
P0	неудовлетворительно	Указана только наследственность
V	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.
Э		Пациентке рекомендовано: 1) дневные колебания глюкозы крови; 2) проведение суточного мониторирования АД для оценки стабильности повышения АД, суточного профиля АД; 3) проведение ЭКГ; проведение ЭХО-КГ для оценки толщины стенок миокарда, диастолической и систолической функции; 4) консультация окулиста и проведение офтальмоскопии для оценки наличия диабетической ретинопатии; 5) ЭНМГ – оценка диагностики формы нейропатии; 6) УЗ-исследование почек для оценки поражения органа-мишени почек
P2	отлично	План обследования составлен полностью 1-6
P1	хорошо/удовлетворительно	Хорошо - ответ неполный: не указана 3. Удовлетворительно - ответ неполный: не указаны 4 5
P0	неудовлетворительно	Ответ неполный, только клинический минимум
V	4	Обоснуйте тактику медикаментозной и немедикаментозной терапии
Э		Согласно алгоритмам оказания специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом при уровне гликированного гемоглобина 7,9% терапия включает: 1) диету 1300-1500 ккал/сутки, ограничение жиров и легкоусвояемых углеводов (для снижения массы тела); 2) увеличение физической активности (для снижения массы тела) ходьба по 30-60 мин ежедневно; 3) медикаментозная терапия – метформин 2 гр в сутки (по 1 гр х 2 раза в день) (снижает продукцию глюкозы печенью, инсулинорезистентность). 4) препараты ГПП-1 –Виктоза с 0,6 мг до 1,8 мг ежедневно (глюкозозависимая стимуляция секреции инсулина, замедленное опорожнение желудка, уменьшение потребления пищи, снижение массы тела). 5) Гипотензивные препараты первой линии (не оказывают негативного влияния на углеводный и липидный обмен, снижают инсулинорезистентность) - ингибиторы АПФ или блокаторы рецепторов ангиотензина II с ренопротективными свойствами. Среди ингибиторов АПФ и блокаторов рецепторов ангиотензина

		II (БРА) преимущество отдается препаратам с двойным путем выведения - печень/почки (при ХБП - Квадроприл, Моэксиприл, Эпросартан, Телмисартан). б) Статины могут оказывать преимущественный эффект и на уровень ТГ и ЛПВП плазмы. В связи с этим оправдано их использование при метаболическом синдроме и СД 2 типа.
P2	отлично	Лечебная тактика полностью верна
P1	хорошо/удовлетворительно	Хорошо - ответ неполный: не указана 2 Удовлетворительно - ответ неполный: не указаны 5, гипотензивные препараты первой линии (ингибиторы АПФ или блокаторы рецепторов ангиотензина II с ренопротективными свойствами. Среди ингибиторов АПФ и блокаторов рецепторов ангиотензина II (БРА) преимущество отдается препаратам с двойным путем выведения - печень/почки (при ХБП - Квадроприл, Моэксиприл, Эпросартан, Телмисартан) и статины.
P0	неудовлетворительно	Ответ неполный: даны общие рекомендации без обоснования и указания дозировки лекарственных средств
B	5	Составьте план реабилитационных мероприятий и профилактики осложнений
Э		Программа медикаментозной реабилитации включает режим питания, физические методы лечения, фармакотерапию, профилактику осложнений: 1) рекомендации по снижении массы тела: гипокалорийное питание (1500 ккал/сут, ограничение жиров и легкоусвояемых углеводов, рекомендуется потребление углеводов в составе овощей, цельнозерновых, молочных продуктов) и скандинавская ходьба по 60 мин ежедневно. 2) Контроль гликемии 2-4 раза в день (натощак и через 2 часа после еды, на ночь). Критерии компенсации: гликемия натощак менее 6,5 ммоль/л, через 2 часа после приема пищи - менее 7,8 ммоль/л. 3) Исследование гликированного гемоглобина – 1 раз в 3 месяца (для решения о компенсации углеводного обмена). 4) Профилактики сосудистых осложнений: - глазное дно – 1 раз в год, 5) МАУ-1 раз в год, 6) СКФ – 1 раз в год, осмотр ног и оценка чувствительности-1 раз в год, 7) ОАК, ОАМ – 1 раз в год, 8) биохимическое исследование крови – общий белок, АЛТ, АСТ, липидограмма, креатинин, мочевины, билирубин, калий, натрий – 1 раз в год, 9) ЭКГ- 1 раз в год, измерение АД - при каждом посещении врача, в домашних условиях, ведение дневника самоконтроля для коррекции терапии. 10) УЗИ органов брюшной полости – 1 раз в год. Трудовые рекомендации: нашей больной противопоказан тяжелый физический труд, работа, связанная с воздействием промышленных ядов, разъездами, командировками, сверхурочными, ночными сменами, ненормированным рабочим

		днем; в неблагоприятных микроклиматических условиях. Показано санаторно-курортное лечение.
P2	отлично	План реабилитационных мероприятий и профилактики осложнений полностью верный
P1	хорошо/удовлетворительно	Хорошо - ответ неполный: не указан 6 Удовлетворительно - ответ неполный: - 2, 3
P0	неудовлетворительно	Нет контроля за лечением и сосудистыми осложнениями. Дан клинический минимум.

Для зачета с оценкой

Отметка «отлично» выставляется ординатору, глубоко и прочно усвоившему программный материал, исчерпывающе, последовательно, грамотно и логически стройно его излагающему, в ответе которого увязывается теория с практикой, показ знакомства с монографической литературой.

Отметка «хорошо» выставляется ординатору, твердо знающему программный материал, грамотно и по существу излагающему его, не допускающему существенных неточностей в ответе на вопрос, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач.

Отметка «удовлетворительно» выставляется тому, кто знает только основной материал, но не усвоил его деталей, допускает в ответе неточности, недостаточно правильно формулирует основные законы и правила, затрудняется в выполнении практических задач.

Отметка «неудовлетворительно» выставляется тому, кто не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, с затруднениями выполняет практические задания.