Министерство здравоохранения Российской Федерации Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования

ПЕРВЫЙ МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ имени И.М.СЕЧЕНОВА

Утверждено Учебно-методический совет по специальности «Лечебное дело» « 27 » апреля 2015 года Протокол № 4

Фонд оценочных средств по дисциплине «Госпитальная терапия, эндокринология»

(наименование дисциплины/ практики, либо – раздела дисциплины/ практики)

основная профессиональная образовательная программа высшего образования 060000 Здравоохранение 060101 Лечебное дело

Председатель УМС		М.А.Кинкулькина
	(подпись)	(инициалы, фамилия)

Шифр и наименование компетенции

ПК-5 - способность и готовность проводить и интерпретировать опрос, физикальный осмотр, клиническое обследование, результаты современных лабораторно-инструментальных исследований, морфологического анализа биопсийного, операционного и секционного материала, написать медицинскую карту амбулаторного и стационарного больного

Разделы дисциплины (темы): Пульмонология; Кардиология; Гастроэнтерология; Нефрология; Гематология; Ревматология, системные заболевания соединительной ткани; Заболевания эндокринной системы; Частные вопросы; Болезни обмена веществ; Лекарственная терапия

Вид оценочного средства: Тестовые задания:

Оценочное средство	Эталон ответа	Уровень
Оцепочное средство	Talion oircia	применения*
1. БОЛЬ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ ВО ВРЕМЯ	1, 5	ТК-РК
ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ И ПРИ ВЫХОДЕ	1, 3	I K-I K
НА ХОЛОД ХАРАКТЕРНА ДЛЯ		
1) стенокардии		
2) пневмонии		
3) остеохондроза		
4) эзофагоспазма 5) догразовую		
5) депрессии	2	TIL DIL
2. ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА	2	TK-PK
ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА		
ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ		
ЛАБОРАТОРНЫЕ ПРИЗНАКИ		
1) повышение СОЭ		
2) повышение аминотрансфераз		
3) нейтрофильный лейкоцитоз		
4) повышение		
креатинфосфокиназы		
5) обнаружение тропонина Т	1.0.4.5	TIL DIC
3. ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА	1, 2, 4, 5	TK-PK
ишемической болезни сердца		
НЕОБХОДИМЫ СЛЕДУЮЩИЕ		
ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ		
ИССЛЕДОВАНИЯ		
1) ЭКГ		
2) Эхо-КГ		
3) рентгенологическое		
исследование		
4) нагрузочные пробы		
5) коронароангиография		
6) радиоизотопные методы		
исследования		
4. У ПАЦИЕНТА 25 ЛЕТ ПОСЛЕ	4	TK-PK
ПЕРЕОХЛАЖДЕНИЯ ПОВЫСИЛАСЬ		
ТЕМПЕРАТУРА ТЕЛА ДО 39 ⁰ , ПОЯВИЛИСЬ		
КАШЕЛЬ, А ТАКЖЕ БОЛИ В ГРУДНОЙ		
КЛЕТКЕ, УСИЛИВАЮЩИЕСЯ ПРИ		

	ГЛУБОКОМ ВДОХЕ И КАШЛЕ. НАИБОЛЕЕ		
	ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ		
	1) острый бронхит		
	2) пневмония		
	3) острый перикардит		
	4) острый плеврит	2	THE DIE
	БОЛЬ В НИЖНЕЙ ТРЕТИ ГРУДИНЫ,	3	TK-PK
	ВОЗНИКАЮЩАЯ ПОСЛЕ ЕДЫ,		
	СОПРОВОЖДАЮЩАЯСЯ ОТРЫЖКОЙ		
	КИСЛЫМ, ХАРАКТЕРНА ДЛЯ		
	1) язвенной болезни		
	двенадцатиперстной кишки		
	2) острого эзофагита		
	3) рефлюкс-эзофагита		
	4) эзофагоспазма		
	5) грыжи пищеводного отверстия		
	диафрагмы		
6.	для боли в грудной клетке при	1, 2, 3, 4, 5	TK-PK
	ОСТЕОХОНДРОЗЕ ПОЗВОНОЧНИКА		
	ХАРАКТЕРНО		
	1) имеет острый режущий или		
	стреляющий характер		
	2) возникает после длительного		
	пребывания в одном положении		
	3) провоцируется физической нагрузкой		
	4) провоцируется поворотами туловища		
	5) купируется приемом анальгетиков		
7.	КАКИЕ ДАННЫЕ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОГО	3	TK-PK
	исследования свидетельствуют о		
	ПОРАЖЕНИИ ОРГАНОВ-МИШЕНИЙ ПРИ		
	АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ?		
	1) гепатоспленомегалия при УЗИ внутренних		
	органов		
	2) атриовентрикулярная блокада II степени		
	на ЭКГ		
	3) умеренная гипертрофия миокарда левого		
	желудочка при ЭХО-КГ исследовании		
	4) усиление легочного рисунка при		
	рентгенографии грудной клетки		
	5) увеличение левой границы сердца при		
_	рентгенографии грудной клетки		mv4 5 - 2
8.	К МИКРООРГАНИЗМАМ, ВЫЗЫВАЮЩИМ	1, 2, 3, 4, 5	TK-PK
	ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У		
	ЧЕЛОВЕКА, ОТНОСЯТСЯ		
	1) грибы		
	2) вирусы		
	3) бактерии		
	4) простейшие		
_	5) риккетсии		mv4 5 - 2
9.	НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫМИ	2, 5	TK-PK
	возбудителями внебольничной		
	ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЮТСЯ:		

1) D 1		
1) Pseudomonas aeruginosa		
2) Streptococcus pneumoniae		
3) Mycoplasma pneumoniae		
4) Staphilococcus aureus		
5) Haemophilis influenzae		
10. ВОЗБУДИТЕЛЯМИ АТИПИЧНЫХ	2, 3, 4	TK-PK
ПНЕВМОНИЙ ЯВЛЯЮТСЯ		
1) Streptococcus pneumoniae		
2) Mycoplasma pneumoniae		
3) Legionella spp.		
4) Chlamidia pneumoniae		
5) Haemophilis influenzae		
11. КАКОЙ ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ	3	TK-PK
МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ВАРИАНТОВ		
ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ		
НАИБОЛЕЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ?		
1) мезангиопролиферативный		
2) фокально-сегментарный гломерулосклероз		
3) гломерулонефрит с «полулуниями»		
4) мембранозный		
5) гломерулонефрит с «минимальными		
изменениями»		
12. КАКОЙ ФАКТОР ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ	3	TK-PK
ВАЖНЫМ ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ПРОГНОЗА		
ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА?		
1) выраженность гематурии		
2) наличие артериальной гипертензии		
3) темпы снижения скорости клубочковой		
фильтрации		
4) выраженность протеинурии		
5) наличие анемии		
13. ПРИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ	4	TK-PK
диагностике наследственной		
ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ		
(НАСЛЕДСТВЕННЫЙ		
МИКРОСФЕРОЦИТОЗ) И		
ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ		
ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИ ЖИЛЬБЕРА		
ОСНОВНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ		
ПРИЗНАКОМ ЯВЛЯЕТСЯ		
1) уровень билирубина в сыворотке		
2) возраст больных		
3) общее состояние больных		
4) морфология эритроцитов		
14. КАКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ	1	ТК-РК
КРОВИ МОГУТ БЫТЬ ВЫЯВЛЕНЫ У		
БОЛЬНОГО АТРОФИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ,		
КОТОРОМУ ПО ПОВОДУ НЕЯСНОЙ		
МАКРОЦИТАРНОЙ АНЕМИИ БЫЛО		
СДЕЛАНО НЕСКОЛЬКО ИНЪЕКЦИЙ		
ВИТАМИНА В-12?		
1) ретикулоцитоз		
/ ± '		,

2) полимулогиялогиял		
2) ретикулоцитопения		
3) нейтрофильный сдвиг формулы крови		
влево		
4) гипохромия эритроцитов	<i>-</i>	TIC DIC
15. КЛЮЧЕВЫМ ПАРАМЕТРОМ ОЦЕНКИ ФВД	5	TK-PK
В ДИАГНОСТИКЕ ХОБЛ ЯВЛЯЕТСЯ:		
1) OΦB ₁		
2) Остаточный объем		
3) ФЖЕЛ		
4) Максимальная вентиляция легких		
5) ОФВ 1 / ФЖЕЛ		
16. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЛЕГКОЙ	3	TK-PK
ИНТЕРМИТИРУЮЩЕЙ БРОНХИАЛЬНОЙ		
АСТМЫ ПРИМЕНЯЮТСЯ		
1) ингаляционные глюкокортикоиды		
2) системные глюкокортикоиды		
3) бронходилататоры короткого действия		
4) бронходилататоры длительного действия		
5) комбинация ингаляционных		
глюкокортикоидов и бронходилататоров		
короткого действия		
17. КАКОЙ ИЗ КЛИНИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ	4	TK-PK
МОЖЕТ БЫТЬ КЛЮЧЕВЫМ ПРИ		
дифференциальной диагностике		
ОСТРОГО АРТРИТА ПРИ ДЕБЮТЕ		
РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА И ОСТРОЙ		
РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ?		
1) интенсивность болевого синдрома		
2) поражение коленных суставов		
3) повышение температуры тела до 38 ⁰ C		
4) длительность суставного синдрома		
18. НАЛИЧИЕ ПЛЕВРАЛЬНОГО ВЫПОТА	1	ТК-РК
МОЖНО ЗАПОДОЗРИТЬ ПРИ СОЧЕТАНИИ		
1) отсутствия проведения дыхания при		
аускультации легких и тупого		
перкуторного звука над нижней долей		
легкого		
2) бронхиального дыхания при аускультации		
легких и тупого перкуторного звука над		
нижней долей легкого		
3) Ослабленного дыхания при аускультации		
над нижней долей легкого и шума трения		
плевры		
4) Диффузного ослабления дыхания над всей		
поверхностью легких и коробочного		
перкуторного звука		
5) Ослабленного дыхания и влажных хрипов		
при аускультации над нижней долей		
легкого		
19. КАКИЕ ГРУППЫ ПРЕПАРАТОВ	2, 3, 4, 6, 7	TK-PK
УСИЛИВАЮТ ГЛЮКОЗОСНИЖАЮЩЕЕ	, , , -, -	
ДЕЙСТВИЕ СУЛЬФОНИЛМОЧЕВИНЫ?		
, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,	<u> </u>	l .

1) £– a.б.	
$(2) \beta - a.\delta.$	
3) ингибиторы АПФ	
4) тетрациклины	
5) диуретики	
6) аспирин	
7) противотуберкулёзные препараты	

^{*}указывается, при каком уровне контроля применяется оценочное средство (текущий контроль, в том числе рубежный контроль (ТК, ТК-РК), промежуточная аттестация (ПА), государственная итоговая аттестация (ГИА)

Оценочное средство	Критерии	ответа	Уровень
	(полный	ответ,	применения*
	неполный	ответ,	
	отсутствует)		
Какие критерии используются для диагностики	Перечислены	все	ПА, ГИА
ревматоидного артрита (РА)?	диагностичес	кие	
	критерии РА.		
Стадии хронической болезни почек (ХБП) и их	Перечислены		ТК-РК
критерии.	критерии		
	установления		
	стадий ХБП.		
Варианты гемолитических анемий и критерии их	Перечислены		TK-PK
диагностики.	критерии		
	диагностики		
	гемолитическ	их	
	анемий.		

Вид оценочного средства: Ситуационные задачи:

Оценочное средство	Эталон ответа	Уровень
		применения*
Больному 49 лет в связи с обострением	4	TK-PK
бронхиальной астмы назначен преднизолон внутрь		
в дозе 20 мг в сутки. Через неделю признаки		
бронхиальной обструкции исчезли, но появились		
боли в эпигастрии, изжога, «кислая отрыжка».		
Проведите коррекцию лечения.		
1) срочно отменить преднизолон		
2) вдвое уменьшить суточную дозу		
преднизолона		
3) назначить препарат в той же дозе, но с		
интервалом в несколько дней		
4) заменить преднизолон бекотидом,		
назначить омепразол, антациды		
У 35-летнего больного в течение 3-х недель	Правильно описаны	ПА, ГИА
отмечается повышение температуры до $38-39^{0}$ C,	алгоритм осмотра,	
ночная потливость. Назначались антибиотики	диагностики и	

(Ампициллин, Клафоран) без эффекта. Обратился к врачу в связи появившимся кашлем, одышкой при нагрузке. Анамнез без особенностей.

Об-но: состояние средней тяжести. Кожные покровы умеренно бледные. Пальпируются увеличенные шейные надключичные лимфоузлы справа, плотные, малоподвижные. безболезненные. В легких жесткое дыхание, единичные сухие хрипы, больше справа. ЧД 20/мин. Тоны сердиа ритмичные. ЧСС 92/мин. Печень и селезенка не увеличены.

Ан. крови: Нв. 100 г/л. Л -14 х 10^9 /л. Э-8, П-10, С-70, Л-8, М-4. Тромбоциты — 180 х 10^9 /л. COЭ - 50 мм/час. Ан. мочи без особенностей

Проведены рентгенологическое исследование грудной клетки и гистологическое исследование биопсированного шейного лимфатического узла.

В стационар поступила больная 37 лет с жалобами на сухой кашель, одышку при незначительной физической нагрузке, боли в грудной клетке при глубоком дыхании и кашле, похудание за 3 месяца на 7 кг, выпадение волос, повышение температуры, боли в покое и при движениях в мелких суставах кистей, сильную слабость.

Впервые 6 месяцев назад появились боли в мелких суставах кистей. Постепенно боли усилились, стала повышаться температура тела. После самостоятельного приема в течение 7 дней антибиотиков самочувствие ухудшилось, нарастала слабость, появился кашель. Обратилась к участковому терапевту, была госпитализирована.

При осмотре состояние относительно удовлетворительное. Температура тела 37.8° С. Пониженного питания. Эритематозные высыпания на ушных раковинах, припухание в области проксимальных межфаланговых суставов. Дыхательная экскурсия легких ограничена с обеих сторон, аускультативно – жесткое дыхание над всей поверхностью легких, справа – шум трения плевры. Тоны сердца приглушены. Пульс 98 уд/мин, ритмичный, АД 140/95 мм рт. ст. В остальном по органам без изменений.

Анализ крови: Hb-106 г/л, эр.- $4.5x10^{12}$ /л, ЦП-0.82, лейк.- $2.3x10^9$ /л, формула не изменена, тромб.- $80x10^9$ /л, CO3-48 мм/час. Общий белок-88 г/л, альбумин-62 г/л, креатинин-88 мкмоль/л. Электрофорез белков крови: альбумины-32%, a_1 -глобулины-6%, a_2 -глобулины-14%, b-глобулины-

лечения. Дан анализ возможных причин неэффективности антибактериальной терапии.

Правильно описаны алгоритм осмотра, диагностики и лечения. Дан анализ возможных причин неэффективности антибактериальной терапии.

ПА, ГИА

	T	T
16%, g-глобулины-32%.		
Анализ мочи: уд. вес 1020, белок-1.5 г/л, эр		
6-8 в п/зр., лейк4-6 в п/зр., гиалиновые цилиндры-		
1-2 в п/зр.		
Рентгенография органов грудной клетки:		
диафрагма с обеих сторон мало подвижна,		
имеется утолщение междолевой плевры справа,		
плевродиафрагмальные спайки, рисунок легких		
диффузно усилен, плевральные синусы		
расправляются неполностью. Сердце не увеличено.		
У 58-летнего больного в возрасте 45 лет	Правильно описаны	ПА, ГИА
при случайном обследовании диагностирован	алгоритм осмотра.	1121, 1 7121
аортальный порок сердца. Чувствовал себя		
	[' '	
удовлетворительно работоспособность не	выявленных	
снижалась (по профессии монтажник мелких	клинических и	
деталей). Нерегулярно наблюдался кардиологом.	лабораторных	
От оперативного лечения отказывался.	симптомов и	
Бицилинопрофилактику не проводил. За последний	обоснован	
год отмечает медленно нарастающую одышку,	клинический диагноз.	
иногда, при нагрузке – кратковременное	Даны рекомендации	
неприятное жжение за грудиной. Получил	по дальнейшему	
инвалидность 2 группы. 3 недели тому назад	ведению пациента	
проводилось урологическое обследование с		
катетеризацией мочевого пузыря, после чего		
отмечает повышение температуры до 37,5-38°C.		
Страдает сахарным диабетом (соблюдает диету,		
принимает диабетон).		
Об-но: состояние средней тяжести.		
Бледность кожных покровов. Дыхание в легких		
жесткое, без хрипов. Усиленный верхушечный		
1 /		
ритмичные, ЧСС 80/мин., систолический и		
диастолический шум во ІІ межреберье справа. АД		
130/50 мм рт. ст. Печень и селезенка не		
пальпируются.		
Ан. крови общий: H в - 105 г/л, J - 8×10^9 /л.		
Формула крови без особенностей. СОЭ 35 мм/час.	-	
50-летняя больная обратилась с жалобами	Правильно описаны	ПА, ГИА
на боли в спине, усиливающиеся при движении и	алгоритм осмотра.	
стоянии. Боли беспокоят на протяжении года.	Дана оценка	
Диагностировался остеохондроз позвоночника.	выявленных	
Назначалось физиотерапевтическое лечение,	клинических и	
нестероидные противовоспалительные	лабораторных	
препараты без эффекта. За последнее время боли	симптомов и	
усилились, большую часть времени проводит в	обоснован	
постели. По данным анамнеза, в течение 10 лет	клинический диагноз.	
страдает бронхиальной астмой с частыми	Даны рекомендации	
обострениями и госпитализациями. На	по дальнейшему	
протяжении 5 лет получала преднизолон внутрь в	ведению пациента	
суточной дозе 5-10 мг, ингаляции сальбутамола 3-	220 2 Ironymonimu	
4 р/сут. Последний год назначены ингаляционные		
т расут. 110слеонии гоо назначены ингаляционные		

кортикостероиды Менопауза в 43 года.	
Об-но: болезненность при нагрузке на	
позвоночник по оси. Движения в позвоночнике	
ограничены из-за болей. В легких единичные сухие	
хрипы. АД 160/90 мм рт. ст. Тоны сердца	
ритмичные. Живот мягкий безболезненный во всех	
отделах. Анализ периферической крови без	
особенностей. Глюкоза крови 7,5 ммоль/л.	
Проведено рентгенологическое исследование	
позвоночника.	

Оценочное средство	Критерии ответа	Уровень
	(раскрыта полно и	применения*
	самостоятельно,	
	раскрыта полно, но	
	не самостоятельно,	
	не раскрыта)	
Темы рефератов:	Тема раскрыта	TK-PK
- Диагностика ТЭЛА	полно и	
- Диагностические критерии ОКС	самостоятельно,	
- Современные методы диагностики ИБС	использованы	
- Диагностика НЯК	современные	
- Дифференциальная диагностика желтух	средства поиска	
- Морфологические варианты хронических		
гломерулонефритов		
- Диагностика лимфогранулематоза		
- Диагностика подагры		
- Диагностические критерии сахарного диабета		

ПК-6 - способность и готовность проводить патофизиологический анализ клинических синдромов, обосновывать патогенетически оправданные методы (принципы) диагностики, лечения, реабилитации и профилактики среди взрослого населения и подростков с учетом их возрастно-половых групп

Разделы дисциплины (темы): Пульмонология; Кардиология; Гастроэнтерология; Нефрология; Гематология; Ревматология, системные заболевания соединительной ткани; Заболевания эндокринной системы; Частные вопросы; Болезни обмена веществ; Лекарственная терапия

Вид оценочного средства: Тестовые задания

Оценочное средство	Эталон ответа	Уровень
		применения*
1. БОЛЬ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ ВО ВРЕМЯ	1, 5	TK-PK
ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ И ПРИ ВЫХОДЕ		
НА ХОЛОД ХАРАКТЕРНА ДЛЯ		
1) стенокардии		
2) пневмонии		
3) остеохондроза		

4) эзофагоспазма		
5) депрессии		
2. ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА	2	TK-PK
ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА		
ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ		
ЛАБОРАТОРНЫЕ ПРИЗНАКИ		
1) повышение СОЭ		
2) повышение аминотрансфераз		
3) нейтрофильный лейкоцитоз		
4) повышение		
креатинфосфокиназы		
5) обнаружение тропонина Т		
3. ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА	1, 2, 4, 5	ТК-РК
ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА	, , ,	
необходимы следующие		
ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ		
ИССЛЕДОВАНИЯ		
1) ЭКГ		
2) Эхо-КГ		
3) рентгенологическое		
исследование		
4) нагрузочные пробы		
5) коронароангиография		
6) радиоизотопные методы		
исследования		
4. БОЛЬ ЗА ГРУДИНОЙ, ВОЗНИКШАЯ	1, 4	ТК-РК
ВНЕЗАПНО В ПОКОЕ, ИМЕЮЩАЯ	,	
ИНТЕНСИВНЫЙ ДАВЯЩИЙ ХАРАКТЕР,		
ДЛЯЩАЯСЯ БОЛЕЕ 20 МИНУТ, НЕ		
КУПИРУЮЩАЯСЯ ПРИЕМОМ		
НИТРОГЛИЦЕРИНА, ХАРАКТЕРНА ДЛЯ		
1) приступа стенокардии		
2) острого перикардита		
3) острого инфаркта		
миокарда		
4) расслаивающей		
аневризмы аорты		
5. У ПАЦИЕНТА С ИНТЕНСИВНЫМИ	1, 3, 5	ТК-РК
БОЛЯМИ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ НА ЭКГ	, ,	
ЗАРЕГИСТРИРОВАН ПОДЪЕМ СЕГМЕНТА		
ST. ВОЗМОЖНЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ		
ПРЕДПОЛОЖЕНИЯ		
1) острый инфаркт миокарда		
2) тромбоэмболия легочной		
артерии		
3) острый перикардит		
4) расслаивающая аневризма		
аорты		
5) вариантная стенокардия		
6. У ПАЦИЕНТА 48 ЛЕТ НА 12 ДЕНЬ ПОСЛЕ	3	ТК-РК
ОПЕРАЦИИ ОСТЕОСИНТЕЗА БЕДРЕННОЙ		
КОСТИ ОСТРО ВОЗНИКЛИ БОЛЬ ЗА		
	<u> </u>	L

1	
3	TK-PK
1 2 2 4 5	TIC DIC
1, 2, 3,4, 5	TK-PK
3	TK-PK
1, 2, 3, 4, 5	TK-PK
	3

2)		
2) вирусы		
3) бактерии		
4) простейшие		
5) риккетсии	2.5	TIC DIC
11. НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫМИ	2, 5	TK-PK
ВОЗБУДИТЕЛЯМИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ		
ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЮТСЯ:		
1) Pseudomonas aeruginosa		
2) Streptococcus pneumoniae		
3) Mycoplasma pneumoniae		
4) Staphilococcus aureus		
5) Haemophilis influenzae	2 2 4	THE DAY
12. ВОЗБУДИТЕЛЯМИ АТИПИЧНЫХ	2, 3, 4	TK-PK
ПНЕВМОНИЙ ЯВЛЯЮТСЯ		
1) Streptococcus pneumoniae		
2) Mycoplasma pneumoniae		
3) Legionella spp.		
4) Chlamidia pneumoniae		
5) Haemophilis influenzae		
13. ВЫБЕРИТЕ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫЕ	3	TK-PK
МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ		
ГОСПИТАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ		
1) профилактическое назначение антибиотиков		
у всех пациентов в послеоперационном		
периоде или тем, кому планируется		
длительная госпитализация		
2) назначение Н2-блокаторов или ингибиторов		
протонной помпы и возвышенный головной		
конец кровати		
3) максимально ранняя активизация больного и		
дыхательная гимнастика		
4) массаж грудной клетки и селективная		
деконтаминация кишечника		
5) тщательная уборка помещений с		
антисептиками в общетерапевтических и		
хирургических отделениях и соблюдение		
санитарно-гигиенических требований к		
посетителям (ношение сменной обуви и		
марлевых повязок, мытье рук, максимально		
исключить передачу предметов домашнего		
обихода и продуктов питания)		
14. КАКОЙ ФАКТОР ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ	3	TK-PK
ВАЖНЫМ ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ПРОГНОЗА		
ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА?		
1) выраженность гематурии		
2) наличие артериальной гипертензии		
3) темпы снижения скорости клубочковой		
фильтрации		
4) выраженность протеинурии		
5) наличие анемии		
15. ЧТО ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННОГО МОЖЕТ	2	ТК-РК
ВЫЗВАТЬ РЕНАЛЬНУЮ ФОРМУ ОСТРОЙ		

ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ?		
1) ретроперитонеальный фиброз		
2) синдром «лизиса опухоли»		
3) аденома предстательной железы		
4) миома матки		
5) ничего из вышеперечисленного		
16. ПРИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ	4	TK-PK
диагностике наследственной	7	11X-1 IX
ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ		
(НАСЛЕДСТВЕННЫЙ		
МИКРОСФЕРОЦИТОЗ) И		
ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ		
ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИ ЖИЛЬБЕРА		
ОСНОВНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ЯВЛЯЕТСЯ		
1) уровень билирубина в сыворотке		
2) возраст больных		
3) общее состояние больных		
4) морфология эритроцитов	<i>-</i>	TIC DIC
17. КЛЮЧЕВЫМ ПАРАМЕТРОМ ОЦЕНКИ ФВД	5	TK-PK
В ДИАГНОСТИКЕ ХОБЛ ЯВЛЯЕТСЯ:		
1) OΦB ₁		
2) Остаточный объем		
3) ФЖЕЛ		
4) Максимальная вентиляция легких		
5) ОФВ ₁ / ФЖЕЛ 18. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЛЕГКОЙ	3	ТК-РК
18. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЛЕГКОЙ ИНТЕРМИТИРУЮЩЕЙ БРОНХИАЛЬНОЙ	3	IK-PK
АСТМЫ ПРИМЕНЯЮТСЯ		
1) ингаляционные глюкокортикоиды 2) системные глюкокортикоиды		
3) бронходилататоры короткого действия		
4) бронходилататоры длительного действия		
5) комбинация ингаляционных		
глюкокортикоидов и бронходилататоров		
короткого действия		
19. КАКОЙ ИЗ КЛИНИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ	4	ТК-РК
МОЖЕТ БЫТЬ КЛЮЧЕВЫМ ПРИ	7	IK-IK
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ		
ОСТРОГО АРТРИТА ПРИ ДЕБЮТЕ		
РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА И ОСТРОЙ		
РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ?		
1) интенсивность болевого синдрома		
2) поражение коленных суставов		
3) повышение температуры тела до 38 ⁰ C		
,		
4) длительность суставного синдрома	1	TK-PK
4) длительность суставного синдрома 20. НАЛИЧИЕ ПЛЕВРАЛЬНОГО ВЫПОТА	1	ТК-РК
4) длительность суставного синдрома 20. НАЛИЧИЕ ПЛЕВРАЛЬНОГО ВЫПОТА МОЖНО ЗАПОДОЗРИТЬ ПРИ СОЧЕТАНИИ	1	ТК-РК
4) длительность суставного синдрома 20. НАЛИЧИЕ ПЛЕВРАЛЬНОГО ВЫПОТА МОЖНО ЗАПОДОЗРИТЬ ПРИ СОЧЕТАНИИ 1) отсутствия проведения дыхания при	1	TK-PK
4) длительность суставного синдрома 20. НАЛИЧИЕ ПЛЕВРАЛЬНОГО ВЫПОТА МОЖНО ЗАПОДОЗРИТЬ ПРИ СОЧЕТАНИИ 1) отсутствия проведения дыхания при аускультации легких и тупого	1	ТК-РК
4) длительность суставного синдрома 20. НАЛИЧИЕ ПЛЕВРАЛЬНОГО ВЫПОТА МОЖНО ЗАПОДОЗРИТЬ ПРИ СОЧЕТАНИИ 1) отсутствия проведения дыхания при	1	TK-PK

2) бронхиального дыхания при аускультации		
легких и тупого перкуторного звука над		
нижней долей легкого		
3) Ослабленного дыхания при аускультации		
над нижней долей легкого и шума трения		
плевры		
4) Диффузного ослабления дыхания над всей		
поверхностью легких и коробочного		
перкуторного звука		
5) Ослабленного дыхания и влажных хрипов		
при аускультации над нижней долей		
легкого		
21. КАКИЕ ГРУППЫ ПРЕПАРАТОВ	2, 3, 4, 6, 7	TK-PK
УСИЛИВАЮТ ГЛЮКОЗОСНИЖАЮЩЕЕ		
ДЕЙСТВИЕ СУЛЬФОНИЛМОЧЕВИНЫ?		
1) £− a.б.		
$2) \beta - a.\delta.$		
3) ингибиторы АПФ		
4) тетрациклины		
5) диуретики		
6) аспирин		
7) противотуберкулёзные препараты		

Оценочное средство	Критерии ответа	Уровень
	(полный ответ,	применения*
	неполный ответ,	r
	отсутствует)	
Какие критерии используются для диагностики	Перечислены все	ПА, ГИА
ревматоидного артрита (РА)?	диагностические	
	критерии РА.	
Варианты амилоидоза, критерии диагностики,	Перечислены	TK-PK
возможности лечения.	варианты	
	амилоидоза,	
	критерии	
	установления	
	диагноза,	
	современные	
	принципы терапии.	
Варианты гемолитических анемий и критерии их	Перечислены	TK-PK
диагностики.	критерии	
	диагностики	
	гемолитических	
	анемий.	
Современные возможности лечения хронических	Перечислены	TK-PK
вирусных гепатитов.	современные	
	принципы лечения	
	вирусных гепатитов	
	и критерии	
	эффективности	

l monaniii	
теринии.	

Вид оценочного средства: Ситуационные задачи:

Оценочное средство	Эталон ответа	Уровень
У 35-летнего больного в течение 3-х недель отмечается повышение температуры до 38-39°C, ночная потливость. Назначались антибиотики (Ампициллин, Клафоран) без эффекта. Обратился к врачу в связи появившимся кашлем, одышкой при нагрузке. Анамнез без особенностей. Об-но: состояние средней тяжести. Кожные покровы умеренно бледные. Пальпируются увеличенные шейные и надключичные лимфоузлы справа, плотные, безболезненные, малоподвижные. В легких жесткое дыхание, единичные сухие хрипы, больше справа. ЧД 20/мин. Тоны сердца ритмичные. ЧСС 92/мин. Печень и селезенка не увеличены. Ан. крови: Нв.100 г/л. Л -14 х 10°/л. Э-8, П-10, С-70, Л-8, М-4. Тромбоциты — 180 х 10°/л. СОЭ — 50 мм/час. Ан. мочи без особенностей Проведены рентгенологическое исследование грудной клетки и гистологическое исследование биопсированного шейного	Правильно описаны алгоритм осмотра, диагностики и лечения. Дан анализ возможных причин неэффективности антибактериальной терапии.	применения* ПА, ГИА
лимфатического узла. 36-летний больной в течение нескольких месяцев отмечает одышку при физической нагрузке, боли в области сердца, отеки, слабость и чувство онемения в ногах. Анамнез без особенностей. Об-но: состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, отеки голеней. Тоны сердца ритмичные ЧСС 75/мин, АД 80/60 мм рт. ст.). В легких хрипы не выслушиваются. Печень выступает из подреберья на 6 см, при пальпации безболезненная, размеры по Курлову − 20-17-15 см. Пальпируется плотная селезенка (длинник 16 см). Ан. крови общий: Нв − 100 г/л, Эр. − 3,5 х 10¹²/л, Л − 5,9 х 10⁰/л. Формула без особенностей. СОЭ − 60 мм/час. Общий белок − 72 г/л, альбумин − 40 г/л, креатинин - 0,18 ммоль/л. Ан. мочи: цвет желтый, хлопьевидный осадок, суточная протеинурия - 5 г, Л- 4-5 в п/зр. Эр. − ед. в п/зр. Проба Зимницкого: относительная плотность − 1005-1009. Дневной диурез − 700 мл, ночной − 1200 мл. ЭХО-кардиография: уменьшение размеров левого желудочка, дилятация левого предсердия, резкое утолщение стенок левого желудочка и	Правильно описаны алгоритм осмотра. Дана оценка выявленных клинических и лабораторных симптомов и обоснован клинический диагноз. Даны рекомендации по дальнейшему ведению пациента.	ПА, ГИА

В стационар поступила больная 37 лет с жалобами на сухой кашель, обышку при незначительной физической нагрузке, боли в грудной клетке при глубоком дыхании и кашле, похудание за 3 месяца на 7 кг., выпадение волос, повышение температуры, боли в покое и при добраторных вымеленных клинических и лабораторных дыжениях в мелких суставах кистей, сильную слабость. Впервые в месяцев назад появились боли в менких суставах кистей. Постепенно боли усилились, стала повышаться температура тела. После самостоятельного приема в течение 7 дней антибиотиков самогувствие ухудинилось, нарастала с к участковому терапевту, была гоститализирована. При осмотре состояние относительно удолятельного тими. Эритематовые высыпания на ушных раковинах, прирухание в области проксимальных межефаланговых суставов. Дыхательная экскурсия легких, справа — иум трения плееры. Тоны сердца пригушены. Пузье 98 удуни, питичный, АП 140/95 мм рт. ст. В остальном по органам без изменений. Анализ крови: НЬ-106 г/л, эр4.5x10 ¹² /л, ЦП-0.82, лейк2.3x10 ¹⁷ /л, формула не изменена, тромб88 г/л, агобумины-32%, аго	межжелудочковой перегородки. Фракция выброса		
В стационар поступила больная 37 лет с жалобами на сухой кашель, одышку при нетачительной финической нагруже, боли в грудной клетке при 21/боком дыхании и кашле, похудание за 3 месяца на 7 кг., выпадение волос, и при движениях в мелких суставах кистей, сильную слабость. Впервые 6 месяцев назад появились боли в токое и при движениях в мелких суставах кистей, сильную слабость. Впервые 6 месяцев назад появились боли в мелких суставах кистей. Постепенно боли усипкинсь, стала повышаться тетра при тетра при движениях в мелких суставах кистей. Постепенно боли усипкинсь, стала повышаться тетра при тетра при движением движение			
жалобами на сухой кашель, одышку при незначительной физической нагруже, боли в гокудание и кашле, выявленных грудной клетке при гудбоком дыхании и кашле, повышение температуры, боли в покое и при обыжениях в мелких суставах кистей, сильную слабость. Впервые 6 месяцев назад появились боли в мелких суставах кистей. Постепенно боли усилились, стала повышаться температура тела. После самостоятельного приема в течение 7 дней антибистиков самостувствие ухудишлось, нарастала слабость, появился кашель. Обратилась к участковому терапетным дотот и усилились к участковому терапетным дотот и усилились к участковому терапетным дотот и усилились к участковому терапетным догот при осмотре состояние относительно удовлетворительное. Температура тела 37.8°C. Пониженного питания. Эритематочные высыпания на ушных раковинах, припухание в боласти проксимальных межфаланговых суставов. Дыхательнах экскурсия легких средие пригушены. Пульс 98 удомин, ритмичный, АД 140/95 мм рт. ст. В остальном по органам без изменений. Апализ крови: НЬ-106 г/л, эр4.5х10 ² /л, ЦП -0.82, лейк2.3х10 ² /л, формула не изменена тромб. 80х10 ² /л, СОЭ-48 мм/час. Общий белок-88 г/л, альбумин-52 ² /л, креатинин-88 мкмоль/л. Электорофорге белков крови: альбумины-32 ² /к, адглобулины-12 ² /к, густания мочи: уд. вес 1020, белок-1.5 г/л, эр6-8 в п/зр., лейк4-6 в п/зр., гиалиновые цилиндры-12 в п/зр. Правильно описаны прогоравляются неполностью. Сердце не увеличено. У 58-метнего больного в возрасте 45 лет при случайном обследовании диагностирован агоритм осмотра. дагоритм осмотра. дагоритм осмотра. дагоритм осмотра. Дапа оценка удовательно описаны вызват		Правили отменя	ПЛ ГИЛ
незначительной физической нагрузке, боли в грудной клетке при глубоком дыхании и кашле, похудание за 3 месяца на 7 кг, выпадение волос, пленических и пабораторных сильного сильного выпадение волос, повышение температуры, боли в покое и при движениях в мелких суставах кистей, сильную сильтомов и обоснован впервые 6 месяцев назад появились боли в клинический диагноз. Впервые 6 месяцев назад появились боли в клинический диагноз. Даны рекомендации усилились, стала повышаться температура тела. Посте самостоятельного приема в течение 7 дней антибиотиков с аконувствие ухудиилось, нарастала слабость, появился кашель. Обратилась к участковому терапевту, была гостанализирована. При осмотре состояние относительно удовлетворительное. Температура тела 37.8°C. Пониженного питания. Эритематольные высыпания на ушных раковинах, притухание в области проксимальных межфаланговых суставов. Иыхательная экскурсия легких, справа — шум трения плееры. Тоны сероца пригулиены. Пульс 98 удомин, ритмичный, АД 140/95 мм рт. ст. В остальном по органам без изменений. Анализ крови: НЬ-106 г/л, эр4.5x10 ¹² /л, ЦП - 82, лейк2.3x10 ¹⁰ /л, формула не изменена, тромоб. 80x10 ¹ /л, СОЗ-48 мм/час. Общий безок-88 г/л, альбумин-62 г/л, креатинин-88 мкмоль/л. Электрофорог белков крови: альбумины-13½%, алгобулины-132%. Алалыз мочи: уд. вес 1020, белок-1.5 г/л, эр6-8 в п/эр., лейк. 4-6 в п/эр., гиалиновые цилиндры-1-2 в п/эр. Рентгенография органов грудной клетки: диафрагма с обеих сторон мало подвижна, имеется утолицение междолевой плееры справа, плевроднарраемаленые с спайки, рисунок легких дифрузно усилен, плееральные с инусы расправляются неполностью. Сердце не увеличено. У 58-летного больного в возрасте 45 лет при случайном обследовании диагностирован агоритм осмотра. Дапа оценка удовлетворительно работоспособность не выявленных	, *		IIA, I VIA
грудной клетке при глубоком дыхании и каиле, похудание за 3 месяца на 7 кг, выпадение волос, повышение температуры, боли в покое и при движениях в мелких суставах кистей, сильную слабость. Впервые 6 месяцев назад появились боли в клинический диагноз. Даны рекомендации усильлись, стала повышаться температура тела. После самостоятельного приема в течение 7 дей даны рекомендации по дальнейшему После самостоятельного приема в течение 7 дей даны рекомендации по дальнейшему После самостоятельного приема в течение 7 дей даны рекомендации по дальнейшему Обратилась к участковому терапевту, была госпитализирована. При осмотре состояние относительно удовлетворительное. Температура тела 37.8°С. Пониженного питания. Эритематозные высыпания на ушных раковинах, припухание в области проксимальных межефаланговых суставов. Дыхательная экскурсия легких, справа — шум трения плевры. Тоны сероца приглушены. Пульс 98 уд/мин, ритмичный, АД 140/95 мм рт. ст. В оставном по органам без изменений. Анализ крови: НЬ-106 г/л, эр4.5х10 ¹² /л, ЦП-0.82, лейк. 2.3х10 ¹² /л, формула не изменена, тромб. 80х10 ¹² /л. СОО-48 мм/час. Общий безок-88 г/л, альбумины-32%, азглобулины-69%, азглобулины-14%, b-глобулины-16%, глобулины-69%, глобулины-14%, b-глобулины-12 в п/зр., лейк. 4-6 в п/зр., гиалиновые цилиноры-12 в п/зр., рейк. 4-6 в п/зр., гиалиновые цилиноры-12 в п/зр., рейк. 4-6 в п/зр., гиалиновые цилиноры-12 в п/зр. Рентенография органов грудной клетки: диафрагма с обеих сторон мало подвижна, имеется утолщение междолевой плевры справа, плевроодафрагмальные спайки, рисунок легких диффузно усилен, плевральные синусы расправляются неполностью. Сердце не увеличено. У 58-летнего больного в возрасте 45 лет при случайном обследовании диагностирован агоритм осмотра. Дана оценка выявленных	, , ,		
похудание за 3 месяца на 7 кг, выпадение волос, повышение температуры, боли в покое и при довижениях в менких суставах кистей, сильную слабость. Впервые 6 месяцев назад появились боли в мелких суставах кистей. Постепенно боли усилились, стала повышаться температура тела. Посте самостоятельного приема в течение 7 дней антибиотиков с амочувствие ухудиилось, нарастала слабость, появился кашель. Обратилась к участковому терапевту, была гостипалилирована. При осмотре состояние относительно удовлетворительное. Температура тела 37.8°C. Пониженного питания. Эритематовые высыпания на ушных раковинах, припухание в области проксимальных межфаланговых суставов. Дыхательная экскурсия легких ограничена с обеих сторон, аускультативно — жесткое дыхание над всей поверхностью легких, справа — шум трения плевры. Тоны сердца приглушены. Пульс 98 уд/мин, ритмичный, ДД 140/95 мм рт. ст. В остальном по органам без изменений. Анализ крови: НЬ-106 г/л, эр4.5x10 ¹² /л, ЦП-0.82, лейк-2.3x10 ¹⁷ /л, формула не изменена, тромб. 80x10 ⁷ /л, СОЗ-48 мм/час. Общий белок-88 г/л, альбумины-62 г/л, креатинин-88 мкмоль/л. Электрофорез белков крови: альбумины-32%, алглобулины-16%, в-глобулины-18/м, креатинин-88 мкмоль/л. Электрофорез белков крови: альбумины-32%, алглобулины-16%, в-глобулины-18/м, креатинин-18/м, в-глобулины-18/м, в-глобул	1	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	
повышение температуры, боли в покое и при движениях в мелких суствах кистей, сильную слабость. Впервые в мескием назад появились боли в мелких суствах кистей. Постетенно боль с мелких суствам кистей. Постетенно боль с мелких суствам кистей. Постетенно боль с мелких суствам кистей. Посте самостоятельного приема в течение 7 дней антибиотиков самочувствие ухудишлось, нарастала слабость, появился кашель. Обратилась к участковому терапевту, была госпитализирована. При осмотре состояние относительно удовлетворительное питания. Эритематозные высыпания на ушных раковинах, притукание в области проксимальных межфаланговых сустваю. Дыхательная экскурсия легких, справа — шум трения плееры. Тоны сердца пригушены. Пулье 98 удо/мин, ритмичный, АД 140/95 мм рт. ст. В остальном по органим без изменений. Анализ крови: НЬ-106 г/л, эр4.5х10 ¹² /л, ЦП-0.82, лейк2.3х10 ⁹ /л, формула не изменена, тромб88 г/л, альбуминь-162 г/л, фремула не изменена, тромб88 г/л, альбуминь-162 г/л, креатинны-18м мколь/л. Электрофорез белков крови: альбумины-32%, арглобулины-164, в г-лобулины-164, в г-лобулины-164, в г-лобулины-172 в п/зр. Рентгенография органов грудной клетки: диафрама с обеих сторон мало подвижна, имеется утолщение междолевой плееры справа, плееродиафрамальные спайки, рисунок легких диффузно усилен. плееральные синусы расправляются неполностью. Сердце не увеличено. У 58-летнего больного в возрасте 45 лет при случайном обследовании диагностирован дана оценка вывяенных апривы порок сердца. Чувствовал себя удовлетворительно оработоспособность не выявленных апринка вывяенных апринка вывяенных апринка вывяенных и не выявленных			
овыжениях в мелких суставах кистей, сильную слабость. Впервые 6 месяцев назад появились боли в мелких суставах кистей. Постепенно боли усилились, стала повышаться температура тела. После самостоятельного приема в теменера тела одальнейшему ведению пациента антибиотиков самочувствие ухудишлось, нарастала слабость, появился кашель. Обратилась к участковому терапевту, была гостатализирована. При осмотре состояние относительно удовлетворительное титализирована. При осмотре состояние относительно удовлетворительное титализирована. При осмотре состояние относительно удовлетворительное питания. Эритематояные высклания на ушных раковинах, припухание в области проксимальных межфаланговых суставов. Дыхательная экскурсия легких ограничена с обеих сторон, аускультативно— жесткое дыхание над всей поверхностью легких, справа — илум трения плеевры. Тоны сероца приглушены. Пульс 98 уд/мин, ритмичный, АД 140/95 мм рт. ст. В остальном по органам без изменений. Анализ крови: НЬ-106 г/л, эр4.5х10 ¹² /л, ЦП-0.82, лейк2.3х10 ¹⁷ /л, формула не изменена, тромб80х10 ⁸ /л, СОЭ-48 мм/час. Общий белок-88 г/л, альбумины-32%, аргобулины-32%. Анализ мочи: уд. вес 1020, белок-1.5 г/л, эр6-8 в п/зр., лейк4-6 в п/зр., гиалиновые цилиноры-1.2-2 в п/зр. Рентгенография органов грудной клетки: диафрагма с обеих сторон мало подвижна, имеется утолщение междолевой плееры справа, плееродиафрагмальные спайки, рисунок легких диффузно усилен, плееральные синусы расправляются неполностью. Сероце не увеличено. У 58-летнего больного в возрасте 45 лет при случайном обследовании диагностирован и выявленных оценка выявленных оценка выявленных вывяленных выявленных вызвленных выявленных выявленных выявленных выявленных выявленных	į į		
впервые 6 месяцев назад появились боли в мяких суставах кистей. Постепенно боли усилились, стала повышаться температура тела. После самостоятельного приема в течение 7 дней антибиотиков самочувствие ухудишлось, нарастала слабость, появился кашель. Обратилась к участковому терапевту, была гоститализирована. При осмотре состояние относительно удовлетворительное. Температура тела 37.8°C. Пониженного титания. Эритематозные высыпания на ушных раковинах, притухание в области проксимальных межфаланговых суставов. Дыхательная экскурсия легких, справа — шум трения плевры. Тоны сероца пригушены. Пульс 88 удумин, ритмичный, 4/1 140/95 мм рт. ст. В остальном по органам без изменений. Анализ крови: Нь-106 г/л, эр4.5х10 ¹² /л, ЦП-0.82, лейк2.3х10 ¹² /л, формула не изменена, тромб80х10 ¹⁷ л. СОЭ-48 мм/час. Общий белок-88 г/л, альбуминь-62 г/л, креатинин-88 мкмоль/л. Электрофорз белков крови: альбумины-32%, ацглобулины-14%, в-глобулины-16%, g-глобулины-12%. Анализ мочи: уд. вес 1020, белок-1.5 г/л, эр6-8 в л/эр., лейк4-6 в п/эр., гиалиновые цилиндры-1-2 в п/эр. Рентеенография органов грудной клетки: диафрагма с обеих сторон мало подвижна, имеется утолцение междоолевой плевры справа, плевроднафрагма с обеих сторон мало подвижна, имеется утолщение междоолевой плевры справа, плевроднафрагма с обеих сторон мало подвижна инферрумо усилен. плевральные синусы расправляются неполностью. Серодие не увеличено. У 58-летнего больного в возрасте 45 лет при случайном обследовании диагностирован пре случайном обследовании диагностирован при случайном обследовании диагностирован дана оценка выявленных вывяленных вывяленных вывяленных выявленных выявленн	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1		
Впервые 6 месяцев назад появились боли в мелких суставах кистей. Постепенно боли по дальнейшему усилились, стала повышаться температура тела. После самостоятельного приема в течение 7 дней ведению пациента ведению пациента ведению пациента самость, появился кашель. Обратилась к участковому терапевту, была госпитализирована. При осмотре состояние относительно удовлетворительное. Температура тела 37.8°C. Пониженного питания. Эритематозные выбывлания на ушных раковинах, принухание в области проксимальных межефаланговых суставов. Дыхательная экскурсия легких ограничена с обеих сторон, аускультативно—жесткое дыхательная экскурсия легких, справа — шум трения плееры. Тоны сердца пригушены. Пульс 98 удомин, ритмичный, АД 140/95 мм рт. ст. В остальном по органам без изменений. Анализ крови: Нь-106 г/л, эр4.5х10 ¹² /л, ЦП-0.82, лейк2.3х10 ¹⁷ /л, формула не изменена, тромб8 8х/л, альбумин-62 г/л, креатини-88 мкмоль/л. Электрофорез белков крови: альбумины-32%, азглобулины-32%. Анализ мочи: уд. вес 1020, белок-1.5 г/л, эр6-8 в п/зр., лейк4-6 в п/зр., гиалиновые цилиноры-1-2 в п/зр. Реттенография органов грудной клетки: диафрагма с обеих сторон мало подвижна, имеется утолицение междолевой плееры справа, плееродиафрагмальные спайки, рисунок легких диффузно усилен. плееральные синусы расправляются неполностью. Сердуе не увезичено. У 58-летнего больного в возрасте 45 лет при случайном обследовании диагностирован по описаны порок сердуа. Чувствовал себя удовлетворительно работоспособность не выявленных выявленных выявленных выявленных выявленных выявленных выявленных оценка выявленных оценка выявленных расправляющей прементального прастивенных выявленных ведению подательн	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		
мелких суставах кистей. Постепенно боли усилились, стала повышаться температура тела. После самостоятельного приема в течение 7 дней антибиотиков самочувствие ухудишлось, нарастала слабость, появился кашель. Обратилась к участковому терапевту, была гоститализирована. При осмотре состояние относительно удовлетворительное. Температура тела 37.8°C. Пониженного питания. Эритематозные высыпания на ушных раковинах, притухание в области проксимальных межфаланговых суставов. Дыхательная экскурсия легких ограничена с обеих сторон, аускультативно — жесткое дыхание над всей поверхностью легких, справа — изум трения плевры. Тоны сердца приглушены. Пульс 98 уд/мин, ритмичный, АД 140/95 мм рт. ст. В остальном по органам без изменений. Анализ крови: НЬ-106 г/л, эр4.5x10 ¹² /л, ЦП-0.82, лейк2.3x10 ⁹ /л, формула не изменена, тромб80x10 ⁹ /л, СОЭ-48 мм/час. Общий белок-88 г/л, альбумины-62 г/л, креатинин-88 мкмоль/л. Электрофорез белков крови: альбумины-32%, алгообулины-6%, азглобулины-14%, b-глобулины-16%, g-глобулины-14%, b-глобулины-16%, g-глобулины-14%, b-глобулины-1-2 в п/эр. Рентгенография органов грудной клетки: диафрагма с обеих сторон мало подвижна, имеется утолщение междолевой плевры справа, плевродиафрагмальные спайки, рисунок легких диффузно усилен, плевральные синусы расправляются неполностью. Сердца не увеличено. У 58-летнего больного в возрасте 45 лет при случайном обследовании диагностирован арларывам осмотра. Пал. ГИА выявленных			
усилились, стала повышаться температура тела. После самостоятельного приема в течение 7 дней антибиотиков самочувствие ухудиилось, нарастала слабость, появился кашель. Обратилась к участковому терапевту, была гостипализирована. При осмотре состояние относительно удовлетворительное. Температура тела 37.8°C. Пониженного питания. Эритематозные высыпания на ушных раковинах, припухание в области проксимальных межфаланговых суставов. Дыхательная экскурсия легких ограничена с обеих сторон, аускультативно — жесткое дыхание над всей поверхностью легких, справа — шум трения плевры. Тоны сердца приглушены. Пульс 98 уд/мин, ритмичный, АД 140/95 мм рт. ст. В остальном по органам без изменений. Анализ крови: Нь-106 г/л, эр4.5х10¹²/л, ЦП-0.82, лейк2.3х10³/л, формула не изменена, тромб80х10³/л, СОЭ-48 мм/час. Общий белок-88 г/л, альбумин-62 г/л, креатинин-88 мкмоль/л. Электрофорез белков крови: альбумины-32%, атглобулины-10%, д-глобулины-14%, b-глобулины-16%, д-глобулины-14%, b-глобулины-16%, д-глобулины-12/е в п/эр. Анализ мочи: уд. вес 1020, белок-1.5 г/л, эр6-8 в п/зр., лейк4-6 в п/зр., гиалиновые цилиндры-1-2 в п/эр. Рентгенография органов грудной клетки: диафрагма с обеих сторон мало подвижна, имеется утолщение междолевой плевры справа, плевродиафрагмальные спайки, рисунок легких диффуэно усилен, плевральные синусы расправляются неполностью. Сердце не увеличено. У 58-летнего больного в возрасте 45 лет при случайном обследовании диагностирован алгоритм осмотра. Дана оценка удовлетворительно работоспособность не выявленных	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		
После самостоятельного приема в течение 7 дней антибиотиков самочувствие ухудишлось, нарастала слабость, появился кашель. Обратилась к участковому терапевту, была госпитализирована. При осмотре состояние относительно удовлетворительное. Температура тела 37.8°C. Пониженного питания. Эритематозные высыпания на ушных раковинах, припухание в области проксимальных межфаланговых суставов. Дыхательная экскурсия легких ограничена с обеих сторон, аускультативно — жесткое дыхание над всей поверхностью легких, справа — иум трения плевры. Тоны сердца приглушены. Пульс 98 уд/мин, ритмичный, АД 140/95 мм рт. ст. В остальном по органам без изменений. Анализ крови: НЬ-106 г/л, эр4.5х10¹²/л, ЦП-0.82, лейк2.3х10³/л, формула не изменена, тромб80х10²/л, СОЭ-48 мм/час. Общий белок-88 г/л, альбумин-62 г/л, креатинин-88 мжоль/л. Электрофорез белков крови: альбумины-32%, атглобулины-32%. Анализ мочи: уд. вес 1020, белок-1.5 г/л, эр6-8 в п/эр., лейк4-6 в п/эр., гиалиновые цилиндры-1-2 в п/эр. Рентгенография органов грудной клетки: диафрагма с обеих сторон мало подвижна, имеется утолщение междолевой плевры справа, плевродиафрагмальные спайки, рисунок легких дифруэно усилен, плевральные синусы расправляются неполностью. Сердце не увеличено. У 58-летнего больного в возрасте 45 лет при случайном обследовании диагностирован аргарнавляются неполностью. Сердце не увеличено. У 58-летнего больного в возрасте 45 лет при случайном обследовании диагностирован аргарнавляются неполностью. Сердце не увеличено. Пл. ГИЛ		*	
антибиотиков самочувствие ухудиилось, нарастала слабость, появился кашель. Обратилась к участковому терапевту, была госпитализирована. При осмотре состояние относительно удовлетворительное. Температура тела 37.8°C. Пониженного питания. Эритематозные высыпания на ушных раковинах, припухание в области проксимальных межфаланговых суствов. Дыхательная экскурсия легких ограничена с обеих сторон, аускультативно — жесткое дыхание над всей поверхностью легких, справа — шум трения плевры. Тоны сердца пригулиены. Пульс 98 уд/мин, ритмичный, АД 140/95 мм рт. ст. В остальном по органам без изменений. Анализ крови: Нь-106 г/л, эр4.5х10 ¹² /л, ЦП-0.82, лейк2.3х10 ⁹ /л, формула не изменена, тромб88 г/л, альбумин-62 г/л, креатинин-88 мкмоль/л. Электрофорез белков крови: альбумины-32%, азглобулины-10%, азглобулины-14%, b-глобулины-16%, азглобулины-14%, b-глобулины-16%, с-глобулины-12°в п/эр. Рентгенография органов грудной клетки: диафрагма с обеих сторон мало подвижна, имеется утолиение междолевой плевры справа, плевродиафрагмальные спайки, рисунок легких диффузно усилен, плевразьные синусы расправляются неполностью. Сердце не увеличено. У 58-летнего больного в возрасте 45 лет при случайном обследовании диаеностирован апгоритм осмотра. Дана оценка удовлетворительно работоспособность не выявленных	1,		
нарастала слабость, появился кашель. Обратилась к участковому терапевту, была госпитализирована. При осмотре состояние относительно удовлетворительное. Температура тела 37.8°C. Пониженного питания. Эритематозные высыгания на ушных раковинах, припухание в области проксимальных межфаланговых суставов. Дыхательная экскурсия легких ограничена с обеих сторон, аускультативно — жесткое дыхание над всей поверхностью легких, справа — шум трения плевры. Тоны сердца приглуиены. Пульс 98 уд/мин, ритмичный, АД 140/95 мм рт. ст. В остальном по органам без изменений. Анализ крови: НЬ-106 г/л, эр4.5х10 ¹² /л, ЦП-0.82, лейк2.3х10 ⁹ /л, формула не изменена, тромб80х10 ⁹ /л, СОЭ-48 мм/час. Общий белок-88 г/л, альбумин-62 г/л, креатинин-88 мкмоль/л. Электрофорез белков крови: альбумины-32%, ал-гобулины-32%, ал-гобулины-32%, ал-гобулины-32%. Анализ мочи: уд. вес 1020, белок-1.5 г/л, эр6-8 в п/эр., лейк4-6 в п/эр., гиалиновые цилиноры-1-2 в п/эр. Рентгенография органов грудной клетки: диафрагма с обеих сторон мало подвижна, имеется утолщение междолевой плевры справа, плевродиафрагмальные спайки, рисунок легких диффуэно усилен, плевральные синусы расправляются неполностью. Сердце не увеличено. У 58-летнего больного в возрасте 45 лет при случайном обследовании диагностирован алгоритм осмотра. Дана оценка удовлетворительно работоспособность не выявленных	-	ведению пациента	
Обратилась к участковому терапевту, была госпитализирована. При осмотре состояние относительно удовлетворительное. Температура тела 37.8°C. Пониженного питания. Эритематозные высытания на ушных раковинах, припухание в области проксимальных межфаланговых суставов. Дыхательная экскурсия легких ограничена с обеих сторон, аускультативно — жесткое дыхание над всей поверхностью легких, справа — шум трения плевры. Тоны сердца пригуличены. Пульс 98 уд/мин, ритмичный, АД 140/95 мм рт. ст. В остальном по органам без изменений. Анализ крови: Нь-106 г/л, эр4.5х10 ¹² /л, ЦП о.82, лейк2.3х10 ⁹ /л, формула не изменена, тромб80х10 ⁹ /л, СОЭ-48 мм/час. Общий белок-88 г/л, альбумин-62 г/л, креатинин-88 мкмоль/л. Электрофорез белков крови: альбумины-32%, аг-глобулины-32%. Анализ мочи: уд. вес 1020, белок-1.5 г/л, эр6-8 в п/эр., лейк4-6 в п/эр., гиалиновые цилиндры-1-2 в п/эр. Рентгенография органов грудной клетки: диафрагма с обеих сторон мало подвижна, имеется утолщение междолевой плевры справа, плевродиафрагмальные спайки, рисунок легких диффуэно усилен, плевральные синусы расправляются неполностью. Сердце не увеличено. У 58-летнего больного в возрасте 45 лет при случайном обследовании диагностирован алгоритм осмотра. Дана оценка удовлетворительно работоспособность не выявленных			
госпитализирована. При осмотре состояние относительно удовлетворительное. Температура тела 37.8°C. Пониженного питания. Эритематозные высыпания на ушных раковинах, припухание в области проксимальных межфаланговых суствавов. Дыхательная экскурсия легких ограничена с обеих сторон, аускультативно — жесткое быхание над всей поверхностью легких, справа — шум трения плевры. Тоны сердца приглушены. Пульс 98 уд/мин, ритмичный, АД 140/95 мм рт. ст. В остальном по органам без изменений. Анализ крови: Нь-106 г/л, эр4.5х10¹²/л, ЦП-0.82, лейк2.3х10³/л, формула не изменена, тромб80х10²/л, СОЭ-48 мм/час. Общий белок-88 г/л, альбумин-62 г/л, креатинин-88 мкмоль/л. Электрофорез белков крови: альбумины-32%, а1-глобулины-66, а2-глобулины-14%, b-глобулины-16%, g-глобулины-32%. Анализ мочи: уд. вес 1020, белок-1.5 г/л, эр6-8 в п/зр., лейк4-6 в п/зр., гиалиновые цилиндры-1-2 в п/зр. Рентгенография органов грудной клетки: диафрагма с обеих сторон мало подвижна, имеется утолщение междолевой плевры справа, плевродиафрагмальные спайки, рисунок легких диффузно усилен, плевральные синусы расправляются неполностью. Сердце не увеличено. У 58-летнего больного в возрасте 45 лет при случайном обследовании диагностирован алгоритм осмотра. Дана оценка выявленных	<u> </u>		
При осмотре состояние относительно удовлетворительное. Температура тела 37.8°C. Пониженного питания. Эритематозные высыпания на ушных раковинах, припухание в области проксимальных межфаланговых суставов. Дыхательная экскурсия легких ограничена с обеих сторон, аускультативно— жееткое дыхание над всей поверхностью легких, справа— шум трения плевры. Тоны сердца приглушены. Пульс 98 уд/мин, ритмичный, АД 140/95 мм рт. ст. В остальном по органам без изменений. Анализ крови: НЬ-106 г/л, эр4.5х10 ¹² /л, ЦП-0.82, лейк2.3х10 ⁹ /л, формула не изменена, тромб88х10 ⁹ /л, СОЭ-48 мм/час. Общий белок-88 г/л, альбумин-62 г/л, креатинин-88 мкмоль/л. Электрофорез белков крови: альбумины-32%, агглобулины-6%, аг-глобулины-14%, b-глобулины-16%, g-глобулины-32%. Анализ мочи: уд. вес 1020, белок-1.5 г/л, эр6-8 в п/зр., лейк4-6 в п/зр., гиалиновые цилиндры-1-2 в п/зр. Рентгенография органов грудной клетки: диафрагма с обеих сторон мало подвижна, имеется утолщение междолевой плевры справа, плевродиафраемальные спайки, рисунок легких диффузно усилен, плевральные синусы расправляются неполностью. Сердце не увеличено. У 58-летнего больного в возрасте 45 лет при случайном обследовании диагностирован алгоритм осмотра. Дана оценка выявленных	Обратилась к участковому терапевту, была		
удовлетворительное. Температура тела 37.8°C. Пониженного питания. Эритематозные высыпания на ушных раковинах, припухание в области проксимальных межфаланговых суставов. Дыхательная экскурсия легких ограничена с обеих сторон, аускультативно — жееткое дыхатие над всей поверхностью легких, справа — шум трения плевры. Тоны сердца приглушены. Пульс 98 уд/мин, ритмичный, АД 140/95 мм рт. ст. В остальном по органам без изменений. Анализ крови: Нb-106 г/л, эр4.5х10¹²/л, ЦП-0.82, лейк2.3х10³/л, формула не изменена, тромб80х10³/л, СОЭ-48 мм/час. Общий белок-88 г/л, альбумин-62 г/л, креатинин-88 мкмоль/л. Электрофорез белков крови: альбумины-32%, а ₁ -глобулины-6%, а ₂ -глобулины-14%, b-глобулины-16%, g-глобулины-14%, b-глобулины-16%, g-глобулины-32%. Анализ мочи: уд. вес 1020, белок-1.5 г/л, эр6-8 в п/зр., лейк4-6 в п/зр., гиалиновые цилиндры-1-2 в п/зр. Рентгенография органов грудной клетки: диафрагма с обеих сторон мало подвижна, имеется утолщение междолевой плевры справа, плевродиафрагмальные спайки, рисунок легких диффузно усилен, плевральные синусы расправляются неполностью. Сердце не увеличено. У 58-летнего больного в возрасте 45 лет при случайном обследовании диагностирован адортальный порок сердца. Чувствовал себя удовлетворительно работоспособность не выявленных	госпитализирована.		
Пониженного питания. Эритематозные высыпания на ушных раковинах, припухание в области проксимальных межфаланговых суставов. Дыхательная экскурсия легких ограничена с обеих сторон, аускультативно — жесткое дыхание над всей поверхностью легких, справа — шум трения плевры. Тоны сердца приглушены. Пульс 98 уд/мин, ритмичный, АД 140/95 мм рт. ст. В остальном по органам без изменений. Анализ крови: Нb-106 г/л, эр4.5х10 ¹² /л, ЦП-0.82, лейк2.3х10 ⁹ /л, формула не изменена, тромб80х10 ⁹ /л, СОЭ-48 мм/час. Общий белок-88 г/л, альбумин-62 г/л, креатинин-88 мкмоль/л. Электрофорез белков крови: альбумины-32%, аглобулины-6%, аглобулины-32%, Анализ мочи: уд. вес 1020, белок-1.5 г/л, эр6-8 в п/зр., лейк4-6 в п/зр., гиалиновые цилиндры-1-2 в п/зр. Рентгенография органов грудной клетки: диафрагма с обеих сторон мало подвижна, имеется утолицение междолевой плевры справа, плевродиафрагмальные спайки, рисунок легких диффузно усилен, плевральные синусы расправляются неполностью. Сердце не увеличено. У 58-летнего больного в возрасте 45 лет при случайном обследовании диагностирован артальный порок сердиа. Чувствовал себя удовлетворительно работоспособность не выявленных			
Пониженного питания. Эритематозные высыпания на ушных раковинах, припухание в области проксимальных межфаланговых суставов. Дыхательная экскурсия легких ограничена с обеих сторон, аускультативно — жесткое дыхание над всей поверхностью легких, справа — шум трения плевры. Тоны сердиа приглушены. Пульс 98 уд/мин, ритмичный, АД 140/95 мм рт. ст. В остальном по органам без изменений. Анализ крови: Нb-106 г/л, эр4.5х10 ¹² /л, ЦП-0.82, лейк2.3х10 ⁹ /л, формула не изменена, тромб80х10 ⁹ /л, СОЭ-48 мм/час. Общий белок-88 г/л, альбумин-62 г/л, креатинин-88 мкмоль/л. Электрофорез белков крови: альбумины-32%, азглобулины-6%, аг-глобулины-32%, Анализ мочи: уд. вес 1020, белок-1.5 г/л, эр6-8 в п/зр., лейк4-6 в п/зр., гиалиновые цилиндры-1-2 в п/зр. Рентгенография органов грудной клетки: диафрагма с обеих сторон мало подвижна, имеется утолицение междолевой плевры справа, плевродиафрагмальные спайки, рисунок легких диффузно усилен, плевральные синусы расправляются неполностью. Сердце не увеличено. У 58-летнего больного в возрасте 45 лет при случайном обследовании диагностирован артальный порок сердиа. Чувствовал себя удовлетворительно работоспособность не выявленных	удовлетворительное. Температура тела 37.8° C.		
области проксимальных межфаланговых суставов. Дыхательная экскурсия легких ограничена с обеих сторон, аускультативно— жесткое дыхание над всей поверхностью легких, справа— шум трения плевры. Тоны сердца приглушены. Пульс 98 уд/мин, ритмичный, АД 140/95 мм рт. ст. В остальном по органам без изменений. Анализ крови: Нь-106 г/л, эр4.5х10 ¹² /л, ЦП-0.82, лейк2.3х10 ⁹ /л, формула не изменена, тромб80х10 ⁹ /л, СОЭ-48 мм/час. Общий белок-88 г/л, альбумин-62 г/л, креатинин-88 мкмоль/л. Электрофорез белков крови: альбумины-32%, а1-глобулины-6%, а2-глобулины-14%, b-глобулины-16%, g-глобулины-32%. Анализ мочи: уд. вес 1020, белок-1.5 г/л, эр6-8 в п/зр., лейк4-6 в п/зр., гиалиновые цилиндры-1-2 в п/зр. Рентгенография органов грудной клетки: диафрагма с обеих сторон мало подвижна, имеется утолщение междолевой плевры справа, плевродиафрагмальные спайки, рисунок легких диффузно усилен, плеевральные синусы расправляются неполностью. Сердце не увеличено. У 58-летнего больного в возрасте 45 лет при случайном обследовании диагностирован алгоритм осмотра. Дана оценка выявленных	Пониженного питания. Эритематозные		
суставов. Дыхательная экскурсия легких ограничена с обеих сторон, аускультативно — жесткое дыхание над всей поверхностью легких, справа — шум трения плевры. Тоны сердца приглушены. Пульс 98 уд/мин, ритмичный, АД 140/95 мм рт. ст. В остальном по органам без изменений. Анализ крови: Hb-106 г/л, эр4.5х10 ¹² /л, ЦП-0.82, лейк2.3х10 ⁹ /л, формула не изменена, тромб80х10 ⁹ /л, СОЭ-48 мм/час. Общий белок-88 г/л, альбумин-62 г/л, креатинин-88 мкмоль/л. Электрофорез белков крови: альбумины-32%, а1-глобулины-6%, а2-глобулины-14%, b-глобулины-16%, g-глобулины-32%. Анализ мочи: уд. вес 1020, белок-1.5 г/л, эр6-8 в п/эр., лейк4-6 в п/эр., гиалиновые цилиндры-1-2 в п/эр. Рентгенография органов грудной клетки: диафрагма с обеих сторон мало подвижна, имеется утолщение междолевой плевры справа, плевродиафрагмальные спайки, рисунок легких диффузно усилен, плевральные синусы расправляются неполностью. Сердце не увеличено. У 58-летнего больного в возрасте 45 лет при случайном обследовании диагностирован алгоритм осмотра. аортальный порок сердца. Чувствовал себя Дана оценка удовлетворительно работоспособность не выявленных	высыпания на ушных раковинах, припухание в		
ограничена с обеих сторон, аускультативно — жесткое дыхание над всей поверхностью легких, справа — шум трения плевры. Тоны сердца приглушены. Пульс 98 уд/мин, ритмичный, АД 140/95 мм рт. ст. В остальном по органам без изменений. Анализ крови: Hb-106 г/л, эр4.5х10 ¹² /л, ЦП-0.82, лейк2.3х10 ⁹ /л, формула не изменена, тромб80х10 ⁹ /л, СОЭ-48 мм/час. Общий белок-88 г/л, альбумин-62 г/л, креатинин-88 мкмоль/л. Электрофорез белков крови: альбумины-32%, а1-глобулины-6%, а2-глобулины-14%, b-глобулины-16%, г-глобулины-32%. Анализ мочи: уд. вес 1020, белок-1.5 г/л, эр6-8 в п/зр., лейк4-6 в п/зр., гиалиновые цилиндры-1-2 в п/зр. Рентгенография органов грудной клетки: диафрагма с обеих сторон мало подвижна, имеется утолщение междолевой плевры справа, плевродиафрагмальные спайки, рисунок легких диффузно усилен, плевральные синусы расправляются неполностью. Сердце не увеличено. У 58-летнего больного в возрасте 45 лет при случайном обследовании диагностирован алгоритм осмотра. Дана оценка удовлетворительно работоспособность не выявленных	области проксимальных межфаланговых		
жесткое дыхание над всей поверхностью легких, справа — шум трения плевры. Тоны сердца приглушены. Пульс 98 уд/мин, ритмичный, АД 140/95 мм рт. ст. В остальном по органам без изменений. Анализ крови: Нb-106 г/л, эр4.5х10 ¹² /л, ЦП-0.82, лейк2.3х10 ⁹ /л, формула не изменена, тромб80х10 ⁹ /л, СОЭ-48 мм/час. Общий белок-88 г/л, альбумин-62 г/л, креатинин-88 мкмоль/л. Электрофорез белков крови: альбумины-32%, а1-глобулины-6%, а2-глобулины-14%, b-глобулины-16%, g-глобулины-32%. Анализ мочи: уд. вес 1020, белок-1.5 г/л, эр6-8 в п/зр., лейк4-6 в п/зр., гиалиновые цилиндры-1-2 в п/зр. Рентгенография органов грудной клетки: диафрагма с обеих сторон мало подвижна, имеется утолщение междолевой плевры справа, плевродиафрагмальные спайки, рисунок легких диффузно усилен, плевральные синусы расправляются неполностью. Сердце не увеличено. У 58-летнего больного в возрасте 45 лет правильно описаны ПЛА, ГИА апгоритм осмотра. аортальный порок сердца. Чувствовал себя удовлетворительно работоспособность не выявленных	суставов. Дыхательная экскурсия легких		
справа — шум трения плевры. Тоны сердца приглушены. Пульс 98 уд/мин, ритмичный, АД 140/95 мм рт. ст. В остальном по органам без изменений. Анализ крови: Нb-106 г/л, эр4.5х10 ¹² /л, ЦП-0.82, лейк2.3х10 ⁹ /л, формула не изменена, тромб80х10 ⁹ /л, СОЭ-48 мм/час. Общий белок-88 г/л, альбумин-62 г/л, креатинин-88 мкмоль/л. Электрофорез белков крови: альбумины-32%, а1-глобулины-6%, а2-глобулины-14%, b-глобулины-16%, g-глобулины-32%. Анализ мочи: уд. вес 1020, белок-1.5 г/л, эр6-8 в п/зр., лейк4-6 в п/зр., гиалиновые цилиндры-1-2 в п/зр. Рентгенография органов грудной клетки: диафрагма с обеих сторон мало подвижна, имеется утолщение междолевой плевры справа, плевродиафрагмальные спайки, рисунок легких диффузно усилен, плевральные синусы расправляются неполностью. Сердце не увеличено. У 58-летнего больного в возрасте 45 лет при случайном обследовании диагностирован апгоритм осмотра. аортальный порок сердца. Чувствовал себя удовлетворительно работоспособность не выявленных	ограничена с обеих сторон, аускультативно –		
приглушены. Пульс 98 уд/мин, ритмичный, АД 140/95 мм рт. ст. В остальном по органам без изменений. Анализ крови: Hb-106 г/л, эр4.5х10 ¹² /л, ЦП-0.82, лейк2.3х10 ⁹ /л, формула не изменена, тромб80х10 ⁹ /л, СОЭ-48 мм/час. Общий белок-88 г/л, альбумин-62 г/л, креатинин-88 мкмоль/л. Электрофорез белков крови: альбумины-32%, а1-глобулины-6%, а2-глобулины-14%, b-глобулины-16%, g-глобулины-32%. Анализ мочи: уд. вес 1020, белок-1.5 г/л, эр6-8 в п/зр., гиалиновые цилиндры-1-2 в п/зр. Рентгенография органов грудной клетки: диафрагма с обеих сторон мало подвижна, имеется утолщение междолевой плевры справа, плевродиафрагмальные спайки, рисунок легких диффузно усилен, плевральные синусы расправляются неполностью. Сердце не увеличено. У 58-летнего больного в возрасте 45 лет при случайном обследовании диагностирован алгоритм осмотра. аортальный порок сердца. Чувствовал себя удовлетворительно работоспособность не выявленных	жесткое дыхание над всей поверхностью легких,		
приглушены. Пульс 98 уд/мин, ритмичный, АД 140/95 мм рт. ст. В остальном по органам без изменений. Анализ крови: Hb-106 г/л, эр4.5х10 ¹² /л, ЦП-0.82, лейк2.3х10 ⁹ /л, формула не изменена, тромб80х10 ⁹ /л, СОЭ-48 мм/час. Общий белок-88 г/л, альбумин-62 г/л, креатинин-88 мкмоль/л. Электрофорез белков крови: альбумины-32%, а1-глобулины-6%, а2-глобулины-14%, b-глобулины-16%, g-глобулины-32%. Анализ мочи: уд. вес 1020, белок-1.5 г/л, эр6-8 в п/зр., гиалиновые цилиндры-1-2 в п/зр. Рентгенография органов грудной клетки: диафрагма с обеих сторон мало подвижна, имеется утолщение междолевой плевры справа, плевродиафрагмальные спайки, рисунок легких диффузно усилен, плевральные синусы расправляются неполностью. Сердце не увеличено. У 58-летнего больного в возрасте 45 лет при случайном обследовании диагностирован алгоритм осмотра. Дана оценка удовлетворительно работоспособность не выявленных	•		
140/95 мм рт. ст. В остальном по органам без изменений. Анализ крови: Нь-106 г/л, эр4.5х10 ¹² /л, ЦП- 0.82, лейк2.3х10 ⁹ /л, формула не изменена, тромб 80х10 ⁹ /л, СОЭ-48 мм/час. Общий белок-88 г/л, альбумин-62 г/л, креатинин-88 мкмоль/л. Электрофорез белков крови: альбумины-32%, а1- глобулины-6%, а2-глобулины-14%, b-глобулины- 16%, g-глобулины-32%. Анализ мочи: уд. вес 1020, белок-1.5 г/л, эр 6-8 в п/зр., лейк4-6 в п/зр., гиалиновые цилиндры- 1-2 в п/зр. Рентгенография органов грудной клетки: диафрагма с обеих сторон мало подвижна, имеется утолщение междолевой плевры справа, плевродиафрагмальные спайки, рисунок легких диффузно усилен, плевральные синусы расправляются неполностью. Сердце не увеличено. У 58-летнего больного в возрасте 45 лет при случайном обследовании диагностирован аортальный порок сердца. Чувствовал себя удовлетворительно работоспособность не	± ,		
изменений. Анализ крови: Hb-106 г/л, эр4.5х10 ¹² /л, ЦП- 0.82, лейк2.3х10 ⁹ /л, формула не изменена, тромб 80х10 ⁹ /л, СОЭ-48 мм/час. Общий белок-88 г/л, альбумин-62 г/л, креатинин-88 мкмоль/л. Электрофорез белков крови: альбумины-32%, а ₁ - глобулины-6%, а ₂ -глобулины-14%, b-глобулины- 16%, g-глобулины-32%. Анализ мочи: уд. вес 1020, белок-1.5 г/л, эр 6-8 в п/зр., лейк4-6 в п/зр., гиалиновые цилиндры- 1-2 в п/зр. Рентгенография органов грудной клетки: диафрагма с обеих сторон мало подвижна, имеется утолщение междолевой плевры справа, плевродиафрагмальные спайки, рисунок легких диффузно усилен, плевральные синусы расправляются неполностью. Сердце не увеличено. У 58-летнего больного в возрасте 45 лет при случайном обследовании диагностирован аортальный порок сердца. Чувствовал себя удовлетворительно работоспособность не			
0.82, лейк2.3х10°/л, формула не изменена, тромб 80х10°/л, СОЭ-48 мм/час. Общий белок-88 г/л, альбумин-62 г/л, креатинин-88 мкмоль/л. Электрофорез белков крови: альбумины-32%, а1- глобулины-6%, а2-глобулины-14%, b-глобулины- 16%, g-глобулины-32%. Анализ мочи: уд. вес 1020, белок-1.5 г/л, эр 6-8 в п/зр., лейк4-6 в п/зр., гиалиновые цилиндры- 1-2 в п/зр. Рентгенография органов грудной клетки: диафрагма с обеих сторон мало подвижна, имеется утолщение междолевой плевры справа, плевродиафрагмальные спайки, рисунок легких диффузно усилен, плевральные синусы расправляются неполностью. Сердце не увеличено. У 58-летнего больного в возрасте 45 лет при случайном обследовании диагностирован аортальный порок сердца. Чувствовал себя Дана оценка удовлетворительно работоспособность не			
0.82, лейк2.3х10°/л, формула не изменена, тромб 80х10°/л, СОЭ-48 мм/час. Общий белок-88 г/л, альбумин-62 г/л, креатинин-88 мкмоль/л. Электрофорез белков крови: альбумины-32%, а1- глобулины-6%, а2-глобулины-14%, b-глобулины- 16%, g-глобулины-32%. Анализ мочи: уд. вес 1020, белок-1.5 г/л, эр 6-8 в п/зр., лейк4-6 в п/зр., гиалиновые цилиндры- 1-2 в п/зр. Рентгенография органов грудной клетки: диафрагма с обеих сторон мало подвижна, имеется утолщение междолевой плевры справа, плевродиафрагмальные спайки, рисунок легких диффузно усилен, плевральные синусы расправляются неполностью. Сердце не увеличено. У 58-летнего больного в возрасте 45 лет при случайном обследовании диагностирован аортальный порок сердца. Чувствовал себя удовлетворительно работоспособность не выявленных	Анализ крови: Hb -106 г/л, эр4.5 x 10 12 /л, ЦП-		
80х10°/л, СОЭ-48 мм/час. Общий белок-88 г/л, альбумин-62 г/л, креатинин-88 мкмоль/л. Электрофорез белков крови: альбумины-32%, а1-глобулины-6%, а2-глобулины-14%, b-глобулины-16%, g-глобулины-32%. Анализ мочи: уд. вес 1020, белок-1.5 г/л, эр6-8 в п/зр., гиалиновые цилиндры-1-2 в п/зр. Рентгенография органов грудной клетки: диафрагма с обеих сторон мало подвижна, имеется утолщение междолевой плевры справа, плевродиафрагмальные спайки, рисунок легких диффузно усилен, плевральные синусы расправляются неполностью. Сердце не увеличено. У 58-летнего больного в возрасте 45 лет при случайном обследовании диагностирован алгоритм осмотра. Дана оценка удовлетворительно работоспособность не выявленных	0.82 , лейк $2.3x10^9$ /л, формула не изменена, тромб		
альбумин-62 г/л, креатинин-88 мкмоль/л. Электрофорез белков крови: альбумины-32%, а1-глобулины-6%, а2-глобулины-14%, b-глобулины-16%, g-глобулины-32%. Анализ мочи: уд. вес 1020, белок-1.5 г/л, эр6-8 в п/зр., лейк4-6 в п/зр., гиалиновые цилиндры-1-2 в п/зр. Рентгенография органов грудной клетки: диафрагма с обеих сторон мало подвижна, имеется утолщение междолевой плевры справа, плевродиафрагмальные спайки, рисунок легких диффузно усилен, плевральные синусы расправляются неполностью. Сердце не увеличено. У 58-летнего больного в возрасте 45 лет при случайном обследовании диагностирован алгоритм осмотра. аортальный порок сердца. Чувствовал себя удовлетворительно работоспособность не выявленных			
Электрофорез белков крови: альбумины-32%, а ₁ -глобулины-6%, а ₂ -глобулины-14%, b-глобулины-16%, g-глобулины-32%. Анализ мочи: уд. вес 1020, белок-1.5 г/л, эр6-8 в п/зр., лейк4-6 в п/зр., гиалиновые цилиндры-1-2 в п/зр. Рентгенография органов грудной клетки: диафрагма с обеих сторон мало подвижна, имеется утолицение междолевой плевры справа, плевродиафрагмальные спайки, рисунок легких диффузно усилен, плевральные синусы расправляются неполностью. Сердце не увеличено. У 58-летнего больного в возрасте 45 лет правильно описаны при случайном обследовании диагностирован алгоритм осмотра. аортальный порок сердца. Чувствовал себя дана оценка удовлетворительно работоспособность не выявленных	· ·		
глобулины-6%, а2-глобулины-14%, b-глобулины-16%, g-глобулины-32%. Анализ мочи: уд. вес 1020, белок-1.5 г/л, эр6-8 в п/зр., лейк4-6 в п/зр., гиалиновые цилиндры-1-2 в п/зр. Рентгенография органов грудной клетки: диафрагма с обеих сторон мало подвижна, имеется утолщение междолевой плевры справа, плевродиафрагмальные спайки, рисунок легких диффузно усилен, плевральные синусы расправляются неполностью. Сердце не увеличено. У 58-летнего больного в возрасте 45 лет при случайном обследовании диагностирован алгоритм осмотра. аортальный порок сердца. Чувствовал себя дана оценка удовлетворительно работоспособность не выявленных	1		
16%, g-глобулины-32%. Анализ мочи: уд. вес 1020, белок-1.5 г/л, эр 6-8 в п/зр., лейк4-6 в п/зр., гиалиновые цилиндры- 1-2 в п/зр. Рентгенография органов грудной клетки: диафрагма с обеих сторон мало подвижна, имеется утолщение междолевой плевры справа, плевродиафрагмальные спайки, рисунок легких диффузно усилен, плевральные синусы расправляются неполностью. Сердце не увеличено. У 58-летнего больного в возрасте 45 лет при случайном обследовании диагностирован аортальный порок сердца. Чувствовал себя удовлетворительно работоспособность не выявленных			
Анализ мочи: уд. вес 1020, белок-1.5 г/л, эр 6-8 в п/зр., лейк4-6 в п/зр., гиалиновые цилиндры- 1-2 в п/зр. Рентгенография органов грудной клетки: диафрагма с обеих сторон мало подвижна, имеется утолщение междолевой плевры справа, плевродиафрагмальные спайки, рисунок легких диффузно усилен, плевральные синусы расправляются неполностью. Сердце не увеличено. У 58-летнего больного в возрасте 45 лет при случайном обследовании диагностирован аортальный порок сердца. Чувствовал себя удовлетворительно работоспособность не выявленных			
6-8 в п/зр., лейк4-6 в п/зр., гиалиновые цилиндры- 1-2 в п/зр. Рентгенография органов грудной клетки: диафрагма с обеих сторон мало подвижна, имеется утолщение междолевой плевры справа, плевродиафрагмальные спайки, рисунок легких диффузно усилен, плевральные синусы расправляются неполностью. Сердце не увеличено. У 58-летнего больного в возрасте 45 лет при случайном обследовании диагностирован аортальный порок сердца. Чувствовал себя удовлетворительно работоспособность не выявленных	·		
1-2 в п/зр. Рентгенография органов грудной клетки: диафрагма с обеих сторон мало подвижна, имеется утолщение междолевой плевры справа, плевродиафрагмальные спайки, рисунок легких диффузно усилен, плевральные синусы расправляются неполностью. Сердце не увеличено. У 58-летнего больного в возрасте 45 лет правильно описаны ПА, ГИА при случайном обследовании диагностирован алгоритм осмотра. аортальный порок сердца. Чувствовал себя Дана оценка удовлетворительно работоспособность не выявленных	<u> </u>		
Рентгенография органов грудной клетки: диафрагма с обеих сторон мало подвижна, имеется утолщение междолевой плевры справа, плевродиафрагмальные спайки, рисунок легких диффузно усилен, плевральные синусы расправляются неполностью. Сердце не увеличено. У 58-летнего больного в возрасте 45 лет Правильно описаны ПА, ГИА при случайном обследовании диагностирован алгоритм осмотра. аортальный порок сердца. Чувствовал себя Дана оценка удовлетворительно работоспособность не выявленных	, , ,		
диафрагма с обеих сторон мало подвижна, имеется утолщение междолевой плевры справа, плевродиафрагмальные спайки, рисунок легких диффузно усилен, плевральные синусы расправляются неполностью. Сердце не увеличено. У 58-летнего больного в возрасте 45 лет Правильно описаны ПА, ГИА при случайном обследовании диагностирован алгоритм осмотра. аортальный порок сердца. Чувствовал себя Дана оценка удовлетворительно работоспособность не выявленных	1		
имеется утолщение междолевой плевры справа, плевродиафрагмальные спайки, рисунок легких диффузно усилен, плевральные синусы расправляются неполностью. Сердце не увеличено. У 58-летнего больного в возрасте 45 лет Правильно описаны ПА, ГИА при случайном обследовании диагностирован алгоритм осмотра. аортальный порок сердца. Чувствовал себя Дана оценка удовлетворительно работоспособность не выявленных	1 1 1 17		
плевродиафрагмальные спайки, рисунок легких диффузно усилен, плевральные синусы расправляются неполностью. Сердце не увеличено. У 58-летнего больного в возрасте 45 лет Правильно описаны ПА, ГИА при случайном обследовании диагностирован алгоритм осмотра. аортальный порок сердца. Чувствовал себя Дана оценка удовлетворительно работоспособность не выявленных	<u> </u>		
диффузно усилен, плевральные синусы расправляются неполностью. Сердце не увеличено. У 58-летнего больного в возрасте 45 лет Правильно описаны ПА, ГИА при случайном обследовании диагностирован алгоритм осмотра. аортальный порок сердца. Чувствовал себя Дана оценка удовлетворительно работоспособность не выявленных			
расправляются неполностью. Сердце не увеличено. У 58-летнего больного в возрасте 45 лет Правильно описаны ПА, ГИА при случайном обследовании диагностирован алгоритм осмотра. аортальный порок сердца. Чувствовал себя Дана оценка удовлетворительно работоспособность не выявленных			
У 58-летнего больного в возрасте 45 лет Правильно описаны ПА, ГИА при случайном обследовании диагностирован алгоритм осмотра. аортальный порок сердца. Чувствовал себя Дана оценка удовлетворительно работоспособность не выявленных	1 1 2		
при случайном обследовании диагностирован алгоритм осмотра. аортальный порок сердца. Чувствовал себя Дана оценка удовлетворительно работоспособность не выявленных		Правильно описаны	ПА. ГИА
аортальный порок сердца. Чувствовал себя Дана оценка удовлетворительно работоспособность не выявленных	•	_	,
удовлетворительно работоспособность не выявленных	1 - 7		
		1''	
Tennologiaco (no npoquecan monnaolina menan Iziana telan	снижалась (по профессии монтажник мелких	клинических и	
деталей). Нерегулярно наблюдался кардиологом. лабораторных			

Omоперативного лечения отказывался. Бицилинопрофилактику не проводил. За последний год отмечает медленно нарастающую одышку, иногда, при нагрузке кратковременное жжение грудиной. неприятное за Получил инвалидность 2 группы. 3 недели тому назад проводилось урологическое обследование катетеризацией мочевого пузыря, после отмечает повышение температуры до 37,5-38°C. Страдает сахарным диабетом (соблюдает диету, принимает диабетон).

симптомов и обоснован клинический диагноз. Даны рекомендации по дальнейшему ведению пациента

Об-но: состояние средней тяжести. Бледность кожных покровов. Дыхание в легких жесткое, без хрипов. Усиленный верхушечный толчок в VI межреберье на 2см влево от срединноключичной линии. Тоны сердца ЧСС ритмичные, 80/мин., систолический диастолический шум во II межреберье справа. АД 130/50 мм рт. ст. Печень и селезенка не пальпируются.

Ан. крови общий: Hв - 105 г/л, Π - 8×10^9 /л. Формула крови без особенностей. COЭ 35 мм/час.

Правильно описаны алгоритм осмотра. Дана оценка выявленных клинических и лабораторных симптомов и обоснован клинический диагноз. Даны рекомендации дальнейшему ведению пациента

50-летняя больная обратилась с жалобами на боли в спине, усиливающиеся при движении и стоянии. Боли беспокоят на протяжении года. Диагностировался остеохондроз позвоночника. физиотерапевтическое Назначалось лечение, нестероидные противовоспалительные препараты без эффекта. За последнее время боли усилились, большую часть времени проводит в постели. По данным анамнеза, в течение 10 лет страдает бронхиальной астмой с частыми обострениями госпитализациями. протяжении 5 лет получала преднизолон внутрь в суточной дозе 5-10 мг, ингаляции сальбутамола 3-4 р/сут. Последний год назначены ингаляционные кортикостероиды Менопауза в 43 года.

Об-но: болезненность при нагрузке на позвоночник по оси. Движения в позвоночнике ограничены из-за болей. В легких единичные сухие хрипы. АД 160/90 мм рт. ст. Тоны сердца ритмичные. Живот мягкий безболезненный во всех периферической отделах. Анализ крови особенностей. Глюкоза крови ммоль/л. Проведено рентгенологическое исследование позвоночника.

Вид оценочного средства: Иные виды (реферат и др):

Оценочное средство	Критерии	ответа	Уровень
	(раскрыта	полно и	применения*
	самостоят	ельно,	

ПА, ГИА

	раскрыта полно, но не самостоятельно,	
Темы рефератов: - Диагностика и лечение ТЭЛА - Современные методы лечения ОКС - Современные методы лечения ИБС - Диагностика и лечение НЯК - Лечение вирусных гепатитов - Клинические варианты хронических гломерулонефритов - Современные возможности в лечении лимфогранулематоза - Принципы лечения подагры	не раскрыта) Тема раскрыта полно и самостоятельно, использованы современные средства поиска	TK-PK
- Принцины лечения пооигры - Комплексное лечение сахарного диабета		

ПК-9 - способностью и готовностью к работе с медико-технической аппаратурой, используемой в работе с пациентами, владеть компьютерной техникой, получать информацию из различных источников, работать с информацией в глобальных компьютерных сетях; применять возможности современных информационных технологий для решения профессиональных задач

Оценочное средство	Критерии ответа	Уровень
	(полный ответ,	применения*
	неполный ответ,	1
	отсутствует)	
Какие инструментальные методы исследования	Перечислены	ТК-РК
применяются в диагностике ИБС?	инструментальные	
	методы	
	диагностики ИБС	
Какие функциональные методы применяются в	Перечислены	TK-PK
пульмонологии?	функциональные	
	методы,	
	применяемые в	
	пульмонологии	
Диагностические возможности ЭхоКГ.	Перечислены	ТК-РК
	принципы ЭхоКГ,	
	диагностические	
	возможности	
	метода.	
Современные возможности КТ и МРТ в практике	Перечислены	ТК-РК
терапевта.	современные	
	возможности КТ и	
	MPT 6	
	терапевтической	
	практике	
Диагностические возможности эндоскопических	Перечислены	ТК-РК
методов исследования	современные	
	возможности	
	эндоскопических	

методов	
исследования	

Оценочное средство	Критерии ответа	Уровень
	(раскрыта полно и	применения*
	самостоятельно,	
	раскрыта полно, но	
	не самостоятельно,	
	не раскрыта)	
Темы рефератов:	Тема раскрыта	TK-PK
- Диагностика ТЭЛА	полно и	
- Современные методы диагностики ОКС	самостоятельно,	
- Диагностика НЯК	использованы	
- Современные возможности и перспективы	современные	
эндоскоппических методов исследования в	средства поиска	
диагностике заболеваний внутренних органов		

ПК-11 - способностью и готовностью использовать методы оценки природных и медикосоциальных факторов среды в развитии болезней у взрослого населения и подростков, проводить их коррекцию, осуществлять профилактические мероприятия по предупреждению инфекционных, паразитарных и неинфекционных болезней, проводить санитарно просветительную работу по гигиеническим вопросам

Вид оценочного средства: Контрольные вопросы:

Оценочное средство	Критерии ответа	Уровень
-	(полный ответ,	применения*
	неполный ответ,	
	отсутствует)	
Причины развития сахарного диабета II типа и	Перечислены	TK-PK
методы его профилактики	причины развития	
	сахарного диабета	
	II типа, основные	
	профилактические	
	мероприятия	
Профилактика ИБС	Перечислены	TK-PK
	основные	
	направления	
	профилактики ИБС	
Причины хронической легочной патологии и	Перечислены	TK-PK
основные мероприятия по ее профилактике	современные	
	принципы	
	профилактики	
	хронических	
	заболеваний легких	

Вид оценочного средства: Иные виды (реферат и др):

Оценочное средство	Критерии ответа	Уровень
	(раскрыта полно и	применения*
	самостоятельно,	
	раскрыта полно, но	
	не самостоятельно,	
	не раскрыта)	
Темы рефератов:	Тема раскрыта	TK-PK
- Профилактика ХОБЛ	полно и	
- Современные возможности профилактики ИБС	самостоятельно,	
- Основные мероприятия по профилактике	использованы	
развития сахарного диабета II типа	современные	
	средства поиска	

ПК-12 - способностью и готовностью проводить с прикрепленным населением профилактические мероприятия по предупреждению возникновения наиболее часто встречающихся заболеваний, осуществлять общеоздоровительные мероприятия по формированию здорового образа жизни с учетом возрастно-половых групп и состояния здоровья, давать рекомендации по здоровому питанию, по двигательным режимам и занятиям физической культурой, оценить эффективность диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными

Оценочное средство	Критерии ответа	Уровень
	(полный ответ,	применения*
	неполный ответ,	
	отсутствует)	
Причины развития сахарного диабета II типа и	Перечислены	ТК-РК
методы его профилактики	причины развития	
	сахарного диабета	
	II типа, основные	
	профилактические	
	мероприятия	
Диспансерное наблюдение за пациентами с	Перечислены	TK-PK
сахарным диабетом	основные принципы	
	диспансеризации	
	пациентов с	
	сахарным	
	диабетомПА, ГИА	
Профилактика ИБС	Перечислены	TK-PK
	основные	
	направления	
	профилактики ИБС	
Диспансерное наблюдение пациентов с ИБС	Перечислены	ТК-РК
	основные принципы	
	диспансеризации	
	пациентов с ИБС	
Причины хронической легочной патологии и	Перечислены	ТК-РК
основные мероприятия по ее профилактике	современные	
	принципы	

	профилактики хронических заболеваний легких	
Диспансерное наблюдение пациентов хронической легочной патологией	Перечислены основные принципы диспансеризации пациентов с хронической легочной патологией	TK-PK
Диспансерное наблюдение пациентов хронической болезнью почек (ХБП)	Перечислены основные принципы диспансеризации пациентов с <i>XБП</i>	TK-PK
Диспансерное наблюдение пациентов эндокринологической патологией	Перечислены основные принципы диспансеризации пациентов с эндокринологической патологией	TK-PK

Оценочное средство		Критерии	ответа	Уровень
-		(раскрыта	полно и	применения*
		самостоят	ельно,	
		раскрыта п	полно, но	
		не самосто	оятельно,	
		не раскрыт	<i>a</i>)	
Темы рефератов:		Тема р	раскрыта	TK-PK
- Диспансерное наблюдение пациентов	С	полно	u	
хронической легочной патологией	хронической легочной патологией самостоятельно,			
- Диспансерное наблюдение пациентов с ИБС	спансерное наблюдение пациентов с ИБС использованы			
- Диспансерное наблюдение пациентов с ХБП современные				
- Диспансерное наблюдение пациентов	С	средства по	оиска	
эндокринологической патологией				

ПК-15 - способностью и готовностью к постановке диагноза на основании результатов биохимических исследований биологических жидкостей и с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом

Разделы дисциплины (темы): Пульмонология; Кардиология; Гастроэнтерология; Нефрология; Гематология; Ревматология, системные заболевания соединительной ткани; Заболевания эндокринной системы; Частные вопросы; Болезни обмена веществ; Лекарственная терапия

Вид оценочного средства: Тестовые задания

Оценочное средство	Эталон ответа	Уровень
		применения*
1. ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ Д	ИАГНОЗА 2	ТК-РК
ОСТРОГО ИНФАРКТА М	ИОКАРДА	

	ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ		
	ЛАБОРАТОРНЫЕ ПРИЗНАКИ		
	1) повышение СОЭ		
	2) повышение аминотрансфераз		
	3) нейтрофильный лейкоцитоз		
	4) повышение		
	креатинфосфокиназы		
	5) обнаружение тропонина Т		
2.	КАКОЙ ФАКТОР ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ	3	TK-PK
	ВАЖНЫМ ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ПРОГНОЗА		
	ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА?		
	1) выраженность гематурии		
	2) наличие артериальной гипертензии		
	3) темпы снижения скорости клубочковой		
	фильтрации		
	4) выраженность протеинурии		
	5) наличие анемии		
3	ПРИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ	4	TK-PK
٥.	диагностике наследственной	7	IK-IK
	ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ		
	(НАСЛЕДСТВЕННЫЙ		
	МИКРОСФЕРОЦИТОЗ) И		
	ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ		
	ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИ ЖИЛЬБЕРА		
	ОСНОВНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ		
	ПРИЗНАКОМ ЯВЛЯЕТСЯ		
	1) уровень билирубина в сыворотке		
	2) возраст больных		
	3) общее состояние больных		
	4) морфология эритроцитов	•	THE DIE
4.	для какого из перечисленных	2	TK-PK
	ЗАБОЛЕВАНИЙ БОЛЬШЕ ХАРАКТЕРЕН		
	ПЛЕВРАЛЬНЫЙ ЭКССУДАТ		
	1) сердечная недостаточность		
	2) туберкулез		
	3) цирроз печени		
	4) микседема		
	5) хронический гломерулонефрит с		
	нефротическим синдромом		
5.	что из нижеперечисленного может	2	TK-PK
	вызвать ренальную форму острой		
	ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ?		
	1) ретроперитонеальный фиброз		
	2) синдром «лизиса опухоли»		
	3) аденома предстательной железы		
	4) миома матки		
	5) ничего из вышеперечисленного		

Оценочное средство	Критерии ответа	а Уровень
одено шое ередетво	Tephilepini 01ber	a poberib

	(полный ответ,	применения*
	неполный ответ,	•
	отсутствует)	
Какие критерии используются для диагностики	Перечислены все	ТК-РК
сахарного диабета?	диагностические	
	критерии сахарного	
	диабета	
Какие критерии используются для диагностики	Перечислены критерии	ТК-РК
подагры?	диагностики подагры	
Какие критерии используются для диагностики	Перечислены критерии	TK-PK
почечной недостаточности и определения ее	диагностики стадий	
стадии?	почечной	
	недостаточности	
Понятие нефротического синдрома	Перечислены критерии	TK-PK
	нефротического	
	синдрома	
Понятие нефритического синдрома	Перечислены критерии	ТК-РК
	нефритического	
	синдрома	
Понятие миелодиспластического синдрома	Перечислены критерии	ТК-РК
	миелодиспластического	
	срндрома	

Вид оценочного средства: Ситуационные задачи:

Оценочное средство	Эталон ответа	Уровень
		применения*
У 35-летнего больного в течение 3-х недель	Правильно описаны	ПА, ГИА
отмечается повышение температуры до 38-39°C,	алгоритм осмотра,	
ночная потливость. Назначались антибиотики	диагностики и	
(Ампициллин, Клафоран) без эффекта. Обратился	лечения. Дан анализ	
к врачу в связи появившимся кашлем, одышкой при	возможных причин	
нагрузке. Анамнез без особенностей.	неэффективности	
Об-но: состояние средней тяжести.	антибактериальной	
Кожные покровы умеренно бледные.	терапии.	
Пальпируются увеличенные шейные и		
надключичные лимфоузлы справа, плотные,		
безболезненные, малоподвижные. В легких		
жесткое дыхание, единичные сухие хрипы, больше		
справа. ЧД 20/мин. Тоны сердца ритмичные. ЧСС		
92/мин. Печень и селезенка не увеличены.		
Ан. крови: Нв.100 г/л. Л -14 х 10^9 /л. Э-8, П-		
10, C-70, Л- 8, M-4. Тромбоциты — 180×10^9 /л.		
СОЭ – 50 мм/час. Ан. мочи без особенностей		
Проведены рентгенологическое		
исследование грудной клетки и гистологическое		
исследование биопсированного шейного		
лимфатического узла.		
36-летний больной в течение нескольких	Правильно описаны	ПА, ГИА
месяцев отмечает одышку при физической	алгоритм осмотра.	
нагрузке, боли в области сердца, отеки, слабость	Дана оценка	
и чувство онемения в ногах. Анамнез без	выявленных	

особенностей. клинических и Об-но: состояние средней тяжести. лабораторных Кожные покровы бледные, отеки голеней. Тоны симптомов и сердца ритмичные ЧСС 75/мин, АД 80/60 мм рт. обоснован ст. (рабочее АД 120/80 мм рт. ст.). В легких клинический диагноз. хрипы не выслушиваются. Печень выступает из Даны рекомендации подреберья на 6 см, при пальпации безболезненная. дальнейшему размеры по Курлову – 20-17-15 см. Пальпируется ведению пациента. плотная селезенка (длинник 16 см). Ан. крови общий: $H_6 - 100$ г/л, $\Im p. - 3.5$ х 10^{12} /л, $\Pi - 5.9 \ x \ 10^{9}$ /л. Формула без особенностей. СОЭ – 60 мм/час. Общий белок – 72 г/л, альбумин – 40 г/л, креатинин - 0,18 ммоль/л. Ан. мочи: ивет желтый, хлопьевидный осадок, суточная протеинурия - 5 г, Π - 4-5 в n/3p. Эр. – ед. в п/зр. Проба Зимницкого: относительная плотность — 1005-1009. Дневной диурез — 700 мл, ночной – 1200 мл. ЭХО-кардиография: уменьшение размеров левого желудочка, дилятация левого предсердия, резкое утолщение стенок левого желудочка и межжелудочковой перегородки. Фракция выброса 42%. 52 ПА, ГИА Больная лет госпитализирована Правильно описаны отделение с выраженным отеком лииа, нижних алгоритм осмотра. конечностей, поясницы, передней брюшной Дана оценка стенки. Ранее ничем не болела на работе выявленных ежегодно обследовалась. Отеки появились около 2 клинических и недель назад без видимой причины. Появились лабораторных одышка, слабость. симптомов и Объективно: бледность кожных покровов, обоснован отеки век, анасарка. ЧД 20 в минуту. Тоны сердца клинический диагноз. приглушены, ритмичные, ЧСС 100 уд/мин. Край Даны рекомендации печени выступает на 4 см из-под края реберной дальнейшему дуги, слегка болезненный. Диурез около 1 л в сутки. ведению пациентки. Анализ крови: Hb-120 г/л, СОЭ 60 мм/час. Суточная протеинурия 12 г. В стационар поступила больная 37 лет с ПА, ГИА Правильно описаны сухой кашель, алгоритм осмотра. жалобами на одышку незначительной физической нагрузке, Дана оценка грудной клетке при глубоком дыхании и кашле, выявленных похудание за 3 месяца на 7 кг, выпадение волос, клинических и повышение температуры, боли в покое и при лабораторных движениях в мелких суставах кистей, сильную симптомов и слабость. обоснован Впервые 6 месяцев назад появились боли в клинический диагноз. суставах кистей. Постепенно Даны рекомендации усилились, стала повышаться температура тела. дальнейшему no После самостоятельного приема в течение 7 дней ведению пациента антибиотиков самочувствие ухудшилось, нарастала слабость, появился кашель. Обратилась к участковому терапевту, была

госпитализирована.

При осмотре состояние относительно удовлетворительное. Температура тела 37.8° C. Эритематозные Пониженного питания. высыпания на ушных раковинах, припухание в межфаланговых области проксимальных Дыхательная экскурсия суставов. легких ограничена с обеих сторон, аускультативно жесткое дыхание над всей поверхностью легких, справа – шум трения плевры. Тоны сердиа приглушены. Пульс 98 уд/мин, ритмичный, АД 140/95 мм рт. ст. В остальном по органам без изменений.

Анализ крови: Hb-106 г/л, эр.- $4.5x10^{12}$ /л, ЦП-0.82, лейк.- $2.3x10^9$ /л, формула не изменена, тромб.- $80x10^9$ /л, CO3-48 мм/час. Общий белок-88 г/л, альбумин-62 г/л, креатинин-88 мкмоль/л. Электрофорез белков крови: альбумины-32%, a_1 -глобулины-6%, a_2 -глобулины-14%, b-глобулины-16%, g-глобулины-32%.

Анализ мочи: уд. вес 1020, белок-1.5 г/л, эр.-6-8 в n/зр., лейк.-4-6 в n/зр., гиалиновые цилиндры-1-2 в n/зр.

Рентгенография органов грудной клетки: диафрагма с обеих сторон мало подвижна, имеется утолщение междолевой плевры справа, плевродиафрагмальные спайки, рисунок легких диффузно усилен, плевральные синусы расправляются неполностью. Сердце не увеличено.

У 58-летнего больного в возрасте 45 лет случайном обследовании диагностирован аортальный порок сердца. Чувствовал себя *удовлетворительно* работоспособность снижалась (по профессии монтажник мелких деталей). Нерегулярно наблюдался кардиологом. оперативного лечения отказывался. Бицилинопрофилактику не проводил. За последний год отмечает медленно нарастающую одышку, кратковременное иногда, при нагрузке неприятное жжение за грудиной. Получил инвалидность 2 группы. 3 недели тому назад проводилось урологическое обследование катетеризацией мочевого пузыря, после чего отмечает повышение температуры до 37,5-38°C. Страдает сахарным диабетом (соблюдает диету, принимает диабетон).

Об-но: состояние средней тяжести. Бледность кожных покровов. Дыхание в легких жесткое, без хрипов. Усиленный верхушечный толчок в VI межреберье на 2см влево от срединноключичной линии. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 80/мин., систолический и

Правильно описаны алгоритм осмотра. Дана оценка выявленных клинических и лабораторных симптомов и обоснован клинический диагноз. Даны рекомендации по дальнейшему ведению пациента

ПА, ГИА

диастолический шум во II межреберье справа. АД	
130/50 мм рт. ст. Печень и селезенка не	
пальпируются.	
A н. крови общий: H в - 105 г/л, Π - 8 х 10^9 /л.	
Формула крови без особенностей. СОЭ 35 мм/час.	

Оценочное средство	Критерии ответа	Уровень
	(раскрыта полно и	применения*
	самостоятельно,	
	раскрыта полно, но	
	не самостоятельно,	
	не раскрыта)	
Темы рефератов:	Тема раскрыта	TK-PK
- Нефротический синдром и принципы его	полно и	
коррекции	самостоятельно,	
- Понятие нефритического синдрома и	использованы	
заболевания, протекающие с его проявлениями	современные	
- Вторичная гиперурикемия	средства поиска	

Пк-16 - способностью и готовностью анализировать закономерности функционирования отдельных органов и систем, использовать знания анатомо-физиологических основ, основные методики клинико- иммунологического обследования и оценки функционального состояния организма взрослого человека и подростка для своевременной диагностики заболеваний и патологических процессов

Разделы дисциплины (темы): Пульмонология; Кардиология; Гастроэнтерология; Нефрология; Гематология; Ревматология, системные заболевания соединительной ткани; Заболевания эндокринной системы; Частные вопросы; Болезни обмена веществ; Лекарственная терапия

Вид оценочного средства: Тестовые задания

Оценочное средство	Эталон ответа	Уровень
		применения*
1. БОЛЬ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ ВО ВРЕМЯ	1, 5	TK-PK
ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ И ПРИ ВЫХОДЕ		
НА ХОЛОД ХАРАКТЕРНА ДЛЯ		
1) стенокардии		
2) пневмонии		
3) остеохондроза		
4) эзофагоспазма		
5) депрессии		
2. ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА	2	TK-PK
ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА		
ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ		
ЛАБОРАТОРНЫЕ ПРИЗНАКИ		
1) повышение СОЭ		
2) повышение аминотрансфераз		
3) нейтрофильный лейкоцитоз		

4) повышение		
4) повышение креатинфосфокиназы		
креатинфосфокиназы 5) обнаружение тропонина Т		
3. ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА	1, 2, 4, 5	TK-PK
ишемической болезни сердца	-, - , -, -	11111
необходимы следующие		
ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ		
ИССЛЕДОВАНИЯ		
1) ЭКГ		
2) Эхо-КГ		
3) рентгенологическое		
исследование		
4) нагрузочные пробы		
5) коронароангиография		
6) радиоизотопные методы		
исследования		TIME DAG
4. СИНДРОМ МОРГАНЬИ-АДАМСА-СТОКСА	2	TK-PK
НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ СЛЕДУЮЩИХ		
СОСТОЯНИЯХ		
1) синусовая тахикардия		
2) полная АВ-блокада		
3) синусовая аритмия4) трифасцикулярная блокада		
5) полная блокада левой ножки пучка Гиса		
5. ПЕРИОДЫ САМОЙЛОВА-ВЕНКЕБАХА	2	TK-PK
НАБЛЮДАЮТСЯ ПРИ	_	
1) АВ-блокаде I степени		
2) АВ-блокаде Мобитц I		
3) внутрипредсердной блокаде		
4) полной АВ-блокаде		
5) блокаде правой ножки пучка Гиса		
6. У ПАЦИЕНТА 25 ЛЕТ ПОСЛЕ	4	ТК-РК
ПЕРЕОХЛАЖДЕНИЯ ПОВЫСИЛАСЬ		
ТЕМПЕРАТУРА ТЕЛА ДО 39 ⁰ , ПОЯВИЛИСЬ		
КАШЕЛЬ, А ТАКЖЕ БОЛИ В ГРУДНОЙ		
КЛЕТКЕ, УСИЛИВАЮЩИЕСЯ ПРИ		
ГЛУБОКОМ ВДОХЕ И КАШЛЕ. НАИБОЛЕЕ		
ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ		
1) острый бронхит		
2) пневмония		
3) острый перикардит 4) острый плеврит		
7. БОЛЬ В НИЖНЕЙ ТРЕТИ ГРУДИНЫ,	3	TK-PK
ВОЗНИКАЮЩАЯ ПОСЛЕ ЕДЫ,	3	111111
СОПРОВОЖДАЮЩАЯСЯ ОТРЫЖКОЙ		
КИСЛЫМ, ХАРАКТЕРНА ДЛЯ		
1) язвенной болезни		
двенадцатиперстной кишки		
2) острого эзофагита		
3) рефлюкс-эзофагита		
4) эзофагоспазма		
5) грыжи пищеводного отверстия		

диафрагмы		
8. ДЛЯ БОЛИ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ ПРИ	1 2 3 4 5	TK-PK
ОСТЕОХОНДРОЗЕ ПОЗВОНОЧНИКА	1, 2, 3,4, 3	TIC-TIC
ХАРАКТЕРНО		
1) имеет острый режущий или		
стреляющий характер		
2) возникает после длительного		
пребывания в одном положении		
3) провоцируется физической нагрузкой		
4) провоцируется поворотами туловища		
5) купируется приемом анальгетиков	3	TIL DIL
9. КАКИЕ ДАННЫЕ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОГО	3	TK-PK
ИССЛЕДОВАНИЯ СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ О		
ПОРАЖЕНИИ ОРГАНОВ-МИШЕНИЙ ПРИ		
АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ?		
1) гепатоспленомегалия при УЗИ внутренних		
органов		
2) атриовентрикулярная блокада II степени		
на ЭКГ		
3) умеренная гипертрофия миокарда левого		
желудочка при ЭХО-КГ исследовании		
4) усиление легочного рисунка при		
рентгенографии грудной клетки		
5) увеличение левой границы сердца при		
рентгенографии грудной клетки		
10. К МИКРООРГАНИЗМАМ, ВЫЗЫВАЮЩИМ	1, 2, 3, 4, 5	TK-PK
ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У		
ЧЕЛОВЕКА, ОТНОСЯТСЯ		
1) грибы		
2) вирусы		
3) бактерии		
4) простейшие		
5) риккетсии		
11. НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫМИ	2, 5	TK-PK
ВОЗБУДИТЕЛЯМИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ		
ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЮТСЯ:		
1) Pseudomonas aeruginosa		
2) Streptococcus pneumoniae		
3) Mycoplasma pneumoniae		
4) Staphilococcus aureus		
5) Haemophilis influenzae		
12. ВОЗБУДИТЕЛЯМИ АТИПИЧНЫХ	2, 3, 4	TK-PK
ПНЕВМОНИЙ ЯВЛЯЮТСЯ		
1) Streptococcus pneumoniae		
2) Mycoplasma pneumoniae		
3) Legionella spp.		
4) Chlamidia pneumoniae		
5) Haemophilis influenzae		
13. КАКОЙ ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ	3	TK-PK
МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ВАРИАНТОВ		
ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ		
НАИБОЛЕЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ?		

		T
1) мезангиопролиферативный		
2) фокально-сегментарный гломерулосклероз		
3) гломерулонефрит с «полулуниями»		
4) мембранозный		
5) гломерулонефрит с «минимальными		
изменениями»		
14. КАКОЙ ФАКТОР ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ	3	TK-PK
ВАЖНЫМ ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ПРОГНОЗА		
ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА?		
1) выраженность гематурии		
2) наличие артериальной гипертензии		
3) темпы снижения скорости клубочковой		
фильтрации		
4) выраженность протеинурии		
5) наличие анемии		
15. ПРИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ	4	TK-PK
	4	IN-IN
(НАСЛЕДСТВЕННЫЙ		
МИКРОСФЕРОЦИТОЗ) И		
ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ		
ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИ ЖИЛЬБЕРА		
ОСНОВНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ		
ПРИЗНАКОМ ЯВЛЯЕТСЯ		
1) уровень билирубина в сыворотке		
2) возраст больных		
3) общее состояние больных		
4) морфология эритроцитов		
16. КАКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ	1	TK-PK
КРОВИ МОГУТ БЫТЬ ВЫЯВЛЕНЫ У		
БОЛЬНОГО АТРОФИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ,		
КОТОРОМУ ПО ПОВОДУ НЕЯСНОЙ		
МАКРОЦИТАРНОЙ АНЕМИИ БЫЛО		
СДЕЛАНО НЕСКОЛЬКО ИНЪЕКЦИЙ		
ВИТАМИНА В-12?		
1) ретикулоцитоз		
2) ретикулоцитопения		
3) нейтрофильный сдвиг формулы крови		
влево		
4) гипохромия эритроцитов		
17. КЛЮЧЕВЫМ ПАРАМЕТРОМ ОЦЕНКИ ФВД	5	TK-PK
В ДИАГНОСТИКЕ ХОБЛ ЯВЛЯЕТСЯ:	3	1 IV-1 IV
1) OΦB ₁		
2) Остаточный объем		
3) ФЖЕЛ		
4) Максимальная вентиляция легких		
5) ОФВ ₁ / ФЖЕЛ		THE DAY
18. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЛЕГКОЙ	3	TK-PK
ИНТЕРМИТИРУЮЩЕЙ БРОНХИАЛЬНОЙ		
АСТМЫ ПРИМЕНЯЮТСЯ		
1) ************************************		
1) ингаляционные глюкокортикоиды 2) системные глюкокортикоиды		

3) бронходилататоры короткого действия		
4) бронходилататоры длительного действия		
5) комбинация ингаляционных		
глюкокортикоидов и бронходилататоров		
короткого действия		
19. КАКОЙ ИЗ КЛИНИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ	4	TK-PK
МОЖЕТ БЫТЬ КЛЮЧЕВЫМ ПРИ	•	111111
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ		
ОСТРОГО АРТРИТА ПРИ ДЕБЮТЕ		
РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА И ОСТРОЙ		
РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ?		
1) интенсивность болевого синдрома		
2) поражение коленных суставов		
3) повышение температуры тела до 38°C		
4) длительность суставного синдрома		
20. НАЛИЧИЕ ПЛЕВРАЛЬНОГО ВЫПОТА	1	TK- PK
МОЖНО ЗАПОДОЗРИТЬ ПРИ СОЧЕТАНИИ		
1) отсутствия проведения дыхания при		
аускультации легких и тупого		
перкуторного звука над нижней долей		
легкого		
2) бронхиального дыхания при аускультации		
легких и тупого перкуторного звука над		
нижней долей легкого		
3) Ослабленного дыхания при аускультации		
над нижней долей легкого и шума трения		
плевры		
4) Диффузного ослабления дыхания над всей		
поверхностью легких и коробочного		
перкуторного звука		
5) Ослабленного дыхания и влажных хрипов		
при аускультации над нижней долей		
легкого		
21. В КАКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ	2	TK-PK
МОЖНО СДЕЛАТЬ ЗАКЛЮЧЕНИЕ ОБ	2	TR-TR
ОЧЕНЬ ВЫСОКОМ РИСКЕ СЕРДЕЧНО-		
СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ?		
1) пациент то стабильно повышенным АД		
160-170/100-105 мм рт.ст., при		
обследовании факторов риска или		
поражения органов мишеней не выявлено		
2) пациент со значениями АД 130-140/85-95		
мм рт.ст. и страдающий сахарным		
диабетом II типа		
3) пациент со стабильно повышенным АД в		
пределах 160/100 мм рт.ст. и страдающей		
тяжелой формой бронхиальной астмы		
4) во всех ситуациях риск очень высокий		

Overvoyave a anamama	I/ayymanyyy	0.000	Vnonerr
Оценочное средство	Критерии	ответа	Уровень

	(полный ответ,	применения*
	неполный ответ,	
	отсутствует)	
Какие критерии используются для диагностики	Перечислены все	ПА, ГИА
ревматоидного артрита (РА)?	диагностические	
	критерии РА.	
Варианты амилоидоза, критерии диагностики,	Перечислены	TK-PK
возможности лечения.	варианты	
	амилоидоза,	
	критерии	
	установления	
	диагноза,	
	современные	
	принципы терапии.	
Варианты гемолитических анемий и критерии их	Перечислены	TK-PK
диагностики.	критерии	
	диагностики	
	гемолитических	
	анемий.	
Современные возможности диагностики	Перечислены	ТК-РК
хронических вирусных гепатитов.	современные	
	принципы лечения	
	вирусных гепатитов	
	и критерии	
	эффективности	
	терапии.	

Вид оценочного средства: Ситуационные задачи:

Оценочное средство	Эталон ответа	Уровень применения*
У 35-летнего больного в течение 3-х недель отмечается повышение температуры до 38-39°С, ночная потливость. Назначались антибиотики (Ампициллин, Клафоран) без эффекта. Обратился к врачу в связи появившимся кашлем, одышкой при нагрузке. Анамнез без особенностей. Об-но: состояние средней тяжести. Кожные покровы умеренно бледные. Пальпируются увеличенные шейные и надключичные лимфоузлы справа, плотные, безболезненные, малоподвижные. В легких жесткое дыхание, единичные сухие хрипы, больше справа. ЧД 20/мин. Тоны сердца ритмичные. ЧСС 92/мин. Печень и селезенка не увеличены. Ан. крови: Нв.100 г/л. Л -14 х 10°/л. Э-8, П-10, С-70, Л-8, М-4. Тромбоциты — 180 х 10°/л. СОЭ — 50 мм/час. Ан. мочи без особенностей Проведены рентгенологическое исследование грудной клетки и гистологическое исследование биопсированного шейного лимфатического узла.	Правильно описаны алгоритм осмотра, диагностики и лечения. Дан анализ возможных причин неэффективности антибактериальной терапии.	-

36-летний больной в течение нескольких месяцев отмечает одышку при физической нагрузке, боли в области сердца, отеки, слабость и чувство онемения в ногах. Анамнез без особенностей.

Об-но: состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, отеки голеней. Тоны сердца ритмичные ЧСС 75/мин, АД 80/60 мм рт. ст. (рабочее АД 120/80 мм рт. ст.). В легких хрипы не выслушиваются. Печень выступает из подреберья на 6 см, при пальпации безболезненная, размеры по Курлову — 20-17-15 см. Пальпируется плотная селезенка (длиник 16 см).

Ан. крови общий: $H_8 - 100 \ г/л$, Эр. $-3.5 \ x$ $10^{12}/л$, $J_1 - 5.9 \ x$ $10^9/л$. Формула без особенностей. $CO9 - 60 \ \text{мм/час}$. Общий белок $-72 \ r/л$, альбумин $-40 \ r/л$, креатинин $-0.18 \ \text{ммоль/л}$.

Ан. мочи: цвет желтый, хлопьевидный осадок, суточная протеинурия - 5 г, Π - 4-5 в n/зр. Эр. — ед. в n/зр. Проба Зимницкого: относительная плотность — 1005-1009. Дневной диурез — 700 мл, ночной — 1200 мл.

ЭХО-кардиография: уменьшение размеров левого желудочка, дилятация левого предсердия, резкое утолщение стенок левого желудочка и межжелудочковой перегородки. Фракция выброса 42%.

В стационар поступила больная 37 лет с жалобами на сухой кашель, одышку при незначительной физической нагрузке, боли в грудной клетке при глубоком дыхании и кашле, похудание за 3 месяца на 7 кг, выпадение волос, повышение температуры, боли в покое и при движениях в мелких суставах кистей, сильную слабость.

Впервые 6 месяцев назад появились боли в мелких суставах кистей. Постепенно боли усилились, стала повышаться температура тела. После самостоятельного приема в течение 7 дней антибиотиков самочувствие ухудшилось, нарастала слабость, появился кашель. Обратилась к участковому терапевту, была госпитализирована.

При осмотре состояние относительно удовлетворительное. Температура тела 37.8°C. Пониженного питания. Эритематозные высыпания на ушных раковинах, припухание в области проксимальных межфаланговых суставов. Дыхательная экскурсия легких ограничена с обеих сторон, аускультативно — жесткое дыхание над всей поверхностью легких, справа — шум трения плевры. Тоны сердца

Правильно описаны алгоритм осмотра. Дана оценка выявленных клинических и лабораторных симптомов u обоснован клинический диагноз. Даны рекомендации no дальнейшему ведению пациента.

ПА, ГИА

ПА, ГИА

 $\begin{tabular}{ll} $\Pi paвильно$ & onucahы \\ $aлгоритм$ & ocmompa. \\ \mathcal{A} & ouehka $\begin{tabular}{ll} $buseness & ouehka \\ $buseness & sundopamophux \\ $cumnmomos$ & u \\ $obochobah$ & sundopamophux \\ $cumnmomos$ & u \\ $cumnmomos$ & u$

приглушены. Пульс 98 уд/мин, ритмичный, АД 140/95 мм рт. ст. В остальном по органам без изменений.		
Анализ крови: $Hb-106 \ г/л$, эр $4.5x10^{12}/л$, ЦП- 0.82 , лейк $2.3x10^{9}/л$, формула не изменена, тромб $80x10^{9}/л$, CO 3- 48 мм/час. Общий белок- 88 $г/л$, альбумин- 62 $г/л$, креатинин- 88 мкмоль/л.		
Электрофорез белков крови: альбумины-32%, a_1 -глобулины-6%, a_2 -глобулины-14%, b -глобулины-16%, g -глобулины-32%.		
Анализ мочи: уд. вес 1020, белок-1.5 г/л, эр 6-8 в п/зр., лейк4-6 в п/зр., гиалиновые цилиндры- 1-2 в п/зр.		
Рентгенография органов грудной клетки: диафрагма с обеих сторон мало подвижна, имеется утолщение междолевой плевры справа,		
плевродиафрагмальные спайки, рисунок легких диффузно усилен, плевральные синусы расправляются неполностью. Сердце не увеличено.		
У 58-летнего больного в возрасте 45 лет при случайном обследовании диагностирован аортальный порок сердца. Чувствовал себя	Правильно описаны алгоритм осмотра. Дана оценка	ПА, ГИА
удовлетворительно работоспособность не снижалась (по профессии монтажник мелких деталей). Нерегулярно наблюдался кардиологом.	выявленных клинических и лабораторных	
От оперативного лечения отказывался. Бицилинопрофилактику не проводил. За последний год отмечает медленно нарастающую одышку,	симптомов и обоснован клинический диагноз.	
иногда, при нагрузке – кратковременное неприятное жжение за грудиной. Получил инвалидность 2 группы. 3 недели тому назад	Даны рекомендации по дальнейшему ведению пациента	
проводилось урологическое обследование с катетеризацией мочевого пузыря, после чего отмечает повышение температуры до 37,5-38°C.		
Страдает сахарным диабетом (соблюдает диету, принимает диабетон). Об-но: состояние средней тяжести.		
Бледность кожных покровов. Дыхание в легких жесткое, без хрипов. Усиленный верхушечный толчок в VI межреберье на 2см влево от		
срединноключичной линии. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 80/мин., систолический и диастолический шум во II межреберье справа. АД		
130/50 мм рт. ст. Печень и селезенка не пальпируются. Ан. крови общий: H в - 105 г/л, Π - 8 х 10^9 /л.		
Формула крови без особенностей. СОЭ 35 мм/час.		
50-летняя больная обратилась с жалобами на боли в спине, усиливающиеся при движении и	Правильно описаны алгоритм осмотра.	ПА, ГИА
стоянии. Боли беспокоят на протяжении года.	Дана оценка	
Диагностировался остеохондроз позвоночника.	выявленных	
Назначалось физиотерапевтическое лечение,	клинических и	

нестероидные противовоспалительные	лабораторных
препараты без эффекта. За последнее время боли	симптомов и
усилились, большую часть времени проводит в	обоснован
постели. По данным анамнеза, в течение 10 лет	клинический диагноз.
страдает бронхиальной астмой с частыми	Даны рекомендации
обострениями и госпитализациями. На	по дальнейшему
протяжении 5 лет получала преднизолон внутрь в	ведению пациента
суточной дозе 5-10 мг, ингаляции сальбутамола 3-	
4 р/сут. Последний год назначены ингаляционные	
кортикостероиды Менопауза в 43 года.	
Об-но: болезненность при нагрузке на	
позвоночник по оси. Движения в позвоночнике	
ограничены из-за болей. В легких единичные сухие	
хрипы. АД 160/90 мм рт. ст. Тоны сердца	
ритмичные. Живот мягкий безболезненный во всех	
отделах. Анализ периферической крови без	
особенностей. Глюкоза крови 7,5 ммоль/л.	
Проведено рентгенологическое исследование	
позвоночника.	

Оценочное средство	Критерии ответа	Уровень
	(раскрыта полно и	применения*
	самостоятельно,	
	раскрыта полно, но	
	не самостоятельно,	
	не раскрыта)	
Темы рефератов:	Тема раскрыта	ТК-РК
- Диагностика ТЭЛА	полно и	
- Современные методы диагностики ОКС	самостоятельно,	
- Современные методы диагностики ИБС	использованы	
- Диагностика НЯК	современные	
- Диагностика вирусных гепатитов	средства поиска	
- Диагоностика хронических гломерулонефритов		
- Диагностика гемолитических анемий		
- Диагностика ХБП		

ПК-17 - способностью и готовностью выявлять у пациентов основные патологические симптомы и синдромы заболеваний, используя знания основ медико-биологических и клинических дисциплин с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом, анализировать закономерности функционирования различных органов и систем при различных заболеваниях и патологических процессах, использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ), выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний

Разделы дисциплины (темы): Пульмонология; Кардиология; Гастроэнтерология; Нефрология; Гематология; Ревматология, системные заболевания соединительной ткани; Заболевания эндокринной системы; Частные вопросы; Болезни обмена веществ; Лекарственная терапия

Вид оценочного средства: Тестовые задания

Оценочное средство	Эталон ответа	Уровень
U		применения*
1. БОЛЬ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ ВО ВРЕМЯ	1, 5	TK-PK
ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ И ПРИ ВЫХОДЕ		
НА ХОЛОД ХАРАКТЕРНА ДЛЯ		
1) стенокардии		
2) пневмонии		
3) остеохондроза		
4) эзофагоспазма		
5) депрессии		
2. ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА	2	TK-PK
ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА		
ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ		
ЛАБОРАТОРНЫЕ ПРИЗНАКИ		
1) повышение СОЭ		
2) повышение аминотрансфераз		
2) повышение аминотрансфераз 3) нейтрофильный лейкоцитоз		
4) повышение		
/		
креатинфосфокиназы		
5) обнаружение тропонина Т	1015	TILL DIL
3. ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА	1, 2, 4, 5	TK-PK
ишемической болезни сердца		
НЕОБХОДИМЫ СЛЕДУЮЩИЕ		
ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ		
ИССЛЕДОВАНИЯ		
1) ЭКГ		
2) Эхо-КГ		
3) рентгенологическое		
исследование		
4) нагрузочные пробы		
5) коронароангиография		
6) радиоизотопные методы		
исследования		
4. СИНДРОМ МОРГАНЬИ-АДАМСА-СТОКСА	2	ТК-РК
НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ СЛЕДУЮЩИХ		
состояниях:		
1) синусовая тахикардия		
2) полная АВ-блокада		
3) синусовая аритмия		
4) трифасцикулярная блокада		
5) полная блокада левой ножки пучка Гиса		
5. ПЕРИОДЫ САМОЙЛОВА-ВЕНКЕБАХА	2	TK-PK
НАБЛЮДАЮТСЯ ПРИ	<u>~</u>	1 IX-1 IX
1) АВ-блокаде I степени		
2) АВ-блокаде Мобитц I		
3) внутрипредсердной блокаде		
4) полной АВ-блокаде		
5) блокаде правой ножки пучка Гиса		mx
6. КАКОЙ ЭКГ ПРИЗНАК ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ	1	TK-PK

ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ?		
1) отсутствие зубца Р и различные интервалы		
R-R		
2) отсутствует зубец Р и одинаковые		
интервалы R-R		
3) различные интервалы P-P и R-R		
4) частый ритм желудочков		
5) предсердно-желудочковая диссоциация		
7. У ПАЦИЕНТА 25 ЛЕТ ПОСЛЕ	4	TK-PK
ПЕРЕОХЛАЖДЕНИЯ ПОВЫСИЛАСЬ		
ТЕМПЕРАТУРА ТЕЛА ДО 39 ⁰ , ПОЯВИЛИСЬ		
КАШЕЛЬ, А ТАКЖЕ БОЛИ В ГРУДНОЙ		
КЛЕТКЕ, УСИЛИВАЮЩИЕСЯ ПРИ		
ГЛУБОКОМ ВДОХЕ И КАШЛЕ. НАИБОЛЕЕ		
ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ		
1) острый бронхит		
2) пневмония		
3) острый перикардит		
4) острый плеврит		
8. БОЛЬ В НИЖНЕЙ ТРЕТИ ГРУДИНЫ,	3	TK-PK
возникающая после еды,	3	
СОПРОВОЖДАЮЩАЯСЯ ОТРЫЖКОЙ		
КИСЛЫМ, ХАРАКТЕРНА ДЛЯ		
1) язвенной болезни		
двенадцатиперстной кишки		
2) острого эзофагита		
3) рефлюкс-эзофагита		
4) эзофагоспазма		
5) грыжи пищеводного отверстия		
диафрагмы		
9. ДЛЯ БОЛИ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ ПРИ	1 2 3 4 5	TK-PK
ОСТЕОХОНДРОЗЕ ПОЗВОНОЧНИКА	1, 2, 3, 1, 3	
XAPAKTEPHO		
1) имеет острый режущий или		
стреляющий характер		
2) возникает после длительного		
пребывания в одном положении		
3) провоцируется физической нагрузкой		
4) провоцируется поворотами туловища		
5) купируется приемом анальгетиков		
10. КАКИЕ ДАННЫЕ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОГО	3	TK-PK
ИССЛЕДОВАНИЯ СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ О	3	
ПОРАЖЕНИИ ОРГАНОВ-МИШЕНИЙ ПРИ		
АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ?		
1) гепатоспленомегалия при УЗИ внутренних		
органов		
2) атриовентрикулярная блокада II степени		
на ЭКГ		
3) умеренная гипертрофия миокарда левого		
желудочка при ЭХО-КГ исследовании		
4) усиление легочного рисунка при		
рентгенографии грудной клетки		

5) увеличение левой границы сердца при		
рентгенографии грудной клетки		
11. К МИКРООРГАНИЗМАМ, ВЫЗЫВАЮЩИМ	1, 2, 3, 4, 5	TK-PK
ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У		
ЧЕЛОВЕКА, ОТНОСЯТСЯ		
1) грибы		
2) вирусы		
3) бактерии		
4) простейшие		
f =		
5) риккетсии	2.5	TIC DIC
12. НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫМИ	2, 5	TK-PK
ВОЗБУДИТЕЛЯМИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ		
ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЮТСЯ:		
1) Pseudomonas aeruginosa		
2) Streptococcus pneumoniae		
3) Mycoplasma pneumoniae		
4) Staphilococcus aureus		
5) Haemophilis influenzae		
13. ВОЗБУДИТЕЛЯМИ АТИПИЧНЫХ	2, 3, 4	ТК-РК
ПНЕВМОНИЙ ЯВЛЯЮТСЯ		
1) Streptococcus pneumoniae		
2) Mycoplasma pneumoniae		
3) Legionella spp.		
4) Chlamidia pneumoniae		
5) Haemophilis influenzae		
14. КАКОЙ ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ	3	TK-PK
МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ВАРИАНТОВ	3	
ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ		
НАИБОЛЕЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ?		
1) мезангиопролиферативный		
2) фокально-сегментарный гломерулосклероз		
3) гломерулонефрит с «полулуниями»		
4) мембранозный		
5) гломерулонефрит с «минимальными		
изменениями»		
15. КАКОЙ ФАКТОР ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ	3	TK-PK
ВАЖНЫМ ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ПРОГНОЗА		
ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА?		
1) выраженность гематурии		
2) наличие артериальной гипертензии		
3) темпы снижения скорости клубочковой		
фильтрации		
4) выраженность протеинурии		
5) наличие анемии		
16. ПРИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ	4	ТК-РК
ДИАГНОСТИКЕ НАСЛЕДСТВЕННОЙ	•	
ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ		
(НАСЛЕДСТВЕННЫЙ		
МИКРОСФЕРОЦИТОЗ) И		
ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ		
, ,		
ОСНОВНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ		

ПРИЗНАКОМ ЯВЛЯЕТСЯ		
1) уровень билирубина в сыворотке		
2) возраст больных		
3) общее состояние больных		
4) морфология эритроцитов		
17. КАКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ	1	TK-PK
КРОВИ МОГУТ БЫТЬ ВЫЯВЛЕНЫ У		
БОЛЬНОГО АТРОФИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ,		
КОТОРОМУ ПО ПОВОДУ НЕЯСНОЙ		
МАКРОЦИТАРНОЙ АНЕМИИ БЫЛО		
СДЕЛАНО НЕСКОЛЬКО ИНЪЕКЦИЙ		
ВИТАМИНА В-12?		
1) ретикулоцитоз		
2) ретикулоцитопения		
3) нейтрофильный сдвиг формулы крови		
влево		
4) гипохромия эритроцитов		
18. КЛЮЧЕВЫМ ПАРАМЕТРОМ ОЦЕНКИ ФВД	5	ТК-РК
В ДИАГНОСТИКЕ ХОБЛ ЯВЛЯЕТСЯ:		
1) OΦB ₁		
2) Остаточный объем		
3) ФЖЕЛ		
4) Максимальная вентиляция легких		
5) ОФВ ₁ / ФЖЕЛ		
19. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЛЕГКОЙ	3	TK-PK
ИНТЕРМИТИРУЮЩЕЙ БРОНХИАЛЬНОЙ	3	IN-IN
АСТМЫ ПРИМЕНЯЮТСЯ		
1) ингаляционные глюкокортикоиды		
2) системные глюкокортикоиды		
3) бронходилататоры короткого действия		
4) бронходилататоры длительного действия		
5) комбинация ингаляционных		
глюкокортикоидов и бронходилататоров		
короткого действия	4	THE DIE
20. КАКОЙ ИЗ КЛИНИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ	4	TK-PK
МОЖЕТ БЫТЬ КЛЮЧЕВЫМ ПРИ		
дифференциальной диагностике		
ОСТРОГО АРТРИТА ПРИ ДЕБЮТЕ		
РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА И ОСТРОЙ		
РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ?		
1) интенсивность болевого синдрома		
2) поражение коленных суставов		
3) повышение температуры тела до 38°C		
4) длительность суставного синдрома		
21. НАЛИЧИЕ ПЛЕВРАЛЬНОГО ВЫПОТА	1	TK-PK
МОЖНО ЗАПОДОЗРИТЬ ПРИ СОЧЕТАНИИ		
1) отсутствия проведения дыхания при		
аускультации легких и тупого		
перкуторного звука над нижней долей		
легкого		
2) бронхиального дыхания при аускультации		
легких и тупого перкуторного звука над		

нижней долей легкого	
3) Ослабленного дыхания при аускультации	
над нижней долей легкого и шума трения	
плевры	
4) Диффузного ослабления дыхания над всей	
поверхностью легких и коробочного	
перкуторного звука	
5) Ослабленного дыхания и влажных хрипов	
при аускультации над нижней долей	
легкого	

Оценочное средство	Критерии ответа	Уровень
	(полный ответ,	применения*
	неполный ответ,	
	отсутствует)	
Какие критерии используются для диагностики	Перечислены все	ПА, ГИА
ревматоидного артрита (РА)?	диагностические	
	критерии РА.	
Варианты амилоидоза, критерии диагностики,	Перечислены	ТК-РК
возможности лечения.	варианты	
	амилоидоза,	
	критерии	
	установления	
	диагноза,	
	современные	
	принципы терапии.	
Варианты гемолитических анемий и критерии их	Перечислены	ТК-РК
диагностики.	критерии	
	диагностики	
	гемолитических	
	анемий.	
Современные возможности лечения хронических	Перечислены	ТК-РК
вирусных гепатитов.	современные	
	принципы лечения	
	вирусных гепатитов	
	и критерии	
	эффективности	
	терапии.	
Диагностика патологии щитовидной железы	Перечислены	TK-PK
	современные	
	принципы	
	диагностики	
	заболеваний	
	щитовидной железы	
Диагностика заболеваний гипоталамо-	Перечислены	ТК-РК
гипофизарной системы	принципы	
	диагностики	
	патологии	
	гипоталамо-	
	гипофизарной	

системы

Вид оценочного средства: Ситуационные задачи:

Оценочное средство	Эталон ответа	Уровень
a demand about a ballonia		применения*
У 35-летнего больного в течение 3-х недель	Правильно описаны	ПА, ГИА
отмечается повышение температуры до 38-39°C,	алгоритм осмотра,	ŕ
ночная потливость. Назначались антибиотики	диагностики и	
(Ампициллин, Клафоран) без эффекта. Обратился	лечения. Дан анализ	
к врачу в связи появившимся кашлем, одышкой при	возможных причин	
нагрузке. Анамнез без особенностей.	неэффективности	
Об-но: состояние средней тяжести.	антибактериальной	
Кожные покровы умеренно бледные.	терапии.	
Пальпируются увеличенные шейные и		
надключичные лимфоузлы справа, плотные,		
безболезненные, малоподвижные. В легких		
жесткое дыхание, единичные сухие хрипы, больше		
справа. ЧД 20/мин. Тоны сердца ритмичные. ЧСС		
92/мин. Печень и селезенка не увеличены.		
Ан. крови: H в. $100 г/л$. Π -14 х $10^9/л$. Э-8, Π -		
$10, C-70, Л-8, M-4. Тромбоциты -180 \times 10^9/\Lambda.$		
СОЭ – 50 мм/час. Ан. мочи без особенностей		
Проведены рентгенологическое		
исследование грудной клетки и гистологическое		
исследование биопсированного шейного		
лимфатического узла.		
36-летний больной в течение нескольких	Правильно описаны	ПА, ГИА
	*	IIA, I VIA
месяцев отмечает одышку при физической	алгоритм осмотра.	
нагрузке, боли в области сердца, отеки, слабость и чувство онемения в ногах. Анамнез без	Дана оценка	
и чувство онемения в ногах. Анамнез без особенностей.	выявленных	
Об-но: состояние средней тяжести.	клинических и	
Кожные покровы бледные, отеки голеней. Тоны	лабораторных симптомов и	
±		
сердца ритмичные ЧСС 75/мин, АД 80/60 мм рт. ст. (рабочее АД 120/80 мм рт. ст.). В легких	обоснован	
1 ,	клинический диагноз.	
хрипы не выслушиваются. Печень выступает из подреберья на 6 см, при пальпации безболезненная,	Даны рекомендации по дальнейшему	
размеры по Курлову — 20-17-15 см. Пальпируется		
	ведению пациента.	
плотная селезенка (длиник 16 см).		
Ан. крови общий: $H_6 - 100$ г/л, Эр. -3.5 х 10^{12} /л, $J_7 - 5.9$ х 10^{9} /л. Формула без особенностей.		
CO3 - 60 мм/час. Общий белок -72 г/л, альбумин $-$		
40 г/л, креатинин - 0,18 ммоль/л.		
Ан. мочи: цвет желтый, хлопьевидный осадок, суточная протеинурия - 5 г, Π - 4 - 5 в n /зр.		
, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,		
Эр. – ед. в п/зр. Проба Зимницкого: относительная плотность – 1005-1009. Дневной диурез – 700 мл,		
плотность — 1005-1009. Дневной ойурез — 700 мл, ночной — 1200 мл.		
ЭХО-кардиография: уменьшение размеров		
левого желудочка, дилятация левого предсердия,		
резкое утолщение стенок левого желудочка и	<u> </u>	

межжелудочковой перегородки. Фракция выброса		
межжелуоочковой перегорооки. Фракцая выороси 42%.		
В стационар поступила больная 37 лет с	Правильно описаны	ПА. ГИА
,	_ *	IIA, I VIA
, , ,	алгоритм осмотра.	
незначительной физической нагрузке, боли в	Дана оценка	
грудной клетке при глубоком дыхании и кашле,	выявленных	
похудание за 3 месяца на 7 кг, выпадение волос,	клинических и	
повышение температуры, боли в покое и при	лабораторных	
движениях в мелких суставах кистей, сильную	симптомов и	
слабость.	обоснован	
Впервые 6 месяцев назад появились боли в	клинический диагноз.	
мелких суставах кистей. Постепенно боли	Даны рекомендации	
усилились, стала повышаться температура тела.	по дальнейшему	
После самостоятельного приема в течение 7 дней	ведению пациента	
антибиотиков самочувствие ухудшилось,		
нарастала слабость, появился кашель.		
Обратилась к участковому терапевту, была		
госпитализирована.		
При осмотре состояние относительно		
удовлетворительное. Температура тела 37.8^{0} С.		
Пониженного питания. Эритематозные		
высыпания на ушных раковинах, припухание в		
области проксимальных межфаланговых		
суставов. Дыхательная экскурсия легких		
ограничена с обеих сторон, аускультативно –		
жесткое дыхание над всей поверхностью легких,		
справа – шум трения плевры. Тоны сердца		
приглушены. Пульс 98 уд/мин, ритмичный, АД		
140/95 мм рт. ст. В остальном по органам без		
изменений.		
Анализ крови: Hb-106 г/л, эр4.5х10 ¹² /л, ЦП-		
0.82 , лейк $2.3x10^9$ /л, формула не изменена, тромб		
$80x10^9$ /л, COЭ-48 мм/час. Общий белок-88 г/л,		
альбумин-62 г/л, креатинин-88 мкмоль/л.		
Электрофорез белков крови: альбумины-32%, а ₁ -		
глобулины-6%, a_2 -глобулины-14%, b -глобулины-		
16%, g-глобулины-32%.		
Анализ мочи: уд. вес 1020, белок-1.5 г/л, эр		
6-8 в п/зр., лейк4-6 в п/зр., гиалиновые цилиндры-		
1-2 8 n/3p.		
Рентгенография органов грудной клетки:		
диафрагма с обеих сторон мало подвижна,		
имеется утолщение междолевой плевры справа,		
плевродиафрагмальные спайки, рисунок легких		
диффузно усилен, плевральные синусы		
расправляются неполностью. Сердце не увеличено.		
У 58-летнего больного в возрасте 45 лет	Правильно описаны	ПА, ГИА
при случайном обследовании диагностирован	_	11/1, 1 VI/1
	алгоритм осмотра.	
	Дана оценка	
удовлетворительно работоспособность не	выявленных	
снижалась (по профессии монтажник мелких	клинических и	
деталей). Нерегулярно наблюдался кардиологом.	лабораторных	

Omоперативного лечения отказывался. Бицилинопрофилактику не проводил. За последний год отмечает медленно нарастающую одышку, иногда, при нагрузке кратковременное грудиной. неприятное жжение за Получил инвалидность 2 группы. 3 недели тому назад урологическое обследование проводилось катетеризацией мочевого пузыря, после отмечает повышение температуры до 37,5-38°C. Страдает сахарным диабетом (соблюдает диету, принимает диабетон).

симптомов и обоснован клинический диагноз. Даны рекомендации по дальнейшему ведению пациента

Об-но: состояние средней тяжести. Бледность кожных покровов. Дыхание в легких жесткое, без хрипов. Усиленный верхушечный толчок в VI межреберье на 2см влево от срединноключичной линии. Тоны сердца ЧСС ритмичные, 80/мин., систолический диастолический шум во II межреберье справа. АД 130/50 мм рт. ст. Печень и селезенка не пальпируются.

Ан. крови общий: Hв - 105 г/л, Π - 8 х 10^9 /л. Формула крови без особенностей. COЭ 35 мм/час.

Правильно описаны алгоритм осмотра. Дана оценка выявленных клинических и лабораторных симптомов и обоснован клинический диагноз. Даны рекомендации дальнейшему no ведению пациента

50-летняя больная обратилась с жалобами на боли в спине, усиливающиеся при движении и стоянии. Боли беспокоят на протяжении года. Диагностировался остеохондроз позвоночника. Назначалось физиотерапевтическое лечение, нестероидные противовоспалительные препараты без эффекта. За последнее время боли усилились, большую часть времени проводит в постели. По данным анамнеза, в течение 10 лет страдает бронхиальной астмой с частыми обострениями госпитализаииями. протяжении 5 лет получала преднизолон внутрь в суточной дозе 5-10 мг, ингаляции сальбутамола 3-4 р/сут. Последний год назначены ингаляционные кортикостероиды Менопауза в 43 года.

Об-но: болезненность при нагрузке на позвоночник по оси. Движения в позвоночнике ограничены из-за болей. В легких единичные сухие хрипы. АД 160/90 мм рт. ст. Тоны сердца ритмичные. Живот мягкий безболезненный во всех периферической отделах. Анализ крови особенностей. Глюкоза крови ммоль/л. Проведено рентгенологическое исследование позвоночника.

Вид оценочного средства: Иные виды (реферат и др):

Оценочное средство	Критерии	ответа	Уровень
	(раскрыта	полно и	применения*
	самостоят	ельно,	

ПА, ГИА

	раскрыта полно, но не самостоятельно, не раскрыта)	
Темы рефератов:	Тема раскрыта	ТК-РК
- Диагностика ТЭЛА	полно и	
- Современные методы лечения ИБС	самостоятельно,	
- Диагностика болезни Крона и НЯК	использованы	
- Диагностика гиперпаратиреоза	современные	
- Дифференциальная диагностика при суставном	средства поиска	
синдроме		
- Принципы диагностики вторичной артериальной		
гипертензии эндокринного характера		

ПК-19 - способностью и готовностью выполнять основные лечебные мероприятия при наиболее часто встречающихся заболеваниях и состояниях у взрослого населения и подростков, способных вызвать тяжелые осложнения и (или) летальный исход: заболевания нервной, эндокринной, иммунной, сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной, мочеполовой систем и крови, своевременно выявлять жизнеопасные нарушения (острая кровопотеря, нарушение дыхания, остановка сердца, кома, шок), использовать методики их немедленного устранения, осуществлять противошоковые мероприятия

Разделы дисциплины (темы): Пульмонология; Кардиология; Гастроэнтерология; Нефрология; Гематология; Ревматология, системные заболевания соединительной ткани; Заболевания эндокринной системы; Частные вопросы; Болезни обмена веществ; Лекарственная терапия

Вид оценочного средства: Тестовые задания

Оценочное средство	Эталон ответа	Уровень
1 110 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 1		применения*
1. ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА	2	TK-PK
ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА		
ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ		
ЛАБОРАТОРНЫЕ ПРИЗНАКИ		
1) повышение СОЭ		
2) повышение аминотрансфераз		
3) нейтрофильный лейкоцитоз		
4) повышение		
креатинфосфокиназы		
5) обнаружение тропонина Т		
2. У ПАЦИЕНТА 25 ЛЕТ ПОСЛЕ	4	TK-PK
ПЕРЕОХЛАЖДЕНИЯ ПОВЫСИЛАСЬ		
ТЕМПЕРАТУРА ТЕЛА ДО 39 ⁰ , ПОЯВИЛИСЬ		
КАШЕЛЬ, А ТАКЖЕ БОЛИ В ГРУДНОЙ		
КЛЕТКЕ, УСИЛИВАЮЩИЕСЯ ПРИ		
ГЛУБОКОМ ВДОХЕ И КАШЛЕ. НАИБОЛЕЕ		
ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ		
1) острый бронхит		
2) пневмония		
3) острый перикардит		
4) острый плеврит		

3. БОЛЬ В НИЖНЕЙ ТРЕТИ ГРУДИНЫ, ВОЗНИКАЮЩАЯ ПОСЛЕ ЕДЫ, СОПРОВОЖДАЮЩАЯСЯ ОТРЫЖКОЙ КИСЛЫМ, ХАРАКТЕРНА ДЛЯ 1) язвенной болезни двенадцатиперстной кишки 2) острого эзофагита 3) рефлюкс-эзофагита 4) эзофагоспазма 5) грыжи пищеводного отверстия диафрагмы	3	TK-PK
 4. КАКОЙ ФАКТОР ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ПРОГНОЗА ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА? 1) выраженность гематурии 2) наличие артериальной гипертензии 3) темпы снижения скорости клубочковой фильтрации 4) выраженность протеинурии 5) наличие анемии 	3	TK-PK
5. КАКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ МОГУТ БЫТЬ ВЫЯВЛЕНЫ У БОЛЬНОГО АТРОФИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ, КОТОРОМУ ПО ПОВОДУ НЕЯСНОЙ МАКРОЦИТАРНОЙ АНЕМИИ БЫЛО СДЕЛАНО НЕСКОЛЬКО ИНЪЕКЦИЙ ВИТАМИНА В-12? 1) ретикулоцитоз 2) ретикулоцитопения 3) нейтрофильный сдвиг формулы крови влево 4) гипохромия эритроцитов	1	TK-PK
6. КЛЮЧЕВЫМ ПАРАМЕТРОМ ОЦЕНКИ ФВД В ДИАГНОСТИКЕ ХОБЛ ЯВЛЯЕТСЯ: 1) ОФВ 1 2) Остаточный объем 3) ФЖЕЛ 4) Максимальная вентиляция легких 5) ОФВ 1 / ФЖЕЛ	5	TK-PK
7. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЛЕГКОЙ ИНТЕРМИТИРУЮЩЕЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПРИМЕНЯЮТСЯ 1) ингаляционные глюкокортикоиды 2) системные глюкокортикоиды 3) бронходилататоры короткого действия 4) бронходилататоры длительного действия 5) комбинация ингаляционных глюкокортикоидов и бронходилататоров короткого действия 8. КАКОЙ ИЗ КЛИНИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ		TV PV
8. КАКОИ ИЗ КЛИНИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ МОЖЕТ БЫТЬ КЛЮЧЕВЫМ ПРИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ	4	ТК-РК

ОСТРОГО АРТРИТА ПРИ ДЕБЮТЕ		
РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА И ОСТРОЙ		
РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ?		
1) интенсивность болевого синдрома		
2) поражение коленных суставов		
3) повышение температуры тела до 38°C		
4) длительность суставного синдрома		
9. НАЛИЧИЕ ПЛЕВРАЛЬНОГО ВЫПОТА	1	TK-PK
МОЖНО ЗАПОДОЗРИТЬ ПРИ СОЧЕТАНИИ		
1) отсутствия проведения дыхания при		
аускультации легких и тупого		
перкуторного звука над нижней долей		
легкого		
2) бронхиального дыхания при аускультации		
легких и тупого перкуторного звука над		
нижней долей легкого		
3) Ослабленного дыхания при аускультации		
над нижней долей легкого и шума трения		
плевры		
4) Диффузного ослабления дыхания над всей		
поверхностью легких и коробочного		
перкуторного звука		
5) Ослабленного дыхания и влажных хрипов		
при аускультации над нижней долей		
легкого		
10. ВЫБЕРИТЕ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫЙ И	2	TK-PK
БЕЗОПАСНЫЙ ПРЕПАРАТ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ		
внебольничной пневмонии		
нетяжелого течения у лиц		
МОЛОДОГО ВОЗРАСТА БЕЗ ТЯЖЕЛЫХ		
СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ		
1) левофлоксацин		
2) амоксициллин		
3) азитромицин		
4) амикацин		
5) ципрофлоксацин		
6) триметоприм/сульфометоксазол		
(бисептол)		
7) амоксициллин/клавуланат		
11. КАКИЕ ГРУППЫ ПРЕПАРАТОВ	2, 3, 4, 6, 7	TK-PK
УСИЛИВАЮТ ГЛЮКОЗОСНИЖАЮЩЕЕ		
ДЕЙСТВИЕ СУЛЬФОНИЛМОЧЕВИНЫ?		
1) £- a.6.		
$2) \beta - a.\delta.$		
3) ингибиторы АПФ		
4) тетрациклины		
5) диуретики		
6) оонуруу		
6) аспирин7) противотуберкулёзные препараты		

Оценочное средство	Критерии ответа (полный ответ, неполный ответ, отсутствует)	Уровень применения*
Основные принципы лечения ревматоидного артрита (PA)?	Перечислены основные принципы лечения РА.	ТК-РК
Возможности лечения амилоидоза.	Перечислены современные принципы терапии амилоидоза.	TK-PK
Принципы лечения гемолитических анемий.	Перечислены принципы лечения гемолитических анемий.	TK-PK
Современные возможности лечения хронических вирусных гепатитов.	Перечислены современные принципы лечения вирусных гепатитов и критерии эффективности терапии.	TK-PK

Вид оценочного средства: Ситуационные задачи:

Оценочное средство	Эталон ответа	Уровень
		применения*
У 35-летнего больного в течение 3-х недель	Правильно описаны	ПА, ГИА
отмечается повышение температуры до $38-39^{0}$ C,	алгоритм осмотра,	
ночная потливость. Назначались антибиотики	диагностики и	
(Ампициллин, Клафоран) без эффекта. Обратился	лечения. Дан анализ	
к врачу в связи появившимся кашлем, одышкой при	возможных причин	
нагрузке. Анамнез без особенностей.	неэффективности	
Об-но: состояние средней тяжести.	антибактериальной	
Кожные покровы умеренно бледные.	терапии.	
Пальпируются увеличенные шейные и		
надключичные лимфоузлы справа, плотные,		
безболезненные, малоподвижные. В легких		
жесткое дыхание, единичные сухие хрипы, больше		
справа. ЧД 20/мин. Тоны сердца ритмичные. ЧСС		
92/мин. Печень и селезенка не увеличены.		
Ан. крови: Нв.100 г/л. Π -14 х 10^9 /л. Э-8, Π -		
$10, C-70, \Pi$ - 8, M-4. Тромбоциты — $180 \times 10^9 / \pi$.		
СОЭ – 50 мм/час. Ан. мочи без особенностей		
Проведены рентгенологическое		
исследование грудной клетки и гистологическое		
исследование биопсированного шейного		
лимфатического узла.		
36-летний больной в течение нескольких	Правильно описаны	ПА, ГИА
месяцев отмечает одышку при физической	алгоритм осмотра.	
нагрузке, боли в области сердца, отеки, слабость	Дана оценка	
и чувство онемения в ногах. Анамнез без	выявленных	

особенностей.

Об-но: состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, отеки голеней. Тоны сердца ритмичные ЧСС 75/мин, АД 80/60 мм рт. ст. (рабочее АД 120/80 мм рт. ст.). В легких хрипы не выслушиваются. Печень выступает из подреберья на 6 см, при пальпации безболезненная, размеры по Курлову — 20-17-15 см. Пальпируется плотная селезенка (длинник 16 см).

Ан. крови общий: $H_8 - 100 \ г/л$, Эр. $-3.5 \ x$ $10^{12}/л$, $\Pi - 5.9 \ x$ $10^9/л$. Формула без особенностей. $CO9 - 60 \ \text{мм/час}$. Общий белок $-72 \ г/л$, альбумин $-40 \ г/л$, креатинин $-0.18 \ \text{ммоль/л}$.

Ан. мочи: цвет желтый, хлопьевидный осадок, суточная протеинурия - 5 г, Π - 4-5 в n/зр. Эр. — ед. в n/зр. Проба Зимницкого: относительная плотность — 1005-1009. Дневной диурез — 700 мл, ночной — 1200 мл.

ЭХО-кардиография: уменьшение размеров левого желудочка, дилятация левого предсердия, резкое утолщение стенок левого желудочка и межжелудочковой перегородки. Фракция выброса 42%.

33 Больной лет, геолог. течение нескольких лет работал в Заполярье. Через два месяца после возвращения в средние широты кровянистого появились эпизоды поноса длительностью по несколько дней (в мае и июле). В августе особенно тяжелый понос, «стул без счета», рвота, лихорадка, боли в суставах. Лечение эритромицином без эффекта. Госпитализирован с подозрением на дизентерию, полиартрит. Улучшение после переливания плазмы и крови. В сентябре в связи с сохраняющимся артритом направлен на санаторное лечение в Мацесту, где после интенсивных минеральных и солнечных ванн возник рецидив кишечной болезни (частый кровавый понос, рвота, лихорадка, резкая слабость, значительно похудел). Госпитализирован в октябре через три недели после начала обострения.

Вес 55 кг, рост 170 см. Вял, астеничен. Везикулярное дыхание. Пульс 120 в минуту, ритмичный. АД 110/55 мм рт. ст. Язык с белым налетом. Живот умеренно вздут, мягкий, при пальпации болезненный преимущественно в области сигмовидной и слепой кишки. Пальпируются уплотненная сигмовидная кишка и край печени (выступает на 3 см из-под края реберной дуги). Селезенка не пальпируется. Стул до 10 раз в сутки, чаще ночью, с кровью и слизью.

Анализ крови: Hb-78 г/л, лейк.- $15x10^9$ /л, n/я-

клинических и лабораторных симптомов и обоснован клинический диагноз. Даны рекомендации по дальнейшему ведению пациента.

Дана оценка выявленных клинических и лабораторных симптомов и обоснован клинический диагноз. Даны рекомендации по дальнейшему ведению пациента.

ПА, ГИА

15%, с/я-55%, эоз.-6%, лимф.-16%, мон.-8%, СОЭ-35 мм/час. Общий белок крови 55 г/л.

Ректороманоскопия: спазм сфинктеров. Введение ректоскопа болезненно. На расстоянии 80.19 см от ануса в возрастающем количестве геморрагии, эрозии, глубокие язвы с неровными краями 5x10 мм. Местами полипозные образования. Слизистая легко ранима.

В стационар поступила больная 37 лет с жалобами на сухой кашель, одышку при незначительной физической нагрузке, боли в грудной клетке при глубоком дыхании и кашле, похудание за 3 месяца на 7 кг, выпадение волос, повышение температуры, боли в покое и при движениях в мелких суставах кистей, сильную слабость.

Впервые 6 месяцев назад появились боли в мелких суставах кистей. Постепенно боли усилились, стала повышаться температура тела. После самостоятельного приема в течение 7 дней антибиотиков самочувствие ухудшилось, нарастала слабость, появился кашель. Обратилась к участковому терапевту, была госпитализирована.

При осмотре состояние относительно удовлетворительное. Температура тела 37.8° C. Эритематозные Пониженного питания. высыпания на ушных раковинах, припухание в области проксимальных межфаланговых суставов. Дыхательная экскурсия легких ограничена с обеих сторон, аускультативно жесткое дыхание над всей поверхностью легких, справа – шум трения плевры. Тоны сердца приглушены. Пульс 98 уд/мин, ритмичный, АД 140/95 мм рт. ст. В остальном по органам без изменений.

Анализ крови: Hb-106 г/л, эр.- $4.5x10^{12}$ /л, ЦП-0.82, лейк.- $2.3x10^9$ /л, формула не изменена, тромб.- $80x10^9$ /л, CO3-48 мм/час. Общий белок-88 г/л, альбумин-62 г/л, креатинин-88 мкмоль/л. Электрофорез белков крови: альбумины-32%, a_1 -глобулины-6%, a_2 -глобулины-14%, b-глобулины-16%, g-глобулины-32%.

Анализ мочи: уд. вес 1020, белок-1.5 г/л, эр.-6-8 в n/зр., лейк.-4-6 в n/зр., гиалиновые цилиндры-1-2 в n/зр.

Рентгенография органов грудной клетки: диафрагма с обеих сторон мало подвижна, имеется утолщение междолевой плевры справа, плевродиафрагмальные спайки, рисунок легких диффузно усилен, плевральные синусы расправляются неполностью. Сердце не увеличено.

Правильно описаны алгоритм осмотра. Дана оиенка выявленных клинических лабораторных симптомов и обоснован клинический диагноз. Даны рекомендации no дальнейшему ведению пациента

ПА, ГИА

V 50 6		T / TII /
У 58-летнего больного в возрасте 45 лет	Правильно описаны	ПА, ГИА
при случайном обследовании диагностирован	алгоритм осмотра.	
аортальный порок сердца. Чувствовал себя	Дана оценка	
удовлетворительно работоспособность не	выявленных	
снижалась (по профессии монтажник мелких	клинических и	
деталей). Нерегулярно наблюдался кардиологом.	лабораторных	
От оперативного лечения отказывался.	симптомов и	
Бицилинопрофилактику не проводил. За последний	обоснован	
, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,	клинический диагноз.	
год отмечает медленно нарастающую одышку,		
иногда, при нагрузке – кратковременное	Даны рекомендации	
неприятное жжение за грудиной. Получил	по дальнейшему	
инвалидность 2 группы. 3 недели тому назад	ведению пациента	
проводилось урологическое обследование с		
катетеризацией мочевого пузыря, после чего		
отмечает повышение температуры до 37,5-38°C.		
Страдает сахарным диабетом (соблюдает диету,		
принимает диабетон).		
,		
r		
Бледность кожных покровов. Дыхание в легких		
жесткое, без хрипов. Усиленный верхушечный		
толчок в VI межреберье на 2см влево от		
срединноключичной линии. Тоны сердца		
ритмичные, ЧСС 80/мин., систолический и		
диастолический шум во ІІ межреберье справа. АД		
130/50 мм рт. ст. Печень и селезенка не		
пальпируются.		
A н. крови общий: H в - 105 г/л, Π - 8×10^9 /л.		
- · · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		
Формула крови без особенностей. СОЭ 35 мм/час.	-	T / TIL
65-летний больной доставлен в стационар	Правильно описаны	ПА, ГИА
машиной скорой помощи. Найден дома	алгоритм осмотра.	
родственниками лежащим на полу, не в состоянии	Дана оценка	
самостоятельно подняться. Со слов		
	выявленных	
родственников, страдает сахарным диабетом, по	выявленных клинических и	
родственников, страдает сахарным диабетом, по поводу которого получает сахароснижающие	клинических и	
поводу которого получает сахароснижающие	клинических и лабораторных	
поводу которого получает сахароснижающие препараты. Год назад перенес инфаркт миокарда.	клинических и лабораторных симптомов и	
поводу которого получает сахароснижающие препараты. Год назад перенес инфаркт миокарда. До настоящего момента чувствовал себя	клинических и лабораторных симптомов и обоснован	
поводу которого получает сахароснижающие препараты. Год назад перенес инфаркт миокарда. До настоящего момента чувствовал себя удовлетворительно	клинических и лабораторных симптомов и обоснован клинический диагноз.	
поводу которого получает сахароснижающие препараты. Год назад перенес инфаркт миокарда. До настоящего момента чувствовал себя удовлетворительно Об-но: состояние тяжелое. Уровень	клинических и лабораторных симптомов и обоснован клинический диагноз. Даны рекомендации	
поводу которого получает сахароснижающие препараты. Год назад перенес инфаркт миокарда. До настоящего момента чувствовал себя удовлетворительно Об-но: состояние тяжелое. Уровень сознания - оглушение. Кожа влажная. Гиперемия	клинических и лабораторных симптомов и обоснован клинический диагноз. Даны рекомендации по дальнейшему	
поводу которого получает сахароснижающие препараты. Год назад перенес инфаркт миокарда. До настоящего момента чувствовал себя удовлетворительно Об-но: состояние тяжелое. Уровень сознания - оглушение. Кожа влажная. Гиперемия правой половины лица. ЧД 20/мин. Дыхание	клинических и лабораторных симптомов и обоснован клинический диагноз. Даны рекомендации	
поводу которого получает сахароснижающие препараты. Год назад перенес инфаркт миокарда. До настоящего момента чувствовал себя удовлетворительно Об-но: состояние тяжелое. Уровень сознания - оглушение. Кожа влажная. Гиперемия	клинических и лабораторных симптомов и обоснован клинический диагноз. Даны рекомендации по дальнейшему	
поводу которого получает сахароснижающие препараты. Год назад перенес инфаркт миокарда. До настоящего момента чувствовал себя удовлетворительно Об-но: состояние тяжелое. Уровень сознания - оглушение. Кожа влажная. Гиперемия правой половины лица. ЧД 20/мин. Дыхание	клинических и лабораторных симптомов и обоснован клинический диагноз. Даны рекомендации по дальнейшему	
поводу которого получает сахароснижающие препараты. Год назад перенес инфаркт миокарда. До настоящего момента чувствовал себя удовлетворительно Об-но: состояние тяжелое. Уровень сознания - оглушение. Кожа влажная. Гиперемия правой половины лица. ЧД 20/мин. Дыхание везикулярное без хрипов. ЧСС 88/мин. Тоны сердца	клинических и лабораторных симптомов и обоснован клинический диагноз. Даны рекомендации по дальнейшему	
поводу которого получает сахароснижающие препараты. Год назад перенес инфаркт миокарда. До настоящего момента чувствовал себя удовлетворительно Об-но: состояние тяжелое. Уровень сознания - оглушение. Кожа влажная. Гиперемия правой половины лица. ЧД 20/мин. Дыхание везикулярное без хрипов. ЧСС 88/мин. Тоны сердца приглушены аритмичны. АД 150/90 мм.рт. ст. Неврологический осмотр: повышение мышечного	клинических и лабораторных симптомов и обоснован клинический диагноз. Даны рекомендации по дальнейшему	
поводу которого получает сахароснижающие препараты. Год назад перенес инфаркт миокарда. До настоящего момента чувствовал себя удовлетворительно Об-но: состояние тяжелое. Уровень сознания - оглушение. Кожа влажная. Гиперемия правой половины лица. ЧД 20/мин. Дыхание везикулярное без хрипов. ЧСС 88/мин. Тоны сердца приглушены аритмичны. АД 150/90 мм.рт. ст. Неврологический осмотр: повышение мышечного тонуса правой верхней и нижней конечности.	клинических и лабораторных симптомов и обоснован клинический диагноз. Даны рекомендации по дальнейшему	
поводу которого получает сахароснижающие препараты. Год назад перенес инфаркт миокарда. До настоящего момента чувствовал себя удовлетворительно Об-но: состояние тяжелое. Уровень сознания - оглушение. Кожа влажная. Гиперемия правой половины лица. ЧД 20/мин. Дыхание везикулярное без хрипов. ЧСС 88/мин. Тоны сердца приглушены аритмичны. АД 150/90 мм.рт. ст. Неврологический осмотр: повышение мышечного тонуса правой верхней и нижней конечности. Положительный симптом Бабинского, Россолимо	клинических и лабораторных симптомов и обоснован клинический диагноз. Даны рекомендации по дальнейшему	
поводу которого получает сахароснижающие препараты. Год назад перенес инфаркт миокарда. До настоящего момента чувствовал себя удовлетворительно Об-но: состояние тяжелое. Уровень сознания - оглушение. Кожа влажная. Гиперемия правой половины лица. ЧД 20/мин. Дыхание везикулярное без хрипов. ЧСС 88/мин. Тоны сердца приглушены аритмичны. АД 150/90 мм.рт. ст. Неврологический осмотр: повышение мышечного тонуса правой верхней и нижней конечности. Положительный симптом Бабинского, Россолимо справа. На ЭКГ фибрилляция предсердий.	клинических и лабораторных симптомов и обоснован клинический диагноз. Даны рекомендации по дальнейшему ведению пациента	Пл ГИл
поводу которого получает сахароснижающие препараты. Год назад перенес инфаркт миокарда. До настоящего момента чувствовал себя удовлетворительно Об-но: состояние тяжелое. Уровень сознания - оглушение. Кожа влажная. Гиперемия правой половины лица. ЧД 20/мин. Дыхание везикулярное без хрипов. ЧСС 88/мин. Тоны сердца приглушены аритмичны. АД 150/90 мм.рт. ст. Неврологический осмотр: повышение мышечного тонуса правой верхней и нижней конечности. Положительный симптом Бабинского, Россолимо справа. На ЭКГ фибрилляция предсердий. 50-летняя больная обратилась с жалобами	клинических и лабораторных симптомов и обоснован клинический диагноз. Даны рекомендации по дальнейшему ведению пациента	ПА, ГИА
поводу которого получает сахароснижающие препараты. Год назад перенес инфаркт миокарда. До настоящего момента чувствовал себя удовлетворительно Об-но: состояние тяжелое. Уровень сознания - оглушение. Кожа влажная. Гиперемия правой половины лица. ЧД 20/мин. Дыхание везикулярное без хрипов. ЧСС 88/мин. Тоны сердца приглушены аритмичны. АД 150/90 мм.рт. ст. Неврологический осмотр: повышение мышечного тонуса правой верхней и нижней конечности. Положительный симптом Бабинского, Россолимо справа. На ЭКГ фибрилляция предсердий. 50-летняя больная обратилась с жалобами на боли в спине, усиливающиеся при движении и	клинических и лабораторных симптомов и обоснован клинический диагноз. Даны рекомендации по дальнейшему ведению пациента Правильно описаны алгоритм осмотра.	ПА, ГИА
поводу которого получает сахароснижающие препараты. Год назад перенес инфаркт миокарда. До настоящего момента чувствовал себя удовлетворительно Об-но: состояние тяжелое. Уровень сознания - оглушение. Кожа влажная. Гиперемия правой половины лица. ЧД 20/мин. Дыхание везикулярное без хрипов. ЧСС 88/мин. Тоны сердца приглушены аритмичны. АД 150/90 мм.рт. ст. Неврологический осмотр: повышение мышечного тонуса правой верхней и нижней конечности. Положительный симптом Бабинского, Россолимо справа. На ЭКГ фибрилляция предсердий. 50-летняя больная обратилась с жалобами на боли в спине, усиливающиеся при движении и стоянии. Боли беспокоят на протяжении года.	клинических и лабораторных симптомов и обоснован клинический диагноз. Даны рекомендации по дальнейшему ведению пациента Правильно описаны алгоритм осмотра. Дана оценка	ПА, ГИА
поводу которого получает сахароснижающие препараты. Год назад перенес инфаркт миокарда. До настоящего момента чувствовал себя удовлетворительно Об-но: состояние тяжелое. Уровень сознания - оглушение. Кожа влажная. Гиперемия правой половины лица. ЧД 20/мин. Дыхание везикулярное без хрипов. ЧСС 88/мин. Тоны сердца приглушены аритмичны. АД 150/90 мм.рт. ст. Неврологический осмотр: повышение мышечного тонуса правой верхней и нижней конечности. Положительный симптом Бабинского, Россолимо справа. На ЭКГ фибрилляция предсердий. 50-летняя больная обратилась с жалобами на боли в спине, усиливающиеся при движении и стоянии. Боли беспокоят на протяжении года. Диагностировался остеохондроз позвоночника.	клинических и лабораторных симптомов и обоснован клинический диагноз. Даны рекомендации по дальнейшему ведению пациента Правильно описаны алгоритм осмотра.	ПА, ГИА
поводу которого получает сахароснижающие препараты. Год назад перенес инфаркт миокарда. До настоящего момента чувствовал себя удовлетворительно Об-но: состояние тяжелое. Уровень сознания - оглушение. Кожа влажная. Гиперемия правой половины лица. ЧД 20/мин. Дыхание везикулярное без хрипов. ЧСС 88/мин. Тоны сердца приглушены аритмичны. АД 150/90 мм.рт. ст. Неврологический осмотр: повышение мышечного тонуса правой верхней и нижней конечности. Положительный симптом Бабинского, Россолимо справа. На ЭКГ фибрилляция предсердий. 50-летняя больная обратилась с жалобами на боли в спине, усиливающиеся при движении и стоянии. Боли беспокоят на протяжении года.	клинических и лабораторных симптомов и обоснован клинический диагноз. Даны рекомендации по дальнейшему ведению пациента Правильно описаны алгоритм осмотра. Дана оценка	ПА, ГИА
поводу которого получает сахароснижающие препараты. Год назад перенес инфаркт миокарда. До настоящего момента чувствовал себя удовлетворительно Об-но: состояние тяжелое. Уровень сознания - оглушение. Кожа влажная. Гиперемия правой половины лица. ЧД 20/мин. Дыхание везикулярное без хрипов. ЧСС 88/мин. Тоны сердца приглушены аритмичны. АД 150/90 мм.рт. ст. Неврологический осмотр: повышение мышечного тонуса правой верхней и нижней конечности. Положительный симптом Бабинского, Россолимо справа. На ЭКГ фибрилляция предсердий. 50-летняя больная обратилась с жалобами на боли в спине, усиливающиеся при движении и стоянии. Боли беспокоят на протяжении года. Диагностировался остеохондроз позвоночника.	клинических и лабораторных симптомов и обоснован клинический диагноз. Даны рекомендации по дальнейшему ведению пациента Правильно описаны алгоритм осмотра. Дана оценка выявленных	ПА, ГИА

препараты без эффекта. За последнее время боли симптомов uусилились, большую часть времени проводит в обоснован постели. По данным анамнеза, в течение 10 лет клинический диагноз. страдает бронхиальной астмой с частыми Даны рекомендации обострениями дальнейшему и госпитализациями. протяжении 5 лет получала преднизолон внутрь в ведению пациента суточной дозе 5-10 мг, ингаляции сальбутамола 3-4 р/сут. Последний год назначены ингаляционные кортикостероиды Менопауза в 43 года. Об-но: болезненность при нагрузке на позвоночник по оси. Движения в позвоночнике ограничены из-за болей. В легких единичные сухие хрипы. АД 160/90 мм рт. ст. Тоны сердца ритмичные. Живот мягкий безболезненный во всех отделах. Анализ периферической крови без Глюкоза 7,5 ммоль/л. особенностей. крови исследование Проведено рентгенологическое позвоночника.

Вид оценочного средства: Иные виды (реферат и др):

Оценочное средство	Критерии ответа	Уровень
	(раскрыта полно и	применения*
	самостоятельно,	-
	раскрыта полно, но	
	не самостоятельно,	
	не раскрыта)	
Темы рефератов:	Тема раскрыта	ТК-РК
- Лечение ТЭЛА	полно и	
- Современные методы лечения ОКС	самостоятельно,	
- Современные методы лечения ИБС	использованы	
- Лечение болезни Крона и НЯК	современные	
- Лечение вирусных гепатитов	средства поиска	
- Принципы терапии хронических		
гломерулонефритов		
- Современные возможности в лечении		
лимфогранулематоза		
- Принципы лечения подагры		
- Комплексное лечение сахарного диабета		
- Принципы терапии заболеваний щитовидной		
железы		

ПК-20 - способностью и готовностью назначать больным адекватное (терапевтическое и хирургическое) лечение в соответствии с выставленным диагнозом, осуществлять алгоритм выбора медикаментозной и немедикаментозной терапии больным с инфекционными и неинфекционными заболеваниями, к ведению физиологической беременности, приему родов

Разделы дисциплины (темы): Пульмонология; Кардиология; Гастроэнтерология; Нефрология; Гематология; Ревматология, системные заболевания соединительной ткани; Заболевания эндокринной системы; Частные вопросы; Болезни обмена веществ; Лекарственная терапия

Вид оценочного средства: Тестовые задания

Оценочное средство	Эталон ответа	Уровень
		применения*
1. К МИКРООРГАНИЗМАМ, ВЫЗЫВАЮЩИМ	1, 2, 3, 4, 5	TK-PK
ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У		
ЧЕЛОВЕКА, ОТНОСЯТСЯ		
1) грибы		
2) вирусы		
3) бактерии		
4) простейшие		
5) риккетсии		
2. НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫМИ	2, 5	TK-PK
ВОЗБУДИТЕЛЯМИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ	· ·	
ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЮТСЯ:		
1) Pseudomonas aeruginosa		
=		
2) Streptococcus pneumoniae		
3) Mycoplasma pneumoniae		
4) Staphilococcus aureus		
5) Haemophilis influenzae		TIM DVA
3. ВОЗБУДИТЕЛЯМИ АТИПИЧНЫХ	2, 3, 4	TK-PK
ПНЕВМОНИЙ ЯВЛЯЮТСЯ		
1) Streptococcus pneumoniae		
2) Mycoplasma pneumoniae		
3) Legionella spp.		
4) Chlamidia pneumoniae		
5) Haemophilis influenzae		
4. КАКОЙ ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ	3	TK-PK
МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ВАРИАНТОВ		
ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ		
НАИБОЛЕЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ?		
1) мезангиопролиферативный		
2) фокально-сегментарный гломерулосклероз		
3) гломерулонефрит с «полулуниями»		
4) мембранозный		
5) гломерулонефрит с «минимальными		
изменениями»		
5. КАКОЙ ФАКТОР ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ	3	TK-PK
ВАЖНЫМ ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ПРОГНОЗА		110110
ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА?		
1) выраженность гематурии		
2) наличие артериальной гипертензии		
3) темпы снижения скорости клубочковой		
фильтрации		
4) выраженность протеинурии		
5) наличие анемии		THE DIE
6. ПРИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ		TK-PK
диагностике наследственной		
ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ		
(НАСЛЕДСТВЕННЫЙ		
МИКРОСФЕРОЦИТОЗ) И		

HOEDOKAHEOTDEHHOÙ		
ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ		
ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИ ЖИЛЬБЕРА		
ОСНОВНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ		
ПРИЗНАКОМ ЯВЛЯЕТСЯ		
1) уровень билирубина в сыворотке		
2) возраст больных		
3) общее состояние больных		
4) морфология эритроцитов		
	1	TIL DIL
7. КАКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ	1	TK-PK
КРОВИ МОГУТ БЫТЬ ВЫЯВЛЕНЫ У		
БОЛЬНОГО АТРОФИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ,		
КОТОРОМУ ПО ПОВОДУ НЕЯСНОЙ		
МАКРОЦИТАРНОЙ АНЕМИИ БЫЛО		
СДЕЛАНО НЕСКОЛЬКО ИНЪЕКЦИЙ		
ВИТАМИНА В-12?		
1) ретикулоцитоз		
2) ретикулоцитопения		
3) нейтрофильный сдвиг формулы крови		
влево		
4) гипохромия эритроцитов		
8. КЛЮЧЕВЫМ ПАРАМЕТРОМ ОЦЕНКИ ФВД	5	ТК-РК
В ДИАГНОСТИКЕ ХОБЛ ЯВЛЯЕТСЯ:		
1) OΦB ₁		
2) Остаточный объем		
· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		
3) ФЖЕЛ		
4) Максимальная вентиляция легких		
5) ОФВ ₁ / ФЖЕЛ		
9. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЛЕГКОЙ	3	TK-PK
ИНТЕРМИТИРУЮЩЕЙ БРОНХИАЛЬНОЙ		
АСТМЫ ПРИМЕНЯЮТСЯ		
1) ингаляционные глюкокортикоиды		
2) системные глюкокортикоиды		
3) бронходилататоры короткого действия		
, 1		
4) бронходилататоры длительного действия		
5) комбинация ингаляционных		
глюкокортикоидов и бронходилататоров		
короткого действия		
10. ВЫБЕРИТЕ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫЙ И	2	TK-PK
БЕЗОПАСНЫЙ ПРЕПАРАТ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ		
внебольничной пневмонии		
нетяжелого течения у лиц		
МОЛОДОГО ВОЗРАСТА БЕЗ ТЯЖЕЛЫХ		
СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ		
1) левофлоксацин		
2) амоксициллин		
3) азитромицин		
4) амикацин		
5) ципрофлоксацин		
6) триметоприм/сульфометоксазол		
(бисептол)		
7) амоксициллин/клавуланат		
11. КАКОЙ ИЗ КЛИНИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ	4	TK-PK
	l 4	<i> </i>

МОЖЕТ БЫТЬ КЛЮЧЕВЫМ ПРИ		
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО АРТРИТА ПРИ ДЕБЮТЕ		
РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА И ОСТРОЙ		
РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ?		
1) интенсивность болевого синдрома		
2) поражение коленных суставов		
3) повышение температуры тела до 38°C		
4) длительность суставного синдрома		
12. НАЛИЧИЕ ПЛЕВРАЛЬНОГО ВЫПОТА	1	TK-PK
МОЖНО ЗАПОДОЗРИТЬ ПРИ СОЧЕТАНИИ		
1) отсутствия проведения дыхания при		
аускультации легких и тупого		
перкуторного звука над нижней долей		
легкого		
2) бронхиального дыхания при аускультации		
легких и тупого перкуторного звука над		
нижней долей легкого		
3) Ослабленного дыхания при аускультации		
над нижней долей легкого и шума трения		
плевры		
4) Диффузного ослабления дыхания над всей		
поверхностью легких и коробочного		
перкуторного звука		
5) Ослабленного дыхания и влажных хрипов		
при аускультации над нижней долей		
легкого		
13. КАКИЕ ГРУППЫ ПРЕПАРАТОВ	2, 3, 4, 6, 7	TK-PK
УСИЛИВАЮТ ГЛЮКОЗОСНИЖАЮЩЕЕ		
ДЕЙСТВИЕ СУЛЬФОНИЛМОЧЕВИНЫ?		
1) £- a.6.		
$(2) \beta - a.\delta.$		
3) ингибиторы АПФ		
4) тетрациклины		
5) диуретики		
6) аспирин		
7) противотуберкулёзные препараты		

Оценочное средство	Критерии ответа	Уровень
	(полный ответ,	применения*
	неполный ответ,	
	отсутствует)	
Современные принципы терапии ИБС.	Перечислены	TK-PK
	современные	
	принципы терапии	
	ИБС.	
Современные принципы терапии ОКС.	Перечислены	TK-PK
	современные	
	принципы терапии	

	ОКС	
Современные возможности лечения хронических	Перечислены	ТК-РК
вирусных гепатитов.	современные	
	принципы лечения	
	вирусных гепатитов	
	и критерии	
	эффективности	
	терапии.	
Современные принципы терапии хронических	Перечислены	TK-PK
гломерулонефритов	современные	
	принципы терапии	
	хронических	
	гломерулонефритов	

Вид оценочного средства: Ситуационные задачи:

Оценочное средство	Эталон ответа	Уровень
•		применения*
У 35-летнего больного в течение 3-х недель отмечается повышение температуры до 38-39°С, ночная потливость. Назначались антибиотики (Ампициллин, Клафоран) без эффекта. Обратился к врачу в связи появившимся кашлем, одышкой при нагрузке. Анамнез без особенностей. Об-но: состояние средней тяжести. Кожные покровы умеренно бледные. Пальпируются увеличенные шейные и надключичные лимфоузлы справа, плотные, безболезненные, малоподвижные. В легких жесткое дыхание, единичные сухие хрипы, больше справа. ЧД 20/мин. Тоны сердца ритмичные. ЧСС 92/мин. Печень и селезенка не увеличены. Ан. крови: Нв.100 г/л. Л -14 х 10°/л. Э-8, П-10, С-70, Л-8, М-4. Тромбоциты — 180 х 10°/л. СОЭ — 50 мм/час. Ан. мочи без особенностей Проведены рентгенологическое исследование грудной клетки и гистологическое исследование биопсированного шейного лимфатического узла.	Правильно описаны алгоритм осмотра, диагностики и лечения. Дан анализ возможных причин неэффективности антибактериальной терапии.	ПА, ГИА
36-летний больной в течение нескольких месяцев отмечает одышку при физической нагрузке, боли в области сердца, отеки, слабость и чувство онемения в ногах. Анамнез без особенностей. Об-но: состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, отеки голеней. Тоны сердца ритмичные ЧСС 75/мин, АД 80/60 мм рт. ст. (рабочее АД 120/80 мм рт. ст.). В легких хрипы не выслушиваются. Печень выступает из подреберья на 6 см, при пальпации безболезненная, размеры по Курлову — 20-17-15 см. Пальпируется плотная селезенка (длинник 16 см).	Правильно описаны алгоритм осмотра. Дана оценка выявленных клинических и лабораторных симптомов и обоснован клинический диагноз. Даны рекомендации по дальнейшему ведению пациента.	ПА, ГИА

Ан. крови общий: $H_8 - 100$ г/л, $\Im p. - 3.5$ х 10^{12} /л, $\Pi - 5.9$ х 10^9 /л. Формула без особенностей. $CO\Im - 60$ мм/час. Общий белок -72 г/л, альбумин -40 г/л, креатинин -0.18 ммоль/л.

Ан. мочи: цвет желтый, хлопьевидный осадок, суточная протеинурия - 5 г, Π - 4-5 в n/зр. Эр. — ед. в n/зр. Проба Зимницкого: относительная плотность — 1005-1009. Дневной диурез — 700 мл, ночной — 1200 мл.

ЭХО-кардиография: уменьшение размеров левого желудочка, дилятация левого предсердия, резкое утолщение стенок левого желудочка и межжелудочковой перегородки. Фракция выброса 42%.

В стационар поступила больная 37 лет с жалобами на сухой кашель, одышку при незначительной физической нагрузке, боли в грудной клетке при глубоком дыхании и кашле, похудание за 3 месяца на 7 кг, выпадение волос, повышение температуры, боли в покое и при движениях в мелких суставах кистей, сильную слабость.

Впервые 6 месяцев назад появились боли в мелких суставах кистей. Постепенно боли усилились, стала повышаться температура тела. После самостоятельного приема в течение 7 дней антибиотиков самочувствие ухудшилось, нарастала слабость, появился кашель. Обратилась к участковому терапевту, была госпитализирована.

При осмотре состояние относительно удовлетворительное. Температура тела 37.8° С. Эритематозные Пониженного питания. высыпания на ушных раковинах, припухание в межфаланговых области проксимальных Дыхательная экскурсия суставов. ограничена с обеих сторон, аускультативно – жесткое дыхание над всей поверхностью легких, справа – шум трения плевры. Тоны сердца приглушены. Пульс 98 уд/мин, ритмичный, АД 140/95 мм рт. ст. В остальном по органам без изменений.

Анализ крови: $Hb-106\ г/л$, эр.- $4.5x10^{12}/л$, ЦП-0.82, лейк.- $2.3x10^9/л$, формула не изменена, тромб.- $80x10^9/л$, CO-48 мм/час. Общий белок-88 г/л, альбумин-62 г/л, креатинин-88 мкмоль/л. Электрофорез белков крови: альбумины-32%, a_1 -глобулины-6%, a_2 -глобулины-14%, b-глобулины-16%, g-глобулины-32%.

Анализ мочи: уд. вес 1020, белок-1.5 г/л, эр.-6-8 в n/зр., лейк.-4-6 в n/зр., гиалиновые цилиндры-1-2 в n/зр.

Правильно описаны алгоритм осмотра.
Дана оценка выявленных клинических и лабораторных симптомов и обоснован клинический диагноз.
Даны рекомендации по дальнейшему ведению пациента

ПА, ГИА

	Т	
Рентгенография органов грудной клетки:		
диафрагма с обеих сторон мало подвижна,		
имеется утолщение междолевой плевры справа,		
плевродиафрагмальные спайки, рисунок легких		
диффузно усилен, плевральные синусы		
расправляются неполностью. Сердце не увеличено.		
У 58-летнего больного в возрасте 45 лет	Правильно описаны	ПА, ГИА
	_ -	IIA, I VIA
при случайном обследовании диагностирован	алгоритм осмотра.	
аортальный порок сердца. Чувствовал себя	Дана оценка	
удовлетворительно работоспособность не	выявленных	
снижалась (по профессии монтажник мелких	клинических и	
деталей). Нерегулярно наблюдался кардиологом.	лабораторных	
От оперативного лечения отказывался.	симптомов и	
Бицилинопрофилактику не проводил. За последний	обоснован	
год отмечает медленно нарастающую одышку,	клинический диагноз.	
иногда, при нагрузке – кратковременное	Даны рекомендации	
. 1 12 1	1	
неприятное жжение за грудиной. Получил	по дальнейшему	
инвалидность 2 группы. 3 недели тому назад	ведению пациента	
проводилось урологическое обследование с		
катетеризацией мочевого пузыря, после чего		
отмечает повышение температуры до 37,5-38°C.		
Страдает сахарным диабетом (соблюдает диету,		
принимает диабетон).		
Об-но: состояние средней тяжести.		
Бледность кожных покровов. Дыхание в легких		
=		
жесткое, без хрипов. Усиленный верхушечный		
толчок в VI межреберье на 2см влево от		
срединноключичной линии. Тоны сердца		
ритмичные, ЧСС 80/мин., систолический и		
диастолический шум во ІІ межреберье справа. АД		
130/50 мм рт. ст. Печень и селезенка не		
пальпируются.		
17 Ан. крови общий: Нв - 105 г/л, \mathcal{I} - 8 х 10^9 /л.		
Формула крови без особенностей. СОЭ 35 мм/час.		
1 7 1	Правили опивания	ПА, ГИА
50-летняя больная обратилась с жалобами	Правильно описаны	IIA, I VIA
на боли в спине, усиливающиеся при движении и	алгоритм осмотра.	
стоянии. Боли беспокоят на протяжении года.	Дана оценка	
Диагностировался остеохондроз позвоночника.	выявленных	
Назначалось физиотерапевтическое лечение,	клинических и	
нестероидные противовоспалительные	лабораторных	
препараты без эффекта. За последнее время боли	симптомов и	
усилились, большую часть времени проводит в	обоснован	
постели. По данным анамнеза, в течение 10 лет	клинический диагноз.	
страдает бронхиальной астмой с частыми	Даны рекомендации	
	_ ·	
· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		
протяжении 5 лет получала преднизолон внутрь в	ведению пациента	
суточной дозе 5-10 мг, ингаляции сальбутамола 3-		
4 р/сут. Последний год назначены ингаляционные		
кортикостероиды Менопауза в 43 года.		
Об-но: болезненность при нагрузке на		
позвоночник по оси. Движения в позвоночнике		
ограничены из-за болей. В легких единичные сухие		
ограниленов из за облен. В леских соиничное сухие		

хрипы. АД 160/90 мм рт. ст. Тоны сердца	
ритмичные. Живот мягкий безболезненный во всех	
отделах. Анализ периферической крови без	
особенностей. Глюкоза крови 7,5 ммоль/л.	
Проведено рентгенологическое исследование	
позвоночника.	

Вид оценочного средства: Иные виды (реферат и др):

Оценочное средство	Критерии ответа	Уровень
	(раскрыта полно и	применения*
	самостоятельно,	
	раскрыта полно, но	
	не самостоятельно,	
	не раскрыта)	
Темы рефератов:	Тема раскрыта	TK-PK
- Лечение ТЭЛА	полно и	
- Современные методы лечения ОКС	самостоятельно,	
- Современные методы лечения ИБС	использованы	
- Лечение вирусных гепатитов	современные	
- Современные возможности в лечении системных	средства поиска	
васкулитов		
- Принципы лечения подагры		
- Комплексное лечение сахарного диабета		
- Лечение гиперпаратиреоза		

ПК-21 - способностью и готовностью осуществлять взрослому населению и подросткам первую врачебную помощь в случае возникновения неотложных и угрожающих жизни состояний, в экстремальных условиях эпидемий, в очагах массового поражения, проводить госпитализацию больных в плановом и экстренном порядке, проводить лечебно- эвакуационные мероприятия в условиях чрезвычайной ситуации

Оценочное средство	Критерии ответа	Уровень
	(полный ответ,	применения*
	неполный ответ,	
	отсутствует)	
Современные принципы терапии ОКС	Перечислены	ТК-РК
	основные принципы	
	терапии ОКС	
Принципы терапии желудочно-кишечных	Перечислены	ТК-РК
кровотечений (ЖКК)	основные	
	мероприятия при	
	возникновении ЖКК	
Принципы терапии неотложных состояний при	Перечислены	TK-PK
сахарном диабете	основные принципы	
	терапии	
	неотложных	
	состояний при	
	сахарном диабете.	

Неотложные состояния при эндокринологической	Перечислены	TK-PK
патологии	основные	
	неотложные	
	состояния при	
	эндокринологической	
	патологии и	
	принципы их	
	терапии	
Принципы терапии обострений БОС	Перечислены	TK-PK
	основные принципы	
	терапии обострений	
	БОС	

Вид оценочного средства: Ситуационные задачи:

Оценочное средство	Эталон ответа	Уровень
		применения*
У 35-летнего больного в течение 3-х недель отмечается повышение температуры до 38-39°С, ночная потливость. Назначались антибиотики (Ампициллин, Клафоран) без эффекта. Обратился к врачу в связи появившимся кашлем, одышкой при нагрузке. Анамнез без особенностей. Об-но: состояние средней тяжести. Кожные покровы умеренно бледные. Пальпируются увеличенные шейные и надключичные лимфоузлы справа, плотные, безболезненные, малоподвижные. В легких жесткое дыхание, единичные сухие хрипы, больше справа. ЧД 20/мин. Тоны сердца ритмичные. ЧСС 92/мин. Печень и селезенка не увеличены. Ан. крови: Нв.100 г/л. Л -14 х 10°/л. Э-8, П-10, С-70, Л-8, М-4. Тромбоциты — 180 х 10°/л. СОЭ — 50 мм/час. Ан. мочи без особенностей Проведены рентгенологическое исследование грудной клетки и гистологическое исследование биопсированного шейного	Правильно описаны алгоритм осмотра, диагностики и лечения. Дан анализ возможных причин неэффективности антибактериальной терапии.	ПА, ГИА
лимфатического узла.	Правили отполни	ПА ГИА
36-летний больной в течение нескольких месяцев отмечает одышку при физической нагрузке, боли в области сердца, отеки, слабость и чувство онемения в ногах. Анамнез без особенностей. Об-но: состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, отеки голеней. Тоны сердца ритмичные ЧСС 75/мин, АД 80/60 мм рт. ст. (рабочее АД 120/80 мм рт. ст.). В легких хрипы не выслушиваются. Печень выступает из подреберья на 6 см, при пальпации безболезненная, размеры по Курлову — 20-17-15 см. Пальпируется плотная селезенка (длинник 16 см). Ан. крови общий: Нв — 100 г/л, Эр. — 3,5 х	Правильно описаны алгоритм осмотра. Дана оценка выявленных клинических и лабораторных симптомов и обоснован клинический диагноз. Даны рекомендации по дальнейшему ведению пациента.	ПА, ГИА

10^{12} /л, $\Pi - 5.9 \ x \ 10^{9}$ /л. Формула без особенностей.		
СОЭ – 60 мм/час. Общий белок – 72 г/л, альбумин –		
40 г/л, креатинин - 0,18 ммоль/л.		
Ан. мочи: цвет желтый, хлопьевидный		
осадок, суточная протеинурия - 5 г, Л- 4-5 в п/зр.		
Эр. – ед. в п/зр. Проба Зимницкого: относительная		
плотность – 1005-1009. Дневной диурез – 700 мл,		
ночной – 1200 мл.		
ЭХО-кардиография: уменьшение размеров		
левого желудочка, дилятация левого предсердия,		
резкое утолщение стенок левого желудочка и		
межжелудочковой перегородки. Фракция выброса		
42%.		
65-летний больной доставлен в стационар	Правильно описаны	ПА, ГИА
машиной скорой помощи. Найден дома	алгоритм осмотра.	
родственниками лежащим на полу, не в состоянии	Дана оценка	
самостоятельно подняться. Со слов	выявленных	
родственников, страдает сахарным диабетом, по	клинических и	
поводу которого получает сахароснижающие	лабораторных	
препараты. Год назад перенес инфаркт миокарда.	симптомов и	
До настоящего момента чувствовал себя	обоснован	
удовлетворительно	клинический диагноз.	
Об-но: состояние тяжелое. Уровень	Даны рекомендации	
сознания - оглушение. Кожа влажная. Гиперемия	по дальнейшему	
правой половины лица. ЧД 20/мин. Дыхание	ведению пациента	
везикулярное без хрипов. ЧСС 88/мин. Тоны сердца		
приглушены аритмичны. АД 150/90 мм.рт. ст.		
Неврологический осмотр: повышение мышечного		
тонуса правой верхней и нижней конечности.		
Положительный симптом Бабинского, Россолимо		
справа. На ЭКГ фибрилляция предсердий.		

Вид оценочного средства: Иные виды (реферат и др):

Оценочное средство	Критерии ответа	Уровень
	(раскрыта полно и	применения*
	самостоятельно,	
	раскрыта полно, но	
	не самостоятельно,	
	не раскрыта)	
Темы рефератов:	Тема раскрыта	TK-PK
- Лечение ТЭЛА	полно и	
- Современные методы лечения ОКС	самостоятельно,	
- Современные методы лечения ИБС	использованы	
- Терапия ЖКК	современные	
- Терапия неотложных состояний при	средства поиска	
эндокринологической патологии		
- Терапия обострений БОС		

ПК-23 - способностью и готовностью применять различные реабилитационные мероприятия (медицинские, социальные и профессиональные) среди взрослого населения и

подростков при наиболее распространенных патологических состояниях и повреждениях организма, определять показания к переводу пациентов в специализированные группы по занятиям физической культурой после перенесенных заболеваний

Вид оценочного средства: Контрольные вопросы:

Оценочное средство	Критерии ответа	Уровень
-	(полный ответ,	применения*
	неполный ответ,	
	отсутствует)	
Какие принципы диспансерного наблюдения	Перечислены	TK-PK
пациентов с ревматоидным артритом (РА)?	основные принципы	
	диспансеризации	
	пациентов с РА.	
Диспансерное наблюдение пациентов с ИБС	Перечислены	ТК-РК
	принципы	
	диспансерного	
	наблюдения	
	пациентов с ИБС	
Принципы диспансерного наблюдения и	Перечислены	TK-PK
реабилитация пациентов с ХОБЛ	принципы	
	диспансерного	
	наблюдения и	
	реабилитационные	
	мероприятия	
	пациентов с ХОБЛ	

Вид оценочного средства: Иные виды (реферат и др):

Оценочное средство	Критерии ответа	Уровень
	(раскрыта полно и	применения*
	самостоятельно,	
	раскрыта полно, но	
	не самостоятельно,	
	не раскрыта)	
Темы рефератов:	Тема раскрыта	TK-PK
- Диспансеризация пациентов с РА	полно и	
- Диспансерное наблюдение пациентов с ИБС,	самостоятельно,	
принципы реабилитации	использованы	
- Реабилитация пациентов с ХОБЛ	современные	
	средства поиска	

ПК-24 - способностью и готовностью давать рекомендации по выбору оптимального режима двигательной активности в зависимости от морфофункционального статуса, определять показания и противопоказания к назначению средств лечебной физкультуры, физиотерапии, рефлексотерапии, фитотерапии, гомеопатии и других средств немедикаментозной терапии, использовать основные курортные факторы при лечении взрослого населения и подростков

Оценочное средство	Критерии ответа	Уровень
Оцено нюе средство	(полный ответ,	применения*
		применения
	неполный ответ,	
	отсутствует)	
Какие принципы диспансерного наблюдения	Перечислены	TK-PK
пациентов с ревматоидным артритом (РА)?	основные принципы	
	диспансеризации	
	пациентов с РА.	
Диспансерное наблюдение пациентов с ИБС	Перечислены	TK-PK
	принципы	
	диспансерного	
	наблюдения	
	пациентов с ИБС	
Принципы диспансерного наблюдения и	Перечислены	TK-PK
реабилитация пациентов с ХОБЛ	принципы	
	диспансерного	
	наблюдения и	
	реабилитационные	
	мероприятия	
	пациентов с ХОБЛ	

Вид оценочного средства: Иные виды (реферат и др):

Оценочное средство	Критерии ответа	Уровень
	(раскрыта полно и	применения*
	самостоятельно,	
	раскрыта полно, но	
	не самостоятельно,	
	не раскрыта)	
Темы рефератов:	Тема раскрыта	TK-PK
- Диспансеризация пациентов с РА	полно и	
- Диспансерное наблюдение пациентов с ИБС,	самостоятельно,	
принципы реабилитации	использованы	
- Реабилитация пациентов с ХОБЛ	современные	
	средства поиска	

ПК-26 - способностью и готовностью к обучению взрослого населения, подростков и их родственников основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, способствующим укреплению здоровья и профилактике возникновения заболеваний, к формированию навыков здорового образа жизни, способствующих поддержанию на должном уровне их двигательной активности, устранению вредных привычек

Оценочное средство	Критерии	ответа	Уровень
	(полный	ответ,	применения*
	неполный	ответ,	

	отсутствует)	
Какие основные мероприятия по профилактике	Перечислены	ТК-РК
ИБС?	основные принципы	
	профилактики	
	развития ИБС	
Профилактика ХОБЛ	Перечислены	ТК-РК
	основные меры	
	профилактики	
	ХОБЛ	
Профилактика развития артериальной	Перечислены	ТК-РК
гипертензии	основные	
	мероприятия по	
	профилактике	
	развития	
	артериальной	
	гипертензии	

Вид оценочного средства: Иные виды (реферат и др):

Оценочное средство	Критерии ответа	Уровень
	(раскрыта полно и	применения*
	самостоятельно,	
	раскрыта полно, но	
	не самостоятельно,	
	не раскрыта)	
Темы рефератов:	Тема раскрыта	TK-PK
- Принципы профилактики развития ИБС	полно и	
- Профилактика ХОБЛ самостоятельно,		
- Профилактика развития артериальной	использованы	
гипертензии	современные	
- Профилактика заболеваний ЖКТ	средства поиска	

Оценочные средства разработаны кафедрой госпитальной терапии № 2 лечебного факультета

Разработчики:		
Зав. кафедрой госпитальной терапии № 2 лечебного факультета, профессор, д.м.н.	(подпись)	Л.И.Дворецкий
Ответственный за организацию и координацию учебной и учебно-методической работы на кафедре		
доцент, к.м.н.	(подпись)	_ С.Е.Колендо
Профессор, д.м.н.	(подпись)	В.В.Желнов
Профессор, д.м.н.	(подпись)	С .В.Яковлев
	(подпись)	
Доцент, к.м.н.	(подпись)	Е.В.Сергеева
Доцент, к.м.н.	(подпись)	_ Н.А.Черкасова
Ассистент, к.м.н.	(подпись)	_ Н.В.Дятлов
Ассистент, к.м.н.		_ Е.В.Комарова
A	(подпись)	МПС
Ассистент, к.м.н.	(подпись)	_ М.П.Суворова
Ассистент, к.м.н.	(подпись)	_ Ю.В.Щеглова
Приняты на заседании кафедры		
«»20г., протокол № _	_	
Заведующий кафедрой	(подпись)	(инициалы, фамилия)

p	ум			
«»	20	_г., протокол № _		
Заведующий каф	едрой			_
, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,	, u		(подпись)	— (инициалы, фамилия)

способностью и готовностью проводить и интерпретировать опрос, физикальный осмотр, клиническое обследование, результаты современных лабораторно-инструментальных исследований, морфологического анализа биопсийного, операционного и секционного материала, написать медицинскую карту амбулаторного и стационарного больного (ПК-5);

способностью и готовностью проводить патофизиологический анализ клинических синдромов, обосновывать патогенетически оправданные методы (принципы) диагностики, лечения, реабилитации и профилактики среди взрослого населения и подростков с учетом их возрастно-половых групп (ПК-6);

способностью и готовностью применять методы асептики и антисептики, использовать медицинский инструментарий, проводить санитарную обработку лечебных и диагностических помещений медицинских организаций, владеть техникой ухода за больными (ПК-7):

способностью и готовностью проводить судебно-медицинское освидетельствование живых лиц; трактовать результаты лабораторных исследований объектов судебно-медицинской экспертизы в случае привлечения к участию в процессуальных действиях в качестве специалиста или эксперта (ПК-8);

способностью и готовностью к работе с медико-технической аппаратурой, используемой в работе с пациентами, владеть компьютерной техникой, получать информацию из различных источников, работать с информацией в глобальных компьютерных сетях; применять возможности современных информационных технологий для решения профессиональных задач (ПК-9);

в профилактической деятельности:

способностью и готовностью применять современные социально-гигиенические методики сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослого населения и подростков на уровне различных подразделений медицинских организаций (акушерско-гинекологический, педиатрический, сельский врачебный участок) в целях разработки научно-обоснованных мер по улучшению и сохранению здоровья мужчин и женщин (ПК-10);

способностью и готовностью использовать методы оценки природных и медико-социальных факторов среды в развитии болезней у взрослого населения и подростков, проводить их коррекцию, осуществлять профилактические мероприятия по предупреждению инфекционных, паразитарных и неинфекционных болезней, проводить санитарно просветительную работу по гигиеническим вопросам (ПК-11);

способностью и готовностью проводить с прикрепленным населением профилактические мероприятия по предупреждению возникновения наиболее часто встречающихся заболеваний, осуществлять общеоздоровительные мероприятия по формированию здорового образа жизни с учетом возрастно-половых групп и состояния здоровья, давать рекомендации по здоровому питанию, по двигательным режимам и занятиям физической культурой, оценить эффективность диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-12);

способностью и готовностью организовать проведение туберкулинодиагностики и флюорографические осмотры взрослого населения и подростков с целью раннего выявления туберкулеза, оценить их результаты, проводить отбор взрослого населения и подростков для наблюдения с учетом результатов массовой туберкулинодиагностики, оценить ее результаты (ПК-13);

способностью и готовностью проводить противоэпидемические мероприятия, защиту населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки и стихийных бедствиях (ПК-14);

в диагностической деятельности:

способностью и готовностью к постановке диагноза на основании результатов биохимических исследований биологических жидкостей и с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом (ПК-15);

способностью и готовностью анализировать закономерности функционирования отдельных органов и систем, использовать знания анатомо-физиологических основ, основные методики клинико-иммунологического обследования и оценки функционального состояния организма взрослого человека и подростка для своевременной диагностики заболеваний и патологических процессов (ПК-16);

способностью и готовностью выявлять у пациентов основные патологические симптомы и синдромы заболеваний, используя знания основ медико-биологических и клинических дисциплин с учетом законов

течения патологии по органам, системам и организма в целом, анализировать закономерности функционирования различных органов и систем при различных заболеваниях и патологических процессах, использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ), выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний (ПК-17);

способностью и готовностью анализировать и интерпретировать результаты современных диагностических технологий по возрастно-половым группам пациентов с учетом их физиологических особенностей организма человека для успешной лечебно-профилактической деятельности, провести диагностику физиологической беременности, участвовать в проведении судебно-медицинской экспертизы (ПК-18);

в лечебной деятельности:

способностью и готовностью выполнять основные лечебные мероприятия при наиболее часто встречающихся заболеваниях и состояниях у взрослого населения и подростков, способных вызвать тяжелые осложнения и (или) летальный исход: заболевания нервной, эндокринной, иммунной, сердечнососудистой, дыхательной, пищеварительной, мочеполовой систем и крови, своевременно выявлять жизнеопасные нарушения (острая кровопотеря, нарушение дыхания, остановка сердца, кома, шок), использовать методики их немедленного устранения, осуществлять противошоковые мероприятия (ПК-19):

способностью и готовностью назначать больным адекватное (терапевтическое и хирургическое) лечение в соответствии с выставленным диагнозом, осуществлять алгоритм выбора медикаментозной и немедикаментозной терапии больным с инфекционными и неинфекционными заболеваниями, к ведению физиологической беременности, приему родов (ПК-20);

способностью и готовностью осуществлять взрослому населению и подросткам первую врачебную помощь в случае возникновения неотложных и угрожающих жизни состояний, в экстремальных условиях эпидемий, в очагах массового поражения, проводить госпитализацию больных в плановом и экстренном порядке, проводить лечебно- эвакуационные мероприятия в условиях чрезвычайной ситуации (ПК-21);

способностью и готовностью назначать и использовать медикаментозные средства, проводить мероприятия по соблюдению правил их хранения (ПК- 22);

в реабилитационной деятельности:

способностью и готовностью применять различные реабилитационные мероприятия (медицинские, социальные и профессиональные) среди взрослого населения и подростков при наиболее распространенных патологических состояниях и повреждениях организма, определять показания к переводу пациентов в специализированные группы по занятиям физической культурой после перенесенных заболеваний (ПК- 23);

способностью и готовностью давать рекомендации по выбору оптимального режима двигательной активности в зависимости от морфофункционального статуса, определять показания и противопоказания к назначению средств лечебной физкультуры, физиотерапии, рефлексотерапии, фитотерапии, гомеопатии и других средств немедикаментозной терапии, использовать основные курортные факторы при лечении взрослого населения и подростков (ПК-24);

в психолого-педагогической деятельности:

способностью и готовностью к обучению среднего и младшего медицинского персонала правилам санитарно-гигиенического режима пребывания пациентов и членов их семей в медицинских организациях и проведения среди пациентов основных манипуляций и процедур, элементам здорового образа жизни (ПК-25):

способностью и готовностью к обучению взрослого населения, подростков и их родственников основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, способствующим укреплению здоровья и профилактике возникновения заболеваний, к формированию навыков здорового образа жизни, способствующих поддержанию на должном уровне их двигательной активности, устранению вредных привычек (ПК- 26);

в организационно-управленческой деятельности:

способностью и готовностью использовать нормативную документацию, принятую в здравоохранении (законы Российской Федерации, технические регламенты, международные и национальные стандарты, приказы, рекомендации, терминологию, международные системы единиц (СИ), действующие международные классификации), а также документацию для оценки качества и эффективности работы медицинских организаций (ПК-27);

способностью и готовностью использовать знания организационной структуры, управленческой и экономической деятельности медицинских организаций различных типов по оказанию медицинской помощи взрослому населению и подросткам, анализировать показатели работы их структурных подразделений, проводить оценку эффективности современных медико-организационных и социально-экономических технологий при оказании медицинских услуг пациентам (ПК-28);

способностью и готовностью обеспечивать рациональную организацию труда среднего и младшего медицинского персонала медицинских организаций (ПК-29);

способностью и готовностью решать вопросы экспертизы трудоспособности (стойкой и временной) пациентов, оформлять соответствующую медицинскую документацию, определить необходимость направления больного на медико-социальную экспертизу, проводить профилактику инвалидизации среди взрослого населения и подростков (ПК-30);

в научно-исследовательской деятельности:

способностью и готовностью изучать научно-медицинскую информацию, отечественный и зарубежный опыт по тематике исследования (ПК-31);

способностью и готовностью к участию в освоении современных теоретических и экспериментальных методов исследования с целью создания новых перспективных средств, в организации работ по практическому использованию и внедрению результатов исследований (ПК-32).