

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

(подпись)

М.А.Кинкулькина
(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 применения*
1. БОЛЬ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ ВО ВРЕМЯ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ И ПРИ ВЫХОДЕ НА ХОЛОД ХАРАКТЕРНА ДЛЯ 1) стенокардии 2) пневмонии 3) остеохондроза 4) эзофагоспазма 5) депрессии	1, 5	ТК-РК
2. ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ ПРИЗНАКИ 1) повышение СОЭ 2) повышение аминотрансфераз 3) нейтрофильный лейкоцитоз 4) повышение креатинфосфокиназы 5) обнаружение тропонина Т	2	ТК-РК
3. ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА 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	1, 2, 4, 5	ТК-РК
4. У ПАЦИЕНТА 25 ЛЕТ ПОСЛЕ ПЕРЕОХЛАЖДЕНИЯ ПОВЫСИЛАСЬ ТЕМПЕРАТУРА ТЕЛА ДО 39 ⁰ , ПОЯВИЛИСЬ КАШЕЛЬ, А ТАКЖЕ БОЛИ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ, УСИЛИВАЮЩИЕСЯ ПРИ	4	ТК-РК

ГЛУБОКОМ ВДОХЕ И КАШЛЕ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ 1) острый бронхит 2) пневмония 3) острый перикардит 4) острый плеврит		
5. 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	ТК-РК
6. ДЛЯ БОЛИ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ ПРИ 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	1, 2, 3, 4, 5	ТК-РК
7. КАКИЕ ДАННЫЕ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОГО 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	3	ТК-РК
8. К МИКРООРГАНИЗМАМ, ВЫЗЫВАЮЩИМ ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ЧЕЛОВЕКА, ОТНОСЯТСЯ 1) грибы 2) вирусы 3) бактерии 4) простейшие 5) риккетсии	1, 2, 3, 4, 5	ТК-РК
9. НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫМИ ВОЗБУДИТЕЛЯМИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЮТСЯ:	2, 5	ТК-РК

1) Pseudomonas aeruginosa 2) Streptococcus pneumoniae 3) Mycoplasma pneumoniae 4) Staphylococcus aureus 5) Haemophilis influenzae		
10. ВОЗБУДИТЕЛЯМИ АТИПИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ ЯВЛЯЮТСЯ 1) Streptococcus pneumoniae 2) Mycoplasma pneumoniae 3) Legionella spp. 4) Chlamidia pneumoniae 5) Haemophilis influenzae	2, 3, 4	ТК-РК
11. КАКОЙ ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ВАРИАНТОВ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ? 1) мезангиопролиферативный 2) фокально-сегментарный гломерулосклероз 3) гломерулонефрит с «полулуниями» 4) мембрanoзный 5) гломерулонефрит с «минимальными изменениями»	3	ТК-РК
12. 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	ТК-РК
13. ПРИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ 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	4	ТК-РК
14. 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	1	ТК-РК

2) ретикулоцитопения 3) нейтрофильный сдвиг формулы крови влево 4) гипохромия эритроцитов		
15. 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	ТК-РК
16. 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	3	ТК-РК
17. КАКОЙ ИЗ КЛИНИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ 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 С 4) длительность суставного синдрома	4	ТК-РК
18. НАЛИЧИЕ ПЛЕВРАЛЬНОГО ВЫПОТА 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	1	ТК-РК
19. КАКИЕ ГРУППЫ ПРЕПАРАТОВ УСИЛИВАЮТ ГЛЮКОЗОСНИЖАЮЩЕЕ ДЕЙСТВИЕ СУЛЬФОНИЛМОЧЕВИНЫ?	2, 3, 4, 6, 7	ТК-РК

1) £– а.б. 2) β – а.б. 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))

Вид оценочного средства: *Контрольные вопросы:*

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

Вид оценочного средства: *Ситуационные задачи:*

Оценочное средство	Эталон ответа	Уровень применения*
<i>Больному 49 лет в связи с обострением 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.</i> 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	4	<i>ТК-РК</i>
<i>У 35-летнего больного в течение 3-х недель отмечается повышение температуры до 38-39⁰С, ночная потливость. Назначались антибиотики</i>	<i>Правильно описаны алгоритм осмотра, диагностики и</i>	<i>ПА, ГИА</i>

(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 x 10⁹/л. Э-8, П-10, С-70, Л- 8, М-4. Тромбоциты – 180 x 10⁹/л. СОЭ – 50 мм/час. Ан. мочи без особенностей Проведены рентгенологическое исследование грудной клетки и гистологическое исследование биопсированного шейного лимфатического узла.	лечения. Дан анализ возможных причин неэффективности антибактериальной терапии.	
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 37.8⁰С. 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: Нв-106 г/л, эр.-4.5x10¹²/л, ЦП-0.82, лейкоц.-2.3x10⁹/л, формула не изменена, тромб.-80x10⁹/л, СОЭ-48 мм/час. Общий белок-88 г/л, альбумин-62 г/л, креатинин-88 мкмоль/л. Электрофорез белков крови: альбумины-32%, α₁-глобулины-6%, α₂-глобулины-14%, β-глобулины-	Правильно описаны алгоритм осмотра, диагностики и лечения. Дан анализ возможных причин неэффективности антибактериальной терапии.	ПА, ГИА

16%, g-глобулины-32%. Анализ мочи: уд. вес 1020, белок-1.5 г/л, эр.-6-8 в п/зр., лейкоц.-4-6 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 снижалась (по профессии монтажник мелких деталей). Нерегулярно наблюдался кардиологом. От оперативного лечения отказывался. Бицилинопрофилактику не проводил. За последний год отмечает медленно нарастающую одышку, иногда, при нагрузке – кратковременное неприятное жжение за грудиной. Получил инвалидность 2 группы. 3 недели тому назад проводилось урологическое обследование с катетеризацией мочевого пузыря, после чего отмечает повышение температуры до 37,5-38°С. 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: Нв - 105 г/л, Л - 8 x 10⁹/л. Формула крови без особенностей. СОЭ 35 мм/час.	Правильно описаны алгоритм осмотра. Дана оценка выявленных клинических и лабораторных симптомов и обоснован клинический диагноз. Даны рекомендации по дальнейшему ведению пациента	ПА, ГИА
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 и госпитализациями. На протяжении 5 лет получала преднизолон внутрь в суточной дозе 5-10 мг, ингаляции сальбутамола 3-4 р/сут. Последний год назначены ингаляционные	Правильно описаны алгоритм осмотра. Дана оценка выявленных клинических и лабораторных симптомов и обоснован клинический диагноз. Даны рекомендации по дальнейшему ведению пациента	ПА, ГИА

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.		
---	--	--

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

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

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 ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ И ПРИ ВЫХОДЕ НА ХОЛОД ХАРАКТЕРНА ДЛЯ 1) стенокардии 2) пневмонии 3) остеохондроза	1, 5	ТК-РК

4) эзофагоспазма 5) депрессии		
2. ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ ПРИЗНАКИ 1) повышение СОЭ 2) повышение аминотрансфераз 3) нейтрофильный лейкоцитоз 4) повышение креатинфосфокиназы 5) обнаружение тропонина Т	2	ТК-РК
3. ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА 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	1, 2, 4, 5	ТК-РК
4. БОЛЬ ЗА ГРУДИНОЙ, ВОЗНИКШАЯ 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	1, 4	ТК-РК
5. У ПАЦИЕНТА С ИНТЕНСИВНЫМИ 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	1, 3, 5	ТК-РК
6. У ПАЦИЕНТА 48 ЛЕТ НА 12 ДЕНЬ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ОСТЕОСИНТЕЗА БЕДРЕННОЙ КОСТИ ОСТРО ВОЗНИКЛИ БОЛЬ ЗА	3	ТК-РК

ГРУДИНОЙ, ОДЫШКА, РЕЗКАЯ СЛАБОСТЬ, ЦИАНОЗ ГУБ, СНИЖЕНИЕ АД ДО 70/40 ММ РТ. СТ. НА ЭКГ – СИНУСОВАЯ ТАХИКАРДИЯ, ОТКЛОНЕНИЕ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ ОСИ СЕРДЦА ВПРАВО, ПОЯВЛЕНИЕ ОТРИЦАТЕЛЬНЫХ ЗУБЦОВ Т В ОТВЕДЕНИЯХ V2-V4. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО У ПАЦИЕНТА 1) острый инфаркт миокарда 2) острый перикардит 3) тромбоэмболия легочной артерии 4) спонтанный пневмоторакс		
7. 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
8. ДЛЯ БОЛИ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ ПРИ 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	1, 2, 3, 4, 5	TK-PK
9. КАКИЕ ДАННЫЕ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОГО 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	3	TK-PK
10. К МИКРООРГАНИЗМАМ, ВЫЗЫВАЮЩИМ ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ЧЕЛОВЕКА, ОТНОСЯТСЯ 1) грибы	1, 2, 3, 4, 5	TK-PK

2) вирусы 3) бактерии 4) простейшие 5) риккетсии		
11. НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫМИ ВОЗБУДИТЕЛЯМИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЮТСЯ: 1) <i>Pseudomonas aeruginosa</i> 2) <i>Streptococcus pneumoniae</i> 3) <i>Mycoplasma pneumoniae</i> 4) <i>Staphylococcus aureus</i> 5) <i>Haemophilis influenzae</i>	2, 5	ТК-РК
12. ВОЗБУДИТЕЛЯМИ АТИПИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ ЯВЛЯЮТСЯ 1) <i>Streptococcus pneumoniae</i> 2) <i>Mycoplasma pneumoniae</i> 3) <i>Legionella</i> spp. 4) <i>Chlamidia pneumoniae</i> 5) <i>Haemophilis influenzae</i>	2, 3, 4	ТК-РК
13. ВЫБЕРИТЕ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫЕ МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ ГОСПИТАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ 1) профилактическое назначение антибиотиков у всех пациентов в послеоперационном периоде или тем, кому планируется длительная госпитализация 2) назначение H2-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)	3	ТК-РК
14. 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	ТК-РК
15. ЧТО ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННОГО МОЖЕТ ВЫЗВАТЬ РЕНАЛЬНУЮ ФОРМУ ОСТРОЙ	2	ТК-РК

ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ? 1) ретроперитонеальный фиброз 2) синдром «лизиса опухоли» 3) аденома предстательной железы 4) миома матки 5) ничего из вышеперечисленного		
16. ПРИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ 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	4	ТК-РК
17. 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	ТК-РК
18. 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	3	ТК-РК
19. КАКОЙ ИЗ КЛИНИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ 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 С 4) длительность суставного синдрома	4	ТК-РК
20. НАЛИЧИЕ ПЛЕВРАЛЬНОГО ВЫПОТА МОЖНО ЗАПОДОЗРИТЬ ПРИ СОЧЕТАНИИ 1) отсутствия проведения дыхания при аускультации легких и тупого перкуторного звука над нижней долей легкого	1	ТК-РК

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 УСИЛИВАЮТ ГЛЮКОЗОСНИЖАЮЩЕЕ ДЕЙСТВИЕ СУЛЬФОНИЛМОЧЕВИНЫ? 1) £ – а.б. 2) β – а.б. 3) ингибиторы АПФ 4) тетрациклины 5) диуретики 6) аспирин 7) противотуберкулезные препараты	2, 3, 4, 6, 7	ТК-РК

Вид оценочного средства: *Контрольные вопросы:*

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

	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 38-39⁰С, 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 x 10⁹/л. Э-8, П-10, С-70, Л- 8, М-4. Тромбоциты – 180 x 10⁹/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). Ан. крови общий: Нв – 100 г/л, Эр. – 3,5 x 10¹²/л, Л – 5,9 x 10⁹/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, дилатация 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

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 37.8⁰С. 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.-4.5x10¹²/л, ЦП-0.82, лейкоц.-2.3x10⁹/л, формула не изменена, тромбоц.-80x10⁹/л, СОЭ-48 мм/час. Общий белок-88 г/л, альбумин-62 г/л, креатинин-88 мкмоль/л. Электрофорез белков крови: альбумины-32%, α₁-глобулины-6%, α₂-глобулины-14%, β-глобулины-16%, γ-глобулины-32%. Анализ мочи: уд. вес 1020, белок-1.5 г/л, эр.-6-8 в п/зр., лейкоц.-4-6 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.	Правильно описаны алгоритм осмотра. Дана оценка выявленных клинических и лабораторных симптомов и обоснован клинический диагноз. Даны рекомендации по дальнейшему ведению пациента	ПА, ГИА
У 58-летнего больного в возрасте 45 лет при случайном обследовании диагностирован аортальный порок сердца. Чувствовал себя удовлетворительно работоспособность не снижалась (по профессии монтажник мелких деталей). Нерегулярно наблюдался кардиологом.	Правильно описаны алгоритм осмотра. Дана оценка выявленных клинических и лабораторных	ПА, ГИА

От оперативного лечения отказывался. Бицилинопрофилактику не проводил. За последний год отмечает медленно нарастающую одышку, иногда, при нагрузке – кратковременное неприятное жжение за грудиной. Получил инвалидность 2 группы. 3 недели тому назад проводилось урологическое обследование с катетеризацией мочевого пузыря, после чего отмечает повышение температуры до 37,5-38°С. 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: Нв - 105 г/л, Л - 8 x 10⁹/л. Формула крови без особенностей. СОЭ 35 мм/час.	симптомов и обоснован клинический диагноз. Даны рекомендации по 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. 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 и госпитализациями. На 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 отделах. Анализ периферической крови без особенностей. Глюкоза крови 7,5 ммоль/л. Проведено рентгенологическое исследование позвоночника.	Правильно описаны алгоритм осмотра. Дана оценка выявленных клинических и лабораторных симптомов и обоснован клинический диагноз. Даны рекомендации по дальнейшему ведению пациента	ПА, ГИА

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

Оценочное средство	Критерии ответа (раскрыта полно и самостоятельно,	Уровень применения*
--------------------	---	---------------------

	раскрыта полно, но не самостоятельно, не раскрыта)	
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 - Комплексное лечение сахарного диабета	Тема раскрыта полно и самостоятельно, использованы современные средства поиска	ТК-РК

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

Вид оценочного средства: Контрольные вопросы:

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

	методов исследования	
--	-------------------------	--

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

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

ПК-11 - 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

Вид оценочного средства: *Контрольные вопросы:*

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

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

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

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

Вид оценочного средства: *Контрольные вопросы:*

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

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

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

Оценочное средство	Критерии ответа (<i>раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, не раскрыта</i>)	Уровень применения*
<i>Темы рефератов:</i> - Диспансерное наблюдение пациентов с хронической легочной патологией - Диспансерное наблюдение пациентов с ИБС - Диспансерное наблюдение пациентов с ХБП - Диспансерное наблюдение пациентов с эндокринологической патологией	Тема раскрыта полно и самостоятельно, использованы современные средства поиска	<i>ТК-РК</i>

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 ДИАГНОЗА ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА	2	<i>ТК-РК</i>

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 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	ТК-РК
3. ПРИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ 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	4	ТК-РК
4. ДЛЯ КАКОГО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ БОЛЬШЕ ХАРАКТЕРЕН ПЛЕВРАЛЬНЫЙ ЭКССУДАТ 1) сердечная недостаточность 2) туберкулез 3) цирроз печени 4) микседема 5) хронический гломерулонефрит с нефротическим синдромом	2	ТК-РК
5. ЧТО ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННОГО МОЖЕТ ВЫЗВАТЬ РЕНАЛЬНУЮ ФОРМУ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ? 1) ретроперитонеальный фиброз 2) синдром «лизиса опухоли» 3) аденома предстательной железы 4) миома матки 5) ничего из вышеперечисленного	2	ТК-РК

Вид оценочного средства: *Контрольные вопросы:*

Оценочное средство	Критерии	ответа	Уровень
--------------------	----------	--------	---------

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

Вид оценочного средства: Ситуационные задачи:

Оценочное средство	Эталон ответа	Уровень применения*
У 35-летнего больного в течение 3-х недель отмечается повышение температуры до 38-39⁰С, 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 x 10⁹/л. Э-8, П-10, С-70, Л- 8, М-4. Тромбоциты – 180 x 10⁹/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	Правильно описаны алгоритм осмотра. Дана оценка выявленных	ПА, ГИА

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 x 10¹²/л, Л – 5,9 x 10⁹/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, дилатация левого предсердия, резкое утолщение стенок левого желудочка и межжелудочковой перегородки. Фракция выброса 42%.	клинических и лабораторных симптомов и обоснован клинический диагноз. Даны рекомендации по дальнейшему ведению пациента.	
Больная 52 лет госпитализирована в отделение с выраженным отеком лица, нижних конечностей, поясницы, передней брюшной стенки. Ранее ничем не болела на работе ежегодно обследовалась. Отеки появились около 2 недель назад без видимой причины. Появились одышка, слабость. Объективно: бледность кожных покровов, отеки век, анасарка. ЧД 20 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 100 уд/мин. Край печени выступает на 4 см из-под края реберной дуги, слегка болезненный. Диурез около 1 л в сутки. Анализ крови: Нв-120 г/л, СОЭ 60 мм/час. Суточная протеинурия 12 г.	Правильно описаны алгоритм осмотра. Дана оценка выявленных клинических и лабораторных симптомов и обоснован клинический диагноз. Даны рекомендации по дальнейшему ведению пациентки.	ПА, ГИА
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	Правильно описаны алгоритм осмотра. Дана оценка выявленных клинических и лабораторных симптомов и обоснован клинический диагноз. Даны рекомендации по дальнейшему ведению пациента	ПА, ГИА

госпитализирована. При осмотре состояние относительно удовлетворительное. Температура тела 37.8⁰С. 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.-4.5x10¹²/л, ЦП-0.82, лейкоц.-2.3x10⁹/л, формула не изменена, тромбоц.-80x10⁹/л, СОЭ-48 мм/час. Общий белок-88 г/л, альбумин-62 г/л, креатинин-88 мкмоль/л. Электрофорез белков крови: альбумины-32%, α₁-глобулины-6%, α₂-глобулины-14%, β-глобулины-16%, γ-глобулины-32%. Анализ мочи: уд. вес 1020, белок-1.5 г/л, эр.-6-8 в п/зр., лейкоц.-4-6 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 снижалась (по профессии монтажник мелких деталей). Нерегулярно наблюдался кардиологом. От оперативного лечения отказывался. Бицилинопрофилактику не проводил. За последний год отмечает медленно нарастающую одышку, иногда, при нагрузке – кратковременное неприятное жжение за грудиной. Получил инвалидность 2 группы. 3 недели тому назад проводилось урологическое обследование с катетеризацией мочевого пузыря, после чего отмечает повышение температуры до 37,5-38⁰С. 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. Ан. крови общий: Нв - 105 г/л, Л - 8×10^9 /л. Формула крови без особенностей. СОЭ 35 мм/час.		
--	--	--

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

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

Пк-16 - способностью и готовностью анализировать закономерности функционирования отдельных органов и систем, использовать знания анатомо-физиологических основ, основные методики клинко-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 ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ И ПРИ ВЫХОДЕ НА ХОЛОД ХАРАКТЕРНА ДЛЯ 1) стенокардии 2) пневмонии 3) остеохондроза 4) эзофагоспазма 5) депрессии	1, 5	ТК-РК
2. ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ ПРИЗНАКИ 1) повышение СОЭ 2) повышение аминотрансфераз 3) нейтрофильный лейкоцитоз	2	ТК-РК

4) повышение креатинфосфокиназы 5) обнаружение тропонина Т		
3. ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА 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	1, 2, 4, 5	ТК-РК
4. СИНДРОМ МОРГАНЬИ-АДАМСА-СТОКСА НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ СЛЕДУЮЩИХ СОСТОЯНИЯХ 1) синусовая тахикардия 2) полная АВ-блокада 3) синусовая аритмия 4) трифасцикулярная блокада 5) полная блокада левой ножки пучка Гиса	2	ТК-РК
5. ПЕРИОДЫ САМОЙЛОВА-ВЕНКЕБАХА НАБЛЮДАЮТСЯ ПРИ 1) АВ-блокаде I степени 2) АВ-блокаде Мобитц I 3) внутрисердечной блокаде 4) полной АВ-блокаде 5) блокаде правой ножки пучка Гиса	2	ТК-РК
6. У ПАЦИЕНТА 25 ЛЕТ ПОСЛЕ 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	4	ТК-РК
7. 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	3	ТК-РК

диафрагмы		
8. ДЛЯ БОЛИ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ ПРИ 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	1, 2, 3, 4, 5	ТК-РК
9. КАКИЕ ДАННЫЕ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОГО 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	3	ТК-РК
10. К МИКРООРГАНИЗМАМ, ВЫЗЫВАЮЩИМ ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ЧЕЛОВЕКА, ОТНОСЯТСЯ 1) грибы 2) вирусы 3) бактерии 4) простейшие 5) риккетсии	1, 2, 3, 4, 5	ТК-РК
11. НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫМИ ВОЗБУДИТЕЛЯМИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЮТСЯ: 1) <i>Pseudomonas aeruginosa</i> 2) <i>Streptococcus pneumoniae</i> 3) <i>Mycoplasma pneumoniae</i> 4) <i>Staphylococcus aureus</i> 5) <i>Haemophilus influenzae</i>	2, 5	ТК-РК
12. ВОЗБУДИТЕЛЯМИ АТИПИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ ЯВЛЯЮТСЯ 1) <i>Streptococcus pneumoniae</i> 2) <i>Mycoplasma pneumoniae</i> 3) <i>Legionella</i> spp. 4) <i>Chlamidia pneumoniae</i> 5) <i>Haemophilus influenzae</i>	2, 3, 4	ТК-РК
13. КАКОЙ ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ВАРИАНТОВ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ?	3	ТК-РК

1) мезангиопролиферативный 2) фокально-сегментарный гломерулосклероз 3) гломерулонефрит с «полулуниями» 4) мембранный 5) гломерулонефрит с «минимальными изменениями»		
14. 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	ТК-РК
15. ПРИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ 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	4	ТК-РК
16. 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	ТК-РК
17. 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	ТК-РК
18. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЛЕГКОЙ ИНТЕРМИТИРУЮЩЕЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПРИМЕНЯЮТСЯ 1) ингаляционные глюкокортикоиды 2) системные глюкокортикоиды	3	ТК-РК

3) бронходилататоры короткого действия 4) бронходилататоры длительного действия 5) комбинация ингаляционных глюкокортикоидов и бронходилататоров короткого действия		
19. КАКОЙ ИЗ КЛИНИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ 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 С 4) длительность суставного синдрома	4	ТК-РК
20. НАЛИЧИЕ ПЛЕВРАЛЬНОГО ВЫПОТА 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	1	ТК-РК
21. В КАКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ МОЖНО СДЕЛАТЬ ЗАКЛЮЧЕНИЕ ОБ 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	2	ТК-РК

Вид оценочного средства: *Контрольные вопросы:*

Оценочное средство	Критерии	ответа	Уровень
--------------------	----------	--------	---------

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

Вид оценочного средства: Ситуационные задачи:

Оценочное средство	Эталон ответа	Уровень применения*
У 35-летнего больного в течение 3-х недель отмечается повышение температуры до 38-39⁰С, 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 x 10⁹/л. Э-8, П-10, С-70, Л- 8, М-4. Тромбоциты – 180 x 10⁹/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). Ан. крови общий: Нв – 100 г/л, Эр. – 3,5 x 10¹²/л, Л – 5,9 x 10⁹/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, дилатация левого предсердия, резкое утолщение стенок левого желудочка и межжелудочковой перегородки. Фракция выброса 42%.	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, 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 37,8⁰С. 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 и обоснован клинический диагноз. Даны рекомендации по дальнейшему ведению пациента	ПА, ГИА

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.-4.5×10^{12}/л, ЦП-0.82, лейкоц.-2.3×10^9/л, формула не изменена, тромбоц.-80×10^9/л, СОЭ-48 мм/час. Общий белок-88 г/л, альбумин-62 г/л, креатинин-88 мкмоль/л. Электрофорез белков крови: альбумины-32%, α_1-глобулины-6%, α_2-глобулины-14%, β-глобулины-16%, γ-глобулины-32%. Анализ мочи: уд. вес 1020, белок-1.5 г/л, эр.-6-8 в п/зр., лейкоц.-4-6 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 снижалась (по профессии монтажник мелких деталей). Нерегулярно наблюдался кардиологом. От оперативного лечения отказывался. Бицилинопрофилактику не проводил. За последний год отмечает медленно нарастающую одышку, иногда, при нагрузке – кратковременное неприятное жжение за грудиной. Получил инвалидность 2 группы. 3 недели тому назад 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: Hb - 105 г/л, Л - 8×10^9/л. Формула крови без особенностей. СОЭ 35 мм/час.	Правильно описаны алгоритм осмотра. Дана оценка выявленных клинических и лабораторных симптомов и обоснован клинический диагноз. Даны рекомендации по дальнейшему ведению пациента	ПА, ГИА
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,	Правильно описаны алгоритм осмотра. Дана оценка выявленных клинических и	ПА, ГИА

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 и госпитализациями. На 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 отделах. Анализ периферической крови без особенностей. Глюкоза крови 7,5 ммоль/л. Проведено рентгенологическое исследование позвоночника.	лабораторных симптомов и обоснован клинический диагноз. Даны рекомендации по дальнейшему ведению пациента	
--	--	--

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

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

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 применения*
1. БОЛЬ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ ВО ВРЕМЯ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ И ПРИ ВЫХОДЕ НА ХОЛОД ХАРАКТЕРНА ДЛЯ 1) стенокардии 2) пневмонии 3) остеохондроза 4) эзофагоспазма 5) депрессии	1, 5	ТК-РК
2. ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ ПРИЗНАКИ 1) повышение СОЭ 2) повышение аминотрансфераз 3) нейтрофильный лейкоцитоз 4) повышение креатинфосфокиназы 5) обнаружение тропонина Т	2	ТК-РК
3. ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА 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	1, 2, 4, 5	ТК-РК
4. СИНДРОМ МОРГАНЬИ-АДАМСА-СТОКСА НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ СЛЕДУЮЩИХ СОСТОЯНИЯХ: 1) синусовая тахикардия 2) полная АВ-блокада 3) синусовая аритмия 4) трифасцикулярная блокада 5) полная блокада левой ножки пучка Гиса	2	ТК-РК
5. ПЕРИОДЫ САМОЙЛОВА-ВЕНКЕБАХА НАБЛЮДАЮТСЯ ПРИ 1) АВ-блокаде I степени 2) АВ-блокаде Мобитц I 3) внутрисердечной блокаде 4) полной АВ-блокаде 5) блокаде правой ножки пучка Гиса	2	ТК-РК
6. КАКОЙ ЭКГ ПРИЗНАК ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ	1	ТК-РК

ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ? 1) отсутствие зубца Р и различные интервалы R-R 2) отсутствует зубец Р и одинаковые интервалы R-R 3) различные интервалы Р-Р и R-R 4) частый ритм желудочков 5) предсердно-желудочковая диссоциация		
7. У ПАЦИЕНТА 25 ЛЕТ ПОСЛЕ ПЕРЕОХЛАЖДЕНИЯ ПОВЫСИЛАСЬ ТЕМПЕРАТУРА ТЕЛА ДО 39⁰, 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	4	ТК-РК
8. 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	ТК-РК
9. ДЛЯ БОЛИ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ ПРИ 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	1, 2, 3, 4, 5	ТК-РК
10. КАКИЕ ДАННЫЕ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОГО 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	3	ТК-РК

5) увеличение левой границы сердца при рентгенографии грудной клетки		
11. К МИКРООРГАНИЗМАМ, ВЫЗЫВАЮЩИМ ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ЧЕЛОВЕКА, ОТНОСЯТСЯ 1) грибы 2) вирусы 3) бактерии 4) простейшие 5) риккетсии	1, 2, 3, 4, 5	ТК-РК
12. НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫМИ ВОЗБУДИТЕЛЯМИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЮТСЯ: 1) <i>Pseudomonas aeruginosa</i> 2) <i>Streptococcus pneumoniae</i> 3) <i>Mycoplasma pneumoniae</i> 4) <i>Staphylococcus aureus</i> 5) <i>Haemophilis influenzae</i>	2, 5	ТК-РК
13. ВОЗБУДИТЕЛЯМИ АТИПИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ ЯВЛЯЮТСЯ 1) <i>Streptococcus pneumoniae</i> 2) <i>Mycoplasma pneumoniae</i> 3) <i>Legionella</i> spp. 4) <i>Chlamidia pneumoniae</i> 5) <i>Haemophilis influenzae</i>	2, 3, 4	ТК-РК
14. КАКОЙ ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ВАРИАНТОВ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ? 1) мезангиопролиферативный 2) фокально-сегментарный гломерулосклероз 3) гломерулонефрит с «полулуниями» 4) мембранный 5) гломерулонефрит с «минимальными изменениями»	3	ТК-РК
15. 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	ТК-РК
16. ПРИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ НАСЛЕДСТВЕННОЙ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ (НАСЛЕДСТВЕННЫЙ МИКРОСФЕРОЦИТОЗ) И ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИ ЖИЛЬБЕРА ОСНОВНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ	4	ТК-РК

ПРИЗНАКОМ ЯВЛЯЕТСЯ 1) уровень билирубина в сыворотке 2) возраст больных 3) общее состояние больных 4) морфология эритроцитов		
17. 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	ТК-РК
18. КЛЮЧЕВЫМ ПАРАМЕТРОМ ОЦЕНКИ ФВД В ДИАГНОСТИКЕ ХОБЛ ЯВЛЯЕТСЯ: 1) ОФВ₁ 2) Остаточный объем 3) ФЖЕЛ 4) Максимальная вентиляция легких 5) ОФВ₁ / ФЖЕЛ	5	ТК-РК
19. 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	3	ТК-РК
20. КАКОЙ ИЗ КЛИНИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ 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 38⁰С 4) длительность суставного синдрома	4	ТК-РК
21. НАЛИЧИЕ ПЛЕВРАЛЬНОГО ВЫПОТА 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	1	ТК-РК

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		
--	--	--

Вид оценочного средства: *Контрольные вопросы:*

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

	системы	
--	---------	--

Вид оценочного средства: Ситуационные задачи:

Оценочное средство	Эталон ответа	Уровень применения*
У 35-летнего больного в течение 3-х недель отмечается повышение температуры до 38-39⁰С, 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 x 10⁹/л. Э-8, П-10, С-70, Л- 8, М-4. Тромбоциты – 180 x 10⁹/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). Ан. крови общий: Нв – 100 г/л, Эр. – 3,5 x 10¹²/л, Л – 5,9 x 10⁹/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, дилатация 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

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 37.8⁰С. 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.-4.5x10¹²/л, ЦП-0.82, лейкоц.-2.3x10⁹/л, формула не изменена, тромбоц.-80x10⁹/л, СОЭ-48 мм/час. Общий белок-88 г/л, альбумин-62 г/л, креатинин-88 мкмоль/л. Электрофорез белков крови: альбумины-32%, α₁-глобулины-6%, α₂-глобулины-14%, β-глобулины-16%, γ-глобулины-32%. Анализ мочи: уд. вес 1020, белок-1.5 г/л, эр.-6-8 в п/зр., лейкоц.-4-6 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.	Правильно описаны алгоритм осмотра. Дана оценка выявленных клинических и лабораторных симптомов и обоснован клинический диагноз. Даны рекомендации по дальнейшему ведению пациента	ПА, ГИА
У 58-летнего больного в возрасте 45 лет при случайном обследовании диагностирован аортальный порок сердца. Чувствовал себя удовлетворительно работоспособность не снижалась (по профессии монтажник мелких деталей). Нерегулярно наблюдался кардиологом.	Правильно описаны алгоритм осмотра. Дана оценка выявленных клинических и лабораторных	ПА, ГИА

От оперативного лечения отказывался. Бицилинопрофилактику не проводил. За последний год отмечает медленно нарастающую одышку, иногда, при нагрузке – кратковременное неприятное жжение за грудиной. Получил инвалидность 2 группы. 3 недели тому назад проводилось урологическое обследование с катетеризацией мочевого пузыря, после чего отмечает повышение температуры до 37,5-38°С. 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: Нв - 105 г/л, Л - 8 х 10⁹/л. Формула крови без особенностей. СОЭ 35 мм/час.	симптомов и обоснован клинический диагноз. Даны рекомендации по 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. 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 и госпитализациями. На 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 отделах. Анализ периферической крови без особенностей. Глюкоза крови 7,5 ммоль/л. Проведено рентгенологическое исследование позвоночника.	Правильно описаны алгоритм осмотра. Дана оценка выявленных клинических и лабораторных симптомов и обоснован клинический диагноз. Даны рекомендации по дальнейшему ведению пациента	ПА, ГИА

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

Оценочное средство	Критерии ответа (раскрыта полно и самостоятельно,	Уровень применения*
--------------------	---	---------------------

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

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 применения*
1. ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ ПРИЗНАКИ 1) повышение СОЭ 2) повышение аминотрансфераз 3) нейтрофильный лейкоцитоз 4) повышение креатинфосфокиназы 5) обнаружение тропонина Т	2	ТК-РК
2. У ПАЦИЕНТА 25 ЛЕТ ПОСЛЕ 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	4	ТК-РК

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	ТК-РК
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	ТК-РК
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	ТК-РК
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	ТК-РК
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	3	ТК-РК
8. КАКОЙ 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 ⁰ С 4) длительность суставного синдрома		
9. НАЛИЧИЕ ПЛЕВРАЛЬНОГО ВЫПОТА 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	1	ТК-РК
10. ВЫБЕРИТЕ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫЙ И 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	2	ТК-РК
11. КАКИЕ ГРУППЫ ПРЕПАРАТОВ УСИЛИВАЮТ ГЛЮКОЗОСНИЖАЮЩЕЕ ДЕЙСТВИЕ СУЛЬФОНИЛМОЧЕВИНЫ? 1) £ – а.б. 2) β – а.б. 3) ингибиторы АПФ 4) тетрациклины 5) диуретики 6) аспирин 7) противотуберкулезные препараты	2, 3, 4, 6, 7	ТК-РК

Вид оценочного средства: *Контрольные вопросы:*

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

Вид оценочного средства: *Ситуационные задачи:*

Оценочное средство	Эталон ответа	Уровень применения*
<i>У 35-летнего больного в течение 3-х недель отмечается повышение температуры до 38-39⁰С, ночная потливость. Назначались антибиотики (Ампициллин, Клафоран) без эффекта. Обратился к врачу в связи появившимся кашлем, одышкой при нагрузке. Анамнез без особенностей.</i> <i>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.</i> <i>Ан. крови: Нв.100 г/л. Л -14 x 10⁹/л. Э-8, П-10, С-70, Л- 8, М-4. Тромбоциты – 180 x 10⁹/л. СОЭ – 50 мм/час. Ан. мочи без особенностей</i> <i>Проведены рентгенологическое исследование грудной клетки и гистологическое исследование биопсированного шейного лимфатического узла.</i>	<i>Правильно описаны алгоритм осмотра, диагностики и лечения. Дан анализ возможных причин неэффективности антибактериальной терапии.</i>	<i>ПА, ГИА</i>
<i>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</i>	<i>Правильно описаны алгоритм осмотра. Дана оценка выявленных</i>	<i>ПА, ГИА</i>

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 x 10¹²/л, Л – 5,9 x 10⁹/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, дилатация левого предсердия, резкое утолщение стенок левого желудочка и межжелудочковой перегородки. Фракция выброса 42%.	клинических и лабораторных симптомов и обоснован клинический диагноз. Даны рекомендации по дальнейшему ведению пациента.	
Больной 33 лет, геолог. В течение нескольких лет работал в Заполярье. Через два месяца после возвращения в средние широты появились эпизоды кровавистого 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: Нв-78 г/л, лейкоц.-15x10⁹/л, п/я-	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 37.8⁰С. 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.-4.5x10¹²/л, ЦП-0.82, лейкоц.-2.3x10⁹/л, формула не изменена, тромбоц.-80x10⁹/л, СОЭ-48 мм/час. Общий белок-88 г/л, альбумин-62 г/л, креатинин-88 мкмоль/л. Электрофорез белков крови: альбумины-32%, α₁-глобулины-6%, α₂-глобулины-14%, β-глобулины-16%, γ-глобулины-32%. Анализ мочи: уд. вес 1020, белок-1.5 г/л, эр.-6-8 в п/зр., лейкоц.-4-6 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.	Правильно описаны алгоритм осмотра. Дана оценка выявленных клинических и лабораторных симптомов и обоснован клинический диагноз. Даны рекомендации по дальнейшему ведению пациента	ПА, ГИА

У 58-летнего больного в возрасте 45 лет при случайном обследовании диагностирован аортальный порок сердца. Чувствовал себя удовлетворительно работоспособность не снижалась (по профессии монтажник мелких деталей). Нерегулярно наблюдался кардиологом. От оперативного лечения отказывался. Бицилинопрофилактику не проводил. За последний год отмечает медленно нарастающую одышку, иногда, при нагрузке – кратковременное неприятное жжение за грудиной. Получил инвалидность 2 группы. 3 недели тому назад проводилось урологическое обследование с катетеризацией мочевого пузыря, после чего отмечает повышение температуры до 37,5-38°С. 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: Нв - 105 г/л, Л - 8×10^9/л. Формула крови без особенностей. СОЭ 35 мм/час.	Правильно описаны алгоритм осмотра. Дана оценка выявленных клинических и лабораторных симптомов и обоснован клинический диагноз. Даны рекомендации по дальнейшему ведению пациента	ПА, ГИА
65-летний больной доставлен в стационар машиной скорой помощи. Найден дома родственниками лежащим на полу, не в состоянии самостоятельно подняться. Со слов родственников, страдает сахарным диабетом, по 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.	Правильно описаны алгоритм осмотра. Дана оценка выявленных клинических и лабораторных симптомов и обоснован клинический диагноз. Даны рекомендации по дальнейшему ведению пациента	ПА, ГИА
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	Правильно описаны алгоритм осмотра. Дана оценка выявленных клинических и лабораторных	ПА, ГИА

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 и госпитализациями. На 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 отделах. Анализ периферической крови без особенностей. Глюкоза крови 7,5 ммоль/л. Проведено рентгенологическое исследование позвоночника.	симптомов и обоснован клинический диагноз. Даны рекомендации по дальнейшему ведению пациента	
--	---	--

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

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

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 ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ЧЕЛОВЕКА, ОТНОСЯТСЯ 1) грибы 2) вирусы 3) бактерии 4) простейшие 5) риккетсии	1, 2, 3, 4, 5	ТК-РК
2. НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫМИ ВОЗБУДИТЕЛЯМИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЮТСЯ: 1) <i>Pseudomonas aeruginosa</i> 2) <i>Streptococcus pneumoniae</i> 3) <i>Mycoplasma pneumoniae</i> 4) <i>Staphylococcus aureus</i> 5) <i>Haemophilis influenzae</i>	2, 5	ТК-РК
3. ВОЗБУДИТЕЛЯМИ АТИПИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ ЯВЛЯЮТСЯ 1) <i>Streptococcus pneumoniae</i> 2) <i>Mycoplasma pneumoniae</i> 3) <i>Legionella</i> spp. 4) <i>Chlamidia pneumoniae</i> 5) <i>Haemophilis influenzae</i>	2, 3, 4	ТК-РК
4. КАКОЙ ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ВАРИАНТОВ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ? 1) мезангиопролиферативный 2) фокально-сегментарный гломерулосклероз 3) гломерулонефрит с «полунуниями» 4) мембранозный 5) гломерулонефрит с «минимальными изменениями»	3	ТК-РК
5. 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	ТК-РК
6. ПРИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ НАСЛЕДСТВЕННОЙ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ (НАСЛЕДСТВЕННЫЙ МИКРОСФЕРОЦИТОЗ) И	4	ТК-РК

ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИ ЖИЛЬБЕРА ОСНОВНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ЯВЛЯЕТСЯ 1) уровень билирубина в сыворотке 2) возраст больных 3) общее состояние больных 4) морфология эритроцитов		
7. 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	ТК-РК
8. КЛЮЧЕВЫМ ПАРАМЕТРОМ ОЦЕНКИ ФВД В ДИАГНОСТИКЕ ХОБЛ ЯВЛЯЕТСЯ: 1) ОФВ₁ 2) Остаточный объем 3) ФЖЕЛ 4) Максимальная вентиляция легких 5) ОФВ₁ / ФЖЕЛ	5	ТК-РК
9. 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	3	ТК-РК
10. ВЫБЕРИТЕ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫЙ И 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	2	ТК-РК
11. КАКОЙ ИЗ КЛИНИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ	4	ТК-РК

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 38⁰С 4) длительность суставного синдрома		
12. НАЛИЧИЕ ПЛЕВРАЛЬНОГО ВЫПОТА 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	1	ТК-РК
13. КАКИЕ ГРУППЫ ПРЕПАРАТОВ УСИЛИВАЮТ ГЛЮКОЗОСНИЖАЮЩЕЕ ДЕЙСТВИЕ СУЛЬФОНИЛМОЧЕВИНЫ? 1) α-а.б. 2) β – а.б. 3) ингибиторы АПФ 4) тетрациклины 5) диуретики 6) аспирин 7) противотуберкулёзные препараты	2, 3, 4, 6, 7	ТК-РК

Вид оценочного средства: *Контрольные вопросы:*

Оценочное средство	Критерии ответа (полный ответ, неполный ответ, отсутствует)	Уровень применения*
<i>Современные принципы терапии ИБС.</i>	<i>Перечислены современные принципы терапии ИБС.</i>	<i>ТК-РК</i>
<i>Современные принципы терапии ОКС.</i>	<i>Перечислены современные принципы терапии</i>	<i>ТК-РК</i>

	<i>ОКС</i>	
<i>Современные возможности лечения хронических вирусных гепатитов.</i>	<i>Перечислены современные принципы лечения вирусных гепатитов и критерии эффективности терапии.</i>	<i>ТК-РК</i>
<i>Современные принципы терапии хронических гломерулонефритов</i>	<i>Перечислены современные принципы терапии хронических гломерулонефритов</i>	<i>ТК-РК</i>

Вид оценочного средства: *Ситуационные задачи:*

<i>Оценочное средство</i>	<i>Эталон ответа</i>	<i>Уровень применения*</i>
<i>У 35-летнего больного в течение 3-х недель отмечается повышение температуры до 38-39⁰С, ночная потливость. Назначались антибиотики (Ампициллин, Клафоран) без эффекта. Обратился к врачу в связи появившимся кашлем, одышкой при нагрузке. Анамнез без особенностей.</i> <i>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.</i> <i>Ан. крови: Нв.100 г/л. Л -14 x 10⁹/л. Э-8, П-10, С-70, Л- 8, М-4. Тромбоциты – 180 x 10⁹/л. СОЭ – 50 мм/час. Ан. мочи без особенностей</i> <i>Проведены рентгенологическое исследование грудной клетки и гистологическое исследование биопсированного шейного лимфатического узла.</i>	<i>Правильно описаны алгоритм осмотра, диагностики и лечения. Дан анализ возможных причин неэффективности антибактериальной терапии.</i>	<i>ПА, ГИА</i>
<i>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.</i> <i>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).</i>	<i>Правильно описаны алгоритм осмотра. Дана оценка выявленных клинических и лабораторных симптомов и обоснован клинический диагноз. Даны рекомендации по дальнейшему ведению пациента.</i>	<i>ПА, ГИА</i>

<i>Ан. крови общий: Нв – 100 г/л, Эр. – 3,5 x 10¹²/л, Л – 5,9 x 10⁹/л. Формула без особенностей. СОЭ – 60 мм/час. Общий белок – 72 г/л, альбумин – 40 г/л, креатинин - 0,18 ммоль/л.</i> <i>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.</i> <i>ЭХО-кардиография: уменьшение размеров левого желудочка, дилатация левого предсердия, резкое утолщение стенок левого желудочка и межжелудочковой перегородки. Фракция выброса 42%.</i>		
<i>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.</i> <i>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.</i> <i>При осмотре состояние относительно удовлетворительное. Температура тела 37,8⁰С. 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.</i> <i>Анализ крови: Нв-106 г/л, эр.-4.5x10¹²/л, ЦП-0.82, лейкоц.-2.3x10⁹/л, формула не изменена, тромбоц.-80x10⁹/л, СОЭ-48 мм/час. Общий белок-88 г/л, альбумин-62 г/л, креатинин-88 мкмоль/л. Электрофорез белков крови: альбумины-32%, α₁-глобулины-6%, α₂-глобулины-14%, β-глобулины-16%, γ-глобулины-32%.</i> <i>Анализ мочи: уд. вес 1020, белок-1.5 г/л, эр.-6-8 в п/зр., лейкоц.-4-6 в п/зр., гиалиновые цилиндры-1-2 в п/зр.</i>	<i>Правильно описаны алгоритм осмотра. Дана оценка выявленных клинических и лабораторных симптомов и обоснован клинический диагноз. Даны рекомендации по дальнейшему ведению пациента</i>	<i>ПА, ГИА</i>

<i>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.</i>		
<i>У 58-летнего больного в возрасте 45 лет при случайном обследовании диагностирован аортальный порок сердца. Чувствовал себя удовлетворительно работоспособность не снижалась (по профессии монтажник мелких деталей). Нерегулярно наблюдался кардиологом. От оперативного лечения отказывался. Бицилинопрофилактику не проводил. За последний год отмечает медленно нарастающую одышку, иногда, при нагрузке – кратковременное неприятное жжение за грудиной. Получил инвалидность 2 группы. 3 недели тому назад проводилось урологическое обследование с катетеризацией мочевого пузыря, после чего отмечает повышение температуры до 37,5-38°С. Страдает сахарным диабетом (соблюдает диету, принимает диабетон).</i> <i>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.</i> <i>Ан. крови общий: Нв - 105 г/л, Л - 8×10^9/л. Формула крови без особенностей. СОЭ 35 мм/час.</i>	<i>Правильно описаны алгоритм осмотра. Дана оценка выявленных клинических и лабораторных симптомов и обоснован клинический диагноз. Даны рекомендации по дальнейшему ведению пациента</i>	<i>ПА, ГИА</i>
<i>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 и госпитализациями. На 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.</i> <i>Об-но: болезненность при нагрузке на позвоночник по оси. Движения в позвоночнике ограничены из-за болей. В легких единичные сухие</i>	<i>Правильно описаны алгоритм осмотра. Дана оценка выявленных клинических и лабораторных симптомов и обоснован клинический диагноз. Даны рекомендации по дальнейшему ведению пациента</i>	<i>ПА, ГИА</i>

<i>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.</i>		
---	--	--

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

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

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

Вид оценочного средства: *Контрольные вопросы:*

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

<i>Неотложные состояния при эндокринологической патологии</i>	<i>Перечислены основные неотложные состояния при эндокринологической патологии и принципы их терапии</i>	<i>ТК-РК</i>
<i>Принципы терапии обострений БОС</i>	<i>Перечислены основные принципы терапии обострений БОС</i>	<i>ТК-РК</i>

Вид оценочного средства: *Ситуационные задачи:*

Оценочное средство	Эталон ответа	Уровень применения*
<i>У 35-летнего больного в течение 3-х недель отмечается повышение температуры до 38-39⁰С, ночная потливость. Назначались антибиотики (Ампициллин, Клафоран) без эффекта. Обратился к врачу в связи появившимся кашлем, одышкой при нагрузке. Анамнез без особенностей.</i> <i>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.</i> <i>Ан. крови: Нв.100 г/л. Л -14 x 10⁹/л. Э-8, П-10, С-70, Л- 8, М-4. Тромбоциты – 180 x 10⁹/л. СОЭ – 50 мм/час. Ан. мочи без особенностей</i> <i>Проведены рентгенологическое исследование грудной клетки и гистологическое исследование биопсированного шейного лимфатического узла.</i>	<i>Правильно описаны алгоритм осмотра, диагностики и лечения. Дан анализ возможных причин неэффективности антибактериальной терапии.</i>	<i>ПА, ГИА</i>
<i>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.</i> <i>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).</i> <i>Ан. крови общий: Нв – 100 г/л, Эр. – 3,5 x</i>	<i>Правильно описаны алгоритм осмотра. Дана оценка выявленных клинических и лабораторных симптомов и обоснован клинический диагноз. Даны рекомендации по дальнейшему ведению пациента.</i>	<i>ПА, ГИА</i>

$10^{12}/л$, Л – $5,9 \times 10^9/л$. 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, дилатация левого предсердия, резкое утолщение стенок левого желудочка и межжелудочковой перегородки. Фракция выброса 42%.		
65-летний больной доставлен в стационар машиной скорой помощи. Найден дома родственниками лежащим на полу, не в состоянии самостоятельно подняться. Со слов родственников, страдает сахарным диабетом, по 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.	Правильно описаны алгоритм осмотра. Дана оценка выявленных клинических и лабораторных симптомов и обоснован клинический диагноз. Даны рекомендации по дальнейшему ведению пациента	ПА, ГИА

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

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

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 (полный ответ, неполный ответ, отсутствует)	Уровень применения*
<i>Какие принципы диспансерного наблюдения пациентов с ревматоидным артритом (РА)?</i>	<i>Перечислены основные принципы диспансеризации пациентов с РА.</i>	<i>ТК-РК</i>
<i>Диспансерное наблюдение пациентов с ИБС</i>	<i>Перечислены принципы диспансерного наблюдения пациентов с ИБС</i>	<i>ТК-РК</i>
<i>Принципы диспансерного наблюдения и реабилитация пациентов с ХОБЛ</i>	<i>Перечислены принципы диспансерного наблюдения и реабилитационные мероприятия пациентов с ХОБЛ</i>	<i>ТК-РК</i>

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

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

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

Вид оценочного средства: *Контрольные вопросы:*

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

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

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

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

Вид оценочного средства: *Контрольные вопросы:*

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

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

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

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

Оценочные средства разработаны кафедрой госпитальной терапии № 2 лечебного факультета

Разработчики:

Зав. кафедрой госпитальной терапии № 2 лечебного факультета, профессор, д.м.н.	_____	Л.И.Дворецкий
	(подпись)	
Ответственный за организацию и координацию учебной и учебно-методической работы на кафедре доцент, к.м.н.	_____	С.Е.Колендо
	(подпись)	
Профессор, д.м.н.	_____	В.В.Желнов
	(подпись)	
Профессор, д.м.н.	_____	С.В.Яковлев
	(подпись)	
Доцент, к.м.н.	_____	Е.В.Сергеева
	(подпись)	
Доцент, к.м.н.	_____	Н.А.Черкасова
	(подпись)	
Ассистент, к.м.н.	_____	Н.В.Дятлов
	(подпись)	
Ассистент, к.м.н.	_____	Е.В.Комарова
	(подпись)	
Ассистент, к.м.н.	_____	М.П.Суворова
	(подпись)	
Ассистент, к.м.н.	_____	Ю.В.Щеглова
	(подпись)	

Приняты на заседании кафедры _____

«_____» _____ 20__ г., протокол № _____

Заведующий кафедрой

(подпись)

(инициалы, фамилия)

При разработке оценочных средств с участием других кафедр

Приняты на заседании кафедры _____

« _____ » _____ 20 ____ г., протокол № _____

Заведующий кафедрой _____

(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 клинко-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, 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 (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).