**ПЯТИГОРСКИЙ МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ –**

филиал федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования

**«ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ**

**МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**

Министерства здравоохранения Российской Федерации

УТВЕРЖДАЮ

Заместитель директора по учебной и воспитательной работе Пятигорского медико-фармацевтического института – филиала ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_М.В. Черников

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_ г.

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ**

**ТЕКУЩЕЙ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

**ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ**

Образовательная программа: специалитет по специальности Лечебное дело

Кафедра: терапевтических дисциплин

Курс: 5,6

Семестр: 9, 10, 11, 12

Форма обучения: очная

Трудоемкость дисциплины: 12 ЗЕ (432 часа), из них 264 часа контактной работы обучающегося с преподавателем

Промежуточная аттестация: экзамен – 12 семестр

Пятигорск, 2022

**РАЗРАБОТЧИКИ:** И.о. заведующего кафедрой терапевтических дисциплин, д.м.н., Агапитов Л.И., Ст. преподаватель кафедры терапевтических дисциплин Е.Ю. Серенкова, преподаватель кафедры терапевтических дисциплин С.В. Корягин

**РЕЦЕНЗЕНТ:** главный научный сотрудник ФГБОУ ПГНИИК ФМБА, д.м.н., профессор Ботвинева Л.А.

**В рамках дисциплины формируются следующие компетенции, подлежащие оценке настоящим ФОС:**

**Общекультурные компетенции (ОК):**

*ОК-1 способность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу;*

*ОК-5 готовность к саморазвитию, самореализации, самообразованию, использованию творческого потенциала;*

*ОК-8 готовность к работе в коллективе, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия;*

**общепрофессиональные компетенции (ОПК):**

*ОПК-1 готовность решать стандартные задачи профессиональной деятельности с использованием информационных, библиографических ресурсов, медико-биологической терминологии, информационно-коммуникационных технологий и учетом основных требований информационной безопасности;*

*ОПК-6 готовность к ведению медицинской документации;*

*ОПК-8 готовность к медицинскому применению лекарственных препаратов и иных веществ и их комбинаций при решении профессиональных задач;*

*ОПК-9 способность к оценке морфофункциональных, физиологических состояний и патологических процессов в организме человека для решения профессиональных задач;*

*ОПК-11 готовность к применению медицинских изделий, предусмотренных порядками оказания медицинской помощи;*

**профессиональные компетенцие (ПК)**:

*ПК-1 способность и готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания;*

*ПК-2 способность и готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения;*

*ПК-5 готовность к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболеваний;*

*ПК-6 способность к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, Х пересмотра;*

*ПК-7 готовность к проведению экспертизы временной нетрудоспособности, участию в проведении медико-социальной экспертизы, констатации биологической смерти человека;*

*ПК-8 способность к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами;*

 *ПК-9 готовность к ведению и лечению пациентов с различными нозологическими формами в амбулаторных условиях дневного стационара;*

*ПК-10 готовность к оказанию медицинской помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи;*

*ПК-14 готовность к определению необходимости применения лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении.*

1. **ВОПРОСЫ ДЛЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ И ПРОВЕРЯЕМЫЕ КОМПЕТЕНЦИИ**

**ПРОВЕРЯЕМЫЕ КОМПЕТЕНЦИИ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | **Вопросы для текущего контроля успеваемости студента** | **Проверяемые компетенции** |
|  | **Раздел 1. Организационные основы первичной медико-санитарной помощи взрослому населению по профилю «терапия»** |   |
|  | Организационные основы первичной медико-санитарной помощи взрослому населению по профилю «терапия». | ОК-1, ОК-5, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-9, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7 |
|  | Порядок выписывания рецептов участковым терапевтом. | ОК-1, ОК-5, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-9, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7 |
|  | Организация проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров взрослого населения | ОК-1, ОК-5, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-9, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7 |
|  | Диспансерное наблюдение больных хроническими неинфекционными заболеваниями | ОК-1, ОК-5, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-9, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7 |
|  | Проведение анализа показателей работы врачей амбулаторно-поликлинического учреждения | ОК-1, ОК-5, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-9, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7 |
|  | Экспертиза временной утраты трудоспособности | ОК-1, ОК-5, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-9, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7 |
|  | Экспертиза стойкой утраты трудоспособности. | ОК-1, ОК-5, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-9, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7 |
|  | **Раздел 2. Клиническое мышление и доказательная медицина. Основы принятия решений при оказании первичной медико-санитарной помощи.** | ОК-1,ОК-5,ОК-8, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-9 |
|  | **Раздел 3. Особенности соматической патологии при беременности.** |  |
|  | Особенности соматической патологии при беременности. | ОК-1,ОК-5,ОК-8,ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-2,ПК-5,ПК-6, ПК-7, ПК-9 |
|  | **Раздел 4. Паранеопластический синдром в амбулаторной практике. Вопросы ранней диагностики онкологических заболеваний на амбулаторном этапе.** |  |
|  | Паранеопластический синдром. Вопросы ранней диагностики онкологических заболеваний на амбулаторном этапе. | ОК-1,ОК-5,ОК-8, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-2,ПК-5,ОК-6, ПК-7, ПК-9 |
|  | **Раздел 5. Вопросы геронтологии гериатрии в амбулаторной практике**. |   |
|  | Вопросы гериатрии в амбулаторной практике. | ОК-1,ОК-5, ОК-8, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-2,ПК-5,ПК-6, ПК-7, ПК-9 |
|  | **Раздел 6. Общий подход к пациентам с лихорадкой на амбулаторном этапе.** |   |
|  | Общий подход к пациентам с лихорадкой на амбулаторном этапе. | ОК-1,ОК-5,ОК-8, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-2,ПК-5,ПК-6, ПК-9, ПК-10 |
|  | **Раздел 7. Амбулаторная пульмонология.** |  |
|  | Общий подход к пациентам с кашлем, гриппом, ОРВИ, ангинами на амбулаторном этапе. | ОК-1,ОК-5, ОК-8, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-11, ПК-1,ПК-2,ПК-5, ПК-6,ПК-7,ПК-8, ПК-9,ПК-10, ПК-14 |
|  | Тактика ведения больных с внебольничной пневмонией на амбулаторном этапе. | ОК-1,ОК-5, ОК-8, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-11, ПК-1,ПК-2,ПК-5, ПК-6,ПК-7,ПК-8, ПК-9,ПК-10, ПК-14 |
|  | Тактика ведения больных с бронхиальной астмой на амбулаторном этапе. | ОК-1,ОК-5, ОК-8, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-11, ПК-1,ПК-2,ПК-5, ПК-6,ПК-7,ПК-8, ПК-9,ПК-10, ПК-14 |
|  | Тактика ведения больных с хроническойобструктивной болезнью легких на амбулаторном этапе | ОК-1,ОК-5, ОК-8, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-11, ПК-1,ПК-2,ПК-5, ПК-6,ПК-7,ПК-8, ПК-9,ПК-10, ПК-14 |
|  | **Раздел 8. Амбулаторная кардиология.** |  |
|  | Общий подход к пациентам с повышенным артериальным давлением на амбулаторном этапе.  | ОК-1,ОК-5, ОК-8, ОПК-1,ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9,ОПК-11, ПК-1,ПК-2,ПК-5, ПК-6,ПК-7,ПК-8, ПК-9,ПК-10,ПК-14 |
|  | Общий подход к пациентам с болью в грудной клетке на амбулаторном этапе. | ОК-1,ОК-5, ОК-8, ОПК-1,ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9,ОПК-11, ПК-1,ПК-2,ПК-5, ПК-6,ПК-7,ПК-8, ПК-9,ПК-10,ПК-14 |
|  | Общий подход к пациентам с отеками на амбулаторном этапе. | ОК-1,ОК-5, ОК-8, ОПК-1,ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9,ОПК-11, ПК-1,ПК-2,ПК-5, ПК-6,ПК-7,ПК-8, ПК-9,ПК-10,ПК-14 |
|  | Тактика ведения больных с артериальной гипертензией на амбулаторном этапе.  | ОК-1,ОК-5, ОК-8, ОПК-1,ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9,ОПК-11, ПК-1,ПК-2,ПК-5, ПК-6,ПК-7,ПК-8, ПК-9,ПК-10,ПК-14 |
|  | Тактика ведения больных со стабильной стенокардией напряжения на амбулаторном этапе. | ОК-1,ОК-5, ОК-8, ОПК-1,ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9,ОПК-11, ПК-1,ПК-2,ПК-5, ПК-6,ПК-7,ПК-8, ПК-9,ПК-10,ПК-14 |
|  | Тактика ведения больных с острым коронарным синдромом на догоспитальном этапе. Вопросы реабилитации постинфарктных больных на амбулаторном этапе. | ОК-1,ОК-5, ОК-8, ОПК-1,ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9,ОПК-11, ПК-1,ПК-2,ПК-5, ПК-6,ПК-7,ПК-8, ПК-9,ПК-10,ПК-14 |
|  | Тактика ведения больных с мерцательной аритмией и другими нарушениями ритма и проводимости на амбулаторном этапе.  | ОК-1,ОК-5, ОК-8, ОПК-1,ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9,ОПК-11, ПК-1,ПК-2,ПК-5, ПК-6,ПК-7,ПК-8, ПК-9,ПК-10,ПК-14 |
|  | Тактика ведения больных с хронической сердечной недостаточностью на амбулаторном этапе. | ОК-1,ОК-5, ОК-8, ОПК-1,ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9,ОПК-11, ПК-1,ПК-2,ПК-5, ПК-6,ПК-7,ПК-8, ПК-9,ПК-10,ПК-14 |
|  | Тактика ведения больных с болезнями миокарда на амбулаторном этапе. | ОК-1,ОК-5, ОК-8, ОПК-1,ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9,ОПК-11, ПК-1,ПК-2,ПК-5, ПК-6,ПК-7,ПК-8, ПК-9,ПК-10,ПК-14 |
|  | **Раздел 9. Амбулаторная гастроэнтерология** |  |
|  | Общий подход к пациентам с болью в эпигастральной области на амбулаторном этапе. | ОК-1,ОК-5,ОК-8,ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-11, ПК-1,ПК-2,ПК-5, ПК-6,ПК-7,ПК-8, ПК-9,ПК-10, ПК-14 |
|  | Общий подход к пациентам с хроническими диффузными заболеваниями печени на амбулаторном этапе. | ОК-1,ОК-5,ОК-8,ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-11, ПК-1,ПК-2,ПК-5, ПК-6,ПК-7,ПК-8, ПК-9,ПК-10, ПК-14 |
|  | Общий подход к пациентам с нарушением акта дефекации на амбулаторном этапе. | ОК-1,ОК-5,ОК-8,ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-11, ПК-1,ПК-2,ПК-5, ПК-6,ПК-7,ПК-8, ПК-9,ПК-10, ПК-14 |
|  | Тактика ведения больных с кислотозависимыми заболеваниями верхних отделов желудочно-кишечного тракта на амбулаторном этапе. | ОК-1,ОК-5,ОК-8,ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-11, ПК-1,ПК-2,ПК-5, ПК-6,ПК-7,ПК-8, ПК-9,ПК-10, ПК-14 |
|  | Тактика ведения больных с функциональными нарушениями желудочно-кишечного тракта на амбулаторном этапе. | ОК-1,ОК-5,ОК-8,ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-11, ПК-1,ПК-2,ПК-5, ПК-6,ПК-7,ПК-8, ПК-9,ПК-10, ПК-14 |
|  | Тактика ведения больных с хроническими диффузными заболеваниями печени на амбулаторном этапе. | ОК-1,ОК-5,ОК-8,ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-11, ПК-1,ПК-2,ПК-5, ПК-6,ПК-7,ПК-8, ПК-9,ПК-10, ПК-14 |
|  | Тактика ведения больных с хроническим панкреатитом и хроническим холециститом на амбулаторном этапе. | ОК-1,ОК-5,ОК-8,ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-11, ПК-1,ПК-2,ПК-5, ПК-6,ПК-7,ПК-8, ПК-9,ПК-10, ПК-14 |
|  | Тактика ведения больных с воспалительными заболеваниями кишечника на амбулаторном этапе. | ОК-1,ОК-5,ОК-8,ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-11, ПК-1,ПК-2,ПК-5, ПК-6,ПК-7,ПК-8, ПК-9,ПК-10, ПК-14 |
|  | **Раздел 10. Амбулаторная гематология** |  |
|  | Общий подход к пациентам с анемическим синдромом на амбулаторном этапе. | ОК-1, ОК-5, ОК-8, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-11, ПК-1,ПК-2,ПК-5, ПК-6,ПК-7,ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-14 |
|  | Тактика ведения больных с анемиями на амбулаторном этапе. | ОК-1, ОК-5, ОК-8, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-11, ПК-1,ПК-2,ПК-5, ПК-6,ПК-7,ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-14 |
|  | **Раздел 11. Амбулаторная нефрология** |  |
|  | Общий подход к пациентам с мочевым синдромом на амбулаторном этапе | ОК-1,ОК-5,ОК-8, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-11, ПК-1,ПК-2,ПК-5, ПК-6,ПК-7,ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-14 |
|  | Тактика ведения больных с инфекцией мочевыводящих путей на амбулаторном этапе. | ОК-1,ОК-5,ОК-8, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-11, ПК-1,ПК-2,ПК-5, ПК-6,ПК-7,ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-14 |
|  | Тактика ведения больных с хронической болезнью почек на амбулаторном этапе. | ОК-1,ОК-5,ОК-8, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-11, ПК-1,ПК-2,ПК-5, ПК-6,ПК-7,ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-14 |
|  | **Раздел 12. Амбулаторная ревматология.** |  |
|  | Общий подход и тактика ведения больных с болью в суставах на амбулаторном этапе. | ОК-1,ОК-5,ОК-8, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-11, ПК-1,ПК-2,ПК-5, ПК-6,ПК-7,ПК-8, ПК-9,ПК-10, ПК-14 |
|  | **Раздел 13. Амбулаторная эндокринология** |  |
|  | Общий подход к пациентам с сахарным диабетом на амбулаторном этапе. | ОК-1, ОК-5, ОК-8, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-11, ПК-1,ПК-2,ПК-5, ПК-6,ПК-7,ПК-8, ПК-9,ПК-10, ПК-14 |
|  | **Раздел 14. Метаболический синдром.** |  |
|  | Метаболический синдром на амбулаторном этапе. | ОК-1, ОК-5,ОК-8, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-11, ПК-1,ПК-2,ПК-5, ПК-6,ПК-7,ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-14 |
|  | **Раздел 15. Реабилитация постинсультных больных в амбулаторной практике.** | ОК-1,ОК-5,ОК-8, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-11, ПК-1,ПК-2,ПК-5, ПК-6,ПК-7,ПК-8, ПК-9,ПК-10, ПК-14 |

**Примеры типовых контрольных заданий или иных материалов, необходимых для оценки знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций в ходе текущего контроля успеваемости студентов.**

**Примеры заданий текущего контроля успеваемости по разделу 1:**

**«ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ОСНОВЫ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ ВЗРОСЛОМУ НАСЕЛЕНИЮ ПО ПРОФИЛЮ «ТЕРАПИЯ»*»***

**Текущий контроль успеваемости по теме 1:**

Организационные основы первичной медико-санитарной помощи взрослому населению по профилю «терапия».

**Примеры тестовых заданий:**

1. В ОБЯЗАННОСТИ ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА УЧАСТКОВОГО НЕ ВХОДИТ

а) оказание медицинской помощи

б) направление на санаторно-курортное лечение

в) определение группы инвалидности

г) выдача листка нетрудоспособности

2. НОРМАТИВНОЕ КОЛИЧЕСТВО НАСЕЛЕНИЯ НА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ УЧАСТКЕ

а) 1000 человек

б) 1700 человек

в) 2500 человек

г) 5000 человек

3. НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫМ ФАКТОРОМ, ВЛИЯЮЩИМ НА ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА, ЯВЛЯЕТСЯ

 а) климатические условия.

б) состояние окружающей среды

в) организация медицинской помощи

г) наличие производственных вредностей

**Пример ситуационной задачи:**

Больной 20 лет, студент, вызвал врача на дом. Жалобы на кашель со ржавой мокротой, боли в левой половине грудной клетке при дыхании и кашле, повышение температуры тела до 39,5°С, озноб, резкую общую слабость, головную боль.

Заболел остро, после переохлаждения 2 дня назад - повысилась температура до 38,8°С, появились сухой кашель, боль в грудной клетке слева при дыхании и кашле, озноб, общая слабость. Через сутки заметил выделение скудного количества мокроты с ржавым оттенком. Принимал жаропонижающие с кратковременным положительным эффектом и отхаркивающие. Не курит, из перенесённых заболеваний – корь, скарлатина в детском возрасте. Аллергоанамнез не отягощён.

Общее состояние средней тяжести. Нормостенического телосложения. Определяются гиперемия щек, более выраженная слева, herpes labialis. Дыхание поверхностное, частота дыханий 20 в минуту, SpO2 98%. При осмотре грудная клетка слева отстает в акте дыхания. При перкуссии легких отмечается притупление перкуторного звука слева ниже угла лопатки и в подмышечной области ниже уровня IV ребра. Голосовое дрожание и бронхофония усилены в зоне притупления. При аускультации над местом притупления выслушиваются бронхиальное дыхание и крепитация. Пульс - 100 ударов в минуту, ритмичен, слабого наполнения и напряжения. Тоны сердца глуховатые, ритм правильный. АД - 100/60 мм рт.ст. Язык слегка обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный диагноз.

3. Назначьте дополнительное обследование.

4. Определите лечебную тактику.

5. Определите ориентировочные сроки нетрудоспособности и диспансерного наблюдения.

**Примеры контрольных вопросов:**

1. Цели и задачи диспансеризации прикрепленного населения.
2. Критерии и целевые уровни факторов риска при определении суммарного сердечно-сосудистого риска при проведении диспансеризации.
3. Диспансерные группы здоровья населения, подлежащего диспансеризации по заболеваемости, перечень хронических неинфекционных заболеваний.
4. Периодичность, длительность, определение объёма обследования и лечения при диспансерном наблюдении.

**Текущий контроль успеваемости по теме 2:**

Порядок выписывания рецептов участковым терапевтом.

**Примеры тестовых заданий:**

1.РЕЦЕПТЫ НА ПОЛУЧЕНИЕ НАРКОТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ ВЫПИСЫВАЕТ

а) лечащий врач

б) главный врач

в) лечащий врач совместно с зав. отделением

г) зав. Отделением

2. СРОК ДЕЙСТВИЯ СПЕЦИАЛЬНЫХ РЕЦЕПТОВ НА НАРКОТИЧЕСКИЕ

ВЕЩЕСТВА

а) 5 дней

б) 10 дней

в) 14 дней

г) 1 месяц

3. РЕЦЕПТУРНЫЙ БЛАНК ФОРМЫ № 148 – 1У – 88 ПРЕДНАЗНАЧЕН ДЛЯ ВЫПИСЫВАНИЯ И ОТПУСКА НИЖЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СРЕДСТВ, КРОМЕ

а) Психотропных веществ списка III

б) Средств, подлежащих предметно-количественному учету

в) Анаболических стероидов

г) Психотропных веществ списка II

**Пример ситуационной задачи:**

Осмотр на дому: 65-летняя женщина с жалобами на интенсивную боль в затылочной области, головокружение, тошноту, однократно была рвота съеденной пищей, не принесшая облегчения, слабость.

В течение последнего года отмечает повышение артериального давления до 160/90 мм рт. ст. Адаптирована к АД - 130/80 мм рт. ст. Лекарственной терапии не получает.

При осмотре состояние средней степени тяжести, избыточного питания. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД - 18 в минуту, SpO2 96%. Ритм сердца правильный, ЧСС - 100 в минуту, АД - 180/100 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. Назовите осложнение основного заболевания.

3. Проведите дифференциальный диагноз.

4. Составьте план обследования.

5. Определите лечебную тактику.

**Примеры контрольных вопросов:**

1 Понятие рецепта, его характеристика, структура. Функции рецепта.

 2.Формы рецептурных бланков, их особенности.

 3.Общие правила оформления рецептов.

 4.Порядок назначения и выписывания лекарственных средств при оказании первичной медико-санитарной помощи.

 5.Ответственность за нарушения правил выписывания рецептов.

**Текущий контроль успеваемости по теме 3:**

Организация проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров взрослого населения

**Примеры тестовых заданий:**

1.ЗА ОРГАНИЗАЦИЮ И ПРОВЕДЕНИЕ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО МЕДОСМОТРА НА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ УЧАСТКЕ ОТВЕЧАЕТ

а) участковый врач

б) заведующий отделением профилактики

в) главный врач поликлиники

г) председатель врачебной комиссии ЛПУ

2.РЕКОНВАЛЕСЦЕНТЫ ПНЕВМОНИИ ПОДЛЕЖАТ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ

а) 3 года

б) 6 месяцев

в) 2 года

3.КРАТНОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ

а) 1 раз в год

б) 2 раза год

в) 1 раз в 3 года

г) 1 раз в 2 года

**Пример ситуационной задачи:**

Пациент 62 лет, пенсионер, вызвал участкового врача на дом с жалобами на кашель с небольшим количеством мокроты, одышку при незначительной физической нагрузке, повышение температуры тела до 38,7˚С, головную боль, отсутствие аппетита.

Заболел остро, накануне, когда после переохлаждения появились вышеперечисленные симптомы. Из анамнеза известно, что в течение последних 10 лет пациент страдает артериальной гипертонией 3 степени и сахарным диабетом тип 2. Постоянно принимает эналаприл 10 мг 1 табл. в день и гликлазид МВ 1таб. 2 раза в день.

При осмотре состояние средней тяжести, гиперстенического телосложения. Кожные покровы обычной окраски, умеренные отёки стоп и нижней трети голеней. Температура тела 38,5 ˚С. При перкуссии лёгких определяется укорочение лёгочного звука в подмышечной области справа, там же выслушивается участок бронхиального дыхания, хрипов нет, частота дыханий 24 в минуту, SpO2 95%. Границы сердца расширены влево на 2 см, тоны сердца звучные, шумов не выслушивается. Ритм сердца правильный, ЧСС 96 ударов в минуту, АД 160/100 мм рт. ст. Язык суховат, обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный диагноз.

3. Определите лечебную тактику.

4. Оцените лекарственную терапию сопутствующей патологии.

5. Определите ориентировочные сроки диспансерного наблюдения.

**Примеры контрольных вопросов:**

1. Этапы диспансеризации и подведение итогов на каждом этапе диспансеризации.

2. Диспансеризация взрослого населения. Алгоритм краткого профилактического консультирования по результатам диспансеризации

3. Диспансеризация взрослого населения. Определение суммарного сердечно - сосудистого риска. Таблица SCORE

4. Профилактическое консультирование по факторам риска в рамках диспансеризации взрослого населения

5. Порядок проведения диспансеризации: периодичность и объем

6. Цели, задачи, перечень обследований на каждом этапе диспансеризации

7. Диспансеризация взрослого населения. Определение групп здоровья

**Текущий контроль успеваемости по теме 4:**

Диспансерное наблюдение больных хроническими неинфекционными заболеваниями

**Примеры тестовых заданий:**

1.КО 2-й ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ ОТНОСЯТСЯ

а) лица, имеющие хронические заболевания

б) лица с факторами риска хронических неинфекционных заболеваний

в) лица без факторов риска хронических неинфекционных заболеваний

2.УКАЖИТЕ ГРУППУ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН, У КОТОРЫХ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ВЫЯВЛЕНЫ ХРОНИЧЕСКИЕ НЕИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, НУЖДАЮЩИЕСЯ В ДАЛЬНЕЙШЕМ НАБЛЮДЕНИИ

а) I группа

б) II группа

в) III группа

3. В МЕДИЦИНСКУЮ ГРУППУ ПОВЫШЕННОГО РИСКА ПО ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗОМ НЕ ВХОДЯТ

а) Пациенты с ХОБЛ

б) Больные сахарным диабетом

в) Больные хроническим тонзиллитом

г) Больные язвенной болезнью

д) ВИЧ-инфицированные

**Пример ситуационной задачи:**

Осмотр на дому участковым терапевтом: больной 57 лет с жалобами на одышку смешанного характера при умеренной физической нагрузке, кашель с отделением гнойной мокроты.

В течение 38 лет работал на заводе по производству мебели, где имел контакт с красками, лаками, растворителями, курит с 15 лет по 30 сигарет в день. В течение длительного времени диагностировался хронический бронхит, с ежегодными обострениями по 3-4 раза в год. Впервые появление одышки при физической нагрузке отметил 5 лет назад, диагностирована ХОБЛ, назначена фиксированная комбинация ипратропия бромида/фенотерола в ингаляциях. Настоящее ухудшение в течение последних 2 дней, когда после переохлаждения повысилась температура до субфебрильных цифр, усилилась одышка, стала отходить гнойная мокрота.

При осмотре состояние средней степени тяжести, избыточного питания. Грудная клетка гиперстенической формы, при перкуссии лёгких – лёгочный звук. Дыхание везикулярное ослабленное, рассеянные басовые и дискантовые хрипы, частота дыханий 24 в минуту, SpO2 92 %. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, пульс 88 в минуту, АД 120/70 мм рт. ст. Живот симметричный, мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень не увеличена.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный диагноз.

3. Проведите дифференциальный диагноз.

4. Определите лечебную тактику.

5. составьте схему диспансерного наблюдения.

**Примеры контрольных вопросов:**

1.Дайте определение понятию «профилактика»

2. Цели профилактики хронических неинфекционных заболеваний?

3. Задачи профилактики хронических неинфекционных заболеваний?

4. Стратегии профилактики хронических неинфекционных заболеваний на

территории?

**Текущий контроль успеваемости по теме 5:**

Проведение анализа показателей работы врачей амбулаторно-поликлинического учреждения

**Примеры тестовых заданий:**

1.КРИТЕРИЙ, НЕ ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЙ ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАБОТЫ ВРАЧАТЕРАПЕВТА УЧАСТКОВОГО

а) Стабилизация или снижение уровня госпитализации

б) Снижение частоты вызовов скорой медицинской помощи

в) Отсутствие на участке онкологических больных

г) Увеличение числа посещений с профилактической целью

В ПЕРЕЧЕНЬ УЧЕТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ДОКУМЕНТОВ ПО ОЦЕНКЕ

2.ЭФФЕКТИВНОСТИ РАБОТЫ ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА УЧАСТКОВОГО НЕ ВХОДИТ УЧЕТНАЯ ФОРМА

а) № 025/у – 04

б) № 030/у – тер.

в) № 088/у – 06

г) № 030/у – 04

3. ДОКУМЕНТ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЙ КВАЛИФИКАЦИОННЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ВРАЧУ ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКИ

а) Приказ МЗ РФ № 112 от 21. 03. 2003 г.

б) Приказ МЗ РФ № 350 от 20. 11.2002 г.

в) Приказ Минздравсоцразвития РФ № 257 от 21. 11. 2004 г.

г) Приказ МЗ РФ № 229 от 27. 06. 2001 г

**Пример ситуационной задачи:**

Анализируется работа амбулаторно-поликлинических учреждений (АПУ) некоторого субъекта РФ. В таблице представлены исходные данные для расчета показателей деятельности учреждений, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь различным группам населения.

**Таблица.**Исходные данные для расчета статистических показателей деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений



*Продолжение табл.*



*Продолжение табл.*



*Окончание табл.*



\* α-ФП - α-фетопротеин.

\*\* ХГЧ - хорионический гонадотропин человеческий. \*\*\* ВМС - внутриматочные спирали.

Вопросы:

1. На основании исходных данных, приведенных в таблице, рассчитать статистические показатели деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений:

- городской поликлиники для взрослого населения;

- детской поликлиники;

- женской консультации.

2. Проанализировать полученные данные, сравнив их с рекомендуемыми или среднестатистическими значениями показателей, приведенными в учебнике и рекомендуемой литературе.

**Примеры контрольных вопросов:**

1. Назовите основные отчетные статистические формы, используемые для анализа деятельности лечебно-профилактического учреждения.

2. Какие показатели характеризуют диспансерную работу в поликлинике?

3. По какому показателю можно судить об уровне профилактических посещений поликлиники?

4. Назовите основные показатели, характеризующие деятельность амбулаторно-поликлинических учреждений.

5. Какие данные необходимы для расчета показателя «среднее число посещений на 1 жителя»?

**Текущий контроль успеваемости по теме 6:**

Экспертиза временной утраты трудоспособности

**Примеры тестовых заданий:**

1.СРЕДНИЕ СРОКИ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ КРУПНООЧАГОВОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА БЕЗ ОСЛОЖНЕНИЙ

а) 1,5 - 2 месяца

б) 2,5 - 3 месяца

в) 3 - 4 месяца

г) 4 - 4,5 месяца

2.ВРЕМЕННАЯ НЕТРУДОСПОСОБНОСТЬ ПРИ СРЕДНЕ-ТЯЖЁЛОМ ТЕЧЕНИИ ГРИППА (СТАНДАРТ)

а) 4 дня

б) 6 дней

в) 8 дней

г) 10 дней

д) 15 дней

3. СРЕДНИЕ СРОКИ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ ОСТРОМ БРОНХИТЕ

а) 6-8 дней

б) 8-12 дней

в) 4-6 дней

г) 12-16 дней

**Пример ситуационной задачи:**

1. На одном из промышленных предприятий с числом работающих 1215 человек в течение года было зарегистрировано 840 случаев заболеваний и 9200 дней временной утраты трудоспособности.

2. Смирнова Любовь Ивановна, 52 лет, бухгалтер ООО «Вымпел», проживающая по адресу: Воронеж, ул. Лебедева, д. 45, кв. 126, обратилась в городскую поликлинику № 2, находящуюся по адресу: Воронеж, ул. Лебедева, д. 5. После обследования врачом-терапевтом Павловой М.А. был поставлен диагноз: гипертонический криз. Назначено лечение. Листок нетрудоспособности выдан с 25 марта на 18 дней.

Вопросы:

1. На основании представленных исходных данных рассчитать и проанализировать показатели заболеваемости с временной утратой трудоспособности.

2. Оформить листок нетрудоспособности в соответствии с правилами заполнения листка нетрудоспособности и прилагаемым образцом (приложение 10).

**Примеры контрольных вопросов:**

1. Дайте определение понятия «экспертиза временной нетрудоспособности».

2. В чем заключается экспертиза временной нетрудоспособности?

3. Перечислите виды временной нетрудоспособности.

4. Назовите документы, удостоверяющие временную нетрудоспособность.

5. Назовите порядок выдачи листка нетрудоспособности при заболеваниях, травмах, отравлениях, а также при некоторых других последствиях воздействия внешних причин.

6. Каков порядок выдачи листка нетрудоспособности по уходу за больным членом семьи?

7. Как выдается листок нетрудоспособности в случаях беременности и родов?

8. Как осуществляется выдача листка нетрудоспособности на период санаторно-курортного лечения, протезирования и при карантине?

9. Назовите показатели заболеваемости с временной утратой трудоспособности. Приведите формулу расчета.

**Текущий контроль успеваемости по теме 7:**

Экспертиза стойкой утраты трудоспособности.

**Примеры тестовых заданий:**

1.ОСНОВНОЙ КРИТЕРИЙ РАЗГРАНИЧЕНИЯ ВРЕМЕННОЙ И СТОЙКОЙ

НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

а) Характер течения заболевания

б) Условия труда

в) Степень выраженности функциональных нарушений

г) Клинический и трудовой прогноз

д) Тяжесть анатомических изменений

2.ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ВЫДАЁТСЯ

1) гражданам РФ, работающим в государственных учреждениях и

организациях РФ

2) иностранным гражданам, работающим в государственных учреждениях и

организациях РФ

3) беженцам и вынужденным переселенцам, работающим в государственных

учреждениях и организациях РФ, независимо от форм собственности

4) всем перечисленным гражданам

3. ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ И ТРАВМАХ ЛЕЧАЩИЙ ВРАЧ ПРОДЛЕВАЕТ

ЕДИНОЛИЧНО ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ НА СРОК ДО

1) 15 календарных дней

2) 25 календарных дней

3) 30 календарных дней

4) 40 календарных дней

**Пример ситуационной задачи:**

Рабочий слесарной мастерской 32 лет в связи с травмой нижней конечности находится на листке нетрудоспособности с 5.01. по 7.08. Прогноз при интенсивной реабилитации благоприятный.

Вопросы:

1. Имеют ли право врачи муниципального лечебно-профилактического учреждения продлевать листок нетрудоспособности и далее?

2. Если листок нетрудоспособности будет продлеваться, то кто имеет право это делать?

3. На какой максимальный срок можно в данном случае продлевать листок нетрудоспособности?

4. Что необходимо сделать после истечения максимального срока выдачи листка нетрудоспособности, если состояние нетрудоспособности останется?

**Примеры контрольных вопросов:**

1.В каких случаях и кем производится экспертиза стойкой утраты трудоспособности?

2. Какие группы инвалидности могут быть установлены в случае утраты человеком трудоспособности?

3.Кто имеет и не имеет право на выдачу документов, удостоверяющих нетрудоспособность?

4. Каков порядок оформления документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность?

5. Каков порядок выдачи листка нетрудоспособности на период санаторно-курортного лечения, по уходу за больным членом семьи, здоровым ребенком и ребенком-инвалидом, при карантине, при протезировании, по [беременности](https://pandia.ru/text/category/beremennostmz/) и родам?

**Примеры заданий текущего контроля успеваемости по разделу 3:**

**«ОСОБЕННОСТИ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ»**

**Текущий контроль успеваемости по теме 8:**

Особенности соматической патологии при беременности.

**Примеры тестовых заданий:**

1.ПЛАНОВАЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ БЕРЕМЕННЫХ С ПОРОКАМИ СЕРДЦА ПОКАЗАНА:

1. До 12 недель беременности

2. В 18 − 22 недели беременности

3. В 28 − 32 недели беременности

4. В 32 − 36 недель беременности

5. В 37 − 38 недель беременности 13.

2.Плановая госпитализация в 28 − 30 недель беременности показана женщинам с пороками сердца:

1. Только при появлении признаков недостаточности кровообращения

2. Только при митральном стенозе

3. Только при комбинированном пороке сердца

4. Только при коарктации аорты

5. Всем независимо от вида порока сердца

3. ОСНОВНЫМИ ПРИЧИНАМИ РАЗВИТИЯ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КРОВООБРАЩЕНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ ЯВЛЯЮТСЯ:

 1. Заболевания почек

2. Железодефицитная анемия

3. Болезни миокарда

4. Приобретенные пороки сердца

 5. Антифосфолипидный синдром

**Пример ситуационной задачи:**

Первобеременная 22 лет поступила в отделение патологии беременности по направлению женской консультации с диагнозом: «беременность 39/40 недель. Сочетанный ППС (митральный порок с преобладанием митрального стеноза II стадии клинического течения (по Бакулеву-Дамир)). Ревматизм, неактивная стадия. Хр. плацентарная недостаточность. Угрожающая гипоксия плода».

Жалобы на момент поступления: на повышенную утомляемость, тяжесть в ногах, сердцебиение и одышку, возникающую только после физической нагрузки. В анамнезе: с 8-летнего возраста роженица страдает ревматизмом. Состояла на диспансерном учете у ревматолога. Последнее обострение ревматического процесса – в 15-летнем возрасте, когда перенесла ревматический эндокардит. В 18 лет диагностирован сочетанный приобретенный митральный порок с преобладанием стеноза атриовентрикулярного отверстия. За последние 7 лет ревматические атаки не отмечались. Состоит на учете в женской консультации с 8 недельного срока беременности. Женскую консультацию посещала достаточно регулярно. Общая прибавка веса за беременность – 16 кг, неравномерная. Динамика АД: 120/65 – 130/75 – 140/85 – 140/90 мм рт. ст. Изменения в анализах мочи – протеинурия 0,3-0,6-1,2 г/л. Изменения в анализах крови: Hb 115-102-96- 90 г/л. Обострения ревматического процесса в течение беременности не выявлялось, профилактического лечения не проводилось. Последний раз осмотр кардиолога осуществлялся месяц тому назад.

Вопросы:

 1. Каков объем рационального плана ведения беременной с ППС на этапе дородового диспансерного наблюдения? Какие тактические ошибки на дородовом этапе наблюдения Вы находите?

 2. Какие основные осложнения течения беременности, а также осложнения течения самого заболевания сердечнососудистой системы в ходе гестации Вы знаете?

**Примеры контрольных вопросов:**

1. Какие исследования необходимо пройти женщине перед планируемой беременностью?

2. Что такое беременность? Перечислите триместры беременности.

3. Дайте определение срока беременности.

4. Перечислите заболевания, при которых наступление беременности нежелательно.

5. От чего зависит выбор медикаментозной терапии во время беременности?

6. Назовите механизмы влияния лекарственных средств на плод.

7. Классификация категории риска лекарственных средств. Сколько групп препаратов выделяют?

8. Назовите наиболее частую соматическую патологию, встречающуюся при беременности.

9. Перечислите критические периоды беременности для обострения сердечно-сосудистых заболеваний.

10. Какое количество госпитализаций необходимо беременным с ССЗ? В чем суть каждой госпитализации?

11. Назовите особенности ведения беременных с артериальной гипертензией в условиях поликлиники.

12. Перечислите основные задачи терапевта поликлиники при обследовании беременных с пороками сердца.

13. Назовите программу ведения беременных с различными пороками сердца.

**Примеры заданий текущего контроля успеваемости по разделу 4:**

**«ПАРАНЕОПЛАСТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ. ВОПРОСЫ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ»**

**Текущий контроль успеваемости по теме 9:**

 Паранеопластический синдром в амбулаторной практике. Вопросы ранней диагностики онкологических заболеваний на амбулаторном этапе.

**Примеры тестовых заданий:**

1.Метод тотального облучения легких при лечении множественных метастазов:

1. способствует улучшению результатов лечения;

2. не оказывает влияния на результаты лечения;

3. ухудшает результаты лечения;

4. влияние сомнительно;

5. нет достоверных данных.

2. К доброкачественным опухолям молочной железы относятся:

1. узловая фиброзно-кистозная мастопатия;

2. диффузная мастопатия;

3. фиброаденома;

4. все ответы правильны;

5. правильно только 1 и 2.

3. Основным методом лечения доброкачественных опухолей является:

1. хирургический;

2. лучевой;

3. гормональный;

4. лекарственный;

5. все ответы правильны.

**Пример ситуационной задачи:**

1. Ж., 36 лет, кочегар, в течение двух недель получал стационарное лечение мигрирующего тромбофлебита нижних конечностей. Сутки назад возникли удушье и синкопальное состояние. На обзорных рентгенограммах груди определяются расширение и уплотнение корня правого легкого, уменьшение объема средней доли.

Вопросы:

1) предположительный диагноз;

2) план обследования.

**Примеры контрольных вопросов:**

1. Определение понятия «паранеопластические синдромы».

2. Этиология и патогенез ПНС.

3. Классификация ПНС.

4. Клинические симптомы ПНС. Основные клинические варианты.

5. Лабораторные методы диагностики ПНС. Скрининг-диагностика.

6. Углубленное обследование пациентов с ПНС.

7. Основные принципы лечения пациентов с ПНС.

8. Определение прогноза пациентов с ПНС

**Примеры заданий текущего контроля успеваемости по разделу 5:**

**«ВОПРОСЫ ГЕРОНТОЛОГИИ ГЕРИАТРИИ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ»**

**Текущий контроль успеваемости по теме 10:**

Вопросы гериатрии в амбулаторной практике.

**Примеры тестовых заданий:**

1. Для изолированной систолической артериальной гипертензии (ИСАГ) у

Пожилых характерно:

a) Систолическое АД (САД)>140 мм.рт.ст., Диастолическое АД (ДАД) > 90 мм.рт.ст.

b) САД>140 мм.рт.ст., ДАД < 90 мм.рт.ст.

c) САД<140 мм.рт.ст., ДАД > 90 мм.рт.ст.

d) САД>130 мм.рт.ст., ДАД < 90 мм.рт.ст.

2. Основным механизмом развития вторичной ИСАГ считают:

a) Увеличение общего периферического сопротивления сосудов (ОПСС)

b) Увеличение объѐма циркулирующей крови (ОЦК)

c) Увеличение минутного объѐма крови (МО)

d) Уменьшение МО крови

3. Препаратами выбора у пожилых пациентов с ИСАГ являются:

a) Ингибиторы АПФ

b) Блокаторы ангиотензиновых рецепторов (БРА)

c) Тиазидные диуретики

d) β-адреноблокаторы

e) препараты центрального действия

**Пример ситуационной задачи:**

На приёме участкового терапевта больной 68 лет с жалобами на боли в правом боку, усиливающиеся при кашле и дыхании, непродуктивный мучительный кашель, одышку в покое, отёк лица и верхней половины туловища, слабость, отсутствие аппетита, похудание. Данные симптомы беспокоят в течение последнего месяца.

При осмотре состояние средней степени тяжести, нормостенического телосложения. Кожные покровы бледные, отёк лица, шеи и верхней половины грудной клетки, расширение подкожных вен в области передней поверхности грудной клетки. При перкуссии лёгких слева в межлопаточном пространстве, ниже угла лопатки и в подмышечной области определяется укорочение перкуторного звука, при аускультации в данных отделах дыхание не проводится, частота дыханий 26 в минуту, SpO2 95%. Ритм сердца правильный, пульс 88 в минуту, АД 100/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный.

При рентгенографическом исследовании органов грудной клетки определяется тотальное затемнение левой половины грудной клетки со смещением органов средостения вправо. При ультразвуковом исследовании левой плевральной полости определяется жидкость.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный диагноз.

3. Выделите основные клинические и рентгенологические синдромы.

4. Определите лечебную тактику.

5. Определите прогноз больного.

**Примеры контрольных вопросов:**

1.Особенности организации и объем работы врача гериатра.

2. Показатели здоровья пациентов пожилого и старческого возраста. Факторы,

формирующие здоровье человека.

3. Необходимые принципы восстановительного лечения при основных терапевтических

заболеваниях в гериатрии.

4. Возможные трудности при осуществлении лабораторно-инструментального

обследования пожилых и старых пациентов.

5. Особенности фармакотерапии в гериатрии.

6. Особенности клинического течения пневмонии у лиц пожилого и старческого возраста.

7. Дифференциально-диагностический поиск при мочевом синдроме у пожилых людей.

8. Школы по уходу за пожилыми людьми.

**Примеры заданий текущего контроля успеваемости по разделу 6:**

**«ОБЩИЙ ПОДХОД К ПАЦИЕНТАМ С ЛИХОРАДКОЙ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ»**

**Текущий контроль успеваемости по теме 11:**

Общий подход к пациентам с лихорадкой на амбулаторном этапе.

**Примеры тестовых заданий:**

1. Укажите критерии постановки диагноза «сепсис»:

А. повышение температуры тела до 40°

В. воспалительные изменения в периферической крови

С. синдром системной воспалительной реакции и положительная гемокультура

D. положительная гемокультура

Е. положительная реакция на С- реактивный белок

2. Главным в патогенезе при грамотрицательном сепсисе есть:

А. снижение уровня эндогенных гормонов

В. наличие хронических и сопутствующих заболеваний

С. действие эндотоксина

D. высокая вирулентность микроорганизма

Е. снижение уровня кислотности желудочного сока

3. Возбудителем сепсиса являются:

А. грамотрицательные бактерии

В. полиэтиологическое заболевание

С. простейшие

D. грибы

Е. вирусы

**Пример ситуационной задачи:**

У больного Н. в течение 12 дней повышение температуры тела до 38 0С, что сопровождается потливостью, ощущением жара. Общее самочувствие не страдает. Больной работает зоотехником. Об-но: кожные покровы влажные, пальпируются все группы лимфатических узлов размером до 5 мм. Во время пальпации живота определяется увеличение печени и селезенки. Боль в крестце и левом тазобедренном суставе.

Вопросы:

1.Предварительный диагноз.

2. План обследования.

3. План лечения.

**Примеры контрольных вопросов:**

1. Определение понятия “синдром длительной лихорадки неясного генеза”. Дайте определение

лихорадочного синдрома?

2. Чем обусловлено защитное действие лихорадки

3. Какой бывает лихорадка по продолжительности ?

4. Какой бывает лихорадка по степени повышения температуры?

5. Назовите типы температурных кривых?

6. При каких инфекционных заболеваниях наблюдается постоянная лихорадка?

7. Какое диагностическое значение имеют разные типы лихорадок?

8. Какая тактика врача в назначении жаропонижающих средств больным лихорадкой?

9. Какое лечение проводят на догоспитальном этапе?

10. Какое лечение проводят в стационаре?

11. План обследования больных с длительной лихорадкой.

**Примеры заданий текущего контроля успеваемости по разделу 7:**

**«АМБУЛАТОРНАЯ ПУЛЬМОНОЛОГИЯ»**

**Текущий контроль успеваемости по теме 12:**

Общий подход к пациентам с кашлем, гриппом, ОРВИ, ангинами на амбулаторном этапе.

**Примеры тестовых заданий:**

1.ПРИ ОСМОТРЕ БОЛЬНОГО ГРИППОМ ОТМЕЧАЕТСЯ

а) Одутловатость лица

б) Мелкопятнистая сыпь

в) Разлитая болезненность при пальпации живота

г) Увеличение печени и селезенки

д) Все перечисленные симптомы

2. ПРИ ГРИППЕ НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫМ КЛИНИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

ЯВЛЯЕТСЯ

а) Токсический

б) Артралгический

в) Катаральный

г) Астенический

3. СРОК НАЗНАЧЕНИЯ ПОСТЕЛЬНОГО РЕЖИМА БОЛЬНОМУ ГРИППОМ ПРИ ЕГО АМБУЛАТОРНОМ ЛЕЧЕНИИ

а) До полного выздоровления

б) До нормализации температуры

в) На первые 3 дня

г) До улучшения самочувствия

д) На 5 - 6 дней

**Пример ситуационной задачи:**

В поликлинику обратилась больная 52 лет с жалобами на давящие боли за грудиной при умеренной физической нагрузке, сердцебиения, одышку при ходьбе, отёки ног, повышение АД, слабость, эпизоды потери сознания.

 В 15-летнем возрасте после перенесённой ангины отмечалось покраснение и припухание коленных и локтевых суставов, субфебрилитет - к врачу не обращалась. В последующем подобная симптоматика повторялась несколько раз, стали беспокоить давящие боли в области сердца, сердцебиения, появилась одышка. В течение последнего года присоединились отёки нижних конечностей, усилилась одышка, несколько раз отмечались эпизоды потери сознания.

При осмотре состояние средней степени тяжести, астенического телосложения. Кожные покровы бледные, отёки стоп и нижней трети голеней. Пульсация сонных и подключичных артерий и ритмичное покачивание головы, совпадающее с пульсовой волной, пульсирующее сужение зрачков. При надавливании на кончик ногтя отмечается пульсирующее изменение окраски от бледной до розовой. При аускультации над бедренной артерией выслушивается громкий тон (двойной тон Траубе), при надавливании на артерию головкой стетоскопа слышен двойной систолический и диастолический шум (шум Дюрозье), вместо обычного диастолического. Дыхание везикулярное, хрипов нет, частота дыханий 20 в минуту, SpO2 95%. При осмотре области сердца верхушечный толчок смещён вниз и влево, разлитой, усиленный. При аускультации выявляется ослабление I тона на верхушке, II тон над аортой ослаблен, выслушивается диастолический шум над аортой и в точке Боткина - Эрба, пульс - 90 в минуту, АД -170/60 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. Дайте название патологических симптомов, выявленных при осмотре.

3. Назовите возможные осложнения заболевания.

4. Определите лечебную тактику.

5. Оцените прогноз заболевания.

**Пример контрольных вопросов:**

1. Этиология, патогенез, клиника гриппа, ОРЗ.
2. Классификация ОРЗ.
3. Показания к госпитализации, в т.ч. к экстренной.
4. Лечение ОРЗ, гриппа, ангин. Осложнения. Диагноз. Тактика.
5. Плановая и экстренная профилактика ОРЗ.
6. Дифференциальная диагностика ангин.
7. Краткосрочная диспансеризация при гриппе, ОРЗ и ангине.
8. Экспертиза трудоспособности.

**Текущий контроль успеваемости по теме 13:**

Тактика ведения больных с внебольничной пневмонией на амбулаторном этапе.

**Примеры тестовых заданий:**

1.КРИТЕРИЕМ ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ ПРИ ПНЕВМОНИИ И ОСНОВАНИЕМ ДЛЯ ВЫПИСКИ НА РАБОТУ ЯВЛЯЕТСЯ

а) Средние сроки временной нетрудоспособности

б) Исчезновение рентгенологических изменений

в) Исчезновение жалоб и физикальных данных

г) Нормализация лабораторных показателей

д) Исчезновение жалоб, нормализация физикальных, рентгенологических и

лабораторных показателей

2.СРОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ ВОЗБУДИТЕЛЯ ПНЕВМОНИИ ПРИ ПОСЕВЕ МОКРОТЫ СОСТАВЛЯЕТ

а) 5-6 суток

б) 1 сутки

в) 3 суток

г) 5 суток

д) 7 суток

3.ПНЕВМОНИЯ СЧИТАЕТСЯ НОЗОКОМИАЛЬНОЙ, ЕСЛИ ОНА ДИАГНОСТИРОВАНА

а) При поступлении в стационар

б) Через 2-3 дня и более после госпитализации

в) Через 3-5 дней после выписки из стационара

**Пример ситуационной задачи:**

Фельдшер вызван на дом к больному З., 32-х лет. Больной жалуется на сильный кашель с выделением большого количества гнойной мокроты с неприятным зловонным запахом, на повышенную температуру, недомогание, одышку, боль в правой половине грудной клетки. Заболел неделю назад после переохлаждения. За медицинской помощью не обращался, принимал аспирин. Вчера состояние резко ухудшилось, усилился кашель, появилось большое количество гнойной мокроты с неприятным запахом.

Объективно: температура 38,50С. Общее состояние средней тяжести. Кожа чистая. Гиперемия лица. При перкуссии

грудной клетки справа под лопаткой в области 7-8 межреберья притупление перкуторного звука. На остальном протяжении легочный звук. При аускультации в области притупления дыхание бронхиальное, выслушиваются крупно- и среднепузырчатые влажные хрипы. На остальном протяжении дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушены. ЧСС 102 в мин. АД 100/70 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

*Вопросы:*

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования .
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.
5. Продемонстрируйте технику в/в капельных вливаний.

**Примеры контрольных вопросов:**

1. Крупозная пневмония: определение, синонимы, этиология, патогенез, стадии течения и их морфологическая характеристика. Легочные и внелегочные осложнения и их морфологическая характеристика. Патоморфоз.

 2. Бронхопневмония: определение, этиология, патогенез, морфологические особенности очаговых пневмоний в зависимости от возбудителя. Легочные осложнения.

3. Межуточная пневмония: определение, синоним, этиология, патогенез, формы и их морфологическая характеристика, осложнения, исход в зависимости от течения.

**Текущий контроль успеваемости по теме 14:**

Тактика ведения больных с бронхиальной астмой на амбулаторном этапе.

**Примеры тестовых заданий:**

1.К ИНГАЛЯЦИОННОМУ ПРЕПАРАТУ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПРИСТУПА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ НЕ ОТНОСИТСЯ

а) Беротек

б) Сальбутамол

в) Беродуал

г) Теофедрин

2.ОБ АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ ПРИРОДЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ В АНАЛИЗЕ МОКРОТЫ СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ

а) Эозинофилы

б) Наличие клеток альвеолярного эпителия

в) Лейкоциты

г) Бактерии Коха

3.ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫДАН ОДНОМУ ИЗ ЧЛЕНОВ СЕМЬИ ИЛИ ОПЕКУНУ РЕБЕНКА 13 ЛЕТ, НАХОДЯЩЕМУСЯ В СТАЦИОНАРЕ ПО ПОВОДУ

а) Ожоговой болезни

б) Ревматического порока сердца, недостаточности кровообращения II А ст

в) Бронхиальной астмы с эпизодическими приступами удушья

г) Обострения хронического гломерулонефрита

д) во всех перечисленных случаях

**Пример ситуационной задачи:**

Больной Ж., 35 лет, обратился к фельдшеру с жалобами на слабость, недомогание, одышку, кашель с выделением обильной слизисто-гнойной мокроты без запаха, особенно по утрам, за сутки выделяется до 300 мл. Иногда отмечается кровохарканье. Болен в течение 5 лет, периодически состояние ухудшается, неоднократно лечился в стационаре.

Объективно: температура 37,40С. Общее состояние удовлетворительное. Кожа бледная, цианоз губ, подкожно-жировая

клетчатка развита недостаточно, ногтевые фаланги пальцев ног и рук в форме ―барабанных палочек‖, ногти в форме

―часовых стекол‖, ЧДД - 22 в мин. При перкуссии над нижними отделами легких отмечается притупление перкуторного звука, при аускультации дыхание ослабленное, в нижних отделах выслушиваются единичные влажные хрипы. Тоны сердца приглушены. Пульс - 95 в мин., ритмичный. АД - 130/60 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

*Вопросы:*

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.
5. Продемонстрируйте технику в/в инъекций.

**Примеры контрольных вопросов:**

1. Определение, факторы риска, оценка степени тяжести бронхиальной астмы. Алгоритм первичной диагностики астмы в поликлинике, диагностические критерии, дифференциальная диагностика и осложнения бронхиальной астмы. Экспертиза трудоспособности. Диспансерное наблюдение больных бронхиальной астмой участковым терапевтом.

 2. Оценка контроля бронхиальной астмы. Лекарственные средства и стратегии, направленные на контроль симптомов и снижение риска, ступенчатая терапия астмы. Нефармакологические методы и стратегии терапии. Тактика ведения пациентов с неудовлетворительным контролем симптомов на амбулаторном этапе.

 3. Обострение бронхиальной астмы: определение, патогенез, диагностика, оценка степени тяжести. Тактика ведения и оказание неотложной помощи на амбулаторном этапе в зависимости от степени тяжести обострения.

 4. Диагностика бронхиальной астмы, хронической обструктивной болезни легких и синдрома перекреста БА-ХОБЛ (СПБАХ) в амбулаторно-поликлинических условиях: поэтапный подход к диагностике у пациентов с симптомами со стороны органов дыхания.

**Текущий контроль успеваемости по теме 15:**

Тактика ведения больных с хронической обструктивной болезнью легких на амбулаторном этапе

**Примеры тестовых заданий:**

1.ДЛЯ ХОБЛ НЕ ХАРАКТЕРНО

а) Перкуторный звук над легкими с коробочным оттенком

б) Инспираторная одышка

в) Удлиненный выдох

г) Сухие свистящие хрипы

2.ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОГО С ОБОСТРЕНИЕМ ХОБЛ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ

а) легкое обострение заболевания

б) средний возраст больного

в) значительное ухудшение ФВД на фоне адекватной терапии

г) усиление кашля

д) среднетяжелое обострение, требующее назначения антибиотиков

3.К ТРИАДЕ СИМПТОМОВ, НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫХ ДЛЯ ХОБЛ, ЯВЛЯЕТСЯ

а) Выделение мокроты, кашель, одышка

б) Кашель, боли в грудной клетке, одышка

в) Выделение мокроты, боли в грудной клетке, одышка

г) Легочная гипертензия, кашель, выделение мокроты

**Пример ситуационной задачи:**

Осмотр на дому участковым терапевтом больного 67 лет с жалобами на одышку смешанного характера при обычной физической нагрузке, кашель с отделением гнойной мокроты, слабость.

В течение 38 лет работал на заводе по производству мебели, где имел контакт с красками, лаками, растворителями, курит с 15 лет по 30 сигарет в день. С 40 лет страдает хроническим бронхитом с ежегодными обострениями по 3-4 раза. Впервые появление одышки при физической нагрузке отметил 5 лет назад. В течение последнего года усилились кашель и одышка, наросла слабость. Год назад диагностирована ХОБЛ, назначена фиксированная комбинация ипратропия бромида/фенотерола в ингаляциях. Настоящее ухудшение в течение последней недели, когда после переохлаждения повысилась температура до субфебрильных цифр, усилилась одышка в покое, стала отходить гнойная мокрота, стали регистрироваться приступы затруднённого дыхания.

При осмотре: состояние средней степени тяжести, астенической конституции, отёков нет, температура тела 36,8°С. Грудная клетка бочкообразной формы, при перкуссии лёгких определяется коробочный звук. Дыхание везикулярное ослабленное, рассеянные сухие дискантовые хрипы, частота дыханий 24 в минуту, SpO2 96%. Тоны сердца приглушены, ритм неправильный за счёт экстрасистол (7-8 в минуту), акцент II тона над лёгочной артерией, частота сердечных сокращений 110 в минуту, АД 110/70 мм рт. ст. Печень выступает из-под края рёберной дуги на 3 см, безболезненная.

Вопросы:

1. Сформулируйте основной диагноз.

2. Определите план обследования.

3. Определите лечебную тактику.

4. Составьте схему диспансерного наблюдения.

5. Дайте рекомендации по вторичной профилактике.

**Примеры контрольных вопросов:**

1. Определение ХОБЛ.
2. Этиология и патогенез ХОБЛ.
3. Клинические проявления ХОБЛ. Физическое обследование больных.
4. Лабораторно-инструментальные методы диагностики ХОБЛ.
5. Тактика ведения пациента с ХОБЛ в поликлинике: оказание неотложной медицинской помощи, базисная терапия больных с ХОБЛ, немедикаментозные методы лечения.
6. Классификация препаратов, применяемых в лечении ХОБЛ.
7. Осложнения при ХОБЛ, профилактика из возникновения.
8. Экспертиза временной нетрудоспособности, показания для плановой и экстренной госпитализации больных с ХОБЛ.

**Примеры заданий текущего контроля успеваемости по разделу 8:**

**«АМБУЛАТОРНАЯ КАРДИОЛОГИЯ»**

**Текущий контроль успеваемости по теме 16:**

Общий подход к пациентам с повышенным артериальным давлением на амбулаторном этапе.

1. Высокое нормальное АД – это:
2. 120-129 и 80-84 мм рт.ст.
3. 130-139 и 85-89 мм рт.ст.
4. 140-159 и 90-99 мм рт.ст.
5. 160-179 и 100-109 мм рт.ст.
6. Артериальная гипертензия 2 степени – это:
7. 140-159 и 90-99 мм рт.ст.
8. 160-179 и 100-109 мм рт.ст.
9. 130-139 и 85-89 мм рт.ст.
10. ≥180 и ≥110 мм рт.ст.
11. Артериальная гипертензия 3 степени – это:
12. 130-139 и 85-89 мм рт.ст.
13. 140-159 и 90-99 мм рт.ст.
14. 160-179 и 100-109 мм рт.ст.
15. ≥180 и ≥110 мм рт.ст.

**Пример ситуационной задачи:**

Фельдшер вызван на дом к больному К., 57 лет. Жалобы на головную боль в затылочной области, рвоту, головокружение, мелькание мушек перед глазами. Из анамнеза выяснилось, что эти явления развивались сегодня во второй половине дня. До этого к врачу не обращался. Головные боли беспокоили периодически в течение нескольких лет, но больной не придавал им значения и к врачам не обращался.

Объективно: температура 36,40С. Общее состояние средней тяжести. Кожа бледная. Дыхание везикулярное. Левая граница относительной сердечной тупости на 1 см кнаружи от среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, резкий акцент 2-го тона на аорте. ЧСС 92 в мин., пульс твердый, напряженный, 92 в мин. АД 200/110 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

*Вопросы:*

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2. Назовите необходимые дополнительные исследования.

3. Перечислите возможные осложнения.

4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

5. Продемонстрируйте технику исследования пульса.

**Примеры контрольных вопросов:**

1.Гипертоническая болезнь в амбулаторной практике: определение, классификация уровней артериального давления. Стратификация общего сердечно-сосудистого риска. Шкала SCORE. Формулировка диагноза артериальной гипертензии. Методы обследования больных гипертонической болезнью в амбулаторных условиях для выявления бессимптомного поражения органов-мишеней и ассоциированных клинических состояний. Экспертиза трудоспособности.

 2. Общие принципы ведения больных гипертонической болезнью на амбулаторнополиклиническом этапе: мероприятия по изменению образа жизни, медикаментозные методы лечения. Тактика выбора стартовой терапии для достижения целевого уровня артериального давления. Фармакологическая характеристика основных групп антигипертензивных препаратов. Принципы 111 комбинированной антигипертензивной фармакотерапии.

 3. Особенности лечения артериальной гипертензии в амбулаторных условиях у пациентов с сопутствующей патологией: у больных с поражением почек, с метаболическим синдромом, ожирением, сахарным диабетом, с ЦВБ, ИБС, ХСН, с гипертрофией миокарда левого желудочка, с бессимптомным атеросклерозом, у лиц с поражением периферических артерий, гиперурикемией, СОАС. Принципы лечения рефрактерной и злокачественной артериальной гипертензии.

**Текущий контроль успеваемости по теме 17:**

Общий подход к пациентам с болью в грудной клетке на амбулаторном этапе.

**Примеры тестовых заданий:**

1.КАКОЙ ИЗ СИМПТОМОВ НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРЕН ДЛЯ СТЕНОКАРДИИ?

1) загрудинная боль при физической нагрузке;

2) нарушения сердечного ритма и проводимости;

3) депрессия сегмента ST, зафиксированная во время приступа болей;

4) патологический зубец Q;

5) подъём сегмента ST на высоте боли.

2. ВЫБЕРИТЕ НАИБОЛЕЕ ПРАВИЛЬНОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ СТЕНОКАРДИИ:

1) боль или сдавление в груди вследствие повышения метаболических потребностей миокарда (подъем АД, тахикардия), главным образом вследствие физической или эмоциональной нагрузки;

2) боль или сдавление в груди возникающее после физической или психоэмоциональной нагрузки, иррадиирующая в левую руку, нижнюю челюсть;

3) несоответствие между потребностями миокарда в кислороде и его доставкой;

4) клинический синдром, проявляющийся чувством стеснения или болью в грудной клетке сжимающего, давящего характера, которая локализуется чаще всего за грудиной и может иррадиировать в левую руку, шею, нижнюю челюсть, эпигастрий. Боль провоцируется физической нагрузкой, выходом на холод, обильным приёмом пищи, эмоциональным стрессом, проходит в покое, устраняется приёмом нитроглицерина в течение нескольких секунд или минут.

3. К ФАКТОРАМ РИСКА АТЕРОСКЛЕРОЗА ОТНОСЯТСЯ:

1) мужской пол;

2) женский пол;

3) средний возраст;

4) пожилой возраст;

5) дислипопротеидемия;

6) артериальная гипертония;

7) курение;

8) сахарный диабет;

9) нарушение тромбообразования;

10) низкая физическая активность;

11) индекс массы тела > 25; м) индекс массы тела < 25;

12) злоупотребление алкоголем;

13) всё вышеперечисленное.

**Пример ситуационной задачи:**

Больной 66 лет страдает приступами стенокардии напряжения при умеренной физической нагрузке в течение 4 лет. С того же времени знает об артериальной гипертензии. Регулярной терапии не получал. Утром проснулся из-за резкой жгучей боли за грудиной, не купировавшейся Нитроглицерином. Вызвал врача скорой помощи через 2 часа от начала болевого синдрома, когда жгучая боль за грудиной усилилась, стала иррадиировать в левую руку и появилась одышка, перебои в работе сердца. При осмотре состояние средней тяжести, одышка в покое. Кожные покровы покрыты липким потом, холодные на ощупь, акроцианоз. Пульс - 92 в минуту, аритмичный, 5-6 экстрасистол в минуту, АД - 160/90 мм рт. ст. Тоны сердца глухие, акцент 2 тона на легочной артерии. Частота дыханий - 28 в минуту. Выслушиваются влажные хрипы в нижних отделах легких. Печень у края реберной дуги, периферических отеков нет. Больной был экстренно госпитализирован в отделение реанимации. На ЭКГ: ритм синусовый, в отведениях V1-4 - подъем сегмента ST 3 мм выше изолинии, одиночная политопная желудочковая экстрасистолия с полной компенсаторной паузой. Лейкоцитоз - 10,000. Тропонин - 16 мкмоль/л.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз.

2. Критерии основного диагноза.

3. Какие осложнения основного заболевания Вы предполагаете?

4. Дополнительные методы обследования.

 5. Лечебная тактика, выбор препаратов.

**Примеры контрольных вопросов:**

1. Тактика ведения пациента с инфарктом миокарда на амбулаторно-поликлиническом этапе: определение, причины, классификация, типичные и атипичные клинические формы. Диагностика в условиях поликлиники. Лечебные мероприятия на догоспитальном этапе.

2. Ранние осложнения инфаркта миокарда. Диагностика и врачебная тактика при отеке легких и кардиогенном шоке на догоспитальном этапе. Диагностика и врачебная тактика при жизнеугрожающих нарушениях ритма и проводимости (пароксизмальная тахикардия, фибрилляция предсердий, фибрилляция желудочков, брадиаритмиях).

3. Принципы поэтапной системы реабилитации больных с инфарктом миокарда: фазы, периоды, виды реабилитации и их содержание. Противопоказания для направления в реабилитационное отделение кардиологического санатория. Амбулаторно-поликлинический этап реабилитации: цели, содержание. Принципы определения производственных нагрузок, объема и методов физической реабилитации на основании пробы с дозированной физической нагрузкой. Экспертиза временной и стойкой утраты трудоспособности, рациональное трудоустройство больных.

**Текущий контроль успеваемости по теме 18:**

Общий подход к пациентам с отеками на амбулаторном этапе.

**Примеры тестовых заданий:**

1.ОТЁКИ НА ЛИЦЕ, ТУЛОВИЩЕ, НАРЯДУ С ПОВЫШЕНИЕМ АД И МОЧЕВЫМ СИНДРОМОМ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ

а) Остром гломерулонефрите

б) Гипертонической болезни

в) Диабетическом гломерулосклерозе

г) Реноваскулярно

2. ДИАРЕЯ, СОПРОВОЖДАЕМАЯ "ПРИЛИВАМИ", ОТЁКОМ И ГИПЕРЕМИЕЙ ЛИЦА, ТАХИКАРДИЕЙ И ГИПОТОНИЕЙ, ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

а) Синдрома Золингера-Эллисона

б) Болезни Крона

в) Неспецифического язвенного колита

г) Карциноидного синдрома

д) Хронического энтерита

**Пример ситуационной задачи:**

Мужчина 24 лет предъявляет жалобы на повышение температуры до 40°С, сопровождавшееся ознобом; инспираторную одышку при небольшой физической нагрузке; боли в области сердца, не связанные с физической нагрузкой, умеренной интенсивности, длительные. Из анамнеза известно, что употребляет героин в течение 4 лет (инъекции в локтевые вены, область паха). За 2 недели до госпитализации отметил повышение температуры до 40°С. В качестве жаропонижающих больной принимал нестероидные противовоспалительные препараты. Через 3 суток температура снизилась до 37,2-37,4°С, самочувствие несколько улучшилось. Однако через 10 дней лихорадка возобновилась, в связи с чем пациент был госпитализирован. При осмотре: кожа бледная, чистая. Периферические лимфатические узлы не увеличены. ИМТ - 18 кг/м2 . Температура тела - 38,9°С. В лёгких дыхание везикулярное, проводится во все отделы. ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца ясные, на основании мечевидного отростка – систолический шум, усиливающийся на высоте вдоха с задержкой дыхания. Акцент 2 тона на a. pulmonalis. АД - 110/60 мм рт. ст., ЧСС - 100 ударов в минуту. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень выступает на 2 см из-под края рёберной дуги, край печени гладкий. Отёки стоп и голеней. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание не нарушено. В анализах: эритроциты - 3,3×1012/л, гемоглобин - 126 г/л, лейкоциты - 15,8×109 /л, палочкоядерные нейтрофилы - 15%, СОЭ - 42 мм/ч, альбумина сыворотки крови - 29 г/л, креатинин - 66 мкмоль/л, СКФ - 92 мл/мин/1,73м2 , СРБ - 120 мг/л (в норме - до 5 мг/л). В общем анализе мочи: удельный вес - 1016, эритроциты - 0-1 в поле зрения. При посеве крови на стерильность дважды выделен S. аureus, чувствительный к Оксациллину, Цефтриаксону. Данные ЭхоКГ: Размеры камер сердца не увеличены. Митральный клапан: створки уплотнены, характер движения створок разнонаправленный. Трикуспидальный клапан: створки уплотнены, утолщены, визуализируются средней эхоплотности структуры на средней и передней створках размерами 1,86 и 1,11×0,89 см; характер движения створок разнонаправленный, трикуспидальная регургитация III–IV степени.

Вопросы:

 1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

 4. Выберите тактику ведения больного, немедикаментозную и медикаментозную терапии. Обоснуйте свой выбор.

5. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

**Примеры контрольных вопросов:**

1.Отеки и водянки (определение).

2. Виды отеков в зависимости от причин развития или органа, в котором они локализованы.

3. Общие патогенетические факторы развития отеков.

4. Сердечный отек. Механизм развития, клинические проявления.

5. Почечный отек. Механизм развития, клинические проявления.

6. Механизм развития и клинические проявления токсических, кахектических, ангионевротических и других видов отеков

**Текущий контроль успеваемости по теме 19:**

Тактика ведения больных с артериальной гипертензией на амбулаторном этапе.

**Примеры тестовых заданий:**

1.ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ПЕРВИЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ:

А) ожирение

Б) дефицит эстрогенов

В) этническая принадлежность

Г) нарушение толерантности к глюкозе

Д) повышение в крови уровня фибриногена

Е) снижение в крови уровня липопротеидов высокой плотности

Ж) повышение в крови уровня липопротеидов низкой плотности

2.ИЗОЛИРОВАННАЯ СИСТОЛИЧЕСКАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

 А) АД систолическое больше140 мм.рт.ст.

 Б) АД систолическое больше 130 мм.рт.ст.

В) АД диастолическое меньше 90 мм.рт.ст.

 Г) АД диастолическое больше 90 мм.рт.ст.

3.«ГИПЕРТОНИЧЕСКИЙ ХАРАКТЕР» ПОДРАЗУМЕВАЕТ У ПАЦИЕНТА НАЛИЧИЕ:

 А) упрямство

Б) сонливость

 В) плаксивость

Г) вспыльчивость

**Пример ситуационной задачи:**

Больной Р. 59 лет, водитель такси, в понедельник вечером шёл с автостоянки домой, когда отметил появление выраженных болей за грудиной с иррадиацией в нижнюю челюсть и левую верхнюю конечность. Дома по совету жены пытался купировать болевой синдром Нитроглицерином без значимого эффекта. Суммарная продолжительность болевого синдрома более 20 минут, пациент вызвал скорую медицинскую помощь. Из анамнеза известно, что в течение последних 10 лет у пациента повышается артериальное давление, максимально до 170 и 90 мм рт. ст. Курит 20 сигарет в сутки в течение последних 20 лет. В течение месяца впервые отметил появление загрудинных болей после интенсивной физической нагрузки и проходящих в покое. Не обследовался, лечение не получал. Наследственность: мать – 76 лет, страдает артериальной гипертензией, перенесла инфаркт миокарда, отец – умер в 55 лет от инфаркта миокарда. При осмотре: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные. Рост – 168 см, вес – 90 кг, ИМТ – 32 кг/м2 . Тоны сердца приглушены, выслушивается акцент второго тона на аорте, ритм правильный. АД – 160 и 90 мм рт. ст. ЧСС – 92 ударов в минуту. Дыхание везикулярное, побочных дыхательных шумов нет. ЧДД – 22 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печеночной тупости по Курлову - 11×9×8 см. Периферических отеков нет. В анализах: общий холестерин – 6,7 ммоль/л, ТГ – 2,8 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 0,62 ммоль/л; глюкоза натощак – 5,2 ммоль/л; креатинин – 124 мкмоль/л, СКФ (по формуле CKDEPI) = 54,5 мл/мин/1,73 м2 (по амбулаторной карте снижение СКФ до 55 мл/мин/1,73 м 2 также регистрировалась 4 месяца назад), альбуминурия – 40 мг/сутки. На ЭКГ зарегистрирован синусовый ритм с ЧСС – 92 в минуту, элевация сегмента ST до 4 мм I, AVL, V1-5, депрессия сегмента ST до 2 мм II, III, AVF.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Каков выбор стратегии реперфузии миокарда в данном случае?

 4. Какие препараты Вы рекомендуете пациенту в качестве пероральной антитромбоцитарной терапии? Обоснуйте свой выбор.

 5. Пациент доставлен в регионарный сосудистый центр, проведено экстренное ЧКВ, выявлена окклюзия передней межжелудочковой ветви (ПМЖВ) левой коронарной артерии, без восстановления дистального русла. Выполнено стентирование ПМЖВ - 1 стент с лекарственным покрытием. На 3 день от момента первичного ЧКВ у пациента развился приступ болей за грудиной, с иррадиацией в левую верхнюю конечность, приступ купирован одной дозой Нитроглицерина. Как Вы расцените данный эпизод, какова дальнейшая тактика ведения пациента?

**Примеры контрольных вопросов:**

1. Классификация вторичных форм артериальной гипертензии. Дифференциальная диагностика и принципы терапии в амбулаторно-поликлинических условиях.

2. Особенности клинической картины, диагностики, дифференциальной диагностики и лечения симптоматической почечной артериальной гипертензии на амбулаторнополиклиническом этапе .

3. Особенности клинической картины, диагностики, дифференциальной диагностики и лечения симптоматической артериальной гипертензии при поражении крупных артериальных сосудов в амбулаторно-поликлинической практике.

4. Особенности клинической картины, диагностики, дифференциальной диагностики и лечения симптоматической эндокринной артериальной гипертензии на амбулаторно-поликлиническом этапе .

5. Гипертонический криз. Определение, предрасполагающие состояния и триггерные факторы, классификация, клинические проявления и тактика ведения больных осложненным гипертоническим кризом в амбулаторных условиях.

**Текущий контроль успеваемости по теме 20:**

Тактика ведения больных со стабильной стенокардией напряжения на амбулаторном этапе.

1. "Двойное произведение"- показатель, в определенной степени отра-жающий потребность миокарда в кислороде, представляет собой:

1. Произведение частоты сердечных сокращений на систолическое артериальное давление.
2. Произведение частоты сердечных сокращений на динами-ческое диастолическое артериальное давление.
3. Произведение частоты сердечных сокращений на среднее артериальное давление.
4. Произведение частоты сердечных сокращений на давление заклинивания легочных капилляров.

2. Прогноз заболевания у  больных ИБС является наиболее неблагоприятным при локализации атеросклеротических бляшек в:

1. Правой коронарной артерии.
2. Передней нисходящей коронарной артерии.
3. Общем стволе левой коронарной артерии.
4. Огибающей коронарной артерии.
5. Прогноз у больных ИБС не зависит от локализации атеросклеротических поражений коронарного русла.

3. Гемодинамически значимым считается сужение коронарной артерии:

1. Не менее 25% просвета.
2. Не менее 40% просвета.
3. Не менее 50-75% просвета.
4. Не менее 90% просвета.

**Пример ситуационной задачи:**

Больная К., 68 лет, обратилась к фельдшеру с жалобами на постоянную одышку, резко усиливающуюся при физической нагрузке, постоянные тупые боли в правом подреберье, отеки на ногах, кашель со слизистой мокротой, общую слабость. В течение многих лет страдает ишемической болезнью сердца, 2 года назад был инфаркт миокарда.

Объективно: температура 36,40С. Кожа влажная, отеки на стопах и голенях, акроцианоз. Дыхание жесткое, в нижних отделах незвучные влажные хрипы. ЧДД 26 в мин. Левая граница относительной сердечной тупости определяется по левой среднеключичной линии. Тоны сердца аритмичные, приглушены. ЧСС 100 в мин. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, слабоболезненный в правом подреберье. Печень выступает из-под края реберной дуги по среднеключичной линии на 4 см, слабоболезненная.

 *Вопросы:*

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2. Назовите необходимые дополнительные исследования.

3. Перечислите возможные осложнения.

4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

5. Продемонстрируйте технику исследования пульса.

**Примеры контрольных вопросов:**

1. Определение синдрома болей в грудной клетке. Терминология. Классификация причин этого синдрома.
2. Клиническая картина наиболее часто встречающихся заболеваний, сопровождающихся синдромом болей в грудной клетке.
3. Диагностический поиск при наличии синдрома болей в грудной клетке. Алгоритмы диагностики. Тактика участкового врача-терапевта.
4. Диагностические критерии ИБС (стенокардия, инфаркт миокарда (ИМ)). Возможности обследования в поликлинике для подтверждения диагноза ИБС. Значение инструментальных методов обследования, показания к направлению на коронарографию.
5. Показания к госпитализации, острый коронарный синдром.
6. Лечение ИБС в условиях поликлиники, выбор препаратов (с учетом доказательной медицины).
7. Тактика купирования ангинозных приступов, лечебные мероприятия при остром коронарном синдроме до приезда бригады скорой медицинской помощи и госпитализации.
8. Тактика ведения больного ИМ в поликлинике после выписки из стационара или отделения реабилитации кардиологического санатория.
9. Основные методы реабилитации больных ИБС в поликлинике.
10. Экспертиза ВН, ее сроки, показания к направлению на МСЭ, диспансеризация.

**Текущий контроль успеваемости по теме 21:**

Тактика ведения больных с острым коронарным синдромом на догоспитальном этапе. Вопросы реабилитации постинфарктных больных на амбулаторном этапе.

1. ПРЕПАРАТ, ИСПОЛЬЗУЮЩИЙСЯ ДЛЯ СНИЖЕНИЯ АГРЕГАЦИОННЫХ СВОЙСТВ ТРОМБОЦИТОВ:

1) Ибупрофен;

2) Ацетилсалициловая кислота;

3) Эноксапарин;

4) Стрептокиназа;

5) Карведилол;

2. ЗОНОЙ ИРРАДИАЦИИ АНГИНОЗНЫХ БОЛЕЙ МОЖЕТ ЯВЛЯТЬСЯ:

1) Нижняя челюсть и зубы;

2) Поясница;

3) Правая подвздошная область;

4) Язык;

5) Левый глаз;

3. ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ЗУБЕЦ Q СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О:

1) Ишемии миокарда;

2) Повреждении миокарда;

3) Некрозе миокарда;

4) Оглушении миокарда;

5) Нарушении ритма;

**Пример ситуационной задачи:**

В представленной ниже клинической ситуации:

1) оцените обоснованность диагноза, выставленного на догоспитальном этапе; 2) интерпретируйте результаты дополнительных исследований;

3) сформулируйте окончательный диагноз;

 4) составьте план дальнейшего ведения пациента.

1. У мужчины 57 лет на протяжении дня несколько раз появлялись загрудинные боли, возникавшие при минимальной физической активности и стихавшие через несколько минут после ее прекращения. Госпитализирован с диагнозом: ИБС. Острый коронарный синдром без подъема ST. При поступлении hs-cTnI 0,015 нг/мл (URL = 0,017 нг/мл), через 3 часа — 0,30 нг/мл.



**Примеры контрольных вопросов:**

1.Сформулируйте определение ОКС

2. ЭКГ-критерии ИМ, нестабильной стенокардии

3. Дифференциальная диагностика ангинозного синдрома

4. Перечислите показания и противопоказания для проведения тромболитической терапии

5. Назначение антитромбоцитарной и антикоагулянтной терапии в зависимости от тактики реваскуляризации

**Текущий контроль успеваемости по теме 22:**

Тактика ведения больных с мерцательной аритмией и другими нарушениями ритма и проводимости на амбулаторном этапе.

**Примеры тестовых заданий:**

1. Для а-в блокады 2 степени 2 типа характерно наличие:

1. Изменяющихся интервалов P-Q;
2. Выпадение комплексов QRS на фоне стабильного интервала P-Q;
3. Выпадение комплексов QRS на фоне постепенно удлиняющегося интервала P-Q;
4. Удлиняющихся интервалов R-R;
5. Все ответы неверны.

2. Для консервативного лечения блокад используется:

1. Новодрин;
2. Атенолол;
3. Лидокаин;
4. Дигоксин;
5. Новокаинамид.

3. На пленке экг: ритм синусовый, выпадение каждого четвертого желудочкового комплекса на фоне постоянного интервала pq = 0,26 сек.

1. А-В блокада 1 степени;
2. II ст. I типа;
3. II ст. II типа;
4. III ст.;
5. Все ответы неверны.

**Пример ситуационной задачи:**

Больная Б. 38 лет поступила в клинику в связи с развитием около 5 дней назад одышки при обычных физических нагрузках, учащѐнного неритмичного сердцебиения. В детстве страдала частыми ангинами, которые прекратились в подростковом возрасте; тонзиллэктомия не проводилась. Ежегодно переносит острую респираторную вирусную инфекцию (ОРВИ), неоднократно отмечала появление герпетической сыпи на губах. За месяц до появления указанных жалоб перенесла опоясывающий герпес, по поводу которого проводилась симптоматическая терапия. Физические нагрузки переносила хорошо.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Температура тела 37,2°С, озноба нет. Конституция нормостеническая. Кожные покровы чистые. Отѐков нет. ЧД - 22 в минуту, дыхание жѐсткое в базальных отделах, хрипов нет. ЧСС - 115 ударов в минуту, ритм неправильный, дефицит пульса - до 10 в минуту. АД - 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезѐнка не увеличены.

В анализах крови: СРБ - 5,6 мг/л, АСЛО - 125 МЕ/л (норма 0-125 МЕ/л).

*ЭКГ.*



*Вопросы:*

1. Расшифровать ЭКГ, указать, какие изменения Вы видите у пациентки на ЭКГ.

2. Предложите наиболее вероятный диагноз.

3. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз у данной больной, учитывая клиническую картину и данные ЭКГ?

4. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.

5. Определите и обоснуйте тактику ведения данной пациентки. Какие первоочередные лечебные мероприятия показаны больной?

**Примеры контрольных вопросов:**

1. Наджелудочковые нарушения ритма сердца: наджелудочковая экстрасистолия, ускоренные суправентрикулярные ритмы, наджелудочковые тахикардии, трепетание предсердий. Определение, классификация, диагностика, ЭКГ-критерии, неотложная помощь и тактика ведения пациентов в амбулаторных условиях.

 2. Фибрилляция предсердий: определение, этиология, эпидемиология, патогенетические механизмы, неблагоприятные исходы, классификация, клинические проявления, диагностика. Контроль ЧСС и ритма сердца при оказании неотложной помощи на догоспитальном этапе.

 3. Принципы длительной терапии фибрилляции предсердий на амбулаторнополиклиническом этапе. Нефармакологические методы профилактики инсульта. Антитромботическая терапия: стратификация риска инсульта и тромбоэмболий, лекарственные препараты, оценка риска кровотечений, контроль показателей свертываемости крови. Длительный контроль ЧСС и ритма сердца. Дополнительная терапия.

 4. Желудочковые аритмии: желудочковые экстрасистолии, желудочковые тахикардии, трепетание и фибрилляция желудочков. Определение, классификация, диагностика, ЭКГ-критерии, неотложная помощь и тактика ведения пациентов в амбулаторных условиях.

 5. Брадиаритмии: дисфункция синусового узла, предсердно-желудочковые блокады. Определение, классификация, диагностика, ЭКГ-критерии, неотложная помощь и тактика ведения пациентов в амбулаторных условиях.

**Текущий контроль успеваемости по теме 23:**

Тактика ведения больных с хронической сердечной недостаточностью на амбулаторном этапе.

**Примеры тестовых заданий:**

1. К основным причинам, приводящим к развитию хронической сердечной недостаточности, в основе которой лежит перегрузка повреждением, относится все перечисленное, кроме:

1. Кардиомиопатии;
2. Миокардита;
3. Гипертонической болезни;
4. Миокардиодистрофии;
5. Инфаркта миокарда.

2. К основным диагностическим критериям сердечной недостаточности относятся:

1. Увеличение сердца по данным рентгенографии органов грудной клетки;
2. Снижение толерантности к физической нагрузке по результатам нагрузочных проб;
3. Увеличение содержания в крови

3.  При возникновении признаков острой правожелудочковой недостаточности (набухание шейных вен, увеличение печени, падение АД ) у больного с острым инфарктом миокарда необходимо исключить развитие таких осложнений, как:

* 1. Разрыв межжелудочковой перегородки.
	2. Тромбоэмболия легочной артерии.
	3. Инфаркт миокарда правого желудочка.
	4. Всех перечисленных осложнений.
	5. Правильного ответа нет.

**Пример ситуационной задачи:**

Больная К., 68 лет, обратилась к фельдшеру с жалобами на постоянную одышку, резко усиливающуюся при физической нагрузке, постоянные тупые боли в правом подреберье, отеки на ногах, кашель со слизистой мокротой, общую слабость. В течение многих лет страдает ишемической болезнью сердца, 2 года назад был инфаркт миокарда.

Объективно: температура 36,40С. Кожа влажная, отеки на стопах и голенях, акроцианоз. Дыхание жесткое, в нижних отделах незвучные влажные хрипы. ЧДД 26 в мин. Левая граница относительной сердечной тупости определяется по левой среднеключичной линии. Тоны сердца аритмичные, приглушены. ЧСС 100 в мин. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, слабоболезненный в правом подреберье. Печень выступает из-под края реберной дуги по среднеключичной линии на 4 см, слабоболезненная.

*Вопросы:*

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2. Назовите необходимые дополнительные исследования.

3. Перечислите возможные осложнения.

4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

5. Продемонстрируйте технику исследования пульса.

**Примеры контрольных вопросов:**

1. Хроническая сердечная недостаточность в практике участкового терапевта: определение, причины, классификация, лабораторно-инструментальная диагностика.

2. Тактика ведения больных с хронической сердечной недостаточностью в амбулаторно-поликлинических условиях: немедикаментозные мероприятия, фармакотерапия и профилактика.

3. Особенности лечения артериальной гипертензии в амбулаторных условиях у пациентов с сопутствующей патологией: у больных с поражением почек, с метаболическим синдромом, ожирением, сахарным диабетом, с ЦВБ, ИБС, ХСН, с гипертрофией миокарда левого желудочка, с бессимптомным атеросклерозом, у лиц с поражением периферических артерий, гиперурикемией, СОАС. Принципы лечения рефрактерной и злокачественной артериальной гипертензии.

4. Классификация вторичных форм артериальной гипертензии. Дифференциальная диагностика и принципы терапии в амбулаторно-поликлинических условиях.

 5. Особенности клинической картины, диагностики, дифференциальной диагностики и лечения симптоматической почечной артериальной гипертензии на амбулаторнополиклиническом этапе.

**Текущий контроль успеваемости по теме 24:**

Тактика ведения больных с болезнями миокарда на амбулаторном этапе.

**Примеры тестовых заданий:**

1. Какой метод является наиболее информативным для диагностики миокардита:
2. биохимический анализ крови
3. эндомиокардиальная биопсия
4. проба с физической нагрузкой
5. рентгенография органов грудной клетки
6. эхокардиография
7. коронароангиография
8. Наиболее распространенной причиной миокардита является:
9. вирусная инфекция
10. бактериальная инфекция
11. ТЭЛА
12. паразитарная инвазия
13. атеросклероз коронарных артерий
14. Фракция выброса левого желудочка у больных дилатационной кардиомиопатией:
15. незначительно повышается
16. незначительно снижается
17. значительно снижается
18. значительно повышается

5. не изменяется

**Пример ситуационной задачи:**

Женщина 38 лет обратилась к врачу общей практики с жалобами на неприятные ощущения в области сердца, сердцебиение, одышку при ходьбе. Три недели назад перенесла ОРЗ. К врачу не обращалась, лечилась домашними средствами, почувствовала улучшение. Неделю назад вновь повысилась температура тела до 37,1 °С, появились слабость, одышка, «тяжесть» в области сердца. Работает маляром. Объективно: состояние удовлетворительное. Температура 37,4 °С. Телосложение нормостеническое. Кожные покровы нормальной окраски и влажности. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД -18 в мин. Границы сердца не расширены. Тоны сердца приглушены, выслушивается систолический шум на верхушке, ритм правильный. ЧСС — 102 в мин. АД — 105/65 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Симптом поколачивания по области почек отрицателен с обеих сторон. Отеков нет. Мочеиспускание, стул — в норме. При обследовании в поликлинике: на ЭКГ выявлена впервые возникшая блокада левой ножки пучка Гиса. В общеклиническом анализе крови: лейкоциты — 8,4х 109 , СОЭ — 32 мм/ч.

*Задание:*

1. О каком заболевании можно думать?

2. Какова ваша тактика. Есть ли показания к госпитализации?

3. Тактика ведения больного в рамках общей врачебной практики

**Примеры контрольных вопросов:**

1. Классификация миокардитов.
2. Этиология, патогенез и патоморфология миокардитов, перикардитов,
3. кардиомиопатий
4. Клинические проявления и методы диагностики миокардитов.
5. Клиническое течение миокардитов.
6. Дифференциальная диагностика кардиомегалий
7. ГКМП – варианты, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, врачебная тактика, профилактика, реабилитация, клиническое значение.
8. Рестриктивная КМП – варианты, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, врачебная тактика, профилактика, реабилитация, клиническое значение.

**Примеры заданий текущего контроля успеваемости по разделу 9:**

**«Амбулаторная гастроэнтерология»**

**Текущий контроль успеваемости по теме 25:**

Общий подход к пациентам с болью в эпигастральной области на амбулаторном этапе.

**Примеры тестовых заданий:**

1. КАКОВЫ МЕХАНИЗМЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ВИСЦЕРАЛЬНЫХ БОЛЕЙ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ?

1. действие соляной кислоты на слизистую оболочку гастродуоденальной зоны;
2. спазм и растяжение стенки желудка и двенадцатиперстной кишки;
3. спазм сосудов желудка и двенадцатиперстной кишки;
4. раздражение париетального листка брюшины.

2. С КАКОЙ ЦЕЛЬЮ ПРИМЕНЯЕТСЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ МЕТОДИКА ДВОЙНОГО КОНТРАСТИРОВАНИЯ?

1. для лучшей оценки эластичности стенки желудка;
2. для более точной характеристики эвакуации из желудка;
3. для лучшего выявления изменений рельефа слизистой оболочки желудка;
4. для дифференциальной диагностики между рубцовыми и спастическими деформациями желудка и двенадцатиперстной кишки;
5. для более точного определения формы и положения желудка. целью в диагностике геликобактерной инфекции чаще всего

С КАКОЙ ЦЕЛЬЮ В ДИАГНОСТИКЕ ГЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ИНФЕКЦИИ ЧАЩЕ ВСЕГО ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЫХАТЕЛЬНЫЙ ТЕСТ?

1. в скрининговых исследованиях;
2. для первичной диагностики геликобактерной инфекции;
3. для выявления патогенных штаммов НР;
4. для контроля полноты эрадикации штаммов НР;
5. для определения чувствительности НР к антибиотикам.

**Пример ситуационной задачи:**

На приёме терапевта больной 42 лет с жалобами на чувство тяжести в желудке, сохраняющееся в течение 4-5 часов после приёма пищи, отрыжку «тухлым».

Вышеуказанные жалобы беспокоят в течение 3-4 последних месяцев. Более 20 лет страдает язвенной болезнью 12-ти перстной кишки с частыми обострениями. В течение последнего года было 2 обострения, лечился самостоятельно, принимал омепразол с положительным эффектом.

При осмотре состояние средней степени тяжести, астенического телосложения. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовые, сухие на ощупь, теплые. Дыхание везикулярное, хрипов нет, частота дыханий - 16 в минуту, Sp02 96%. Тоны сердца приглушены, ритмичны, пульс - 84 в минуту, АД - 115/70 мм. рт. ст. Язык суховат, обложен белым налетом. Живот умеренно вздут, болезненный в эпигастральной области. Печень не увеличена, селезенка не пальпируется. Физиологические отправления в норме.

*Вопросы:*

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте план обследования.

4. Определите тактику лечения.

5. Составьте схему диспансерного наблюдения.

**Примеры контрольных вопросов:**

1. Критерии диагностики разных форм гастритов

2. Дифференцированное лечение больных в зависимости от формы хронического гастрита

3. Программа обследования больных при острой диарее в поликлинических условиях

**Текущий контроль успеваемости по теме 26:**

Общий подход к пациентам с хроническими диффузными заболеваниями печени на амбулаторном этапе.

**Примеры тестовых заданий:**

НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ ПЕНЕТРАЦИИ ЯЗВЫ МОГУТ УКАЗЫВАТЬ ВСЕ НИЖЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ СИМПТОМЫ, КРОМЕ:

* 1. боли принимают упорный характер;
	2. боли теряют связь с приемом пищи;
	3. присоединяется лихорадка;
	4. отмечается повышение СОЭ;
	5. появляется «доскообразное» напряжение мышц брюшной стенки и симптомы раздражения брюшины.

КАКАЯ ИЗ НИЖЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СИТУАЦИЙ НЕ ПРИВОДИТ К ВОЗНИКНОВЕНИЮ «СТРЕССОВЫХ» ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ?

* 1. психо-эмоциональный стресс;
	2. черепно-мозговые травмы и нарушение мозгового кровообращения;
	3. после нейрохирургических операций, связанных с трансплантацией органов;
	4. при остром инфаркте миокарда;
	5. у больных с терминальной почечной и печеночной недостаточностью.

КАКОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ НЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ЭРОЗИЙ И ЯЗВ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ, ВЫЗВАННЫХ ПРИЕМОМ НПВП:

* 1. выраженный болевой синдром;
	2. смазанность клинической картины;
	3. обычно одиночный характер поражений;
	4. часто множественный характер поражений;
	5. высокая частота желудочно-кишечных кровотечений.

**Пример ситуационной задачи:**

Больной 40 лет обратился в поликлинику к участковому терапевту с жалобами на чувство тяжести в подложечной области, потливость, сердцебиение, выраженную общую слабость, головокружение, сонливость, которые возникают, обычно, через 20-30 минут после приема пищи и продолжаются около 1,5 часов. Данные симптомы отсутствуют при голодании и усиливаются при приеме жидкой и горячей пищи.

Из анамнеза известно, что больной в течение 10 лет страдал язвенной болезнью 12-ти перстной кишки, осложнённой кровотечениями. 2 года назад была произведена резекция желудка.

Объективно: состояние удовлетворительное. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 15 в мин. Пульс удовлетворительного наполнения и напряжения, 72 удара в минуту. АД – 130/80 мм рт. ст. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 72 удара в минуту. Язык обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной и пилородуоднальной зонах. Селезёнка не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Отёков нет. Температура тела нормальная.

*Вопросы:*

1. Сформулируйте предположительный диагноз.

2. Составьте план обследования.

3. Проведите дифференциальный диагноз.

4. Дайте рекомендации по диете.

5. Составьте план лечения.

**Примеры контрольных вопросов:**

1. Диагностика больных с ЯБ желудка и двенадцатиперстной кишки в поликлинических условиях.

2. Лечение больных с ЯБ желудка и двенадцатиперстной кишки в поликлинических условиях.

3. Диагностика хронического некалькулезного холецистита

**Текущий контроль успеваемости по теме 27:**

Общий подход к пациентам с нарушением акта дефекации на амбулаторном этапе.

**Примеры тестовых заданий:**

СИМУЛИРОВАТЬ ПОЯВЛЕНИЕ МЕЛЕНЫ МОЖЕТ ПРИЕМ ВСЕХ НИЖЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ, КРОМЕ:

* 1. НПВП;
	2. препаратов железа;
	3. препаратов висмута;
	4. активированного угля.

ПЕРЕЧИСЛИТЕ ПРИЗНАКИ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ:

* 1. пожилой возраст (50-70 лет);
	2. четкая ритмичность и периодичность болевого синдрома;
	3. коликообразные боли в правом подреберье;
	4. потеря аппетита;
	5. разлитая болезненность.

К ОСНОВНЫМ МЕТОДАМ ИССЛЕДОВАНИЯ, ПОЗВОЛЯЮЩИМ ВЕРИФИЦИРОВАТЬ ДИАГНОЗ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА, ОТНОСЯТСЯ:

* 1. анализ желудочного сока;
	2. рентгеноскопия;
	3. гастроскопия;
	4. морфологическое исследование слизистой оболочки желудка;
	5. верно 3) и 4).

**Пример ситуационной задачи:**

Пациент 32 лет при обращении в поликлинику предъявляет жалобы на неоформленный стул с примесью крови до 10 раз в сутки, схваткообразные боли внизу живота перед дефекацией, похудание на 7 кг за 3 месяца.

Из анамнеза: примесь крови в кале и неоформленный стул беспокоят в течение 3 месяцев. Температура не повышалась. Контакт с инфекционными больными отрицает, за пределы области не выезжал. Курил 1 пачку сигарет в сутки в течении 10 лет, год назад прекратил. Злоупотребление алкоголем, внутривенную наркоманию отрицает. У родственников заболеваний желудочно-кишечного тракта нет. Работает менеджером, профессиональных вредностей нет.

Объективно: состояние удовлетворительное. Температура 36,7°С. Кожные покровы бледные, влажные. Рост – 175 см, вес – 58 кг. В лёгких везикулярное дыхание, побочных дыхательных шумов нет. ЧДД – 18 в минуту. При аускультации – ритм сердца правильный, шумов нет. ЧСС – 98 ударов в минуту. АД – 110/70 мм рт. ст.

При осмотре живот симметричен, участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, болезненный в левой фланговой и левой подвздошной области. Печень по Курлову – 9×8×7 см. Размеры селезенки – 6×4 см. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Общий анализ крови: эритроциты – 2,7×1012/л, гемоглобин – 108 г/л, цветовой показатель – 0,6, тромбоциты – 270×1012/л, лейкоциты – 7,0×109/л, эозинофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 65%, лимфоциты – 27%, моноциты – 5%, СОЭ – 22 мм/ч.

Копрограмма: кал неоформленный, слизь +++, лейкоциты – 10-15 в поле зрения, эритроциты – 5-6 в поле зрения.

Фиброколоноскопия: слизистая нисходящей ободочной, сигмовидной и прямой кишки диффузно гиперемирована, легко кровоточит при контакте с колоноскопом, сосудистый рисунок смазан. В ректосигмоидном отделе выявлены множественные эрозии, покрытые фибрином.

*Вопросы:*

1. Сформулируйте предположительный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте план обследования пациента.

4. Составьте план лечения.

5. Через 2 недели терапии отмечено уменьшение частоты стула до 2 раз в сутки, нет примесей крови в кале. Определите дальнейшую лечебную тактику.

**Примеры контрольных вопросов:**

1. Лечение хронического некалькулезного холецистита.

2. Диагностика больных с дисфункцией желчевыводящих путей в поликлинических условиях.

3. Лечение больных с дисфункцией желчевывыводяших путей в поликлинических условиях.

**Текущий контроль успеваемости по теме 28:**

Тактика ведения больных с кислотозависимыми заболеваниями верхних отделов желудочно-кишечного тракта на амбулаторном этапе.

**Примеры тестовых заданий:**

ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ ХЕЛИКОБАКТЕР ПИЛОРИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ГАСТРИТАХ РЕКОМЕНДУЕТСЯ НАЗНАЧИТЬ ВСЕ, КРОМЕ:

1. де-нола;
2. кларитромицина;
3. амоксициллина;
4. маалокса;
5. зантака.

ПРОФИЛАКТИКА ГАСТРИТОВ ОСНОВАНА НА:

1. правильном режиме и характере питания;
2. устранении профессиональных вредностей;
3. отказе от алкоголя;
4. лечении заболеваний, приводящих к хроническому гастриту;
5. всем перечисленном.

ДЛЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ РЕДКО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ТЕЧЕНИЯ ОБОСТРЕНИЯ НАСТУПАЮТ:

1. 1-2 раза в 2-3 года;
2. 2 раза в год;
3. 3 раза в год;
4. 1разв5лет.

**Пример ситуационной задачи:**

Пациент А., 25 лет, обратился к врачу с жалобами на умеренные боли в эпигастральной области, возникающие через 20-30 минут после приема пищи, а также на боли проходящие после приема пищи, без иррадиации, отрыжку кислым, изжогу, неприятный вкус во рту, плохой сон, запоры. Из анамнеза заболевания: считает себя больным около года, ранее за медицинской помощью не обращался. Самостоятельно принимает альмагель с положительным эффектом. Три дня назад, после погрешностей в диете, усилились боли, отрыжка, изжога, в связи с чем, обратился к врачу. Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРЗ. Профессиональный анамнез: работает шофером, часто не регулярный прием пищи и еда всухомятку. Вредные привычки: курит 8 лет по 1 пачке сигарет в день, алкоголь употребляет редко. Наследственность: мать здорова, у отца – язвенная болезнь желудка. Аллергологический анамнез не отягощен. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Температура тела – 36,5ºС. Астеник. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовые, чистые, влажные. Отѐков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Костно-мышечная система без особенностей. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет, ЧД 24 в минуту. Границы относительной тупости сердца: правая – по правому краю грудины, верхняя – нижний край III ребра, левая – на 1,5 см кнутри от СКЛ. Тоны сердца ясные, ритмичные, 68 уд/мин. АД 120/70 мм рт.ст. Язык обложен белым налетом. При поверхностной пальпации живот мягкий, болезненный в эпигастральной области, симптом. Перитонеальные симптомы Менделя и Щеткина-Блюмберга отрицательные. При глубокой пальпации все отделы толстого кишечника нормальных размеров, безболезненные, эластичные. Определяется болезненность при пальпации тела и большой кривизны желудка. Размеры печени по Курлову 9×8×7 см. Пузырные симптомы отрицательные. Селезенка не увеличена. Почки не пальпируются, область пальпации безболезненна, симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Данные дополнительных методов исследования: 1. ОАК: Нb – 126 г/л, эр. - 4,1×1012/л, ЦП - 0,95, лейк. – 7,1×109 /л, э - 4%, п/я - 3%, с/я - 54%, л - 31%, м - 8%, СОЭ - 9 мм/час. 2. ОАМ: уд. вес – 1019, белок – отр., эритроциты – отр., лейкоциты – 2-3 в поле зрения. 3. ФГДС: пищевод свободно проходим, слизистая розовая, чистая. Желудок обычной формы и размеров, в антральной части желудка слизистая оболочка блестящая с налетом фибрина, отечная, гиперемированная. Взята биопсия. 4. Данные биопсии: выявлен Helicobacter pylori.

*Вопросы*:

1. Выделите и обоснуйте синдромы, выделите ведущий.

2. Сформулируйте предварительный диагноз.

3.Каков механизм появления изжоги?

4.Назовите неинвазивные методы обнаружения Helicobacter pylori.

5. Назначьте дополнительное обследование.

6. Сделайте заключение по общему анализу крови.

7. Оцените результаты ФГДС.

8. Обоснуйте уточненный диагноз.

**Примеры контрольных вопросов:**

1. Диагностика больных с хроническим панкреатитом в поликлинических условиях

2. Лечение больных с хроническим панкреатитом в поликлинических условиях

3. Диагностика больных с синдромом раздраженного кишечника

**Текущий контроль успеваемости по теме 29:**

Тактика ведения больных с функциональными нарушениями желудочно-кишечного тракта на амбулаторном этапе.

**Примеры тестовых заданий:**

С КАКОЙ ЦЕЛЬЮ В ДИАГНОСТИКЕ ХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ИНФЕКЦИИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ЧАЩЕ ВСЕГО МЕТОД ОПРЕДЕЛЕНИЯ АНТИТЕЛ К НР?

* 1. для скрининговых исследований;
	2. с целью первичной диагностики;
	3. с целью контроля полноты эрадикации;
	4. с целью определения чувствительности НР к антибиотикам.

УКАЖИТЕ ПЕРВОНАЧАЛЬНУЮ ЛОКАЛИЗАЦИЮ ГАСТРИТИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ, ВЫЗВАННЫХ ХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ:

* 1. субкардиальный отдел;
	2. фундальный отдел;
	3. антральный отдел;
	4. антральный и фундальный отделы;
	5. антральный отдел и луковица двенадцатиперстной кишки.

В ПОЛЬЗУ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО ХАРАКТЕРА ЯЗВЫ В ЖЕЛУДКЕ СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ ВСЕ НИЖЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ КОСВЕННЫЕ ПРИЗНАКИ, КРОМЕ:

* 1. большие размеры язвы;
	2. локализация на малой кривизне желудка;
	3. локализация на большой кривизне желудка;
	4. наличие гистаминустойчивой ахлоргидрии;
	5. неправильная форма язвенного дефекта и ригидность стенки желудка в месте поражения.

**Пример ситуационной задачи:**

Больная В., 25 лет, учитель, предъявляет жалобы на боли ноющего характера, возникающие не зависимо от характера пищи, без иррадиации, длятся 20 – 30 минут, проходят самостоятельно и чувство тяжести после еды в эпигастральной области. Отрыжку воздухом, неприятный вкус во рту по утрам, снижение аппетита, ощущение урчания и переливания в животе, вздутие живота, поносы, раздражительность, неустойчивое настроение. Из анамнеза заболевания: считает себя больной в течение 3-х лет. За медицинской помощью не обращалась, самостоятельно принимала но-шпу, мезим-форте с положительным эффектом. Ухудшение самочувствия около двух месяцев, появились боли в эпигастральной области сразу после еды, которые сохраняются в течение часа. Перенесенные заболевания: корь, ветряная оспа, аппендэктомия в детстве. Питается нерегулярно, часто всухомятку. В пищу употребляет много консервантов. Вредные привычки отрицает. Наследственность: у матери и брата – хронический гастрит. Аллергологический анамнез не отягощен. Объективно: общее состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Кожа и видимые слизистые бледно-розового цвета, чистые, умеренно влажные. Отѐков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 18 в мин. Пульс удовлетворительного наполнения и напряжения, 70 уд/мин. АД 110/70 мм рт.ст. Границы относительной сердечной тупости: правая - 1см вправо от правого края грудины, верхняя – нижний край III ребра, левая – на 1,5см кнутри от левой СКЛ. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 70 ударов в мин. Язык обложен белым налетом, на боковых поверхностях языка отпечатки зубов, сосочки сглажены. Живот симметричный, обе половины одинаково участвуют в акте дыхания. При поверхностной пальпации живот мягкий, болезненный в эпигастрии, перитонеальные симптомы отрицательные. При глубокой пальпации определяются все отделы толстого кишечника, нормальных размеров, сигмовидная и слепая кишка умеренно болезненны, эластичные, при пальпации урчат. Размеры печени по Курлову 9 8 7 см. Селезенка не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Данные дополнительных методов исследования: 1. ОАК: Нb-130 г/л, эр. - 4,2 1012/л, лейк. - 7,5 109 /л, э - 5%, п/я - 4%, с/я - 53%, л - 32%, м - 6%, СОЭ - 6 мм/час.8 2. ОАМ: отн. плотность - 1,016, эпителий - 2-4 в п.зр., белок, эр., цилиндры, соли не определяются. 3. Биохимическое исследование крови: глюкоза – 4,5 ммоль/л, фибриноген – 2,9 г/л, общий белок – 68 г/л, альбумины – 52%, глобулины – 48%: α1 – 4%, α2 – 12%, β – 15%, γ – 17%, билирубин – 8,8 (2,2/6,6) ммоль/л. 4. ФГДС – пищевод свободно проходим, слизистая не изменена, кардиальный жом смыкается. Желудок обычной формы и размеров. Слизистая оболочка истончена, бледно-серого цвета с просвечивающимися кровеносными сосудами, рельеф сглажен. Участки истонченной слизистой оболочки чередуются с зонами атрофии белесоватого цвета. Helicobacter pylori не выявлен.

*Вопросы:*

1. Выделите и обоснуйте синдромы, выделите ведущий.

2. Сформулируйте предварительный диагноз.

3. Объясните механизм развития симптомов кишечной диспепсии.

4. Каков механизм появления болей в эпигастрии после еды?

5. Перечислите дополнительные методы обследования.

6. Сделайте заключение по общему анализу крови.

7. Оцените результаты ФГДС.

8. Обоснуйте уточненный диагноз.

**Примеры контрольных вопросов:**

1. Лечение больных с синдромом раздраженного кишечника

2. Показания и противопоказания для санаторно-курортного лечения больных с язвенной болезнью

3. Показания и противопоказания для санаторно-курортного лечения больных с дисфункцией желчевыводящих путей

**Текущий контроль успеваемости по теме 30:**

Тактика ведения больных с хроническими диффузными заболеваниями печени на амбулаторном этапе.

**Примеры тестовых заданий:**

К ОСОБЕННОСТЯМ БОЛЕВОГО СИНДРОМА, ХАРАКТЕРНОГО ДЛЯ БОЛЬНЫХ С ДУОДЕНАЛЬНЫМИ ЯЗВАМИ, НЕ ОТНОСЯТСЯ:

* 1. ранние боли;
	2. поздние боли;
	3. ночные боли;
	4. голодные боли;
	5. боли проходят после приема антацидных и антисекреторных препаратов.

КАКИЕ ПРЕПАРАТЫ ВКЛЮЧАЮТСЯ В ЭРАДИКАЦИОННУЮ СХЕМУ КВАДРОТЕРАПИИ?

* 1. блокаторы протонного насоса, препараты висмута, кларитромицин и метронидазол;
	2. блокаторы протонного насоса, препараты висмута, амоксицилин и метронидазол;
	3. блокаторы протонного насоса, препараты висмута, тетрациклин и метронидазол;
	4. блокаторы протонного насоса, препараты висмута, тетрациклин и кларитромицин;
	5. блокаторы протонного насоса, препараты висмута, тетрациклин и амоксициллин.

КАКОЙ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ МЕХАНИЗМ ОБУСЛОВЛИВАЕТ ПОВРЕЖДАЮЩЕЕ ДЕЙСТВИЕ НПВП НА СЛИЗИСТУЮ ОБОЛОЧКУ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ?

1. повышение секреции соляной кислоты;
2. повышение выработки пепсина;
3. увеличение продукции гастрина;
4. нарушение моторики желудка и двенадцатиперстной кишки;
5. блокирование активности фермента циклооксигеназы-2.

**Пример ситуационной задачи:**

Мужчина Ф., 31года отравился суррогатом алкоголя. Появились признаки острой печёночной недостаточности, желтуха, боли в правом подреберье и уменьшение размеров печени.

1. Диагностируйте патологию печени.
2. Укажите клиническую форму проявления этой патологии.
3. Какая стадия описанной патологии приводит к уменьшению размеров печени?
4. Укажите возможные исходы.

**Примеры контрольных вопросов:**

1. Жалобы при заболеваниях печени и желчного пузыря, их детализация.
Данные общего осмотра при заболеваниях печени.
2. Определение, этиологические факторы, основные механизмы патогенеза, клинические особенности, принципы лабораторной и инструментальной диагностики синдрома желтухи.
3. Основные синдромы при заболеваниях печени и желчевыводящих путей (болевой, портальной гипертензии, отечный, гепатолиенальный, геморрагический, печеночно-клеточной недостаточности, диспепсический, цитолиза гепатоцитов).
4. Лабораторная и инструментальная диагностика заболеваний печени и желчевыводящих путей.

**Текущий контроль успеваемости по теме 31:**

Тактика ведения больных с хроническим панкреатитом и хроническим холециститом на амбулаторном этапе.

**Примеры тестовых заданий:**

ПАРИЕТАЛЬНЫЕ КЛЕТКИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА СЕКРЕТИРУЮТ:

* 1. соляную кислоту
	2. молочную кислоту;
	3. гастромукопротеид;
	4. муцин;
	5. пепсиноген.

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ ЖЕЛУДКА ВКЛЮЧАЮТ:

* 1. дробное питание;
	2. психотерапия;
	3. физиотерапия;
	4. рефлексотерапия;
	5. все перечисленное.

МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО АТРОФИЧЕСКОГО ГАСТРИТА ВКЛЮЧАЕТ:

1. вяжущие и обволакивающие средства;
2. метилурацил;
3. витамины;
4. заместительную терапию;
5. все перечисленное.

**Пример ситуационной задачи:**

Больная Е., 46 лет, учительница, в течение года предъявляет жалобы на боли после еды в верхних отделах живота с иррадиацией в спину, тошноту, горечь во рту, метеоризм, обильный кашицеобразный стул с жирным блеском 3-4 раза в день. В связи с болями и снижением аппетита за это время похудела на 12 кг. Пять лет назад перенесла холецистэктомию по поводу желчнокаменной болезни. При осмотре: тучная, кожа и слизистые обычной окраски и влажности. Со стороны сердца и легких без отклонений от нормы. Язык влажный с густым белым налетом. Живот с послеоперационным рубцом в правом подреберье, мягкий, несколько вздут, болезненный при пальпации в эпигастрии, подреберьях и около пупка. Множество мелких гемангиом на коже верхних отделов живота.

*Вопросы:*

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Чем можно объяснить наличие тошноты?
3. Наметьте план обследования.
4. Назначьте лечение и поясните его цели.

**Примеры контрольных вопросов:**

1. Диагностика больных с хроническим панкреатитом в поликлинических условиях
2. Лечение больных с хроническим панкреатитом в поликлинических условиях
3. Диагностика больных с синдромом раздраженного кишечника

**Текущий контроль успеваемости по теме 32:**

Тактика ведения больных с воспалительными заболеваниями кишечника на амбулаторном этапе.

**Примеры тестовых заданий:**

1. БОЛЕЗНЬ БЕХЧЕТА ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ:

1. АНЦА-васкулитов
2. вариабельных васкулитов
3. вторичных васкулитов
4. иммунокомплексных васкулитов

2. В ДИАГНОСТИКЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ОСТРОМ ТЕЧЕНИИ ДИВЕРТИКУЛИТА МЕТОДОМ ВЫБОРА ЯВЛЯЕТСЯ:

* 1. КТ кишечника
	2. УЗИ кишечника
	3. ирригоскопия
	4. фиброколоноскопия

3. В ОТЛИЧИЕ ОТ БОЛЕЗНИ КРОНА, ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА:

* 1. образуются афты
	2. образуются язвы-трещины
	3. окружающая язву слизистая оболочка гиперемирована и отечна
	4. окружающая язву слизистая оболочка не изменена

**Пример ситуационной задачи:**

В поликлинику обратился мужчина 42 лет с жалобами на боли внизу живота и в левой половине, чередование поносов (стул в небольшом количестве, жидкий) и запоров, болезненные позывы к дефекации, вздутие живота. Беспокоит слабость, повышенная утомляемость. Болен в течение нескольких лет.

Объективно: температура тела 37,10С. Состояние удовлетворительное. Кожа чистая. Подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно. Со стороны легких и сердца изменений нет. Язык влажный, обложен беловатым налетом. Живот мягкий, умеренно болезненный по ходу толстого кишечника.

*Вопросы:*

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Наметьте план обследования.
3. Назначьте лечение и поясните его цели.

**Примеры контрольных вопросов:**

1. Синдром диареи.
2. Синдром раздраженного кишечника: определение, классификация, этиопатогенез, симптоматология, диагностика, принципы лечения и профилактики.
3. Классификация заболеваний толстой и тонкой кишки.
4. Хронический колит: определение, классификация, этиопатогенез, жалобы, данные физикального, лабораторного и инструментального обследования. Основные принципы лечения и профилактики.

**Примеры заданий текущего контроля успеваемости по разделу 10:**

**«Амбулаторная гематология»**

**Текущий контроль успеваемости по теме 33:**

Общий подход к пациентам с анемическим синдромом на амбулаторном этапе.

**Примеры тестовых заданий:**

1. ДЛЯ ДИАГНОЗА ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ ВАЖНО НАЛИЧИЕ СЛЕДУЮЩЕГО ПОКАЗАТЕЛЯ:

1. снижение гематокрита;
2. снижение цветового показателя;
3. снижение гемоглобина.
4. снижение количества лейкоцитов;
5. гипербилирубинемия.

2. СРЕДИ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ РЕЖЕ ВСЕГО НАБЛЮДАЮТСЯ:

1. глоссит;
2. субфебрильная температура тела;
3. желтуха;
4. анорексия;
5. выпадение волос.

3. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У АМБУЛАТОРНЫХ БОЛЬНЫХ ЯВЛЯЮТСЯ:

1. кровопотери;
2. глистная инвазия;
3. врожденный дефицит железа;
4. авитаминоз;
5. недостаточное поступление железа с пищей.

**Пример ситуационной задачи:**

Женщина 28 лет обратилась к участковому терапевту с жалобами на слабость, утомляемость, сердцебиение, головокружение, головную боль, ухудшение памяти, боли в ногах, желание есть сухие макароны, гречневую крупу, першение в горле.

Из анамнеза известно, что анемия обнаружена с 16 лет. Лечилась нерегулярно препаратами железа курсами по 2-3 недели с временным эффектом.

Гинекологический анамнез: менструации с 14 лет, обильные, по 5-7 дней через 21 день. 2 беременности, 2 срочных физиологических родов в 23 и 27 лет.

При осмотре: состояние пациентки удовлетворительное. Рост – 162 см, масса тела – 65кг. ИМТ – 24,08 кг/м2. Кожные покровы и коньюнктивы бледны. Ногти тонкие, уплотнены, концы ногтей расслоены. В лѐгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 18 в мин. Тоны сердца ослаблены, ритм правильный, при аускультации выслушивается систолический шум на верхушке сердца и по левому краю грудины, ЧСС – 110 уд.в мин., АД – 110/70 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезѐнка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Физиологические отправления в норме.

В анализах: общий анализ крови — эритроциты 3,6 \*1012/л, анизоцитоз, микроцитоз, Нв-94 г/л, ЦП- 0,6, лейкоциты 5,2\*109/л, эозинофилы – 1%, палочкоядерные – 3%, сегментоядерные – 57%, лимфоциты – 28%, моноциты – 9%, СОЭ - 25 мм/час. Биохимический анализ крови: общий белок- 77 г/л, общий билирубин - 15,3 мкмоль/л, непрямой билирубин - 12,1 мкмоль/л, железо сыворотки - 7,6 мкмоль/л, ферритин - 8,8 мкг/л. ЭКГ: синусовая тахикардия, ЧСС – 106 в минуту, снижение зубца Т в левых грудных V5,V6 отведениях.

*Вопросы:*

Предположите наиболее вероятный диагноз

1. Обоснуйте поставленный Вами диагноз
2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
3. Какой препарат из группы железосодержащих лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациентке? Обоснуйте свой выбор.
4. Через 2 месяца регулярной терапии препаратом из группы железосодержащих отмечается положительная динамика: уменьшились слабость и утомляемость, улучшилась память, сердцебиения не беспокоят, исчезли нарушение вкуса; в общем анализе крови-эритроциты 4,2 \*1012/л, средний диаметр эритроцитов 7,5 мкм, Нв-122 г/л, ЦП- 0,84 лейкоциты 6,7\*109/л, эозинофилы- 0%, палочкоядерные - 2%, сегментоядерные- 59%, лимфоциты -28%, моноциты- 9% , СОЭ-13 мм/час. Биохимический анализ крови: железо сыворотки - 14,7 мкмоль/л, ферритин - 9,8 мкг/л. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

**Примеры контрольных вопросов:**

1. Каковы основные причины железолефицитной анемии у больных

2. Каковы основные клинико-гематологические проявления железодефицитной анемии у больных

3. Перечислите препараты железа, назначение которых наиболее обосновано при железодефицитной анемии

4. Укажите клинико-гематологические проявления у больных, подозрительные на наличие в12-дефицитной анемии

5. Перечислите основные дифференциально-диагностические различия между В12-дефицитной анемией и ЖДА

**Текущий контроль успеваемости по теме 34:**

Тактика ведения больных с анемиями на амбулаторном этапе.

**Примеры тестовых заданий:**

У АМБУЛАТОРНОЙ БОЛЬНОЙ 40 ЛЕТ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ПОЯВИЛАСЬ РЕЗКАЯ СЛАБОСТЬ, ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ, ОДЫШКА, СЕРДЦЕБИЕНИЯ; СНИЗИЛОСЬ АД. АНАЛИЗ КРОВИ: HB 70 Г/Л, ЛЕЙКОЦИТОВ 14\*109/Л. МОЖНО ДУМАТЬ ОБ ОСЛОЖНЕНИИ:

1. инфекционное заболевание;
2. острая кровопотеря;
3. гемолитический криз;
4. перфорация язвы;
5. реактивный панкреатит.

НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ В12-ДЕФИЦИТНЫХ АНЕМИЙ ЯВЛЯЮТСЯ:

1. кровопотери;
2. глистная инвазия;
3. атрофия желез желудка;
4. беременность;
5. алиментарный фактор.

ДИАГНОЗ В12-ДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ СТАНОВИТСЯ НЕСОМНЕННЫМ ПРИ ИЗМЕНЕНИИ СЛЕДУЮЩЕГО ЛАБОРАТОРНОГО ПОКАЗАТЕЛЯ:

1. повышение цветового показателя;
2. снижение количества эритроцитов;
3. макроцитоз эритроцитов;
4. мегалобластоз костного мозга;
5. снижение количества лейкоцитов.

**Пример ситуационной задачи:**

Больная Ш. 45 лет обратилась к терапевту поликлиники с жалобами на слабость, головокружение, выпадение волос, ломкость ногтей, сухость кожи.

Анамнез: считает себя больной в течение 3-х месяцев, когда впервые появились жалобы на слабость, головокружение. К врачу не обращалась. В дальнейшем симптомы стали нарастать, стали выпадать волосы, появилась ломкость ногтей, сухость кожи. Сопутствующие заболевания: страдает меноррагией – месячные обильные, затяжные, по 7-10 дней каждые 28 дней.

При осмотре: состояние больной средней тяжести. Кожные покровы и слизистые бледные, сухие, высыпаний нет. Ногти с выраженной продольной исчерченностью, «ложкообразные». Диффузная алопеция. Периферических отѐков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание в лѐгких везикулярное, хрипов нет, ЧД – 21 в мин. Тоны сердца ритмичные, ослабление I и II тона сердца во всех точках аускультации. ЧСС=90 уд в минуту. АД=100/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень и селезѐнка не пальпируются. Стул оформленный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

*Вопросы:*

1. Предположите наиболее вероятный диагноз
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Через 2 дня пациентка пришла на повторный прием с результатами анализов: клинический анализ крови: гемоглобин - 95 г/л, эритроциты - 1,12x1012/л. MCV 75 фл, MCH 22 пг, ретикулоциты - 0,9%, тромбоциты – 226х109/л, лейкоциты - 4,9х109/л, палочкоядерные - 4% , сегментоядерные - 51%, моноциты – 0,10x109/л, лимфоциты – 1,7x109/л, СОЭ - 36 мм/ч. Сывороточное железо 4,2 мкмоль/л, ОЖСС 82мкмоль/л, коэффициент насыщения трансферрина 23,5%, АЧТВ 26 с, ПТВ 14 с, фибриноген 3,1 г/л. Консультация гинеколога назначена на следующий день. Назначьте лечение.
5. Через 2 месяца регулярной терапии железосодержащим препаратом пациентка сдала повторный анализ крови: клинический анализ крови: гемоглобин - 120 г/л, эритроциты - 4,2x1012/л. MCV 82 фл, MCH 28 пг, ретикулоциты - 1,2%. тромбоциты – 260х109/л, лейкоциты - 5,2х109/л ,палочкоядерные- 6% , сегментоядерные- 55%, моноциты – 0,10x109/л, лимфоциты – 1,4x109/л, СОЭ - 17 мм/ч. Пациентка также наблюдается у гинеколога, принимает терапию по поводу меноррагий, отмечает нормализацию месячных. Охарактеризуйте изменения в анализах. Ваши дальнейшие действия?

**Примеры контрольных вопросов:**

1. Перечислите основные лабораторные признаки гемолиза
2. Лечение железодефицитной анемии в амбулаторных условиях
3. Лечение В12-дефицитной анемией в амбулаторных условиях
4. Показания лля консультации гематолога
5. Причины В12-дефицитной анемии

**Примеры заданий текущего контроля успеваемости по разделу 11:**

**«Амбулаторная нефрология»**

**Текущий контроль успеваемости по теме 35:**

Общий подход к пациентам с мочевым синдромом на амбулаторном этапе.

**Примеры тестовых заданий:**

НА АМБУЛАТОРНОМ ПРИЕМЕ ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ ДОСТОВЕРНОЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ:

1. учащенное, болезненное мочеиспускание;
2. лейкоцитурия;
3. боли в поясничной области;
4. лихорадка;
5. бактериурия;
6. все перечисленное

ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ В ПОЛИКЛИНИКЕ САМАЯ ВЫСОКАЯ ПРОТЕИНУРИЯ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ:

* 1. остром гломерулонефрите;
	2. амилоидозе;
	3. нефротическом синдроме;
	4. хроническом гломерулонефрите;
	5. хроническом пиелонефрите.

ПРИ НАЛИЧИИ У АМБУЛАТОРНОГО ПАЦИЕНТА СТОЙКОЙ ЛЕЙКОЦИТУРИИ, КИСЛОЙ РЕАКЦИИ МОЧИ И ВЫЯВЛЕННОЙ ПРИ УЗИ ДЕФОРМАЦИИ ПОЧЕЧНЫХ ЛОХАНОК МОЖНО ЗАПОДОЗРИТЬ:

* 1. рак почки;
	2. хронический пиелонефрит;
	3. врожденную аномалию;
	4. туберкулез почек;
	5. подагрическую нефропатию.

**Пример ситуационной задачи:**

Больная 18 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на боли в поясничной области, учащенное мочеиспускание, озноб.

Из анамнеза известно, что часто болеет ОРВИ, периодически отмечает тупые боли внизу живота, на этом фоне бывает субфебрильная температура; иногда отмечается болезненное мочеиспускание.

При осмотре: кожные покровы обычной окраски, температура 37,8°С. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 20 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, АД 120/70 мм рт. ст., ЧСС 96 в минуту. Живот мягкий безболезненный. Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон. Мочеиспускание учащено и болезненно. Отеков нет.

Общий анализ крови: гемоглобин - 114 г/л, эритроциты - 4,5×1012/л, лейкоциты - 18,5×109/л, палочкоядерные нейтрофилы - 10%, сегментоядерные нейтрофилы - 70%, лимфоциты - 11%, моноциты - 9%, СОЭ - 28 мм/час.

Общий анализ мочи: реакция щелочная, белок - 0,06%, лейкоциты - сплошь на все поле зрения, эритроциты – 1-2 в поле зрения, бактерии – значительное количество.

УЗИ почек: почки расположены правильно, размеры на верхней границе нормы. Чашечно-лоханочная система расширена с обеих сторон.

*Вопросы:*

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Укажите дополнительные методы исследования для уточнения диагноза.

4. Назовите исследование, необходимое для назначения этиотропной терапии.

5. Составьте план диспансерного наблюдения.

**Примеры контрольных вопросов:**

1. Ведение пациентов на гемодиализе в условиях поликлиники
2. Показания для консультации нефролога и уролога
3. Лечение хронического гломерулонефрита в условиях поликлиники.
4. Диспансеризация пациентов с заболеваниями почек

**Текущий контроль успеваемости по теме 36:**

Тактика ведения больных с инфекцией мочевыводящих путей на амбулаторном этапе.

**Примеры тестовых заданий:**

В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ ХРОНИЧЕСКАЯ ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ ПО:

1. отекам при наличии протеинурии;
2. артериальной гипертензии и изменениям в моче;
3. бактериурии;
4. повышению концентрации креатинина в крови;
5. повышению уровня мочевой кислоты в крови.

САМЫМ ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. олигурия;
2. протеинурия;
3. артериальная гипертония в сочетании с анемией;
4. повышение уровня креатинина в крови;
5. гиперлипидемия.

В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ ПРИ КАКОЙ ПАТОЛОГИИ НАБЛЮДАЕТСЯ СОЧЕТАНИЕ АНЕМИИ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ?

1. гипертоническая болезнь;
2. хроническая почечная недостаточность;
3. синдром Иценко-Кушинга;
4. акромегалия;
5. В12-дефицитная анемия.

**Пример ситуационной задачи:**

Больная 30 лет обратилась в поликлинику с жалобами на частое и болезненное мочеиспускание, боли в поясничной области справа, выделение мутной мочи, повышение температуры тела до 37,6°С.

Из анамнеза: впервые подобные проявления отмечались у пациентки 10 лет назад во время беременности. Проводилась антибактериальная терапия в стационаре, роды – без осложнений. В последующем обострения заболевания не отмечалось. Ухудшение состояния 5 дней назад после переохлаждения.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы обычной окраски, периферических отёков нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Грудная клетка обычной формы. В лёгких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются, ЧД 20 в мин. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС - 90 в минуту. АД – 140/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края рѐберной дуги. Симптом поколачивания положительный справа.

Анализ крови: гемоглобин - 118 г/л, эритроциты - 4,0×1012/л, лейкоциты - 14,0×109/л, эозинофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 10%, сегментоядерные нейтрофилы - 65%, лимфоциты - 20%, моноциты - 4%, тромбоциты - 200,0×109/л, СОЭ – 24 мм/час.

Биохимический анализ крови: креатинин - 80 мкмоль/л, мочевина - 6,5 ммоль/л, СКФ – 86 мл/мин/1,73м2.

Общий анализ мочи: удельный вес - 1010, белок - 0,07 мг/л, реакция кислая, лейкоциты - 15-20 в поле зрения, эритроциты - 0-1 в поле зрения.

УЗИ почек: почки обычной формы и размеров. Чашечно-лоханочная система почек деформирована и уплотнена. Конкрементов нет.

*Вопросы:*

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. Обоснуйте дополнительные методы обследования для уточнения диагноза.

3. Определите тактику ведения данной пациентки (показания к госпитализации).

4. Перечислите препараты для этиотропной терапии, длительность лечения и контроль эффективности лечения.

5. Составьте план диспансерного наблюдения.

**Примеры контрольных вопросов:**

1. Каковы основные проявления острого гломерулонефрита
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику при остром гломерулонефрите
3. Диагностика гломерулонефрита в поликлинических условиях
4. Диагностика пиелонефрита в поликлинических условиях и лечение атаки хонического пиелонефрита в поликлинических условиях возможные осложнения и исходы у больных с хроническим пиелонефритом

**Текущий контроль успеваемости по теме 37:**

Тактика ведения больных с хронической болезнью почек на амбулаторном этапе **.**

**Примеры тестовых заданий:**

ПОКАЗАНА ЛИ КАКАЯ-ЛИБО АМБУЛАТОРНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ В ПЕРИОД РЕМИССИИ?

1. не показана;
2. показана при возникновении интеркуррентных инфекций;
3. два раза в год в осеннее-зимний период;
4. на протяжении 6-12 месяцев – регулярные короткие курсы антибактериальной терапии, в промежутках – фитотерапия;
5. первые 3 месяца – эпизодический прием антибактериального препарата, к которому чувствительна флора.

В КАКОЕ ВРЕМЯ ГОДА БОЛЬНЫЕ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЧЕК НАПРАВЛЯЮТСЯ НА САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ?

1. зима-весна;
2. осень-зима;
3. лето-осень;
4. весна-лето.

КАКИЕ УСЛОВИЯ ТРУДА ЯВЛЯЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАННЫМИ БОЛЬНЫМ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЧЕК?

1. ночные смены;
2. частые командировки;
3. тяжелый физический труд;
4. работа у движущихся механизмов;
5. работа на высоте.

**Пример ситуационной задачи:**

К участковому терапевту обратился мужчина 60 лет с жалобами на частые ноющие боли в поясничном отделе позвоночника, слабость, повышенную утомляемость, снижение работоспособности, похудание на 8 кг за последние 6 месяцев.

Из анамнеза: боли в позвоночнике беспокоят около 1 года, по поводу чего обращался к неврологу. Принимал НПВС с положительным эффектом. Около 6 месяцев стал отмечать нарастание слабости, повышенной утомляемости, снижение веса. Без видимой причины появилась боль в грудной клетке, усиливающаяся при движении, по поводу чего был назначен рентген грудной клетке, где выявлен перелом V ребра слева. Ухудшение самочувствия в течение последнего месяца после проведения назначенного физиотерапевтического лечения, когда усилился болевой синдром в позвоночнике, не купирующийся приемом НПВС. Стал отмечать онемение ног.

При осмотре: состояние средней степени тяжести. Пониженного питания. Температура тела - 36,7° С. Кожные покровы бледные. Лимфоузлы не увеличены, безболезненные. Отёков нет.

При перкуссии грудной клетки - ясный лёгочный звук, при аускультации лёгких выслушивается везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧД 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс - 88 в минуту. АД - 120/80 мм рт. ст. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Селезенка не увеличена. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме.

В общем анализе крови: гемоглобин – 105 г/л, эритроциты - 2,9×1012/л, тромбоциты - 180×109/л, лейкоциты - 3,2×109/л, СОЭ – 65 мм/ч. В биохимическом анализе крови: общий белок - 100 г/л, мочевина - 12 ммоль/л, креатинин - 180 мкмоль/л. В общем анализе мочи: протеинурия.

*Вопросы:*

1.Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.

2. Укажите основные синдромы.

3. Перечислите исследования, необходимые для подтверждения диагноза.

4. Назовите причину поражения почек.

5. Определите лечебную тактику.

**Примеры контрольных вопросов:**

1. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику у больных с острым пиелонефритом

2.Каковы клинические проявления, указывающие на развитие у больного хронической почечной недостаточности

3.Каковы лабораторные проявления, указывающие на развитие у больного хронической почечной недостаточности

4. При каких заболеваниях почек требуется госпитализация больных

**Примеры заданий текущего контроля успеваемости по разделу 12:**

**«Амбулаторная ревматология»**

**Текущий контроль успеваемости по теме 38:**

Общий подход и тактика ведения больных с болью в суставах на амбулаторном этапе.

**Примеры тестовых заданий:**

1. ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ ЧАЩЕ ВСЕГО ПОРАЖАЮТСЯ СУСТАВЫ:

1. позвоночника;
2. коленные;
3. межфаланговые;
4. крестцово-подвздошного сочленения;
5. челюстно-лицевые.

2. ДЛЯ РЕВМАТИЧЕСКОГО ПОЛИАРТРИТА ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:

1. острого синовита;
2. сопутствующей лихорадки;
3. «летучего» характера поражения суставов;
4. преимущественного поражения мелких и средних суставов.

3. ДЛЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. положительный латекс-тест и реакция Валер-Роуза;
2. наличие LE-клеток;
3. высокий титр антистрептолизина-о;
4. наличие моноклонального белка;
5. высокий кровень мочевой кислоты в сыворотке крови.

**Пример ситуационной задачи:**

Мужчина 34 лет обратился в клинику по поводу болей в нижней части спины и ягодицах, в позвоночнике, длящихся около года. Он жалу- ется на утреннюю скованность в течение 2 часов, которая уменьшается после различных движений и упражнений. 6 месяцев назад перенес эпизод внезапно возникшей боли в правом глазу, который был расценен как ирит и купирован глазными каплями, содержащими стероиды. У отца пациента были похожие боли в спине. При осмотре: суставы без видимых измене- ний. Пробы Томайера, Шобера, Форестье, Отта положительны. Со сторо- ны внутренних органов особенностей нет.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Перечислите диагностические критерии заболевания.
3. Представьте стандарты лабораторно-инструментального обследования пациентов с данной патологией.
4. Представьте стандарты лечения пациентов с данным заболеванием. Выпишите рецепты.

**Примеры контрольных вопросов:**

1. Каковы диагностические критерии ревматоидного артрита
2. С какими заболеваниями необходимо наиболее часто проводить дифференциальную диагностику у больных с ревматоидным артритом
3. Перечислите дифференциально-диагностические различия между остеоартрозом и ревматоидным артритом
4. Перечислите оошие принципы терапии больных с ревматоидным артритом
5. Каковы клинико-рентгенологические проявления у больных с остеоартрозом

**Примеры заданий текущего контроля успеваемости по разделу 13:**

**«Амбулаторная эндокринология»**

**Текущий контроль успеваемости по теме 39:**

Общий подход к пациентам с сахарным диабетом на амбулаторном этапе.

**Примеры тестовых заданий:**

ДИАГНОЗ САХАРНОГО ДИАБЕТА МОЖНО ПОСТАВИТЬ, ЕСЛИ

1. глюкоза венозной плазмы через 2 часа после перорального глюкозотолерантного теста более 7,8 ммоль/л;
2. глюкоза венозной плазмы натощак ≥7,0 ммоль/л;
3. глюкоза венозной плазмы натощак ≥7,0 ммоль/л
4. гликированный гемоглобин более 6,5% или глюкоза венозной плазмы через 2 ч после перорального глюкозотолерантного теста ≥11,1 ммоль/л;
5. гликированный гемоглобин более 6,5% при двукратном определении.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА

1. глюкоза венозной плазмы натощак ≥7,0 ммоль/л;
2. глюкоза венозной плазмы натощак >7,8 ммоль/л;
3. глюкоза венозной плазмы через 2 часа после перорального глюкозотолерантного теста ≥11,1;
4. глюкоза венозной плазмы натощак ≥6,1 ммоль/л.

ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ДЕЙСТВИЯ ИНСУЛИНА УЛЬТРАКОРОТКОГО ДЕЙСТВИЯ СОСТАВЛЯЕТ

1. 1-3 часа;
2. 2-4 часа;
3. 3-5 часов;
4. 5-8 часов.

**Пример ситуационной задачи:**

Мисс И.М, 32 года, страдает инсулинозависимым сахарным диабетом, который выявили в возрасте 12 лет. В течении последних нескольких лет у неё был хороший контроль диабета, однако в подростковом возрасте отмечались длительные периоды плохого контроля.

В 1994 году, через 2 года после второй нормальной беременности, она начала отмечать частые гипогликемии в ранние утренние часы и значительно снизила дозу инсулина, особенно ночную. В настоящее время пациентка получает приблизительно 2/3 от той суточной дозы инсулина, которую использовала 2 года назад.

Также она начала отмечать головокружение и чувство надвигающейся потери сознания в момент подъёма с постели по утрам, связывая сначала это с гипогликемией, однако в дальнейшем оказалось, что эти симптомы у неё не зависят от уровня сахара крови.

Радикальное обследование отклонений не выявило, АД оказалось в пределах нормы ( 130/90 мм рт.ст. ), при исследовании мочи по тест-полоскам протеинурии не отмечалось. Изучив её записи, можно отметить, что за последние 4 года уровень АД у пациентки прогрессивно повышался с обычных для неё значений в 120/70 мм рт. ст. до последней беременности; микроальбуминурия возросла со значений на верхней границе нормы 2 года назад до 105 и 170 мг/мин при последних исследованиях.

*Вопросы:*

1. Каковы наиболее вероятные причины снижения потребности в инсулине у этой пациентки и всех её симптомов?
2. Какая необходима терапия?
3. Какие необходимо принять профилактические и обучающие меры?

**Примеры контрольных вопросов:**

1. Диагностика сахарного диабета на амбулаторном этапе.
2. Диагностика поздних осложнений сахарного диабета
3. Лечение поздних осложнений сахарного диабета, профилактика поздних осложнении сахарного диаоета
4. Современные подходы к лечению сахарного диабета.
5. Диетотерапия.

**Примеры заданий текущего контроля успеваемости по разделу 14:**

**«Метаболический синдром»**

**Текущий контроль успеваемости по теме 40:**

Метаболический синдром на амбулаторном этапе.

**Примеры тестовых заданий:**

1. С-ПЕПТИД ЯВЛЯЕТСЯ:

1. Маркером компенсации сахарного диабета
2. Контринсулярным гормоном
3. Показателем секреции инсулина
4. Маркером сахарного диабета 2 типа
5. Все перечисленное неверно

2. УКАЖИТЕ МИНИМАЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ УРОВНЯ ГЛЮКОЗЫ КАПИЛЛЯРНОЙ КРОВИ, ВЗЯТОЙ В ЛЮБОЕ ВРЕМЯ ДНЯ, ПРИ КОТОРОМ ДИАГНОЗ САХАРНОГО ДИАБЕТА НЕ ВЫЗЫВАЕТ СОМНЕНИЙ:

1. Менее 5,6 ммоль/л Б. 6,7 ммоль/л
2. 9,7 ммоль/л
3. 11,3 ммоль/л
4. 15,0 ммоль/л

3. КАКИМ ДОЛЖНО БЫТЬ ЗНАЧЕНИЕ ГЛИКЕМИИ В КАПИЛЛЯРНОЙ КРОВИ НАТОЩАК ДЛЯ ПОКАЗАНИЙ К ПРОВЕДЕНИЮ ОРАЛЬНОГО ГЛЮКОЗОТОЛЕРАНТНОГО ТЕСТА?

1. Менее 5,5 ммоль/л Б. 5,6–6,0 ммоль/л
2. 6,8–7,5 ммоль/л
3. 8,7 ммоль/л
4. 11,1 ммоль/л

**Пример ситуационной задачи:**

Женщина Н. 48 лет, страдающая более 14 лет артериальной гипертензией на фоне избыточной массы тела, обратилась к терапевту по поводу повышенного АД. При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Рост 160 см, вес 95 кг, индекс массы тела 36,0 кг/м2. Щитовидная железа не увеличена. Пульс 68 ударов в минуту, ритмичный. АД 165/100 мм. рт. ст. Левая граница сердца на 1,5 см кнаружи от срединно-ключичной линии. Акцент 2 тона на аорте. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный, печень не увеличена. Отеков нет. Получает лозартан 50 мг 1 раз в сутки. По ЭКГ – ритм синусовый, признаки гипертрофии левого желудочка. Гликемия натощак 6,5 ммоль/л, при повторном исследовании глюкоза крови натощак 6,7 ммоль/л, через 2 часа после еды – 8,0 ммоль/л.

*Вопросы:*
1. Сформулируйте диагноз;
2. Составьте план обследования;
3. Дайте рекомендации по лечению и дальнейшему наблюдению за пациенткой.

**Примеры контрольных вопросов:**

* 1. Современные методы терапии и профилактика ожирения;
	2. Инциденталомы: этиология, клинико-лабораторные исследования, дифференциальный диагноз, лечение;
	3. Неотложные состояния в эндокринологии;

**2. ВОПРОСЫ ДЛЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ И ПРОВЕРЯЕМЫЕ КОМПЕТЕНЦИИ**

**Образцы контрольных вопросов и заданий для проведения промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплины:**

Промежуточная аттестация по дисциплине «Поликлиническая терапия» проходит в виде двухэтапного экзамена:

1 этап – оценка практических навыков и умений,

2 этап – оценка теоретических знаний в ходе собеседования по экзаменационным билетам.

Перечень вопросов к первому этапу экзамена (оценка практических навыков).

|  |  |
| --- | --- |
| **ВОПРОСЫ ПЕРВОГО ЭТАПА ЭКЗАМЕНА** | **Оцениваемые компетенции** |
| 1. Оформите листок нетрудоспособности
* при заболеваниях, травмах и отравлениях (первичный - при амбулаторном лечении)
* при заболеваниях, травмах и отравлениях (продолжение - после стационарного лечения)
* на время проведения сложных амбулаторных исследований (манипуляции, процедуры)
* по уходу за больным членом семьи старше 15 лет при амбулаторном лечении
* при карантине
* в период отпуска по беременности и родам
* при направлении на лечение в клиники научно-исследовательских учреждений курортологии, физиотерапии и реабилитации
* при направлении больных на долечивание в специализированные санаторно-курортные учреждения
 | ОПК-6 |
| 1. Выпишите рецепт на лекарственный препарат (ф. № 107-у).
	1. Амоксициллин (таблетки диспергируемые)
	2. Азитромицин (таблетки)
	3. Кларитромицин (таблетки, покрытые оболочкой)
	4. Левофлоксацин (таблетки, покрытые оболочкой)
	5. Норфлоксацин (таблетки, покрытые оболочкой)
	6. Метронидазол (таблетки)
	7. Озельтамивир (капсулы)
	8. Аторвастатин (таблетки, покрытые оболочкой)
	9. Розувастатин (таблетки, покрытые оболочкой)
	10. Ацетилсалициловая кислота (таблетки, покрытые кишечнорастворимой оболочкой)
	11. Клопидогрел (таблетки, покрытые оболочкой)
	12. Парацетамол (таблетки)
	13. Эпинефрин (раствор для инъекций)
	14. Диазепам (раствор для инъекций)
	15. Бисопролол (таблетки, покрытые оболочкой)
	16. Метопролол сукцинат (таблетки)
	17. Амлодипин (таблетки)
	18. Верапамил (драже)
	19. Амиодарон (таблетки)
	20. Валсартан (таблетки, покрытые оболочкой)
	21. Кандесартан (таблетки)
	22. Нитроглицерин (таблетки или аэрозоль подъязычный)
	23. Изосорбид мононитрат (таблетки)
	24. Каптоприл (таблетки)
	25. Лизиноприл (таблетки)
	26. Рамиприл (таблетки)
	27. Эналаприлат (раствор для внутривенных инъекций)
	28. Фуросемид (инъекции)
	29. Спиронолактон (таблетки)
	30. Торасемид (таблетки)
	31. Индапамид (таблетки)
	32. Ивабрадин (таблетки, покрытые оболочкой)
	33. Дигоксин (таблетки)
	34. Урапидил (раствор для внутривенного введения)
	35. Эноксапарин (раствор для инъекций)
	36. Варфарин (таблетки)
	37. Дабигатран (капсулы)
	38. Аклидиния бромид (порошок для ингаляций дозированный)
	39. Будесонид/формотерол (порошок для ингаляций дозированный)
	40. Флутиказон (порошок для ингаляций дозированный)
	41. Ипратропия бромид (ампулы для небулайзерной терапии)
	42. Сальбутамол (аэрозоль для ингаляций дозированный)
	43. Салметерол (порошок для ингаляций дозированный)
	44. Тиотропия бромид (капсулы с порошком для ингаляций)
	45. Флутиказон (порошок для ингаляций дозированный)
	46. Сульфат железа (драже)
	47. Железа (III) гидроксид полимальпозат (таблетки жевательные)
	48. Железа (III) гидроксид сахарозный комплекс (раствор для внутривенного введения)
	49. Цианокобаламин (раствор для инъекций)
	50. Висмута трикалия дицитрат (таблетки, покрытые оболочкой)
	51. Лактулоза (сироп)
	52. Лоперамид (капсулы)
	53. Симетикон (капсулы)
	54. Месалазин (суппозитории ректальные)
	55. Метотрексат (раствор для подкожного введения)
	56. Атропин (раствор для инъекций)
	57. Омепразол (капсулы)
	58. Рабепразол (капсулы)
	59. Фамотидин (раствор для инъекций)
	60. Панкреатин (капсулы)
	61. Преднизолон (таблетки)
	62. Адеметионин (таблетки, покрытые оболочкой)
	63. Урсодезоксихолевая кислота (капсулы)
	64. Лидокаин (раствор для инъекций)
	65. Магния сульфат (раствор для внутримышечных введений)
	66. Аллопуринол (таблетки)
	67. Диклофенак (мазь для наружного применения)
	68. Глюкозамина сульфат (порошок для приема внутрь)
	69. Мелоксикам (раствор для инъекций)
	70. Мебеверин (таблетки)
	71. Дротаверин (таблетки, покрытые оболочкой)
	72. Метформин
	73. Гликлазид
	74. Акарбоза
	75. Ситаглиптин
 | ОПК-6 |
| 1. Оцените результаты лабораторных методов исследования в амбулаторной практике врача-терапевта
* общий анализ крови,
* общий анализ мочи,
* анализ мокроты клинический,
* анализ кала с микроскопией,
* биохимический анализ крови,
* иммунологический анализ крови
* анализ мочи по Нечипоренко
* анализ мочи по Зимницкому
 | ПК-5 |
| 1. Оцените результаты инструментальных методов исследования в амбулаторной практике врача-терапевта
* ЭКГ
* УЗИ органов брюшной полости, почек
* ЭхоКГ
* ФГДС
* спирометрия
* рентгенография органов грудной клетки
* суточная рН-метрия
* холтеровское мониторирование ЭКГ и АД
* колоноскопия
* ирригография
* велоэргометрия (тредмил тест)
 | ПК-5 |

**Пример экзаменационного билета к первому этапу экзамена (практические навыки).**

**Учебная дисциплина:** «Поликлиническая терапия»

**Специальность подготовки:** 31.05.01 Лечебное дело

**Факультет:** Лечебный

**Курс:** VI

**Учебный год:** 20\_\_\_ -20\_\_\_

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 9**

(практические навыки)

1. Оформите листок нетрудоспособности по заболеванию (первичный).
2. Выпишите рецепт на лекарственный препарат Метотрексат (раствор для подкожного введения).
3. Оцените результаты лабораторно-инструментальных методов исследования (задание прилагается).

Зав. кафедрой терапевтических дисциплин Л.И. Агапитов \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Перечень вопросов ко второму этапу экзамена (собеседование).**

|  |  |
| --- | --- |
| **ВОПРОСЫ ВТОРОГО ЭТАПА ЭКЗАМЕНА** | **Оцениваемые компетенции** |
| 1. Первичная медико-санитарная помощь: основные принципы, виды, условия и формы оказания. Организация оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю "терапия".
2. Организация амбулаторно-поликлинической помощи в России. История развития. Основы законодательства Российской Федерации по охране здоровья граждан, основные нормативно-правовые акты по организации поликлинической терапевтической службы
3. Поликлиника: задачи и функции основных структурных подразделений; организация труда медицинского персонала; показатели деятельности.
4. Организация терапевтической службы поликлиники: структура врачебного участка, функциональные обязанности врача-терапевта участкового/врача общей практики, оснащение кабинета врача-терапевта участкового/врача общей практики.
5. Организация специализированной лечебно-профилактической помощи в поликлинике, консультативно-диагностических центрах, диспансерах. Виды диспансеров, особенности их работы.
6. Понятие амбулаторно-поликлинической помощи и первичной медико-социальной помощи: доврачебная помощь, первичная врачебная помощь, неотложная и экстренная помощь, понятие специализированной, высокотехнологичной, паллиативной помощи.
7. Особенности работы врача-терапевта в поликлинике в отличие от работы врача-терапевта в стационаре. Связь и преемственность терапевтической службы поликлиники и стационара.
8. Порядок оформления и ведение типовой учетно-отчетной медицинской документации в амбулаторно-поликлинических учреждениях, в том числе медицинской карты пациента, получающего первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях.
9. Понятие о показаниях для плановой и экстренной госпитализации больных.
10. Организационные принципы назначения лекарственных средств при амбулаторно-поликлиническом лечении
11. Порядок оказания помощи пациентам имеющим право на получение набора социальных услуг. Особенности лекарственного обеспечения граждан, имеющих право на получение набора социальных услуг.
12. Правила оформления рецептов, содержащих назначение наркотических средств или психотропных веществ
13. Экспертиза временной нетрудоспособности: определение, виды временной нетрудоспособности. Документы, удостоверяющие временную нетрудоспособность.
14. Основные положения о порядке выдачи документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность граждан. Ответственность за нарушение порядка выдачи листков нетрудоспособности. Функции листка нетрудоспособности.
15. Медицинские учреждения и медицинские работники, имеющие и не имеющие право выдавать документы, удостоверяющие временную нетрудоспособность. Методика изучения заболеваемости с временной утратой трудоспособности.
16. Организация работы врачебной комиссии лечебно-профилактического учреждения. Структура и функции врачебной комиссии.
17. Порядок выдачи листка нетрудоспособности (справки) в связи с заболеванием и травмой.
18. Порядок выдачи листков временной нетрудоспособности по уходу за заболевшим взрослым членом семьи.
19. Порядок выдачи листков временной нетрудоспособности на период санаторно-курортного лечения и медицинской реабилитации.
20. Экспертиза стойкой утраты трудоспособности (медико-социальная экспертиза): определение, понятие МСЭ, уровни экспертизы.
21. Критерии, используемые при проведении медико-социальной экспертизы (МСЭ). Степени нарушения функций органов и систем. Стадии ограничения жизнедеятельности организма
22. Понятие инвалидности. Причины инвалидности. Критерии определения 1, 2 и 3 групп инвалидности. Реабилитация инвалидов.
23. Порядок оформления пациентов на медико-социальную экспертизу. Правила оформления «Направления на медико-социальную экспертизу» ф 088/у-06.
24. Профилактика как основа сохранения и укрепления здоровья населения (вопросы первичной, вторичной и третичной профилактики). Профилактическая деятельность врача-терапевта на врачебном участке. Показатели здоровья населения. Факторы, формирующие здоровье человека.
25. Общие принципы профилактического консультирования в рамках диспансеризации взрослого населения. Краткое и углубленное профилактическое консультирование в рамках диспансеризации взрослого населения: алгоритм, рекомендации по коррекции факторов риска.
26. Центры здоровья. Структура, кадры, оснащение, задачи и принципы деятельности.
27. Методические принципы группового профилактического консультирования (школа пациента). Задачи и принципы деятельности. Роль участкового терапевта.
28. Цели и порядок проведения профилактического медицинского осмотра. Организация врачебного контроля за состоянием здоровья населения. Определение факторов риска. Целевые уровни основных модифицируемых факторов риска.
29. Отделение профилактики в поликлинике: структура, организация профилактической работы. Изучение заболеваемости по данным профилактических осмотров.
30. Порядок проведения предварительных и периодических медицинских осмотров работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда.
31. Организация санаторно-курортного лечения, показания, противопоказания. Виды курортов.
32. Порядок оформления документов на санаторно-курортное лечение.
33. Современные методы санитарно-просветительной работы в условиях поликлиники, борьбы с вредными привычками, алкоголизмом, наркоманией, пропаганды здорового образа жизни
34. Стационар-замещающие технологии: стационар на дому. Организация, принципы оказания помощи.
35. Стационар-замещающие технологии: дневной стационар в амбулаторно-поликлиническом учреждении. Структура, показания к госпитализации в дневной стационар, современные возможности терапевтических вмешательств.
36. Диспансеризация взрослого населения: понятие, цели, задачи, этапы, объем обследования на 1 этапе диспансеризации.
37. Диспансеризация взрослого населения: понятие, цели, задачи, этапы, объем обследования на 2 этапе диспансеризации.
38. Роль участкового врача терапевта при проведении диспансеризации взрослого населения. Группы здоровья.
39. Порядок организации медицинской реабилитации. Реабилитационный потенциал и реабилитационный прогноз при направлении на медико-социальную экспертизу. Принципы и порядок формирования индивидуальной программы реабилитации пациентов при основных терапевтических заболеваниях.
40. Диспансерное наблюдение больных хроническими неинфекционными заболеваниями. Заболевания, подлежащие диспансерному наблюдению участковым терапевтом; цели, задачи, сроки, объем обследования, критерии эффективности.
41. Диспансерное наблюдение пациентов с высоким риском развития сердечно-сосудистых заболеваний. Контингенты, подлежащие диспансерному наблюдению; цели, задачи, сроки, объем обследования, критерии эффективности.
42. Диспансерное наблюдение лиц, перенесших острые заболевания. Заболевания, подлежащие диспансерному наблюдению участковым терапевтом; цели, задачи, сроки, объем обследования, критерии эффективности.
43. Периодичность, длительность, определение объема обследования и лечения при диспансерном наблюдении больных хроническими неинфекционными заболеваниями. Основания для прекращения диспансерного наблюдения
44. Алгоритм и организация учета диспансерного наблюдения пациентов хроническими неинфекционными заболеваниями. Анализ результатов и критерии эффективности диспансерного наблюдения
45. Алгоритм диспансерного наблюдения пациентов с высоким и очень высоким суммарным сердечно-сосудистым риском.
46. Особенности ведения больных пожилого и старческого возраста с соматическими заболеваниями, роль врача-терапевта участкового. Определение понятий «Гериатрия», «Геронтология», «Старость». Вопросы диетотерапии, психотерапии, лечебной физкультуры в гериатрии.
47. Особенности клинической фармакологии лекарственных средств и назначения медикаментозной терапии пожилым пациентам в амбулаторных условиях.
48. Особенности соматической патологии при беременности. Необходимый минимум исследований женщины перед планируемой беременностью. Основные задачи врача-терапевта при обследовании беременных с пороками сердца, артериальной гипертензией.
49. Особенности соматической патологии при беременности. Необходимый минимум исследований женщины перед планируемой беременностью. Основные задачи врача-терапевта при обследовании беременных с патологией щитовидной железы, анемией в амбулаторных условиях.
50. Паллиативная терапия: принципы, показания, особенности (на уровне амбулаторного звена оказания медицинской помощи). Симптоматика, требующая врачебного контроля в терминальный период. Оснащение и функции кабинета паллиативной помощи.
51. Определение лихорадки и субфебрилитета. Классификация лихорадки по длительности, высоте и характеру температурной кривой. Факторы, влияющие на остроту температурной реакции организма. Наиболее частые инфекционные причины затяжного субфебрилитета неинфекционной этиологии. Схема диагностического поиска в условиях поликлиники при длительном субфебрилитете.
52. Лихорадка неясного генеза в сочетании с болью в грудной клетке в амбулаторных условиях: определение; причины; алгоритм обследования и этапы диагностического поиска. Показания к госпитализации.
53. Лихорадка неясного генеза в сочетании с лимфоаденопатией и/или гепатоспленомегалией в амбулаторных условиях: определение; причины; алгоритм обследования и этапы диагностического поиска. Показания к госпитализации.
54. Лихорадка неясного генеза в сочетании с анемическим синдромом в амбулаторных условиях: определение; причины; алгоритм обследования и этапы диагностического поиска. Показания к госпитализации.
55. Паранеопластический синдром: определение, классификация, онкомаркеры. Онкологическая настороженность в работе участкового терапевта.
56. Лёгочные и внелёгочные причины возникновения острого и хронического кашля. Алгоритм обследования в условиях поликлиники больных с хроническим кашлем для верификации диагноза и формы заболевания. Принципы симптоматической терапии кашля.
57. Гриппв амбулаторной практике: классификация, критерии диагноза, клиническая картина, особенности течения, осложнения, лечение, меры профилактики, диспансерное наблюдение, экспертиза трудоспособности.
58. ОРВИ в амбулаторной практике: этиология, классификация, критерии диагноза, клиническая картина, осложнения, лечение, меры профилактики, экспертиза трудоспособности.
59. Внебольничная пневмония: этиология, классификация, критерии диагноза, клиническая картина, особенности течения заболевания у пожилых пациентов, осложнения, диагностика и лечение в амбулаторных условиях, реабилитация, меры профилактики, диспансерное наблюдение, экспертиза трудоспособности.
60. Определение бронхообструктивного синдрома, причины и механизмы возникновения, основные клинические критерии. Показатели внешнего дыхания, характеризующие нарушение бронхиальной проходимости по обструктивному или рестриктивному типу. Алгоритм обследования в условиях поликлиники больных с бронхообструктивным синдромом для верификации диагноза и формы заболевания.
61. Бронхиальная астма в амбулаторной практике: классификация, критерии диагноза, клиническая картина, особенности течения заболевания у пожилых пациентов, диагностические возможности методов исследования больного в амбулаторных условиях, лечение в период обострения и ремиссии, уровни контроля, реабилитация, диспансерное наблюдение, экспертиза трудоспособности.
62. Хроническая обструктивная болезнь легких в амбулаторной практике: классификация, критерии диагноза, клиническая картина, осложнения, диагностические возможности методов исследования больного в амбулаторных условиях, лечение при оказании первичной медико-санитарной помощи в период обострения и ремиссии, реабилитация, меры профилактики, диспансерное наблюдение, экспертиза трудоспособности.
63. Синдром артериальной гипертензии в амбулаторной практике. Дифференциальная диагностика. Алгоритм обследования с целью исключения симптоматических гипертензий. Показания к госпитализации.
64. Гипертоническая болезнь: классификация, критерии диагноза, стратификация сердечно-сосудистого риска, клиническая картина, особенности течения заболевания у пожилых пациентов, осложнения, диагностические возможности методов исследования,
65. Гипертоническая болезнь: лечение в амбулаторных условиях в разных возрастных группах, в зависимости от наличия сопутствующих заболеваний (ИБС, сахарный диабет, ХБП, бронхообструктивный синдром); диспансерное наблюдение; реабилитация, меры профилактики, экспертиза трудоспособности.
66. Синдром болей в левой половине грудной клетки в амбулаторной практике. Дифференциальная диагностика. Показания к госпитализации.
67. Стабильная стенокардия напряжения: классификация, критерии диагноза, клиническая картина, особенности течения заболевания у пожилых пациентов, диагностические возможности методов исследования больного в амбулаторных условиях, лечение, диспансерное наблюдение, реабилитация, меры профилактики, экспертиза трудоспособности.
68. Острый коронарный синдром в амбулаторной практике: определение, классификация, диагностика, лечение на догоспитальном этапе. Диспансерное наблюдение больных, перенесших инфаркт миокарда.
69. Миокардиты и кардиомиопатии. Ведение больных в амбулаторных условиях: диагностика, лечение, экспертиза трудоспособности, диспансерное наблюдение, профилактика. Показания для госпитализации.
70. Хроническая сердечная недостаточность: классификация, критерии диагноза, клиническая картина, диагностические возможности методов исследования, лечение в амбулаторных условиях, диспансерное наблюдение, реабилитация, меры профилактики.
71. Особенности клинических проявлений и значение ЭКГ-метода в диагностике аритмий сердца. Диагностика и лечение суправентрикулярной и желудочковой тахикардии. Реанимационные мероприятия при асистолии желудочков.
72. Фибрилляция предсердий: этиология, классификация, критерии диагноза, клиническая картина, осложнения, диагностические возможности методов исследования больного в амбулаторных условиях, лечение при оказании первичной медико-санитарной помощи, диспансерное наблюдение, реабилитация.
73. Основные причины синдрома болей в эпигастральной области. Основные проявления диспепсического синдрома. Дифференциально-диагностический поиск при синдроме болей в эпигастральной области и диспепсическом синдроме в условиях поликлиники.
74. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки: классификация, критерии диагноза, клиническая картина, особенности течения у пожилых пациентов, осложнения заболевания, диагностика и лечение в амбулаторных условиях, диспансерное наблюдение, реабилитация, меры профилактики, экспертиза трудоспособности.
75. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: классификация, критерии диагноза, клиническая картина, особенности течения у пожилых пациентов, осложнения заболевания, диагностика и лечение в амбулаторных условиях, диспансерное наблюдение, реабилитация, меры профилактики, экспертиза трудоспособности.
76. Функциональная диспепсия: классификация, критерии диагноза, клиническая картина, диагностические возможности методов исследования больного в амбулаторных условиях, лечение при оказании первичной медико-санитарной помощи, меры профилактики.
77. Основные клинические синдромы, которые встречаются при хронических заболеваниях печени. Классификация печеночно-клеточной недостаточности. Причины развития гепатомегалии и гепатолиенального синдрома: Клиника и диагностика заболеваний, сопровождающихся гепатомегалией и гепатолиенальным синдромом (лабораторные, инструментальные, морфологические методы исследования).
78. Стеатоз печени и стеатогепатит: этиология, классификация, критерии диагноза, клиническая картина, диагностические возможности методов исследования больного в амбулаторных условиях, лечение при оказании первичной медико-санитарной помощи, реабилитация, меры профилактики.
79. Цирроз печени: этиология, классификация, критерии диагноза, клиническая картина, осложнения, диагностические возможности методов исследования больного в амбулаторных условиях, лечение при оказании первичной медико-санитарной помощи, диспансерное наблюдение, реабилитация, меры профилактики, показания к госпитализации, экспертиза трудоспособности.
80. Первичный билиарный цирроз печени: классификация, критерии диагноза, клиническая картина, осложнения, диагностические возможности методов исследования больного в амбулаторных условиях, лечение при оказании первичной медико-санитарной помощи, диспансерное наблюдение, реабилитация, меры профилактики.
81. Хронический панкреатит: этиология, классификация, критерии диагноза, клиническая картина, осложнения, диагностические возможности методов исследования больного в амбулаторных условиях, лечение при оказании первичной медико-санитарной помощи, диспансерное наблюдение, реабилитация, меры профилактики, показания к госпитализации.
82. Дискинезия желчевыводящих путей: классификация, критерии диагноза, клиническая картина, объем обследования и лечение при оказании первичной медико-санитарной помощи, реабилитация, меры профилактики.
83. Алгоритм дифференциальной диагностики при хронической диарее. Заболевания кишечника, сопровождающиеся синдромом диареи. Возможности лабораторных и инструментальных методов обследования в амбулаторной практике.
84. Синдром раздраженного кишечника: определение, клиническая картина, классификация. Алгоритм дифференциальной диагностики. Возможности лабораторных и инструментальных методов обследования. Вопросы реабилитации.
85. Нефритический и нефротический синдромы: определение; заболевания, проявляющиеся данными синдромами; клиническая картина; алгоритм обследования.
86. Дифференциальный диагноз изолированной макро- и микрогематурии в амбулаторной практике терапевта. Цилиндрурия в дифференциальной диагностике заболеваний почек.
87. Дифференциальная диагностика нефропатий, при которых ведущим в мочевом синдроме является лейкоцитурия.
88. Понятие о хронической болезни почек (ХБП), классификация ХБП. Определение скорости клубочковой фильтрации в клинической практике – клиренсовые и расчетные методы, их точность и применимость в клинике. Скорость клубочковой фильтрации как интегративный показатель функции почек, нормальная и сниженная СКФ.
89. Хронический пиелонефрит: этиология, классификация, критерии диагноза, клиническая картина, особенности течения у пожилых пациентов, осложнения, объем обследования и лечения при оказании первичной медико-санитарной помощи, диспансерное наблюдение, реабилитация, меры профилактики, экспертиза трудоспособности.
90. Хронические гломерулонефриты: этиология, классификация, критерии диагноза, клиническая картина, осложнения, диагностические возможности методов исследования больного в амбулаторных условиях, лечение в амбулаторных условиях, диспансерное наблюдение, реабилитация, меры профилактики, экспертиза трудоспособности.
91. Анемический синдром: определение, классификация анемий по патогенезу, по степени тяжести. Дифференциально-диагностический поиск при анемиях в амбулаторной практике. Показания к госпитализации пациентов с анемическим синдромом.
92. Железодефицитная анемия: этиология, классификация, критерии диагноза, клиническая картина, особенности течения у пожилых пациентов, диагностика и лечение при оказании первичной медико-санитарной помощи, диспансерное наблюдение, меры профилактики.
93. В12-дефицитная анемия: этиология, классификация, критерии диагноза, клиническая картина, особенности течения у пожилых пациентов, объем обследования и лечения в амбулаторных условиях, диспансерное наблюдение, меры профилактики.
94. Наиболее часто встречающиеся заболевания костно-мышечной системы в амбулаторной практике. Методы исследования костей и суставов: планарная рентгенография, УЗИ, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография. Роль лабораторных анализов в диагностике и дифференциальной диагностике заболеваний суставов: биохимические анализы крови, аутоантитела, иммунологические маркеры. Показания к госпитализации пациентов с патологией опорно-двигательного аппарата.
95. Остеоартрит: классификация, критерии диагноза, клиническая картина, диагностические возможности методов исследования больного в амбулаторных условиях, лечение при оказании первичной медико-санитарной помощи, диспансерное наблюдение, реабилитация, меры профилактики.
96. Гиперурикемия и подагра. Подагрический артрит: классификация, критерии диагноза, клиническая картина, диагностические возможности методов исследования больного в амбулаторных условиях, лечение при оказании первичной медико-санитарной помощи, диспансерное наблюдение, реабилитация, меры профилактики.
97. Ревматоидный артрит (РА): ранняя диагностика РА, выделение факторов риска неблагоприятного прогноза для выбора антиревматической терапии; методы оценки и мониторинга активности РА в клинической практике для оценки эффективности проводимой терапии; лечение пациентов с РА в амбулаторных условиях, особенности мониторирования безопасности антиревматической терапии в амбулаторных условиях.
98. Определение и классификация сахарного диабета. Особенности течения сахарного диабета в зависимости от типа. Программа обследования больных в амбулаторных условиях. Сроки и принципы диспансерного наблюдения больных с сахарным диабетом. Экспертиза временной нетрудоспособности у больных с впервые выявленным сахарным диабетом и при развитии декомпенсации углеводного обмена. Алгоритмы неотложной помощи при развитии острых осложнений сахарного диабета на догоспитальном этапе.
99. Сахарный диабет 2 типа: классификация, критерии диагноза, клиническая картина, осложнения, диагностические возможности методов исследования больного в амбулаторных условиях, лечение при оказании первичной медико-санитарной помощи, диспансерное наблюдение, реабилитация, меры профилактики.
100. Метаболический синдром: классификация, критерии диагноза, клиническая картина, диагностические возможности методов исследования больного в амбулаторных условиях, лечение при оказании первичной медико-санитарной помощи, диспансерное наблюдение, меры профилактики.
 | ОК-1, ОК-5, ОК-8, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-11, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-14ОК-1, ОК-5, ОК-8, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-11, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-14ОК-1, ОК-5, ОК-8, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-11, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-14ОК-1, ОК-5, ОК-8, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-11, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-14ОК-1, ОК-5, ОК-8, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-11, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-14ОК-1, ОК-5, ОК-8, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-11, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-14ОК-1, ОК-5, ОК-8, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-11, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-14ОК-1, ОК-5, ОК-8, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-11, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-14ОК-1, ОК-5, ОК-8, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-11, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-14ОК-1, ОК-5, ОК-8, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-11, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-14 |

**Пример экзаменационного билета (собеседование).**

**Учебная дисциплина:** «Поликлиническая терапия»

**Специальность подготовки:** 31.05.01 Лечебное дело

**Факультет:** Лечебный

**Курс:** VI

**Учебный год:** 20\_\_\_ -20\_\_\_

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 1**

**(собеседование)**

1. Амилоидоз
2. Дифференциальная диагностика анемий
3. Клиническая фармакология антиаритмических средств

Зав. кафедрой терапевтических дисциплин Л.И. Агапитов \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**3. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ОТВЕТА СТУДЕНТА ПРИ 100-БАЛЛЬНОЙ СИСТЕМЕ**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ХАРАКТЕРИСТИКА ОТВЕТА** | **Оценка ЕСТS** | **Баллы в БРС** | **Уровень сформиров анности компетентн****ости по дисциплине** | **Оценка** |
| Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, проявляющаяся в свободном оперировании понятиями, умении выделить существенные и несущественные его признаки, причинно-следственные связи. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ формулируется в терминах науки, изложен литературным языком, логичен, доказателен, демонстрирует авторскую позицию студента.В полной мере овладел компетенциями. | А | 100-96 | ВЫСОКИЙ | 5 (отлично) |
| Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, проявляющаяся в свободном оперировании понятиями, умении выделить существенные и несущественные его признаки, причинно-следственные связи. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ формулируется в терминах науки, изложен литературным языком, логичен, доказателен, демонстрирует авторскую позицию студента.В полной мере овладел компетенциями. | В | 95-91 | ВЫСОКИЙ | 5 (отлично) |
| Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, доказательно раскрыты основные положения темы; в ответе прослеживается четкая структура, логическая последовательность, отражающая сущность раскрываемых понятий, теорий, явлений. Ответ изложен литературным языком в терминах науки. В ответе допущены недочеты, исправленные студентом с помощью преподавателя.В полной мере овладел компетенциями. | С | 90-86 | СРЕДНИЙ | 4 (хорошо) |
| Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показано умение выделить существенные и несущественные признаки, причинно- следственные связи. Ответ четко структурирован, логичен, изложен литературным языком в терминах науки. Могут быть допущены недочеты или незначительные ошибки, исправленные студентом с помощью преподавателя.В полной мере овладел компетенциями. | D | 85-81 | СРЕДНИЙ | 4 (хорошо) |
| Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показано умение выделить существенные и несущественные признаки, причинно- следственные связи. Ответ четко структурирован, логичен, изложен в терминах науки. Однако допущены незначительные ошибки или недочеты, исправленные студентом с помощью «наводящих» вопросов преподавателя.В полной мере овладел компетенциями. | Е | 80-76 | СРЕДНИЙ | 4 (хорошо) |
| Дан полный, но недостаточно последовательный ответ на поставленный вопрос, но при этом показано умение выделить существенные и несущественные признаки и причинно-следственные связи. Ответ логичен и изложен в терминах науки. Могут быть допущены 1-2 ошибки в определении основных понятий, которые студент затрудняется исправить самостоятельно.Достаточный уровень освоения компетенциями | F | 75-71 | НИЗКИЙ | 3 (удовлетво-рительно) |
| Дан недостаточно полный и недостаточно развернутый ответ. Логика и последовательность изложения имеют нарушения. Допущены ошибки в раскрытии понятий, употреблении терминов. Студент не способен самостоятельно выделить существенные и несущественные признаки и причинно-следственные связи. Студент может конкретизировать обобщенные знания, доказав на примерах их основные положения только с помощью преподавателя. Речевое оформление требует поправок, коррекции.Достаточный уровень освоения компетенциями | G | 70-66 | НИЗКИЙ | 3 (удовлетво-рительно) |
| Дан неполный ответ, представляющий собой разрозненные знания по теме вопроса с существенными ошибками в определениях. Присутствуют фрагментарность, нелогичность изложения. Студент не осознает связь данного понятия, теории, явления с другими объектами дисциплины. Отсутствуют выводы, конкретизация и доказательность изложения. Дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя приводят к коррекции ответа студента на поставленный вопрос. Обобщенных знаний не показано. Речевое оформление требует поправок, коррекции.Достаточный уровень освоения компетенциями | Н | 61-65 | КРАЙНЕ НИЗКИЙ | 3 (удовлетво-рительно) |
| Не получены ответы по базовым вопросам дисциплины или дан неполный ответ, представляющий собой разрозненные знания по теме вопроса с существенными ошибками в определениях.Присутствуют фрагментарность, нелогичность изложения. Студент не осознает связь данного понятия, теории, явления с другими объектами дисциплины. Отсутствуют выводы, конкретизация и доказательность изложения. Речь неграмотная. Дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа студента не только на поставленный вопрос, но и на другие вопросы дисциплины.Компетенции не сформированы | I | 60-0 | НЕ СФОРМИР ОВАНА | 2 |

**В полном объеме материалы, необходимые для оценки знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих основные этапы формирования компетенций в процессе освоения образовательной программы, а также методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности характеризующих этапы формирования компетенций, представлены в учебно-методическом комплексе дисциплины.**